

SHURP

Swiss Nursing Homes Human Resources Project

Rapporto finale sull'indagine del personale infermieristico e assistenziale nelle case per anziani svizzere

Franziska Zúñiga
Dietmar Ausserhofer
Christine Serdaly
Catherine Bassal
Sabina De Geest
René Schwendimann

Basilea, ottobre 2013

SHURP (*Swiss Nursing Homes Human Resources Project*) è una ricerca per giungere a una comprensione approfondita dei rapporti che intercorrono tra profili organizzativi e strutturali, la situazione del personale infermieristico/assistenziale e i risultati relativi ai residenti delle case per anziani svizzere. Lo studio viene sostenuto finanziariamente dalla Fondazione per le scienze infermieristiche svizzera, dall'Osservatorio svizzero della salute, dall'Associazione Alzheimer Svizzera, dall'Università di Basilea, nonché da donazioni anonime e private. SHURP viene condotto dall'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea e viene gestito dal Dott. R. Schwendimann.

Citare questo rapporto come segue:

F. Zúñiga, D. Ausserhofer, C. Serdaly, C. Bassal, S. De Geest & R. Schwendimann (2013): *Rapporto finale sull'indagine del personale infermieristico e assistenziale nelle case per anziani svizzere*. Università di Basilea. <http://nursing.unibas.ch/shurp>

Tutti i diritti sono riservati.

© 2013 Istituto di Scienze Infermieristiche, Facoltà di Medicina, Università di Basilea

Ringraziamenti e prefazione

Con il presente rapporto desideriamo ringraziare per il loro sostegno e la loro collaborazione tutte le case per anziani che hanno preso parte allo studio SHURP.

Solo grazie alla disponibilità delle direzioni d'istituto e dei servizi assistenziali, dei capi reparto e del personale infermieristico/assistenziale è stato possibile realizzare lo studio SHURP in Svizzera.

Queste figure hanno dato un contributo decisivo per comprendere meglio l'organizzazione e le diverse caratteristiche del personale e dei residenti delle case di cura svizzere.

Inoltre, il nostro ringraziamento va anche agli sponsor, che hanno sostenuto finanziariamente lo studio SHURP, nello specifico alla Fondazione per le scienze infermieristiche svizzera, all'Osservatorio svizzero della salute, all'Associazione Alzheimer Svizzera, all'Università di Basilea, alle donazioni anonime, nonché alle donazioni di un privato (R. Hasler). Importante citare anche i due partner che hanno cooperato con noi, ovvero la Scuola universitaria professionale bernese, campo specialistico Salute, che nel contesto dello studio SHURP, ha condotto lo studio complementare RESPONS (Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland) e la Haute école de santé Fribourg (HEdS-FR), che si è occupata dei questionari specifici da sottoporre ai membri del personale infermieristico/assistenziale.

Inoltre, sono numerose le organizzazioni che hanno sovvenzionato lo studio SHURP in qualità di Stakeholder (in ordine alfabetico): **AFIPA/VFA** Association Fribourgoise des Institutions pour Personnes âgées, **ASCSI** Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche, **Associazione Spitex della Svizzera**, **AVDEMS** Association Vaudoise d'Établissements Médico-Sociaux, **BZG** Istituto di formazione nel campo della salute della città di Basilea, **CDS** Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, **Curahumanis** Associazione professionale svizzera per la cura e l'assistenza agli anziani e ai lungodegenti, **CURAVIVA** Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri, **DSS** Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione dell'azione sociale e delle famiglie e Ufficio del medico cantonale, **DVSP** Federazione delle associazioni svizzere di difesa e d'informazione dei pazienti, **IG PH SRK** Comunità d'interessi svizzera delle/dei collaboratrici/collaboratori sanitarie/sanitari CRS, **OBSAN** Osservatorio svizzero della salute, **OdASanté** Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario, **SBK** Associazione svizzera infermiere e infermieri, **Senesuisse** Associazione delle istituzioni svizzere private di cura per anziani, **UFSP** Ufficio federale della sanità pubblica.

I risultati dello studio qui presentati, insieme alle successive analisi scientifiche, già avviate, danno un contributo essenziale alla promozione e al miglioramento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico/assistenziale, della formazione per dirigenti e della pianificazione del personale, contribuendo di conseguenza anche al miglioramento della qualità delle cure e dell'assistenza prestate nelle case per anziani svizzere.

Franziska Zúñiga, MSN
Coordinatrice del progetto

Dott. Dietmar Ausserhofer
Direttore di progetto in Ticino

Dott. René Schwendimann
Direttore dello studio

Indice

Executive Summary	1
1. Introduzione.....	5
1.1. Informazioni generali	5
1.2. Obiettivi.....	5
1.3. Procedimento metodologico.....	6
1.3.a. Disegno d’analisi e campione.....	6
1.3.b. Questionari e svolgimento del sondaggio.....	6
1.3.c. Analisi dei dati.....	7
1.4. Partecipazione volontaria degli istituti	7
1.5. Struttura e contenuti del rapporto	8
2. Risultati.....	9
2.1. Caratteristiche degli istituti.....	9
2.1.a. Dati sugli istituti	9
2.1.b. Informazioni sui residenti.....	16
2.1.c. Tipologie di cure e assistenza specialistiche offerte nelle case per anziani.....	18
2.1.d. Offerte specifiche per la demenza	19
2.2. Risultati relativi ai residenti.....	21
2.2.a. Indicatori di qualità.....	21
2.2.b. Esperienze di comportamento aggressivo	23
2.2.c. Osservazione di episodi di violenza verso i residenti	24
2.2.d. Valutazione della qualità delle cure e dell’assistenza.....	25
2.3. Risultati del sondaggio tra il personale.....	25
2.3.a. Descrizione del personale	25
2.3.b. Qualità dell’ambiente di lavoro	27
2.3.c. Collaborazione tra i vari gruppi professionali	28
2.3.d. Stress sul posto di lavoro	29
2.3.e. Sicurezza dei residenti	30
2.3.f. Straordinari.....	32
2.3.g. Razionalizzazione implicita delle cure	32
2.4. Risultati relativi al personale infermieristico/assistenziale.....	34
2.4.a. Soddisfazione sul posto di lavoro / Raccomandazione del posto di lavoro.....	34
2.4.b. Impegno organizzativo	35
2.4.c. Impegno professionale.....	35
2.4.d. Esaurimento emotivo.....	36
2.4.e. Malattie.....	36
2.4.f. Assenteismo / Presentismo	37
2.4.g. Lesioni da punture di ago	38

2.4.h.	Propensione all'abbandono del posto di lavoro.....	38
2.4.i.	Mobbing	39
2.4.j.	Regolazione emotiva	39
3.	Sintesi dei risultati e discussione	41
3.1.	Sintesi	41
3.1.a.	Attrattività del settore della cura a lungo termine	41
3.1.b.	Sfida della demenza.....	42
3.1.c.	Punti di forza regionali e necessità di assistenza	42
3.1.d.	Forte carico psicofisico del personale delle case di cura	43
3.1.e.	Reclutamento di riserve al confine	43
3.1.f.	Lotta per il mantenimento della qualità dell'assistenza.....	44
3.2.	Piano d'azione successivo	45
4.	Bibliografia	46
5.	Appendice	53

Indice delle tabelle

Tabella 1: numero di istituti partecipanti suddivisi per dimensioni, regione linguistica e statuto legale	9
Tabella 2: caratteristiche degli istituti suddivisi per dimensioni	10
Tabella 3: caratteristiche degli istituti per dimensioni (segue).....	13
Tabella 4: caratteristiche dei residenti	16
Tabella 5: fabbisogno assistenziale dei residenti.....	16
Tabella 6: quota di residenti con demenza per istituto	18
Tabella 7: ambiti di specializzazione delle cure e dell'assistenza offerte nelle case per anziani	19
Tabella 8: infrastrutture e personale specifiche per le cure delle demenze a livello dei reparti	20
Tabella 9: frequenza (%) dei risultati riferiti ai residenti	22
Tabella 10: caratteristiche del personale infermieristico/assistenziale intervistato	26
Tabella 11: Paese di formazione del personale infermieristico/assistenziale intervistato	27
Tabella 12: confronto tra la % di residenti per livello di cura nello studio SHURP e la % di giorni di cura per livello di cura nella statistica SOMED 2011	54
Tabella 13: frequenza (%) dei risultati relativi ai/residenti degli istituti	55
Tabella 14: frequenza degli episodi di aggressione.....	56
Tabella 15: violenza verso i residenti.....	57
Tabella 16: qualità delle cure e d'assistenza	58
Tabella 17: qualità dell'ambiente di lavoro.....	59
Tabella 18: collaborazione tra i vari gruppi professionali	61
Tabella 19: stress sul posto di lavoro.....	62
Tabella 20: sicurezza dei residenti – collaborazione all'interno del proprio team / clima di sicurezza / riconoscimento dello stress.....	64
Tabella 21: straordinari.....	66
Tabella 22: razionalizzazione implicita delle cure	67
Tabella 23: soddisfazione sul posto di lavoro / raccomandazione del posto di lavoro.....	69
Tabella 24: impegno organizzativo e professionale	70
Tabella 25: esaurimento emotivo	71
Tabella 26: malattie professionali.....	72
Tabella 27: assenteismo / presentismo	73
Tabella 28: lesioni da punture di ago.....	73
Tabella 29: propensione all'abbandono del posto di lavoro.....	74
Tabella 30: mobbing.....	75
Tabella 31: regolazione emotiva.....	76

Indice delle figure

Figura 1: Modello SHURP „Fattori che influiscono sulla qualità delle cure e dell’assistenza“	6
Figura 2: distribuzione degli istituti partecipanti nelle tre regioni linguistiche	9
Figura 3: distribuzione del grademix per regione linguistica	13
Figura 4: distribuzione dei livelli di cura nelle tre regioni linguistiche.....	17
Figura 5: reparti con infrastrutture specifiche per la demenza suddivisi per regione linguistica	21

Abbreviazioni

AFC	Attestato federale di capacità
AVQ	Attività di vita quotidiane
BESA	Sistema per il conteggio e la registrazione dei residenti
BSN	Bachelor of Science in Nursing
CDPE	Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e die direttori cantonali della sanità
CFP	Certificato federale di formazione pratica
CRS	Croce Rossa Svizzera
D	Svizzera tedesca
DNI/DNII	Diploma di livello I/II
DS	Deviazione standard
F	Svizzera francese (Romandie)
I	Svizzera italiana (Ticino)
ISS	Indagine sulla salute in Svizzera
MSN	Master of Science in Nursing
Obsan	Osservatorio svizzero della salute
OdaSanté	Organizzazione mantello del mondo del lavoro per i settore sanitario
OSS	Operatore socio sanitario
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
RAI	Resident Assessment Instrument
RESPONS	RESidents Perspectives Of Living in Nursing Homes in Switzerland
SECO	Segretaria di Stato dell'economia
SEFRI	Segretaria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione
SHURP	Swiss Nursing Homes Human Resources Project
SOMED	Statistica degli istituti medico-sociali
SSS	Scuola specializzata superiore
SUP	Scuola universitaria professionale
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFSS	Ufficio delle formazioni sanitarie e sociali

Executive Summary

SHURP (*Swiss Nursing Homes Human Resources Project*) è uno studio trasversale multicentrico cui hanno preso parte 181 case per anziani svizzere, dislocate nella Svizzera di lingua tedesca, francese e italiana. Tra queste, 163 istituti rappresentano un campione casuale selezionato tra le circa 1.600 case per anziani svizzere. La raccolta dei dati per lo studio SHURP (2011-2013) dell'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea si è conclusa con successo a giugno 2013.

Scopo dello studio SHURP era giungere a una comprensione approfondita dei rapporti che intercorrono tra profili organizzativi e strutturali delle case per anziani, caratteristiche del personale infermieristico/assistenziale e risultati relativi ai residenti delle case per anziani svizzere, al fine di dare una risposta agli interrogativi urgenti nell'ambito dell'offerta di assistenza a lungo termine. A tal fine, sono stati realizzati questionari scritti su diversi ambiti tematici, ad esempio caratteristiche del personale infermieristico/assistenziale (formazione, esperienza e così via), struttura degli istituti (grandezza, grademix e così via), condizioni di lavoro (collaborazione, carico di lavoro e così via), risultati relativi ai residenti (eventi indesiderati e così via) e risultati relativi al personale infermieristico/assistenziale (soddisfazione sul lavoro, salute, propensione all'abbandono del posto di lavoro e così via).

Elevata partecipazione allo studio, grande interesse da parte delle case per anziani

Lo studio SHURP si contraddistingue per l'elevata ed entusiasta partecipazione da parte del personale infermieristico/assistenziale impiegato negli istituti partecipanti. Tra le case selezionate a caso, 5323 persone nell'ambito infermieristico/assistenziale hanno compilato il questionario, il che equivale a un ritorno totale dei questionari di circa il 76%. A ciò si aggiungono le informazioni dettagliate fornite dalle 163 direzioni d'istituto e dei servizi assistenziali in merito all'istituto in generale e ai 434 singoli reparti degli istituti coinvolti nello studio. Gli istituti partecipanti allo studio, selezionati a caso, sono distribuiti secondo le seguenti percentuali nelle tre regioni linguistiche: 123 (75%) nella Svizzera di lingua tedesca, 31 (19%) nella Svizzera di lingua francese e 9 (6%) nella Svizzera di lingua italiana. Dal punto di vista delle dimensioni, gli istituti sono stati suddivisi in 64 piccoli (20-49 posti letto), 75 medi (50-99 posti letto) e 24 grandi (≥ 100 posti letto). Tra gli istituti partecipanti, il 61% era situato in un'area per lo più rurale, mentre il 39% sorgeva in un'area urbana. Per quanto concerne lo statuto legale, gli istituti sono stati suddivisi in: pubblici (37%), sovvenzionati da privato (27%) e privati (36%).

Residenti delle case per anziani, necessità di cure e offerta di assistenza

All'interno delle case per anziani che hanno partecipato allo studio SHURP sono stati raccolti dati socio-demografici, dati sulla durata del ricovero e dati sui livelli di cura di 10.061 residenti. L'età media dei residenti era 84.7 anni, mentre la quota di donne ammontava a 73.6%. La durata media del soggiorno era 1.274 giorni (3.5 anni), mentre i livelli di cure (0-12) erano distribuiti tra i residenti co-

me segue: livelli 0-3: 26%, livelli 4-6: 27%, livelli 7-9: 33% e livelli 10-12: 11% (il 3% non è stato assegnato a nessun livello di cura). Le case partecipanti presentavano diversi ambiti di specializzazione e offerte di cura e assistenza. Tra le specializzazioni nominate maggiormente vi erano la cura delle demenze (86%), le cure palliative (82%) e i soggiorni temporanei (71%). Tra i reparti specializzati in assistenza alle persone con demenza in cui è stato condotto il sondaggio, nel complesso solo una quota compresa tra uno e dei terzi dispone di un'offerta specifica per la demenza con infrastrutture e forma di residenza adeguate, nonché di personale appositamente qualificato. Nelle case per anziani coinvolte nello studio, il 33% dei residenti presentava una demenza diagnosticata da un medico, mentre un ulteriore 27% mostrava sintomi di demenza, senza una relativa diagnosi.

Qualità generalmente elevata delle cure e dell'assistenza nonostante i tempi stretti

Stando agli indicatori di qualità utilizzati, la qualità delle cure e dell'assistenza era in generale alta. I casi di ulcere da decubito (2.7%), infezioni delle vie urinarie (5.1%), perdita di peso (4.5%) e misure limitative della libertà (2.9% mezzi di contenzione fisica) tra i residenti erano relativamente poco frequenti; tuttavia, a seconda dell'indicatore misurato, si sono riscontrate differenze notevoli tra le singole istituzioni. Tra i membri del personale infermieristico/assistenziale intervistati, il 93% era abbastanza o molto soddisfatto della qualità delle cure e dell'assistenza fornite all'interno della struttura di appartenenza e l'83% avrebbe probabilmente o sicuramente consigliato la casa per anziani a un familiare o un conoscente. D'altro canto, il personale infermieristico/assistenziale spesso non aveva tempo per informarsi ampiamente circa lo stato di salute del residente (35%). Un terzo degli intervistati ha dichiarato di aver dovuto far attendere spesso i residenti, mentre un quinto ha dichiarato che a volte o spesso non ha potuto offrire nessun supporto emotivo al residente in caso di ansie e paure. Un quarto degli intervistati ha dichiarato che a volte o spesso non aveva avuto tempo per fornire ai residenti le cure riattivanti per promuovere o conservare l'autonomia del residente stesso.

Personale infermieristico/assistenziale: grademix, formazione ed esperienza professionale

Complessivamente, il personale infermieristico/assistenziale delle case per anziani svizzere era costituito per il 31% da personale infermieristico del livello di formazione terziario (diploma di scuola secondaria superiore (SSS) o scuola universitaria professionale (SUP)), il 42% era in possesso di diploma di livello secondario (attestato di capacità federale o attestato professionale), mentre il restante 27% era costituito da personale ausiliario con formazione breve tra cui anche coloro che hanno partecipato a un corso per Ausiliario di cura CRS organizzato dalla Croce Rossa svizzera. In totale, la quota di personale ausiliario impiegato nelle case per anziani della Svizzera di lingua tedesca, ovvero il 32%, era quasi il doppio di quella delle altre regioni linguistiche.

Per quanto riguarda il personale infermieristico (livello di formazione terziario), circa due terzi degli intervistati aveva frequentato i corsi di formazione in Svizzera, mentre più di un terzo li aveva frequentati all'estero (15% in Germania, 9% in Francia e Italia e 14% in altri Paesi). L'esperienza professionale nel settore della cura e dell'assistenza, in termini di anni, era così suddivisa: meno di 5 anni: 19%, da 5 a 15 anni: 39% e più di 15 anni: 42%. Circa un terzo del personale infermieristico/assistenziale aveva più di 50 anni e nel corso dei prossimi 10-15 anni smetterà di lavorare.

Soddisfazione del personale e buone condizioni di lavoro

In generale, il personale infermieristico/assistenziale intervistato ha valutato positivamente la soddisfazione per il posto di lavoro: l'88% si è detto molto o abbastanza soddisfatto del proprio posto di lavoro, mentre l'87% degli intervistati consiglierebbe il proprio posto di lavoro a colleghi come un buon posto in cui lavorare.

In generale, è stata valutata positivamente anche la qualità dell'ambiente di lavoro negli ambiti dirigenza, possibilità di partecipazione, risorse e personale e autonomia nel lavoro. Nei singoli ambiti, le risposte concordanti variavano, a seconda delle caratteristiche, tra il 72% e il 90% per la dirigenza, tra il 77% e il 90% per la partecipazione, tra il 61% e il 76% per risorse e personale, mentre per l'autonomia il consenso è stato dell'82%. Il personale infermieristico/assistenziale intervistato ha valutato in generale come molto positiva la qualità della collaborazione all'interno del proprio team e tra i vari gruppi professionali. I valori concordanti andavano dall'85% (collaborazione con il direttore/la direttrice dell'istituto), passando per l'89% (collaborazione con i medici) fino ad arrivare al 96% (collaborazione con i colleghi del proprio team e gli altri colleghi). Nonostante la concordanza elevata, i valori oscillavano fortemente tra i singoli istituti.

Carico emotivo correlato al lavoro, stress e problemi di salute

Lo studio ha rilevato che il personale infermieristico/assistenziale impiegato nelle case per anziani deve confrontarsi con molteplici situazioni di stress e problemi di salute fisici e psichici. La maggior parte degli intervistati ha sofferto, lievemente o gravemente, di mal di schiena e dolori lombari (71%), mancanza di energia (66%) o dolori alle membra o alle articolazioni (51%). Inoltre, quasi un quarto del personale infermieristico/assistenziale ha dichiarato di sentirsi emotivamente esaurito una o più volte a settimana e più di un terzo ha dichiarato di sentirsi consumato a fine giornata. Il personale infermieristico/assistenziale è stato inoltre oggetto di comportamento aggressivo da parte dei residenti, laddove nella maggior parte dei casi si è trattato di comportamento verbalmente aggressivo (23%), seguito dal comportamento fisicamente aggressivo (10%). Un numero relativamente ridotto di intervistati (tra l'1.9% e il 4.7%) ha menzionato delle caratteristiche che rimandano al mobbing sul posto di lavoro.

Fedeltà all'istituto di appartenenza e difficoltà di reclutamento

Il legame del personale infermieristico/assistenziale con l'organizzazione che rappresenta il proprio posto di lavoro è stato confermato dalla maggioranza degli intervistati con valori di concordanza compresi tra il 63% (orgoglio nel lavorare per quest'organizzazione) e il 75% (corrispondenza tra la propria idea di buona assistenza e cura e quella dell'organizzazione). Ciononostante, un membro su otto del personale infermieristico/assistenziale pensa spesso di lasciare l'attuale posto di lavoro e di smettere di lavorare nell'ambito delle case per anziani.

La gran parte delle case per anziani (circa il 92%) ritiene che reclutare personale infermieristico specializzato (SSS, SUP) sia difficile o molto difficile, mentre circa un terzo ha dichiarato di avere difficoltà nel reclutamento anche per quanto concerne il personale con formazione volta al rilascio dell'attestato di capacità federale.

SHURP: un contributo importante al panorama degli istituti di assistenza in Svizzera

Con lo studio SHURP sono stati presentati per la prima volta dati completi e rappresentativi dell'intera nazione relativi alla situazione del personale infermieristico/assistenziale, al loro ambiente di lavoro e alla qualità dell'assistenza offerta dalle case per anziani svizzere. Al momento, in altri studi analitici si stanno esaminando varie questioni riguardanti, ad esempio, le correlazioni tra le tematiche trattate in questo primo rapporto. I risultati di tali analisi saranno pubblicati nei prossimi anni in varie riviste specializzate e in altri tipi di giornali e saranno presentati in occasione di congressi nazionali e internazionali.

1. Introduzione

Lo studio SHURP (Swiss Nursing Homes Human Resources Project) è un progetto di ricerca triennale (2011-2013), condotto dall'Istituto di Scienze Infermieristiche dell'Università di Basilea in 181 case per anziani ubicate in Svizzera [1]. Lo studio SHURP si basa sulle ricerche finora condotte dall'Istituto di Scienze Infermieristiche (ad es. RN4CAST¹). Lo studio SHURP si concentra sul settore della cura stazionaria agli anziani, nel quale è impiegato circa un terzo del personale infermieristico/assistenziale e nei cui istituti e residenze sono ospitati più di 89.000 anziani [2].

1.1. Informazioni generali

Lo sviluppo demografico della Svizzera, che ha visto aumentare la quota di persone anziane che vivono più a lungo, farà crescere ancora di più in futuro la domanda di offerte di servizi e assistenza, nonché il bisogno di offrire cure e assistenza stazionarie. [3]. Un numero crescente di anziani viene assistito all'interno di case per anziani. Negli ultimi due decenni, la ricerca si è dedicata a questo settore analizzando diversi aspetti quali ad esempio la qualità dell'assistenza, le condizioni di lavoro del personale o la qualità di vita dei residenti. Nonostante i numerosi, e talvolta consistenti, studi internazionali, soprattutto in Svizzera, non sono stati ancora studiati a sufficienza i rapporti complessi e l'interazione tra questi diversi fattori che, in ultima istanza, determinano la qualità dell'offerta di assistenza delle case per anziani. Scopo dello studio SHURP era dunque quello di aiutare a comprendere meglio e più a fondo i rapporti che intercorrono tra caratteristiche organizzative delle case per anziani, caratteristiche dei residenti e il personale impiegato nelle case per anziani (cfr. Figura 1).

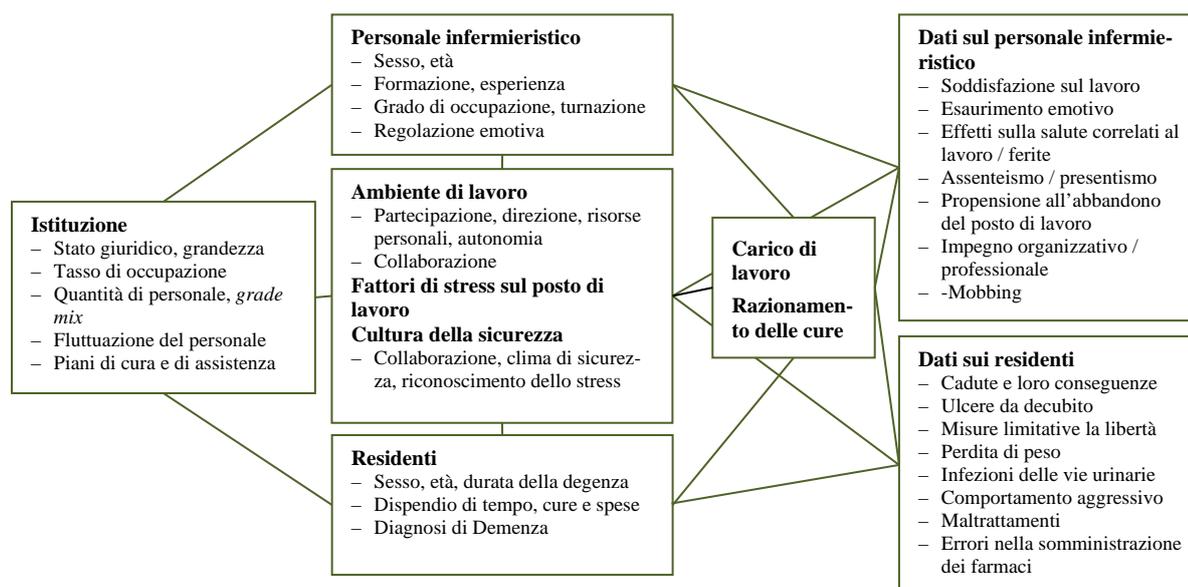
1.2. Obiettivi

Per raggiungere lo scopo dello studio, sono stati perseguiti quattro obiettivi fondamentali:

1. Descrizione del personale infermieristico/assistenziale (ad es. età, categorie professionali), caratteristiche organizzative (ad es. dotazione organica, Skill- / Grademix), dell'ambiente di lavoro (ad es. collaborazione, supporto da parte dei superiori, carico di lavoro) e del clima di sicurezza.
2. Rilevazione della qualità delle cure, ovvero frequenza di insorgenza di eventi indesiderati nei residenti, come cadute, ulcere da decubito, misure di contenimento o perdita di peso.
3. Descrizione di risultati riferiti all'attività lavorativa del personale infermieristico/assistenziale, ad es. soddisfazione sul lavoro, esaurimento emotivo o intenzione al licenziamento.
4. Analisi delle associazioni tra le caratteristiche organizzative degli istituti, i fattori inerenti l'ambiente lavorativo, il clima di sicurezza e l'insorgenza di eventi indesiderati nei residenti e i risultati riferiti al lavoro del personale infermieristico/assistenziale.

¹ RN4CAST (Nurse Forecasting: Human Resources Planning in Nursing): studio finanziato dall'EU 7th Health framework, a cui hanno partecipato più di 480 ospedali, 35'000 infermieri e 10'000 pazienti (CH: 35 ospedali, 1'700 infermieri, 1000 pazienti).

Figura 1: Modello SHURP „Fattori che influiscono sulla qualità delle cure e dell’assistenza“



1.3. Procedimento metodologico

1.3.a. Disegno d’analisi e campione

Come disegno per lo studio SHURP è stato definito uno studio trasversale multicentrico triennale. È stato ottenuto un campione casuale stratificato in base alla regione linguistica (Svizzera di lingua tedesca, francese e italiana) e alle dimensioni degli istituti per anziani e di cura (piccole: 20-49 posti letto, medie: 50-99 posti letto e grandi: 100 e più posti letto). Per motivi metodologici, gli istituti piccoli (<20 posti letto) non sono stati inclusi nello studio SHURP. L’obiettivo era far rientrare nello studio circa 160 case per anziani e circa 6’000 membri del personale infermieristico/assistenziale (educazione di terzo grado, di secondo grado, e personale ausiliario), che sono impegnati direttamente nella cura e assistenza dei residenti (esclusi tirocinanti/studenti) e circa 160 direzioni d’istituto e dei servizi assistenziali.

1.3.b. Questionari e svolgimento del sondaggio

Questionari di istituto e di reparto: Gli istituti hanno ricevuto un questionario d’istituto Parte A comprendente domande riguardanti l’azienda nel suo complesso, e per ogni reparto partecipante un questionario d’istituto Parte B comprendente domande sul reparto e sui risultati per i residenti. Gli istituti avevano la possibilità di compilare i questionari elettronicamente o a mano e sono stati invitati a rispedirli all’Istituto di Scienze Infermieristiche entro la fine dell’indagine sul personale.

Dati sui residenti: Per i dati sui residenti, gli istituti hanno ricevuto istruzioni per esportare i dati da RAI o BESA. I dati sono stati resi anonimi e inviati elettronicamente all’Istituto di Scienze Infermieri-

stiche. Per gli istituti che lavorano con PLAISIR, i dati anonimi sono stati messi a disposizione direttamente dall'azienda che gestisce il sistema, ovvero EROS.

Questionari per il personale: Gli istituti hanno ricevuto per ogni membro del personale infermieristico/assistenziale, per ogni reparto, una busta contenente il questionario e una busta di risposta indirizzata e preaffrancata. Il sondaggio è partito in una data scelta dall'istituto tra maggio 2012 e aprile 2013 ed è durato, a seconda della quota di ritorno, da 6 a 8 settimane. I collaboratori hanno rinviato i questionari compilati all'Istituto di Scienze Infermieristiche. L'obiettivo era di ottenere una quota di ritorno superiore al 60%.

La compilazione del questionario era volontaria. Inoltre, ogni questionario è stato codificato così che soltanto l'istituto e il reparto all'interno dell'istituto – ma non i partecipanti – fossero identificabili ai fini d'analisi. Il rinvio del questionario aveva valore di consenso informato alla partecipazione allo studio. La conduzione dello studio è stata autorizzata dalle commissioni etiche cantonali competenti.

1.3.c. Analisi dei dati

I questionari rinviati sono stati controllati nell'Istituto di Scienze Infermieristiche, raccolti elettronicamente e valutati. Per garantire inserimenti corretti sono stati eseguiti controlli qualitativi. Tutte le analisi dei dati sono state condotte con il programma di statistica SPSS 20.0. Per descrivere le caratteristiche dei reparti e dei residenti nonché i dati socio-demografici dei residenti, sono stati calcolati valori in percentuale, valori medi, range di dispersione e deviazioni standard. Per i risultati del questionario relativo al personale è stata calcolata la quota in percentuale delle risposte concordanti (tranne per la regolazione delle emozioni, vedi relative dichiarazioni). In appendice (da p.53) è stato indicato per tutti gli item menzionati come è stato calcolato il rispettivo valore in percentuale delle risposte concordanti.

1.4. Partecipazione volontaria degli istituti

Per lo studio SHURP, gli istituti partecipanti sono stati scelti a caso e stratificati per regione linguistica e dimensioni della struttura. È stata inoltre data la possibilità agli istituti interessati di prendere parte allo studio facendone richiesta. Nel complesso, hanno partecipato di propria iniziativa altri 18 istituti, di cui quattordici dalla Svizzera di lingua tedesca e quattro dalla Svizzera di lingua francese. Alcuni di questi istituti, dopo aver appreso dello studio, hanno contattato il team di ricerca. Altri facevano parte ad esempio di associazioni di istituti e hanno chiesto di partecipare dopo che altri istituti appartenenti alla stessa associazione sono stati scelti in modo casuale. Nel presente rapporto non vengono illustrati i risultati degli istituti partecipanti di propria iniziativa, al fine di garantire che i risultati del sondaggio siano riferiti solo al campione rappresentativo. I risultati dei 18 istituti che hanno partecipato di propria iniziativa, con un totale di 661 membri del personale infermieristico/assistenziale intervistati, sono

contenuti in un rapporto benchmarking separato. Tale rapporto è accessibile solo agli istituti partecipanti e consente loro di eseguire il benchmarking con le altre case per anziani.

1.5. Struttura e contenuti del rapporto

Il presente rapporto conclusivo contiene i risultati dell'analisi descrittiva dei dati. È suddiviso in due parti complementari: 1) risultati e 2) appendice.

La parte seguente dedicata ai risultati contiene un riepilogo narrativo dei risultati più rilevanti del sondaggio condotto in tutta la Svizzera. Dapprima vengono presentate le caratteristiche degli istituti (dati sull'istituto e sui residenti), al fine di fornire una panoramica generale del campione di questo studio nazionale. Successivamente, vengono illustrati i risultati relativi ai residenti e vengono descritti i risultati emersi dai questionari somministrati al personale infermieristico/assistenziale, suddivisi per contenuto. All'inizio di ciascuna sezione si fornisce una breve descrizione delle tematiche oggetto dei questionari e, laddove presenti, un breve riepilogo delle conoscenze scientifiche più importanti per ciascun tema. Per ogni area tematica vengono commentate le differenze e le particolarità di rilievo in relazione a regioni linguistiche (Svizzera di lingua tedesca, francese e italiana), dimensioni dell'istituto (grandi, medi e piccoli) e statuto legale (pubblico, sovvenzionato da privato e privato), laddove ad esempio differenze di circa il 10% hanno funto da valore di riferimento. Ai fini di questo rapporto, la significatività statistica di tali differenze non è stata presa in esame; tuttavia, data la previsione di nessi più complicati tra i risultati, la questione sarà oggetto di ulteriori analisi dei dati.

Alla parte dedicata ai risultati segue un capitolo dedicato alla discussione di alcuni risultati selezionati. In appendice si riporta una descrizione dei risultati per tutti gli item del sondaggio per il personale. Inoltre, in appendice sono contenute informazioni dettagliate sugli strumenti di misurazione utilizzati/sui questionari (incl. indicazioni bibliografiche), nonché sulle domande poste e sulle categorie delle risposte in base alle quali sono state misurate le relative variabili.

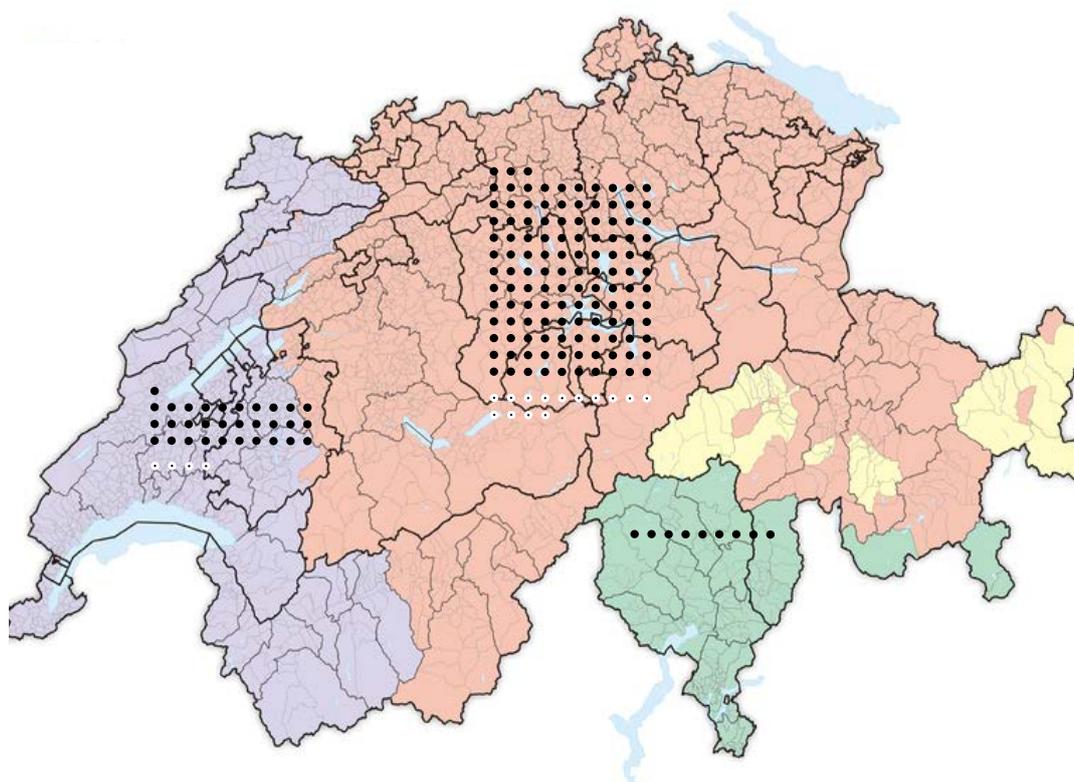
2. Risultati

2.1. Caratteristiche degli istituti

2.1.a. Dati sugli istituti

Allo studio SHURP hanno partecipato 163 case per anziani ubicate in Svizzera, stratificate e scelte a caso. In seguito vengono illustrati i risultati delle caratteristiche più importanti e delle dimensioni delle 163 case per anziani, rappresentative delle tre regioni linguistiche della Svizzera e delle dimensioni più comuni (cfr. Tabella 1). Sulla cartina sottostante è illustrata la distribuzione regionale degli istituti partecipanti.

Figura 2: distribuzione degli istituti partecipanti nelle tre regioni linguistiche



Punti neri: Case per anziani scelte a caso
 Punti bianchi: Case per anziani partecipante di propria iniziativa

Tabella 1: numero di istituti partecipanti suddivisi per dimensioni, regione linguistica e statuto legale

	Tutti (n=163)	Dimensioni degli istituti		
		Grandi (≥ 100 letti) (n=24)	Medie (50-99 letti) (n=75)	Piccole (20-49 letti) (n=64)
Regione linguistica				
Svizzera tedesca (D)	123	22	57	44
Svizzera francese (F)	31	1	13	17
Svizzera italiana (I)	9	1	5	3

	Dimensioni degli istituti			
	Tutti (n=163)	Grandi (≥ 100 letti) (n=24)	Medie (50-99 letti) (n=75)	Piccole (20-49 letti) (n=64)
Statuto legale¹				
Pubblico	60	14	26	20
Sovvenzionata dal privato	44	6	16	22
Privato	59	4	33	22

¹ Nel questionario, le tre forme giuridiche sono state descritte come segue, in conformità alla statistica SOMED dell'Ufficio federale di statistica

- Pubblico: ovvero si tratta di una istituzione di diritto pubblico
- Sovvenzionata dal privato: ovvero si tratta di una istituzione di diritto privato con una garanzia di contributo per l'azienda o di contributo all'investimento e/o di una garanzia di deficit da parte di una comunità
- Privato: ovvero si tratta di una istituzione di diritto privato senza garanzia di contributo aziendale o di contributo all'investimento e/o di una garanzia di deficit da parte di una comunità

Nella seguente Tabella 2 vengono riepilogate le medie e le deviazioni standard (DS) sulle varie caratteristiche degli istituti, ad esempio il numero posti letto in reparto, le giornate di cura e assistenza o il tasso di occupazione dei letti disponibili.

Tabella 2: caratteristiche degli istituti suddivisi per dimensioni

	n risposte valide	Dimensioni degli istituti							
		Tutti (n=163)		Grandi (n=24)		Medie (n=75)		Piccole (n=64)	
		Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)
Tasso di risposta sondaggio del personale (%)	163	76.3	(16.8)	76.1	(15.5)	79.2	(15.2)	72.9	(18.4)
Numero posti letto per istituto	163	66.8	(36.3)	134.0	(27.9)	72.7	(13.6)	34.6	(8.6)
Numero di reparti dell'istituto ¹	163	2.7	(1.7)	5.3	(1.6)	3.0	(1.2)	1.3	(0.8)
Numero posti letto in reparto ¹	163	28.6	(11.8)	27.1	(8.2)	28.1	(14.3)	29.7	(9.6)
Giornate di cura e di assistenza nel 2011	153	25'796	(24'551)	46'942	(10'361)	30'208	(30'467)	12'222	(3'210)
Tasso di occupazione (%)	155	97.3	(4.3)	97.1	(3.1)	97.0	(4.6)	97.6	(4.4)
Numero di posti di lavoro a tempo pieno ogni 100 posti letto	160	48.6	(13.3)	47.0	(8.7)	48.9	(12.6)	48.8	(15.7)
Numero di tirocinanti ogni 100 posti letto	158	10.0	(6.0)	11.4	(6.1)	10.1	(6.0)	9.2	(6.0)
<i>Grade mix</i> (distribuzione percentuale dei gruppi professionali) ²									
- Grado terziario (%)	160	30.6	(10.8)	34.5	(9.2)	31.5	(10.6)	27.9	(11.1)
- Grado secondario II: ad es. OSS (%)	160	21.0	(10.9)	21.5	(7.7)	20.0	(11.0)	22.1	(12.0)

	n risposte valide	Dimensioni degli istituti							
		Tutti (n=163)		Grandi (n=24)		Medie (n=75)		Piccole (n=64)	
		Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)
– Grado secondario II: ad es. assistente di cura (%)	160	20.7	(17.7)	18.4	(10.4)	20.6	(15.6)	21.7	(21.9)
– Personale ausiliario (%)	160	27.7	(16.0)	25.6	(12.9)	27.9	(14.9)	28.4	(18.5)
Fluttuazione (%)	160	11.0	(10.7)	13.5	(6.8)	10.6	(8.2)	10.5	(14.2)
Durata dell'impiego della direzione d'istituto, della direzione d'istituto/direzione dei servizi assistenziali (in una sola carica) (in anni)	155	8.7	(7.6)	12.0	(9.4)	8.2	(6.7)	8.1	(7.7)
Durata dell'impiego della direzione dei servizi assistenziali (in anni)	151	5.8	(5.6)	6.0	(6.8)	5.9	(5.8)	5.5	(5.0)

¹ Complessivamente, il numero di reparti presenti nei 163 istituti che hanno partecipato allo studio, è 434.

² Descrizione dei gruppi professionali:

- Grado terziario: Personale infermieristico con diploma universitario o con diploma di Scuola Specializzata Superiore (Infermiera/e SUP / BSN (Bachelor) / MSN (Master)/ Infermiera/e CRS SSS / DNII /Certificato CRS in assistenza infermieristica generale/ Certificato CRS in assistenza infermieristica psichiatrica/ Certificato CRS in assistenza infermieristica pediatrica/ Certificato CRS in assistenza infermieristica in terapia intensiva, vengono conteggiati anche i titoli equiparati dell'infermiere DNI, assistente geriatrica/o con formazione triennale (CRS riconoscimento come DNI)
- Grado secondario II: Personale specializzata in cura e assistenza con certificato di capacità: Operatrice/Operatore socio sanitaria/o, operatrice/operatore socio assistenziale, assistente geriatrica/o con formazione biennale (Certificato CRS), terapista d'animazione, e altre formazioni che terminano con un certificato di capacità federale
- Grado secondario II: Personale di cura e assistenza: Assistente di cura (Certificato - Cantone), operatrice/operatore socio sanitaria/o e ausiliare socio assistenziale (Autorizzazione d'esercizio come assistente di cura dall'UFSS)
- Personale ausiliario: Ausiliari di cura (Attestato - Sezione TI CRS), allievi che lavorano in reparto, però non praticano nell'ambito di una formazione

Per i seguenti punti della Tabella 2 sono state riscontrate differenze relative a dimensioni dell'istituto, regione linguistica o statuto legale:

Tasso di risposta: le quote di ritorno del questionario somministrato al personale infermieristico/assistenziale sono state alte e ammontavano in media al 76.3% ($\pm 16.8\%$). Solo per le regioni linguistiche sono state riscontrate differenze notevoli (D: 78.4%, F: 73.3%, I: 57.4%). Il fatto che, ad un confronto, il tasso di risposta al questionario della regione di lingua italiana risulti inferiore può essere dovuto al fatto che contemporaneamente si stava svolgendo un altro sondaggio rivolto al personale delle case di cura dell'intero cantone.

Posti di lavoro a tempo pieno ogni 100 posti letto: le case per anziani partecipanti allo studio hanno evidenziato in media 48.6 (± 13.3) posti di lavoro a tempo pieno ogni 100 posti letto, con un numero maggiore di posti nella Svizzera di lingua francese, seguita dalla Svizzera di lingua italiana e dalla Svizzera di lingua tedesca (D: 46.0, F: 57.3, I: 54.1).

Numero di tirocinanti ogni 100 posti letto: in media, negli istituti erano presenti 10 tirocinanti ogni 100 posti letto. Nella Svizzera di lingua francese, con 6 tirocinanti, la media è risultata leggermente inferiore rispetto alle altre regioni linguistiche (D: 11.0, I: 9.2). Il numero di tirocinanti è risultato maggiore negli istituti pubblici rispetto a quelli sovvenzionati da privato e a quelli privati (pubblico: 12.3, sovvenzionato da privato: 8.5, privato: 8.7).

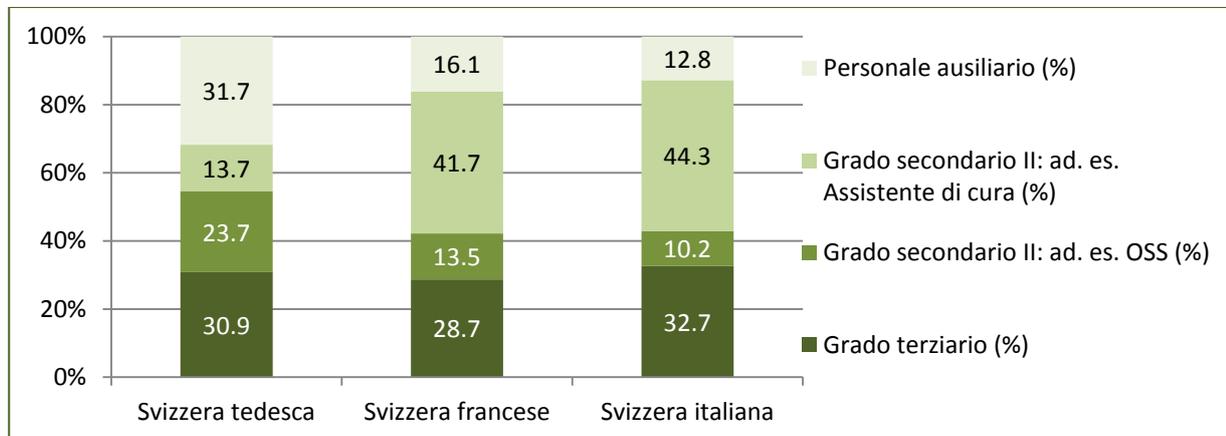
Grade mix: nel sistema di formazione della Svizzera si distingue tra grado secondario II e grado terziario. Nel settore sanitario, è possibile trovare personale infermieristico/assistenziale con entrambi i gradi di formazione: il grado secondario II segue alla scuola dell'obbligo e prevede come formazione professionale di base sia corsi di formazione biennali, al termine dei quali si ottiene un Certificato federale di formazione pratica (CFP) (ad es. Addetto/a alle cure sociosanitarie), sia corsi di 3-4 anni con i quali è possibile ottenere un certificato di capacità (AFC) (ad es. Operatore/operatrice sociosanitario/a). Per il grado terziario, si distingue tra corsi di formazione di una Scuola specializzata superiore (ad es. Infermiere/a dipl. SSS) e corsi di formazione di una Scuola universitaria professionale o università (ad es. Bachelor o Master of Science in Infermieristica o Master of Science in Nursing). Ai fini delle analisi, i titoli del grado terziario sono stati raggruppati. I titoli del grado secondario II sono mostrati sia separati (grado secondario II: ad es. OSS e grado secondario II: ad es. Assistente di cura) sia raggruppati. I dati rilevati nell'ambito del personale sono stati integrati con la quota di personale ausiliario senza alcuna formazione o con formazione breve (ad es. un corso di 10 giorni per ausiliari di cura CRS). Poiché le professioni sanitarie sono state oggetto di diverse riforme, nei singoli gruppi sono stati inclusi anche i membri del personale infermieristico/assistenziale in possesso di titoli di studio di vecchio ordinamento, convertiti nell'attuale sistema (v. annotazioni in calce alla Tabella 2).

In base ai dati dello studio SHURP, tra le varie categorie di formazione è stato possibile osservare le seguenti suddivisioni: personale infermieristico/assistenziale con livello di formazione terziario: 30.6%, grado secondario II in possesso di AFC: 21.0%, grado secondario II con titolo di personale assistente: 20.7% e personale ausiliario: 27.7%. Nella Figura 3 sono riportate le differenze per regione linguistica: per quanto concerne il personale con livello di formazione per il conseguimento dell'AFC sono state rilevate differenze (D: 23.7%, F: 13.5%, I: 10.2%), dovute probabilmente alle differenze tra i percorsi formativi per Operatore socio-sanitario/Operatore socio-assistenziale. Una diversa distribuzione è stata rilevata anche per il personale assistente (D: 13.8%, F: 41.7%, I: 44.3%) e per il personale ausiliario (D: 31.7%, F: 16.1%, I: 12.8%), con una quota maggiore di personale senza alcuna formazione o con formazione breve nella Svizzera di lingua tedesca.

In un rapporto Obsan, le cui cifre si basano sull'anno 2006, sono riportati i dati relativi al grademix nelle case per anziani [4]. In tale rapporto si riporta la seguente distribuzione: livello terziario 28%, livello secondario 17%, livello assistenziale 43% e senza formazione 12%. La Svizzera latina (Svizzera romanda e Ticino) si è attestata al livello terziario per il 18%. Rispetto al rapporto Obsan, nella

Svizzera di lingua francese e italiana, lo studio SHURP ha evidenziato una quota maggiore di personale infermieristico con un livello di formazione terziario.

Figura 3: distribuzione del grademix per regione linguistica



Fluttuazione: il tasso di fluttuazione, espresso in percentuale del personale infermieristico/assistenziale che, nel corso degli ultimi sei mesi, aveva cambiato il posto di lavoro e aveva lasciato il reparto o l'istituto ammontava a 11.0% ($\pm 10.7\%$). I tassi di fluttuazione del personale infermieristico/assistenziale presentavano differenze in base alle regioni linguistiche (D: 12.1%, F: 7.6%, I: 7.3%), con i tassi più alti nella Svizzera di lingua tedesca.

Durata dell'impiego delle direzioni d'istituto e dei servizi assistenziali: le direzioni d'istituto ovvero le direzioni d'istituto e dei servizi assistenziali riunite in una sola carica degli istituti partecipanti ricoprivano la posizione direttiva descritta in media da 8.7 (± 7.6) anni, nel caso delle direzioni dei servizi assistenziali l'attività si registrava da 5.8 (± 5.6) anni.

Nella seguente Tabella 3 vengono riepilogate altre caratteristiche degli istituti, quali lo statuto legale, la posizione geografica, il sistema di conteggio dei residenti, il sistema medico, la situazione del reclutamento del personale, i presupposti strutturali per la segnalazione di errori e l'elaborazione di eventi critici e l'offerta di formazione continua.

Tabella 3: caratteristiche degli istituti per dimensioni (segue)

	n risposte valide	Tutti (n=163)	Dimensioni degli istituti		
			Grandi (n=24)	Medie (n=75)	Piccole (n=64)
Statuto legale	163				
- Pubblico		36.8%	58.3%	34.7%	31.3%
- Sovvenzionata dal privato		27.0%	25.0%	21.3%	34.3%
- Privato		36.2%	16.7%	44.0%	34.4%

	n risposte valide	Tutti (n=163)	Dimensioni degli istituti		
			Grandi (n=24)	Medie (n=75)	Piccole (n=64)
Posizione geografica	163				
– Periferia/campagna		60.7%	37.5%	65.3%	64.1%
– Città		39.3%	62.5%	34.7%	35.9%
Sistema di conteggio dei residenti	163				
– RAI		43.6%	58.3%	48.0%	32.8%
– BESA		43.6%	41.7%	41.3%	46.9%
– PLAISIR		12.8%	0.0%	10.7%	20.3%
Sistema medico	161				
– Organizzazione medica dell'Istituto		27.3%	16.7%	30.7%	27.4%
– Sistema del medico esterno		46.0%	58.3%	46.7%	40.3%
– Sistema misto		13.0%	8.3%	9.3%	19.4%
– Altro sistema		13.7%	16.7%	13.3%	12.9%
Situazione del reclutamento del personale (Risposte con „molto difficile“ o „piuttosto difficile“):					
– Personale infermieristico	161	91.9%	100.0%	86.7%	95.2%
– Personale specializzato in cura e assistenza con certificato di abilitazione	161	64.6%	58.3%	65.3%	66.1%
– Personale di cura e assistenza e Personale ausiliario	161	13.7%	4.2%	9.3%	22.6%
Sistema di segnalazione degli errori disponibile (sì)	161	69.6%	62.5%	68.0%	74.2%
Trattamento di episodi indesiderati, di errori, di «quasi errori» regolato (sì)	161	70.8%	62.5%	70.7%	74.2%
Aggiornamenti/formazioni ogni anno nei seguenti ambiti tematici:					
– Demenze	160	76.9%	83.3%	85.1%	64.5%
– Cure palliative	161	64.0%	58.3%	70.7%	58.1%

I seguenti punti della Tabella 3 mostrano differenze relative alle dimensioni degli istituti, alla regione linguistica o allo statuto legale:

Statuto legale: gli istituti partecipanti sono stati suddivisi in istituti pubblici (36.8%), istituti sovvenzionati da privato (27.0%) e istituti privati (36.2%). Gli istituti di grandi dimensioni erano per lo più pubblici, mentre quelli di medie dimensioni erano privati. Per quanto concerne le regioni linguistiche, nella Svizzera di lingua francese e italiana prevalevano gli istituti sovvenzionati da privato (D: 15.4%, F: 67.7%, I: 44.4%), mentre nella Svizzera di lingua tedesca prevalevano quelli pubblici (D: 42.3%, F: 16.1%, I: 33.3%) e privati (D: 42.3%, F: 16.1%, I: 22.2%).

Posizione geografica: tra gli istituti partecipanti, il 60.7% si trovava in una zona periferica/rurale (D: 61.8%, F: 61.3%, I: 44.4%), mentre il 39.3% si trovava in un'area urbana (D: 38.2%, F: 38.7%, I: 55.6%). Quasi due terzi degli istituti di grandi dimensioni si trovava in periferia/campagna.

Sistema di conteggio dei residenti: gli istituti partecipanti lavoravano in egual misura con il sistema RAI o BESA (ciascuno 43.6%). Nella Svizzera di lingua francese prevaleva l'utilizzo di PLAISIR (RAI: 12.9%, BESA: 19.4%, PLAISIR: 67.7%), mentre nella Svizzera di lingua italiana si lavorava esclusivamente con il sistema RAI.

Sistema medico: gli istituti partecipanti lavoravano per lo più con il sistema del medico esterno (46.0%). Il sistema del medico interno era impiegato dal 27.3% degli istituti, mentre il 26.7% utilizzava un sistema misto o un altro sistema medico, con differenze relative alle dimensioni degli istituti. Mentre nella Svizzera di lingua tedesca la maggioranza degli istituti lavorava con il sistema del medico esterno (D: 53.3%, F: 16.7%, I: 44.4%), nella Svizzera di lingua francese prevaleva il sistema del medico interno (D: 21.3%, F: 53.3%, I: 22.2%).

Situazione del reclutamento del personale: gli istituti partecipanti hanno valutato come difficile o molto difficile il reclutamento di personale infermieristico/assistenziale, nelle seguenti percentuali: 91.9% per quanto riguarda il personale infermieristico, 64.6% per quanto riguarda il personale con ACF e 13.7% per quanto riguarda il personale assistente e ausiliario, laddove a riferire maggiori difficoltà anche per il reclutamento di personale assistente e ausiliario sono stati gli istituti piccoli. La difficoltà di reclutamento del personale infermieristico è risultata maggiore nella Svizzera di lingua tedesca (D: 96.7%, F: 76.7%, I: 77.8%), così come la difficoltà di reclutamento di personale in possesso di ACF (D: 75.4%, F: 30.0%, I: 33.3%). Per quanto riguarda il personale assistente e ausiliario, le difficoltà erano ripartite in modo piuttosto omogeneo tra le varie regioni linguistiche (D: 13.1%, F: 16.7%, I: 11.1%).

Segnalazione di errori e gestione degli eventi indesiderati: tra gli istituti partecipanti, il 69.6% disponeva di un sistema di segnalazione di errori e il 70.8% ha dichiarato di avere un regolamento per la gestione degli eventi indesiderati. Nella Svizzera di lingua francese entrambi gli aspetti erano molto diffusi (segnalazione di errori presente: D: 64.8%, F: 90.0%, I: 66.7%; regolamento per la gestione degli eventi indesiderati: D: 66.4%, F: 96.7%, I: 44.4%). I quattro quinti degli istituti sovvenzionati da privati disponeva di un regolamento per la gestione degli eventi indesiderati (pubblico: 60.3%, sovvenzionato da privato: 84.1%, privato: 71.2%).

Corsi di aggiornamento annuali: il 76.9% degli istituti offriva corsi di aggiornamento annuali sulla tematica della demenza, mentre l'offerta di corsi di aggiornamento sulla tematica delle cure palliative si attestava al 64.0%. I corsi di aggiornamento sulla demenza erano offerti soprattutto negli istituti grandi e medi, mentre i corsi di aggiornamento sulle cure palliative prevalevano nella Svizzera di lingua francese (D: 59.0%, F: 86.7%, I: 55.6%).

2.1.b. Informazioni sui residenti

Sulla base dei dati sulle caratteristiche dei residenti forniti dagli istituti, nella Tabella 4 sono riportate informazioni relative a sesso, età e durata del ricovero dei residenti, suddivise per dimensioni dell'istituto. Per la raccolta dei dati, si è provveduto a esportarli dai sistemi RAI, BESA e PLAISIR oppure sono stati richiesti agli addetti all'amministrazione dei residenti dei vari istituti. La durata del ricovero si riferisce al numero di giorni trascorso dalla data di ingresso nella struttura fino alla data di rilevamento dei dati.

Tabella 4: caratteristiche dei residenti

Caratteristiche	Tutti (n=10'061 residenti)	Dimensioni degli istituti		
		Grandi	Medie	Piccole
Età (anni) Media (DS)	84.7 (8.7)	83.9 (9.1)	84.9 (8.2)	85.2 (9.0)
Durata del ricovero (giorni) Media (DS)	1274 (1491)	1269 (1431)	1227 (1395)	1400 (1776)
Sesso: % femminile	73.6%	72.4%	73.5%	75.7%

Livelli di cura: nella Tabella 5 è mostrata la distribuzione del fabbisogno assistenziale. I dati sono basati sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure e il conteggio è stato effettuato in base a 12 livelli di cura, laddove ciascun livello corrisponde a un dispendio di tempo di 20 minuti di cura ogni 24 ore.

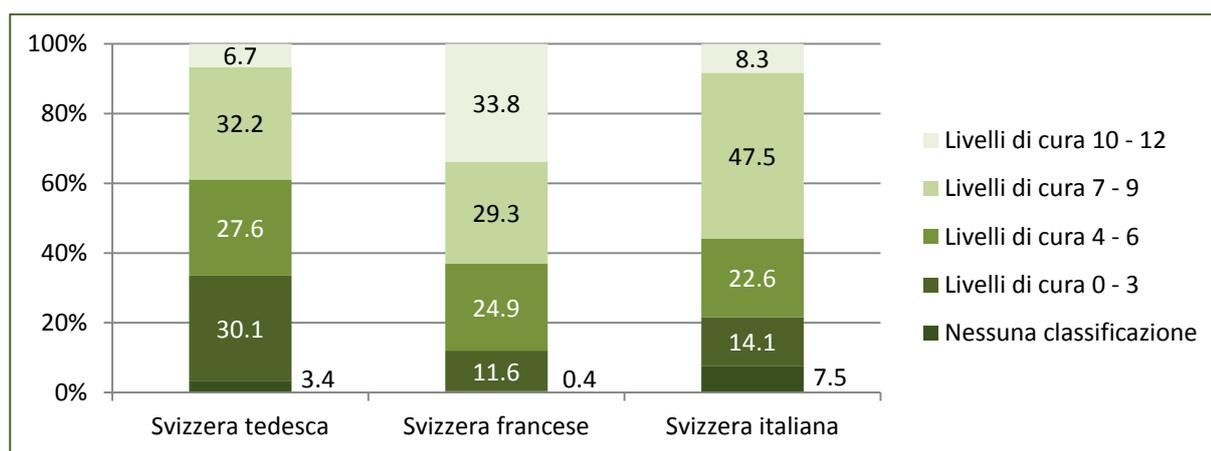
Tabella 5: fabbisogno assistenziale dei residenti

Livelli di cura	n risposte valide ¹	Tutti	Dimensioni degli istituti		
			Grandi	Medie	Piccole
- % di residenti fino al livello 3	2653	26.4%	28.8%	26.0%	23.9%
- % di residenti dal livello 4 al livello 6	2707	26.9%	26.2%	26.4%	29.2%
- % di residenti dal livello 7 al livello 9	3286	32.7%	32.8%	33.5%	30.3%
- % di residenti dal livello 10 al livello 12	1095	10.9%	6.9%	12.0%	13.6%
- Nessuna classificazione ²	320	3.1%	5.3%	2.1%	2.9%

¹ n=10.061 residenti² Residenti che al momento del rilevamento dei dati non erano stati assegnati a nessun livello di cura, ad es. perché non era stato eseguito alcun conteggio con il sistema RAI/BESA/PLAISIR oppure non c'era stata nessuna classificazione a causa del ricovero di breve durata.

La Figura 4 mostra la distribuzione dei livelli di cura nelle tre regioni linguistiche: nella Svizzera di lingua tedesca il numero di residenti le cui cure rientravano nei livelli da 0 a 3 era maggiore delle altre regioni linguistiche (D: 30.1%, F: 11.6%, I: 14.1%). Nella Svizzera di lingua italiana, la maggior parte dei residenti era assistita nei livelli da 7 a 9 (D: 32.2%, F: 29.3%, I: 47.5%), mentre nella Svizzera di lingua francese nei livelli da 10 a 12 (D: 6.7%, F: 33.8%, I: 8.3%). Nella Svizzera tedesca, il fabbisogno assistenziale era distribuito regolarmente tra i livelli da 0 a 9 con un numero minore di residenti nei livelli da 10 a 12. I valori relativi alla distribuzione dei livelli di cura nelle regioni linguistiche presentati nello studio SHURP sono simili ai valori rilevati tramite la statistica SOMED 2011 (v. appendice A , p.54), laddove in quest'ultima la percentuale elevata di residenti nei livelli da 10 a 12 nella Svizzera di lingua francese è ancor più marcata (42.7%), mentre la percentuale di residenti nei livelli da 0 a 6 nella Svizzera di lingua tedesca è più alta. Per quanto concerne lo statuto legale degli istituti, colpisce il fatto che negli istituti sovvenzionati da privati il numero di residenti assistiti nei livelli da 10 a 12 era maggiore (pubblico: 9.1%, sovvenzionato da privato: 18.9%, privati: 7.3%).

Figura 4: distribuzione dei livelli di cura nelle tre regioni linguistiche



n=10.061 residenti

Residenti con demenza: alle istituzioni è stato chiesto di indicare, per ciascun reparto, quanti residenti presenti nella data di rilevamento dei dati presentassero una demenza diagnosticata da un medico oppure sintomi di demenza seppur in assenza di una diagnosi (ad esempio problemi di memoria, difficoltà di linguaggio, nella pianificazione e nell'esecuzione di attività quotidiane, problemi con il riconoscimento di oggetti, luoghi e persone, cambiamento della personalità e dello stato d'animo o isolamento sociale).

Lo studio SHURP ha evidenziato che per ogni istituto in media il 33.0% dei residenti presentava una demenza certificata da diagnosi medica, mentre il 26.6%, quasi lo stesso numero di residenti, presentava sintomi di demenza senza la certificazione di una diagnosi medica (v. Tabella 6).

Nella Svizzera di lingua francese e nella Svizzera di lingua italiana, la quota di residenti con diagnosi di un medico era maggiore (D: 29.9%, F: 42.1%, I: 43.5%) e in quelle stesse regioni, nel complesso, era maggiore anche la quota di residenti che presentava una demenza diagnosticata oppure sintomi di demenza (nel complesso: D: 54.6%, F: 67.5%, I: 72.1%). Nello studio Q-Sys, basato sui dati del sistema Rai del 2010 provenienti dalla Svizzera di lingua tedesca e dalla Svizzera di lingua italiana, il 47.4% dei residenti presentava una demenza diagnosticata da un medico. Integrando le informazioni relative ai residenti con sintomi di demenza, lo studio Q-Sys giunge alla conclusione che, nel complesso, il 64.5% dei residenti presenta una demenza diagnosticata da un medico oppure i relativi sintomi. [5]. Questo dato viene ulteriormente raffinato mediante i dati relativi alle differenze tra le varie regioni linguistiche rilevati dallo studio SHURP, che non si limita alle informazioni del sistema RAI.

Tabella 6: quota di residenti con demenza per istituto

Residenti con demenza	n ri-sposte valide ¹	Dimensioni degli istituti							
		Tutti		Grandi		Medie		Piccole	
		Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)
% di residenti con demenza diagnosticata da un medico	155	33.0%	(17.1)	33.0%	(11.1)	33.2%	(16.4)	32.5%	(20.1)
% di residenti con sintomi di demenza	161	26.6%	(17.2)	23.4%	(8.7)	26.2%	(15.3)	28.4%	(21.4)
% totale dei residenti con demenza diagnosticata da un medico o i relativi sintomi	155	58.0%	(18.6)	56.4%	(10.1)	59.4%	(17.3)	56.9%	(22.9)

¹ n=163. Rispettivamente otto e due istituti non sono stati in grado di mettere a disposizione alcun dato in merito al numero di residenti con demenza diagnosticata da un medico o i relativi sintomi.

2.1.c. Tipologie di cure e assistenza specialistiche offerte nelle case per anziani

Gli istituti partecipanti presentavano una molteplicità di ambiti di specializzazione e offerte assistenziali (v. Tabella 7). Tra le tipologie di cura e assistenza specialistiche offerte, le tre maggiormente citate sono state, oltre alla cura generale a lungo termine (98.8%), la cura delle demenze (85.6%), le cure palliative (81.9%) e i soggiorni temporanei (71.3%). Le meno citate sono state: clinica notturna (8.1%), respirazione assistita a lungo termine (10.0%) e riabilitazione a lungo termine (13.8%); tra le tipologie di cura e assistenza specialistiche offerte sono riscontrate differenze, a seconda delle dimensioni degli istituti.

La specializzazione cura delle demenze è stata nominata spesso nella Svizzera di lingua tedesca e nella Svizzera di lingua italiana (D: 91.0%, F: 58.6%, I: 100.0%), le cure palliative nella Svizzera di lingua tedesca e nella Svizzera di lingua francese (D: 84.4%, F: 79.3%, I: 55.6%). Le specializzazioni assistenza residenziale (D: 27.9%, F: 3.4%, I: 33.3%), soggiorni temporanei (D: 82.8%, F: 27.6%, I:

55.6%) e riabilitazione/cura in fase acuta e post-acuta (D: 40.2%, F: 6.9%, I: 22.2%) sono state nominate meno spesso nella Svizzera di lingua francese. La riabilitazione a lungo termine è stata nominata spesso nella Svizzera di lingua italiana (D: 13.9%, F: 6.9%, I: 33.3%). Gli istituti sovvenzionati da privato hanno nominato di più le cure geronto-psichiatriche (privato: 56.9%, sovvenzionato da privato: 81.4%, privato: 54.2%) e in compenso di meno i soggiorni temporanei (pubblico: 79.3%, sovvenzionato da privato: 55.8%, privato: 74.6%), mentre gli istituti pubblici hanno citato di più la riabilitazione/cura in fase acuta e post-acuta (pubblico: 46.6%, sovvenzionato da privato: 23.3%, privato: 27.1%).

Tabella 7: ambiti di specializzazione delle cure e dell'assistenza offerte nelle case per anziani

Ambiti di specializzazione	Istituti con relativa specializzazione		Dimensioni degli istituti		
	n risposte valide ¹	Tutti	Grandi	Medie	Piccole
Cura generale a lungo termine	158	98.8%	95.8%	98.7%	100.0%
Cura delle demenze	137	85.6%	100.0%	89.3%	75.4%
Cura geronto-psichiatrica	100	62.5%	54.2%	62.7%	65.6%
Cure palliative	131	81.9%	87.5%	82.7%	78.7%
Gruppi residenziali / unità protette	38	23.8%	41.7%	30.7%	8.2%
Soggiorni temporanei	114	71.3%	87.5%	70.7%	65.6%
Riabilitazione / cura in fase acuta e in fase postacuta	53	33.1%	58.3%	33.3%	23.0%
Centro diurno terapeutico	38	23.8%	33.3%	26.7%	16.4%
Clinica notturna	13	8.1%	16.7%	9.3%	3.3%
Riabilitazione a lungo termine	22	13.8%	16.7%	18.7%	6.6%
Respirazione assistita a lungo termine	16	10.0%	8.3%	13.3%	6.6%

2.1.d. Offerte specifiche per la demenza

A livello dei reparti, sono stati raccolti dati in merito all'eventuale presenza di infrastrutture pensate per la cura delle demenze e alla formazione specifica del personale. Un ambiente psicologico adeguato migliora la qualità di vita dei soggetti affetti da demenza. Contribuiscono alla creazione di un ambiente psicologico adeguato, ad esempio, un'offerta equilibrata tra stimolazione e possibilità di isolamento, un ambiente residenziale sicuro che contempli la possibilità di andare in giro ("passeggiare") e uscire all'esterno, nonché un ambiente in cui sia possibile svolgere attività quotidiane familiari in compagnia, come ad esempio una cucina [6-9].

In totale, 315 (72.6%) dei 434 reparti che hanno partecipato allo studio hanno dichiarato di avere come specializzazione la cura delle demenze. Tuttavia, sembra che la specializzazione di un reparto non sempre sia indicativa del tipo di residente effettivamente assistito in quel reparto. Confrontando i dati dei residenti con demenza (diagnosticata o con sintomi) effettivamente presenti nel reparto con la specializzazione dichiarata per quel reparto è stato riscontrato che ci sono reparti ufficialmente specializzati nella cura delle demenze nei quali meno della metà dei residenti è affetto da demenza e reparti non specializzati nei quali tutti i residenti sono affetti da demenza.

Tra tutti i 434 reparti, 339 (78.1%) hanno fornito informazioni sulle infrastrutture specifiche per la cura delle demenze, nonché personale specializzato. I quattro quinti di tali reparti erano specializzati in cura delle demenze. Come illustrato nella Tabella 8, circa la metà dei reparti (51.6%) aveva un accesso libero all'esterno, il 59.9% aveva una cucina e una quota molto piccola (9.7%) disponeva di spazi destinati alla stimolazione della percezione sensoriale. Stando alle indicazioni degli istituti, il 59.0% dei reparti disponeva di personale appositamente formato per la gestione dei residenti affetti da demenza. È stato dimostrato che la partecipazione a corsi di formazione dedicati alla comunicazione e all'interazione con residenti affetti da demenza rafforza il personale nell'offrire cure incentrate sulla persona, favorisce positivamente l'interazione, migliora il benessere dei residenti ed è in grado di ridurre la fluttuazione del personale [10, 11].

Tabella 8: infrastrutture e personale specifiche per le cure delle demenze a livello dei reparti

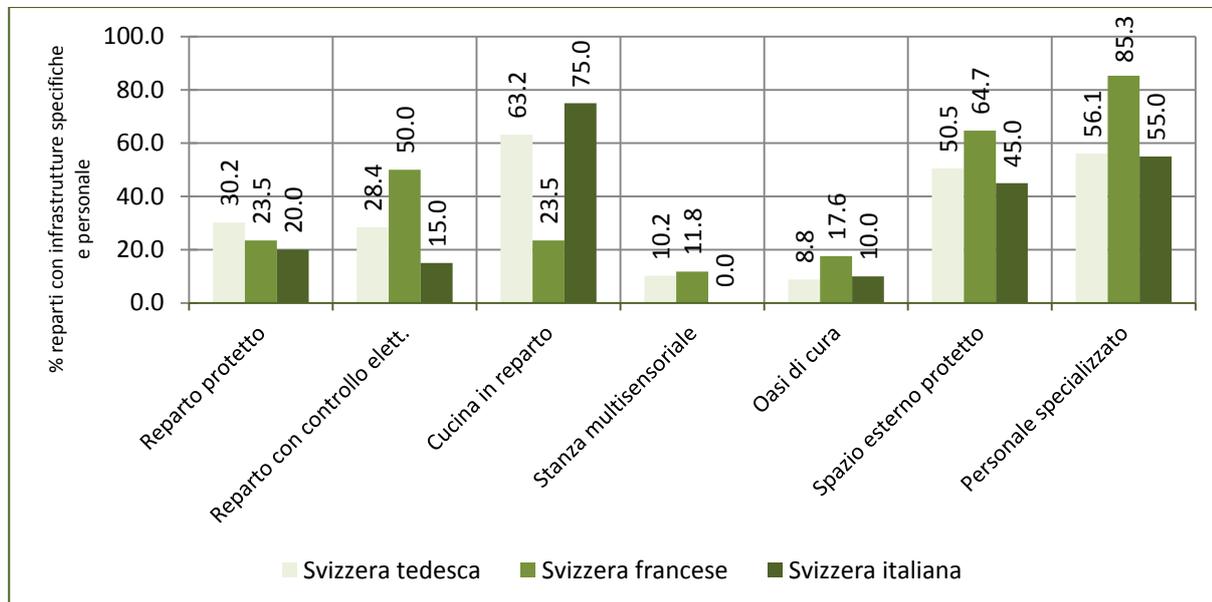
Infrastrutture e personal specifiche	Reparti con relativa offerta		Dimensioni degli istituti		
	n risposte valide ¹	Tutti	Grandi	Medie	Piccole
Reparto protetto (uscita protetta con serratura a scatto, porta chiusa, codice numerico)	98	28.9%	31.3%	29.7%	23.5%
Reparto con controllo elettronico dei residenti che lasciano il reparto	101	29.8%	20.8%	30.3%	41.2%
Spazio comune con cucina in reparto	203	59.9%	70.8%	60.6%	42.6%
Spazio per stimolare la percezione sensoriale di persone con demenza (per es. stanza snoezelen)	33	9.7%	8.3%	10.3%	10.3%
Stanza a più letti per persone con demenza grave, per es. oasi di cura	33	9.7%	5.2%	12.0%	10.3%
Esiste uno spazio esterno protetto (giardino, terrazzo) liberamente accessibile dai residenti	175	51.6%	41.7%	51.4%	66.2%
Personale formato in modo specifico per l'assistenza di persone con demenza (per es. conoscenze approfondite, oltre la formazione di base, riguardo alla validation, al lavoro sulla biografia della persona, all'intervento ambientale, alla stimolazione basale, all'approccio dei problemi comportamentali)	200	59.0%	66.7%	55.4%	57.4%

¹ Numero dei reparti che hanno indicato di avere infrastrutture specifiche per la demenza e personale specializzato: 339

Per tutti i punti sono state riscontrate differenze notevoli a livello regionale (cfr. Figura 5). Mentre nella maggior parte dei reparti situati nella Svizzera di lingua francese erano presenti personale specializzato e accesso protetto a un ambiente esterno e si lavorava di più con il monitoraggio elettronico, i reparti situati nella Svizzera di lingua tedesca e nella Svizzera di lingua italiana disponevano di più della cucina. A questo proposito lo studio ha evidenziato una necessità specifica per ogni regione di effettuare ulteriori investimenti, laddove per quanto riguarda il tema della stimolazione multisensoriale va detto che è possibile attribuire una maggiore importanza al miglioramento delle percezioni senso-

riali nell'ambito delle attività quotidiane, quali ad esempio la cura del corpo o le passeggiate, ricordando che il miglioramento non è necessariamente legato a strutture spaziali.

Figura 5: reparti con infrastrutture specifiche per la demenza suddivisi per regione linguistica



n=339

2.2. Risultati relativi ai residenti

Per quanto riguarda i risultati relativi ai residenti, da un lato è stato chiesto alle istituzioni di registrare diversi eventi indesiderati o altri eventi in grado di far esprimere un giudizio sulla qualità delle cure. Dall'altro, sono stati somministrati questionari al personale nei quali si chiedeva di esprimere una propria valutazione in merito alla qualità delle cure e di raccontare la propria esperienza di episodi di aggressione e maltrattamenti delle persone anziane.

2.2.a. Indicatori di qualità

Sulla base dei dati forniti dagli istituti in merito ai risultati per i residenti, nella Tabella 9 è mostrato un riepilogo, con la quota percentuale di residenti che hanno presentato un determinato risultato, ogni volta in rapporto a tutti gli altri residenti presenti (per una descrizione dettagliata delle modalità di misurazione dei dati, v. appendice B, p.55). Nel rapporto viene presentata la media tra i valori delle singole case di cura.

La quota percentuale riferita alla prevalenza di ulcere da decubito, rilevata nell'ambito dello studio SHURP, attestata nel complesso a 2.7%, è bassa e colpisce il fatto che quasi il 40% di tutte le ulcere da decubito ha avuto origine all'esterno della casa per anziani. Tra le misure limitative della libertà, le sponde ai letti sono quelle comparse più di frequente, con il 18.5%. A questo proposito sono state ri-

scontrate differenze a livello regionale, con il 16.3% nella Svizzera di lingua tedesca, il 20.6% nella Svizzera di lingua francese e il 42.1% nella Svizzera di lingua italiana. La Svizzera di lingua italiana è la regione con il ricorso maggiore a mezzi di contenzione fisica (D: 1.8%, F: 2.7%, I: 18.9%) e sedie che impediscono di alzarsi (D: 2.5%, F: 3.4%, I: 11.4%), mentre in compenso è minore il monitoraggio (D: 9.2%, F: 6.7%, I: 3.3%). Nelle varie regioni linguistiche, i dati sono stati rilevati in momenti diversi rispetto all'entrata in vigore, il 1.1.2013, della nuova legge sui diritti di protezione dei minori e degli adulti. Nella Svizzera di lingua italiana, i dati sono stati rilevati a novembre 2012, nella Svizzera di lingua tedesca tra maggio 2012 e aprile 2013 e nella Svizzera di lingua francese solo nel 2013. Senza ulteriori analisi non è possibile stabilire quali fattori hanno influito sulle differenze riscontrate nelle regioni linguistiche. Oltre all'utilizzo di sponde ai letti, un altro evento registrato di frequente sono state le cadute (13.2% dei residenti) con conseguenti lesioni per il 2.0% dei residenti. Anche i dati relativi alla prevalenza di infezioni alle vie urinarie e perdita di peso si sono rivelati bassi, con il 5.1% e il 4.5%.

Tabella 9: frequenza (%) dei risultati riferiti ai residenti

Risultati	n risposte valide ¹	Dimensioni degli istituti							
		Tutti		Grandi		Medie		Piccole	
		Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)	Media	(DS)
% residenti con decubito, insorto in struttura	161	1.7	(2.3)	1.1	(1.0)	2.3	(2.6)	1.1	(2.2)
% residenti con decubito, insorto esternamente	161	1.1	(2.6)	1.1	(1.6)	1.2	(3.2)	0.9	(2.1)
% residenti con sponde al letto	161	18.5	(14.8)	20.2	(14.2)	21.7	(15.0)	14.1	(13.8)
% residenti con contenimento fisico	161	2.9	(5.4)	3.1	(4.7)	4.0	(6.0)	1.6	(4.7)
% residenti con possibilità di sedersi, a cui è impedito alzarsi in piedi	161	3.2	(5.4)	3.7	(3.8)	3.2	(4.2)	3.0	(7.1)
% residenti con monitoraggio elettronico	161	8.4	(7.2)	9.5	(6.8)	8.9	(7.1)	7.3	(7.5)
% residenti con caduta	161	13.2	(9.7)	14.5	(6.6)	13.2	(9.4)	12.7	(11.1)
% residenti con lesioni conseguenti a caduta	161	2.0	(2.3)	2.1	(1.8)	2.2	(2.2)	1.8	(2.5)
% residenti con infezione delle vie urinarie	161	5.1	(4.3)	5.1	(1.7)	5.5	(4.8)	4.6	(4.4)
% residenti con perdita di peso	160	4.5	(5.0)	4.9	(2.9)	4.3	(3.7)	4.8	(6.7)

¹ Numero totale=163

Nell'ambito dello studio SHURP sono stati misurati diversi indicatori di qualità, correlati in modo significativo alla qualità della vita, alla morbosità e alla mortalità dei residenti. Stando alla letteratura scientifica, la prevalenza di ulcere da decubito nelle case di cura è compresa tra il 2.4% e il 23% [12], mentre la prevalenza delle misure limitative della libertà è compresa tra il 6% e il 66% [13, 14]. Fino

al 60% dei residenti è soggetto a caduta almeno una volta l'anno [15] e una quota compresa tra il 10% e il 40% mostra una perdita di peso [16]. Il tasso di incidenza delle infezioni delle vie urinarie sintomatiche è compreso tra 0.1-2.4 episodi su 1000 giorni di degenza. [17]. In questi ambiti, dunque, le case di cura svizzera hanno dimostrato una qualità molto alta a livello internazionale.

2.2.b. Esperienze di comportamento aggressivo

Abbiamo chiesto al personale infermieristico/assistenziale la frequenza con cui si verificano comportamenti aggressivi da parte dei residenti, sia nei confronti del personale stesso sia nei confronti degli altri residenti (v. appendice C, p.56). A tal fine, è stata fatta una distinzione tra comportamento verbalmente aggressivo (ad es. bestemmie, insulti), comportamento fisicamente aggressivo (ad es. percosse, sputi) e comportamento sessualmente aggressivo (ad es. gesti osceni, sfioramenti delle parti intime). Ai fini del presente rapporto, è stata calcolata la percentuale di intervistati che concordavano sul fatto di aver assistito, nel corso delle precedenti quattro settimane di lavoro, al comportamento aggressivo citato, più volte a settimana o più volte al giorno. In generale si può concludere che il comportamento verbalmente aggressivo era quello più diffuso, seguito dal comportamento fisicamente aggressivo, mentre quello meno diffuso era il comportamento sessualmente aggressivo (v. appendice C, p.56). Ciò vale sia per il comportamento nei confronti del personale (verbale: 23.3%, fisico: 10.3%, sessuale: 2.4%) sia per il comportamento indirizzato agli altri residenti (verbale: 31.8%, fisico: 7.2%, sessuale: 1.6%). Colpisce il fatto che il comportamento verbalmente aggressivo sia rivolto più spesso agli altri residenti che non al personale. In questo caso, tuttavia, una quota percentuale maggiore non corrisponde necessariamente a una frequenza maggiore, dal momento che più intervistati all'interno di un reparto possono aver assistito a un comportamento aggressivo messo in atto dallo stesso residente. Rispetto alle altre regioni linguistiche, nella Svizzera di lingua italiana era più frequente il comportamento sessualmente aggressivo, sia nei confronti del personale (D: 2.4%, F: 1.5%, I: 5.6%) sia nei confronti dei residenti (D: 1.3%, F: 1.7%, I: 4.8%). Tutte le forme di comportamento aggressivo erano meno frequenti negli istituti piccoli rispetto a quelli medi e grandi.

Secondi i risultati degli studi, a seconda della specializzazione del reparto era possibile assistere a episodi aggressivi da mai a più volte al giorno [18]. Gli episodi aggressivi descritti più di frequente sono quelli messi in atto dai soggetti affetti da demenza nell'ambito delle attività di cura [19]. L'esperienza di comportamenti aggressivi sul posto di lavoro è un fattore di stress che può portare a insoddisfazione ed esaurimento emotivo da parte del personale [20-22] e può influire negativamente sul rapporto con i residenti e sulla qualità delle cure [23, 24]. La partecipazione del personale a corsi di formazione regolari sulla tematica della demenza e la riduzione del carico di lavoro diretto, e di conseguenza dello stress lavoro correlato, appaiono essere misure importanti per la riduzione degli episodi

aggressivi [22]. Secondo la letteratura scientifica, l'aggressività tra i residenti delle case per anziani è una condizione molto frequente, ma si tratta di un tema ancora poco studiato [25-27].

2.2.c. Osservazione di episodi di violenza verso i residenti

Il maltrattamento delle persone anziane comprende diversi aspetti quali l'impiego di violenza fisica e psicologica, dall'intimidazione alla violenza fisica, alla trascuratezza, allo sfruttamento economico e così via. Nell'ambito dello studio SHURP, abbiamo chiesto al personale infermieristico/assistenziale di indicare la frequenza con cui avevano osservato comportamenti da parte del personale nei confronti dei residenti interpretabili come maltrattamento (v. appendice D, p.57). Le domande poste riguardavano azioni e comportamenti che avevano a che fare con il maltrattamento fisico ed emotivo, nonché con la trascuratezza. Di seguito viene mostrata la percentuale di membri del personale infermieristico/assistenziale che ha assistito "una volta a settimana o meno" e "più di una volta a settimana" a comportamenti nei confronti dei residenti che potevano essere interpretati come maltrattamento.

Gli episodi osservati più di frequente dal personale infermieristico/assistenziale intervistato riguardavano un membro del personale che si era rivolto a un residente mancandogli di rispetto (12.4%) oppure insultandolo o urlando (9.1%). A seguire episodi di un membro del personale che aveva preso in giro il residente davanti ad altre persone (7.6%) o che aveva fatto attendere oltremodo un residente prima di prestargli le cure (6.9%). Tra gli intervistati, lo 0.3% ha dichiarato di aver assistito a episodi di spinte, percosse e calci da parte di un membro del personale nei confronti di un residente. Poiché si tratta di comportamenti dei collaboratori, è probabile che all'interno dell'istituto sia stato osservato più volte un comportamento messo in atto dallo stesso collaboratore. Percentuali elevate non vogliono dire necessariamente che più collaboratori abbiano messo in atto il comportamento in questione, bensì possono voler dire che la stessa persona è stata osservata da più colleghi.

Per due item si sono riscontrate differenze nelle osservazioni degli intervistati a seconda della regione linguistica: gli episodi di insulti o urla nei confronti dei residenti (D: 7.4%, F: 17.2%, I: 11.2%) nonché di eccessiva attesa del residente per ricevere le cure da parte del personale (D: 5.1%, F: 14.2%, I: 14.7%) sono stati citati maggiormente rispettivamente nella Svizzera di lingua francese e nella Svizzera di lingua italiana.

Gli effetti negativi del maltrattamento e della trascuratezza sul benessere e sulla qualità di vita degli interessati sono immensi, arrivando a contemplare perfino il decesso prematuro, e rappresentano un problema sociale notevole, nonché un rischio per la salute [28]. Secondo i risultati di ricerche internazionali, i tassi di maltrattamento e trascuratezza delle persone anziane nella popolazione sono superiori al 6%, di cui un quarto riguarda i gruppi di persone particolarmente vulnerabili, quali i soggetti affetti da demenza, e in terzo dei casi sono coinvolti i parenti che assistono i malati [29]. In una ricerca svedese che includeva diverse forme di residenza (assistenza domiciliare, assistenza residenziale o casa di

cura), l'11% degli assistenti professionali intervistati ha dichiarato di essere a conoscenza di episodi di maltrattamento fisico, psicologico, economico o sessuale, osservati per lo più direttamente dal personale impiegato nelle case di cura [30]. Uno studio sulle case per anziani della Repubblica Ceca ha confermato che le forme dominanti di maltrattamento delle persone anziane sono: violazione dei diritti della personalità, sfruttamento economico, violenza fisica e psicologica e trascuratezza [31]. Nelle case per anziani il maltrattamento delle persone anziane sembra essere, ieri come oggi, un tema tabù. Tuttavia, c'è da dire che anche la ricerca ha iniziato solo ora a studiare più a fondo l'entità, le problematiche e le cause delle diverse forme di maltrattamento delle persone anziane nelle case di cura [32].

2.2.d. Valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza

Per quanto riguarda la qualità sono state poste tre domande, che coprivano in modo trasversale il tema della qualità delle cure e dell'assistenza (v. appendice E, p.58). Con una quota del 93.5%, la maggior parte dei membri del personale infermieristico/assistenziale intervistati ha dichiarato di essere molto o abbastanza soddisfatto della qualità delle cure e dell'assistenza fornite ai residenti. Secondo la maggioranza degli intervistati (88.1%), rispetto all'anno precedente, la qualità delle cure e dell'assistenza era rimasta invariata oppure era migliorata. Inoltre, una media dell'83.0% ha dichiarato che (probabilmente o sicuramente) consiglierebbe il luogo in cui lavora a un familiare o un conoscente come casa per anziani. Nella valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza, non sono state riscontrate differenze degne di nota tra le varie regioni linguistiche, le dimensioni degli istituti e i diversi statuti legali. La letteratura scientifica sulle case per anziani ci dice poco a proposito di questo tema. Studi effettuati in ambito ospedaliero hanno dimostrato che una migliore valutazione della qualità delle cure da parte del personale infermieristico è correlata ai risultati migliori ottenuti dai pazienti, come ad esempio una maggiore soddisfazione del paziente e tassi di mortalità più bassi [33, 34]. Ciò suggerisce che la valutazione della qualità delle cure e dell'assistenza da parte del personale infermieristico/assistenziale è un indicatore rilevante della valutazione delle prestazioni offerte dalle strutture sanitarie.

2.3. Risultati del sondaggio tra il personale

2.3.a. Descrizione del personale

Nella Tabella 10 è riportata una descrizione dettagliata delle caratteristiche socio-demografiche del personale infermieristico/assistenziale intervistato. In questo caso si tratta dell'analisi dei dati forniti dai singoli membri del personale infermieristico/assistenziale intervistato e non dei dati relativi al personale riferiti alla struttura degli istituti, come quelli descritti nel capitolo 2.1.a.

Tabella 10: caratteristiche del personale infermieristico/assistenziale intervistato

Caratteristiche	n risposte valide ¹	Tutti	Dimensioni degli istituti		
			Grandi	Medie	Piccole
Sesso: femminile	5265	91.8%	92.8%	90.4%	93.7%
Età in anni:	5179				
– Fino a 30anni		20.0%	24.8%	18.8%	16.7%
– 31 – 40		17.2%	16.1%	18.1%	16.4%
– 41 – 50		28.6%	27.1%	29.0%	29.5%
– > 50		34.2%	32.0%	34.1%	37.4%
Formazione:	5268				
– Grado terziario		31.0%	34.7%	31.2%	25.5%
– Grado secondario II: ad es. OSS		22.2%	22.2%	21.1%	25.0%
– Grado secondario II: ad es. Assistente di cura		17.2%	17.4%	17.7%	15.6%
– Personale ausiliario		26.2%	22.5%	26.7%	29.7%
– Altri		3.4%	3.2%	3.3%	4.2%
Grado di occupazione:	5054				
– Fino a 50%		22.7%	20.1%	22.4%	26.5%
– 51-90%		53.6%	52.6%	55.0%	51.8%
– > 90%		23.7%	27.3%	22.6%	21.7%
Esperienza professionale nell'ambito delle cure e dell'assistenza	4924				
– Fino a 5 anni		19.2%	18.5%	18.5%	21.9%
– Tra 5 e 10 anni		21.4%	24.0%	20.4%	20.3%
– Tra 10 e 15 anni		17.9%	17.4%	19.9%	13.9%
– Tra 15 e 20 anni		13.5%	10.7%	14.5%	14.8%
– Più di 20 anni		28.0%	29.4%	26.7%	29.1%
Esperienza professionale nell'istituto attuale	5029				
– Fino a 5 anni		51.3%	52.0%	49.8%	53.6%
– Tra 5 e 10 anni		20.9%	20.5%	21.0%	21.3%
– Tra 10 e 15 anni		14.3%	12.5%	15.8%	13.1%
– Tra 15 e 20 anni		6.5%	6.6%	6.7%	6.1%
– Più di 20 anni		7.0%	8.4%	6.7%	5.9%

¹ Numero totale=5323

Età: riguardo all'età del personale infermieristico/assistenziale, è da notare che un terzo del personale ha più di 50 anni e dunque nel corso dei prossimi 15 anni smetterà di lavorare. Nelle case per anziani di grandi dimensioni, è maggiore la quota di intervistati che non supera i 30 anni (24.8%), mentre la quota di intervistati con più di 50 anni (32.0%) è minore rispetto agli istituti medi e piccoli.

Livello di formazione: una situazione analoga si verifica per quanto riguarda il livello di formazione degli intervistati. Mentre la media di tutti i questionari restituiti ha evidenziato un rapporto percentuale di 31.0% del grado terziario, 39.4% del grado secondario II (ACF e personale assistente) e 26.2% di personale ausiliario, negli istituti medi e grandi la quota di personale infermieristico (grado terziario: 34.7%) è maggiore che negli istituti medi (31.2%) e piccoli (25.5%). In compenso, la quota di personale ausiliario negli istituti medi e piccoli è maggiore di quella degli istituti grandi (grandi: 22.5%, medi: 26.7%, piccoli: 29.7%). Il fatto che la distribuzione percentuale del livello di formazione del personale infermieristico/assistenziale che ha partecipato al sondaggio differisca solo in minima parte

dal grademix calcolato sulla base dei dati forniti dalle direzioni d'istituto (cfr. Tabella 10 e Tabella 2), dimostra la rappresentatività del campione di personale.

Grado di occupazione: in media, il 53.6% degli intervistati aveva un impiego a tempo parziale con un grado di occupazione compreso tra 51% e 90%, mentre circa un quarto (23.7%) lavorava a tempo pieno.

Esperienza professionale: mentre il 28.0% del personale infermieristico/assistenziale, ovvero la quota maggiore, vantava un'esperienza professionale di oltre 20 anni, circa la metà degli intervistati (51.3%) lavorava nell'istituto attuale da meno di 5 anni.

Paese di formazione: nella Tabella 11 è riportata l'analisi dei dati forniti dal personale infermieristico/assistenziale in merito al grado e al Paese di formazione. In media, il 62.5% degli intervistati del grado terziario e il 90.6% degli intervistati del grado secondario avevano svolto la formazione come personale infermieristico/assistenziale in Svizzera. Mentre questa media nazionale rispecchiava anche il rapporto percentuale della Svizzera di lingua tedesca, nella Svizzera di lingua francese e nella Svizzera di lingua italiana si evidenziavano differenze nette. Così, per quanto riguarda il grado terziario, nella Svizzera di lingua francese il 41.4% degli intervistati aveva svolto la formazione in Francia, mentre nella Svizzera di lingua italiana il 59.7% si era formato in Italia. Inoltre, per quanto riguarda il grado secondario, nella Svizzera di lingua francese un quinto (20.3%) degli intervistati non aveva seguito corsi di formazione in Svizzera.

Tabella 11: Paese di formazione del personale infermieristico/assistenziale intervistato

Paese di formazione	n risposte valide		Regione linguistica							
	Grado terziario	Grado second. II	Tutti		D		F		I	
			Grado terziario	Grado second. II	Grado terziario	Grado second. II	Grado terziario	Grado second. II	Grado terziario	Grado second. II
	1580	2000								
Svizzera			62.5%	90.6%	67.9%	93.6%	41.0%	79.7%	29.9%	85.7%
Germania			14.8%	1.9%	18.0%	2.5%	0.5%	0.0%	0.0%	0.0%
Italia			3.1%	1.2%	0.2%	0.4%	0.5%	0.0%	59.7%	13.5%
Francia			5.6%	3.2%	0.2%	0.1%	41.4%	17.0%	0.0%	0.0%
Altro paese			14.0%	3.2%	13.8%	3.4%	16.7%	3.3%	10.4%	0.8%

Grado terziario= Personale infermieristico con diploma universitario o con diploma di Scuola Specializzata Superiore

Grado second. = Grado secondario: Personale specializzata in cura e assistenza con certificato di capacità o Personale di cura e assistenza

2.3.b. Qualità dell'ambiente di lavoro

In merito alla qualità dell'ambiente di lavoro, nel sondaggio sono stati trattati quattro ambiti tematici: dirigenza, possibilità di partecipazione alle decisioni e agli sviluppi interni all'istituto, risorse e dotazione organica presenti e grado di autonomia nel lavoro (v. appendice F, p.59).

Dirigenza: in generale, la qualità della dirigenza è stata valutata come molto buona, laddove negli istituti piccoli la valutazione poteva riferirsi sia a eventuali capi gruppo sia alla direzione d'istituto e dei servizi assistenziali. Nel complesso, i dirigenti sono stati considerati competenti e disponibili ad aiutare. La valutazione relativa all'item se i superiori utilizzavano gli errori per apprendere e non per criticare è stata migliore nella Svizzera di lingua tedesca rispetto alla Svizzera di lingua francese e di lingua italiana (D: 82.5%, F: 65.0%, I: 61.1% di risposte "parzialmente d'accordo" o "fortemente d'accordo"). Nella Svizzera di lingua italiana, il sostegno della dirigenza nelle situazioni conflittuali è stato considerato peggiore (65.5%) rispetto alla Svizzera di lingua francese (75.3%) o alla Svizzera di lingua italiana (86.0%). Invece l'item "Viene elogiata e riconosciuta una prestazione lavorativa ben svolta" ha ricevuto in generale una percentuale di risposte concordanti minore (71.5%) rispetto agli altri item relativi alla dirigenza. Non sono state riscontrate grandi differenze nelle valutazioni riguardo alle dimensioni o allo statuto legale degli istituti.

Partecipazione: il personale infermieristico/assistenziale percepiva come buone le possibilità di esprimere la propria opinione, era coinvolto nelle decisioni dell'istituto e poteva collaborare a progetti di lavoro e di gruppo. Circa tre quarti degli intervistati (76.6%) riteneva che la direzione d'istituto fosse aperta all'ascolto delle proprie richieste.

Dotazione organica e risorse: piuttosto scarso il consenso degli intervistati in merito alla presenza di un organico sufficiente a coprire il lavoro da svolgere (60.9%) oppure di tempo sufficiente per discutere dei problemi relativi all'assistenza (66.6%). Per quanto riguarda la valutazione in merito alla presenza di personale sufficientemente specializzato e competente, è stata riscontrata un'insufficienza generale con differenze a seconda della regione linguistica. Nella Svizzera di lingua francese e nella Svizzera di lingua italiana la quota di intervistati d'accordo con il fatto di avere personale sufficientemente competente e specializzato per il lavoro da svolgere era inferiore (D: 79.7%, F: 61.2%, I: 58.3%).

Autonomia nel lavoro: in linea di principio, il personale infermieristico/assistenziale riteneva di avere un'elevata autonomia, laddove nella Svizzera di lingua italiana la quota di intervistati d'accordo con il fatto di poter decidere autonomamente come svolgere il proprio lavoro era inferiore (D: 82.3%, F: 84.2%, I: 71.5%).

Sempre più contributi tratti dalla letteratura scientifica dimostrano che una buona qualità dell'ambiente di lavoro ha ripercussioni significative su una maggiore soddisfazione sul lavoro e una fluttuazione minore del personale, nonché una migliore qualità delle cure [35-40].

2.3.c. Collaborazione tra i vari gruppi professionali

S'intuisce che la tipologia e le modalità di collaborazione tra i vari lavoratori impiegati nelle case per anziani rappresentano un'importante caratteristica qualitativa dell'istituto. Nell'ambito dello studio

SHURP, abbiamo chiesto al personale infermieristico/assistenziale come percepiva la qualità della collaborazione con i colleghi del team, i capi reparto, i direttori dei servizi sanitari, i direttori d'istituto, i medici, i terapisti d'animazione, il personale di pulizia e il personale di cucina (v. appendice G, p.61). In generale, il personale infermieristico/assistenziale ha valutato molto positivamente la collaborazione all'interno del proprio gruppo e con gli altri gruppi professionali. Le quote percentuali di intervistati che hanno giudicato la collaborazione “abbastanza buona” e “molto buona” sono comprese tra l'85.3% per la “Collaborazione con i direttori d'istituto” e il 96.0% per la “Collaborazione con i colleghi del proprio team”.

Riguardo alla qualità della collaborazione con i vari gruppi professionali si sono riscontrate poche differenze nelle valutazioni rispetto alle dimensioni dell'istituto, alla regione linguistica o allo statuto legale dell'istituto. In generale, si può concludere che più i singoli gruppi professionali collaboravano “a stretto contatto” con il personale infermieristico/assistenziale, maggiore era la quota di personale infermieristico/assistenziale che giudicava molto positivamente la qualità della collaborazione.

È risaputo che la qualità della collaborazione tra i vari operatori sanitari può influire sul loro rendimento nell'assistenza sanitaria. Quando la collaborazione è caratterizzata da problemi di comunicazione e interazione, possono insorgere problemi anche nell'assistenza fornita ai pazienti [41]. Ad esempio, la qualità della collaborazione tra gli infermieri e i medici nell'ambito della cura a lungo termine dipende anche dall'efficacia della loro comunicazione. Nella letteratura scientifica, gli assistenti riportavano come ostacoli più frequenti alla comunicazione la sensazione di essere sollecitati a sbrigarsi dai medici, la difficoltà a trovare un luogo tranquillo per discutere oppure la difficoltà nel reperire il servizio medico. I medici invece si aspettavano dagli assistenti che fossero pronti a essere concisi e che disponessero delle informazioni cliniche rilevanti sui residenti [42]. Si potrebbe presumere che una buona collaborazione tra i vari gruppi professionali si ripercuota positivamente anche sulle cure e sull'assistenza dei residenti. Tuttavia, vi sono ancora pochi risultati scientifici a riguardo.

2.3.d. *Stress sul posto di lavoro*

Per quanto riguarda lo stesso sul lavoro, sono state poste domande relative a quattro ambiti, ciascuno con tre item: responsabilità nei confronti dei residenti, conflitti sul posto di lavoro, insicurezza sul posto di lavoro e riconoscimento professionale (v. appendice H, p.62).

Responsabilità nei confronti dei residenti: la maggior parte dei membri del personale infermieristico/assistenziale intervistati a questo proposito si è detta stressata “spesso” o “molto spesso” dalla gestione di residenti “difficili” (9.6%), laddove il personale operante nella Svizzera di lingua italiana si sentiva più stressato rispetto al personale delle altre regioni linguistiche (D: 8.9%, F: 9.7%, I: 20.2%). Il rapporto con pazienti terminali è invece un fattore di stress minore (2.5%).

Conflitti sul posto di lavoro: questo ambito è quello con i fattori di stress più forti: organico scarso (22.5%) ed elevato carico di lavoro, tale da non permettere di fare tutto bene (15.8%). Risultati analoghi erano già stati riscontrati per il tema risorse e organico (vedere punto 2.3.b), che, a confronto, nell'ambito della valutazione della qualità dell'ambiente di lavoro è stato quello con i risultati peggiori. I conflitti con i dirigenti si sono rivelati meno spesso fonte di stress (3.5%).

Insicurezza sul posto di lavoro: in questo ambito, un numero ridotto di intervistati ha dichiarato di sentirsi "spesso" o "molto spesso" stressato. Né una scarsa preparazione al lavoro da svolgere (1.8%), né la paura di commettere errori (2.7%) sono stati grandi fattori di stress. Una quota leggermente maggiore di membri del personale intervistati ha dichiarato di sentirsi stressata per la mancanza di informazioni sullo stato di salute dei residenti (6.1%).

Riconoscimento professionale: nella maggior parte dei casi, la mancanza di un adeguato riconoscimento non costituiva un fattore di stress (14.7%) per gli intervistati, seguito dalla difficoltà data dal non poter mettere in pratica tutte le capacità sul lavoro (9.2%). Il fatto che non fosse chiesta la propria opinione per le decisioni relative al proprio lavoro si è rivelato un ridotto fattore di stress (4.3%), cosa che corrisponde alle dichiarazioni fatte sul tema partecipazione nell'ambito della valutazione della qualità dell'ambiente di lavoro, dove la possibilità di esprimere la propria opinione, in generale, era stata valutata come buona.

Secondo i risultati delle ricerche effettuate finora, i tempi stringenti, la mancanza di personale e la scarsa considerazione del lavoro rappresentano importanti fattori di stress nell'ambito delle case per anziani [43], insieme ad altri fattori quali ad esempio straordinari, salario basso e il rapporto con residenti "difficili" [44], situazione rispecchiata anche dai risultati dello studio SHURP. Lo stress sul lavoro si ripercuote sulla salute dei collaboratori, dando origine ad es. alla sindrome da burnout e a dolori muscoloscheletrici [45-47] e ha come conseguenza una ridotta capacità operativa, insoddisfazione per il lavoro, assenteismo e licenziamenti [46, 48] nonché una minore qualità delle cure [47, 49]. Proprio nei reparti specializzati nella cura delle demenze, un carico elevato del lavoro degli assistenti è correlato a un numero maggiore di comportamenti sintomatici nei soggetti affetti da demenza [50].

2.3.e. Sicurezza dei residenti

La sicurezza dei residenti fa parte della cultura organizzativa di una casa per anziani e costituisce un'importante caratteristica qualitativa delle cure e dell'assistenza offerte. La sicurezza dei residenti rientra nel contesto della cultura di sicurezza di un determinato istituto e degli aiuti medici, delle cure e dell'assistenza ad essa correlati. I parametri di misurazione della cultura di sicurezza comprendono ad esempio la collaborazione, il clima di sicurezza, la comunicazione, le condizioni di lavoro, il supporto da parte del management. Tali parametri mostrano accadimenti localmente circoscritti all'interno

della casa per anziani e contribuiscono a formare le opinioni, le percezioni e i comportamenti del personale rispetto alla sicurezza dei residenti e/o del personale [51].

Nell'ambito dello studio SHURP, il personale infermieristico/assistenziale è stato intervistato in merito alla sicurezza dei residenti facendo riferimento alle dimensioni collaborazione all'interno del proprio team, clima di sicurezza e riconoscimento dello stress (v. appendice I, p.64). Per quanto riguarda la collaborazione, è stato chiesto ai collaboratori di valutare la qualità di vari aspetti della propria collaborazione. Per quanto riguarda il clima di sicurezza, è stato chiesto come si ci rapporta agli errori, al feedback e alla capacità di apprendere dagli errori. Per quanto riguarda il riconoscimento dello stress, si tratta della consapevolezza da parte del personale del fatto che situazioni di stress, carico di lavoro o stanchezza si ripercuotono negativamente sul rendimento. Risposte concordanti a questi item volevano dire che i collaboratori riconoscevano l'influsso dello stress e della stanchezza sul proprio rendimento. Nei seguenti risultati, viene indicata la percentuale di risposte concordanti ("Sono abbastanza d'accordo" e "Sono pienamente d'accordo").

Collaborazione all'interno del proprio team: in generale, la collaborazione nel team è stata valutata come buona dagli intervistati. Ad esempio, l'80.4% del personale infermieristico/assistenziale ha dichiarato che nel reparto le proposte e le idee (ad es. sull'organizzazione del lavoro o sulle questioni relative alle cure) sono bene accette. Appena un quinto (18.3%) degli intervistati ha riferito di avere difficoltà a parlare di un problema individuato nell'assistenza del residente all'interno del reparto, con differenze tra le regioni linguistiche (D: 16.6%, F: 23.5%, I: 29.9%).

Clima di sicurezza: la valutazione del clima di sicurezza da parte degli intervistati è stata variegata. Circa tre quarti dei membri del personale infermieristico/assistenziale ha dichiarato che se fosse stato residente di quella casa di cura si sarebbe sentito ben curato e/o assistito (74.0%). Un ulteriore 19.1% ha dichiarato di avere difficoltà a discutere degli errori nel reparto, con una prevalenza di questa situazione nella Svizzera di lingua francese e nella Svizzera di lingua italiana (D: 16.1%, F: 27.4%, I: 42.2%). Di contro, i collaboratori operanti nella Svizzera di lingua italiana hanno riferito di ricevere un riscontro più adeguato in merito al lavoro svolto (D: 67.1%, F: 59.2%, I: 72.4%), mentre i collaboratori operanti nella Svizzera di lingua francese erano più incoraggiati a segnalare le osservazioni fatte (D: 76.2%, F: 84.1%, I: 77.0%).

Riconoscimento dello stress: una percentuale di intervistati compresa tra il 39% e il 61% era d'accordo sul fatto che un elevato carico di lavoro, stanchezza e situazioni di stress compromettono il rendimento sul lavoro. In generale, sono state riscontrate poche differenze nel riconoscimento dello stress in base alle dimensioni o allo statuto legale dell'istituto. Invece, a livello delle regioni linguistiche, è stato riscontrato che nella Svizzera di lingua tedesca, rispetto alla Svizzera di lingua francese e alla Svizzera di lingua italiana, vi era un minore riconoscimento dello stress per tutti e quattro gli item, ovvero: "Quando il mio carico di lavoro è eccessivo, il mio lavoro ne risente" (D: 53.2%, F: 71.4%, I: 82.9%);

“Quando sono stanca/o sono meno efficiente” (D: 56.6%, F: 77.3%, I: 76.0%); “In situazioni stressanti o tese è più facile che possa commettere degli errori” (D: 48.3%, F: 59.4%, I: 78.9%); e “In situazioni di emergenza, la stanchezza pregiudica le mie prestazioni professionali” (D: 36.4%, F: 46.7%, I: 52.8%).

Ricerche internazionali dimostrano che la valutazione del clima di sicurezza all'interno delle case per anziani varia di molto [52-54]. A seconda dell'aspetto della sicurezza considerato, ad es. “che è facile affrontare i problemi” oppure “se in caso di errore il collaboratore viene esposto a una brutta figura” le risposte concordanti del personale assistenziale oscillano tra il 16% e il 56%. Inoltre, spesso le direzioni d'istituto e dei servizi assistenziali giudicano il clima di sicurezza all'interno dell'istituto in modo nettamente più positivo rispetto agli assistenti [55]. Singole ricerche dimostrano anche che un clima di sicurezza positivo all'interno delle case di cure è correlato ad esempio a un minore ricorso a misure limitative della libertà [56] e a una maggiore disponibilità di personale infermieristico [57, 58]. I dirigenti giocano un ruolo importante per l'instaurazione di un clima di sicurezza positivo, promuovendo ad esempio la comunicazione “senza additare colpe in caso di errori” e coinvolgendo il personale specializzato nei processi decisionali [59].

2.3.f. *Straordinari*

Abbiamo chiesto al personale infermieristico/assistenziale se era capitato di dover prestare più di 30 minuti di straordinario nell'ultimo turno di lavoro e la frequenza con cui si prestavano ore di lavoro straordinario (v. appendice J, p.66). Le risposte dimostrano che capitava raramente che un membro del personale infermieristico/assistenziale dovesse prestare ore di lavoro straordinario in quasi tutti i turni di lavoro (3.1%). Un quarto degli intervistati aveva svolto da due a sette giorni di lavoro straordinario (25.1%). Nella Svizzera di lingua italiana l'occorrenza di straordinario era ridotta (quasi tutti i turni di lavoro svolgevano lo straordinario ogni sette giorni: D: 29.8%, F: 24.6%, I: 12.4%).

Il lavoro straordinario è un importante fattore di stress [44] e, nella letteratura scientifica, è correlato a insoddisfazione sul lavoro [60], esaurimento emotivo [61], infortuni sul lavoro [62], assenteismo [63] e intenzione di licenziarsi [64].

2.3.g. *Razionalizzazione implicita delle cure*

Il carico di lavoro elevato e la scarsità di risorse (tempo, personale) porta il personale infermieristico/assistenziale a dover stabilire delle priorità e a prendere delle decisioni in merito a quali misure assistenziali è possibile offrire e quali no. In merito alla razionalizzazione implicita delle cure è stato chiesto di indicare la frequenza con cui negli ultimi sette giorni di lavoro non è stato possibile eseguire, o è stato possibile eseguire solo in parte, cure o terapie consuete e necessarie per mancanza di tempo o per sovraccarico di lavoro (v. appendice K, p.67). Le risposte fornite nel corso di questo studio

erano orientati ai seguenti sei ambiti tematici: Assistenza nelle attività di vita quotidiana, comunicazione – accompagnamento – attenzione, promozione – istruzione, monitoraggio – sicurezza, documentazione e attività socio-culturali.

Assistenza nelle attività di vita quotidiana: in media, la quota di personale infermieristico/assistenziale che qualche volta o spesso non aveva potuto svolgere le sei misure per la cura della persona previste dall'Assistenza nelle attività di vita quotidiane (AVQ) è compresa il 5.6% e il 14.2%. Secondo i dati forniti dagli intervistati, le attività maggiormente razionalizzate erano: lavaggio completo o parziale e/o cura della cute (14.2%) e cura del cavo orale e/o dei denti (12.7%). Stando alle risposte degli intervistati, nella Svizzera di lingua francese (18.9%) e nella Svizzera di lingua italiana (20.1%) capitava più spesso di non poter eseguire la cura del cavo orale e/o dei denti rispetto alla Svizzera di lingua tedesca (11.1%). Il lavaggio e la cura della cute rappresentava la misura meno razionalizzata nella Svizzera di lingua italiana (D: 13.2, F: 21.5%, I: 8.2%). L'assistenza a un residente che non riusciva a mangiare e a bere da solo veniva razionalizzata più raramente: solo il 5.6% e il 6.1% degli intervistati ha dichiarato di non poter offrire ai residenti, qualche volta o spesso, l'aiuto necessario per alimentarsi.

Comunicazione – accompagnamento – attenzione: un quinto del personale infermieristico/assistenziale (21.9%) ha dichiarato di non aver potuto offrire al residente un supporto emotivo in caso ad esempio di insicurezza, paura o sensazione di dipendenza. Per quanto concerne la razionalizzazione del dialogo con i residenti e/o i parenti emergono differenze notevoli tra le varie regioni linguistiche: la Svizzera di lingua francese è quella che ha riferito maggiormente di non aver potuto avere un colloquio (30.7%) rispetto alla Svizzera di lingua italiana (22.3%) o alla Svizzera di lingua tedesca (14.1%).

Promozione – istruzione: un intervistato su quattro (24.4%) ha dichiarato di non aver potuto eseguire qualche volta o spesso negli ultimi sette giorni le cure riattivanti che servono a migliorare l'autonomia del residente. La quota più alta è stata rilevata nella Svizzera di lingua francese (31.3%), seguita dalla Svizzera di lingua italiana (27.5%) e dalla Svizzera di lingua tedesca (22.9%). Anche per quanto concerne il training per la continenza sono state riscontrate differenze a seconda della regione linguistica, con la razionalizzazione più frequente nella Svizzera di lingua francese (D: 12.9%, F: 23.8%, I: 18.5%).

Monitoraggio – sicurezza: in quest'area tematica, un terzo degli intervistati (33.8%) ha dichiarato di aver dovuto far aspettare i residenti che avevano chiamato più di cinque minuti, con differenze nella quota percentuale tra le regioni linguistiche. Nella Svizzera di lingua francese questa condizione era vera per un membro del personale infermieristico/assistenziale su due (48.8%), mentre nella Svizzera di lingua italiana la quota era pari 39.1% e nella Svizzera di lingua tedesca al 30.7% degli intervistati. Un'ulteriore differenza tra le regioni linguistiche è stata riscontrata quando abbiamo chiesto se era possibile sorvegliare i residenti con la frequenza che sarebbe stata necessaria: mentre il 16.7% degli intervistati nella Svizzera di lingua tedesca ha riferito di non aver potuto sorvegliare i residenti, a volte

o spesso, negli ultimi sette giorni, la quota di intervistati a tal proposito saliva al 20.7% nella Svizzera di lingua italiana e al 29.1% nella Svizzera di lingua francese. Inoltre, il 19.0% ha dichiarato di aver dovuto utilizzare misure limitative della libertà e/o di aver dovuto somministrare sedativi poiché non era possibile sorvegliare adeguatamente residenti confusi o con capacità cognitive alterate.

Documentazione: tutte e tre le misure analizzate in quest'area tematica non sono state eseguite da circa un terzo degli intervistati qualche volta o spesso. Ad esempio, il 35.4% degli intervistati ha dichiarato di non aver avuto tempo all'inizio del turno per informarsi adeguatamente sulla situazione dei residenti attraverso la documentazione infermieristica (D: 33.8%, F: 46.5%, I: 26.8%); il 32.1% ha dichiarato di non aver potuto redigere o aggiornare il piano di assistenza (D: 32.2%, F: 34.5%, I: 24.0%) e il 31.3% ha dichiarato di aver potuto documentare adeguatamente le attività infermieristiche già svolte (D: 31.1%, F: 33.2%, I: 29.4%). La Svizzera francese risulta essere la regione linguistica in cui capitava più spesso di non potersi documentare all'inizio del turno.

Attività socio-culturali: appena il 30% del personale infermieristico/assistenziale intervistato ha dichiarato di non aver potuto svolgere un'attività individuale programmata con singoli residenti, ad esempio fare una passeggiata, accompagnarli a fare spese, con una prevalenza di questa situazione tra gli intervistati della Svizzera di lingua francese (36.1%) e della Svizzera di lingua italiana (38.2%) rispetto a quelli della Svizzera di lingua tedesca (27.5%). A questo proposito occorre osservare che in alcune case di cure simili attività non rientrano nell'ambito di responsabilità del personale infermieristico/assistenziale del reparto o vi rientrano solo in parte.

Sappiamo dalla ricerca condotta in ambito ospedaliero che una maggiore razionalizzazione delle cure può avere effetti negativi sui risultati per i pazienti (ad es. sulla mortalità) [65-67]. Purtroppo finora non vi sono studi quantitativi in merito all'entità della razionalizzazione delle cure nelle case per anziani, sebbene sia risaputo che questo fenomeno si verifica anche in questo contesto [68]. Lo studio SHURP è il primo a fornire conoscenze importanti in merito a questo fenomeno.

2.4. Risultati relativi al personale infermieristico/assistenziale

2.4.a. Soddisfazione sul posto di lavoro / Raccomandazione del posto di lavoro

Nell'ambito dello studio SHURP abbiamo posto al personale infermieristico/assistenziale due domande complementari in merito alla soddisfazione sul posto di lavoro (v. appendice L, p.69): da un lato abbiamo chiesto di indicare la soddisfazione generale per il proprio posto di lavoro, dall'altro abbiamo chiesto agli intervistati se consiglierebbero ai colleghi il posto di lavoro attuale come un buon posto in cui lavorare. In generale il personale infermieristico/assistenziale ha valutato positivamente la soddisfazione sul posto di lavoro, l'88.3% si è detto soddisfatto o molto soddisfatto del proprio posto di lavoro. La percentuale di intervistati che consiglierebbe ("probabilmente sì" e "sicuramente sì") il proprio posto di lavoro come un buon posto in cui lavorare si è attestata in media all'87.0%. Per en-

trambi i quesiti non sono state riscontrate differenze sostanziali relativamente a dimensioni dell'istituto, regione linguistica o statuto legale dell'istituto.

Stando ai risultati delle ricerche condotte finora, la soddisfazione professionale del personale delle case per anziani è correlata a innumerevoli fattori tra cui ad es. caratteristiche individuali dei collaboratori, caratteristiche del posto di lavoro e ambiti dei compiti da svolgere [48, 69]. Gli aspetti più importanti, in grado di determinare la soddisfazione professionale del personale infermieristico/assistenziale, sono da un lato il fatto di ritenere di poter svolgere bene i propri compiti di cura e assistenza e, dall'altro, di poter aiutare i residenti [61, 70]. Inoltre, il personale infermieristico/assistenziale è più soddisfatto del proprio lavoro quando ritiene che la qualità delle cure sia buona [71, 72].

2.4.b. *Impegno organizzativo*

I quesiti sull'impegno (Commitment) organizzativo erano composti da cinque item (v. appendice M, p.70). Per gli tutti gli item relativi al Commitment nei confronti del proprio istituto, circa tre quarti degli intervistati si è detto "abbastanza d'accordo" o "pienamente d'accordo". La percentuale più bassa di concordanza, ovvero il 62.9%, è stata riscontrata con l'item "Sono orgogliosa/o di lavorare per quest'organizzazione". Il 68.3% degli intervistati ha espresso un forte senso di appartenenza al proprio istituto, il 71.0% sarebbe felice di continuare a lavorare per l'attuale istituto in futuro e il 75.4% ritiene che ci sia corrispondenza tra la propria idea di cure e assistenza buone e quella dell'organizzazione. Si riscontrano differenze soprattutto in riferimento alla regione linguistica, con un Commitment in generale più alto nella Svizzera di lingua italiana come ad es. per quanto riguarda l'essere orgogliosi di lavorare per la propria organizzazione (D: 61.3%, F: 69.0%, I: 70.9%).

Nella letteratura scientifica, il Commitment verso l'organizzazione è un importante valore predittivo della disponibilità del collaboratore a restare nell'istituto oppure no. Un elevato Commitment verso l'organizzazione è correlato positivamente ad una minore fluttuazione del personale, ad una maggiore soddisfazione professionale e una migliore esecuzione del proprio lavoro [69, 73-75].

2.4.c. *Impegno professionale*

Il Commitment verso il proprio lavoro fornisce indicazioni in merito alla disponibilità del collaboratore a restare o meno in quella posizione professionale, ma non fornisce alcuna informazione in merito all'impegno nei confronti dell'istituto. Non vi sono risultati scientifici sul significato dell'impegno professionale nel settore delle case di cura, per cui lo studio SHURP è il primo a fornire conoscenze a tal riguardo.

Nello studio SHURP sono stati utilizzati tre item per indagare sull'impegno professionale (v. appendice M, p.70). L'impegno professionale è risultato maggiore dell'impegno organizzativo: l'86.6% dei

membri del personale infermieristico/assistenziale si è detto d'accordo con il fatto che riveste grande importanza esercitare proprio quella professione, l'86.9% si diverte a svolgere la propria attività e l'88.7% si è detto d'accordo con il fatto che l'attuale attività ben gli si addice.

2.4.d. *Esaurimento emotivo*

Sulla base di sette item sono state poste domande per acquisire informazioni su aspetti relativi all'esaurimento emotivo correlato al lavoro (v. appendice N, p.71). Come indicato dai risultati del sondaggio, più di un quinto (23.7%) del personale infermieristico/assistenziale si sentiva emotivamente esaurito una o più volte a settimana, con una quota leggermente maggiore nella Svizzera di lingua tedesca (24.5%) rispetto alla Svizzera di lingua francese (21.7%) o alla Svizzera di lingua italiana (16.3%). Inoltre, il 37.7% degli intervistati ha risposto di sentirsi consumato a fine giornata una o più volte a settimana. Il 19.3% ha riferito di alzarsi al mattino stanco prima di recarsi a lavoro. A questo proposito, la quota più alta, il 30.6%, è stata rilevata nella Svizzera di lingua italiana, seguita dalla Svizzera di lingua francese (25.3%) e dalla Svizzera di lingua tedesca (17.5%). Di contro, era bassa la quota di personale infermieristico/assistenziale che ha dichiarato di trattare i residenti come oggetti impersonali (7.1%) o che trovava faticoso lavorare tutto il giorno a contatto con le persone (5.7%).

L'esaurimento emotivo è un fenomeno noto tra il personale infermieristico/assistenziale impiegato nelle case per anziani [61, 76] e può essere indice di una sindrome da burnout [77]. Dalla letteratura si evince che la sindrome da burnout è correlata a una quota maggiore di assenteismo, intenzione di licenziarsi e fluttuazione tra il personale assistente [78]. Inoltre, la sindrome da burnout influenza negativamente il comportamento nei confronti dei residenti [47] e può portare ad esempio al maltrattamento degli stessi [79, 80].

2.4.e. *Malattie*

Il personale infermieristico/assistenziale impiegato negli istituti di cura a lungo termine soffre di numerosi problemi di salute, tra cui ad es. dolori alla schiena, alle spalle e al collo, correlati al lavoro fisico, spesso faticoso. A ciò si aggiungono altre criticità sanitarie tra cui ad esempio infezioni, situazioni di stress psicologico e sindrome da burnout [61, 81].

Nell'ambito dello studio SHURP abbiamo interrogato il personale infermieristico/assistenziale in merito ai problemi di salute riscontrati, mediante cinque domande contenute nell'Indagine sulla salute in Svizzera [ISS, v. 82] e con una domanda aggiuntiva sui sintomi allergici (v. appendice O, p.72). Di seguito vengono riportate le quote percentuali delle risposte concordanti ("un poco" e "molto").

Nel complesso, il personale infermieristico/assistenziale intervistato ha segnalato in media i seguenti problemi di salute: mal di schiena e dolori lombari (70.9%), debolezza generale, stanchezza e mancanza di energia (66.0%), dolori alle membra e alle articolazioni (50.9%), disturbi del sonno (48.1%), mal

di testa (45.5%). Il 9.3% degli intervistati ha dichiarato di avere sintomatologie allergiche. Tra i vari problemi di salute menzionati, soprattutto i dolori alle membra e alle articolazioni (D: 48.2%, F: 62.4%, I: 60.2%) erano quelli maggiormente diffusi nella Svizzera di lingua francese e nella Svizzera di lingua italiana.

A titolo integrativo, è stato anche chiesto all'intervistato di indicare in che misura (40% - 100%) ritenesse che i problemi menzionati fossero correlati al lavoro. Tra i membri del personale infermieristico/assistenziale intervistati, il 65.3% vedeva un legame tra i problemi di salute menzionati e il proprio lavoro. Questi dati oscillavano tra il 20.0% e il 100.0% a seconda dell'istituto. In generale, nella valutazione del rapporto tra i problemi di salute e il lavoro non sono state riscontrate differenze sostanziali in riferimento alle dimensioni e allo statuto legale dell'istituto. Nella Svizzera di lingua italiana la correlazione tra i problemi di salute e il lavoro è stata più frequente che nelle altre regioni linguistiche (D: 63.6%, F: 69.6%, I: 80.6%).

I risultati dello studio SHURP sui problemi di salute corrispondono in gran parte a quelli presenti nella letteratura scientifica: i problemi di salute citati più di frequente dal personale infermieristico/assistenziale delle case per anziani sono mal di schiena, mal di testa e debolezza ad arti inferiori e superiori [61]. Secondi gli studi, i problemi di salute e i tassi d'infortunio sono evidentemente correlati alle ore e ai giorni di assistenza prestati per ciascun residente [83].

2.4.f. *Assenteismo / Presentismo*

Per assenteismo s'intende l'assenza fisica durante una giornata di lavoro, per lo più a causa di malattia o incidente, mentre presentismo vuol dire "recarsi a lavoro anche se malati". Abbiamo chiesto ai membri del personale infermieristico/assistenziale di indicare il numero di giorno di assenza dal lavoro a causa di malattia e il numero di giorni in cui si sono recati al lavoro pur non sentendosi bene (v. appendice P, p.73).

Oltre l'85% degli intervistati non era mai stato malato nelle precedenti quattro settimane, mentre il 5.9% era stato malato per tre o più giorni. Con il 16.8% degli intervistati che si era recato a lavoro per tre o più giorni, sebbene malato, la problematica del presentismo appare più marcata di quella dell'assenteismo.

Secondo la letteratura scientifica, l'assenteismo è legato a costi per il datore di lavoro, aumenta spesso il carico di lavoro nell'istituto e si presume che un elevato assenteismo sia correlato a una peggiore qualità delle cure e una maggiore fluttuazione [63]. Sembra che una buona qualità dell'ambiente di lavoro sia correlata a un minor assenteismo [84-86]. Il presentismo si presenta maggiormente tra il personale sanitario [87] e può influire comunque negativamente sulla qualità delle cure, dal momento che il personale presente non è in grado di adempiere ai compiti professionali, specie quelli fisici [88],

oppure favorisce la trasmissione di malattie infettive [89]. Un maggiore stress professionale sembra far aumentare più il presentismo nelle case di cura che non l'assenteismo [90].

2.4.g. Lesioni da punture di ago

Abbiamo chiesto al personale infermieristico/assistenziale se era capitato nel corso degli ultimi sei mesi di ferirsi con un ago o un altro oggetto appuntito usato in precedenza con un residente (v. appendice Q, p.73). Nel complesso, il 2.1% degli intervistati è stato interessato da simili lesioni. Non si tratta di una percentuale bassa se si considerano le conseguenze (in termini di salute e costi) che ciascuna lesione ha sulla persona e sull'istituto.

La letteratura a proposito delle lesioni da puntura di ago nelle case di cura è scarsa [91]. Una ricerca dimostra che la maggior parte delle lesioni da puntura è legata alle iniezioni di insulina e al riposizionamento del cappuccio di protezione dell'ago [91]. Il pericolo è la trasmissione di malattie infettive quali epatite B e C, nonché HIV. Ogni lesione da puntura provoca anche conseguenze psicologiche sulla persona interessata, quali stati di paura, incapacità di lavorare o depressione [92]. Sono disponibili diverse misure di prevenzione delle lesioni da puntura di ago, tra cui le più importanti sono un design sicuro degli aghi o possibilità di smaltimento sicure [92, 93].

2.4.h. Propensione all'abbandono del posto di lavoro

Per quanto riguarda l'intenzione di lasciare il posto di lavoro, nel sondaggio sono state poste domande relative a tre ambiti tematici che mettono in evidenza il processo che porta al licenziamento, ovvero valutazione della possibilità di lasciare il lavoro, intenzione di licenziarsi, ricerca effettiva di un altro posto di lavoro. In concomitanza, in accompagnamento al tema, è stata posta anche una domanda in merito alla percezione che i collaboratori hanno delle loro possibilità sul mercato del lavoro e all'intenzione di smettere di lavorare nel settore dell'assistenza (v. appendice R, p.74). I risultati del sondaggio dimostrano che, nel complesso, il 12.4% del personale infermieristico/assistenziale pensa spesso di lasciare il lavoro attuale e il 6.4% è al momento in cerca di un nuovo lavoro in un'altra struttura. Circa un terzo degli intervistati (32.2%) ha dichiarato che trovare un altro lavoro sarebbe facile, con una percentuale meno marcata nella Svizzera di lingua francese (22.2%) e nella Svizzera di lingua italiana (16.1%) rispetto alla Svizzera di lingua tedesca (35.1%). Ugualmente al 12.0% è la quota di personale infermieristico/assistenziale che pensa spesso di lasciare definitivamente il settore delle case per anziani e di iniziare a svolgere un'altra professione.

Stando ai risultati degli studi, la propensione all'abbandono del posto di lavoro rappresenta l'aspetto che maggiormente è in grado di predire la fluttuazione (Turnover) [94], influisce sulla qualità dell'assistenza e delle cure ed ha conseguenze economiche per l'istituto [44, 61]. Fattori importanti in grado di influenzare la propensione all'abbandono del posto di lavoro nelle case di cura sono, tra gli

altri, un carico di lavoro elevato, scarso appoggio e riconoscimento da parte dei superiori, scarsa collaborazione, mancanza di flessibilità nella turnazione del personale, scarse possibilità di sviluppo professionale, nonché fattori individuali quali l'insoddisfazione professionale e l'esaurimento emotivo [46, 61, 84, 94-101].

2.4.i. *Mobbing*

Con il termine mobbing, definito come “Violenza sul posto di lavoro”, s'intende un comportamento inadeguato e ripetuto messo in atto da dipendenti o da un gruppo di dipendenti nei confronti di singole persone, che può comportare rischi per la sicurezza e la salute [102]. Nell'ambito dello studio SHURP abbiamo chiesto ai membri del personale infermieristico/assistenziale di indicare la frequenza con cui nel corso degli ultimi sei mesi avevano ricevuto un carico di lavoro da parte dei membri del team e/o dei superiori tale da non poterlo gestire, erano stati esclusi o ridicolizzati oppure erano state loro nascoste informazioni importanti per lo svolgimento del lavoro (v. appendice S, p.75). Di seguito sono riportate le percentuali dei membri del personale infermieristico/assistenziale che hanno dichiarato di aver vissuto simili esperienze “ogni mese”, “ogni settimana” o “ogni giorno”.

Nel complesso, il personale infermieristico/assistenziale ha riferito un numero relativamente esiguo di “episodi di mobbing”. Tra gli intervistati, il 4.7% ha dichiarato di ricevere dai superiori l'assegnazione di una quantità di lavoro superiore a quella degli altri membri del team, tale da non riuscire a portarla a termine, il 2.4% ha dichiarato di essere stato ignorato o escluso sul lavoro dagli altri membri del team/dai superiori, il 2.7% ha riferito che gli altri membri del team/i superiori gli negavano le informazioni sul lavoro, così da compromettere il proprio rendimento lavorativo e l'1.9% ha dichiarato di essere stato umiliato o ridicolizzato dagli altri membri del team/dai superiori.

L'insorgere del mobbing sul posto di lavoro è favorito in generale da una scarsa qualità della dirigenza, da una cattiva organizzazione del lavoro e dal mutamento delle condizioni di lavoro [103]. A seconda del settore lavorativo, la percentuale di mobbing oscilla tra il 6% nel settore agricolo e il 23% nel settore sanitario [104]. Nel settore sanitario, una quota compresa il 17% e il 76% degli operatori sanitari professionisti riporta esperienze di mobbing, laddove la diversità delle indicazioni fornite è da ricondurre anche alla diversità delle definizioni e dei metodi di rilevamento [105]. In una ricerca svizzera, il 10.4% dei lavoratori impiegati nel settore sanitario ha riferito di aver subito episodi di mobbing [106].

2.4.j. *Regolazione emotiva*

La scala della regolazione emotiva valuta come le persone tengono sotto controllo o regolano i loro sentimenti. Tale scala è suddivisa in due sottoscale: “Repressione” e “Rivalutazione”, che indicano due strategie di gestione dei sentimenti [107] (v. appendice T, p.76). Nella repressione si modifica il

proprio comportamento per nascondere i sentimenti, mentre nella rivalutazione si modifica la valutazione della situazione. Abbiamo chiesto agli intervistati di indicare, su una scala da 1 a 7, il grado di concordanza con diverse dichiarazioni fatte sul tema. Si è osservata una concordanza maggiore da parte del personale con la strategia della “Rivalutazione” (valore medio sulla scala: 4.7) piuttosto che con la strategia della repressione (valore medio sulla scala: 3.8). La rivalutazione è legata a un migliore stato di salute fisica e di regolazione delle funzioni sociali, mentre la repressione è correlata a uno stato di salute fisica peggiore e ad esperienze emotive negative [108].

3. Sintesi dei risultati e discussione

3.1. Sintesi

Lo studio SHURP è il sondaggio relativo al personale infermieristico/assistenziale impiegato nelle case anziani finora più grande condotto su un campione rappresentativo in Svizzera. Con una quota di ritorno dei questionari del 76%, questo studio consente di giungere per la prima volta a dichiarazioni affidabili sulla situazione delle cure e dell'assistenza negli istituti, ad esempio in merito alla qualità dell'ambiente di lavoro e ai risultati per i collaboratori. Lo studio SHURP ha misurato diversi temi rilevanti per le case per anziani, tra cui anche il rilevamento di dati, per la prima volta a livello internazionale su ampia scala, sulla razionalizzazione delle cure nelle case per anziani. Nel complesso, lo studio SHURP rappresenta una base di dati, di cui si aveva un urgente bisogno, a disposizione di tutti gli stakeholder impegnati nel panorama svizzero delle case per anziani.

Il presente rapporto rappresenta una prima illustrazione e descrizione dei dati raccolti tramite i questionari somministrati nell'ambito dello studio SHURP. Le differenze emerse, ad es, quelle tra le regioni linguistiche, nonché le possibili associazioni tra le variabili saranno esplorate e interpretate in passaggi successivi nel contesto della varietà delle variabili che hanno influenzato le risposte. Dunque il rapporto sullo studio SHURP è in primo luogo descrittivo. In questa sede non siamo ancora in grado di dare una risposta agli interrogativi emergenti in merito al rapporto tra gli innumerevoli temi trattati. Tali questioni saranno affrontati in una fase successiva del progetto.

Tra tutti i dati del sondaggio presentati in questo rapporto, in questa sezione si discuterà a titolo esemplificato di alcuni singoli temi che abbiamo ritenuto rilevanti per la discussione con gli Stakeholder dello studio SHURP, ovvero nello specifico associazioni professionali e di istituti di assistenza, organi specializzati e altre parti interessate. Si può tuttavia affermare fin d'ora che il confronto con queste tematiche e la ricerca di soluzioni richiedono un impegno globale da parte di fornitori e prestatori di servizi, centri di formazione, associazioni e istituzioni politiche.

3.1.a. Attrattività del settore della cura a lungo termine

I risultati dimostrano che le case per anziani rappresentano per la maggior parte delle persone che vi lavorano un buon ambiente di lavoro e che una quota alta di membri del personale infermieristico/assistenziale, pari all'88%, è soddisfatta del proprio lavoro. Tale quota è maggiore di quella dei colleghi impiegati negli ospedali della Svizzera, i quali, secondo lo studio RN4CAST, sono soddisfatti del loro posto di lavoro per il 79% [33] e si avvicina alla media svizzera del 91% dei lavoratori che, secondo uno studio condotto dalla SECO, ha dichiarato di essere soddisfatto o molto soddisfatto delle proprie condizioni di lavoro [109]. Circa l'87% dei membri del personale infermieristico/assistenziale delle case per anziani ha dimostrato un grande impegno professionale: per questi membri l'attività e il

lavoro che svolgono sono importanti e li divertono anche. Il personale ha valutato positivamente il personale dirigenziale e la possibilità di partecipazione alle decisioni dell'istituto. Una grande maggioranza si è detta abbastanza o molto soddisfatta della qualità delle cure e dell'assistenza fornite nel proprio reparto. Questi risultati dimostrano che la maggioranza del personale infermieristico/assistenziale ritiene che la "casa per anziani" sia un posto di lavoro attraente e veicolano un'immagine generalmente positiva del settore della cura a lungo termine. Si tratta di un presupposto importante per fidelizzare l'attuale personale infermieristico/assistenziale impiegato in questo settore e reclutare nuovi membri. Dunque, la situazione attuale del settore della cura a lungo termine rappresenta un buon punto di partenza per poter far fronte alle sfide specifiche del settore, quali ad esempio l'incremento di persone di età avanzata, con elevata necessità di cure e per la maggior parte affette da demenza.

3.1.b. Sfida della demenza

Più della metà dei residenti è affetta da demenza diagnosticata da un medico o presenta sintomi di demenza. Vista la tendenza a far rimanere le persone anziane a casa il più a lungo possibile e a portarle in case per anziani in età avanzata, quando la demenza è già in uno stadio avanzato, probabilmente in futuro la cifra aumenterà. Ciò comporta un aumento sia delle spese previste per le cure e l'assistenza sia dei costi per essere assistiti all'interno di case per anziani e richiede un'ulteriore specializzazione in questo settore. Attualmente i quattro quinti delle case per anziani offrono corsi di aggiornamento annuali sul tema della demenza, tuttavia i dati rilevati hanno dimostrato che occorre agire per quanto riguarda le strutture e gli ambienti specifici per la demenza all'interno delle case di cura nonché nel fornire al personale competenze specifiche per la gestione della demenza. L'aumento prognosticato di persone affette da demenze nelle case per anziani porrà ulteriori sfide al personale infermieristico/assistenziale. La letteratura scientifica ci dice che il personale dotato degli strumenti professionali per la gestione di persone affette da demenza è più soddisfatto, è in grado di prevenire situazioni critiche nella quotidianità e migliora la qualità di vita dei residenti [11, 110]. Pertanto, è necessario che le case per anziani inizino fin da ora a preparare il terreno per il futuro, impegnandosi per ottenere, oltre che condizioni strutturali adeguate, anche personale sufficientemente qualificato e specializzato nel settore delle cure specifiche per la demenza.

3.1.c. Punti di forza regionali e necessità di assistenza

I risultati dello studio evidenziano diversità regionali per quanto riguarda offerte di assistenza, intensità delle cure dei residenti, specializzazioni demenza e cure palliative, grademix e qualità delle condizioni di lavoro e delle cure e dell'assistenza offerte. Proprio per quanto concerne la qualità delle cure e dell'assistenza è stato riscontrato che le differenze tra i vari istituti sono maggiori rispetto alle differenze dovute a regione linguistica, dimensioni o statuto legale delle case per anziani. Le differenze

consentono anche di aiutarsi a vicenda a migliorare, dal momento che le diversità regionali offrono la possibilità di confrontarsi per apprendere gli uni dagli altri. Ad esempio i progetti innovativi e di successo possono essere presi a modello per migliorare l'assistenza alle persone in età avanzata e possono essere modificati per adattarli alla propria situazione. Nell'ambito dei livelli di spesa per le cure è evidente che soprattutto nella Svizzera di lingua tedesca ci troviamo probabilmente ancora di fronte a un processo di rinvio. Procrastinando l'ingresso nelle case per anziani, in queste ultime saranno ricoverate sempre più spesso persone che sono già relativamente molto dipendenti dalle cure e spesso presentano una demenza in stadio avanzato. Pertanto, occorre potenziare i servizi a domicilio per le persone anziane e sviluppare nuovi modelli di assistenza che contemplino un maggior coordinamento tra i vari fornitori di servizi.

3.1.d. Forte carico psicofisico del personale delle case di cura

Contrapposte all'immagine positiva di un buon posto di lavoro e di un grado relativamente alto di soddisfazione sul lavoro, i risultati dello studio fanno intravedere anche diverse problematiche che bisogna affrontare. L'attività in una casa per anziani comporta anche problemi di salute fisici e psichici per il personale infermieristico/assistenziale, talvolta notevoli. I due terzi del personale soffre di mal di schiena e lombalgia, debolezza generalizzata e stanchezza e più della metà ha dolori alle membra e alle articolazioni. Inoltre, più di un terzo si sente consumato al termine della giornata di lavoro almeno una volta a settimana. Può essere causa di stress anche l'esperienza di un comportamento aggressivo da parte dei residenti, sia esso di tipo verbale attraverso insulti (23%) o fisico con percosse, morsi e graffi (10%). Questa situazione richiede non solo l'azione da parte degli istituti per un miglioramento delle condizioni di salute, ma anche offerte volte a preservare la salute che rispondano a esigenze coordinate e diversificate, ad esempio da parte delle associazioni. Proprio le case di cura piccole hanno bisogno di offerte e sostegno esterni da parte delle associazioni.

3.1.e. Reclutamento di riserve al confine

La percentuale all'unisono elevata (92%) degli istituti che hanno dichiarato di avere difficoltà nel reclutamento di personale specializzato, considerando che a) un lavoratore su otto pensa spesso di lasciare il proprio lavoro nella casa per anziani, b) un lavoratore su tre smetterà di lavorare nei prossimi 15 anni e c) una percentuale relativamente alta di personale è in possesso di un titolo di formazione conseguito all'estero, dimostra quanto sia necessario attuare una politica di sviluppo del personale su vasta scala. Essa deve contemplare misure di formazione e incentivazione interne ed esterne all'istituto che puntino alla formazione di giovani leve, allo sviluppo della carriera e alla permanenza nel settore professionale e nell'istituto di appartenenza, a garantire il reinserimento e l'abbreviazione del percorso di addestramento, nonché a creare un mix equilibrato di generazioni. Per rispondere al crescente biso-

gno di personale interno al Paese da impiegare nel settore dell'assistenza, è stato fatto un passo importante a livello nazionale con il Masterplan "Bildung Pflegeberufe" (Formazione per le professioni sanitarie), coordinato dallo Stato (Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione SEFRI e Ufficio federale della sanità pubblica UFSP), dai cantoni (Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione CDPE e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità CDS) e dall'Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario Oda-Santé.

3.1.f. Lotta per il mantenimento della qualità dell'assistenza

I risultati degli indicatori di qualità misurati per le case di cura svizzere sono molto buoni: le percentuali di residenti con ulcere da decubito (2.7%), infezioni delle vie urinarie (5.1%) o perdita di peso (4.5%) sono ridotte. Facendo un confronto a livello internazionale, con il 13.2% è relativamente bassa anche la quota di residenti interessati da cadute. Tra il personale infermieristico/assistenziale, il 93.5% si è detto abbastanza o molto soddisfatto della qualità delle cure e dell'assistenza. Tuttavia, si fanno notare le risposte al tema razionalizzazione delle cure. Un quinto del personale infermieristico/assistenziale ha dichiarato di non aver potuto offrire nessun supporto emotivo ai residenti qualche volta o spesso. Un quarto non ha potuto attuare le cure riattivanti, il che vuol dire che i residenti non vengono aiutati a preservare la loro autonomia. Un quinto degli intervistati ha dichiarato di non aver potuto sorvegliare a sufficienza persone confuse o con capacità cognitive alterate, per cui si sono resi necessari l'utilizzo di misure limitative della libertà o la somministrazione di sedativi. Una percentuale di membri del personale infermieristico/assistenziale compresa tra il 17% e il 29%, ha anche riferito della razionalizzazione delle attività socioculturali. A questo proposito, a causa della mancanza di tempo oppure per un sovraccarico di lavoro, è stato necessario limitare le offerte fondamentali per una casa per anziani strettamente correlate alla qualità di vita di residenti con elevato grado di dipendenza. Esattamente la partecipazione alle attività sociali rappresenta, secondo il rapporto Obsan del 2012, un elemento centrale della qualità di vita delle persone anziane ricoverate nelle case per anziani [111]. In Inghilterra, gli ospedali e le case di cura sono sottoposti a un controllo di qualità esterno, il cui obiettivo è stabilire se tali strutture tengono sufficientemente conto dei bisogni basilari di pazienti e residenti, quali avere cibo e bevande a sufficienza o la protezione dagli abusi. [112]. Ciò dimostra che il tema della mancanza di misure assistenziali necessarie e basilari ha assunto importanza anche all'estero. I dati rilevati dallo studio SHURP sono integrati con i dati del sottostudio RESPONS condotto dalla Scuola universitaria professionale di Berna. Questo studio, che utilizza lo stesso campione di case di cura dello studio SHURP, analizza la soddisfazione e la qualità di vita dal punto di vista dei residenti e potrà fornire informazioni ancor più approfondite a riguardo.

3.2. Piano d'azione successivo

Lo studio SHURP ha il merito di aver rilevato per la prima volta dati completi e rappresentativi della situazione delle case per anziani svizzere. Si raccomanda alle case di cura partecipanti di confrontare i propri risultati con quelli degli altri istituti, con l'ausilio del rapporto di benchmarking separato, e di scegliere da due a tre punti focali per i quali si ritiene che sia necessario attuare misure all'interno del proprio istituto. Per garantire un miglioramento continuo della qualità è importante e costruttivo discutere i risultati all'interno del proprio istituto con il personale infermieristico/assistenziale, al fine di stabilire i punti principali e gli obiettivi di sviluppo nonché misure concrete di miglioramento. A tal fine, da novembre 2013 a febbraio 2014, il gruppo di progetto SHURP dell'Istituto di Scienze Infermieristiche organizza workshop regionali con l'obiettivo di aiutare e discutere dei risultati dello studio e di eventuali domande con le case per anziani.

In conclusione, occorre sottolineare ancora una volta che questo rapporto conclusivo intende presentare in maniera descrittiva i primi risultati dello studio SHURP. Nei prossimi anni, avendo a disposizione un'ampia base di dati, si studieranno varie questioni specifiche relative alle associazioni tra le diverse variabili.

Suscitano grande interesse le condizioni strutturali degli istituti in grado di garantire una buona qualità delle cure e dell'assistenza, così come il significato delle specializzazioni degli istituti per l'assistenza e la cura di soggetti affetti da demenza. Ad esempio, saranno analizzati i rapporti tra fattori organizzativi, difficoltà di reclutamento, propensione all'abbandono del posto di lavoro, razionalizzazione delle cure e soddisfazione sul lavoro. Tra gli altri temi oggetto di studio ci saranno ad esempio la razionalizzazione della documentazione relativa alle cure prestate, che rappresenta un importante punto di partenza per la sicurezza, la qualità e il finanziamento delle cure; la percentuale relativamente alta di presentismo (lavorare nonostante malati) e le sue possibili ripercussioni oppure il tema del riconoscimento dello stress relativamente basso (percezione dell'individuo di avere un grado di efficienza illimitato in condizioni di carico di lavoro elevato) con le sue conseguenze, ovvero la maggiore possibilità di commettere errori mentre si prestano cure e assistenza. Agli interrogativi relativi ai nessi si potrà dare una risposta solo nelle fasi successive dello studio SHURP. I risultati saranno presentati in occasione di congressi nazionali e internazionali, nonché pubblicati in riviste scientifiche specializzate.

Il team dello studio SHURP desidera ringraziare ancora una volta tutte le case per anziani che hanno partecipato allo studio e i loro dipendenti per l'impegno profuso, unica condizione che ha reso possibile lo studio SHURP e l'analisi fondata dei tanti temi importanti nel settore delle case per anziani.

4. Bibliografia

1. Schwendimann, R., Zúñiga, F., Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S. und de Geest, S. (2013). Swiss Nursing Homes Human Resources Project (SHURP): protocol of an observational study. *Journal of Advanced Nursing*, (in press).
2. Bundesamt für Statistik. (2013). *Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2011 – Standardtabellen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
3. Bayer-Oglesby, L. und Höpflinger, F. (2010). *Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung in der Schweiz. Methodik und kantonale Kennzahlen (Obsan Bericht 47)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
4. Jaccard Ruedin, H., Weaver, F., Roth, M. und Widmer, M. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN).
5. Bartelt, G. und Anliker, M. (2012). *Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung*. St. Gallen: Q-Sys.
6. House of Commons All-Party Parliamentary Group on Dementia (2011). *The £20 billion question. An inquiry into improving lives through cost-effective dementia services*. Heruntergeladen am 12.09.2013 von http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1207
7. Fleming, R. und Purandare, N. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(Special Issue 07), 1084-1096.
8. Bossen, A. (2010). The importance of getting back to nature for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(2), 17-22.
9. Innes, A., Kelly, F. und Dincarslan, O. (2011). Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value? *Aging & Mental Health*, 15(5), 548-56.
10. McCallion, P., Toseland, R. W., Lacey, D. und Banks, S. (1999). Educating nursing assistants to communicate more effectively with nursing home residents with dementia. *Gerontologist*, 39(5), 546-558.
11. Eggenberger, E., Heimerl, K. und Bennett, M. I. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25(03), 345-358.
12. Horn, S. D., Bender, S. A., Bergstrom, N., Cook, A. S., Ferguson, M. L., Rimmasch, H. L., Sharkey, S. S., Smout, R. J., Taler, G. und Voss, A. C. (2002). Description of the National Pressure Ulcer Long-Term Care Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(11), 1816-1825.
13. Hamers, J. P. H. und Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.
14. Feng, Z., Hirdes, J. P., Smith, T., Finne-Soveri, H., Chi, I., Du Pasquier, J.-N., Gilgen, R., Ikegami, N. und Mor, V. (2009). Use of physical restraints and antipsychotic medications in nursing homes: a cross-national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(10), 1110-1118.
15. Gruneir, A. und Mor, V. (2008). Nursing home safety: current issues and barriers to improvement. *Annual Review of Public Health*, 29, 369-82.
16. Pauly, L., Stehle, P. und Volkert, D. (2007). Nutritional situation of elderly nursing home residents. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(1), 3-12.
17. Nicolle, L. E. (2002). Urinary tract infection in geriatric and institutionalized patients. *Current Opinion in Urology*, 12(1), 51-5.
18. Morgan, D., Stewart, N., D'Arcy, C., Forbes, D. und Lawson, J. (2005). Work stress and physical assault of nursing aides in rural nursing homes with and without dementia special care units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(3), 347-358.

19. Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. und Halfens, R. J. G. (2009). Aggressive Behavior of Nursing Home Residents Toward Caregivers: A Systematic Literature Review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174-187.
20. Evers, W., Tomic, W. und Brouwers, A. (2001). Effects of aggressive behavior and perceived self-efficacy on burnout among staff of homes for the elderly. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(4), 439-454.
21. Isaksson, U., Graneheim, U. H., Richter, J., Eisemann, M. und Aström, S. (2008). Exposure to violence in relation to personality traits, coping abilities, and burnout among caregivers in nursing homes: a case-control study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), 551-559.
22. Isaksson, U., Aström, S., Sandman, P.-O. und Karlsson, S. (2009). Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 972-980.
23. Pulsford, D. und Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 611-618.
24. Gates, D., Fitzwater, E. und Succop, P. (2003). Relationships of stressors, strain, and anger to caregiver assaults. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(8), 775-793.
25. Castle, N. G. (2012). Resident-to-resident abuse in nursing homes as reported by nurse aides. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 24(4), 340-356.
26. Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F. und Pillemer, K. (2008). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(8), 1398-1408.
27. Pillemer, K., Chen, E. K., Van Haitsma, K. S., Teresi, J., Ramirez, M., Silver, S., Sukha, G. und Lachs, M. S. (2012). Resident-to-resident aggression in nursing homes: results from a qualitative event reconstruction study. *The Gerontologist*, 52(1), 24-33.
28. Sethi, D., Wood, S., Mitis, F., Bellis, M., Penhale, B., Marmolejo, I. I., Lowenstein, A., Manthorpe, G. und Ulvestad Kärki, F. (2011). *European report on preventing elder maltreatment*. Copenhagen: WHO, Regional Office of Europe.
29. Cooper, C., Selwood, A. und Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151-160.
30. Saveman, B. I., Aström, S., Bucht, G. und Norberg, A. (1999). Elder abuse in residential settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 10(1-2), 43-60.
31. Bužgová, R. und Ivanová, K. (2009). Elder abuse and mistreatment in residential settings. *Nursing Ethics*, 16(1), 110-126.
32. Lindbloom, E. J., Brandt, J., Hough, L. D. und Meadows, S. E. (2007). Elder mistreatment in the nursing home: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(9), 610-6.
33. Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Sjetne, I. S., Smith, H. L. und Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344, e1717.
34. McHugh, M. D. und Stimpfel, A. W. (2012). Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 566-75.
35. Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L. und Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2401-2406.
36. Anderson, R. A., Issel, L. M. und McDaniel, R. R., Jr. (2003). Nursing homes as complex adaptive systems: relationship between management practice and resident outcomes. *Nursing Research*, 52(1), 12-21.

37. Anderson, R. A. und McDaniel, R. R., Jr. (1999). RN participation in organizational decision making and improvements in resident outcomes. *Health Care Management Review*, 24(1), 7-16.
38. Forbes-Thompson, S., Leiker, T. und Bleich, M. R. (2007). High-performing and low-performing nursing homes: a view from complexity science. *Health Care Management Review*, 32(4), 341-351.
39. Parsons, S. K., Simmons, W. P., Penn, K. und Furlough, M. (2003). Determinants of satisfaction and turnover among nursing assistants: the results of a statewide survey. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 51-58.
40. Bishop, C. E., Weinberg, D. B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S. G. und Zincavage, M. R. (2008). Nursing assistants' job commitment: effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being. *Gerontologist*, 48, 36-45.
41. Zwarenstein, M., Goldman, J. und Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD000072.
42. Tjia, J., Mazor, K. M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A. und Gurwitz, J. H. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety. *Journal of Patient Safety*, 5(3), 145-152.
43. Zimmer, A. (1999). Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege. In Zimmer, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 155-169). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
44. Künzi, K. und Schär Moser, M. (2002). *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
45. Engels, J. A., van der Gulden, J. W., Senden, T. F. und van't Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and Environmental Medicine*, 53(9), 636-41.
46. Schaefer, J. A. und Moos, R. H. (1996). Effects of work stressors and work climate on long-term care staff's job morale and functioning. *Research in Nursing & Health*, 19(1), 63:73.
47. Shinan-Altman, S. und Cohen, M. (2009). Nursing aides' attitudes to elder abuse in nursing homes: the effect of work stressors and burnout. *Gerontologist*, 49(5), 674-684.
48. Ejaz, F. K., Noelker, L. S., Menne, H. L. und Bagaka's, J. G. (2008). The impact of stress and support on direct care workers' job satisfaction. *Gerontologist*, 48 Spec No 1, 60-70.
49. Pekkarinen, L., Sinervo, T., Perälä, M. und Elovainio, M. (2004). Work stressors and the quality of life in long-term care units. *Gerontologist*, 44(5), 633-643.
50. Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. und Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764-76.
51. Zúñiga, F., Schwappach, D., De Geest, S. und Schwendimann, R. (2013). Psychometric properties of the Swiss version of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture. *Safety Science*, 55(0), 88-118.
52. Castle, N. G. und Sonon, K. E. (2006). A culture of patient safety in nursing homes. *Quality & Safety in Health Care*, 15(6), 405-408.
53. Hughes, C. M. und Lapane, K. L. (2006). Nurses' and nursing assistants' perceptions of patient safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(4), 281-6.
54. Wagner, L. M., Capezuti, E. und Rice, J. C. (2009). Nurses' perceptions of safety culture in long-term care settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(2), 184-92.
55. Singer, S., Kitch, B. T., Rao, S. R., Bonner, A., Gaudet, J., Bates, D. W., Field, T. S., Gurwitz, J. H., Keohane, C. und Campbell, E. G. (2012). An exploration of safety climate in nursing homes. *Journal of Patient Safety*, 8(3), 104-24.
56. Bonner, A. F., Castle, N. G., Men, A. und Handler, S. M. (2009). Certified nursing assistants' perceptions of nursing home patient safety culture: is there a relationship to clinical outcomes? *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(1), 11-20.

57. Castle, N. G. (2006). Nurse Aides' ratings of the resident safety culture in nursing homes. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 370-6.
58. Castle, N. G., Handler, S., Engberg, J. und Sonon, K. (2007). Nursing home administrators' opinions of the resident safety culture in nursing homes. *Health Care Management Review*, 32(1), 66-76.
59. Scott-Cawiezell, J., Vogelsmeier, A., McKenney, C., Rantz, M., Hicks, L. und Zellmer, D. (2006). Moving from a culture of blame to a culture of safety in the nursing home setting. *Nursing Forum*, 41(3), 133-140.
60. Moyle, W., Skinner, J., Rowe, G. und Gork, C. (2003). Views of job satisfaction and dissatisfaction in Australian long-term care. *Journal of Clinical Nursing*, 12(2), 168-76.
61. Prey, H., Schmid, M., Storni, M. und Mühleisen, S. (2004). *Zur Situation des Personals in der schweizerischen Langzeitpflege*. Zürich: Rüegger.
62. Dembe, A. E., Delbos, R. und Erickson, J. B. (2009). Estimates of injury risks for healthcare personnel working night shifts and long hours. *Quality & Safety in Health Care*, 18(5), 336-340.
63. Thomson, D. (2005). Absenteeism. In McGillis Hall, L. (Hrsg.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 229-255). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
64. Kachi, Y., Inoue, K. und Toyokawa, S. (2010). Associations between contractual status, part-time work, and intent to leave among professional caregivers for older people: Results of a national cross-sectional survey in Japan. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1028-1036.
65. Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., De Geest, S. und Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals: a descriptive-explorative substudy of the Swiss RN4CAST study. *Swiss Medical Weekly*, 142, 0.
66. Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H. und De Geest, S. (2012). Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*.
67. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M. und De Geest, S. (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(4), 227-37.
68. Slettebø, Å., Kirkevold, M., Andersen, B., Pedersen, R., Halvorsen, K., Nordhaug, M. und Nortvedt, P. (2010). Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 533-540.
69. Karsh, B., Booske, B. und Sainfort, F. (2005). Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover. *Ergonomics*, 48(10), 1260-1281.
70. Berger, G. (1999). Die Erfassung der Arbeitssituation im Rahmen einer Qualitätsdiagnose von Alten- und Pflegeheimen. In Zimber, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 138-152). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
71. Berlowitz, D. R., Young, G. J., Hickey, E. C., Saliba, D., Mittman, B. S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J. J., Ash, A. S., Rubenstein, L. V. und Moskowitz, M. A. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. *Health Services Research*, 38(1 Pt 1), 65-83.
72. Castle, N. G., Degenholtz, H. und Rosen, J. (2006). Determinants of staff job satisfaction of caregivers in two nursing homes in Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, 6, 60.
73. Mathieu, J. E. und Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological bulletin*, 108(2), 171.
74. Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. und Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: a meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20-52.

75. Cooper-Hakim, A. und Viswesvaran, C. (2005). The construct of work commitment: testing an integrative framework. *Psychological Bulletin*, 131(2), 241-59.
76. Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. und Mayr, M. (2008). Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinierten Pflegekräften. *Pflege*, 21(1), 16-24.
77. Maslach, C., Schaufeli, W. B. und Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
78. Van der Schoot, E., Oginska, H., Estryng-Behar, M. und NEXT-Studiengruppe. (2005). Burnout im Pflegeberuf in Europa. In Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A. und Simon, M. (Hrsg.), *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
79. Natan, M. B., Lowenstein, A. und Eisikovits, Z. (2010). Psycho-social factors affecting elders' maltreatment in long-term care facilities. *International Nursing Review*, 57(1), 113-120.
80. Pillemer, K. und Bachman-Prehn, R. (1991). Helping and hurting. *Research on Aging*, 13(1), 74-95.
81. Hofmann, F. und Michaelis, M. (1999). Körperliche and psychische Erkrankungsrisiken im Altenpflegeberuf. In Zimmer, A. und Weyerer, S. (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (pp. 200-214). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
82. Eidgenössisches Departement des Inneren und Bundesamt für Statistik (2007). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 - Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. Heruntergeladen am 25. September 2011 von http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen_quellen/blank/blank/ess/03.Document.118255.pdf
83. Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Muntaner, C. und Le, R. (2005). Staffing and worker injury in nursing homes. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1220-1225.
84. Kinjerski, V. und Skrypnek, B. J. (2008). The promise of spirit at work: increasing job satisfaction and organizational commitment and reducing turnover and absenteeism in long-term care. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(10), 17-25.
85. Lavoie-Tremblay, M., Bourbonnais, R., Viens, C., Vezina, M., Durand, P. J. und Rochette, L. (2005). Improving the psychosocial work environment. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 655-664.
86. Allebeck, P. und Mastekaasa, A. (2004). Chapter 5. Risk factors for sick leave - general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63 suppl), 49-108.
87. Aronsson, G., Gustafsson, K. und Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502-509.
88. Letvak, S. und Ruhm, C. J. (2010). The impact of worker health on long term care: implications for nursing managers. *Geriatric Nursing*, 31(3), 165-169.
89. Widera, E., Chang, A. und Chen, H. (2010). Presenteeism: a public health hazard. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), 1244-1247.
90. Elstad, J. I. und Vabø, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), 467-474.
91. Kiss, P., De Meester, M. und Braeckman, L. (2008). Needlestick injuries in nursing homes: the prominent role of insulin pens. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29(12), 1192-1194.
92. Adams, D. (2012). Needlestick and sharps injuries: practice update. *Nursing Standard*, 26(37), 49-57; quiz 58.
93. Elder, A. und Paterson, C. (2006). Sharps injuries in UK health care: a review of injury rates, viral transmission and potential efficacy of safety devices. *Occupational Medicine*, 56(8), 566-574.

94. Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K., North, N. und Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-63.
95. Kash, B. A., Naufal, G. S., Cortes, L. und Johnson, C. E. (2010). Exploring factors associated with turnover among registered nurse (RN) supervisors in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 107-127.
96. Banaszak-Holl, J. und Hines, M. A. (1996). Factors associated with nursing home staff turnover. *Gerontologist*, 36(4), 512-517.
97. Temple, A., Dobbs, D. und Andel, R. (2009). Exploring correlates of turnover among nursing assistants in the National Nursing Home Survey. *Health Care Management Review*, 34(3), 182-90.
98. Cready, C. M., Yeatts, D. E., Gosdin, M. M. und Potts, H. F. (2008). CNA empowerment: effects on job performance and work attitudes. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), 26-35.
99. Bowers, B. J., Esmond, S. und Jacobson, N. (2003). Turnover reinterpreted: CNAs talk about why they leave. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(3), 36-43.
100. Brannon, D., Barry, T., Kemper, P., Schreiner, A. und Vasey, J. (2007). Job perceptions and intent to leave among direct care workers: evidence from the Better Jobs Better Care demonstrations. *Gerontologist*, 47(6), 820-829.
101. Tai, T. W. C., Bame, S. I. und Robinson, C. D. (1998). Review of nursing turnover research, 1977-1996. *Social Science & Medicine*, 47(12), 1905-1924.
102. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002). *Mobbing*. Heruntergeladen am 23.09.2013 von <https://osha.europa.eu/de/publications/factsheets/23>
103. Cassitto, M. G., Fattorini, E., Gilioli, R. und Rengo, C. (Hrsg.). (2003). *Raising awareness of psychological harassment at work*. Milano: World Health Organization.
104. Eurofound. (2012). *Trends in job quality in Europe*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
105. Vessey, J. A., Demarco, R. und DiFazio, R. (2010). Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annual Review of Nursing Research*, 28, 133-57.
106. Kiener, A., Graf, M., Schiffer, J., von Holzen Beusch, E. und Fahrni, M. (2002). *Mobbing und andere psychosoziale Spannungen am Arbeitsplatz in der Schweiz*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
107. Gross, J. J. und John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-62.
108. John, O. P. und Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301-33.
109. Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. und Graf, M. (2012). *5. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Heruntergeladen am 21.09.2013 von <http://www.news.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/27283.pdf>
110. Zimmerman, S., Williams, C. S., Reed, P. S., Boustani, M., Preisser, J. S., Heck, E. und Sloane, P. D. (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45(suppl 1), 96-105.
111. Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F. und Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution (Obsan Rapport 54)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
112. White, C. (2013). Hospitals and care homes that fail to provide basic care will face prosecution, says UK regulator. *BMJ*, 347.
113. Oh, H., Eom, M. und Kwon, Y. (2004). A study on aggressive behavior among nursing home residents with cognitive impairment. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 34(8), 1451-9.

114. Malmedal, W., Ingebrigtsen, O. und Saveman, B.-I. (2009). Inadequate care in Norwegian nursing homes – as reported by nursing staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 231-242.
115. Kramer, M., Schmalenberg, C. und Maguire, P. (2008). Essentials of a Magnetic work environment. *Nursing*, (January 2008, Career Directory), 23-27.
116. Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-88.
117. Lake, E. T. (2007). The nursing practice environment: measurement and evidence. *Medical Care Research & Review*, 64(2 Suppl), 104S-22S.
118. Warshawsky, N. E. und Havens, D. S. (2011). Global Use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing Research*, 60(1), 17-31.
119. Sexton, J. B., Helmreich, R. L., Neilands, T. B., Rowan, K., Vella, K., Boyden, J., Roberts, P. R. und Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research*, 6, 44.
120. Lapane, K. L. und Hughes, C. M. (2007). Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 8(1), 8-13.
121. Akhtar, S. und Lee, J. S. (2002). Confirmatory factor analysis and job burnout correlates of the Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 90(1), 243-50.
122. Wolfgang, A. P. (1988). The Health Professions Stress Inventory. *Psychological Reports*, 62(1), 220-2.
123. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. und De Geest, S. (2007). Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nursing Research*, 56(6), 416-24.
124. Felfe, J., Six, B., Schmook, R. und Knorz, C. (2010). Fragebogen zur Erfassung von affektivem, kalkulatorischem und normativem Commitment gegenüber der Organisation, dem Beruf/der Tätigkeit und der Beschäftigungsform (COBB). In Glöckner-Rist, A. (Hrsg.), *Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS Version 14.00*. Bonn: GESIS.
125. Maslach, C. und Jackson, S. E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113.
126. Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Aiken, L. H., Schaffert-Witvliet, B., Sloane, D. M., Abraham, I. und De Geest, S. (2009). *RICH Nursing Study*. Basel: Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel. Heruntergeladen am 25. September 2011 von <http://www.sbk-sg.ch/webseiten/1weiterenews/pdf/2005%2002%2011%20RICH%20Studie.pdf>
127. Cammann, C., Fichman, M., Jenkins, D. und Klesh, J. (1979). *The Michigan Organizational Assessment Questionnaire*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.
128. Mobley, W., Horner, S. O. und Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of the precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62, 237-240.
129. Einarsen, S., Hoel, H. und Notelaers, G. (2009). Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work & Stress*, 23(1), 24-44.
130. Simons, S. R., Stark, R. B. und DeMarco, R. F. (2011). A new, four-item instrument to measure workplace bullying. *Research in Nursing & Health*, 34(2), 132-140.
131. Abler, B. und Kessler, H. (2009). Emotion Regulation Questionnaire – Eine deutschsprachige Fassung des ERQ von Gross und John. *Diagnostica*, 55(3), 144-152.

5. Appendice

A.	Fabbisogno assistenziale.....	54
B.	Risultati relativi ai/alle residenti	55
C.	Comportamento aggressivo	56
D.	Violenza verso i residenti	57
E.	Qualità delle cure e d'assistenza.....	58
F.	Qualità dell'ambiente di lavoro	59
G.	Collaborazione tra i vari gruppi professionali	61
H.	Stress sul posto di lavoro	62
I.	Sicurezza dei residenti – Collaborazione / Clima di sicurezza / Riconoscimento dello stress	64
J.	Straordinari	66
K.	Razionalizzazione implicita delle cure	67
L.	Soddisfazione sul posto di lavoro / Raccomandazione del posto di lavoro	69
M.	Impegno organizzativo e professionale	70
N.	Esaurimento emotivo	71
O.	Malattie professionali	72
P.	Assenteismo / Presentismo	73
Q.	Lesioni da punture di ago.....	73
R.	Propensione all'abbandono del posto di lavoro.....	74
S.	Mobbing.....	75
T.	Regolazione emotiva.....	76

A. Fabbisogno assistenziale

Confronto tra il fabbisogno assistenziale (in base ai livelli di intensità delle cure) nel campione dello studio SHURP e la Statistica degli istituti medico-sociali (SOMED)² 2011 condotta sulle regioni linguistiche [2]:

Tabella 12: confronto tra la % di residenti per livello di cura nello studio SHURP e la % di giorni di cura per livello di cura nella statistica SOMED 2011

Livelli di cura	SHURP					SOMED 2011				
	n risposte valide ¹	Tutti	Regione linguistica			n risposte valide ²	Tutti	Regione linguistica		
			D	F	I			D	F	I
% di BW o % dei giorni di cura nei gradi da 0 a 3	2'653	26.4%	30.1%	11.6%	14.1%	8'588'385	28.1%	35.3%	6.0%	15.9%
% di BW o % dei giorni di cura nei gradi da 4 a 6	2'707	26.9%	27.6%	24.9%	22.6%	9'467'389	30.9%	33.3%	22.8%	30.9%
% di BW o % dei giorni di cura nei gradi da 7 a 9	3'286	32.7%	32.2%	29.3%	47.5%	7'105'570	23.2%	20.5%	27.2%	47.0%
% di BW o % dei giorni di cura nei gradi da 10 a 12	1'095	10.9%	6.7%	33.8%	8.3%	5'144'510	16.8%	10.0%	42.7%	6.2%
Nessuna classificazione ³	320	3.2%	3.4%	0.5%	7.1%	284'108	0.9%	0.9%	1.3%	0.0%

¹ Prevalenza puntuale nei giorni di rilevamento dati negli istituti. Numero totale = 10.061 residenti.

² Prevalenza periodale per tutti i giorni nel 2011. Numero totale =30.589.962 giorni di cura. Sono compresi anche 284.108 giorni di cura in cui i residenti non sono stati valutati.

³ Residenti che al momento del rilevamento dei dati (SHURP) oppure in determinati giorni di cura (SOMED 2011) non erano stati assegnati a nessun livello di cura, ad es. perché non era stato eseguito alcun conteggio con il sistema RAI / BE-SA / PLAISIR oppure non c'era stata nessuna classificazione nello studio SHURP a causa del ricovero di breve durata.

BW=residenti

² SOMED è una statistica amministrativa dell'Ufficio federale di Statistica il cui obiettivo è fornire una descrizione del tipo di infrastruttura e delle attività degli istituti che si occupano della cura degli anziani e degli invalidi. Gli istituti coinvolti hanno l'obbligo di compilare annualmente il rapporto sulle prestazioni erogate, i clienti assistiti, il personale assistenziale e il fatturato dell'istituto.

B. Risultati relativi ai/alle residenti

Tabella 13: frequenza (%) dei risultati relativi ai/alle residenti degli istituti

Risultati	n	Frequenza (%)		Range per gli istituti	
		Media	DS	Minimo	Massimo
				Media	Media
% residenti con decubito, insorto in struttura ¹	161	1.7	2.3	0.0	11.7
% residenti con decubito, insorto esternamente ²	161	1.1	2.6	0.0	25.8
% residenti con sponde al letto ³	161	18.5	14.8	0.0	61.5
% residenti con contenimento fisico ³	161	2.9	5.4	0.0	30.3
% residenti con possibilità di sedersi, a cui è impedito alzarsi in piedi ³	161	3.2	5.4	0.0	38.9
% residenti con monitoraggio elettronico ³	161	8.4	7.2	0.0	36.6
% residenti con caduta ⁴	161	13.2	9.7	0.0	67.4
% residenti con lesioni conseguenti a caduta ⁵	161	2.0	2.3	0.0	14.0
% residenti con infezione delle vie urinarie ⁶	161	5.1	4.3	0.0	27.7
% residenti con perdita di peso ⁷	160	4.5	5.0	0.0	32.3

¹ % residenti con decubito insorto in struttura: quota in percentuale di residenti che alla data di rilevazione dei dati presentavano un decubito di grado II o più alto, che si è manifestato all'interno della casa per anziani.

² % residenti con decubito insorto esternamente: quota in percentuale di degenti che alla data di rilevazione dei dati presentavano un decubito di grado II o più alto, che si è manifestato all'esterno della casa per anziani.

³ Tutte le misure limitative della libertà si riferiscono ad una contenzione avvenuta per almeno 2 giorni o notti consecutive degli ultimi 7 giorni:

- % residenti con sponde al letto: quota in percentuale di residenti con sponde al letto, che sono state utilizzate per ragioni mediche e di cura e non per desiderio del residente.
- % residenti con contenimento fisico: quota in percentuale di residenti che sono stati immobilizzati all'emisoma superiore / inferiore (per es. cintura per star seduti, cintura sull'addome, coperta Zewi, tuta di contenzione).
- % residenti con possibilità di sedersi, a cui è impedito alzarsi in piedi: quota in percentuale di residenti con un posto a sedere che impedisce loro di alzarsi (per es. sedia a rotelle / sedia con tavolo fisso, che il residente non è in grado di spostare da solo, sedia reclinabile all'indietro, seduta bassa, come anche posti a sedere molli nei quali il residente sprofonda).
- % residenti con monitoraggio elettronico: quota in percentuale di residenti che sono soggetti a sorveglianza elettronica, che limita la loro libertà di movimento (per es. tappetino di contatto, allarme quando lasciano il reparto).

⁴ % residenti con caduta: quota in percentuale di residenti che hanno subito una caduta negli ultimi 30 giorni.

⁵ % residenti con lesioni conseguenti a caduta: quota in percentuale di residenti con lesioni dovuti a una caduta negli ultimi 30 giorni.

⁶ % residenti con infezione alle vie urinarie: quota in percentuale di residenti con infezione delle vie urinarie negli ultimi 30 giorni e trattata con antibiotici.

⁷ % residenti con perdita di peso: quota in percentuale di residenti che negli ultimi 3 mesi hanno avuto una perdita di peso del 5% o maggiore.

C. Comportamento aggressivo

Tabella 14: frequenza degli episodi di aggressione

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Nelle ultime 4 settimane di lavoro quante volte i residenti hanno mostrato questo tipo di comportamento nei Suoi riguardi o nei riguardi di altri residenti?				
83a. Aggressioni verbali nei Suoi riguardi?	5290	23.3%	0.0%	67.3%
83b. Aggressioni verbali nei riguardi di altri residenti?	5213	31.8%	0.0%	77.8%
84a. Aggressioni fisiche nei Suoi riguardi?	5279	10.3%	0.0%	44.8%
84b. Aggressioni fisiche nei riguardi di altri residenti?	5195	7.2%	0.0%	68.8%
85a. Aggressioni di carattere sessuale nei Suoi riguardi?	5280	2.4%	0.0%	20.0%
85b. Aggressioni di carattere sessuale nei riguardi di altri residenti?	5216	1.6%	0.0%	26.7%

Fonte delle domande (strumento): Le domande sono state sviluppate dal team SHURP sulla base di item provenienti dallo studio RN4CAST e dalla Ryden's Aggression Scale [113].

Categorie di risposta: Mai Meno di una volta alla settimana Ca. una volta alla settimana Più volte alla settimana Ogni giorno Più volte al giorno

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con "Più volte alla settimana", "Ogni giorno" e "Più volte al giorno" messe a confronto con il totale delle risposte valide.

D. Violenza verso i residenti

Tabella 15: violenza verso i residenti

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Con quale frequenza ha notato che...				
86. qualcuno del personale ha insultato o urlato ad una/un residente	5282	9.1%	0.0%	55.6%
87. qualcuno del personale ha parlato in modo irrispettoso con una/un residente	5277	12.4%	0.0%	44.4%
88. qualcuno del personale ha preso in giro una/un residente davanti ad altre persone	5269	7.6%	0.0%	33.3%
89. qualcuno del personale ha ritardato l'assistenza molto più del necessario	5257	6.9%	0.0%	37.5%
90. qualcuno del personale ha spinto, percosso o dato calci a una/un residente	5283	0.3%	0.0%	5.3%

Fonte delle domande (strumento): Le domande sono state formulate dal team SHURP sulla base del questionario creato da Malmedal [114].

Categorie di risposta: Mai Una volta al mese o meno Una volta alla settimana o meno di una volta Più di una volta alla settimana

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con “Una volta alla settimana o meno di una volta” e “Più di una volta alla settimana” messe a confronto con il totale delle risposte valide.

E. Qualità delle cure e d'assistenza

Tabella 16: qualità delle cure e d'assistenza

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
80. In generale, come descriverebbe la qualità delle cure infermieristiche/assistenza fornite/a ai residenti nel Suo reparto? (Piuttosto buono / Molto buono)	5289	93.5%	56.7%	100.0%
81. Nel corso dell'ultimo anno si potrebbe dire che la qualità delle cure infermieristiche/assistenza ai residenti nel Suo reparto è... (Migliorata / Rimasta la stessa)	4541	88.1%	21.4%	100.0%
82. Consiglierebbe il Suo Istituto ad un familiare o ad un conoscente che avesse bisogno di un posto in una casa per anziani? (Probabilmente sì / Assolutamente sì)	5285	83.0%	25.0%	100.0%

Fonte delle domande (strumento): Soddisfazione rispetto a qualità e assistenza, raccomandazione della casa di cura, sviluppo della qualità delle cure infermieristiche/assistenziali: dal questionario dello studio RN4CAST; formulazione adattata a casa per anziani.

Categorie di risposta per la soddisfazione rispetto alla qualità:	Molto negativo	Piuttosto negativo	Piuttosto buono	Molto buono
Categorie di risposta per lo sviluppo della qualità delle cure:	Peggiorata	Rimasta la stessa	Migliorata	Sono qui da neanche un anno
Categorie di risposta per la raccomandazione del posto di lavoro a potenziali residenti:	Assolutamente no	Probabilmente no	Probabilmente sì	Assolutamente sì
Calcolo delle risposte concordanti (consenso):	Risposte con “Piuttosto buono” e “Molto buono” / „Rimasta la stessa“ e „Migliorata“ / „Probabilmente sì“ e „Assolutamente sì“ messe a confronto con il totale delle risposte valide. Per la domanda 81 le risposte all’item “Sono qui da neanche un anno” sono contate tra i valori mancanti.			

F. Qualità dell'ambiente di lavoro

Alla voce Ambiente di lavoro vengono riuniti diversi temi la cui qualità contribuisce a prestare un'assistenza sicura ai residenti e a trattenere nell'istituto personale competente e specializzato. La qualità dell'ambiente di lavoro è stata analizzata in rapporto agli ospedali magneti. Solitamente, gli aspetti considerati sono [115]: possibilità di ulteriore sviluppo, possibilità di lavorare con altri operatori sanitari competenti, buona collaborazione con il servizio medico, autonomia nel lavoro, partecipazione alle decisioni rilevanti, sostegno da parte del management, risorse umane sufficienti e una cultura del prendersi cura dei residenti. A questo proposito, nei questionari sono stati analizzati aspetti relativi alla dirigenza, alla partecipazione, alle possibilità di ulteriore sviluppo, alle risorse e all'autonomia.

Tabella 17: qualità dell'ambiente di lavoro

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Dirigenza¹				
1. La/Il capo reparto è di supporto al personale infermieristico/assistenziale.	4477	90.4%	40.9%	100.0%
3. I superiori utilizzano gli errori nella cura e nell'assistenza per apprendere nella comunità e non li criticano.	4442	78.8%	0.0%	100.0%
6. La/il capo reparto è un superiore competente.	4470	86.8%	22.7%	100.0%
9. Viene elogiata e riconosciuta una prestazione lavorativa ben svolta.	4490	71.5%	18.8%	100.0%
12. La/il capo reparto sostiene le decisioni prese dal personale infermieristico/assistenziale, anche se queste sono in conflitto con altri gruppi professionali.	4409	83.3%	28.6%	100.0%
Partecipazione				
2. Vi è la possibilità per il personale infermieristico/assistenziale di partecipare alla presa di decisioni a livello di reparto/ istituzionale (p. es. sulle cure infermieristiche, sull'organizzazione del lavoro).	5291	87.3%	53.1%	100.0%
7. La/Il direttrice/direttore infermieristico è raggiungibile per il personale infermieristico/assistenziale. ²	5112	89.9%	33.3%	100.0%
10. Vi è l'opportunità di promozione professionale (per es. mediante corsi di formazione, mansioni particolari in gruppo/istituzione).	5302	85.9%	35.7%	100.0%
13. La/Il direttrice/direttore dell'istituzione ascolta e risponde alle questioni dei dipendenti.	5259	76.6%	28.6%	100.0%
14. Il personale infermieristico/assistenziale può collaborare nei gruppi di lavoro e nei progetti.	5246	80.0%	21.4%	100.0%
15. La/Il capo reparto discute con il personale infermieristico/assistenziale i problemi e le procedure giornaliere.	5274	87.6%	27.8%	100.0%

¹ Per gli item relativi alla dirigenza non sono state incluse nel calcolo le persone che ricoprono le posizioni di direttore dei servizi assistenziali, capo reparto o capo gruppo.

² Per questo item non sono state incluse nel calcolo le persone che ricoprono la posizione di direttore dei servizi assistenziali.

Temi e Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Dotazione organica e risorse				
4. Vi è a disposizione tempo a sufficienza e opportunità per poter discutere i problemi assistenziali con infermieri e personale d'assistenza.	5294	66.6%	16.7%	100.0%
5. Vi è a disposizione un numero sufficiente di personale competente per offrire un'assistenza e una cura di qualità.	5283	75.9%	18.8%	100.0%
8. Vi è sufficiente personale infermieristico/assistenziale per portare a termine il lavoro.	5288	60.9%	12.5%	100.0%
Autonomia nel lavoro				
11. Posso decidere da sola/o come svolgere il mio lavoro.	5283	82.1%	48.1%	100.0%

Fonte delle domande (strumento): Dirigenza / Partecipazione / Dotazione organica e risorse: Versione in lingua tedesca della Practice Environment Scale – Nurse Working Index (PES-NWI) [116-118].
Autonomia nel lavoro: 1 item tratto dalla sotto-scala „Autodeterminazione“ della Spreitzer’s Psychological Empowerment Scale.

Categorie di risposta: Fortemente in disaccordo Parzialmente in disaccordo Parzialmente d'accordo Fortemente d'accordo

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con “Parzialmente d'accordo” e “Fortemente d'accordo” messe a confronto con il totale delle risposte valide.

G. Collaborazione tra i vari gruppi professionali

Tabella 18: collaborazione tra i vari gruppi professionali

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Come percepisce la qualità della collaborazione presso il Suo reparto con:				
16a. le colleghe e i colleghi del Team	5259	96.0%	66.7%	100.0%
16b. la/il capo di reparto ¹	4378	90.9%	43.5%	100.0%
16c. la/il dirigente infermieristico ²	4858	88.7%	44.4%	100.0%
16d. a/il dirigente dell'Istituto	4714	85.3%	36.4%	100.0%
16e. i medici	4028	88.5%	46.7%	100.0%
16f. i/le terapisti d'animazione	4685	92.4%	55.6%	100.0%
16g. il personale di pulizia	5042	94.7%	35.7%	100.0%
16h. il personale della cucina	4950	88.6%	45.8%	100.0%

¹ Per questo item non sono state incluse nel calcolo le persone che ricoprono le posizioni di capo reparto o capo gruppo.

² Per questo item non sono state incluse nel calcolo le persone che ricoprono la posizione di direttore dei servizi assistenziali.

Fonte delle domande (strumento): Domanda tratta dal Safety Attitude Questionnaire (SAQ) [119], le categorie professionali sono state selezionate nell'ambito di interviste a gruppi focalizzati comprendenti personale infermieristico/assistenziale.

Categorie di risposta: Molto negativa Piuttosto negativa Piuttosto buona Molto buona Non lo so

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con "Piuttosto buona" e "Molto buona" messe a confronto con il totale delle risposte valide.

H. Stress sul posto di lavoro

Tabella 19: stress sul posto di lavoro

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Con quale frequenza si sente stressata...				
Responsabilità nei confronti dei residenti				
105. perché è in disaccordo con altre/i colleghe/i o collaboratrici/collaboratori di altre professioni sul trattamento e sulle cure infermieristiche dei residenti?	5270	5.8%	0.0%	25.0%
106. perché ha a che fare con residenti "difficili" (per es. con problemi di comportamento)?	5284	9.6%	0.0%	37.5%
107. Con quale frequenza si sente sovraccaricata/o dalla responsabilità di curare morenti?	5253	2.5%	0.0%	25.0%
Conflitti sul posto di lavoro				
108. perché ha così tanto da fare che non può fare bene tutto?	5287	15.8%	0.0%	50.0%
109. perché non c'è abbastanza personale per lavorare bene?	5277	22.5%	0.0%	65.6%
110. perché vive delle situazioni conflittuali con superiori e/o dirigenti?	5293	3.5%	0.0%	30.8%
Insicurezza sul posto di lavoro				
111. perché non possiede informazioni adeguate sulle condizioni di salute di una/un residente (p.es. le informazioni non sono a disposizione o manca il tempo per procurarle)?	5274	6.1%	0.0%	33.3%
112. perché vista la Sua formazione o esperienza non è preparata/o a soddisfare i bisogni dei residenti?	5267	1.8%	0.0%	14.3%
113. perché ha paura di fare un errore nella cura di una/un residente?	5272	2.7%	0.0%	16.2%

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Con quale frequenza si sente stressata...				
Riconoscimento professionale				
114. perché nessuno chiede il Suo parere quando vengono prese decisioni relative al Suo lavoro?	5257	4.3%	0.0%	31.3%
115. perché non è pagata/o abbastanza?	5244	14.7%	0.0%	50.0%
116. perché nel Suo lavoro non riesce a esprimere tutte le Sue capacità?	5274	9.2%	0.0%	40.6%

Fonte delle domande (strumento): Health Professions Stress Inventory (HPSI) [120-122]: una selezione di 3 item da ciascuna delle 4 sotto-scale: responsabilità nei confronti dei residenti, conflitti sul posto di lavoro, insicurezza sul posto di lavoro, e riconoscimento professionale.

Categorie di risposta: Mai Raramente Talvolta Spesso Molto spesso

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con „Spesso“ e “Molto spesso” messe a confronto con il totale delle risposte valide.

I. Sicurezza dei residenti – Collaborazione / Clima di sicurezza / Riconoscimento dello stress

Tabella 20: sicurezza dei residenti – collaborazione all'interno del proprio team / clima di sicurezza / riconoscimento dello stress

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Collaborazione all'interno del proprio team				
41. In questo reparto sono ben accettate idee e proposte nuove (per es. riguardo all'organizzazione del lavoro e le procedure assistenziali).	5247	80.4%	33.3%	100.0%
42. In questo reparto, se mi accorgo di un problema inerente l'assistenza dei residenti, trovo difficile parlarne. ¹	5227	18.3%	0.0%	50.0%
43. In questo reparto le divergenze vengono risolte in modo equo (ovvero, l'importante non è chi ha ragione, ma ciò che è meglio per i residenti).	5231	73.5%	30.8%	100.0%
44. Dalle/Dai mie/i colleghe/i del team ottengo il supporto necessario per la cura/assistenza dei residenti.	5275	87.9%	37.5%	100.0%
45. Risulta facile al personale di questo reparto porre domande quando non si riesce a comprendere qualcosa.	5254	87.8%	48.1%	100.0%
46. Qui le diverse professioni collaborano insieme come un team ben coordinato.	5229	75.5%	25.0%	100.0%
Clima di sicurezza				
47. Se fossi io un/a residente in questo reparto, mi sentirei ben curata/o e assistita/o.	5201	74.0%	28.1%	100.0%
48. In questo reparto gli errori sono affrontati in modo adeguato.	5145	73.1%	22.2%	100.0%
49. Sono a conoscenza di come affrontare quesiti relativi alla sicurezza dei residenti nel mio reparto (per es. tutela da errori nella somministrazione dei farmaci, cadute, infiammazioni).	5199	89.7%	62.5%	100.0%
50. Ricevo un adeguato feedback sul mio lavoro.	5226	66.2%	29.6%	100.0%
51. In questo reparto è difficile discutere degli errori. ¹	5212	19.1%	0.0%	59.5%
52. Se osservo o scopro qualcosa che potrebbe arrecare danno ad una/un residente, sono incoraggiata/o dalle/dai mie/i colleghe/i a riferirlo.	5164	77.4%	38.9%	100.0%
53. L'atmosfera in questo reparto è tale che mi risulta facile imparare dagli errori altrui.	5153	66.1%	12.5%	100.0%
Riconoscimento dello stress				
54. Quando il mio carico di lavoro è eccessivo, il mio lavoro ne risente.	5205	57.4%	22.2%	100.0%
55. Quando sono stanco/a sono meno efficiente.	5221	60.6%	25.0%	100.0%
56. In situazioni stressanti o tese, è più facile che possa commettere degli errori.	5218	51.4%	20.0%	88.5%
57. In situazioni di emergenza, la stanchezza pregiudica le mie prestazioni professionali.	5106	38.8%	0.0%	75.0%

¹ Domanda formulata negativamente: Più basso è il valore, migliore sarà il risultato

Fonte delle domande (strumento):	Safety Attitude Questionnaire (SAQ) [119]					
Categorie di risposta:	Fortemente in disac- cordo	Parzialmente in disaccor- do	Neutrale	Parzialmente d'accordo	Fortemente d'accordo	Non lo so
Calcolo delle risposte concordi (consenso):	Risposte con "Parzialmente d'accordo" e "Fortemente d'accordo" messe a confronto con il totale delle risposte valide. L'opzione „Non lo so“ è contata tra i valori mancanti.					

J. Straordinari

Tabella 21: straordinari

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
38a. Ha dovuto svolgere uno straordinario di più di 30 minuti nel Suo ultimo turno di lavoro?	5286	14.3%	0.0%	46.7%
38b. Quante volte succede che Lei in un turno di lavoro faccia uno straordinario di più di 30 minuti?	5265			
– Quasi ad ogni turno		3.1%	0.0%	33.3%
– Ogni 2-7 giorni di lavoro circa		25.1%	0.0%	80.0%
– Raramente		71.8%	20.0%	100.0%

Fonte delle domande (strumento): Domanda dallo studio RN4CAST e integrazione da parte del team SHURP

Categorie di risposta:

38a:	Sì	No		
38b:	Quasi ad ogni turno	Ogni 2-4 giorni di lavoro circa	Ogni 5-7 giorni di lavoro circa	Raramente

Calcolo delle risposte concordanti (consenso):

38a:	Risposte con „Sì“ messe a confronto con il totale delle risposte valide
38b:	vedi nella Tabella

K. Razionalizzazione implicita delle cure

Le domande poste sul tema della razionalizzazione si riferiscono alle cure o alle terapie necessarie e consuete, che non è stato possibile eseguire nel modo corretto o non è stato possibile eseguire affatto per mancanza di tempo e per un sovraccarico di lavoro.

Tabella 22: razionalizzazione implicita delle cure

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Quante volte nelle ultime 7 giornate lavorative accadeva, che Lei...				
Assistenza nelle attività di vita quotidiana:				
61. non poteva eseguire l'igiene del corpo (totale o parziale) o la cura della cute ad una/un residente?	5194	14.2%	0.0%	66.7%
62. non poteva eseguire l'igiene del cavo orale e/o dei denti ad una/un residente?	5188	12.7%	0.0%	66.7%
63. non poteva aiutare una/un residente che non riusciva a mangiare da sola/o?	5194	5.6%	0.0%	33.3%
64. non poteva aiutare una/un residente che non riusciva a bere da sola/o?	5223	6.1%	0.0%	28.1%
65. non poteva mobilizzare o posizionare una/un residente limitata/o nella mobilità o immobile?	5214	7.7%	0.0%	37.5%
66. ha dovuto far aspettare per più di 30 minuti una/un residente incontinente, che giaceva / stava seduta/o nelle proprie urine o feci?	5211	6.1%	0.0%	30.0%
Comunicazione – accompagnamento – attenzione:				
67. non poteva supportare una/un residente in ambito emozionale (per es. gestione dell'insicurezza, della paura e della sensazione di dipendenza)?	5219	21.9%	0.0%	52.2%
68. non poteva eseguire un colloquio con una/un residente o parenti?	5197	16.9%	0.0%	54.5%
Promozione – istruzione:				
69. non poteva eseguire il training per la continenza o alla Toilette e pertanto una/un residente ha urinato nell'ausilio per l'incontinenza?	5194	14.8%	0.0%	54.5%
70. non poteva eseguire un'assistenza riattivante per promuovere l'autonomia nella/nel residente (per es. training deambulatorio, igiene personale e vestizione autonoma)?	5186	24.4%	0.0%	58.8%
Monitoraggio – sicurezza:				
71. non poteva vigilare o sorvegliare una/un residente con la frequenza da Lei ritenuta necessaria (per es. residenti con sintomi di vagabondaggio o momenti)?	5214	18.7%	0.0%	53.6%
72. non poteva sorvegliare sufficientemente una/un residente confusa/o, o cognitivamente alterata/o e pertanto si è dovuto intervenire limitandone la libertà e/o somministrando dei farmaci sedativi?	5151	19.0%	0.0%	59.4%
73. doveva far aspettare per più di 5 minuti una/un residente che aveva chiamato?	5231	33.8%	0.0%	83.3%

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Quante volte nelle ultime 7 giornate lavorative accadeva, che Lei...				
Documentazione:				
74. all'inizio del suo turno, non aveva il tempo di informarsi sulla situazione di una/un residente attraverso la documentazione infermieristica?	5207	35.4%	0.0%	72.2%
75. non poteva pianificare l'assistenza o aggiornare il piano di assistenza di una/un residente?	4041	32.1%	0.0%	61.9%
76. non poteva documentare sufficientemente le attività infermieristiche svolte per una/un residente?	5169	31.3%	0.0%	70.6%
Attività socio-culturali:				
Nelle Sue giornate di lavoro dell'ultimo mese, quante volte è capitato che...				
77. non poteva eseguire un'attività individuale programmata per singoli residenti (per es. passeggiata o shopping)?	5105	29.2%	0.0%	72.2%
78. non poteva eseguire un'attività di gruppo programmata con più residenti (per es. cucinare insieme, escursione)?	4961	16.6%	0.0%	61.1%
79. non poteva eseguire un'attività culturale, in cui i residenti avrebbero preso contatto col mondo esterno (per es. visita della città, incontro con bambini)?	4910	15.9%	0.0%	55.6%

Fonte delle domande (strumento): Basel Extent of Rationing of Care (Bernca) [123] integrato con 3 item sviluppati su attività socio-culturali.

Categorie di risposta: Attività non era necessaria Mai Rare volte Qualche volta Spesso Non è la mia competenza (inserito solo nella domanda n. 75)

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con „Qualche volta“ e “Spesso” messe a confronto con il totale delle risposte valide inclusa l'opzione „Attività non era necessaria“. L'opzione „Non è la mia competenza“ è contata tra le risposte mancanti o non valide.

L. Soddisfazione sul posto di lavoro / Raccomandazione del posto di lavoro

Tabella 23: soddisfazione sul posto di lavoro / raccomandazione del posto di lavoro

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
17. Quanto è soddisfatta/o del Suo posto di lavoro? (Moderatamente / Molto soddisfatta/o)	5286	88.3%	55.6%	100.0%
18. Raccomanderebbe ad una/un collega questa casa per anziani come buon posto di lavoro? (Probabilmente sì / Assolutamente sì)	5286	87.0%	44.4%	100.0%

Fonte delle domande (strumento):	Soddisfazione sul posto di lavoro: formulazione propria. Raccomandazione del posto di lavoro: dal questionario sullo studio RN4CAST; formulazione adattata a casa per anziani.			
Categorie di risposta per la soddisfazione sul posto di lavoro:	Molto insoddisfatta/o	Un po' insoddisfatta/o	Moderatamente soddisfatta/o	Molto soddisfatta/o
Categorie di risposta per la raccomandazione del posto di lavoro a colleghi/e:	Assolutamente no	Probabilmente no	Probabilmente sì	Assolutamente sì
Calcolo delle risposte concordanti (consenso):	Risposte con "Moderatamente soddisfatta/o" e "Molto soddisfatta/o" / „Probabilmente sì“ e „Assolutamente sì“ messe a confronto con il totale delle risposte valide.			

M. Impegno organizzativo e professionale

Tabella 24: impegno organizzativo e professionale

Temi e item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Impegno organizzativo				
19. Sarei molto contenta/o di continuare a lavorare per questo Istituto per i prossimi anni.	5300	71.0%	18.8%	100.0%
20. Provo un forte senso di appartenenza nei confronti del mio Istituto.	5302	68.3%	22.2%	100.0%
21. Dal punto di vista emotivo non mi sento molto legata/o a questo Istituto. ¹	5257	14.9%	0.0%	46.7%
22. Sono orgogliosa/o di lavorare per questo Istituto.	5304	62.9%	12.5%	100.0%
23. Penso che le mie idee personali rispetto ad una buona cura e assistenza corrispondano a quelle dell'Istituto.	5289	75.4%	31.3%	100.0%
Impegno professionale				
24. La mia attuale attività mi diverte.	5313	86.9%	41.7%	100.0%
25. Per me è molto importante svolgere proprio questa professione.	5309	86.6%	50.0%	100.0%
26. La mia attuale attività va bene per me.	5313	88.7%	50.0%	100.0%

¹ Domanda formulata negativamente: Più basso è il valore, migliore sarà il risultato

Fonte delle domande (strumento): 2 sotto-scale tratte dal questionario sulla rilevazione del Commitment affettivo, calcolatorio e normativo nei confronti dell'organizzazione, della professione/attività e tipologia occupazionale (COBB) (Commitment affettivo nei confronti dell'organizzazione e della professione) [124]

Categorie di risposta: Fortemente in disaccordo Parzialmente in disaccordo Neutrale Parzialmente d'accordo Fortemente d'accordo

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con "Parzialmente d'accordo" e "Fortemente d'accordo" messe a confronto con il totale delle risposte valide.

N. Esaurimento emotivo

Tabella 25: esaurimento emotivo

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
127. Emotivamente esaurita/o. ¹	5246	23.7%	0.0%	59.4%
128. Consumata/o. ¹	5245	37.7%	0.0%	71.8%
129. Sentirsi stanca/o. ¹	5240	19.3%	0.0%	50.0%
130. Capire come i residenti si sentano.	5127	85.0%	60.0%	100.0%
131. Trattare residenti come se fossero oggetti. ¹	5241	7.1%	0.0%	40.0%
132. Lavorare con persone è uno sforzo. ¹	5246	5.7%	0.0%	24.1%
133. Affrontare i problemi dei residenti.	5201	89.3%	66.7%	100.0%

¹ Domanda formulata negativamente: Più basso è il valore, migliore sarà il risultato.

Fonte delle domande (strumento):

Item tratti dal Maslach Burnout Inventory (MBI) [125]

Il MBI è sotto copyright. Perciò possiamo riprodurre solo alcuni termini del questionario originale.

Categorie di risposta:

Calcolo delle risposte concordanti (consenso):

Risposte „Una volta a settimana“ o più spesso messe a confronto con il totale delle risposte valide.

O. Malattie professionali

Tabella 26: malattie professionali

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Disturbi nelle ultime quattro settimane:				
98. Sintomatologie allergiche in relazione al lavoro (per es. eruzioni cutanee o asma)	5291	9.3%	0.0%	50.0%
99. Mal di schiena / dolori lombari	5276	70.9%	31.3%	100.0%
100. Debolezza generale, stanchezza, mancanza di energia	5263	66.0%	27.3%	100.0%
101. Difficoltà ad addormentarsi o insonnia	5260	48.1%	12.5%	100.0%
102. Mal di testa, pressioni alla testa o dolori al viso	5235	45.5%	0.0%	79.3%
103. Dolori alle membra o alle articolazioni	5266	50.9%	18.8%	83.3%
Collegamento tra le malattie e l'attività lavorativa:				
104. In che percentuale attribuisce al lavoro che svolge i disturbi segnalati sopra? (Un po' / Forte) (da 40% a 100%)	3969	65.3%	20.0%	100.0%

Fonte delle domande (strumento):

Indagine sulla salute in Svizzera 2002 e 2007 [82], integrato con due domande formulate dal team SHURP sulla base di sintomi allergici e sul collegamento tra tali malattie e l'attività lavorativa.

Categorie di risposta per le domande 98-103:

Per niente Un po' Forte

Categorie di risposta per la domanda 104:

Allo 0%, al 20%, al 40%, al 60%, all' 80%, al 100%, Non lo so

Calcolo delle risposte concordanti (consenso):

98-103: Risposte con "Un po'" e "Forte" messe a confronto con il totale delle risposte valide.
 104: Risposte con „al 40%“ fino „al 100%“ messe a confronto con il totale delle risposte valide. La n per questa domanda si riferisce a tutte le persone che, almeno per una delle malattie professionali della domanda da 99 a 103, hanno indicato „Un po“ o „Forte“. L'opzione „Non lo so“ è contata tra i valori mancanti.

P. Assenteismo / Presentismo

Tabella 27: assenteismo / presentismo

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
95. Nelle ultime 4 settimane quanti giorni non è andata/o a lavorare per malattia?	5205			
– 0 giorni		85.5%	56.3%	100.0%
– 1-2 giorni		8.6%	0.0%	33.3%
– 3 giorni o di più		5.9%	0.0%	30.0%
96. Nelle ultime 4 settimane quanti giorni è andata/o a lavorare nonostante si sentisse malata/o e non in grado di svolgere il Suo lavoro?	5178			
– 0 giorni		67.5%	27.3%	100.0%
– 1-2 giorni		15.7%	0.0%	41.5%
– 3 giorni o di più		16.8%	0.0%	54.8%

Fonte delle domande (strumento): Assenteismo: Indagine sulla salute in Svizzera [82]
Presentismo: Sviluppato dal team SHURP

Categorie di risposta: Numero giorni

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Formazione dei gruppi in base alla tabella

Q. Lesioni da punture di ago

Tabella 28: lesioni da punture di ago

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
97. Le è mai capitata/o in questa casa per anziani negli ultimi 6 mesi, di ferirsi con un ago di siringa o con un oggetto tagliente usato precedentemente su di una/un residente? (% sì)	5290	2.1%	0.0%	25.0% ¹

¹ Il Massimo alto si basa su un istituto con n. totale basso. Il range di persone che si sono punte con un ago è compreso, per ogni istituto, tra 0 e max. 4 persone.

Fonte delle domande (strumento): Studio RICH-Nursing [126]

Categorie di risposta: Sì No

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con „Sì“ messe a confronto con il totale delle risposte valide

R. Propensione all'abbandono del posto di lavoro

Tabella 29: propensione all'abbandono del posto di lavoro

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
27. Penso spesso di lasciare il mio posto di lavoro. ¹	5308	12.4%	0.0%	75.0%
28. L'anno prossimo cercherò probabilmente un nuovo posto di lavoro. ¹	5300	10.7%	0.0%	50.0%
29. Sto cercando attualmente un nuovo posto di lavoro (in un altro Istituto). ¹	5299	6.4%	0.0%	33.3%
30. Per me è facile trovare un nuovo posto di lavoro.	5280	32.2%	0.0%	62.5%
31. Penso spesso di lasciare il mio lavoro nella casa per anziani (per es. per cambiare attività lavorativa al di fuori del contesto infermieristico). ¹	5297	12.0%	0.0%	75.0%

¹ Per tutte le domande vale: tanto più basso il valore, quanto più i collaboratori tendono a restare nell'istituto

Fonte delle domande (strumento):	27. / 28.: Michigan Organizational Assessment Questionnaire (MOAQ) [127]
	29.: Questionario sulla fluttuazione di Mobley, Horner and Hollingsworth [128]
	30.: Questionario RN4CAST
	31.: auto-realizzato
Categorie di risposta:	Fortemente in disaccordo Parzialmente in disaccordo Neutrale Parzialmente d'accordo Fortemente d'accordo
Calcolo delle risposte concordanti (consenso):	Risposte con "Parzialmente d'accordo" e "Fortemente d'accordo" messe a confronto con il totale delle risposte valide.

S. Mobbing

Tabella 30: mobbing

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)		Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	% di consenso	Minimo	Massimo
Negli ultimi 6 mesi, quante volte è successo che...				
91. Le veniva assegnato dal capo reparto più lavoro rispetto ad altri membri del Team e che non riusciva a gestirlo?	5275	4.7%	0.0%	24.0%
92. veniva ignorata/o o esclusa/o da altri membri del Team / dal capo reparto?	5279	2.4%	0.0%	20.0%
93. veniva umiliata/o o ridicolizzata/o per il Suo lavoro da altri membri del Team / dal capo reparto?	5276	1.9%	0.0%	24.0%
94. membri del Team / capo reparto trattenevano informazioni, limitando così la qualità del Suo lavoro?	5267	2.7%	0.0%	16.0%

Fonte delle domande (strumento): Negative Acts Questionnaire – Short Version (NAQ-SV) [129, 130]

Categorie di risposta: Mai Ogni tanto Ogni mese Ogni settimana Ogni giorno

Calcolo delle risposte concordanti (consenso): Risposte con “Ogni mese”, „Ogni settimana“ e “Ogni giorno” messe a confronto con il totale delle risposte valide.

T. Regolazione emotiva

Tabella 31: regolazione emotiva

Item del questionario	Totale sull'intero personale infermieristico/assistenziale (n=5323)			Range delle risposte concordanti per istituto (n=163)	
	n risposte valide	Media	DS	Minimo	Massimo
Suppression (repressione dei sentimenti) (Item 118, 120, 122, 125)	5214	3.8	1.2	3.0	4.6
Reappraisal (rivalutazione dei sentimenti), Item 117, 119, 121, 123, 124, 126)	5115	4.7	1.0	3.8	5.5

Fonte delle domande (strumento): Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) [131]

Categorie di risposta: (v. sotto): Scala da 1 a 7: 1 indica „Per niente d'accordo“ 7 indica „Totalmente d'accordo“

Calcolo delle risposte: Valore medio istituto: in una prima fase è calcolato il valore medio per ogni scala per ogni singola persona. In una seconda fase, il valore medio è calcolato su tutti i valori medi delle persone operanti nell'istituto.
 Deviazione standard: dispersione dei diversi valori medi delle singole persone intorno al valore medio dell'istituto. Grandi dispersioni indicano che l'applicazione delle strategie si differenzia in larga misura da una persona all'altra.

Suppression:

- 118. Tengo i miei sentimenti per me.
- 120. Quando sono contento / felice, cerco di non farlo notare.
- 122. Controllo le mie emozioni non esprimendole.
- 125. Se provo sentimenti negativi, faccio attenzione a non esprimerli.

Reappraisal:

- 117. Per sentirmi meglio (ad esempio, felice / contento / sollevato / di buon umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa.
- 119. Per non starci male (ad esempio, essere triste / in collera / di cattivo umore), cerco di guardare le cose da una prospettiva diversa.
- 121. Quando devo affrontare una situazione difficile, cerco di considerarla da una prospettiva che mi aiuti a stare calmo/a.
- 123. Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a sentirmi meglio.
- 124. Cerco di controllare i miei sentimenti provando a cambiare il modo di considerare la situazione in cui mi trovo.
- 126. Cambiare il modo di pensare ad una situazione, mi aiuta a non starci male.

Institut für Pflegewissenschaft
Institute of Nursing Science

UNIVERSITÄT BASEL



Institut für Pflegewissenschaft
Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel

T +41 (0)61 267 09 13 (numero diretto SHURP)
F +41 (0)61 267 09 55

www.nursing.unibas.ch
nursing@unibas.ch