



di Veronique Dayan: infermiera SUIPSI dal 2014



ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO IN TICINO: ANALISI QUANTITATIVA DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI INFERMIERI RISPETTO ALL'UTILIZZO DEL SISTEMA RAI-HC[®]

INTRODUZIONE

- ~ Grazie all'utilizzo del sistema RAI-HC[®] com'è cambiata la presa a carico dei pazienti?
- ~ È sufficiente la quantità di ore dedicate alla formazione di base per l'utilizzo del RAI-HC[®] ?
- ~ Il sistema RAI-HC[®] viene giudicato utile per il lavoro che svolgono gli infermieri?
- ~ In Ticino, da quanto tempo e con quale frequenza viene utilizzato il sistema RAI-HC[®]?
- ~ In relazione all'utilizzo di questo strumento, com'è cambiata l'organizzazione del lavoro, la relazione con il paziente, il carico di lavoro, la capacità di valutare i problemi del paziente?

Queste sono solo alcune domande che sono state sottoposte, tramite un questionario anonimo, a un campione di 36 infermieri che lavorano presso 11 servizi di aiuto e cura a domicilio privati (OACD) e pubblici (SACD) in Ticino. Il testo che segue fa riferimento a un lavoro di tesi elaborato nel corso dell'inverno 2014 per determinare la soddisfazione degli infermieri che lavorano in ambito domiciliare rispetto all'utilizzo del RAI-HC[®].

Il RAI-HC[®] Svizzera (Resident Assessment Instrument - Home-Care[®], versione adattata per la Svizzera), è un sistema informatizzato di terza generazione creato per eseguire una valutazione multidimensionale (VMD) e standardizzata *“dei bisogni, delle risorse e dei desideri degli utenti anziani nel contesto delle cure extra-ospedaliere”*¹. La versione RAI-HC[®] Svizzera è stata introdotta nell'ambito delle cure a domicilio nel 2003 e completamente rivista nel 2009. La versione RAI-HC[®] Svizzera 2.0 utilizzata attualmente è disponibile dalla primavera 2010.

CONTESTO

Attualmente l'incremento della popolazione anziana, l'aumento delle richieste di sostegno e cura per favorire la permanenza al domicilio e la necessità di dover controllare i costi richiedono agli attori del sistema sanitario un costante investimento (economico, politico e organizzativo) per soddisfare queste necessità e per offrire dei servizi di qualità. La validità, l'affidabilità e la praticità del sistema RAI sono stati dimostrati in numerosi studi internazionali. Per questo motivo, anche in Svizzera e in Ticino il suo utilizzo è diventato un criterio indispensabile richiesto ai servizi di aiuto domiciliare per garantire un'erogazione di cure di qualità, per ottenere i riconoscimenti e i finanziamenti pubblici.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DELL'ANZIANO E UTILIZZO DEL RAI-HC[®]

La valutazione dell'anziano implica una visione olistica centrata sulla persona e include diverse sfere (sfera biologica, sociale, psicologica e culturale) interconnesse e influenzabili a vicenda, dove i parametri clinici, psicologici e i dati socio-culturali devono essere misurati oggettivamente con l'aiuto di scale specifiche per ogni sfera. Questo approccio viene definito come un processo diagnostico multidimensionale dove gli obiettivi delle cure vogliono favorire la guarigione per mantenere l'autosufficienza e garantire la qualità di vita della persona anziana².

Attualmente, gli strumenti di seconda e terza generazione per la valutazione multidimensionale permettono, grazie a specifici algoritmi elaborati elettronicamente e utilizzando un linguaggio comune e standardizzato, di valutare l'anziano in maniera più globale e specifica in relazione al suo luogo di vita. Questo per capire e identificare le cause dei problemi da prendere in considerazione per elaborare un piano di assistenza individualizzato³ assicurando una comprensione identica del piano di cura da parte di tutti i componenti del servizio che devono prestare le cure a un determinato cliente⁴.

Inoltre questo sistema vuole risolvere il problema della frammentazione (visione a compartimenti stagni del processo diagnostico) che la medicina superspecialistica ha innescato nel tempo.

Grazie a questi strumenti, è diventato possibile creare delle banche dati a scopo scientifico o statistico, confrontare le esperienze di presa a carico tra nazioni, avere degli strumenti di valutazione con linguaggi compatibili tra loro che permettono di ottimizzare la qualità dei processi a garanzia della soddisfazione del cliente, risultato essenziale e più importante⁵.

Anche a livello svizzero a partire dai dati raccolti grazie all'utilizzo del sistema RAI-HC[®] e registrati in una banca dati centralizzata (Home Care Data), l'ASSASD (Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio) ha commissionato uno studio pubblicato nel 2008 dove sono stati definiti 19 indicatori di qualità che permettono di misurare e confrontare la qualità delle prestazioni erogate dai servizi di aiuto a domicilio in Svizzera e grazie all'elaborazione di protocolli e di procedure gli permettono di misurare, monitorare e migliorare in modo continuo e regolare la qualità delle prestazioni fornite ai loro clienti⁶.

La compilazione del modulo MDS (Minimum Data Set) per una prima valutazione del paziente e le periodiche rivalutazioni successive, la pianificazione degli interventi e la determinazione dei bisogni a partire dall'elenco delle prestazioni (cioè la stesura di un piano di cura) sono interventi che richiedono tempo e competenza professionale. In tal senso in Ticino, gli infermieri sono tenuti a seguire una formazione specifica per poter utilizzare il sistema RAI-HC[®].

Il modo in cui viene implementato il RAI-HC[®] nei servizi è determinante e richiede un tempo considerevole. Un buon livello organizzativo da parte del servizio, alcuni sforzi iniziali e una buona motivazione dei professionisti permette una migliore implementazione dello strumento RAI-HC[®] nella pratica quotidiana, dove gli effetti positivi del suo utilizzo si possono notare soprattutto a lungo termine e sono direttamente correlati a migliori esiti nella presa a carico dei pazienti.

Una migliore implementazione del RAI-HC[®] permette di sviluppare nuove competenze cliniche, di migliorare la realizzazione di piani di cura appropriati e aggiornati, con interventi specifici fatti su misura dei reali bisogni dell'utente oltre a garantire un utilizzo razionale delle risorse e un contenimento dei costi⁷. Secondo uno studio condotto in Germania, i clienti vengono ricoverati meno frequentemente in ospedale e alcuni parametri utilizzati come indicatori di qualità (abilità funzionali e cognitive, qualità di vita) possono migliorare grazie all'utilizzo "intensivo" del sistema RAI-HC[®]⁸.

Tuttavia, per migliorare la qualità delle cure fornite ai clienti, il numero di pazienti attribuiti agli infermieri, le regolari riunioni d'équipe, il coinvolgimento dei caregivers, un approccio multidisciplinare e la formazione del personale sono altri aspetti organizzativi da valutare e ottimizzare⁹.

SODDISFAZIONE LAVORATIVA

La soddisfazione lavorativa viene definita come un sentimento positivo che le persone hanno per il loro lavoro ed è un forte fattore predittivo per la ritenzione lavorativa degli infermieri¹⁰. In ambito domiciliare, le variabili che influenzano la soddisfazione sono in parte diverse da quelle che vengono osservate in ambito istituzionale¹¹.

Secondo la teoria elaborata da Leslie Neal-Boylan nel 2006, gli infermieri a domicilio devono raggiungere un buon livello di autonomia per avere successo in questo ambito lavorativo. Maggiore sarà il successo, e quindi anche la soddisfazione per il loro lavoro, maggiore sarà la determinazione per conservare quel posto di lavoro. Il raggiungimento dell'autonomia richiede 2 o 3 anni di assestamento dove gli infermieri devono sapersi adattare, essere flessibili, saper lavorare in un ambiente lavorativo non strutturato (come invece può essere un ospedale o altro istituto) ma che favorisce questo processo evolutivo¹². Quando gli infermieri hanno il sentimento che la loro autonomia viene ridotta o compromessa, questo influenza fortemente l'intenzione di lasciare o cambiare il posto di lavoro¹³.

Gli studi condotti nell'ambito delle cure a domicilio mettono in evidenza che per sviluppare il concetto di fidelizzazione e soddisfazione del personale è importante considerare il loro punto di vista, coinvolgendo maggiormente gli infermieri nelle attività decisionali (decision-making) del servizio¹⁴.

I seguenti fattori possono influenzare negativamente la soddisfazione lavorativa in ambito domiciliare: una cattiva relazione con i medici o con la leadership del servizio, indennità o rimborsi inadeguati, situazioni cliniche mai incontrate prima, qualsiasi problema che impedisce di prendersi cura del paziente in maniera adeguata, l'abbondante burocrazia, le numerose procedure imposte dal servizio e il frequente cambiamento dei processi o dei ruoli per esigenze organizzative, l'incapacità di gestire lo stress e il carico di lavoro¹⁵.

RISULTATI DELLA RICERCA

Il campione preso in considerazione per questa ricerca è composto prevalentemente da infermiere donne svizzere che hanno in media 41 anni di età e un impiego soprattutto a tempo parziale. Tuttavia, anche gli uomini, che hanno in media 42 anni, rappresentano una buona parte del campione e tra loro prevale un impiego a tempo pieno. In Ticino il RAI-HC[®] è utilizzato in media da circa 2 anni e 4 mesi e chi lo utilizza ha un'esperienza lavorativa di circa 4 anni nel servizio attuale, spesso ha almeno una specializzazione alle spalle oltre alla formazione di base dove gestione sanitaria per gli uomini e salute mentale o cura delle ferite per le donne sono quelle svolte con maggior frequenza. Il lavoro in ambito domiciliare rappresenta sempre un'esperienza lavorativa successiva a un altro impiego e tra questi, il lavoro in ospedale è la professione svolta con maggior frequenza.

Dai risultati ottenuti, tutti i partecipanti che lavorano per un servizio pubblico (SACD) hanno seguito la formazione di base per l'utilizzo del RAI-HC[®] e sembrano essere globalmente leggermente più soddisfatti di questo strumento rispetto a chi lavora per un servizio privato (OACD), dove si trova la piccola percentuale di partecipanti che non ha seguito la formazione. Tuttavia, la formazione proposta per l'utilizzo del RAI-HC[®] soddisfa bene le aspettative di tutti i partecipanti.

In generale, il RAI-HC[®] viene considerato uno strumento utile nel loro lavoro e aiuta a realizzare i piani di cura, anche se il tempo a disposizione per eseguire una valutazione e preparare il piano di cura è considerato poco sufficiente, insufficiente o totalmente insufficiente dal 64% dei partecipanti (dove il 57% di loro riporta anche un peggioramento del carico di lavoro e dello stress) contro il 36% che lo considera ampiamente sufficiente o sufficiente. Inoltre il suo utilizzo ha migliorato soprattutto l'organizzazione del lavoro, la presa a carico e la capacità di valutare i problemi del paziente così come la sicurezza personale degli infermieri e la relazione con il paziente.

Si nota che in alcuni servizi la creazione di figure professionali specializzate per eseguire una valutazione RAI-HC[®] (team valutatori e capo equipe) e il fatto di avere una specializzazione oltre

la formazione di base sembrano essere fattori che favoriscono l'autonomia e l'organizzazione del lavoro di questi infermieri (vedi **Grafico 1 e 2**).

Grafico 1

Autonomia e organizzazione del lavoro migliorati

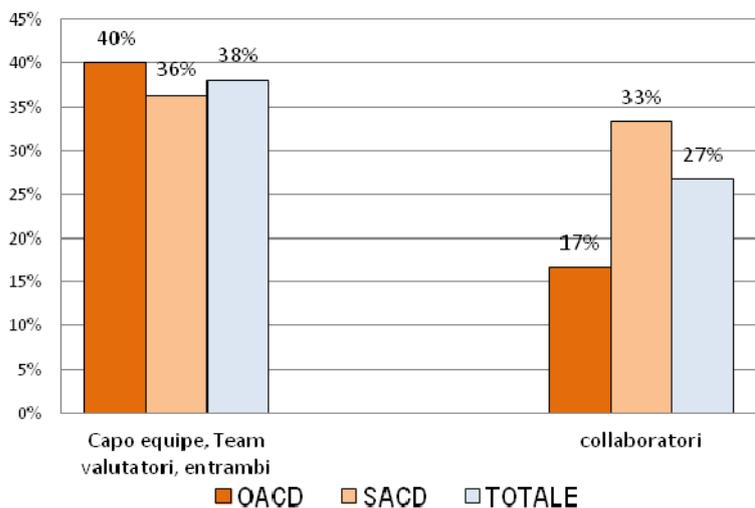
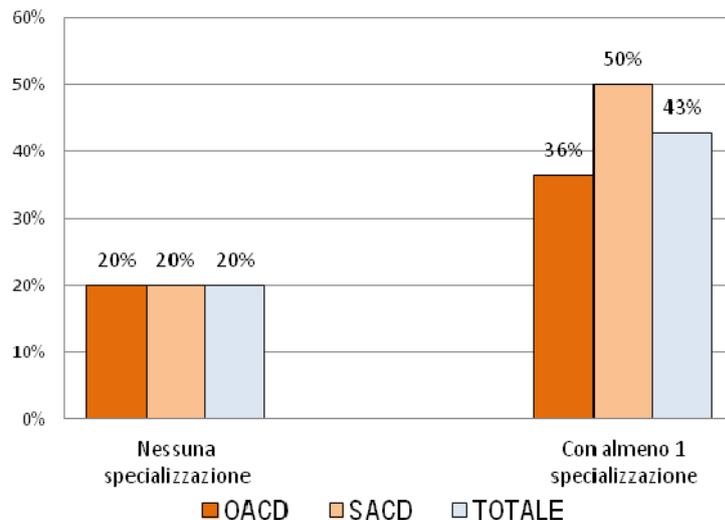


Grafico 2

Autonomia e organizzazione del lavoro migliorati



Per tutti i partecipanti, ma in particolare per gli uomini, gli aspetti peggiorati con più evidenza in relazione all'utilizzo del RAI-HC[®] sono lo stress e il carico di lavoro (vedi **Grafico 3 e 4**).

Grafico 3

Stress peggiorato

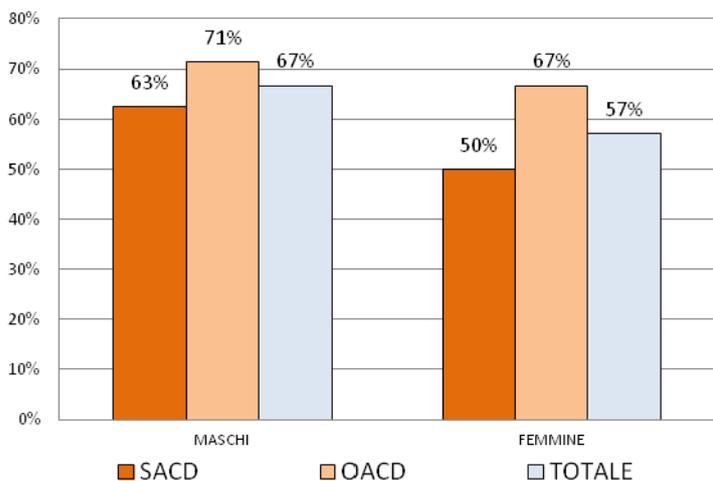
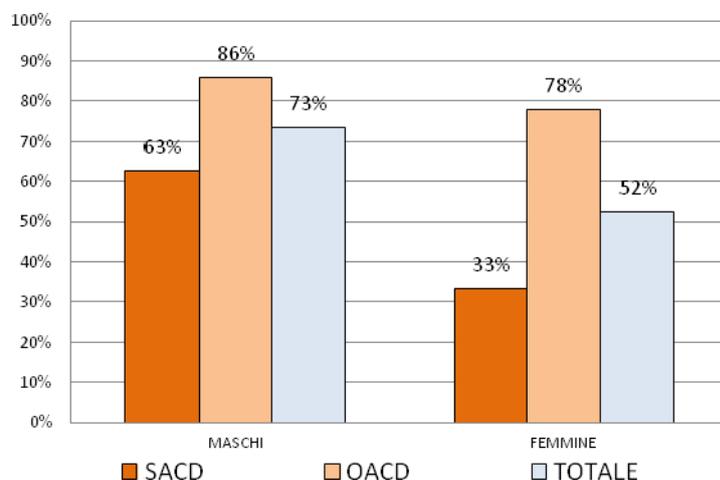


Grafico 4

Carico di lavoro peggiorato



CONCLUSIONI

Nel campione preso in considerazione, l'utilizzo del RAI-HC[®] nei servizi domiciliari del Ticino soddisfa gli infermieri, con un parere generale positivo leggermente più alto per quelli che lavorano per i servizi pubblici (SACD). La presa a carico del paziente, l'organizzazione del lavoro, la capacità di valutare i problemi del paziente e l'aiuto che fornisce questo strumento per realizzare i piani di cura sono gli aspetti che sembrano essere migliorati maggiormente grazie al suo utilizzo. Tuttavia, si nota un generale aumento del carico di lavoro e quindi un peggioramento dello stress da parte del personale infermieristico. Ciò rischia di avere ripercussioni negative sulla qualità delle cure percepite dai pazienti. Per questo motivo, come riportato dalla letteratura consultata, andrebbe dedicato un tempo sufficiente per eseguire le valutazioni, considerando la persona che necessita di una valutazione multidimensionale come un essere umano unico ed evitando di far diventare il processo di valutazione un semplice compito di routine da dover

eseguire¹⁶. La formazione del personale e il tempo considerevole necessario per un'implementazione che permette di far emergere gli effetti positivi a lungo termine sono quindi fattori chiave per sfruttare in pieno le potenzialità di questo strumento e favorire la motivazione e la soddisfazione del personale che lo deve utilizzare.

Inoltre, considerando la domanda di prestazioni in costante aumento alla quale i servizi di aiuto a domicilio dovranno confrontarsi in futuro, i programmi dei corsi rivolti alla formazione del personale sanitario (infermieri, ma anche operatori socio-sanitari e aiuti familiari) potrebbero comprendere qualche ora di lezione rivolta all'utilizzo del RAI-HC[®] dato che la valutazione multidimensionale del paziente anziano fragile viene eseguita in diversi contesti di cura, non solo a domicilio. Avere una base formativa rispetto all'utilizzo di uno strumento ritenuto a livello internazionale capace di sviluppare ulteriori competenze cliniche e valutative potrebbe quindi essere di grande utilità nel futuro lavoro delle giovani leve.

Infine si vuole proporre un'idea per l'implementazione della pratica in questo ambito con un grafico liberamente sviluppato a partire dal modello "The behaviour change wheel"¹⁷ che descrive quali condizioni/caratteristiche individuali, sociali e ambientali devono essere presenti per ottenere un cambiamento comportamentale positivo per attuare dei programmi di salute pubblica e dal modello "Back to the future through MDS"¹⁸ dove si arriva alla conclusione che è impossibile ottenere dei risultati qualitativamente alti senza che il personale che utilizza il RAI abbia anche alla base delle buone competenze e conoscenze oltre a un comportamento adeguato. Perché tutto il processo possa garantire una qualità assistenziale ottimale, al centro dei valori e del lavoro degli infermieri deve esserci il paziente con le sue preferenze e le sue scelte.

Tutti gli elementi del **Grafico 5** fanno quindi parte di un unico processo/sistema chiamato "Circolo virtuoso della qualità assistenziale" dove ogni intervento eseguito su un singolo componente può avere ripercussioni (positive o negative) su altri singoli componenti o sull'insieme del sistema. Il modello proposto mette in evidenza due concetti chiave dinamici e in continua evoluzione (le caratteristiche del servizio e il comportamento del personale) sui quali poter intervenire.

Grafico 5: Circolo virtuoso della qualità assistenziale



BIBLOGRAFIA

- ¹ **Morris, J. N.**, B. E. Fries, R. Bernabei, K. Steel et al. 1999. Manuale RAI-Home-Care[®] Svizzera. Lingua italiana. RAI-HC valutazione dell'utente, RAI-HC economia domestica e RAI-HC catalogo delle prestazioni, San Gallo: Q-Sys AG.
- ² **Mongardi, M.** 2010. *L'assistenza all'anziano - ospedale, territorio, domicilio* - ECM, Milano: McGraw-Hill Companies.
- ³ **Ibid.**
- ⁴ **ASSASD.** Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. 2003. Pour spécialistes - Dossiers - Arguments en faveur du RAI-Domicile Suisse. <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/F8C925A718.pdf> (09.09.2013)
- ⁵ **Mongardi, M.** 2010. *L'assistenza all'anziano - ospedale, territorio, domicilio* - ECM, Milano: McGraw-Hill Companies; **Morris, J. N.**, B. E. Fries, R. Bernabei, K. Steel et al. 1999. Manuale RAI-Home-Care[®] Svizzera. Lingua italiana. RAI-HC valutazione dell'utente, RAI-HC economia domestica e RAI-HC catalogo delle prestazioni, San Gallo: Q-Sys AG.
- ⁶ **Rüesch, P.**, L. Burla, R. Schaffert, and M. Mylaeus. 2009. Indicateurs qualité de l'aide et des soins à domicile en suisse sur la base de RAI-HC. Bern: SGGP/SSPS. <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/93B426F44B.pdf> (11.06.2014)
- ⁷ **Landi, F.**, G. Onder, E. Tua, B. Carrara, G. Zuccalá, G. Gambassi, P. Carbonin, and R. Bernabei. 2001. Impact of a new assessment system, the MDS-HC, on function and hospitalization of homebound older people: a controlled clinical trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 49(10): 1288–1293; **Monod, S.**, T. Hongler, T. Castelli, P. Clivaz-Luchez, and C. Büla. 2011. Le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile): ce que le médecin de premier recours doit savoir. *Gérontologie* 316(40): 2176–2183; **Stolle, C.**, A. Wolter, G. Roth, and H. Rothgang. 2012. Effects of the Resident Assessment Instrument in home care settings: results of a cluster randomized controlled trial. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45(4): 315–322; **Stolle, C.**, A. Wolter, G. Roth, and H. Rothgang. 2014. Improving health status and reduction of institutionalization in long-term care-effects of the Resident Assessment Instrument-Home Care by degree of implementation. *International Journal of Nursing Practice*: n/a–n/a.
- ⁸ **Stolle, C.**, A. Wolter, G. Roth, and H. Rothgang. 2014. Improving health status and reduction of institutionalization in long-term care-effects of the Resident Assessment Instrument-Home Care by degree of implementation. *International Journal of Nursing Practice*: n/a–n/a.
- ⁹ **Ibid; Roth, G.**, A. Wolter, C. Stolle, and H. Rothgang. 2013. The long and bumpy road to outcome-oriented management of long-term care in Germany: implementation of the Resident Assessment Instrument in home-care services. *The International Journal of Health Planning and Management*: n/a–n/a; **Bos, J. T.**, D. H. Frijters, C. Wagner, G. I. Carpenter, H. Finne-Soveri, E. Topinkova, V. Garms-Homolová, J.-C. Henrard, P. V. Jonsson, and L. Sørbye. 2007. Variations in quality of home care between sites across europe, as measured by home care quality indicators. *Aging clinical and experimental research* 19(4): 323–329.
- ¹⁰ **Ellenbecker, C. H.**, F. W. Porell, L. Samia, J. J. Byleckie, and M. Milburn. 2008. Predictors of home healthcare nurse retention. *Journal of Nursing Scholarship* 40(2): 151–160.
- ¹¹ **Neal-Boylan, L.** 2006. An analysis of the differences between hospital and home healthcare nurse job satisfaction. *Home healthcare nurse* 24(8): 505–512 ; **Tummers, L. G.**, S. M. Groeneveld, and M. Lankhaar. 2013. Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12): 2826–2838.
- ¹² **Neal-Boylan, L.** 2006. An analysis of the differences between hospital and home healthcare nurse job satisfaction. *Home healthcare nurse* 24(8): 505–512

- ¹³ **Tummers, L. G.**, S. M. Groeneveld, and M. Lankhaar. 2013. Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12): 2826–2838; **Tourangeau, A.**, E. Patterson, A. Rowe, M. Saari, H. Thomson, G. MacDonald, L. Cranley, and M. Squires. 2013. Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*: n/a–n/a.
- ¹⁴ **Samia, L. W.**, C. H. Ellenbecker, D. H. Friedman, and K. Dick. 2012. Home care nurses' experience of job stress and considerations for the work environment. *Home Health Care Services Quarterly* 31(3): 243–265; **Ellenbecker, C. H.** and M. Cushman. 2012. Home healthcare nurse retention and patient outcome model: discussion and model development. *Journal of Advanced Nursing* 68(8): 1881–1893.
- ¹⁵ **Ellenbecker, C. H.**, F. W. Porell, L. Samia, J. J. Byleckie, and M. Milburn. 2008. Predictors of home healthcare nurse retention. *Journal of Nursing Scholarship* 40(2): 151–160; **Ellenbecker, C. H.**, L. N. Boylan, and L. Samia. 2006. What home healthcare nurses are saying about their jobs. *Home healthcare nurse* 24(5): 315–324; **Neal-Boylan, L.** 2006. An analysis of the differences between hospital and home healthcare nurse job satisfaction. *Home healthcare nurse* 24(8): 505–512 ; **Tourangeau, A.**, E. Patterson, A. Rowe, M. Saari, H. Thomson, G. MacDonald, L. Cranley, and M. Squires. 2013. Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*: n/a–n/a.; **Tummers, L. G.**, S. M. Groeneveld, and M. Lankhaar. 2013. Why do nurses intend to leave their organization? A large-scale analysis in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12): 2826–2838.
- ¹⁶ **Hansebo, G.**, M. Kihlgren, G. Ljunggren, and B. Winblad. 1998. Staff views on the Resident Assessment Instrument, RAI/MDS, in nursing homes, and the use of the Cognitive Performance Scale, CPS, in different levels of care in Stockholm, Sweden. *Journal of Advanced Nursing* 28(3): 642–653.
- ¹⁷ **Michie, S.**, M. M. van Stralen, and R. West. 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(1): 42.
- ¹⁸ **Carter Diane.** 2012. Back to the Future through MDS, *Long-Term Living Magazine*. <http://www.ltlmagazine.com/article/back-future-through-mds> (08.08.2014).