



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

**Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica**

Tesi di Laurea

**L'ambiente di lavoro condiziona, specie
nell'offerta di servizi sanitari, l'operatività e la
qualità percepita?**

Relatore: Prof. Moretti Giorgio

Laureando: Zotti Patrick

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

ABSTRACT	pag.1
-----------------	-------

CAPITOLO PRIMO: Ambiente Ospedaliero

1.1 Florence Nightingale	pag.3
1.2 Evidence Based Design	pag.7

CAPITOLO DUE: La ricerca

2.1 Scopo dello studio	pag.12
2.2 Materiali e metodi	pag.12
2.3 Risultati	pag.15
2.4 Discussione e limiti dello studio	pag.23
2.5 Conclusioni	pag.27

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

n°1- Questionario di indagine

ABSTRACT

Ogni volta che ci si trova a frequentare un ospedale, da paziente o familiare, sempre si osserva l'ambiente dei reparti con curiosità, talvolta notando alcuni dettagli, di cui ci si chiede le scelte funzionali, talvolta sottolineando l'idea di obsoleto e antiquato che esprimono certi particolari. Indubbiamente in quelle situazioni si finisce col legare il tipo di ambiente fisico alla percezione che il paziente ha delle proprie condizioni e al morale con cui si trova ad affrontare la degenza e la prospettiva del proprio percorso di guarigione. Questo può osservarlo anche uno studente di infermieristica durante il servizio di tirocinio, ponendosi per la prima volta in un'altra prospettiva: questo tipo di percezione dell'ambiente fisico come influente è raccolta anche dal personale sanitario nei confronti della qualità del proprio lavoro? Durante le lezioni di teoria questa idea viene poi rafforzata dall'incontro con la filosofia del *nursing*, in particolare approfondita attraverso le riflessioni legate alle *Evidence Based Design*. In teoria vengono indicati alcuni precisi fattori di riferimento, che sanno suggerire, qualora rispettati, se un ambiente fisico di servizio si trovi ad essere confortevole e positivo sia per il paziente, certamente, sia per l'operatore sanitario, infermiere, medico, o.s.s.. Dunque per prima cosa questa ricerca si propone di illustrare quanto nelle esperienze del passato e nelle teorie delle *Evidence Based Design* sia stato individuato come elemento fondamentale per creare un ambiente fisico adeguato alla sua funzione assistenziale; poi queste teorie dovevano essere necessariamente confrontate con ambienti ospedalieri reali. Un percorso metodologico apprezzato per poter arrivare ad una considerazione su questo tipo di percezione può essere quello del sondaggio, con la somministrazione di un questionario, per sfruttare il punto di vista di operatori sanitari che lavorano da tempo in quell'ambiente, per legare le teorie studiate all'esperienza concreta. Per questo specifico percorso saranno coinvolte nello studio alcune delle Unità Operative in cui solitamente si presta, durante il percorso triennale di studi, servizio di tirocinio: il risultato del sondaggio ha in parte confermato diverse intuizioni "profane" e riservato alcune interessanti sorprese.

CAPITOLO 1. L'ambiente Ospedaliero

1.1 Florence Nightingale

Florence Nightingale diceva: “The very first requirement in a hospital is that it should do the sick no harm”¹. Sembrerebbe una riflessione piuttosto semplicistica, quasi banale; eppure non lo è.

Florence Nightingale nacque a Firenze (alla quale deve il suo nome), il 15 maggio del 1823, da una famiglia molto benestante, appartenente all'alta borghesia britannica; pur senza l'approvazione della famiglia, soprattutto della madre, che la voleva moglie in opportune nozze a ricaduta sociale, come da tradizione familiare, si liberò dei suoi corteggiatori e dichiarò l'intenzione di diventare infermiera. Come professioniste, a quel tempo, non erano particolarmente riconosciute, ma, considerate alla stregua di cuoche o cameriere, dovevano lavorare in condizioni inadeguate e spesso prive di una idonea preparazione. Intuendo la figura strategica dell'infermiera e desiderosa di dare dignità ed efficacia a questa figura, Florence Nightingale si dedicò alla diffusione di riflessioni e proposte per migliorare le cure mediche somministrate negli ambulatori delle *workhouses*² per gli indigenti, e la sua convinzione nel sostenere la necessità di un cambiamento radicale nei servizi di assistenza raccolse l'appoggio perfino di Sir Charles Villiers, presidente del *Poor Law Board*³, anzi, ella stessa partecipò concretamente alla riforma delle *Poor Laws*⁴, che trovarono diffusione in tutto il regno proprio in quell'anno.

¹ “Il primissimo requisito di un ospedale dovrebbe essere quello di non fare del male ai propri pazienti”, F. Nightingale, *Notes on nursing*, 1860.

² Le *workhouses* erano strutture offerte dallo stato per raccogliere i poveri e offrire loro lavoro, assistenza e una primaria formazione. Affidate alle parrocchie, erano presenti in molti stati del nord Europa già dalla fine del 1300, in seguito al primo *Poor Law Act* del 1388, studiato per mettere in atto delle strategie di contenimento della diffusione della peste in Inghilterra. Scomparvero, effettivamente, in seguito alla Seconda Guerra Mondiale.

³ Il *Poor Law Board* è una commissione istituita nel 1847 nel Regno Unito per gestire e amministrare strutture ed interventi di assistenza sociale promossi dalle *Poor Laws* del 1834, ed in seguito sciolta nel 1871.

⁴ Si tratta precisamente del *New Poor Law Amendment Act*, approvato dai Whigs nel 1834: un sistema di prevenzione e assistenza rivolto alle categorie più bisognose della società britannica, che rimase in vigore ufficialmente fino al 1948, anno in cui venne istituito l'attuale sistema di previdenza sociale inglese, con il *National Assistance Act*. La precisazione è necessaria in quanto l'esigenza di pensare ad un sistema di organizzazione e assistenza dei ceti meno abbienti o disagiati dunque era già nata in Gran Bretagna in epoca medievale, ma in maniera ufficiale aveva preso vita attraverso una riforma istituzionale in epoca Tudor, durante il regno di Elisabetta I, tra il 1597 e il 1601.

Frequentando l'ospedale di Kaiserswert in Germania, dove si trasferì dal 1849, ammirata dalla preparazione delle infermiere⁵ e dalla qualità di servizi e attenzioni rivolti ai pazienti, iniziò a formulare teorie proprie sulla cura dei malati e gli ambienti in cui essi dovevano essere accolti. Ad accompagnare il suo impegno pratico, come sostegno ideologico e strumento culturale, per aprire nuovi orizzonti nel perfezionamento del ruolo dell'infermiere, ci fu la pubblicazione di due manuali, *Notes on hospitals* del 1859, e il più completo *Notes on nursing* diffuso nel 1860. A dispetto delle sue modeste dimensioni (circa 140 pagine appena) questo manuale rappresentò un enorme passo avanti per la formulazione di un percorso professionale per una preparazione cosciente ed efficace del futuro infermiere, dando a questa figura dignità, valore, identità, e di fatto dando vita all'assistenza infermieristica moderna.

Il testo *Notes on nursing* esplicita tutti i dettagli che, come si diceva, fanno in modo che un ospedale possa “non fare del male ai propri pazienti”⁶: la summa del manuale sta nel concetto che l'assistenza ai pazienti non debba essere soltanto “somministrare medicine e applicare cataplasmi”⁷, pur senza intaccare la centralità del ruolo del medico e del suo intervento, ma in modo prioritario garantire ambienti e contesti adeguati per stimolare, e non arrestare, la guarigione del malato, che avverrà in modo progressivo e per quanto possibile autonomo una volta somministrata la corretta terapia. Secondo la Nightingale si deve provvedere, in un ospedale, ad un “uso appropriato di aria fresca, luce, calore, pulizia, tranquillità ed una dieta adatta [...] un'assistenza assidua”⁸. Dunque si tratta di consigli sulla necessità di porre attenzione agli ambienti in cui risiedono i malati, sulla possibilità di offrire loro momenti ricreativi e leggeri, per aiutarli a far fronte con animo al decorso dell'ospedalizzazione, al tipo di alimentazione offerta, alla capacità di un infermiere di saper, in ogni momento, osservare il proprio paziente con competenza, professionalità ed empatia. Florence Nightingale venne perciò considerata la promotrice della moderna assistenza infermieristica: secondo le sue teorie la guarigione di un paziente era da imputare, di fatto, quasi esclusivamente alle condizioni ambientali in cui si operava

⁵ Si chiamavano diaconesse, donne a cui veniva affidato il compito di prendersi cura di malati e di poveri: in greco il termine, come per il relativo maschile, indicato per il ruolo ecclesiastico, viene da *διακονος*, *diakonos*, che significa letteralmente “servitore”.

⁶ F. Nightingale, *Notes on nursing*, 1860.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

l'assistenza e la convalescenza. Addirittura tali indicazioni venivano estese agli ambienti domestici e di lavoro, quali garanzie di una salute forte e immune.

In base alle riflessioni della scienza moderna è possibile considerare Florence Nightingale come la prima “Teorica del *nursing*”: si definisce tale chi, nelle proprie teorie infermieristiche, sviluppa un metaparadigma fondato su quattro concetti chiave, cioè ambiente, salute, persona, assistenza infermieristica. Tra tutti le teoriche del *nursing*, che avrebbero poi seguito le orme della Nightingale, lei ha incentrato le proprie riflessioni sempre a partire dall'ambiente, che, come già indicato, aveva a suo parere il potere di prevenire, eliminare o contribuire allo sviluppo delle malattie (fino a portare alla morte) e pertanto risultava fondamentale per rimettere in salute il paziente.

Nel particolare venivano indicati i seguenti fattori indispensabili per definire come salubre un ambiente:

- Aria pulita: la ventilazione e la possibilità di cambiare frequentemente l'aria è fondamentale, pur con l'attenzione ad evitare correnti d'aria ed un innaturale raffreddamento del paziente. È importante, inoltre, contenere l'uso di tappeti e mobili, in quanto contribuiscono a rendere impura l'aria per accumulo di sporcizia;
- Acqua pulita: è ovviamente indispensabile offrire da bere al paziente acqua filtrata, epurata il più possibile da batteri e impurità, e svolgere tutti i servizi igienici con acqua pulita;
- Luce: è al secondo posto nella scala di importanza, in quanto è pensiero dominante che la luce del sole offra il suo potere benefico durante i percorsi di guarigione. I letti devono essere posizionati in modo da consentire al paziente di beneficiare della luce diretta e di poter guardare fuori dalle finestre, unendo perciò il favore della luce per il corpo e per lo spirito;
- Pulizia: unisce la sistemazione delle stanze, che andavano regolarmente pulite e deterse, a un adeguato sistema di fognature e a pulizia della cute del paziente e di chi lo assiste. La Nightingale fu una delle prime a sottolineare la fondamentale importanza della detersione delle mani in maniera approfondita, soprattutto tra una visita e un'altra, per impedire il passaggio di infezioni tra i malati e l'insorgere di eventuali complicanze;

- Calore: è fondamentale evitare la dispersione del calore del paziente, o comunque mantenere costante la temperatura corporea, anche attraverso l'intervento dell'infermiere con l'utilizzo di applicazioni calde o la somministrazione di cibo caldo;
- Odore: correlato alla necessità di avere sempre a disposizione aria pulita, si afferma l'importanza di eliminare odori forti, fastidiosi, insalubri, controproducenti per il recupero della salute del paziente. Per questo la Nightingale suggerisce di allontanare immediatamente dal paziente gli strumenti di raccolta dei bisogni fisiologici, lavandoli accuratamente e riponendoli in luoghi lontani dalle camere di degenza;
- Rumori: un ambiente tranquillo è indispensabile per agevolare il riposo e il recupero del paziente. È da tenere in grande attenzione il fatto che una corretta alternanza dei tempi di sonno, veglia e riposo contribuiscono in modo decisivo al completo e naturale processo di guarigione.

Ancora oggi queste indicazioni risultano, per quanto basilari, fondamentali per l'assistenza del malato, ed è interessante vedere come esse siano state ispirazione e punto di partenza per le successive teorie scientifiche del *nursing*.

1.2 Evidence Based Design

Per quanto concerne la cura dell'ambiente infermieristico, le teorie scientifiche del *nursing* si sono concretizzate nel tempo in un percorso di riflessioni e ricerche che portano il nome di *Evidence-based Design*, organizzazione degli spazi basate su evidenze scientifiche, fondate su approcci teorici e pratici che si sviluppano sfruttando la sinergia di diverse scienze e discipline, quali quelle ambientali, gli arredamenti di interni, l'architettura, l'ingegneria. Il punto cruciale sta nel fatto che ogni infermiere dovrebbe poter essere chiamato a interagire con il *design team* al momento della costruzione o della ristrutturazione di un reparto ospedaliero, essendo capace di comprendere il linguaggio tecnico e di trovare corrispondenza culturale. Questo offrirebbe l'opportunità di incanalare le reciproche riflessioni, implementando contestualmente anche l'efficienza del *design* e tenendo conto delle varie esigenze: ciascun professionista conosce i propri ambiti, ma si accorda il più possibile alle richieste e alla funzionalità del servizio a cui si aspira, ponendo doverosi limiti, suggerendo compromessi, puntando alla soddisfazione delle richieste degli operatori ospedalieri nell'interesse del paziente. Punto interessante a cui è approdata la ricerca è che l'ambiente non deve essere pensato come immobile, ma una struttura facilmente rinnovabile in base ai bisogni dei malati, in quanto a cura e convalescenza, perché sono evidentemente mutevoli. Il fine di avere un insieme di risorse multiprofessionali è, dunque, creare un ambiente in grado di promuovere agibilità e sicurezza, benessere, sostegno ai familiari, esemplificazione del lavoro dello staff, riduzione dello stress per tutti.

Il *design team*, secondo le evidenze scientifiche, deve essere attento alle esigenze di cura del paziente attraverso strutture e arredamento che facilitino il processo di guarigione e siano attenti a stimolare l'umore, agevolare il lavoro degli operatori, snellire procedure e passaggi. La standardizzazione delle stanze e delle unità operative dovrebbe permettere un *design* che si possa facilmente modificare, qualora le esigenze dell'assistenza infermieristica dovessero cambiare: l'installazione strategica di tutto ciò che concerne la costruzione dell'edificio (tubazioni, impianto elettrico, sistema di ventilazione...) dovrebbe essere favorevole alla adattabilità dello spazio, senza dover ulteriormente agire sulla struttura base delle stanze, soprattutto non con interventi

massicci, che portano disagi, né con applicazioni secondarie, che danno un senso di incuria e sono esteticamente avvilenti. Le dimensioni, le distanze, le posizioni degli oggetti negli spazi si possono cambiare a costi notevolmente inferiori e con il minimo disagio se questo viene già preventivato al momento della costruzione. Proponendo situazioni concrete, per esemplificare il concetto, la stanza di degenza dovrebbe potersi accordare, certamente nei limiti del possibile, ad ogni caso specifico, a prescindere dal livello di acutezza delle infermità del paziente: le evidenze suggeriscono di rendere l'ambiente più simile ad una stanza di casa (*homey*), ma con tutti gli strumenti di intervento in caso di emergenza assolutamente a portata dell'operatore (sistemi di monitoraggio, i gas, altri equipaggiamenti tecnologici), in modo da permettere al paziente di non cambiare stanza ma di intervenire esclusivamente sul cambiamento del livello di *nursing care*. Il flusso di pazienti (*patient flow*), inoltre, riguarda modalità e tempistiche del trasferimento dei malati dai vari reparti, direttamente dipendente dai bisogni e dalle emergenze legate alla cura stessa del paziente: da sempre l'assegnazione letti e la scelta del reparto sono legate a diagnosi e livelli di acutezza, ma i trasferimenti sono successivi e possono far incorrere in molteplici rischi, quali leggerezze nelle medicazioni, cadute dei pazienti, disagio e malcontento dei familiari, difficoltà di comunicazione tra coloro che si prendono cura del paziente. Ecco che una stanza il cui *design* si possa modulare in base all'acutezza delle condizioni del paziente andrebbe a ridurre questi aspetti negativi, insieme, certamente, all'evitare spostamenti non strettamente necessari, per prevenire disagi ai pazienti e, non da ultimo, l'incidenza di fatica e infortuni degli infermieri. Questo conduce direttamente ad una riflessione specifica sulla sicurezza: ovviamente questa è la prima cosa di cui si tiene conto al momento di progettare una struttura ospedaliera, facendo in modo di ridurre al minimo le situazioni di rischio per il paziente e per gli operatori. Le camere, particolarmente, vengono costruite con la precisa intenzione di limitare al minimo il rischio di caduta, vengono dotate di tecnologie di monitoraggio a portata di utilizzo, con aree ben illuminate in modo da garantire agli infermieri libertà di movimento nella preparazione e nella somministrazione della terapia, nell'assistenza, nel pronto intervento. Oltre a questo si rende indispensabile la netta separazione tra materiale igienico e "sporco", attraverso apposite aree specifiche, punti di igiene per il lavaggio e la disinfezione delle mani, l'attivazione di protocolli igienici condivisi tra paziente, operatori e familiari in

visita o in assistenza. Le evidenze, chiaramente, indicano con determinazione che un ambiente studiato per dare sollievo al paziente favorisce una più rapida e solida guarigione. Diverse discipline, in questo senso, si stanno occupando di studiare le situazioni di disagio e valutare eventuali soluzioni.

L'acustica, per esempio, è una branca dell'ingegneria meccanica che si occupa dello studio del suono: i livelli di rumore sono notevolmente aumentati in un ospedale negli ultimi cinquanta anni, con effetti di disturbo sul percorso di assistenza dei pazienti, cosa che viene percepita dagli stessi (nei quali si possono riscontrare segni di disturbi da stress e da mancato riposo, deficit uditivo, ipertensione, irritabilità e perfino vuoti di memoria) dai familiari, che si sentono insoddisfatti dell'accoglienza dei loro cari, e in maniera particolare dagli infermieri e dagli operatori, che restano affetti dal *burnout*.⁹

Una scarsa insonorizzazione o un aumento eccessivo di rumore portano a un alterato modo di comunicare le informazioni, e può arrecare disturbo alla quiete della degenza, ma far anche pervenire informazioni riservate a persone non interessate al caso, violando così la privacy del paziente. A tal proposito ci sono degli interventi fattibili, in termini di attivazione e costi, per garantire che non ci siano danni da acustica errata, quali silenziare gli allarmi, comunicazioni tramite citofoni interni alle camere, insonorizzazione di soffitti e di pareti divisorie, strumenti per attutire i rumori (cuffie, tappi per orecchie...) per tenere il paziente a riparo da disturbi momentanei.

L'estetica, inoltre, è associata a sensazioni piacevoli, provenienti dall'ambiente circostante: il concetto di bello in sé, ovviamente, cambia in maniera soggettiva, ma la piacevolezza degli ambienti può seguire regole abbastanza comuni. La cura degli interni, tramite scelte cromatiche efficaci per le pareti e i mobili, la decorazione delle stanze, pavimenti più simili a quelli domestici (magari trattati con agenti antimicrobici,

⁹ Il *burnout* (etimologicamente ha a che fare con il "bruciarsi") è un disturbo a cui può andare incontro un infermiere (ed ogni professionista che ha mansioni di aiuto), quando non è messo nelle migliori condizioni per esercitare il proprio ruolo, portandolo ad alti livelli di stress. È una vera e propria sindrome che emerge attraverso tre componenti, individuate nel 2000 da due studiosi, Maslach e Leiter: deterioramento dell'impegno sul lavoro, deterioramento delle emozioni provate nei confronti del lavoro, problema di adattamento tra persona e lavoro, a causa delle eccessive richieste di quest'ultimo. Negli operatori sanitari, la sindrome si presenta in quattro fasi: l'"entusiasmo idealistico" che spinge il soggetto a scegliere un lavoro di tipo assistenziale; la "stagnazione" quando, sottoposto a carichi di lavoro e di stress eccessivi, inizia a rendersi conto che aspettative e realtà lavorativa non coincidono; la "frustrazione", quando si sente inutile, inadeguato, insoddisfatto, sfruttato, oberato di incarichi ma non apprezzato; l'"apatia", quando l'interesse e la passione per il proprio lavoro si spengono completamente e all'empatia subentra l'indifferenza, fino ad una vera e propria "morte professionale".

di uso ancora non abbastanza diffuso) l'uso di mobilio per quanto possibile che non risulti eccessivamente obsoleto, la vista dalle finestre, magari ampie e rimodernate, sembrano essere elementi che favoriscono guarigione e sensazioni positive dei pazienti a proposito delle cure ricevute, e assicurano agli operatori un ambiente di lavoro percepito come piacevole e confortevole, cosa che finisce per favorire non solo inserimento ed assunzione degli stessi, ma anche il loro desiderio di rimanere in forza presso la struttura.

Stando a questa riflessione generale, appare evidente quale grande apporto possa offrire l'infermiere, o l'operatore sanitario, al *design team* per individuare le criticità dell'ambiente ospedaliero e gli interventi necessari per migliorarlo, rendendolo funzionale, sicuro, piacevole. Evidentemente il *nurse care* non è solo preparato a livello culturale e professionale, ma è in sintonia con il paziente e le sue esigenze pratiche e psicologiche, lo sa osservare e riesce a captare ciò che lo gratifica e ciò che lo disturba, si accorge dei cambi d'umore, in positivo e in negativo, e trascorre del tempo ad ascoltarlo e a confortarlo. Perciò è figura fondamentale del *design team*, perché ha abilità di *problem solving* e può proporre innovazioni anche originali, nel rispetto delle diversità e peculiarità culturali dei pazienti.

Riassumendo, le *Evidence-Based Design*, così come le aveva concretizzate lo studioso R. Ulrich¹⁰, possono evidenziare degli elementi comuni a tutte le riflessioni sulla costruzione di un ambiente ospedaliero efficiente e gradevole:

-

¹⁰ Il dottor Roger S. Ulrich è Professore di Architettura al *Center for Healthcare Building Research* presso la *Chalmers University of Technology* di Svezia, ed è Professore aggiunto alla cattedra di Architettura alla *Aalborg University* in Danimarca. Egli è il ricercatore più seguito a livello internazionale nella progettazione sanitaria basata sull'evidenza scientifica (*Evidence-based design*). Il suo operato è stato capace di influenzare molte costruzioni ospedaliere in tutto il mondo, che hanno saputo migliorare i loro risultati in termini di salute e sicurezza dei loro pazienti. È stato co-fondatore e direttore di un centro interdisciplinare di Architettura e Medicina, il *Center for Health Systems and Design*, alla *Texas A&M University*. Nel 2005 è stato scelto come consulente del servizio sanitario Nazionale della Gran Bretagna, per la cura del paziente per un programma di rinnovamento delle strutture ospedaliere britanniche.

- Stanze a letto singolo¹¹, adattabili all'oscillazione della gravità della patologia;
- Universalità di strutture nuove e ristrutturate;
- Uso terapeutico di luce, suono, colore;
- Implementazione dei sistemi di ventilazione e acustici;
- Possibilità di finestre con vista, meglio sulla natura, e in generale distrazioni positive;
- Sistema coordinato e ben pianificato di orientamento degli spazi:
- Unità di *design* che riduca la fatica dell'operatore e lo renda efficiente nella cura del paziente;
- Sistemi di comunicazione elettronica che necessitino l'uso delle mani.

¹¹ In molti reparti è ovviamente migliorata la guarigione, in termini di tempo e assenza di complicazioni, in pazienti che possono godere di una stanza singola: si tratta per esempio di reparti di grandi ustioni, infettivi, terapia intensiva, o comunque della possibilità di gestire meglio la diffusione delle infezioni. Ci sono ancora molti sostenitori però della struttura a camera multipla, migliore dal punto di vista del sostegno sociale ed emotivo: i pazienti che condividono una stanza condividono anche un'esperienza e sono in grado di supportarsi e incoraggiarsi nella guarigione. Il *quid* continua, certamente, a risiedere nelle perplessità che derivano dalle incompatibilità di carattere, dall'invasione, anche involontaria, della privacy, dal disturbo inevitabile del sonno, e, per quanto riguarda esplicitamente la gestione ospedaliera, dai costi.

CAPITOLO 2. La ricerca.

2.1 Scopo dello studio

La finalità della ricerca in oggetto è quella di verificare, attraverso il prezioso contributo degli operatori e del personale infermieristico, l'effettiva validità pratica delle evidenze su cui si sono basate per anni le riflessioni di ingegneri e architetti per la costruzione o la ristrutturazione delle unità operative, e la ricaduta di tali scelte sulla operatività e la percezione di efficacia per l'infermiere e, in generale, il personale sanitario.

La scelta peculiare di concentrare l'indagine esclusivamente a partire dalle riflessioni del personale infermieristico e OSS, escludendo il punto di vista dei pazienti, è volta a portare alla luce tratti di percezioni non abbondantemente già esplorati in tanta letteratura che si è già in passato concentrata sul benessere, l'assistenza e l'impatto sull'ammalato delle scelte imposte dalle direzioni ospedaliere: le percezioni che gli assistiti hanno del servizio e dell'ambiente in cui si trovano possono, è ben comprensibile, essere talvolta falsate dalle condizioni di salute più critiche, dalla apprensione per la propria condizione, dallo stato d'animo e dall'indole stessa. L'intenzione è altresì dimostrare quanto un ambiente, a detta di chi ci lavora e ne sfrutta le caratteristiche funzionali, possa risultare obiettivamente efficace nell'assistenza o porsi ad ostacolo per il raggiungimento del reale benessere del paziente.

In buona sostanza il problema si pone in questi termini: le scelte strutturali e architettoniche utilizzate combaciano realmente con le esigenze degli operatori?

2.2 Materiali e metodi

È stata scelta la modalità della ricerca epidemiologica, optando per la somministrazione a operatori sanitari, infermieri e medici di un questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione degli operatori stessi in relazione all'ambiente fisico¹². Il questionario si presenta con il seguente titolo

¹² Allegato 1.

“Questionario per la rilevazione del rapporto tra ambiente e grado di soddisfazione degli operatori”

e dichiara da subito le sue finalità: lo studio è inserito in un contesto universitario, a scopo statistico, volto a rilevare indicazioni sulle prestazioni offerte dalla struttura in cui l'operatore lavora, e sarà trattato nel pieno rispetto delle normative riguardanti il trattamento dei dati, che pervengono in forma anonima. Il questionario è stato consegnato dallo studente, previa autorizzazione, ai coordinatori infermieristici delle U.O. scelte per l'indagine, spiegando motivi e procedure, indicando i tempi di restituzione degli stessi (indicativamente una decina di giorni per essere rispettosi dell'avvicendamento dei turni di tutti).

Il testo prevede, in apertura, la segnalazione dell'Unità Operativa di riferimento, l'indicazione di appartenenza ad una fascia d'età (tra i diciotto e i trent'anni, tra i trenta ed i cinquanta anni e sopra i cinquanta anni)¹³, il sesso, l'anzianità di servizio, espressa anch'essa in termini di fascia (minore di un anno di servizio, tra uno e quattro anni, superiore ai quattro anni) e la professione svolta (infermiere, medico, OSS).

Prima della presentazione di una lista di domande, è stato precisato che l'intera indagine coinvolge esclusivamente il lavoro svolto all'interno del reparto di assegnazione.

Il questionario presenta:

uno schema di ventidue domande chiuse, alle quali si può rispondere barrando una delle tre opzioni proposte (sì, no, non so);

due domande che richiedono una valutazione quantitativa, in una scala da uno a dieci (in cui il numero più basso indica una risposta assolutamente negativa, il cinque indica una situazione mediocre ma nella norma, il numero più alto suggerisce l'eccellenza);

Il questionario presentato per la ricerca è frutto dell'adattamento di un esistente questionario POE (Post Occupancy Evaluation), usato anche in altri ambiti, come quello di ingegneria civile o architettura, creato nel 1960 per valutare le prestazioni degli edifici dopo essere stati occupati per un periodo di tempo. Dagli anni 90 l'approccio è stato proprio quello di computarne l'efficacia da un punto di vista tecnico, energetico e di comfort ambientale.

¹³ Si sceglie di indicare con una crocetta su una fascia di età e non di segnalare l'età precisa, per garantire il più possibile l'anonimato, e offrire maggiore libertà all'operatore di rispondere con la massima tranquillità.

una domanda a scelta multipla, tra nove indicazioni di risposta, di cui una aperta ad una segnalazione personale;

una domanda chiusa a tre opzioni (sì, no, non so) alla quale veniva chiesta una breve giustificazione tramite domanda aperta in caso di risposta affermativa.

Per la somministrazione dei questionari, la scelta delle Unità Operative sedi d'indagine è ricaduta su alcuni dei reparti presso i quali il laureando ha prestato servizio durante l'esperienza di tirocinio, per un tempo sufficientemente adeguato per fare un confronto personale con i dati raccolti e che avevano colpito lo studente in particolare per alcune caratteristiche ambientali peculiari.

Pertanto reparti e motivazioni risultano essere i seguenti:

- U.O. di Lungodegenza, che, nell'ospedale di Camposampiero, condivide alcune aree con l'U.O. M.F.R., dando vita, di fatto, a due reparti in uno. Pur trovandosi nello stesso contesto ambientale, le due U.O. presentano caratteristiche strutturali profondamente differenti per tipologia di servizio e di pazienti, ed esigenze operative.
- U.O. di Urologia, i cui locali sono stati ricavati, a seguito di un'operazione di ristrutturazione ambientale, dal vecchio reparto per dozzinanti, del quale ha mantenuto in buona parte il precedente arredamento (sobrietà di colori alle pareti, quadri, illuminazione, ampiezza delle sala d'attesa).
- U.O. di Ortopedia, da cui, onestamente, è nata l'idea stessa della tesi qui proposta; sullo stesso piano l'U.O. è suddivisa in maschile e femminile, che è vistosamente obsoleta nelle strutture ambientali, soprattutto in confronto diretto con la parte maschile di recente ristrutturazione.

2.3 Risultati

Sono stati somministrati 75 questionari e ne sono ritornati compilati 34¹⁴; essi risultano così suddivisi:

Campione		Lungodegenza\mfr	Urologia	Ortopedia Maschile	Ortopedia femminile	Totali
ETA'	18-30	7,14	0	0	14,29	5,88
	30-50	71,43	75	60	71,42	70,58
	> 50	14,29	25	40	14,29	20,59
	Non hanno risposto	7,14	0	0	0	2,95
SESSO	M	14,29	25	60	0	20,69
	F	64,29	62,5	40	100	67,65
	Non hanno risposto	21,42	12,5	0	0	8,71
ANZIANITA' DI SERVIZIO	Meno di un anno	7,14	0	0	14,29	5,88
	1 - 4 anni	0	12,5	0	14,29	5,88
	più di 4 anni	71,43	75	100	57,14	73,53
	Non hanno risposto	14,29	12,5	0	14,28	14,71
PROFESSIONE	Medico	0	0	0	0	0
	Infermiere	64,29	75	100	71,42	79,41
	O.s.s.	28,57	25	0	14,29	20,59
	Non hanno risposto	7,14	0	0	14,29	0

Tabella I - Campione

- U.O di Lungodegenza: sono stati compilati 14 questionari: si tratta di 9 infermieri e 4 oss e 1 persona che non ha dichiarato la propria qualifica;

¹⁴ E' da considerare degno di nota il fatto che nessun medico abbia partecipato alla compilazione

- U.O di Urologia: sono stati compilati 8 questionari, da 6 infermieri e 2 oss;
- U.O di Ortopedia Maschile: sono stati compilati 5 questionari, da parte di 5 infermieri;
- U.O di Ortopedia Femminile: sono stati compilati 7 questionari, da parte di 5 infermieri, 1 oss, e 1 che risulta senza segnalazione della professione.

Le risposte al questionario sono state così suddivise:

		Fruibilità	Movimentazione	Deambulazione	Altre prestazioni
LUNGODEGENZA / M.F.R	Yes	78,57	71,43	85,71	42,86
	No	21,43	21,43	7,14	35,71
	Don't Know		7,14	7,14	21,43
UROLOGIA	Yes	87,50	87,50	100,00	75,00
	No	12,50	12,50	-	25,00
	Don't Know	-	-	-	-
ORTOPEDIA MASCHILE	Yes	80,00	100,00	100,00	80,00
	No	20,00	-	-	20,00
	Don't Know	-	-	-	-
ORTOPEDIA FEMMINILE	Yes	57,14	42,86	71,43	71,43
	No	42,86	42,86	14,29	14,29
	Don't Know	-	14,29	14,29	14,29
TOTALI:	Yes	76,47	73,53	88,24	61,76
	No	23,53	20,59	5,88	26,47
	Don't Know	-	5,88	5,88	11,76

Tabella II - Movimentazione

Nella tabella II sono raccolte le risposte alle seguenti domande:

“Sono garantite la fruibilità e la sicurezza nella movimentazione del paziente e delle attrezzature?”; “Nella movimentazione del paziente sono garantite la fruibilità e la sicurezza delle attrezzature da parte dell’operatore sanitario?”; “È garantita la sicurezza

durante la deambulazione?”; “Vi è facilità di accesso ad altre prestazioni sanitarie da e verso altre UU.OO.?”

Risultano, in generale, percezioni positive, con particolare attenzione alla U.O. di Ortopedia, nella quale si segnala come problematica la parte femminile, ancora una struttura obsoleta, mentre molto adeguata quella maschile da poco ristrutturata.

		Illuminazione Naturale	Illuminazione Artificiale	Temperatura	Ricambio Aria
LUNGODEGENZA / M.F.R	Yes	92,86	71,43	71,43	64,29
	No	-	21,43	21,43	35,71
	Don't Know	7,14	7,14	7,14	-
UROLOGIA	Yes	100,00	100,00	37,50	75,00
	No	-	-	62,50	25,00
	Don't Know	-	-	-	-
ORTOPEDIA MASCHILE	Yes	100,00	100,00	60,00	80,00
	No	-	-	40,00	20,00
	Don't Know	-	-	-	-
ORTOPEDIA FEMMINILE	Yes	100,00	100,00	100,00	100,00
	No	-	-	-	-
	Don't Know	-	-	-	-
TOTALI:	Yes	97,06	88,24	67,65	76,47
	No	-	8,82	29,41	23,53
	Don't Know	2,94	2,94	2,94	-

Tabella III - Ambiente

Nella tabella III sono raccolte le risposte alle seguenti domande:

“È garantita una illuminazione naturale?”; “L’illuminazione artificiale è ben distribuita?”;
 “La temperatura è adeguata alle esigenze di lavoro?”; “È garantito in genere un adeguato ricambio d’aria?”

I dati emersi indicano una percezione in generale positiva o nella norma, in modo particolare per quanto riguarda l'illuminazione naturale; meno efficace probabilmente la gestione delle temperature. Degne di nota le risposte offerte dall'U.O. di Ortopedia femminile, che indicano piena soddisfazione riguardo questi parametri.

		Insonorizzazione	Comunicazione Esterno	Privacy Visiva	Privacy Acustica	Esterno
LUNGODEGENZA / M.F.R	Yes	35,71	50,00	64,29	7,14	50,00
	No	50,00	21,43	28,57	92,86	21,43
	Don't Know	14,29	28,57	7,14	-	28,57
UROLOGIA	Yes	50,00	87,50	37,50	12,50	87,50
	No	50,00	12,50	62,50	87,50	12,50
	Don't Know	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA MASCHILE						
	Yes	100,00	80,00	80,00	80,00	100,00
	No	-	20,00	20,00	20,00	-
	Don't Know	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA FEMMINILE	Yes	42,86	85,71	85,71	-	85,71
	No	42,86	14,29	14,29	100,00	14,29
	Don't Know	14,29	-	-	-	-
TOTALI:	Yes	50,00	70,59	64,71	17,65	73,53
	No	41,18	17,65	32,35	82,35	14,71
	Don't Know	8,82	11,76	2,94	-	11,76

Tabella IV – Suoni e visuale

Nella tabella IV sono raccolte le risposte alle seguenti domande:

“È garantita una sufficiente insonorizzazione?”; “È previsto un sistema di comunicazione diretta verso l'esterno?”; “È garantita, in caso di necessità, la privacy visiva?”; “È garantita la privacy acustica?”; “Dal letto esiste un rapporto visivo con l'esterno?”

Il dato di maggiore interesse è quello che si evince dalle qualità di insonorizzazione, e quindi della possibilità di garantire la privacy acustica, che sembrano uniformemente carenti, in modo particolare nella U.O. di Ortopedia femminile. Tenendo conto di quanto sia importante garantire questo genere di rispettosa riservatezza, appare il dato più allarmante dello studio.

		Spazio	Arredi Razionali	Camera piacevole	Arredi piacevoli	Oscuramento finestre
LUNGODEGENZA / M.F.R	Yes	35,71	57,14	42,86	50,00	57,14
	No	64,29	42,86	50,00	42,86	35,71
	Don't Know	-	-	7,14	7,14	7,14
UROLOGIA	Yes	87,50	87,50	87,50	75,00	50,00
	No	12,50	-	12,50	12,50	50,00
	Don't Know	-	12,50	-	12,50	-
ORTOPEDIA MASCHILE	Yes	100,00	80,00	100,00	100,00	80,00
	No	-	20,00	-	-	20,00
	Don't Know	-	-	-	-	-
ORTOPEDIA FEMMINILE	Yes	85,71	71,43	42,86	71,43	71,43
	No	14,29	14,29	28,57	14,29	28,57
	Don't Know	-	14,29	28,57	14,29	-
TOTALI:	Yes	67,65	70,59	61,76	67,65	61,76
	No	32,35	23,53	29,41	23,53	35,29
	Don't Know	-	5,88	8,82	8,82	2,94

Tabella V - Arredamento

Nella tabella V sono raccolte le risposte alle seguenti domande:

“Lo spazio per la sosta dei familiari è sufficiente?”; “Gli arredi della camera sono razionali per le operazioni di assistenza sanitaria?”; “I colori e le finiture della camera sono piacevoli?”; “I colori e le finiture degli arredi sono piacevoli?”; “Sono presenti sistemi di oscuramento alle finestre?”

I dati si assestano poco sopra una ipotetica “sufficienza”: appaiono quasi dettagli tutto sommato meno importanti agli occhi del personale. Particolarmente interessante il dato proposto dalla U.O. di Ortopedia maschile: è il caso di ricordare che si tratta di ristrutturazione recente.

		Servizio Igienico	Igiene Mani	Controllo	Rifiuti
LUNGODEGENZA / M.F.R	Yes	21,43	42,86	35,71	92,86
	No	64,29	57,14	42,86	7,14
	Don't Know	14,29	-	21,43	-
UROLOGIA	Yes	100,00	87,50	50,00	100,00
	No	-	12,50	50,00	-
	Don't Know	-	-	-	-
ORTOPEDIA MASCHILE	Yes	100,00	100,00	80,00	100,00
	No	-	-	20,00	-
	Don't Know	-	-	-	-
ORTOPEDIA FEMMINILE	Yes	28,57	57,14	57,14	100,00
	No	71,43	28,57	42,86	-
	Don't Know	-	14,29	-	-
TOTALI:	Yes	52,94	64,71	50,00	97,06
	No	41,18	32,35	41,18	2,94
	Don't Know	5,88	2,94	8,82	-

Tabella VI - Igiene

Nella tabella VI sono raccolte le risposte alle seguenti domande:

“Il servizio igienico interno è facilmente accessibile?”; “Nella camera è possibile effettuare l’igiene delle mani?”; “È facilitato il controllo visivo da parte del personale di assistenza?”; “È garantito un sistema sicuro per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi?”

Si indicano poco confortevoli le dinamiche igieniche nelle stanze, che danno disagio tanto al paziente quanto all’operatore, soprattutto in assenza di servizi igienici in stanza. Anche

l'impossibilità di controllare agevolmente il paziente anche senza entrare nella stanza può facilmente essere compreso essere un problema per il lavoro degli operatori e per un pronto e agevole intervento in caso di emergenza.

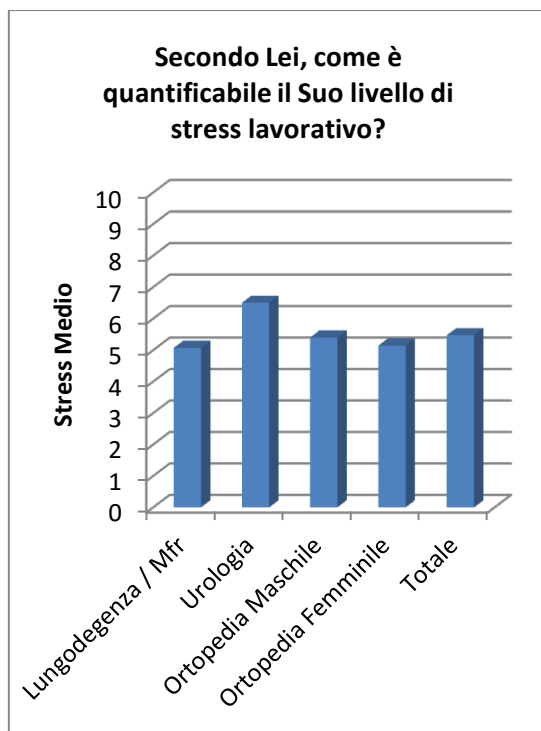


Figura 1 - Stress lavorativo

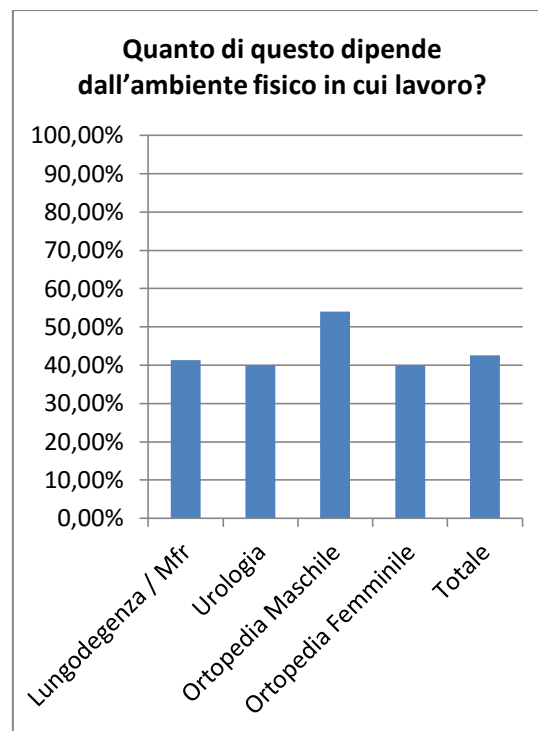


Figura 2 - Stress correlato all'ambiente

Questi due grafici riassumono i risultati emersi dalle risposte alle domande presentate: evidenziano come quasi il 43% delle cause di stress per gli operatori sia imputabile all'ambiente fisico, in una situazione di disagio che mediamente si assesta intorno a più del 50%.

Nel primo dei due grafici che seguono (Fig. 3) vengono elencate le principali cause di stress sottoposte all'attenzione degli operatori, nelle percentuali in cui sono state indicate. alla possibilità di rispondere in altra maniera, secondo una personale segnalazione, le cause dello stress legato all'ambiente sono state individuate in: "Turni di notte frequenti, impossibilità a fare per un periodo un turno giornaliero."; "Spazio ristretto per la movimentazione del paziente in stanza con sollevatore, carrozzine ecc."; "Flusso disorganizzato di pazienti/visitatori". In particolare: in urologia: "Mancanza di tecnologia negli ambienti per lo smaltimento disinfezione-pulizie e spazi angusti"; in ortopedia femminile: "Mancanza di bagno in camera".

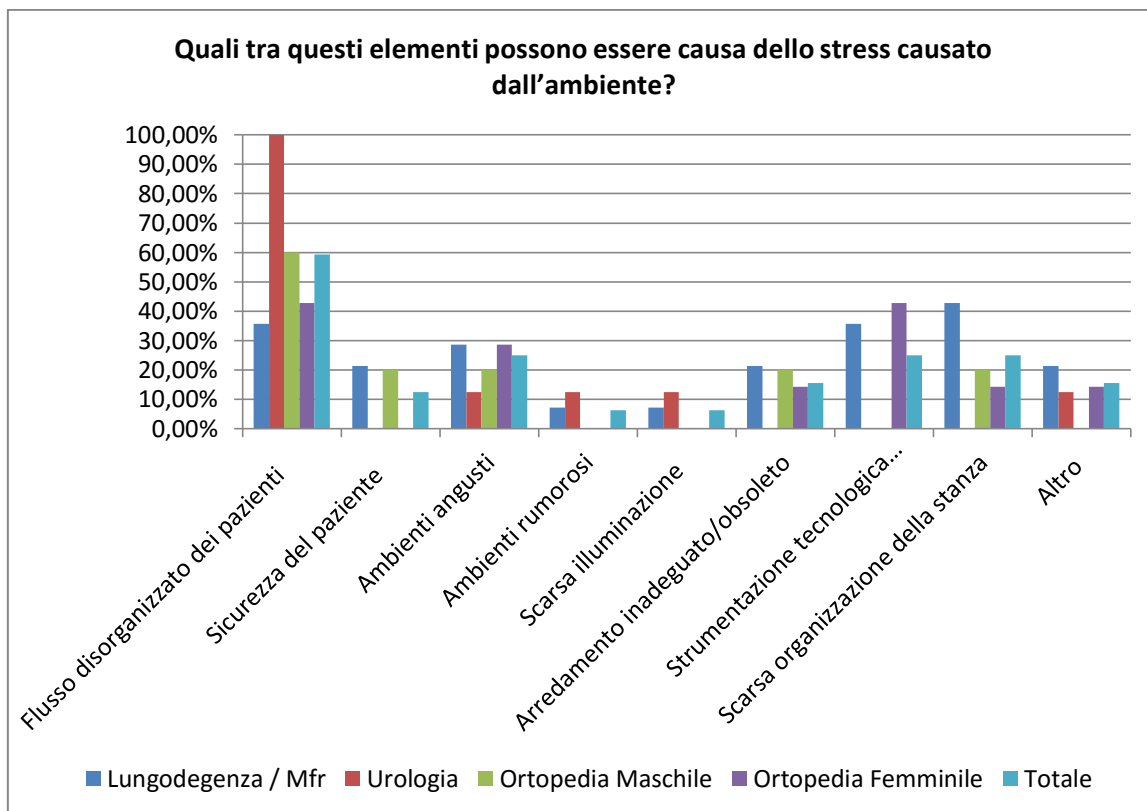


Figura 3 - Cause stress ambientale

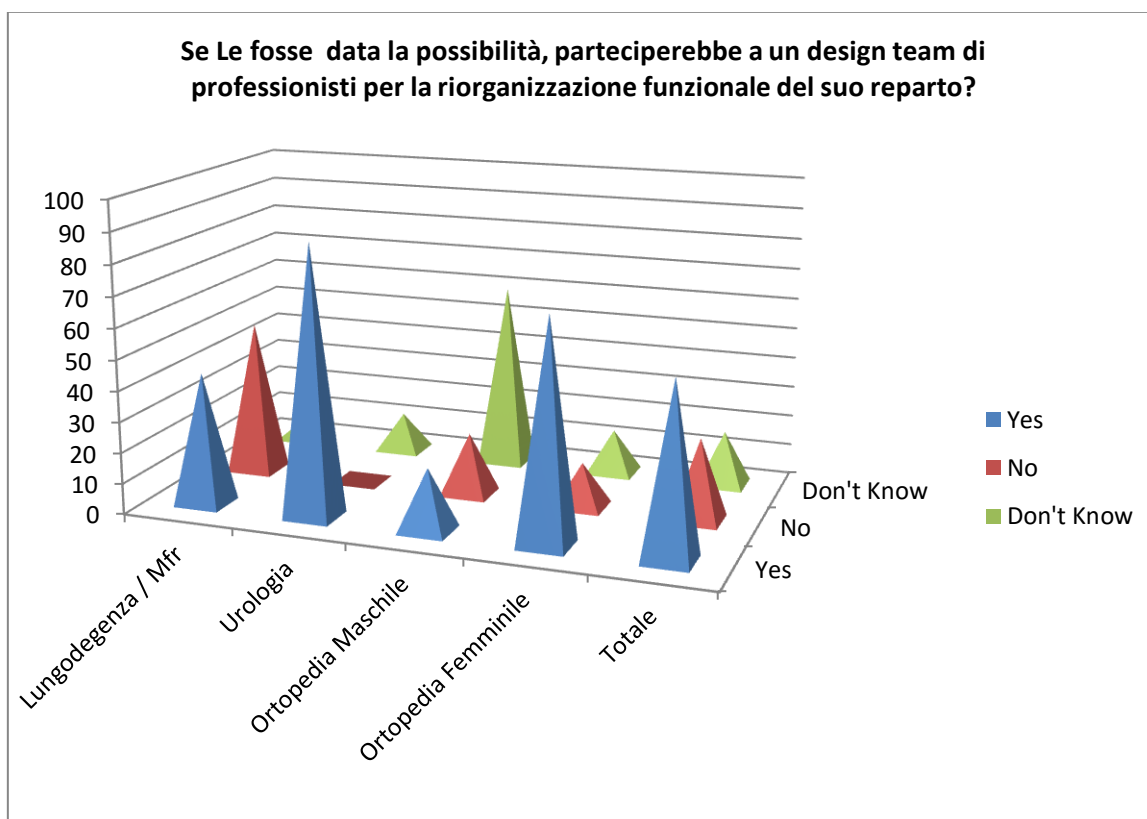


Figura 4 - Design Team

Nel grafico in Figura 4 si nota l'interesse del personale ospedaliero a mettere a disposizione le proprie osservazioni e la propria esperienza per partecipare ad un *team* di professionisti, che possa ripensare le strutture ospedaliere per garantire ottime ed efficaci prestazioni, tanto per il paziente quanto per tutto il personale sanitario.

Infine è stato chiesto, a chi avesse risposto affermativamente alla domanda precedente, di indicare una priorità di intervento all'interno di un progetto di ristrutturazione; hanno così risposto:

- in U.O. di Lungodegenza/MFR: “Ambienti più spaziosi e strumentazione tecnologica adeguata”; “Miglior organizzazione per lavorare, dotare di un bagno ogni stanza, dotare dei ripiani di appoggio, migliorare la gestione del caldo e del freddo, arredi più recenti e piacevoli”; “Sostituzione delle porte per insonorizzazione”
- in U.O. di Urologia: “Migliorare il condizionamento/ventilazione, garantire la privacy visiva (tende).”; “Spazi adeguati nelle camere”; “Una su tutte un riequilibrio del flusso dei pazienti in entrata con disponibilità dei posti letto”
- In U.O. di Ortopedia maschile: “Spazi tra i letti e semplicità uso strumenti a bordo letto”
- In U.O. di Ortopedia femminile: “Camere più spaziose per utilizzo ausili, bagno in camera”; “Ridurre i posti letto in camera e dotare di comfort (televisione, radio, ecc.).

2.4 Discussione e limiti dello studio

L'obiettivo primario di questo studio osservazionale è quello di vedere se c'è una correlazione, un rapporto tra l'ambiente fisico, quindi luce, aria, insonorizzazione, privacy, sia acustica e visiva, e la prestazione professionale: in poche parole, l'interrogativo è se l'ambiente in cui uno lavora incide, e in che misura, sul comfort lavorativo e di conseguenza sulle prestazioni professionali.

Dai dati raccolti appare completamente carente l'aspetto della privacy acustica (Fig. 5) : è certamente grave che le informazioni che dovrebbero essere condivise con il paziente in

maniera discreta e rispettosa della sensibilità del paziente (sia per la necessità di riservatezza, sia soprattutto in presenza di comunicazioni importanti) vengano invece condivise con l'intera camera. Non è da sottovalutare anche, come suggerisce un operatore, l'idea di sostituire le porte di alcuni locali destinati al personale, in modo particolare le sale di ritrovo e di passaggio di consegne degli infermieri, in modo da tutelare il rispetto e la privacy dei pazienti.

Viene segnalata anche la mancanza di discrezione all'interno delle stanze con più letti, in effetti la privacy visiva (Fig. 6) non è da considerare di secondaria importanza, specialmente, come è stato segnalato nel caso della U.O. di Urologia dove medicazioni e interventi del personale sanitario sono rivolti in zone intime, gli operatori nei questionari infatti suggeriscono l'adozione di tende separatrici tra i letti e per inciso ci si stupisce che questo semplice accorgimento non sia stato già messo in atto.



Figura 5 - Privacy visiva

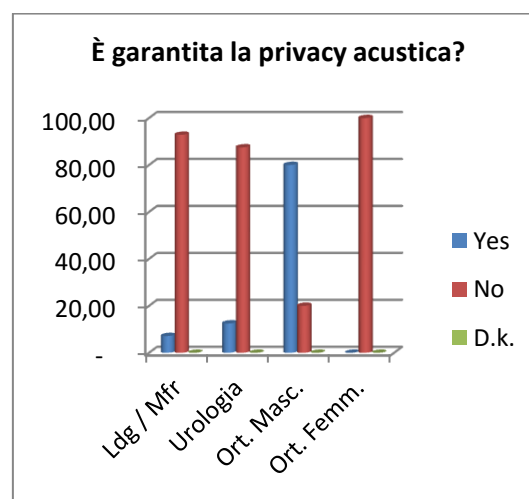


Figura 6 - Privacy acustica

Nei questionari viene segnalato spesso come disagio per l'operatore il fatto che non sia possibile attuare una forma di controllo visiva (Tab. VI) del paziente in modo da poter tenere sotto osservazione lo stato di salute e i bisogni dell'assistito in ogni momento del turno.

In particolare in due U.O. la struttura appare obsoleta tanto da non garantire la fruizione di un servizio igienico all'interno delle stanze (Fig. 7), questo non agevola il lavoro dell'operatore che ha la necessità di prestare assistenza, lavare e accompagnare ai servizi il paziente, in particolare si evidenzia come i due reparti di Ortopedia, quella maschile e quella femminile, con la ristrutturazione del primo abbiano risolto in un caso e mette in risalto la differenza con l'altro reparto, sempre a proposito del reparto femminile, si lamenta la difficoltà nella movimentazione del paziente e delle attrezzature (Fig. 8), complicando notevolmente le operazioni di assistenza e di accompagnamento del malato.

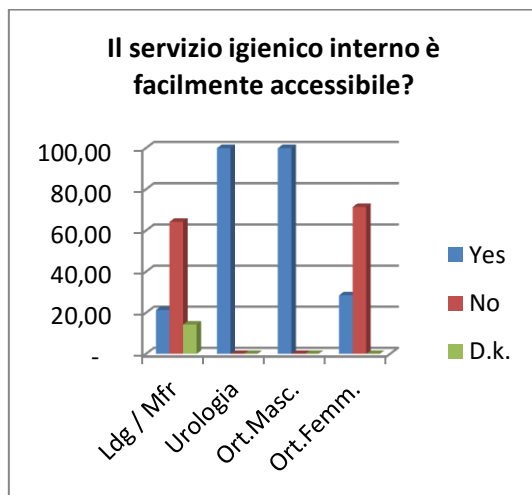


Figura 7- Servizio igienico

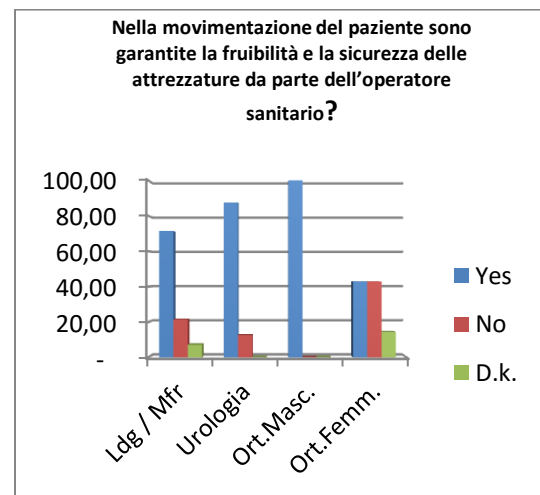


Figura 8 - Movimentazione paziente

Si sottolinea come in generale i reparti si siano adeguati nella gestione della luminosità all'interno delle stanze sia attraverso la luce naturale che quella artificiale (Tab. III), infatti la struttura ospedaliera è stata costruita appositamente per approfittare dell'intero corso del sole. Altrettanto adeguata appare la dotazione di sistemi di igienizzazione delle mani all'interno delle stanze (Tab. VI), per semplificare l'operazione agli operatori: sono presenti in ogni U.O. i dispenser alle pareti, ad eccezione delle camere dell'U.O. di Lungodegenza e di Ortopedia femminile, che riflette una organizzazione logistica, appunto, che richiede ancora un intervento di ammodernamento (in questo caso di facile risoluzione).

In particolare gli operatori segnalano come impedimento nello svolgimento agevole ed efficace del loro lavoro l'esigenza di sottoporre i pazienti a spostamenti durante le visite specialistiche e diagnostiche in altri reparti, oppure ad ospitare professionisti e macchinari particolari nella propria stanza (Tab. II), che risulta essere troppo piccola o dotata di spazi angusti anche per la gestione ordinaria degli interventi sanitari. Infatti più operatori chiedono spazi più grandi per poter lavorare e per usare con maggiore efficacia gli strumenti a bordo letto.

Ultimo dato sensibile, la temperatura e il ricambio dell'aria all'interno delle stanze (Tab. III): nel primo caso la sensazione degli operatori è che le temperature non siano adeguate per il loro lavoro; nel secondo caso, invece, la gestione appare abbastanza nella norma, ad eccezione della U.O. di Lungodegenza, dove si richiede un maggiore ricambio d'aria.

Rispetto alle considerazioni personali, è stato chiesto al personale sanitario di quantificare il livello di stress percepito (Fig. 2), che ritenevano imputabile all'ambiente fisico: il dato emerso suggerisce che esso sia responsabile di più della metà dello stress percepito, dato di tutto rilievo. Per questo è stato chiesto agli operatori di individuare una causa (Fig.3) in particolare, ed hanno segnalato soprattutto il flusso disorganizzato dei pazienti¹⁵ (e dei visitatori), gli ambienti angusti ed obsoleti, la strumentazione tecnologica e l'organizzazione delle stanze inadeguate.

Per concludere, più della metà degli operatori che hanno collaborato a questo studio hanno espresso l'interesse a partecipare ad un *team design* (Fig. 4): questo può essere interpretato

¹⁵ È da segnalare come dato più che significativo che questa indicazione è stata scelta da tutti gli operatori della U.O. di Urologia.

in chiave positiva, in quanto emerge che gli operatori manifestano la voglia e la necessità di partecipare attivamente alla riorganizzazione del proprio reparto, mostrando attaccamento e partecipazione.

Si possono, coerentemente, individuare alcuni limiti dello studio: innanzitutto il questionario è stato composto in parte da domande provenienti da un POE validato, alcuni quesiti invece sono stati pensati come originali e *ad hoc* per la questione da esplorare. In secondo luogo, vi è il fatto che il questionario sia stato distribuito soltanto nella stessa struttura, di fatto richiamando U.O. che fanno a capo alla stessa direzione e la medesima logica organizzativa e costruttiva; inoltre dei 75 questionari consegnati per la somministrazione, ne sono stati restituiti soltanto 34, meno della metà, cosa che non rende i dati indicativi per uno studio statistico, ma comunque validi per una percezione nei confronti dell'ambiente fisico di lavoro. Il maggiore rammarico probabilmente è stato quello di non aver potuto approfondire ulteriormente le domande aperte, e di non aver ricevuto alcun questionario compilato dal personale medico: in entrambi i casi sarebbe stato interessante cogliere i diversi punti di vista.

In chiusura un limite insormontabile resta, comprensibilmente, rappresentato dal fatto che le risposte non possono che rispecchiare indole, atteggiamento personale, pregiudizi, provenienze (territoriali e sociali), cultura di chi lo ha compilato: pertanto essi sono, per forza di cose, estremamente soggettivi.

2.5 Conclusioni

Lo scopo dell'indagine era quello di vedere se vi fosse un rapporto tra l'ambiente fisico e il lavoro degli operatori. I risultati hanno fornito suggerimenti utili e un punto di partenza per proposte future:

- esiste una relazione tra l'ambiente fisico in cui si lavora e lo stress percepito dall'operatore, che sente alcuni elementi dell'unità operativa come un ostacolo alla efficacia e al comfort del proprio lavoro, e non aiuta a sentirsi a proprio agio nello svolgimento delle operazioni di assistenza;

- esiste una buona percentuale di operatori che si sentirebbero disponibili a partecipare ad un *design team*, per collaborare con la propria esperienza alla realizzazione di ambienti più confortevoli e adeguati per il lavoro di tutti e per il benessere dei pazienti.

- prendendo in considerazione i dati emersi nei questionari compilati nella U.O. di Ortopedia maschile, esiste già una dimostrazione del fatto che le recenti ristrutturazioni di ambienti ospedalieri siano già caratterizzate dal rispetto di alcune evidenze scientifiche, e lo si può riscontrare nella generale soddisfazione del lavoro riconosciuta dai professionisti che vi operano; parallelamente nella U.O. di Ortopedia femminile, in cui sono presenti locali obsoleti e una inefficace organizzazione di spazi e strumenti, questo emerge come un problema da risolvere ed una fonte di stress.

Stando al materiale raccolto, sembra poter essere utile

- somministrare al personale ospedaliero una scheda periodica in cui raccogliere punti di vista, opinioni, suggerimenti per migliorie attuabili nell'immediato (es. privacy visiva in U.O. di Urologia);
- somministrare una scheda per individuare i problemi più urgenti affinché l'amministrazione possa prendere visione delle problematiche esistenti e migliorare il lavoro degli operatori e il servizio per i pazienti;
- in una possibile ristrutturazione futura dare spazio alla partecipazione degli operatori, che possono fornire importanti suggerimenti per rendere agevole e efficace l'ambiente, per il lavoro e la fruizione.

BIBLIOGRAFIA

- Cesare Meloni "Igiene per le lauree delle professioni sanitarie, a cura di Cesare Meloni, Casa Editrice Ambrosiana, 2009
- Cesario, Sandra K. "Designing health care environments: part I. Basic concepts, principles, and issues related to evidence-based design." *The journal of continuing education in nursing* 40.6 (2009): 280
- F. Nightingale, Notes on nursing, 1860
- Ulrich, Roger S. "Evidence based environmental design for improving medical outcomes." *Proceedings of the Healing by Design: Building for Health Care in the 21st Century Conference, Montreal, Quebec, Canada. 2000.*
- Ulrich, Roger S., et al. "A review of the research literature on evidence-based healthcare design." *HERD: Health Environments Research & Design Journal* 1.3 (2008): 61-125

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEL RAPPORTO TRA AMBIENTE E GRADO DI SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI

Gent.le Sig.ra/Egr. Sig.re ,
 sono Zotti Patrick, uno studente del terzo anno della facoltà di Infermieristica della sede di Milano.
 Il questionario anonimo che le chiediamo di compilare ha lo scopo di fornire indicazioni sulle prestazioni offerte dalla strutture in cui lavora, allo scopo di contribuire alle riflessioni per la redazione di una tesi di laurea del percorso universitario di Infermieristica. Le chiediamo di barrare con una X la risposta che Le sembra più adatta. Le ricordiamo di barrare solo una risposta. Dopo aver compilato il questionario lo consegnerà gentilmente al coordinatore infermieristico della Sua U.O.
 La ringraziamo per il contributo e la collaborazione che ci vorrà offrire.
 I dati rimarranno anonimi.

U.O. _____

ETA' ☐ 18-30 ☐ 30-50 ☐ più di 50

SESSO ☐ maschio ☐ femmina

ANZIANITA' DI SERVIZIO ☐ meno di 1 anno ☐ 1-4 anni ☐ più di 4 anni

PROFESSIONE ☐ infermiere ☐ medico ☐ oss

Le seguenti domande riguardano il lavoro all'interno del suo reparto:

Sono garantite la fruibilità e la sicurezza nella movimentazione del paziente e delle attrezzature?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
Nella movimentazione del paziente sono garantite la fruibilità e la sicurezza delle attrezzature da parte dell'operatore sanitario?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
È garantita la sicurezza durante la deambulazione?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
È garantita una sufficiente insonorizzazione?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
Il servizio igienico interno è facilmente accessibile?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
Nella camera è possibile effettuare l'igiene delle mani?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
Vi è facilità di accesso ad altre prestazioni sanitarie da e verso altre UU.OO.?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
Lo spazio per la sosta dei familiari è sufficiente?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
È previsto un sistema di comunicazione diretta verso l'esterno?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
È facilitato il controllo visivo da parte del personale di assistenza?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
Gli arredi della camera sono razionali per le operazioni di assistenza sanitaria?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
I colori e le finiture della camera sono piacevoli?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO
I colori e le finiture degli arredi sono piacevoli?	☐ SI	☐ NO	☐ NON SO

Sono presenti sistemi di oscuramento alle finestre?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
È garantita, in caso di necessità, la privacy visiva?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
È garantita la privacy acustica?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
Dal letto esiste un rapporto visivo con l'esterno?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
È garantita una illuminazione naturale?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
L'illuminazione artificiale è ben distribuita?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
La temperatura è adeguata alle esigenze di lavoro?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
È garantito in genere un adeguato ricambio d'aria?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO
È garantito un sistema sicuro per lo smaltimento dei rifiuti pericolosi?	☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Risponda indicando un numero da 1 a 10, dove 1 è equivalente a una risposta assolutamente negativa, il 5 una condizione mediocre ma nella norma, mentre il 10 rappresenta l'eccellenza.

Secondo Lei, come è quantificabile il Suo livello di stress lavorativo?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Quanto di questo dipende dall'ambiente fisico in cui lavora?

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Quali tra questi elementi possono essere causa dello stress causato dall'ambiente? (può indicare anche più di una causa)

- ☐ Flusso disorganizzato dei pazienti ☐ Sicurezza del paziente ☐ Ambienti angusti
☐ Ambienti rumorosi ☐ Scarsa illuminazione ☐ Arredamento inadeguato/obsoleto
☐ Strumentazione tecnologica inadeguata ☐ Scarsa organizzazione della stanza
☐ Altro _____

Se Le fosse data la possibilità, parteciperebbe a un design team di professionisti per la riorganizzazione funzionale del suo reparto?

☐ SI ☐ NO ☐ NON SO

Se sì, cosa indicherebbe come prioritario all'interno della ristrutturazione?

Grazie per la Sua disponibilità!