

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES

AMBIENTI POSITIVI PER LA PRATICA:

**QUALITA' DEI LUOGHI DI LAVORO =
QUALITA' DELL'ASSISTENZA**

INFORMAZIONI E TOOL KIT PER L'AZIONE



A cura di Andrea Bauman
per il Consiglio Internazionale degli Infermieri
2007

Edizione italiana a cura di: *Cesarina Prandi*
Traduzione: *Laura Delpiano*
CESPI – Centro Studi per le Professioni Sanitarie
Torino, 2009

Introduzione

- Capitolo 1: L'infermiere e gli ambienti di pratica positivi
Capitolo 2: Questioni di job satisfaction, piante organiche e sicurezza
Capitolo 3: Clima organizzativo e performance di lavoro
Capitolo 4: Tematiche generali sulla vita lavorativa
Capitolo 5: Cosa possono fare le Associazioni Infermieristiche nazionali

Allegati

- Allegato 1: Strumento per la valutazione dell'ambiente di lavoro dell'infermiere
Allegato 2: Strategie per lo sviluppo di ambienti positivi per la pratica
Allegato 3: Scheda tecnica sulla prevenzione delle punture da ago per gli operatori sanitari

Allegato 4: Scheda tecnica sulle vaccinazioni per gli operatori sanitari
Allegato 5: Dichiarazione ufficiale sulla sicurezza del paziente
Allegato 6: Dichiarazione ufficiale sugli abusi e le violenze contro il personale infermieristico

Allegato 7: Dichiarazione ufficiale sulla salute occupazionale e la sicurezza degli infermieri

Allegato 8: Comunicati stampa sugli ambienti di pratica positivi

Riferimenti

Promuovere ambienti positivi per la pratica

Introduzione

È una realtà pressante. I sistemi sanitari di tutto il mondo sono sempre più sfidati – devono affrontare una gamma crescente di bisogni sanitari e restrizioni economiche che riducono il potenziale dei servizi di rafforzare le infrastrutture e la forza lavoro del settore sanitario. Siamo immersi in una crisi infermieristica globale – caratterizzata da una carenza critica di infermieri. Le ragioni di tale carenza sono varie e complesse, ma un fattore chiave tra esse sono gli ambienti di lavoro non sani che indeboliscono le performance o alienano gli infermieri e, troppo spesso, li allontanano da ambiti di lavoro specifici o dalla professione stessa.

Tuttavia, esistono ambienti che fanno l'esatto opposto, supportano l'eccellenza ed hanno il potere di attrarre e trattenere gli infermieri. Vengono chiamati ambienti positivi per la pratica. I loro effetti positivi su tutto, dalla soddisfazione degli infermieri ai risultati sui pazienti, all'innovazione, sono documentati da un consistente corpus di prove. Tuttavia, si deve ancora lavorare molto per far sì che gli ambienti positivi per la pratica diventino la norma.

A tal fine, l'ICN ha scelto *Ambienti positivi per la pratica: qualità dei posti di lavoro = qualità dell'assistenza al paziente* come tema della Giornata Internazionale degli Infermieri 2007 e come argomento di questo strumento. Progettato per aiutare gli infermieri a prendere consapevolezza ed agire, il kit può essere utilizzato da manager, infermieri di prima linea, funzionari esecutivi, associazioni professionali e/o organismi di regolamentazione. Il kit si propone di fornire dati su ambienti positivi per la pratica a tutti gli stakeholder interessati a migliorare la qualità dei servizi.

Gli ambienti positivi per la pratica si caratterizzano per:

- Quadri politici innovativi incentrati sul reclutamento ed il retenimento.
- Strategia per la formazione continua e l'aggiornamento.
- Adeguati compensi ai dipendenti.
- Programmi di riconoscimento.
- Equipaggiamenti e forniture sufficienti.
- Ambiente di lavoro sano

Le pagine che seguono analizzano l'interfaccia infermiere/ posto di lavoro, sovrapponendo i fattori che modellano l'ambiente di lavoro degli infermieri, i costi di luoghi di lavoro non sani e le

caratteristiche ed i benefici di ambienti positivi per la pratica. E' anche inclusa una lista di raccomandazioni e di strumenti per aiutare gli infermieri a negoziare ambienti migliori.

Background e punti chiave

- In quasi tutti i Paesi gli infermieri si fanno carico della maggior parte dei servizi sanitari – in alcuni casi la percentuale raggiunge l'80 per cento.
- Stiamo attraversando una crisi di forza lavoro globale, in molti Paesi caratterizzata da una crescente carenza infermieristica.
- La carenza varia a seconda della tipologia di infermieri, della localizzazione geografica, del livello di assistenza, del settore, del servizio e dell'organizzazione e si unisce ad una domanda crescente di servizi infermieristici.
- Nei Paesi in via di sviluppo la situazione è spesso drammatica – la cronica carenza infermieristica è aggravata da una pesante migrazione verso l'estero di infermieri in cerca di condizioni di lavoro e qualità di vita migliori e spesso si accompagna a situazioni di disoccupazione e sotto-impiego dovute a costrizioni economiche.
- Nel 2000 in Ghana oltre 500 infermieri hanno lasciato il Paese per posti di lavoro meglio retribuiti in Paesi più ricchi – tre volte il numero registrato nel 1999 e più del doppio degli infermieri che si sono diplomati in Ghana quell'anno.
- In un'indagine condotta dalla Penn State University, le organizzazioni infermieristiche di 33 Paesi – prevalentemente di Oceania, Africa, America Centrale e Carabi – hanno segnalato che il flusso in uscita di infermieri verso Paesi più agiati era un problema da grave a drammatico che faceva peggiorare la carenza già esistente.
- L'attuale carenza sta minando gli obiettivi dei sistemi sanitari di tutto il mondo e sfida le nostre capacità di rispondere ai bisogni dei cittadini.
- Nel 2006, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha identificato la crisi mondiale di forza lavoro, compresa la carenza infermieristica, tra le priorità per l'azione.
- Le ragioni della crisi nell'assistenza e nell'infermieristica sono molteplici e complesse, ma l'evidenza sottolinea che tra queste ci sono gli ambienti di lavoro non sani.
- Gli ambienti di lavoro non sani colpiscono la salute fisica e psicologica attraverso lo stress di carichi di lavoro pesanti, gli orari lunghi, il basso status professionale, le relazioni difficili sul posto di lavoro, i problemi nel ruolo professionale ed una serie di rischi ambientali.
- L'evidenza dimostra che "lungi periodi di tensione sul lavoro colpiscono le relazioni e fanno aumentare i periodi di malattia, i conflitti, l'insoddisfazione, il turnover e l'inefficienza (Barman et alii, 2001).

- Per gli infermieri stressati da carichi di lavoro pesanti, frizioni con i colleghi, compiti inadeguati, capacità e conoscenze insufficienti, cattiva gestione o condizioni di lavoro non sicure è una sfida rispettare alti standard di qualità assistenziale.
- Gli ambienti positivi per la pratica influiscono non solo sugli infermieri ma anche sulle altre figure sanitarie e supportano l'eccellenza nei servizi, migliorando in ultima istanza i risultati per il paziente.
- L'evidenza indica che un terzo degli infermieri neo-laureati del Regno Unito non esercitano: le esperienze negative sui posti di lavoro o nella clinica sembrano allontanarli dalla professione.
- Uno studio condotto sugli infermieri degli Stati Uniti, del Canada, dell'Inghilterra, della Scozia e della Germania ha mostrato che il 41% degli infermieri ospedalieri era insoddisfatto del suo lavoro ed il 22% pensava di lasciarlo entro un anno. I risultati confermano la relazione tra stress sul posto di lavoro e stato d'animo degli infermieri, job satisfaction, impegno verso l'organizzazione e intenzione di lasciare la professione.
- E' sempre più preoccupante il fatto che aspetti legati all'ambiente di lavoro abbiano influito sull'impegno degli infermieri verso l'organizzazione e verso la professione (Tovey & Adams 1999) ed abbia contribuito a spezzare il contratto psicologico tra datore di lavoro e dipendente (Rousseau 1996).
- Gli effetti benefici di un ambiente positivo per la pratica sui servizi, le performance dei lavoratori, i risultati sui pazienti e l'innovazione sono ben documentati.
- Quando ci sono più infermieri disponibili per assistere i pazienti, lo stress è un problema minore.
- Un ambiente di lavoro sano è uno scenario della pratica che massimizza la salute ed il benessere degli infermieri, la qualità dei risultati dei pazienti e le performance dell'organizzazione (RNAO 2006d).
- I datori di lavoro hanno incominciato a rendersi conto del fatto che i cambiamenti nell'ambiente di lavoro conducono ad una percentuale più alta di permanenza in servizio dei dipendenti.
- L'evidenza dimostra che trattenere i dipendenti porta ad un migliore lavoro di gruppo, aumenta la continuità assistenziale e ricade positivamente sui risultati dei pazienti.
- Dall'esame globale condotto dall'ICN sulla crisi della forza lavoro infermieristica – l'Iniziativa di Revisione Globale dell'Infermieristica – gli ambienti positivi per la pratica, assieme alle performance delle organizzazioni, sono risultati tra le prime cinque priorità d'azione mondiali.

Quando si esaminano gli ambienti positivi per la pratica due considerazioni si mescolano: (1) l'identità professionale degli infermieri e (2) le caratteristiche degli ambienti stessi.

Identità professionale

Indipendentemente dal tipo di attività che svolgono, dall'ambito di lavoro o dal Paese, gli infermieri condividono un attributo che li definisce: sono professionisti impegnati che abbracciano una filosofia olistica dell'assistenza. Questo, forse più di ogni altra cosa, dà forma alle loro aspettative e li adatta ai posti di lavoro impegnativi di oggi.

Come professionisti, gli infermieri hanno bisogno di un ambiente che riconosca il mandato sociale e sanitario della loro disciplina e lo scopo della pratica così come definito dalla legislazione/regolamentazione del Paese (Rowell 2003). Le strutture politiche istituzionali devono riconoscere l'importanza della formazione e dell'apprendimento continuo, enfatizzare il team work e la collegialità ed incoraggiare la creatività e l'innovazione.

Negli ambienti di pratica professionale di qualità, i bisogni degli obiettivi degli infermieri vengono soddisfatti e di pazienti vengono aiutati a soddisfare i propri obiettivi di salute individuale. Tutto ciò avviene nei limiti di costi e nel rispetto delle norme di qualità stabiliti dall'organizzazione in cui l'assistenza viene erogata.

Che cosa definisce un professionista?

Già nel 1910 Abraham Flexner identificava diverse caratteristiche ancora oggi rilevanti:

- *conoscenza;*
- *specializzazione;*
- *responsabilità intellettuale ed individuale;*
- *consapevolezza di gruppo ben sviluppata.*

Da allora, autori provenienti da diversi campi hanno fornito ulteriori prospettive, basandosi sulla professionalità. Una visione contemporanea punta sulla conoscenza basata su principi scientifici, sulla responsabilità,

La capacità delle organizzazioni di sostenere l'assistenza in ambienti difficili per la pratica varia. Quando mancano persone, risorse e/o strutture nasce un conflitto tra la responsabilità professionale degli infermieri e la fornitura di una adeguata assistenza al paziente. Se, per esempio, carichi di lavoro intensi lasciano agli infermieri soltanto il tempo per dedicarsi ai bisogni fisici dei pazienti, i bisogni psicosociali e spirituali di questi ultimi possono non essere completamente soddisfatti (Bauman et alii, 2001) e non si ha un'assistenza olistica.

Caratteristiche degli ambienti positivi per la pratica

I modelli applicabili agli ambienti di lavoro degli infermieri sono emersi da studi condotti in Europa durante l'ultimo decennio. L'aspetto positivo di questi modelli è che sono applicabili a qualsiasi luogo di lavoro – dalla piccola comunità rurale agli ospedali per acuzie delle grandi città.

Il modello di Kristensen (1999) per il benessere sociale e psicologico combina sei *stressor*, correlandoli sia all'individuo che all'organizzazione. Questo lavoro è stato supportato dal modello di Seigrist (1996) sulle condizioni di sforzo elevato/ scarsa ricompensa. Secondo Kristensen è un benessere sociale e psicologico ottimale sono necessari:

- richieste consone alle risorse della persona (assenza di pressioni sul lavoro);
- alto livello di prevedibilità (sicurezza sul lavoro);
- buon supporto sociale da parte di colleghi e manager ed accesso alla formazione ed alle opportunità di sviluppo professionale (team work, permessi di studio);
- lavoro significativo (identità professionale);
- elevato livello di influenza (autonomia, controllo sui turni, leadership);
- equilibrio tra sforzo e ricompensa (remunerazione, riconoscimento, incentivi).

Ospedali Magnet. Più specifica per l'infermieristica e la letteratura sugli ospedali Magnet. Il termine è spesso utilizzato per riferirsi a strutture che sono in grado di attrarre e trattenere uno staff di infermieri ben qualificati e, di conseguenza, di garantire la qualità dell'assistenza. Iniziata negli Stati Uniti, la diffusione degli ospedali "magnete" e dei loro principi sta ora diventando internazionale.

Durante un'ondata nazionale di carenza infermieristica nei primi anni '80, alcuni ospedali americani sono stati identificati come casi eccezionali: riportavano tassi insolitamente bassi di assenteismo e turn-over. Gli infermieri percepivano queste istruzioni come buoni datori di lavoro che offrivano ambienti di lavoro attraente.

Incuriosita, l'Accademia Americana per l'Infermieristica ha sponsorizzato uno studio su questi cosiddetti ospedali magnete, identificando una lunga lista di caratteristiche peculiari. Uno studio di follow-up a cura del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani ha poi identificato tre strategie seguite da questi ospedali che avevano avuto successo nel ridurre le percentuali di turnover ed assenteismo infermieristico: impegno manageriale verso gli infermieri e l'infermieristica; leadership infermieristica forte; stipendi e benefit competitivi.

Il termine Magnet è spesso utilizzato per riferirsi a strutture che sono in grado di attrarre e trattenere uno staff di infermieri ben qualificati e, di conseguenza, di garantire la qualità dell'assistenza

Gli infermieri degli ospedali magnete presentano tassi più bassi di burnout, maggiore job satisfaction e migliori risultati per i pazienti (Aiken, Clarke, Slogane, Sochalski & Silver 2002). I criteri degli ospedali magnete, applicabili a tutti gli ambienti di lavoro, spaziano dal generale (es. buona reputazione per la qualità dell'assistenza e buon posto dove lavorare) allo specifico (es. elevato tasso di retenimento e scarso turnover, staff adeguato, turni flessibili, leadership forte, salari adeguati) (Havens & Aiken 1999; McClure, Poulin, Sovie & Wandelt 1983; Scott, Sochalski & Aiken 1999).

Più di recente, il Centro Americano per l'Accreditamento degli Infermieri ha lanciato il Programma di Riconoscimento Magnet per l'eccellenza nei servizi infermieristici (Lowe 2005). I criteri Magnet evidenzia nel concetto di autonomia ed il coinvolgimento degli infermieri nel definire il proprio ambiente di lavoro. Inoltre, rafforzano il bisogno di formazione di base e continua per la qualità dell'assistenza.

La libertà di agire in autonomia, la responsabilità legata allo scopo della pratica sono strettamente correlate alla job satisfaction degli infermieri (Baguley 1999). Una recente indagine sulla soddisfazione nella vita lavorativa degli infermieri ha scoperto che gli aspetti di leadership, autonomia e teamwork sono importanti contributi alla soddisfazione (Best & Thurston 2004, 2006). Vi sono anche evidenze del fatto che ampliare la libertà d'azione fa diminuire il turnover (Alexander, Bloom & Nuchels 1994). Quando gli infermieri hanno poca voce in capitolo sull'assistenza al paziente, percepiscono che la loro expertise non viene valutata e questo diminuisce il loro impegno verso il datore di lavoro. Questo controllo sulla pratica è influenzato da variabili ambientali come il tempo a disposizione ed il supporto della leadership.

In anni recenti, i temi della job satisfaction, delle dotazioni organiche e della sicurezza hanno ricevuto un'attenzione crescente nelle discussioni riguardanti i luoghi di lavoro degli infermieri. Vengono qui analizzati sinteticamente.

Job satisfaction

Si riferisce a come si sentono gli infermieri rispetto alla loro vita lavorativa. Uno studio condotto da Weisman e Nathanson (1985) rivela che il livello di soddisfazione sul lavoro degli infermieri è il determinante più forte del correlato livello di soddisfazione dei clienti. Si tratta, comunque, di un valore difficile da misurare poiché strettamente legato ad elementi economici sociali relativi all'adeguatezza degli ambienti di lavoro.

Studi recenti hanno scoperto che gli infermieri preferiscono rimanere a lavorare nella regione dove si sono formati (Baumann, Blythe, Cleverley, Grinspun & Tompkins 2006), ma sono pronti a lasciarla se le condizioni di impiego non soddisfano le loro aspettative personali o professionali. La mancanza di una remunerazione adeguata è una delle ragioni principali della migrazione in molte parti del mondo. Tuttavia, alcuni studi hanno dimostrato che nelle nazioni evolute il denaro diventa un problema rilevante soltanto in assenza di altre fonti di soddisfazione (Weisman & Nathanson 1985). La soddisfazione degli infermieri è anche influenzata da fattori generali quali il supporto del governo, delle infrastrutture fisiche e dall'impegno del datore di lavoro verso i servizi infermieristici.

Zum, Dolea e Stiwel (2005) hanno segnalato che nel Regno Unito, un'indagine condotta sullo staff di un servizio sanitario pubblico londinese ha dimostrato che, quando ai lavoratori venivano chiesti suggerimenti per migliorare la loro vita lavorativa, "salari migliori" era soltanto al quarto posto della loro "lista dei desideri", dopo "più personale", "migliori condizioni di lavoro", "strutture migliori". È comunque vero che il salario era una delle priorità nelle liste di coloro che dichiaravano di voler lasciare il sistema, anche se si situava comunque al secondo o terzo posto (Parson et alii, 2004).

Nel capitolo *Retenimento e reclutamento dell'infermiere: sviluppare una forza lavoro motivata* del Progetto Globale per la Forza Lavoro Infermieristica (2005), Zurn, Dolea e Stilwell dichiarano che esistono prove empiriche del collegamento tra job satisfaction, mancanza di motivazione e intenzione di andarsene (Carlson et alii, 1992). La scarsa soddisfazione sul lavoro è una preoccupazione in molti Paesi poveri di risorse. In Lesotho, Schwable et alii (2004) hanno scoperto che, in totale, il 37% degli infermieri non sono soddisfatti del loro lavoro attuale. Questa percentuale varia a seconda dell'occupazione e raggiunge l'80% negli infermieri psichiatrici, per esempio.

Secondo questo studio i principali fattori che causano l'insoddisfazione sono i salari inadeguati e le cattive condizioni di lavoro, comprese deficienze ambientali quali la mancanza di attrezzature. Anche la formazione scadente è indicata come problema significativo. Questi risultati sono supportati da un'indagine condotta in cinque Paesi africani in cui la scarsa motivazione si risolveva nella migrazione dei lavoratori sanitari fuori dal Paese (Awases et alii, 2003).

Le performance dei lavoratori dipendono chiaramente dal livello di motivazione, che li stimola a presentarsi sul posto di lavoro regolarmente, a lavorare diligentemente, ad essere flessibili e desiderosi di svolgere i compiti necessari. Tuttavia, la motivazione influisce soltanto su quegli aspetti della performance che possono essere ricondotti sotto il controllo personale del lavoratore. Per esempio, quando le organizzazioni non forniscono ai lavoratori le attrezzature essenziali, questi potrebbero non essere in grado di svolgere le loro mansioni per motivi indipendenti dal loro controllo.

Le deficienze istituzionali di risorse materiali ed umane, di scorte ed adeguata manutenzione delle attrezzature portano ad un progressivo deterioramento dei servizi sanitari (soprattutto nei servizi pubblici) e creano insoddisfazione sul lavoro. Queste situazioni hanno portato al licenziamento degli infermieri ospedalieri a Ribeirão Preto nel 1990 (Anselmo, Angermi e Gomez 1997). Questo studio ha scoperto che le condizioni di lavoro – composte da vari elementi quali i salari, gli incentivi, il volume di attività, gli orari ed i turni – comparivano in tutte le motivazioni addotte dagli infermieri come motivo del licenziamento. Risultati simili si sono avuti con un altro studio condotto in Colombia (Correa, Palacia e Serna 2001).

È quindi evidente che la produttività dei lavoratori della sanità non è soltanto questione di motivazione: dipende anche da quanto bene sono formati e preparati per il lavoro (e

questa è una conseguenza delle politiche riguardanti la formazione e le assunzioni). Dipende anche da come i lavoratori sono forniti dell'attrezzatura, dei farmaci e delle tecnologie necessari per fare il loro lavoro. Quindi, motivazione non è sinonimo di performance né la performance è inequivocabilmente determinata dalla motivazione (Kanfer 1999). La motivazione influisce sulla performance, benché la seconda dipenda anche dalle infrastrutture organizzative e dall'ambiente.

Considerazioni sulle piante organiche

Un' importante remota definizione di staff lo lega al numero ed al tipo di personale richiesto per fornire assistenza al paziente (Giovanetti 1978 come citato in McGillis Hall 2005). Autori successivi si sono resi conto che la pianta organica va oltre i numeri ed hanno introdotto altre variabili riguardanti la copertura del paziente e l'erogazione di assistenza sicura. Queste variabili comprendono i carichi di lavoro, l'ambiente, il costo-beneficio, l'efficacia e l'efficienza, la complessità del paziente, i livelli di abilità del personale infermieristico ed il mix dello staff infermieristico.

I numeri delle piante organiche spesso rispecchiano le ristrettezze economiche piuttosto che i bisogni del personale o dei pazienti. Ne consegue che c'è poca corrispondenza tra il bisogno di infermieri ed i requisiti per il lavoro.

In *La carenza globale di infermieri professionali: una panoramica sul tema e sulle azioni* (2005), James Buchan afferma: "Un'analisi globale focalizzata sulle regioni OMS

può confondere differenze importanti tra i Paesi, mentre l'analisi a livello di maiuscola iniziale paese può nascondere variabili geografiche significative nel livello di disponibilità di infermieri. Anche nei Paesi con una popolazione infermieristica ridotta c'è spesso una cattiva distribuzione dei professionisti disponibili, situazione che esaspera l'impatto della carenza. Le aree rurali dei Paesi in via di sviluppo tendono ad essere quelle maggiormente penalizzate".

È necessario che i sistemi sanitari siano in grado di supportare finanziariamente in infrastrutture e forza lavoro efficaci. Nonostante riconoscano il bisogno di infermieri, i servizi sanitari nazionali spesso si trovano ad affrontare situazioni in cui le risorse finanziarie allocate non sono sufficienti a coprire i numeri necessari. Per esempio in *Panoramica sulla forza lavoro infermieristica nell'America Latina*, anche questo parte del Progetto Globale per la Forza Lavoro Infermieristica (2005), Malaren e Agudelo affermano

che, in Paesi come il Nicaragua, “nonostante gli infermieri che si diplomano siano pochi, il sistema sanitario non riesce ad assorbire nemmeno questi a causa della scarsa capacità economica e della sostenibilità di questi sistemi”.

Questo è anche il caso di Paesi quali il Kenia, lo Zambia, la Tanzania, le Filippine e parte dell'est Europa.

Negli ultimi anni è emersa l'importanza di uno staff sicuro, in larga parte come risultato dei cambiamenti nei sistemi assistenziali di tutto il mondo. Questi cambiamenti sono stati innescati da crisi quali la pandemia AIDS, la SARS, i costi crescenti dell'assistenza sanitaria e le recensioni economiche che hanno portato alla carenza infermieristica. Uno staff sicuro è legato ad elementi di responsabilità, sicurezza del personale e sicurezza del paziente.

Livelli e mix del personale. La Federazione Americana degli Insegnanti (1995) definisce uno staff sicuro come “un numero adeguato di personale con un mix adatto di livelli di capacità... disponibile in ogni momento per garantire il soddisfacimento dei bisogni del paziente ed il mantenimento di condizioni di lavoro prive di rischi”. La sicurezza dello staff dipende dal contesto dell'assistenza. Nelle piccole comunità rurali, per esempio, comprende un numero di persone sufficienti a garantire un ambiente sicuro. In ambito di comunità e nel settore ospedaliero lo staff mix ed i livelli di abilità sono ingredienti importanti di un'assistenza ottimale.

I numeri delle piante organiche spesso rispecchiano le ristrettezze economiche piuttosto che i bisogni del personale o dei pazienti. Ne consegue che c'è poca corrispondenza tra il bisogno di infermieri ed i requisiti per il lavoro. Un'alta percentuale di infermieri in Canada, negli USA, nel Regno Unito ed in Svezia ha denunciato pressioni sul lavoro sufficientemente gravi da influire sull'assistenza al paziente (Nolan, Lundh & Brown 1999; Shullanberger 2000; White 1997), ed esistono prove del fatto che un rapporto numerico infermiere/pazienti troppo basso porta a complicanze ed a risultati meno positivi per il paziente (Kovner & Gergen 1998; Lancaster 1997; Shullanberger 2000). Il documento ICN “Uno staff sicuro salva delle vite – Strumenti di lavoro” (ICN 2006) sostiene che a livelli più elevati di piante organiche corrispondono risultati migliori (Aiken et alii 2002; Lancaster 1997). Lo strumento di lavoro rivede strategie che possono essere utilizzate per promuovere la sicurezza degli staff. Leggi, quadri professionali di riferimento e politiche efficaci si sono rivelati strumenti utili per rafforzare e programmare piante organiche adeguate (ICN 2006).

Le evidenze sullo staff mix

Esiste un consistente corpus di ricerca a sostegno degli effetti dello staff mix sui risultati del paziente. La maggior parte degli studi suggeriscono che quanto più elevato lo status educativo e professionale degli infermieri che si occupano dell'assistenza tanto migliori sono i risultati per il paziente.

- Blegen, Goode e Reed (1998) hanno trovato che ad un più elevato skill mix gli infermieri corrispondeva una minore incidenza di errori nella somministrazione dei farmaci, meno casi di ulcere da pressione e maggior soddisfazione del paziente.
- In uno studio su 799 ospedali in 11 Stati americani, si è rilevato che ad una percentuale maggiore di assistenza fornita da infermieri professionali per un numero superiore di ore al giorno per paziente corrispondevano migliori risultati per il paziente.
- Sovie e Jaward (2001) hanno trovato che più ore con i pazienti volevano dire meno cadute e più soddisfazione nella gestione del dolore.
- Uno studio condotto negli USA da Needleman, Buerhaus, Matte, Stewart e Zelevinsky (2002) utilizzando i dati amministrativi di un ampio campione di ospedali di diversi stati, ha esaminato le relazioni esistenti tra piante organiche e percentuale di risultati negativi tre pazienti. I risultati hanno dimostrato che ad una percentuale più alta di assistenza fornita da infermieri professionali e ad un numero superiore di ore di assistenza al giorno corrispondevano risultati migliori per i pazienti ospedalizzati.
- Person et alii (2004) hanno trovato che i pazienti colpiti da infarto acuto del miocardio morivano meno negli ospedali dove erano più alti i numeri di infermieri professionali.
- Un ampio studio retrospettivo (Tourangeau, Giovanetti, Tu & Wood 2002) condotto in Canada su pazienti con diagnosi di infarto acuto del miocardio, ictus, polmonite e setticemia ha trovato un tasso di mortalità a 30 giorni più basso collegato ad uno skill mix infermieristico più ricco e ad un'esperienza di più anni in reparto.

Esistono anche prove del fatto che a qualifiche di formazione più alte tra gli infermieri corrispondono migliori risultati per il paziente (Aiken, Clarke, Cheung, Slogane & Silber 2003).

Rapporto numerico infermiere: pazienti. Nel documento *La carenza infermieristica globale: aree prioritarie di intervento (2005)*, ICN riporta che "Molti Paesi, compresi gli Stati Uniti e l'Australia, stanno riducendo al minimo il rapporto numerico infermiere: pazienti come una delle strategie per migliorare le condizioni di lavoro e facilitare il ritorno degli infermieri alla professione, oltre che per promuovere la sicurezza dello staff e dell'assistenza al paziente

Poco dopo l'implementazione dei rapporti numerici prescritti a Vittoria, Australia, "5000 infermieri disoccupati hanno chiesto di rientrare al lavoro e di occupare i posti vacanti nei servizi sanitari (Kingma 2006, pag. 225). Inoltre, una ricerca commissionata dalla Federazione Australiana degli Infermieri (ANF) ha scoperto che "oltre la metà degli infermieri di Vittoria avrebbe rassegnato le dimissioni, sarebbe andato in pensione in anticipo o avrebbe ridotto il proprio orario di lavoro se fossero stati aboliti i mandati sui rapporti numerici minimi infermiere: paziente (ANF 2004, p. 1)."

Teamwork. C'è un interesse recente sull'importanza del lavoro in team per garantire la continuità dell'assistenza. I team possono essere trans-disciplinari o interni ad un'unica disciplina.

In molte parti del mondo, costrizioni finanziarie ed altre impediscono l'assunzione ed il dispiegamento di numeri elevati di infermieri professionali. Lo staff mix e ciò che costituisce una dotazione organica sicura varia e dipende dalle circostanze locali. Gli infermieri collaborano con diverse figure sanitarie, professionali e non, soprattutto quelli che lavorano in ambito di comunità (ICN 2006). In ambito ospedaliero, i ruoli e le posizioni dello Stato infermieristico possono essere diversi da quelli che si trovano in Nord America o nell'Europa occidentale. Tuttavia, indipendentemente dal tipo di team infermieristico ed interdisciplinare, la qualità delle relazioni di gruppo è probabile che interferisca sia sul benessere dell'infermiera che su quello del paziente.

I fattori che facilitano l'instaurarsi del teamwork sono critici se si deve fornire assistenza di qualità. La natura multinazionale e multiculturale del gruppo infermieristico diventa sempre più comune. Il Centro Internazionale per la Migrazione Infermieristica, istituito dall'ICN, e la Commissione per i Laureati provenienti da Facoltà di Infermieristica straniere hanno iniziato una serie di workshop per sostenere l'integrazione degli infermieri immigrati o internazionali (vedere www.intlnursemigration.org).

Anche la collaborazione con gli altri professionisti è importante. Sono state condotte numerose ricerche sulle relazioni dannose ed antagoniste che esistono frequentemente tra medici ed infermieri. In un ambiente ostile o rigidamente gerarchico, gli infermieri possono sentirsi intimiditi nel discutere ordini scritti o verbali errati o mal comunicati (Istituto di Medicina 2000).

Considerazioni sulla sicurezza

La sicurezza del posto di lavoro sicuro è un prerequisito per un ambiente positivo per la pratica. I pericoli per gli infermieri ed i pazienti risultano da carichi di lavoro eccessivi, danni prevenibili e violenza sul posto di lavoro.

Carichi di lavoro eccessivi. La mancanza di proporzione tra il lavoro richiesto agli infermieri e quello che possono ragionevolmente fare minaccia la loro salute e mette a rischio i pazienti. La fretta, le richieste contraddittorie, le interruzioni di deficit di capacità è conoscenza e le risorse insufficienti o non disponibili sono aggravate dai carichi di lavoro pesanti.

Una ricerca condotta da O'Brien-Pallas, Thomson, Alkins e Bruce (2001) indica che carichi di lavoro pesanti contribuiscono alla tensione da lavoro (definita come combinazione tra richieste elevate e bassa decisionalità) e suggerisce che aumenti della produttività a breve termine portano a costi sanitari gonfiati a lungo termine. Lo studio notato una forte correlazione tra le ore di straordinario lavorate ed i periodi di malattia.

In *Pianificare la forza lavoro infermieristica: mappare il percorso politico* (2005), O'Brien-Pallas, Duffield, Tomblin Murphy, Birch and Meyer hanno scritto: "I carichi di lavoro eccessivi continuano ad essere un problema chiave del lavoro in molti Paesi (Barman et alii, 2001; Canadian Nursing Advisory Committee 2002; Aiken et alii 2001) , in Australia, questa è una ragione documentata per cui gli infermieri abbandonano la professione (Duffield, O'Brien-Pallas e Aitken 2004b)."

Anche Malvaez e Aguedo (2005) hanno riportato che un altro studio sugli infermieri in Argentina ed Uruguay (Carrasco e Espero de Vinas 2000) ha dimostrato "la relazione tra numero di pazienti assegnati ed incidenti occorsi, mostrando che il gruppo con il numero più elevato di pazienti (oltre 30) era colpito da più incidenti", trasformando quindi la relazione in un problema di sicurezza per il paziente.

Misurare i carichi di lavoro. Per gli amministratori è una sfida definire carichi di lavoro che ottimizzano la produttività senza compromettere il benessere di infermieri e pazienti. Poiché la maggior parte del lavoro infermieristico è esclusa dagli attuali strumenti di misurazione dei carichi di lavoro, gli sforzi e l'expertise infermieristica non vengono adeguatamente riconosciuti, misurati o compensati (ICN 2004).

La ricerca sui carichi di lavoro infermieristici e sui criteri per definire la proporzione infermiere: pazienti sta andando avanti, ma gli approcci empirici che comprendono un quadro di riferimento teorico ed i molti fattori che influiscono sui carichi di lavoro sono ancora in fase di sviluppo. Gli sforzi per creare sistemi migliori devono essere intensificati per consentire a chi pianifica le risorse umane di prendere decisioni migliori.

Poiché la maggior parte del lavoro infermieristico è esclusa dagli attuali strumenti di misurazione dei carichi di lavoro, gli sforzi e l'expertise infermieristica non vengono adeguatamente riconosciuti, misurati o compensati (ICN, 2004)

In teoria, le organizzazioni con piante organiche insufficienti dovrebbero supplire a questa carenza assumendo più infermieri e creando più posti di lavoro a tempo pieno. Dovrebbero anche garantire che gli infermieri possano concentrarsi sull'assistenza al paziente piuttosto che su compiti amministrativi. Esistono dati che dimostrano che il tempo trascorso con i pazienti sta diminuendo mentre cresce quello speso a gestire la parte amministrativa. La creazione di posizioni infermieristiche esperte, ad esempio i coordinatori clinici, è critica. In alcuni Paesi l'assunzione di personale impiegatizio addizionale, di addetti alle cure alla persona e di personale infermieristico di supporto fornisce il sostegno necessario che fa da contorno all'assistenza.

Infortuni prevenibili. Gli operatori sanitari subiscono più danni muscoloscheletrici degli altri gruppi occupazionali. Gli infermieri, in particolare, sono colpiti da un'alta percentuale di stiramenti slogature (Chol, Levitsky, Lloyd & Stones 1996). Molti studi hanno riscontrato un collegamento tra dotazione organica, sovraccarico di lavoro, stress e lesioni muscoloscheletriche nei posti di lavoro infermieristici. Uno studio longitudinale su 4000 lavoratori della sanità della Columbia Britannica, Canada, ha mostrato che la tensione sul lavoro aumentava il rischio di danni muscoloscheletrici e di conseguenti richieste di risarcimento (Koehoorn, Kennedy, Demers, Hertzman & Village 2000). Uno studio settoriale sugli infermieri svedesi ha trovato che la tensione sul lavoro aumentava il rischio di danni alla fascia lombare (Ahlberg-Hult, Theorell & Sigala 1995).

L'evidenza suggerisce che le condizioni di lavoro e della pratica infermieristica possono contribuire a prevenire gli infortuni. Molti infermieri si procurano danni alla schiena quando in reparto c'è carenza di personale e devono sollevare i pazienti da soli (Schindul-Rotschild, Berry & Long-Middleton 1996). Uno studio prospettico sulle lesioni alla schiena da sforzo eccessivo su 24.500 infermieri svedesi durante un anno ha rivelato che la

maggior parte degli incidenti accade durante il trasferimento dei pazienti, spesso quando gli infermieri stanno lavorando da soli (Engkvist, Hagberg, Wigaeus Hjelm, Menckel & Ekenvall 1998).

Esistono molti programmi sulla sicurezza sul posto di lavoro. Tuttavia, la letteratura indica che possono non avere successo laddove le pressioni sul lavoro e l'instabilità dell'organico incoraggiano pratiche pericolose.

La formazione, assieme alle procedure adeguate, abbassa il rischio di danni ma anche i fattori organizzativi fanno la differenza (Centro Canadese per la Salute e la Sicurezza Occupazionale, 2005). Uno studio associa le percentuali più alte di puntura accidentale da ago alla presenza di personale infermieristico temporaneo, mentre l'incidenza più bassa caratterizza gli ospedali Magnet – organizzazioni con personale stabile e reputazione di ottimi ambienti di lavoro per gli infermieri (Alien, Sloan & Klocinski 1997).

Si può affermare che le strategie per alleggerire i carichi di lavoro possono ridurre le probabilità di danno. Esistono molti programmi per la sicurezza sul luogo di lavoro. Tuttavia, la letteratura indica che possono non avere successo dove le pressioni sul lavoro e l'instabilità dell'organico incoraggiano pratiche pericolose. L'evidenza sul campo suggerisce che la scarsa manutenzione sui luoghi di lavoro, le attrezzature non adeguate, la carenza di materiali fanno aumentare per gli infermieri il rischio di infortunio e che attrezzature tipo l'alza malati possono evitare i danni (Baumann et alii, 2001).

Le Linee Guida ICN sulla Salute e sulla Sicurezza Occupazionale (2007) riportano: "Si stima che l'impatto dell'esposizione a rischi biologici, quali HIV, epatite B e C sia per gli infermieri molto elevato. Nei Paesi in cui la prevalenza dell'HIV è la più alta al mondo, gli infermieri subiscono da due a quattro punture accidentali all'anno, facendo così aumentare le loro probabilità di contrarre l'HIV o l'epatite B o C. Uno studio sul personale sanitario di tre ospedali indiani ha riportato che il 60% dei 100 rispondenti (35 dei quali erano infermieri) confermavano che il contatto con il sangue, in assenza di dispositivi di protezione individuale, capitavano da "molto spesso" a "sempre" ogni settimana. Nove dei 35 infermieri hanno affermato che gli infortuni da taglio per strumenti affilati o flaconi di vetro rotti, in mancanza di DPI, erano all'ordine del giorno (PRIA 2005)... Non proteggere gli infermieri influisce anche sull'assistenza al paziente. I rischi che ricadono negativamente sul reclutamento e mantenimento in servizio degli infermieri conducono frequentemente a commettere errori, a mettere in pericolo la sicurezza dei pazienti ed influiscono negativamente sui risultati del trattamento del paziente".

Violenza sul luogo di lavoro. La violenza sul posto di lavoro è una realtà per molti infermieri. I potenziali perpetratori possono essere i colleghi, altri operatori, i pazienti o i loro famigliari. Un'indagine condotta su una selezione di ospedali della Columbia Britannica e di Alberta – Canada – ha riportato un elevato tasso di violenza fisica o verbale nei cinque turni precedenti l'indagine (Duncan et alii, 2001). Tuttavia, è difficile stimare la prevalenza di questo fenomeno poiché non è chiaramente definito e spesso non viene denunciato (Associazione dell'Ontario per l'Assistenza Sanitaria e la Sicurezza 2001).

Molte organizzazioni sanitarie stanno lavorando per ambienti di lavoro liberi dalla violenza ed hanno aumentato la sicurezza. Altri infermieri (ad es. quelli che lavorano in ospedali piccoli e con poche risorse) restano vulnerabili (Baumann, Hunsberger, Blythe & Crea 2006).

Il Programma Congiunto sulla Violenza sul Posto di Lavoro nel Settore Sanitario di ILO/ICN/OMS/PSI ha commissionato lo studio di casi in diversi Paesi rappresentativi ed ha sviluppato linee-guida ed un manuale (www.icn.ch). Ironia del caso, il settore sanitario è quello più colpito degli altri dal fenomeno della violenza sul posto di lavoro. In Svezia, quasi un quarto delle denunce di violenza sul posto di lavoro provengono da strutture sanitarie mentre il settore del commercio, la polizia, le carceri ed il settore bancario rappresentano soltanto il 5% ciascuno.

Gli studi del Programma Congiunto confermano che la violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario è un rischio occupazionale globale, una preoccupazione crescente per la sanità pubblica ed una violazione dei diritti umani e dei lavoratori. I casi studiati in Australia, Brasile, Bulgaria, Libano, Portogallo, Sudafrica e Thailandia evidenziano la stessa vulnerabilità degli operatori sanitari, soprattutto degli equipaggi delle ambulanze e degli infermieri. Questo tema richiede maggiore attenzione internazionale per arrivare a capire cosa serva per migliorare la sicurezza dei posti di lavoro. In passato, le misure di prevenzione si sono focalizzate sull'addestramento del personale ma si è sempre più consapevoli del fatto che è necessario considerare anche altri aspetti organizzativi ed ambientali (es. piani di lavoro, flusso di pazienti, stile manageriale, struttura del reparto, livelli di rumore/calore) per interrompere la spirale crescente di violenza sul posto di lavoro.

Il Programma Congiunto ha sviluppato delle Linee-Guida che affrontano la violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario , accompagnate da un manuale per l'addestramento, entrambi disponibili gratuitamente sul sito www.icn.ch. Utilizzando questo materiale, l'ICN con l'Organizzazione Infermieri Norvegese, stanno lavorando con cinque associazioni infermieristiche africane per ridurre la violenza sul posto di lavoro nei rispettivi Paesi. Sono già in corso attività in Botswana, Lesotho, Mauritius, Swaziland e Tanzania – per suscitare la consapevolezza tra gli operatori della salute, i politici ed il pubblico; documentare la prevalenza e la natura degli incidenti violenti; sviluppare prese di posizione e politiche; introdurre strategie locali.

A seguito del workshop sulla violenza sui posti di lavoro del Marzo 2006, l'Associazione degli Infermieri delle Mauritius ha portato avanti una serie di attività per trattare questa questione.

- ✓ Incontri regolari con i partecipanti al programma per monitorare e valutare le loro attività sui rispettivi posti di lavoro.
- ✓ Istituzione, in tutti gli 11 ospedali dell'isola, di un Comitato anti-violenza che si incontra ogni mese per verificare i progressi fatti ed intraprendere azioni, se necessario.
- ✓ Un registro delle violenze in ogni reparto o unità ospedaliera per incoraggiare infermieri ed ostetriche a segnalare ogni caso di violenza fisica o verbale contro di loro.
- ✓ Visite ai vari ospedali da parte dei Rappresentanti Nazionali per verificare i progressi.
- ✓ Campagna di poster e volantini da distribuire in tutti i reparti e le unità delle istituzioni sanitarie nazionali.
- ✓ Serie di incontri con gli ufficiali del Ministero della Salute per discutere di temi riguardanti la violenza, compreso il progetto NNO/SANNAM/ICN per incoraggiare la tolleranza zero contro la violenza sul posto di lavoro.
- ✓ Sviluppo di partnership con il Ministero della Salute che ha dato istruzione a tutti i Direttori Sanitari regionali di collaborare e supportare a livello operativo le attività svolte dalle Associazioni infermieristiche nelle loro istituzioni.
- ✓ Collaborazione con i media per creare la consapevolezza pubblica dell'impatto negativo della violenza contro gli operatori sanitari.

Il clima organizzativo si riferisce alla percezione che i dipendenti condividono circa l'ambiente in cui lavorano. Nonostante sia un concetto astratto, "clima organizzativo" è un termine utile per descrivere e comprendere aspetti relativi all'ambiente di lavoro (Al-Shammari 1992). Quando il personale parla del clima organizzativo, riassume le proprie esperienze o le sensazioni circa le esperienze altrui, portando ad una mappa cognitiva dell'organizzazione (Al-Shammari 1992). Il concetto di clima organizzativo è strettamente vicino – ma non coincidente – alla nozione di job satisfaction, cultura corporativa e stile di leadership.

Quali sono gli attributi del clima?

Clima è un termine poliedrico che indica il tono generale dell'organizzazione. Cultura e clima sono quasi sinonimi utilizzati per descrivere i valori, le convinzioni, la filosofia ed i costumi di un'organizzazione (Al-Shammari 1992). Comunque, quando si utilizzano generalmente metodologie qualitative per ricerche riguardanti anche la cultura, per indagare sul clima si usano metodi quantitativi. Molti attributi del posto di lavoro possono correlarsi al clima organizzativo. Tre, intrinseci agli ambienti positivi per la pratica, sono: (1) un clima di sicurezza per infermieri e pazienti; (2) un clima di supporto organizzativo per l'apprendimento continuo e (3) un clima di leadership.

Molti attributi del posto di lavoro possono correlarsi al clima organizzativo. Tre, intrinseci agli ambienti positivi per la pratica, sono: la cultura della sicurezza per infermieri e pazienti; il supporto organizzativo per l'apprendimento continuo e la leadership.

Clima di sicurezza per infermieri e pazienti. Clima di sicurezza è universalmente accettato come termine solitamente utilizzato unitamente a cultura della sicurezza con poche se non nulle differenze (Cox & Flin 1998; Mearns & Flin 1999). Entrambi vengono definiti in una varietà di modi. Tuttavia, nonostante l'ampia gamma di definizioni, la revisione di vari rapporti suggerisce l'esistenza di almeno cinque componenti o indicatori

della cultura della sicurezza (Wiegmann, Zhang, von Thaden, Sharnam & Mitchell 2002): impegno dell'organizzazione, coinvolgimento del management, potenziamento dei dipendenti, sistemi premianti e sistemi di rapporto.

Il clima di sicurezza comprende sia la sicurezza all'interno dell'organizzazione che quella legata alle politiche, alle procedure ed ai riconoscimenti (Brown & Leigh, 1996). La sicurezza all'interno dell'organizzazione è sia fisica che psicologica. Gli aspetti legati a quella fisica comprendono la disponibilità di attrezzature adeguate, strutture materiali sicure ed ambienti idonei alla pratica. Le componenti psicologiche comprendono invece i sistemi premianti e richiedono che il personale si senta a proprio agio nel porre domande senza timore di ritorsioni. Il clima di sicurezza è stato recentemente modellato in diversi report di elevato profilo che pongono la sicurezza in prima linea all'ordine del giorno per la salute e gli ambienti di lavoro. Lo Studio Seminariale Canadese sugli Eventi Avversi (Baker et alii, 2004) ha iniziato ad attirare l'attenzione sulla sicurezza in tutti gli ambienti di lavoro. Griffin e Neal (2000) hanno descritto il clima di sicurezza come precursore delle performance di sicurezza.

Gli studi sulla sicurezza del paziente documentano il collegamento tra clima organizzativo competitivo o soverchiante e timore di denunciare errori, dimenticanze ed eventi negativi. Il comportamento prevaricatore spesso non viene denunciato per mancanza di fiducia che venga intrapresa una qualsivoglia azione preventiva. In questo modo gli atteggiamenti scorretti ed i comportamenti scadenti si perpetuano, influenzando non solo i risultati del paziente ma anche il reclutamento ed il retenimento del personale.

Clima di apprendimento. Un clima di apprendimento pone le basi per un ambiente di lavoro positivo e sicuro. Quando l'organizzazione incoraggia l'apprendimento continuo supportando lo sviluppo professionale e la condivisione delle conoscenze, diventa un'organizzazione per l'apprendimento. In questo clima, i datori di lavoro comprendono l'importanza di investire tempo, sforzi e risorse per promuovere la pratica dei loro dipendenti e migliorarne conoscenze, capacità e giudizio.

Quando l'organizzazione incoraggia l'apprendimento continuo supportando lo sviluppo professionale e la condivisione delle conoscenze, diventa un'organizzazione per l'apprendimento.

In anni recenti, gli organi professionali hanno incoraggiato il concetto di pratica riflessiva in cui gli infermieri preparano un portfolio scritto che riassume le tematiche della pratica emerse durante l'anno. L'utilizzo di riviste di settore consente agli infermieri di riflettere sul loro lavoro in un ambiente sicuro. Questo approccio consente ad individui e team di ricevere feedback dai colleghi e dai pazienti.

Clima di leadership. La leadership è importante per definire il tono di un'organizzazione (Al-Shammari 1992). I leader forniscono la *vision* degli obiettivi di un'organizzazione e la traccia di come si possano raggiungere. E' responsabilità loro garantire che sul posto di lavoro siano presenti la motivazione, gli strumenti, le conoscenze e le capacità richiesti per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Lowe (2004) sottolinea che l'impegno del management è indispensabile per un ambiente positivo e che questo deve prendere le sembianze di una leadership visibile. I dipendenti giudicano l'organizzazione dalle azioni del massimo dirigente e del team esecutivo. In generale, gli infermieri che lavorano in organizzazioni dal clima positivo saranno più impegnati verso l'organizzazione stessa e meno propensi ad andarsene. Gli individui i cui valori sono affini a quelli della propria organizzazione è probabile che lavorino meglio e che esprimano una maggiore soddisfazione per il proprio lavoro rispetto a quelli i cui valori discordano (Downwy, Hellriegel & Slocum 1975).

Quando il clima organizzativa incoraggia l'autonomia dei singoli impiegati, gli infermieri esprimono una maggiore job satisfaction ed i pazienti ottengono risultati migliori

La leadership deve anche permeare l'organizzazione e comprendere manager di prima linea. Gli studi dimostrano che un buon leader infermieristico aumenta la coesione del gruppo e migliora lo stress da lavoro (Leveck & Jones 1996) ed esistono evidenze del fatto che una leadership che supporta e rende autonomi gli infermieri ne riduce il turnover (Laschenger, Wong, McMahon & Kaufmann 1999; Kramer & Schmollenberg 1988; Morrison, Jones & Fuller 1997). Wilson e Laschinger (1994) hanno trovato che il punto di vista degli infermieri sull'accesso al potere ed alle opportunità nel loro lavoro dipendeva dalla percezione del potere dei loro manager. Una buona leadership all'interno dell'organizzazione richiede un'allocazione di risorse per fornire a manager e

supervisor la formazione, il tempo, gli incentivi ed altri supporti necessari per iniziare e sostenere i miglioramenti (Lowe 2004).

Gli attributi di leadership negli ambienti di lavoro positivi non sono limitati ai leader formali. Gli studi sugli ospedali Magnet dimostrano che gli ambienti positivi per la pratica consentono agli infermieri di essere autonomi, praticare appieno il proprio scopo e prendere iniziative. E' nel miglior interesse di un'organizzazione utilizzare al massimo le capacità dei propri dipendenti. Quando il clima organizzativo favorisce l'autonomia dei singoli individui, gli infermieri esprimono maggiore soddisfazione ed i pazienti ottengono risultati migliori (Aiken et alii, 2002; McClure 2005).

Il programma dell'ICN Leadership For Change™ (LFC) aiuta gli infermieri a realizzarsi come leader e manager efficaci in un ambiente sanitario in costante cambiamento. I sistemi sanitari ed i pazienti traggono beneficio da capacità di leadership infermieristica forti. LFC si propone di avvalorare il contributo degli infermieri ai servizi sanitari e di promuovere la sicurezza dei pazienti e la qualità dell'assistenza attraverso strategie di leadership adeguate e proattive.

Un clima organizzativo forte e positivo è importante perché incoraggia una coerenza del comportamento (Dickson, Resici & Hagnes 2006) basata sulla condivisione del percepito. In particolare, costruisce il contesto in cui vengono ambientati i neo-assunti. Nei posti di lavoro infermieristici, un clima non buono mette in pericolo il paziente ed espone gli infermieri al burnout lavorativo ed all'assenteismo. Gli infermieri devono esaminare il clima organizzativo in cui operano per determinare se è in armonia con la loro etica del lavoro sia a livello professionale che personale, avvalora il loro ruolo e le performance e promuove la sicurezza. Il progetto ICN sulla negoziazione della leadership ha fornito per decenni supporto ai NNA nello sviluppo sui luoghi di lavoro di leader infermieristici capaci di identificare i rischi occupazionali e di performance e di negoziarne l'eliminazione.

Tematiche generali sulla vita lavorativa

Gli infermieri esercitano la professione in un'ampia gamma di ambiti, che vanno dalle piccole cliniche condotte da infermieri nel Sud Africa rurale, agli avamposti infermieristici del Canada del Nord alle unità urbane di cure intensive degli Stati Uniti. Le attrezzature e le dotazioni di materiali possono essere rudimentali (es. un termometro e pochi farmaci di base) o altamente complesse (es. i più moderni macchinari digitali). Gli infermieri possono far parte di team multidisciplinare nei grandi ospedali universitari oppure lavorare da soli in aree remote come il Pakistan del Nord.

Indipendentemente dall'ambiente, gli ambienti di lavoro positivi supportano gli infermieri del loro ruolo professionale di assistenza al paziente. Se gli infermieri non hanno il sostegno di cui abbisognano per praticare, non possono garantire i risultati migliori per i pazienti. Possono scoraggiarsi e lasciare il lavoro o, perfino, la professione.

I Paesi spesso spendono una quota considerevole del loro PIL per la sanità. Poiché le nazioni differiscono per quanto riguarda le proprie ricchezze, le somme di denaro effettivamente spese per l'assistenza variano notevolmente. Le differenze nelle risorse disponibili per strutture, servizi e salari influenzano le migrazioni mondiali del personale sanitario,

compreso quello infermieristico. I migranti solitamente si spostano all'interno del proprio Paese dalle zone rurali a quelle urbane e verso maiuscole Paesi più sviluppati sia a livello regionale che internazionale (Kingma 2006). Questo processo ha una ricaduta sui carichi di lavoro delle aree che i lavoratori hanno lasciato. Gli effetti di una scarsa capacità di forza

Rapporto numerico infermieri/popolazione nel mondo.

Nel mondo esistono ampie variazioni nei rapporti numerici infermieri/ popolazione, che variano da meno di 10 infermieri ogni 100.000 abitanti ad oltre 1.000. Il rapporto medio in Europa, la regione con la percentuale più alta, è di 10 volte superiore rispetto a quello delle regioni con le proporzioni più basse (Africa e Sud Est Asiatico). Tuttavia, i rapporti devono essere considerati nel contesto proporzionale degli altri professionisti sanitari operativi. In Sudamerica, per esempio, vi sono molti più medici che infermieri rispetto al Nord America ed all'Europa (ICN)

lavoro o della sua cattiva distribuzione sono un aumento dei carichi di lavoro per coloro che restano nel sistema (Buchan & Calman 2004).

Benché esista un collegamento tra il denaro speso in sanità ed i tassi migratori, che gli infermieri se ne vadano o restino è influenzato da altri fattori.

- La discriminazione sessista sopravvive in molti Paesi e culture, dove infermieristica è sottovalutata o sminuita come "lavoro da donne".
- Elevati livelli di violenza sul posto di lavoro e protezioni inadeguate contro l'esposizione alle malattie possono influire negativamente sulla permanenza in servizio in alcuni Paesi (Buchan & Calman 2004). Per esempio, in alcuni Paesi africani, gli infermieri sono ad alto rischio di contrarre l'AIDS (Kingma 2006).
- L'esposizione al superlavoro o al pericolo sul posto di lavoro può convincere gli infermieri e gli altri lavoratori di non essere rispettati o apprezzati.

Le risorse che i sistemi sanitari nazionali possono mettere a disposizione sono limitate. Di conseguenza, è fondamentale che queste vengano utilizzate saggiamente e che si concentrino su aspetti dell'assistenza che possano migliorare attraverso una maggiore efficacia, una migliore collaborazione e più investimenti sul personale.

I Paesi che ottengono un relativo successo nel retenimento delle proprie forze lavoro infermieristiche condividono alcune caratteristiche (Barman, Yan, Degelder & Malikov 2006). Un confronto tra Canada, Regno Unito, Uganda e Thailandia ha rivelato che ognuno di questi Paesi ha fatto investimenti notevoli in sanità e possiede quadri politici di riferimento che affrontano temi quali l'aumento del numero di infermieri, l'ampliamento del ruolo delle figure di supporto e l'impegno alla formazione continua. In Uganda ed in Thailandia, agli infermieri sono stati aumentati gli stipendi ed è stato riconosciuto una sorta di indennizzo per l'ubicazione del lavoro. Il Canada ed il Regno Unito hanno strategie che comprendono iniziative per la sanità del posto di lavoro, quali sussidi per la casa, ampliamento dei servizi per l'infanzia, orari di lavoro più flessibili e formazione continua.

Innovazioni sul lavoro

Nell'Africa sub-sahariana l'ICN e la Fondazione Stephen Lewis stanno collaborando con le associazioni infermieristiche nazionali e con la Necton, Dickinson & Co. per creare centri di benessere per gli operatori sanitari e le loro famiglie. L'obiettivo è di fornire i finanziamenti e le risorse materiali necessari "a sostenere una forza lavoro sana, che conduca al rafforzamento del sistema assistenziale" (ICN 2006). I centri di benessere offrono una serie di servizi, compresi i test, il counseling e la cura per patologie quali l'HIV e la TBC; servizi prenatali, compresa la prevenzione della trasmissione madre-bambino (PMTCT); gestione dello stress; profilassi post-esposizione; screening per le malattie croniche nonché un centro di formazione e di risorse per la conoscenza per lo sviluppo professionale continuo. Lo scopo è di dare assistenza a lavoratori della sanità che, a loro volta, saranno in grado di assistere meglio i loro pazienti e le comunità.

Cosa possono fare le Associazioni Infermieristiche nazionali

Gli sforzi a livello nazionale possono fare la differenza nel migliorare l'ambiente di lavoro degli infermieri. A questo livello le associazioni professionali e gli organi di regolamentazione funzionano da patrocinatori sia degli infermieri che dei pazienti. In questa veste, le associazioni infermieristiche:

- ✓ promuovono campagne a sostegno di leggi e regolamenti che mettano in atto le necessarie misure di protezione per la professione (Rowell 2003) e
- ✓ combattono "per garantire un ambiente che nutra la professione con risorse adeguate ed un sistema assistenziale che comprenda l'expertise di tutti i provider nel processo decisionale incentrato sul paziente" (Rowell 2003).

È fondamentale avere quadri politici nazionali solidi che affrontino le condizioni di lavoro degli infermieri e di tutti gli altri lavoratori. Queste politiche possono essere utilizzate per sviluppare linee guida a livello di associazione/organizzazione.

Il loro scopo è affiancato dallo sviluppo di politiche rilevanti che affrontino problemi basilari di salute e sicurezza (es. dotazioni di personale adeguate, segnalazione di eventi negativi e protezione di chi "canta") e supportino ambienti di lavoro positivi.

Il confronto tra quattro Paesi citato nel capitolo precedente ha trovato che i Paesi con il tasso di retenimento più elevato (Uganda, Regno Unito, Canada e Thailandia) avevano una struttura di politica sanitaria in ordine. Tutti i Paesi facilitavano la formazione, avevano rafforzato il ruolo infermieristico e creato condizioni per eliminare la violenza e mantenere la comunicazione sui miglioramenti nelle condizioni di lavoro (Bauman, Yan et alii 2006).

E' essenziale avere quadri di riferimento politici nazionali che affrontino le condizioni di lavoro degli infermieri e di tutti gli altri lavoratori. Queste politiche possono essere

utilizzate per sviluppare linee-guida a livello di associazione/organizzazione. Nel Regno Unito, ad esempio, il Dipartimento per la Salute ha creato gli standard IWL (Improving Working Life *Migliorare la vita lavorativa*), che stabiliscono i benchmark che tutti i dipendenti del SSN devono seguire (Baumann, Yan et alii, 2006) e che comprendono pratiche per posti di lavoro sicuri. Gli standard IWL complementano politiche del SSN tipo la tolleranza zero della violenza contro il personale (Task Force Nazionale sulla Violenza Contro il Personale addetto all'Assistenza 2001).

Le organizzazioni infermieristiche nazionali giocano un ruolo chiave nel fare pressione sui governi sull'importanza di politiche centrali del lavoro e regolamenti per la sanità. Esse sviluppano standard e strategie nazionali che supportano gli ambienti di lavoro sani e definiscono meccanismi per monitorare le politiche relative ai luoghi di lavoro. Possono incoraggiare gruppi con interessi specifici e/o divulgare evidenze di best practice.

Raccomandazioni

Tenendo in mente la promozione di ambienti positivi per la pratica, le associazioni infermieristiche devono:

- Definire politiche locali e nazionali focalizzate sulle condizioni di lavoro.
- Stabilire per i politici i collegamenti tra sicurezza del paziente e ambienti positivi per la pratica.
- Raccogliere tutte le schede tecniche e le dichiarazioni di posizione esistenti a livello internazionale.
- Incoraggiare la mobilitazione degli infermieri e indagare per definire i punti prioritari per l'azione.
- Sviluppare linee-guida che trattino condizioni di lavoro specifiche.
- Divulgare le evidenze di best practice.
- Preparare piani per la comunicazione centrati su temi di ambienti per la pratica.
- Istituire comitati a livello di organizzazione che si concentrino su tematiche relative agli ambienti di lavoro.
- Utilizzare tool kit per fornire dati di background a sostegno delle dichiarazioni e/o affermazioni di posizione.

- Presentare argomentazioni efficaci per l'acquisizione e la manutenzione di strumentazioni e meccanismi di smaltimento sicuri (es. smaltimento degli aghi).
- Essere coinvolti in comitati organizzativi che esaminano temi del lavoro e diano inizio a strategie efficaci per affrontare le sfide.

STRUMENTI

AMBIENTI POSITIVI PER LA PRATICA:

**QUALITA' DEI POSTI DI LAVORO =
QUALITA' DELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE**

Strumento per la verifica dell'ambiente di lavoro dell'infermiere

Le seguenti domande intendono stimolare il pensiero e sviluppare strategie che portino ad ambienti di lavoro positivi. Ciascuna organizzazione o struttura sanitaria varia a seconda del contesto assistenziale. Di conseguenza, le risposte alle domande saranno peculiari per ogni ambito.

Organizzazioni

- L'ambiente/organizzazione riconosce gli infermieri come professionisti?
- Gli infermieri sono adeguatamente compensati per il loro lavoro?
- Ci sono possibilità di sviluppo di carriera nell'infermieristica?
- Le condizioni di lavoro consentono un reclutamento ed un retenimento ottimali degli infermieri?
- Le politiche sul lavoro dell'organizzazione si occupano dei rischi sanitari e promuovono ambienti di lavoro sicuri?
 - L'applicazione delle politiche è monitorata?
 - Le scelte politiche sono riviste con regolarità e corrette come richiesto?
- Sono disponibili attrezzature sicure e ben mantenute?
- Esistono procedure di reclamo efficaci?
- Esistono procedure per le "soffiate"? Ci sono politiche che proteggono i delatori?
- E' applicata una politica che assegna agli infermieri il controllo e la programmazione della propria pratica?
- E' applicata una politiche che stabilisce la prevedibilità e la specifica del lavoro?
- Sono applicate politiche di reclutamento e retenimento del personale?
- Le percentuali di turnover e di assenza influiscono eccessivamente o negativamente sui risultati dei pazienti?
- Ci sono programmi di riconoscimento e ricompensa?
- Ci sono politiche sulla violenza nei luoghi di lavoro?
- Lo staff partecipa ai processi decisionali dell'organizzazione?

Infermiere

- Lo staff infermieristico esercita nel rispetto di un codice etico generale?
- La comunicazione tra infermieri ed altri sanitari è buona?
- Esistono ricompense/incentivi per gli infermieri che dimostrano capacità di comunicazione forti con i colleghi e con le altre discipline?
- Esistono programmi che incoraggiano la salute personale?
- Esistono supporti fisici e dispositivi che incoraggino la sicurezza nella pratica?
- Sono attuate politiche che consentano agli infermieri di trattare di tematiche riguardanti i carichi di lavoro?
- Ci sono programmi di tutorato ed affiancamento prontamente disponibili?
- Gli infermieri hanno accesso a programmi di formazione continua?

Government

- All'interno del governo c'è un'area specifica per la sanità?
- Il governo eroga fondi per proseguire/iniziare ricerche sull'ambiente di lavoro?
- Esistono strategie provinciali e regionali?
- Le politiche del governo supportano la forza lavoro infermieristica nell'adozione/mantenimento di uno status professionale?
- Il governo fornisce un quadro legislativo di riferimento per garantire ambienti di lavoro sicuri?
- Il governo investe in salute ed ambienti di lavoro?
- Il finanziamento/supporto del governo verso il proprio sistema sanitario è sufficiente?

Associazione Infermieristica Nazionale (AIN)

- L'AIN si batte per ottenere e promuove ambienti di lavoro sani per gli infermieri?
- L'AIN si batte per ottenere e promuove standard professionali per gli infermieri?
- L'AIN è coinvolta nell'educare il pubblico sull'infermieristica e sullo sviluppo professionale?
- L'AIN incoraggia e fornisce opportunità di formazione continua?
- Si cercano alleanze con organizzazioni di pazienti o di altri gruppi professionali per garantire ambienti di lavoro sicuri?
- C'è modo per gli infermieri di comunicare commenti o feedback all'AIN?

Organismo normativo

- Rivede regolarmente gli scopi e le competenze della pratica?
- Gli standard della pratica vengono comunicati e confermati chiaramente?
- Esistono adeguate sanzioni in caso di violazioni?
- Esiste un processo d'appello e questo è ampiamente noto?
- L'organismo analizza i trend per informare i datori di lavoro ed il governo circa le problematiche emergenti tra la forza lavoro?

Strategie per lo sviluppo di ambienti positivi per la pratica

Il processo di sviluppo di ambienti positivi per la pratica è poliedrico, accade a molti livelli di un'organizzazione e coinvolge una serie di attori. Come punto di partenza, ciascuna organizzazione deve sviluppare un profilo della forza lavoro che comprenda parametri quali l'assenteismo, i tassi di turnover e vacanza ed informazioni demografiche quali l'età e l'esperienza. Questo tipo di dati fornisce una solida base per i processi decisionali. Da parte loro, gli infermieri possono promuovere lo sviluppo di ambienti positivi per la pratica attraverso:

- La promozione continua del ruolo infermieristico
- La definizione dello scopo della pratica infermieristica, cosicché gli infermieri, le altre discipline ed il pubblico siano consapevoli dell'evoluzione della professione.
- La pressione per ottenere riconoscimento professionale e remunerazione.
- Lo sviluppo e la diffusione di una dichiarazione di principio sull'importanza di un ambiente di lavoro sicuro.
- La garanzia che le altre discipline siano coinvolte nello sviluppo di politiche per la sicurezza degli ambienti di lavoro.
- Il supporto alla ricerca, la raccolta dati per l'eccellenza nella pratica e la loro diffusione una volta disponibili.
- L'incoraggiamento agli istituti per la formazione affinché promuovano il teamwork fornendo opportunità di collaborazione e ne enfatizzino la teoria.
- Riconoscimenti alle strutture sanitarie che dimostrino l'efficacia di ambienti positivi per la pratica attraverso iniziative di reclutamento e retenimento del personale, la riduzione dei tassi di abbandono, l'opinione pubblica, il miglioramento dell'assistenza e livelli più elevati di soddisfazione del paziente.
- L'utilizzo del tool kit per fornire informazioni di background riguardanti l'importanza di un ambiente di lavoro positivo.

QUESTIONI INFERMIERISTICHE

*I factsheet **Questioni Infermieristiche** offrono informazioni di riferimento sintetiche e le prospettive internazionali della professione infermieristica su tematiche sanitarie e sociali di attualità*

ICN sulla prevenzione degli infortuni da puntura accidentale

Fatti ed argomenti

Almeno un operatore sanitario su otto subisce un infortunio da puntura accidentale che lo espone al potenziale rischio di infezioni gravi o mortali

Nei Paesi industrializzati le punture accidentali rappresentano il problema principale correlato all'utilizzo di oggetti acuminati. Gli operatori sanitari americani ne subiscono da 800.000 ad un milione l'anno, senza contare l'ampio numero che non viene denunciato. Ogni anno negli ospedali del Regno Unito accadono oltre 100.000 incidenti di questo tipo. I casi di puntura accidentale sono pressoché non documentati nei Paesi in via di sviluppo ma è probabile che il loro numero sia pari, se non superiore, a quello del mondo industrializzato.

Come risultato dell'esposizione al sangue è possibile la trasmissione di oltre 20 patologie. Sistemi di smaltimento rifiuti inadeguati fanno sì che il problema si estenda anche ad altre categorie di lavoratori, dagli addetti alle pulizie a chi lavora nelle lavanderie, dai facchini agli "straccioni", alla comunità in generale².

In alcuni Paesi, gli operatori sanitari si sentono obbligati ad eseguire iniezioni per soddisfare la percezione dei loro clienti di essere adeguatamente curati. Tre studi condotti nell'Africa Sub-Sahariana ed in Asia hanno scoperto che tra il 60 e l'80% di tutte le iniezioni somministrate non erano necessarie ed a volte erano persino pericolose. I farmaci iniettati con maggior frequenza erano gli antibiotici².

**Questo è uno scenario reale.
Come si può prevenirlo?**

Un paziente malato di AIDS è diventato agitato ed ha cercato di rimuovere il catetere venoso. Il personale ospedaliero ha lottato per contenere il paziente. Durante la lotta, si è strappata una linea per infusione endovenosa, esponendo l'ago di connessione. Un' infermiera lo ha recuperato ed ha cercato di reinserirlo. Il paziente le ha colpito il braccio, spingendo l'ago nella mano di un secondo infermiere. Tre mesi dopo, l'infermiere che aveva subito la puntura è risultato positivo al test HIV¹.

Impatto sugli infermieri

Tra tutti gli operatori sanitari, gli infermieri sono quelli che subiscono il maggior numero di infortuni da puntura accidentale. Il rischio di infezione dipende dall'agente patogeno coinvolto, dal livello di immunizzazione del lavoratore ed alla gravità della puntura. La probabilità che un singolo episodio porti all'insorgenza della malattia va da 3 a 5 possibilità su 1000 per l'HIV, 300 su 1000 per l'epatite B e da 20 a 50 su 1000 per l'epatite C.

Le punture accidentali contano per l'86% di tutti i casi di trasmissione di malattie infettive per cause di lavoro. L'impatto emotivo di questo tipo di infortuni può essere profondo, anche quando non c'è trasmissione di patologie gravi, soprattutto quando si ha a che fare con un'esposizione all'HIV. In uno studio su 20 operatori sanitari esposti all'HIV, 11 riportavano un distress acuto grave, 7 persistente moderato e 6 avevano abbandonato il posto di lavoro a seguito dell'incidente³.

Costi delle punture accidentali

Secondo l'Associazione Americana degli Ospedali, un caso di infezione grave da patogeni ematici può costare fino a 1 milione di dollari per le spese derivanti da esami clinici, follow-up, tempo e risarcimenti. Il costo del follow-up per una esposizione ad alto rischio è di circa \$ 3000 per ogni puntura accidentale, anche quando non si sviluppa l'infezione. I dispositivi di sicurezza per gli aghi costano soltanto 28 centesimi più di quelli standard. Gli ospedali della California risparmierebbero oltre 100 milioni di dollari all'anno con l'implementazione della legge che rende obbligatorio il loro utilizzo⁴.

I diritti degli infermieri

Secondo l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), devono essere prese tutte le misure necessarie a prevenire, ridurre o eliminare i rischi per il personale infermieristico. Tra queste⁵:

- Una politica nazionale completa sulla salute occupazionale.
- Creazione di servizi per la salute occupazionale.
- Accesso la sorveglianza sanitaria, preferibilmente durante l'orario di lavoro e senza costi per il lavoratore interessato.
- Confidenzialità medica sulla sorveglianza sanitaria.
- Compensazione finanziaria per coloro esposti a rischi speciali.
- Partecipazione a tutti gli aspetti della protezione.

Cosa puoi fare per proteggere te stesso e gli altri:

- ⇒ Evita l'uso di aghi quando sono disponibili alternative sicure ed efficaci.
- ⇒ Evita di reincappucciare gli aghi.
- ⇒ Partecipa alla formazione riguardante i patogeni ematici e segui le pratiche preventive raccomandate, compresa la vaccinazione contro l'epatite B.
- ⇒ Segnala tutti gli infortuni da puntura accidentale e da taglio per essere certo di ricevere un'adeguata assistenza di follow-up.

- ⇒ Sostieni il monitoraggio e le pratiche sicure, compresa la raccolta dati.
- ⇒ Educa e fai pressione per lo sviluppo di tecnologie più sicure.
- ⇒ Sostieni lo screening, il counseling post-esposizione, la profilassi, l'aiuto legale ed i gruppi di supporto.
- ⇒ Utilizza il potere d'acquisto per comprare strumenti sicuri.
- ⇒ Crea /mantieni un sistema di smaltimento rifiuti sicuro e completo.
- ⇒ Promuovi la consapevolezza sulla sicurezza
- ⇒ Valuta gli sforzi per la prevenzione e fornisci feedback sulle performance.

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di oltre 125 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano milioni di infermieri in tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri, l'ICN è la voce internazionale dell'infermieristica e lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

Per ulteriori informazioni contattare:
Mireille Kingma, e-mail: Kingma@icn.ch

Luglio 2000

¹ National Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH). Preventing Needlestick Injuries in Health Care Settings. November, 1999. Publication NR. 2000-108.

²WHO Safe Injection Global Network

³Henry et al., 1990. NIOSH Preventing Needle Stick Injuries in Health Care Settings

⁴American Nurses Association, Nursing Facts: Needlestick Injury, 1998

⁵ILO Recommendation 157: Employment and conditions of work and life of nursing personnel

QUESTIONI INFERMIERISTICHE

*I factsheet **Questioni Infermieristiche** offrono informazioni di riferimento sintetiche e le prospettive internazionali della professione infermieristica su tematiche sanitarie e sociali di attualità*

Immunizzazione degli operatori sanitari: influenza ed epatite B

Fact Sheet

Background

I vaccini sono ampiamente utilizzati in tutto il mondo per proteggere dalle malattie attraverso l'immunizzazione indotta. I benefici dell'immunizzazione sono ampiamente riconosciuti: l'OMS stima che le vaccinazioni abbiano evitato circa due milioni di morti nel 2002, cinque milioni di persone sono scampate alla paresi dovuta alla polio a partire dal 2008 e tra il 1999 ed il 2003 i decessi dovuti al morbillo sono diminuiti di quasi il 40%.¹ Oltre a ridurre le malattie, le sofferenze e le morti, l'immunizzazione riduce anche la pressione sui sistemi sanitari ed in molti casi serve a risparmiare denaro che può essere investito in altri servizi¹. Di conseguenza, l'OMS riconosce nelle vaccinazioni uno degli investimenti maggiormente efficaci in termini di costo-beneficio.¹

Gli operatori sanitari che lavorano a contatto con i pazienti sono a maggior rischio di esposizione a malattie vaccino-prevenibili e di trasmetterle ad altri pazienti. Ne consegue che i sistemi sanitari di tutto il mondo raccomandano l'immunizzazione del personale sanitario contro alcune malattie infettive. La ragione di tutto ciò è triplice.

La vaccinazione contro patologie chiave protegge i lavoratori della sanità, protegge le loro famiglie e protegge i loro pazienti. Tuttavia, nonostante l'adozione di queste politiche sull'immunizzazione e nonostante il fatto che gli operatori sanitari sono il tramite per implementare programmi di vaccinazione che coinvolgano tutta la società, la ricerca dimostra che i tassi di immunizzazione di questi lavoratori devono crescere.²

Questo bollettino informativo analizza temi legati all'immunizzazione del personale sanitario contro due importanti patologie vaccino-prevenibili: l'influenza e l'epatite B.

¹ Fact Sheet OMS n° 288 "Immunization against diseases of public health importance".

² Hoffman F et alii. Infection 2006; 34:142-147

Immunizzare gli operatori sanitari contro l'influenza

L'influenza è la più comune patologia vaccino-prevenibile ma conta livelli significativi di morbilità e mortalità.³ Negli USA, l'influenza e la polmonite causano ogni anno circa 40.000 decessi ed oltre 200.000 ricoveri in ospedale ed insieme rappresentano la settima causa di morte, superando di gran lunga quelle causate dall'AIDS^{3,4}.

Quello dell'influenza è un virus altamente contagioso e spesso nelle strutture sanitarie si riscontrano casi di trasmissione nosocomiale. A causa della peculiarità del loro posto di lavoro, gli operatori sanitari sono a rischio più elevato di contrarre l'influenza e, per dedizione al lavoro, è possibile che continuino ad assistere i pazienti anche quando ne sono stati colpiti^{2,3}. Il risultante potenziale di diffondere la malattia nelle strutture sanitarie è potenziato dal fatto che circa il 50% delle persone colpite da influenza non sviluppa i sintomi classici e quindi potrebbe essere inconsapevole di essere infetta mentre diffonde il virus per 5 – 10 giorni³.

Durante le epidemie di influenza le strutture si trovano spesso a corto di personale ed hanno una capacità ridotta. Proteggere gli operatori sanitari attraverso la vaccinazione aiuta ad alleggerire questa situazione, oltre a diminuire la trasmissione ai pazienti, e quindi riduce i costi significativamente elevati collegati alle infezioni ospedaliere. Di conseguenza, molte istituzioni raccomandano la vaccinazione di routine contro l'influenza per i propri dipendenti. Per esempio, il CDC (Centro per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie) negli Stati Uniti ha adottato questa raccomandazione nei primi anni '80 ed entro il 2000 è stato seguito da 12 Paesi europei².

Tassi di vaccinazione tra gli operatori sanitari

La ricerca mostra che, nonostante i benefici della vaccinazione contro l'influenza verso gli operatori sanitari, le loro famiglie ed i pazienti, le percentuali di copertura variano e spesso sono basse. Una revisione della ricerca sulle percentuali di vaccinati ha scoperto che i numeri variano dal 2% all'82%². Anche se le percentuali sono più alte negli USA rispetto all'Europa, nel 2002 i valori raggiungevano soltanto il 38% in America contro il 12-25% dell'Europa².

Aumentare la percentuale di vaccinati

Benché l'ultima decisione riguardo la vaccinazione spetti al singolo operatore sanitario, la ricerca dimostra che le campagne di immunizzazione possono far aumentare le adesioni. Tra le caratteristiche degne di nota delle campagne di maggior successo ci sono "la comunicazione, l'educazione e la vaccinazione"². La comunicazione comprende i contatti individuali attraverso la posta elettronica, le buste paga ed i memo. L'educazione può assumere molte forme, tra le quali sessioni interne e conferenze. Infine, l'immunizzazione deve essere gratuita ed accessibile attraverso, ad esempio, ambulatori che ricevono senza appuntamento e cliniche ambulantanti.

La componente educazione è importante e, così come comprende il rationale per proteggere se stessi, la famiglia ed i pazienti, deve affrontare le giustificazioni comunemente addotte dagli operatori sanitari per non sottoporsi alla vaccinazione. La ricerca dimostra che esistono una serie di preconcetti responsabili di questa scelta.

3 Backer H. Clinical Infectious Diseases 2006; 42 (15 Aprile).

4 Per maggiori dettagli: www.ifpma.org/influenza

In particolare, i lavoratori hanno citato il timore di effetti negativi, la convinzione che il vaccino possa causare l'influenza, la percezione che il rischio di infezione sia basso è che il vaccino non sia efficace². Questo nonostante il fatto che, come per ogni vaccino, le reazioni avverse che possono presentarsi siano solitamente reazioni cutanee lievi e di breve durata nel punto di iniezione ed altri effetti potenziali che accadono con minore frequenza. Inoltre, il vaccino contro l'influenza è efficace nel 70 – 90% dei casi negli adulti sani quando combacia con i ceppi virali in circolazione². In generale, è chiaro che per aver successo le campagne devono riuscire a dimostrare che i benefici della vaccinazione pesano più dei timori dei lavoratori.

Immunizzazione contro l'epatite B

Con oltre 350 milioni di portatori al mondo^{5,6}, l'epatite B rappresenta uno dei principali rischi di infezione per gli operatori sanitari⁷. Gli scienziati stimano che nel 2000 nel mondo hanno contratto questa patologia a causa di infortuni da puntura o taglio ben 66.000 operatori sanitari⁸. Negli Stati Uniti un numero stimato di 1450 sanitari si è infettato nel 1993 attraverso l'esposizione a sangue o siero-derivati infetti, un numero che da solo rappresenta una riduzione del 90% nei casi a partire dal 1985⁵. Nelle sue raccomandazioni del 1997 sull'immunizzazione degli operatori sanitari, la CDC suggerisce che il 5-10% del personale si infetta cronicamente con l'epatite B, ponendosi a rischio di cirrosi epatica, cancro e morte⁵. Coloro che contraggono la malattia sono potenzialmente infettivi per il resto della vita. Le stime suggeriscono che prima negli Stati Uniti morivano 100 – 200 operatori sanitari all'anno a causa dell'epatite B⁵.

Di conseguenza, per proteggersi dai gravi effetti dell'infezione da epatite B, gli operatori sanitari esposti al sangue o ad altri fluidi corporei contaminati, devono vaccinarsi. Anche se queste politiche possono variare tra i differenti sistemi sanitari, sarebbe più adeguato offrire ai lavoratori che si espongono al sangue solo occasionalmente la profilassi post-esposizione piuttosto che la vaccinazione pre-esposizione.

Testare le persone a rischio

Oltre alla vaccinazione, è opportuno che gli operatori sanitari con probabilità di esposizione al sangue o ai pazienti e quelli a rischio di infortuni da taglio o puntura si sottopongano a test sierologici per verificare che i livelli di anticorpi siano sufficienti a garantire protezione.

5 Maynard J. Vaccine 1990 Mar; 8 Suppl: S18-20; discussion S21-3.

6 WHO Fact Sheet 204 'Hepatitis B'

7 MMWR 1997;46(RR-18):1-42.

8 Pruss-Ustun A et al. Am J Ind Med 2005 Dec;48(6):482-90.

In sintesi

Gli operatori sanitari sono a maggior rischio di infezione a causa della natura delle loro occupazioni. L'esposizione ai pazienti aumenta le possibilità di contrarre una serie di malattie, comprese l'influenza e l'epatite B. Entrambe le infezioni risultano in morbilità e mortalità elevate e, di conseguenza, gli operatori sanitari dovrebbero vaccinarsi per proteggere se stessi, le loro famiglie ed i pazienti.²

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di oltre 125 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano milioni di infermieri in tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri, l'ICN è la voce internazionale dell'infermieristica e lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

Per ulteriori informazioni contattare: icn@icn.ch

ICN/01/2007

⁹ IFPMA (Federazione Internazionale delle Case Farmaceutiche e delle Associazioni), 2007

Sicurezza del paziente

Posizione ICN

La sicurezza del paziente è fondamentale per la qualità della salute e dell'assistenza infermieristica. ICN ritiene che aumentare la sicurezza del paziente implichi un'ampia gamma di azioni nel reclutamento, addestramento e retenimento dei professionisti della salute, nel miglioramento delle performance, nella sicurezza ambientale e nella gestione del rischio, compresi il controllo delle infezioni, l'uso sicuro dei medicinali, la sicurezza delle apparecchiature, pratiche cliniche e ambienti di cura sicuri, e l'accumularsi di un corpus integrato di conoscenze scientifiche focalizzato sulla sicurezza del paziente e sulle infrastrutture dedicate al supporto di questo sviluppo.

L'infermiere si occupa della sicurezza del paziente in ogni aspetto dell'assistenza. Questo comporta fornire informazioni ai pazienti e agli altri sui rischi e sulla loro riduzione, patrocinare la sicurezza del paziente e segnalare gli eventi negativi.

L'identificazione precoce del rischio è la chiave per prevenire i danni al paziente e dipende dal mantenimento di una cultura della fiducia, dell'onestà, dell'integrità e della comunicazione aperta tra i pazienti e chi li assiste. ICN supporta fortemente l'approccio allargato a tutto il sistema, basato su una filosofia della trasparenza e della denuncia – non sul biasimo o sul rimprovero del singolo professionista – che incorpori misure riguardino i fattori umani e di sistema negli eventi negativi.

ICN è seriamente preoccupato per le gravi minacce alla sicurezza dei pazienti ed alla qualità dell'assistenza sanitaria risultanti da un numero insufficiente di risorse umane adeguatamente addestrate. L'attuale carenza infermieristica a livello globale rappresenta una minaccia di questo genere.

ICN ritiene che agli infermieri ed alle associazioni infermieristiche nazionali spetti la responsabilità di:

- Informare i pazienti e i familiari sui possibili rischi.
- Denunciare immediatamente gli eventi negativi alle autorità preposte.
- Avere un ruolo attivo nella valutazione della sicurezza e della qualità dell'assistenza.
- Potenziare la comunicazione con i pazienti e gli altri professionisti dell'assistenza.
- Adoperarsi per ottenere livelli di staff adeguati.
- Supportare misure che aumentino la sicurezza del paziente.
- Promuovere rigorosi programmi di controllo delle infezioni.
- Adoperarsi per procedure e protocolli che minimizzino gli errori.
- Mettersi in contatto con gli organismi professionali che rappresentano i farmacisti, i medici ed altre categorie interessate per migliorare il confezionamento e l'etichettatura dei farmaci
- Collaborare con i sistemi nazionali di denuncia per registrare, analizzare e imparare dagli eventi negativi.
- Sviluppare meccanismi, per esempio attraverso l'accreditamento, per riconoscere quelle caratteristiche dei caregiver che si pongono come punto di riferimento per l'eccellenza nella sicurezza del paziente.

Background

Anche se gli interventi di assistenza sanitaria sono intesi a beneficio del pubblico, esiste un elemento di rischio per cui errori ed eventi negativi possono accadere a causa della complessa combinazione tra processi, tecnologie e fattori umani collegati all'assistenza sanitaria. Un evento negativo può essere definito come un danno o un torto causato dalla gestione da parte dei sanitari della malattia o della condizione del paziente piuttosto che dalla sottostante malattia o condizione in sé³. Le comuni minacce alla sicurezza del paziente comprendono errori nella somministrazione dei farmaci, infezioni acquisite in ospedale, esposizione ad elevate dosi di radiazioni e utilizzo di medicinali contraffatti.

Benché l'errore umano giochi un suo ruolo negli eventi avversi gravi, ci sono solitamente fattori di sistema correlati, che, se propriamente indirizzati, avrebbero potuto evitare gli errori.

Cresce l'evidenza sul fatto che i livelli inadeguati di staff istituzionali sono correlati con l'aumento degli eventi avversi come le cadute dei pazienti, le piaghe da decubito, gli errori nella somministrazione dei farmaci, le infezioni ospedaliere e la percentuale di riammissioni che può portare a tempi di ricovero più lunghi e ad un incremento del tasso di mortalità ospedaliero⁴. Anche le carenze nelle dotazioni organiche e le performance scadenti del personale legate a scarsa motivazione o insufficiente preparazione tecnica sono determinanti importanti della sicurezza del paziente.

La scarsa qualità dell'assistenza causa un sostanziale numero di eventi avversi con un importante impatto economico sulla spesa sanitaria.

Adottato nel 2002

Position statement ICM correlati:

- [Protezione del titolo di "infermiere"](#)
- [Regolamentazione infermieristica](#)
- [Scopo della pratica infermieristica](#)
- [Personale infermieristico di supporto o assistenza](#)

Pubblicazioni ICN:

- Patient Safety, WHPA, Fact Sheet (2001)

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di oltre 125 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano milioni di infermieri in tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri, l'ICN è la voce internazionale dell'infermieristica e lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

³ Thomas, E.J; & Brennan, BMJ, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. 18 Marzo 2000. p.9.

⁴ Aiken, I.H. et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

Abusi e violenze contro il personale infermieristico

Posizione ICN

ICN condanna fortemente ogni forma di abuso e violenza contro il personale infermieristico, spaziando dall'aggressione passiva all'omicidio e includendo le molestie sessuali. Simili azioni violano il diritto degli infermieri alla dignità ed integrità personale ed alla libertà dalla sofferenza.

ICN condanna gli atti di abuso e violenza perpetrati nei confronti di **qualsiasi persona**, compresi gli altri professionisti sanitari, i pazienti, i bambini, gli anziani, e gli altri privati cittadini. Comunque, all'interno del settore di impiego, gli infermieri sono una categoria di lavoratori particolarmente a rischio, quindi l'attenzione deve continuare ad essere focalizzata sull'eliminazione di tutte le forme di abusi e violenza contro di loro.

ICN sostiene fermamente che la violenza sul luogo di lavoro in un ambiente sanitario minacci la resa al paziente di servizi efficaci e, pertanto, la sua stessa sicurezza. Se si deve fornire un'assistenza di qualità, al personale infermieristico devono essere assicurati un ambiente di lavoro sicuro ed un trattamento rispettoso. Carichi di lavoro eccessivi, condizioni di lavoro non sicure, e un supporto inadeguato possono essere considerate forme di violenza incompatibili con la buona pratica.

ICN promuove ed assiste lo sviluppo di politiche che riflettano la "tolleranza-zero" della violenza, ad esempio leggi, regolamenti per lo staff, sanzioni giudiziarie, standard ambientali del posto di lavoro, norme culturali. Si possono prevedere sanzioni essere che rispecchino la gravità di ogni particolare incidente. La cooperazione con altre organizzazioni che hanno obiettivi in comune nella campagna contro la violenza è importante.

ICN sostiene che ogni infermiere abbia una responsabilità personale nel denunciare ed intervenire efficacemente quando sul posto di lavoro accadono episodi di violenza. Per proteggere gli studenti di infermieristica, che sono particolarmente a rischio di violenze sul posto di lavoro, devono essere applicate misure di sicurezza appropriate.

ICN sollecita le associazioni nazionali degli infermieri affinché si attivino per:

- Sensibilizzare il pubblico e la comunità infermieristica sulle varie manifestazioni di violenza contro il personale infermieristico.
- Assicurare l'accesso ai servizi di counseling per il personale infermieristico (vittime e perpetratori di violenza), compreso il supportarli durante la denuncia/indennizzo e le procedure di reclamo.
- Negoziare l'introduzione e il mantenimento di misure di sicurezza appropriate e procedure di denuncia riservata negli ambienti di lavoro e di studio.
- Supportare gli infermieri, anche facilitando loro l'accesso all'assistenza legale quando necessaria.

- Incontrare con alti funzionari di rilevanti gruppi di datori di lavoro, organizzazioni sanitarie nazionali ed altri per ottenere la loro assistenza nel fornire ambienti di lavoro e di studio sicuri e rispettosi.
- Lavorare per garantire che i datori di lavoro ottemperino ai loro obblighi verso la salute e la sicurezza occupazionali, compreso lo sviluppo di adeguati livelli di staff, di metodi di lavoro che sostengano la qualità dell'assistenza, e la promozione di modelli di comportamento sicuri. Questo può comprendere il monitoraggio e la denuncia dei datori di lavoro che non assolvono questi obblighi.
- Assicurare la consapevolezza e l'accesso alle risorse esistenti fruibili dagli infermieri per trattare con le violenze e gli abusi sul luogo di lavoro.
- Fornire e sostenere lo sviluppo della formazione e dell'addestramento continui nel riconoscimento e nel controllo degli abusi e delle violenze del posto di lavoro.
- Assistere nella creazione di una cultura infermieristica che non perpetui la tendenza degli infermieri all'auto-biasimo per incidenti violenti.
- Promuovere un'immagine positiva dell'infermieristica ed il rispetto per il diritto degli infermieri alla dignità ed alla sicurezza personale attraverso il modellamento del ruolo. Integrare nei curricula infermieristici corsi per l'eliminazione e/o il controllo della violenza.
- Assistere nell'acquisizione di dati rilevanti riguardanti le violenze nel settore sanitario.
- Assistere nello sviluppo dei metodologie di lavoro che assicurino la qualità dell'assistenza, il mantenimento di adeguati livelli di staff e la promozione di metodi comportamentali sicuri.
- Negoziare strategie per la riduzione delle violenze sul posto di lavoro che includano sia interventi organizzativi ed ambientali che interventi focalizzati sull'individuo.
- Creare o facilitare meccanismi di denuncia facilmente fruibili, confidenziali ed efficaci.
- Supportare istituzioni deputate alla formazione affinché introducano un addestramento formale che si occupi delle violenze e degli abusi sul luogo di lavoro.

Background

La malattia e le potenziali minacce alla vita sono fattori che causano stress nei pazienti, nei loro familiari, e nel personale in servizio. Tale stress può aggravare fattori che inducono alla violenza; i livelli di tutto ciò si rispecchiano nell'aumento della violenza nella società in generale, e nell'ambiente di lavoro sanitario in particolare.

La violenza sul posto di lavoro è universale e diffusa. L'impatto della violenza psicologica è grande quanto, se non maggiore, di quello della violenza fisica. Esso è inoltre più diffuso.

Le condizioni di lavoro del settore pongono il personale infermieristico e l'altro personale sanitario a maggior rischio di violenza a causa di:

- Modelli di staff, compresi i livelli inadeguati delle dotazioni organiche e della supervisione, l'utilizzo di personale in servizio temporaneo ed inesperto, carichi di lavoro pesanti e l'essere l'unico responsabile delle unità assistenziali.
- Turni di lavoro, compresi i cambi turno da e per la notte.
- Scarse misure di sicurezza nelle strutture.
- Interventi che richiedono uno stretto contatto fisico.
- Carichi di lavoro impegnativi, spesso in ambienti emotivamente molto tesi.
- Luoghi di lavoro facilmente accessibili con scarsa o nulla privacy.
- Visite a domicilio e relativo isolamento.

La ricerca dimostra che, tra il personale sanitario, quello infermieristico è maggiormente a rischio di violenza sul luogo di lavoro. La prevalenza e l'impatto della violenza contro gli infermieri, sia maschi che femmine, sono preoccupanti se confrontati con quelli di altre professioni. Gli effetti della violenza si estendono oltre il luogo di lavoro, colpiscono la famiglia della vittima e gli osservatori e sono riconosciuti come violenza contro terzi. Non si deve minimizzare l'abuso verbale – i cui effetti sono simili all'attacco fisico, comprese le ripercussioni sull'assistenza.

Tradizionalmente, molte culture hanno tacitamente accettato la violenza fisica, le molestie sessuali o gli abusi verbali contro le donne nonostante si tratti di una violazione dei diritti umani. Inoltre, le infermiere spesso accettano passivamente gli abusi e le violenze come "parte del lavoro" - atteggiamento spesso condiviso dal pubblico e dalla magistratura. Le pressioni sulle vittime di entrambi i sessi affinché tacciano sono forti e le mancate denunce hanno ostacolato lo sviluppo e l'implementazione di strategie efficaci per ridurre la violenza sul posto di lavoro.

Agli infermieri è stato chiesto di affrontare la violenza nonostante pochi programmi addestrino il personale ad identificare le situazioni potenzialmente pericolose ed a sviluppare meccanismi di difesa dalle aggressioni.

Le conseguenze dell'abuso fisico e verbale e delle molestie sessuali comprendono:

- Sentimenti di shock, incredulità, vergogna, colpa, rabbia, depressione, paura, auto-biasimo, impotenza e sfruttamento.
- Danni fisici e disturbi (es. emicrania, vomito), disturbi sessuali.
- Aumento dello stress e dell'ansia.
- Perdita dell'autostima e della fiducia nelle proprie competenze professionali.
- Condotte di evitamento, compreso l'assenteismo, che possono influire negativamente sulle performance.
- Effetti negativi sulle relazioni interpersonali.
- Perdita della job satisfaction, morale basso nello staff ed elevato tasso di turnover.

La violenza è distruttiva ed ha un impatto profondamente negativo sugli osservatori, sulle vittime, sui loro familiari ed infine sull'assistenza e la sicurezza del paziente. Si può dire che la violenza "avvelena" l'ambiente di lavoro.

Riferimenti:

Guidelines on coping with violence in the workplace, Geneva, ICN, 2004.
ILO/ICN/WHO/PSI Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector and the Training Manual
(<http://www.icn.ch/seeworkplace.htm#Framework>;
http://www.icn.ch/SEW_training_manual.pdf)

**Adottato nel 2000
aggiornato nel 2006**

Posizioni ICN correlate:

- Benessere socio-economico degli infermieri
- retenimento, trasferimento e migrazione degli infermieri.
- Salute occupazionale e sicurezza per gli infermieri e turni di lavoro.
- Sviluppo delle risorse umane.
- Infermieri e diritti umani.

Pubblicazioni ICN:

- Guidelines on Coping with Violence
- Framework Guidelines Addressing Workplace Violence in the Health Sector

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di oltre 125 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano milioni di infermieri in tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri, l'ICN è la voce internazionale dell'infermieristica e lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

Salute occupazionale e sicurezza degli infermieri

Posizione ICN:

L'ICN è chiara sul fatto che un ambiente di lavoro sicuro nel settore sanitario contribuisca alla sicurezza del paziente e supporti risultati positivi per il paziente. A tal fine L'ICN promuove lo sviluppo e l'applicazione di politiche o strumenti nazionali e locali che salvaguardino il diritto degli infermieri ad un ambiente di lavoro sicuro, compresa la formazione continua, le vaccinazioni ed i dispositivi di sicurezza individuali. L'ICN riconferma il proprio mandato ad incoraggiare la ricerca in quest'area ed a diffondere le informazioni importanti con cadenza regolare agli stakeolder appropriati.

L'ICN deplora la mancanza di leggi nazionali sulla salute occupazionale e sulla sicurezza che coprano gli infermieri sul posto di lavoro, gli spesso inadeguati meccanismi per la partecipazione dei lavoratori al monitoraggio/eliminazione dei rischi professionali e l'insufficienza delle risorse allocate per garantire una salute occupazionale ottimale, servizi di sicurezza e ispezioni.

L'ICN supporta fortemente le varie Convenzioni ILO relative alla salute ed alla sicurezza occupazionale e ritiene che le associazioni infermieristiche nazionali debbano:

- ✓ Sollecitare i rispettivi governi per garantire che tutte le agenzie sanitarie ricadano sotto la legge sulla salute e la sicurezza occupazionale. Questo può essere fatto attraverso le lobby e l'azione politica individuale e/o collettiva.
- ✓ Dare inizio e/o supportare le attività di ricerca nei propri Paesi riguardo la sicurezza e l'idoneità degli ambienti di lavoro degli infermieri così come su comportamenti, atteggiamenti, procedure ed attività a rischio.
- ✓ Sensibilizzare il personale infermieristico, i datori di lavoro e il pubblico ai rischi occupazionali nel settore sanitario, compresi la violenza e gli abusi.
- ✓ Sviluppare negli infermieri la consapevolezza dei loro diritti (come lavoratori) ad un ambiente sicuro e dei loro obblighi a proteggere la loro sicurezza e promuovere quella altrui.
- ✓ Convincere governi e datori di lavoro ad adottare ed implementare tutte le misure necessarie a salvaguardare la salute ed il benessere degli infermieri a rischio durante il lavoro, comprese le vaccinazioni quando consigliabile.
- ✓ Sollecitare i governi/datori di lavoro affinché garantiscano al personale infermieristico l'accesso a misure e dispositivi di protezione (es. abbigliamento) senza costi aggiuntivi.
- ✓ Incoraggiare gli infermieri a sottoporsi alle vaccinazioni importanti per la loro salute e per la sicurezza sul posto di lavoro.
- ✓ Cooperare con le autorità competenti per assicurare l'accuratezza della lista delle malattie occupazionali e valutarne periodicamente la rilevanza per il personale infermieristico.

- ✓ Sostenere le richieste di compensazione degli infermieri in relazione alle malattie occupazionali e/o agli infortuni.
- ✓ Ottenere e diffondere l'informazione sull'incidenza degli incidenti sul lavoro, gli infortuni e le malattie degli infermieri.
- ✓ Cooperare con altre organizzazioni per sostenere il diritto del lavoratore ad un ambiente di lavoro sicuro.
- ✓ Riconoscere l'importante relazione tra i lavoratori e le loro famiglie nello sviluppo della salute occupazionale culturalmente appropriata e politiche di sicurezza e piani di offerta.
- ✓ Sostenere la libertà degli infermieri dall'essere intimiditi nel loro ruolo di difensori del paziente.
- ✓ Richiedere adeguati sistemi di controllo a tutti i livelli che assicurino un'appropriata implementazione delle politiche.
- ✓ Diffondere informazioni sull'insorgenza di nuovi rischi sul posto di lavoro.
- ✓ Diffondere informazioni sull'inosservanza da parte dei lavoratori delle norme sulla salute occupazionale e sulla sicurezza, includendo il meccanismo di denuncia per queste violazioni.

L'ICN sostiene l'espansione del ruolo dell'infermiere di salute occupazionale e chiede una giusta remunerazione ed una adeguata progressione di carriera a sostegno dello sviluppo professionale. L'ICN chiede il riconoscimento della salute occupazionale e della sicurezza come ruolo infermieristico, un'adeguata remunerazione che corrisponda al livello di esperienza ed incentivi per attrarre e trattenere il personale.

Background

L'ICN riconosce il ruolo fondamentale che la salute occupazionale e la sicurezza giocano nella promozione della salute. In aggiunta, l'ICN riconosce lo sviluppo crescente dell'esperienza acquisita dagli infermieri nel settore della salute occupazionale e della sicurezza ed il positivo rapporto costo-beneficio dei servizi offerti ai lavoratori.

L'assistenza al paziente trae beneficio da un ambiente di lavoro sicuro per il personale sanitario. L'ambiente di lavoro dell'infermiere è frequentemente non sicuro, comunque, come risultato di:

- contaminazione ambientale da parte di inquinanti risultanti dall'attività umana ed industriale.
- Rischi (es. chimico, biologico, fisico, rumore, radiazioni, lavoro ripetitivo).
- Tecnologia medica – mancanza di manutenzione, addestramento insufficiente nell'uso della tecnologia.
- Inadeguato accesso all'abbigliamento protettivo e all'equipaggiamento di sicurezza.
- Il disturbo dei modelli di vita quotidiana legati ai turni di lavoro.
- L'aumento delle richieste a carico delle risorse emozionali, sociali, psicologiche e spirituali dell'infermiere che lavora in ambiti politici, sociali, culturali, economici e clinici complessi.

- Incidenti violenti, comprese le molestie sessuali.
- Scarsa ergonomia (progettazione e design scadenti di equipaggiamenti medici, materiali e attrezzature).
- Inadeguato stanziamento di risorse, es. umane ed economiche.
- Isolamento.

L'ICN nota che molti governi non sono in grado di raccogliere accurate informazioni sull'incidenza di incidenti, infortuni e malattie del personale infermieristico come basi per una solida formulazione politica. La mancanza di dati rilevanti è una questione di grande preoccupazione.

In alcuni Paesi, non esiste una legislazione sulla sicurezza e la salute occupazionale. In altri, il sistema di monitoraggio della sua implementazione ed i meccanismi per disciplinare gli impiegati che non la rispettano è inefficiente o non esistente. Altri Paesi, poi, hanno adottato leggi che escludono gli ospedali e le altre agenzie sanitarie.

La *Convenzione 149 dell'Organizzazione Internazionale del lavoro (ILO) riguardante Impiego e Condizioni di Lavoro e di Vita del Personale Infermieristico* richiama gli Stati membri a "sviluppare le leggi esistenti ed i regolamenti sulla salute occupazionale e sulla sicurezza adattandole alla natura speciale del lavoro infermieristico e dell'ambiente in cui esso è svolto". La sezione IX delle *Raccomandazioni (157)*¹⁾ che la accompagnano, sviluppa ulteriormente le misure considerate necessarie per garantire la salute e la sicurezza degli infermieri sul posto di lavoro.

¹⁾ International Labour Organization, Convention 149 and Recommendation 157 concerning the Employment and Conditions of Work and Life of Nursing Personnel, Geneva, ILO, 1977.

Adottato nel 1987
Rivisto e aggiornato nel 2006

<p>Posizioni ICN relative</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abusi e violenze contro gli infermieri. • Lavoro che cambia. 	<p>Pubblicazioni ICN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Linee guida sulla gestione della violenza. • Linee guida di riferimento per trattare la violenza sul posto di lavoro nel settore sanitario.
--	--

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione in cui 120 associazioni infermieristiche nazionali rappresentano i milioni di infermieri nel mondo. Creata da infermieri per gli infermieri, l'ICN è la voce internazionale dell'assistenza infermieristica e lavora per assicurare assistenza di qualità per tutti e solide politiche sanitarie globali.

Allegato 8

Comunicato stampa Press information Communiqué de presse Comunicado de prensa

L'ICN richiede ambienti positivi per la pratica per garantire la qualità dell'assistenza al paziente

Ginevra, 12 Maggio 2007 – Basandosi sulla convinzione, supportata dall'evidenza, che posti di lavoro di qualità significano assistenza di qualità, l'ICN ha lanciato una richiesta globale affinché si affrontino e si risolvano le gravi deficienze che attualmente esistono negli ambienti di lavoro sanitario di tutte le regioni. La sicurezza, l'efficacia e la qualità dell'assistenza dipendono dalle competenze dei lavoratori e da un ambiente che supporti l'eccellenza nella performance. Gli attuali investimenti troppo bassi nel settore sanitario di molti Paesi hanno portato al deterioramento delle condizioni di lavoro. Questo ha avuto una ricaduta fortemente negativa sul reclutamento e sul retenimento in servizio del personale, sulla produttività e sulla performance delle strutture sanitarie ed infine sui risultati dei pazienti. Se si vogliono raggiungere gli obiettivi di salute nazionali ed internazionali, si devono creare ovunque ambienti di lavoro positivi per la pratica (PPE).

“L'obiettivo della richiesta dell'ICN è di migliorare la qualità dei servizi sanitari attraverso ambienti di lavoro che supportino l'eccellenza nella performance”, ha dichiarato Hiroko Minami, Presidente dell'ICN. “Noi crediamo che i pazienti ed il pubblico abbiano diritto alla migliore performance da parte degli infermieri e degli altri operatori sanitari. Questo si può ottenere solo in un ambiente di lavoro che possa permettersi e che sostenga una forza di lavoro motivata e ben preparata”.

L'ICN ha portato alla ribalta questo tema in occasione della Giornata Internazionale dell'Infermiere, pubblicando uno strumento di informazione e lavoro intitolato *"Posti di lavoro di qualità = qualità dell'assistenza al paziente"*. Il documento si propone di creare consapevolezza e stimolare l'azione e può essere utilizzato da manager, infermieri di prima linea, funzionari amministrativi, associazioni professionali e/o organismi legiferatori. Fornisce a tutti gli stakeholder della salute interessati a migliorare la qualità dei servizi dati riguardanti ambienti positivi per la pratica. E' stato distribuito a tutte le associazioni membre ICN ed ai rappresentanti infermieristici di tutto il mondo. E' accessibile online sul sito: www.icn.indkit.htm.

Istituire ambienti positivi per la pratica continuerà ad essere un programma prioritario negli anni a venire, sia per l'ICN che per il suo recentemente lanciato Centro Internazionale per le Risorse Umane nell'Infermieristica (ICHRN). L'obiettivo dell'ICHRN è di migliorare la qualità dell'assistenza migliorando i servizi infermieristici. Le attività di promozione a favore di ambienti positivi per la pratica saranno supportate dai dati, Dagli strumenti e dagli standard disponibili sul suo sito web (www.ichrn.org).

Nota dell'editor

Il Consiglio Internazionale degli Infermieri è una federazione di oltre 125 associazioni infermieristiche nazionali che rappresentano milioni di infermieri in tutto il mondo. Condotta da infermieri per gli infermieri fin dal 1899, l'ICN è la voce internazionale dell'infermieristica e lavora per garantire la qualità dell'assistenza per tutti e politiche sanitarie solide a livello globale.

Per ulteriori informazioni contattare Linda Carrier-Walker
Tel. +41.22.908.0100 Fax: +41.22.908.0101
e-mail: carrwalk@icn.ch Sito web ICN: www.icn.ch

Riferimenti

- Ahlberg-Hulten GK, Theorell T & Sigala F (1995). Social support, job strain and musculoskeletal pain among female health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 21(6), 435-439.
- Aiken L, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993.
- Aiken L, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silber JH (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1619.
- Aiken LH, Sloane DM & Klocinski JL (1997). Hospital nurses occupational exposure to blood: Prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health*, 87(1), 103-107.
- Alexander JA, Bloom JR & Nuchols BA (1994). Nursing turnover and hospital efficiency: An organization-level analysis. *Industrial Relations*, 33(4), 505-520.
- Al-Shammari MM (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development*, 13(6), 30-32.
- American Federation of Teachers (1995). Definition of "safe staffing." Disponibile sul sito web della American Federation of Teachers Web, <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- Baguley K (1999). Workplace empowerment, job strain, and affective organizational commitment in critical care nurses: Testing Kanter's structural theory of organizational behavior. Unpublished master's thesis, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.
- Baker R, Norton P, Flitoff V, Blais R, Brown A, Cox J, et al. (2004). The Canadian Adverse Events Study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A, Blythe J, Cleverley K, Grinspun D & Tompkins A (2006). Health Human Resource Series Number 3. Educated and underemployed: The paradox for nursing graduands. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, Yan J, Degelder J & Malikov K (2006). Health Human Resource Series Number 4. Retention strategies for nurses: A four country comparison. Geneva: International Council of Nurses.
- Baumann A, Hunsberger M, Blythe J & Crea M (2006). Health Human Resource Series Number 6. The new healthcare worker: Implications of changing employment patterns in rural and community hospitals. Hamilton, Ontario, Canada: Nursing Health Services Research Unit, McMaster University.
- Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron, et al. (2001). Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation.
- Becton, Dickinson and Company (2006). BD and International Council of Nurses collaborate to address the health human resource crisis in Africa. Disponibile sul sito web BD, <http://www.bd.com/>
- Best M & Thurston E (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Best M & Thurston E (2006). Canadian public health nurses' job satisfaction. *Public Health Nursing*, 23(3), 250-255.
- Blegen MA (2006). Patient safety in hospital acute care units. *Annual Review of Nursing Research*, 24.
- Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.
- Bryce EA, Ford J, Chase L, Taylor C & Scharf S (1999). Sharps injuries: Defining prevention priorities. *American Journal of Infection Control*, 27(5), 447-452.
- Brown SP & Leigh TW (1996). A new look at psychological climate and its relationship to job involvement, effort, and performance. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 358-368.

- Buchan J & Calman L (2004). The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. Geneva: International Nursing Council. Canadian Centre for Occupational Health and Safety (2005, January). Needlestick injuries. Disponibile sul sito web del Canadian Centre for Occupational Health and Safety, http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/needlestick_injuries.html
- Canadian Nurses Association (2006). Vision and mission. Retrieved December 1, 2006, da: http://www.cna-nurses.ca/CNA/about/mission/default_e.aspx
- Choi BCK, Levitsky M, Lloyd RD & Stones IM (1996). Patterns and risk factors for sprains and strains in Ontario, Canada 1990: An analysis of the workplace health and safety agency database. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 38(4), 379-389.
- Cox S & Flin R (1998). Safety culture: Philosopher's stone or man of straw? *Work & Stress*, 12(3), 189-201.
- Dickson M W, Resick C J & Hanges PJ (2006). When organizational climate is unambiguous, it is also strong. *Journal of Applied Psychology*, 91(2), 351-364.
- Downey HK, Hellriegel D & Slocum JW (1975). Congruence between individual needs, organizational climate, job satisfaction and performance. *The Academy of Management Journal*, 18(1), 149-155.
- Engkvist IL, Hagberg M, Wigaeus Hjelm E, Menckel E & Ekenvall L (1998). PROSA study group. The accident process preceding overexertion back injuries in nursing personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 24, 367-375.
- Flexner A (1910). Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie foundation for the advancement of teaching. Recuperato il 18 Ottobre 2006, da: http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary/flexner_report.pdf
- Gaudine AP (2000). What do nurses mean by workload and work overload? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(2), 22-27.
- Griffin MA & Neal A (2000). Perceptions of safety at work: A framework for linking safety climate to safety performance, knowledge, and motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 347-358.
- International Council of Nurses (n.d.). Nurse: Patient ratios. Disponibile sul sito web ICN: http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm
- International Council of Nurses (2004). Workload measurement in determining staffing levels. Geneva, Switzerland
- International Council of Nurses (2006). Safe staffing saves lives information and action tool kit. Disponibile sul sito web ICN: <http://www.icn.ch/indkit2006.htm>
- Institute of Medicine (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System, Institute of Medicine (2000). Disponibile all'indirizzo: <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
- Kingma M (2006). Nurses on the move. New York: Cornell University Press.
- Koehoorn M, Kennedy S, Demers P, Clyde Hertzman C & and Village J (2000). Musculoskeletal injuries among health care workers: Individual, biomechanical and work organization factors. Disponibile sul sito web Work Safe BC : http://www.worksafebc.com/about_us/library_services/reports_and_guides/wcb_research/Default.asp
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kramer M & Schmollenberg C (1988). Magnet hospitals: Part 1 institutions of excellence. *Journal of nursing Administration* 18(1), 13-24.
- Kristensen TS (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 25(6), 550-557.
- Lancaster AD (1997). Consult stat: Understaffing can increase infection rates. *RN*, 60(10), 79.
- Laschenger HKS, Wong C, McMahon L & Kaufmann C (1999). Leader behaviour effect on staff nurse empowerment, job tension and work effectiveness. *Journal of Nursing Administration*, 29 (5), 28-39.
- Leveck ML & Jones CB (1996). The nursing practice environment, staff retention and quality of care. *Research in Nursing and Health* 19(4), 331-343.

- Lowe GS (2004). Healthy workplace strategies: Creating change and achieving results. Disponibile sul sito web del Canadian Policy Research Network, <http://www.cprn.com/en/doc.cfm?doc=536>
- Lowe GS (2005). Raising the bar for people practices: Helping all health organizations become "preferred employers." *Healthcare Quarterly*, 8, 60-63.
- McClure ML (2005). Magnet hospitals: Insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 198-201.
- McClure M, Poulin M, Sovie M & Wandelt M (1983). Magnet hospitals: Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Academy of Nurses.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Mearns KJ & Flin R (1999). Assessing the state of organizational safety—Culture or climate? *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social* 18(1), 5-17.
- Morrison R S, Jones C B & Fuller B (1997). The relationship between leadership style and empowerment on job satisfaction on nurses. *Journal of Nursing Administration* 29(5), 28-29.
- National Task Force on Violence Against Social Care Staff (2001). Report and national action plan. Recuperato il 1 Dicembre 2006 da: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/06/28/20/04062820.pdf>
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nolan M, Lundh U & Brown J (1999), Changing aspects of nurses' work environment: A comparison of perceptions in two hospitals in Sweden and the UK and implications for recruitment and retention of staff. *NT Research*, 4(3), 221-233.
- O'Brien-Pallas L, Thomson D, Alksnis C & Bruce S (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weave, MT, Williams OD et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 4-12.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006a). *Healthy work environments best practice guidelines: Collaborative practice among nursing teams*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Imminente: inverno 2006).
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006b). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining effective staffing and workload practices*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Imminente: inverno 2006).
- Registered Nurses Association of Ontario (2006c). *Healthy work environments best practice guidelines: Developing and sustaining nursing leadership*. Toronto, Ontario, Canada: Author.
- Registered Nurses' Association of Ontario (2006d). *Healthy work environments best practice guidelines: Professionalism in nursing*. Toronto, Ontario, Canada: Author. (Imminente: inverno 2006).
- Rousseau DM (1996). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rowell P (2003, September 30). The professional nursing association's role in patient safety. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(3), Manuscript 3. Recuperato il 01 Dicembre 2006 da: www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_3.htm
- Schindul-Rothschild J, Berry D & Long-Middleton E (1996). Where have all the nurses gone? *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Scott J, Sochalski J & Aiken L (1999). Review of magnet hospital research: Findings and implications for professional nursing practice. *Journal of Nursing Administration*, 29(1), 9-19.
- Seigrist J (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Shullanberger G (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economic\$*, 18(3), 124-132, 146-148.

- Sinclair CM (2000). Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest. Available from the Province of Manitoba Pediatric Cardiac Inquest Web site, <http://www.pediatriccardiacinquest.mb.ca/>
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Tourangeau AE, Giovanetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Tovey EJ & Adams AE (1999). The changing nature of nurses' job satisfaction: An exploration of sources of satisfaction in the 1990s. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 150-158.
- Weisman CS & Nathanson CA (1985). Professional satisfaction and client outcomes: A comparative organizational analysis. *Medical Care*, 23(10), 1179-1192.
- White JP (1997). Health care, hospitals, and reengineering: The nightingales sing the blues. In A. Duffy, D. Glenday, & N. Pupo (Eds.), *Good jobs, bad jobs, no jobs: The transformation of work in the 21st century*. Toronto, Ontario, Canada: Harcourt & Brace.
- Wiegmann DA, Zhang H, von Thaden T, Sharnam G & Mitchell A (2002). A synthesis of safety culture and safety climate research. Technical Report ARL-02-3/FA-02-2. Prepared for Federal Aviation Administration Atlantic City International Airport, NJ. Contract DTFA 01-G-015.
- Wilson B & Laschinger HKS (1994). Staff nurse perception of job empowerment: A test of Kantor's theory of structural power in organizations. *Journal of Nurse Administration*, 24(Suppl. 4), 39-47