

Un saluto a tutti gli Associati e Lettori di Professioni Infermieristiche

di Cecilia Sironi

Cari Associati e Lettori di Professioni infermieristiche,

aprofitto dell'ultimo numero della nostra Rivista, organo di stampa di CNAI, per dare un saluto a tutti e augurare al nuovo CdA di CNAI nei prossimi quattro anni, guidato dal Presidente Walter De Caro, di proseguire al meglio il suo lavoro culturale che sarà sempre più rilevante nel panorama infermieristico italiano.

Abbiamo concluso un XXI Congresso nazionale CNAI davvero stimolante, che ha toccato temi essenziali per il futuro dello sviluppo delle scienze infermieristiche nel nostro Paese e, quindi, per la necessaria differenziazione di competenze specifiche che consentano agli infermieri di rispondere ai mutati bisogni delle persone che chiedono assistenza in contesti molto differenti da quelli tradizionali.

Nella relazione di fine mandato ho cercato di insistere su ciò che mi preme di più, l'essenza dell'assistenza infermieristica e le nostre radici, l'identità degli infermieri. I lettori hanno già letto in passati Editoriali il mio personale pensiero in merito, ma aprofitto della lettera inviata dal prof. Roger Watson tramite la collega prof.ssa Loredana Sasso, per rinforzare il messaggio. Ritenendo, quanto scritto da questi colleghi, in sintonia con ciò che mi premeva "consegnare" nella relazione congressuale, aprofitto della nostra Rivista per diffondere il loro pensiero a tutti gli infermieri italiani.

L'augurio è che Professioni infermieristiche, titolo quanto mai attuale vista la costituzione degli Ordini delle professioni infermieristiche (infermiere e infermiere pediatrico), sia sempre più un riferimento culturale e scientifico per tutti gli infermieri, con contributi che valorizzino sia gli aspetti fondamentali e teorici della nostra disciplina, sia gli aspetti specialistici che le numerose società scientifiche e associazioni specialistiche possono offrire allo sviluppo dell'assistenza e al miglioramento delle cure.

Dr.ssa. Cecilia Sironi
Past President CNAI



Assistenza di base: tutto tranne che di base

Premessa della prof.ssa Loredana Sasso

In Italia, oggi, è attivo un dibattito sul significato dell'assistenza infermieristica "di base" in relazione al ruolo dell'infermiere.

Data la possibilità, nell'ambito della Scuola di Dottorato in *Nursing*, di confronto continuo con colleghi a livello internazionale, abbiamo voluto chiedere un contributo a questo dibattito ad un collega, il Prof. Roger Watson.

Roger è portatore di una visione ampia sullo scenario internazionale dell'infermieristica, per i numerosi ruoli internazionali che ricopre; è *Honorary Professor* e *Visiting Professor* in molte Università Europee e extra Europee, è *Editor in Chief* del *Journal of Advanced Nursing* e *Editor* di *Nursing Open*.

Il contributo si sostanzia in questa lettera che abbiamo voluto rendere disponibile per una riflessione comune.

Loredana Sasso FAAN- FFMRCI
Professore Ordinario Università degli Studi di Genova

Assistenza di base: tutto tranne che di base

di Roger Watson

La ricerca in Italia sta evidenziando quello che anche studi simili evidenziano nel resto del mondo: gli infermieri non svolgono tutte le attività che dovrebbero erogare ai pazienti.

Questo fenomeno è noto come “*missed care*” e i ricercatori presso l’Università di Genova, in collaborazione con altri centri di eccellenza in Europa e negli USA, stanno esaminando le ragioni per cui questo accade.

Come potete immaginare le ragioni delle cure mancate degli infermieri sono molteplici. A livello globale, c’è una carenza di infermieri; gli infermieri sono sopraffatti dal carico di lavoro e da ruoli in continua espansione, si fanno carico – ufficialmente e non – delle più svariate attività anche delle più “umili”. Alcune ricerche dimostrano che anche le caratteristiche della personalità degli infermieri, misurate con lo *standard personality index*, influiscono sulle *missed care*. Infatti, non ci sorprende che gli infermieri meno scrupolosi siano più inclini ad omettere alcuni aspetti dell’assistenza.

Quando pensiamo agli infermieri che omettono le cure, potrebbe non essere immediatamente evidente quale attività stiano precisamente omettendo. Chiaramente, ci sono anche gli scandali occasionali – specialmente nel Regno Unito – si verificano casi di negligenze grossolane nei confronti di pazienti, solitamente anziani o soggetti vulnerabili, casi di tassi di mortalità scandalosamente elevata che passano inosservati finché un’indagine non rileva qualche grave illecito in ambito medico o infermieristico. Tuttavia, questo non ha nulla a che vedere con il fenomeno delle *missed care*, questi esempi riguardano mancanze sistemiche e istituzionali, dove le motivazioni sono difficili da discernere. Inevitabilmente, si tratta di casi in cui si scopre una “*cultura tossica*” che si è sviluppata in luoghi dove vige un clima di bullismo e paura.

Il fenomeno delle *missed care* è più subdolo, più frequente e meno spettacolare, e raramente arriva alla ribalta sulle testate giornalistiche. Il fenomeno *missed care* di solito non riguarda decisioni sulla sopravvivenza, né aspetti inerenti attività mediche o chirurgiche che gli infermieri svolgono sotto la supervisione di medici e chirurghi.

Il fenomeno *missed care* riguarda soprattutto **gli aspetti peculiari del nursing**: *la parola di conforto; trascorrere del tempo vicino al paziente; garantire il comfort fisico; aiutare a bere e mangiare; e assistere il paziente a svolgere tutto ciò che non è in grado di fare da solo.*

Naturalmente, il carico di lavoro, le pressioni e la mancanza di personale possono contribuire alle *missed care*, infatti a volte è necessario stabilire delle priorità per garantire la sicurezza del paziente quando le risorse sono limitate.

Tuttavia, ci potrebbe essere un altro importante fattore che contribuisce al *missed care*, che è semplicemente l’infermiere stesso e il suo atteggiamento nei confronti dell’assistenza, rispetto alla comprensione di cosa essa sia, e quali aspetti dell’assistenza è tenuto a fornire. Purtroppo, molti infermieri sono distolti dal fascino degli aspetti tecnici dell’assistenza, dal ruolo più legato alla responsabilità prettamente decisionale e dalle attività che li rendono più visibili e, di fatto, più responsabili nei confronti dei loro colleghi. Invece, gli aspetti accennati sopra – che sono, se vogliamo, gli aspetti “basilari” – trascorrere del tempo con il paziente, il conforto che si dà semplicemente con la propria presenza, e il fare le cose “per” – invece di “al” – paziente, sono considerati di secondo ordine.

Personalmente ritengo che la colpa possa essere attribuita anche alla terminologia che usiamo – e ne siamo tutti colpevoli – perché parliamo di assistenza “di base” e di “ritorno agli aspetti basilari”, facendo sembrare questi aspetti dell’assistenza come di livello inferiore. Persino l’uso di termini come “cure fondamentali” non riescono a elevare questi aspetti dell’assistenza agli occhi degli infermieri. Giocare con le parole e la terminologia però risolve il problema solo in parte, io preferisco definire “essenziali” questi aspetti dell’assistenza. In altre parole, le cure di base sono “*immancabili*” se vogliamo effettivamente svolgere il nostro lavoro come infermieri. Questi aspetti dell’assistenza non devono essere tenuti nascosti o considerati lontani dalle lezioni delle aule, ma vanno discusse a lungo dai docenti, esercitate, ed essere oggetto di studi di ricerca. Del resto, ancora non sappiamo come prevenire le lesioni da decubito o come aiutare una persona anziana affetta da demenza a mangiare correttamente.

Tutto questo è importante? Assolutamente sì. Un paziente che muore durante il ricovero in ospedale, non completerà mai un questionario sulla soddisfazione al momento della dimissione (anche se lo potrebbero fare i suoi famigliari); sono quelli che sopravvivono che lo compilano, perché hanno avuto una esperienza ospedaliera di successo. In questi casi, i pazienti spesso rispondono in modo positivo al questionario che ricevono. Invece, quando né i pazienti né i loro famigliari rispondono al questionario, le lamentele non riguardano le terapie antidolorifiche, il modo in cui sono state eseguite le suture, o l’accesso endovenoso. Essi si lamentano di cose come: rimanere senza mangiare; rimanere a lungo su un letto bagnato; nessuno che risponde quando suona il campanello; offesa alla dignità; o semplicemente perché “nessuno ti ascolta”. *Quando un ospedale, un gruppo di infermieri o persino un’intera categoria professionale finirà sotto indagine perché i pazienti non sono contenti della mancanza delle loro cure, allora “l’assistenza di base” non sembrerà più così di base.*

Roger Watson PhD FRCN FRCP Edin FAAN
Professor of Nursing, University of Hull, UK

LETTERS

'Basic Care' is anything but basic

di Roger Watson

Research in nursing in Italy is showing what similar research across the world is showing, which is that nurses do not always carry out all the caring tasks they should for patients. This is known as 'missed care', and researchers at the University of Genoa, in collaboration with other international centres of excellence in nursing in Europe and North America, are investigating the reasons why this is happening.

As you can imagine, there are many reasons for missed care by nurses. We are, universally, short of nurses and nurses are busy. They are overwhelmed by workload and by expanding roles whereby they assume – officially or not – the more mundane tasks of medicine. There is even research showing that the personality of nurses, measured using a standard personality index, has an influence. Not surprisingly, nurses who are less conscientious are more inclined to omit aspects of care.

When we think of nurses omitting care it may not be immediately obvious what it is that they miss. Clearly, the occasional scandal arises – notably in the UK – of gross neglect of patients, usually older or otherwise vulnerable ones, and scandalously high death rates going undetected until an investigation uncovers major medical and nursing malpractice. However, this is not related to missed care; these examples are related to systematic, institutional failure and the reasons are hard to discern. There is inevitably the uncovering of a toxic 'culture' in these places which was allowed to grow in a climate of bullying and fear.

Missed care is subtle, more common, less spectacular and rarely reaches the headlines. Missed care is not usually about life and death decisions or about conducting the legitimate aspects of medical or surgical care that nurses do under the supervision of doctors and surgeons. What missed care amounts to is those aspects of care unique to nursing: the comforting word; spending time with a patient; ensuring physical comfort; helping with food and drink; and assisting with what the patient is unable to do. Naturally, workloads, pressure and shortages may contribute and, in fact, sometimes priorities must be around what will keep the patient safe when resources are straitened.

However, there may be another important contributing factor and that is, simply, the nurse and his or her attitude towards care, what it is and which aspects of it they should be providing. Sadly, many nurses are mesmerised by the lure of the technical aspects of care, the 'mini-doctor' role and the activities that make them more visible and, indeed, accountable to their professional colleagues. Those aspects of care alluded to above – the 'basic' aspects of you like – the time spent with a patient and the comforting aspect of simply being present and doing things for – as opposed 'to' – the patient, are deemed secondary.

I blame the terminology we use – and we are all guilty – we talk about 'basic' care, a 'return to basics' and make this sound menial, unrewarding and unskilled. Even the use of terms such as 'fundamental' care does not elevate these aspects of care in the eyes of nurses. Playing with words and terminology only partly addresses the problem but I would deem these aspects of care 'essential'. In other words, they are 'unmissable' if we are genuinely doing our jobs as nurses. These aspects of care should not be beneath or beyond the lecture theatre; they should be discussed at length by nurse teachers, practiced and also the subject of research. After all, we still do not know how to prevent pressure injury or how best to assist an older person with dementia to eat properly.

Does it matter? Most definitely. The patient who dies in hospital, for whatever reason, will not complete a patient satisfaction questionnaire on discharge (although their relatives might); it is the ones who survive, for whom the hospital experience has been medically or surgically successful. Almost invariably, when handed a questionnaire to complete, patients respond positively. But when they don't and when their relatives don't, the complaints are not related to their pain relief, suturing or intravenous access. They are things like: being left without food; being left on a wet bed; call bells unanswered; affronts to dignity; and simply feeling that 'nobody was listening'. When a hospital, a group of nurses or even a profession is being scrutinised because patients were not happy with their lack of care, then so-called 'basic care' does not seem so basic.

Roger Watson PhD FRCN FRCP Edin FAAN
Professor of Nursing, University of Hull, UK