

L'assistenza sanitaria

a cura di Giovanni Becattini

Una panoramica sugli studi internazionali

Effetti degli organici infermieristici
sugli esiti delle attività sanitarie

Carlo Orlandi

Direzione sanitaria, Area qualità e accreditamento, Ospedale San Raffaele, Milano

Abstract

Il sistema sanitario del nostro Paese, com'è ormai ben noto, deve affrontare sfide sempre più ardue per soddisfare i bisogni assistenziali di una popolazione che invecchia; ma forse quella più difficile da affrontare è il dover mantenere e migliorare l'appropriatezza, l'efficacia e la qualità delle cure a fronte di un contesto economico che impone il contenimento dei costi. In tutti i Paesi industrializzati, infatti, il controllo della spesa per la salute dei propri cittadini è uno dei fattori di risposta alla congiuntura economica.

L'elemento che sta alla base delle possibili soluzioni è il miglioramento della qualità delle cure offerte dai servizi sanitari; questo miglioramento deve tendere soprattutto a una maggior efficacia delle attività svolte, ovvero sforzarsi di erogare le migliori cure possibili mantenendo, se non addirittura riducendo, il consumo delle risorse a disposizione.

In termini rigorosamente scientifici, fare dei ragionamenti sull'efficacia delle cure erogate vuol dire analizzarne prima di tutto gli esiti, ovvero i risultati raggiunti in termini di salute e di benessere psicofisico.

Le prime riflessioni sulle caratteristiche degli esiti delle attività sanitarie possono essere fatte risalire al lavoro di Avedis Donabedian, il medico libanese che sul finire degli anni sessanta del secolo scorso individuò tre grandi campi di indagine delle organizzazioni sanitarie: la struttura, i processi e i risultati o esiti (Donabedian, 1990). Il lavoro di Donabedian ha influenzato profondamente tutte le riflessioni successive sulla qualità dei servizi sanitari.

I due temi più importanti e attuali che sono scaturiti dalle sue analisi sono:

- la necessità di mantenere una tensione costante verso

il miglioramento continuo dei risultati;

- la possibilità di individuare degli indicatori che mettano in evidenza il contributo di tutti i componenti di un'organizzazione al miglioramento delle performance.

Nello studio delle organizzazioni sanitarie si considerano da tempo un numero piuttosto elevato di indicatori di qualità di esito, che sono entrati ormai nella routine dei sistemi di analisi: possiamo citare alcuni dei più utilizzati, come la mortalità (con le varianti di quella intraospedaliera, oppure entro 30 giorni dalla dimissione, oppure per

cause specifiche ecc.), la comparsa di infezioni associate all'assistenza sanitaria, i soccorsi mancati (i *failure to rescue*¹, ovvero l'incapacità dell'Ospedale di intervenire su un paziente in tempi rapidi in caso di arresto cardiocircolatorio, embolia, sepsi grave ecc.), le riammissioni in Ospedale a 30 giorni dalla dimissione, la comparsa di lesioni da pressione, le cadute e così via.

In questo lavoro ci soffermeremo in particolare sulle caratteristiche di alcuni degli indicatori citati qui sopra e di come questi possano essere di estremo interesse per la professione infermieristica. Passeremo in rassegna alcuni degli studi più significativi apparsi negli ultimi tempi sulle principali riviste internazionali². Questi studi si sono occupati di dimostrare scientificamente, con disegni molto rigorosi sul piano statistico, la relazione esistente fra alcuni degli esiti delle attività sanitarie che abbiamo visto poco sopra e alcune caratteristiche organizzative degli Ospedali, con particolare attenzione a quelle che riguardano gli infermieri (quantità degli infermieri presenti in turno, livelli di formazione, soddisfazione sul lavoro e *burnout* ecc.).

Lo studio di Linda Aiken del 2002

Uno dei primi ricercatori che si è occupata di questo ambito, a partire dall'inizio degli anni novanta del secolo scorso, è un'infermiera e sociologa americana, Linda Aiken³. Una delle spinte per l'inizio dei suoi studi può essere individuata nella volontà di analizzare gli effetti della diminuzione delle presenze degli infermieri negli Ospedali statunitensi, causata sia dalla costante riduzione del finanziamento delle spese sanitarie, sia da una diminuzione strutturale del numero degli infermieri laureati⁴.

¹ È un indicatore messo a punto dalla AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) per studi sulla qualità e sicurezza della assistenza sanitaria. Utilizza i codici ICD9CM delle Schede di dimissioni ospedaliere. Questo indicatore dà una misura di come le organizzazioni sanitarie rispondono ad alcuni eventi che accadono ai pazienti durante la degenza, quali la polmonite, lo shock, l'arresto cardiaco, l'emorragia gastroenterica, la sepsi e la trombosi venosa profonda. Lo scopo è di individuare i pazienti per i quali vi è un ritardo nella diagnosi o nella terapia di una delle complicanze identificate fra quelle per le quali una maggior efficacia delle prestazioni sanitarie e la tempestività d'azione potrebbe ridurre il rischio di morte (Fonte: Ministero della Salute: <http://www.ministerosalute.it/qualita/paginaInternaQualita.jsp?id=267&menu=sicurezza>, ultimo accesso il 12 marzo 2014).

² La maggior parte di questi sono stati tradotti e sintetizzati da chi scrive e pubblicati su riviste italiane di infermieristica. I riferimenti sono pubblicati in bibliografia e richiamati nelle note.

³ Alcune note biografiche e scientifiche sulla professoressa Aiken possono essere lette nel sito dedicato dell'Università della Pennsylvania <http://www.nursing.upenn.edu/faculty/profile.asp?pid=107>.

⁴ Nella letteratura internazionale è presente una gran quantità di lavori su questo argomento. Per un approfondimento si suggerisce di utiliz-

Il ragionamento alla base degli studi di Aiken è questo: se ipotizziamo che esistano esiti misurabili dell'effetto di una professione sui suoi assistiti, allora possiamo assumere che il professionista sia una variabile e che sia possibile ricercare la relazione fra questa (intervento o variabile indipendente) e ciò che accade (variabile dipendente o esito) agli esposti (i pazienti).

Uno degli studi più noti di Aiken, nel quale fu dimostrata chiaramente questa relazione, è stato pubblicato su *Journal of American Medical Association* nel 2002 (Aiken et al., 2002). I dati dello studio si riferiscono al 1999 e sono ricavati dalle interviste a 10.184 infermiere e dai dati amministrativi relativi a 232.342 pazienti chirurgici ricoverati presso 168 Ospedali della Pennsylvania. In questo lavoro si studiano gli effetti dell'aumento del numero dei pazienti seguiti da ogni infermiere (il cosiddetto *nurse to patient ratio*, o rapporto infermiere/paziente) sulla mortalità (intesa come durante il ricovero ed entro 30 giorni dalla dimissione) e sui soccorsi mancati. Inoltre, in questo studio sono stati analizzati anche gli effetti del *nurse to patient ratio* sulla soddisfazione sul lavoro e sul *burnout* degli infermieri. Lo studio dimostra che ogni paziente in più seguito dagli infermieri (in un range compreso tra un minimo di 4 e un massimo di 8) aumenta del 7% il rischio di mortalità e sempre del 7% il rischio di un soccorso mancato. Un incremento nel numero dei pazienti seguiti da 4 a 6 aumenta del 14% il rischio di morte e un incremento da 4 a 8 del 31%.

Infine, aumentare di una unità il numero dei pazienti seguiti dagli infermieri aumenta del 23% il rischio di *burnout* e del 15% il rischio di insoddisfazione sul lavoro. I numeri della mortalità dei pazienti sono quindi direttamente proporzionali al numero di pazienti seguiti da ogni infermiere.

Aiken spiega questi dati con l'importantissima funzione di sorveglianza⁵ svolta dagli infermieri sulle condizioni cliniche dei pazienti ricoverati. Più aumentano i pazienti da seguire e meno gli infermieri riescono a sorvegliare efficacemente le loro condizioni.

Lo studio di Kutney-Lee del 2009

A questo proposito, uno studio molto interessante di Kutney-Lee et al. (2009)⁶, ha analizzato le caratteristiche

zare la chiave di ricerca *nursing shortage*.

⁵ Dal testo dello studio: "Registered nurses constitute an around the clock surveillance system in hospitals for early detection and prompt intervention when patients' conditions deteriorate" (Aiken, 2002, p. 1992).

⁶ Ann Kutney-Lee è una delle collaboratrici di Linda Aiken all'Università

del processo di sorveglianza. Gli autori definiscono la sorveglianza come "un processo attraverso il quale gli infermieri monitorano, valutano e agiscono sugli indicatori emergenti di un cambiamento nelle condizioni dei pazienti. I componenti di questo processo includono: l'osservazione e l'accertamento continui, il riconoscimento, l'interpretazione dei dati clinici e il processo di presa di decisioni". I dati ricavati dallo studio sulle variabili della capacità di sorveglianza infermieristica, mostrano che il carico di lavoro medio per tutti gli Ospedali è superiore ai cinque pazienti per infermiere (5,52). Nello studio sono stati analizzati i dati provenienti da interviste svoltesi nel 1999 a 9.232 infermieri in 174 Ospedali dello Stato della Pennsylvania.

I risultati di questo studio suggeriscono che un'organizzazione composta da infermieri con un livello formativo elevato⁷, competenti e con una buona esperienza, con un'adeguata composizione degli organici e un ambiente di lavoro supportivo, promuove la qualità dell'assistenza e la prevenzione di due eventi avversi: le cadute con lesioni e le infezioni ospedaliere. Il meccanismo ipotizzato per questa associazione è una sorveglianza più efficace fra i diversi infermieri e nel tempo.

Il primo studio di Needleman del 2002

Sempre nel 2002, lo stesso anno di pubblicazione del lavoro di Aiken citato sopra, il prestigioso *New England Journal of Medicine* pubblicò un altro studio molto importante, quello di Needleman et al. (Needleman et al., 2002)⁷. Jack Needleman, che lavora presso il Dipartimento dei servizi sanitari della Facoltà di Salute pubblica dell'Università della California a Los Angeles, è un ricercatore molto attento alle attività degli infermieri e alle loro condizioni di lavoro⁸. Lo studio citato analizzò i dati amministrativi del 1997 di 799 Ospedali in 11 Stati relativi alle dimissioni di 5.075.969 pazienti internistici e di 1.104.659 pazienti chirurgici. Nello studio si è trovato che il numero medio di

ore di assistenza giornaliera per paziente è stato di 11,4 delle quali 7,8 ore sono state erogate da infermieri, 1,2 ore da operatori di supporto e 2,4 da ausiliari.

I risultati dello studio dimostrano che maggiore è la proporzione di ore di assistenza giornaliera erogate da infermieri (rispetto agli operatori di supporto) e maggiori sono le ore di assistenza (in valore assoluto) erogate sempre dagli infermieri, minore è la durata della degenza media e minore è il tasso di infezioni delle vie urinarie e di emorragie del tratto gastrointestinale superiore. La maggior proporzione di ore di assistenza erogate dagli infermieri è anche associata a un tasso inferiore di polmoniti, di shock cardiogeno o arresto cardiaco e di *failure to rescue*.

Il secondo studio di Needleman del 2011

L'équipe di Jack Needleman ha pubblicato recentemente, sempre sul *New England Journal of Medicine*, un altro studio molto interessante sugli effetti degli organici sulla mortalità dei pazienti (Needleman et al., 2011)⁹. Needleman et al. hanno esaminato, con uno studio osservazionale, i dati provenienti da un grande Ospedale universitario statunitense. Sono stati esaminati i dati dei ricoveri dal 2003 fino al 2006, a esclusione di quelli di pazienti pediatrici, ostetrici, psichiatrici e di riabilitazione. Sono state selezionate quindi 43 Unità operative (di degenza ordinaria, di area critica e di semi-intensiva). Per ogni Unità operativa sono stati ricavati i dati di condizioni cliniche e di durata della degenza dei pazienti, oltre alla durata e alla composizione di ogni turno. Il campione finale è rappresentato da 197.961 ricoveri e da 176.696 turni. Nell'articolo si fa riferimento a un monte-ore ottimale di presenza degli infermieri per ogni turno: gli effetti sui pazienti sono generati quando gli infermieri sono presenti per delle ore inferiori al monte-ore ottimale previsto. Si sono contati quindi tutti i turni nei quali gli infermieri erano dedicati all'assistenza diretta al paziente per un numero di ore inferiore almeno di 8 ore al di sotto dell'organico programmato (per esempio: se il numero di ore di presenza di infermieri programmate per un turno è uguale a 24, e il numero di ore di presenza effettiva di infermieri è pari a 14, il turno è contato come presenze infermieristiche inferiori al programmato). Gli Autori hanno notato che il rischio di morte aumenta con l'esposizione a turni con ore di presenza infermieristica inferiori di almeno 8 ore rispet-

della Pennsylvania. Una sintesi tradotta di questo studio, dal titolo "Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento", compare su *L'infermiere* 2011, vol. 2, pp. 17-22.

⁷ Una sintesi tradotta di questo studio, dal titolo "Composizione dell'équipe assistenziale e qualità dell'assistenza negli Ospedali", compare sul numero 2 del 2005 di *Management Infermieristico*.

⁸ Nel testo dell'articolo citato si può leggere: "As hospitals have responded to financial pressure from Medicare, managed care, and other private payers, registered nurses have become increasingly dissatisfied with the working conditions in hospitals. They report that they are spending less time taking care of increasingly ill patients and believe that the safety and quality of inpatient care are deteriorating" (Needleman et al., 2002, p. 1715).

⁹ Una sintesi tradotta di questo studio, dal titolo "Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera", compare su *L'infermiere* 2011, vol. 3, pp. 11-4.

to al monte-ore programmato oppure con turni nei quali il *turnover* dei pazienti è molto elevato. Lo studio dimostra che il rischio di morte aumenta del 2% per ogni turno con presenze al di sotto del monte ore programmato e del 4% per ogni turno con elevato *turnover*.

La revisione Cochrane del 2011

Anche la *Cochrane Collaboration*¹⁰ ha pubblicato recentemente una revisione della letteratura sull'argomento, a ulteriore dimostrazione dell'importanza del tema. Non a caso il titolo della revisione è "Modelli di organici infermieristici ospedalieri ed esiti per i pazienti correlati all'organico" (Butler et al., 2011)¹¹. Le conclusioni più importanti che riguardano gli organici infermieristici si possono riassumere nelle due seguenti:

L'inserimento nell'organico di infermieri con formazione specialistica riduce la durata della degenza e il numero delle lesioni da pressione.

L'autogestione degli organici¹² (*self-staffing*) e il *primary nursing*¹³ possono ridurre il *turnover* del personale.

I risultati di questa revisione sembrano discostarsi dalle

conclusioni degli altri studi, in realtà mettono in evidenza che lavorare sulle caratteristiche qualitative degli organici infermieristici, e quindi non solo su quelle quantitative, porta a delle conseguenze evidenti sull'efficacia delle attività sanitarie riducendo, per esempio, la durata della degenza, l'incidenza di complicanze e il *turnover* dei professionisti.

Lo studio RN4cast del 2012

Ritornando a parlare di organici infermieristici, segnaliamo il primo studio europeo sull'evoluzione della professione infermieristica, il *RN4cast*¹⁴, che si è concluso nel 2012 (Aiken, Sermeus et al., 2012) e che ha studiato i dati provenienti da 12 Paesi europei (Italia esclusa) e da quattro Stati americani su come l'organico infermieristico ospedaliero, lo *skill mix*, i livelli formativi e la qualità dell'ambiente di lavoro degli infermieri impattino sulla mortalità, sui salvataggi mancati (*failure to rescue*), sulla qualità dell'assistenza e sulla soddisfazione dei pazienti. Lo studio è stato organizzato da Linda Aiken e dal professor Walter Sermeus dell'Università di Lovanio, in Belgio. I dati dello studio provengono da 1.105 Ospedali, dei quali 488 situati in 12 Paesi europei (Belgio, Finlandia, Germania, Grecia, Inghilterra, Irlanda, Norvegia, Olanda, Polonia, Spagna, Svezia e Svizzera), e 617 situati in California, Pennsylvania, Florida e New Jersey. I dati provengono dalle interviste a 61.168 infermieri e a più di 130.000 pazienti ricoverati negli Ospedali oggetto dello studio. Lo studio ha indagato la qualità delle cure percepita dagli infermieri e dai pazienti, la sicurezza delle stesse cure percepita dagli infermieri, il *burnout*, l'insoddisfazione sul lavoro e la volontà degli infermieri di lasciare l'Ospedale, dimostrando che un miglior ambiente di lavoro e rapporti infermieri/pazienti più favorevoli si traducono in una maggiore qualità delle cure e in una maggior soddisfazione del paziente.

È interessante notare che i riscontri dei rapporti medi infermiere/paziente variano molto da Paese a Paese: si va da 1/5.4 della Norvegia a 1/13.0 in Germania.

Lo studio di Aiken, Sloane e altri del 2014

Gli stessi Autori dello studio *RN4cast* hanno prodotto recentemente una nuova pubblicazione (Aiken, Sloane et al., 2014), i cui dati provengono dall'esame dei documenti relativi a 422.730 ricoveri di pazienti che hanno subito interventi chirurgici comuni in 300 Ospedali in 9

¹⁰ La *Cochrane Collaboration* è un'organizzazione internazionale (con sede anche in Italia) che ha lo scopo di fornire informazioni aggiornate sugli effetti delle cure sanitarie, cercando di sviluppare il più possibile le conoscenze basate sulle prove di efficacia disponibili. La *Cochrane Collaboration* pubblica regolarmente delle revisioni, come quella citata, che sono raccolte nella *Cochrane Library*. Per accedere al sito italiano cliccare su: <http://www.cochrane.it/it/benvenuto> (ultimo accesso il 16/03/2014).

¹¹ Una sintesi tradotta di questo studio, dal titolo "Gli effetti degli organici infermieristici sugli esiti clinici dei pazienti", compare su *L'infermiere* 2012, vol. 5, pp. 14-20.

¹² Autogestione dell'organico (*self-staffing*): Negli Ospedali degli Stati Uniti gli organici assistenziali sono di solito gestiti centralmente, a livello di ospedale, e non di reparto. Il livello centrale modula gli organici dei reparti in relazione alle necessità assistenziali, attingendo anche alle risorse di organici trasversali (*floating staff* o organici fluttuanti, composti da operatori in grado di lavorare in reparti diversi). Nello studio in esame si sono dimostrati effetti di riduzione del *turnover* nei reparti dove invece gli organici sono gestiti a livello di reparto, quindi senza ricorrere a integrazioni provenienti da altri reparti e senza dover supplire alle necessità di altri reparti.

¹³ *Primary nursing* (o assistenza primaria): un approccio organizzativo sviluppato da Marie Manthey negli anni '60 all'*University of Minnesota Hospital* (USA). Gli elementi costitutivi del *Primary Nursing* sono: 1) l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo del case manager; 2) l'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun professionista della responsabilità nel prendere delle decisioni; 3) la presenza di una persona operativamente responsabile dell'assistenza erogata ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana. In sintesi, secondo questo modello un infermiere si occupa di un ridotto numero di pazienti, per i quali funge da infermiere referente. Come tale, ha la responsabilità e l'autorità di identificarne i bisogni e i problemi e di pianificare e valutare gli interventi relativi dall'inizio al termine del ricovero. La responsabilità di infermiere primario, di solito, è assegnata per brevi periodi (una-due settimane).

¹⁴ Il sito internet ufficiale dello studio è: <http://www.rn4cast.eu/en/index.php> (ultimo accesso il 16/03/2014).

Paesi europei (sempre con l'esclusione dell'Italia). Sono stati intervistati 26.516 infermieri.

Nel lavoro si dimostra che ogni paziente in più a carico di ogni infermiere aumenta del 7% il rischio di morte intraospedaliera e a 30 giorni dalla dimissione (lo stesso dato dello studio di Aiken et al., 2002); inoltre, ogni aumento del 10% degli infermieri con formazione universitaria diminuisce del 7% la mortalità. Il numero medio di pazienti seguiti da ogni infermiere è di 8.3, con un ampio scostamento da questo valore medio fra i vari Paesi (da un minimo di 5.2 della Norvegia a un massimo di 12.7 della Spagna).

Il documento di consenso della *Safe Staffing Alliance* del 2013

Mi sembra importante soffermarsi brevemente sulle conseguenze della vicenda dello scandalo dell'Ospedale inglese di Stafford¹⁵ perché è molto emblematica e perché ha inciso profondamente sull'opinione pubblica e sugli organismi deputati alla regolamentazione del Servizio sanitario nazionale inglese. In seguito a questo scandalo, infatti, il Ministero della Salute britannico ha istituito ben due commissioni di inchiesta. La seconda, (presieduta dal professor Berwick, un'autorità mondiale in tema di sicurezza dei pazienti, già consulente del Presidente Barack Obama per i problemi sanitari) ha concluso i suoi lavori nell'agosto 2013¹⁶. Mi sembra importante citare la raccomandazione sugli organici al punto 4, a p. 23, dove si raccomanda al NICE (l'organismo del Ministero della Salute britannico che si occupa di elaborare linee guida e standard qualitativi di eccellenza per il Servizio sanitario), di determinare nel più breve tempo possibile degli

standard di riferimento per i livelli di organico, basati su evidenze scientifiche.

Nursing Standard, la rivista del *Royal College of Nursing*, è stata profondamente influenzata da questa vicenda e sta pubblicando negli ultimi tempi molti materiali e documenti sul tema degli standard di sicurezza degli organici. Nella primavera del 2013, sull'onda delle polemiche e delle raccomandazioni scaturite dallo scandalo, ha costituito, coinvolgendo anche le organizzazioni per la difesa dei pazienti e la *Florence Nightingale Foundation*, un comitato di esperti denominato "Alleanza per gli organici sicuri" (*Safe Staffing Alliance*, 2013). Nel maggio del 2013 questo comitato ha prodotto un documento di consenso che elenca in sette punti le caratteristiche di un organico sicuro. Si riportano tradotte qui di seguito:

1. Le presenze del personale infermieristico devono essere pianificate in ogni reparto in ogni Ospedale; devono essere supportate da evidenze scientifiche e metodologiche perché siano messi in atto dei rapporti infermieri/pazienti sicuri.
2. Il caposala (o una figura analoga) è abilitato a prendere decisioni quotidiane sugli organici e sulle risorse disponibili con l'autorità di mettere in atto tali decisioni.
3. Il caposala e gli altri infermieri con responsabilità di coordinamento sono supportati dall'infermiere dirigente e dalle altre Direzioni. Tutte le Direzioni sono responsabili perché i livelli di organico siano mantenuti e adeguati a livelli sicuri e appropriati.
4. In nessun caso è sicuro per l'assistenza dei pazienti che necessitano di cure ospedaliere un rapporto maggiore di otto pazienti per infermiere durante il turno mattutino in reparti ospedalieri per acuti, compresi quelli specializzati nella cura di persone anziane.
5. Se il personale infermieristico scende al di sotto di un rapporto di un infermiere per otto pazienti (caposala escluso) l'episodio va segnalato e registrato. Vi è evidenza scientifica che il rischio di nuocere ai pazienti è sostanzialmente aumentato con questi livelli di organico.
6. Le Direzioni sono tenute a segnalare pubblicamente la frequenza di tali episodi e a mettere in atto interventi immediati. In caso di violazioni regolari del rapporto di 1:8, ciò deve essere corretto con i sistemi di gestione delle Direzioni.
7. Gli infermieri devono essere sempre adeguatamente supportati da personale esperto e da altro personale meno qualificato assegnato stabilmente al reparto.

¹⁵ Nel 2007, in Inghilterra, è scoppiato lo scandalo dell'Ospedale di Stafford, un Ospedale pubblico situato in una cittadina di circa 70.000 abitanti. Dalle analisi periodiche compiute dagli organismi di vigilanza si notò che in quell'Ospedale c'era un elevato e abnorme tasso di mortalità fra i pazienti ricoverati in regime di urgenza. La notizia si diffuse rapidamente in tutti i media e fece molto scalpore, com'è facile intuire. A partire dall'anno seguente fu istituita una Commissione d'inchiesta, che ha concluso i suoi lavori solo nel 2013. Dai dati pubblicati sono emerse situazioni molto gravi, che hanno destato molta emozione nell'opinione pubblica inglese, quali, oltre all'elevato tasso di mortalità, anche casi di pazienti lasciati nelle loro deiezioni per molte ore o talmente assetati da essere costretti a bere l'acqua dei vasi di fiori (http://en.wikipedia.org/wiki/Stafford_Hospital_scandal, ultimo accesso il 16/03/2014). Il rapporto finale della prima commissione d'inchiesta ("rapporto Francis") è stato pubblicato nel febbraio del 2013 ed è consultabile al sito: (<http://www.midstaffspublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>, ultimo accesso il 16/03/2014).

¹⁶ Anche il rapporto Berwick è consultabile al sito https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf, ultimo accesso il 16/03/2014).

Si segnala la precisione con la quale è individuato il rapporto di 1:8 tra infermieri e pazienti nel turno mattutino dei reparti ospedalieri per acuti (caposala escluso) e la raccomandazione alla presenza obbligatoria di personale esperto e di supporto¹⁷.

La conferenza di consenso italiana del 2011

È doveroso concludere con degli accenni alla ricerche in questo ambito condotte nel nostro Paese. Anche in Italia si riflette da molto tempo sulle dotazioni degli organici infermieristici. Purtroppo non si è ancora arrivati a delle indicazioni precise, valide su tutto il territorio nazionale. Ogni Regione norma a suo modo le dotazioni minime di presenze infermieristiche con numeri, a mio modesto avviso, ancora ben lontani da dotazioni minime sicure. A questo proposito è doveroso citare il lavoro di Saiani et al., che nel 2011 ha pubblicato i risultati di una conferenza di consenso sulle dotazioni infermieristiche sicure (Saiani et al., 2011). In questo lavoro, al punto 4 delle raccomandazioni per una dotazione assistenziale sicura, si riporta che: "200 minuti totali di assistenza per paziente al giorno è il limite al di sotto del quale l'assistenza non è sicura e potrebbe mettere a rischio il paziente; laddove si mantenga un'assistenza minima di 200 minuti totali, la proporzione di operatori di supporto non deve superare il 30% garantendo in tal caso 140 minuti di assistenza infermieristica e 60 minuti di assistenza erogata dal personale di supporto. Questo parametro nelle 24 ore determina un rapporto (arrotondato) di 10 pazienti per infermiere e di 24 pazienti per operatore di supporto".

Questo lavoro costituisce sicuramente un passo in avanti nella direzione di stabilire un numero minimo di presenza giornaliera di infermieri che possa garantire elevati standard di sicurezza e di qualità dell'assistenza per i pazienti e per gli stessi infermieri. Da calcoli approssimativi si può notare che le indicazioni di Saiani et al. si riferiscono a un rapporto infermieri/pazienti di 1:10 costante per tutta la giornata, mentre le indicazioni della *Safe Staffing Alliance* riportano un rapporto di 1:8 solo per il turno mattutino.

Conclusioni

Una prima riflessione è di natura metodologica: è veramente impressionante la numerosità dei campioni degli

studi statunitensi, è del tutto evidente che la possibilità di effettuare queste ricerche può esistere solo là dove sono disponibili sistemi molto efficaci di raccolta delle informazioni organizzative. Nel nostro Paese, mentre le informazioni cliniche sono ormai giunte a livelli di completezza e precisione paragonabili ai migliori standard internazionali, è assai più difficoltoso ottenere informazioni sulle caratteristiche quantitative e qualitative degli organici infermieristici. Ogni Ospedale, infatti, possiede *software* gestionali creati "ad hoc" e metodi di rilevazione delle presenze del tutto particolari. Non esiste un metodo condiviso di raccolta delle presenze infermieristiche nei vari turni o un sistema rapido e affidabile per determinare i livelli formativi e le competenze degli infermieri. Non ci si deve stupire, quindi, se l'Italia non figura fra le nazioni indagate dallo studio RN4cast. Sarebbe opportuno fare qualche ragionamento sulle cause di questa assenza, imputabile non solo alla difficoltà nel raccogliere i dati relativi alle caratteristiche dei nostri organici infermieristici.

Le altre riflessioni esposte ora saranno invece centrate sui contenuti delle ricerche presentate.

Tutti gli studi presentati paiono far emergere un dato di fondo: lavorare sugli organici infermieristici, migliorandoli (là dove sono insufficienti) per innalzarli a livelli minimi per la sicurezza dei pazienti e degli stessi infermieri, può essere un investimento economico nel medio-lungo periodo. La riduzione delle complicatezze, della durata dei ricoveri e della mortalità, non disgiunte dall'aumento della soddisfazione dei pazienti e degli infermieri non possono che portare benefici a tutta la collettività, con Ospedali che riescono così a erogare le cure migliori possibili a costi sostenibili.

Tutti gli studiosi presentati concordano nell'affermare che i tagli indiscriminati dell'offerta dei servizi sanitari non possono che portare rapidamente a conseguenze disastrose per la collettività.

È molto probabile che l'interesse della letteratura internazionale verso le caratteristiche degli organici infermieristici derivi in minor misura dall'attenzione verso il contributo infermieristico alle cure sanitarie, rispetto invece a una valutazione di mera natura economica, per la stretta correlazione, ormai dimostrata scientificamente, tra organici infermieristici ridotti e aumento della mortalità. A sostegno di questa opinione, vi è il fatto, citato da Needleman (2011), che negli Stati Uniti alcuni enti pagatori (ovvero gli organismi che gestiscono i premi delle assicurazioni per la malattia) stanno cominciando a seguire l'esempio

¹⁷ Chi scrive ha approfondito l'analisi della vicenda dello scandalo dell'Ospedale di Stafford, e dei documenti citati in questo paragrafo, in un articolo di prossima pubblicazione su *L'Infermiere* (Orlandi, 2014).

dei gestori dei programmi *Medicare* e *Medicaid*¹⁸, riducendo i rimborsi dei ricoveri ospedalieri associati ad alcuni eventi sensibili all'assistenza infermieristica comparsi in seguito al ricovero in Ospedale, come lesioni da pressione e le infezioni urinarie correlate alla presenza di un catetere.

Penso poi che l'organizzazione dei nostri Ospedali sia sempre più da ritarare: da Aziende attentissime all'equilibrio economico bisogna che cerchiamo di ricostruire delle organizzazioni che abbiano come obiettivo prioritario il soddisfacimento efficace delle domande dei pazienti, ovvero che siano in grado di erogare la miglior risposta possibile a ogni cittadino che ne abbia bisogno, ma al costo più sostenibile per la collettività. Un primo passo potrebbe essere quello di superare tradizioni organizzative consolidate nella creazione degli organici e cominciare a basare le presenze giornaliere su dati scientifici, correlandole, per esempio, a indicatori di complessità assistenziale dei quali abbonda ormai da tempo la letteratura scientifica internazionale e nazionale.

La letteratura scientifica internazionale dimostra che investendo negli infermieri (aumentandone le presenze e la formazione) si produce una sanità migliore a costi inferiori. Infine, mi sembra che non sia più procrastinabile la definizione anche nel nostro Paese di uno standard delle presenze minime per turno di infermieri di ogni struttura, sia essa un Ospedale per acuti o una lungodegenza; uno standard che possa rappresentare la sicurezza per i pazienti che si affidano alle nostre cure sperando sempre di non subire danni peggiori di quelli provocati dalle malattie che li stanno già affliggendo. Per validare gli standard definiti sarebbe opportuno cominciare a produrre ricerche originali, che incrocino i dati di *staffing* (quantità e qualità degli organici – quantità e qualità degli operatori di supporto) con quelli di *outcome* (lesioni da pressione, cadute, infezioni, mortalità ecc.) producendo finalmente risultati legati alle condizioni organizzative del nostro paese.

¹⁸ *Medicare* e *Medicaid* sono i nomi dei due programmi assicurativi finanziati dal Governo degli Stati Uniti, in vigore dal 1965. *Medicare* copre i costi sanitari per le persone con più di 65 anni o con gravi disabilità fisiche permanenti o con malattie congenite gravi. *Medicaid* copre invece i costi sanitari e persone a bassissimo reddito. Con il passare degli anni e con il progressivo e costante aumento della spesa sanitaria statunitense (i due programmi costano insieme il 23% del debito pubblico totale degli Stati Uniti, più della difesa, che costa il 20% del debito pubblico, gli Stati Uniti inoltre, spendono per la salute dei propri cittadini circa il 16% del proprio PIL, contro il 9,1% dell'Italia – fonte: OCSE, 2008) *Medicare* e *Medicaid* sono stati costretti a trovare le modalità più efficaci e accettabili sul piano etico per ridurre le proprie spese.

Bibliografia

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*. JAMA 2002;288:1987-993.
- Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, et al. *Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States*. BMJ, 2012;344:e1717.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine european countries: a retrospective observational study*. The Lancet 2014;26:1-7.
- Butler M, Collins R, Drennan J, et al. *Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes*. Cochrane Database Syst Rev 2011;(7):CD007019.
- Donabedian A. *La qualità dell'assistenza sanitaria*. Roma: NIS 1990.
- Kutney-Lee A, Lake ET, Aiken LH. *Development of the Hospital Nurse Surveillance Capacity Profile*. Research in Nursing & Health, 2009;32:217-28.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al., *Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals*. N Engl J Med 2002;346:1715-22.
- Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, et al., *Nurse staffing and inpatient hospital mortality*. N Engl J Med 2011;364:1037-45.
- Orlandi C. *Composizione dell'équipe assistenziale e qualità dell'assistenza negli ospedali*. Management Infermieristico 2005;2:14.
- Orlandi C. *Cos'è e come si può misurare la sorveglianza infermieristica? Alcuni spunti dal dibattito internazionale sull'argomento*, L'Infermiere 2011;2:17-22.
- Orlandi C. *Gli effetti degli organici infermieristici sugli esiti clinici dei pazienti*. L'infermiere 2012;5:14-20.
- Orlandi C. *La situazione degli organici ospedalieri in Gran Bretagna. Quali gli insegnamenti per il nostro paese? (titolo provvisorio)*. L'Infermiere 2014;1 (in corso di pubblicazione).
- Orlandi C. *Organici degli infermieri e mortalità ospedaliera*. L'Infermiere 2011;3:11-4.
- Palese A, Beltrame ER, Bin A, et al. *Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura*. AIR 2008;27:33-41.
- Safe Staffing Alliance, *Consensus Statement*. Nursing Standard 5/15/2013, vol. 27 Issue 37.
- Saiani L, Guarnier A, Barelli P, et al. *Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference*. Igiene e Sanità Pubblica 2011;67:777-92.