

**FUTURO DEI SISTEMI
SANITARI TRA NUOVI
BISOGNI E SCARSITÀ DI
RISORSE E IMPATTO
SULLE CURE
INFERMIERISTICHE:**

G.Domenighetti

- **Macro tendenze dei sistemi sanitari.**
- **Implicazioni per :**
 - **l'organizzazione delle cure e la ricerca.**
 - **la collaborazione interprofessionale.**
 - **la formazione delle professioni curanti.**

RISCHI A PREDIRE IL FUTURO

Nel 1895 il presidente della Royal Society inglese aveva predetto che:

- “ la radio non avrebbe avuto nessun futuro ”**
- “ le macchine più pesanti dell`aria non avrebbero mai avuto nessuna possibilità di volare ”**
- “ i raggi X non sono altro che uno scherzo ”**

MACRO TENDENZE DEI SISTEMI SANITARI

- Crescita esponenziale delle conoscenze (valutazione tra quelle utili e quelle futili)**
- Sviluppo spettacolare della comunicazione e dell'informazione (internet, pazienti più " competenti " e più difficili da gestire)**
- Esplosione tecnologica (valutazione del " valore aggiunto " e controllo della diffusione all'interno del sistema socializzato)**
- Invecchiamento demografico (crescita delle patologie cronico degenerative - demenze - depressioni - problemi muscolo scheletrici - tumori - ecc/ compressione - espansione della morbidità)**

- **Deficit molto importante di personale curante**
(**promuovere la formazione interna, immigrazione ?**)
- **Crescita e sviluppo delle “cure informali”**
(**necessità di una formazione minima “ di base ”**)
- **Problemi maggiori di finanziamento**
(**razionalizzazioni, razionamento implicito/ esplicito**)
- **Stagnazione dei redditi del personale curante**
(**70-95% dei costi**)
- **Crescita del “managerialismo”**
(**DRG, reti di cura, “ Managed Care ”**)
- **Meno libertà di scelta per i pazienti aderenti alle “reti” di cura**
- **Diminuzione della libertà di prescrizione per i professionisti della salute**
(**EBM, linee guida, “ case e disease management ”**)

- **Crescita dei problemi legati allo stress e al “ burnout ” dei professionisti (“ divario ” tra bisogni e risorse, ristrutturazioni, ecc.)**
- **Miglioramento della collaborazione interprofessionale (in parte “ forzata ” dalla necessità di far fronte ai bisogni)**
- **Maggiore trasparenza sugli “ outcomes ” (indicatori di qualità e di “ performance ” diffusi pubblicamente)**
- **Attenzione crescente ai problemi etici (d`inizio e fine vita), di equità e di partecipazione pubblica.**

ACCESSO E ORGANIZZAZIONE DELLE CURE



CURE PRIVATE PER I RICCHI
(“fee for service”)

**“MANAGED CARE” STILE MIGROS
PER LA CLASSE MEDIA**

RETI DI “SICUREZZA” PER I POVERI

FONTE: R SMITH (BMJ)

Queste dinamiche, in gran parte già in corso, avranno un`influenza maggiore sull`organizzazione e la pratica delle cure, sulla collaborazione interprofessionale, sulla formazione e la ricerca anche nell`ambito delle cure infermieristiche.

ORGANIZZAZIONE DELLE CURE E RICERCA

- I SERVIZI SANITARI SONO IN CONTINUA RIORGANIZZAZIONE DAGLI ANNI 80**
- POCHE RICERCHE HANNO VALUTATO L'IMPATTO DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E DELLE RISTRUTTURAZIONI SULLA SALUTE DEI PAZIENTI E SUL " BORNOUT " E LA SODDISFAZIONE LAVORATIVA DEL PERSONALE CURANTE.**

**IN FUTURO QUESTE PRATICHE DI
“RAZIONALIZZAZIONE” (RAZIONAMENTO ?) SONO
DESTINATE A MOLTIPLICARSI CAUSA :**

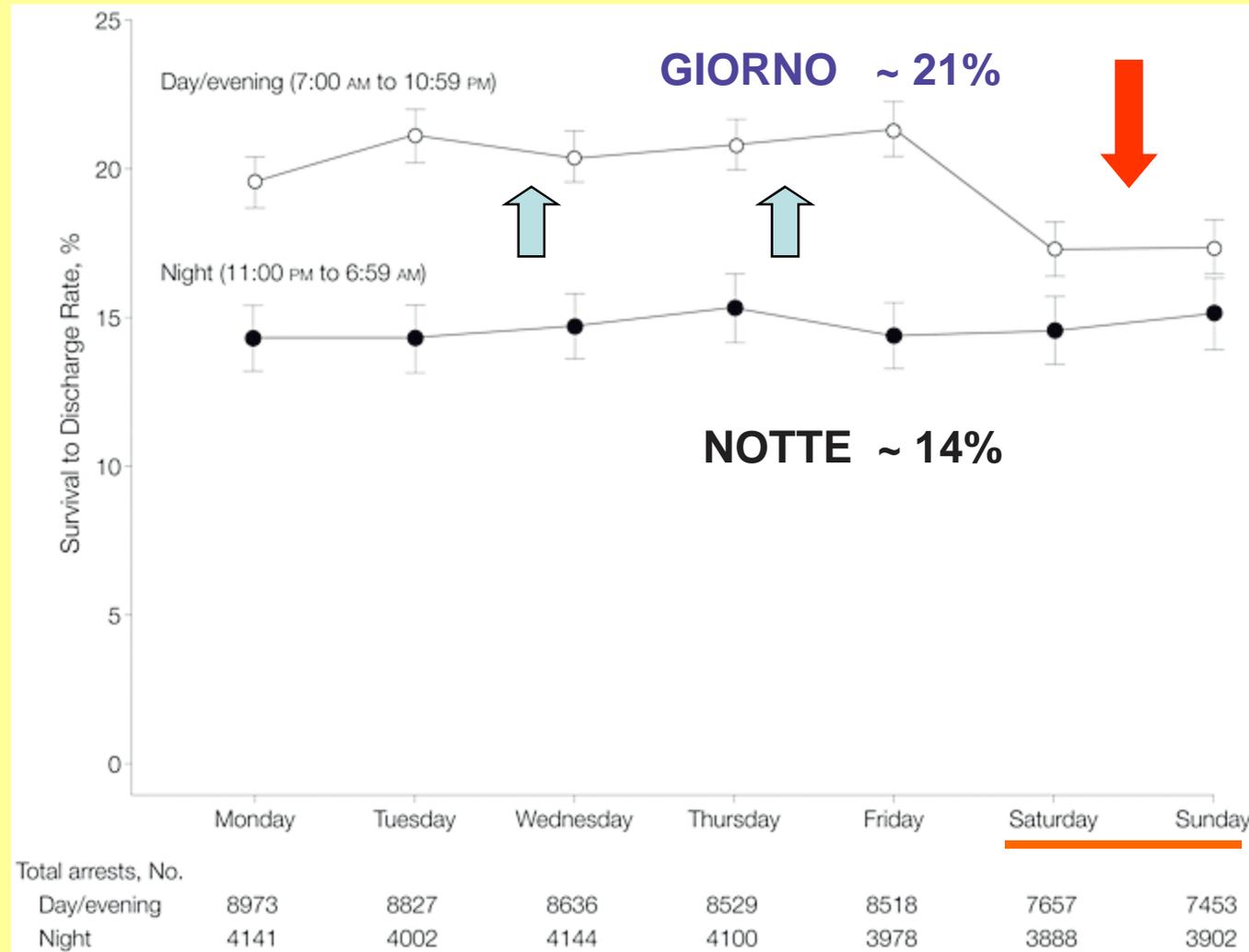
- 1) la crescita attesa della domanda di cura (invecchiamento, cronicizzazione, medicalizzazione)
- 2) i problemi di finanziamento (stagnazione della crescita economica, dei redditi delle famiglie, crisi delle finanze pubbliche, ecc.)
- 3) il deficit atteso di personale curante (in Svizzera si dovranno assumere tra 120000 e 190000 curanti entro il 2030 a seguito dei pensionamenti, dei “drop-out” e alla crescita della bisogni)

VISTO CHE IL PERSONALE RAPPRESENTA IL PRINCIPALE FATTORE DI COSTO DEI SERVIZI SANITARI (70-95%) LE RIORGANIZZAZIONI AVRANNO COME PRIMO OBIETTIVO:

- 1) una riduzione del personale curante diplomato**
- 2) la flessibilizzazione delle “équipes” di cura**
- 3) una modifica verso “il basso” della composizione delle “équipes” di cura (% di diplomati, di “aiuti” e di ausiliari).**

DA QUI L'IMPORTANZA DI VALUTARE L'IMPATTO SULLA SALUTE (HIA) DELL'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E DELLE RISTRUTTURAZIONI ORGANIZZATIVE

ARRESTO CARDIACO IN OSPEDALE (GIORNO/NOTTE) E PROBABILITÀ (IN %) DI SOPRAVVIVENZA ALLA DIMISSIONE



Peberdy, M. A. et al. JAMA 2008;299:785-792.

LIVELLO EDUCATIVO DELLE INFERMIERE E MORTALITÀ DEI PAZIENTI CHIRURGICI

- Un aumento del **10%** della proporzione di infermiere con un diploma di livello "Bachelor" nell' équipe di cura è associato **ad una diminuzione del 5%:**
 - A) della mortalità a 30 giorni dei pazienti operati e
 - B) degli insuccessi a risolvere positivamente il salvataggio di un paziente in situazioni catastrofiche

FONTE: Aiken et al. (2003)

JAMA

CURE INFERMIERISTICHE E QUALITÀ DELLE CURE

Un aumento **dal 25 al 75%** delle ore di cura date da infermiere diplomate è **associato ad una diminuzione significativa:**

- della durata di degenza
- delle infezioni urinarie
- dei sanguinamenti gastrointestinali
- dell'incidenza delle polmoniti
- degli arresti cardiaci
- degli insuccessi ad operare un salvataggio

FONTE: Needleman et al. (2002)



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

RAZIONALIZZARE = RAZIONARE ?

Sovente i risultati confermano questa ipotesi :

Lo studio RICH (Uni Basilea) ha dimostrato che la diminuzione di risorse per le cure infermieristiche e il peggioramento delle condizioni di lavoro hanno direttamente influenzato la qualità delle cure.

(+ errori di somministrazione di farmaci, + infezioni nosocomiali, + decubiti, + cadute, - soddisfazione dei pazienti, ecc.).

Fonte: Schubert Maria (Tesi Uni Basilea 2008)

- **QUESTA TIPOLOGIA DI VALUTAZIONI DOVREBBE RAPPRESENTARE UN COMPITO DI RICERCA PRIORITARIO PER LE PROFESSIONI CURANTI ED IN PARTICOLARE PER QUELLE INFERMIERISTICHE**
- **IL CHE CONTRIBUIREBBE A PROMUOVERE:**
 - 1) **IL RICONOSCIMENTO DEL SAPERE SCIENTIFICO PROPRIO ALLA PROFESSIONE**
 - 2) **L'IMPORTANZA DELLE CURE INFERMIERISTICHE NELL'AMBITO DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE, NONCHÉ**
 - 3) **L'IMPORTANZA POLITICA DELLE PROFESSIONI CURANTI**

COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE

- **Quando si parla di collaborazione interprofessionale nel campo delle cure ci si riferisce essenzialmente alla collaborazione tra le professioni infermieristiche e quelle mediche.**
- **Intuitivamente la collaborazione interprofessionale (CIP) è percepita in modo unanime come un fattore chiave della qualità dei servizi offerti al pubblico e come una necessità ineludibile per far fronte ai bisogni futuri di assistenza.**
- **Ciononostante le conoscenze teoriche circa la complessità delle relazioni alla base della CIP sono oggi ancora molto limitate.**

Infatti una revisione della letteratura teorica in materia ha evidenziato:

(1) come il concetto di collaborazione sia definito attraverso altri concetti soggiacenti : quello di “condivisione”, di “partnership”, di “potere”, di “interdipendenza” e di “processo”.

(2) come esista una significativa diversità nel modo in cui i vari attori implicati concettualizzano la CIP come pure i vari fattori che la influenzano.

(3) come la letteratura non fornisca indicazioni serie su come integrare il paziente nell` équipe di cura interdisciplinare, anche se è riconosciuto che il benessere del paziente rappresenti la giustificazione finale del fornire cure fondate sulla CIP.

Interprofessional collaboration among nurses and physicians

- La più recente revisione sistematica della letteratura scientifica empirica (2010) sulla CIP tra infermiere e medici ha potuto includere solo **14 studi** “randomizzati” (RCT).
- Il risultato principale indica che la quasi totalità degli studi considerati hanno mostrato il **miglioramento significativo di almeno un “outcome”** (mortalità, stato fisico e/o emotivo, qualità di vita, soddisfazione verso le cure ricevute) **nel gruppo di pazienti che ha ricevuto cure fondate sulla CIP rispetto a quelli che hanno ricevuto le cure “usuali”**.

FORMAZIONE

- Entro il 2030 il deficit previsto di personale curante oscillerà tra le 120000 e le 190000 unità e quello dei medici di famiglia di 4700 unità entro il 2020.
- Nel 2008 i diplomati svizzeri in cure infermieristiche sono stati superati da quelli immigrati e formati all'estero (problema etico e di "vulnerabilità").
- La prospettata crescita della prevalenza delle patologie cronico-degenerative (in particolare delle demenze) richiederà un alto bisogno di cure informali.
- Questi fatti dovrebbero postulare il potenziamento delle capacità future di formazione nonché la definizione e i contenuti di nuovi curriculum di formazione.

Aumentare le capacità di formazione significa, oltre alla “classica” (e purtroppo poco fruttuosa) promozione delle figure professionali e all’incentivazione economica all’accesso a queste formazioni, anche disporre (e qui è il problema) di un numero sufficiente di posti di stage per acquisire una formazione pratica qualificata.

Si dovrebbe riflettere sul come aumentare le capacità di stage tramite anche la “formazione simulata” o l’utilizzo di “robots” creando un centro “ad hoc” dedicato alle competenze cliniche presso il quale assolvere una parte della formazione pratica.

CHUV, UNIL, hautes écoles cantonales et de La Source: tous unis pour créer un Centre de compétences cliniques à Lausanne.

- **Formation simulée.** Le Département de la formation, de la jeunesse et de la culture du canton de Vaud (DFJC) et celui de la santé et de l'action sociale (DSAS) ont mis en route un plan **pour augmenter les places de stage car** “La capacité d'accueil des hôpitaux et des institutions reste limitée”.
- **Face à la pénurie, développer la formation simulée est la réponse la plus adéquate»** , estime la conseillère d'Etat Anne-Catherine Lyon.



Innovative Solutions: Robots in Nursing Education

Presentation by:

**Dr. Carol Holdcraft, DNS, RN, Wright State
University**

**Debi Sampsel, MSN, RN, Nursing Institute of
West Central Ohio**

Garfield Jones, InTouch Health

March 26, 2008

Sarebbe inoltre utile riflettere sulla creazione anche in Svizzera di una nuova specializzazione per le professioni infermieristiche, quella di “infermiera specialista” (nurse practitioner / advanced nurse)



L'INFERMIERA "SPECIALISTA"

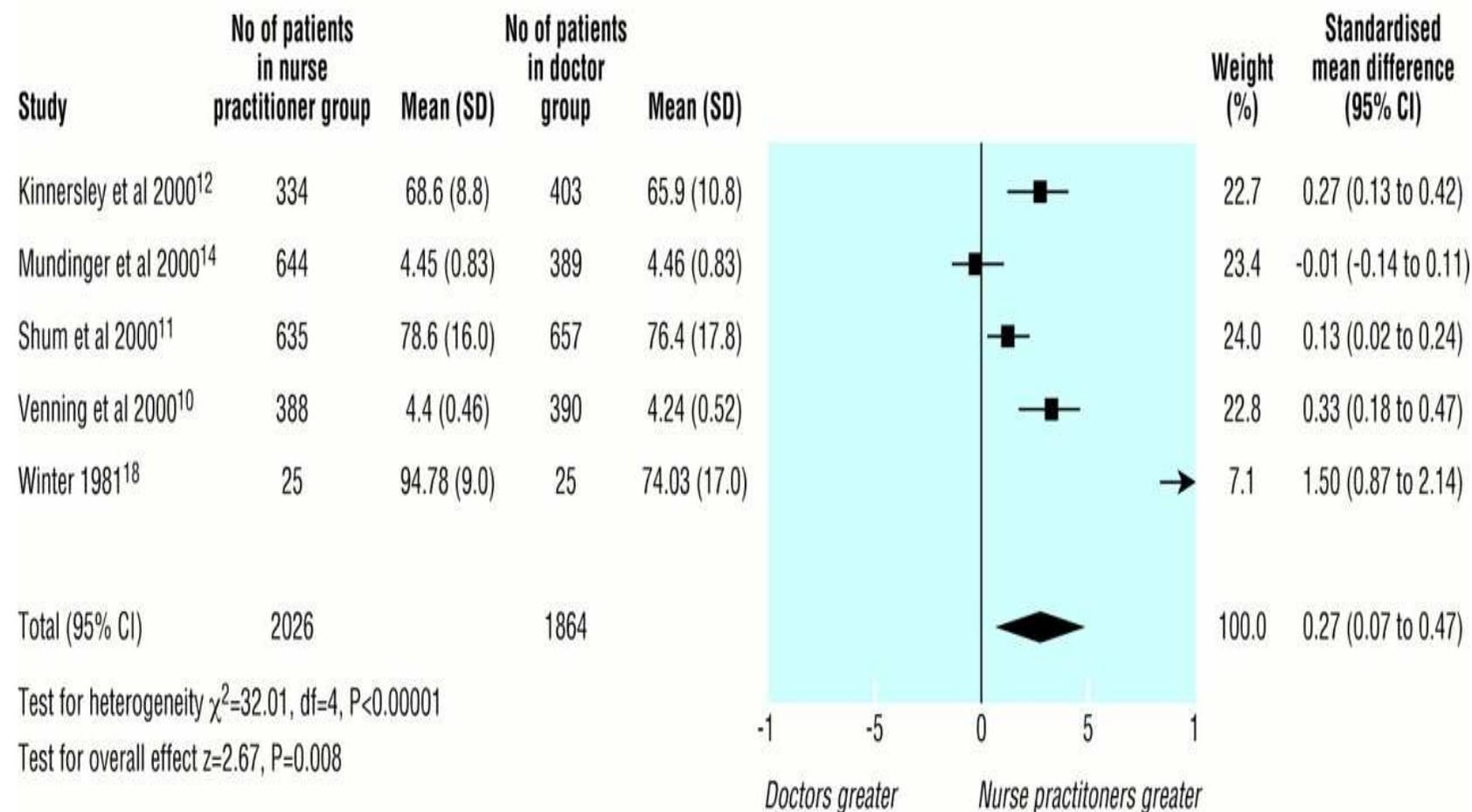
Può in totale autonomia:

- **diagnosticare, trattare, valutare e gestire pazienti con condizioni sanitarie croniche**
- **ordinare e interpretare analisi**
- **prescrivere cure e farmaci**
- **fare, a seconda della specialità, "gesti" tecnici complessi.**

Luogo di lavoro:

- **Reti di cura (HMO, Managed Care) , medici di famiglia, centri di salute, ecc.**

SODDISFAZIONE DEI PAZIENTI DIABETICI TRATTATI DA MEDICI DI FAMIGLIA E DA INFERMIERE SPECIALISTE “NURSE-PRACTITIONERS”



PS. Nessuna differenza circa la qualità delle prestazioni erogate.

- **La creazione di questa nuova figura sembra giustificata per la Svizzera in considerazione:**
 - **del deficit atteso di medici di famiglia**
 - **della promozione delle reti di cura e del “managed care” prevista dalla LAMal**
- **Inoltre la figura dell’infermiera specialista potrebbe contribuire a ulteriormente promuovere l’autonomia delle professioni curanti.**

**UN AUSPICIO
PER IL FUTURO**

GOODNIGHT NURSE

DECONSTRUCTION

Goodnight nurse

If the idea of R2D2 changing your bedpan isn't appealing, you can be sure it's one job that nurses won't miss. It's just one of the tasks that a robo-nurse is being designed to do in a collaboration between the University of Auckland and local artificial intelligence experts at Robot-Hosting.

The engineers are merging new computer software with an off-the-shelf robot from Samsung to create a robot nurse capable of carrying out simple tasks such as reading a bar-coded medication list and matching it to a patient. The robot can recognise faces, speak multiple languages and talk with other robots over the airwaves, and it doesn't mind dealing with a hospital's messier jobs.

"It's an interesting combination of electrical and computer science, combined with psychology," says Dr Santokh Singh, the research manager for the project at the University of Auckland.

The university hopes the robot will eventually alleviate nursing shortages. By using a wireless network to connect groups of robots to a central server cluster, nursebots could be cheaper too—around \$1,000 each. "We believe it can be done," says Singh. "We have all the threads, we just need to pull them together."

The robots are intended only as an aid to the nursing industry, and while the robot will be able to respond sympathetically to patients, it's no substitute for Florence Nightingale.

emergency or answering questions. It can also communicate with the patient and knows what is best for them—so a nil-by-mouth patient won't be given a cup of tea

CAMERAS

Face recognition technology lets the robot recognise patients, doctors and visitors. It can also alert security guards if it meets an intruder.



ARMS & HANDS

Able to check a patient's pulse rate, and pick up and deliver medicines from bar-coded packets

MICROPHONE & SPEAKER

Able to communicate with doctors, nurses

FEET

Stabilising wheels

