Universität Basel
Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

SPOTnat

spitex koordination und qualität
coordination et qualité de l'aide et des soins à domicile
coordinamento e qualità dell'assistenza e cura a domicilio

Rapporto nazionale

Basilea, Aprile 2023

University of Basel
Faculty of Medicine
Department of Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science

SPOT^{nat}
Spitex Coordinazione e Qualità – uno studio nazionale

Rapporto nazionale

Basilea, Aprile 2023

Tania Martins, Nathalie Möckli, Franziska Zúñiga, Carla Meyer-Massetti, Roland Fischer, Sandrine Pihet, Matthias Wächter, Christine Serdaly, Aurora Monticelli, Catherine Blatter, Anja Renner, Michael Simon.

Lo studio SPOT^{nat} (Spitex Coordinazione e Qualità – uno studio nazionale) è un progetto di ricerca per comprendere meglio le condizioni strutturali-organizzative e la situazione del personale infermieristico e di assistenza nei servizi di cura e assistenza in ambito extra-ospedaliero (Spitex) in Svizzera. Lo studio SPOT^{nat} è stato condotto dall'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea con la partecipazione delle seguenti persone (menzionate in ordine alfabetico):

Direzione dello studio

Tania Martins, MSc | Responsabile di sottoprogetto | Università di Basilea
Nathalie Möckli, MSc | Responsabile di progetto | Università di Basilea
Prof. Dr. Franziska Zúñiga | Direttrice dello studio | Università di Basilea

Il team di ricerca

Dr. med. Roland Fischer | Università di Basilea
Tania Martins, MSc | Università di Basilea
Prof. Dr. phil. Carla Meyer-Massetti | Università di Basilea e Università di Berna
Nathalie Möckli, MSc | Università di Basilea
Prof. Dr. Sandrine Pihet | Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Friburgo
Christine Serdaly, MSc | Serdaly&Ankers, Conches
Prof. Dr. Michael Simon | Università di Basilea
Dr. Matthias Wächter | Università di Lucerna
Prof. Dr. Franziska Zúñiga | Università di Basilea

Collaboratori del progetto SPOT^{nat}

Martina Attinger, dipl. forestale | Università di Basilea
Catherine Blatter, MSc | Università di Basilea
Rachel Bunger | Università di Basilea
Alexander Deiss, dipl. in informatica | Università di Basilea
Esther Locatelli, MSc | Università di Basilea
Aurora Monticelli, BSc | Università di Basilea
Noémie Pasquier, MSc | Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Friburgo
Michael Ketzer, MSc | Università di Basilea
Anja Renner, MSc | Università di Basilea
Barbara Villiger, MSc | Università di Basilea

Stakeholder

Esther Bättig | Spitex Schweiz
Gabriela Bolliger | bolliger gesundheitsmanagement
Beatrice Caviezel | LangzeitSchweiz
Dr. Irena Anna Frei | Spitex Basilea
Therese Grolimund | Ufficio federale della sanità pubblica
Christina Guéninchault | Institution Genevoise de maintien à domicile (Imad)
Margrit Hilpertshauser | Spitex Gaiserwald
Esther Indermauer | Associazione Svizzera Infermieri (ASI)
Rachel Jenkins | Swiss Association for Nursing Science

Hannes Koch | Swiss Nurse Leaders
Silvia Marti | Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
Sonia Pellegrini | Osservatorio svizzero della salute
Rosmarie Pfau | European Patient's Academy on Therapeutic Innovation (EUPATI)
Markus Reck | Spitex Zürich
Kirsten Saynisch | Spitex RegioArbon (fino al 30 maggio 2022)
Prof. Dr. René Schwendimann | Università di Basilea
Brigitta Stocker | Pro Senectute Nidwalden
Prisca Stucki-Thür | Swiss Association for Nursing Science (VFP AFG Spitex)
Dr. med. Florian Suter | mediX nordwest
Kai Trachsel | Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio (ASPS)
Stephan Tschöpe | Divisione per le cura a lungo termine, BS
Corinne Ullmann | Comune Stein am Rhein
Valérie Vouillamoz | CMS - SMZ Valais Wallis
Delphine Vuilloud | Direzione sanitaria, VD

Traduzione

Irene Aeberli (tedesco)
Gabriela Bertilaccio (italiano)
Katharine Patula (francese)
Carola Schneider (francese)

Revisione

Angelika Rachor (tedesco)

Il progetto SPOT^{nat} è finanziato da

Fondazione *Pflegewissenschaft Schweiz*, Fondazione Ebnet

Citazione

Martins*, T., Möckli*, N., Zúñiga* F. et al. (2023). *SPOT^{nat}- Spitex Coordinazione e Qualità – uno studio nazionale. Rapporto nazionale.* Università di Basilea. https://doi.org/10.5281/zenodo.7868242

* Queste autrici hanno contribuito in egual misura al presente lavoro.

Tutti i diritti riservati.
© 2023 Istituto di Scienze Infermieristiche, Facoltà di Medicina, Università di Basilea

Premessa e ringraziamenti

Il presente rapporto finale contiene una sintesi dei risultati del sondaggio SPOT^{nat} (Spitex Coordinazione e Qualità - uno studio nazionale), condotto tra gennaio 2021 e settembre 2021 presso 88 organizzazioni Spitex svizzere. L'obiettivo di questa indagine esaustiva sulla situazione attuale nel settore di cura a domicilio (Spitex) è stato quello di analizzare il coordinamento e la qualità dell'assistenza, la qualità dell'ambiente lavorativo e i risultati legati al personale come, ad esempio, la soddisfazione sul lavoro o la propensione alle dimissioni. I risultati dello studio offrono una prima panoramica sulle condizioni attuali nelle organizzazioni Spitex svizzere. Il rapporto nazionale si rivolge a tutti gli stakeholder e alle altre parti interessate e descrive prevalentemente le tematiche centrali dello Spitex per le quali è necessario intervenire a livello nazionale e regionale. Alla luce del crescente dislocamento dal settore ospedaliero a quello ambulatoriale, il gruppo di ricerca si augura che SPOT^{nat} dia impulso a varie iniziative per rafforzare lo Spitex in Svizzera nel suo importante ruolo di assistenza domiciliare. I risultati possono essere utilizzati come base per lo sviluppo ulteriore della qualità delle cure e dell'assistenza, il miglioramento delle condizioni lavorative e la pianificazione del personale nel settore Spitex. Nei prossimi mesi, il gruppo di ricerca effettuerà analisi scientifiche approfondite e aggiornerà costantemente i dati presenti sul sito web di SPOT^{nat} (https://spotnat.nursing.unibas.ch).

Ringraziamo tutti coloro che hanno preso parte allo studio SPOT^{nat} per il loro sostegno – nonostante le incertezze legate alla pandemia – e la buona collaborazione. Senza l'impegno continuo e la partecipazione attiva dei direttori Spitex, dei dipendenti, dei/delle clienti e dei loro familiari nello studio, questo progetto non sarebbe stato possibile.

Ringraziamo, inoltre, gli esperti, che con i loro commenti hanno aiutato a chiarire il significato e l'impatto dei risultati ottenuti e a individuare le aree in cui occorre intervenire. Grazie anche agli stakeholder di SPOT^{nat} per l'immancabile supporto, i commenti costruttivi e i consigli per l'intera durata dello studio. Questo ampio sostegno ha permesso a noi ricercatori di definire con maggiore precisione i nostri obiettivi e a concentrarci su di essi. Desideriamo infine ringraziare anche la fondazione *Pflegewissenschaft Schweiz* e la fondazione Ebnet, che hanno reso possibile lo studio tramite il loro generoso sostegno.

Vi auguriamo una buona lettura e tanti spunti per discussioni interessanti!

Tania Martins
Responsabile di sottoprogetto SPOT^{nat}

Nathalie Möckli
Responsabile di progetto SPOT^{nat}

Franziska Zúñiga
Direttrice dello studio SPOT^{nat}

Indice

Sintesi viii

1 Introduzione 1

1.1 Struttura del rapporto e note alla lettura 1
1.2 Rappresentatività dei dati 2
1.3 Informazioni sulla presentazione dei risultati 2

2 Caratteristiche generali del campione 7

2.1 Caratteristiche generali delle organizzazioni Spitex partecipanti 7
2.2 Caratteristiche generali dei/delle dipendenti Spitex partecipanti 9
2.3 Caratteristiche generali delle organizzazioni Spitex partecipanti 12
2.4 Caratteristiche generali dei parenti partecipanti 14

3 Qualità delle cure e dell'assistenza 16

3.1 Valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza (prospettiva dei/delle dipendenti e della direzione) 16
3.2 Valutazione generale della qualità delle cure e dell'assistenza (prospettiva clienti e parenti) 19
3.3 Misure di garanzia della qualità (prospettiva direzione) 20
3.4 Lavoro con advanced practice nurses e/o con un/una esperto/a in cure infermieristiche (prospettiva direzione) 24

4 Processo di cura e assistenza incentrato sulla persona 26

4.1 Processo di cura e di assistenza (prospettiva dipendenti) 26
4.2 Parlare con i/le clienti delle preoccupazioni di salute (prospettiva clienti) 27
4.3 Arrivo e numero di dipendenti dello Spitex (prospettiva clienti) 27

5 Ambiente lavorativo del personale Spitex 30

5.1 Leadership (prospettiva dipendenti) 30
5.2 Prevedibilità (prospettiva dipendenti) 33
5.3 Chiarezza e conflitti di ruolo (prospettiva dipendenti) 34
5.4 Supporto sociale e feedback (prospettiva dipendenti) 37

6 Cultura della sicurezza 40

6.1 Gestione degli errori (prospettiva direzione aziendale) 40
6.2 Clima di sicurezza (prospettiva dipendenti) 41
6.3 Lavoro di team 43

7 Gestione dei farmaci 47

8 Comunicazione 49

8.1 Sistemi di comunicazione (prospettiva direzione aziendale) 49
8.2 Canali di comunicazione (prospettiva dipendenti) 50
8.3 Discussione dei casi (prospettiva direzione aziendale) 50
8.4 Scambio elettronico d'informazioni (prospettiva direzione aziendale) 51
8.5 Comunicazione e scambio d'informazioni nel team di assistenza (prospettiva dipendenti) 52
8.6 Comunicazione con lo Spitex (prospettiva clienti) 53

9 Collaborazione nel team di assistenza 56

9.1 Valutazione della collaborazione nel team di assistenza (prospettiva dipendenti) 56
9.2 Coordinamento del lavoro con altri gruppi professionali (prospettiva dipendenti) 57
9.3 Numero di professionisti coinvolti (prospettiva clienti) 57

9.4 Numero di professionisti coinvolti (prospettiva parenti) ... 57

10 Familiarità con il sistema sanitario ... 59

11 Coordinamento ... 61

11.1 Valutazione della collaborazione e del coordinamento dello Spitex (prospettiva clienti) ... 61
11.2 Valutazione del ruolo coordinativo dei/delle dipendenti Spitex (prospettiva clienti) ... 62
11.3 Coordinamento nel team di assistenza (prospettiva dipendenti) ... 66
11.4 Carenze nel coordinamento (prospettiva dipendenti) ... 66
11.5 Esperienza con il coordinamento dei servizi sanitari (prospettiva clienti) ... 68
11.6 Valutazione generale del coordinamento (prospettiva clienti) ... 70
11.7 Valutazione generale del coordinamento (prospettiva parenti) ... 70
11.8 Valutazione generale del coordinamento (prospettiva dipendenti) ... 71

12 Collaborazione con i parenti ... 73

12.1 Esperienza di collaborazione e coordinamento con i parenti (prospettiva dipendenti) ... 73
12.2 Esperienza di coordinamento con la persona di riferimento (prospettiva parenti) ... 75
12.3 Coordinamento interpersonale con il personale Spitex (prospettiva parenti) ... 77
12.4 Coinvolgimento dei parenti nella pianificazione dell'assistenza (prospettiva parenti) ... 79

13 Supporto da parte dei parenti ... 81

13.1 Supporto da parte della famiglia, degli amici o dei conoscenti (prospettiva clienti) ... 81
13.2 Informazioni sull'assistenza/il supporto fornito dai parenti (prospettiva parenti) ... 82

14 Dotazione di personale ... 85

14.1 Personale complessivo nel 2020 (prospettiva direzione aziendale) ... 85
14.2 Risorse e dotazione di personale (prospettiva dipendenti) ... 86
14.3 Fluttuazione nel 2020 (prospettiva direzione aziendale) ... 88
14.4 Valutazione della situazione riguardante l'assunzione di personale (prospettiva direzione aziendale) ... 89
14.5 Posti di formazione (prospettiva direzione aziendale) ... 92

15 Pianificazione del lavoro ... 93

15.1 Sistemi di persone di riferimento (prospettiva direzione aziendale) ... 93
15.2 Pianificazione dei giri di visite (prospettiva direzione aziendale) ... 95
15.3 Pianificazione del lavoro negli ultimi tre giorni (prospettiva dipendenti) ... 97
15.4 Lavoro su turni (prospettiva dipendenti) ... 98
15.5 Lavoro straordinario (prospettiva dipendenti) ... 98

16 Offerte dell'organizzazione, onere lavorativo e soddisfazione del personale ... 100

16.1 Offerte dell'organizzazione per il personale (prospettiva direzione aziendale) ... 100
16.2 Onere lavorativo percepito (prospettiva dipendenti) ... 100
16.3 Soddisfazione sul lavoro (prospettiva dipendenti) ... 102
16.4 Propensione alle dimissioni (prospettiva dipendenti) ... 103

17 Salute del personale ... 106

17.1 Assenteismo e presenteismo (prospettiva dipendenti) ... 106
17.2 Salute sul posto di lavoro (prospettiva dipendenti) ... 106
17.3 Burnout (prospettiva dipendenti) ... 107
17.4 Rapporto tra lavoro e vita privata (prospettiva dipendenti) ... 109

18 Violenza da parte dei/delle clienti nei confronti del personale Spitex ... 113

19 Finanziamento delle prestazioni Spitex ... 115
19.1 Condizioni dei contratti di prestazione (prospettiva direzione aziendale) ... 115
19.2 Finanziamento residuo delle cure (prospettiva direzione aziendale) ... 117
19.3 Partecipazione da parte del paziente (prospettiva direzione aziendale) ... 119
19.4 Forme di finanziamento (prospettiva direzione aziendale) ... 120
19.5 Pressione sui costi (prospettiva direzione aziendale) ... 121
20 Onere finanziario dei/delle clienti ... 124
20.1 Onere finanziario dei/delle clienti (prospettiva clienti) ... 124
20.2 Rinuncia ai servizi (prospettiva direzione aziendale) ... 126
21 COVID-19 ... 128
21.1 COVID-19 (prospettiva direzione aziendale) ... 128
21.2 COVID-19 (prospettiva dipendenti) ... 129
21.2.1 Effetti della pandemia ... 130
21.2.2 Gestione della pandemia ... 131
22 Discussione ... 133
22.1 Qualità delle cure e dell'assistenza ... 133
22.2 Coordinamento ... 134
22.3 Comunicazione ... 134
22.4 Sistema di persone di riferimento ... 135
22.5 Sicurezza del/della cliente ... 136
22.6 Dotazione di personale ... 136
22.7 Salute del personale ... 137
22.8 Aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro ... 137
22.9 Implicazioni per il futuro ... 137
23 Conclusioni ... 139
Abbreviazioni ... 140
Elenco delle tabelle ... 141
Elenco delle figure ... 141
Bibliografia ... 145
Appendice ... 153
A1. Contesto dello studio SPOTnat ... 153
A2. Domande ... 154
A3. Metodi ... 154
A4. Raccolta dei dati ... 155
A5. Analisi dei dati ... 155
A6. Scale ... 156
A7. Fonti degli item (*non elaborate per il team di SPOTnat)* ... 170

Sintesi

Con SPOT^{nat} (Spitex Coordinazione e Qualità - uno studio nazionale) sono stati analizzati il **coordinamento e la qualità delle cure e dell'assistenza nelle organizzazioni Spitex svizzere** con un sondaggio scritto, condotto tra gennaio e settembre 2021. Allo studio, guidato dall'istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea in collaborazione con la Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Friburgo (HEdS-FR) e altri partner, un campione casuale di 88 organizzazioni Spitex (dislocate in tutte e sette le grandi regioni della Svizzera) ha partecipato allo studio. Hanno risposto al questionario 88 direzioni aziendali, 3223 dipendenti Spitex (con contatto diretto o indiretto con i/le clienti) 1509 clienti (ultrasessantenni che usufruiscono di prestazioni di cura) e 1165 familiari. I risultati del questionario forniscono risposte su argomenti come la valutazione della qualità di cure e assistenza, il coordinamento, la comunicazione, il sistema di persone di riferimento, la sicurezza dei/delle clienti, la dotazione in termini di personale, la salute del personale e l'ambiente di lavoro.

Nel complesso, gli Spitex svizzeri offrono un'ottima **qualità delle cure**, sia dal punto di vista dei/delle clienti e dei parenti che dal punto di vista del personale. Sebbene il lavoro dei team Spitex sia apprezzato dai/dalle clienti, le sfide sono molteplici quando si tratta di offrire processi di cura e assistenza interprofessionali e incentrati sulla persona. In questo caso, ad esempio, esiste un potenziale di miglioramento nel coinvolgimento dei/delle clienti e dei parenti nella definizione degli obiettivi, soprattutto insieme ad altri gruppi professionali come medici e terapisti, in modo da poter elaborare un processo di cura e assistenza adeguato alla situazione. Anche le attività di prevenzione, un aspetto fondamentale per consentire agli anziani di rimanere a casa il più a lungo possibile, sono piuttosto trascurate nelle attuali condizioni quadro.

Uno dei temi centrali dello studio è stato il **coordinamento**. Sebbene il coordinamento all'interno delle organizzazioni Spitex funzioni bene, a volte manca la continuità dell'assistenza tra i diversi fornitori di prestazioni, ad esempio quando i/le clienti rientrano a casa dopo una degenza in ospedale. Ad alcuni dipendenti Spitex manca il tempo di discutere le situazioni critiche con altri fornitori di prestazioni e non sempre ricevono tutte le informazioni necessarie per garantire la continuità del processo di cura e assistenza. Sembrano inoltre mancare finanziamenti adeguati, condizioni quadro idonee, processi chiari e soprattutto offerte informatiche di supporto e possibilità di scambio interprofessionale.

Questo si evidenzia anche sul piano della **comunicazione**: mentre all'interno dei team Spitex la comunicazione funziona bene, mancano le possibilità di uno scambio informativo senza discontinuità di canali tra i vari fornitori di prestazioni, il che ostacola la comunicazione e quindi il coordinamento. Possono verificarsi ritardi nella trasmissione dei dati e perdite di informazioni. Di conseguenza, sarebbe urgente dare una spinta al potenziamento della digitalizzazione per migliorare le possibilità di comunicazione in collaborazione con tutti i fornitori di prestazioni. In alcuni casi, mancano anche canali adeguati per lo scambio verbale all'interno dell'equipe interprofessionale e la possibilità di remunerazione del tempo speso, sebbene in situazioni complesse lo scambio di informazioni all'interno del team d'assistenza e con i/le clienti e parenti è fondamentale per concordare insieme il miglior piano di cura e trattamento e per evitare ricoveri ospedalieri non necessari o complicazioni.

La maggior parte delle organizzazioni Spitex lavora con i cosiddetti responsabili dei casi, ovvero **professionisti** che fungono da punto **di riferimento** e controllano il processo di assistenza. Queste figure garantiscono la continuità dell'assistenza e contribuiscono quindi in modo significativo alla prevenzione dei problemi, a un migliore coordinamento dei servizi e, in ultima analisi, a un'assistenza sicura a domicilio. Tuttavia, il 40% dei responsabili dei casi vede i/le clienti di cui si occupa solo una volta al mese o meno e solo un terzo dei parenti riferisce che la persona di riferimento comunica frequentemente con loro. Anche qui, dunque, sono necessarie misure per definire e rafforzare il ruolo dei responsabili dei casi in modo che possano coordinare adeguatamente l'assistenza in collaborazione con le persone interessate. Una comprensione comune del ruolo è ancora più importante quando sono coinvolti diversi professionisti (esterni allo Spitex), in modo che sia chiaro anche ai/alle clienti chi è responsabile del coordinamento.

Tra le altre cose, una buona cultura della **sicurezza** nelle organizzazioni e nel team di assistenza è fondamentale per la sicurezza dei/delle clienti, in modo da poter riconoscere i problemi di sicurezza, individuare insieme le soluzioni e attuarle in modo costruttivo. Imparare insieme dagli errori (sfiorati) e dagli eventi indesiderati aiuta a migliorare continuamente la sicurezza. I dipendenti Spitex assegnano alle loro organizzazioni un buon voto in questo senso: è chiaro come procedere in caso di errori e gli errori vengono affrontati in modo appropriato nei team. Tuttavia, anche qui sussiste un potenziale di miglioramento: solo il 21% delle organizzazioni Spitex si avvale di un sistema di segnalazione degli eventi critici (*Critical Incident Reporting System*, CIRS). La Fondazione Sicurezza dei Pazienti Svizzera offre una soluzione CIRS nazionale per le organizzazioni Spitex che dovrebbe essere utilizzata più ampiamente per imparare insieme dagli errori.

Per un'assistenza sicura ai clienti è indispensabile una dotazione di personale adeguata. I risultati del sondaggio sulla **struttura del personale** indicano nel complesso una buona stabilità con una durata elevata nella permanenza del personale nello Spitex. Tuttavia, va tenuto presente che un decimo dei dipendenti vorrebbe lasciare il proprio lavoro nello Spitex. In considerazione dell'attuale difficile situazione di reclutamento del personale curante, queste uscite determinano lacune sensibili. Occorre inoltre considerare che allo studio hanno partecipato soprattutto organizzazioni con una situazione più stabile (ad esempio in termini di risorse umane, problemi di personale legati al COVID-19, ristrutturazioni/fusioni), poiché quelle con carenza di personale hanno declinato la partecipazione allo studio. Di conseguenza, la stabilità descritta non può essere trasferita alla situazione di tutta la Svizzera senza ulteriori precisazioni. È quindi importante che l'iniziativa sulle cure infermieristiche affronti anche la carenza di lavoratori qualificati negli Spitex e che l'attrattiva dello Spitex come datore di lavoro venga rafforzata.

Nonostante il feedback positivo sull'occupazione del personale, le dichiarazioni relative alla **salute da parte dei dipendenti** rappresentano un campanello di allarme che deve essere preso sul serio. Il personale Spitex fa regolarmente straordinari, va al lavoro anche se malato, il 70% riferisce debolezza e stanchezza, il 67% ha mal di schiena o dolori lombari, il 57% si sente fisicamente sfinito mentre il 52% lamenta esaurimento emotivo. Due quinti hanno lavorato almeno una volta nell'ultima settimana senza neanche un giorno di riposo. Questo dimostra un eccessivo carico di lavoro e dipendenti che lavorano al limite delle loro possibilità per poter fornire una buona qualità. La dedizione si dimostra elevata, ma questa va a scapito della propria salute. Quindi per le organizzazioni Spitex è fondamentale concentrarsi sulla promozione della salute per trattenere i propri dipendenti.

Le strutture Spitex riescono a creare un **ambiente di lavoro** positivo in cui il personale è soddisfatto del lavoro svolto e dei propri superiori. Soltanto la soddisfazione relativa al salario risulta piuttosto bassa, il che riduce l'attrattiva del contesto lavorativo.

Lo studio SPOT^{nat} ha creato per la prima volta una **base di dati per gli Spitex svizzeri**, contribuendo così alla visibilità di questo settore di servizi. La raccolta dei dati è stata effettuata durante la pandemia di COVID-19 e alcune strutture non hanno potuto partecipare a causa della difficile situazione sul fronte del personale. Di conseguenza, ipotizziamo che, nonostante la selezione casuale, il nostro campione non sia completamente rappresentativo, ma contenga piuttosto strutture con una situazione probabilmente più stabile e risultati migliori. I risultati dello studio sono stati messi a disposizione delle organizzazioni partecipanti. I dati saranno utilizzati per individuare le esigenze di intervento e implementare le relative misure di miglioramento.

1 Introduzione

SPOT^{nat} è un progetto di ricerca dell'Istituto di Scienze Infermieristiche (INS) dell'Università di Basilea in collaborazione con l'HEdS-FR di Friborgo lanciato nel 2019 e concluso con la pubblicazione di questo rapporto nazionale nel 2023. Sul totale delle sette grandi regioni svizzere, è stato creato un campione casuale di 88 organizzazioni Spitex (cfr. Figura 1). I dati sono stati raccolti tra gennaio e settembre 2021.

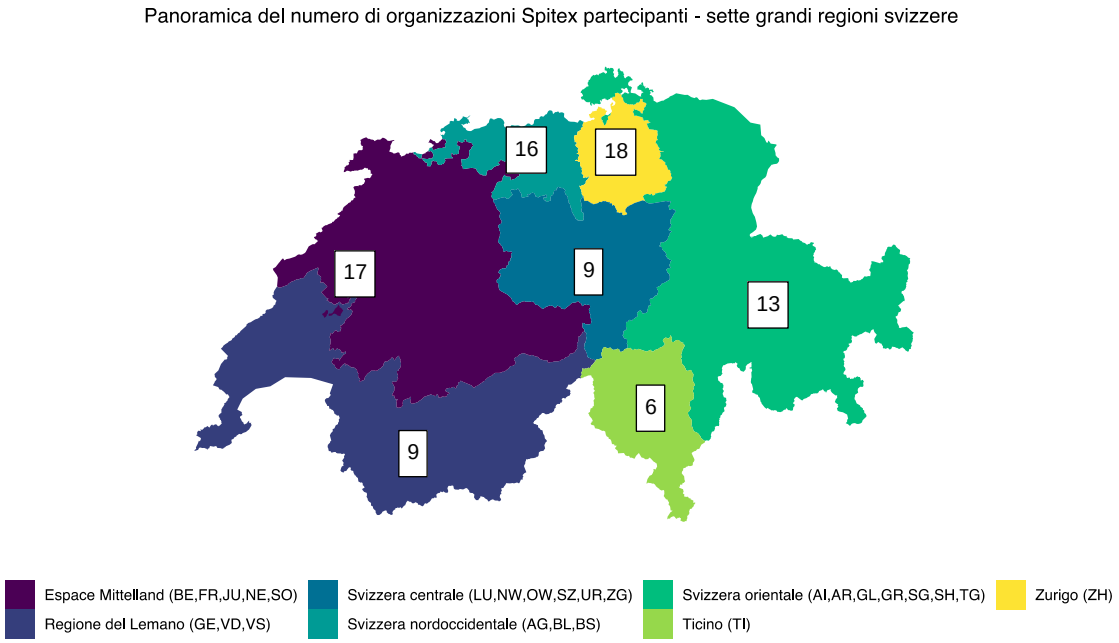


Figura 1: Panoramica del numero di organizzazioni Spitex partecipanti nelle sette grandi regioni svizzere

Gli obiettivi generali del progetto di ricerca consistevano nell'esaminare il coordinamento e la qualità dell'assistenza delle strutture Spitex in Svizzera e di comprenderne i fattori influenti. A tale scopo, sono stati raccolti dati su cinque livelli: organizzazioni Spitex, personale Spitex, clienti, parenti e dati dei clienti ottenuti per via elettronica. In questo modo, è stato possibile individuare i campi di intervento per il miglioramento della qualità e i punti dai quali partire nei vari livelli. I risultati del progetto supportano le organizzazioni Spitex come pure la politica nello sviluppo continuo della qualità dell'assistenza a domicilio e rafforzano la visibilità delle organizzazioni stesse.

Informazioni dettagliate sullo studio (ad esempio informazioni di base, metodi, raccolta dei dati) sono disponibili nella sezione Appendice.

1.1 Struttura del rapporto e note alla lettura

Lo scopo del seguente rapporto nazionale è descrivere i risultati dello studio SPOT^{nat}. Le analisi delle correlazioni verranno effettuate nell'ambito delle pubblicazioni scientifiche e non sono oggetto del presente rapporto.

I dati ivi contenuti sono stati raccolti tramite quattro tipi di questionario: questionario aziendale, questionario per il personale, questionario per i clienti e questionario per i parenti.

Il rapporto è organizzato su base tematica. Per ogni argomento, viene fornita una sintesi dei risultati del sondaggio aziendale, dipendenti, clienti e parenti, ove disponibili. I sottotitoli facilitano il riconoscimento del punto di vista presentato (ad esempio prospettiva dipendenti).

Le informazioni sul campione casuale sono riportate al Capitolo 2, dove vengono descritte le caratteristiche di organizzazioni, dipendenti, clienti e parenti.

I risultati del sondaggio sono presentati nei Capitoli da 3 a 21, suddivisi per argomento, in forma grafica, tabellare o testuale.

Abbiamo chiesto a personalità svizzere del mondo della ricerca, della formazione e della pratica di interpretare in retrospettiva i dati tematici e di fornire raccomandazioni al riguardo. Al termine di alcune sezioni, un riquadro offre il commento degli esperti sui risultati relativi all'argomento in questione.

I risultati sono seguiti da una discussione e da una breve conclusione.

L'Appendice contiene informazioni dettagliate sullo studio e sulle fonti degli articoli utilizzati.

Per chi fosse interessato, sono disponibili anche i risultati in formato Excel, ordinati in base alla fonte dei dati e accompagnati da informazioni dettagliate sugli strumenti di misura utilizzati.

1.2 Rappresentatività dei dati

Nonostante un'accurata selezione casuale, si presume che il campione non sia totalmente rappresentativo dell'intera Svizzera. Il reclutamento è avvenuto durante la pandemia di COVID-19 e sono state registrate forti fluttuazioni nell'onere/nel carico di lavoro presso le organizzazioni Spitex, che hanno influenzato la partecipazione. Delle 120 organizzazioni che avevano accettato di partecipare durante il periodo di reclutamento, 30 hanno abbandonato prima dell'inizio dello studio e due a studio avviato, per via degli eccessivi oneri e/o problemi di personale causati dalla pandemia o per altri motivi. Di conseguenza, i dati potrebbero presentare un bias positivo, ovvero il campione potrebbe includere organizzazioni Spitex in situazioni tendenzialmente più stabile e avere prodotto risultati migliori rispetto alla situazione effettiva del panorama Spitex svizzero.

1.3 Informazioni sulla presentazione dei risultati

Il presente rapporto è suddiviso in sezioni tematiche. Ciascuna di esse si apre con la definizione dell'argomento trattato e della sua rilevanza per il settore Spitex in termini di coordinamento e qualità.

I risultati del sondaggio sono presentati sotto forma di testo, grafici o tabelle per ogni argomento. Inoltre, vengono trattate anche le particolarità dei risultati.

Nel caso di frasi come «80% di accordo», il dato si riferisce alla somma delle percentuali di tutte le opzioni di risposta che esprimono accordo (ad esempio 60% «Perlopiù d'accordo» più 20% «Fortemente d'accordo»).

Informazioni sui grafici a barre in pila orizzontali

La presentazione dei risultati tramite grafici a barre in pila orizzontali è particolarmente utile per confrontare le percentuali delle opzioni di risposta (cfr. Figura 2).

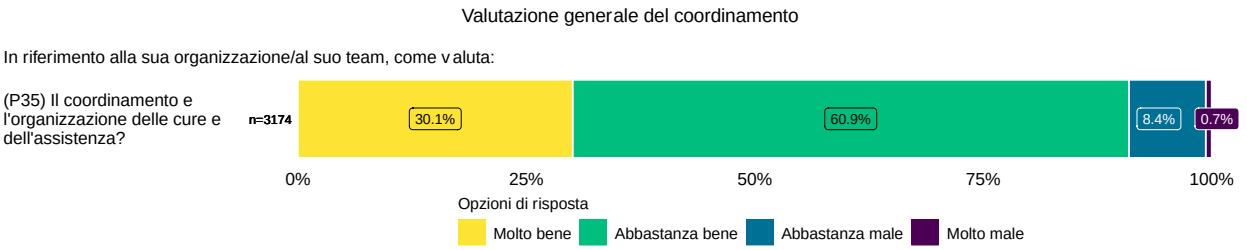


Figura 2: Esempio di grafico a barre in pila orizzontali

Alla sinistra del grafico è riportato il codice corrispondente all'item («B» – dal tedesco *Betrieb* - si riferisce al questionario aziendale, «P» al questionario per il personale, «K» – dal tedesco *Klient* - a quello per i clienti e «A» – dal tedesco *Angehörige* - al questionario per i parenti), il cosiddetto «testo dell'item» (dicitura nel questionario), seguito dal numero di risposte valide (n) e, sulla destra, dal grafico a barre in pila con i valori percentuale delle opzioni di risposta disponibili.

Segue la legenda delle opzioni di risposta con i relativi codici colore. Il totale delle barre corrisponde sempre al 100% (purtroppo, la lunghezza del testo dell'item a sinistra influenza la larghezza delle barre del grafico). Le percentuali sono arrotondate al primo decimale; in alcuni casi, questo può comportare che la somma delle opzioni di risposta non sia esattamente del 100%.

Il numero di risposte valide (n) varia a seconda del numero di persone intervistate che hanno risposto all'item. Tutti i dati relativi al numero di persone che hanno fornito risposte non valide (ad esempio «non so», «non necessario» e item saltati per via del contenuto) sono riportati nel file di Excel.

Informazioni sulla presentazione del valore medio e mediano

In alcune aree tematiche vengono analizzate serie di risposte come «Numero delle responsabilità relative al caso». I risultati sono riportati in grafici accompagnati dal valore medio o mediano, in base al tipo di domanda/e:

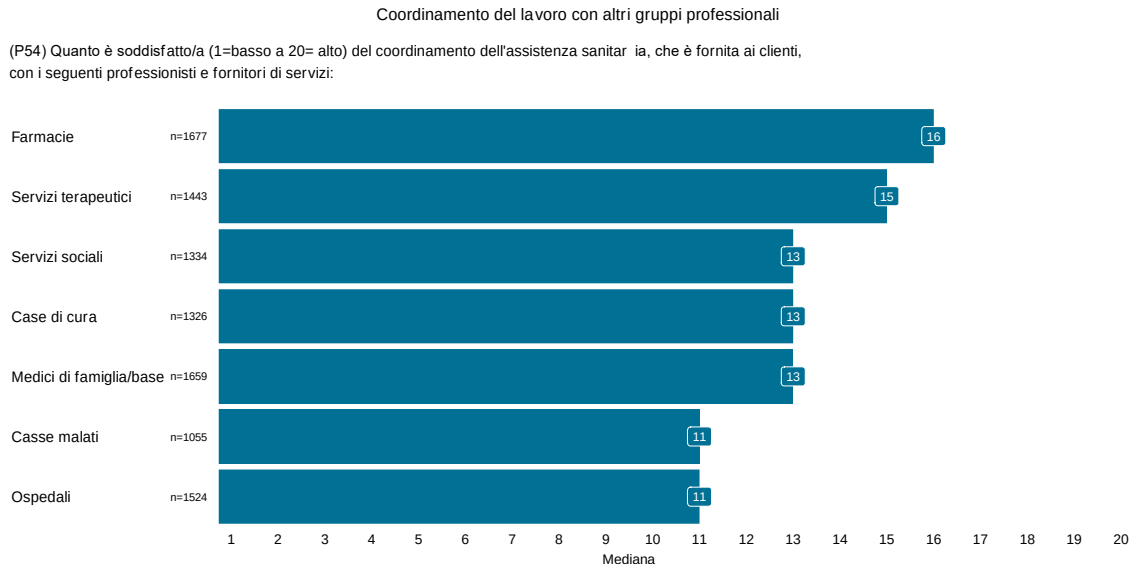


Figura 3: Esempio di grafico a barre

In questo grafico a barre (Figura 3) le opzioni di risposta sono indicate a sinistra. Sull'asse delle x (orizzontale) è riportato il numero di risposte per ciascuna opzione, perciò più lunga è la barra, maggiore è il valore medio (M) o mediano (Md). Il valore medio corrisponde alla media aritmetica dei dati. Per mediana, o valore centrale, si intende il valore al centro esatto della distribuzione di dati, che separa il 50% superiore di tutti i dati individuali dal 50% inferiore. Nei nostri grafici, il valore mediano o il valore medio è indicato a destra delle barre.

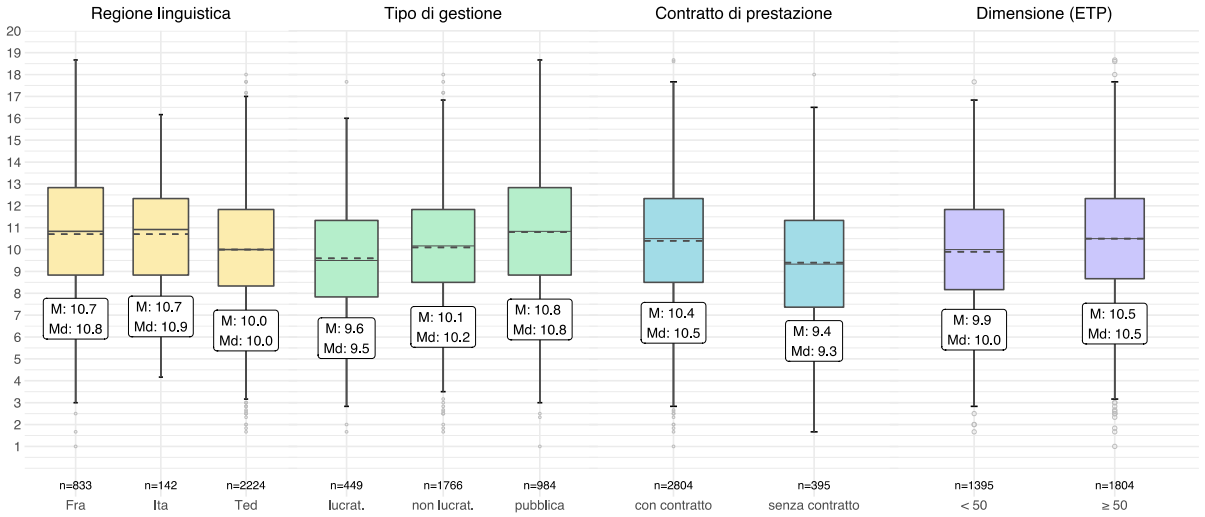
Nel testo, in caso di utilizzo del valore medio, esso è accompagnato tra parentesi dallo scarto quadratico medio (SD) (corrispondente alla deviazione media dei valori registrati dalla media); si trovano, quindi, espressioni come «un valore medio (M) di 5,0 (SD 0,74)».

I quartili sono valori che dividono un campione di dati in quattro parti uguali. In alcuni punti del presente rapporto, oltre alla mediana (corrispondente al 2° quartile), si fa riferimento allo scarto interquartile (IQR). L'IQR è l'ampiezza della fascia di valori che contiene il 50% 'centrale' dei dati. Nel testo, ad esempio, viene indicato come «una mediana (Md) di 3,0 [IQR 2,0-5,0]», dove il valore corrispondente allo scarto interquartile è riportato tra parentesi quadre. Nell'esempio in questione, ciò significa che il 50% delle risposte ottenute è compreso tra 2 e 5.

Informazioni sulla presentazione delle scale

Se i valori consentono di comporre delle scale, ove opportuno, riportiamo anche i risultati della scala per i quattro gruppi seguenti: regione linguistica, tipo di gestione, contratto di prestazione e dimensioni (equivalenti in tempo pieno, ETP) delle organizzazioni Spitex. Ulteriori informazioni sul calcolo dei valori della scala e dettagli sugli strumenti utilizzati sono disponibili nella sezione Appendice (Scale).

I confronti di gruppo sono presentati sotto forma di testo o grafici come nell'esempio seguente:



Strumento: *National Aeronautics and Space Administration Task Load Index* (NASA-TLX) [1]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat. = organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblico = organizzazione di diritto pubblico.
< 50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nella sezione Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 4: Esempio di grafico per il confronto di gruppo

La suddivisione delle organizzazioni Spitex in regioni linguistiche avviene su base comunale, ovvero a seconda della lingua dominante dei comuni di riferimento.[1] Le tre regioni linguistiche sono indicate dalle sigle «Fra» = francese, «Ita» = italiano e «Ted» = tedesco.

Le informazioni sul tipo di gestione si basano sui dati forniti dalla direzione. Il questionario aziendale conteneva le seguenti opzioni di risposta: organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo (abbreviazione nel grafico: «lucrat.»), organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo («non lucrat.») e organizzazione di diritto pubblico («pubblica»).

Inoltre, nel questionario aziendale, le direzioni hanno indicato l'eventuale presenza di un contratto di prestazione, ovvero di un accordo stipulato con uno o più comuni o cantoni. Il sottogruppo «con contratto di prestazione» comprende le organizzazioni Spitex che hanno risposto «sì», mentre quelle che hanno risposto «no» sono incluse nel sottogruppo «senza contratto».

Il quarto gruppo si basa sulle dimensioni dell'organizzazione Spitex in equivalenti in tempo pieno (ETP). Le direzioni aziendali hanno indicato nel questionario il numero di equivalenti in tempo pieno della propria filiale Spitex al termine del 2020, (ovvero la somma dei gradi di occupazione delle posizioni occupate dalle persone attive nell'organizzazione). Nel presente rapporto, le organizzazioni Spitex sono classificate come

[1] Fonte utilizzata: Ufficio federale di statistica (2016), lingue principali per comune. Disponibile al link: https://www.atlas.bfs.admin.ch/maps/13/de/12474_3175_235_227/20584.html

segue: meno di 50 ETP (< 50) (aziende più piccole) e 50 o più ETP (≥ 50) (aziende medio-grandi) in base alla definizione dell'Ufficio federale di statistica[2] .

Nel rapporto i confronti di gruppo vengono presentati tramite un diagramma degli estremi e dei quartili nei quali ogni barra corrisponde a un sottogruppo, come nel seguente esempio:

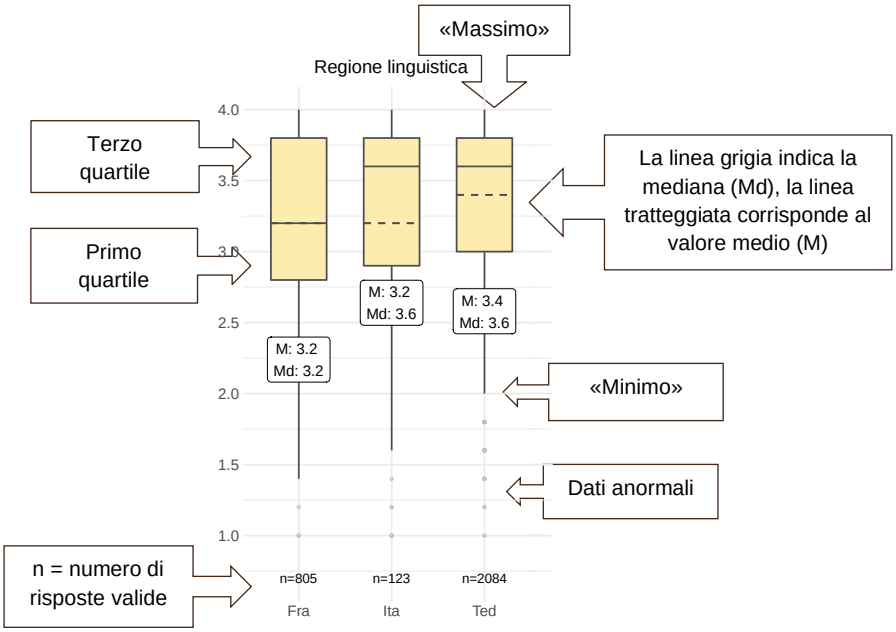


Figura 5: Esempio di grafico con confronto di gruppo e sottogruppo

I valori delle linee grigie (Md) e delle linee tratteggiate (M) sono riportati anche in forma testuale sotto o sopra al diagramma (in un riquadro). Tali valori sono arrotondati al primo decimale; pertanto, può succedere che nel riquadro appaia lo stesso valore per M e Md, ma nei riquadri una linea appaia leggermente più bassa o più alta, poiché i valori nei riquadri corrispondono ai valori grezzi (non arrotondati). In questo esempio, il valore medio per la regione di lingua tedesca è di 3.4 e la mediana di 3.6, ovvero leggermente maggiore rispetto al valore delle regioni di lingua francese e italiana. Queste differenze non sempre sono statisticamente significative, nemmeno se a prima vista lo sembrano. Per la valutazione delle differenze, abbiamo utilizzato la differenza media standardizzata (SMD) di tutti i confronti (valori compresi tra 0 e 1, dove i valori a partire da 0,2 indicano che esiste almeno una differenza significativa tra i sottogruppi). Più alto è il valore dell'SMD, maggiore è la differenza tra i sottogruppi. Abbiamo stabilito una soglia di 0,2 per il commento delle differenze potenziali nel testo di accompagnamento al grafico. (Viceversa, nel presente rapporto non vengono approfondite le differenze corrispondenti a una differenza media standardizzata inferiore a 0,2 e ai sottogruppi che non differiscono in maniera significativa. I rispettivi valori SMD sono disponibili nel file Excel).

[2] Fonte: Ufficio federale di statistica (2020). Disponibile al link: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/industria-servizi/imprese-impieghi/struttura-economica-imprese/pmi.html

La tabella sottostante riporta la spiegazione dei valori del grafico degli estremi e dei quartili e di altri termini statistici utilizzati nel rapporto:

Termini	Spiegazione
«Minimo»	Valore pari al primo quartile meno 1,5 volte lo scarto interquartile (IQR) (≠ il valore più basso).
Primo quartile	Valore centrale tra il valore più basso e la mediana del set di dati. Pari al 25° percentile (il 25% di tutti i dati è inferiore a questo valore, mentre il 75% dei dati ha un valore superiore).
Valore medio (M)	Detto anche media, ottenuto dalla somma di tutti i valori divisa per il numero di valori.
Mediana (Md)	Pari al valore centrale del set di dati, ovvero il 50% dei dati è inferiore a questo valore mentre il 50% è superiore. La mediana corrisponde anche al secondo quartile e al 50° percentile.
Scarto interquartile (IQR)	Valori compresi tra il primo quartile/25° percentile e il terzo quartile/75° percentile.
Terzo quartile	Valore centrale tra la mediana e il valore più elevato del set di dati. Pari anche al 75° percentile (il 75% di tutti i dati è inferiore a questo valore, mentre il 25% dei dati ha un valore superiore).
«Massimo»	Valore pari al terzo quartile più 1,5 volte lo scarto interquartile (IQR) (≠ valore più elevato).
Dati anormali	Valori particolarmente bassi o elevati che non sembrano allineati agli altri valori del set di dati (indicati dai punti grigi nel grafico).
Scarto quadratico medio (SD)	Deviazione media dei valori registrati dal valore medio.
Differenza media standardizzata (SMD) (detta anche dimensione dell'effetto *Cohens' d*)	Calcolata dividendo la differenza tra le medie di due gruppi per lo scarto quadratico medio della popolazione statistica. L'SMD può assumere un valore compreso tra 0 e 1, dove i valori tra 0,2 e 0,49 indicano una «piccola» differenza, i valori tra 0,5-0,79 una differenza «media» e i valori uguali o superiori a 0,8 una «grande» differenza.

Tabella 1: Definizione statistiche

Informazioni sui commenti degli esperti

La rappresentazione grafica dei risultati e la corrispondente descrizione sono solitamente seguite dal commento di un esperto, una persona nota per la profonda conoscenza dell'area tematica in questione. I commenti sono riportati in un riquadro e riflettono il punto di vista sui risultati dello studio di esperti provenienti dal mondo della pratica, della ricerca e della formazione.

A tal fine, abbiamo posto le tre seguenti domande chiave:

1. Che cosa evidenziano i risultati? Come li interpreta?
2. Quali conclusioni o benefici è possibile trarre dai risultati?
3. Ritiene che i risultati indichino la necessità di intervenire o forniscano punti di partenza per cambiamenti e miglioramenti?

I commenti degli esperti sono preceduti dal nome dell'autore, dall'attuale posizione lavorativa o dal nome del datore di lavoro. Tali commenti riflettono il punto di vista e le opinioni personali degli autori e hanno lo scopo di aiutare a interpretare i risultati e comprenderne meglio il significato e l'impatto, nonché a classificarli all'interno di un quadro più ampio.

2 Caratteristiche generali del campione

2.1 Caratteristiche generali delle organizzazioni Spitex partecipanti

Un campione casuale è stato formato sulla base delle 767 organizzazioni Spitex identificate nel 2019 presenti nelle sette grandi regioni svizzere. Alla fine delle 457 organizzazioni contattate, al presente studio hanno partecipato in totale 88 organizzazioni Spitex dislocate nelle sette grandi regioni.

Caratteristiche delle organizzazioni Spitex partecipanti	Numero di organizzazioni Spitex (%)	Numero di valori mancanti (%)
Regione linguistica	88	0 (0,0%)
Svizzera tedesca	67 (76,1%)	
Svizzera francese	14 (15,9%)	
Svizzera italiana	7 (8,0%)	
Area di utenza	88	0 (0,0%)
Città	17 (19,3%)	
Agglomerato	32 (36,4%)	
Campagna	39 (44,3%)	
Tipo di gestione	88	0 (0,0%)
Di diritto pubblico	15 (17,0%)	
Di diritto privato, a scopo non lucrativo	47 (53,4%)	
Di diritto privato, a scopo lucrativo	26 (29,6%)	
Contratto di prestazione con comuni/cantoni	88	0 (0,0%)
Sì	69 (78,4%)	
No	19 (21,6%)	
Numero di clienti nell'anno 2020[3]	85	3 (3,4%)
≤ 100 clienti	14 (16,5%)	
101 – 200 clienti	17 (20,0%)	
201 – 300 clienti	16 (18,8%)	
301 – 500 clienti	12 (14,1%)	
501 – 1000 clienti	13 (15,3%)	
> 1000 clienti	13 (15,3%)	
Durata media delle cure soggette a LAMal nel 2020 per cliente	83	5 (5,7%)
50 o meno ore	10 (12,1%)	
Più di 50 ma meno di pari a 70 ore	27 (32,5%)	
Più di 70 ma meno di o pari a 100 ore	19 (22,9%)	
Più di 100 ore	27 (32,5%)	

[3] Valori secondo la Statistica Spitex 2020 dell'Ufficio federale di statistica, come trasmessi dalle organizzazioni Spitex partecipanti.

Caratteristiche delle organizzazioni Spitex partecipanti	Numero di organizzazioni Spitex (%)	Numero di valori mancanti (%)
Valutazione dei bisogni effettuata con RAI-HC MDS/interRAI	88	0 (0%)
No	4 (4,5%)	
Sì	84 (95,5%)	
Percentuale approssimativa di clienti con prestazioni di cura per i quali viene compilato un formulario RAI-HC MDS/interRAI:	84	
Fino al 25 %	6 (7,1%)	
26 – 50 %	2 (2,4%)	
51 – 75 %	15 (17,9%)	
76 – 100 %	61 (72,6%)	
Numero di dipendenti nella cura e assistenza a fine 2020	85	3 (3,4%)
≤ 20 dipendenti	18 (21,2%)	
21 – 50 dipendenti	32 (37,6%)	
51 – 100 dipendenti	17 (20,0%)	
101 – 200 dipendenti	10 (11,8%)	
> 200 dipendenti	8 (9,4%)	

LAMal = Legge federale sull'assicurazione malattie; RAI-HC = Resident Assessment Instrument – Home Care; MDS = Minimum Data Set

Tabella 2: Caratteristiche delle organizzazioni Spitex partecipanti

2.2 Caratteristiche generali dei/delle dipendenti Spitex partecipanti

Allo studio hanno aderito 3223 dipendenti Spitex di tutta la Svizzera (quota di risposta: 73%).

Caratteristiche dei/delle dipendenti Spitex partecipanti	Numero di dipendenti Spitex (%)	Numero di valori mancanti (%)
Regione linguistica	3223	0 (0,0%)
Svizzera tedesca	2242 (69,6%)	
Svizzera francese	838 (26,0%)	
Svizzera italiana	143 (4,4%)	
Sesso	3192	31 (1,0%)
Femminile	3001 (94,0%)	
Maschile	185 (5,8%)	
Non binario	6 (0,2%)	
Età	3112	111 (3,4%)
Sotto i 25 anni	141 (4,5%)	
25 – 34 anni	486 (15,6%)	
35 – 44 anni	632 (20,3%)	
45 – 54 anni	846 (27,2%)	
55 – 64 anni	945 (30,4%)	
65 anni e più	62 (2,0%)	
Ambiti di lavoro (più risposte possibili)		
Cura	2786 (87,3%)	32 (1,0%)
Aiuto domestico	1408 (44,1%)	31 (1,0%)
Assistenza/accompagnamento	1603 (50,3%)	33 (1,0%)
Amministrazione	844 (26,4%)	32 (1,0%)
Compiti in almeno due degli ambiti sopra citati	2020 (63,3%)	34 (1,1%)
Esperienza lavorativa	2948	275 (8,5%)
Meno di 1 anno	105 (3,6%)	
1 – 2 anni	119 (4,0%)	
Più di 2 anni ma meno di 5	149 (5,0%)	
5 – 10 anni	466 (15,8%)	
Più di 10 anni ma meno di 20	597 (20,3%)	
20 anni e più	207 (5,2%)	

Caratteristiche dei/delle dipendenti Spitex partecipanti	Numero di dipendenti Spitex (%)	Numero di valori mancanti (%)
Gruppi professionali[4]	3193	30 (0,9%)
Personale infermieristico con titolo di master (MSN)	56 (1,8%)	
Personale curante con competenze per la valutazione dei bisogni e consulenza (ad es. dipl. inf. livello II, infermiere/a SSS/SUP)	1117 (35,0%)	
Personale curante con competenze per le cure mediche tecniche, senza competenza di valutazione dei bisogni e di consulenza (ad es. infermiere/a con meno di due anni di esperienza professionale)	136 (4,3%)	
Personale curante ed assistenziale con competenze per le cure di base e in parte per le cure mediche tecniche (ad es. operatrice/operatore sociosanitaria/o)	739 (23,1 %)	
Personale curante ed assistenziale con competenze per le cure di base - senza competenza per le cure mediche tecniche (ad es. assistente geriatrica/o)	28 (0,9 %)	
Personale curante ed assistenziale senza competenza di gestione delle cure di base (ad es. addetta/o alle cure sociosanitarie)	621 (19,4 %)	
Personale assistenziale senza competenza di gestione delle cure di base (ad es. aiuto domestico)	236 (7,4 %)	
Studenti, apprendisti e praticanti	85 (2,7 %)	
Amministrazione, altri gruppi professionali ecc.	175 (5,4 %)	
Paese di formazione, formazione di base, cure/assistenza	2851	372 (11,5%)
Svizzera	2469 (86,6%)	
Germania	99 (3,5%)	
Italia	60 (2,1%)	
Austria	9 (0,3%)	
Francia	120 (4,2%)	
Un altro paese	94 (3,3%)	
Grado di occupazione	3136	87 (2,7%)
≤ 20 %	138 (4,4%)	
21 – 40%	490 (15,6%)	
41 – 60%	913 (29,1%)	
61 – 80%	1020 (32,5%)	
> 80%	575 (18,4%)	

[4] Gruppi professionali: basato su il contratto amministrativo Spitex (Personale specializzato – prestazioni di cura ambulatoriali) disponibile su https://www.spitex.ch/files/IM06OJX/tarifvertrag_2022_02_15_spitex_langzeit_def_ital.pdf

Caratteristiche dei/delle dipendenti Spitex partecipanti	Numero di dipendenti Spitex (%)	Numero di valori mancanti (%)
Motivi per il lavoro part-time (domanda posta solo a persone con grado di occupazione inferiore al 100%; più risposte possibili)	2783	
Grado di occupazione desiderato	1602 (57,6%)	
Grado di occupazione al 100% impossibile in questa organizzazione	370 (13,3%)	
Problemi/limitazioni dovuti alla salute	198 (7,1%)	
Formazione/Perfezionamento/Scuola/Studi universitari	115 (4,1%)	
Compiti di accudimento all'interno del nucleo familiare	1052 (37,8%)	
Collaborazione nell'azienda di famiglia/attività secondaria/secondo lavoro	208 (7,5%)	
Altri impegni personali	260 (9,3%)	
Lavoro su turni	47 (1,7%)	
Altri motivi	242 (8,7%)	
Numero di anni nell'organizzazione	2996	227 (7,0%)
Meno di 1 anno	354 (11,8%)	
1 – 2 anni	647 (21,6%)	
Più di 2 anni ma meno di 5	500 (16,7%)	
5 – 10 anni	854 (28,5%)	
Più di 10 anni ma meno di 20	434 (16,2%)	
20 anni e più	207 (5,2%)	
Contratto di lavoro a tempo determinato	3170	53 (1,6 %)
Sì	291 (9,2%)	
No	2879 (90,8%)	

Tabella 3: Caratteristiche dei/delle dipendenti Spitex partecipanti

2.3 Caratteristiche generali delle organizzazioni Spitex partecipanti

Allo studio hanno partecipato 1509 clienti Spitex in tutta la Svizzera (quota di risposta: 37%).

Caratteristiche dei/delle clienti Spitex partecipanti	Numero di clienti (%)	Numero di valori mancanti (%)
Regione linguistica	1509	0 (0,0%)
Svizzera tedesca	1093 (72,4%)	
Svizzera francese	299 (19,8%)	
Svizzera italiana	117 (7,8%)	
Sesso	1465	44 (2,9%)
Femminile	918 (62,7%)	
Maschile	547 (37,3%)	
Non binario	0 (0,0%)	
Età	1475	34 (2,3%)
< 60 anni	43 (2,9%)	
60 – 64 anni	62 (4,2%)	
65 – 74 anni	218 (14,8%)	
75 – 84 anni	497 (33,7%)	
85 – 94 anni	599 (40,6%)	
≥ 95 anni	56 (3,8%)	
Situazione abitativa	1427	82 (5,4%)
Solo	834 (58,4%)	
Non solo	593 (41,6%)	
Lingua prevalentemente parlata in casa	1481	28 (1,9%)
Tedesco	1016 (68,6%)	
Francese	286 (19,3%)	
Italiano	128 (8,7%)	
Reto-romancio	18 (1,2%)	
Altra lingua	33 (2,2)	
Tipo di supporto dello Spitex negli ultimi sette giorni (più risposte possibili)	1509	
Cure (ad es. aiuto con i medicinali, supporto nel vestirsi e nel muoversi)	1197 (79,3%)	
Aiuto domestico (ad es. fare lavatrici, cucinare, pulire)	454 (30,1%)	
Altro (ad es. servizio pasti, servizio di trasporto)	264 (17,5%)	

Caratteristiche dei/delle clienti Spitex partecipanti	Numero di clienti (%)	Numero di valori mancanti (%)
Aiuto ricevuto nella compilazione del questionario	1408	101 (6,7%)
Sì	760 (54,0%)	
No	648 (46,0%)	
Tipo di aiuto ricevuto per la compilazione (sono possibili più risposte)	760	-
Lettura del questionario	538 (70,8%)	
Scrittura delle risposte	398 (52,4%)	
Domande risposte al posto mio	262 (34,5%)	
Domande tradotte nella mia lingua	59 (7,8%)	
Altro tipo di aiuto	41 (5,4%)	
Valutazione del proprio stato di salute generale	1478	31 (2,1%)
Eccellente	10 (0,7%)	
Molto buono	61 (4,1%)	
Buono	469 (31,7%)	
Mediocre	753 (51,0%)	
Scarso	185 (12,5%)	
Valutazione del proprio stato di salute psichico ed emotivo	1471	38 (2,5%)
Eccellente	83 (5,6%)	
Molto buono	233 (15,8%)	
Buono	643 (43,7%)	
Mediocre	436 (29,7%)	
Scarso	76 (5,2%)	

Tabella 4: Caratteristiche dei/delle clienti Spitex partecipanti

2.4 Caratteristiche generali dei parenti partecipanti

In totale hanno aderito allo studio 1165 parenti. Non è possibile calcolare il tasso di risposta perché non sappiamo quanti clienti abbiano effettivamente dato il questionario ai propri familiari (su 4275 inviati). I questionari sono stati distribuiti in una «confezione doppia», ovvero un questionario per il/la cliente e uno per il parente in un'unica busta. Abbiamo ricevuto un totale di 1034 questionari «accoppiati» clienti/parenti.

Caratteristiche dei parenti partecipanti	Numero di parenti (%)	Numero di valori mancanti (%)
Regione linguistica	1165	0 (0,0%)
Svizzera tedesca	830 (71,2%)	
Svizzera francese	240 (20,6%)	
Svizzera italiana	95 (8,2%)	
Sesso	1064	101 (8,7%)
Femminile	720 (67,7%)	
Maschile	344 (32,3%)	
Non binario	0 (0,0%)	
Età	1076	89 (7,6%)
< 18 anni	0 (0,0%)	
18 – 24 anni	1 (0,1%)	
25 – 34 anni	18 (1,7%)	
35 – 44 anni	38 (3,5%)	
45 – 54 anni	193 (17,9%)	
55 – 64 anni	376 (34,9%)	
65 – 74 anni	214 (19,9%)	
75 – 84 anni	170 (15,8%)	
85 – 94 anni	61 (5,7%)	
95 anni e più	5 (0,5%)	
Tipo di parentela/relazione	1127	38 (3,3%)
Compagno/a di vita	352 (31,2%)	
Madre/padre	524 (46,5%)	
Suocera/suocero	23 (2,0%)	
Sorella/fratello	35 (3,1%)	
Figlia/figlio	92 (8,2%)	
Amica/amico o vicino/vicina	30 (2,7%)	
Altro	71 (6,3%)	

Caratteristiche dei parenti partecipanti	Numero di parenti (%)	Numero di valori mancanti (%)
Distanza	1135	30 (2,6%)
Nella stessa abitazione	503 (44,3%)	
Meno di 5 km	287 (25,3%)	
5 km – 15 km	133 (11,7%)	
Più di 15 km ma meno di 30 km	90 (7,9%)	
30 km e oltre	122 (10,8%)	
Lingua prevalentemente parlata in casa	1091	74 (6,4%)
Tedesco	736 (67,5%)	
Francese	226 (20,7%)	
Italiano	97 (8,9%)	
Reto-romancio	12 (1,1%)	
Altra lingua	20 (1,8%)	
Valutazione del proprio stato di salute generale	1090	75 (6,4%)
Eccellente	139 (12,8%)	
Molto buono	344 (31,6%)	
Buono	426 (39,0%)	
Mediocre	167 (15,3%)	
Scarso	14 (1,3%)	

Tabella 5: Caratteristiche dei parenti partecipanti

3 Qualità delle cure e dell'assistenza

La qualità dell'assistenza sanitaria così come la qualità delle cure non hanno definizioni uniformi in letteratura. Secondo l'Institute of Medicine, i servizi sanitari dovrebbero essere *sicuri, efficaci, incentrati sulla persona, tempestivi, efficienti* e fornire *pari opportunità* [2]. Nel 2018, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito gli elementi centrali di una buona qualità dell'assistenza come l'*efficacia*, la *sicurezza* e la *centralità della persona* [3].

Specificatamente per il settore Spitex, Maybin et al. [4] hanno elaborato le caratteristiche di una buona qualità dell'assistenza nel quadro di ampie discussioni con clienti, personale curante e parenti, che hanno portato alla definizione delle seguenti nove caratteristiche:

1) l'erogazione di un'assistenza olistica all'individuo,
2) la continuità dell'assistenza,
3) l'interazione personale degli addetti alle cure con i/le clienti,
4) la programmazione e l'affidabilità degli appuntamenti,
5) la disponibilità tra un appuntamento e l'altro,
6) l'apprezzamento e il coinvolgimento delle persone curanti e dei familiari,
7) il personale curante come coordinatore e portavoce dei/delle clienti (*advocates*),
8) la competenza e l'esperienza clinica e
9) l'informazione dei/delle clienti e il sostegno all'autogestione.

Svariati fattori influiscono sulla qualità dell'assistenza. Nel modello di Dubois et al. [5] tra i possibili fattori che influenzano la qualità dell'assistenza sono citati le risorse di personale disponibili (ad es. quantità, mix di competenze), l'erogazione di servizi (ad es. promozione e prevenzione, gestione dei sintomi), l'ambiente di lavoro (ad es. autonomia, collaborazione, leadership), l'esperienza del paziente (ad es. continuità), la soddisfazione del personale, il quadro giuridico e di politica sanitaria nonché le strutture e le capacità di formazione. Uno studio Spitex finlandese ha dimostrato, che il personale di cura ha valutato la mancanza di continuità, l'insufficiente lavoro in team e le cattive condizioni di lavoro (ad es. lo stress dovuto alla carenza di personale) come fattori negativi che influenzano la qualità dell'assistenza [6].

Nei capitoli che seguono, riferiamo della valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza in generale nonché di elementi specifici, mostrando il punto di vista del personale e della direzione, nonché quello dei/delle clienti e dei parenti. In ulteriori sottocapitoli, descriviamo quali elementi a supporto della garanzia della qualità sono stati implementati dalle organizzazioni Spitex intervistate, in quali aree si è svolta una regolare formazione continua e se esistono strutture per il trattamento di questioni etiche. Descriviamo inoltre in che misura le organizzazioni collaborano con un Advanced Practice Nurse (APN) o con esperti in cure infermieristiche e se questi svolgono compiti di assicurazione della qualità.

Risultati SPOT^{nat} sulla qualità delle cure e dell'assistenza

3.1 Valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza (prospettiva dei/delle dipendenti e della direzione)

Ai dipendenti e alle dipendenti che hanno partecipato al sondaggio è stato chiesto di giudicare la qualità generale delle cure e dell'assistenza. La maggioranza ha valutato tutti e cinque gli aspetti come «molto buoni» o «abbastanza buoni». Se si considerano le percentuali di «molto bene» e «abbastanza bene», la qualità dell'assistenza offerta ai e alle clienti ha ottenuto il giudizio migliore (98,5%), mentre la continuità delle cure/dell'assistenza quello peggiore (84,2%). Poco meno di un decimo (9,1%) degli intervistati ha assegnato il valore «abbastanza male» e «molto male» al coordinamento/all'organizzazione dell'assistenza e delle cure (cfr. Figura 6).

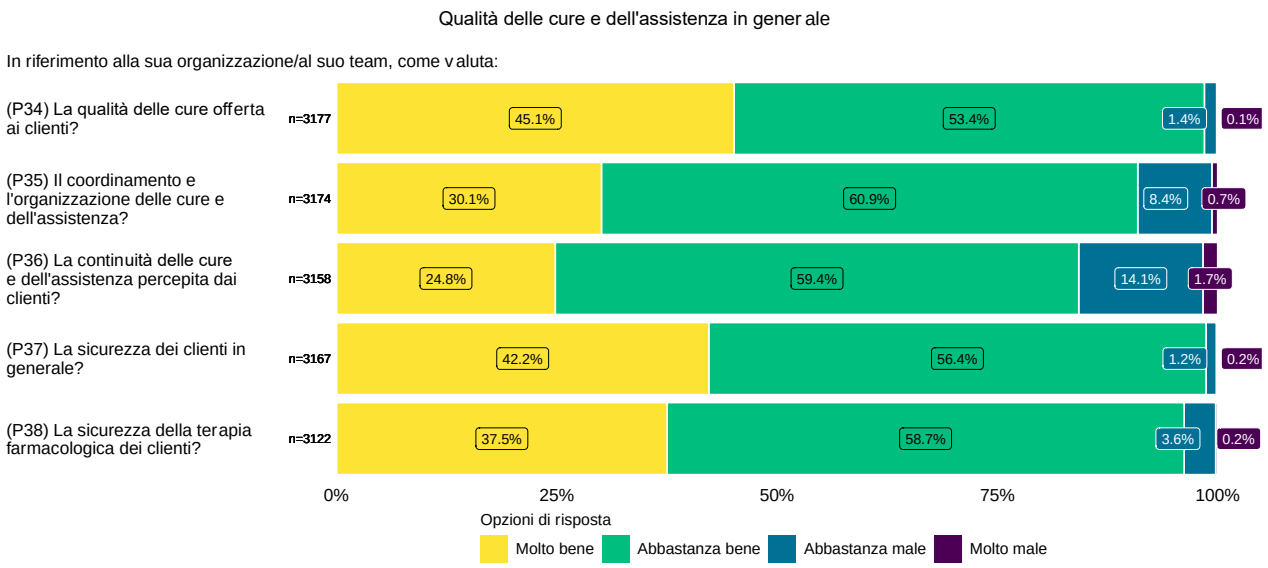


Figura 6: Qualità delle cure e dell'assistenza in generale (prospettiva dipendenti)

La metà (50,5%) del personale ritiene che la qualità dell'assistenza ai/alle clienti sia rimasta invariata nella propria organizzazione Spitex nell'ultimo anno, più di un terzo ha indicato un miglioramento (38,1%) e l'11,4% un peggioramento della qualità (cfr. Figura 7).

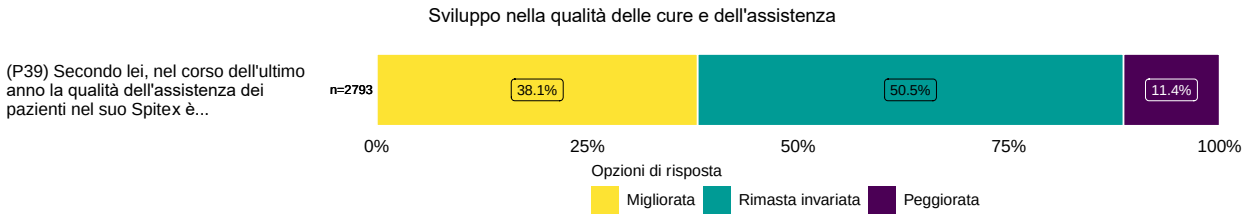


Figura 7: Qualità dell'assistenza ai clienti nell'ultimo anno (prospettiva dipendenti)

La maggioranza, con il 63,7%, consiglierebbe certamente l'organizzazione Spitex a un membro della famiglia o ad amici mentre il 31,5% probabilmente la consiglierebbe (cfr. Figura 8).

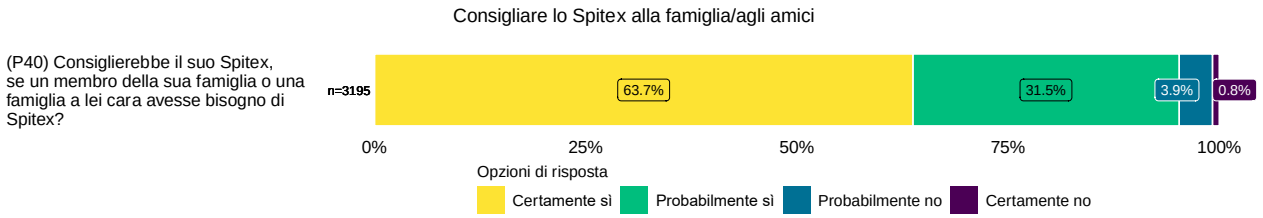


Figura 8: Raccomandazione dello Spitex (prospettiva dipendenti)

Anche tra le direzioni aziendali, il 94,4% si è detto «molto» o «abbastanza soddisfatto» della qualità dell'assistenza fornita dalla propria organizzazione e il 91,0% si è detto «molto» o «abbastanza soddisfatto» del tempo che la propria organizzazione è in grado di fornire ai/alle clienti. Sono stati un po' meno soddisfatti dell'onere dedicato dal personale per la registrazione delle presenze (69,3% «molto» o «abbastanza soddisfatti»). Più della metà delle direzioni aziendali si è dichiarata «molto» o «abbastanza insoddisfatta» (53,5%) della quantità di tempo fatturabile a disposizione del personale per i compiti di coordinamento (cfr. Figura 9).

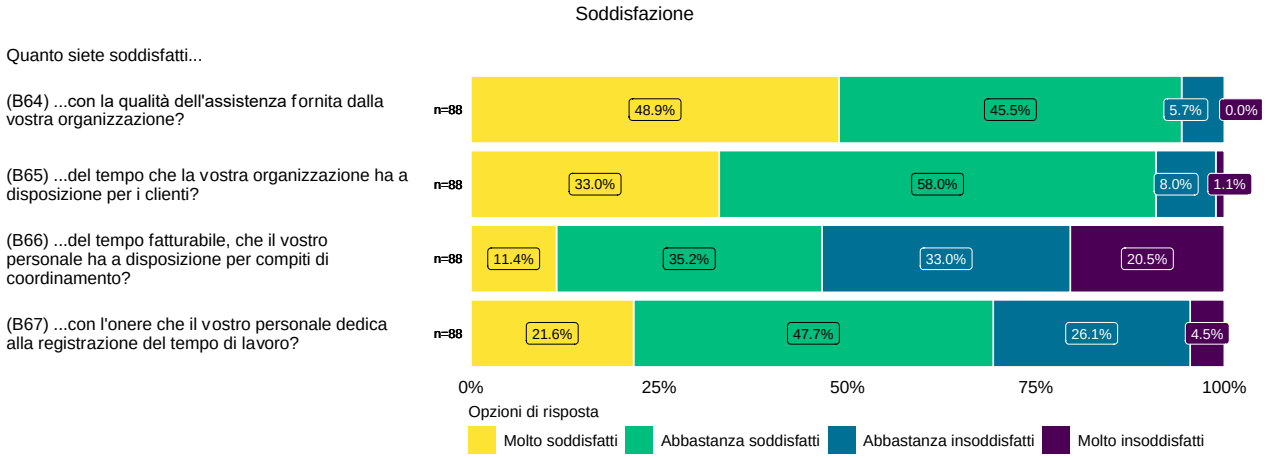


Figura 9: Soddisfazione (prospettiva direzione)

«Dovremo adottare un linguaggio comune per facilitare le nostre interazioni e i confronti tra le diverse organizzazioni di assistenza domiciliare. »

Marielle Thomas Katolo

Responsabile operativa

NOMAD

Le domande specifiche sui/sulle clienti ci permettono di includere nuove dimensioni per introdurre indicatori del livello dei servizi forniti. I risultati del sondaggio ci forniscono due prospettive, una interna e una esterna, per confrontarci con l'esperienza dei/delle clienti: una interna in termini di come continuare a supportare il sistema di controllo interno e migliorare questo strumento, e una esterna in termini di come continuare a lungo termine questo approccio di indagine presso clienti, partner e parenti, soprattutto in termini di qualità delle cure e dell'assistenza.

Sarebbe interessante ampliare il sondaggio per ottenere un feedback più esteso sulla soddisfazione dei nostri e delle nostre clienti.

È evidente la necessità di una comprensione comune del termine «qualità delle cure e dell'assistenza». Potremmo ispirarci al lavoro svolto dall'organizzazione ombrello Spitex Svizzera nel «Manuale della qualità Spitex Svizzera[5]» per identificare un linguaggio comune e facilitare le nostre interazioni e i confronti tra le diverse organizzazioni Spitex. Le istituzioni devono decidere come raggiungere questo obiettivo.

[5] Disponibile al link: https://www.spitex-qualitaetsmanual.ch

3.2 Valutazione generale della qualità delle cure e dell'assistenza (prospettiva clienti e parenti)

Per valutare la qualità dello Spitex dal punto di vista dei/delle clienti, l'Iniziativa per la qualità dell'assistenza domiciliare [7], lanciata negli Stati Uniti nel 2003, propone di concentrarsi su cinque aspetti:

1) professionalità dell'assistenza fornita al/alla paziente,
2) comunicazione tra professionisti e pazienti,
3) discussioni su dolore, farmaci e sicurezza,
4) attribuzione di un punteggio complessivo per l'assistenza ricevuta e
5) disponibilità a raccomandare il fornitore di servizi ad amici o familiari.

Gli ultimi due aspetti forniscono una valutazione complessiva della qualità dell'assistenza e possono essere ben valutati dai parenti curanti. In un sondaggio condotto nella Svizzera tedesca nel 2010, è stato chiesto a 322 familiari di clienti Spitex con età superiore ai 65 anni di valutare l'assistenza ricevuta con un punteggio complessivo compreso tra 1 (per nulla soddisfatto/a) e 10 (pienamente soddisfatto/a). La valutazione complessiva è stata estremamente positiva: con un valore che varia dall'8,4 per i figli maschi e l'8,7 per le figlie femmine che accudiscono i genitori fino al 9,3 per i partner [8].

Risultati SPOT^{nat} sulla valutazione delle cure e dell'assistenza

Nell'ambito della qualità sono state poste due domande che coprono la valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza. I/Le clienti hanno potuto valutare la qualità delle cure e dell'assistenza su una scala da 0 a 10, dove 0 significa le peggiori cure/assistenza possibili e 10 le migliori cure/assistenza possibili. I/Le clienti (n=1467) hanno dato una valutazione molto alta, con una mediana di 9,0 [IQR 8,0-10,0]. Per quanto riguarda la raccomandazione dello Spitex, la maggior parte dei/delle clienti (75,4%) lo raccomanderebbe di sicuro (cfr. Figura 10).

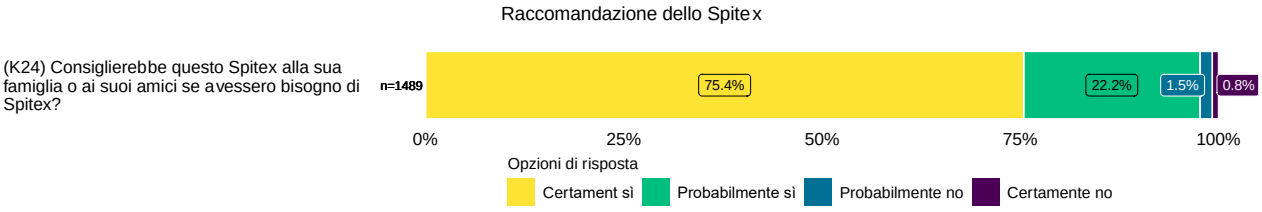


Figura 10: Raccomandazione dello Spitex (prospettiva clienti)

Anche i parenti hanno valutato molto bene la qualità delle cure e dell'assistenza, con una mediana di 9,0 [IQR 8,0-10,0] (su una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde alle peggiori cure/assistenza possibili e 10 alle migliori cure/assistenza possibili). Per quanto riguarda la raccomandazione dello Spitex, anche la maggior parte dei parenti (73,4%) lo raccomanderebbe di certo (cfr. Figura 11).

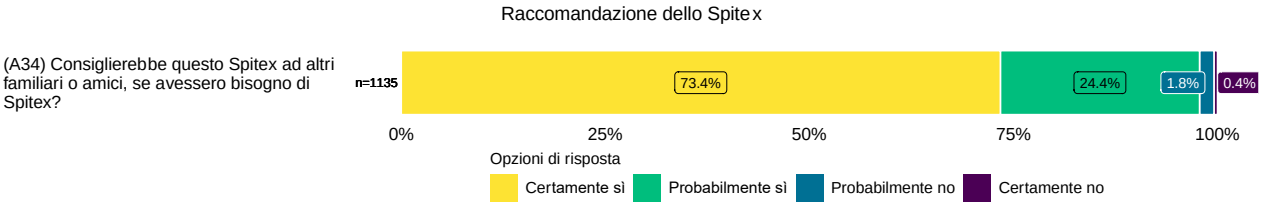


Figura 11: Raccomandazione dello Spitex (prospettiva parenti)

3.3 Misure di garanzia della qualità (prospettiva direzione)

La maggior parte delle direzioni aziendali (80,7%) delle organizzazioni partecipanti ha dichiarato che l'organizzazione non ha una certificazione di qualità riconosciuta.

La maggior parte delle organizzazioni ha dichiarato di essere sottoposta ad audit da parte del Cantone (65,9%) e di controllare regolarmente gli indicatori di qualità (almeno con cadenza annuale) (62,1%). La maggior parte delle organizzazioni Spitex (68,2%) non sono sottoposte ad audit da parte di un'altra organizzazione (ad es. un'azienda esterna) (cfr. Figura 12).

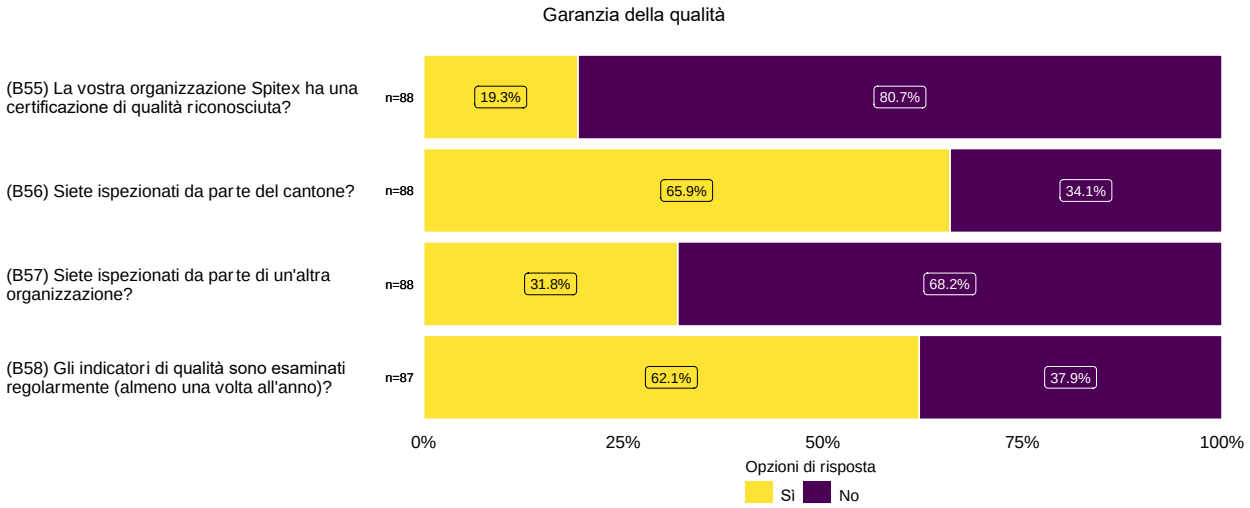


Figura 12: Garanzia della qualità (prospettiva direzione)

Tra le 17 organizzazioni che hanno menzionato una certificazione di qualità riconosciuta, la più frequente è stata la «certificazione ISO 9001 2015» (37,5 %).

La maggior parte delle organizzazioni Spitex (96,6%) ha inoltre dichiarato che esistono descrizioni chiare dei compiti/ruoli per i diversi gruppi professionali nella loro organizzazione Spitex.

Alle organizzazioni Spitex è stato chiesto per quali aree tematiche sono disponibili linee guida e/o istruzioni, e i tre temi più frequentemente indicati sono stati l'igiene (93,2%), l'integrazione di nuovi dipendenti (93,2%) e la gestione dei farmaci (88,6%). I tre argomenti indicati con meno frequenza sono stati: il delirio (11,4%), l'Advance Care Planning (13,6%) e il processo decisionale etico (15,9%). Nella categoria «altro» sono stati citati ad es. le molestie e la violenza sul posto di lavoro, la malnutrizione e il prelievo di sangue (cfr. Figura 13).

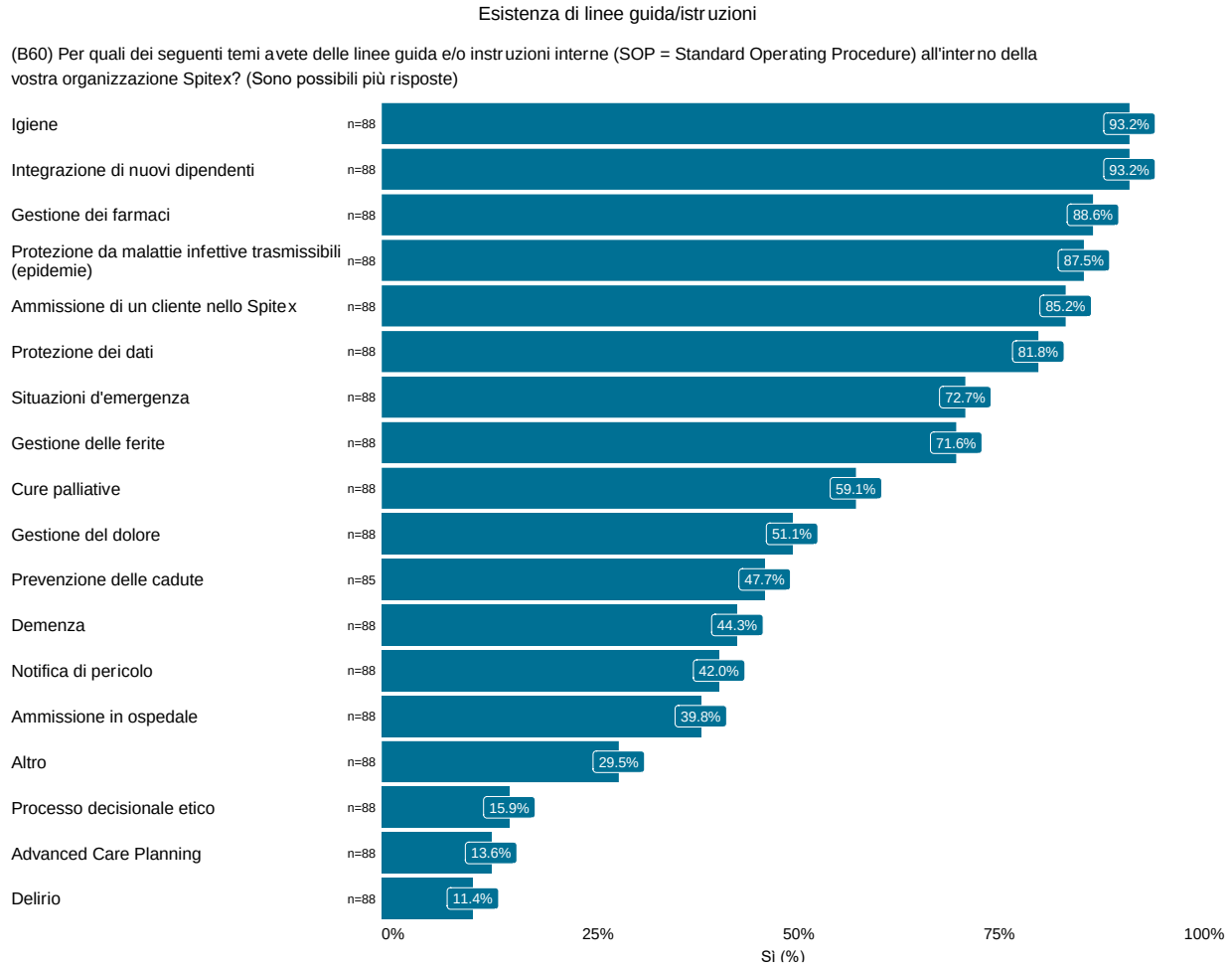


Figura 13: Esistenza di linee guida/istruzioni – Aree tematiche (prospettiva direzioni)

Il corso di formazione più frequente, offerto con cadenza annua dall'organizzazione Spitex per il personale, è la formazione interRAI (77,3%) seguito dal tema della demenza (58,0%) e delle cure palliative (55,7%). I corsi di formazione meno frequenti sono stati quelli sul tema del processo decisionale etico (13,6), seguito dal tema della interprofessionalità e/o del coordinamento (15,9%) (cfr. Figura 14). La psicoigiene, l'addestramento sulla sicurezza alla guida e la cinestetica, ad esempio, sono stati menzionati come corsi formativi annuali nella categoria «altri».

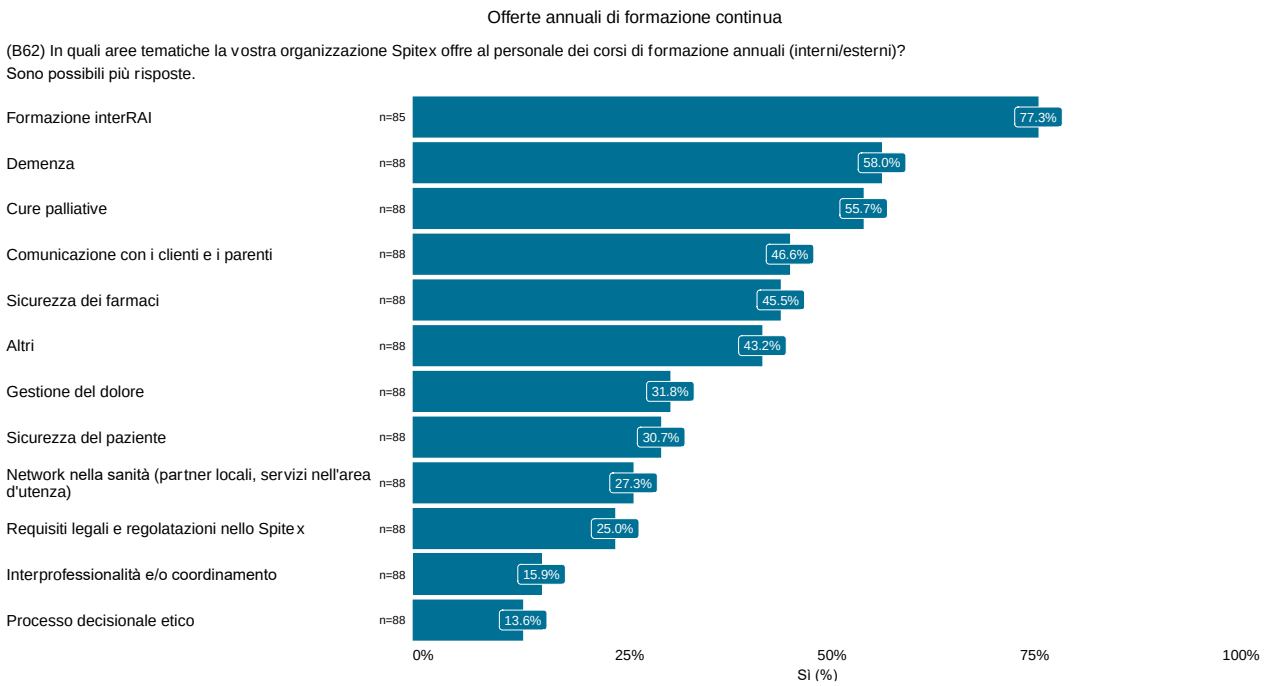


Figura 14: Aree tematiche delle offerte annuali di formazione continua (prospettiva direzione)

L'87,5% delle organizzazioni Spitex ha indicato di non avere una struttura per questioni etiche. Il 12,5% delle organizzazioni partecipanti disponeva di un dipartimento di etica con responsabilità specialistica e il 14,8% di processi decisionali strutturati ed etici per il trattamento dei singoli casi (cfr. Figura 15).

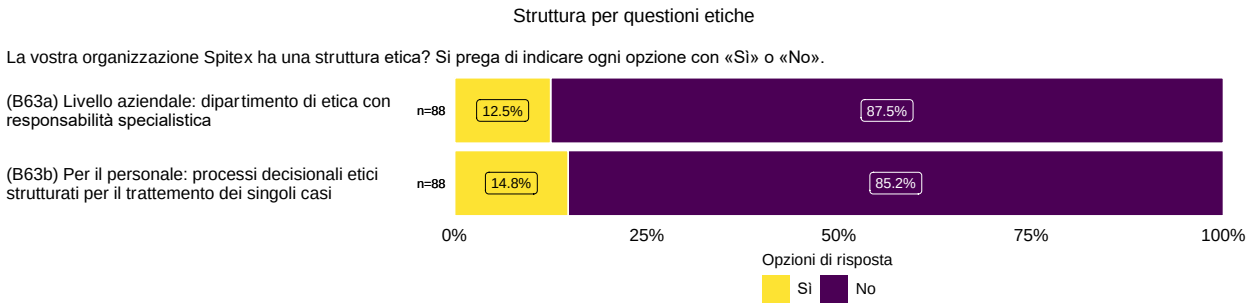


Figura 15: Presenza di una struttura per questioni etiche (prospettiva direzione)

«La gestione della qualità per le organizzazioni Spitex diventa un principio di funzionamento e la certificazione è un mezzo per raggiungere tale obiettivo».

Robert Bianchi

Coordinatore QSSA (qualità, salute, sicurezza, ambiente)

Centro médico-sociale (CMS) regionale Sion-Hérens-Conthey

Non mi sorprende che la maggior parte delle organizzazioni Spitex non abbia una certificazione di qualità, né per quanto riguarda le cure assistenziali né in altri settori. Allo stato attuale una simile certificazione di qualità non è richiesta. La nuova Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal, art. 58g) prescrive tuttavia che il fornitore di prestazioni debba soddisfare i seguenti requisiti di qualità:

- Disporre del necessario personale qualificato.
- Disporre di un adeguato sistema di gestione della qualità.
- Disporre di un sistema interno di rapporti e d'apprendimento appropriato e aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, qualora tale rete esista.
- Disporre delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità.

Questi requisiti sullo sviluppo della qualità devono inoltre essere oggetto delle nuove convenzioni con gli assicuratori (LAMal, art. 58a). Nel breve-medio termine, quindi, anche le organizzazioni Spitex dovranno soddisfare tali requisiti. Mi sembra pertanto necessario che queste siano certificate nel settore delle cure assistenziali. Le linee guida nonché gli standard di qualità devono essere migliorati per tutte le organizzazioni. Solo così si può garantire che i clienti e le clienti (il cui benessere deve sempre essere al centro di tutto) possano usufruire di prestazioni di alta qualità, a prescindere dal luogo di domicilio. A mio avviso, gli standard relativi al processo di cura (assistenza di base, assistenza terapeutica, igiene, medicazione, ecc.), l'interdisciplinarità, la comunicazione interna ed esterna e la formazione del personale sono fondamentali per raggiungere un livello di qualità efficiente.

La formazione del personale è, come già menzionato, un aspetto fondamentale da considerare nella qualità delle cure. La maggior parte del personale Spitex ha svolto una formazione interRAI. Questo strumento supporta l'assistenza clinica dei clienti e delle clienti e fornisce una base più scientifica al processo di cura. Al personale Spitex vengono offerti anche molti altri corsi di perfezionamento in relazione ai loro settori di attività e alle prestazioni offerte (cure palliative, demenza, sicurezza farmacologica, gestione del dolore, ecc.). Per poter migliorare ulteriormente il livello delle prestazioni assistenziali già di alta qualità, è necessario, secondo il mio punto di vista, puntare sul perfezionamento professionale del personale a tutti i livelli dell'organizzazione Spitex.

Le questioni di carattere etico acquisiscono un'importanza sempre maggiore nel settore dell'assistenza. Questi temi possono essere affrontati solo da organizzazioni dotate di una struttura etica o che abbiano introdotto processi decisionali etici strutturati caso per caso. La maggior parte delle organizzazioni Spitex non dispone di una simile struttura. Pertanto una possibilità potrebbe essere quella di unire le forze e sviluppare tali strutture per cantone/regione per tutte le organizzazioni Spitex. In questo modo si promuoverebbe una riflessione etica sull'essere umano e si sosterrebbe il rispetto dei valori nel contesto dello Spitex, ad esempio per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale o COVID-19, il suicidio assistito, gli abusi, la permanenza a casa in età avanzata o la garanzia della qualità dell'assistenza e delle cure.

Infine, vorrei dire che la qualità delle cure e dell'assistenza non può essere separata dalla gestione della qualità, detta anche miglioramento continuo. Questo approccio, che prevede una gestione completa della qualità, consente di sviluppare ulteriormente le proprie prassi per soddisfare al meglio le esigenze dei clienti e delle clienti nonché del personale. In altre parole: la gestione della qualità migliora le prestazioni delle organizzazioni Spitex mettendo al centro di tutto il benessere dei clienti e delle clienti, promuovendo

il lavoro e la collaborazione nelle reti e aumentando la soddisfazione e la motivazione di tutto il personale. Un risultato di questo approccio è che la gestione della qualità diventa un principio di funzionamento. La certificazione è un mezzo per raggiungere tale obiettivo.

3.4 Lavoro con advanced practice nurses e/o con un/una esperto/a in cure infermieristiche (prospettiva direzione)

Secondo la letteratura, l'impiego di advanced practice nurses (APN) nell'assistenza primaria ha un impatto positivo sulla qualità delle cure, come ad es. una maggiore soddisfazione dei/delle clienti o una riduzione dei ricoveri ospedalieri d'urgenza [9]. Un o un'APN è una persona esperta in cure infermieristiche che ha acquisito conoscenze specialistiche, capacità decisionali complesse e competenze cliniche per una pratica infermieristica avanzata attraverso una formazione supplementare (almeno un master) [10]. La formazione per diventare APN non si è ancora del tutto affermata in Svizzera e la necessità di competenze infermieristiche è spesso soddisfatta da infermieri con altre formazioni approfondite, come è stato dimostrato per il settore delle case di cura [11]. Abbiamo quindi chiesto alle organizzazioni Spitex se lavorano con un APN. Di conseguenza, abbiamo aperto la domanda e chiesto in generale quale fosse la più alta qualifica professionale degli/delle esperti in cure infermieristiche eventualmente disponibili.

Risultati SPOT^{nat} sul lavoro con APN o con un/una esperto/a in cure infermieristiche

Nel complesso il 35,2% delle organizzazioni partecipanti ha riferito di lavorare con un/un'APN o un/una esperto/a in cure infermieristiche (cfr. Figura 16). La qualifica professionale più alta riportata dagli/dalle APN o dagli/dalle esperti/e in cure infermieristiche è stata un Master (MSN) nel 48,0% delle organizzazioni, seguito da un Master of Advanced Studies (MAS) o da un Diploma of Advanced Studies (DAS) rispettivamente nel 6,9% e nel 13,8% delle organizzazioni. Due organizzazioni hanno riportato di avere un/una esperto/a in cure infermieristiche ancora in formazione per ottenere un Master (nessuna figura).

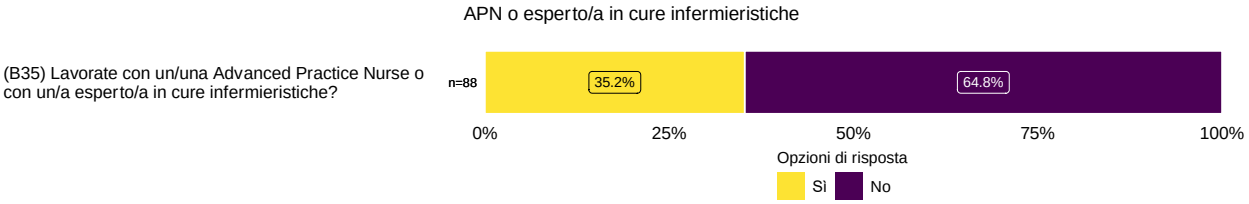


Figura 16: Lavoro con APN o esperto/a in cure infermieristiche (prospettiva direzione)

Le organizzazioni partecipanti hanno riferito che i compiti principali degli/delle APN o degli/delle esperti/e in cure infermieristiche, con l'80,6% ciascuno, riguardano principalmente l'area clinica e il controllo della qualità. Nella metà delle organizzazioni, il ruolo comprende anche mansioni nel campo della formazione (51,6%) (cfr. Figura 17). Alla voce «altri» sono stati menzionati ad es. il coaching e il mentoring di altri dipendenti.

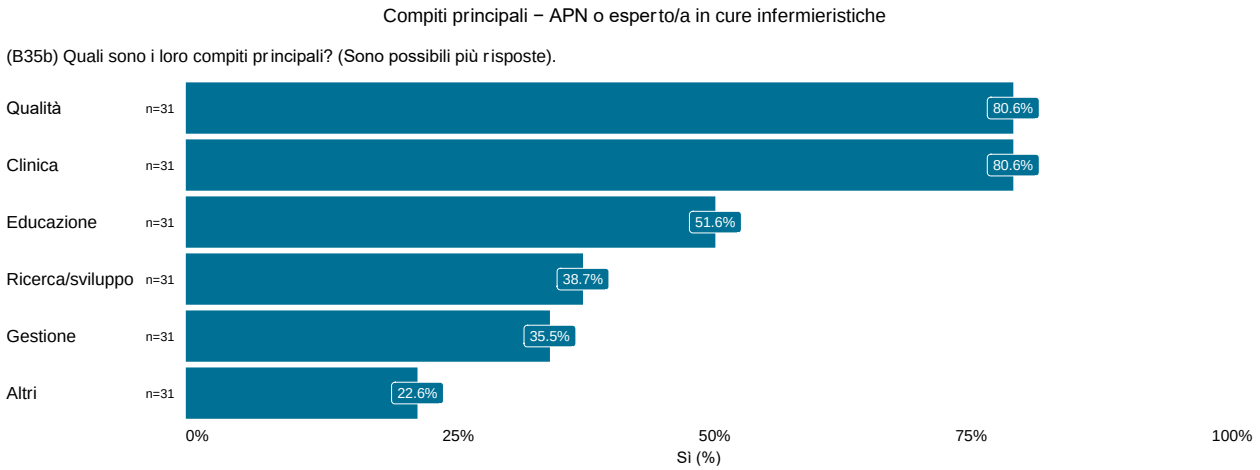


Figura 17: Compiti principali per APN o esperto/a in cure infermieristiche (prospettiva direzione)

«Un terzo delle organizzazioni Spitex collabora con advanced practice nurse (APN) o con esperti/e in cure infermieristiche – C'è ancora margine di miglioramento.»

Kirsten Saynisch

Esperta di cure infermieristiche, MSc in scienze infermieristiche

Membro della Swiss Association for Nursing Science

È positivo che un terzo delle organizzazioni Spitex collabori già con un/un'APN o un/un'esperto/a in cure infermieristiche, ma c'è ancora un chiaro potenziale di ulteriore sviluppo.

Il motivo per cui uno Spitex non assume un/un'APN/un esperto o un'esperta di cure infermieristiche potrebbe essere, da un lato, il valore aggiunto non riconosciuto per l'organizzazione e, dall'altro, l'insufficiente disponibilità sul mercato del lavoro.

Le competenze fondamentali dell'APN [12] si riflettono nei compiti principali delineati: pratica clinica diretta, coaching e leadership, consulenza e consultazione, capacità di ricerca, leadership clinica e professionale, collaborazione interdisciplinare e processo decisionale etico. Queste rappresentano la variegata gamma di compiti dell'APN/esperto o esperta di cure infermieristiche. È evidente che l'attenzione principale è rivolta alla pratica clinica, alla garanzia della qualità e alla formazione. Nello Spitex, queste tre aree sono spesso coperte da una sola persona. Da un lato, ciò offre opportunità, come la possibilità di identificare e rispondere alle difficoltà come da prassi o di approfondire le competenze del personale nel processo decisionale clinico, responsabilizzandolo, ad esempio, nella valutazione clinica. D'altra parte, si corre il rischio di sottovalutare la mole di compiti associati. Questa sfida dovrebbe essere tenuta presente dagli APN/esperti ed esperte di cure infermieristiche per poter reagire tempestivamente con misure adeguate.

Sembra promettente che già il 38,7% delle organizzazioni abbia integrato il ruolo di ricerca e innovazione nell'ambito dei compiti dell'APN/esperto o esperta in cure infermieristiche. La capacità di lavorare con metodo scientifico è essenziale per la qualità dell'assistenza, per la collaborazione interdisciplinare e, non da ultimo, per lo sviluppo della professione infermieristica. Anche in questo caso c'è ancora molto margine di miglioramento. In sintesi, si può dire che i primi passi sono stati fatti, ora però è importante non perdere di vista la strada da percorrere.

4 Processo di cura e assistenza incentrato sulla persona

L'assistenza incentrata sulla persona è descritta con termini diversi, come ad es. assistenza incentrata sul paziente (e sulla famiglia), assistenza personalizzata o assistenza incentrata sul/sulla cliente [13]. Esistono diverse definizioni del concetto, una possibile parafrasi è che l'assistenza incentrata sulla persona significa instaurare e promuovere le relazioni terapeutiche tra tutti i fornitori di prestazioni, i/le clienti e le altre persone importanti della loro vita [14]. Le relazioni incentrate sulla persona si basano sui valori del riguardo, del diritto all'autodeterminazione, dell'autonomia e del rispetto [14]. L'inclusione dei valori, delle esigenze e delle preferenze dei e delle clienti attraverso l'ascolto attivo e il porre domande, la condivisione delle informazioni e la discussione dei piani di cura/trattamento è una componente importante dell'assistenza incentrata sulla persona e consente la partecipazione attiva dei e delle clienti alla loro cura/terapia [13].

In letteratura, la cura incentrata sulla persona è associata a un maggiore benessere sociale e fisico e a una maggiore soddisfazione per la cura ricevuta [15]. Nel settore Spitex, gli studi indicano che gli APN e il personale infermieristico diplomato svolgono un ruolo fondamentale nel promuovere la centralità del/della cliente, il coordinamento e la continuità delle cure [16]. Una revisione della letteratura ha rilevato i seguenti quattro elementi di cura incentrata sul/sulla cliente nello Spitex:

1) partecipazione del/della cliente alla propria cura,
2) partecipazione dei familiari e del partner assistenziale alla cura,
3) comunicazione e collaborazione e
4) competenza dei servizi basata su evidenze [14].

In questo capitolo presentiamo i risultati relativi alla gestione dei casi (ad es. frequenza dei contatti con i/le clienti, collaborazione), al numero di dipendenti Spitex coinvolti e alle discussioni sui problemi di salute.

Risultati SPOT^{nat} sul processo di cura e assistenza incentrato sulla persona

4.1 Processo di cura e di assistenza (prospettiva dipendenti)

Gli item che seguono sono stati sottoposti soltanto ai/alle dipendenti responsabili dei casi (ovvero persone che eseguono la valutazione dei bisogni, definiscono gli obiettivi di cura e pianificano le cure).

I responsabili dei casi erano responsabili per una mediana di 15,0 clienti [IQR 8,0-20,0]. La maggior parte del personale Spitex (40,2%) visita i/le clienti di cui è responsabile in media ogni 2-3 settimane (cfr. Figura 18).

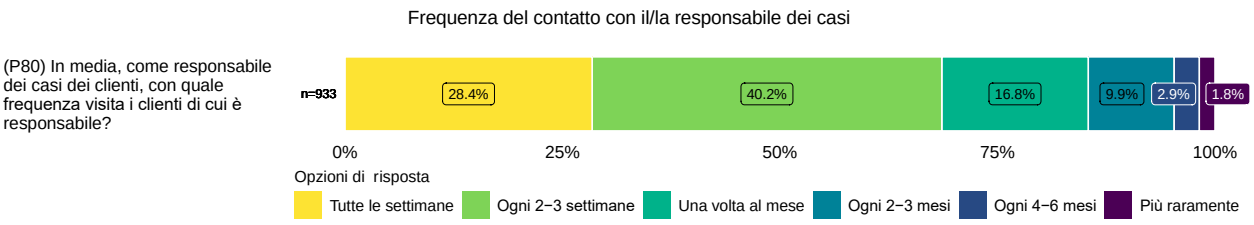


Figura 18: Frequenza del contatto con il/la responsabile dei casi (*prospettiva dipendenti)*

Nei cinque item successivi, è stato chiesto ai responsabili dei casi di valutare diversi aspetti del processo di cura e assistenza (incentrato sulla persona), come il coinvolgimento dei/delle clienti e/o dei familiari nella definizione degli obiettivi di assistenza.

Per quanto riguarda la definizione del processo di cura, il 92,1% dei responsabili dei casi intervistati ha dichiarato che nel proprio Spitex si ascoltano «sempre o «quasi sempre» i desideri dei/delle clienti. Per quanto riguarda la preparazione e l'adeguamento dei piani di cura/trattamento, il 74,9% dei responsabili dei casi ha dichiarato di collaborare «sempre» o «frequentemente» con i/le clienti e/o i familiari. Invece, oltre due terzi (70,5%) degli intervistati ha dichiarato che gli obiettivi di cura e trattamento non vengono «mai stabiliti insieme ad altri professionisti, oppure solo «raramente» o «occasionalmente» (cfr. Figura 19).

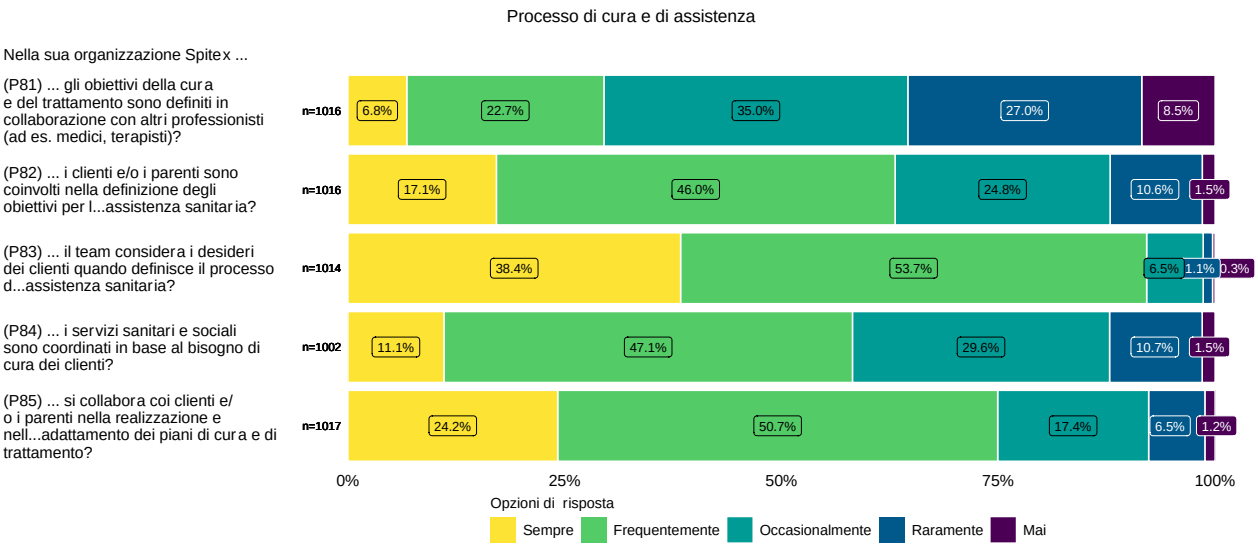


Figura 19: Processo di cura e di assistenza (prospettiva dipendenti)

4.2 Parlare con i/le clienti delle preoccupazioni di salute (prospettiva clienti)

Nell'item seguente è stata rilevata la frequenza con cui i/le dipendenti parlano con i/le clienti delle loro preoccupazioni di salute.

Circa la metà (54,6 %) dei/delle clienti intervistati ha affermato che il/la dipendente dello Spitex parla sempre, o quasi, con loro delle preoccupazioni di salute. Quasi un quinto (19,0 %) ha detto che non se ne parla «mai» o solo «raramente» (cfr. Figura 20).

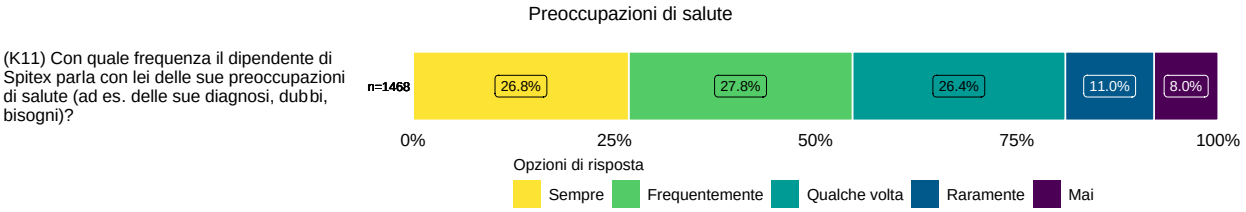


Figura 20: Parlare delle preoccupazioni di salute (prospettiva clienti)

4.3 Arrivo e numero di dipendenti dello Spitex (prospettiva clienti)

Alla domanda su quanto spesso negli ultimi 2 mesi il/la dipendente dello Spitex sia arrivato a casa del/della cliente con più di mezz'ora di anticipo o di ritardo rispetto a quanto concordato, il 38,7% dei clienti ha risposto «mai» e il 47,5% «qualche volta» (cfr. Figura 21).

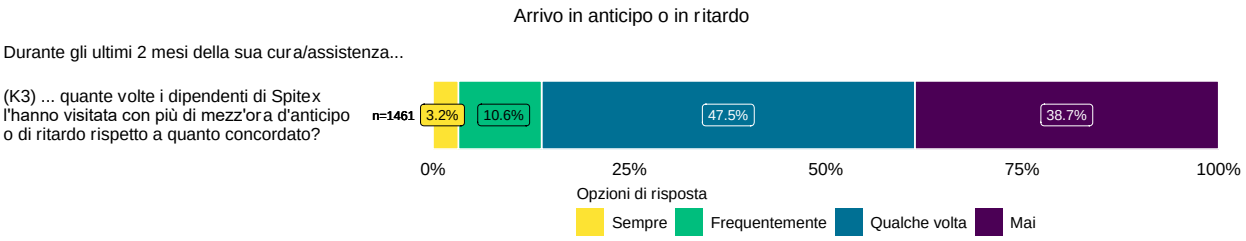


Figura 21: Arrivo in anticipo o in ritardo del personale Spitex (prospettiva clienti)

Inoltre, ai/alle clienti è stato chiesto quanti diversi membri del personale Spitex hanno fornito loro prestazioni domiciliari negli ultimi due mesi. Il numero di dipendenti Spitex diversi è stato in media pari a 5,0 [IQR 4,0-8,0] (nessuna Figura).

«Sono necessari ulteriori progressi per raggiungere gli obiettivi della cura incentrata sulla persona. I punti di partenza sono gli ambiti dell'organizzazione, del modello di pratica e del monitoraggio dei risultati.»

Claire-Lise Giannoni

Responsabile Spitex

CMS Sedunum-Hérens-Conthey

Il concetto di processo di cura e assistenza incentrato sulla persona è fondamentale per tutte le prestazioni infermieristiche e assistenziali ed è particolarmente significativo per le attività delle organizzazioni Spitex, poiché le prestazioni vengono erogate ai/alle clienti a domicilio.

In generale, è importante considerare non solo i valori mediani, ma anche le differenze di risposta significative sia dal punto di vista dei professionisti che da quello dei/delle clienti. Esse infatti evidenziano la varietà degli scenari esistenti, della tipologia di cliente e delle organizzazioni Spitex.

Dalle differenze si nota immediatamente un problema di equità a livello di accesso ai servizi incentrati sulla persona di alta qualità e dell'ambiente di lavoro dei professionisti e delle professioniste.

Un approccio assistenziale basato sulla persona significa che il numero di visite effettuate dal responsabile del caso, il numero di dipendenti Spitex che eroga le prestazioni o gli orari delle visite si basano sulle esigenze e sulle preferenze individuali del/della cliente e dei suoi familiari, anziché su un valore medio.

Il numero di dipendenti Spitex che si occupa di un/una cliente, l'essere a conoscenza delle sue esigenze sanitarie e il rispetto dei tempi concordati sono tutti criteri che concorrono alla soddisfazione dei/delle clienti. Essendo legati alla qualità, alla continuità e alla sicurezza dei servizi, mettono in discussione il numero di clienti seguiti da ogni responsabile del caso e i ruoli dei/delle diversi/e professionisti/e coinvolti/e nei team interdisciplinari nelle varie situazioni.

Nell'ambito di un processo di cura e assistenza incentrato sulla persona, è possibile che solo il 29,5% dei/delle responsabili dei casi decida sempre o nella maggior parte dei casi gli obiettivi della cura e del trattamento insieme ad altri professionisti, compresi i medici che rilasciano le prescrizioni. Secondo la letteratura, in quanto personale infermieristico diplomato, essi svolgono un ruolo fondamentale nella promozione del coordinamento e della continuità assistenziale.

Anche il fatto che solo il 54,6% dei/delle clienti abbia dichiarato di discutere con i professionisti delle proprie preoccupazioni fa riflettere sul livello di consapevolezza dei bisogni dei/delle clienti da raggiungere per consentire una partecipazione attiva alle cure e all'assistenza. Tuttavia, questo dato non consente di differenziare in base alle prestazioni erogate, al tipo di specialista e al rapporto con la frequenza delle visite da parte del/della responsabile del caso. Infine, in termini di considerazione dei desideri dei/delle clienti e di coinvolgimento dei/delle clienti e dei parenti curanti nella creazione e nell'adeguamento dei piani assistenziali, i risultati sono piuttosto positivi, ma indicano che sono necessari miglioramenti per raggiungere l'obiettivo di un approccio assistenziale incentrato sulla persona.

Nell'attuale contesto socio-demografico, caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione e dalla promozione della permanenza a domicilio, e in considerazione del numero crescente di fornitori Spitex pubblici e privati, questi risultati suggeriscono una riflessione sul modello di organizzazione curante a cui puntare per soddisfare i clienti e le clienti. Occorre prendere in considerazione l'equità di accesso ai servizi, la qualità, l'efficienza e la flessibilità dell'organizzazione, la soddisfazione dei/delle dipendenti, la cooperazione all'interno dei gruppi di assistenza interni e tra i partner della rete sociale e sanitaria, e l'ambiente di lavoro dei professionisti.

Lo sviluppo avviene a livello di clinica, organizzazione e controllo dei risultati:

- In clinica, utilizzando un modello di pratica su base scientifica e concepito per l'assistenza incentrata sulla persona.
- Nell'organizzazione, attraverso riflessioni nei team multidisciplinari che coinvolgano anche clienti e parenti: dimensione dei team multidisciplinari, ruolo dei diversi professionisti, responsabilità del/della case manager nella delega ai colleghi e nelle relazioni terapeutiche, collaborazione all'interno del gruppo assistenziale.
- Nei controlli dei risultati, tramite indicatori qualitativi e quantitativi.

I risultati dello studio SPOT^{nat} rappresentano una ricca fonte di dati che consente ai CMS di individuare le aree di miglioramento per sviluppare misure a sostegno della qualità. Sarebbe molto interessante ripetere lo studio su un campione di prova di clienti più ampio.

5 Ambiente lavorativo del personale Spitex

Per poter fornire un'assistenza sanitaria di qualità elevata, l'ambiente in cui lavora il personale Spitex deve essere sicuro, in grado di rafforzare le responsabilità e gratificante [17]. Fattori come la leadership, l'autonomia dei/delle dipendenti Spitex, la disponibilità di personale, la collaborazione interdisciplinare e interprofessionale, le opportunità di avanzamento e di sviluppo professionale, nonché l'implementazione di modelli assistenziali svolgono un ruolo importante [18]. Un buon ambiente di lavoro non solo garantisce la qualità dell'assistenza (ad esempio qualità delle cure, prevenzione dell'ospedalizzazione), ma contribuisce anche in modo significativo al miglioramento della fidelizzazione dei/delle dipendenti di Spitex e alla riduzione del tasso di fluttuazione [19]. La revisione della letteratura di Chamanga et al. [20] mostra chiaramente, che un pessimo ambiente di lavoro (ad esempio un equilibrio precario tra vita privata e lavorativa per via della mancanza di periodi di riposo) influisce negativamente sulla durata dei rapporti di lavoro. È importante ricordare che i vari aspetti di un ambiente lavorativo si influenzano vicendevolmente [21]. In questo capitolo descriviamo la leadership, la prevedibilità del lavoro, la chiarezza dei ruoli, i conflitti di ruolo e il supporto sociale percepito dalla prospettiva dei/delle dipendenti intervistati/e.

5.1 Leadership (prospettiva dipendenti)

La leadership può essere descritta come un processo complesso mirato a incoraggiare i singoli individui a raggiungere il massimo potenziale e realizzare un compito, un obiettivo o un progetto [22]. I processi e gli stili di leadership possono influenzare positivamente o negativamente, aspetti come la soddisfazione del personale, i tassi di fluttuazione, la cultura dell'organizzazione e la sicurezza del paziente [6, 23]. Westerberg & Tafvelin [24], citano ad esempio, la leadership trasformativa come possibile strategia per migliorare la soddisfazione lavorativa tra i/le dipendenti Spitex.

Risultati SPOT^{nat} sulla leadership

Un totale di cinque item del questionario SPOT^{nat} ha analizzato la percezione della leadership da parte dei/delle dipendenti. Le risposte si riferiscono al/alla superiore diretto/a. I risultati indicano che la maggior parte del personale si sente sostenuta, percepisce il/la superiore diretto/a come un capo competente e pensa che i/le superiori utilizzino gli errori al fine di imparare e non per criticare. La voce «il superiore diretto sostiene il personale» ha ottenuto la percentuale di consenso più elevata pari al 91,8%, mentre il consenso più basso è stato registrato per l'affermazione «una buona prestazione è riconosciuta ed elogiata» (81,7%) (cfr. Figura 22). Anche nello studio Swiss Nursing Homes Resources Project (SHURP) 2018 sulle case di cura [11], questi due item hanno ottenuto le percentuali di accordo più alta e più bassa, pari rispettivamente all'89,8% e al 72,5%. La situazione è simile in ambito ospedaliero (Matching Registered Nurses services with changing care demands [MatchRN][6] 2018) con circa l'84,8% e il 71,9% di accordo, mentre in confronto il sondaggio SPOT^{nat} ha registrato i valori più alti per entrambi gli item.

[6] https://matchrn.unibas.ch. Questi dati dello studio MatchRN non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.

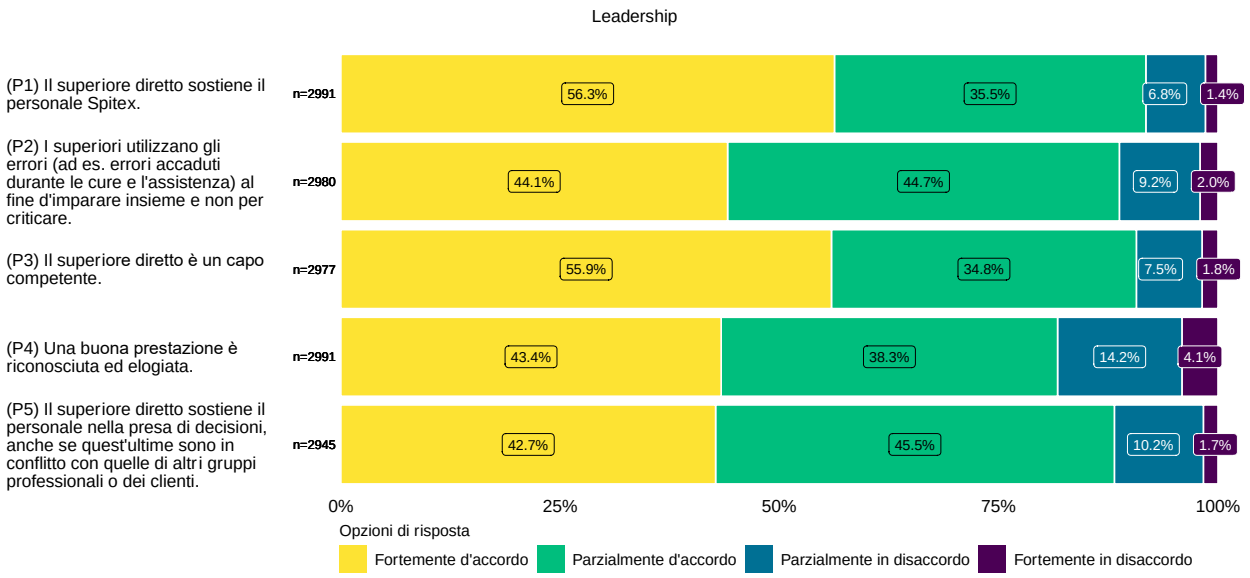
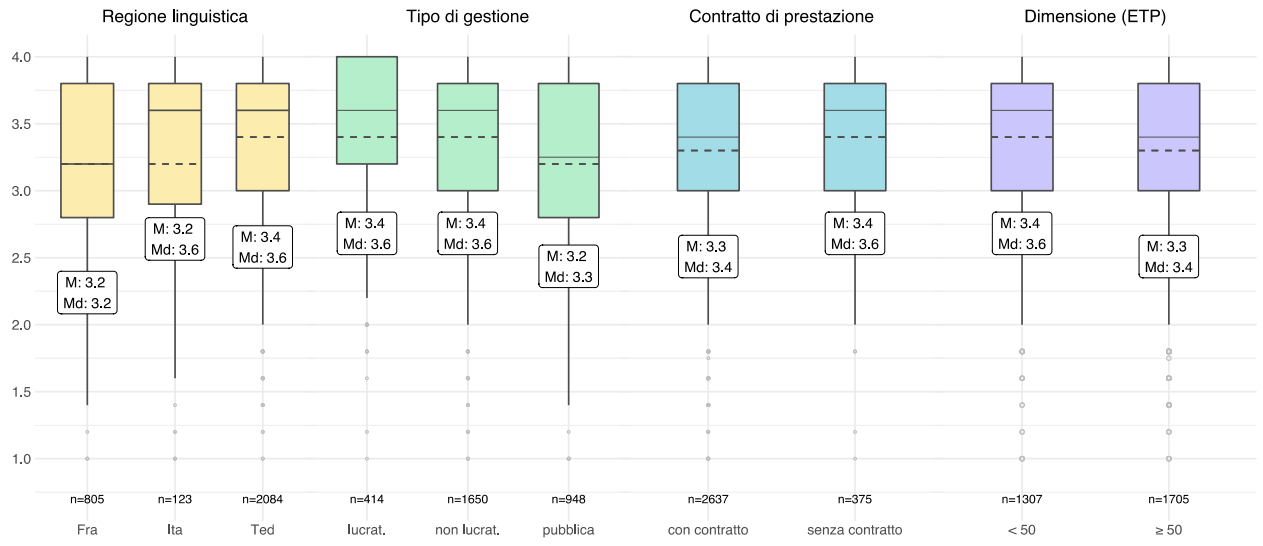


Figura 22: Leadership (prospettiva dipendenti)

Con i cinque item di cui sopra (Figura 22) è possibile comporre la scala *Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses* dello strumento *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI) [25]. Questa scala rileva se il/la superiore diretto/a è percepito come un capo competente e di supporto. Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei cinque item (delle opzioni da 1 – «fortemente in disaccordo» a 4 – «fortemente d'accordo») con un valore medio superiore o pari a 3 corrispondente a un'espressione di accordo. Più è elevato il valore relativo all'accordo, migliore è la leadership. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Leadership).

Se si analizza la valutazione dei singoli e delle singole dipendenti Spitex nei quattro gruppi (Figura 23), si notano lievi differenze nella valutazione della leadership nel gruppo «regione linguistica» (tra la Svizzera tedesca (M 3,4) e la Svizzera francese e italiana (entrambe M 3,2)) e nel gruppo «tipo di gestione», dove la leadership è stata valutata più bassa nelle organizzazioni di diritto pubblico (M 3,2) rispetto alle organizzazioni di diritto privato a scopo lucrativo (M 3,4) e di diritto privato a scopo non lucrativo (M 3,4).



Strumento: *Practice Environment Scale – Nursing Work Index, Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses* [25]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 23: Leadership (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala PES-NWI – *Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses* (Leadership) [25] ha ottenuto una mediana di 3,4 [IQR 3,0-3,8] e un valore medio di 3,3 (SD 0,6). Il valore medio SPOT^{nat} è molto simile a quello ottenuto nello studio SHURP 2018 sulle case di cura [11] in cui il valore medio era pari a 3,2 (SD 0,6).

«I leader contribuiscono in modo determinante alla soddisfazione dei/delle dipendenti e al successo dell'organizzazione. Per questo motivo è importante sostenere le loro competenze.»

Nicole Leiggener

Responsabile del team nella sede di Leuk-Steg

CMS Alto Vallese

Carmen Martig

Direzione strategica del settore Salute

CMS Alto Vallese di Briga

I risultati attuali mostrano che la maggior parte del personale è soddisfatta dei dirigenti della propria organizzazione, si sente ben supportata e descrive principalmente i superiori diretti come capi competenti. Nonostante elogi e riconoscimenti abbiamo ricevuto la percentuale di consenso più bassa, la maggior parte degli intervistati ritiene di riceverne a sufficienza.

Nella scala *Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses* [25], le differenze su base regionale sono minime. Sorprende che le organizzazioni Spitex di diritto privato a scopo lucrativo e non lucrativo abbiano registrato prestazioni leggermente migliori rispetto alle organizzazioni di diritto pubblico. Spetta a queste ultime determinare il contesto e, se necessario, le misure di intervento.

I risultati indicano essenzialmente che i dirigenti attuali sono già in possesso delle competenze necessarie. Poiché i dirigenti contribuiscono in maniera importante alla soddisfazione del personale e al successo dell'organizzazione, è importante supportare le loro competenze. Temi come il miglioramento dell'apprezzamento, la creazione di una cultura dell'errore, l'ottimizzazione della comunicazione e il rafforzamento della cultura del feedback sono di fondamentale importanza per un'organizzazione e costituiscono quindi una priorità nella formazione continua dei dirigenti.

5.2 Prevedibilità (prospettiva dipendenti)

Regole e procedimenti, così come le linee guida, non solo sono alla base dei processi, ma aiutano anche a integrare le diverse prestazioni sanitarie e a migliorare la collaborazione tra i team interprofessionali e interdisciplinari. Le linee guida rappresentano un metodo per articolare le conoscenze e le competenze necessarie e dare visibilità al lavoro svolto [26].

Risultati SPOT^{nat} sulla prevedibilità

Con i due item seguenti, è stato chiesto ai/alle dipendenti di valutare la prevedibilità del proprio lavoro. Più della metà (54,6%) ha dichiarato di essere informata con sufficiente anticipo dei cambiamenti sul posto di lavoro «in parte (molto) ampia». Un decimo dei/delle dipendenti (10,3%), invece, ha indicato di ricevere questo tipo di informazioni con sufficiente anticipo «in parte (molto) minima». Più di due terzi (68,5%) ha riportato di ricevere tutte le informazioni necessarie per svolgere bene il proprio lavoro «in parte (molto) ampia» e solo il 5,3% ha dichiarato di riceverle «in parte (molto) minima» (cfr. Figura 24).

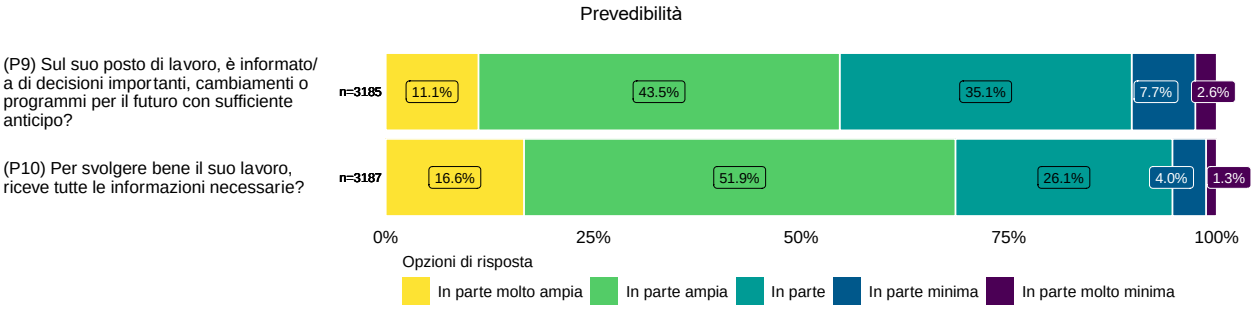
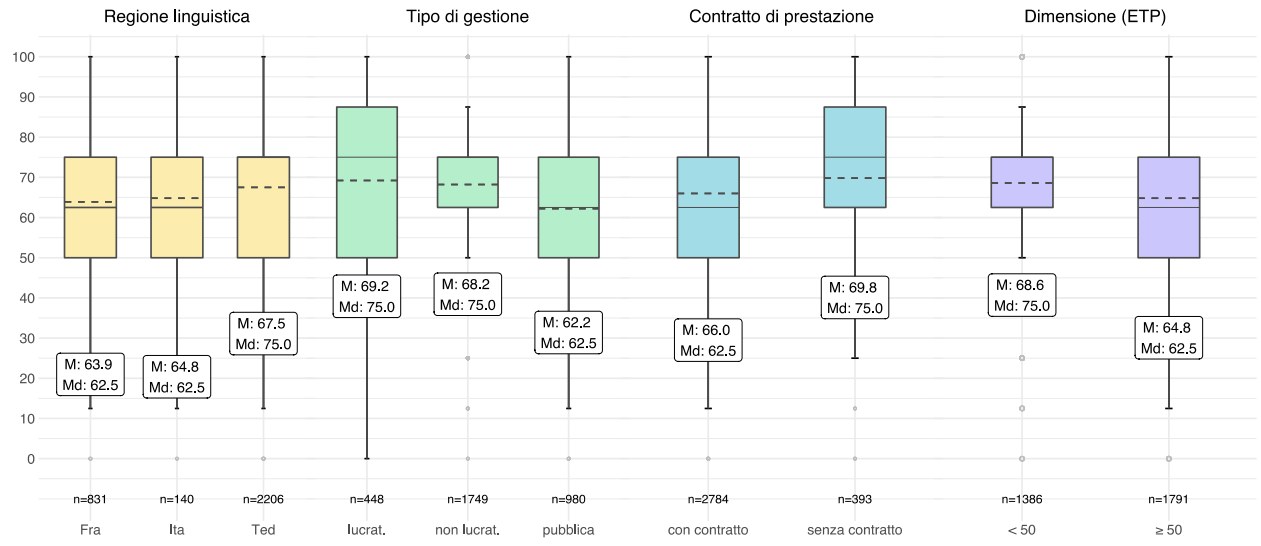


Figura 24: Prevedibilità (prospettiva dipendenti)

Con i due item di cui sopra (Figura 24) è possibile comporre la scala *Predictability* dello strumento *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) [27]. Questa scala misura la prevedibilità del lavoro. Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei due item (delle opzioni da 0 - «in parte molto minima» a 100 - «in parte molto ampia» (utilizzando i valori 0, 25, 50, 75 e 100)), con i valori più elevati corrispondenti a una percezione del lavoro come più prevedibile. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Prevedibilità).

Nel valutare la prevedibilità del lavoro, si notano differenze tra le organizzazioni Spitex di diritto privato a scopo lucrativo e quelle di diritto pubblico (M 69,2 e M 62,2), tra le organizzazioni di diritto pubblico e quelle di diritto privato a scopo non lucrativo (M 62,2 e M 68,2), nonché nelle dimensioni dell'organizzazione (cfr. Figura 25).



Strumento: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), *Predictability* [27]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 25: Scala COPSOQ-Prevedibilità (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala *Predictability* (prevedibilità) [27] ha ottenuto una mediana di 62,5 [IQR 50,0-75,0] e un valore medio di 66,5 (SD 18,9).

5.3 Chiarezza e conflitti di ruolo (prospettiva dipendenti)

L'espressione «conflitto di ruolo» fa riferimento alla difficoltà di definire le competenze e i compiti del proprio ruolo. Questo può determinare problemi di collaborazione perché le condizioni quadro per l'adempimento dei compiti non sono chiare. Una comprensione corretta del proprio ruolo è alla base di una migliore collaborazione con i/le superiori e i colleghi/le colleghe. Di conseguenza, il personale Spitex con una chiara percezione del proprio ruolo ha un atteggiamento più positivo rispetto al rapporto di lavoro, che a sua volta può determinare una migliore qualità dell'assistenza e soddisfazione del/della cliente [28].

Risultati SPOT^{nat} sulla chiarezza di ruolo

Con i seguenti due item è stata analizzata la chiarezza di ruolo dal punto di vista dei/delle dipendenti. Più di tre quarti (78,0%) dei partecipanti al sondaggio ha indicato di avere chiari obiettivi da raggiungere inerenti al proprio lavoro. L'item «è esattamente a conoscenza di ciò che rientra nella sua area di responsabilità?» ha ottenuto il punteggio più elevato, con una valutazione «in parte (molto) ampia» dall'84,5% dei/delle dipendenti (cfr. Figura 26).

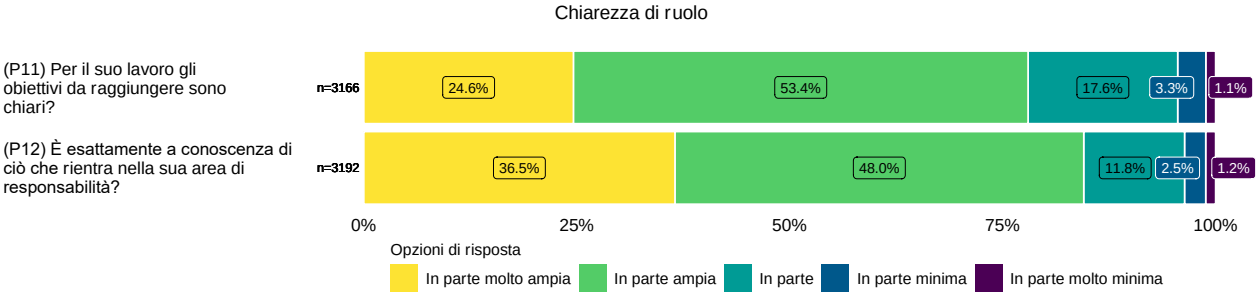
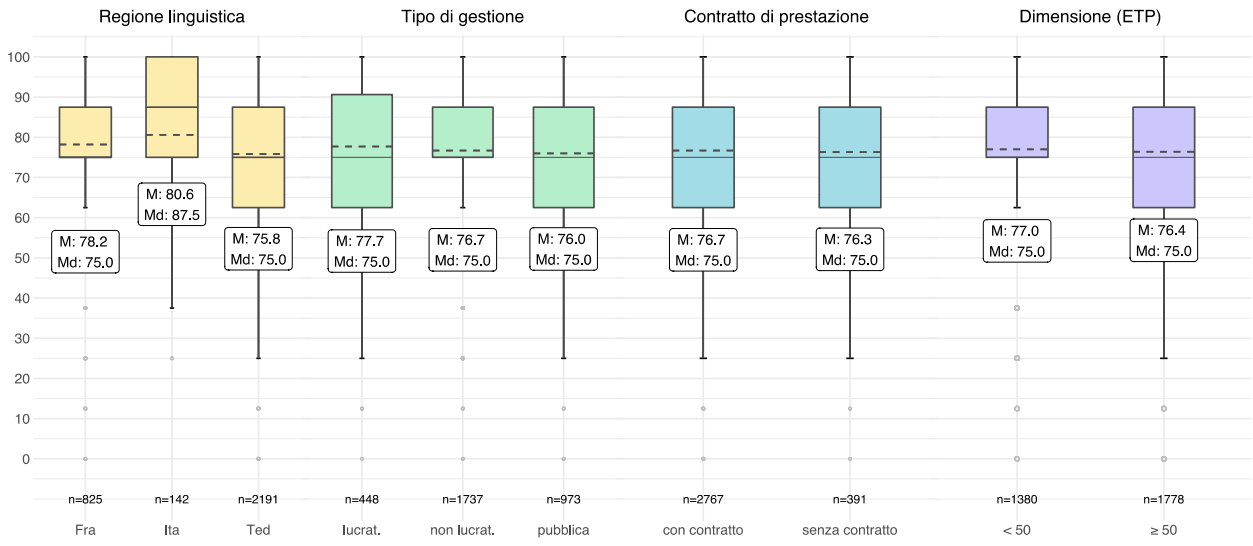


Figura 26: Chiarezza di ruolo (prospettiva dipendenti)

Con i due item di cui sopra (Figura 26) è possibile comporre la scala *Role Clarity* dello strumento COPSOQ [27]. Questa scala misura la chiarezza di ruolo. Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei due item (delle opzioni da 0 – «in parte molto minima» a 100 – «in parte molto ampia»), con i valori più alti corrispondenti a un'elevata chiarezza di ruolo. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Chiarezza di ruolo).

Dal confronto di gruppo è evidente che nella regione di lingua italiana la chiarezza dei ruoli viene valutata come nettamente superiore (M 80,6) rispetto alla regione di lingua tedesca (M 75,8). Negli altri gruppi non si osservano differenze significative (cfr. Figura 27).



Strumento: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), *Role Clarity* [27]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 27: Scala COPSOQ - Chiarezza di ruolo (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala *Role Clarity* (Chiarezza di ruolo*)* [27] ha ottenuto una mediana di 75,0 [IQR 62,5-87,5] e un valore medio di 76,7 (SD 18,0).

Risultati SPOT^{nat} sui conflitti di ruolo

L'opinione del personale sui conflitti di ruolo è stata analizzata tramite tre item. Un decimo dei partecipanti al sondaggio (10,2%) ha dichiarato di essere sottoposto nel proprio lavoro a richieste in contrasto tra loro. Più di un terzo (38,6%) svolge «in parte (molto) ampia» o in parte dei compiti che «dovrebbero essere svolti in un altro modo». I/Le dipendenti hanno indicato con minor frequenza di svolgere «in alcuni casi compiti che non rientrano nelle loro competenze» (cfr. Figura 28).

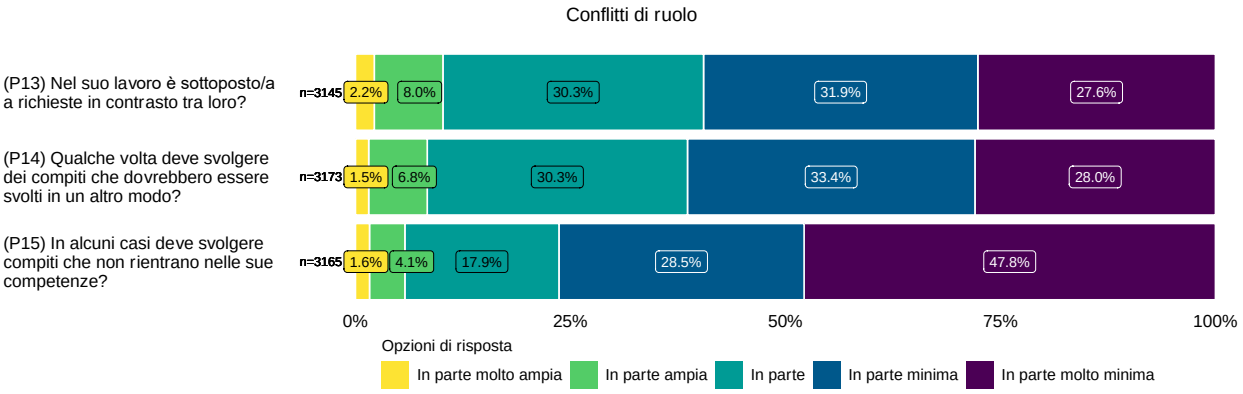
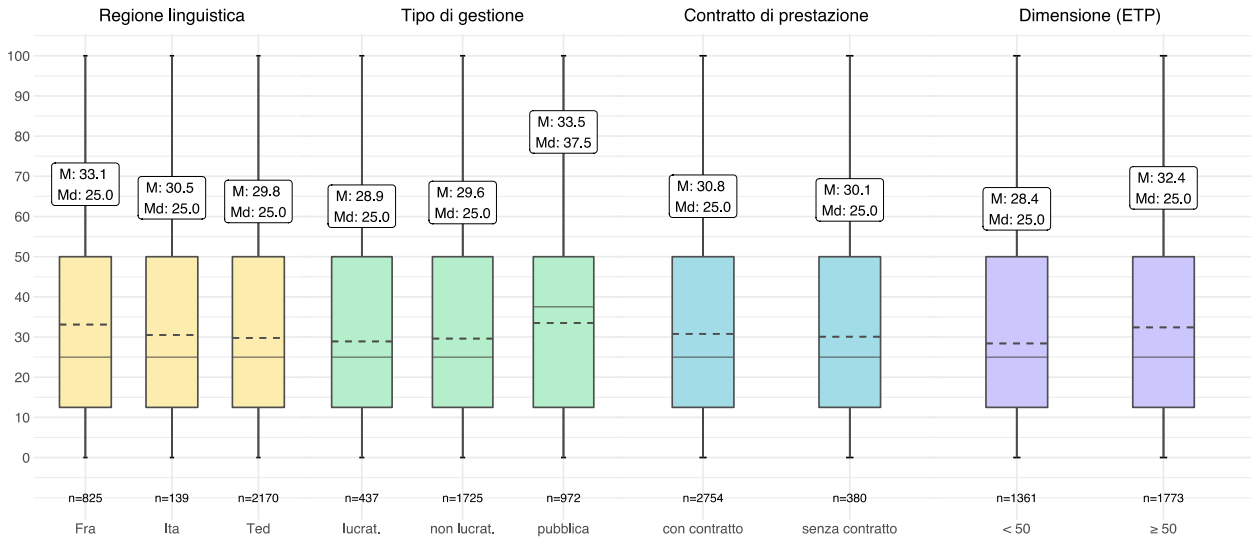


Figura 28: Conflitti di ruolo (prospettiva dipendenti)

Con i due item di cui sopra (Figura 28 – P13-P14) è possibile comporre la scala *Role Conflicts* dello strumento COPSOQ [27]. Questa scala misura i conflitti di ruolo. Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei due item (delle opzioni da 0 – «in parte molto minima» a 100 – «in parte molto ampia»), con i valori più alti corrispondenti a conflitti di ruolo più marcati. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Conflitti di ruolo).

Non si osservano differenze significative tra i quattro gruppi sui conflitti di ruolo (cfr. Figura 29).



Strumento: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), *Role Conflicts* [27]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 29: Scala COPSOQ – Conflitti di ruolo (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala *Role Conflicts* (conflitti di ruolo) [27] ha ottenuto una mediana di 25,0 [IQR 12,5-50,0] e un valore medio di 30,7 (SD 21,9).

5.4 Supporto sociale e feedback (prospettiva dipendenti)

Il lavoro in team e un'adeguata cultura del feedback sono fondamentali per creare un buon ambiente lavorativo. Curare questi aspetti garantisce non solo un'assistenza di qualità per i/le clienti, ma anche risultati positivi in termini di soddisfazione sul posto di lavoro, coordinamento e collaborazione interdisciplinare e interprofessionale così come di durata del rapporto di lavoro del personale Spitex [29].

Risultati SPOT^{nat} sul supporto sociale e il feedback

L'aspetto del supporto sociale sul posto di lavoro è stato analizzato tramite cinque item e tre sottotemi: i primi due item riguardavano il supporto e il feedback ricevuto dai colleghi/dalle colleghe, i due successivi il supporto e il feedback ricevuto dai superiori, mentre l'ultimo item si riferiva al senso di comunità.

La maggioranza dei partecipanti al sondaggio (77,4%) ha dichiarato di ricevere sempre o spesso un supporto dai colleghi/dalle colleghe. Accade meno spesso di discutere con i colleghi/le colleghe della qualità del proprio lavoro: ciò accade «sempre» o «spesso» solo in un terzo (34,9%) dei casi. Più della metà del personale (62,1%) ha indicato di ricevere «sempre» o «spesso» supporto dal proprio superiore. Tuttavia, meno di un terzo (30,9%) parla «sempre» o «spesso» della qualità del proprio lavoro con il superiore diretto. L'atmosfera tra colleghi e colleghe è stata valutata positivamente dalla maggior parte (93,9%) dei partecipanti (cfr. Figura 30).

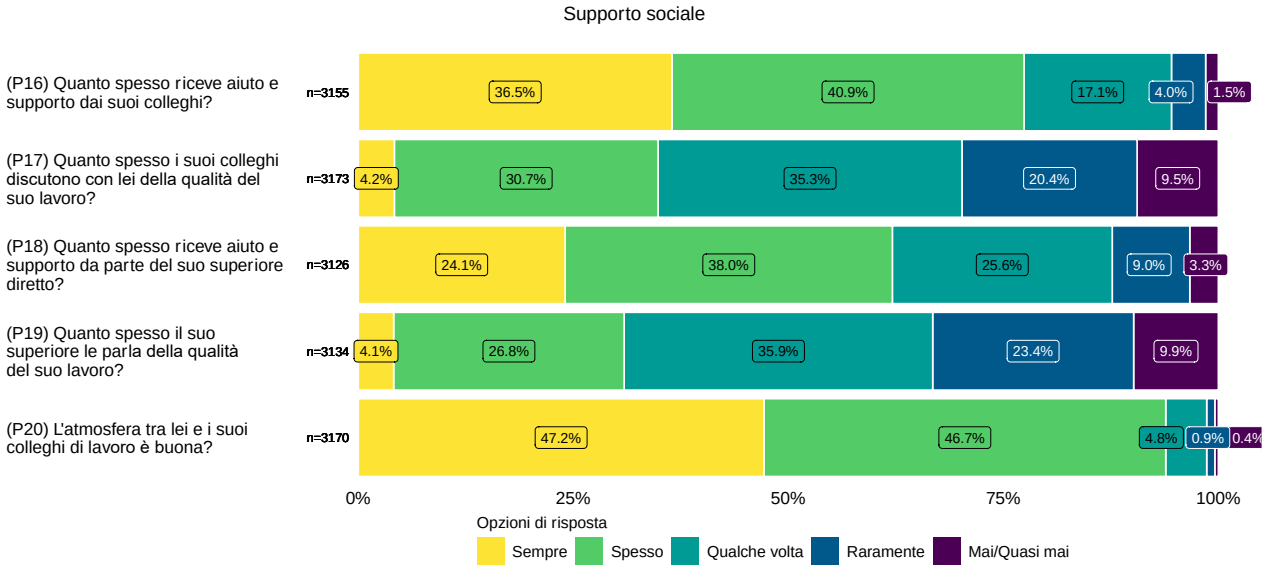
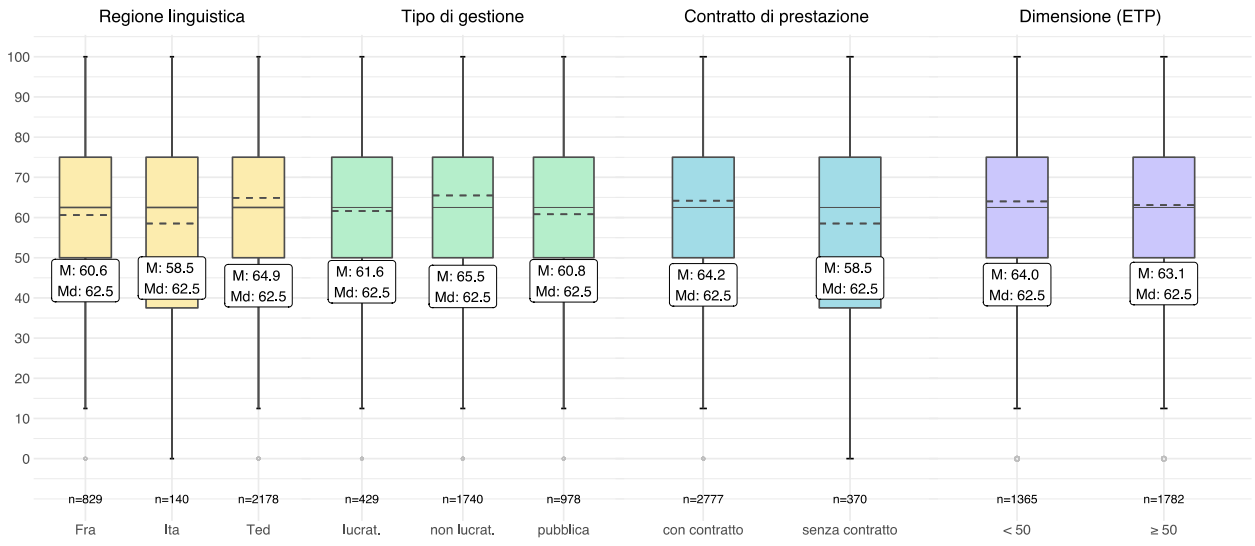


Figura 30: Supporto sociale (prospettiva dipendenti)

Con i due item di cui sopra (Figura 30 – P16-P17) è possibile comporre la scala *Social support from colleagues* dello strumento COPSOQ [27]. Questa scala misura il supporto sociale tra colleghi/e. Come valore della scala viene calcolato il valore medio dei due item (delle opzioni da 0 – «mai/quasi mai» a 100 – «sempre»), con i valori più alti corrispondenti a una percezione elevata di supporto sociale tra colleghi/e. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Supporto sociale).

In generale, si osservano differenze tra le regioni linguistiche (i/le dipendenti della regione di lingua tedesca valutano in modo più importante il sostegno sociale), tra organizzazioni di diritto pubblico e di diritto privato a scopo non lucrativo e tra quelle con e senza contratto di prestazione (cfr. Figura 31).



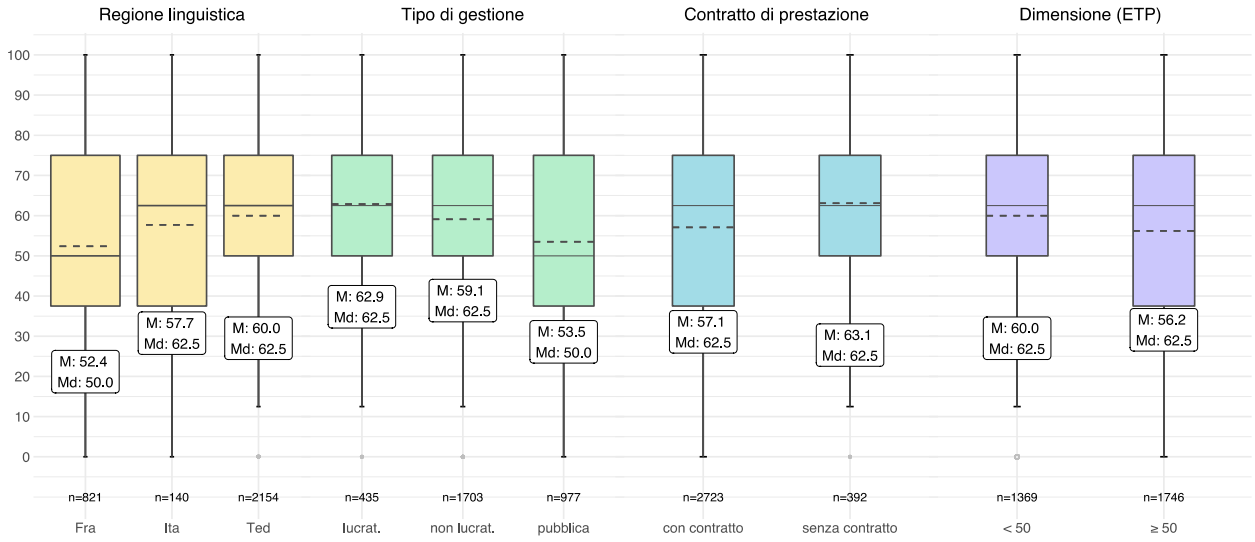
Strumento: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), *Social support from colleagues* [27]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 31: Scala COPSOQ – Supporto sociale (colleghi/e) (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala *Social support from colleagues* (supporto sociale da parte dei colleghi/delle colleghe) [27] ha ottenuto una mediana di 62,5 [IQR 50,0-75,0] e un valore medio di 63,5 (SD 20,6).

Con gli item «Quanto spesso riceve aiuto e supporto da parte del suo superiore diretto?» e «Quanto spesso il suo superiore le parla della qualità del suo lavoro?» (Figura 30 – P18-P19) è possibile comporre la scala *Social support from supervisors* dello strumento COPSOQ [27]. Valori più alti corrispondono a una maggiore percezione di supporto sociale da parte del proprio superiore. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Supporto sociale).

Si osservano differenze tra le regioni linguistiche, i tipi di gestione delle organizzazioni e la presenza o meno di un contratto di prestazione. Il personale delle organizzazioni nelle regioni di lingua tedesca e italiana riceve un supporto sociale più elevato dal/dalla proprio/a superiore rispetto a quelle nella regione di lingua francese (M 60,0 e M 57,7 vs. M 52,4). Al contrario, i/le dipendenti delle organizzazioni di diritto pubblico hanno dichiarato di ricevere meno supporto sociale dal/dalla proprio/a supervisore/a rispetto ai/alle dipendenti delle organizzazioni di diritto privato a scopo lucrativo e non lucrativo, così come i/le dipendenti delle organizzazioni con contratto di prestazione rispetto a quelli delle organizzazioni senza tale contratto (cfr. Figura 32).



Strumento: *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), *Social support from supervisors* [27]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 32: Scala COPSOQ – Supporto sociale (superiore diretto) (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala *Social support from supervisors* (Supporto sociale da parte dei superiori) [27] ha ottenuto una mediana di 62,5 [IQR 37,5-75,0] e un valore medio di 57,9 (SD 23,0).

6 Cultura della sicurezza

Per cultura della sicurezza si intende l'insieme dei valori, degli atteggiamenti, delle competenze e delle modalità di comportamento individuali e di gruppo, che determinano l'impegno, lo stile e l'appropriatezza dei programmi dell'organizzazione in materia di salute e sicurezza [30]. Il rapporto *To Err Is Human* dell'Institute of Medicine sottolinea l'importanza di una cultura della sicurezza come prerequisito per il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria [31]. Comprendere la cultura della sicurezza è fondamentale per migliorare processi o atteggiamenti problematici, come la comunicazione inefficace, le reazioni agli errori e gli eventi indesiderati [32]. Ad esempio, nelle organizzazioni con una forte cultura della sicurezza gli errori di somministrazione dei farmaci si verificano con minor frequenza [33]. Secondo la letteratura specialistica, la direzione, il personale, la comunicazione aperta e il lavoro in team sono fattori determinanti che influenzano la cultura della sicurezza [34]. Il seguente capitolo tratta la gestione degli errori, il clima di sicurezza e il lavoro di team.

6.1 Gestione degli errori (prospettiva direzione aziendale)

La letteratura specialistica suggerisce che, se vengono segnalati, è possibile ridurre la frequenza degli errori e degli eventi indesiderati**.** La segnalazione consente di analizzare le cause e apportare miglioramenti, ad esempio modificando i sistemi e processi al fine di ridurre il numero e gli effetti di tali eventi indesiderati [35]. Il prerequisito fondamentale è, soprattutto, una cultura che permetta a tutti i soggetti coinvolti di parlare degli errori. Alcune delle strategie più citate per migliorare il tasso di segnalazione sono una procedura di segnalazione chiara, una gestione trasparente delle comunicazioni e l'invio di feedback sugli eventi segnalati (ad esempio quali misure sono state adottate per analizzare e risolvere l'evento) [36].

Risultati SPOT^{nat} sulla gestione degli errori

Un quinto (20,5%) delle direzioni delle organizzazioni Spitex partecipanti al sondaggio ha riferito di utilizzare un sistema di segnalazione, come il *Critical Incident Reporting System* (CIRS). In più di due terzi dei casi (72,7%) le organizzazioni definiscono e regolamentano la procedura per la segnalazione e la gestione di eventi indesiderati, errori e «quasi-errori» e nell'87,5% delle organizzazioni essi vengono comunicati alle persone coinvolte (gestione del feedback) (cfr. Figura 33).

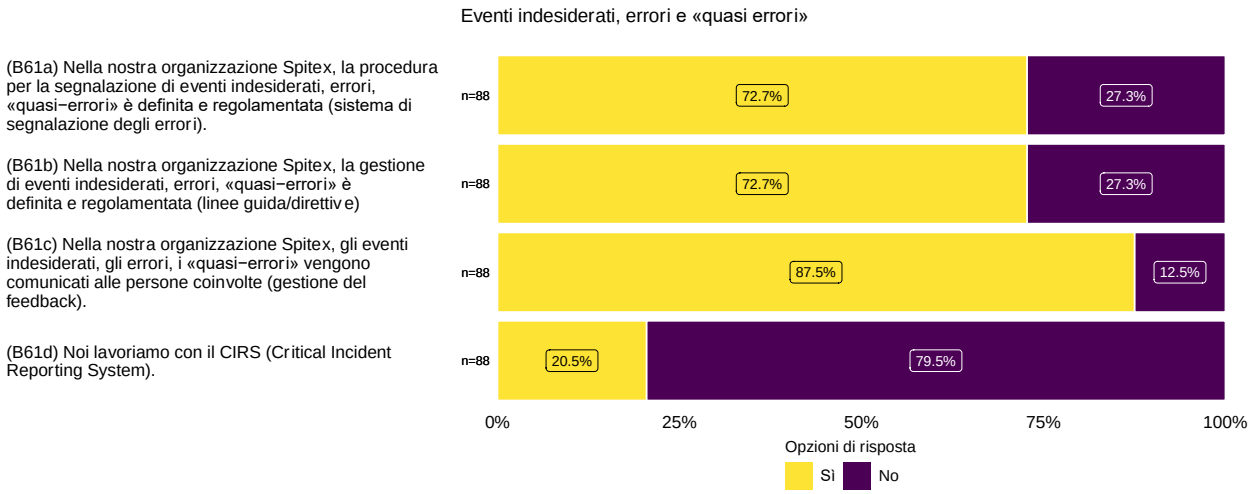


Figura 33: Eventi indesiderati, errori e «quasi-errori» (prospettiva direzione)

6.2 Clima di sicurezza (prospettiva dipendenti)

Il clima di sicurezza può essere definito come un sistema di prospettive, condivise dai membri di un team o un'organizzazione, circa la gestione della sicurezza nella propria organizzazione [37]. Il *Safety Attitude Questionnaire* (SAQ) [38] è spesso utilizzato come strumento di misurazione del clima di sicurezza e può aiutare le organizzazioni a identificare le necessità di intervento in materia di sicurezza. In genere, una valutazione positiva da parte dell'80% o più degli intervistati viene considerata indice di un clima di sicurezza decisamente positivo, mentre al di sotto del 60% sussiste una necessità di intervento (cfr. anche il commento dell'esperto alla fine del Capitolo 6).

Nello Spitex si sono osservate correlazioni tra un clima di sicurezza positivo e procedure periodicamente adattate a esigenze, risorse umane e competenze [39], un'elevata capacità di apprendimento dell'organizzazione, una comunicazione aperta [40] e una leadership funzionale [41].

Risultati SPOT^{na} sul clima di sicurezza

SPOT^{nat} ha affrontato l'argomento del clima di sicurezza con il personale Spitex tramite sette item, ad esempio come gestire gli errori, il feedback e l'apprendimento dagli errori. L'opzione «so come devo procedere per esprimere domande sulla sicurezza dei clienti» ha ottenuto la percentuale di accordo maggiore (90,6%), mentre «ricevo un feedback adeguato sul mio lavoro» ha raccolto il minore accordo (63,6%) seguita da «in questo team è facile discutere degli errori» (73,4%) (cfr. Figura 34).

Se si osservano i risultati suddivisi per organizzazione in base alla percentuale di accordo (composto da «sono fortemente d'accordo» e «sono d'accordo»), a seconda dell'item, il numero di organizzazioni che ha raggiunto una percentuale di accordo superiore o pari all'80% (indicatore di un «clima di sicurezza molto positivo» è compreso tra 18 e 83, mentre varia tra 0 e 26 per le organizzazioni con una percentuale di accordo inferiore al 60% (un'indicazione della necessità di intervento). L'item «so come devo procedere per esprimere domande sulla sicurezza dei clienti (ad. es. protezione dei/delle clienti da errori nella terapia farmacologica, cadute, infezioni)» raccoglie il maggior numero di organizzazioni (n=83) con un accordo dell'80% o più, mentre la maggior parte delle organizzazioni (n=26) ha registrato un accordo inferiore al 60% per l'item «ricevo un feedback adeguato sul mio lavoro» (nessuna figura).

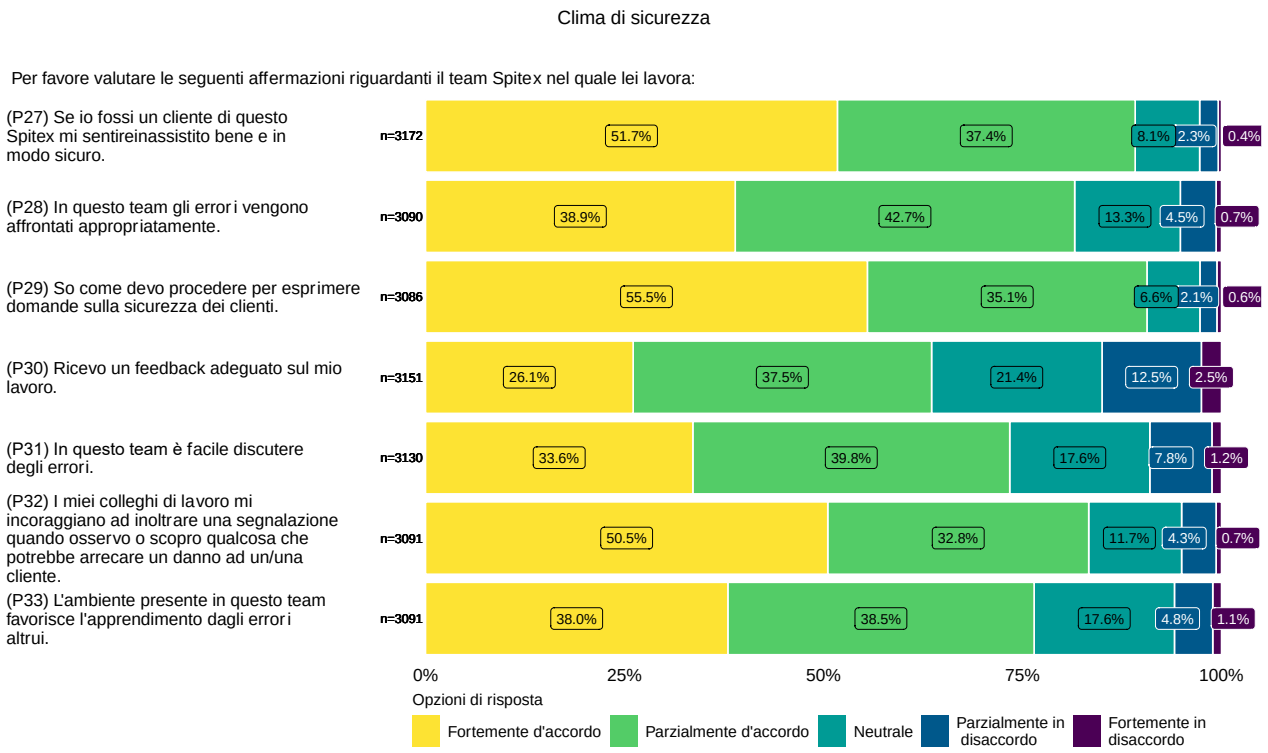
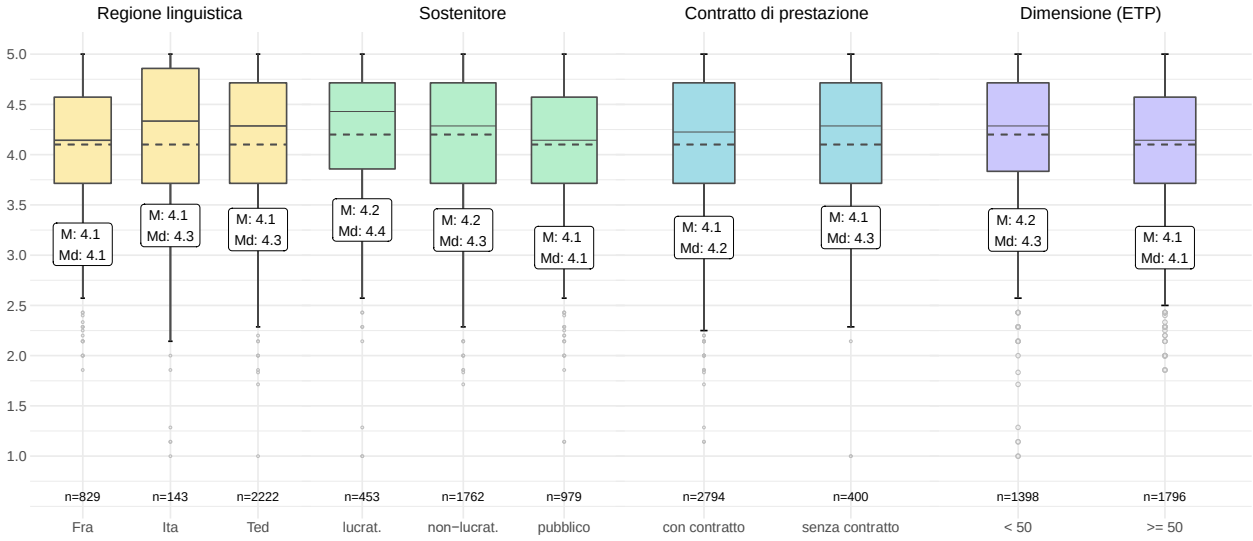


Figura 34: Clima di sicurezza (prospettiva dipendenti)

I sette item sopra citati (Figura 34) possono essere utilizzati per comporre la scala *Safety climate* dello strumento *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) [38]. Questa scala misura la percezione di un impegno forte e proattivo dell'organizzazione in materia di sicurezza. Come valore della scala viene calcolato il valore medio dei sette item (delle opzioni di risposta da 1 – «fortemente in disaccordo» a 5 – «fortemente d'accordo»), con un valore medio ≥ 4 corrispondente a un'espressione di accordo, ovvero alla percezione di un clima di sicurezza positivo. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale - Clima di sicurezza).

Se si considera l'opinione dei singoli e delle singole dipendenti Spitex nei quattro gruppi, il valore mediano e il valore medio della scala sono superiori a 4 in tutti i gruppi, indice di percezioni positive in materia di clima di sicurezza. Il confronto dei risultati dei gruppi rivela solo differenze minime tra le organizzazioni di diritto privato a scopo lucrativo e quelle di diritto pubblico (rispettivamente M 4,2 e M 4,1) (cfr. Figura 35).



Strumento: *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) , Scala *Safety climate* [38]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 35: Scala clima di sicurezza (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Calcolato su tutte le risposte di tutto il personale Spitex la scala *Safety climate* (clima di sicurezza) [38] ha ottenuto una mediana di 4,3 [IQR 3,7-4,7] e un valore medio di 4,1 (SD 0,7). Il valore medio di SPOT^{nat} sul tema del clima di sicurezza raggiunge quindi valori più elevati rispetto ai risultati comparabili dello studio SHURP 2018 sulle case di cura [11] con un valore medio di 3,9 (SD 0,8), del MatchRN Psychiatry[7] con un valore medio di 3,8 (SD 0,7) e dello studio MatchRN[8] 2018 sugli istituti ospedalieri con un valore medio di 3,6 (SD 0,5).

Se si confrontano i valori medi delle singole organizzazioni Spitex, tutti i valori sono compresi tra 3,6 e 4,6. Complessivamente, il 20% (n=18) delle organizzazioni ha ottenuto un valore medio inferiore a 4 nella scala.

[7] https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch. Questi dati dello studio MatchRN Psychiatry non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.
[8] https://matchrn.unibas.ch/. Questi dati dello studio MatchRN non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.

6.3 Lavoro di team

Sono stati utilizzati sei item per analizzare il modo in cui i/le dipendenti giudicano la collaborazione all'interno del proprio team di lavoro in Spitex. L'89,6% del personale ha dichiarato di ricevere il supporto desiderato dai compagni di team per la cura/l'assistenza dei/delle clienti, la stessa percentuale secondo la quale è semplice porre domande all'interno del team quando servono chiarimenti (89,5%). L'opzione sulla risoluzione delle controversie all'interno del team ha ottenuto la percentuale di accordo più bassa (79,9%) (cfr. Figura 36).

Se si osservano i risultati suddivisi per organizzazione in base alla percentuale di accordo («fortemente d'accordo» e «parzialmente d'accordo»), a seconda dell'item, il numero di organizzazioni che ha raggiunto una percentuale di accordo superiore o pari all'80% è compreso tra 50 e 75, mentre varia tra 0 e 7 per le organizzazioni con una percentuale di accordo inferiore al 60%. Nella maggior parte delle organizzazioni, le opzioni «ricevo dai miei colleghi il supporto necessario per fornire la cura/l'assistenza ai clienti» e «in questo team, il personale può facilmente chiedere dei chiarimenti in caso di incomprensioni» hanno ottenuto una percentuale di accordo superiore o pari all'80% (n=75), mentre l'opzione «in questo team lavoriamo con diversi professionisti come un team ben coordinato» (n=7) ha registrato una percentuale di accordo inferiore al 60% (nessuna figura).

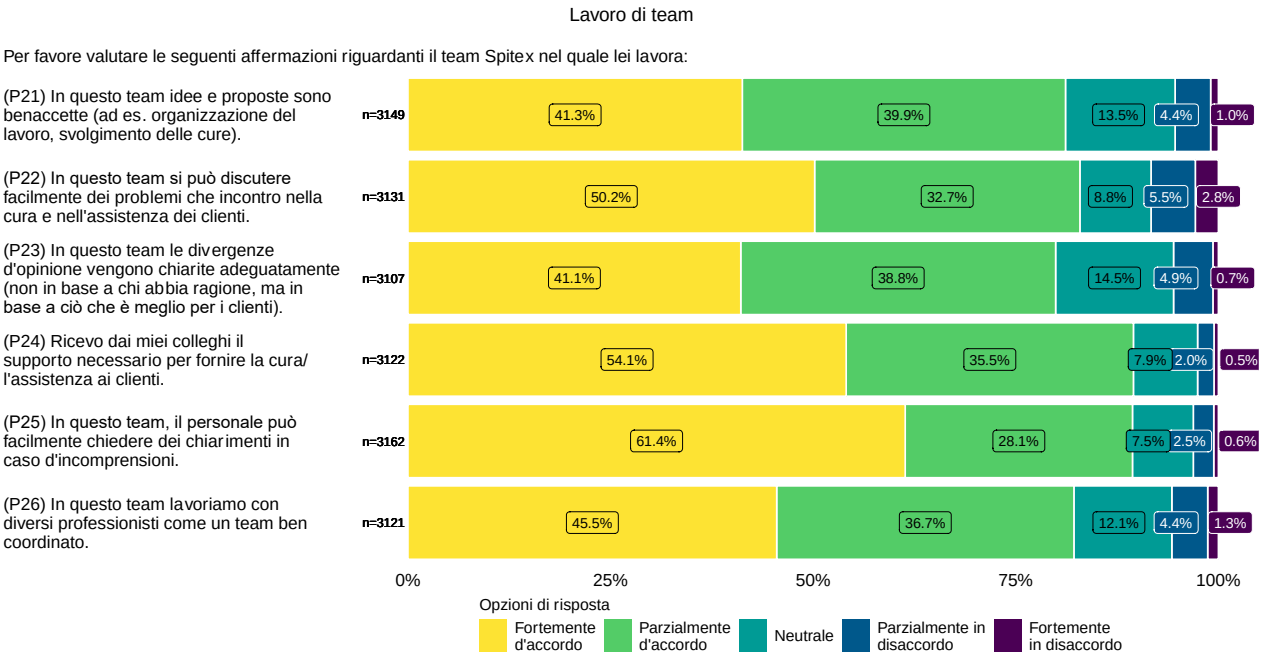
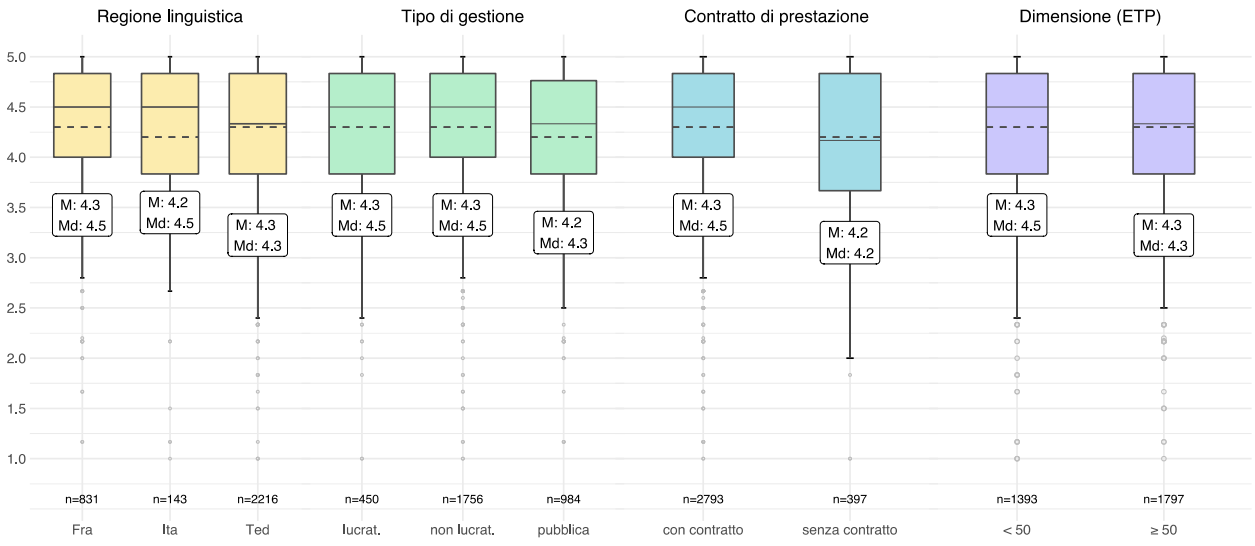


Figura 36: Lavoro di team (prospettiva dipendenti)

I sei item sopra citati (Figura 36) corrispondono alla scala *Teamwork climate* del SAQ [38]. Questa scala misura la qualità della collaborazione percepita dai/dalle dipendenti (lavoro di team). Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei sei item (delle opzioni da 1 – «fortemente in disaccordo» a 5 – «fortemente d'accordo») con un valore medio ≥ 4 corrispondente a un'espressione di accordo, ovvero alla percezione di un clima di collaborazione positivo. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Lavoro di team).

Se si considera l'opinione dei singoli e delle singole dipendenti Spitex di tutti e quattro i gruppi della Figura 37 il valore mediano e il valore medio della scala sono superiori a 4 in tutti i gruppi, indice di percezioni positive in materia di lavoro in team. Non si osservano differenze significative tra i gruppi.



Strumento: *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ), Scala *Teamwork climate* [38].
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 37: Scala Teamwork climate (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala *Teamwork climate* (lavoro ti team) ha ottenuto una mediana di 4,3 [IQR 3,8-4,8] e un valore medio di 4,3 (SD 0,7).

Ciò significa che la valutazione del personale Spitex per l'area «lavoro di team» è ancora una volta la più alta rispetto ad altri gruppi di dipendenti: SHURP 2018 sulle case di cura [11] con un valore medio di 4,0 (SD 0,8), nel MatchRN Psychiatry[9] con un valore medio di 3,7 (SD 0,5) e nello studio MatchRN[10] 2018 sugli istituti ospedalieri con un valore medio di 3,8 (SD 0,6).

I valori medi delle singole organizzazioni di Spitex sono compresi tra 3,6 e 4,7. Complessivamente, il 12,5% (n=11) delle organizzazioni ha registrato un valore medio inferiore a 4.

[9] https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch. Questi dati dello studio MatchRN Psychiatry non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.
[10] https://matchrn.nursing.unibas.ch. Questi dati dello studio MatchRN non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.

«Essere aperti e disponibili al cambiamento ci aiuterà tutti a garantire elevati standard di sicurezza per i e le pazienti.»

Prof. Dr. René Schwendimann

Direttore dipartimento sicurezza dei pazienti

Ospedale universitario di Basilea

I risultati di SPOT^{nat} sugli aspetti importanti della cultura della sicurezza nelle organizzazioni Spitex partecipanti si distinguono complessivamente in modo positivo, grazie a un'elevata percentuale di risposte che esprimono accordo. Tali risultati, riferiti alla gestione degli errori, al clima di sicurezza e al lavoro di team, contribuiscono a fornire ottime credenziali in materia di sicurezza dei e delle clienti alle organizzazioni Spitex partecipanti.

È sorprendente che solo un'organizzazione Spitex su cinque possa contare su un CIRS prestabilito. Quasi tre quarti delle organizzazioni dispongono di procedure e regolamenti interni per la segnalazione e la gestione di eventi indesiderati, errori e «quasi-errori», elementi importanti per una cultura della sicurezza.

Per cultura della sicurezza si intendono atteggiamenti, presupposti e modalità di comportamento personali, nonché valori di gruppo, condivisi dal personale di un'azienda con riferimento alla sicurezza dei/delle pazienti. In altre parole, nel lavoro di tutti i giorni la cultura della sicurezza indica «il modo in cui affrontiamo le cose, in cui pensiamo, ci parliamo, che cosa proviamo al riguardo».

In questo senso, la sicurezza e il clima nel team riflettono l'ambiente di lavoro di un'organizzazione e dei suoi dipartimenti/sue unità. A differenza degli ospedali e delle case di cura, le organizzazioni Spitex, in qualità di strutture non ospedaliere, svolgono un ruolo particolare a seconda del proprio profilo e dell'ubicazione, poiché solitamente il personale dello Spitex visita, cura e assiste i/le clienti nell'ambiente domiciliare e pertanto riesce con più frequenza a costruire relazioni durevoli che permettono di parlare di errori o di eventi indesiderati. Con il loro alto consenso sul clima di sicurezza, i/le dipendenti Spitex dichiarano il loro forte impegno per la sicurezza dei/delle pazienti. Al contrario, nelle aziende con un basso percentuale di accordo, è necessario prendere in considerazione il tema del clima di sicurezza; secondo la letteratura, esiste un collegamento con la prevenzione di eventi indesiderati come infezioni nosocomiali, errori nella farmacologica o decubito.

Un clima positivo nel lavoro di team espresso tramite percentuali di accordo elevate, riflette la qualità del lavoro e della collaborazione all'interno dei team percepita dai/dalle dipendenti nel proprio ambiente di lavoro. I/Le dipendenti hanno l'impressione che i colleghi e le colleghe siano disposti a collaborare, che la direzione li/le ascolti e che siano apprezzati/e e supportati/e nelle proprie mansioni. Tali sensazioni possono avere un forte impatto sulle prestazioni dei/delle dipendenti e, di conseguenza, anche sulla cura dei/delle clienti. In genere, le risposte che esprimono disaccordo derivano da difficoltà persistenti all'interno di un team che devono essere affrontate.

Per quanto riguarda la necessità di intervenire e le misure di sviluppo e miglioramento, i risultati di SPOT^{nat} forniscono informazioni importanti, in particolare sulle singole organizzazioni Spitex.

- Valori di accordo superiori o pari all'80%: i team/le organizzazioni con un clima particolarmente positivo di sicurezza e di buon lavoro di team possono fungere da punto di riferimento per gli altri team e le rispettive direzioni, così da apprendere gli uni dagli altri.
- Percentuali di accordo comprese tra il 60% e l'80%: indicano un clima di sicurezza e un clima di lavoro di team da soddisfacente a buono. Tali team/organizzazioni possono concentrarsi sui punti (con riferimento alle opzioni disponibili) rispettivamente da mantenere o migliorare.

- Percentuali di accordo inferiori al 60%: indicano un clima di sicurezza e lavoro di team insoddisfacente o instabile. In questi team/organizzazioni è indispensabile adottare delle misure di miglioramento, in particolare per gli item che hanno ottenuto basse percentuali di accordo.

In ogni caso, è opportuno porsi sistematicamente le domande: perché, come indicato dai dati del sondaggio, le cose vanno molto bene in alcune organizzazioni Spitex e meno in altre? Inoltre, che cosa possiamo imparare noi dagli altri e gli altri da noi? Questa apertura e disponibilità al cambiamento ci aiuterà a lavorare insieme per garantire elevati standard di sicurezza dei/delle pazienti/clienti.

7 Gestione dei farmaci

I problemi legati ai farmaci sono tra gli eventi avversi più frequenti in ambito sanitario [42]. I dati esistenti suggeriscono che tali eventi si verificano nel contesto Spitex con maggiore frequenza che in ambiente ospedaliero [43]. Una sfida particolare nel contesto Spitex è rappresentata dalle numerose interfacce con altri fornitori di prestazioni [44]. Dopo le dimissioni ospedaliere, ad esempio, le informazioni relative ai farmaci sono spesso errate e incomplete e non vengono trasmesse tempestivamente all'organizzazione Spitex. Un'ulteriore sfida è la disponibilità rapida dei farmaci a casa del/della cliente [45]. Alla sicurezza dei farmaci nell'ambiente Spitex dovrebbe essere attribuita un'importanza specifica. A causa dell'età, della frequente multimorbilità e della polimedicazione [46] associata, i/le clienti Spitex sono particolarmente soggetti/e a problemi legati ai farmaci che possono determinare un aumento della morbilità, di nuovi ricoveri ospedalieri e della mortalità [47].

Risultati SPOT^{nat} sulla gestione dei farmaci (prospettiva dipendenti e clienti)

Per questi quattro item è stato chiesto al personale di cura e assistenza di valutare la presenza di direttive, regolamenti e meccanismi relativi alla gestione dei farmaci. La maggior parte delle organizzazioni Spitex (62,2%) dispone di direttive per le modalità di trasmissione delle prescrizioni di farmaci. Con meno frequenza è disciplinata la procedura esplicita in caso di farmaci mancanti (49,5%). Mentre circa il 40% delle organizzazioni dispone di un sistema per segnalare gli eventi critici legati ai farmaci, ciò non avviene nelle restanti organizzazioni o la procedura non è nota al personale (cfr. Figura 38).

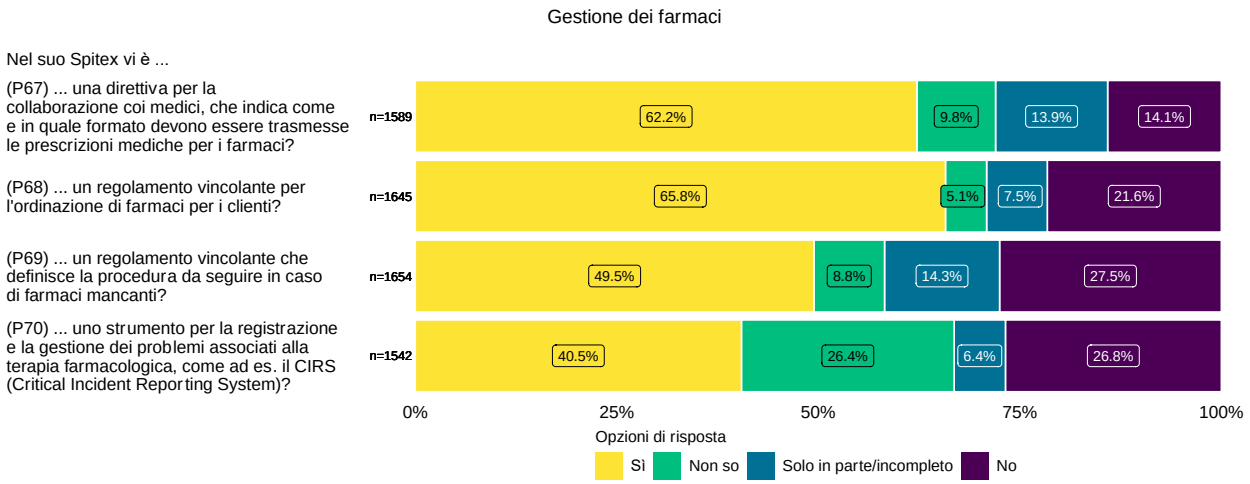


Figura 38: Gestione dei farmaci (prospettiva dipendenti)

Tre item hanno rilevato il modo in cui i/le clienti valutano l'assistenza con i farmaci: se i farmaci vengono discussi, se è disponibile un piano di somministrazione e se il/la dipendente Spitex è una persona di riferimento per i problemi legati ai farmaci.

Oltre il 90% dei/delle clienti Spitex (sono stati esclusi coloro che hanno selezionato l'opzione «non prendo farmaci/non è necessario» (n=93)) ha un piano di trattamento farmacologico, un'importante base interprofessionale per la terapia farmacologica. Più della metà del personale Spitex (59,9%) si occupa, secondo i/le clienti, anche di illustrare l'uso e rispondere alle domande sui farmaci. La maggior parte (52,6%) dei/delle clienti ha dichiarato che il/la dipendente Spitex è una persona di riferimento in caso di dubbi sui farmaci (cfr. Figura 39).

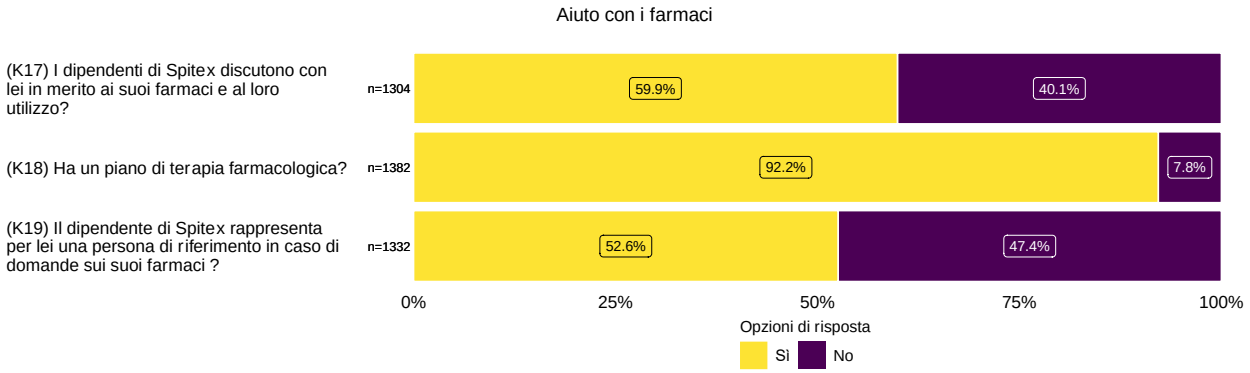


Figura 39: Aiuto con i farmaci (prospettiva clienti)

«Le numerose interfacce rendono complessa la gestione dei farmaci in ambito Spitex. La registrazione sistematica dei problemi con le interfacce è una base per la soluzione costruttiva di queste sfide sistemiche.»

Prof. Dr. Carla Meyer-Massetti
Aggiunta professoressa universitaria di Farmacia clinica

Ospedale universitario di Berna e *Institute of Primary Health Care (*BIHAM)

La gestione dei farmaci presso lo Spitex è complessa a causa delle tante interfacce [44]. La trasmissione delle prescrizioni mediche, sia in ambito ambulatoriale che dopo la dimissione ospedaliera, è ritenuta dai professionisti una fase del processo particolarmente soggetta a errori [44, 48]. È quindi opportuno che le organizzazioni Spitex valutino la collaborazione in queste fasi di transizione e definiscano la procedura a livello interprofessionale. La predisposizione di collegamenti e-mail sicuri e di indirizzi e-mail di team che vengono letti con certezza, persone di riferimento chiare nei contatti interprofessionali e un modulo standardizzato per le richieste possono migliorare in modo proattivo la comunicazione. Inoltre, è consigliabile includere tutte le informazioni disponibili in caso di domande dopo la dimissione ospedaliera, per garantire che tutti i professionisti coinvolti abbiano lo stesso livello di informazione. Anche una trasmissione tempestiva dell'elenco dei farmaci nell'ambito della gestione delle dimissioni può favorire un'assistenza omogenea tra ospedale e altre interfacce.

La registrazione sistematica dei problemi nelle interfacce e la discussione regolare delle aree problematiche così identificate con le istituzioni di riferimento forniscono una base per la soluzione costruttiva delle difficoltà sistemiche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda alle organizzazioni del settore sanitario di implementare tali sistemi di segnalazione degli eventi critici *Critical Incident Reporting System* (CIRS). Con la sua piattaforma CIRS CIRRNET, la Fondazione Sicurezza dei Pazienti Svizzera[11] offre una soluzione nazionale che favorisce anche lo scambio tra organizzazioni diverse. Ciò promuove una gestione costruttiva degli errori, come l'apprendimento reciproco dagli eventi indesiderati [49].

Sebbene nell'ambito di SPOT^{nat} sia emerso che la maggior parte dei/delle clienti Spitex in Svizzera dispone di una lista dei farmaci, questa viene utilizzata ancora troppo di rado, come ha evidenziato uno studio condotto in Svizzera nel 2019 [50]. È qui che il personale Spitex svolge un ruolo centrale: ad esempio, coinvolgendo i/le clienti in base alla loro competenza sui farmaci [51] e fornendo una formazione motivazionale sui farmaci adeguata al gruppo target [50].

[11] https://patientensicherheit.ch/it/startseite-it/

8 Comunicazione

La cura e l'assistenza ai/alle clienti Spitex, che sono spesso anziani e affetti da patologie multiple, coinvolgono solitamente più fornitori di prestazioni provenienti da diverse aree e contesti specialistici. Questo comporta un flusso di informazioni attraverso numerose interfacce. La comunicazione deve garantire che tali informazioni siano corrette, complete e tempestive qualora siano necessarie per la cura del/della cliente [52].

La mancanza di comunicazione tra i fornitori di prestazioni in ambito sanitario è un fenomeno comune [53]. Processi e canali di scambio consolidati, nonché sistemi elettronici sicuri possono contribuire a migliorare la trasmissione dei dati dei/delle pazienti alle interfacce [54]. La letteratura suggerisce che è possibile prevenire fino al 18% degli incidenti relativi alla sicurezza dei/delle pazienti e fino al 70% degli eventi indesiderati correlati ai farmaci quando le giuste informazioni, per il/la paziente giusto/a, sono disponibili nel momento in cui servono [55].

Il seguente capitolo descrive i sistemi e i canali di comunicazione esistenti, i professionisti coinvolti nelle discussioni dei casi, lo scambio elettronico di dati sulla salute dei/delle clienti, la qualità della comunicazione nel team di assistenza e la comunicazione con Spitex dal punto di vista del/della cliente.

Risultati SPOT^{nat} sulla comunicazione

8.1 Sistemi di comunicazione (prospettiva direzione aziendale)

Alle direzioni aziendali degli Spitex partecipanti al sondaggio è stato chiesto quali fossero i metodi di comunicazione standard disponibili e utilizzati. I quesiti riguardavano sia lo scambio interno di informazioni sui/sulle clienti sia lo scambio con altri fornitori di prestazioni. Tra i metodi di comunicazione standard disponibili all'interno dell'organizzazione, le riunioni di team regolari e pianificate sono risultate essere le più importanti (94,3%), seguite da discussioni interne regolari e pianificate dei casi e dall'uso del dossier elettronico del/della cliente (87,5% per tutte le opzioni). Il dossier elettronico è disponibile più frequentemente (87,5%) rispetto alla documentazione cartacea (42,5%). L'uso di un telefono aziendale personale è più diffuso nelle organizzazioni intervistate rispetto, ad esempio, a Messenger o a un indirizzo e-mail aziendale (nell'ordine 79,5%, 73,9% e 70,5%) (cfr. Figura 40).

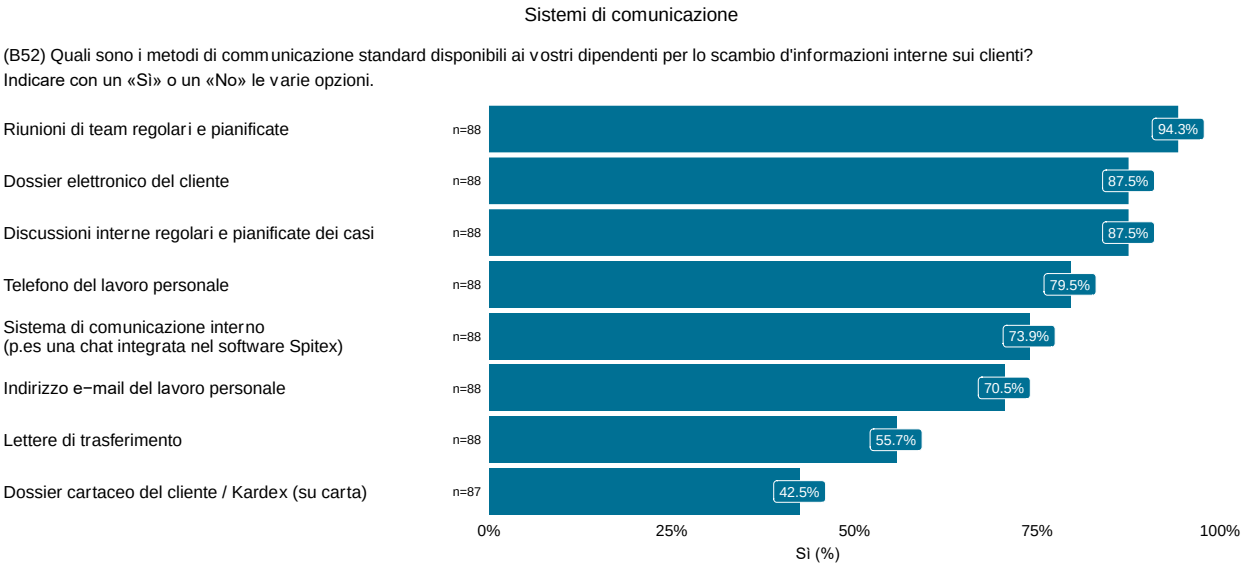


Figura 40: Sistemi disponibili di comunicazione interna (prospettiva direzione)

Per lo scambio di informazioni sui/sulle clienti con altri fornitori di prestazioni, il 53,4% delle direzioni ha indicato di utilizzare di preferenza il telefono, seguito dalla posta elettronica (37,5%) (nessuna figura).

8.2 Canali di comunicazione (prospettiva dipendenti)

Con i due item successivi, è stato chiesto ai/alle dipendenti Spitex di indicare la modalità più utilizzata per trasmettere informazioni importanti sui/sulle clienti all'interno e all'esterno del team Spitex.

Il principale canale di comunicazione interno all'organizzazione Spitex è risultato essere il dossier del/della cliente (54,1%), seguito da e-mail (12,5%), scambio personale (11,4%), telefono (8,6%) e scambi online/tramite chat (8,1%) (cfr. Figura 41).

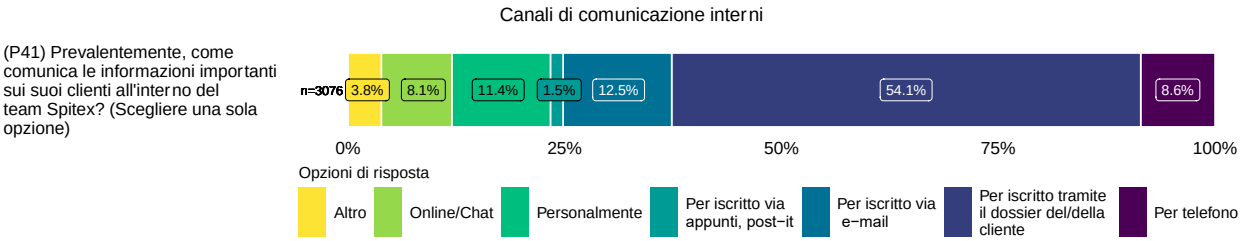


Figura 41: Canali di comunicazione interni (prospettiva dipendenti)

Coi professionisti esterni al team Spitex viene usata prevalentemente l'e-mail (44,4%). Anche gli scambi telefonici rivestono un ruolo importante (26,5%) (cfr. Figura 42).

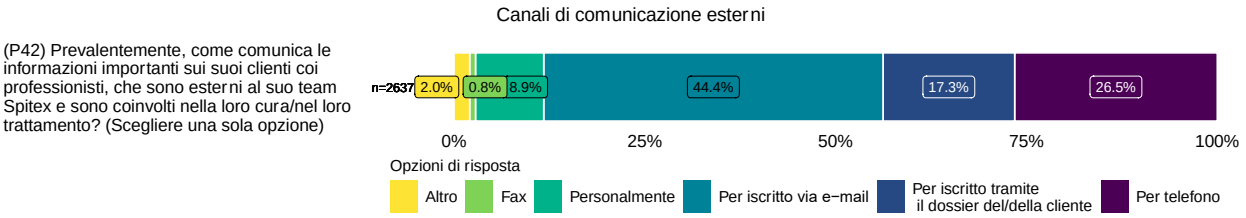


Figura 42: Canali di comunicazione esterni (prospettiva dipendenti)

8.3 Discussione dei casi (prospettiva direzione aziendale)

Per quanto riguarda la discussione dei casi, essa avviene prevalentemente all'interno del team Spitex (89,8%) se si tratta di casi complessi. È meno frequente che le discussioni regolari dei casi siano interprofessionali o interdisciplinari (61,4%) (cfr. Figura 43).

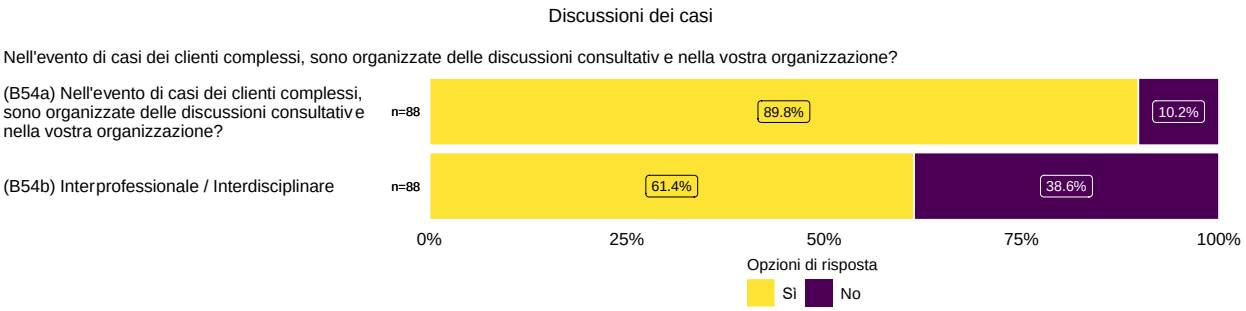


Figura 43: Discussioni regolari pianificate dei casi (prospettiva direzione)

Le infirmiere/gli inferimeri partecipano a quasi tutte le discussioni interprofessionali/interdisciplinari sui casi (98,1%). La parte infermieristica è spesso rappresentata da specialisti (70,4%). Degli altri gruppi professionali, partecipano più frequentemente il personale assistenziale o d'economia domestica (64,8%), seguito da medici (63,0%) e servizi sociali (57,4%) (cfr. Figura 44).

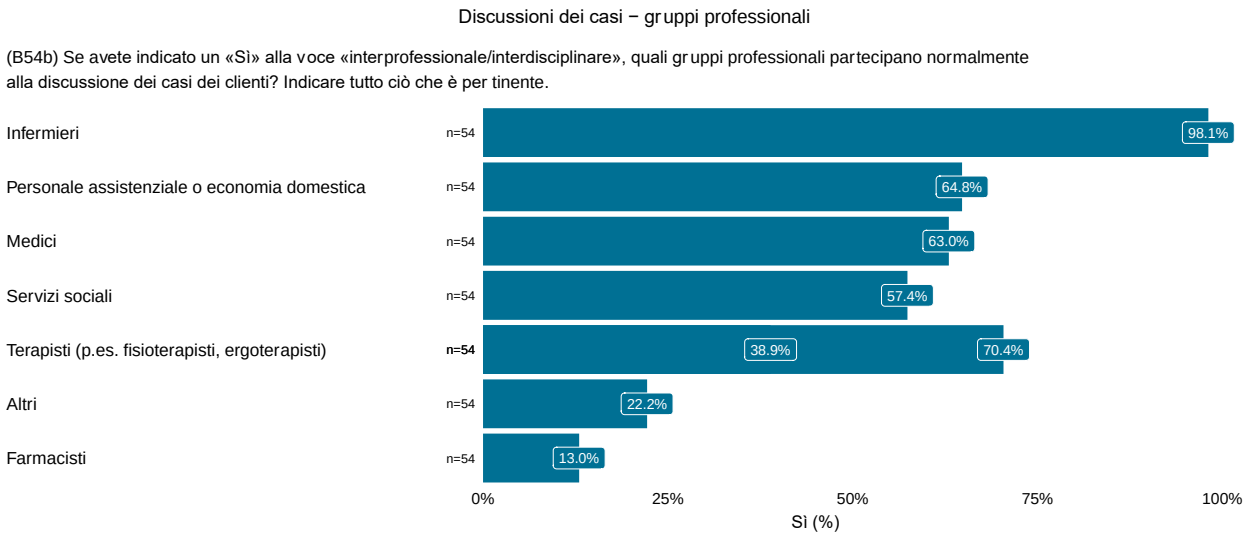


Figura 44: Discussioni dei casi – gruppi professionali che partecipano (prospettiva direzione)

8.4 Scambio elettronico d'informazioni (prospettiva direzione aziendale)

Lo scambio elettronico d'informazioni partendo direttamente dal dossier elettronico del/della cliente non è ancora abilitato in maniera diffusa, e non soltanto in Svizzera: anche i professionisti sanitari in altri Paesi lamentano lo stesso problema. Oltre al team building con professionisti esterni all'organizzazione, lo scambio d'informazioni elettronico è un elemento fondamentale della comunicazione [56, 57].

L'88,6% delle organizzazioni partecipanti dispone di un sistema di documentazione elettronica. Secondo le direzioni intervistate, lo scambio elettronico è meglio consolidato con le strutture ospedaliere (ospedali 31,2%, cliniche di riabilitazione/case di cura 27,3%) e con i medici di famiglia e gli specialisti (rispettivamente 28,6% e 26,0%). Meno frequentemente, la documentazione elettronica del/della cliente ha permesso uno scambio con i servizi terapeutici (10,5%) (cfr. Figura 45).

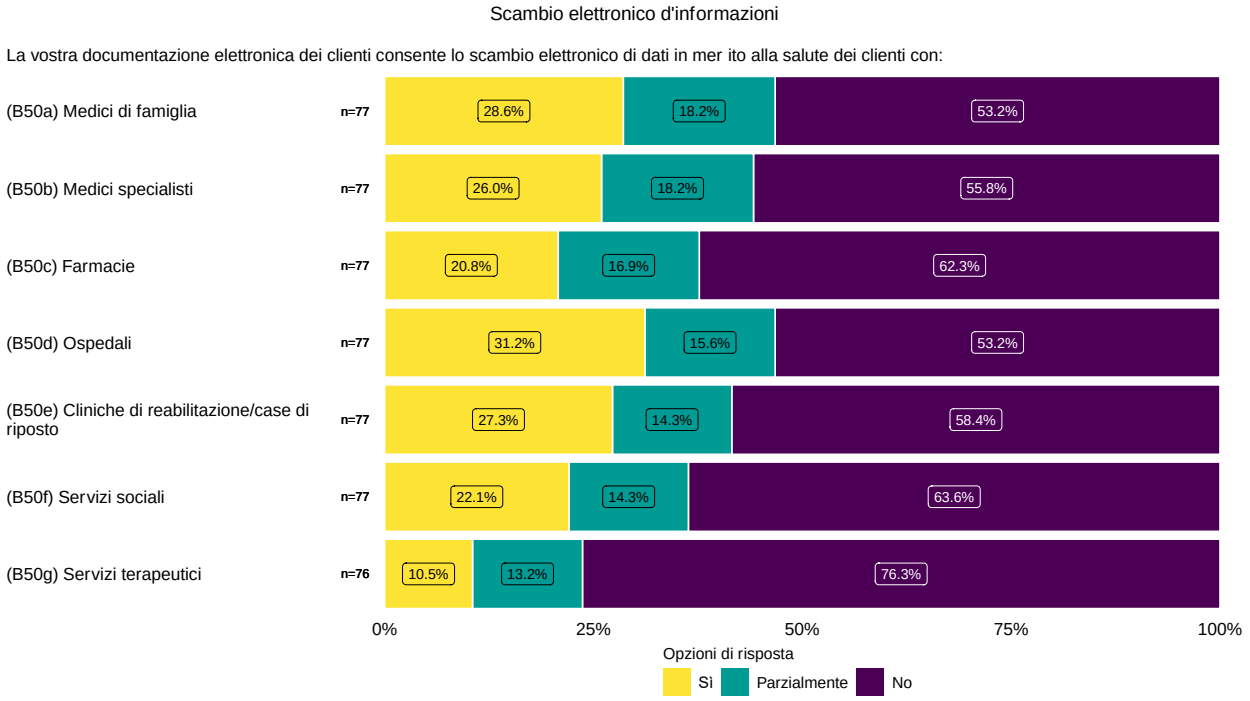


Figura 45: Scambio elettronico d'informazioni (prospettiva direzione)

La Figura 46 mostra che la documentazione in formato cartaceo è ancora utilizzata in oltre la metà (53,2%) delle organizzazioni Spitex, ad esempio per prescrizioni, medicazioni, certificati sul decorso e registrazione dei segni vitali (da consegnare ai/alle clienti).

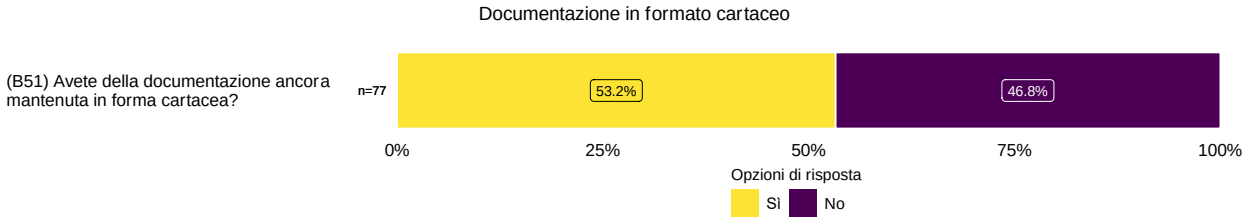


Figura 46: Documentazione in formato cartaceo (prospettiva direzione)

8.5 Comunicazione e scambio d'informazioni nel team di assistenza (prospettiva dipendenti)

Abbiamo chiesto ai/alle dipendenti Spitex di valutare la qualità della comunicazione e dello scambio d'informazioni nel team di assistenza tramite sei item. Con team di assistenza si intendono tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza sanitaria dei/delle clienti (ad es. Spitex, medici di famiglia, assistenti sociali, personale ospedaliero, personale della farmacia). Più del 50% dei/delle dipendenti ha espresso il proprio accordo in tutte le voci (risposte «parzialmente d'accordo», «perlopiù d'accordo» e «fortemente d'accordo»). La tempestiva trasmissione delle informazioni e la loro accuratezza hanno ottenuto le percentuali di accordo più elevate (rispettivamente 77,5% e 87,9%).

Tra le aree di miglioramento, si osservano l'uso efficace del dossier del/della cliente come mezzo di comunicazione da parte di tutti i professionisti (58,4%) e la gestione efficace delle preoccupazioni dei/delle pazienti tramite riunioni e discussioni regolari (58,3%) (cfr. Figura 47).

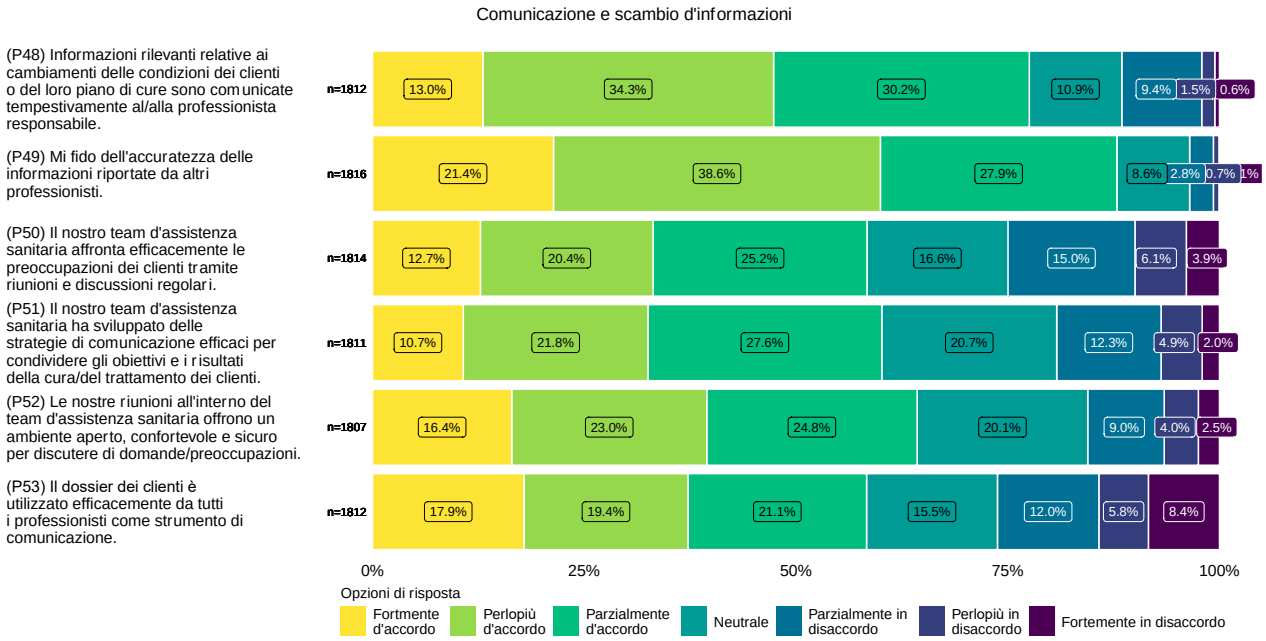
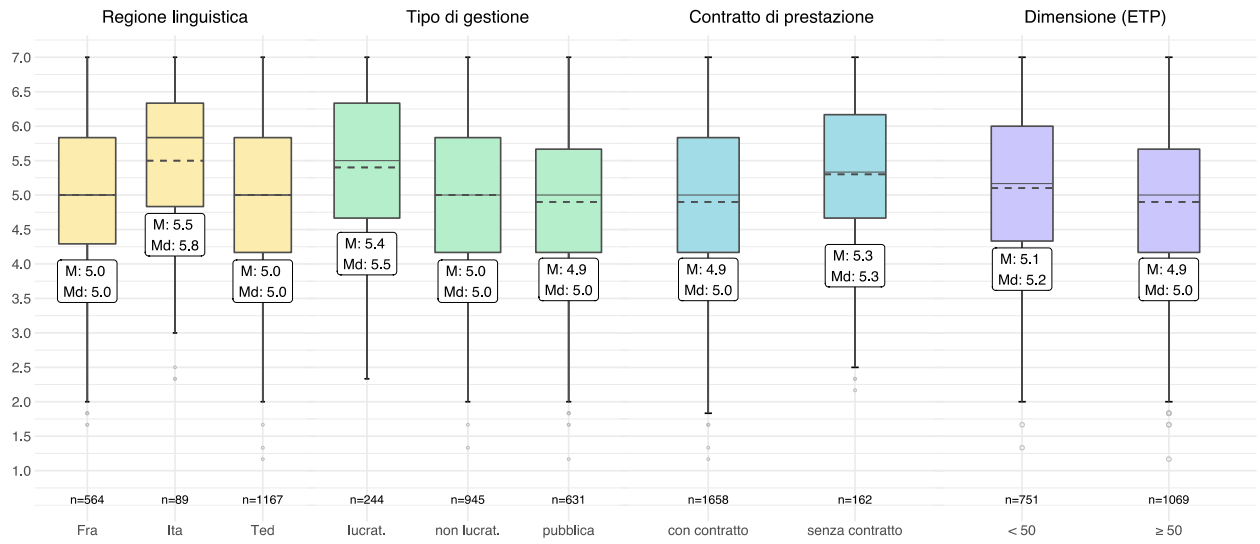


Figura 47: Comunicazione e scambio d'informazioni nel team di assistenza (prospettiva dipendenti)

Con gli item di cui sopra (Figura 47) è possibile formare la scala *Communication and Information Exchange* dello strumento *Collaborative Practice Assessment Tool* (CPAT) [58]. Viene calcolato il valore medio dei sei item (delle opzioni da 1 – «fortemente in disaccordo» a 7 – «fortemente d'accordo»), con valori medi superiori a 5 corrispondenti a un'espressione di accordo e quindi a una buona qualità della comunicazione e dello scambio d'informazioni. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Comunicazione e scambio d'informazioni).

Confrontando i risultati di gruppo, si nota una performance significativamente migliore nella scala nella regione di lingua italiana (M 5,5) rispetto alle altre regioni linguistiche (M 5,0) e delle organizzazioni di diritto privato a scopo lucrativo (M 5,4) rispetto a quelle con altri tipi di gestione (M 5,0 e M 4,9). Le differenze sono evidenti anche negli altri due gruppi, con punteggi più elevati nelle organizzazioni senza contratto di prestazione (M 5,3) rispetto a quelle con contratto di prestazione (M 4,9) e nelle organizzazioni con meno di 50 equivalenti in tempo pieno (M 5,1) (cfr. Figura 48).



Strumento: *Collaborative Practice Assessment Tool*, Scala *Communication and Information Exchange* [58]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica= organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 48: Scala CPAT – Comunicazione e scambio d'informazioni (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Calcolata su tutto il personale Spitex, la scala *Communication and Information Exchange* (comunicazione e scambio d'informazioni) [58] ha raggiunto una mediana di 5,0 [IQR 4,2-5,8] e un valore medio di 5,0 (SD 1,1).

8.6 Comunicazione con lo Spitex (prospettiva clienti)

Abbiamo chiesto anche ai/alle clienti di valutare la comunicazione con il loro Spitex. Il 93,2% di loro ha dichiarato di essere stato informato delle cure e dei servizi previsti quando ha contattato per la prima volta lo Spitex (cfr. Figura 49).

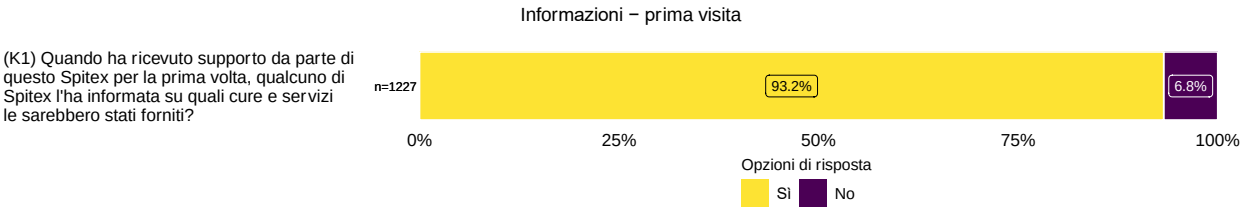


Figura 49: Informazioni – prima visita (prospettiva clienti)

L'88,0% dei/delle clienti è stato «sempre» o «frequentemente» informato sull'orario delle visite del personale Spitex. Una percentuale simile (88,3%) ha dichiarato che i/le dipendenti Spitex si sono spiegati in modo facilmente comprensibile. L'ascolto attento da parte del personale Spitex ha registrato particolare successo: il 69,3% lo riscontra «sempre», mentre un ulteriore 24,2% «frequentemente» (cfr. Figura 50).

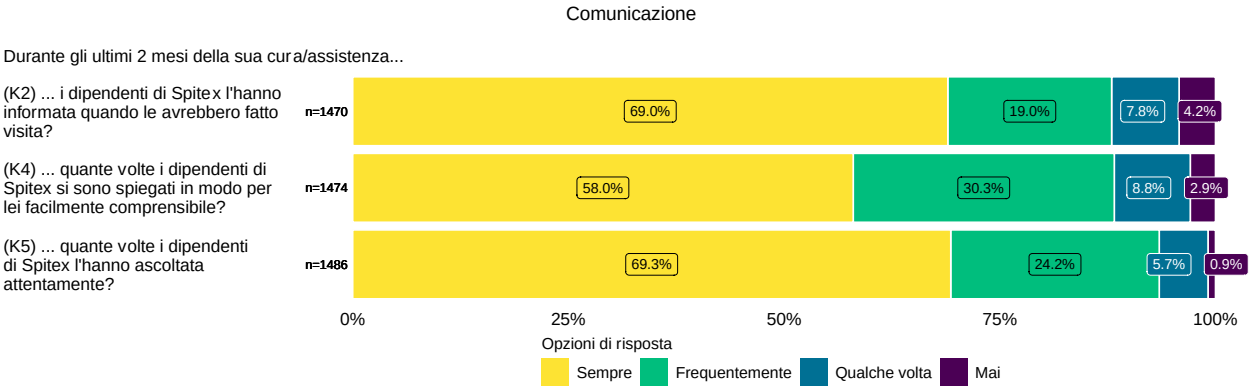


Figura 50: Comunicazione (prospettiva clienti)

Al momento dell'indagine, circa il 29,1% dei/delle clienti aveva contattato il servizio Spitex negli ultimi due mesi per chiedere aiuto o consulenza. Di questi/e clienti, il 96,5% ha dichiarato di avere ricevuto l'aiuto o la consulenza di cui aveva bisogno (cfr. Figura 51 e Figura 52). Allo stesso modo, il 97.1% dei/delle clienti ha indicato di avere ricevuto l'aiuto o la consulenza di cui aveva bisogno nello stesso giorno o entro da 1 a 5 giorni (cfr. Figura 53).

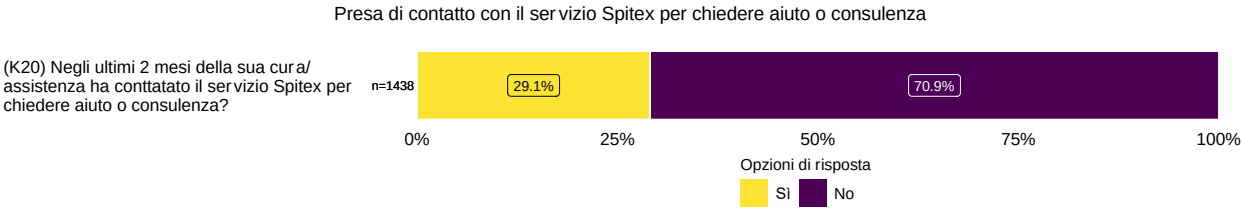


Figura 51: Presa di contatto con il servizio Spitex (prospettiva clienti)

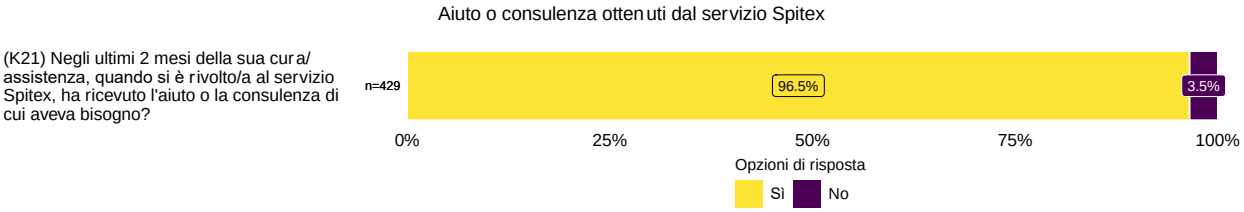


Figura 52: Aiuto o consulenza ottenuti dal servizio Spitex (prospettiva clienti)

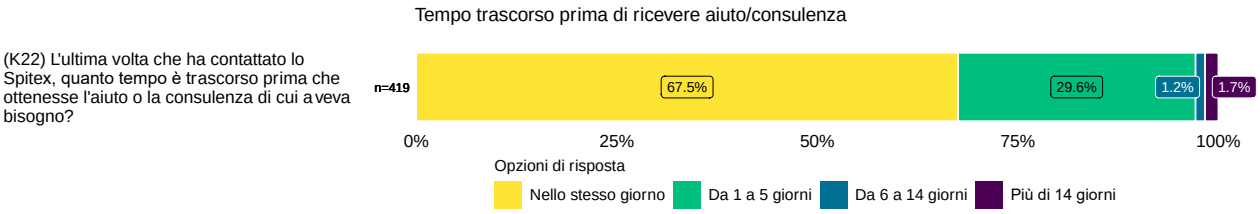


Figura 53: Tempo trascorso prima di ricevere aiuto/consulenza (prospettiva clienti)

«Lo scambio elettronico di dati è essenziale per l'assistenza integrata come modello futuro. In questo senso, sussiste un enorme potenziale di sfruttamento delle possibilità digitali esistenti.»

Esther Bättig

Collaboratrice scientifica basi & sviluppo

Spitex Svizzera

Questo studio ha fornito per la prima volta cifre e valutazioni sulla comunicazione e sul metodo di scambio delle informazioni all'interno delle organizzazioni Spitex svizzere, con i fornitori di prestazioni esterni e dal punto di vista del/della cliente. Per un'assistenza coordinata, sicura e qualitativamente ottimale, è importante garantire un flusso di informazioni il più possibile affidabile e privo di interruzioni e ridondanze. Fortunatamente, i dati relativi ai sistemi di comunicazione (Figura 40) confermano l'importanza della comunicazione digitale.

All'interno delle organizzazioni Spitex, il flusso d'informazioni digitale può essere implementato senza soluzione di continuità. Tuttavia, oltre la metà delle organizzazioni Spitex dichiara di utilizzare documentazione in formato cartaceo. È evidente che interruzioni e ridondanze si verificano più frequentemente negli scambi con gli altri fornitori di prestazioni. Di conseguenza, molte informazioni possono andare perse o non essere disponibili presso il relativo fornitore di prestazioni nel momento richiesto. La trasmissione elettronica dei dati è essenziale per l'assistenza integrata del futuro. Le possibilità digitali esistenti rappresentano un grande potenziale da sfruttare, come dimostrano gli esempi di scambi elettronici efficienti con medici di famiglia e ospedali.

Lo scambio di informazioni con i/le clienti e i loro familiari presenta attualmente ancora difficoltà ma esistono già modalità di trasmissione digitali che possono essere ampliate. La comunicazione digitale con i/le clienti è favorita dall'incremento delle loro competenze digitali. Le organizzazioni Spitex dovrebbero essere pronte a sfruttare questa opportunità. È importante garantire la protezione dei dati tramite canali di comunicazione crittografati.

Gratifica vedere che i/le dipendenti Spitex hanno valutato la comunicazione interna e lo scambio d'informazioni da buono a molto buono. Ancora più energia può quindi essere investita nello sviluppo di metodi di comunicazione digitale con altri fornitori di servizi, con i/le clienti e i loro familiari al fine di ampliare e migliorare la comunicazione. Il contatto personale rimane essenziale sia all'interno delle organizzazioni Spitex che con i fornitori di prestazioni esterni, con i/le clienti e le loro famiglie. La comunicazione personale è un elemento fondamentale dell'assistenza.

9 Collaborazione nel team di assistenza

Collaborare nel settore sanitario implica condividere la responsabilità per il processo decisionale, il riconoscimento e l'accettazione di ruoli e ambiti di responsabilità collettivi e individuali, la risoluzione dei problemi e la capacità di attuare un piano di cure e trattamento lavorando verso un obiettivo comune [59]. L'assistenza sanitaria prestata ai/alle clienti può includere team multidisciplinari con diversi tipi di professionisti, come personale medico, infermiere/i, fisioterapiste/i, farmaciste/i, assistenti sociali e nutrizioniste/i. Per garantire un'assistenza integrata e incentrata sulla persona, è fondamentale che i vari gruppi professionali collaborino [60]. Evitare ripetizioni e ritardi nel processo di assistenza e la capacità dei singoli di portare a termine i compiti assegnati sono alcuni dei segnali di un lavoro ben coordinato. Il rispetto e la fiducia reciproci, la responsabilità dei professionisti coinvolti e una comprensione collettiva del compito o dell'obiettivo generale sono necessari per la cooperazione e il coordinamento nel team di assistenza, così com'è indispensabile comprendere che il lavoro delle singole persone è parte integrante del processo di assistenza [61]). In questo capitolo descriviamo quanti professionisti e professioniste sono coinvolti in un team di assistenza, come viene percepita la collaborazione nel team di assistenza e come viene valutato il coordinamento del lavoro con altri gruppi professionali.

Risultati SPOT^{nat} sulla collaborazione nel team di assistenza

9.1 Valutazione della collaborazione nel team di assistenza (prospettiva dipendenti)

Con i seguenti quattro item, è stato analizzato la chiarezza delle responsabilità, la prevedibilità delle fasi di lavoro e la comprensione generale all'interno del team di assistenza. La maggior parte dei/delle dipendenti (82,3%) ha dichiarato di avere ben chiaro quali professionisti del team di assistenza sono responsabili del completamento di compiti specifici. Circa tre quarti degli intervistati (76,9%) concordano sul fatto che solitamente il team di assistenza conosce i passaggi necessari per gestire situazioni complesse quando queste si presentano. Circa due terzi (67,5%) del personale hanno convenuto che ogni membro del team di assistenza comprende i passaggi necessari per svolgere il proprio compito, mentre il 61,1% ha dichiarato che il team di assistenza ha una visione/idea condivisa di come il lavoro di ciascun singolo contribuisca all'obiettivo generale (cfr. Figura 54).

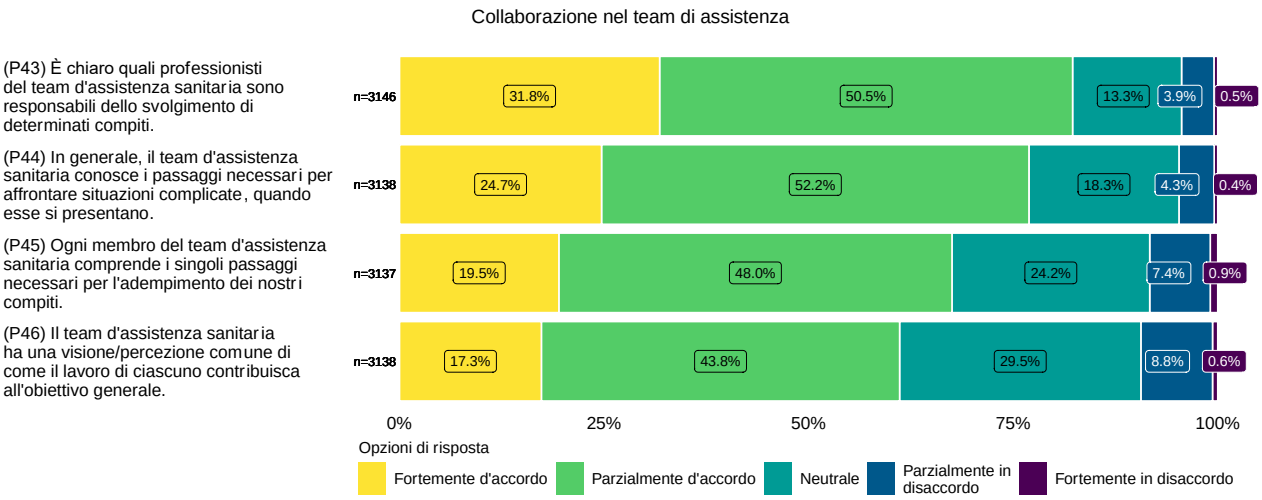


Figura 54: Collaborazione nel team di assistenza (prospettiva dipendenti)

9.2 Coordinamento del lavoro con altri gruppi professionali (prospettiva dipendenti)

Ai/Alle dipendenti Spitex è stato chiesto di valutare il coordinamento della cura del/della cliente tra i vari professionisti/operatori sanitari (ad es. il medico di famiglia, gli ospedali) su una scala Likert da 1 (molto insoddisfatto/a) a 20 (molto soddisfatto/a). In media, la soddisfazione dei/delle dipendenti ha raggiunto i valori più elevati nel coordinamento della cura del/della cliente con le farmacie (Md 16,0) e i servizi terapeutici (Md 15,0), seguiti da medici di famiglia, case di cura e servizi sociali (Md 13,0). Il livello di soddisfazione più basso, con una mediana di 11,0, è stato registrato in merito al coordinamento dell'assistenza ai/alle clienti con le casse malati e gli ospedali (cfr. Figura 55).

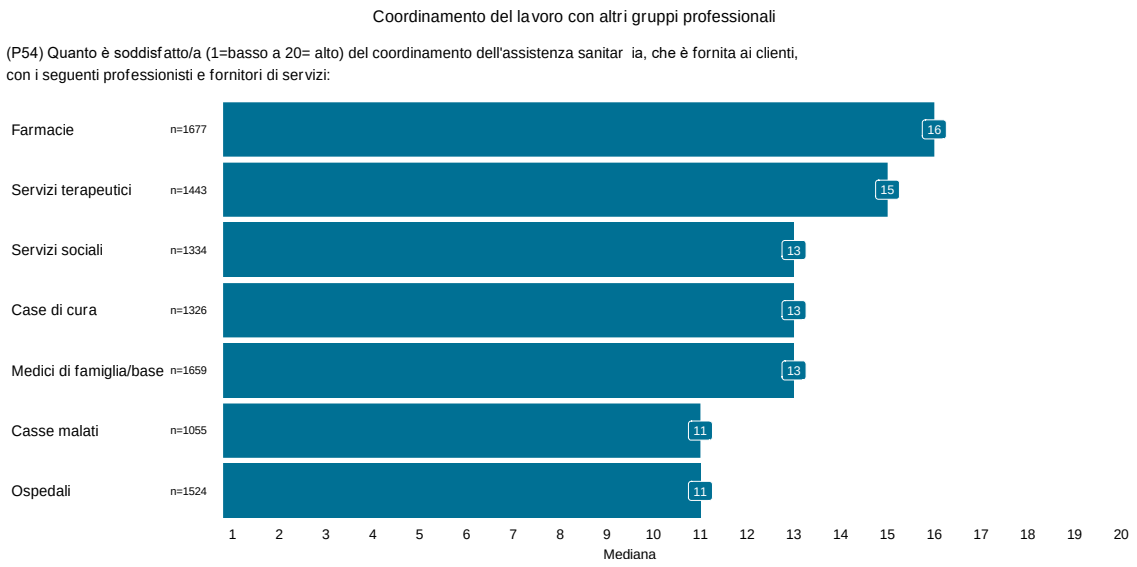


Figura 55: Soddisfazione per il coordinamento del lavoro con altri gruppi professionali (prospettiva dipendenti)

9.3 Numero di professionisti coinvolti (prospettiva clienti)

Ai/Alle clienti è stato chiesto di indicare quanti professionisti sono stati coinvolti nella loro cura/assistenza negli ultimi due mesi. Le risposte hanno riguardato tre gruppi professionali: numero di medici (Md 1,0 [IQR 1,0-3,0]), dipendenti dello Spitex (solo il personale del proprio Spitex) (Md 5,0 [IQR 4,0-8,0]), numero di infermiere/i (escluso il personale del proprio Spitex) (Md 1,0 [IQR 0,0-4,0]) e numero di terapeuti (Md 1,0 [IQR 0,0-1,0]).

9.4 Numero di professionisti coinvolti (prospettiva parenti)

I parenti hanno dichiarato di essersi relazionati in mediana negli ultimi due mesi con un'organizzazione Spitex [IQR 1,0-2,0] e in mediana con 3,0 [IQR 2,0-5,0] dipendenti dell'organizzazione Spitex in questione, dalla quale hanno ricevuto il questionario. Ai parenti è stato anche chiesto di indicare quanti professionisti sono stati coinvolti nella cura del/della loro parente negli ultimi due mesi. La mediana è stata di 1,0 [IQR 1,0-2,0] per i medici coinvolti, di 1,0 [IQR 0,0-2,0] per il personale infermieristico (escluso il personale Spitex sopra citato) e di 1,0 [IQR 0,0-1,0] per i terapeuti.

«Di grande importanza per lo Spitex è la buona collaborazione nei casi più complessi in cui sono coinvolti diversi gruppi professionali. Nell'assistenza ambulatoriale manca ancora oggi uno strumento adeguato, che coordini indicazioni, obiettivi e misure.»

Dr. med. Roland Fischer

Medico di famiglia e collaboratore scientifico

Centro Universitario per la Medicina di famiglia, Basilea Città e Campagna

A prima vista, i risultati dello studio SPOT^{nat} sono abbastanza positivi. Quattro quinti del personale in servizio ambulatoriale ritengono che le responsabilità siano chiaramente definite tra i vari gruppi professionali, anche se solo due terzi credono che il loro punto di vista sia condiviso dagli altri gruppi professionali. Anche il coordinamento con gli altri gruppi professionali è valutato positivamente dalla maggioranza degli intervistati (mediana considerevole >10/20).

Tuttavia, da un esame più attento dei dati restano alcuni dubbi. In oltre la metà dei casi, il team di assistenza sembrava essere strutturato in maniera relativamente semplice: un infermiere/un'infermiera e un medico o un/a terapeuta. Una buona collaborazione sarebbe particolarmente importante nei casi più complessi, anche se rari, che vedono coinvolti più medici con diverse specializzazioni, più membri del personale di cura e assistenziale, anche appartenenti a diverse organizzazioni Spitex, e più terapeuti (ad esempio fisioterapia ed ergoterapia). Questi casi più complessi sono sì più rari, ma qui la qualità della collaborazione riveste un ruolo ancora più importante. A mio parere andrebbe esaminato con più attenzione se la collaborazione in questi casi altamente complessi sia altrettanto ben coordinata.

Inoltre, stupisce che il coordinamento con i medici di famiglia, senza dubbio una delle categorie di partner più importanti per le organizzazioni Spitex, sia percepito come meno efficiente rispetto a quello con i farmacisti e i terapisti. Questo è quello che emerge dai risultati dello studio SPOT^{nat}, ma a cosa potrebbe essere dovuta esattamente questa percezione? Una possibile spiegazione potrebbe essere l'utilizzo di strumenti strutturati e scritti nell'ambito della collaborazione con le farmacie e le terapie mediche. Grazie alle prescrizioni e ai piani di somministrazione, tutti i soggetti coinvolti sanno quando il/la cliente deve assumere quale farmaco, in quale forma e dosaggio. L'indicazione, l'obiettivo e le misure della fisioterapia sono registrati sul modulo di prescrizione corrispondente. Nell'ambito delle cure ambulatoriali, invece, non esiste uno strumento simile, ad esempio un modulo di prescrizione strutturato che riassuma indicazione, obiettivo e misure. Purtroppo, con la valutazione delle esigenze il medico stabilisce e approva soltanto un intervallo temporale. Ecco perché la comunicazione, ammesso che abbia luogo, è per lo più non strutturata. Tuttavia, non vi è alcuna garanzia che la collaborazione migliori con questo strumento, che ovviamente dovrebbe essere progettato in un'ottica di interprofessionalità e basarsi sulla reciprocità.

Probabilmente, il fatto che anche il coordinamento con gli ospedali e le case di cura sia meno soddisfacente può essere spiegato dalla tendenza negli ultimi anni ad anticipare sempre più le dimissioni dagli ospedali e tardare gli ingressi nelle case di cura. D'altro canto, sarebbe un'occasione persa non sfruttare i risultati del presente studio per migliorare la collaborazione in queste aree.

10 Familiarità con il sistema sanitario

Per garantire un'assistenza sanitaria coordinata e incentrata sulla persona, è fondamentale la conoscenza dei singoli/delle singole clienti e dei loro familiari, nonché del sistema sanitario nel suo complesso e a livello locale. Queste conoscenze sono fondamentali per individuare le cure/l'assistenza più appropriate e per mettere in contatto i/le clienti con i servizi/le cure di cui hanno bisogno [62]. Il personale Spitex può supportare i/le clienti condividendo le proprie conoscenze, rappresentando gli interessi dei/delle clienti (*advocacy*) e dando loro la possibilità di partecipare attivamente alla propria assistenza sanitaria (*self management*). Essere ben informati sul sistema sanitario consente alle persone di orientarsi in modo più efficiente. Da un sondaggio svizzero è emerso che i/le clienti in condizioni finanziarie difficili e con poche persone di supporto (mancanza di sostegno sociale) hanno evidenziato in media minori competenze sanitarie [63]. Solo se il personale Spitex conosce il sistema sanitario (ad es. i servizi disponibili e i requisiti necessari per accedere all'offerta) è anche in grado di coordinare l'assistenza dei/delle clienti e di offrire loro il supporto di cui hanno bisogno.

Risultati SPOT^{nat} sulla familiarità con il sistema sanitario (prospettiva dipendenti)

Con sei item, è stato chiesto ai/alle dipendenti Spitex nello studio SPOT^{nat} qual è il loro grado di conoscenza del sistema sanitario (primi tre item) e delle condizioni quadro giuridiche (ultimi tre item) nell'area di utenza del loro Spitex. Il 65,1% dei/delle dipendenti ha dichiarato di conoscere «bene» o «molto bene» le offerte di servizi sanitari o sociali disponibili, seguite dai requisiti che i clienti devono soddisfare per usufruire delle offerte (57,6%). I/Le dipendenti sembrano avere meno familiarità con i requisiti legali relativi al finanziamento dei servizi sanitari. Quasi due terzi dei/delle dipendenti (61,3%) hanno dichiarato di conoscere questi requisiti «discretamente», «poco» o «per niente». Quasi la metà (49,0%) del personale intervistato ha dichiarato di conoscere «bene» o «molto bene» i diritti e i doveri dei/delle clienti in materia di assistenza sanitaria (cfr. Figura 56).

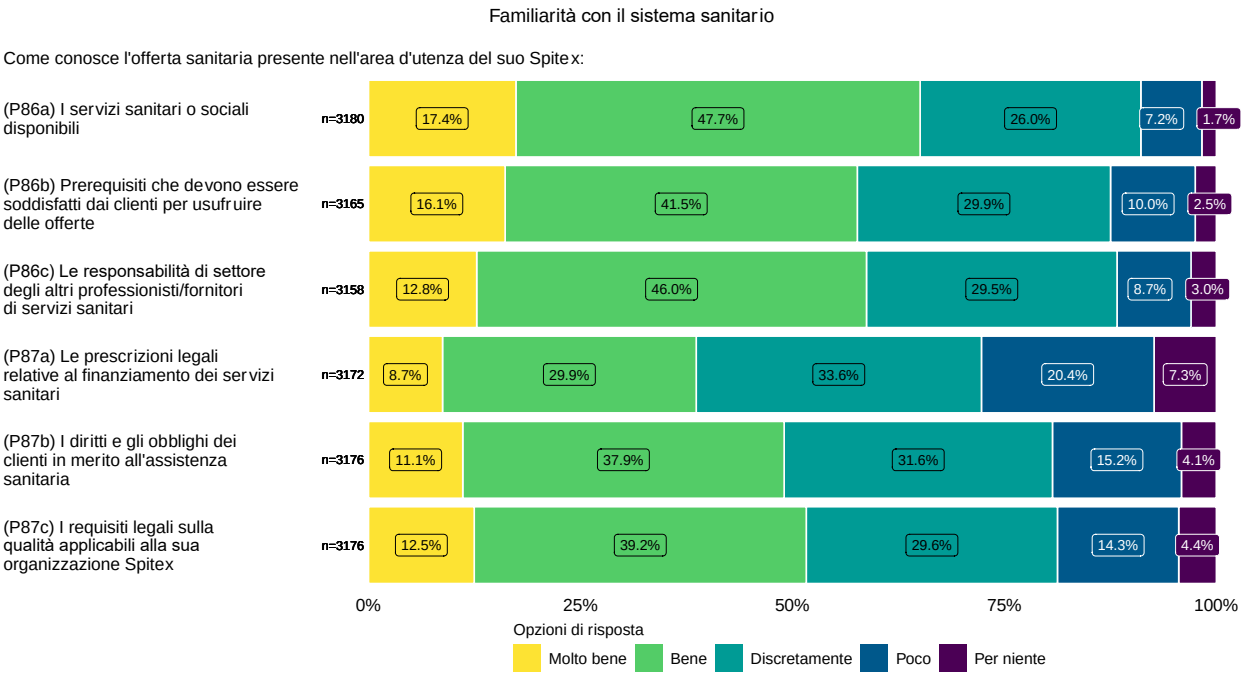


Figura 56: Familiarità con il sistema sanitario (prospettiva dipendenti)

«La conoscenza del diritto sanitario e delle modalità di finanziamento del sistema sanitario dovrebbe essere integrata maggiormente nei programmi di studio, soprattutto in quelli delle SSS/SUP.»

Valérie Vouillamoz

Segreteria generale

Associazione vallesana dei CMS

Martine Tristan

Direttrice

CMS Martinach e dintorni

Marie-Jeanne Muller

Collaboratrice scientifica

Associazione vallesana dei CMS

Indipendentemente dalla lettura, i risultati – di tutti gli item presi insieme – sono piuttosto mediocri ed evidenziano una mancanza di conoscenze da parte del personale Spitex in questi ambiti. Tuttavia, una curva inversa – con una conoscenza meno buona delle offerte di servizi sanitari e sociali disponibili rispetto al quadro giuridico e al finanziamento – sarebbe stata più comprensibile per noi.

Poiché l'offerta di servizi sanitari e sociali è sempre più variegata e il numero di fornitori di prestazioni aumenta rapidamente, a volte è difficile mantenere una panoramica aggiornata dei protagonisti a livello regionale e locale. Le organizzazioni devono monitorare attivamente la situazione, aggiornare con regolarità il panorama dei servizi esistenti nella loro area e il livello di collaborazione auspicato e/o previsto, oltre a garantire la diffusione di queste informazioni ai team.

Il quadro giuridico e le regole di finanziamento dell'assistenza sanitaria cambiano meno rapidamente del numero di fornitori di prestazioni, quindi la percentuale di personale che dichiara di non conoscerli bene può sembrare sorprendente. Le possibili cause sono la falsa convinzione che il finanziamento sia una questione di competenza dei dirigenti e la mancanza di un legame tra il finanziamento e il valore di mercato della propria professione/dei propri servizi sanitari. Nel nostro cantone, questa mancanza di conoscenze è già stata oggetto di uno scambio tra organizzazioni e istituti di formazione, con la richiesta che le nozioni sul diritto sanitario e sul finanziamento del sistema sanitario siano sempre più incluse nei programmi di studio di base, soprattutto in quelli delle SSS/SUP.

La formazione e l'informazione regolare del personale rappresentano un fattore chiave per la conoscenza della rete sanitaria, dei requisiti di qualità, delle regole di finanziamento o del quadro di base giuridico. Creare spazi di scambio tra il personale Spitex per discutere il ruolo, la responsabilità e l'influsso di ciascun singolo in queste aree aiuterebbe anche a ridurre le lacune di conoscenze identificate.

11 Coordinamento

Nell'assistenza sempre più complessa di clienti a domicilio, il coordinamento assume un importanza sempre maggiore. Il coordinamento può essere inteso come l'organizzazione consapevole delle attività tra coloro che sono coinvolti nella cura e assistenza del/della cliente (incl. il/la cliente) per facilitare l'erogazione appropriata dei servizi sanitari [64]. La mancanza di coordinamento porta quindi a un'assistenza sanitaria frammentata, incoerente e mal pianificata [65], che non solo mette a rischio la salute e il benessere dei/delle clienti, ma genera anche costi aggiuntivi [66-68]. Gli studi dimostrano, che un migliore coordinamento può ridurre i ricoveri ospedalieri o anche le visite al pronto soccorso [67]. Il coordinamento può essere osservato da diverse prospettive: dal punto di vista del sistema, del professionista della salute o dei clienti e relativi familiari [69]. Nei paragrafi che seguono vengono presentate le prospettive del personale Spitex e dei/delle clienti.

Risultati SPOT^{nat} sul coordinamento

11.1 Valutazione della collaborazione e del coordinamento dello Spitex (prospettiva clienti)

Sono stati utilizzati quattro item per registrare come i/le clienti hanno vissuto la collaborazione e il coordinamento dello Spitex negli ultimi due mesi. La maggior parte degli assistiti si è detta sempre o quasi sempre d'accordo con il/la dipendente Spitex sui propri bisogni di cura e assistenza (93,9%) ed è stata sempre o quasi sempre coinvolta nelle decisioni sulla cura/assistenza (77,1%). La frequenza con cui il/la dipendente Spitex comunicava con altri operatori sanitari (ad es. il medico di famiglia) è stata giudicata bassa (da «mai» a «raramente») dal 35,9% degli/delle intervistati/e. Analogamente, la frequenza con cui vengono discusse le cure/l'assistenza future (tra dipendente Spitex e cliente) è stata valutata con «mai» o «raramente» dal 29,7% dei/delle clienti (cfr. Figura 57).

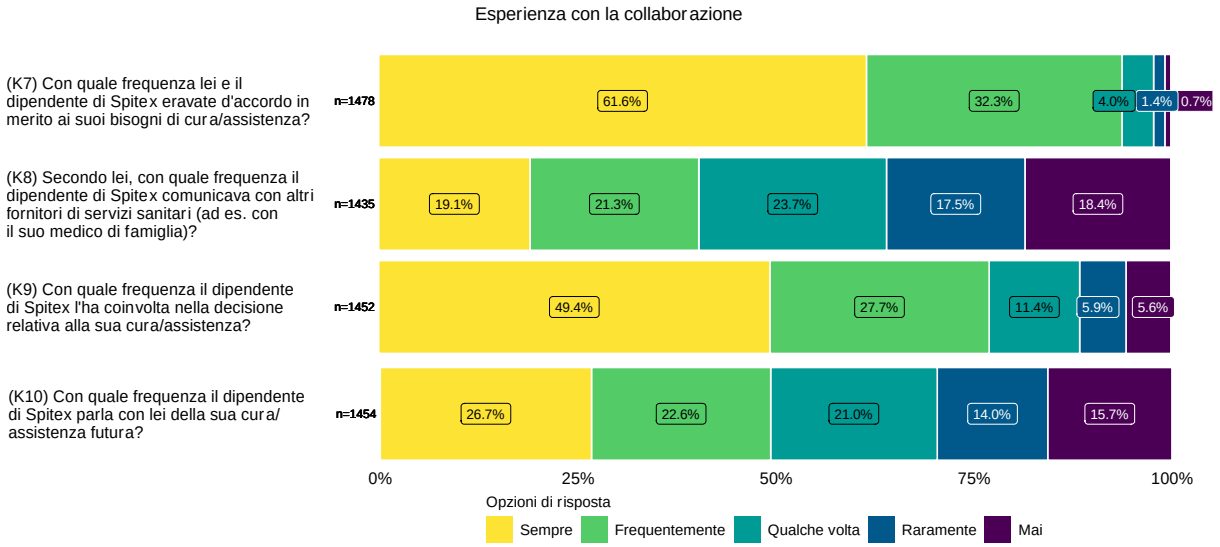
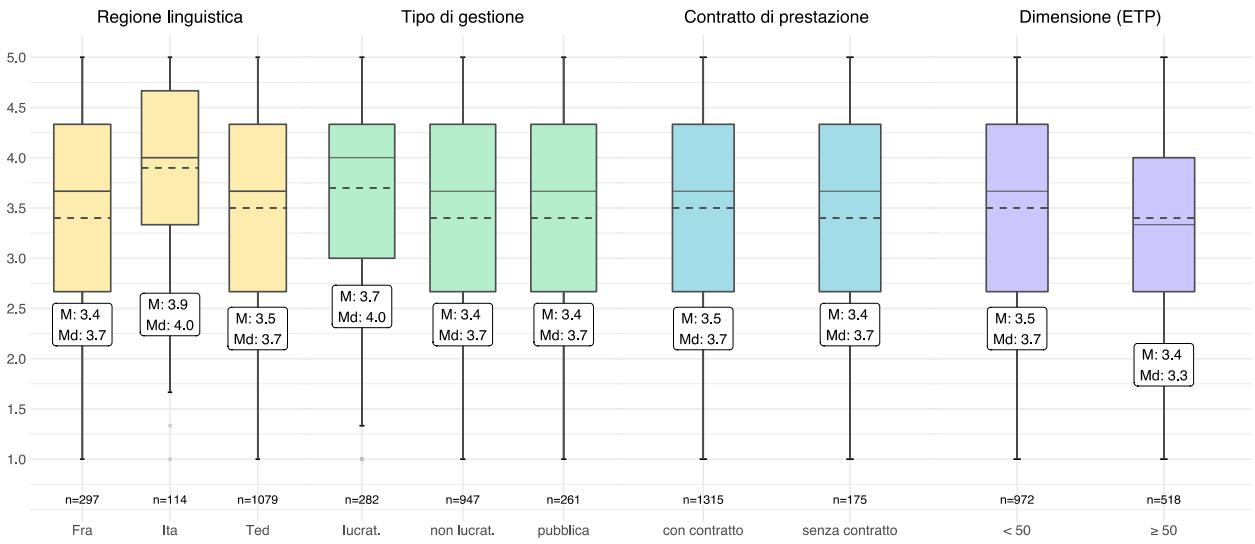


Figura 57: Esperienza di collaborazione con il/la dipendente Spitex (prospettiva clienti)

Con gli ultimi tre item di cui sopra (Figura 57 – K8-K10) è possibile formare la scala *Nominated provider* basata sullo strumento *Client Perceptions of Coordination Questionnaire* (CPCQ) [70]. (Nell'indagine psicometrica dei dati SPOT^{nat} non è stato possibile confermare la scala originale con tutti e quattro gli item). Questa scala misura il coordinamento delle cure nell'assistenza sanitaria dal punto di vista dei/delle clienti. Come valore della scala viene calcolato il valore medio dei tre item (delle opzioni di risposta da 1 – «mai» a 5 – «sempre»). Più alto è il valore della scala, migliore è la valutazione della collaborazione e del coordinamento. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Valutazione della collaborazione e del coordinamento).

Se si analizza la valutazione dei/delle clienti dei quattro gruppi nella Figura 58, sia la mediana che il valore medio della scala sono per lo più inferiori a 4 (la frequenza è inferiore a «frequentemente»). Se si confrontano i risultati dei gruppi, si nota in particolare un valore significativamente più alto nella regione linguistica italiana con un valore medio di 3,9 rispetto alla Svizzera tedesca e alla Svizzera francese con rispettivamente 3,5 e 3,4. Differenze sono evidenti anche tra le organizzazioni private a scopo lucrativo (M 3,7) e quelle private a scopo non lucrativo (M 3,4) e di diritto pubblico (M 3,4).



Strumento: *Client Perceptions of Coordination Questionnaire* (CPCQ), Scala *Nominated provider* [70]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 58: CPCQ-Valutazione della collaborazione e del coordinamento (confronto di gruppo) (prospettiva clienti)

Calcolata su tutti i clienti e le clienti, la scala *Nominated provider* (valutazione della collaborazione e del coordinamento) [70] ha ottenuto una mediana di 3,7 [IQR 2,7-4,3] e una media di 3,5 (SD 1,1).

11.2 Valutazione del ruolo coordinativo dei/delle dipendenti Spitex (prospettiva clienti)

Nei cinque item successivi ai clienti/alle clienti è stato richiesto di valutare il ruolo coordinativo dei/delle dipendenti Spitex. Per tutto il tempo in cui hanno ricevuto cure/assistenza da questo Spitex, la maggioranza dei/delle clienti intervistati/e (84,8%) ha riferito che il/la dipendente Spitex era «ben» o «molto ben» informato/a sulle loro esigenze di salute. Allo stesso modo, il 77,1% ha riferito che il/la dipendente è «ben» o «molto ben» informato/a sull'assistenza sanitaria ricevuta da altri. Oltre la metà dei/delle clienti (54,5%) afferma che il/la dipendente li aiuta «bene» o «molto bene» a ricevere l'assistenza sanitaria di cui necessitano da altri fornitori di servizi sanitari (cfr. Figura 59).

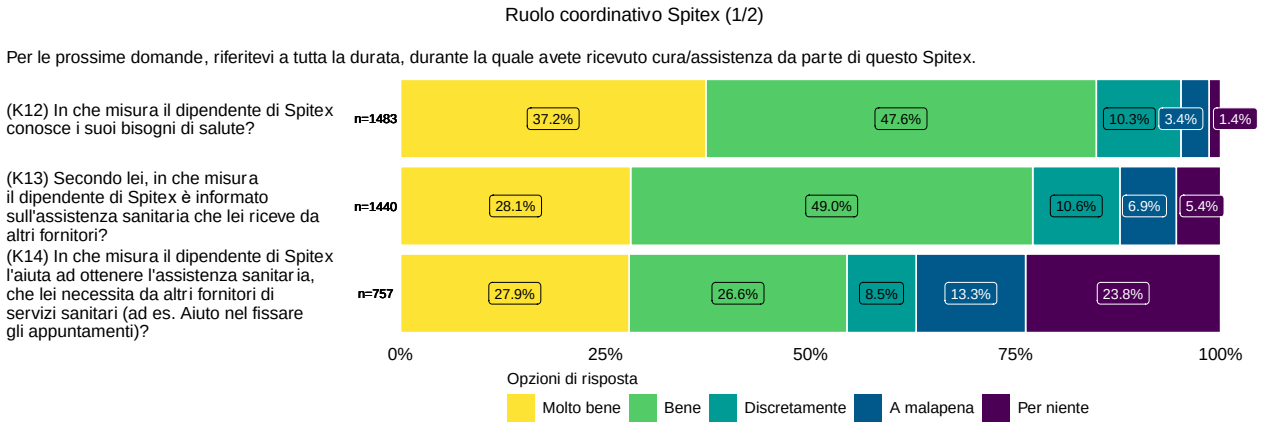


Figura 59: Ruolo coordinativo Spitex (1/2) (prospettiva clienti)

Alla domanda, con quale frequenza il/la dipendente Spitex si rivolge ad altri fornitori di servizi sanitari in relazione all'assistenza sanitaria dei/delle clienti, il 28,4% ha risposto «qualche volta», il 19,5% «raramente» e il 14,6% «mai». Oltre la metà (55,1%) dei/delle clienti intervistati/e ha riferito che il/la dipendente Spitex non resta «mai» o «quasi mai» in contatto con loro se ricevono assistenza medica altrove (cfr. Figura 60).

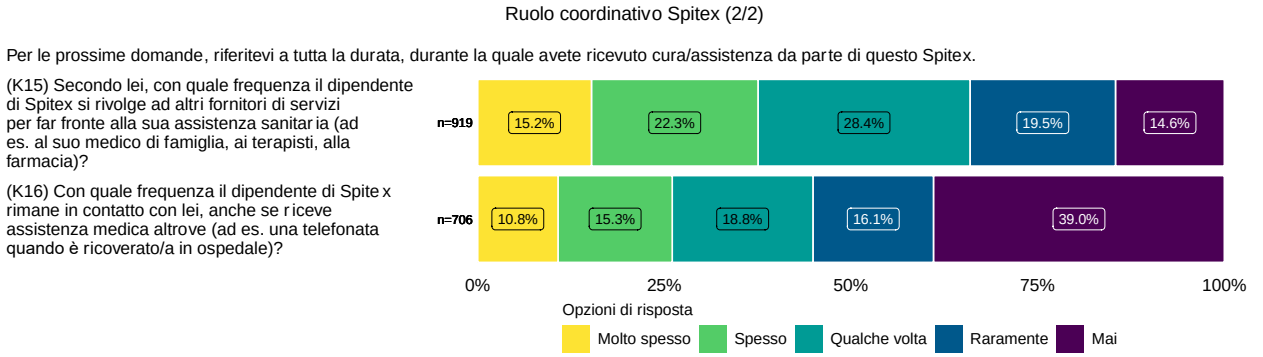
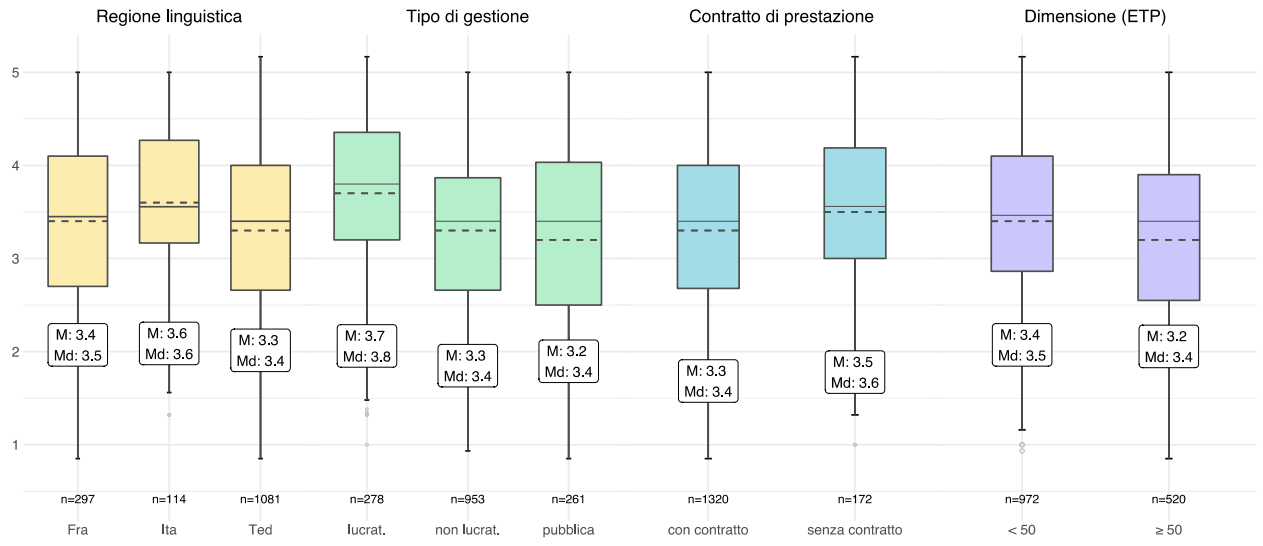


Figura 60: Ruolo coordinativo Spitex (2/2) (prospettiva clienti)

Dai cinque item di cui sopra (Figura 59 e Figura 60) è possibile formare la scala *Coordination Role* dello strumento *Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians* (CC-MC) [71]. Questa scala misura il ruolo di coordinamento dello Spitex dal punto di vista dei/delle clienti. Come valore di scala, i cinque item (opzioni di risposta da 1 – «per niente/mai» a 5 – «molto bene/molto spesso») sono ordinati in base alla crescente difficoltà del ruolo di coordinamento e al crescente coinvolgimento del coordinatore. Vengono quindi assegnate ponderazioni maggiori agli item più difficili, ottenendo così una media ponderata (ulteriori informazioni sul calcolo della scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Valutazione del ruolo coordinativo). Più alto è il valore della scala, migliore è il ruolo di coordinamento.

Se osserviamo la valutazione dei/delle clienti dei quattro gruppi nella Figura 61, possiamo notare che la differenza maggiore è tra le regioni linguistiche e tipo di gestione. La Svizzera italiana ha conseguito valori più alti (M 3,6) rispetto alla Svizzera francese (M 3,4) e alla Svizzera tedesca (M 3,3). Le organizzazioni private a scopo lucrativo hanno ottenuto valori più alti (M 3,7) rispetto alle organizzazioni private a scopo non lucrativo (M 3,3) e alle organizzazioni di diritto pubblico (M 3,2).



Strumento: *Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians (CC-MC)*, Scala *Coordination Role* [71]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 61: Scala CC-MC – Valutazione del ruolo di coordinamento (confronto di gruppo) (prospettiva clienti)

Se includiamo i dati di tutti i clienti e tutte le clienti, la scala *Coordination Role (*valutazione del ruolo di coordinamento*)* [71] ottiene una mediana di 3,4 [IQR 2,7-4,0] e una media di 3,4 (SD 0,9).

«Il coordinamento è un'attività essenziale nell'assistenza e nella cura a domicilio e dovrebbe essere maggiormente riconosciuto.»

Catherine Busnel

Responsabile Reparto Ricerca e Sviluppo

Institution genevoise de maintien à domicile

Sandrine Gelez

Responsabile del Centre de maintien à domicile

Institution genevoise de maintien à domicile

Sono stati accertati nel complesso i primi risultati sulla percezione dei clienti per quanto concerne la collaborazione e il coordinamento con i professionisti e le professioniste. Mentre c'è una valutazione fortemente positiva per quanto riguarda la necessità di servizi di assistenza e supporto, la valutazione relativa alla frequenza dello scambio di informazioni e alla considerazione della prospettiva assistenziale è meno soddisfacente, in quanto questi punti sono percepiti come poco o per nulla affrontati. Tali risultati indicano che i clienti e le clienti distinguono tra le loro esigenze di assistenza/cura e quelle di comunicazione e coordinamento. La valutazione del ruolo della collaborazione, del coordinamento e della comunicazione suggerisce che questo non è ancora ottimale e non sembra essere sufficientemente radicato nella prassi corrente per garantire la continuità dell'assistenza a lungo termine. La casa non sembra essere il luogo in cui la comunicazione tra professionisti e clienti è più visibile, inoltre, questa molto spesso si interrompe quando il cliente o la cliente riceve cure mediche altrove.

I risultati di questo studio evidenziano le principali sfide che devono essere affrontate per garantire la qualità dell'assistenza/cura. Esse si riferiscono ai quattro pilastri dell'assistenza primaria [72]: contatto, completezza, coordinamento e continuità (le quattro C dall'inglese: *contact*, *comprehensiveness*, *coordination* e *continuity*) [72]. A nostro avviso, i risultati dello studio potrebbero influire sui seguenti aspetti:

- previsione di interventi assistenziali futuri (ad esempio, l'allestimento di una pianificazione anticipata delle cure o di un documento con le disposizioni del paziente) e relativo monitoraggio. Ciò vale in particolare per le situazioni complesse o con rischi di complessità per le quali è necessario adottare misure coordinate;
- punti di vista comuni e diversi di tutti gli stakeholder per quanto riguarda la qualità dell'assistenza/delle cure e quella della comunicazione;
- accesso facilitato alle informazioni sulla salute e sull'assistenza che sono effettivamente condivise da tutte le parti interessate, compresi i clienti e le clienti (cartella informatizzata del paziente);
- il riconoscimento dell'importanza del coordinamento, che dovrebbe essere al centro delle misure di assistenza e cura a domicilio.

Inoltre, questi risultati stimolano svariate riflessioni nelle seguenti aree:

- la necessità di ulteriori chiarimenti sul termine «coordinamento». A seconda del contesto, il termine «coordinamento» viene utilizzato per descrivere diverse attività svolte in particolare da professionisti. Il coordinamento può quindi significare passaggio di informazioni, ma anche accordo sulla pianificazione o attenzione alla complementarietà nello sviluppo interprofessionale o nel perseguimento di obiettivi comuni;
- l'importanza e la posizione dei clienti e delle clienti nell'intero processo di cura e la necessità di considerare i clienti/parenti curanti come veri e propri partner nell'assistenza (modello di Montreal [73]);
- la necessità di un'ulteriore formazione e di un training di simulazione con i clienti/partner (*Centre interprofessionnel de simulation*);
- l'imprescindibilità di una valutazione globale e multidimensionale dell'assistenza/delle cure, che permetta di visualizzare le convergenze (risorse in senso lato, visione condivisa) e le divergenze (problemi, rischi o zone grigie) per concordare la continuità dell'assistenza/delle cure (in particolare, la definizione di obiettivi comuni, la conoscenza delle priorità di tutti i soggetti coinvolti, la condivisione delle prospettive);
- posizione del o della *case manager* per garantire la continuità prima, durante e dopo l'assistenza Spitex, soprattutto nei casi più complessi;
- facile accesso e reperibilità delle informazioni sulla comunicazione, la collaborazione e il coordinamento nelle cartelle cliniche e, in futuro, nella cartella informatizzata del paziente (CIP);
- cambiamento culturale a livello macro, intermedio e micro in termini di:
    - importanza del coordinamento come misura di assistenza reale: a livello di finanziamento e di decisioni di politica sanitaria (macrolivello), a livello di processi, metodi di implementazione e monitoraggio (mesolivello) e a livello di implementazione e impatto sull'assistenza/cura, per quanto riguarda le interruzioni dell'assistenza/cura o i ricoveri (microlivello);
    - strumenti di comunicazione come le chiamate dirette dal domicilio dei e delle clienti (e-health, tele-health, tele-coordinamento);
- raccomandazioni operative, come il controllo di qualità delle cartelle, delle informazioni e dei dati importanti (ad es. istituendo un sistema di monitoraggio clinico-gestionale per controllare la pianificazione anticipata delle cure, le disposizioni del paziente, il coordinamento, ecc.).

11.3 Coordinamento nel team di assistenza (prospettiva dipendenti)

I seguenti cinque item in materia di coordinamento hanno valutato l'inoltro tempestivo delle informazioni e il coordinamento delle attività tra gli specialisti. A queste domande hanno risposto soltanto i/le dipendenti Spitex il cui ruolo implicava scambi con altri specialisti (ad esempio medici, assistenti sociali, personale ospedaliero, personale delle farmacie).

La maggior parte dei/delle dipendenti (93,2%) ha dichiarato di ricevere «frequentemente» o «molto frequentemente» informazioni rilevanti dai colleghi/dalle colleghe Spitex al momento giusto, mentre il 67,7% dispone molto meno spesso delle informazioni necessarie da parte di altri professionisti al momento giusto. Inoltre, una percentuale elevata dei/delle dipendenti Spitex intervistati, pari al 78,3%, ha affermato di ricevere da «qualche volta» a «molto frequentemente» informazioni dai/dalle clienti o dai loro parenti, le quali dovevano essere trasmesse da un/una professionista. Al contrario, la maggioranza dei partecipanti ha indicato che il coordinamento delle attività è «qualche volta» fino a «molto frequentemente» buono (95,5%) e che si verificano sovrapposizioni solo «raramente» o «mai/quasi mai» (51,6%) (cfr. Figura 62).

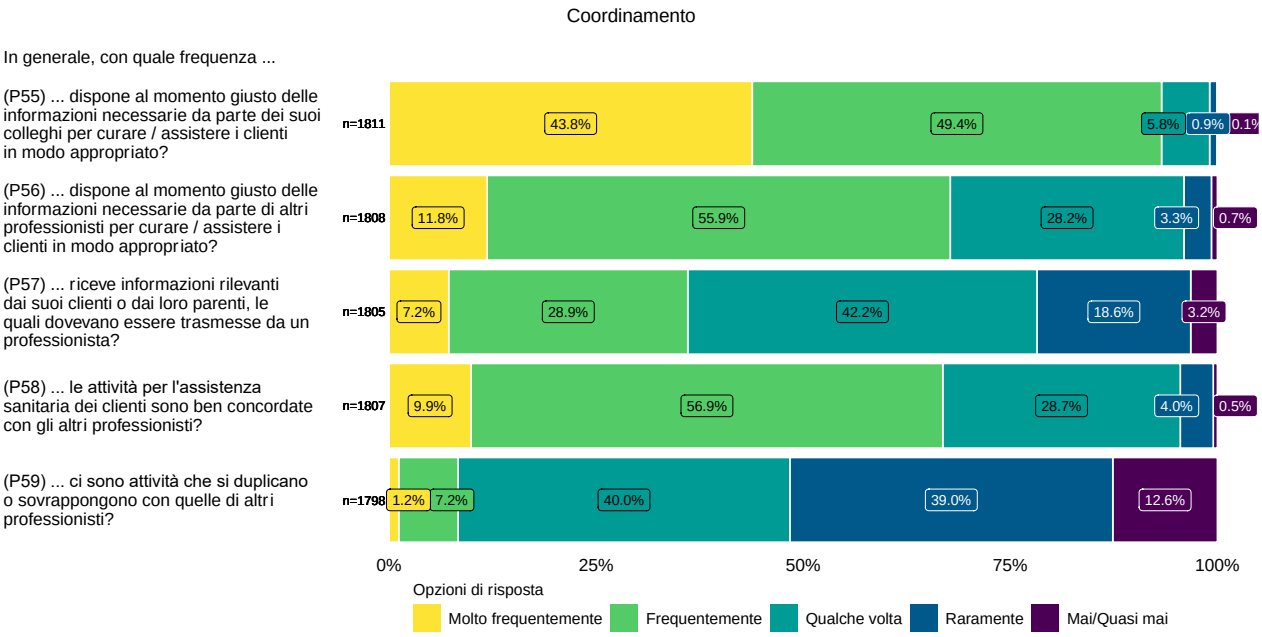


Figura 62: Coordinamento (prospettiva dipendenti)

11.4 Carenze nel coordinamento (prospettiva dipendenti)

Sette item del questionario dipendenti hanno analizzato la frequenza con la quale si verificano determinate situazioni che rivelano carenze nel coordinamento. Anche a queste domande hanno risposto soltanto i/le dipendenti Spitex il cui ruolo implicava scambi con altri specialisti (ad esempio medici, assistenti sociali, personale ospedaliero, personale delle farmacie).

In sintesi, i risultati mostrano che circa la metà degli intervistati riscontra carenze di coordinamento nelle situazioni esaminate con una frequenza compresa tra «qualche volta» e «frequentemente» (cfr. Figura 63). Tuttavia, spiccano soprattutto due dati: un quinto (20,7%) dei partecipanti ha affermato di non essere sufficientemente informato sulle condizioni di un/una cliente da «frequentemente» o «molto frequentemente», e un quarto (25,4%) dei partecipanti ha persino dichiarato di non avere abbastanza tempo per discutere di situazioni critiche dei/delle clienti con altri fornitori di prestazioni.

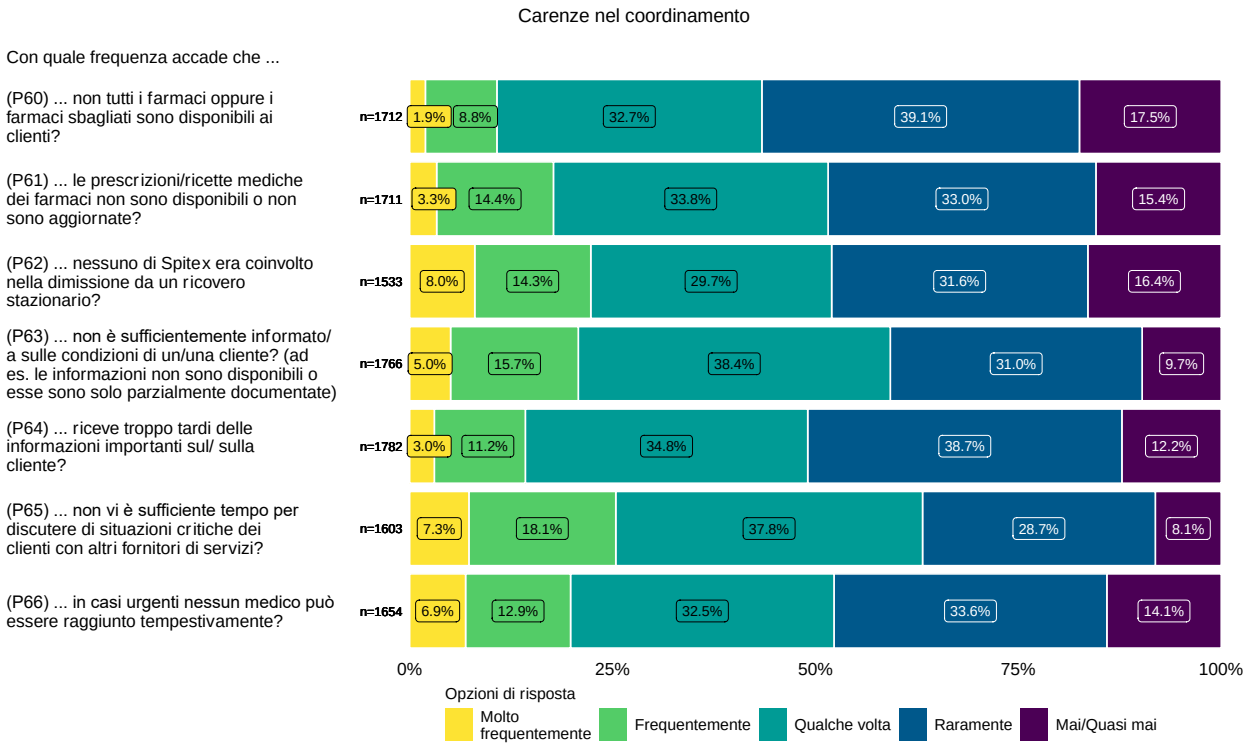
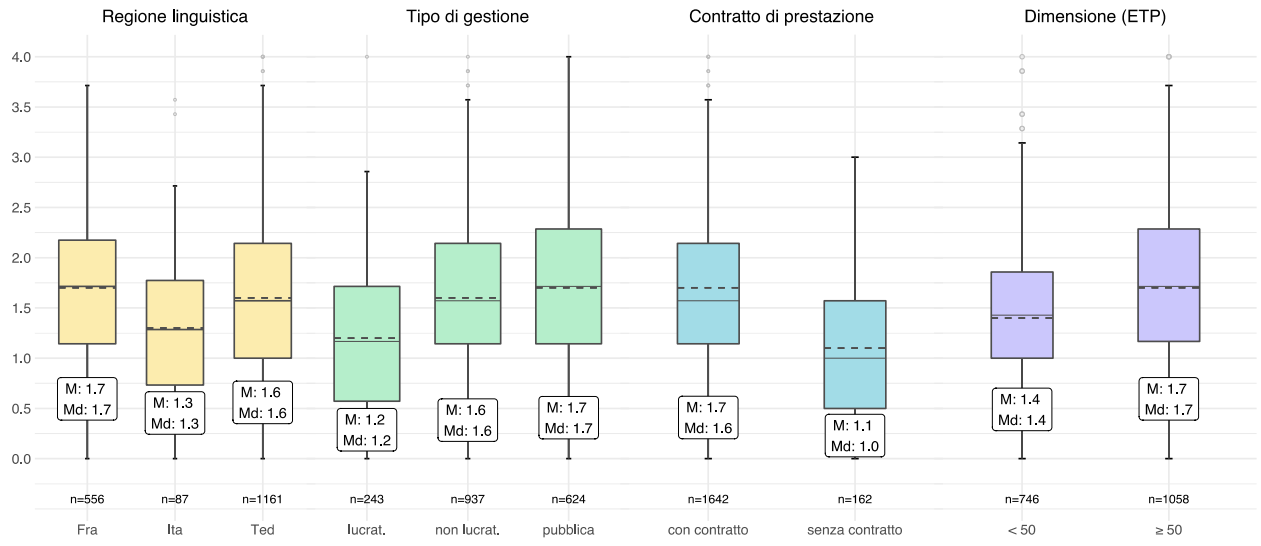


Figura 63: Carenze nel coordinamento (prospettiva dipendenti)

Con gli item di sopra (Figura 63) è possibile formare la scala «Carenze nel coordinamento» (sviluppata dal team di ricerca SPOT^{nat}). Nell'applicare la scala, viene calcolato il valore medio dei sette item (delle opzioni da 0 – «mai/quasi mai» a 4 – «molto frequentemente»), con i valori medi più elevati che indicano le carenze del coordinamento più comuni. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Carenze nel coordinamento).

Confrontando i risultati di gruppo, si nota che alle organizzazioni Spitex di diritto privato a scopo lucrativo (M 1.2) e/o senza contratto di prestazione (M 1.1) e/o meno di 50 equivalenti a tempo pieno (M 1.4) corrispondono valori più bassi ovvero carenze del coordinamento meno frequenti. Anche la regione linguistica italiana ha ottenuto valori più bassi (M 1,3), ovvero meno carenze di coordinamento, rispetto alla regione linguistica tedesca (M 1,6) e francese (M 1,7) (cfr. Figura 64).



Strumento: Carenze nel coordinamento (sviluppato dal team di ricerca SPOT^{nat}).
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 64: Scala Carenze del coordinamento (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sulla base di tutte le risposte del personale Spitex, la scala Carenze nel coordinamento (sviluppata dal team di ricerca SPOT^{nat}) ha ottenuto una mediana di 1,6 [IQR 1,0-2,1] e una media di 1,6 (SD 0,8).

11.5 Esperienza con il coordinamento dei servizi sanitari (prospettiva clienti)

I tre item seguenti sono stati utilizzati per analizzare come i/le clienti vivono in generale la collaborazione tra i vari professionisti sanitari. Oltre due terzi dei/delle clienti hanno dichiarato che non si sono «mai» presentate situazioni nelle quali siano state comunicate informazioni contraddittorie, i vari professionisti non abbiano collaborato bene tra di loro o i professionisti non sapessero chi dovesse fare cosa. Solo circa l'1% degli intervistati era di opinione diversa e ha dichiarato di avere incontrato «molto frequentemente» tali situazioni (cfr. Figura 65).

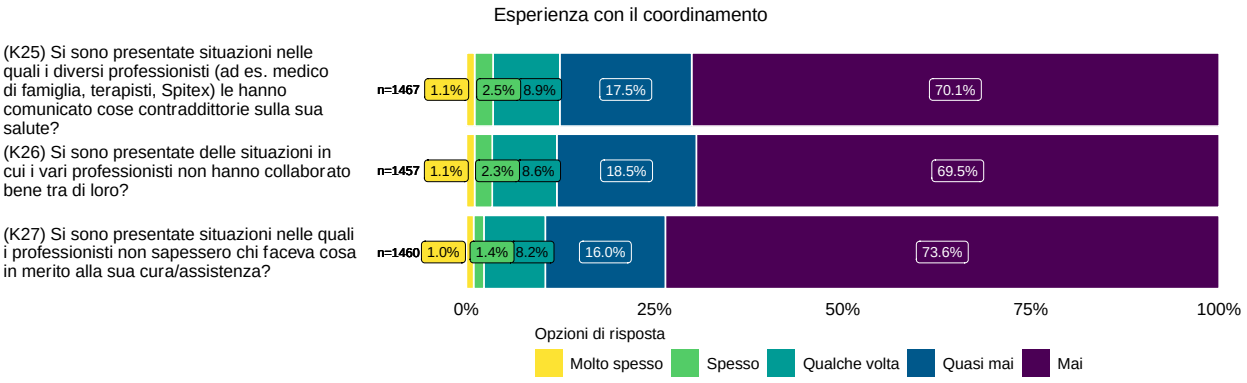


Figura 65: Esperienza con il coordinamento (prospettiva clienti)

Con i tre item di cui sopra (Figura 65) è possibile comporre la scala *Role Clarity & Coordination between Clinics* dello strumento CC-MC [71]. Le opzioni di risposta sono state dicotomizzate in 0 («mai», «quasi mai») e 1 («molto spesso», «spesso», «qualche volta»). Dopo avere ricodificato le opzioni di risposta come 0 e 1, sono state sommate le risposte dicotomizzate dei tre item (perciò i valori delle somme potevano

variare tra 0 e 3). Più alto è il valore della scala, peggiore è la coordinazione. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Esperienza con il coordinamento dei servizi sanitari).

Il valore totale della scala in SPOT^{nat} mostra che il 21,5% dei/delle clienti partecipanti al sondaggio ha scelto un'opzione tra «qualche volta» e «molto spesso» in almeno uno dei tre item. Solo il 3,6% dei/delle clienti ha barrato in tutti e tre gli item le opzioni da «qualche volta» a «molto spesso» (punteggio totale di 3). Poiché i valori sono così bassi (M 0,3 (SD 0,7)), non è possibile rappresentare i risultati in maniera significativa con un grafico.

Per quanto riguarda le differenze tra i gruppi, non si riscontrano differenze significative.

«I team di assistenza devono stabilire insieme quali regole debbano essere applicate al loro interno. Tuttavia, per portare a termine questo lavoro di coordinamento esaustivo e necessario, tutti i partner coinvolti devono disporre di risorse temporali e finanziarie adeguate.»

Dr. med. Marc Jungi

Medicina interna generale FMH,

Membro del consiglio direttivo mfe (Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera),

Consiglio di esperti Piattaforma Interprofessionalità

Considerando la realtà demografica, la carenza di lavoratori qualificati in vari gruppi professionali in ambito sanitario e la crescente complessità dei bisogni assistenziali, cresce sempre più l'importanza della gestione interprofessionale dei/delle pazienti e, di conseguenza, dell'assistenza primaria che ricevono dai nostri team. Tra i fattori di successo per un'elevata qualità del trattamento da parte dei team interprofessionali troviamo, oltre a una chiara assegnazione delle responsabilità, una comunicazione tempestiva e un coordinamento preciso delle attività assistenziali da svolgere.

Dai risultati dello studio è evidente che le informazioni all'interno della stessa organizzazione Spitex sono disponibili in modo significativamente più tempestivo rispetto alle informazioni provenienti da altri gruppi professionali. Esiste inoltre un chiaro potenziale di ottimizzazione nel coordinamento delle attività assistenziali e nella prevenzione di compiti doppi. Purtroppo, i risultati confermano che si verificano già situazioni potenzialmente pericolose per via di carenze del coordinamento e/o mancanza di tempo. Un po' sorprende che i/le pazienti valutino complessivamente il coordinamento delle attività da buono a molto buono.

Per ridurre ulteriormente le situazioni critiche nell'assistenza domiciliare, è evidente che in futuro la trasmissione delle informazioni rilevanti e il coordinamento delle attività assistenziali tra i professionisti dei team debbano avvenire con maggior efficienza e tempestività. Oltre ai canali elettronici protetti e bidirezionali, il lavoro in team interprofessionale richiede anche piattaforme comuni protette e, a seconda dei casi, una buona reperibilità telefonica. Inoltre, è utile che i team di assistenza determinino congiuntamente quali regole debbano essere applicate al loro interno, poiché questo migliora anche l'apprezzamento e l'efficienza della cooperazione. Tuttavia, per portare a termine questo lavoro di coordinamento esaustivo e necessario, tutti i partner coinvolti devono disporre di risorse temporali e finanziarie adeguate.

11.6 Valutazione generale del coordinamento (prospettiva clienti)

Nelle due domande successive è stato chiesto ai/alle clienti di valutare il coordinamento delle cure/dell'assistenza.

Nel primo item si è chiesto se i professionisti fossero a conoscenza di eventuali cambiamenti. La stragrande maggioranza, l'89,1%, ha risposto negativamente alla domanda, il che significa che i professionisti erano sempre a conoscenza delle modifiche nel trattamento (cfr. Figura 66).

Per il secondo item è stato chiesto ai/alle clienti di dare una valutazione generale del coordinamento (cfr. Figura 67). Oltre l'88% degli intervistati ritiene che la propria cura/assistenza sia stata «sempre» o «frequentemente» ben coordinata negli ultimi due mesi. Solo poco più del 4,5% degli intervistati ha dichiarato che l'assistenza non è «mai» o «raramente» ben coordinata.

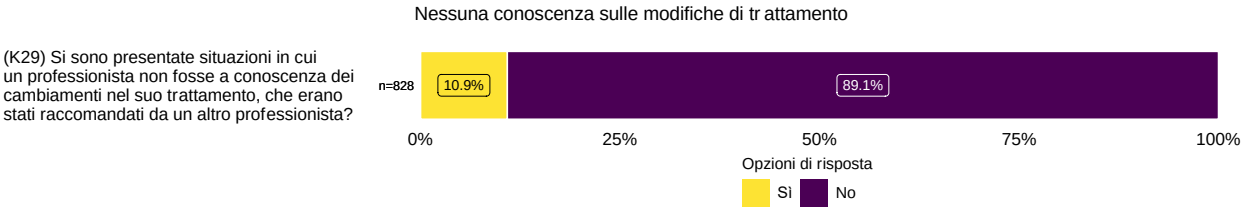


Figura 66: Nessuna conoscenza sulle modifiche di trattamento (prospettiva clienti)

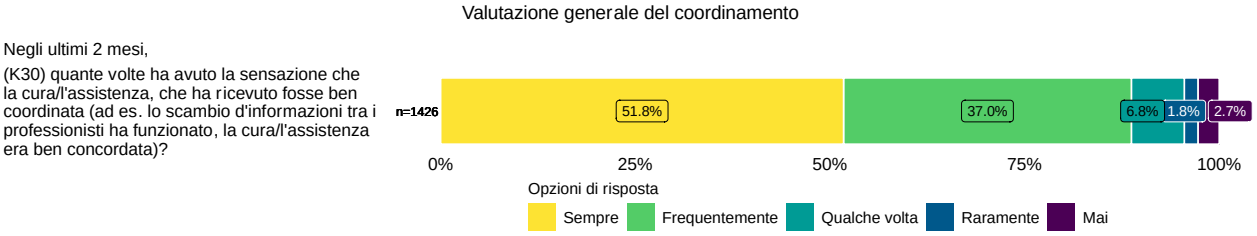


Figura 67: Valutazione generale del coordinamento (prospettiva clienti)

11.7 Valutazione generale del coordinamento (prospettiva parenti)

La prospettiva dei parenti sul coordinamento generale è stata rilevata con due item. Da un lato, ai parenti, come ai/alle clienti, è stato chiesto di dare una valutazione generale del coordinamento (cfr. Figura 68), dall'altro, è stato chiesto loro di valutare con un numero da 0 a 10 quanto ritenessero dispendioso il coordinamento con tutti i professionisti sanitari coinvolti (nessuna figura).

I risultati sono simili a quelli dei/delle clienti: oltre l'85% dei parenti ha valutato l'assistenza/la cura come «sempre» o «frequentemente» ben coordinata negli ultimi due mesi. Una minoranza (6,2%) degli intervistati è di parere opposto e valuta l'assistenza come «mai» o «raramente» ben coordinata.

Nella valutazione da parte dei parenti dello onere di coordinamento da 0 a 10, dove 0 significava «per niente dispendioso» e 10 «molto dispendioso», la mediana era 4,0 [IQR 1,0-7,0].

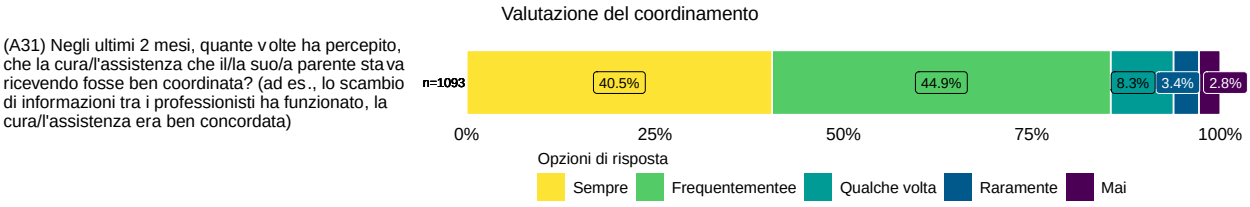


Figura 68: Valutazione del coordinamento (prospettiva parenti)

11.8 Valutazione generale del coordinamento (prospettiva dipendenti)

Infine, anche al personale Spitex è stato chiesto di valutare il coordinamento/l'organizzazione delle cure e dell'assistenza nella loro organizzazione Spitex. Poco meno di un terzo del personale giudica il coordinamento/l'organizzazione «molto buoni», mentre solo il 9,1% considera il coordinamento/l'organizzazione delle cure e dell'assistenza «abbastanza male» o «molto male» (cfr. Figura 69).

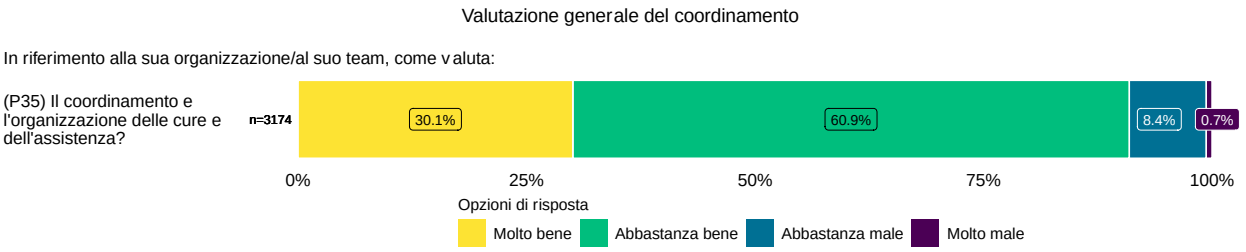


Figura 69: Valutazione generale del coordinamento (prospettiva dipendenti)

Considerando la generale carenza di lavoratori qualificati, in particolare di personale infermieristico qualificato e medici di famiglia, è necessario risolvere le carenze del coordinamento e migliorare il flusso delle informazioni tra Spitex e i partner esterni.

Prisca Stucki-Thür

Infermiera MScN

Infermiera indipendente

I risultati della valutazione del coordinamento sembrano chiaramente più complessi da interpretare.

La maggior parte dei/delle clienti valuta il coordinamento delle conoscenze dello Spitex sulle modifiche nei trattamenti come buono o prevalentemente buono (88,8%). Inoltre, la maggior parte dei parenti dichiara di percepire le cure e l'assistenza sempre o prevalentemente come buone (85,4%). Anche lo Spitex valuta il proprio coordinamento come molto buono o abbastanza buono (91%), e solo nel 9,1% dei casi come carente o piuttosto molto carente. I/Le dipendenti Spitex tendono a valutare il coordinamento della cura e dell'assistenza in maniera meno critica rispetto ai/alle clienti e ai parenti. Nel complesso, i risultati ottenuti sono positivi per i professionisti e le professioniste Spitex.

Questo contrasta con il punto di vista dei/delle dipendenti Spitex, che dichiarano, ad esempio, di ricevere molto spesso o spesso (36,1%) dal/dalla cliente informazioni rilevanti che dovevano essere trasmesse da un/una professionista (Figura 62, item P57), oppure che molto spesso o spesso (17,7%) non sono disponibili liste dei farmaci (Figura 63, item P61). Sebbene lo Spitex non tragga benefici dai margini commerciali sui farmaci, si occupa comunque di questo compito e sembra riuscire a compensare questa mancanza a livello di coordinamento, fungendo da anello di congiunzione tra il medico che effettua la prescrizione e il/la cliente e contribuendo così alla sicurezza di quest'ultimo/a. La mancanza di informazioni da parte dei professionisti esterni complica il processo decisionale clinico e comporta una ricerca attiva di informazioni all'esterno dell'organizzazione. Spetta quindi ai professionisti e alle professioniste Spitex raccogliere le informazioni presso i soggetti esterni, in quanto non le ricevono automaticamente. La compensazione di informazioni mancanti comporta svariati oneri di coordinamento, presumibilmente con costi associati, che potrebbero essere evitati. Al contempo, il personale infermieristico lavora sempre più sotto pressione, a discapito dell'erogazione di ulteriori prestazioni di cura ai/alle clienti.

È possibile supporre che spesso gli specialisti esterni non siano a conoscenza delle informazioni rilevanti per lo Spitex o non siano consapevoli delle conseguenze della mancanza di informazioni e dell'importanza di una ricezione tempestiva. Per evitare i tempi d'attesa in futuro, potrebbe essere utile chiarire le responsabilità o i processi a livello interdisciplinare, poiché la mancanza di informazioni rappresenta un potenziale rischio per il/la cliente. Considerando la generale carenza di lavoratori qualificati, in particolare di personale infermieristico qualificato e medici di famiglia, è necessario risolvere le carenze del coordinamento e migliorare il flusso delle informazioni tra Spitex e i partner esterni.

Le soluzioni IT a livello di interfaccia tra Spitex e i collaboratori esterni potrebbero consentire di automatizzare la trasmissione tempestiva di informazioni rilevanti come le liste dei farmaci, gli elenchi delle diagnosi e le prescrizioni mediche per le cure medico-tecniche. Le persone di riferimento, sia all'interno che all'esterno dello Spitex, dovrebbero essere raggiungibili rapidamente, in modo da garantire il flusso di informazioni. In futuro, la garanzia della qualità nelle organizzazioni Spitex dovrebbe concentrarsi sull'efficacia del coordinamento interno ed esterno e sull'individuazione e l'adozione di misure adeguate.

12 Collaborazione con i parenti

I parenti svolgono numerose attività di assistenza e sostegno che si rivelano fondamentali per la gestione a domicilio delle persone più anziane e fragili. Il coordinamento tra i parenti e il personale Spitex risente spesso di difficoltà nella comunicazione e tensioni interpersonali [74, 75]. Questi aspetti sono alla base del concetto di coordinamento relazionale, secondo il quale «una comunicazione frequente e di qualità, supportata da un rapporto caratterizzato da obiettivi e conoscenze condivisi e da rispetto reciproco, consente alle organizzazioni di raggiungere meglio i propri obiettivi» [76]. Questo capitolo tratta le opinioni del personale e dei familiari sulla cooperazione e il coordinamento.

Risultati SPOT^{nat} sulla collaborazione con i parenti

12.1 Esperienza di collaborazione e coordinamento con i parenti (prospettiva dipendenti)

Ai/Alle dipendenti Spitex è stato chiesto di stimare il numero di clienti che assistono affiancati dai parenti curanti. Più della metà (52,3%) ha dichiarato che nel 60-80% dei casi assiste i/le clienti attuali in collaborazione con i parenti (cfr. Figura 70).

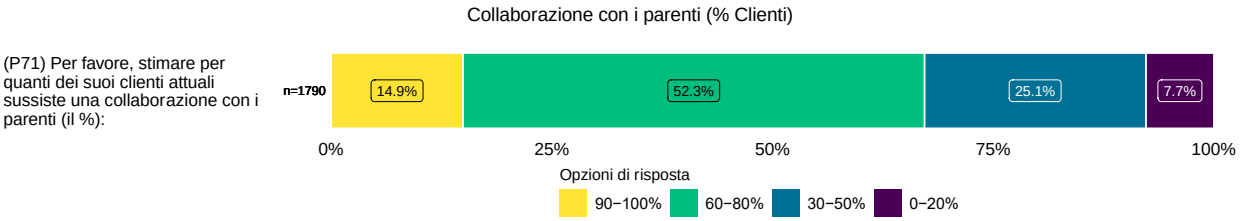


Figura 70: Collaborazione con i parenti (percentuale di clienti) (prospettiva dipendenti)

Il sondaggio SPOT^{nat} ha analizzato tramite sette item due aspetti del coordinamento interpersonale («coordinamento relazionale») – la qualità della comunicazione e la qualità del rapporto dal punto di vista del personale. I primi quattro item riguardavano la qualità della comunicazione (frequenza, tempestività, precisione/correttezza e risoluzione dei problemi). La risoluzione dei problemi è il motivo di coordinamento più frequente, con il 66,8% dei dipendenti intervistati che dichiara di collaborare «continuamente» o «spesso» con i parenti in caso di problemi. La precisione/correttezza della comunicazione è meno frequente (con il 53,5% dei/delle dipendenti che comunica «continuamente» o «spesso» in modo preciso/corretto con i parenti).

Gli ultimi tre item riguardavano la qualità del rapporto con i parenti (conoscenze condivise, apprezzamento e obiettivi comuni). Nell'80,6% dei casi, i/le dipendenti ricevono continuamente o spesso apprezzamento per il proprio lavoro dai parenti. Quasi due terzi (62,5%) dei/delle dipendenti intervistati/e hanno dichiarato che i parenti sono «continuamente» o «spesso» d'accordo con gli obiettivi da loro definiti per l'assistenza sanitaria dei/delle clienti (cfr. Figura 71).

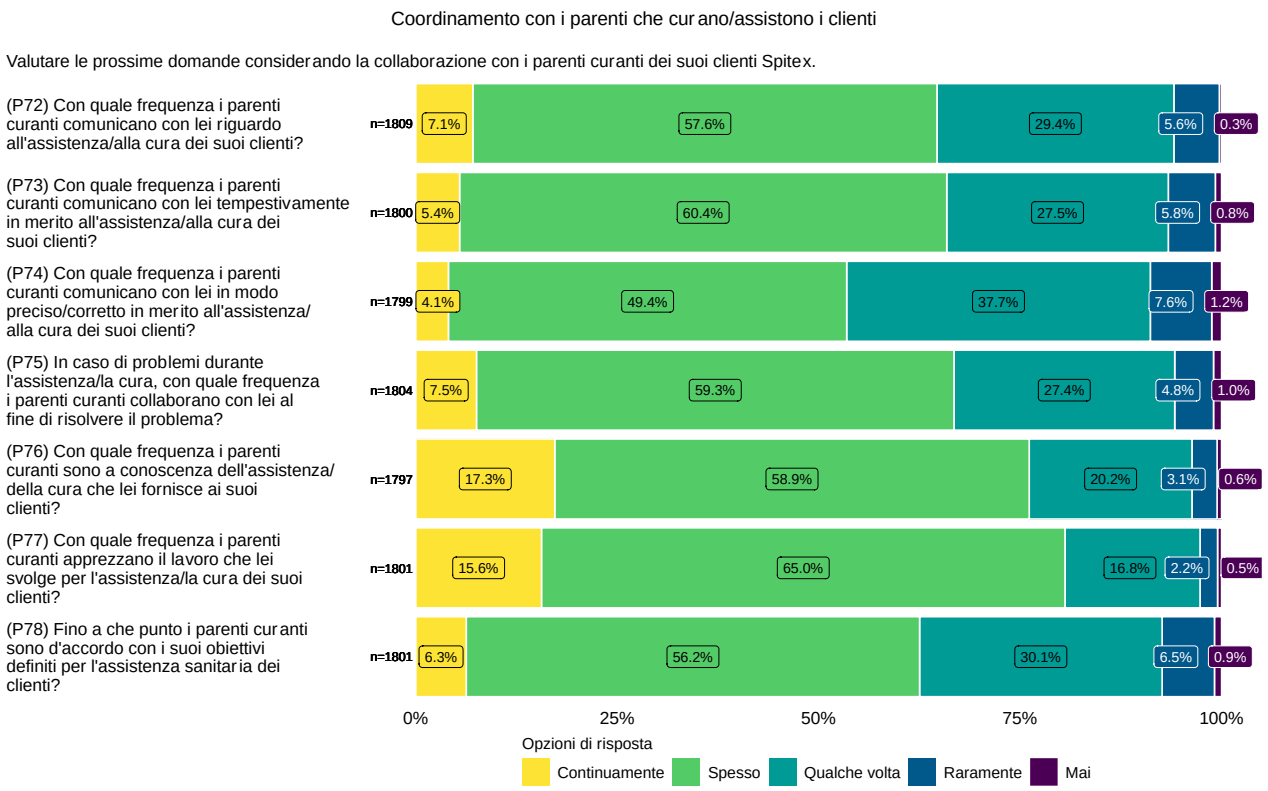
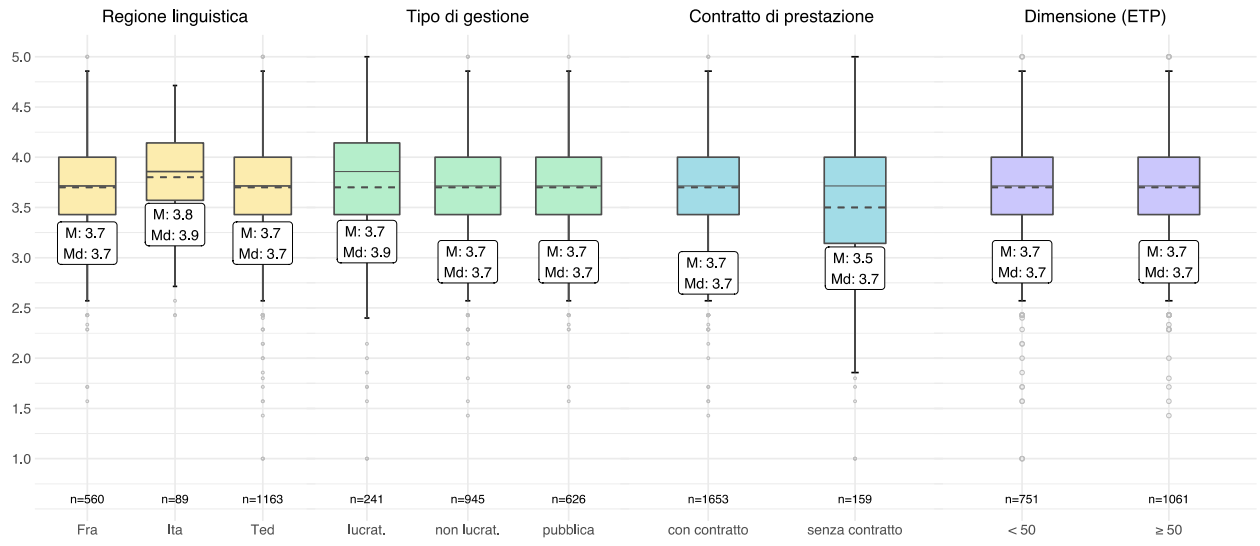


Figura 71: Coordinamento interpersonale con i parenti curanti (prospettiva dipendenti)

Con i setti item di cui sopra (Figura 71) è possibile comporre la scala *Relational Coordination Scale* [76]. La scala misura il coordinamento interpersonale (*relational coordination*) inteso come processo interattivo che rafforza reciprocamente la comunicazione e il rapporto allo scopo di integrare i compiti [76]. Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei sette item (delle opzioni di risposta da 1 – «mai» a 5 – «continuamente»), con i valori più elevati corrispondenti a un migliore coordinamento interpersonale. Ulteriori informazioni sulla scala sono riportate nell'Appendice (Scale - Coordinamento interpersonale).

Confrontando i risultati di gruppo, si nota una performance leggermente migliore nella scala nella regione di lingua italiana (M 3,8) rispetto a quella di lingua tedesca (M 3,7) e nelle organizzazioni Spitex con contratto di prestazione (M 3,7) rispetto a quelle senza contratto di prestazione (M 3,5) (cfr. Figura 72).



Strumento: *Relational Coordination* Scale [76]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 72: Scala Coordinamento interpersonale con i parenti (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

La scala *Relational Coordination Scale* (coordinamento interpersonale) [76] ha una mediana di 3,7 [IQR 3,4-4,0] e una media di 3,7 (SD 0,5) dal punto di vista del personale Spitex.

12.2 Esperienza di coordinamento con la persona di riferimento (prospettiva parenti)

Più di due terzi (71,6%) dei parenti intervistati hanno dichiarato di avere una persona di contatto/riferimento presso il loro Spitex con la quale possono discutere di domande o preoccupazioni in merito alla cura/all'assistenza del/della loro parente (cfr. Figura 73).

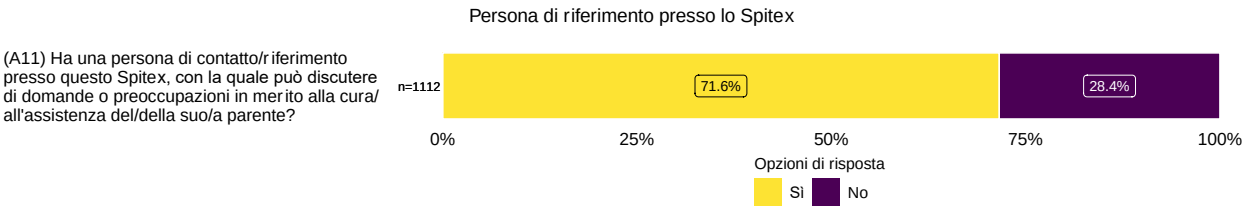


Figura 73: Persona di riferimento presso lo Spitex (prospettiva parenti)

Ai parenti che dispongono di una persona di contatto/riferimento presso lo Spitex è stato chiesto di esprimersi anche in merito a due aspetti del coordinamento interpersonale (qualità della comunicazione e qualità del rapporto). In modo simile ai/alle dipendenti, i parenti hanno dichiarato di collaborare prevalentemente per risolvere problemi («continuamente» o «spesso» per il 66,2%). Tuttavia, quasi due terzi dei parenti (63,4%) hanno indicato che la persona di riferimento comunica con loro solo «qualche volta», «raramente» o «mai» riguardo alla cura/dell'assistenza fornita al/alla parente.

Per quanto riguarda la qualità del rapporto, il 63,2% dei parenti apprezza «continuamente» o «spesso» il lavoro svolto dalla persona di riferimento. La maggior parte (70,5%) degli intervistati ha affermato di essere «continuamente» o «spesso» d'accordo con gli obiettivi definiti per l'assistenza sanitaria del/della parente (cfr. Figura 74).

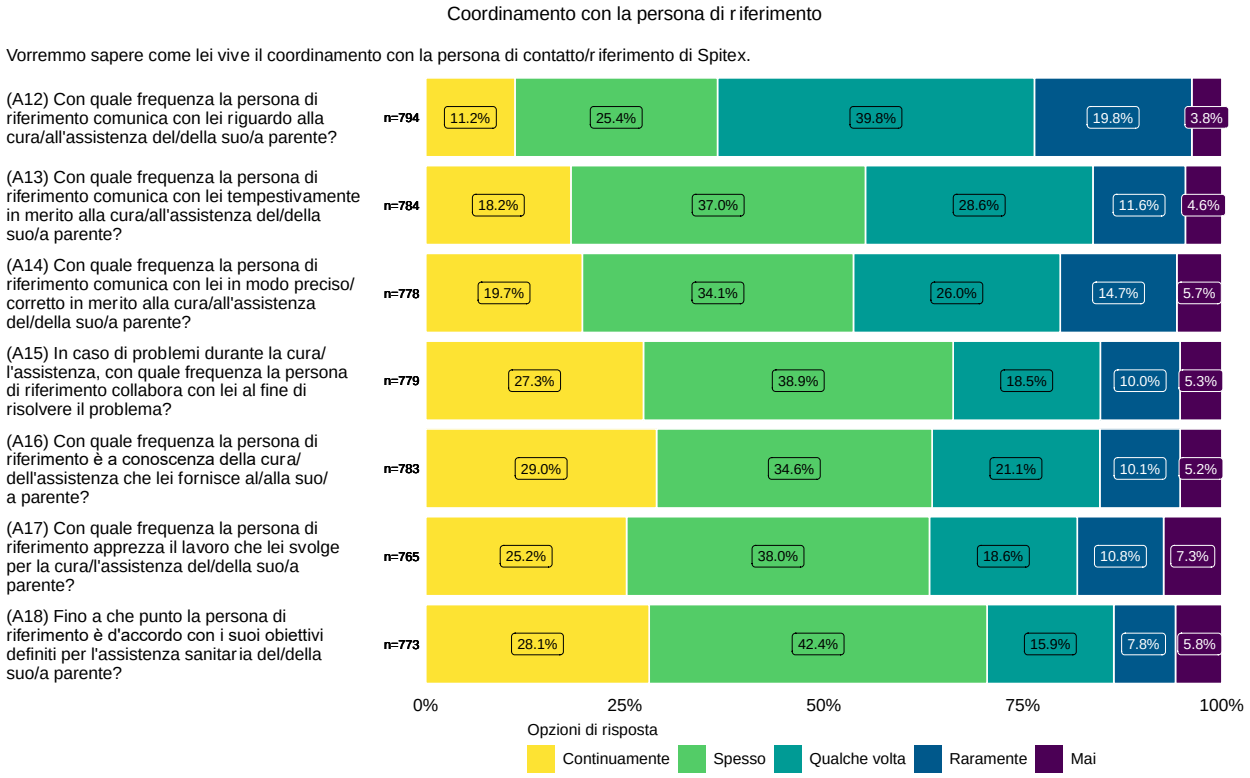
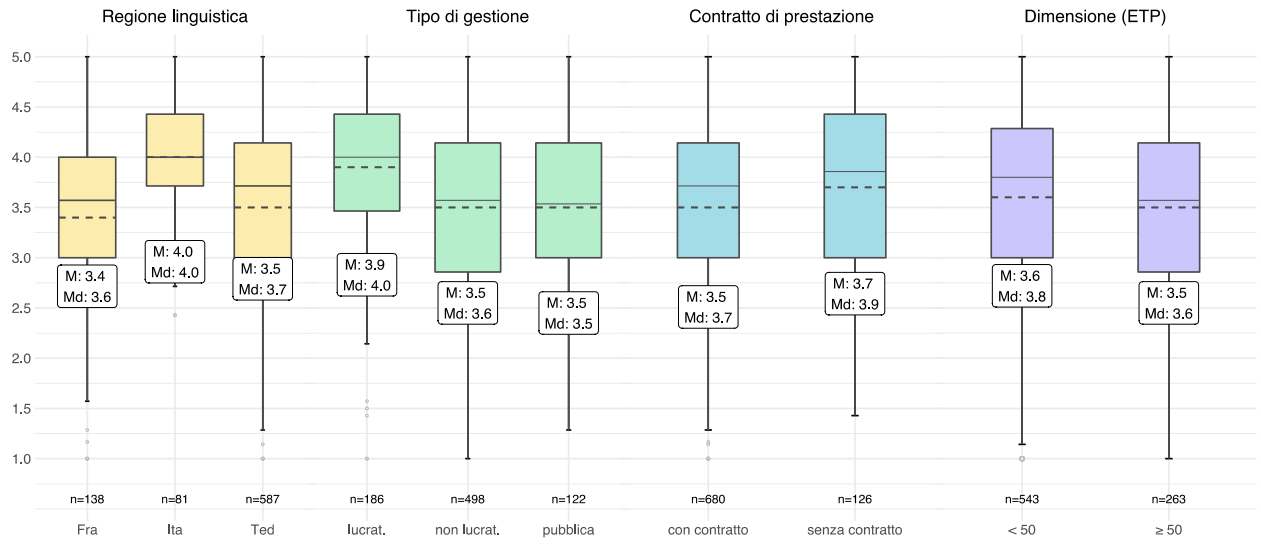


Figura 74: Scala Coordinamento interpersonale con la persona di riferimento (prospettiva parenti)

Analogamente al punto precedente (Capitolo 12.1) con i sette item di cui sopra (Figura 74) è stata composta la scala *Relational Coordination Scale* [76]. Ulteriori informazioni sulla scala sono riportate nell'Appendice (Scale - Coordinamento relazionale).

Confrontando i risultati di gruppo, si nota che la regione di lingua italiana (M 4,0) ha conseguito una performance migliore nella scala (cioè un migliore coordinamento interpersonale) rispetto alle altre regioni linguistiche (tedesca M 3,5, francese M 3,4). Lo stesso vale per le organizzazioni di diritto privato a scopo lucrativo (M 3,9) rispetto a quelle di diritto pubblico (M 3,5) e di diritto privato a scopo non lucrativo (M 3,5) e tra le organizzazioni con e senza contratto di prestazione (M 3,5 e M 3,7 rispettivamente) (cfr. Figura 75).



Strumento: *Relational Coordination* Scale [76]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 75: Scala Coordinamento interpersonale con la persona di riferimento (confronto di gruppo) (prospettiva parenti)

Sulla base di tutte le risposte dei parenti, la scala *Relational Coordination Scale* (Coordinamento interpersonale) [76], ha ottenuto una mediana di 3,7 [IQR 3,0-4,1] e un valore medio di 3,6 (SD 0,9) in relazione alle persone di riferimento Spitex.

12.3 Coordinamento interpersonale con il personale Spitex (prospettiva parenti)

I sette item sul coordinamento interpersonale (qualità della comunicazione e qualità del rapporto) sono stati usati anche per valutare il coordinamento tra i parenti e l'intero personale Spitex, e non solo con la persona di riferimento come al punto 12.2.

La risoluzione dei problemi è il motivo di coordinamento più frequente, con il 56,8% dei parenti intervistati che dichiara di collaborare «continuamente» o «spesso» con il personale Spitex in caso di problemi. La frequenza della comunicazione è invece l'aspetto valutato in maniera più negativa (con il 36,2% dei parenti che comunica «continuamente» o «spesso» con i/le dipendenti Spitex riguardo alla cura/all'assistenza fornita al/alla loro parente).

Gli ultimi tre item riguardavano la qualità del rapporto con i/le dipendenti Spitex (conoscenze condivise, apprezzamento e obiettivi comuni). La frequenza maggiore è stata registrata in merito all'accordo con gli obiettivi definiti per l'assistenza sanitaria del/della parente, con il 57,9% dei parenti intervistati che dichiara di essere «continuamente» o «spesso» d'accordo su tale aspetto. Una frequenza più bassa corrisponde all'apprezzamento: il 49,2% dei parenti indica di apprezzare «continuamente» o «spesso» il lavoro svolto dal personale Spitex per la cura/l'assistenza del/della loro parente (cfr.Figura 76).

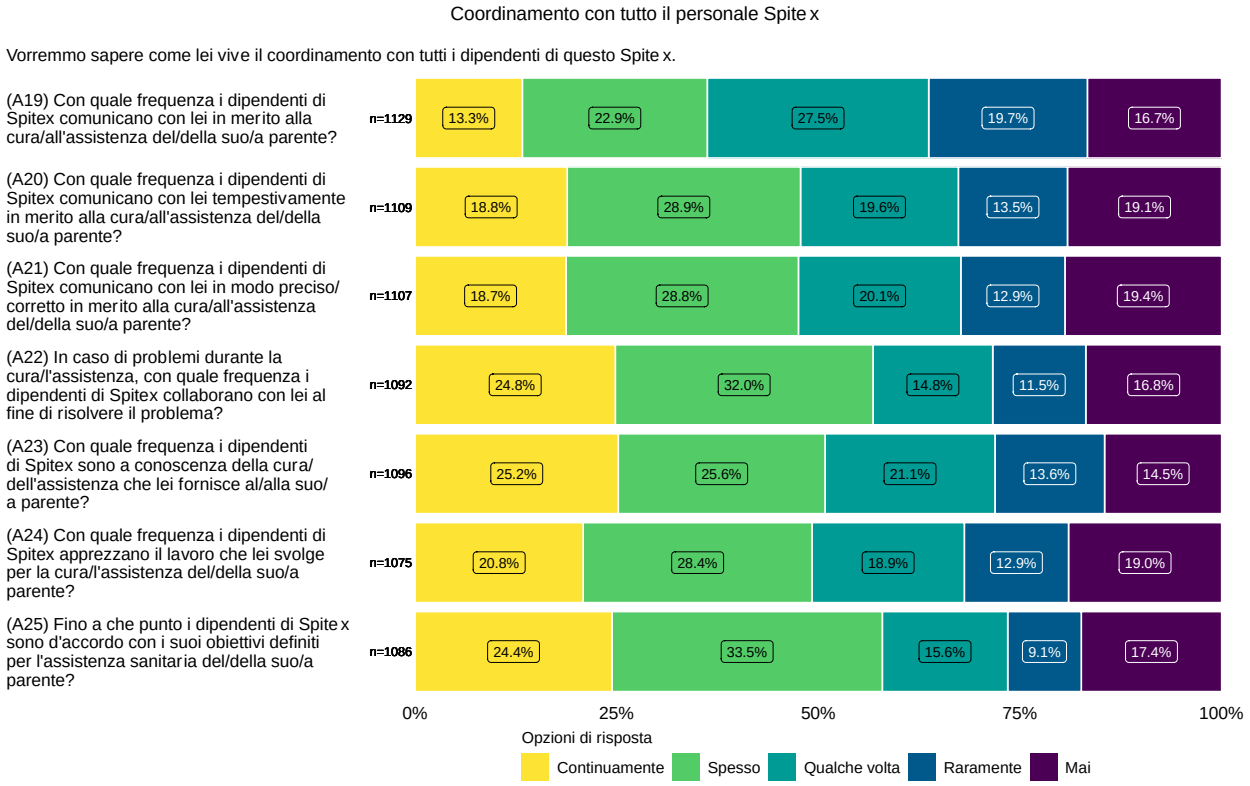
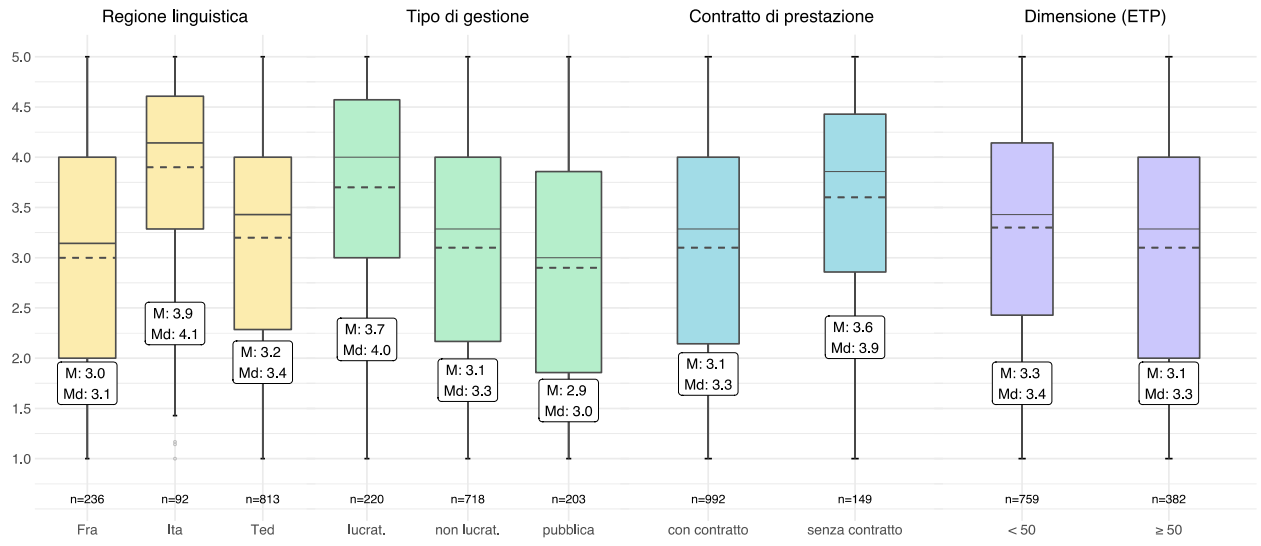


Figura 76: Coordinamento interpersonale con l'intero personale Spitex (prospettiva parenti)

Analogamente ai punti precedenti (Capitolo 12.1 e Capitolo 12.2), con i sette item di cui sopra (Figura 76) è stata composta la scala *Relational Coordination Scale* [76]. Ulteriori informazioni sulla scala sono riportate nell'Appendice (Scale - Coordinamento relazionale).

Confrontando i risultati di gruppo, si notano differenze significative nei gruppi Regioni linguistiche, Tipo di gestione e Contratto di prestazione. La regione di lingua italiana ha ottenuto un punteggio decisamente maggiore (M 3,9) rispetto a quelle di lingua tedesca (M 3,2) e francese (M 3,0). Per quanto riguarda il tipo di gestione, il valore inferiore è stato registrato dalle organizzazioni di diritto pubblico (M 2,9), seguite dalle organizzazioni di diritto privato a scopo non lucrativo (M 3,1) e dal valore più elevato delle organizzazioni di diritto privato a scopo lucrativo (M 3,7). Le organizzazioni senza contratto di prestazione hanno ottenuto punteggi maggiori rispetto alle organizzazioni con contratto di prestazione (M 3,6 e M 3,1 rispettivamente) (cfr. Figura 77).



Strumento: Scala *Relational Coordination* Scale [76]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 77: Scala coordinamento interpersonale con l'intero personale Spitex - Confronto di gruppo (prospettiva parenti)

Sul totale del personale, la scala *Relational Coordination Scale* (Coordinamento interpersonale) [76], riferita a tutto il personale Spitex ha ottenuto una mediana di 3,4 [IQR 2,3-4,2] e un valore medio di 3,2 (SD 1,2).

12.4 Coinvolgimento dei parenti nella pianificazione dell'assistenza (prospettiva parenti)

Quasi la metà (48,4%) dei parenti intervistati ha dichiarato di essere coinvolta «continuamente» o «spesso» nella pianificazione/organizzazione dell'assistenza del/della loro parente. La metà (50,5%) degli intervistati desiderava anche essere coinvolta «continuamente» o «spesso», mentre il 26,2% desiderava essere coinvolto solo «qualche volta» (cfr. Figura 78).

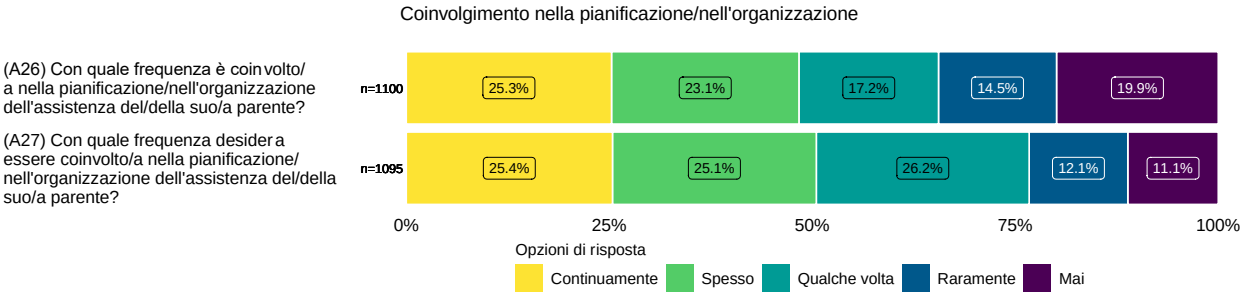


Figura 78: Coinvolgimento dei parenti nella pianificazione/organizzazione dell'assistenza (prospettiva parenti)

Se si confronta il grado di coinvolgimento dei parenti, di quella metà che desidera essere coinvolta «continuamente» o «spesso» nella pianificazione/organizzazione dell'assistenza del/della parente, l'81,1% ha dichiarato di essere stato coinvolto «continuamente» o «spesso». Di coloro che desiderano essere coinvolti «qualche volta», il 39,1% ha indicato di essere stato coinvolto «qualche volta». Dei parenti che desiderano essere coinvolti «raramente», il 41,5% ha dichiarato di essere stato coinvolto «raramente», mentre l'86,1% di coloro che non desidera essere «mai» coinvolto ha indicato di non esserlo effettivamente «mai» stato (nessuna figura).

«La collaborazione con i parenti rientra tra i compiti quotidiani del personale Spitex e merita nel complesso un'attenzione maggiore – anche nella formazione.»

Margrit Hilpertshauser

Esperta di cure infermieristiche, MSc in scienze infermieristiche

M Hilpertshauser GmbH

I dati mostrano in modo eclatante che la collaborazione con i parenti rappresenta gran parte del lavoro quotidiano di un/una dipendente Spitex (Figura 71).

Trovo che le valutazioni della comunicazione fornite dal personale Spitex e dai parenti differiscano l'una dall'altra; tuttavia, dipendenti e parenti sembrano entrambi presumere che l'altro gruppo sia a conoscenza del lavoro che svolgono, dei loro obiettivi e preoccupazioni (Figura 71, Figura 74). Questo dimostra l'importanza delle persone di riferimento, che dialogano con i/le clienti e i parenti e garantiscono quindi il coordinamento. Infatti, forniscono informazioni sul lavoro delle persone coinvolte e sembrano conoscere le preoccupazioni dei/delle clienti e dei loro parenti (Figura 74 e Figura 76).

Il coordinamento si estende oltre l'organizzazione, include l'instaurazione di rapporti, l'allineamento degli obiettivi e la condivisione del processo decisionale, come spiegano Brügger et al. [77] «I compiti di coordinamento dei parenti comprendono molto più di ciò che i professionisti intendono tipicamente come coordinamento dell'assistenza. I parenti desiderano essere coinvolti allo stesso modo di un professionista e spesso non vogliono rinunciare alla funzione di coordinatore, poiché permette loro di esercitare controllo e trasmette sicurezza. Tuttavia, preferiscono avere una persona che li assista e li aiuti puntualmente quando necessario.» Si tratta di processi complessi, che richiedono competenze difficili da ottenere in autonomia sia per le persone di riferimento che per gli altri dipendenti Spitex.

Restano alcuni quesiti: cosa intendono i/le dipendenti Spitex per «parenti»? Come e con chi collaborano? In quali occasioni i/le dipendenti e i relativi superiori considerano importanti le persone di riferimento e il «coordinamento»? Quale percentuale dei servizi di coordinamento possono e devono coprire i/le dipendenti Spitex e come vengono finanziati tali servizi? Infine, come viene sistematicamente favorito lo sviluppo delle competenze in materia di comunicazione, apprezzamento e coordinamento?

Collaborare con i parenti curanti rientra tra i compiti quotidiani del personale Spitex. Nel complesso, tale collaborazione merita un'attenzione maggiore, poiché in sua mancanza si verificano incomprensioni che nella migliore delle ipotesi generano imbarazzo, mentre nella peggiore possono causare diagnosi errate, incidenti e situazioni critiche in ambito domestico [78]. Quando collaborano con i parenti, i/le dipendenti Spitex provano gioia e difficoltà. Molti parlano di situazioni con minacce e insulti da parte dei parenti, che possono influenzare in maniera duratura la loro salute.

Con gli sviluppi attuali del sistema sanitario e la crescente carenza di personale, la collaborazione con i parenti diventerà ancora più importante. Le competenze che richiede dovrebbero ricevere un'attenzione sempre maggiore nella formazione di base e continua di tutto il personale Spitex. Nella pratica quotidiana, ad esempio, gli approcci di cura incentrata sulla famiglia di Calgary [79] offrono un quadro di riferimento per una collaborazione di successo con i parenti curanti.

13 Supporto da parte dei parenti

L'assistenza sanitaria a domicilio è spesso a carico dei parenti già molto tempo prima che subentri lo Spitex e successivamente non è gestita esclusivamente dallo Spitex. La collaborazione tra Spitex e familiari è dunque molto importante in ambito domiciliare: secondo l'Ufficio federale di Statistica il 59% dei/delle clienti è assistito anche da uno o più parenti, oltre allo Spitex [80]. I parenti di anziani che usufruiscono dei servizi Spitex hanno dichiarato di dedicare in media 65 ore alla settimana all'assistenza/supporto se il/la paziente è il/la partner e 27 ore se si tratta di uno dei genitori, per una media rispettivamente di cinque o sei anni [8]. Rispetto ai parenti curanti nella popolazione generale, che dedicano principalmente da 1 a 10 ore alla settimana a questo compito, i/le partner e i figli si occupano dei propri cari per un tempo decisamente maggiore [81]. Nel sondaggio SPOT^{nat}, i/le clienti hanno indicato se hanno ricevuto sostegno da parenti per motivi di salute nell'ultimo anno, in quali aree sono stati aiutati nonché la frequenza e l'intensità di questo sostegno. Ai parenti sono stati inoltre chiesti il tipo, la durata e l'intensità del sostegno al loro congiunto o alla loro congiunta. Il presente capitolo descrive tali risultati.

Risultati SPOT^{nat} sul supporto da parte dei parenti

13.1 Supporto da parte della famiglia, degli amici o dei conoscenti (prospettiva clienti)

La maggior parte (84,9%) dei/delle clienti partecipanti al sondaggio ha dichiarato di avere ricevuto negli ultimi 12 mesi aiuto dal/dalla partner, dai figli, dai conoscenti o dai vicini per motivi di salute, ad esempio per fare acquisti (cfr. Figura 79).

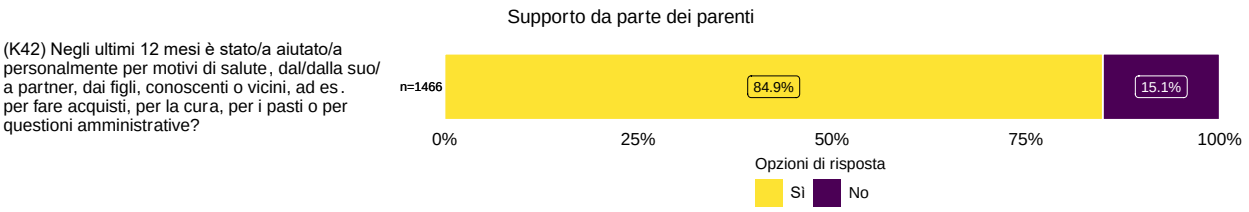


Figura 79: Supporto negli ultimi 12 mesi (prospettiva clienti)

L'aiuto di parenti o conoscenti è per lo più (77,7%) «permanente» (cfr. Figura 80) e «regolare» (80,6 %) (cfr. Figura 81).

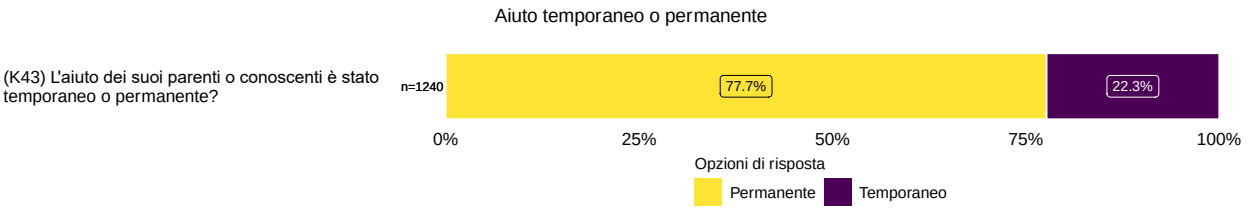


Figura 80: Aiuto temporaneo o permanente (prospettiva clienti)

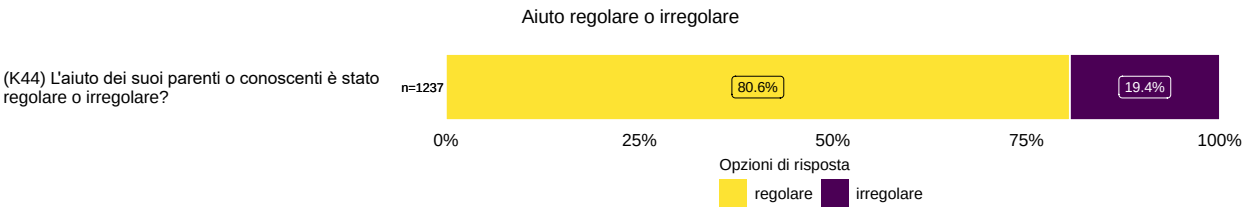


Figura 81: Aiuto regolare o irregolare (prospettiva clienti)

Gli ambiti più comuni nei quali i/le clienti hanno riferito di essere stati aiutati sono: fare acquisti (81,0%), trasporto (79,1%) e questioni amministrative (70,2%). Le opzioni meno citate sono state il prendersi cura di altri membri della famiglia (2,8%), altro tipo di aiuto (9,1%) e aiuto finanziario (12,2%) (cfr. Figura 82).

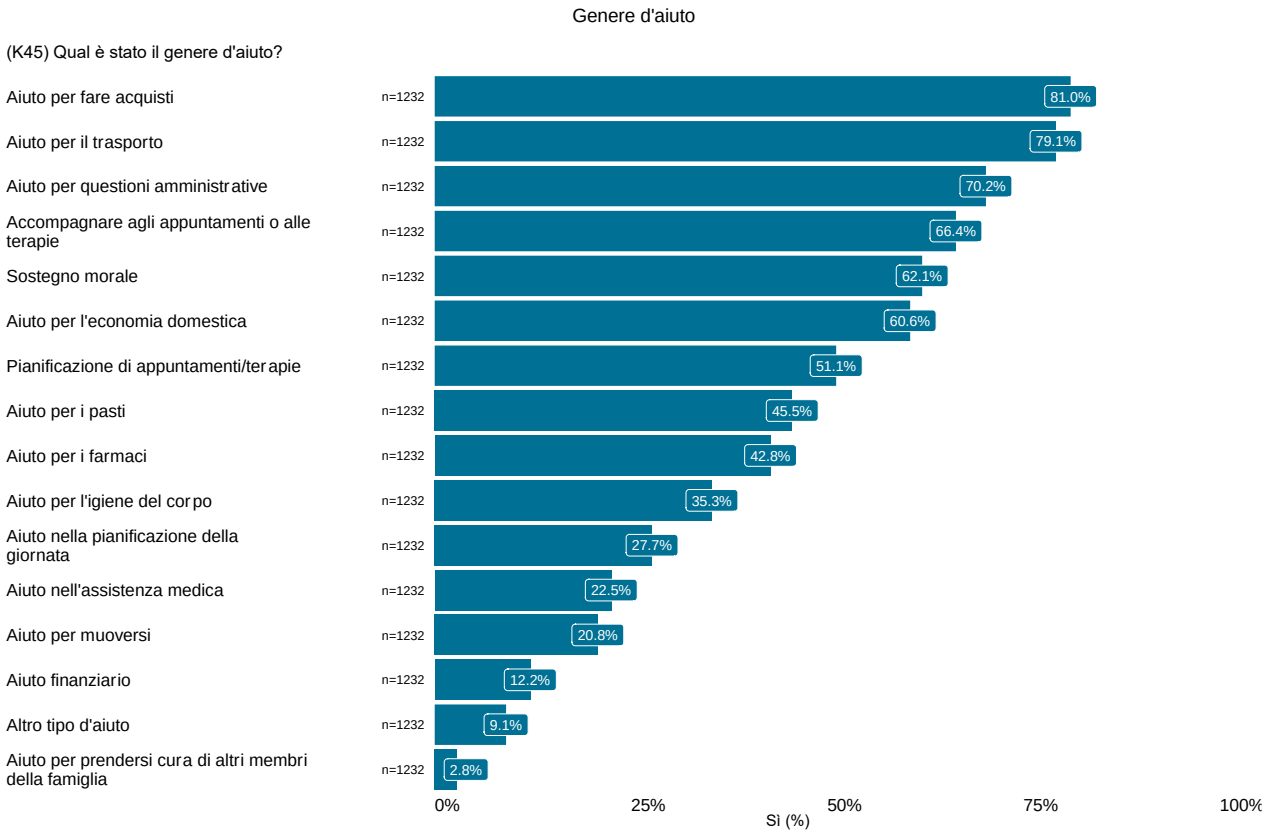


Figura 82: Genere d'aiuto (da parte dei parenti) (prospettiva clienti)

Negli ultimi sette giorni i/le clienti hanno dichiarato di avere ricevuto aiuto da parenti o conoscenti per una mediana di 7,0 ore [IQR 3,0-20,0].

13.2 Informazioni sull'assistenza/il supporto fornito dai parenti (prospettiva parenti)

I tre item successivi riguardavano il tipo di aiuto fornito dai parenti e l'intensità del supporto dal punto di vista dei parenti. I parenti forniscono molto supporto per le questioni amministrative e per il trasporto (Md 10,0), seguiti dall'accompagnamento agli appuntamenti o alle terapie e dagli acquisti (Md 9,0). Gli ambiti nei quali i parenti hanno dichiarato di fornire un supporto minore sono stati muoversi, prendersi cura di altri membri della famiglia e aiuto finanziario (Md 0,0) (cfr. Figura 83).

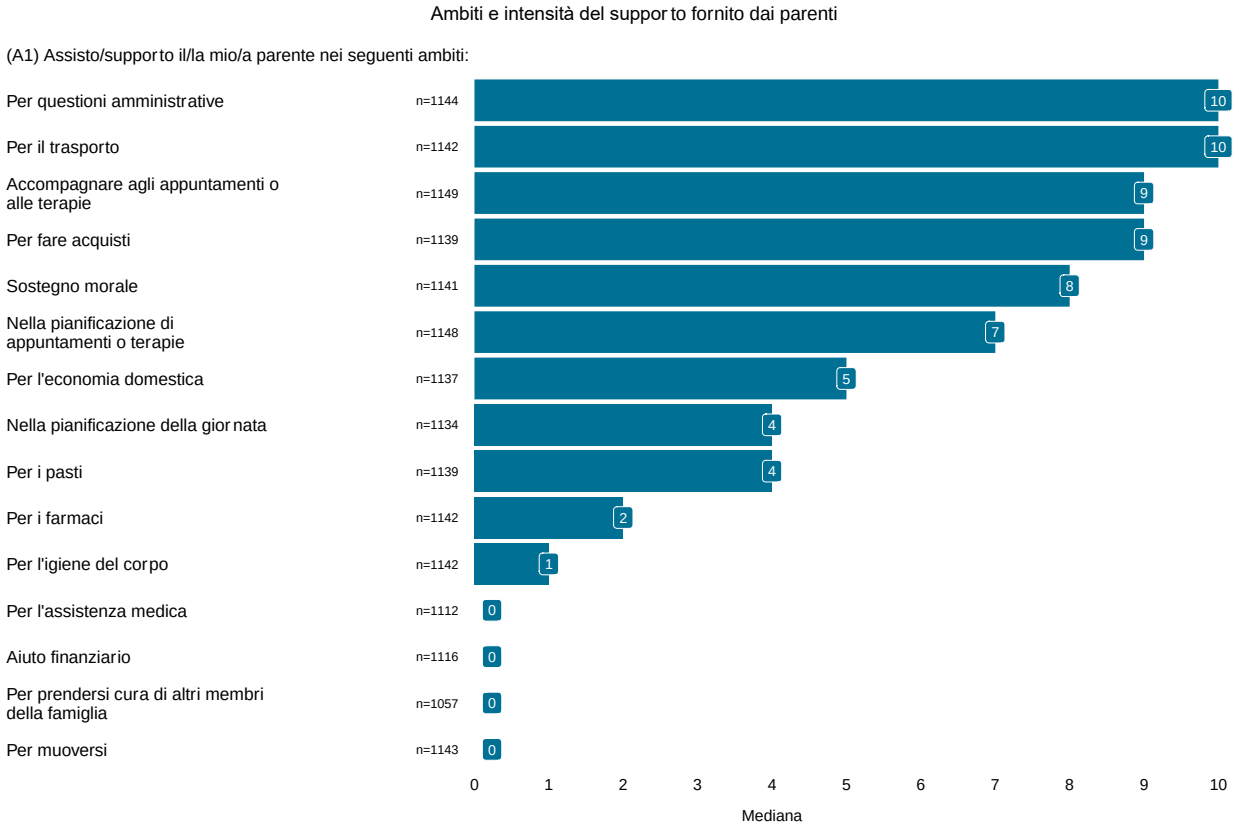


Figura 83: Ambiti e intensità del supporto fornito dai parenti (prospettiva parenti)

Per quanto riguarda la durata dell'aiuto, i parenti hanno più spesso assistito i/le clienti da «1 a 4 anni», seguiti da «5 a 10 anni» (rispettivamente 40,4% e 36,3%) (cfr. Figura 84). Per quanto riguarda le ore, quasi un terzo dei parenti ha indicato di fornire supporto «costantemente» (se convivono con il/la cliente in questione) e quasi un quarto (24,0%) ha dichiarato di avere assistito/supportato un/una parente da «1 a 4 ore» negli ultimi sette giorni (cfr. Figura 85).

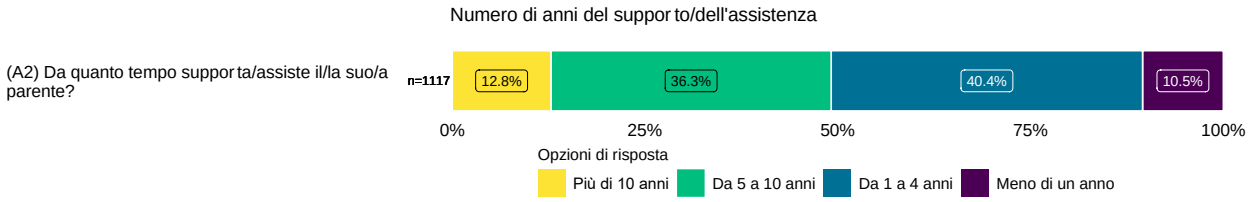


Figura 84: Numero di anni di supporto al/alla cliente (prospettiva parenti)

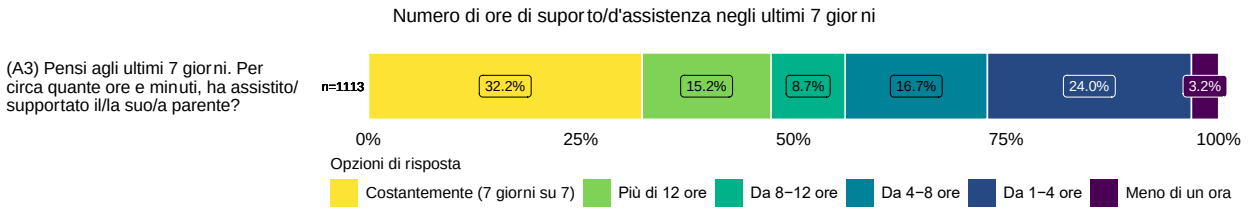


Figura 85: Numero di ore di supporto/d'assistenza da parte dei parenti (prospettiva parenti)

«Sono spesso i parenti a coordinare le attività quotidiane.
Spesso sono gli unici ad avere una visione d'insieme
delle persone e delle attività da coordinare.»

Prof. Dr. Sandrine Pihet

Professoressa SUP

Scuola Superiore per le formazioni sanitarie di Friburgo

I risultati mostrano che i parenti prestano aiuto in molti ambiti diversi, come emerge sia dalla loro percezione sia dalla valutazione delle persone assistite. Al contrario, il supporto fornito dal personale Spitex è limitato a un numero inferiore di ambiti. In tale contesto, è comprensibile che parenti e professionisti abbiano idee diverse sul coordinamento, come indicato da un recente studio [77]. Secondo i professionisti, il coordinamento avviene principalmente all'interno del sistema sanitario e riguarda soprattutto gli scambi interprofessionali (un processo nel quale i parenti non vengono necessariamente coinvolti) e il supporto dei parenti. I parenti hanno una concezione più ampia di coordinamento e si sentono responsabili della gestione di un sistema più complesso, che include famiglia, amici, comunità, diverse organizzazioni in ambito professionale, legale e spirituale, nonché la rete sociale e sanitaria, che per i parenti rappresentano solo una piccola parte del sistema. Inoltre, sono spesso i parenti a coordinare le attività quotidiane dalle quali dipende la qualità della vita delle persone coinvolte. Pertanto, rappresentano l'anello di congiunzione tra molti ambiti diversi e sono spesso gli unici ad avere una visione d'insieme delle persone e delle attività da coordinare.

14 Dotazione di personale

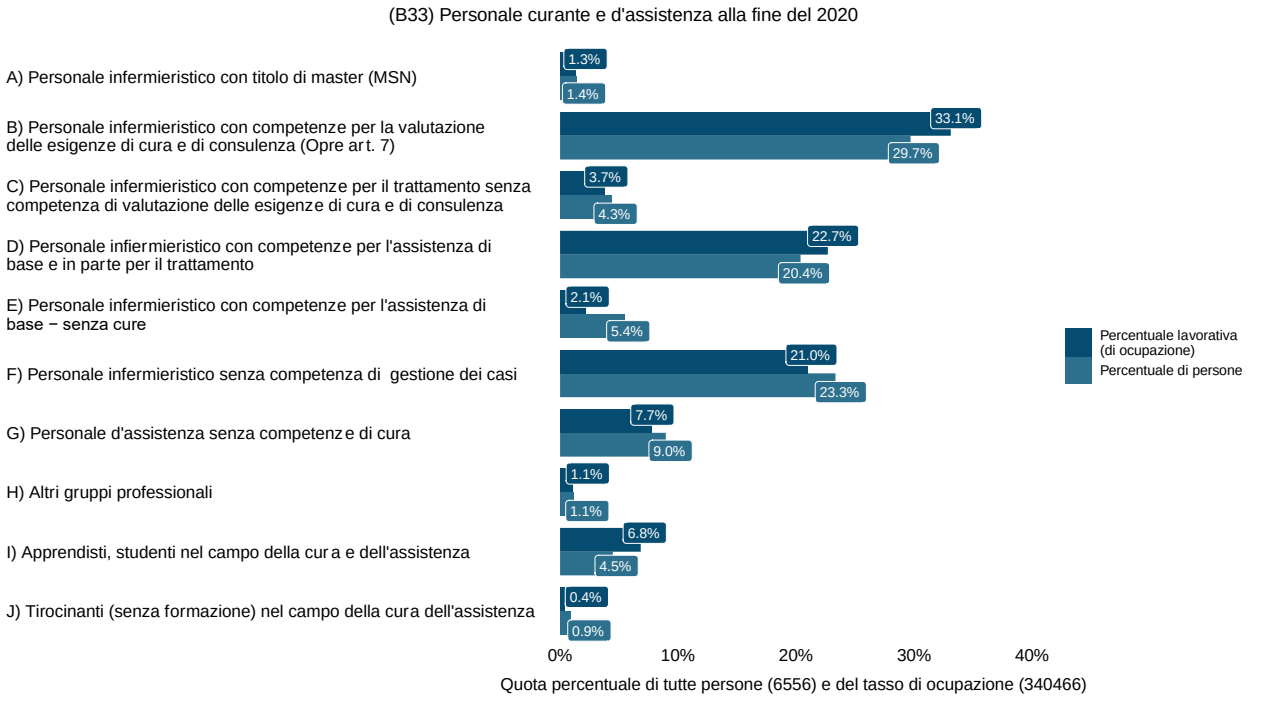
Per dotazione di personale si intende un impiego adeguato degli operatori sanitari (nell'ambito dello skill-mix e grade-mix) mirato a garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità, ma che sia al contempo economicamente conveniente [21, 82]. Lo skill-mix e grade-mix è influenzato dal carico di lavoro, dal modello di finanziamento delle organizzazioni, dalla disponibilità di personale adeguato e dall'ottimizzazione del personale. Ad esempio, un aumento improvviso e notevole del carico di lavoro durante la pandemia di COVID-19 ha causato una carenza straordinaria di personale [21]. Nel complesso, il sistema dovrebbe essere in grado di coprire le esigenze dei/delle clienti in termini di assistenza sanitaria. Le limitazioni del sistema sono correlate a trasferimenti problematici dei/delle pazienti/clienti in carico, mancanza di tempo per la discussione dei casi e la comunicazione con i/le clienti, mancanza di tempo per il coordinamento dell'assistenza, insoddisfazione sul posto di lavoro e burnout dei/delle dipendenti Spitex, nonché una fluttuazione maggiore del personale [29]. I seguenti sottocapitoli analizzano i dati relativi al numero di dipendenti nelle organizzazioni Spitex alla fine del 2020, alla disponibilità di risorse e personale, alla fluttuazione nel 2020, al modo in cui la direzione valuta la situazione riguardante l'assunzione di personale e ai posti di formazione esistenti e occupati.

Risultati SPOT^{nat} sulla dotazione di personale

14.1 Personale complessivo nel 2020 (prospettiva direzione aziendale)

Alla direzione è stato chiesto quale fosse il numero complessivo di dipendenti dedicati alla cura o all'assistenza alla fine del 2020. È stato fornito il numero di persone con rispettiva percentuale di posti di lavoro per gruppo professionale. Si è riscontrato che, su tutto il personale curante e assistenziale nelle organizzazioni, il personale curante con competenza per la valutazione dei bisogni e consulenza (OPre art. 7) è il gruppo professionale più rappresentativo (29,7% del numero totale di dipendenti e 33,1% della percentuale lavorativa) sul totale del personale di cura e assistenza. Il personale di cura e assistenza senza competenza di gestione dei casi rappresenta in media il 23,3% del totale nelle organizzazioni partecipanti al sondaggio (cfr. Figura 86).

Alla fine del 2020, le organizzazioni Spitex partecipanti avevano una mediana di equivalenti in posto a tempo pieno (ETP) pari a 25,0 [IQR 12,9-53,1].



B = ad es. dipl. inf. livello II, infermiere/a SSS, infermiere/a dipl. SUP; C = ad es. dipl. inf. livello I, infermiere/a con meno di due anni di esperienza professionale; D = ad es. operatore sociosanitario AFC (OSS), aiuto familiare AFC; E = ad es. assistente geriatrico, operatore socio-assistenziale, badante; F = ad es. assistente di cura, ausiliario/a sanitario/a CRS, addetto alle cure sociosanitarie CFP; G = ad es. aiuto domiciliare, aiuto domiciliare senza corso di ausiliario sanitario CRS.

Figura 86: Personale curante e d'assistenza alla fine del 2020 (prospettiva direzione)

14.2 Risorse e dotazione di personale (prospettiva dipendenti)

In tre item sono state poste domande ai/alle dipendenti sulle risorse e sulla dotazione di personale disponibili. Un quinto dei/delle dipendenti (20,1%) si è dichiarato «fortemente d'accordo» sul fatto che vi siano tempo e occasioni sufficienti per discutere con i/le colleghi/colleghe dei problemi di cura. Più di un terzo (38,3%) si è detto «parzialmente» o «fortemente in disaccordo». Disporre di un numero sufficiente di personale competente e qualificato per garantire cure e assistenza di qualità ha ottenuto il livello di accordo maggiore, con oltre un terzo dei/delle dipendenti «fortemente d'accordo» (37,2%) e il 46,2% «parzialmente d'accordo». Tuttavia, circa un quarto degli intervistati (26,3%) ha dichiarato di essere «parzialmente» o «fortemente in disaccordo» sul fatto che ci sia personale sufficiente per portare a termine il lavoro (cfr. Figura 87).

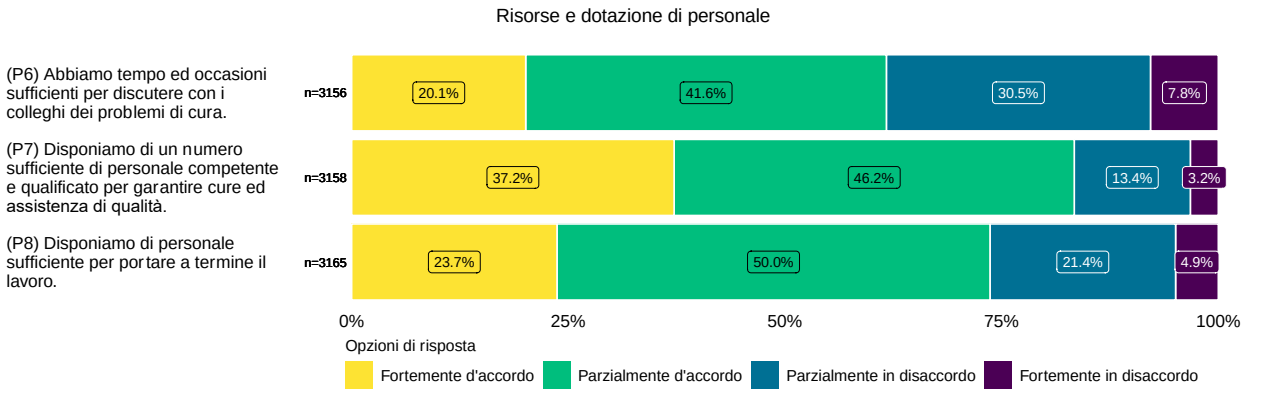
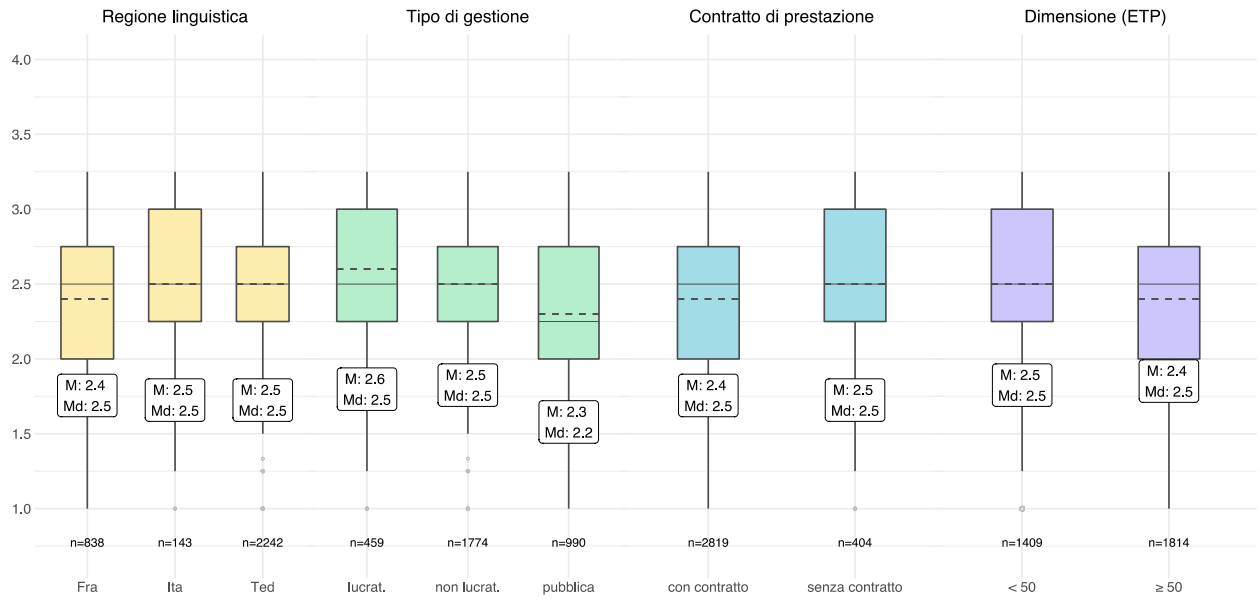


Figura 87: Risorse e dotazione di personale (prospettiva dipendenti)

Con i tre item di cui sopra (Figura 87) è possibile comporre la scala *Staffing Resource Adequacy* dello strumento *Practice Environment Scale – Nursing Work Index* (PES-NWI) [25]. Questa scala misura la percezione della disponibilità di risolse e personale. Come valore di scala viene calcolato il valore medio dei tre item (delle opzioni da 1 – «fortemente in disaccordo» a 4 – «fortemente d'accordo»), con un valore medio superiore o pari a 3 corrispondente a un'espressione di accordo. Più è elevato il valore relativo all'accordo, migliore è la percezione relativa alla disponibilità di risorse e personale. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nella sezione Appendice (Scale – Dotazione di personale).

Se si osserva la percezione dei singoli e delle singole dipendenti Spitex nei quattro gruppi della Figura 88 si nota che la dotazione di personale nella regione di lingua francese (M 2,4) è percepita come lievemente inferiore rispetto alla regione di lingua italiana (M 2,5). Si registrano differenze anche in relazione al tipo di gestione dell'organizzazione. I/Le dipendenti delle organizzazioni di diritto pubblico hanno valutato la dotazione di personale come inferiore (M 2,3) rispetto ai/alle dipendenti delle organizzazioni di diritto privato a scopo non lucrativo (M 2,5) e lucrativo (M 2,6). Nelle organizzazioni con meno di 50 ETP la dotazione di personale è stata valutata in maniera leggermente più positiva (M 2,5) rispetto alle organizzazioni con 50 o più ETP (M 2,4).



Strumento: *Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI),* Scala *Staffing Resource Adequacy* [25]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 88: Scala PES-NWI – Dotazione di personale (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sulla base di tutte le risposte fornite dai/dalle dipendenti Spitex, la scala *Staffing Resource Adequacy* (dotazione di personale) [25] ottiene una mediana di 2,5 [IQR 2,3-2,8] e un valore medio di 2,4 (SD 0,5). Il valore medio di SPOT^{nat} relativo alla dotazione di personale ha raggiunto valori inferiori rispetto ai risultati equiparabili dello studio SHURP 2018 sulle case di cura [11] dove il valore medio era pari a 2,7 (SD 0,7), e dello studio MatchRN[12] 2018 sugli istituti ospedalieri, dove il valore medio era di 2,6 (SD 0,7).

[12] https://matchrn.nursing.unibas.ch. I dati dello studio MatchRN non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.

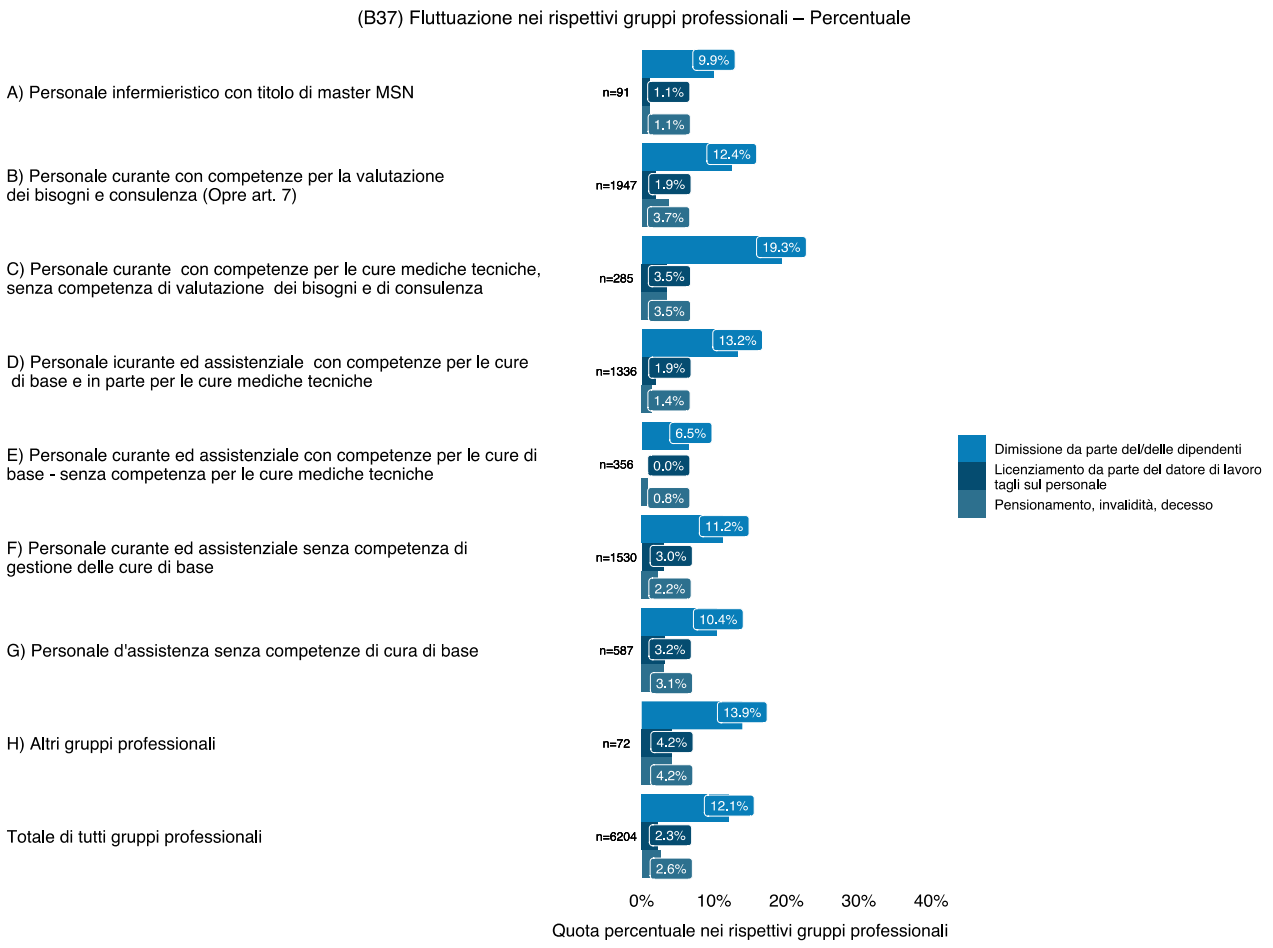
14.3 Fluttuazione nel 2020 (prospettiva direzione aziendale)

Un aumento della fluttuazione di personale si traduce in costi più elevati per il processo di reclutamento e l'inserimento dei/delle dipendenti Spitex, cambiamenti nella composizione dei team (nei quali è necessario ripristinare la cooperazione) e peggioramenti della qualità dell'assistenza [83]. I motivi per lasciare il posto di lavoro attuale possono essere suddivisi in fattori individuali e organizzativi. I fattori individuali includono, oltre ai fattori in ambito privato (ad es. il trasferimento del partner), un carico di lavoro elevato, un cattivo equilibrio tra lavoro e vita privata, l'esaurimento emotivo e la depersonalizzazione (ad esempio, perdita di empatia). A livello organizzativo, influiscono le cattive condizioni di lavoro (ad esempio un'atmosfera tesa tra colleghi e colleghe di lavoro), la mancanza di autonomia sul lavoro, l'insoddisfazione per i salari, la mancanza di opportunità di sviluppo e formazione professionale, l'aumento delle attività amministrative e la mancanza di apprezzamento da parte dei dirigenti [20].

Risultati SPOT^{nat} sulla fluttuazione nel 2020

Alle direzioni aziendali è stato chiesto quanti dipendenti (per cure e assistenza) hanno lasciato la loro organizzazione Spitex nel 2020. Considerando il personale Spitex nel suo complesso, ha lasciato la propria organizzazione Spitex il 17,0% dei/delle dipendenti. Di questi/e, il 12,1% ha dato le dimissioni, il 2,3% è stato licenziato dal datore di lavoro e il 2,6% ha lasciato l'organizzazione in seguito a pensionamento, invalidità o morte.

Considerando separatamente i rispettivi gruppi professionali, ossia in relazione alle posizioni occupate dal rispettivo gruppo professionale alla fine del 2020, il 19,3% del personale infermieristico con competenze per il trattamento senza competenze di valutazione delle esigenze di cura e di consulenza ha cessato il proprio rapporto di lavoro nelle organizzazioni Spitex nel 2020. (cfr. Figura 89).



B = ad es. dipl. inf. livello II, infermiere/a SSS, infermiere/a dipl. SUP; C = ad es. dipl. inf. livello I, infermiere/a con meno di due anni di esperienza professionale; D = ad es. operatore sociosanitario AFC (OSS), aiuto familiare AFC; E = ad es. assistente geriatrico, operatore socio-assistenziale, badante; F = ad es. assistente di cura, ausiliario/a sanitario/a CRS, addetto alle cure sociosanitarie CFP; G = ad es. aiuto domiciliare, aiuto domiciliare senza corso di ausiliario sanitario CRS.

Figura 89: Fluttuazione nel 2020 nei rispettivi gruppi professionali – Percentuale (prospettiva direzione)

14.4 Valutazione della situazione riguardante l'assunzione di personale (prospettiva direzione aziendale)

Alle direzioni aziendali è stato chiesto come valutano attualmente la situazione riguardante l'assunzione di personale infermieristico e d'assistenza. La maggioranza (58,0%) ha valutato le assunzioni del personale infermieristico con diploma SSS o SUP come «molto difficile». Più di un terzo ha dichiarato che il reclutamento di professionisti nel settore delle cure o dell'assistenza con certificato di capacità o diploma federale di capacità è «molto difficile». Al contrario, la maggior parte (70,1%) delle direzioni ritiene che l'assunzione di personale d'assistenza e ausiliario sia «molto facile» o «abbastanza facile» (cfr. Figura 90).

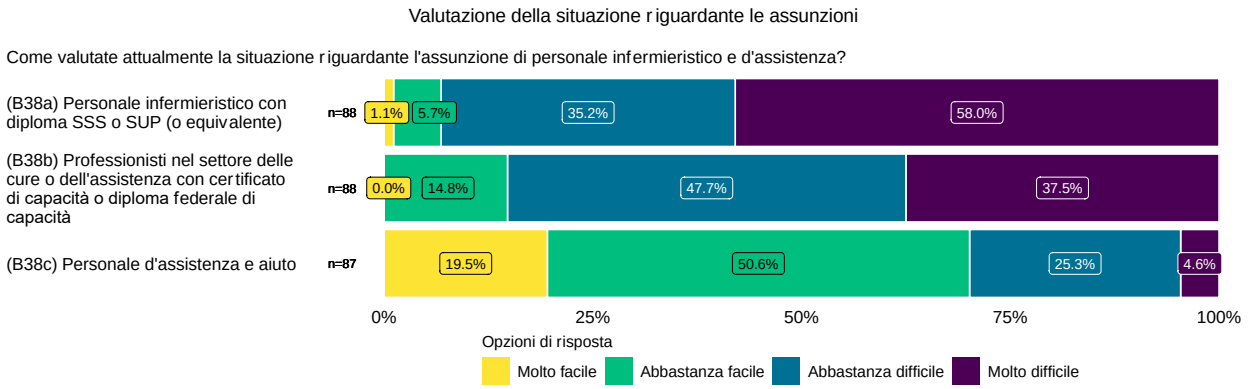


Figura 90: Valutazione della situazione riguardante le assunzioni (prospettiva direzione)

«Soprattutto in vista del rafforzamento del settore domiciliare o del passaggio dai servizi di assistenza ospedaliera a quelli ambulatoriali nel sistema sanitario nel suo complesso, si porranno sempre più spesso questioni relative alla struttura e al reclutamento del personale.»

Prof. Dr. Michael Simon

Professore associato

Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea

I dati disponibili di SPOT^{nat} confermano la struttura del personale tipica (cfr. Capitolo 14.1) delle organizzazioni Spitex in Svizzera, con circa un terzo di personale infermieristico diplomato (con competenze nella valutazione dei bisogni), circa un quarto di operatori sanitari (senza competenze nella gestione dei casi) e altro personale. Favorita dalla pandemia di coronavirus e ulteriormente aggravata anche in futuro dai cambiamenti demografici, la domanda per le organizzazioni Spitex e la politica sanitaria è se e in che misura sia possibile mantenere queste strutture - ovvero la proporzione di personale con diversi livelli di formazione. In particolare, la situazione riguardante le assunzioni descritta alla fine (cfr. Capitolo 14.4) mostra l'urgenza per quanto riguarda il personale: il 93% dei dirigenti valuta la situazione delle assunzioni come «abbastanza difficile» o «molto difficile» per il personale infermieristico diplomato e l'84% per gli operatori sanitari. Esistono poche ricerche sulle assunzioni e sulla fidelizzazione del personale nel settore dell'assistenza ambulatoriale Spitex. Uno studio condotto nel Regno Unito ha dimostrato che salari più alti e una maggiore prevalenza di formazione in materia di demenza e assistenza incentrata sulla persona erano associati positivamente alla qualità dell'assistenza, mentre l'elevata fluttuazione del personale e i posti vacanti influivano negativamente [84]. In generale, la fluttuazione di personale è a un livello medio rispetto ad altri settori, anche se con il 19,3% risulta notevole nel gruppo di infermieri/e con un'esperienza professionale inferiore ai due anni [85]. Soprattutto in vista del rafforzamento del settore domiciliare o del passaggio dai servizi di assistenza ospedaliera a quelli ambulatoriali nel sistema sanitario nel suo complesso, si porranno sempre più spesso questioni relative alla struttura e al reclutamento del personale.

Dalla prospettiva del personale curante circa un quarto ha dichiarato di essere «parzialmente o fortemente in disaccordo» sul fatto che ci sia personale sufficiente per portare a termine il lavoro (cfr. Capitolo 14.2). Si tratta certamente di una percentuale troppo alta, ma guardando il dato al contrario il 75% degli intervistati ritiene che il personale sia sufficiente. Se si guarda alla scala del PES-NWI per l'adeguatezza delle risorse, le organizzazioni Spitex si trovano a un livello leggermente inferiore rispetto agli studi sulle case di cura o sugli ospedali. Sono visibili differenze minime tra le organizzazioni Spitex a scopo lucrativo

e quelle a scopo non lucrativo da un lato, e le organizzazioni con gestione pubblica. Nel complesso, tuttavia, le differenze sono minime e non offrono spunti di discussione. Sia la valutazione dell'adeguatezza delle risorse che quella della fluttuazione sono variabili fortemente influenzate dalle organizzazioni. Di conseguenza, si può affermare che nel complesso le organizzazioni Spitex partecipanti hanno fatto il loro dovere. Anche se le misure per il reclutamento e la fidelizzazione del personale specifico per Spitex sono state poco studiate, si può ipotizzare che aspetti simili giochino un ruolo come in altri contesti: gestione e sostegno del personale, opportunità di perfezionamento professionale, riconoscimento della professione, ambiente di lavoro e programmazione del lavoro [86].

14.5 Posti di formazione (prospettiva direzione aziendale)

I posti di formazione e perfezionamento in un'istituzione sono fondamentali per incentivare il personale e favorire così la permanenza nella professione e nell'organizzazione [20].

Nel 2020, le organizzazioni Spitex partecipanti hanno offerto in media 2,6 (SD 5,3) posti di formazione per il personale infermieristico con un diploma di scuola superiore (SSS) o con titolo superiore. Una media pari a 2,4 (SD 4,9) di questi posti sono stati occupati nello stesso anno.

Le organizzazioni hanno offerto in media 3,1 (SD 3,8) posti di formazione per professionisti nel settore delle cure con un certificato di capacità o diploma federale di capacità (ad es. OSS), di cui in media 2,9 (SD 3,6) sono stati occupati.

Per il personale d'assistenza e ausiliario (ad esempio, gli assistenti di cura), le organizzazioni avevano in media 0,6 (SD 1,4) posti di formazione disponibili e 0,5 (SD 1,2) sono stati occupati (nessuna figura).

«Occorre migliorare l'attrattiva delle professioni nel settore delle cure e dell'assistenza (cure acute e cura a lungo termine) nonché l'immagine del settore stesso.»

Nadia Zurbriggen

Responsabile del team di cura, Briga

CMS Alto Vallese

Carmen Martig

Direzione strategica del settore Salute

CMS Alto Vallese, Briga

I risultati attuali mostrano che non tutti i posti di formazione offerti vengono occupati. Questo vale sia per le posizioni di livello secondario e terziario, sia per il personale d'assistenza e ausiliario. Ciò potrebbe sottointendere un basso interesse per l'apprendimento delle professioni nel settore delle cure e assistenza. L'attrattiva delle professione nel settore delle cure potrebbe aver risentito della pandemia di COVID-19, durante la quale il personale curante ha subito un sovraccarico di lavoro per un periodo prolungato con poche possibilità di recupero.

Se non si riesce a occupare i posti di formazione esistenti, in futuro ci sarà un'ulteriore carenza di personale curante, con un conseguente peggioramento della situazione nel settore. È utile avere la possibilità di un impiego aziendale per la formazione nel livello secondario e terziario, ciò fa aumentare l'attrattiva della formazione nel settore delle cure e assistenza. È importante avere una buona qualità della formazione e informazioni sulle aree in cui sono disponibili posti di formazione, in modo che i posti offerti possano essere occupati meglio. Di conseguenza, è necessario un maggiore lavoro di pubblicità e di pubbliche relazioni per i posti di formazione nelle cure e assistenza, e sarebbe opportuno promuovere anche corsi per chi vuole ri-orientarsi a livello professionale o per chi rientra nel settore.

Occorre migliorare l'attrattiva delle professioni nel settore delle cure e assistenza (cure acute e cura a lungo termine) nonché l'immagine del settore stesso. In questo contesto, è fondamentale mostrare maggiormente i lati positivi della professione, come le opportunità di carriera e di formazione continua, le varie specializzazioni in ambito infermieristico, la possibilità di lavorare part-time e la compatibilità tra famiglia e professione. Inoltre, occorre prestare più attenzione alla prevenzione del burnout e promuovere la resilienza del personale. Questo include il supporto in situazioni di cura complesse e l'assistenza all'igiene mentale per i curanti, al fine di poter praticare questa professione in modo equilibrato sul lungo termine.

15 Pianificazione del lavoro

La pianificazione del lavoro (ad es. il sistema di assistenza, la pianificazione dei giri di visita, il lavoro su turni o il lavoro straordinario) può influire sulla qualità dell'assistenza e sulla salute del personale. I servizi di Spitex risentono spesso del fattore tempo (ad esempio per la preparazione e la somministrazione dei farmaci) e le risorse umane e finanziarie sono limitate. Questo può rendere difficile la pianificazione delle visite [87]. Uno studio norvegese ha osservato che il tempo per gli spostamenti (da un/una cliente all'altro/altra) rappresentava dal 18% al 26% dell'orario di lavoro e che in un terzo delle pianificazioni del lavoro erano state previste troppe visite. Di conseguenza, i/le dipendenti non avevano tempo a sufficienza per completare gli incarichi richiesti [88]; quest'area, quindi, presenta margini di miglioramento.

Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza, una revisione sistematica della letteratura ha mostrato che un sistema di assistenza come il *case management* è una strategia efficace per ridurre le degenze ospedaliere [89]. Riguardo al personale, la letteratura mostra che il lavoro straordinario è più frequente tra le professioni con elevati requisiti professionali [90] e che il fenomeno presenta collegamenti con il carico di lavoro percepito [91], gli infortuni sul lavoro, le malattie [92] e il burnout [93]. Alcuni studi hanno dimostrato anche correlazioni tra lavoro su turni e prestazioni del personale, ad esempio insoddisfazione sul posto di lavoro [94, 95], peggioramento delle condizioni di salute [95, 96], tassi di burnout più elevati [97, 98] e l'intenzione di lasciare l'organizzazione [99]. Questo capitolo descrive l'esistenza di sistemi assistenziali come il processo di cura con figura di riferimento o il *case management*, la presenza di responsabili dei casi e i loro compiti, la pianificazione dei giri in relazione al numero delle visite, dei/delle dipendenti e dei tempi di percorrenza, nonché gli orari di lavoro e il lavoro straordinario.

Risultati SPOT^{nat} sulla pianificazione del lavoro

15.1 Sistemi di persone di riferimento (prospettiva direzione aziendale)

Per processo di cura con figura di riferimento si intende l'assunzione della responsabilità per tutte le attività di cura/assistenza, dalla presa in carico alla dimissione, da parte di una persona di riferimento [100]. Inoltre, ove possibile, questa persona deve prendersi cura anche del/della cliente stesso/a (il che è considerato una forma speciale del processo di cura con figura di riferimento) [101].

Poco più di un decimo (11,4%) delle organizzazioni partecipanti ha riferito di aver lavorato con una persona di riferimento assegnata che svolgesse tutte le attività di cura, dalla presa in carico alla dimissione della/del cliente. La maggioranza (86,4%) ha indicato persone di riferimento assegnate responsabili di tutto il processo di cura. Circa il 16% delle organizzazioni partecipanti ha dichiarato di utilizzare «altri» sistemi di persone di riferimento, incluso il ricorso a responsabili dei casi in situazioni complesse o a un piccolo gruppo di persone di riferimento (cfr. Figura 91).

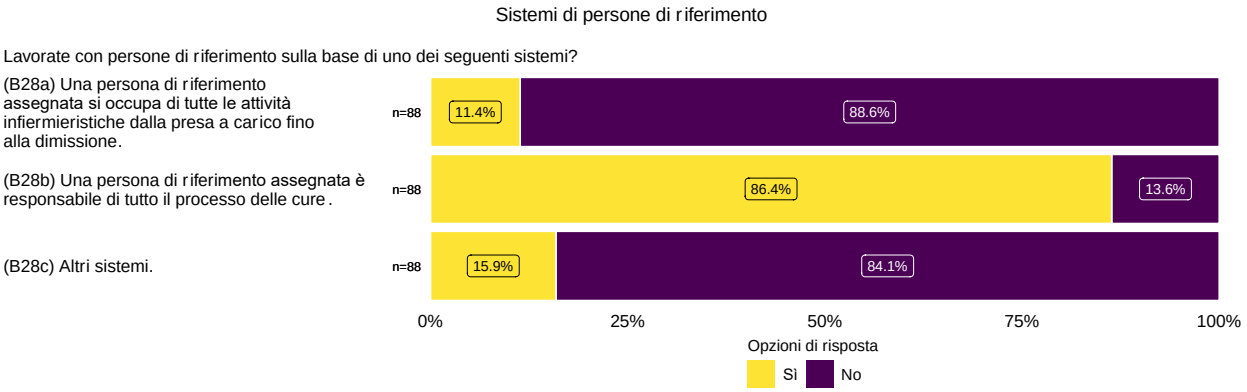


Figura 91: Sistemi di persone di riferimento disponibili (prospettiva direzione)

La maggior parte delle organizzazioni partecipanti (85,2%) ha dichiarato di lavorare con persone responsabili dei casi (cfr. Figura 92).

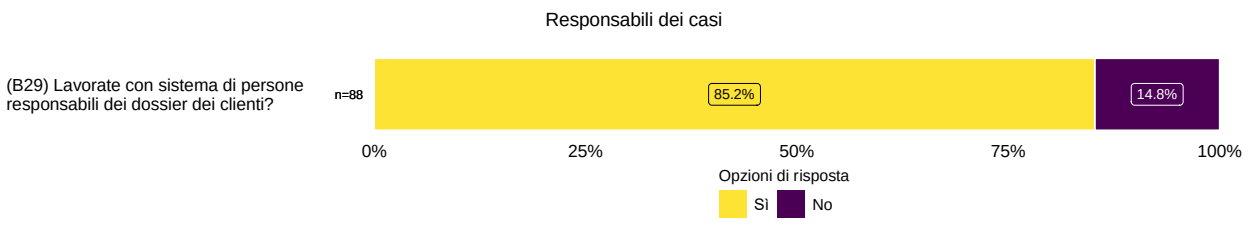


Figura 92: Ricorso a persone responsabili dei casi (prospettiva direzione)

Secondo le indicazioni delle direzioni aziendali, un responsabile dei casi con grado di occupazione al 100% è mediamente responsabile per 23 clienti (Md di 20,0 [IQR 13,0-30,0]).

Alle direzioni aziendali che hanno dichiarato di lavorare con responsabili dei casi è stato chiesto di indicare tutti i compiti a loro assegnati. In quasi tutte le organizzazioni, la responsabilità dei casi include la gestione del processo di cura (96,0%), essere la persona di contatto per i diversi fornitori di servizi e per clienti/parenti (94,7%), coordinare i diversi fornitori di prestazioni (92,0%) o eseguire la valutazione dei bisogni (92,0%) (cfr. Figura 93). Tra gli «altri» compiti figurano ad esempio l'inserimento di nuovi e nuove dipendenti e l'organizzazione di incontri interdisciplinari.

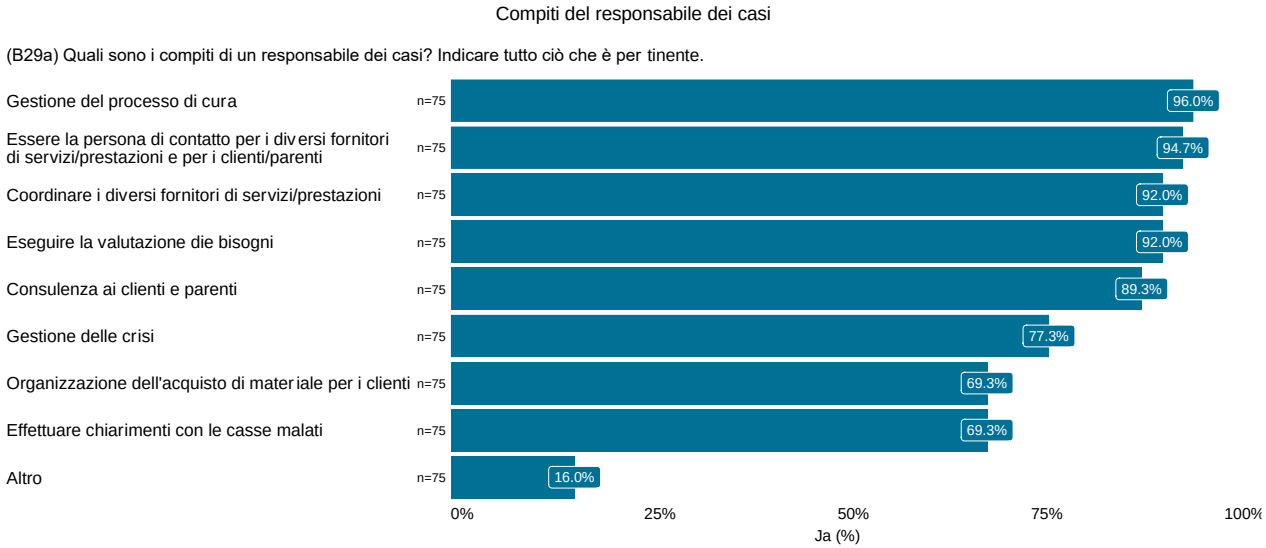


Figura 93: Compiti del responsabile dei casi (prospettiva direzione)

La maggior parte delle organizzazioni intervistate (80,7%) ha dichiarato che all'interno dell'organizzazione non sono presenti *case manager* o *care manager* qualificati (cfr. Figura 94).

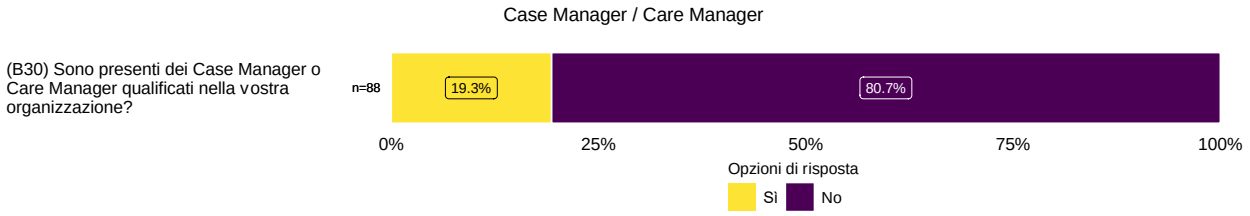


Figura 94: Case Manager / Care Manager (prospettiva direzione)

15.2 Pianificazione dei giri di visite (prospettiva direzione aziendale)

Alle direzioni aziendali è stato chiesto di descrivere la pianificazione dei giri di visite dell'ultima settimana (cinque giorni, dal lunedì al venerdì) per poi calcolare, in una prima fase, la media sui cinque giorni.

Le tabelle seguenti mostrano la mediana di questi giri medi al mattino e al pomeriggio/alla sera tra le organizzazioni. Per garantire un quadro più realistico delle organizzazioni, queste sono state divise in due gruppi a seconda delle dimensioni dell'organizzazione (fino a 50 ETP e con più di 50 ETP) e in base al tipo di gestione dell'organizzazione.

Giri al mattino	**Organizzazione con < 50 ETP** Mediana [IQR]	**Organizzazione con ≥ 50 ETP** Mediana [IQR]
Numero di giri	11,0 [6,5-17,2]	34,2 [26,0-75,0]
Numero d'interventi	45,4 [26,8-71,5]	186,3 [124,4-388,6]
Tempo medio di percorrenza tra gli interventi in minuti	12,0 [7,0-25,9]	15,3 [6,1-42,9]
Numero di infermieri SSS (equivalente o superiore)	2,6 [1,7-4,4]	15,7 [8,8-26,1]
Numero di altri professionisti (che coprono le prestazioni OPre)	5,6 [4,0-10,6]	21,3 [17,8-37,8]

IQR = scarto interquartile, ETP = equivalente in tempo pieno, SSS = Scuole specializzate superiori, OPre = Ordinanza sulle prestazioni

Tabella 6: Giri al mattino raggruppati per dimensione dell'organizzazione (prospettiva direzione)

Giri al mattino	**Pubblico**	**Privato, non lucrativo**	**Privato, lucrativo**
Numero medio di interventi per giro	Md 4,6 [IQR 4,0-5,5]	Md 5,2 [IQR 4,7-6,5]	Md 3,9 [IQR 2,1-5,5]
Tempo medio di percorrenza tra gli interventi in minuti	Md 16,5 [IQR 6,0-44,6]	Md 10,0 [IQR 7,0-34,8]	Md 15,0 [IQR 9,4-31,4]
Rapporto numero di infermieri SSS (equivalente o superiore): Numero di altri professionisti (che coprono le prestazioni OPre)	6:10	5:10	4:10

Md = mediana, IQR = scarto interquartile, SSS = Scuole specializzate superiori, OPre = Ordinanza sulle prestazioni

Tabella 7: Giri al mattino – raggruppati per tipo di gestore (prospettiva direzione)

Giri al pomeriggio/alla sera	**Organizzazione con < 50 ETP** Mediana [IQR]	**Organizzazione con ≥ 50 ETP** Mediana [IQR]
Numero di giri	6,8 [4,1-10,7]	26,0 [19,6-42,4]
Numero d'interventi	25,5 [11,5-49,9]	118,3 [92,1-188,8]
Tempo medio di percorrenza tra gli interventi in minuti	10,1 [6,5-20,0]	15,0 [7,4-36,2]
Numero di infermieri SSS (equivalente o superiore)	2,0 [1,0-3,1]	10,1 [5,5-17,7]
Numero di altri professionisti (che coprono le prestazioni OPre)	3,6 [2,0-6,4]	15,9 [10,6-27,6]

IQR = scarto interquartile, ETP = equivalente in tempo pieno, SSS = Scuole specializzate superiori, OPre = Ordinanza sulle prestazioni

Tabella 8: Giri al pomeriggio/alla sera raggruppati per dimensione dell'organizzazione (prospettiva direzione)

Giri al pomeriggio/alla sera	**Pubblico**	**Privato, non lucrativo**	**Privato, lucrativo**
Numero medio di interventi per giro	Md 3,7 [IQR 3,2-4,9]	Md 5,1 [IQR 3,9-6,0]	Md 3,6 [IQR 2,2-5,0]
Tempo medio di percorrenza tra gli interventi	Md 11,0 [IQR 5,6-23,2]	Md 8,1 [IQR 6,0-22,5]	Md 15,0 [IQR 10,0-26,9]
Rapporto numero di infermieri SSS (equivalente o superiore): Numero di altri professionisti (che coprono le prestazioni OPre)	6:10	7:10	6:10

Md = mediana, IQR = scarto interquartile, SSS = Scuole specializzate superiori, OPre = Ordinanza sulle prestazioni

Tabella 9: Giri al pomeriggio/alla sera – raggruppati per tipo di gestione (prospettiva direzione)

Le tabelle seguenti mostrano i risultati relativi alle mediane delle ore medie di cura negli ultimi cinque giorni di cura per giorno (Ordinanze sulle prestazioni) in base alle dimensioni e al tipo di gestione delle organizzazioni.

Ore di cure	**Organizzazione con < 50 ETP** Mediana [IQR]	**Organizzazione con ≥ 50 ETP** Mediana [IQR]
Ore per prestazioni tipo A (valutazione, consulenza, coordinamento) in ore/giorno	2,6 [1,3-5,2]	17,6 [10,0-26,8]
Ore per prestazioni tipo B (esami e cure) in ore/giorno	15,6 [6,8-23,0]	56,2 [45,7-118,5]
Ore per prestazioni tipo C (cure di base) in ore/giorno	22,0 [14,4-40,4]	88,1 [61,7-120,7]

ETP = equivalente in tempo pieno, IQR = scarto interquartile

Tabella 10: Ordinanza sulle prestazioni - Ore di cura al giorno raggruppate per dimensioni dell'organizzazione (prospettiva direzione)

Ore di cure	**Pubblico**	**Privato, non lucrativo**	**Privato, lucrativo**
Ore per prestazioni tipo A (consulenza, coordinamento)	10,8 %	9,3 %	7,0 %
Ore per prestazioni tipo B (esami e cure)	37,2 %	37,3 %	25,2 %
Ore per prestazioni tipo C (cure di base)	52,0 %	53,4 %	67,8 %

Tabella 11: Ordinanza sulle prescrizioni – Ore di cura al giorno per tipo di gestione dell'organizzazione (prospettiva direzione)

Delle ultime 50 visite fornite dalle organizzazioni Spitex per i/le clienti che hanno usufruito di prestazioni di cure, una mediana di 17,0 visite [IQR 10,0-25,0] è stata effettuata da un infermiere SSS (equivalente o superiore).

15.3 Pianificazione del lavoro negli ultimi tre giorni (prospettiva dipendenti)

Ai/alle dipendenti Spitex coinvolti nella cura/assistenza diretta è stato chiesto di mappare gli ultimi tre giorni lavorativi.

In media, negli ultimi tre giorni lavorativi, i/le dipendenti Spitex hanno visitato una mediana di 6,0 clienti [IQR 5,0-9,0] per giro durante il giorno e una mediana di 7,0 clienti [IQR 4,0-9,0] alla sera.

L'orario di lavoro è stato in media di 7,8 ore [IQR 6,0-8,6]. In particolare, l'orario di lavoro medio è stato di 5,9 ore per i/le dipendenti retribuiti su base oraria [IQR 4,3-7,8] e di 8,0 ore per i/le dipendenti con salario mensile [IQR 6,7-8,7]. Il tempo totale di percorrenza/spostamento da cliente a cliente è risultato essere pari a una mediana di 55,0 minuti [IQR 36,3- 75,0], che l'86,3% dei/delle dipendenti Spitex considera come orario lavorativo e il 4,9% parzialmente come orario lavorativo.

Nell'arco dei tre giorni lavorativi, i/le dipendenti hanno dedicato una mediana di 36,7 minuti [IQR 15,0-92,3] alle attività amministrative e una mediana di 18,3 minuti [IQR 6,7-40,0] al lavoro di coordinamento (consulenza, raccolta o trasmissione di informazioni, discussioni dei casi). In questi tre giorni i/le dipendenti hanno visitato un/una cliente di cui non si erano mai occupati prima in una mediana di 0,3 volte [IQR 0,0-1,0]. L'88,8% dei/delle dipendenti partecipanti ha descritto gli ultimi tre giorni lavorativi come giornate lavorative «normali».

In media, negli ultimi tre giorni i/le dipendenti hanno dedicato il 15,8% del loro tempo ad attività amministrative, il 15,3% agli spostamenti, il 7,4% al coordinamento delle attività e il 61,5% ad «altro», incluso il contatto diretto con il/la cliente (cfr. Figura 95).

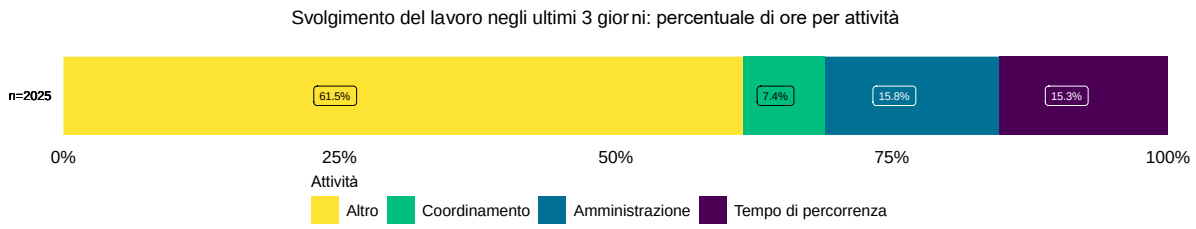
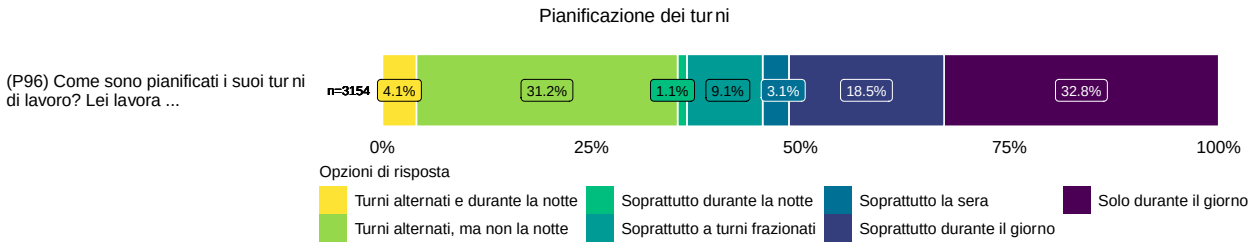


Figura 95: Svolgimento del lavoro negli ultimi giorni: percentuale di ore per attività (prospettiva dipendenti)

15.4 Lavoro su turni (prospettiva dipendenti)

Le pianificazioni dei turni più frequenti indicate dal personale sono state «solo durante il giorno» (32,8%), «turni alternati» (giorno, sera, frazionati) ma non la notte» (31,2%) e «soprattutto durante il giorno» (18,5%). Le opzioni «soprattutto durante la notte» (1,1%), «soprattutto la sera» (3,1%) e «turni alternati (giorno, notte, frazionati) e durante la notte» (4,1%) sono state meno frequenti (cfr. Figura 96).



Legenda. Notte = dalle 22 alle 6, Giorno = dalle 6 alle 18, Sera = dalle 15 alle 24 ore.

Figura 96: Pianificazione dei turni (prospettiva dipendenti)

I/Le dipendenti hanno dichiarato di avere lavorato per una mediana di 2,0 [IQR 1,0-2,0] fine settimana (di sabato e/o domenica) al mese e di avere effettuato una mediana di 0,0 [IQR 0,0-1,0] servizi di picchetto (su chiamata da casa) al mese.

Il personale ha lavorato in ufficio una mediana di 0,5 [IQR 0,0-2,0] giorni al mese (numero di giorni d'ufficio riportato). 1252 dipendenti (49,6%) (di quelli che hanno indicato di lavorare nella cura/assistenza dirette) hanno dichiarato di non avere giorni d'ufficio.

15.5 Lavoro straordinario (prospettiva dipendenti)

Più di un terzo (39,0%) dei/delle dipendenti ha dichiarato di non accumulare mai più di 30 minuti di straordinario o di accumularli meno di «ogni 5-7 turni di lavoro». Un quinto (20,0%) ha indicato di accumulare più di 30 minuti di straordinario «circa ogni 5-7 turni di lavoro» e un quarto (25,5%) «circa ogni 2-4 turni di lavoro». Il 15,5% dei/delle dipendenti accumula più di 30 minuti di straordinario «quasi tutti i turni» (cfr. Figura 97).

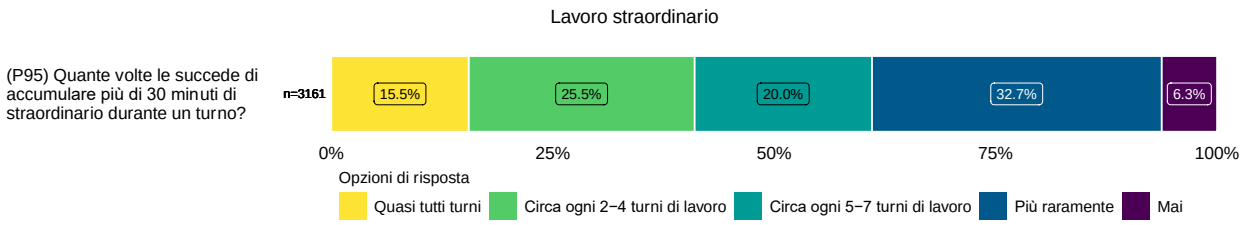


Figura 97: Lavoro straordinario (prospettiva dipendenti)

«È necessario intervenire per perfezionare il profilo di responsabile dei casi. Le attività amministrative e di coordinamento vengono percepite e valorizzate poco.

Azra Karabegovic

Esperta in cure infermieristiche APN

Spitex Zurigo

È sorprendente quanto poco si faccia ricorso alle cure con figura di riferimento nell'assistenza diretta al/alla cliente. Da un punto di vista pratico, è importante disporre di un numero sufficiente di responsabili, ma oltre alla gestione del processo di cura e all'organizzazione e coordinamento, è necessario anche implementare questo tipo di cure nella prassi quotidiana, ad esempio tramite un/un'OSS. I compiti dei responsabili dei casi hanno una logica da un punto di vista pratico. Sarebbe interessante sapere quanti/quante dipendenti con formazione nella gestione dei casi svolgono effettivamente questa mansione in Spitex, poiché i dati ottenuti non consentono di capirlo. Il numero di visite per giro è notevole, così come il fatto che le organizzazioni Spitex pubbliche registrino tempi di percorrenza più lunghi, il che potrebbe essere legato al loro obbligo di prestazione. Colpisce anche il rapporto maggiore tra infermieri/e e altre figure professionali nelle organizzazioni Spitex pubbliche, poiché nella prassi quotidiana incontro spesso la situazione opposta. Il numero più elevato di prestazioni di tipo A è comprensibile poiché le organizzazioni pubbliche lavorano di più con strumenti di valutazione standard come l'interRAI HC. Anche il livello di lavoro straordinario non sorprende, dato che negli ultimi anni le situazioni complesse a domicilio sono aumentate in modo significativo.

Questi risultati sono molto utili per gli Spitex. Da un lato, mostrano il lavoro quotidiano, così come il lavoro straordinario. Dall'altro lato, forniscono informazioni sulla struttura delle organizzazioni importanti per la pianificazione futura. Da soli, gli studi non permettono di capire se ad esempio le cure con figura di riferimento o il *case management* sono efficaci nell'assistenza ai/alle clienti presso il loro domicilio. Eppure, dal presente rapporto emerge che questi settori sono coperti poco dagli Spitex. Pertanto, i risultati possono stimolare ulteriori riflessioni (cos'è sensato nell'assistenza Spitex?). Inoltre, i risultati forniscono per la prima volta dati sulle attività di gestione dei casi. Anche se nella pratica è noto di cosa si occupano i responsabili dei casi, non esiste ancora un profilo chiaro per questo ruolo. I risultati possono contribuire a delinearlo.

È necessario intervenire per perfezionare il profilo di responsabile dei casi. Le attività amministrative e di coordinamento rappresentano una parte significativa del ruolo, un dettaglio che passa spesso inosservato o che non viene considerato nella pratica quotidiana, come è evidente dal basso numero di giorni d'ufficio. È necessario intavolare una discussione sul rafforzamento dell'assistenza primaria nel skill-mix e grade-mix, e sulla promozione del case management come compito delle cure con figura di riferimento a domicilio. Inoltre, è opportuno riflettere sul carico rappresentato da ore aggiuntive e lavoro straordinario nell'assistenza domiciliare.

16 Offerte dell'organizzazione, onere lavorativo e soddisfazione del personale

Questo capitolo comprende da un lato le offerte dell'organizzazione per i nuovi e le nuove dipendenti, dall'altro l'onere lavorativo percepito sul posto di lavoro, ad esempio in relazione allo stress fisico e psicologico, alla soddisfazione sul lavoro, alle eventuali intenzioni di licenziarsi.

Risultati SPOT^{nat} sulle offerte dell'organizzazione per il personale

16.1 Offerte dell'organizzazione per il personale (prospettiva direzione aziendale)

Le organizzazioni Spitex hanno a disposizione diverse opzioni per rendere il posto di lavoro attraente per il proprio personale. Le quattro offerte più citate dalle organizzazioni Spitex sono state l'impiego a tempo parziale (97,7%), il sostegno alla formazione esterna (92,0%), la divisa lavorativa (88,6%) e la formazione interna continua (87,5%). Raramente sono state indicate offerte come manutenzione auto/moto (28,4%), pagamento di bonus (21,6%) o asili nido/assistenza all'infanzia (6,8%). Circa la metà delle organizzazioni Spitex ha dichiarato di offrire ulteriori giorni di vacanza oltre a quelli previsti per legge (48,9%) (cfr. Figura 98). In «altro», ad esempio, sono stati indicati vari benefit (teatro, fitness, fisioterapia, ecc.), bevande o regali (anzianità lavorativa, Natale).

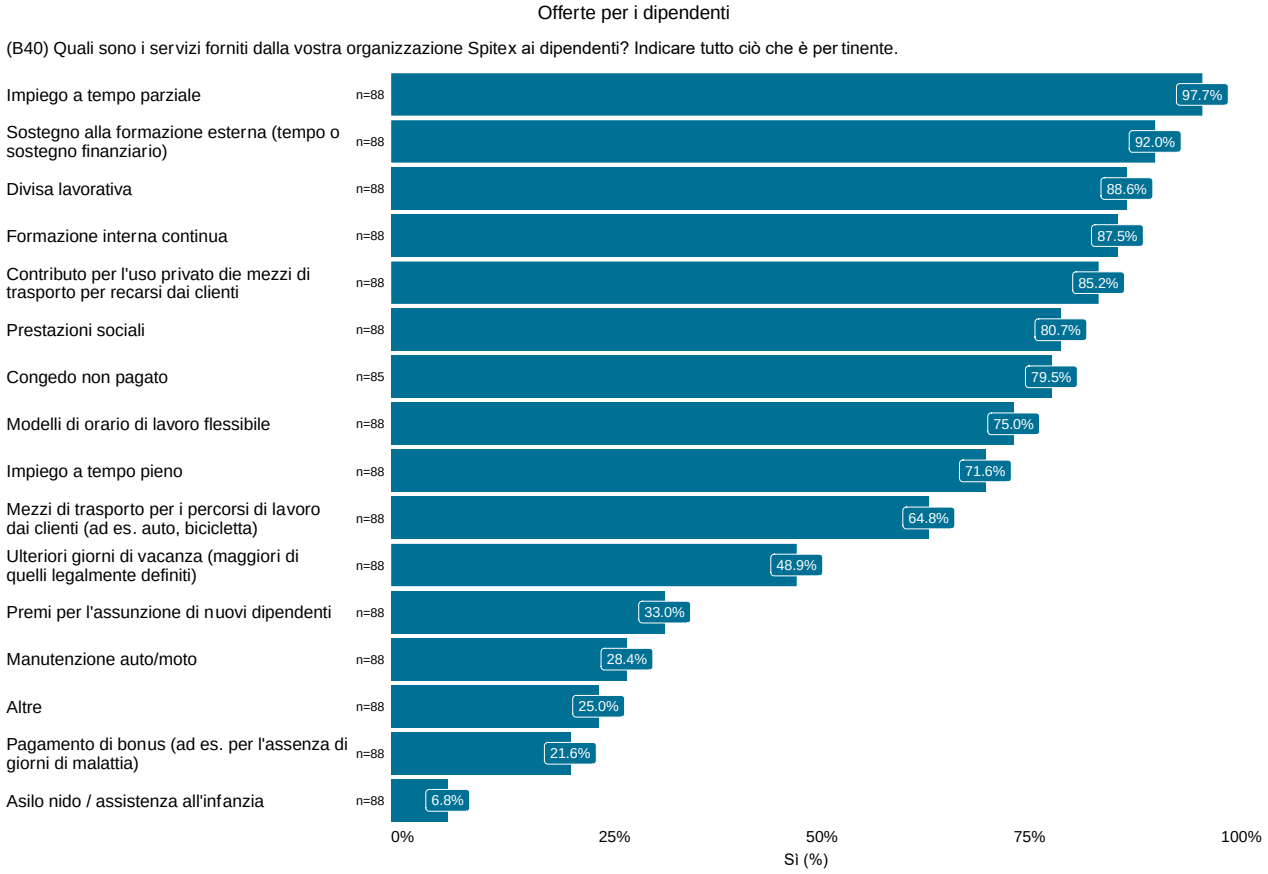


Figura 98: Offerte per i dipendenti (prospettiva direzione)

16.2 Onere lavorativo percepito (prospettiva dipendenti)

Per onere lavorativo percepito, si intende lo sforzo richiesto per completare le attività di assistenza in un determinato arco di tempo [102]. Globalmente, si distingue tra carico di lavoro oggettivo e soggettivo, e quest'ultimo si riferisce all'onere percepito sul posto di lavoro [103].

Le ricerche condotte finora sull'argomento mostrano che l'onere lavorativo influisce sul decorso dei/delle pazienti e sul personale stesso. Un carico di lavoro soggettivo più elevato in ambito ospedaliero è correlato

a eventi indesiderati come decubito, infezioni, cadute dei/delle pazienti o errori nella terapia farmacologica, così come esiste un collegamento con la sicurezza farmacologica in Spitex [104]. Inoltre, l'onere lavorativo percepito sembra incidere sulle prestazioni del personale, con oneri più elevati associati a una minore soddisfazione sul lavoro, livelli maggiori di esaurimento mentale o fisico e tassi di burnout più elevati [104-107].

Risultati SPOT^{nat} sull'onere lavorativo percepito

Ai/alle dipendenti è stato chiesto di valutare l'onere percepito nell'ultima giornata di lavoro tramite sette item (da 1= basso a 20= alto). Questi includevano l'impegno mentale e fisico, il coinvolgimento emotivo e la pressione temporale, nonché la fatica, la frustrazione e la soddisfazione per le proprie prestazioni. I/Le dipendenti hanno segnalato un'elevata soddisfazione per le proprie prestazioni nell'ultima giornata di lavoro (Md 17,0). L'onere più elevato è stato riscontrato in relazione all'impegno mentale (Md 16,0), mentre i/le dipendenti hanno valutato la frustrazione sul lavoro con il livello di onere più basso (Md 5,0) (cfr. Figura 99).

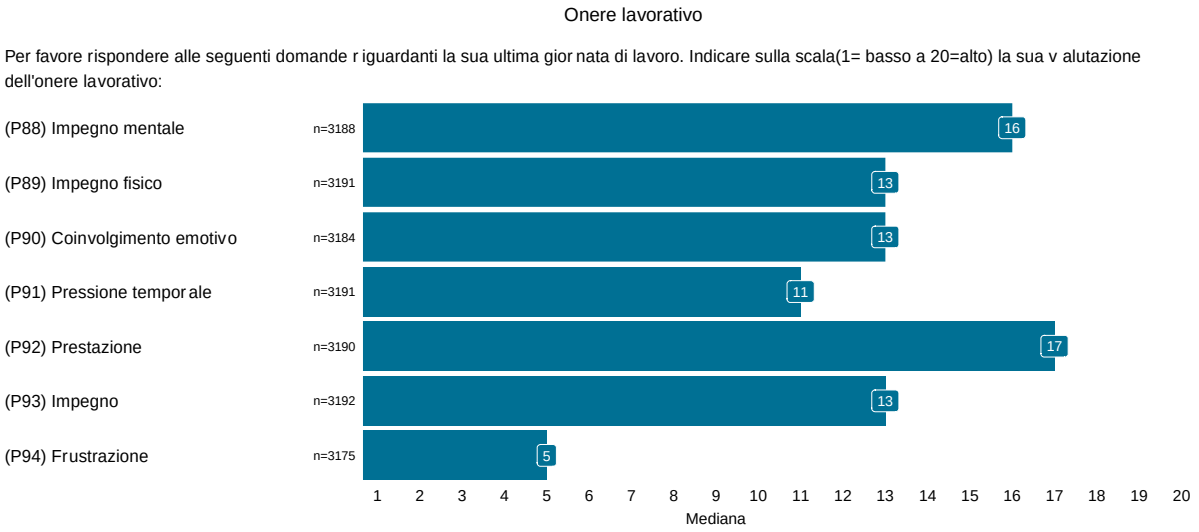
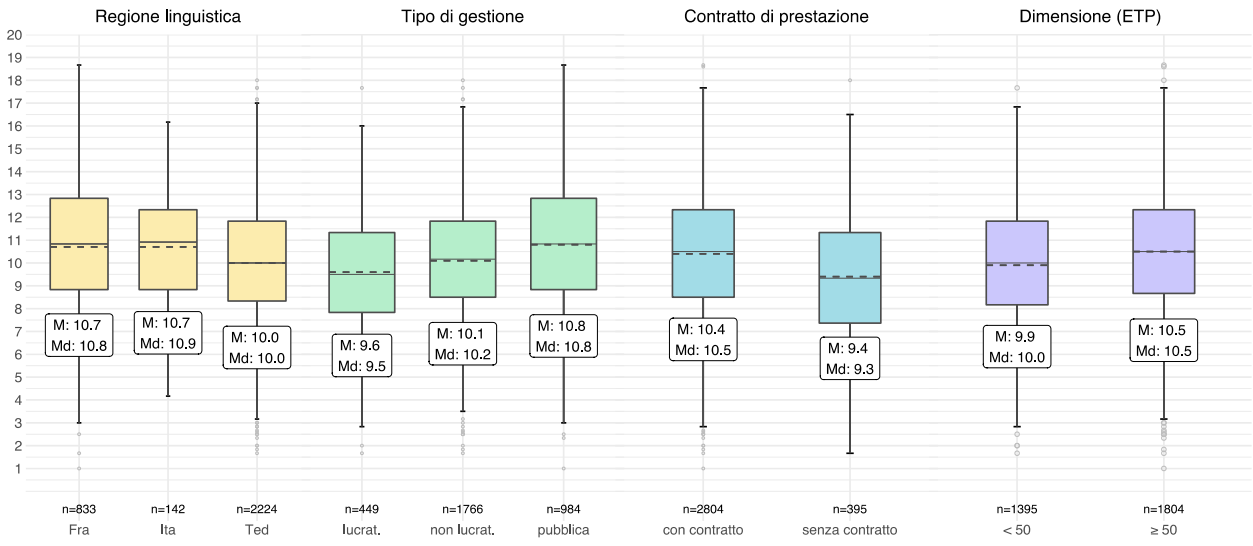


Figura 99: Onere nell'ultima giornata di lavoro (prospettiva dipendenti)

Con i sei item di cui sopra (Figura 99 – P88, P89, P91-P94) è possibile comporre la scala *National Aeronautics and Space Administration Task Load Index* (NASA-TLX) [1]. Questa scala è calcolata in base al valore medio dei sei item e misura l'onere percepito nell'ultima giornata lavorativa, con i valori più alti corrispondenti a un livello di stress più elevato. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Onere lavorativo percepito).

Dal confronto di gruppo, si nota una leggera tendenza a segnalare un onere lavorativo più elevato da parte dei/delle dipendenti delle organizzazioni pubbliche, resp. organizzazioni con contratto di prestazione e delle organizzazioni con 50 o più ETP. Si può osservare inoltre una leggera differenza tra la regione linguistica tedesca e quella francese e italiana (cfr. Figura 100).



Strumento: *National Aeronautics and Space Administration Task Load* Index (NASA-TLX) [1]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 100: Scala NASA-TLX (onere lavorativo) (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Sul totale del personale Spitex, la scala NASA-TLX (onere lavorativo percepito) [1] ha ottenuto una mediana di 10,3 [IQR 8,5-12,2] e un valore medio di 10,3 (SD 2,8). Il valore medio SPOT^{nat} è quindi il più basso rispetto a quelli ottenuti nello studio MatchRN Psychiatry[13] con un valore medio di 11,6 (SD 2,8) e nello studio MatchRN[14] 2018 sugli istituti ospedalieri con un valore medio di 11,3 (SD 2,9).

16.3 Soddisfazione sul lavoro (prospettiva dipendenti)

Per soddisfazione sul lavoro si intende il modo in cui le persone percepiscono il proprio lavoro, il tipo di lavoro stesso e le proprie aspettative lavorative [108] . Pertanto, la soddisfazione sul lavoro dipende da vari fattori, come la percezione delle condizioni di lavoro, la comunicazione, il tipo di lavoro, le politiche e i processi aziendali, la retribuzione, le opportunità di avanzamento, il riconoscimento, la sicurezza e il rapporto con i superiori [108, 109]. La soddisfazione sul lavoro è strettamente correlata con l'intenzione di restare nell'organizzazione [110-112].

Risultati SPOT^{nat} sulla soddisfazione sul lavoro

Il sondaggio SPOT^{nat} comprendeva sette item su questo tema. I/Le dipendenti hanno mostrato maggiore soddisfazione per «capacità di fornire ai clienti la cura di cui hanno bisogno» (94,2% «molto soddisfatto/a» o «soddisfatto/a») e «modo in cui vengono utilizzate le sue capacità» (89,2% «molto soddisfatto/a» o «soddisfatto/a»). In confronto, la soddisfazione per lo stipendio è più bassa, con il 60,4% dei/delle dipendenti «soddisfatti/e» o «molto soddisfatti/e».

Tenuto conto delle circostanze, il 90,5% dei/delle dipendenti si è dichiarato «soddisfatto» o «molto soddisfatto» del proprio lavoro (cfr. Figura 101).

[13] https://matchrnpsychiatrie.nursing.unibas.ch. Questi dati dello studio MatchRN Psychiatry non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.
[14] https://matchrn.unibas.ch. Questi dati dello studio MatchRN non sono pubblicati e sono stati calcolati per questo rapporto.

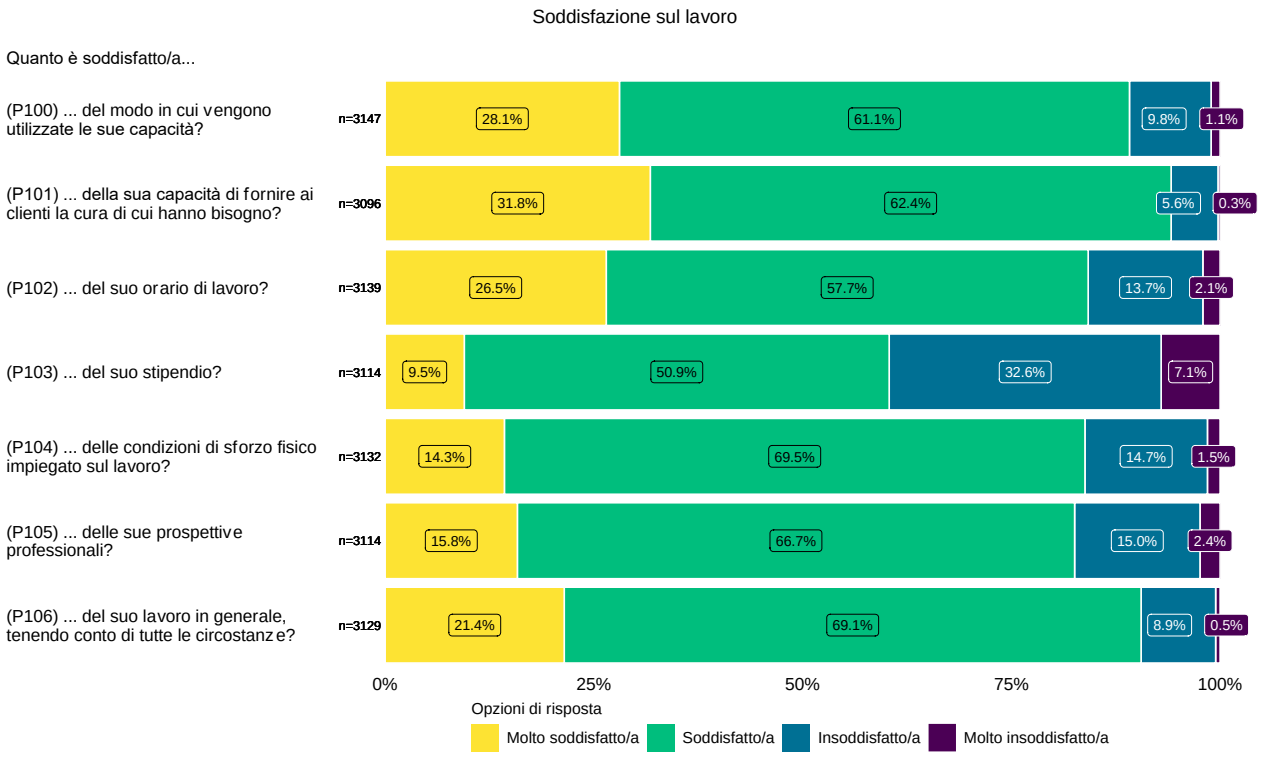


Figura 101: Soddisfazione sul lavoro (prospettiva dipendenti)

Circa la metà dei/delle dipendenti (51,3%) consiglierebbe sicuramente lo Spitex, e più di un terzo (38,1%) «probabilmente», come un buon posto di lavoro (cfr. Figura 102).

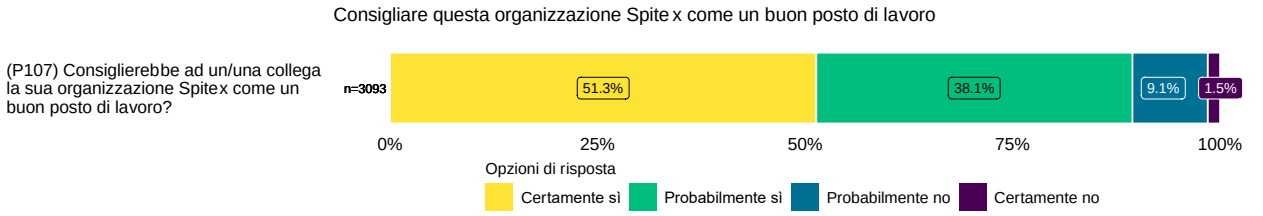


Figura 102: Consigliare questa organizzazione Spitex come un buon posto di lavoro (prospettiva dipendenti)

16.4 Propensione alle dimissioni (prospettiva dipendenti)

Per propensione alle dimissioni si intende l'intenzione o la predisposizione a lasciare l'organizzazione nella quale si è attualmente impiegati [113]. Quando i/le dipendenti si licenziano il know-how implicito si disperde e possono presentarsi problemi di continuità, ad esempio nell'accompagnamento dei/delle clienti con malattie croniche [114]. Il licenziamento comporta costi aggiuntivi per l'organizzazione e può influire negativamente sulla qualità dell'assistenza [109, 112]. È più probabile che i/le dipendenti rimangano in un'organizzazione se sono in grado di garantire un'elevata continuità e qualità dell'assistenza, hanno rapporti positivi con i loro superiori, possono fornire un'assistenza di alta qualità, il lavoro è vario, possono contare su un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata e se sono soddisfatti del loro salario [112].

Risultati SPOT^{nat} sulla propensione alle dimissioni

Nel complesso, quasi la metà dei/delle dipendenti partecipanti (47,4%) si è detta fortemente intenzionata a rimanere nella propria organizzazione per i prossimi 12 mesi. Circa i due terzi (68,8%) hanno dichiarato di non cercare attualmente un altro posto di lavoro e una leggera maggioranza (52,7%) non intende sicuramente cercare un nuovo posto di lavoro nel prossimo anno (cfr. Figura 103).

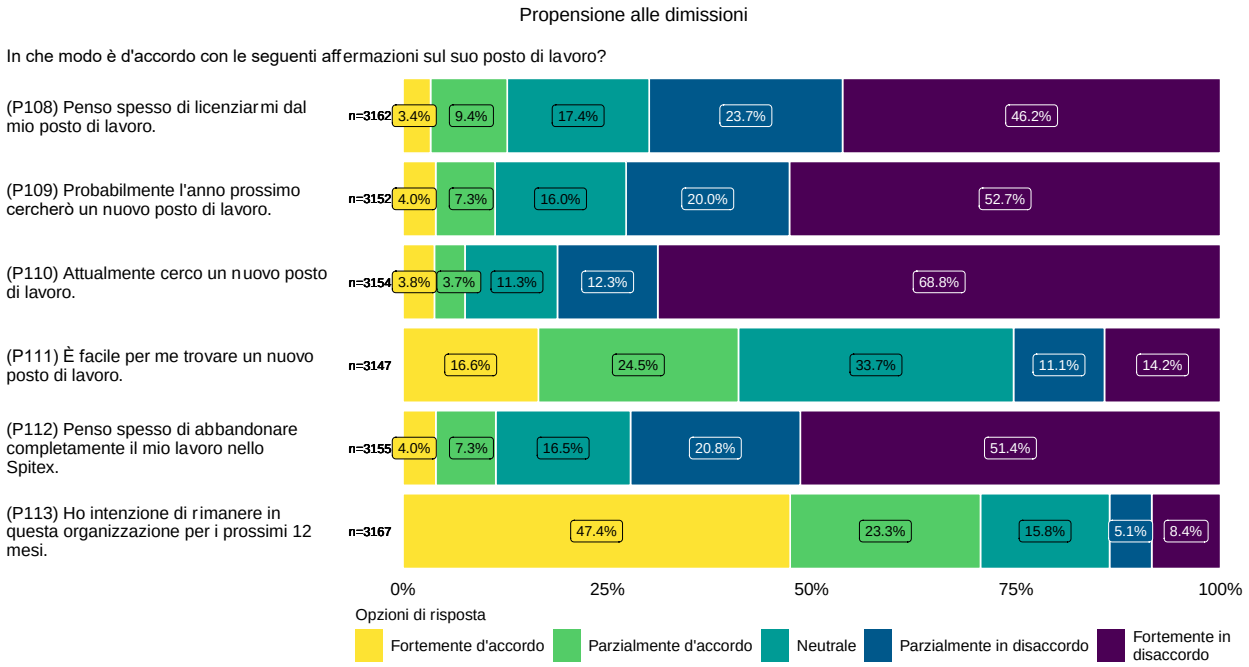


Figura 103: Propensione alle dimissioni (prospettiva dipendenti)

«La maggior parte delle organizzazioni Spitex sono molto apprezzate dal proprio personale per la struttura del posto di lavoro. Tuttavia, quasi il 40% è insoddisfatto del proprio stipendio.»

Gabriela Bolliger

Infermiera diplomata e direttrice

bolliger-gesundheitsmanagement

Dai risultati emergono diversi aspetti: nonostante la «pressione temporale» abbia raggiunto una mediana di 11, i/le dipendenti si sono mostrati soddisfatti del proprio lavoro, con una mediana di 17. Tra le ragioni dell'alto livello di soddisfazione per il servizio fornito potrebbe esserci la buona pianificazione delle visite ai/alle clienti, come dimostrato dagli alti punteggi ottenuti dalle voci «il modo in cui vengono utilizzate le sue capacità» e «capacità di fornire ai clienti la cura di cui hanno bisogno».

Sorprende che l'onere di lavoro percepito nello Spitex sia inferiore rispetto a quello della psichiatria e degli ospedali. Una spiegazione potrebbe essere che il personale infermieristico dello Spitex svolge attività assistenziali complesse presso il/la cliente per un periodo di tempo più lungo. Questo contribuisce a rendere un compito molto impegnativo meno stressante, poiché ci si abitua allo svolgimento dell'attività complessa affrontandola regolarmente.

È gratificante osservare che il 90,5% del personale Spitex è soddisfatto del proprio lavoro, così come è positivo che oltre l'80% dei/delle dipendenti consiglierebbe lo Spitex ai colleghi/alle colleghe come un buon posto di lavoro. Ciò significa che le organizzazioni Spitex sono molto apprezzate dal proprio personale per la sua struttura come posto di lavoro.

I risultati mettono in evidenza aspetti importanti relativi alle prestazioni del personale. Nonostante la «frustrazione» sul posto di lavoro sia bassa, questo dato non va ignorato. Un/Una dipendente su quattro si sente frustrato al lavoro. Questo può influire sulle prestazioni lavorative e incoraggiare l'intenzione del/della dipendente di licenziarsi.

La percentuale elevata di soddisfazione sul lavoro tra i/le dipendenti non deve indurre a ignorare i/le dipendenti insoddisfatti/e oppure molto insoddisfatti/e. Le informazioni fornite dai/dalle dipendenti in merito all'intenzione di licenziarsi ne sono la prova. Solo la metà dei/delle dipendenti si è detta pienamente d'accordo sul fatto che sarebbero rimasti nel loro Spitex attuale per un altro anno. I dati sui/sulle dipendenti che probabilmente cercheranno un nuovo lavoro il prossimo anno corrispondono all'intenzione di «[…] abbandonare completamente il mio lavoro nello Spitex». Questi/e dipendenti «in futuro» potrebbero volere lavorare in un ambito diverso da quello offerto dallo Spitex o abbandonare del tutto il lavoro assistenziale.

Il rapporto mostra che è importante prestare attenzione alle esigenze del personale. Quasi il 40% dei/delle dipendenti dice di essere insoddisfatto del proprio stipendio. Inoltre, un quarto dei/delle dipendenti lavora sotto pressione. Le offerte citate, come il lavoro part-time, le opportunità di formazione continua, ecc., non sono sufficienti per legare i/le dipendenti allo Spitex nel lungo periodo. Un effetto positivo sulla fidelizzazione del personale potrebbe derivare dalla riduzione dell'orario di lavoro settimanale a fronte dello stesso salario. In questo modo, i/le dipendenti avrebbero più tempo per rilassarsi senza subire perdite economiche. Anche se attualmente nella maggior parte delle organizzazioni Spitex il personale è troppo limitato, questo passaggio può portare a nuove assunzioni e a una maggiore fidelizzazione del personale. Un primo passo in questa direzione potrebbe essere l'offerta di più tempo libero a parità di stipendio, che in maniera indiretta può anche essere vista come un aumento salariale. Alcune organizzazioni, anche se in carenza di personale specializzato, hanno già avviato questo cambiamento.

17 Salute del personale

In questo capitolo presentiamo i risultati relativi all'assenteismo e al presenteismo, alla salute sul lavoro, ai segnali di burnout e al rapporto tra lavoro e vita privata.

17.1 Assenteismo e presenteismo (prospettiva dipendenti)

L'assenteismo comprende qualsiasi assenza dal lavoro, giustificata o meno [115]. I motivi più frequenti per non recarsi al lavoro sono malattie poco gravi, acute o croniche, come malattie muscoloscheletriche, disturbi gastrointestinali, stress e problemi psicologici [116]. Il presenteismo, invece, si riferisce alla presenza sul posto di lavoro di dipendenti che non si sentono bene o non sono al massimo della produttività [116].

Per un'organizzazione, assenteismo e presenteismo comportano una riduzione delle prestazioni, una compromissione dell'etica lavorativa e costi aggiuntivi [115]. Nel 2020 il potenziale economico inutilizzato per via del presenteismo è stato pari a 5,5 miliardi CHF e le perdite di produttività dovute all'assenteismo sono state di 2,2 miliardi CHF [117].

Risultati SPOTnat sull'assenteismo e sul presenteismo

Circa il 54% dei/delle dipendenti partecipanti al sondaggio SPOT^{nat} ha effettuato almeno un giorno di assenza nel 2020 a causa di malattia. Al contrario, circa il 41,3% dei/delle dipendenti ha dichiarato aver lavorato anche se non se la sentiva almeno una volta in un anno. Nel 2020, quasi un terzo (32,4%) dei/delle dipendenti si è recato al lavoro tra 1 e 9 giorni nonostante stesse male e non fosse in grado di lavorare, e una percentuale altrettanto elevata (31,1%) ha effettuato da 1 a 9 giorni di assenza per malattia. Circa un quinto (22,5%) dei/delle dipendenti si è assentato per malattia per 10 o più giorni, mentre l'8,9% si è recato al lavoro per 10 o più giorni nonostante si sentisse male e fosse incapace di lavorare (cfr. Figura 104).

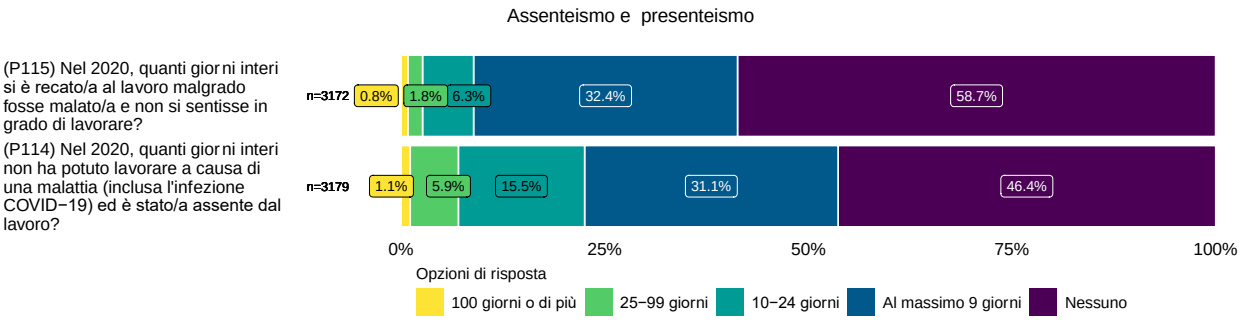


Figura 104: Assenteismo e presenteismo (prospettiva dipendenti)

17.2 Salute sul posto di lavoro (prospettiva dipendenti)

La salute sul posto di lavoro è stata analizzata tramite quattro item. Più di due terzi (70,4%) dei/delle dipendenti hanno dichiarato di avere avvertito «un po'» o «molta» debolezza generale, stanchezza e mancanza di energia nelle ultime quattro settimane, mentre due terzi (66,8%) degli intervistati hanno indicato di avere sofferto di mal di schiena o dolori lombari.

Circa la metà (51,8%) dei/delle dipendenti ha avuto difficoltà ad addormentarsi o insonnia, oppure lievi o forti dolori alle articolazioni o agli arti (50,2%) nelle ultime quattro settimane (cfr. Figura 105).

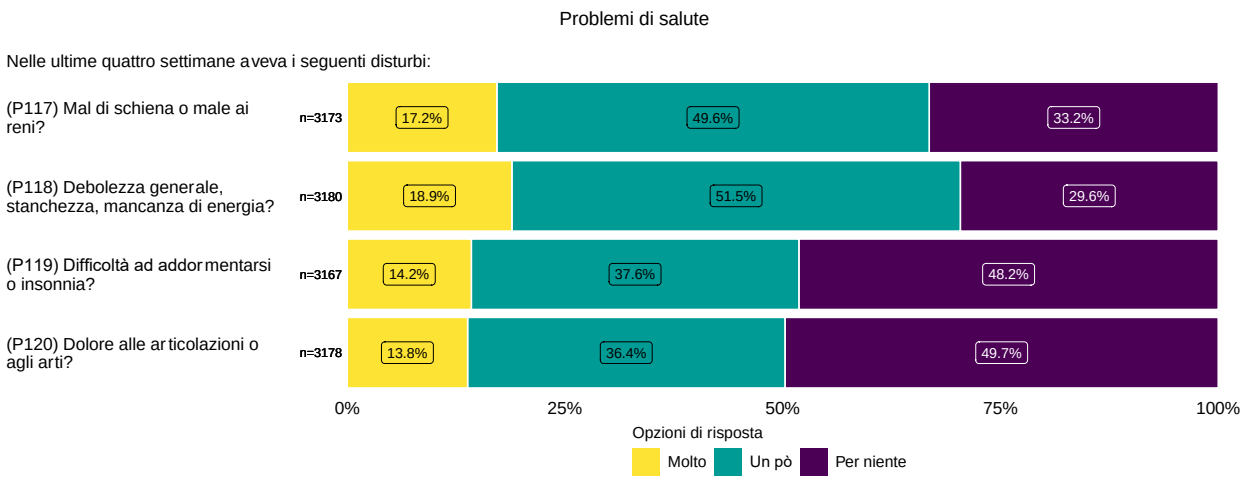


Figura 105: Problemi di salute nelle ultime quattro settimane (prospettiva dipendenti)

In confronto, nel sondaggio sulla salute in Svizzera condotto nel 2017, il 38,0% degli uomini e il 48,6% delle donne aveva dichiarato di avere avuto lievi o forti dolori alla schiena o lombari nelle ultime quattro settimane, mentre il 33,3% e 49,5% rispettivamente avevano segnalato un senso di debolezza generale [118] .

Uno degli item ha permesso ai/alle dipendenti di valutare in che misura credono che questi disturbi siano correlati con il loro lavoro. Circa due quinti (41,9%) dei/delle dipendenti hanno indicato una correlazione dei disturbi con il lavoro pari o superiore «al 60%» (cfr. Figura 106).

I/Le dipendenti hanno valutato la loro attuale capacità lavorativa con una mediana di 9,0 [IQR 8,0-10,0], su una scala da 0 = completamente inabile al lavoro a 10 = attualmente migliore capacità lavorativa.

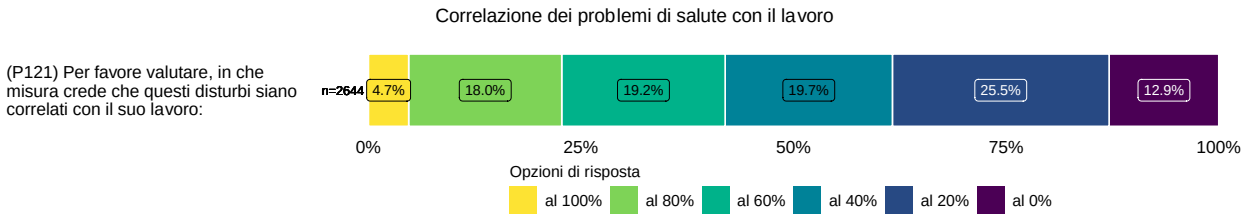


Figura 106: Correlazione dei problemi di salute con il lavoro (prospettiva dipendenti)

17.3 Burnout (prospettiva dipendenti)

Il burnout può essere definito come uno stato di esaurimento fisico, emotivo e mentale risultante dal coinvolgimento prolungato in situazioni lavorative emotivamente impegnative [119]. Secondo Promozione Salute Svizzera, nel 2020 quasi un terzo della popolazione attiva svizzera (28,7%) soffriva di esaurimento emotivo [117]. In letteratura, l'esaurimento emotivo del personale infermieristico è stato correlato negativamente, tra le altre cose, alla qualità e alla sicurezza dell'assistenza, alla soddisfazione del paziente, al coinvolgimento nell'organizzazione e alla produttività [120].

Risultati SPOT^{nat} sul burnout

Nei sei item dello studio SPOT^{nat} dedicati al burnout, più di tre quarti (77,0%) dei/delle dipendenti hanno dichiarato di sentirsi «a volte», «spesso» o «sempre» stanchi, mentre più della metà (56,6%) si sente fisicamente sfinito. La metà (51,7%) degli intervistati si sente emotivamente sfinito da «qualche volta» a «sempre». Il 43,4% ha dichiarato di sentirsi sfinito, seguito dalle opzioni «non posso andare avanti così» (27,7%) e «debole e suscettibile alle malattie» (22,5%) (cfr. Figura 107).

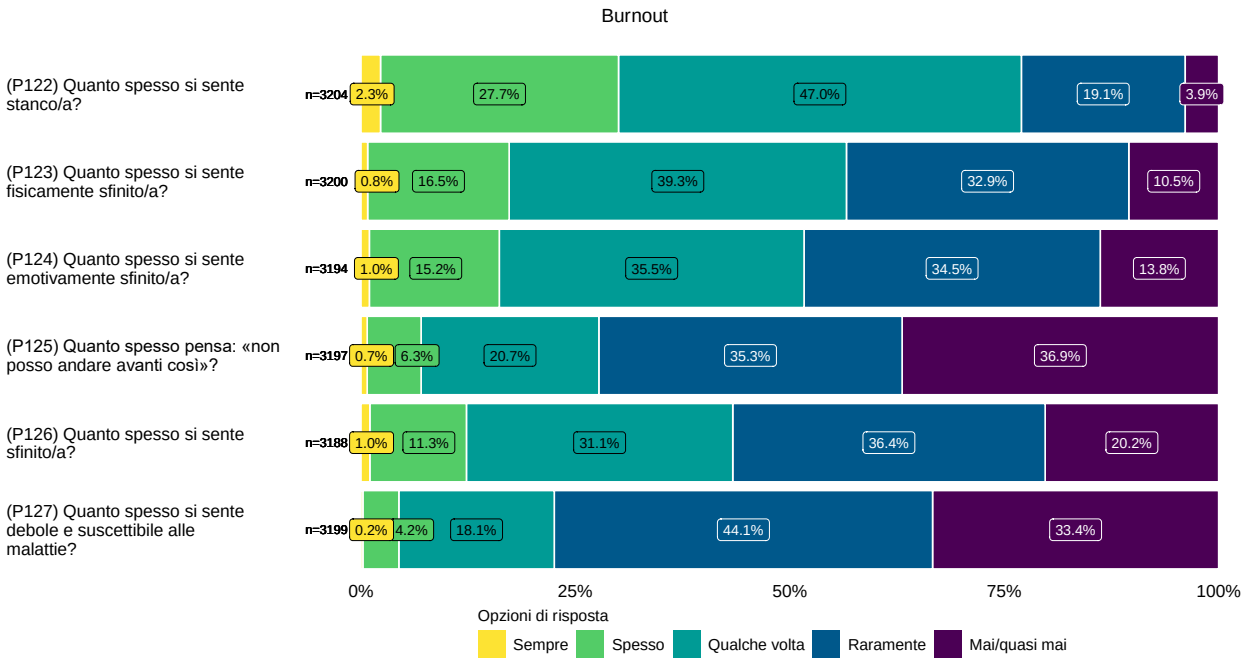
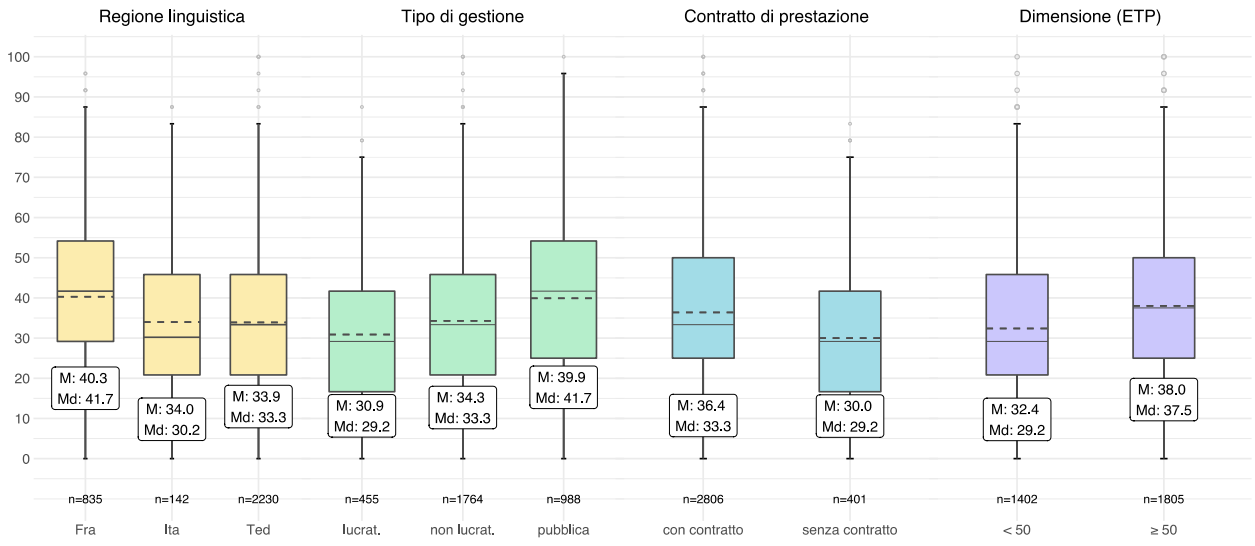


Figura 107: Burnout (prospettiva dipendenti)

Con i sei item di cui sopra (Figura 107) è possibile comporre la scala *Personal Burnout* dello strumento *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI) [121]. Questa scala misura il burnout individuale in termini di livello di stanchezza fisica e mentale e di esaurimento percepito dalla persona. Come valore della scala viene calcolato il valore medio dei sei item (delle opzioni di risposta da 0 – «mai/quasi mai» a 100 – «sempre»). I valori più elevati indicano un livello maggiore di burnout (ricorrenza più frequente delle condizioni di cui sopra). Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale - Burnout).

Se si considera la percezione dei singoli e delle singole dipendenti nei quattro gruppi della Figura 108 si notano differenze in tutti i gruppi. Nella Svizzera francese i valori di burnout sono più elevati (M 40,3) rispetto alla Svizzera italiana (M 34,0) e alla Svizzera tedesca (M 33,9). Analogamente, nelle organizzazioni di diritto pubblico, il valore medio relativo al burnout (M 39,9) è più elevato rispetto alle organizzazioni di diritto privato a scopo non lucrativo (M 34,3) e lucrativo (M 30,9), così come nelle organizzazioni con contratto di prestazione (M 36,4) e con 50 o più ETP (M 38,0).



Strumento: *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), Scala *Personal Burnout* [121]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 108: Scala CBI – Personal Burnout (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Calcolata su tutto il personale Spitex, la scala del burnout personale [121] ha ottenuto una mediana di 33,3 [IQR 20,8-50,0] e una media di 35,6 (SD 18,4).

17.4 Rapporto tra lavoro e vita privata (prospettiva dipendenti)

Il rapporto tra il lavoro e la vita privata è stato misurato tramite otto item. La maggior parte dei/delle dipendenti ha dichiarato di non avere «mai» o «quasi mai», negli ultimi sette giorni di lavoro, saltato un pasto (67,1%), dormito meno di cinque ore a notte (63,9%) o avuto un turno di lavoro senza pause (58,9%). Il 39,5% dei/delle dipendenti, invece, ha dichiarato di essere rientrato a casa «qualche volta» o «sempre» più tardi di quanto pianificato e il 16,1% ha modificato «sempre» o «qualche volta» i propri piani personali/familiari negli ultimi sette giorni di lavoro. Più di un quarto dei/delle dipendenti (27,9%) si è sentito frustrato «sempre» o «qualche volta» dall'uso di sistemi informatici negli ultimi sette giorni di lavoro (cfr. Figura 109).

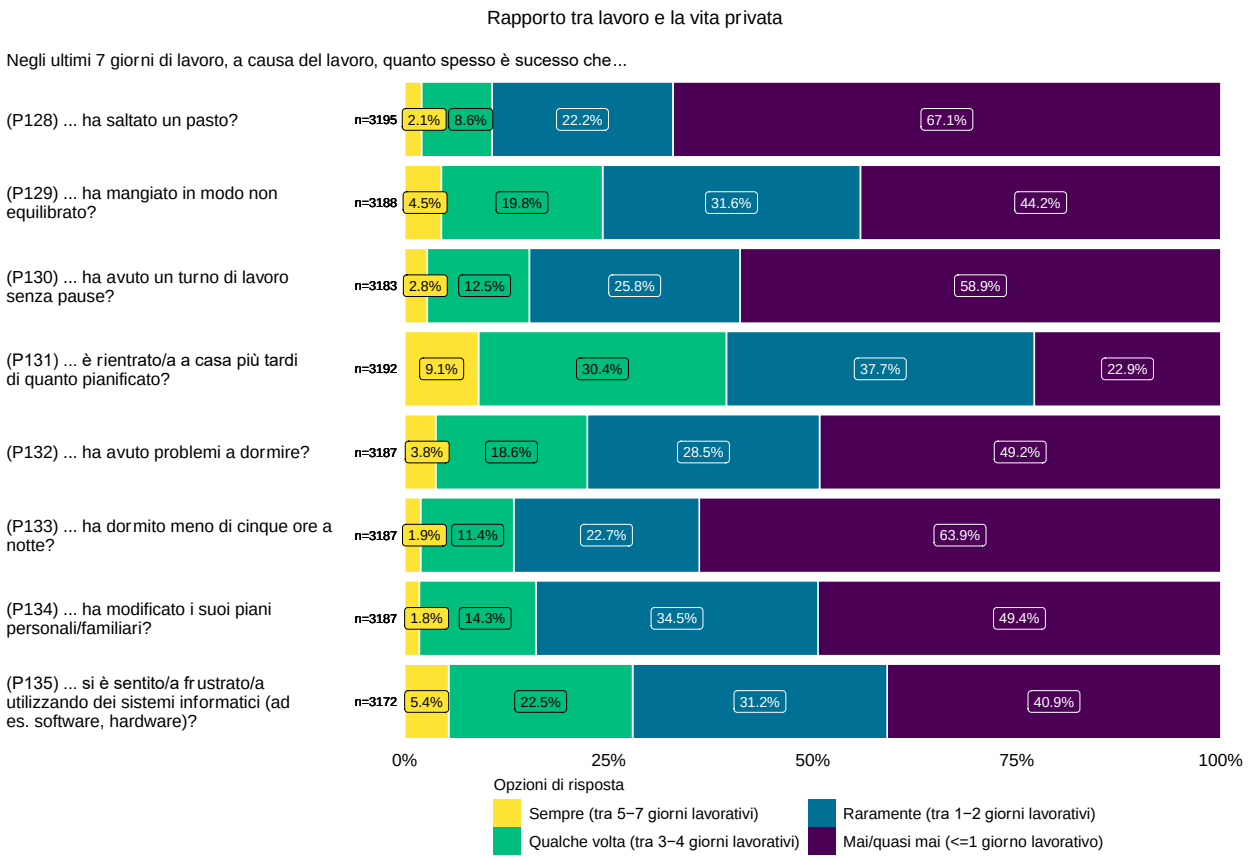
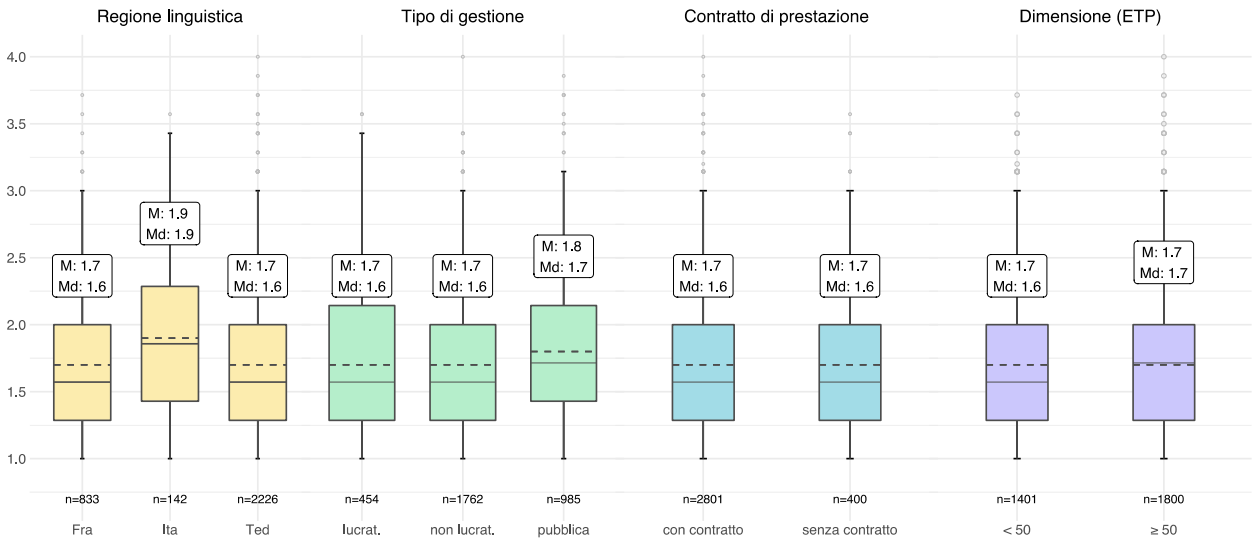


Figura 109: Rapporto tra lavoro e vita privata (prospettiva dipendenti)

Con i sette item di cui sopra (Figura 109 – P128-P134; l'ultimo item P135 «sistemi informatici» è solitamente misurato insieme alla scala, ma non è stato incluso nel calcolo della scala in seguito all'analisi psicometrica) è possibile comporre la scala *Work-life climate* [122]. La scala riflette le norme per prendersi cura di sé e della propria vita lavorativa, ovvero il rapporto tra lavoro e vita privata dei singoli individui. Come valore della scala viene calcolato la media dei sette item (delle opzioni da 1 – «mai/quasi mai» a 4 – «sempre»), con i valori più elevati che indicano un rapporto pessimo tra lavoro e vita privata. Ulteriori informazioni sulla scala sono disponibili nell'Appendice (Scale – Work-life climate).

In questo caso (Figura 110), sono evidenti le differenze tra la regione di lingua italiana (M 1,9) con un equilibrio tra lavoro e vita privata percepito come minimamente peggiore rispetto alle regioni di lingua tedesca (M 1,7) e francese (M 1,7).



Strumento: W*ork-life climate scale* [122]
Legenda: M = valore medio, Md = mediana, ETP = equivalente in tempo pieno.
Regione linguistica: Ted = tedesca, Fra = francese, Ita = italiana.
lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo lucrativo, non lucrat.= organizzazione di diritto privato a scopo non lucrativo, pubblica = organizzazione di diritto pubblico.
<50 = meno di 50 ETP. ≥50 = 50 o più ETP.
Ulteriori spiegazioni relative al grafico sono disponibili nel paragrafo Informazioni sulla presentazione dei risultati.

Figura 110: Scala Work-life climate (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti)

Calcolata su tutto il personale Spitex, la scala W*ork-life climate* [122] ha raggiunto una mediana di 1,6 [IQR 1,3-2,0] e una media di 1,7 (SD 0,5).

«Vale la pena investire nello sviluppo di ambienti di lavoro salutari, dal momento che dipendenti in buona salute e soddisfatti potrebbero rivelarsi un fattore di successo decisivo contro la carenza di personale qualificato.»

Rita Buchli

Psicologa del lavoro e dell'organizzazione MSc

Rita Buchli GmbH

I risultati del sondaggio SPOT^{nat} sulla salute fisica mostrano in media valori più negativi per tutte le domande comparabili (mal di schiena o dolori lombari, stanchezza generale, difficoltà ad addormentarsi o insonnia) rispetto a quelli del sondaggio sulla salute in Svizzera condotto nel 2017 [118], che ha riguardato il totale della popolazione. Inoltre, i/le dipendenti Spitex dichiarano di sentirsi esausti molto più spesso della media nazionale: uno/a su due rispetto a uno/a su tre.

Quasi il 90% degli intervistati percepisce una forte o lieve correlazione tra i propri problemi di salute e il lavoro. Il fatto che il lavoro influisca sulla salute dei/delle dipendenti Spitex e la negatività dei dati relativi alla salute dei medesimi rispetto alla popolazione generale ci indica che è necessario agire.

Due quinti degli intervistati si sono recati al lavoro anche se malati. Circa il 9% ha lavorato almeno due settimane nonostante non stesse bene, quasi l'1% ha lavorato anche se non stava bene per metà o più giorni lavorativi all'anno. Se da un lato questo indica un alto livello di coinvolgimento nell'organizzazione e solidarietà nei confronti dei colleghi/delle colleghe, dall'altro è segno di carichi e ritmi di lavoro elevati, entrambi fattori di rischio per il presenteismo e le malattie connesse allo stress.

Il presenteismo è pericoloso e, da un punto di vista economico, ha un potenziale di danno di gran lunga maggiore dell'assenteismo. I/Le dipendenti che si recano al lavoro in condizioni di salute mentale e/o fisica compromesse sono meno efficienti, commettono più errori e possono subire o causare un maggior numero di infortuni. Inoltre, sono anche piuttosto instabili dal punto di vista emotivo, il che può generare conflitti nel team di lavoro. Di conseguenza, non è soltanto l'atmosfera all'interno dell'organizzazione a risentirne, ma anche per la direzione è più difficile svolgere il proprio lavoro.

Per contrastare le conseguenze dello stress, come la crescente insoddisfazione sul lavoro e le malattie mentali e fisiche croniche, è importante conoscere i carichi di lavoro e le risorse a disposizione dei/delle dipendenti e trovare il giusto equilibrio con gli interventi. L'indagine partecipata e lo sviluppo congiunto delle misure sono procedure complesse, ma rappresentano un elemento chiave per lo sviluppo sostenibile di ambienti di lavoro salutari. Un investimento che vale la pena effettuare, dal momento che dipendenti in buona salute e soddisfatti potrebbero rivelarsi un fattore di successo decisivo contro la carenza di personale qualificato.

18 Violenza da parte dei/delle clienti nei confronti del personale Spitex

Gli episodi di violenza da parte dei/delle clienti nei confronti dei/delle dipendenti sono un fenomeno diffuso che può assumere forme diverse. I/Le dipendenti possono essere oggetto di comportamento verbalmente aggressivo (offese, insulti, discriminazione, ecc.), comportamento fisicamente aggressivo (spintoni, graffi, colpi, lancio di fluidi corporei, ecc.) o comportamento sessualmente aggressivo (gesti osceni, abbracci indesiderati, tocco di parti intime del corpo, ecc.), danneggiamento o perdita di materiali personali o lavorativi, o persino aggressioni da parte degli animali domestici [123, 124]. Una meta-analisi relativa alla violenza sul posto di lavoro in Spitex con studi provenienti da Stati Uniti, Giappone, Israele, Australia e Canada ha rivelato che i/le dipendenti Spitex che hanno subito violenza fisica sono in media il 10%, mentre il 36% ha subito violenza non fisica negli ultimi 12 mesi [125].

Gli infermieri sono i professionisti più soggetti a episodi di violenza a livello mondiale, il che può avere un impatto sulla salute del personale [124, 126]. Questo carico aggiuntivo influisce anche sull'intenzione di licenziarsi e sulla soddisfazione lavorativa dei/delle dipendenti [124, 126]. Uno studio svizzero ha mostrato che una formazione adeguata nella gestione dei comportamenti aggressivi (ad esempio un miglioramento della capacità di cercare il dialogo con i/le clienti aggressivi) e il supporto dei supervisori e degli altri membri del team consentono di ridurre i sentimenti negativi o lo stress dovuti a episodi di comportamento aggressivo [124]. In questo capitolo presentiamo i risultati di SPOT^{nat} sulla violenza dei/delle clienti nei confronti del personale Spitex.

Risultati SPOT^{nat} sulla violenza nei confronti del personale Spitex (prospettiva dipendenti)

Tra i/le dipendenti partecipanti al sondaggio, le esperienze di comportamento verbalmente aggressivo sono risultate essere le più frequenti. La maggioranza (69,1%) dei/delle dipendenti ha dichiarato di subire un comportamento verbalmente aggressivo da parte di un/una cliente almeno una volta l'anno (o più). Sempre almeno una volta all'anno, quasi un quarto dei/delle dipendenti ha sperimento anche comportamenti fisicamente aggressivi (24,1%) e sessualmente aggressivi (22,4%) (cfr. Figura 111).

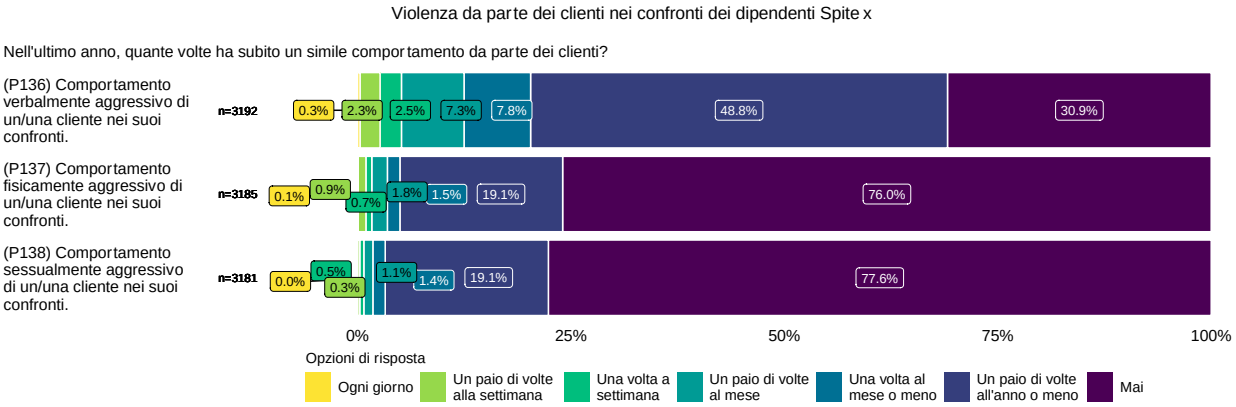


Figura 111: Violenza da parte dei/delle clienti nei confronti dei/delle dipendenti Spitex (prospettiva dipendenti)

Ai seguenti item hanno risposto solo i/le dipendenti che non hanno risposto «mai» a tutte le domande sull'aggressività dei/delle clienti (ovvero che hanno subito comportamenti aggressivi almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Meno della metà (44,7%) di loro ha dichiarato di avere «sempre» segnalato gli incidenti accaduti al proprio superiore o a un ufficio responsabile dello Spitex. La maggioranza (53,1%) ha indicato che, a suo parere, sono «sempre» state adottate le misure necessarie (cfr. Figura 112).

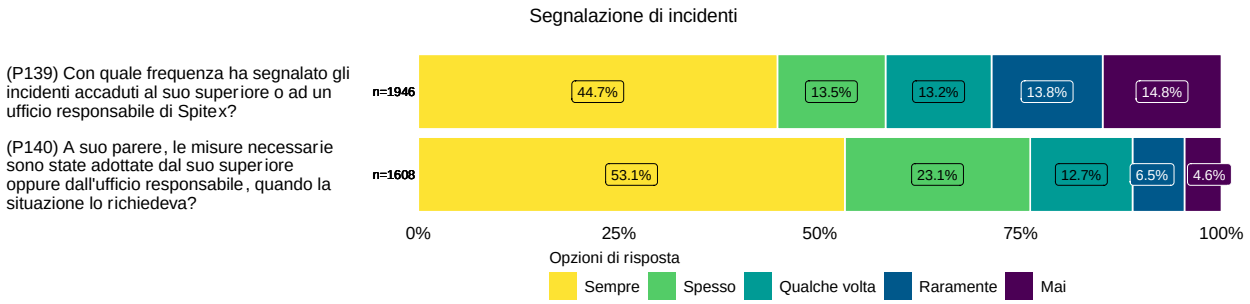


Figura 112: Segnalazione di comportamenti aggressivi dei/delle clienti (prospettiva dipendenti)

«I risultati dello studio sulla violenza contro il personale Spitex sono allarmanti. Abbiamo bisogno di un sistema di gestione delle aggressioni che supporti la prevenzione, la capacità di agire in situazioni di minaccia e un attento follow-up.»

Majbritt Jensen

Esperta in cure infermieristiche APN, MScN

Spitex Zürich AG (fino al 31 agosto 2022)

Anche se sfortunatamente non sono molto sorpresa, questo studio fornisce una visione inquietante della misura in cui i colleghi e le colleghe sono esposti a comportamenti violenti e aggressivi nel lavoro in ambito domiciliare. La violenza fisica o sessuale sul posto di lavoro quotidiano interessa oltre 700 persone e quasi il 70% degli intervistati e delle intervistate (oltre 2200 persone) è oggetto di comportamenti verbalmente aggressivi.

Trovo che i risultati relativi al follow-up e alla gestione di tali situazioni siano allarmanti, in quanto indicano che in un caso su dieci la situazione non è stata risolta. Si parla di oltre 170 colleghi e colleghe. Inoltre, più di 300 colleghe e colleghi non segnalano gli incidenti.

Sfortunatamente, lo studio mostra in modo molto chiaro che aggressività e violenza sono fenomeni frequenti durante il lavoro in ambito domiciliare. Suggerisco che i risultati vengano resi disponibili a personale e organizzazioni, perché affrontare apertamente l'argomento può contribuire ad alleviare il peso percepito dai singoli individui.

I risultati possono essere utilizzati per mostrare alle rispettive organizzazioni opzioni di supporto concrete.

Come hanno stabilito gli autori dello studio, in letteratura sono già disponibili risultati positivi sull'implementazione della gestione dell'aggressività. È nostro dovere creare un ambiente di lavoro il più sicuro possibile. Ovviamente, per le condizioni individuali dei/delle dipendenti, ma anche per fronteggiare la fluttuazione sempre più elevata all'interno del settore infermieristico.

Dal mio punto di vista, è fondamentale introdurre misure di gestione dell'aggressività che includano sia la prevenzione sia la capacità di agire in situazioni pericolose, ma anche svolgere un attento lavoro di follow-up. Alcune esperienze e risultati relativi al settore dei servizi sanitari e sociali in Svizzera sono già disponibili e credo varrebbe la pena verificare la trasferibilità e la percorribilità di tali misure in ambito domiciliare.

19 Finanziamento delle prestazioni Spitex

In Svizzera, dall'introduzione del nuovo finanziamento delle cure nel 2011, il finanziamento delle prestazioni Spitex nell'ambito dell'assicurazione malattia si basa su tre pilastri: i contributi dell'assicurato, la partecipazione del paziente e il finanziamento residuo da parte del cantone/comune [127].[15] I contributi dell'assicuratore riguardano le prestazioni di cura LAMal, sono definiti a livello nazionale dall'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) e sono quindi uguali in tutta la Svizzera. Nel 2020, i contributi dell'assicuratore (in base all'art. 7*a* OPre) erano pari a CHF 76.90 all'ora per le misure di accertamento, consulenza e coordinamento, CHF 63.00 all'ora per esami e cure e CHF 52.60 all'ora per l'assistenza generica [128]. La modalità e la misura di partecipazione ai costi dei/delle pazienti, così come l'importo e i requisiti per il finanziamento residuo variano in base al cantone e talvolta anche al comune. Ad esempio, la partecipazione del paziente che deve essere corrisposta dal/dalla cliente oltre alle franchigie e all'aliquota percentuale, va da CHF 0.- a un importo massimo di legge pari a CHF 15.35 per ogni giorno in cui si ricevono prestazioni Spitex. Le prestazioni d'economia domestica e d'assistenza sociale sono a carico dei/delle clienti e, a seconda dell'accordo di prestazione dell'organizzazione Spitex, sono sovvenzionate tramite contributi pubblici.

Studi internazionali mostrano che le normative e i meccanismi di finanziamento possono influenzare l'accesso alle prestazioni da parte dei/delle clienti, l'ambiente lavorativo del personale Spitex e il coordinamento e la qualità dell'assistenza [129-132]. Ad esempio, uno studio olandese ha dimostrato che una modifica dei criteri di ammissibilità Spitex che presti maggiore attenzione al profilo individuale rispetto al quadro sanitario produce una diminuzione del ricorso alle prestazioni di cura da parte delle persone ad alto reddito e un aumento tra le persone single [131]. Altri studi hanno rivelato che l'assistenza si basa spesso su vincoli finanziari piuttosto che sulle preferenze o sui fabbisogni individuali [130], e che le riforme sui finanziamenti hanno avuto conseguenze negative indesiderate, come la frammentazione delle prestazioni o problemi di coordinamento e di qualità [129]. In Svizzera non sono ancora stati condotti studi relativi all'impatto delle normative e dei meccanismi di finanziamento sui vari aspetti dell'assistenza Spitex a livello delle organizzazioni e dei/delle clienti, e non esistono nemmeno studi internazionali che considerino le particolarità delle normative e dei meccanismi di finanziamento svizzeri. In questo capitolo presentiamo i risultati di SPOT^{nat} sui requisiti dei contratti di prestazione, sul finanziamento residuo dei costi di assistenza, sui tipi di finanziamento e sull'impatto della modifica del finanziamento.

Risultati di SPOT^{nat} sul finanziamento delle prestazioni Spitex

19.1 Condizioni dei contratti di prestazione (prospettiva direzione aziendale)

Alle organizzazioni Spitex che hanno stipulato un contratto/accordo di prestazione con il comune/i comuni o il cantone è stato chiesto di indicare le condizioni che il o i comuni/il cantone hanno imposto loro nell'ambito dei contratti di prestazione. 70 delle 88 organizzazioni partecipanti al sondaggio hanno un contratto/accordo di prestazione. Date soprattutto le opzioni proposte, le condizioni «divulgazione della contabilità analitica e/o elaborazione di quest'ultima secondo indicazioni specifiche» (90,0%), «sistema per la valutazione dei bisogni e la documentazione» (88,6%), «erogazione dei servizi nei fine settimana e nei giorni festivi» (90,0 %), «obbligo d'assistenza sanitaria» (82,9 %) e «requisiti di qualità» (82,9 %) sono state indicate con maggior frequenza (cfr. Figura 113).

[15] Fa eccezione il finanziamento delle prestazioni per cure acute e transitorie erogate in seguito a un periodo di degenza su indicazione del medico ospedaliero, che viene coperto in maniera proporzionale dagli assicuratori malattie (45%) e dal settore pubblico (55%) in base alle tariffe negoziate dal cantone.

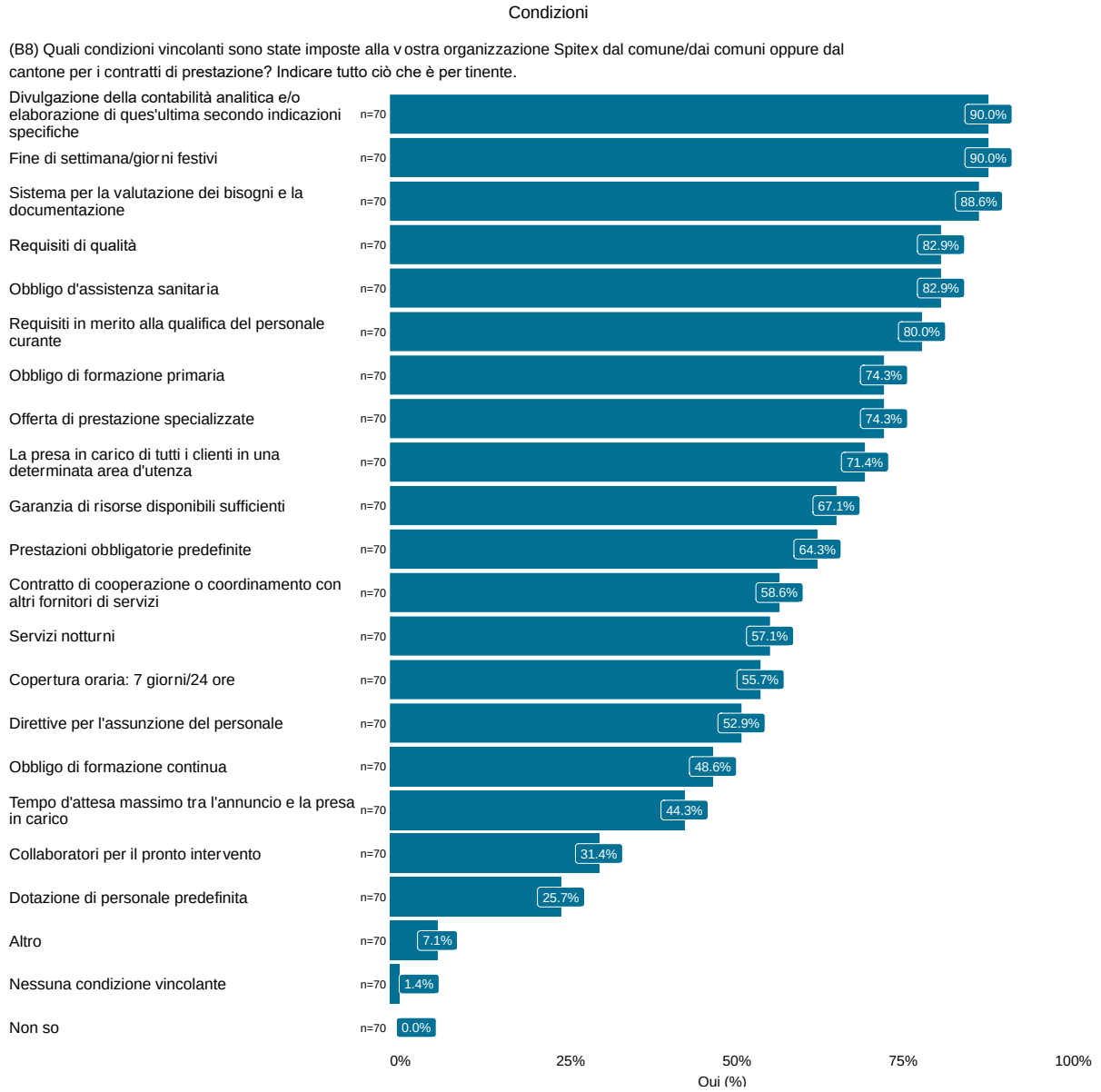


Figura 113: Condizioni imposte dal comune o dai comuni/dal cantone nell'ambito del contratto/accordo di prestazione (prospettiva direzione)

Tutte le 17 organizzazioni Spitex che hanno dichiarato di non avere un contratto/accordo di prestazione con il o i comuni o il cantone hanno affermato che per ottenere l'autorizzazione relativa all'erogazione di prestazioni hanno dovuto soddisfare le condizioni minime imposte dal o dai comuni e dal cantone. Tutte le 17 organizzazioni Spitex hanno indicato come condizioni minime «requisiti in merito alla qualifica del personale curante[16]» e «concetto aziendale operativo (include anche lo statuto, le strutture, i processi operativi, il concetto di qualità)» (cfr. Figura 114).

[16] Si precisa che le qualifiche minime vengono concordate nel contratto amministrativo con le casse malati.

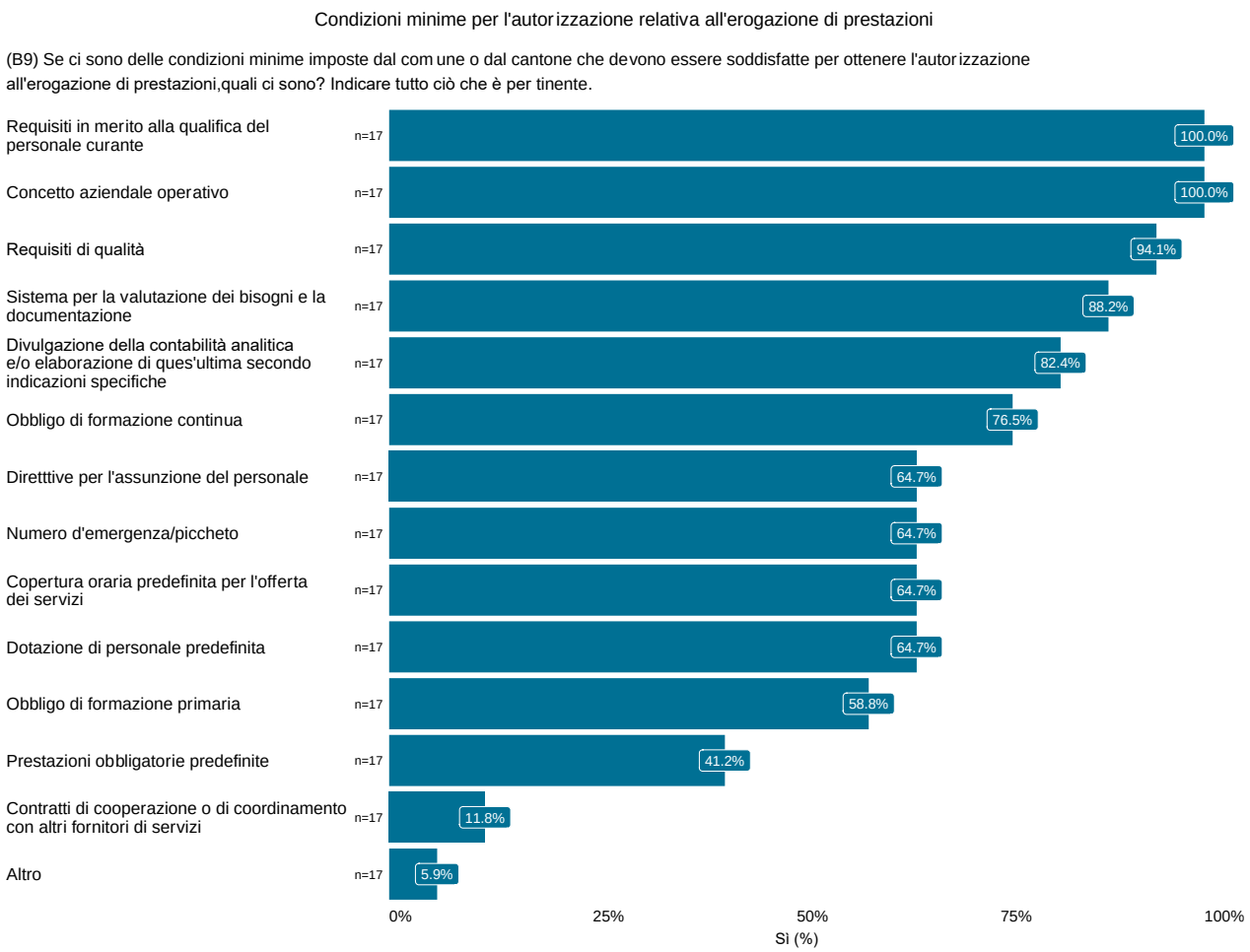


Figura 114: Condizioni minime per l'autorizzazione relativa all'erogazione di prestazioni (prospettiva direzione)

19.2 Finanziamento residuo delle cure (prospettiva direzione aziendale)

Come illustrato nella Figura 115 la maggior parte delle organizzazioni Spitex (95,5%) ha ricevuto un finanziamento residuo nel 2020, sostenuto nel 27,3% dei casi interamente dal cantone e nel 53,4% dei casi interamente dai comuni. Per le organizzazioni Spitex che hanno beneficiato di un finanziamento residuo erogato in parte dal cantone e in parte dai comuni, la quota dei cantoni varia tra il 3,0% e il 70,0%, con una mediana del 55,0% [IQR 30,0-70,0]. Per i comuni, la quota varia tra il 30,0% e il 97,0%, con una mediana del 45,0% [IQR 30,0-70,0]. Per la maggior parte delle organizzazioni, ovvero l'82,1%, la rimunerazione del finanziamento residuo è soggetta a condizioni specifiche.

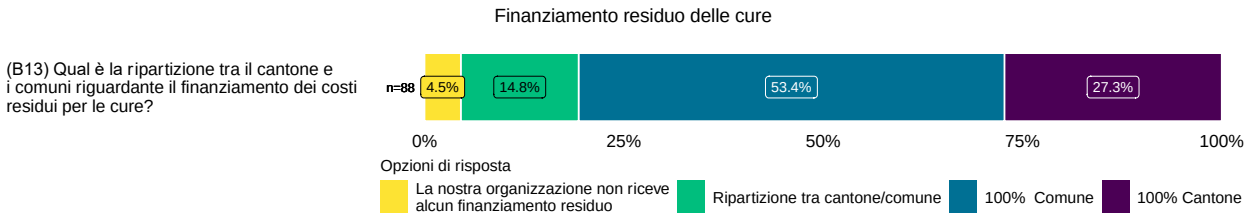


Figura 115: Finanziamento residuo delle cure (prospettiva direzione)

La maggior parte delle 69 organizzazioni Spitex che hanno indicato il finanziamento residuo come soggetto a condizioni specifiche (76,8%) ha soddisfatto le condizioni del contratto di prestazione o le condizioni per l'autorizzazione relativa all'erogazione di prestazioni (17,4%).

Le risposte alla domanda sulla base di determinazione del finanziamento residuo dei costi di cura, ovvero tramite il cantone o il comune, possono essere suddivise nei seguenti gruppi (cfr. Figura 116):

1. Oltre 1/3 delle organizzazioni Spitex (n=27) ha dichiarato che il finanziamento residuo è coperto individualmente dall'azienda tramite modalità precedentemente definite (ad esempio, sulla base di una negoziazione per un contratto di prestazione e il budget annuale o alla contabilità analitica/bilancio aziendale dell'anno precedente).
2. Il 35,8% delle organizzazioni Spitex (n=29) ha dichiarato che il finanziamento residuo è coperto da costi normativi, deficit normativi o limiti massimi/tasse massime.
3. Ben 1/4 delle organizzazioni (27,2%, n=22) ha dichiarato che i costi totali effettivi per categoria di prestazione sono stati compensati.
4. Tre organizzazioni hanno dichiarato di essere state compensate tramite un budget globale (nel grafico in «altro»).

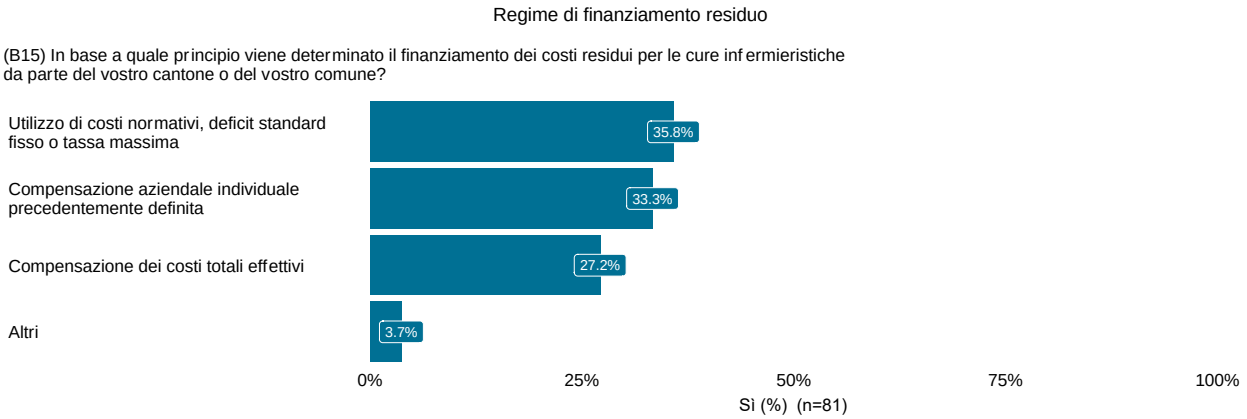


Figura 116: Regime di finanziamento residuo dei costi di cura (prospettiva direzione)

Inoltre, una delle domande del questionario aziendale riguardava la frequenza delle controversie con i comuni/cantoni in tema di finanziamento residuo. La maggioranza dei partecipanti (53,0%) ha negato di avere avuto controversie con i cantoni/comuni. Tuttavia, il 14,4% delle organizzazioni Spitex ha anche affermato di avere controversie con i comuni/cantoni in merito al finanziamento residuo molto spesso o spesso (cfr. Figura 117).

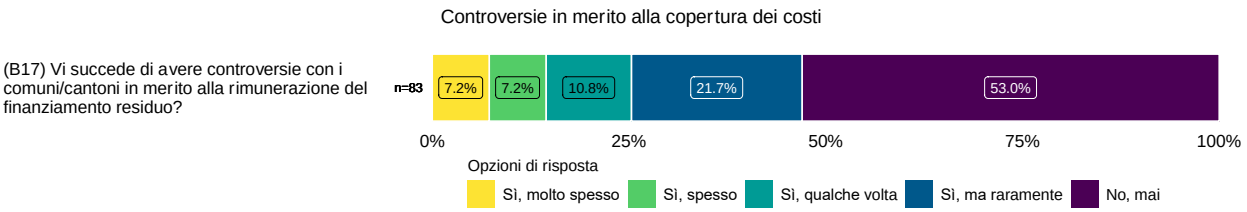


Figura 117: Controversie in merito alla copertura dei costi (prospettiva direzione)

Due domande del questionario aziendale riguardavano i costi per le cure non coperti. Le domande riguardavano l'eventuale presenza di costi scoperti nel 2020 e, in caso affermativo, chi avesse coperto tali costi. Una parte delle organizzazioni Spitex partecipanti (39,5%) ha dichiarato di avere avuto costi scoperti nel 2020. Nella maggior parte dei casi, questi costi sono stati coperti tramite capitale proprio (47,1%) o dal sostenitore dell'organizzazione Spitex (44,1%) (cfr. Figura 118). Alla voce «altri» figura ad es. la garanzia di deficit.

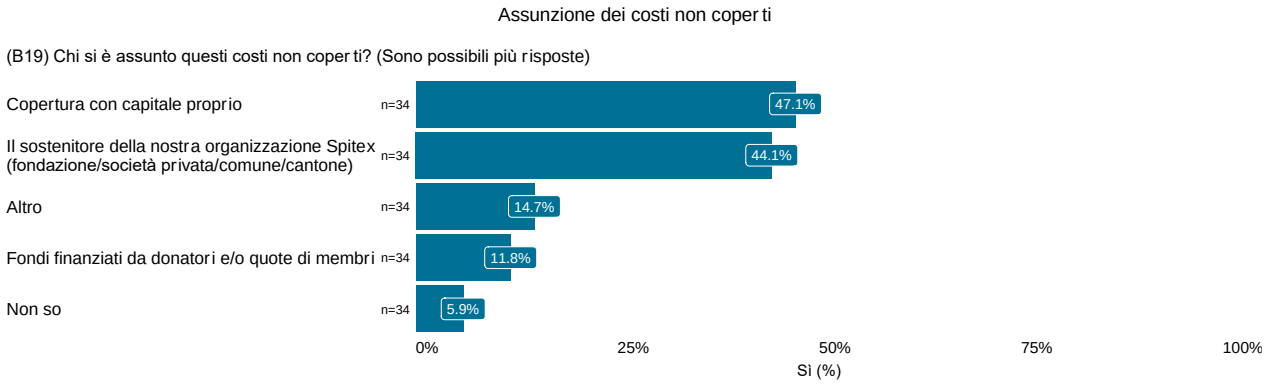


Figura 118: Assunzione dei costi non coperti (prospettiva direzione)

19.3 Partecipazione da parte del paziente (prospettiva direzione aziendale)

Come già accennato, la partecipazione da parte del paziente è uno dei tre pilastri del finanziamento di Spitex ed è regolamentata in modo diverso nei vari cantoni. I/Le pazienti non sono coinvolti nel finanziamento nei cantoni FR, JU, NE, TI, VD e VS. I cantoni AR, AI, BL, BS, GR, SZ, UR e ZH prevedono un limite massimo di CHF 7.65 al giorno (CHF 8.00 al giorno in GE) [133].

I cantoni AG, BE, GL, TG, LU, SG, SH, SO, NW, OW e ZG prevedono una percentuale dei costi di cura fatturati LAMal o un contributo diretto fino a un massimo di CHF 15.35 al giorno [133].

Una domanda nel questionario aziendale riguardava la modalità di partecipazione del paziente nelle organizzazioni Spitex che hanno risposto al sondaggio (cfr. Figura 119).

I tre metodi più comuni utilizzati dalle organizzazioni SPOT^{nat} per la partecipazione del paziente sono i seguenti:

1. 18 organizzazioni (20,5%) non prevedono la partecipazione del paziente ai costi.
2. In 16 organizzazioni (18,2%) il contributo del paziente è fissato al 20% dei costi di cura fatturati LAMal, fino a un massimo di CHF 15.35 al giorno.
3. In altre 16 organizzazioni (18,2%) il paziente partecipa ai costi con un contributo diretto pari a un massimo di CHF 7.65 al giorno (o CHF 8.00 in GE).

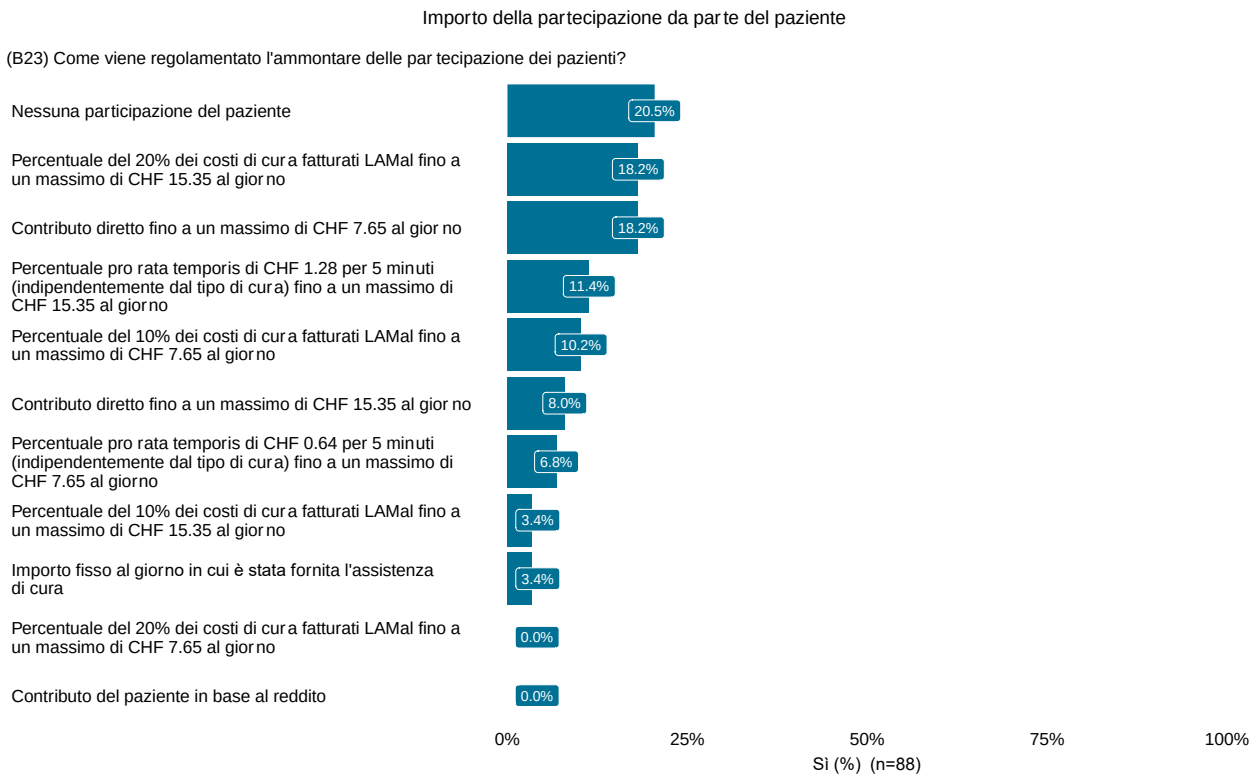


Figura 119: Importo della partecipazione da parte del/della paziente (prospettiva direzione)

19.4 Forme di finanziamento (prospettiva direzione aziendale)

In merito al finanziamento, alle organizzazioni Spitex è stato chiesto di effettuare la suddivisione percentuale dell'introito totale e di indicare quale percentuale delle spese potesse essere liquidata come costi fatturabili. Alle organizzazioni è stato inoltre chiesto di indicare la quota dei costi del personale che è stata ripartita in base alla contabilità analitica delle cure LAMal. In termini di introito totale, i contributi degli assicurati rappresentano in media la quota più elevata, pari al 43,6%, seguiti dal finanziamento residuo, coperto dai comuni con una media del 21,5% o dai cantoni con una media dell'8,8%. Il contributo medio dei/delle pazienti, sia attraverso i pagamenti per prestazioni d'economia domestica e d'assistenza sociale (12,8%) e/o la partecipazione da parte del/della paziente (4,7%), occupa il terzo posto (cfr. Figura 120).

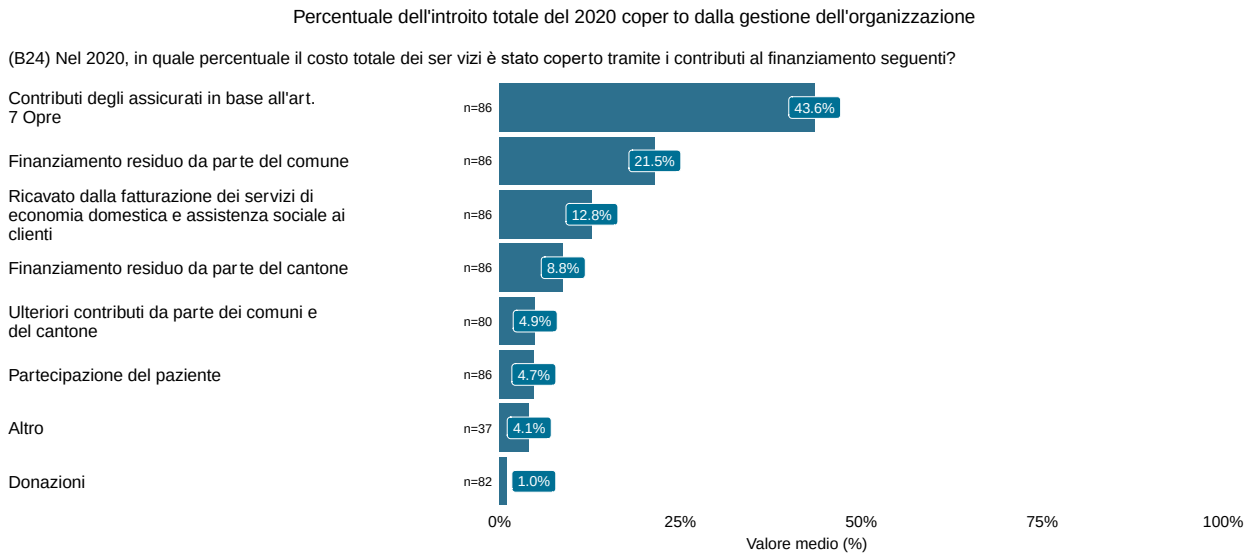


Figura 120: Percentuale dell'introito totale del 2020 coperto dalla gestione dell'organizzazione (prospettiva direzione

Secondo le organizzazioni Spitex partecipanti, i costi fatturabili risultano essere leggermente più alti, con una mediana di 57,0% [IQR 48,0-70,0], rispetto ai costi non fatturabili, come i tempi di percorrenza, le riunioni del team, le spese relative agli immobili, pari a una mediana del 43,0% [IQR 30,0-52,0].

19.5 Pressione sui costi (prospettiva direzione aziendale)

La pressione sui costi è stata analizzata tramite quattro domande. Le prime due domande hanno indagato l'impatto delle modifiche giuridiche sulla pressione sui costi: secondo la maggior parte delle direzioni aziendali, l'introduzione del finanziamento delle cure nel 2011 e la riduzione dei contributi delle casse malati alle prestazioni Spitex nel 2020 hanno comportato un aumento della pressione sui costi per l'organizzazione (cfr. Figura 121).

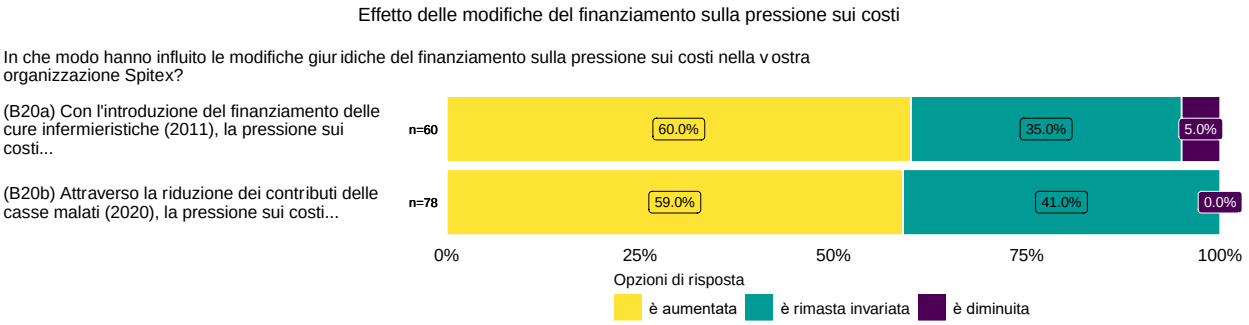


Figura 121: Effetto delle modifiche del finanziamento sulla pressione sui costi (prospettiva direzione)

La terza domanda riguardava le controversie con le casse malati: poco più della metà delle organizzazioni Spitex ha dichiarato di avere avuto controversie con le casse malati una o più volte al mese in merito alla copertura dei costi nei singoli casi (cfr. Figura 122).

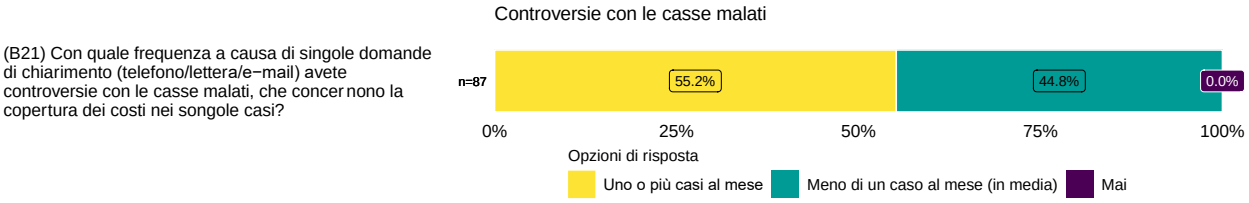


Figura 122: Controversie con le casse malati (prospettiva direzione)

La quarta domanda riguardava le misure di restrizione dei costi: il 37,5% delle organizzazioni Spitex ha accettato di essere coinvolto nella pianificazione o nell'implementazione di misure di restrizione dei costi (cfr. Figura 123). Alcune delle misure di restrizione citate sono l'ottimizzazione della pianificazione degli interventi, l'aumento del tempo fatturabile e la riduzione delle ore non fatturabili, e l'ottimizzazione della pianificazione dell'impegno del personale.

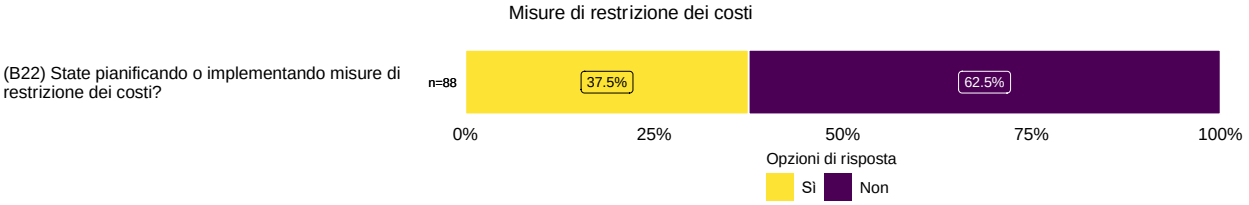


Figura 123: Pianificazione o implementazione di misure di restrizione dei costi (prospettiva direzione)

«Le condizioni quadro per il finanziamento residuo devano essere più chiare e prevedibili per le organizzazioni Spitex e creare prospettive di finanziamento a medio termine per la promozione degli investimenti futuri nelle aziende Spitex.»

Markus Reck

CEO

Spitex Zürich

Ciò che colpisce dei risultati ottenuti è l'aumento della regolamentazione tramite condizioni che riguardano non solo la qualità di erogazione del servizio, ma anche e soprattutto la relazione con e la valorizzazione del personale, nonché la contabilità. Sarebbe interessante conoscere l'importanza delle condizioni associate ai contratti di prestazione/all'obbligo di assistenza sanitaria (che sono quindi rilevanti per i costi) e il livello di regolamentazione per le aziende che non hanno stipulato accordi con il settore pubblico (prestazione di servizi più economica). Lo stesso vale per le condizioni minime per l'autorizzazione relativa all'erogazione di prestazioni, poiché anche queste hanno una correlazione non trascurabile/elevata con i costi di erogazione delle prestazioni. Le dichiarazioni sul finanziamento residuo riflettono l'eterogeneità del sistema, che da un lato non garantisce un trattamento dei/delle clienti equo a livello nazionale, ma genera piuttosto grandi differenze nella partecipazione del/della paziente. Dall'altro lato, le diverse soluzioni per il finanziamento residuo adottate dalle organizzazioni Spitex sembrano essere adeguate alle esigenze cantonali e, in alcuni casi, regionali/comunali, cosa che purtroppo non emerge in maniera evidente dai dati disponibili.

L'aumento di condizioni, direttive, requisiti nonché della complessità generale delle regolamentazioni migliora la professionalità e la qualità delle prestazioni Spitex, e di conseguenza la sicurezza per i/le clienti, ma comportano anche sforzi e costi maggiori, che a loro volta devono essere finanziati. Il settore pubblico, a livello federale, cantonale o comunale, dovrebbe sempre essere consapevole di questa relazione e adeguare i finanziamenti di conseguenza. L'eterogeneità deriva dall'ordinamento federale del sistema sanitario svizzero. Se da un lato questo rende più semplice integrare le esigenze e i requisiti cantonali e regionali a livello delle soluzioni, dall'altro lato crea disuguaglianze che possono anche essere percepite come dirompenti, soprattutto in termini di partecipazione da parte del paziente, poiché secondo la LAMal i/le clienti che ricevono prestazioni di cura da Spitex dovrebbero essere in grado di farlo ovunque alle stesse condizioni. Originariamente inteso come elemento di controllo, questo sistema non ha soddisfatto le aspettative nemmeno con un contributo del paziente di CHF 15.35 al giorno (20%) e ha spinto i/le clienti di Spitex a richiedere meno prestazioni di cura (che, tra l'altro, erano prescritte da un medico).

Esistono sempre motivi e aree in cui è possibile e necessario migliorare, come dimostrato dai risultati del sondaggio. In linea di principio, sarebbe opportuno stabilire delle priorità in materia di condizioni, al fine di garantire una regolamentazione e un controllo sensati e orientati agli obiettivi, attuabili con uno sforzo amministrativo e di personale ragionevole e limitando i futuri aumenti dei costi. Questo anche in considerazione della crescente carenza di personale specializzato nel settore assistenziale, che deve essere impiegato meno per controlli amministrativi e più per l'erogazione di prestazioni ai/alle clienti. Inoltre, è necessario intervenire per standardizzare (o abolire) i contributi dei/delle pazienti a livello nazionale, al fine di prevenire la disparità di trattamento dei/delle clienti. Per quanto riguarda il finanziamento residuo, il CDS ha emesso raccomandazioni ai cantoni in occasione dell'introduzione del nuovo finanziamento delle cure. Tuttavia, la varietà di soluzioni esistenti a livello federale è esorbitante e in futuro potrebbe rivelarsi problematica. Non mi esprimo sui vantaggi di maggiori direttive LAMal a livello nazionale rispetto a una soluzione più flessibile con linee guida e principi chiari nell'ambito del CDS. Tuttavia, mi sembra importante che le condizioni quadro per il finanziamento residuo siano più chiare e prevedibili per le organizzazioni Spitex e che creino prospettive di finanziamento a medio termine

per la promozione degli investimenti futuri nelle aziende Spitex, anziché supportare una pianificazione a breve termine effettuata di anno in anno.

20 Onere finanziario dei/delle clienti

Il sistema sanitario in Svizzera è finanziato attraverso diversi canali, tra cui lo Stato (Confederazione, cantoni e comuni), la cassa malati obbligatoria e i contributi diretti dei/delle pazienti. Questi ultimi nel 2020 hanno coperto il 21,6% dei costi complessivi per la sanità in Svizzera [134]. Per consentire alle persone bisognose di sostegno di vivere a casa propria, a volte è necessaria un'ampia gamma di servizi medici e non medici, come cure di base, terapie, aiuto domiciliare e persino servizi di pasti a domicilio e di trasporto. Questi possono comportare costi non coperti dal finanziamento pubblico o dalle casse malati che si traducono, di conseguenza, in un aumento degli oneri finanziari [135]. La copertura dei costi sanitari tramite contributi diretti può limitare l'accesso all'assistenza sanitaria. Nel 2016, circa il 22% della popolazione svizzera ha dichiarato di avere rinunciato a prestazioni che considerava come assistenza sanitaria necessaria per via dei costi [136].

In particolare, i/le clienti affetti/e da patologie multiple si trovano a sostenere costi diretti (ad esempio prestazioni Spitex, farmaci) e indiretti (ad esempio trasporto per recarsi agli appuntamenti) e possono quindi essere soggetti/e a oneri finanziari elevati dal potenziale impatto negativo sulla qualità della vita o sull'assunzione continuativa dei farmaci [137].

Dopo la riorganizzazione del finanziamento delle cure, entrata in vigore nel 2011, i/le clienti che usufruiscono di prestazioni Spitex devono versare un importo massimo pari al 20% del contributo più elevato della cassa malati, ovvero CHF 15.35/giorno. La partecipazione varia da cantone a cantone. Inoltre, i servizi di assistenza forniti da Spitex non sono coperti dalla cassa malati obbligatoria [138]. In mancanza del capitale proprio necessario, se non è possibile coprire le spese minime, i/le clienti hanno la facoltà di richiedere prestazioni supplementari o, in caso di invalidità, l'assegno per grandi invalidi. Questo capitolo presenta i risultati sulla ricezione di prestazioni supplementari o dell'assegno per grandi invalidi, il modello di assicurazione malattia e la franchigia annuale, l'onere finanziario percepito dai/dalle clienti e la rinuncia ai servizi.

Risultati SPOT^{nat} sull'onere finanziario

20.1 Onere finanziario dei/delle clienti (prospettiva clienti)

Un quarto (24,9%) dei/delle clienti partecipanti al sondaggio trova «piuttosto difficile», «difficile» o «molto difficile» pagare le spese necessarie con il proprio reddito complessivo mensile (cfr. Figura 124). Allo stesso modo, su una scala da 0 a 10, la percezione dei/delle clienti dell'onere finanziario rappresentato dalle spese sanitarie rispetto al reddito mensile è risultata essere su una mediana di 5,0 [IQR 2,0-7,0], dove 0 corrispondeva a «per niente oneroso» e 10 a «estremamente oneroso».

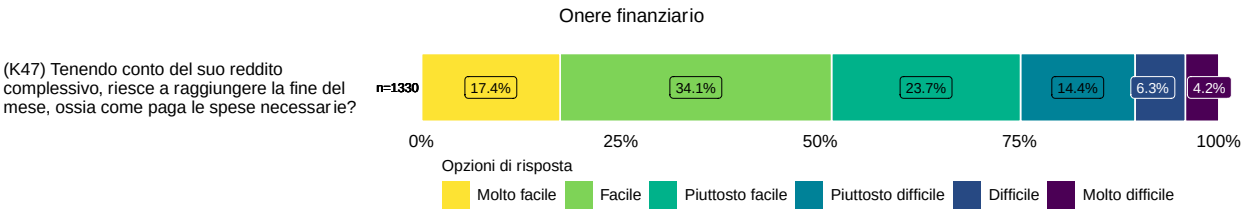


Figura 124: Onere finanziario (prospettiva clienti)

La maggior parte dei/delle clienti ha dichiarato di non ricevere prestazioni supplementari e/o un assegno per grandi invalidi (rispettivamente 80,2% e 77,8%) (cfr. Figura 125).

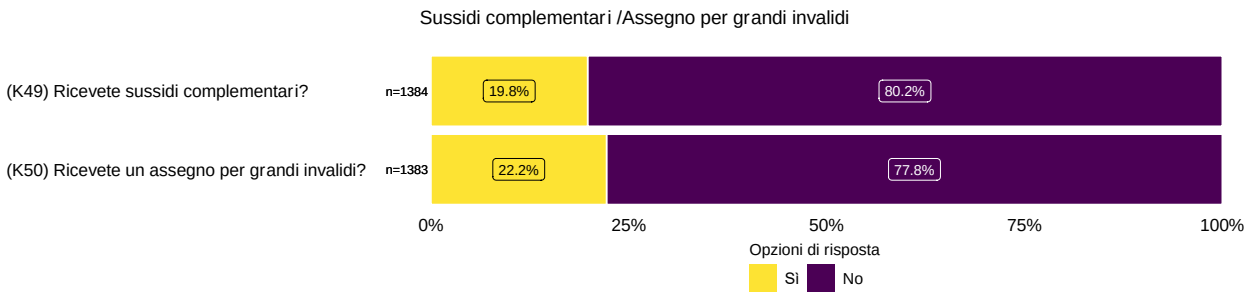


Figura 125: Ricezione di prestazioni supplementari/assegno per grandi invalidi (prospettiva clienti)

La maggioranza (58,4%) dei/delle clienti dispone di «un'assicurazione malattia abituale» seguita dal modello «medico di famiglia» (36,2%) (cfr. Figura 126).

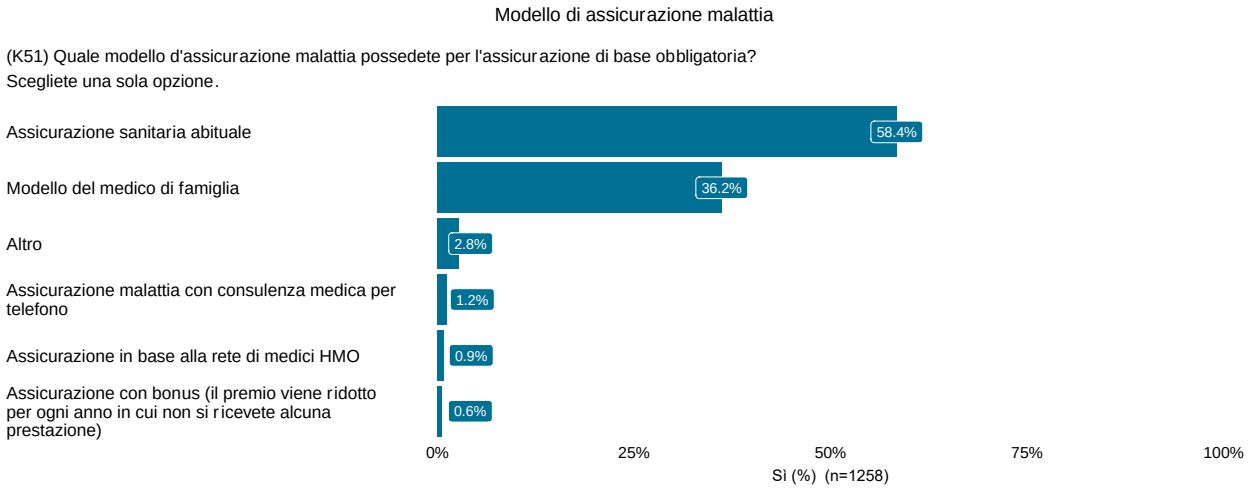


Figura 126: Modello di assicurazione malattia (prospettiva clienti)

Nella maggior parte dei casi (73,2%), la franchigia annuale è pari all'importo minimo, ovvero a 300.- CHF, seguito da 500.- CHF (19,0%). Solo lo 0,7% dei/delle clienti ha dichiarato di avere sottoscritto un'assicurazione malattia con la franchigia annuale massima possibile, ovvero 2500.- CHF (cfr. Figura 127).

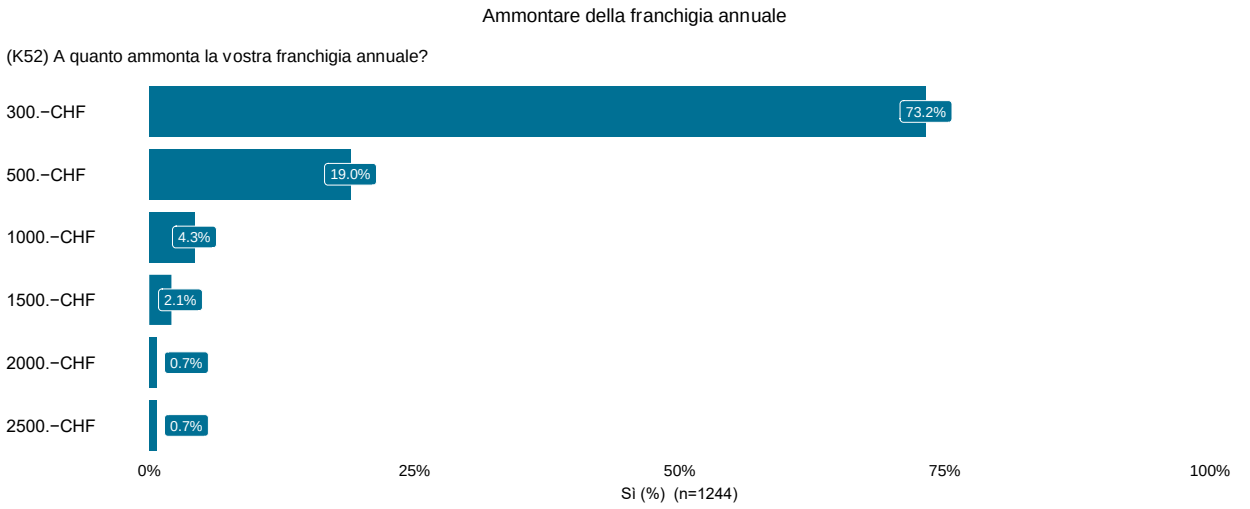


Figura 127: Ammontare della franchigia annuale (prospettiva clienti)

In confronto, nel 2020, nella popolazione svizzera generale la franchigia annua di 300.- CHF era la più comune (43,8%) seguita da una franchigia di 2500.- CHF (31,8%) e di 500.- CHF. (11,5%) [139].

20.2 Rinuncia ai servizi (prospettiva direzione aziendale)

Dal punto di vista delle organizzazioni, la maggior parte dei/delle clienti (76,2%) rinuncia da «raramente» a «mai/quasi mai» a una parte o alla totalità dei servizi fin dai primi colloqui, perché non in grado o non intenzionata a pagare (cfr. Figura 128). Secondo quanto indicato dalle direzioni aziendali, il numero approssimativo dei/delle clienti che nel 2020 ha rinunciato del tutto o in parte ai servizi durante i primi colloqui è pari a una mediana di 3,0 [IQR 0,0-10,0] su tutte le organizzazioni intervistate.

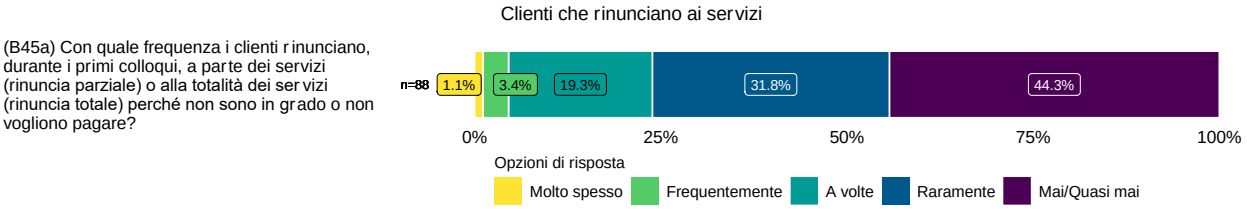


Figura 128: Clienti che rinunciano ai servizi durante i primi colloqui (prospettiva direzione)

La frequenza con la quale i/le clienti hanno interrotto del tutto i servizi perché non più in grado o non più intenzionati/e a pagare è stata per lo più (87,5%) «raramente» o «mai/quasi mai» (cfr. Figura 129). Il numero approssimativo di clienti che ha interrotto del tutto i servizi nel 2020 perché non poteva/voleva più pagare è pari a una mediana di 1,0 [IQR 0,0-5,0] su tutte le organizzazioni intervistate.

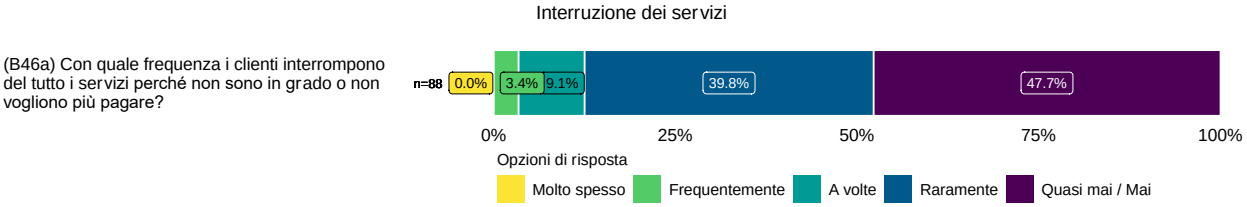
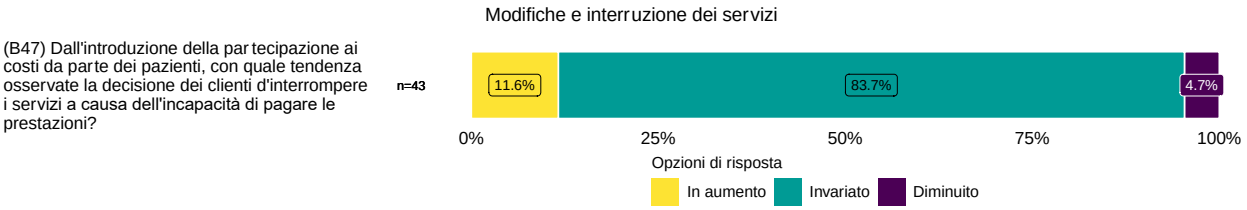


Figura 129: Interruzione dei servizi dall'introduzione della partecipazione ai costi dei/delle pazienti (prospettiva direzione)

Secondo la maggior parte delle organizzazioni (83,7%), dall'introduzione della partecipazione ai costi del paziente nel 2011, il tasso di rinuncia o interruzione dei servizi è rimasto invariato (cfr. Figura 130).



Nota. 43 delle 88 organizzazioni intervistate hanno risposto a questa domanda (n=43); le restanti organizzazioni non avevano pazienti che contribuivano ai costi o non erano in grado di rispondere alla domanda.

Figura 130: Modifiche e interruzione dei servizi (prospettiva direzione)

«Considerando gli aspetti finanziari, i risultati dello studio fanno supporre che non tutte le persone che necessitano di sostegno ricevano l'aiuto, l'assistenza e le cure di cui hanno bisogno perché non sono sufficientemente informate sulle opzioni a loro disposizione.»

Prof. Dr. Carlo Knöpfel

Docente, Istituto di pianificazione sociale, trasformazione organizzativa e sviluppo urbanistico

Scuola universitaria per il lavoro sociale (Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW)

Studi comparativi internazionali [140] rivelano che la Svizzera è uno dei paesi con la percentuale più elevata di partecipazione diretta dei/delle pazienti (*out-of-pocket*) ai costi sanitari. I dati del presente studio dimostrano che questo contributo diretto da parte del/della paziente può avere conseguenze indesiderate. Le spese per le cure sanitarie rappresentano un pesante onere per le famiglie a basso reddito e possono portare alla rinuncia o alla riduzione dei servizi.
Lo Stato assistenziale fornisce sostegno materiale alle famiglie a basso reddito. I dati dimostrano che circa un quinto degli intervistati non percepisce né prestazioni supplementari né assegno per grandi invalidi. Sfortunatamente, non è possibile stabilire se queste persone avrebbero diritto a ricevere queste forme di assistenza sociale.

I risultati indicano un possibile deficit nell'offerta delle prestazioni Spitex alle famiglie a basso reddito. Soprattutto in termini di assistenza, è possibile che le persone restino sole perché non possono permettersi i servizi disponibili. È quindi necessario compiere maggiori sforzi nell'erogazione di servizi di cura e assistenza, affinché Spitex possa offrirli a tariffe sociali. I tagli alle sovvenzioni per questi servizi di supporto, sempre più frequenti negli ultimi anni, vanno nella direzione sbagliata, sulla premessa socio-politica che le cure ambulatoriali abbiano precedenza su quelle stazionarie.

Considerando gli aspetti finanziari, i risultati dello studio fanno supporre che non tutte le persone che necessitano di sostegno ricevano l'aiuto, l'assistenza e le cure di cui hanno bisogno perché non sufficientemente informate sulle opzioni a loro disposizione. La responsabilità in questo caso è del sistema sociale e sanitario. Lo Spitex è tenuto a informare le persone bisognose di sostegno che potrebbero avere diritto a ricevere prestazioni supplementari o un assegno per grandi invalidi. Studi condotti dalla Scuola universitaria professionale di Berna [141] mostrano che in questo ambito si possono osservare tassi di non ricorso all'aiuto sociale molto elevati.
Inoltre, i risultati suggeriscono la necessità di un diritto all'assistenza in Svizzera [142]. Tale diritto è attualmente in discussione nell'ambito di una mozione che chiede l'estensione delle prestazioni supplementari agli alloggi sorvegliati.

21 COVID-19

Con la pandemia scoppiata agli inizi del 2020, i dirigenti e il personale delle organizzazioni Spitex svizzere si sono trovati ad affrontare diverse sfide. Numerosi item del questionario per il personale e del questionario aziendale hanno analizzato l'impatto che il COVID-19 ha avuto sulle organizzazioni Spitex e il modo in cui la pandemia è stata vissuta. Il sondaggio è stato condotto tra gennaio e settembre 2021, cioè nel periodo tra la seconda e la quarta ondata pandemica di COVID.

Nella precedente ricerca sull'argomento erano emersi problemi centrali come la mancanza di materiale protettivo e la scarsità di know-how sulla gestione di una pandemia, tematiche che sono migliorate nella seconda ondata [143-145]. Inoltre, secondo uno studio olandese, le organizzazioni hanno dovuto affrontare una carenza di personale, nonostante la riduzione del numero di visite della prima (marzo - giugno 2020) e della seconda ondata (luglio - gennaio 2021) [144] dovuta al timore da parte di clienti e dipendenti di contrarre il COVID-19, a un incremento della somministrazione delle cure a livello familiare e al numero di dipendenti in quarantena [146]. Infine, l'acquisto del materiale di protezione necessario ha comportato costi aggiuntivi, che alcune organizzazioni Spitex, ad esempio quelle statunitensi, hanno dovuto sostenere autonomamente [143].

Nel sondaggio SPOT^{nat}, le organizzazioni Spitex sono state interrogate sulla carenza di personale, sui costi aggiuntivi, sulla notifica del lavoro a orario ridotto e sulla loro percezione delle sfide legate alla pandemia nel 2020. Inoltre il gruppo di ricerca ha voluto sapere come il personale valutasse la disponibilità di materiali protettivi e quali fossero state le maggiori sfide per loro.

Risultati SPOT^{nat} sul COVID-19

21.1 COVID-19 (prospettiva direzione aziendale)

Nel 2020, le organizzazioni Spitex partecipanti al sondaggio si sono occupate di una mediana di 5,0 [IQR 1,0-15,0] pazienti affetti da COVID-19, ma il dato esatto varia notevolmente tra le organizzazioni.

Nello stesso anno, il 15,9% (n=14) delle organizzazioni ha subito una riduzione del flusso di lavoro dovuta alla pandemia di COVID-19. Quasi tutte le organizzazioni (93,2%) hanno registrato assenze di personale dovute alla pandemia, principalmente legate all'obbligo di quarantena (Md di 20,0 giorni, [IQR 10,0-43,5]) e di isolamento (Md di 20,0 giorni, [IQR 4,2-52,5]) dei/delle dipendenti. Il personale si è assentato con maggiore frequenza anche per attendere i risultati dei test (Md di 8,0 giorni, [IQR 3,0-20,0]), mentre le assenze dovute all'appartenenza a un gruppo a rischio (Md di 9,0 giorni, [IQR 0,0-59,8]) e alla necessità di assistere i propri familiari (Md di 0 giorni, [IQR 0,0-2,0]) sono state poche.

Nel 2020, il 60,2% delle organizzazioni ha registrato costi scoperti a causa delle spese aggiuntive legate al COVID-19. I motivi erano, ad esempio, l'acquisto di materiale protettivo, i costi del personale e il tempo amministrativo necessario.

Alle organizzazioni è anche stato chiesto di stimare l'entità delle sfide che hanno dovuto affrontare nel 2020 per via della pandemia. Dei quattro aspetti esaminati, il materiale di protezione (34,1%) è risultato essere la sfida maggiore. Oltre al materiale di protezione, il 20,5% delle organizzazioni SPOT^{nat} ha segnalato il bisogno di tempi più lunghi a causa delle misure igieniche e di sensibilizzazione, segnalazione confermata anche dalle risposte alle due domande aperte nel questionario dipendenti («Quali sono state le maggiori sfide/i maggiori cambiamenti che ha vissuto sul lavoro a causa della situazione di COVID-19?» e «Cosa desidera ulteriormente comunicarci?» (cfr. Capitolo 22.2.1). D'altro canto, solo il 3,4% delle organizzazioni Spitex ha considerato le rinunce da parte dei/delle clienti come una grossa sfida (cfr. Figura 131).

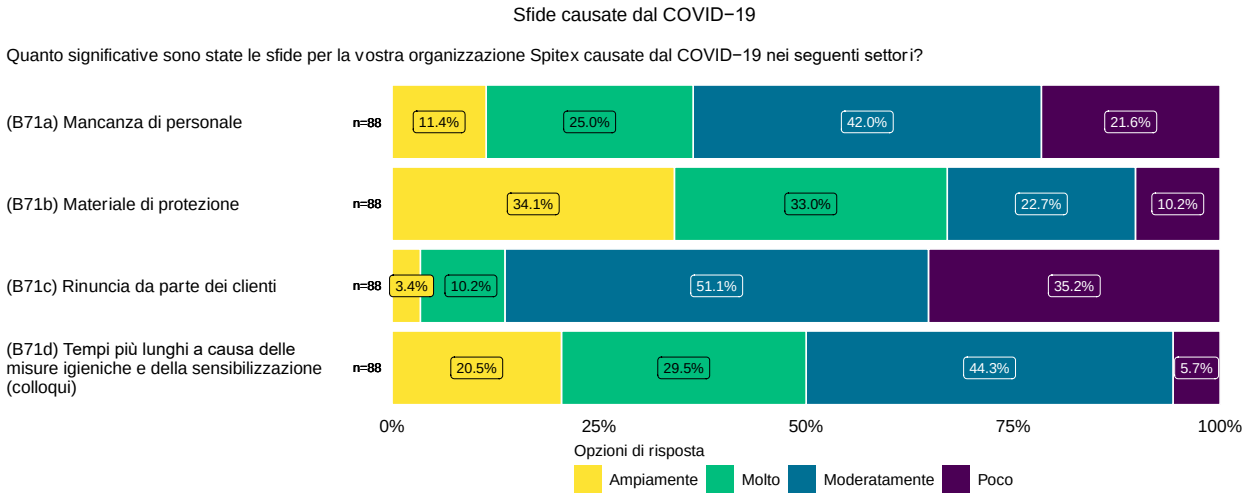


Figura 131: Sfide causate dal COVID-19 (prospettiva direzione)

21.2 COVID-19 (prospettiva dipendenti)

Il 74,1% dei/delle dipendenti intervistati ha dichiarato di avere ricevuto una formazione adeguata ad affrontare la pandemia di COVID-19 nel 2020. Questa cifra è inferiore rispetto al dato registrato dallo studio svizzero condotto da INFRAS [145], nel quale la maggior parte (85%) del personale delle strutture per anziani, di cura e assistenza, e del settore delle cure domiciliari, ha dichiarato di sentirsi sufficientemente formata.

Nel periodo tra la seconda e la quarta ondata, la maggior parte dei/delle dipendenti ha giudicato sufficiente il materiale protettivo a disposizione, come mascherine (96,9%), guanti (96,7%) e disinfettanti (98,4%). (cfr. Figura 132). Altri studi hanno rilevato una carenza di materiale protettivo, tuttavia prevalentemente a inizio pandemia [144, 145], mentre le risposte in SPOT^{nat} sono state raccolte nelle ondate da 2 a 4.

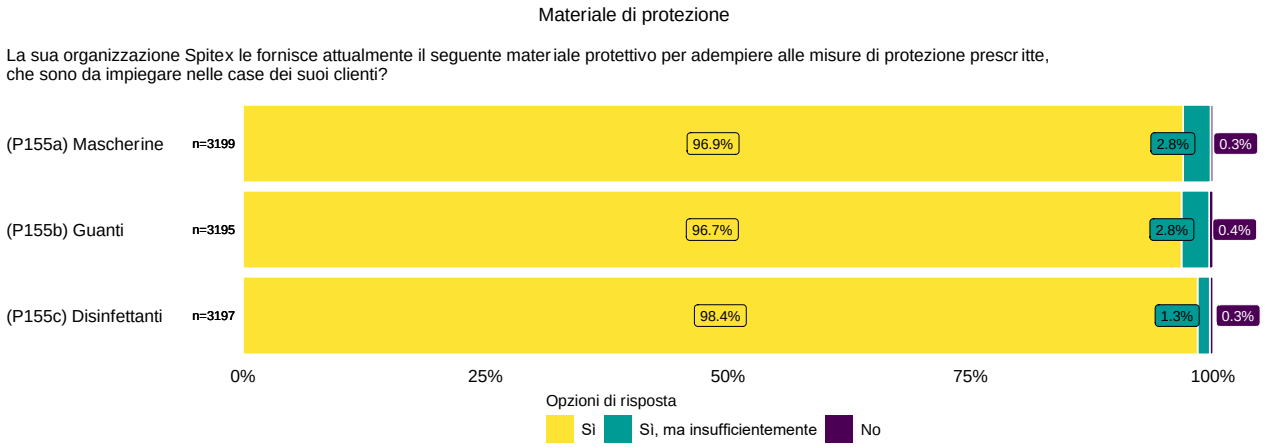


Figura 132: COVID-19 – Materiale di protezione (prospettiva dipendenti)

Al termine del questionario SPOT^{nat}, 2247 dipendenti hanno risposto ad almeno una delle seguenti domande aperte: «Quali sono state le maggiori sfide/i maggiori cambiamenti che ha vissuto sul lavoro a causa della situazione di COVID-19?» e «Cosa desidera ulteriormente comunicarci?».

L'analisi tematica sul COVID-19 ha evidenziato due temi principali: 21.2.1 Effetti della pandemia e 21.2.2 Gestione della pandemia.

21.2.1 Effetti della pandemia

Per contrastare la pandemia di COVID-19, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e i Cantoni hanno introdotto misure di protezione che hanno influito sia sul lavoro che sulla vita privata dei/delle dipendenti. Con le loro risposte alle domande aperte i/le dipendenti hanno commentato gli effetti della pandemia di COVID-19 su clienti e condizioni di lavoro in Spitex, descrivendo le loro sensazioni al riguardo.

***La percezione delle misure di protezione*.** Nel sondaggio, i/le dipendenti hanno criticato il frequente cambiamento delle disposizioni in materia di protezione; è stato «*difficile tenersi costantemente informati sulle ultime disposizioni dell'UFSP per via delle tante mutevoli linee guida*». Inoltre, hanno descritto le misure di protezione e le informazioni trasmesse come «*non chiare*», «*contraddittorie*», «*incomprensibili*» e «*insensate*». La presenza di diverse opinioni tra i/le dipendenti ha rappresentato un'ulteriore sfida: alcuni sono rimasti delusi dalla «*decisione di non vaccinare il personale Spitex in via prioritaria*», poiché speravano che la vaccinazione fornisse una protezione maggiore contro il COVID-19. Coloro che, invece, erano contrari al vaccino hanno risentito della pressione dei datori di lavoro, della società e delle forze politiche affinché si vaccinassero. Inoltre, temevano l'introduzione della vaccinazione obbligatoria. L'«*allarmismo*» e il ruolo dei media nel corso della pandemia sono stati descritti come segue: «*I principali canali di informazione hanno turbato ulteriormente le persone, anziché contribuire a diffondere speranza e fare prevenzione*». Alla fine, un numero elevato di dipendenti si erano detto «*stanco del coronavirus*» al momento del sondaggio.

Assistenza ai/alle clienti in condizioni mutevoli. La diffusione del COVID-19 ha influito in maniera diversa sui/sulle clienti e sui servizi forniti da Spitex. Il personale ha dichiarato che i/le clienti erano ansiosi/e e la «*paura del contagio ha generato sfiducia nel personale di cura*». Per i/le dipendenti, proteggere se stessi e gli altri rappresentava la massima priorità, che hanno descritto come segue: «*la mia principale paura era quella di contrarre e trasmettere l'infezione*», «*è una sfida quotidiana proteggere entrambe le parti*».

Le misure di protezione hanno costretto i/le clienti all'isolamento sociale, tanto che a volte i/le dipendenti Spitex erano le uniche persone a fare loro visita. Queste circostanze hanno determinato un carico psicologico elevato per i/le clienti, i periodi di degenza sono stati ridotti e gli operatori sanitari hanno effettuato meno visite domiciliari, con conseguente peggioramento del quadro clinico. Il personale forniva chiarimenti ai/alle clienti sulla situazione e prestava attenzione alle misure di protezione, ma «*molti/e clienti affetti/e da demenza non [erano in grado di capire] perché dovessero indossare le mascherine*» oppure si rifiutavano di rispettare le disposizioni in materia di protezione.

***Effetti sulle condizioni di lavoro*.** I/Le clienti hanno rinunciato agli appuntamenti per paura del contagio, perché assistiti maggiormente dai propri familiari o in seguito alla riduzione degli interventi eseguiti dagli ospedali; questo ha generato una diminuzione generale delle visite: «*I nostri impegni si sono ridotti, il che è stato alquanto sorprendente*». Allo stesso tempo, il carico di lavoro è aumentato a causa delle misure protettive più complesse e al maggior numero di assenze imprevedibili dei/delle colleghi. Per i tirocinanti è stato doppiamente difficile, poiché dovevano «*gestire le lezioni scolastiche e la richiesta di supporto degli istituti di cura*». Inoltre, l'equilibrio tra lavoro e vita privata è venuto meno, per la mancanza di tempi di riposo, la riduzione dei contatti sociali e le limitate occasioni per dedicarsi ai propri hobby o andare in vacanza.

Allo stesso tempo, la digitalizzazione sul lavoro ha accelerato, con l'aumento delle comunicazioni tramite e-mail e videoconferenze. Anche i corsi di formazione si sono svolti in modalità digitale. Dipendenti e tirocinanti hanno apprezzato la possibilità di guardare i video a più riprese, ma il formato digitale si è scontrato anche con più distrazioni, problemi software e competenze variabili nell'uso delle tecnologie da parte dei/delle dipendenti. Da questo punto di vista, i/le dipendenti avrebbero gradito una maggiore assistenza e formazione iniziale. Inoltre, hanno segnalato scambi poco personali, un peggioramento delle dinamiche di gruppo e dell'atmosfera di lavoro generale. Hanno tuttavia apprezzato la grande coesione all'interno del proprio team.

Effetti del COVID-19 sui risultati del personale. La pandemia ha colpito i/le dipendenti sul piano fisico e mentale. L'aumento del carico psicologico si è manifestato con livelli di stress più elevati, maggior pressione, esaurimento e stanchezza. Per questo motivo, i/le dipendenti hanno richiesto «*un supporto emotivo nettamente superiore*». Tuttavia, i dirigenti lavoravano da casa e, come ha spiegato un intervistato, «*da remoto è ancora più difficile per la direzione individuare e riconoscere i bisogni e i problemi del personale*». Inoltre, i/le dipendenti hanno attribuito il proprio senso di isolamento alla riduzione degli scambi professionali e privati, al distanziamento fisico e ai numerosi rinvii o cancellazioni dei corsi di formazione. Un partecipante al sondaggio ha scritto: «*se all'interno del team si comunica meno frequentemente sulle condizioni dei/delle clienti, i casi gravi vengono discussi in ritardo o troppo tardi*». Lavorare con clienti affetti da COVID-19 ha generato una sensazione di insicurezza sul posto di lavoro, soprattutto tra i/le dipendenti più a rischio perché in gravidanza o affetti da patologie pregresse. Si è registrato un aumento anche dello stress fisico, con segnalazioni in particolare di reazioni cutanee e mal di testa.

Le sfide per i dirigenti. Per i dirigenti, la pandemia ha comportato sfide a livello finanziario e organizzativo. La direzione ha dovuto affrontare un significativo aumento dei costi: come ha spiegato un partecipante al sondaggio, «*a causa della pandemia, il conto annuale era ampiamente fuori budget*». La mancanza di sostegno finanziario si è fatta sentire: «*abbiamo dovuto sostenere le principali conseguenze economiche della pandemia da soli […] Perché dobbiamo pagare di tasca nostra tutto il materiale*?». Inoltre, il COVID-19 ha richiesto un maggiore sforzo organizzativo. La direzione ha elaborato un piano per la sicurezza da adattare regolarmente alle nuove misure di protezione e l'ha trasmesso ai/alle dipendenti. Inoltre, ha dovuto «*garantire il rispetto delle misure di protezione*» tra il personale. Infine, in fase di pianificazione dei turni, ha dovuto tenere conto della carenza di personale e dell'aumento o della diminuzione della domanda, che hanno richiesto «continui adeguamenti e riorganizzazioni delle visite».

21.2.2 Gestione della pandemia

La pandemia ha colpito i/le dipendenti, i/le loro clienti e il loro lavoro in diverse aree. Nel sondaggio, i/le dipendenti hanno spiegato come hanno vissuto questo periodo e quali sfide hanno dovuto affrontare.

***Sfide nell'attuazione delle misure di protezione*.** L'obbligo di indossare la mascherina è stata una delle difficoltà maggiori per il personale. Con le mascherine «*la comunicazione con i/le clienti [era] estremamente difficile*», poiché l'espressione facciale era nascosta e i/le clienti non potevano più leggere il labiale. Inoltre, indossare e rimuovere più volte gli indumenti protettivi richiedeva molto tempo. Un'ulteriore sfida è stata quella di garantire la costante attuazione delle giuste misure, senza dimenticare nulla e restando concentrati sul lavoro. Soprattutto durante la prima ondata di COVID-19, la carenza e le modalità di approvvigionamento del materiale di protezione hanno reso la situazione ancora più difficile poiché «*gli Spitex occupavano le ultime posizioni nel circuito di approvvigionamento*».

Rapporti con i/le clienti. I/Le dipendenti hanno dovuto relazionarsi con clienti soli e mentalmente stressati. Come ha spiegato un partecipante al sondaggio: «l*a mia cliente soffre di demenza ed è molto emotiva. È difficile mantenere la distanza fisica, non consolarla o abbracciarla quando piange*». I/Le clienti sentivano maggiormente il bisogno di parlare con qualcuno e il personale Spitex rappresentava per loro sia una fonte di supporto che un diversivo. Un dipendente ha dichiarato: «*i clienti e le clienti sono emotivamente provati e questo si ripercuote anche su di me perché anche loro hanno paura del contagio, si sentono isolati e noi rappresentiamo un diversivo gradito, un'occasione per parlare, ma abbiamo tempi molto ristretti*». Nel tentativo di individuare ogni possibile caso di COVID-19, i/le dipendenti osservavano attentamente i/le clienti ma, come ha spiegato un partecipante: «*la varietà dei sintomi rende la diagnosi molto difficile. Sarà davvero Covid-19? Mi sta sfuggendo qualcosa di importante? Le situazioni stabili possono deteriorare rapidamente*». Il maggior bisogno di dialogo e le misure di protezione aggiuntive hanno messo il personale sotto pressione, che si è trovato così a gestire «*più linee guida, con meno tempo a disposizione*». In tali circostanze, i/le dipendenti hanno faticato a garantire la qualità del lavoro.

Percezione del datore di lavoro da parte dei/delle dipendenti. Alcuni/e dipendenti hanno affermato di essere insoddisfatti/e del loro datore di lavoro. Hanno segnalato carenze nel coordinamento e nell'organizzazione delle mansioni in presenza di nuove sfide, turni incerti a causa delle modifiche a breve termine degli orari di lavoro e giorni di riposo imprevedibili, meno comunicazione con i propri superiori rispetto al periodo precedente la pandemia e difficoltà nel far fronte alla carenza di personale. Altri hanno vissuto il rapporto con il datore di lavoro in modo abbastanza positivo, ad esempio riportando un buon riconoscimento interno dei risultati, un buon piano di protezione, la programmazione di tempi adeguati da dedicare ai/alle clienti e alle loro esigenze.

Nel complesso, i/le dipendenti hanno menzionato numerose sfide causate dalla pandemia. Un argomento importante è stato l'attuazione delle disposizioni in materia di protezione nelle organizzazioni Spitex e il modo in cui ha influito sulle condizioni di lavoro. Tuttavia, la pandemia ha avuto conseguenze anche sulla vita privata del personale. In queste circostanze, molti/e dipendenti hanno chiesto che il loro lavoro venisse adeguatamente apprezzato.

22 Discussione

Lo studio SPOT^{nat} è la prima rilevazione completa del panorama Spitex svizzero. Combinando i questionari delle organizzazioni stesse, del personale di diversi gruppi professionali e dei/delle clienti nonché dei loro familiari, è stato possibile far luce su diversi aspetti dello Spitex svizzero da diverse prospettive.

L'indagine si è concentrata sui temi del coordinamento e della qualità dell'assistenza. Tuttavia, SPOT^{nat} consente anche di trattare argomenti relativi all'ambiente di lavoro e alla dotazione di personale, nonché i temi della sicurezza e delle prestazioni del personale o argomenti che riguardano specificatamente i/le clienti, come gli oneri finanziari. Questo rapporto nazionale diventa così un'opera di riferimento completa sulla situazione degli Spitex svizzeri e contribuisce alla visibilità di questo importante settore di servizi nell'assistenza sanitaria della popolazione svizzera.

Nella sua varietà di risultati, questo rapporto nazionale si limita a una presentazione descrittiva della situazione. Sarà un compito dei prossimi mesi esaminare in ulteriori analisi i risultati relativi, ad esempio, alle interazioni tra i requisiti normativi e il coordinamento nonché la qualità delle cure, o ai fattori che influenzano le prestazioni del personale. Tuttavia, da questa prima panoramica si possono già filtrare gli argomenti chiave, che verranno discussi in seguito. La selezione si basa sulla discussione dei risultati nel gruppo di ricerca interprofessionale, sulle discussioni con gli stakeholder di SPOT^{nat}, con le organizzazioni Spitex partecipanti nel contesto degli incontri regionali e con altri esperti del panorama Spitex in Svizzera.

22.1 Qualità delle cure e dell'assistenza

Il 99% dei/delle dipendenti e il 94% delle direzioni giudicano la qualità dell'assistenza «abbastanza» «buona« o «molto buona», e sia i/le clienti che i parenti hanno assegnato alla qualità dell'assistenza e delle cure una mediana di 9 su una scala da 1 a 10. Il 98% dei/delle clienti e la stessa percentuale di parenti raccomanderebbe il proprio Spitex a terzi. Le valutazioni parlano chiaro: gli Spitex svizzeri offrono servizi di assistenza e cura di altissima qualità.

Una valutazione generale altrettanto elevata riguarda la sicurezza dei/delle clienti, ma presenta una sfumatura in altre aree, come ad es. il processo di assistenza incentrato sulla persona, che è un aspetto importante della qualità di un'organizzazione Spitex. Così, solo poco meno di due terzi del personale afferma che i/le clienti e i parenti sono frequentemente o sempre coinvolti dal team Spitex nella definizione degli obiettivi, e la situazione diventa ancora più difficile quando gli obiettivi di assistenza e cura devono essere stabiliti in collaborazione con altri gruppi professionali, come medici o terapisti. In questo caso, solo il 30% del personale concorda sul fatto che ciò è sempre o frequentemente possibile. Dal punto di vista dei/delle clienti, il 55% ritiene che il personale dello Spitex discuta frequentemente o sempre con loro dei loro problemi di salute. In questo modo si affronta un tema fondamentale dello Spitex, ovvero il compito di elaborare e coordinare un processo di cura e assistenza incentrato sulla persona insieme ai/alle clienti, ai loro parenti e agli altri operatori sanitari, in modo tale che i problemi di salute possano essere affrontati adeguatamente alla situazione in ambito domiciliare. In particolare, manca anche qui un rafforzamento sul fronte del lavoro di prevenzione dello Spitex, che è centrale per evitare situazioni critiche e aumentare la qualità dell'assistenza. La prevenzione è un compito fondamentale dello Spitex se le persone anziane vogliono vivere a casa propria il più a lungo possibile, se la pianificazione dell'assistenza deve essere effettuata da un team interdisciplinare e se le decisioni e le azioni devono essere prese con lungimiranza insieme alle persone interessate. **Tuttavia, in Svizzera allo Spitex mancano talvolta il tempo e le condizioni quadro per le attività di coordinamento preventivo nell'assistenza e nel supporto quotidiano**.

Per quanto riguarda lo sviluppo della qualità basato sui dati, c'è certamente ancora spazio di manovra: il 62% delle organizzazioni Spitex partecipanti dichiara di rivedere gli indicatori di qualità almeno annualmente. Si può ritenere (per i motivi spiegati per il campione) che questo sia un dato piuttosto positivo per il panorama Spitex svizzero: partecipando allo studio SPOT^{nat}, le strutture del campione dimostrano già di essere positivamente interessate ai temi della misurazione e della valutazione dei dati. Inoltre, gli indicatori di qualità nel settore Spitex non sono ancora misurati su base obbligatoria in modo capillare. **Sono**

necessari sforzi a livello federale e associativo per far progredire la misurazione degli indicatori di qualità e il loro utilizzo come base per lo sviluppo della qualità basato sui dati.

Circa un terzo (35%) delle organizzazioni lavora con un/un'APN o un esperto/un'esperta in cure infermieristiche. Il loro ruolo principale consiste nello svolgimento di attività cliniche nell'assicurazione della qualità, il tutto integrato da attività di formazione del personale. **Nonostante il ruolo sia ancora poco diffuso** – anche perché mancano persone con diploma di master che vogliano lavorare negli Spitex – con l'assunzione di un/un'APN o di una persona esperta in cure infermieristiche si aprono nuove opportunità per rafforzare le organizzazioni Spitex nel loro *core business* e per supportare il personale nel processo decisionale e nel coordinamento clinico. Implementare questo tipo di ruoli è una fonte di attrazione per l'organizzazione e per la professione, poiché aiuta a creare un ambiente lavorativo di alta qualità e fornisce opportunità di sviluppo professionale al personale.

22.2 Coordinamento

Con il coordinamento dei servizi, lo Spitex contribuisce in modo determinante a evitare la frammentazione e disomogeneità dell'assistenza sanitaria e quindi anche a ridurre i costi, ad esempio evitando il ricorso a prestazioni inutili e doppie. All'interno degli Spitex il coordinamento sembra riuscire bene: un'altissima percentuale di clienti (94%) è d'accordo con lo staff dello Spitex sulle proprie esigenze di cura e assistenza e conferma che lo staff conosce le loro esigenze sanitarie (85%). La situazione si complica quando sono coinvolti altri fornitori di prestazioni: in questo caso, solo il 55% dei/delle clienti dichiara che il personale Spitex li aiuta a ricevere l'assistenza sanitaria di cui hanno bisogno da altri fornitori di servizi sanitari e solo il 45% dichiara che il personale Spitex mantiene con loro un contatto occasionale o frequente quando ricevono assistenza medica in altri luoghi. Ciò si riflette anche nella valutazione del personale Spitex: mentre il 93% riceve informazioni dai colleghi interni al momento giusto per fornire ai/alle clienti un'assistenza adeguata, solo il 68% conferma che lo stesso avviene anche con altri professionisti esterni allo Spitex. Analogamente il 25% del personale Spitex afferma che (molto) spesso il tempo non basta per discutere eventuali situazioni critiche del/della cliente con altri operatori sanitari e il 21% non è sufficientemente informato sulle condizioni dei/delle clienti. **I risultati del sondaggio rispecchiano il fatto che il coordinamento con tutte le parti coinvolte nelle prestazioni di cure a assistenza domiciliari dovrebbe essere ulteriormente ottimizzato**. Un ulteriore indizio in tal senso emerge anche dall''insoddisfazione delle direzioni aziendali riguardo il tempo fatturabile disponibile per il coordinamento.

L'argomento richiede attenzione a tutti i livelli: dal finanziamento al controllo delle politiche sanitarie (macrolivello), in modo da fornire condizioni quadro adeguate per il coordinamento a livello intermedio (processi e strutture a livello dell'organizzazione), alla progettazione di processi idonei e possibilità di scambio all'interno dello Spitex e tra i fornitori di servizi, fino alla pianificazione consapevole da parte dei responsabili dei casi (microlivello), soprattutto quando, ad esempio, i/le clienti sono temporaneamente in ospedale. Un coordinamento efficace si concentra sul/sulla cliente e non sui singoli fornitori di prestazioni.

22.3 Comunicazione

Strettamente correlato al tema del coordinamento è il tema della comunicazione tra i fornitori di prestazioni. Perché solo informazioni complete, corrette e attuali rappresentano una base affidabile per un'assistenza domiciliare adeguata e sicura. Dai risultati del sondaggio si possono evincere diverse sfide in questo ambito. Mentre, il 54% del personale utilizza il dossier scritto del/della cliente come canale di comunicazione più frequente all'interno dello Spitex, ciò avviene solo per il 17% del personale esterno allo Spitex, dove l'e-mail è il mezzo più utilizzato (44%). Si verifica così una discontinuità di canali nella trasmissione delle informazioni.

Solo il 58% del personale Spitex ritiene che il dossier del/della cliente sia utilizzato in modo efficiente da tutti i professionisti. Solo per circa il 30% delle direzioni aziendali intervistate ha indicato essere possibile uno scambio elettronico con gli ospedali o con i medici di famiglia e i medici specialisti e per appena l'11 percento anche con i fornitori di servizi terapeutici. **La mancanza di uno scambio elettronico di dati con altri fornitori di servizi, in particolare con i medici di famiglia responsabili o con gli ospedali dopo la**

dimissione, complica i processi di comunicazione e con essi il coordinamento e un'assistenza efficiente. Questo può portare alla perdita di informazioni o a risposte non tempestive. Urge dare impulso al potenziamento della digitalizzazione per migliorare la comunicazione tra i fornitori di servizi e anche con i/le clienti e i parenti. In questo caso, spetta alla politica fare in modo che la digitalizzazione prosegua e creare così le basi per uno scambio sicuro dei dati. Sono necessari sistemi elettronici sicuri e processi definiti congiuntamente per migliorare la comunicazione nelle interfacce con gli altri fornitori di prestazioni. In questo caso, assume un ruolo centrale un'introduzione capillare della cartella informatizzata del paziente. È necessario prestare particolare attenzione alla sicurezza dei farmaci, definire chiaramente le responsabilità e collegare le procedure di trasmissione ad accurati controlli di sicurezza.

Tuttavia, anche lo scambio verbale riveste un ruolo importante per lo Spitex. A questo proposito, i/le clienti assegnano al personale Spitex un'ottima valutazione: il 94% ritiene che il personale Spitex li ascolti con attenzione sempre o per la maggior parte del tempo e secondo l'88% il personale Spitex spiega loro le cose in modo comprensibile. La situazione è diversa con gli scambi verbali all'interno del team Spitex: ad esempio, solo il 35% del personale Spitex ha ritenuto di poter discutere spesso o sempre della qualità del proprio lavoro con i colleghi e le colleghe, solo il 62% ha affermato di avere tempo e opportunità sufficienti per discutere dei problemi di assistenza con il resto del personale e uno scarso 69% ha dichiarato di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per svolgere bene il proprio lavoro. Ciò riflette la natura particolare del contesto Spitex, in cui il personale di solito lavora da solo con i/le clienti e lo scambio deve essere cercato e pianificato in modo consapevole. **È necessario creare appositamente strutture che consentano lo scambio all'interno del team Spitex e soprattutto anche all'interno del team interprofessionale**. Le discussioni sui casi avvengono per lo più solo a livello del team Spitex, mentre l'impossibilità di fatturare il tempo speso rende più difficile l'importante scambio di comunicazioni a livello di team di assistenza interprofessionale. Tuttavia, quando i/le clienti si trovano in situazioni complesse, questo scambio diretto all'interno del team allargato è fondamentale per definire come sostenere al meglio a domicilio i/le clienti e i loro familiari, ad esempio, al fine di evitare ricoveri ospedalieri non necessari. In particolare, riveste un ruolo importante il coordinamento con il medico di famiglia. Ciò è importante anche in considerazione del fatto che, solo il 61% del personale Spitex ritiene che il team di assistenza abbia una visione/idea comune di come il lavoro di ogni singolo contribuisca all'obiettivo generale. Per la formazione di una visione comune, lo scambio e la creazione di canali adeguati sono fondamentali, con conseguente effetto positivo sul raggiungimento degli obiettivi di assistenza. Ciò significa che occorrono condizioni finanziarie e temporali quadro adeguate per rendere possibile questo scambio. Il mancato riconoscimento nonché l'assenza di un'adeguata compensazione economica per questi canali di coordinamento mette a rischio la sicurezza dei/delle clienti.

22.4 Sistema di persone di riferimento

L'attuazione mirata degli importanti compiti di coordinamento è supportata da un sistema di persone di riferimento. Qui la maggior parte delle organizzazioni Spitex (85%) dichiara di lavorare con un responsabile dei casi. Pur sempre il 72% dei parenti dichiara di avere una persona di riferimento presso lo Spitex con la quale poter discutere di dubbi e domande sulla cura e l'assistenza del proprio congiunto. I responsabili dei casi valutano le esigenze, gestiscono il processo di cura, sono le persone di riferimento per i vari fornitori di prestazioni e si occupano del coordinamento. Questo importante ruolo deve essere integrato con un'assistenza primaria nel contatto diretto con i/le clienti, dato che, ad esempio, il 40% dei responsabili dei casi riferisce di vedere i/le clienti di cui si occupa solo una volta al mese o meno. Ciò si riflette anche nel feedback dei parenti, dove solo il 36% dichiara che la persona di riferimento comunica spesso o costantemente con loro in merito alla cura e all'assistenza del loro congiunto. La continuità nell'assistenza e nelle cure quotidiane, nel senso che gli stessi/le stesse dipendenti si occupano sempre degli stessi/delle stesse clienti, contribuisce in modo importante alla qualità dell'assistenza fornita dallo Spitex, ma non è facile da organizzare. La pianificazione dei giri di visite è una grande sfida per trovare un equilibrio tra la continuità nell'assistenza e itinerari con tempi di viaggio ragionevoli tra un cliente e l'altro. **Per la prima volta in Svizzera, SPOT^{nat} mostra la distribuzione dell'orario di lavoro per ogni giro: il personale dedica in media il 15% dell'orario lavoro agli spostamenti, il 16% alle mansioni amministrative e il**

7% al coordinamento, per il contatto diretto con i/le clienti e altre attività resta dunque il 62% dell'orario di lavoro. La continuità delle cure e dell'assistenza è una caratteristica di qualità dello Spitex: quando il personale Spitex conosce bene i/le clienti e i loro familiari, è anche in grado di affrontare meglio i problemi di salute, coordinare l'assistenza, adottare misure preventive e, in definitiva, fornire un'assistenza sicura a domicilio.

22.5 Sicurezza del/della cliente

La sicurezza del/della cliente è un aspetto fondamentale della qualità dell'assistenza fornita da un'organizzazione Spitex. In questo caso, una buona cultura della sicurezza è un prerequisito per riconoscere i problemi di sicurezza e gli errori (sfiorati) in primo luogo e per affrontarli con attenzione in qualità di organizzazione. Secondo il sondaggio SPOT^{nat}, i/le dipendenti assegnano alle organizzazioni Spitex dei buoni voti: oltre il 90% sa come sollevare questioni relative alla sicurezza dei/delle clienti o concorda sul fatto che si sentirebbe sicuro e ben assistito come cliente nella propria organizzazione Spitex, oltre l'80% concorda sul fatto che gli errori vengono affrontati in modo appropriato nel proprio team o viene incoraggiato a segnalare potenziali problemi di sicurezza individuati. **Sebbene nei team vi sia una buona cultura della sicurezza, mancano le strutture corrispondenti: solo il 21% delle direzioni aziendali riferisce di lavorare con un sistema di segnalazione degli eventi critici (CIRS)**. È evidente la necessità di potenziamento, per cui il funzionamento di un CIRS a livello nazionale sarebbe fondamentale per raccogliere un numero sufficiente di casi, soprattutto anche per le organizzazioni Spitex di piccole dimensioni, in modo da poter riconoscere i modelli e adottare misure di miglioramento. La Fondazione Sicurezza dei pazienti svizzera offre già una soluzione nazionale, che però andrebbe utilizzata in modo ancora più esteso[17]. **È necessario intervenire soprattutto nell'area della sicurezza dei farmaci, che può essere affrontata bene con un CIRS**: ad esempio, solo il 50% del personale riferisce di avere un regolamento vincolante su come procedere in caso di farmaci mancanti e solo il 62% dispone di direttive su come trasmettere le prescrizioni di farmaci. Soprattutto nel processo di prescrizione, delle regole chiare tra le varie interfacce, uno sviluppo partecipativo di soluzioni ai problemi e la gestione costruttiva degli errori sono fondamentali per imparare insieme dagli errori e dagli eventi indesiderati e quindi lavorare continuamente alla cultura della sicurezza e degli errori nonché alla sicurezza dei/delle clienti.

22.6 Dotazione di personale

Un importante prerequisito per un'assistenza sicura è la presenza di personale adeguato. Per quanto riguarda lo Spitex, si tratta di osservare le esigenze di assistenza o cura attuali, e rispondere di conseguenza. Oltre l'80% dei/delle dipendenti Spitex concorda sul fatto che un team competente dal punto di vista professionale è sufficiente a garantire cure e assistenza di buona qualità. Ciò si riflette anche nella durata di permanenza del personale, dove circa il 50% dei/delle dipendenti Spitex intervistati lavora nella stessa organizzazione da 5 anni o più. Inoltre, il 72% degli intervistati ha oltre 10 anni di esperienza professionali. Allo stesso modo, oltre il 70% del personale esprime l'intenzione di rimanere nell'attuale organizzazione per i 12 mesi successivi. Questo sembra dare alle organizzazioni Spitex intervistate una buona stabilità con personale esperto. Tuttavia, è importante non perdere di vista l'11% dei/delle dipendenti che sta meditando di lasciare completamente il lavoro in Spitex. Se si considera che per il 58% delle organizzazioni Spitex è molto difficile assumere personale infermieristico con un diploma SSS o SUP e che per più di un terzo è complessa l'assunzione anche di professionisti con un diploma federale di capacità, queste uscite comporterebbero lacune sensibili. La carenza di professionisti grava sulle organizzazioni Spitex e la mancanza di personale comporta un ulteriore onere per il personale rimasto**. A ciò si aggiunge il rischio che si verifichino spostamenti nell'impiego del personale e che, ad esempio, il personale meno qualificato venga impiegato al di sopra delle sue competenze.** Va inoltre tenuto conto del fatto che le organizzazioni Spitex partecipanti sono prevalentemente strutture che si trovavano in una fase stabile, poiché 30 organizzazioni che avevano accettato di partecipare allo studio SPOT^{nat} si sono poi ritirate a causa dell'elevato carico di lavoro o per problemi di personale. Partiamo dal presupposto che la realtà

[17] https://www.patientensicherheit.ch

dell'ampio panorama Spitex sia probabilmente peggiore di quella estrapolata dai nostri dati. Per le organizzazioni Spitex, inoltre, non è facile occuparsi delle nuove leve, perché non tutti i posti di formazione offerti possono essere occupati. Questo determina un circolo vizioso di mancanza di personale, disinteresse verso una formazione in Spitex e ulteriore aggravamento della carenza di personale. **Per questi motivi, nelle misure relative all'iniziativa sulle cure infermieristiche occorre tenere conto anche dei requisiti dello Spitex, in modo da rafforzare la sua attrattiva come datore di lavoro e la carriera professionale in Spitex nonché promuovere adeguatamente anche l'attività di formazione al suo interno.**

22.7 Salute del personale

Un segnale di allarme emerge anche dai risultati del sondaggio sul personale. Ad esempio, oltre il 40% dei/delle dipendenti riferisce di aver fatto più di mezz'ora di straordinario una volta ogni 2-4 giorni o addirittura ogni giorno, il 40% si è recato al lavoro almeno una volta anche se non stava bene, il 70% riferisce debolezza generale, stanchezza o mancanza di energia e il 67% afferma di aver sofferto di mal di schiena o dolori lombari nelle ultime quattro settimane, una percentuale significativamente maggiore rispetto al resto della popolazione svizzera. Inoltre, il 77% del personale riferisce di sentirsi talvolta, spesso o sempre stanco, il 57% è fisicamente sfinito, il 52% lamenta un esaurimento emotivo e il 43% si sente addirittura svuotato. Inoltre, il 41% dichiara di aver lavorato per almeno un turno senza pause nell'ultima settimana. Questo è indice di un'elevata mole di lavoro e di una pressione delle richieste oltre a testimoniare che i/le dipendenti si impegnano al massimo per raggiungere la qualità sopra descritta. **I/Le dipendenti Spitex dimostrano così il loro forte impegno nei confronti dei/delle clienti, dei colleghi/delle colleghe e dell'organizzazione, ma al contempo aumenta per loro il rischio di malattie legate allo stress**. Il presentismo non solo è associato a un aumento del rischio di incidenti e pericoli per il personale stesso, ma comporta anche un rischio maggiore per i/le clienti, poiché si commettono più errori. La promozione della salute è dunque un tema importante per le organizzazioni Spitex, insieme a modelli di lavoro che consentano un buon equilibrio tra lavoro e vita privata.[18] I temi legati alla salute, come il carico di lavoro, lo stress lavorativo o l'esperienza di eventi aggressivi, dovrebbero essere affrontati nelle organizzazioni al fine di elaborare strategie per affrontarli insieme al personale.

22.8 Aspetti psicosociali dell'ambiente di lavoro

Al contempo, le organizzazioni Spitex partecipanti sembrano riuscire a creare un ambiente di lavoro in cui i/le dipendenti Spitex si sentono a proprio agio e possono svolgere bene il loro lavoro. Il 94% dei/delle dipendenti dichiara di essere soddisfatto delle proprie possibilità di fornire ai/alle clienti le cure di cui hanno bisogno e il 91% è soddisfatto del proprio lavoro nel complesso, tenendo conto di tutte le circostanze. Il livello di soddisfazione più basso è quello relativo alla retribuzione, dove solo il 60% la trova adeguata. Si tratta di un tema importante, perché i salari rivestono un ruolo anche nel riconoscimento del lavoro svolto e quindi influiscono sull'attrattiva del contesto lavorativo. D'altra parte, i/le dipendenti assegnano ottimi voti ai loro responsabili: oltre il 90% concorda sul fatto che il proprio diretto superiore li supporta ed è un capo competente. Inoltre, quasi quattro quinti dei partecipanti allo studio ricevono spesso o sempre aiuto e supporto dai colleghi e dalle colleghe. **L'ambiente di lavoro è un fattore centrale per non perdere il proprio personale e per ridurre la fluttuazione; in questo senso le organizzazioni Spitex intervistate sembrano fare un ottimo lavoro**. I capi che riescono a creare un ambiente di lavoro positivo, caratterizzato da apprezzamento e rispetto e nel quale i/le dipendenti sono incoraggiati e sostenuti, hanno un influsso centrale.

22.9 Implicazioni per il futuro

Lo studio SPOT^{nat} ha creato una base di dati finora inesistente. Per la prima volta, gli Spitex svizzeri diventano visibili in una dimensione mai vista. Sulla base dei risultati, le organizzazioni Spitex partecipanti sono state in grado di individuare le necessità di intervento, di stabilire le priorità e di attuare le misure.

[18] Si veda anche: https://promozionesalute.ch

Spetta a ciascuna organizzazione, sulla base dei risultati, decidere dove concentrarsi e quali sono le risorse disponibili per affrontare le questioni urgenti. Le organizzazioni Spitex che non hanno partecipato allo studio possono riflettere sulla loro situazione, confrontarla con i risultati dello studio e individuare ulteriori possibilità di sviluppo.

Riteniamo comunque utile condurre un altro studio su scala nazionale nel settore Spitex nei prossimi anni, per monitorare l'ulteriore sviluppo della situazione sul fronte del personale negli Spitex svizzeri. Lo spostamento dei servizi verso il settore ambulatoriale farà aumentare la domanda di assistenza domiciliare non solo in termini di numero di clienti, ma anche in termini di ampiezza delle offerte/degli interventi di cura e quindi farà aumentare anche la necessità di coordinamento. È importante tenere presente cosa sarà possibile fare in futuro con le risorse già oggi limitate.

23 Conclusioni

In sintesi, si può affermare che le organizzazioni Spitex forniscono un'assistenza di alta qualità, pur dovendo affrontare alcune sfide per coordinare i servizi tra i diversi fornitori di prestazioni in modo orientato agli obiettivi in un sistema sanitario fortemente frammentato, e per garantire il flusso di informazioni a tutte le parti coinvolte e la continuità dell'assistenza per i/le clienti e i loro familiari. Al contempo, questo lavoro non riceve ancora il necessario riconoscimento, ma viene svolto un po' nella penombra. I/Le dipendenti Spitex mostrano un impegno elevato, sebbene i risultati del personale indicano che anche qui si sta raggiungendo il limite, il che fa emergere prepotentemente il problema della crescente carenza di lavoratori qualificati.

Per potersi sviluppare ulteriormente, le organizzazioni Spitex dipendono anche da condizioni quadro esterne, come una cartella informatizzata del paziente diffusa a livello nazionale e soluzioni per un flusso di informazioni senza discontinuità di canali, un'adeguata compensazione finanziaria per il coordinamento interprofessionale e il coordinamento tra le interfacce, la promozione a livello nazionale della cultura della sicurezza e di un CIRS, nonché misure di ampia portata per affrontare la carenza di personale qualificato e la promozione di nuove leve nel settore dell'assistenza. A livello interno, è importante continuare a concentrarsi su un ambiente di lavoro positivo, rafforzando lo scambio all'interno del team e, in generale, su modelli di lavoro che promuovano la salute e un buon equilibrio tra vita professionale e vita privata. Per un settore Spitex forte in futuro, tutti gli stakeholder e livelli decisionali del sistema sanitario devono collaborare.

Abbreviazioni

APN	Advanced Practice Nurse
CC-MC	Patient-Perceived Continuity of Care from Multiple Clinicians
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CFP	Certificato Federale di Pratica
CIRS	Critical Incident Reporting System
CMS	Centro medico-sociale
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
COVID	Coronavirus disease
CPAT	Collaborative Practice Assessment Tool
CRS	Croce Rossa Svizzera
DMS	Differenza media standardizzata
ETP	Equivalente in tempo pieno
INS	Institute of Nursing Science (Istituto di Scienze Infermieristiche)
IQR	Scarto interquartile
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
M	Valore medio
MatchRN	Matching Registered Nurse services with changing care demands
Md	Mediana
MDS-HC	Minimum Data Set – Home Care
MSN	Master of Science in Nursing
OPre	Ordinanza sulle prestazioni
OSS	Operatore sociosanitario
PES-NWI	Practice Environment Scale – Nursing Work Index
RAI-HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
SAQ	Safety Attitudes Questionnaire
SD	Scarto quadratico medio (deviazione standard)
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
SPOT^{nat}	Spitex Coordinazione e Qualità – uno studio nazionale
SSS	Scuola specializzata superiore
SUP	Scuola universitaria professionale
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica

Elenco delle tabelle

Tabella 1: Definizione statistiche ... 6
Tabella 2: Caratteristiche delle organizzazioni Spitex partecipanti ... 8
Tabella 3: Caratteristiche dei/delle dipendenti Spitex partecipanti ... 11
Tabella 4: Caratteristiche dei/delle clienti Spitex partecipanti ... 13
Tabella 5: Caratteristiche dei parenti partecipanti ... 15
Tabella 6: Giri al mattino raggruppati per dimensione dell'organizzazione (prospettiva direzione) ... 95
Tabella 7: Giri al mattino – raggruppati per tipo di gestore (prospettiva direzione) ... 95
Tabella 8: Giri al pomeriggio/alla sera raggruppati per dimensione dell'organizzazione (prospettiva direzione) ... 96
Tabella 9: Giri al pomeriggio/alla sera – raggruppati per tipo di gestione (prospettiva direzione) ... 96
Tabella 10: Ordinanza sulle prestazioni - Ore di cura al giorno raggruppate per dimensioni dell'organizzazione (prospettiva direzione) ... 97
Tabella 11: Ordinanza sulle prescrizioni – Ore di cura al giorno per tipo di gestione dell'organizzazione (prospettiva direzione) ... 97

Elenco delle figure

Figura 1: Panoramica del numero di organizzazioni Spitex partecipanti nelle sette grandi regioni svizzere 1
Figura 2: Esempio di grafico a barre in pila orizzontali ... 2
Figura 3: Esempio di grafico a barre ... 3
Figura 4: Esempio di grafico per il confronto di gruppo ... 4
Figura 5: Esempio di grafico con confronto di gruppo e sottogruppo ... 5
Figura 6: Qualità delle cure e dell'assistenza in generale (prospettiva dipendenti) ... 17
Figura 7: Qualità dell'assistenza ai clienti nell'ultimo anno (prospettiva dipendenti) ... 17
Figura 8: Raccomandazione dello Spitex (prospettiva dipendenti) ... 17
Figura 9: Soddisfazione (prospettiva direzione) ... 18
Figura 10: Raccomandazione dello Spitex (prospettiva clienti) ... 19
Figura 11: Raccomandazione dello Spitex (prospettiva parenti) ... 19
Figura 12: Garanzia della qualità (prospettiva direzione) ... 20
Figura 13: Esistenza di linee guida/istruzioni – Aree tematiche (prospettiva direzioni) ... 21
Figura 14: Aree tematiche delle offerte annuali di formazione continua (prospettiva direzione) ... 22
Figura 15: Presenza di una struttura per questioni etiche (prospettiva direzione) ... 22
Figura 16: Lavoro con APN o esperto/a in cure infermieristiche (prospettiva direzione) ... 24
Figura 17: Compiti principali per APN o esperto/a in cure infermieristiche (prospettiva direzione) ... 25
Figura 18: Frequenza del contatto con il/la responsabile dei casi (prospettiva dipendenti) ... 26
Figura 19: Processo di cura e di assistenza (prospettiva dipendenti) ... 27
Figura 20: Parlare delle preoccupazioni di salute (prospettiva clienti) ... 27
Figura 21: Arrivo in anticipo o in ritardo del personale Spitex (prospettiva clienti) ... 27
Figura 22: Leadership (prospettiva dipendenti) ... 31
Figura 23: Leadership (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 32
Figura 24: Prevedibilità (prospettiva dipendenti) ... 33
Figura 25: Scala COPSOQ-Prevedibilità (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 34
Figura 26: Chiarezza di ruolo (prospettiva dipendenti) ... 34
Figura 27: Scala COPSOQ - Chiarezza di ruolo (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 35
Figura 28: Conflitti di ruolo (prospettiva dipendenti) ... 36
Figura 29: Scala COPSOQ – Conflitti di ruolo (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 36
Figura 30: Supporto sociale (prospettiva dipendenti) ... 37
Figura 31: Scala COPSOQ – Supporto sociale (colleghi/e) (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 38

Figura 32: Scala COPSOQ – Supporto sociale (superiore diretto) (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 39
Figura 33: Eventi indesiderati, errori e «quasi-errori» (prospettiva direzione) ... 40
Figura 34: Clima di sicurezza (prospettiva dipendenti) ... 41
Figura 35: Scala clima di sicurezza (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 42
Figura 36: Lavoro di team (prospettiva dipendenti) ... 43
Figura 37: Scala Teamwork climate (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 44
Figura 38: Gestione dei farmaci (prospettiva dipendenti) ... 47
Figura 39: Aiuto con i farmaci (prospettiva clienti) ... 48
Figura 40: Sistemi disponibili di comunicazione interna (prospettiva direzione) ... 49
Figura 41: Canali di comunicazione interni (prospettiva dipendenti) ... 50
Figura 42: Canali di comunicazione esterni (prospettiva dipendenti) ... 50
Figura 43: Discussioni regolari pianificate dei casi (prospettiva direzione) ... 50
Figura 44: Discussioni dei casi – gruppi professionali che partecipano (prospettiva direzione) ... 51
Figura 45: Scambio elettronico d'informazioni (prospettiva direzione) ... 51
Figura 46: Documentazione in formato cartaceo (prospettiva direzione) ... 52
Figura 47: Comunicazione e scambio d'informazioni nel team di assistenza (prospettiva dipendenti) ... 52
Figura 48: Scala CPAT – Comunicazione e scambio d'informazioni (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 53
Figura 49: Informazioni – prima visita (prospettiva clienti) ... 53
Figura 50: Comunicazione (prospettiva clienti) ... 54
Figura 51: Presa di contatto con il servizio Spitex (prospettiva clienti) ... 54
Figura 52: Aiuto o consulenza ottenuti dal servizio Spitex (prospettiva clienti) ... 54
Figura 53: Tempo trascorso prima di ricevere aiuto/consulenza (prospettiva clienti) ... 54
Figura 54: Collaborazione nel team di assistenza (prospettiva dipendenti) ... 56
Figura 55: Soddisfazione per il coordinamento del lavoro con altri gruppi professionali (prospettiva dipendenti) ... 57
Figura 56: Familiarità con il sistema sanitario (prospettiva dipendenti) ... 59
Figura 57: Esperienza di collaborazione con il/la dipendente Spitex (prospettiva clienti) ... 61
Figura 58: CPCQ-Valutazione della collaborazione e del coordinamento (confronto di gruppo) (prospettiva clienti) ... 62
Figura 59: Ruolo coordinativo Spitex (1/2) (prospettiva clienti) ... 63
Figura 60: Ruolo coordinativo Spitex (2/2) (prospettiva clienti) ... 63
Figura 61: Scala CC-MC – Valutazione del ruolo di coordinamento (confronto di gruppo) (prospettiva clienti) ... 64
Figura 62: Coordinamento (prospettiva dipendenti) ... 66
Figura 63: Carenze nel coordinamento (prospettiva dipendenti) ... 67
Figura 64: Scala Carenze del coordinamento (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 68
Figura 65: Esperienza con il coordinamento (prospettiva clienti) ... 68
Figura 66: Nessuna conoscenza sulle modifiche di trattamento (prospettiva clienti) ... 70
Figura 67: Valutazione generale del coordinamento (prospettiva clienti) ... 70
Figura 68: Valutazione del coordinamento (prospettiva parenti) ... 70
Figura 69: Valutazione generale del coordinamento (prospettiva dipendenti) ... 71
Figura 70: Collaborazione con i parenti (percentuale di clienti) (prospettiva dipendenti) ... 73
Figura 71: Coordinamento interpersonale con i parenti curanti (prospettiva dipendenti) ... 74
Figura 72: Scala Coordinamento interpersonale con i parenti (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 75
Figura 73: Persona di riferimento presso lo Spitex (prospettiva parenti) ... 75
Figura 74: Scala Coordinamento interpersonale con la persona di riferimento (prospettiva parenti) ... 76
Figura 75: Scala Coordinamento interpersonale con la persona di riferimento (confronto di gruppo) (prospettiva parenti) ... 77
Figura 76: Coordinamento interpersonale con l'intero personale Spitex (prospettiva parenti) ... 78

Figura 77: Scala coordinamento interpersonale con l'intero personale Spitex - Confronto di gruppo (prospettiva parenti) ... 79
Figura 78: Coinvolgimento dei parenti nella pianificazione/organizzazione dell'assistenza (prospettiva parenti) ... 79
Figura 79: Supporto negli ultimi 12 mesi (prospettiva clienti) ... 81
Figura 80: Aiuto temporaneo o permanente (prospettiva clienti) ... 81
Figura 81: Aiuto regolare o irregolare (prospettiva clienti) ... 81
Figura 82: Genere d'aiuto (da parte dei parenti) (prospettiva clienti) ... 82
Figura 83: Ambiti e intensità del supporto fornito dai parenti (prospettiva parenti) ... 83
Figura 84: Numero di anni di supporto al/alla cliente (prospettiva parenti) ... 83
Figura 85: Numero di ore di supporto/d'assistenza da parte dei parenti (prospettiva parenti) ... 83
Figura 86: Personale curante e d'assistenza alla fine del 2020 (prospettiva direzione) ... 86
Figura 87: Risorse e dotazione di personale (prospettiva dipendenti) ... 86
Figura 88: Scala PES-NWI – Dotazione di personale (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 87
Figura 89: Fluttuazione nel 2020 nei rispettivi gruppi professionali – Percentuale (prospettiva direzione) 89
Figura 90: Valutazione della situazione riguardante le assunzioni (prospettiva direzione) ... 90
Figura 91: Sistemi di persone di riferimento disponibili (prospettiva direzione) ... 93
Figura 92: Ricorso a persone responsabili dei casi (prospettiva direzione) ... 94
Figura 93: Compiti del responsabile dei casi (prospettiva direzione) ... 94
Figura 94: Case Manager / Care Manager (prospettiva direzione) ... 94
Figura 95: Svolgimento del lavoro negli ultimi giorni: percentuale di ore per attività (prospettiva dipendenti) ... 98
Figura 96: Pianificazione dei turni (prospettiva dipendenti) ... 98
Figura 97: Lavoro straordinario (prospettiva dipendenti) ... 98
Figura 98: Offerte per i dipendenti (prospettiva direzione) ... 100
Figura 99: Onere nell'ultima giornata di lavoro (prospettiva dipendenti) ... 101
Figura 100: Scala NASA-TLX (onere lavorativo) (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 102
Figura 101: Soddisfazione sul lavoro (prospettiva dipendenti) ... 103
Figura 102: Consigliare questa organizzazione Spitex come un buon posto di lavoro (prospettiva dipendenti) ... 103
Figura 103: Propensione alle dimissioni (prospettiva dipendenti) ... 104
Figura 104: Assenteismo e presenteismo (prospettiva dipendenti) ... 106
Figura 105: Problemi di salute nelle ultime quattro settimane (prospettiva dipendenti) ... 107
Figura 106: Correlazione dei problemi di salute con il lavoro (prospettiva dipendenti) ... 107
Figura 107: Burnout (prospettiva dipendenti) ... 108
Figura 108: Scala CBI – Personal Burnout (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 109
Figura 109: Rapporto tra lavoro e vita privata (prospettiva dipendenti) ... 110
Figura 110: Scala Work-life climate (confronto di gruppo) (prospettiva dipendenti) ... 111
Figura 111: Violenza da parte dei/delle clienti nei confronti dei/delle dipendenti Spitex (prospettiva dipendenti) ... 113
Figura 112: Segnalazione di comportamenti aggressivi dei/delle clienti (prospettiva dipendenti) ... 114
Figura 113: Condizioni imposte dal comune o dai comuni/dal cantone nell'ambito del contratto/accordo di prestazione (prospettiva direzione) ... 116
Figura 114: Condizioni minime per l'autorizzazione relativa all'erogazione di prestazioni (prospettiva direzione) ... 117
Figura 115: Finanziamento residuo delle cure (prospettiva direzione) ... 117
Figura 116: Regime di finanziamento residuo dei costi di cura (prospettiva direzione) ... 118
Figura 117: Controversie in merito alla copertura dei costi (prospettiva direzione) ... 118
Figura 118: Assunzione dei costi non coperti (prospettiva direzione) ... 119
Figura 119: Importo della partecipazione da parte del/della paziente (prospettiva direzione) ... 120
Figura 120: Percentuale dell'introito totale del 2020 coperto dalla gestione dell'organizzazione (prospettiva direzione ... 120
Figura 121: Effetto delle modifiche del finanziamento sulla pressione sui costi (prospettiva direzione) ... 121

Figura 122: Controversie con le casse malati (prospettiva direzione) 121
Figura 123: Pianificazione o implementazione di misure di restrizione dei costi (prospettiva direzione).. 121
Figura 124: Onere finanziario (prospettiva clienti) 124
Figura 125: Ricezione di prestazioni supplementari/assegno per grandi invalidi (prospettiva clienti) 125
Figura 126: Modello di assicurazione malattia (prospettiva clienti) 125
Figura 127: Ammontare della franchigia annuale (prospettiva clienti)..... 125
Figura 128: Clienti che rinunciano ai servizi durante i primi colloqui (prospettiva direzione) 126
Figura 129: Interruzione dei servizi dall'introduzione della partecipazione ai costi dei/delle pazienti (prospettiva direzione)..... 126
Figura 130: Modifiche e interruzione dei servizi (prospettiva direzione)..... 126
Figura 131: Sfide causate dal COVID-19 (prospettiva direzione)..... 129
Figura 132: COVID-19 – Materiale di protezione (prospettiva dipendenti)..... 129

.

Bibliografia

1. Hart S.G. & Staveland L.E. *Development of NASA-TLX (Task Load Index) : Results of Empirical and Theoretical Research*, in *Advances in Psychology*, P.A. Hancock & N. Meshkati, Editors. 1988, North-Holland. p. 139-183.
2. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care. in *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001 National Academies Press (US) Washington (DC).
3. World Health Organization. *Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care*. 2018.
4. Maybin J., Charles A., & Honeyman M. *Understanding quality in district nursing services: Learning from patients, carers and staff.* 2016, London: London.
5. Dubois C.A., D'Amour D., Pomey M.P., Girard F., & Brault I. *Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review.* BMC Nurs, 2013. 12: p. 7.
6. Ruotsalainen S., Jantunen S., & Sinervo T. *Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? – a mixed method study.* BMC Health Serv Res, 2020. 20(1): p. 896.
7. CAHPS. *Home Health Care Survey.* 2011 08.08.2022]; Available from: https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/home/index.html.
8. Perrig-Chiello P., Höpflinger F., & Schnegg B. *SwissAgeCare: Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz.* 2010.
9. Chavez K.S., Dwyer A.A., & Ramelet A.S. *International practice settings, interventions and outcomes of nurse practitioners in geriatric care: A scoping review.* Int J Nurs Stud, 2018. 78: p. 61-75.
10. International Council of Nurses. *Guidelines on Advanced Practice Nursing*. 2020: Geneva, Switzerland.
11. Zúñiga F., Favez L., Baumann S., & et al. *SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. 2021, Universität Basel.
12. Hamric A.B., Hanson C.M., Tracy M.F., & O'Grady E.T. *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach*. 2014: 5 th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier / Saunders.
13. Santana M.J., Manalili K., Jolley R.J., Zelinsky S., Quan H., & Lu M. *How to practice person-centred care: A conceptual framework.* Health Expect, 2018. 21(2): p. 429-440.
14. Sanerma P., Miettinen S., Paavilainen E., & Åstedt-Kurki P. *A client-centered approach in home care for older persons - an integrative review.* Scand J Prim Health Care, 2020. 38(4): p. 369-380.
15. Kuipers S.J., Cramm J.M., & Nieboer A.P. *The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting.* BMC Health Services Research, 2019. 19(1): p. 13.
16. Vaartio-Rajalin H. & Fagerström L. *Professional care at home: Patient-centredness, interprofessionality and effectivity? A scoping review.* Health & Social Care in the Community, 2019. 27(4): p. e270-e288.
17. American Nurses Association. *Healthy work environment.* 2018 [cited 2022 20th of June 2022]; Available from: https://www.nursingworld.org/practice-policy/work-environment/.
18. Lake E.T. *The nursing practice environment: Measurement and evidence.* Medical Care Research and Review, 2007. 64: p. 104-22.
19. Jarrin O., Flynn L., Lake E.T., & Aiken L.H. *Home Health Agency Work Environments and Hospitalizations.* Medical Care, 2014. 52(10): p. 877-883.
20. Chamanga E., Dyson J., Loke J., & McKeown E. *Factors influencing the recruitment and retention of registered nurses in adult community nursing services: an integrative literature review.* Prim Health Care Res Dev, 2020. 21: p. e31.
21. Ganann R., Weeres A., Lam A., Chung H., & Valaitis R. *Optimization of home care nurses in Canada: A scoping review.* Health Soc Care Community, 2019. 27(5): p. e604-e621.
22. Huber D.L. *Leadership and Nursing Care Management*. 2010: Elsevier.
23. Sfantou D.F., Laliotis A., Patelarou A.E., Sifaki-Pistolla D., Matalliotakis M., & Patelarou E. *Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review.* Healthcare (Basel), 2017. 5(4).
24. Westerberg K. & Tafvelin S. *The importance of leadership style and psychosocial work environment to staff-assessed quality of care: implications for home help services.* Health Soc Care Community, 2014. 22(5): p. 461-8.

25. Lake E.T. *Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index.* Res Nurs Health, 2002. 25(3): p. 176-88.
26. Rydenfält C., Holgersson C., Östlund B., Arvidsson I., Johansson G., & Persson R. *Picking low hanging fruit - A scoping review of work environment related interventions in the home care sector.* Home Health Care Serv Q, 2020. 39(4): p. 223-237.
27. Pejtersen J.H., Kristensen T.S., Borg V., & Bjorner J.B. *The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire.* Scand J Public Health, 2010. 38(3 Suppl): p. 8-24.
28. Kroposki M. & Alexander J.W. *Workplace Variables and Their Relationship to Quality Client Outcomes in Home Health.* Public Health Nursing, 2004. 21(6): p. 555-563.
29. Jarrín O.F., Kang Y., & Aiken L.H. *Pathway to better patient care and nurse workforce outcomes in home care.* Nurs Outlook, 2017. 65(6): p. 671-678.
30. Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations. *Organizing for safety: Third report of the ACSNI study group on human factors*, ed. H.M.S.O. 1993, London
31. Kohn L., Corrigan J., Donaldson M., & eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*, N.A. Press, Editor. 2000: Washington DC.
32. Lawati M.H.A.L., Dennis S., Short S.D., & Abdulhadi N.N. *Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review.* BMC Family Practice, 2018. 19(1): p. 104.
33. Hofmann D.A. & Mark B. *An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes.* Personnel Psychology, 2006. 59(4): p. 847-869.
34. Ree E. & Wiig S. *Employees' perceptions of patient safety culture in Norwegian nursing homes and home care services.* BMC Health Serv Res, 2019. 19(1): p. 607.
35. Rodziewicz T.L., Houseman B., & Hipskind J.E. *Medical Error Reduction and Prevention*, in *StatPearls*. 2022, StatPearls Publishing LLC.: Treasure Island (FL).
36. Health Quality Ontario. *Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis.* Ont Health Technol Assess Ser, 2017. 17(3): p. 1-23.
37. Zohar D. *Safety climate in industrial organizations: theoretical and applied implications.* J Appl Psychol, 1980(65(1): p. 96-102.
38. Sexton J.B., Helmreich R.L., Neilands T.B., Rowan K., Vella K., Boyden J., Roberts P.R., & Thomas E.J. *The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research.* BMC Health Services Research, 2006. 6(1): p. 44.
39. Lang A., Edwards N., & Fleiszer A. *Safety in home care: a broadened perspective of patient safety.* Int J Qual Health Care, 2008. 20(2): p. 130-5.
40. Abrahamson K., Hass Z., Morgan K., Fulton B., & Ramanujam R. *The Relationship Between Nurse-Reported Safety Culture and the Patient Experience.* J Nurs Adm, 2016. 46(12): p. 662-668.
41. Berland A., Holm A.L., Gundersen D., & Bentsen S.B. *Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses.* J Nurs Manag, 2012. 20(6): p. 794-801.
42. Fishman L., Bruhwiler L., & Schwappach D. *[Medication safety in Switzerland: Where are we today?].* Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2018. 61(9): p. 1152-1158.
43. Meyer-Massetti C., Meier C.R., & Guglielmo B.J. *The scope of drug-related problems in the home care setting.* Int J Clin Pharm, 2018. 40(2): p. 325-334.
44. Meyer-Massetti C., Kaiser E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S., & Hersberger K. *[Medication safety in the home care setting: error-prone process steps].* Pflege, 2012. 25(4): p. 261-9.
45. Meyer-Massetti C., Hofstetter V., Hedinger-Grogg B., Meier C.R., & Guglielmo B.J. *Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland.* Int J Clin Pharm, 2018. 40(6): p. 1614-1620.
46. Schur N., Twerenbold S., Reinau D., Schwenkglenks M., & Meier C.R. *Rapporto Helsana sui medicamenti 2020*. 2020; Available from: https://www.helsana.ch/it/gruppo-helsana/media-pubblicazioni/rapporti-helsana/rapporto-sui-medicamenti.html.
47. Pereira F., Verloo H., Zhivko T., Di Giovanni S., Meyer-Massetti C., von Gunten A., Martins M.M., & Wernli B. *Risk of 30-day hospital readmission associated with medical conditions and drug regimens of polymedicated, older inpatients discharged home: a registry-based cohort study.* BMJ Open, 2021. 11(7): p. e052755.
48. Meyer-Massetti C., Krummenacher E., Hedinger-Grogg B., Luterbacher S., & Hersberger K.E. *Medication safety in the home care setting: Development and piloting of a Critical Incident Reporting System.* Pflege, 2016. 29(5): p. 247-255.
49. World Health Organization. *Patient safety: global action on patient safety*. 2019; Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf.

50. Diedrich D., Zuniga F., & Meyer-Massetti C. *[Medication management in home care-The medication use process from the perspective of clients and their caregivers].* Z Gerontol Geriatr, 2021.
51. Gentizon J., Bula C., & Mabire C. *[Medication literacy in older patients : skills needed for self-management of medications].* Rev Med Suisse, 2020. 16(714): p. 2165-2168.
52. Künzi K. & Haslebacher K. *Untersuchung von Schnittstellen im Altersbereich der Stadt Bern*. 2009; Available from: https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2009/Schnittstellen_im_Altersbereich_AVA_Bericht.pdf.
53. Haig K.M., Sutton S., & Whittington J. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians.* Jt Comm J Qual Patient Saf, 2006. 32(3): p. 167-75.
54. Australian Medical Association. *10 Minimum Standards for Communication between Health Services and General Practitionrs and other Treating Doctors*. 2017.
55. Kaelber D.C. & Bates D.W. *Health information exchange and patient safety.* J Biomed Inform, 2007. 40(6 Suppl): p. S40-5.
56. Renfro C.P., Ferreri S., Barber T.G., & Foley S. *Development of a Communication Strategy to Increase Interprofessional Collaboration in the Outpatient Setting.* Pharmacy (Basel), 2018. 6(1).
57. Sellors C., Sellors J., Levine M., Chan D., Dolovich L., & Howard M. *Computer Networking to Enhance Pharmacist-Physician Communication: A Pilot Demonstration Project in Community Settings.* Canadian Pharmacists Journal / Revue des Pharmaciens du Canada, 2004. 137(8): p. 26-30.
58. Schroder C., Medves J., Paterson M., Byrnes V., Chapman C., O'Riordan A., Pichora D., & Kelly C. *Development and pilot testing of the collaborative practice assessment tool.* J Interprof Care, 2011. 25(3): p. 189-95.
59. McKay C.A. & Crippen L. *Collaboration Through Clinical Integration.* Nursing Administration Quarterly, 2008. 32(2): p. 109-116.
60. Saint-Pierre C., Herskovic V., & Sepúlveda M. *Multidisciplinary collaboration in primary care: a systematic review.* Fam Pract, 2018. 35(2): p. 132-141.
61. Möckli N., Espinosa J.A., Simon M., Meyer-Massetti C., & Zúñiga F. *Clarifying the muddy concept of home healthcare coordination: A comprehensive theoretical framework.* Heliyon, 2023: p. e14243.
62. Izumi S., Barfield P.A., Basin B., Mood L., Neunzert C., Tadesse R., Bradley K.J., & Tanner C.A. *Care coordination: Identifying and connecting the most appropriate care to the patients.* Res Nurs Health, 2018. 41(1): p. 49-56.
63. De Gani S.M., Jaks R., Bieri U., & Kocher J.P. *Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.* 2021, Zürich, Careum Stiftung: Zürich.
64. Schultz E.M. & McDonald K.M. *What is care coordination?* International Journal of Care Coordination, 2014. 17(1-2): p. 5-24.
65. Swan B., Haas S., & Jessie A. *Care Coordination: Roles of Registered Nurses Across the Care Continuum.* Nursing economic$, 2019. 37(6): p. 317-323.
66. Breckenridge E.D., Kite B., Wells R., & Sunbury T.M. *Effect of Patient Care Coordination on Hospital Encounters and Related Costs.* Popul Health Manag, 2019. 22(5): p. 406-414.
67. Tricco A.C., Antony J., Ivers N.M., Ashoor H.M., Khan P.A., Blondal E., Ghassemi M., MacDonald H., Chen M.H., Ezer L.K., & Straus S.E. *Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis.* Canadian Medical Association Journal, 2014. 186(15): p. E568.
68. Squires A., Ridge L., Miner S., McDonald M.V., Greenberg S.A., & Cortes T. *Provider Perspectives of Medication Complexity in Home Health Care: A Qualitative Secondary Data Analysis.* Med Care Res Rev, 2019: p. 1077558719828942.
69. Jain P., Agarwal A., & Behara R. *Care Coordination: A Systematic Review and a New Perspective*. in *2017 IEEE 17th International Conference on Bioinformatics and Bioengineering (BIBE)*. 2017.
70. McGuiness C. & Sibthorpe B. *Development and initial validation of a measure of coordination of health care.* Int J Qual Health Care, 2003. 15(4): p. 309-18.
71. Haggerty J.L., Roberge D., Freeman G.K., Beaulieu C., & Bréton M. *Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians.* Ann Fam Med, 2012. 10(5): p. 443-51.
72. Jimenez G., Matchar D., Koh G.C.H., Tyagi S., van der Kleij R., Chavannes N.H., & Car J. *Revisiting the four core functions (4Cs) of primary care: operational definitions and complexities.* Prim Health Care Res Dev, 2021. 22: p. e68.

73. Pomey M., Flora L., Karazivan P., Dumez V., Lebel P., Vanier M., & Jouet E. *The Montreal Model: The Challenges of a Partnership Relationship between Patients and Healthcare Professionals.* Santé Publique, 2015: p. 41-50.
74. Brügger S., Sottas B., Kissmann S., Keel S., & Dell'Eva E. *Kompetente Kooperation von Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen mit betreuenden Angehörigen. Schlussbericht des Forschungsmandats G08 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. 2020.
75. Gregory A., Mackintosh S., Kumar S., & Grech C. *Experiences of health care for older people who need support to live at home: A systematic review of the qualitative literature.* Geriatr Nurs, 2017. 38(4): p. 315-324.
76. Gittell J.H. *Relational coordination: Guidelines for theory, measurement and analysis.* Waltham, MA: Brandeis University, 2011.
77. Brügger S., Rime S., & Sottas B. *Angehörigenfreundliche Versorgungskoordination. Schlussbericht*. 2019.
78. Fringer A. *Das Buchser Pflegeinventar für häusliche Krisensituationen (BLiCK) Analysen, Werkzeuge und Empfehlungen zur Krisenintervention*. 2019: Bern: Hogrefe.
79. Wright L.M., Leahey M., Shajani Z., & Snell D. *Familienzentrierte Pflege, Lehrbuch für Familien-Assessment und Intervention*. 2021: 3. Auflage. Dt Hrsg. von Barbara Preusse-Bleuler. Bern: Hogrefe.
80. Ufficio federale di statistica. *Informelle Hilfe (2017)*. 2018; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/informelle-hilfe.html.
81. Otto U., Leu A., Bischofberger I., Gerlich R., & Riguzzi M. *Besoins des proches aidants en matière de soutien et de décharge – enquête auprès de la population.* 2019.
82. Manojlovich M. & Sidani S. *Nurse dose: what's in a concept?* Res Nurs Health, 2008. 31(4): p. 310-9.
83. Gruber E.M., Zeiser S., Schroder D., & Buscher A. *Workforce issues in home- and community-based long-term care in Germany.* Health Soc Care Community, 2021. 29(3): p. 746-755.
84. Towers A.-M., Smith N., Allan S., Vadean F., Collins G., Rand S., Bostock J., Ramsbottom H., Forder J., Lanza S., & Cassell J. *Care home residents' quality of life and its association with CQC ratings and workforce issues: the MiCareHQ mixed-methods study.* 2021. 9: p. 19.
85. Ufficio federale di statistica. *Indicatori del mercato del lavoro 2022 - Risultati commentati*. 2022; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati.assetdetail.23144033.html.
86. Williamson L., Burog W., & Taylor R.M. *A scoping review of strategies used to recruit and retain nurses in the health care workforce.* J Nurs Manag, 2022. 30(7): p. 2845-2853.
87. Fikar C. & Hirsch P. *Home health care routing and scheduling: A review.* Computers & Operations Research, 2017. 77: p. 86-95.
88. Holm S.G. & Angelsen R.O. *A descriptive retrospective study of time consumption in home care services: how do employees use their working time?* BMC Health Services Research, 2014. 14(1): p. 439.
89. Joo J.Y. & Liu M.F. *Case management effectiveness in reducing hospital use: a systematic review.* Int Nurs Rev, 2017. 64(2): p. 296-308.
90. van der Hulst M., van Veldhoven M., & Beckers D. *Overtime and need for recovery in relation to job demands and job control.* J Occup Health, 2006. 48(1): p. 11-9.
91. Sturm H., Rieger M.A., Martus P., Ueding E., Wagner A., Holderried M., & Maschmann J. *Do perceived working conditions and patient safety culture correlate with objective workload and patient outcomes: A cross-sectional explorative study from a German university hospital.* PLoS One, 2019. 14(1): p. e0209487.
92. de Castro A.B., Fujishiro K., Rue T., Tagalog E.A., Samaco-Paquiz L.P., & Gee G.C. *Associations between work schedule characteristics and occupational injury and illness.* Int Nurs Rev, 2010. 57(2): p. 188-94.
93. Watanabe M. & Yamauchi K. *The effect of quality of overtime work on nurses' mental health and work engagement.* J Nurs Manag, 2018. 26(6): p. 679-688.
94. Simon M., Müller BH. , & Hasselhorn H.M. *Leaving the organization or the profession - a multilevel analysis of nurses's intentions.* J Adv Nurs, 2010. 66: p. 616-26.
95. Wickwire E.M., Geiger-Brown J., Scharf S.M., & Drake C.L. *Shift Work and Shift Work Sleep Disorder: Clinical and Organizational Perspectives.* Chest, 2017. 151(5): p. 1156-1172.

96. Wang X.S., Armstrong M.E., Cairns B.J., Key T.J., & Travis R.C. *Shift work and chronic disease: the epidemiological evidence.* Occup Med (Lond), 2011. 61(2): p. 78-89.
97. Gascon S., Leiter M.P., Andres E., Santed M.A., Pereira J.P., Cunha M.J., Albesa A., Montero-Marin J., Garcia-Campayo J., & Martinez-Jarreta B. *The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout.* J Clin Nurs, 2013. 22(21-22): p. 3120-9.
98. Lorenz V.R., Benatti M.C., & Sabino M.O. *Burnout and stress among nurses in a university tertiary hospital.* Rev Lat Am Enfermagem, 2010. 18(6): p. 1084-91.
99. Halter M., Boiko O., Pelone F., Beighton C., Harris R., Gale J., Gourlay S., & Drennan V. *The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews.* BMC Health Serv Res, 2017. 17(1): p. 824.
100. Manthey M. *The Practice of Primary Nursing*. 2002, Minneapolis (MN): Creative Health Care Management.
101. Schewior-Popp S., Sitzmann F., & Ullrich L. *Thiemes Pflege*, ed. G.T.V. KG. 2017: Georg Thieme Verlag KG.
102. Tubbs-Cooley H.L., Mara C.A., Carle A.C., & Gurses A.P. *The NASA Task Load Index as a measure of overall workload among neonatal, paediatric and adult intensive care nurses.* Intensive Crit Care Nurs, 2018. 46: p. 64-69.
103. Bagheri Hosseinabadi M., Akbari H., Hamed A., Gholami-Fesharaki M., & Ghasemi M. *The association of nursing workloads, organizational, and individual factors with adverse patient outcome.* Iranian Red Crescent Medical Journal, 2017. 19(4): p. 9.
104. Hignett S., Edmunds Otter M., & Keen C. *Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review.* Int J Nurs Stud, 2016. 59: p. 1-14.
105. Bagheri Hosseinabadi M., Khanjani N., Etemadinezhad S., Samaei S.E., Raadabadi M., & Mostafaee M. *The associations of workload, individual and organisational factors on nurses' occupational injuries.* J Clin Nurs, 2019. 28(5-6): p. 902-911.
106. Lotfi Fatemi N., Karimi Moonaghi H., & Heydari A. *Perceived Challenges Faced by Nurses in Home Health Care Setting: A Qualitative Study.* Int J Community Based Nurs Midwifery, 2019. 7(2): p. 118-127.
107. Hertzum M. *How Demanding Is Healthcare Work? A Meta-Analytic Review of TLX Scores.* Stud Health Technol Inform, 2021. 286: p. 55-59.
108. Halcomb E., Smyth E., & McInnes S. *Job satisfaction and career intentions of registered nurses in primary health care: an integrative review.* BMC Fam Pract, 2018. 19(1): p. 136.
109. Garza J.A. & Taliaferro D. *Job Satisfaction Among Home Healthcare Nurses.* Home Healthc Now, 2021. 39(1): p. 20-24.
110. McCreary D.D.J. *Home Health Nursing Job Satisfaction and Retention: Meeting the Growing Need for Home Health Nurses.* Nurs Clin North Am, 2020. 55(1): p. 121-132.
111. Nylén-Eriksen M., Grov E.K., & Bjørnnes A.K. *Nurses' job involvement and association with continuing current position-A descriptive comparative study.* J Clin Nurs, 2020. 29(13-14): p. 2699-2709.
112. Tourangeau A.E., Patterson E., Saari M., Thomson H., & Cranley L. *Work-related factors influencing home care nurse intent to remain employed.* Health Care Manage Rev, 2017. 42(1): p. 87-97.
113. Kivimäki M., Vanhala A., Pentti J., Länsisalmi H., Virtanen M., Elovainio M., & Vahtera J. *Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: Prospective cohort study.* BMC Health Services Research, 2007. 7(1): p. 170.
114. Tummers L.G., Groeneveld S.M., & Lankhaar M. *Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care.* J Adv Nurs, 2013. 69(12): p. 2826-38.
115. Brborović H., Daka Q., Dakaj K., & Brborović O. *Antecedents and associations of sickness presenteeism and sickness absenteeism in nurses: A systematic review.* Int J Nurs Pract, 2017. 23(6).
116. Kinman G. *Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management.* Br Med Bull, 2019. 129(1): p. 69-78.
117. Promozione Salute Svizzera. *Job Stress Index 2020 - Monitoraggio di indicatori dello stress tra la popolazione attiva in Svizzera*. 2020.
118. Ufficio federale di statistica. *Indagine sulla salute in Svizzera 2017. Panoramica.* 2018; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/stato-salute.assetdetail.6426305.html.

119. Schaufeli W.B. & Greenglass E.R. *Introduction to special issue on burnout and health.* Psychol Health, 2001. 16(5): p. 501-10.
120. Jun J., Ojemeni M.M., Kalamani R., Tong J., & Crecelius M.L. *Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review.* Int J Nurs Stud, 2021. 119: p. 103933.
121. Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., & Christensen K.B. *The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout.* Work & Stress, 2005. 19(3): p. 192-207.
122. Sexton J.B., Schwartz S.P., Chadwick W.A., Rehder K.J., Bae J., Bokovoy J., Doram K., Sotile W., Adair K.C., & Profit J. *The associations between work-life balance behaviours, teamwork climate and safety climate: cross-sectional survey introducing the work-life climate scale, psychometric properties, benchmarking data and future directions.* BMJ Qual Saf, 2017. 26(8): p. 632-640.
123. Phoo N.N.N. & Reid A. *Determinants of violence towards care workers working in the home setting: A systematic review.* Am J Ind Med, 2022. 65(6): p. 447-467.
124. Schnelli A., Ott S., Zeller A., & Mayer H. *Aggressive incidents in home care services and organizational support: A cross-sectional survey in Switzerland.* J Nurs Manag, 2021.
125. Byon H.D., Lee M., Choi M., Sagherian K., Crandall M., & Lipscomb J. *Prevalence of type II workplace violence among home healthcare workers: A meta-analysis.* Am J Ind Med, 2020. 63(5): p. 442-455.
126. Escribano R.B., Beneit J., & Luis Garcia J. *Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector.* Heliyon, 2019. 5(3): p. e01283.
127. De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L., Edwards-Garavoglia S., Spranger A., Wittenbecher F., & Quentin W. *Switzerland: Health System Review.* Health Syst Transit, 2015. 17(4): p. 1-288, xix.
128. Dipartimento federale dell'interno (DFI). *Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie*. 2019; Available from: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/it.
129. Alders P. & Schut F.T. *The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?* Health Policy, 2019. 123(3): p. 312-316.
130. Janssen D., Jongen W., & Schröder-Bäck P. *Exploring the impact of austerity-driven policy reforms on the quality of the long-term care provision for older people in Belgium and the Netherlands.* Journal of Aging Studies, 2016. 38: p. 92-104.
131. Plaisier I., Verbeek-Oudijk D., & de Klerk M. *Developments in home-care use. Policy and changing community-based care use by independent community-dwelling adults in the Netherlands.* Health Policy, 2017. 121(1): p. 82-89.
132. Theobald H., Szebehely M., Saito Y., & Ishiguro N. *Marketisation policies in different contexts: Consequences for home-care workers in Germany, Japan and Sweden.* International Journal of Social Welfare, 2018. 27(3): p. 215-225.
133. INFRAS, Landolt Rechtsanwälte, & Careum Forschung. *Evaluation der Neuordnung der Pflegefinanzierung*. 2018, Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit.
134. Ufficio federale di statistica. *Costi e finanziamento del sistema sanitario nel 2020: dati provvisori*. 2022; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/costi-finanziamento.gnpdetail.2022-0099.html.
135. Moody E., Ganann R., Martin-Misener R., Ploeg J., Macdonald M., Weeks L.E., Orr E., McKibbon S., & Jefferies K. *Out-of-pocket expenses related to aging in place for frail older people: a scoping review.* JBI Evid Synth, 2021. 20(2): p. 537-605.
136. Osborn R., Squires D., Doty M.M., Sarnak D.O., & Schneider E.C. *In New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care.* Health Aff (Millwood), 2016. 35(12): p. 2327-2336.
137. Sum G., Hone T., Atun R., Millett C., Suhrcke M., Mahal A., Koh G.C., & Lee J.T. *Multimorbidity and out-of-pocket expenditure on medicines: a systematic review.* BMJ Glob Health, 2018. 3(1): p. e000505.
138. Knöpfel C., Leitner J., Meuli N., & Pardini R. *Das frei verfügbare Einkommen älterer Menschen in der Schweiz*. 2019.
139. Ufficio federale della sanità pubblica. *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung [Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria] Ausgabe 2020.* 2022.
140. Knöpfel C. *Die Kosten des Alterns*, in *Angewandte GERONTOLOGIE Appliquée. 2/19. S. 20-22.* 2019.

141. Hümbelin O., Richard T., Schuwey C., Luchsinger L., & Fluder R. *Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und Beweggründe* 2021, Bern: Bericht im Auftrag des Amtes für Sozialbeiträge des Kantons Basel-Stadt.
142. Knöpfel C., Pardini R., & Heinzmann C. *Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme*. 2018: Zürich: Seismo-Verlag.
143. Osakwe Z.T., Osborne J.C., Samuel T., Bianco G., Céspedes A., Odlum M., & Stefancic A. *All alone: A qualitative study of home health aides' experiences during the COVID-19 pandemic in New York.* Am J Infect Control, 2021. 49(11): p. 1362-1368.
144. van den Bulck A.O.E., de Korte M.H., Metzelthin S.F., Elissen A.M.J., Everink I.H.J., Ruwaard D., & Mikkers M.C. *In the Eye of the Storm: A Quantitative and Qualitative Account of the Impact of the COVID-19 Pandemic on Dutch Home Healthcare.* Int J Environ Res Public Health, 2022. 19(4).
145. INFRAS. *Corona-Krise: Analyse der Situation von älteren Menschen und von Menschen in Institutionen.* 2021: Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. Zürich.
146. Sama S.R., Quinn M.M., Galligan C.J., Karlsson N.D., Gore R.J., Kriebel D., Prentice J.C., Osei-Poku G., Carter C.N., Markkanen P.K., & Lindberg J.E. *Impacts of the COVID-19 Pandemic on Home Health and Home Care Agency Managers, Clients, and Aides: A Cross-Sectional Survey, March to June, 2020.* Home Health Care Management & Practice, 2021. 33(2): p. 125-129.
147. Institute for Healthcare Improvement. *Patient Safety in the Home Assessment of Issues, Challenges, and Opportunities*. 2017, Institute for Healthcare Improvement (IHI).
148. World Health Organization. *Inovative Care for chronic conditions: Building Blocks for Action*. 2002, World Health Organization: Geneva.
149. OECD. *Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality, OECD Reviews of Health Care Quality*. 2017, Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/9789264267787-en.
150. Ufficio federale di statistica. *Hilfe und Pflege zu Hause*. 2017, UFS: Svizzera.
151. Ufficio federale di statistica. *Statistik der Hilfe und Pflege zu Hause Ergebnisse 2014 : Zahlen und Trends*. 2015, Ufiicio federale di statistica: Switzerland.
152. Lobsiger M. & Kägi W. *Analyse der Strukturerhebung und Berechnung von Knappheitsindikatoren zum Gesundheitspersonal (Obsan Dossier 53)*. 2016, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium: Neuchâtel.
153. World Health Organization. *Quality of care: a process for making strategic choices in health systems*. 2006, World Health Organization: Geneva Switzerland.
154. Bachnick S., Ausserhofer D., Januel J.M., Schubert M., Schwendimann R., De Geest S., & Simon M. *Matching Registered Nurse services with changing care demands (Match(RN)): study protocol of a natural experiment multi-centre study.* J Adv Nurs, 2017. 73(7): p. 1735-1746.
155. Sermeus W., Aiken L.H., Van den Heede K., Rafferty A.M., Griffiths P., Moreno-Casbas M.T., Busse R., Lindqvist R., Scott A.P., Bruyneel L., Brzostek T., Kinnunen J., Schubert M., Schoonhoven L., & Zikos D. *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology.* BMC Nurs, 2011. 10: p. 6.
156. Van Eenoo L., van der Roest H., van Hout H., & Declercq A. *Quality of Care and Job Satisfaction in the European Home Care Setting: Research Protocol.* Int J Integr Care, 2016. 16(3): p. 14.
157. Cammann C., Fichman M., Jenkins D., & Klesh J. *The Michigan organizational assessment questionnaire.* 1979: New York : Wiley-Interscience.
158. Schwendimann R., Zúñiga F., Ausserhofer D., Schubert M., Engberg S., & de Geest S. *Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study.* J Adv Nurs, 2014. 70(4): p. 915-26.
159. Gaudenz C., De Geest S., Schwendimann R., & Zúñiga F. *Factors Associated With Care Workers' Intention to Leave Employment in Nursing Homes: A Secondary Data Analysis of the Swiss Nursing Homes Human Resources Project.* J Appl Gerontol, 2019. 38(11): p. 1537-1563.
160. Thomas C.L., Spitzmüller C., Amspoker A.B., Modi V., Tran T., Naik A.D., Woodard L., Auron A., & Hysong S.J. *A Systematic Literature Review of Instruments to Measure Coordination.* J Healthc Manag, 2018. 63(3): p. e1-e18.
161. Zúñiga F., Chu C.H., Boscart V., Fagertun A., Gea-Sánchez M., Meyer J., Spilsbury K., Devi R., Haunch K., Zheng N., & McGilton K.S. *Recommended Common Data Elements for International Research in Long-Term Care Homes: Exploring the Workforce and Staffing Concepts of Staff Retention and Turnover.* Gerontol Geriatr Med, 2019. 5: p. 2333721419844344.
162. Hasselhorn H.M. & Freude G. *Der Work-ability-Index: ein Leitfaden*. 2007: Wirtschaftsverl. NW, Verlag für Neue Wiss.

163. Zackrison E.J. *Organizatioanl Coordination and Communication: The Development and Testing of an Integrative Model*. 2017, UC Santa Barbara.
164. Orchard C.A., King G.A., Khalili H., & Bezzina M.B. *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument.* J Contin Educ Health Prof, 2012. 32(1): p. 58-67.
165. Ufficio federale di statistica. *Indagine sulla salute in Svizzera 2017 - Questionari telefonico e scritto* 2019; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/sgb.assetdetail.14839335.html.
166. Oh H., Eom M., & Kwon Y. *A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment.* Taehan Kanho Hakhoe Chi, 2004. 34(8): p. 1451-9.
167. Agency for Healthcare Research and Quality. *CAHPS Home Health Care Survey*. 2018; Available from: https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/home/index.html.
168. van der Roest H.G., van Eenoo L., van Lier L.I., Onder G., Garms-Homolová V., Smit J.H., Finne-Soveri H., Jónsson P.V., Draisma S., Declercq A., Bosmans J.E., van Hout H.P.J., Frijters D.H., Joling K.J., Bernabei R., Vetrano D.L., Carfí A., Schoen J., Lau H.M., Wisselink H.-Y., Bremner J., Calabro M., Dix O., Khan U., Vezzosi M., Jokinen S., Magnúsdóttir B., Valgerður Kristinsdóttir I., Sakki J., Noro A., & project I.B. *Development of a novel benchmark method to identify and characterize best practices in home care across six European countries: design, baseline, and rationale of the IBenC project.* BMC Health Services Research, 2019. 19(1): p. 310.
169. Borowsky S.J., Nelson D.B., Fortney J.C., Hedeen A.N., Bradley J.L., & Chapko M.K. *VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care.* Med Care, 2002. 40(7): p. 578-86.
170. Ufficio federal di statistica. *Statistica dell'assistenza e cura a domicilio* 2019; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/spitex.html.
171. Ufficio federale di statistica. *Questionario economia domestica*. 2019; Available from: https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/cataloghi-banche-dati/pubblicazioni.assetdetail.9687420.html.
172. Siqeca F., Obas K., Yip O., Stenz S., Vounatsou P., Briel M., Schwenkglenks M., Quinto C., Blozik E., Zeller A., Zullig L.L., De Geest S., & Deschodt M. *The INSPIRE Population Survey: development, dissemination and respondent characteristics.* BMC Medical Research Methodology, 2021. 21(1): p. 131.

Appendice

A1. Contesto dello studio SPOTnat

In Svizzera lo Spitex si trova a fronteggiare una crescente richiesta. Le persone anziane e con malattie croniche desiderano poter rimanere nelle loro case il più a lungo possibile, anche in situazioni dove sono necessarie delle cure complesse[147, 148]. Parallelamente, la durata delle degenze ospedaliere diventa sempre più breve, poiché l'assistenza a domicilio rappresenta un'alternativa economicamente vantaggiosa rispetto all'assistenza istituzionale[149]. Di conseguenza, non solo la complessità e l'acuità delle cure a domicilio aumentano, ma anche il numero di clienti, che ogni anno sono assistiti dallo Spitex [150].

Con il continuo aumento del numero di clienti, cresce anche il bisogno di personale Spitex. Per diversi anni, Spitex Svizzera ha registrato la più grande crescita annuale nel settore sanitario svizzero [150, 151]. Tuttavia, nonostante l'implementazione di varie misure, sta emergendo una carenza di personale infermieristico qualificato [152]. Ciò è aggravato ulteriormente da una pressione sui costi dello Spitex, anch'essa in costante crescendo.

Lo Spitex è un fornitore centrale di prestazioni sanitarie con numerose interfacce con altri fornitori di prestazioni. Per ragioni storiche, il focus dell'assistenza sanitaria è stato per molto tempo indirizzato alle cure acute. Più recentemente, è in atto uno spostamento verso un'assistenza a lungo termine, anche se esso non riesce ad allinearsi ai rapidi mutamenti del sistema sanitario [149]. Il sistema sanitario continua ad essere frammentato e caratterizzato da una mancanza di coordinamento e di comunicazione tra i vari fornitori di servizi [147, 149, 153], fatto che rende il lavoro dello Spitex più difficile.

La combinazione di queste problematiche compromette la qualità delle cure nello Spitex[147, 149]. Ciononostante, una buona qualità è essenziale per evitare ricoveri ospedalieri non necessari, complicazioni e costi inutili [149].

Finora, si conosce solo in minima parte quali fattori legati al sistema e alle aziende influenzino concretamente il coordinamento e la qualità dello Spitex. In particolare, la rilevanza dei requisiti legali e del quadro normative ai quali il coordinamento e la qualità in Spitex sono soggetti, è stata poco studiata. Non sappiamo come questi fattori sistematici influenzino le strutture e i processi aziendali, né come questi fattori condizionino le prestazioni lavorative del personale Spitex e la loro capacità di fornire un buon coordinamento e buona qualità.

Tali grandi lacune nella conoscenza del settore Spitex hanno motivato l'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea e la Scuola superiore per le formazioni sanitarie di Friburgo a condurre un'indagine nazionale sullo Spitex. Per illustrare la tematica è stato creato un modello concettuale, che è mostrato nella Figura A1. Il modello illustra possibili correlazioni riguardanti il coordinamento e la qualità.

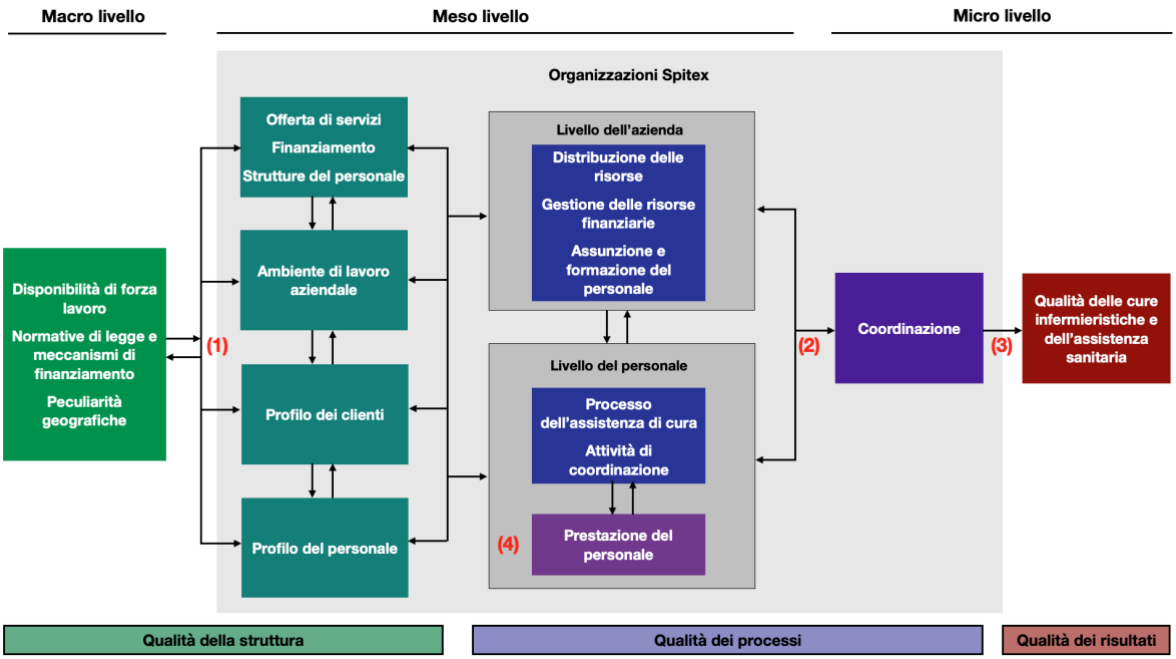


Figura A1: Modello concettuale

A2. Domande

Sulla base del modello realizzato, i seguenti interrogativi sono stati investigati:

1) In che modo fattori caratteristici del sistema (macrolivello) influenzano le strutture, i processi e l'ambiente lavorativo delle aziende Spitex (mesolivello)?
2) In che modo fattori inerenti al sistema e fattori aziendali sono connessi al coordinamento dell'assistenza sanitaria (microlivello)?
3) Quale impatto hanno i fattori riguardanti il sistema, i fattori aziendali e il coordinamento del personale infermieristico Spitex sulla qualità dell'assistenza e delle cure infermieristiche (micro livello)?
4) In che modo elementi di gestione aziendale influiscono sulla prestazione del personale (ad es. mantenimento dell'organico a lungo termine, uscite/entrate di personale, soddisfazione sul posto di lavoro)?

A3. Metodi

SPOT^{nat} è uno studio trasversale a livello nazionale nel settore dello Spitex; l'intero progetto di ricerca si estende per una durata di 4 anni.

<u>Formazione del campione</u>

Il campione è stato formato in una procedura a tre fasi:

1) Un campione casuale di 88 organizzazioni Spitex è stato formato sulla base delle sette principali regioni svizzere. In termini di numero e tipo di azienda (di diritto pubblico, privato a scopo non lucrativo, privato a scopo lucrativo) si è cercato di equilibrare il più possibile la loro distribuzione tra le varie regioni. Le organizzazioni con meno di 10 dipendenti e i professionisti indipendenti sono stati esclusi.
2) All'interno delle organizzazioni che hanno partecipato allo studio, sono stati invitati a partecipare tutti i/le dipendenti che vi lavoravano da almeno 3 mesi, avevano almeno 18 anni ed erano direttamente o indirettamente coinvolti nella cura dei/delle clienti. Per le grandi organizzazioni con più di 100 dipendenti, è stato estratto un campione casuale di 100 dipendenti.

3) In ogni organizzazione partecipante è stato selezionato un campione casuale di 50 clienti. Per le piccolo organizzazioni con meno di 70 clienti è stato condotto un sondaggio completo. Anche i clienti selezionati e i loro parenti sono stati invitati a partecipare allo studio. Sono stati inclusi solo i/le clienti che avevano almeno 60 anni e usufruivano di servizi infermieristici oppure di servizi infermieristici e servizi domestici.

A4. Raccolta dei dati

La raccolta dei dati ha avuto luogo tra gennaio e settembre 2021, utilizzando quattro principali fonti di dati:

Questionario aziendale: le informazioni sulle strutture e sui processi sono state raccolte per mezzo di un questionario aziendale. Esso è stato compilato dalla dirigenza delle organizzazioni Spitex partecipanti.

Questionario per il personale: informazioni sull'ambiente di lavoro, le attività dei/delle dipendenti, il coordinamento e la qualità dell'assistenza percepiti e i risultati sul personale sono stati raccolti utilizzando un questionario
compilato dal personale di ogni organizzazione.

Questionario per clienti e parenti: le esperienze dei/delle clienti e dei loro parenti riguardanti la qualità delle cure e del coordinamento sono state raccolte tramite due questionari scritti.

Dati dei/delle clienti registrati elettronicamente: dalle organizzazioni che registravano elettronicamente i dati dei loro/delle loro clienti, laddove possibile, i dati amministrativi e richiesta sono stati esportati al fine di ottenere le informazioni sullo stato di salute dei/delle clienti e l'utilizzo dei servizi Spitex. Inoltre, gli indicatori di qualità inerenti le organizzazioni sono stati calcolati sulla base del sistema informatico RAI-HC (Resident Assessment Instrument - Home Care).

Con l'aiuto di associazioni Spitex nazionali e cantonali e della documentazione della Confederazione, dei Cantoni e dei Comuni, sono state raccolte informazioni sui requisiti legali e sui meccanismi di finanziamento.

A5. Analisi dei dati

I questionari ricevuti sono stati raccolti dall'Istituto per le Scienze Sociali-FIFAS di Friburgo (D). L'inserimento dei dati è stato sistematicamente garantito da controlli di qualità.

I dati sono stati controllati per verificarne la validità e la plausibilità. Per l'analisi dei dati è stato utilizzato il software statistico R (https://www.r-project.org). Per descrivere i risultati sono stati calcolati percentuali, valori medi (M), scarto quadratico medio (SD), mediane (Md) e scarto interquartile (IQR).

A6. Scale

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Leadership					
Nurse Manager Ability, Leadership and Support of Nurses Strumento : Practice Environmet Scale- Nurse Work Index [25]	0.874	P1- Il superiore diretto sostiene il personale Spitex. P2- I superiori utilizzano gli errori (ad es. errori accaduti durante le cure e l'assistenza) al fine d'imparare insieme e non per criticare. P3- Il superiore diretto è un capo competente.. P4- Una buona prestazione è riconosciuta ed elogiata. P5- Il superiore diretto sostiene il personale nella presa di decisioni, anche se quest'ultime sono in conflitto con quelle di altri gruppi professionali o dei clienti.	1= Fortemente in disaccordo 2= Parzialmente in disaccordo 3= Parzialmente d'accordo 4= Fortemente d'accordo	Il valore medio dei cinque item	Valore medio ≥ 3 corrispondente a un'espressione di accordo. Più è elevato il valore relativo all'accordo, migliore è la leadership.
Dotazione di personale					
Staffing Resource Adequacy Strumento: Practice Environment Scale - Nursing Work Index [25]	0.728	P6- Abbiamo tempo ed occasioni sufficienti per discutere con i colleghi dei problemi di cura. P7- Disponiamo di un numero sufficiente di personale competente e qualificato per garantire cure ed assistenza di qualità.. P8- Disponiamo di personale sufficiente per portare a termine il lavoro.	1= Fortemente in disaccordo 2= Parzialmente in disaccordo 3= Parzialmente d'accordo 4= Fortemente d'accordo	Il valore medio dei tre item	Valore medio ≥ 3 corrispondente a un'espressione di accordo. Più è elevato il valore relativo all'accordo, migliore è la percezione relativa alla disponibilità di risorse e personale.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Prevedibilità					
Predictability Strumento: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)[27]	0.745	P9- Sul suo posto di lavoro, è informato/a di decisioni importanti, cambiamenti o programmi per il futuro con sufficiente anticipo? P10- Per svolgere bene il suo lavoro, riceve tutte le informazioni necessarie?	0= In parte molto minima 25= In parte minima 50= In parte 75= In parte ampia 100= In parte molto ampia	Il valore medio dei due item	Valori più elevati corrispondono a una percezione del lavoro più prevedibile.
Chiarezza di ruolo					
Role Clarity Strumento: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.731	P11- Per il suo lavoro gli obiettivi da raggiungere sono chiari? P12- È esattamente a conoscenza di ciò che rientra nella sua area di responsabilità?	0= In parte molto minima 25= In parte minima 50= In parte 75= In parte ampia 100= In parte molto ampia	Il valore medio dei due item	Valori più alti corrispondenti a un'elevata chiarezza di ruolo.
Conflitti di ruolo					
Role Conflicts Strumento: Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.704	P13- Nel suo lavoro è sottoposto/a a richieste in contrasto tra loro? P14- Qualche volta deve svolgere dei compiti che dovrebbero essere svolti in un altro modo?	0= In parte molto minima 25= In parte minima 50= In parte 75= In parte ampia 100= In parte molto ampia	Il valore medio dei due item	Valori più alti corrispondenti a conflitti di ruolo più marcati.
Supporto sociale (colleghi)					
Social support from colleagues Copenhagen PsychosocialQuestionnaire (COPSOQ) [27]	0.619	16- Quanto spesso riceve aiuto e supporto dai suoi colleghi? 17- Quanto spesso i suoi colleghi discutono con lei della qualità del suo lavoro?	0= Mai/Quasi mai 25= Raramente 50= Qualche volta 75= Spesso 100= Sempre	Il valore medio dei due item	Valori più altri corrispondenti a una percezione elevata di supporto sociale tra colleghi/e.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Supporto sociale (superiore diretto)					
Social support from supervisors Strumento:Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	0.747	P18- Quanto spesso riceve aiuto e supporto da parte del suo superiore diretto? P19- Quanto spesso il suo superiore le parla della qualità del suo lavoro?	0= Mai/Quasi mai 25= Raramente 50= Qualche volta 75= Spesso 100= Sempre	Il valore medio dei due item	Valori più alti corrispondono a una maggiore percezione di supporto sociale da parte del proprio superiore.
Lavoro ti team					
Teamwork climate Strumento: Safety Attitudes Questionnaires [38]	0.851	P21- In questo team idee e proposte sono benaccette (ad es. organizzazione del lavoro, svolgimento delle cure). P22- In questo team si può discutere facilmente dei problemi che incontro nella cura e nell'assistenza dei clienti. P23- In questo team le divergenze d'opinione vengono chiarite adeguatamente (non in base a chi abbia ragione, ma in base a ciò che è meglio per i clienti). P24- Ricevo dai miei colleghi il supporto necessario per fornire la cura/l'assistenza ai clienti. . P25- In questo team, il personale può facilmente chiedere dei chiarimenti in caso d'incomprensioni. P26- In questo team lavoriamo con diversi professionisti come un team ben coordinato.	1= Fortemente in disaccordo 2= Parzialmente in disaccordo 3= Neutrale 4= Parzialmente d'accordo 5= Fortemente d'accordo	Il valore medio dei sei item	Un valore medio ≥ 4 corrispondente a un'espressione di accordo, ovvero alla percezione di un clima di collaborazione positivo.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Clima di sicurezza					
Safety climate Strumento: Safety Attitudes Questionnaires [38]	0.861	P27- Se io fossi un cliente di questo Spitex mi sentirei assistito bene e in modo sicuro. P28- In questo team gli errori vengono affrontati appropriatamente. P29- So come devo procedere per esprimere domande sulla sicurezza dei clienti (ad es. protezione dei clienti da errori nella terapia farmacologica, cadute, infezioni). P30- Ricevo un feedback adeguato sul mio lavoro. P31- In questo team è facile discutere degli errori. P32- I miei colleghi di lavoro mi incoraggiano ad inoltrare una segnalazione quando osservo o scopro qualcosa che potrebbe arrecare un danno ad un/una cliente. P33- L'ambiente presente in questo team favorisce l'apprendimento dagli errori altrui.	1= Fortemente in disaccordo 2= Parzialmente in disaccordo 3= Neutrale 4= Parzialmente d'accordo 5= Fortemente d'accordo	Il valore medio dei sette item	Un valore medio ≥ 4 corrispondente a un'espressione di accordo, ovvero alla percezione di un clima di sicurezza positivo.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Comunicazione e scambio d'informazioni					
Communication and Information Exchange dello Strumento Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) [58]	0.872	P48- Informazioni rilevanti relative ai cambiamenti delle condizioni dei clienti o del loro piano di cure sono comunicate tempestivamente al/ alla professionista responsabile. P49- Mi fido dell'accuratezza delle informazioni riportate da altri professionisti. P50- Il nostro team d'assistenza sanitaria affronta efficacemente le preoccupazioni dei clienti tramite riunioni e discussioni regolari. P51- Il nostro team d'assistenza sanitaria ha sviluppato delle strategie di comunicazione efficaci per condividere gli obiettivi e i risultati della cura/del trattamento dei clienti. P52- Le nostre riunioni all'interno del team d'assistenza sanitaria offrono un ambiente aperto, confortevole e sicuro per discutere di domande/preoccupazioni. P53- Il dossier dei clienti è utilizzato efficacemente da tutti i professionisti come strumento di comunicazione.	1= Fortemente in disaccordo 2= Perlopiù in disaccordo 3= Parzialmente in disaccordo 4= Neutrale 5= Parzialmente d'accordo 6= Perlopiù d'accordo 7= Fortemente d'accordo	Il valore medio dei sei item	Valori medi ≥ 5 corrispondenti a un'espressione di accordo e quindi a una buona qualità della comunicazione e dello scambio d'informazioni.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Carenze del coordinamento					
Scala «Carenze del coordinamento» (SPOT^{nat}, 2020)	0.846	Con quale frequenza accade che … P60- ... non tutti i farmaci oppure i farmaci sbagliati sono disponibili ai clienti? P61- ...le prescrizioni/ricette mediche dei farmaci non sono disponibili o non sono aggiornate? P62- … nessuno di Spitex era coinvolto nella dimissione da un ricovero stazionario? P63- … non è sufficientemente informato/a sulle condizioni di un/una cliente? (ad es. le informazioni non sono disponibili o esse sono solo parzialmente documentate) P64- .... riceve troppo tardi delle informazioni importanti sul/ sulla cliente? P65-...non vi è sufficiente tempo per discutere di situazioni critiche dei clienti con altri fornitori di servizi (ad es. medici, ospedali, ambulatori, Spitex specializzati)? P66**…** in casi urgenti nessun medico può essere raggiunto tempestivamente?	0= Mai/quasi mai 1= Raramente 2= Qualche volta 3= Frequentemente 4= Molto frequentemente	Il valore medio dei sette item	Valori medi più elevati che indicano le carenze del coordinamento più comuni

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Coordinamento interpersonale (parenti)					
Relational Coordination Scale [76]	0.822	P72- Con quale frequenza i parenti curanti comunicano con lei riguardo all'assistenza/alla cura dei suoi clienti? P73- Con quale frequenza i parenti curanti comunicano con lei tempestivamente in merito all'assistenza/alla cura dei suoi clienti? P74- Con quale frequenza i parenti curanti comunicano con lei in modo preciso/corretto in merito all'assistenza/alla cura dei suoi clienti? P75- In caso di problemi durante l'assistenza/la cura, con quale frequenza i parenti curanti collaborano con lei al fine di risolvere il problema? P76- Con quale frequenza i parenti curanti sono a conoscenza dell'assistenza/della cura che lei fornisce ai suoi clienti? P77- Con quale frequenza i parenti curanti apprezzano il lavoro che lei svolge per l'assistenza/la cura dei suoi clienti? P78- Fino a che punto i parenti curanti sono d'accordo con i suoi obiettivi definiti per l'assistenza sanitaria dei clienti?	1= Mai 2= Raramente 3= Qualche volta 4= Spesso 5= Continuamente	Il valore medio dei sette item	I valori più elevati corrispondenti a un migliore coordinamento interpersonale.

Scala	Cronbach's alpha (SPOTnat)	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Onere lavorativo percepito					
National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]	0.611	Durante la sua ultima giornata di lavoro … P88- … in che misura ha dovuto impegnarsi a livello mentale (ad es. pensare, decidere, calcolare, ricordare, osservare, cercare, ecc.)? P89-… in che misura ha dovuto impegnarsi a livello fisico (ad es. spingere, tirare, voltare, condurre, azionare, ecc.)? P91-... in che misura si è sentito/a sotto pressione perché costretto/a ad eseguire dei compiti troppo frequentemente o troppo velocemente? P92-… in che misura si è sentito/a soddisfatto/a della sua prestazione? P93 ... quanto si è impegnato/a (mentalmente e fisicamente) per fornire la sua prestazione? P94-... quale è stato il livello di frustrazione (insicuro/a, scoraggiato/a, stressato/a, arrabbiato/a), in rapporto a momenti in cui si è sentito/a sicuro/a, incoraggiato/a, soddisfatto/a di sé, rilassato/a?	1= basso a 20= alto (scala a 20 punti)	Il valore medio dei sei item (l'item P92 deve essere ricodificato, con inversione di codice)	Valori più alti corrispondenti a un livello di incombenze più elevato .

Scala	Cronbach's alpha (SPOTnat)	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Burnout					
Personal Burnout Strumento: Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [121]	0.896	P122- Quanto spesso si sente stanco/a? P123- Quanto spesso si sente fisicamente sfinito/a? P124- Quanto spesso si sente emotivamente sfinito/a? P125- Quanto spesso pensa: «non posso andare avanti così»? P126- Quanto spesso si sente sfinito/a? P127- Quanto spesso si sente debole e suscettibile alle malattie?	0= Mai/Quasi mai 25= Raramente 50= Qualche volta 75= Spesso 100= Sempre	Il valore medio dei sei item	I valori più elevati indicano un livello maggiore di burnout (maggiore frequenza delle condizioni citate)
Work-life climate					
Work-life climate [122]	0.754	Negli ultimi 7 giorni di lavoro, a causa del lavoro, quanto spesso è successo che… P128- …ha saltato un pasto? ? P129- … ha mangiato in modo non equilibrato? P130- … ha avuto un turno di lavoro senza pause? P131- … è rientrato/a a casa più tardi di quanto pianificato? P132… ha avuto problemi a dormire? P133- …ha dormito meno di cinque ore a notte? P134- … ha modificato i suoi piani personali/familiari?	1= Mai/quasi mai (≤1 giorno lavorativo) 2= Raramente (tra 1-2 giorni lavorativi) 3= Qualche volta (tra 3-4 giorni lavorativi) 4= Sempre (tra 5-7 giorni lavorativi)	Il valore medio dei sette item	Valori più elevati che indicano un cattivo rapporto tra lavoro e vita privata

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Valutazione della collaborazione e del coordinamento					
Nominated provider dello Strumento Client Perceptions of Coordination Questionnaire [70]	0.687	Negli ultimi 2 mesi: K8- Secondo lei, con quale frequenza il dipendente di Spitex comunicava con altri fornitori di servizi sanitari (ad es. con il suo medico di famiglia)? K9- Con quale frequenza il dipendente di Spitex l'ha coinvolta nella decisione relativa alla sua cura/assistenza? K10- Con quale frequenza il dipendente di Spitex parla con lei della sua cura/assistenza futura?	1= Mai 2= Raramente 3= Qualche volta 4= Frequentemente 5= Sempre	Il valore medio dei tre item	Più alto è il valore della scala, migliore è la valutazione della collaborazione e del coordinamento.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT^{nat})	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Valutazione del ruolo coordinativo					
Coordination Role Strumento: Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians [71].	0.854	K12- In che misura il dipendente di Spitex conosce i suoi bisogni di salute? K13- Secondo lei, in che misura il dipendente di Spitex è informato sull'assistenza sanitaria che lei riceve da altri fornitori? K14- In che misura il dipendente di Spitex l'aiuta ad ottenere l'assistenza sanitaria, che lei necessita da altri fornitori di servizi sanitari (ad es. aiuto nel fissare gli appuntamenti)? K15- Secondo lei, con quale frequenza il dipendente di Spitex si rivolge ad altri fornitori di servizi per far fronte alla sua assistenza sanitaria (ad es. al suo medico di famiglia, ai terapisti, alla farmacia)? K16- Con quale frequenza il dipendente di Spitex rimane in contatto con lei, anche se riceve assistenza medica altrove (ad es. una telefonata quando è ricoverato/a in ospedale)?	Per K12-K14: 1= Per niente 2= A malapena 3= Discretamente 4= Bene 5= Molto bene Per K15-K16: 1= Mai 2= Raramente 3= Qualche volta 4= Spesso 5= Molto spesso	Il valore medio dei Item K12-K16 ponderato (0.8*K12 + 0.9*K13+ 1.0*K16 + 1.1*K14 + 1.2*K15)	Più alto è il valore della scala, migliore è il ruolo di coordinamento.

Scala	Cronbach's alpha (SPOT[nat])	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Esperienza con il coordinamento dei servizi sanitari					
Role Clarity & Coordination between Clinics Strumento: Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians [71]	0.728	K25- Si sono presentate situazioni nelle quali i diversi professionisti (descritti sopra: ad es. medico di famiglia, terapisti, Spitex) le hanno comunicato cose contraddittorie sulla sua salute? K26- Si sono presentate delle situazioni in cui i vari professionisti non hanno collaborato bene tra di loro? K27- Si sono presentate situazioni nelle quali i professionisti non sapessero chi faceva cosa in merito alla sua cura/assistenza?	1= Mai 2= Quasi mai 3= Qualche volta 4= Spesso 5= Molto spesso	Le opzioni di risposta sono state dicotomizzate in 0 («mai», «quasi mai») e 1 («molto spesso», «spesso», «qualche volta»). Dopo avere ricodificato le opzioni di risposta come 0 e 1, sono state sommate le risposte dicotomizzate dei tre item (perciò i valori delle somme potevano variare tra 0 e 3)	Più alto è il valore della scala, peggiore è la coordinazione.

Scala	Cronbach's alpha (SPOTnat)	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Relational Coordination (Coordinamento interpersonale)					
Relational Coordination Scale [76]	0.897	A12- Con quale frequenza la persona di riferimento comunica con lei riguardo alla cura/all'assistenza del/della suo/a parente? A13- Con quale frequenza la persona di riferimento comunica con lei tempestivamente in merito alla cura/all'assistenza del/della suo/a parente? A14- Con quale frequenza la persona di riferimento comunica con lei in modo preciso/corretto in merito alla cura/all'assistenza del/della suo/a parente? A15- In caso di problemi durante la cura/l'assistenza, con quale frequenza la persona di riferimento collabora con lei al fine di risolvere il problema? A16- Con quale frequenza la persona di riferimento è a conoscenza della cura/dell'assistenza che lei fornisce al/alla suo/a parente? A17- Con quale frequenza la persona di riferimento apprezza il lavoro che lei svolge per la cura/l'assistenza del/della suo/a parente? A18- Fino a che punto la persona di riferimento è d'accordo con i suoi obiettivi definiti per l'assistenza sanitaria del/della suo/a parente?	1= Mai 2= Raramente 3= Qualche volta 4= Spesso 5= Continuamente	Il valore medio dei sette item	Più alto è il valore della scala, migliore è il ruolo di coordinamento.

Scala	Cronbach's alpha (SPOTnat)	Testo item	Opzioni di risposta	Calcolo	Interpretazione
Relational Coordination Scale [76]	0.950	A19- Con quale frequenza i dipendenti di Spitex comunicano con lei in merito alla cura/all'assistenza del/della suo/a parente? A20- Con quale frequenza i dipendenti di Spitex comunicano con lei tempestivamente in merito alla cura/all'assistenza del/della suo/a parente? A21- Con quale frequenza i dipendenti di Spitex comunicano con lei in modo preciso/ corretto in merito alla cura/all'assistenza del/della suo/a parente? A22- In caso di problemi durante la cura/l'assistenza, con quale frequenza i dipendenti di Spitex collaborano con lei al fine di risolvere il problema? A23-Con quale frequenza i dipendenti di Spitex sono a conoscenza della cura/dell'assistenza che lei fornisce al/alla suo/a parente? A24- Con quale frequenza i dipendenti di Spitex apprezzano il lavoro che lei svolge per la cura/l'assistenza del/della suo/a parente? A25- Fino a che punto i dipendenti di Spitex sono d'accordo con i suoi obiettivi definiti per l'assistenza sanitaria del/della suo/a parente?	1= Mai 2= Raramente 3= Qualche volta 4= Spesso 5= Continuamente	Il valore medio dei sette item	Più alto è il valore della scala, migliore è il ruolo di coordinamento.

Tabella A1: Scale

A7. Fonti degli item (*non elaborate per il team di SPOT^{nat}*)

Item	Fonte (adattato o sulla base de)	Item	Fonte (adattato o sulla base de)
P1-P5	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) [25]	P90, P95	Matching Registered Nurse services with changing care demands (MatchRN) [154], Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]
P6-P8	Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) [25]	P96	Sulla base dello studio IBenC [156]
P9-P14, P16-P20	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]	P100-P106	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) [27]
P21-P33	Safety Attitudes Questionnaires (SAQ) [38]	P107	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]
P34, P39	Registered Nurse Forecasting (RN4CAST) [155]	P108-P110, P112	Michigan Organizational Assessment Questionnaire- MOAQ [157]
P40	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [158]	P111	Gaudenz et al. [159]
P43-P46	Adattato da Scale items to assess the three Integrating Conditions of the Okhuysen and Bechky Model [160]	P113	Zúñiga et al. [161]
P48-P53	Communication and Information Exchange Instrument: Collaborative Practice Assessment Tool (CPAT) [58]	P114, P116	Work ability index [162]
P55-P57	Adattato da Zackrison et al. [163]		
P72-P78	Adattato da Relational Coordination Scale [76]	P115, P121	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [11, 158]
P82-P85	Adattato da Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS) [164]	P117-P120	Indagine sulla salute in Svizzera [165]
P86, P87, P97	Sulla base dello studio IBenC [156] e dei risultati dello studio di Izumi et al. [62]	P122-P127	Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [121]
P88, P89, P91, P92, P93, P94	National Aeronautics and Space Administration Task Load Index (NASA-TLX) [1]	P128-P135	Work-life climate [122]

P = questionario per il personale

Item	Fonte (adattato o sulla base de)	Item	Fonte (adattato o sulla base de)
P136-P140	Adattato dal Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) [161] e Rydens's Agressions Scale [166]	A31	Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ) [70]
K1, K2, K4-K5, K20-K24	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]	A33-A34	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]
K7-K10, K30	Client Perceptions of Coordination Questionnaire (CPCQ) [70]	B3, B4, B6, B7, B8, B15, B17, B18, B19, B20, B25, B26, B42, P87	INFRAS [133]
K12-K16, K25-K27	Patient Perceived Continuity from Multiple Clinicians [71].	B5, B10, B34, B37, B54	Adattato dal studio IBenC [168]
K29	National VA Patient Satisfaction with Care Survey [169]	B33, B35, B38, B40, B49, B50, B55, B56, B57, B60, B61	Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP) SHURP [11]
K42-K46, K51-K52	Indagine sulla salute in Svizzera [165]	B27, B41	Statistica dell'assistenza e cura a domicilio [170]
K47	Adattato dal questionario economia domestica 2019 [171]		
K49-K50	The INSPIRE Population Survey [172]		
K57-K60	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Home Health Care Survey [167]		
A12-A25	Relational Coordination Scale [76]		

P = questionario per il personale, K= questionario per i/le clienti , A = questionario per i parenti, B= questionario aziendale.

Tabella A2: Fonte degli item

SPOTnat

Universität Basel
Pflegewissenschaft – Nursing Science (INS)
Departement Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Schweiz

spotnat.nursing.unibas.ch