



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
*Corso di Laurea in Infermieristica*

---

**UNITÀ DI CURE INTENSIVE APERTE:  
Preparazione dei familiari alle visite  
e suo impatto**

*Relatore:*

Prof. Toffoletto Fabio

*Laureando/a:* Sandron Giada

*Matricola:* 1004403

Anno Accademico 2014 – 2015





UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA  
DIPARTIMENTO DI MEDICINA  
*Corso di Laurea in Infermieristica*

---

**UNITÀ DI CURE INTENSIVE APERTE:  
Preparazione dei familiari alle visite  
e suo impatto**

*Relatore:*

Prof. Toffoletto Fabio

*Laureando/a:* Sandron Giada

*Matricola:* 1004403

Anno Accademico 2014 – 2015



## ABSTRACT

**PROBLEMA:** negli ultimi anni sono state pubblicate una serie di raccomandazioni a favore della liberalizzazione delle politiche di visita nelle Intensive Care Units (ICU). Tuttavia, in molti paesi queste raccomandazioni non hanno influenzato significativamente la pratica clinica. La letteratura fornisce un quadro irregolare di politiche di visita dei familiari all'assistito e le percentuali di unità di terapia intensiva per adulti senza restrizioni alla visita attualmente variano tra il 2 e il 70% (Gianini et al., 2013). In letteratura esistono studi che vanno a osservare la soddisfazione dei degenti e dei familiari ma pochi mettono in luce quest'aspetto rispetto alla relazione tra l'infermiere e i familiari dei degenti.

**SCOPO:** valutare se, con un'adeguata preparazione dei familiari alla visita di un paziente ricoverato presso un'unità di cure intensive, con procedure condivise dal personale infermieristico, aumenta il grado di soddisfazione degli stessi.

**DISEGNO DELLO STUDIO:** ricerca di tipo quantitativo - osservazionale.

**CAMPIONE:** 34 infermieri delle Unità operative di terapia intensiva dell'azienda AULSS N°10 del Veneto Orientale divisi tra i presidi ospedalieri di San Donà di Piave (n.19) e Portogruaro (n.15); 22 familiari di degenti ricoverati presso le suddette unità operative da almeno 24h, di cui n.11 presso Portogruaro e n.11 presso San Donà di Piave.

**MATERIALI E METODI:** sono stati somministrati dei questionari anagrafico - professionali al personale infermieristico e questionari tratti dalla Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS), che sondavano la soddisfazione globale rispetto all'ambiente della terapia intensiva, ai familiari del paziente ricoverato. Inoltre è stata compilata una scheda osservazionale per ogni infermiere che valutava le azioni del personale infermieristico rispetto alle tecniche relazionale adottate con i familiari all'ingresso nell'unità operative di cure intensive.

**RISULTATI:** l'analisi statistica dei dati raccolti ha evidenziato che la soddisfazione globale dei familiari dei pazienti ricoverati è risultata buona in entrambe le realtà, ma la formazione sulla relazione è stata conseguita solo da un esiguo numero di infermieri facenti parte dell'organico osservato. Dall'osservazione sulle modalità di relazione infatti si può osservare la presenza di alcune criticità che influenzano la stessa

**CONCLUSIONI:** sulla base dei risultati ottenuti emerge che nonostante la carenza di formazione sull'approccio relazionale dichiarata dal personale infermieristico e le criticità rilevate dall'osservazione, i familiari si dimostrano soddisfatti del personale e dell'ambiente.

Nonostante questa soddisfazione globale, sarebbe comunque utile svolgere degli incontri formativi per garantire al personale infermieristico di instaurare una relazione efficace con i familiari, tale da costituire un supporto per questi ultimi.

Inoltre si propone l'introduzione di due valutazioni sulla formazione conseguita: una precedente al percorso formativo, per valutare se sono presenti delle criticità e quali esse siano; una successiva al conseguimento della formazione, per osservare se sono state introdotte le tecniche e le strategie apprese e se esse apportino o meno delle migliorie alla pratica clinica.

Si avanza inoltre la proposta di calendarizzare regolarmente una rivalutazione del personale infermieristico per evidenziare i perfezionamenti messi in atto e le eventuali criticità ancora presenti.

**Parole chiave:** infermieri (nurses), Terapia Intensiva aperta (open ICU), soddisfazione dei familiari (family satisfaction), relazione (relations), comunicazione (communication).

# INDICE

## ABSTRACT

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA .....</b>	<b>2</b>
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema .....	2
1.2 Scopo e obiettivi dello studio.....	3
1.3 Quesiti di ricerca .....	3
1.4 Importanza dello studio per l'assistenza e la professione.....	3
<b>CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO .....</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO III - MATERIALI E METODI.....</b>	<b>6</b>
3.2 Campionamento e setting.....	6
3.2.1 <i>Setting</i> .....	6
3.2.2 <i>Campionamento</i> .....	7
3.3 Strumenti di rilevazione e raccolta dati .....	7
3.4 Raccolta dati e aspetti etici .....	8
3.5 Affidabilità dei dati .....	9
3.6 Analisi dei dati .....	9
<b>CAPITOLO IV – RISULTATI .....</b>	<b>10</b>
4.1 Descrizione del campione dell’UCI del P. O. di Portogruaro.....	10
4.2 Descrizione del campione dell’UCI del P. O. di San Donà di Piave .....	11
4.3 Descrizione del campione “familiari” dell’UCI del P. O. di Portogruaro .....	13
4.4 Descrizione del campione “familiari” dell’UCI del P. O. di San Donà di Piave..	16
4.5 Descrizione del campione dell’osservazione attuata presso il P. O. di Portogruaro	19
4.6 Descrizione del campione dell’osservazione attuata presso il P. O. di San Donà di Piave	21
<b>CAPITOLO V - DISCUSSIONE.....</b>	<b>23</b>

**CAPITOLO VI - CONCLUSIONI ..... 25**

6.1 Limiti dello studio..... 25

6.2 Indicazioni per la pratica..... 25

6.3 Conclusioni ..... 26

**BIBLIOGRAFIA**

**ALLEGATI**

## INTRODUZIONE

---

Il ricovero di una persona in un'unità di cure intensive è un momento critico non solo per la persona stessa, ma anche per i suoi familiari; questo comporta un cambiamento importante nella vita quotidiana e nella routine familiare. Negli ultimi anni sono state pubblicate una serie di raccomandazioni autorevoli a favore della liberalizzazione delle politiche di visita nelle Unità di Cure Intensive (UCI). Nonostante questo in molti Paesi le suddette raccomandazioni non hanno influenzato significativamente la pratica clinica. La letteratura, infatti, fornisce un quadro irregolare di politiche di visita dei familiari all'assistito e le percentuali di UCI per adulti senza restrizioni alla visita attualmente variano tra il 2 e il 70% (Giannini et al., 2013).

Inizialmente varie obiezioni erano state poste riguardo alla liberalizzazione delle visite nelle UCI, come ad esempio rischi d'infezione, l'interferenza con la cura del paziente, aumento dello stress per paziente e familiari e violazione del segreto professionale, ma la letteratura ha dimostrato che non vi è alcuna base scientifica per limitare la presenza dei familiari nelle unità di cure intensive (Burchardi, 2002). Anzi, ci sono forti argomenti per liberalizzare l'accesso alla terapia intensiva per le famiglie dei pazienti.

Le attuali conoscenze dimostrano che la separazione dai propri cari è una causa importante di sofferenza per il paziente dell'UCI e che, per la famiglia, avere il permesso di visitarlo in qualsiasi momento rappresenta una delle necessità più importanti. Vi è ora un'ampia approvazione alla liberalizzazione della visita in UCI poiché si pensa sia una strategia utile ed efficace per rispondere alle esigenze sia dei pazienti sia dei loro familiari (Nelson et al., 2001).

In particolare, una politica di visita senza restrizioni non causa aumento delle complicanze infettive, mentre complicazioni cardiocircolatorie, punteggi di ansia e marcatori ormonali di stress sono significativamente inferiori (Giannini, Garrouste-Orgeas, & Latour, 2014). Per permettere che questo progetto abbia degli sviluppi positivi e che si dia la giusta importanza agli aspetti psicologici e relazionali dell'assistenza, facendo emergere l'importanza di un supporto umano incentrato sul paziente, si rende quindi necessaria un'opportuna formazione degli operatori sanitari nella conduzione della relazione con il paziente e i suoi familiari, per diminuire il loro senso di preoccupazione e aumentare quindi quello di soddisfazione.

## CAPITOLO I - PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

---

### 1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Il ricovero in un'unità operativa non intensiva si ripercuote in maniera importante sulla routine quotidiana del soggetto, se questo avviene in unità di cure intensive, diventa ancor più limitante e il cambiamento apportato alla vita quotidiana dell'individuo diventa ancor più imponente. Nelle unità operative di ricovero ordinario i ritmi quotidiani sono scanditi in maniera più cadenzata dall'organizzazione del lavoro. Infatti, solitamente la giornata si divide in diversi momenti: quello dedicato all'igiene, quelli dedicati alla terapia, nonché dai pasti e dalle visite dei familiari. Tutto ciò dà al paziente una sensazione che si avvicina di più alla routine quotidiana, anche se non potrà mai esservi equiparata.

Nei reparti di cure intensive, invece tutto questo è molto più difficile da garantire, poiché non vi sono orari specifici per le terapie (che vengono somministrate in maniera continua senza differenze tra giorno e notte) e nemmeno per i pasti, giacché nella maggior parte dei casi i pazienti sono sedati o comunque intubati.

C'è, inoltre, anche una diversità dell'ambiente stesso: mentre nelle unità operative di ricovero ordinario solitamente ogni stanza ha la sua finestra che consente di poter vedere il mondo esterno (condizioni climatiche che variano, la natura che cambia i suoi colori, l'alternarsi del giorno e della notte), nella maggior parte delle unità di cure intensive non vi è la possibilità di creare un ambiente simile.

La presenza di una finestra che guarda sul mondo esterno può sembrare banale a molti, ma il fatto di rimanere in contatto con ciò che è al di fuori risulta molto importante per mantenere il ritmo circadiano, che è il più facile da perdere in queste realtà operative, dove l'assistenza è fornita letteralmente in modo continuo e costante con ritmi che non considerano giorno e notte, ma solo l'assistenza al paziente.

Inoltre, non bisogna considerare il paziente come unico soggetto su cui ricade questo cambiamento, poiché per ognuno di essi, c'è almeno un familiare o una figura di riferimento. Nelle unità operative non intensive le visite sono concesse (almeno nell'Azienda dove è stato svolto lo studio) due volte al giorno nei giorni feriali e tre volte in quelli festivi e il numero di parenti che accedono alle stanze è ristretto, ma non eccessivamente, se non in casi particolari.

Nelle unità di cure intensive invece il numero dei familiari in visita è limitato ad una persona per volta in una fascia oraria ben precisa. Inoltre l'accesso di bambini non è consentito e per

i pazienti ricoverati ciò significa non vedere i propri figli e/o nipoti anche per settimane intere. La liberalizzazione degli orari di visita nelle unità operative di terapia intensiva è stato un passo avanti per sopperire al bisogno di pazienti e familiari di accorciare le distanze tra la loro vita quotidiana precedente e quella all'interno dell'ospedale.

## **1.2 Scopo e obiettivi dello studio**

Lo scopo dello studio è di osservare e descrivere se e come sono preparati alla visita del proprio caro i familiari all'interno delle Unità Operative (U.O.) di Terapia intensiva e se ciò aumenta la soddisfazione personale.

## **1.3 Quesiti di ricerca**

- C'è nelle UCI dell'AULSS n°10 Veneto Orientale una procedura concordata di comunicazione/relazione con il familiare dell'assistito?
- Gli infermieri delle UCI dell'AULSS n°10 Veneto Orientale sono stati formati sulle modalità di relazione con il paziente ed i suoi familiari, riguardanti le condizioni cliniche e/o i processi assistenziali dell'assistito?
- I familiari sono istruiti e condotti dal personale infermieristico specificamente formato a questo tipo di relazione?
- I familiari preparati dal personale vivono con più serenità l'esperienza della visita al proprio caro?

## **1.4 Importanza dello studio per l'assistenza e la professione**

Lo studio è importante per comprendere qual è la percezione dei familiari rispetto all'assistenza e alla relazione con la figura infermieristica. Inoltre dà un'immagine di come la figura dell'infermiere si relazioni con il familiare del paziente, abbia esso intrapreso corsi di formazione specifici o meno. Con questi dati alla mano si possono capire quali sono i punti di forza e quali quelli di debolezza, su cui cercare di lavorare per migliorare.

## CAPITOLO II - TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

---

Le teorie di riferimento sulle quali è stato basato lo studio sono la teoria di coping e stress e le teorie di comunicazione.

La teoria di coping e stress di Lazarus e Folkman (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986) sostiene che il rapporto persona-ambiente è bidirezionale, cioè uno trasmette qualcosa all'altro e viceversa. Questo rapporto può essere vissuto come evento stressante e quindi come gravoso e/o superiore alle risorse del soggetto o addirittura come pericoloso per il suo benessere.

Questa teoria inoltre identifica due processi: la valutazione cognitiva e il coping. Essi hanno il ruolo di mediatori critici di una relazione stressante persona-ambiente e dei loro risultati immediati e a lungo termine. La valutazione cognitiva è un processo attraverso il quale la persona valuta se un incontro particolare con l'ambiente è rilevante per il proprio benessere e, in caso affermativo, in che modo. Ci sono due tipi di valutazione cognitiva: primaria e secondaria. Nella valutazione primaria, la persona valuta se lui o lei ha qualcosa da mettere in gioco in questo incontro. Ad esempio, c'è potenziale danno o beneficio per l'autostima? La salute o il benessere di un caro sono a rischio? Una gamma di caratteristiche di personalità tra cui valori, impegni, obiettivi e le credenze circa sé stessi e il mondo, aiuta a definire i paletti che la persona identifica come aventi rilevanza per il benessere in specifiche situazioni di stress. Nella sezione valutazione seconda la persona valuta se qualcosa, può essere fatto per superare o prevenire danni o per migliorare le prospettive di beneficio. Varie possibilità di coping sono valutate, come cambiare la situazione, accettandola, ricercare ulteriori informazioni, o trattenersi dall'agire impulsivamente.

Questo è quello che avviene nei familiari quando entrano in contatto con l'ambiente ospedaliero e, in particolar modo, con l'unità operativa di terapia intensiva.

Proprio per questo il personale infermieristico dev'essere preparato all'accoglienza in modo approfondito e adeguato alle necessità sia dei pazienti sia dei loro cari.

Nel Codice Deontologico, infatti, ne è sottolineata chiaramente l'importanza all'Art. 20:

*"L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte."*

Un altro esempio è fornito dall'Articolo 39:

*" L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto."*

*(Codice deontologico - deontologia - federazione IPASVI.)*

Inoltre il Patto Infermiere - Cittadino (*Patto infermiere / cittadino IPASVI collegio infermieri sondrio.*) pone l'accento sul fatto che l'infermiere favorirà il paziente nel mantenere le proprie relazioni sociali e familiari ed infatti, tra i vari punti, recita così: *“ io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a favorirti nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari”*.

Proprio per questo l'infermiere è tenuto a conoscere non solo le teorie di coping e le strategie per favorirlo, ma anche le tecniche di comunicazione per far sì che essa sia corretta ed efficace.

Gli assiomi della comunicazione sono il principio base da seguire. Essi sono:

- 1° assioma - È impossibile non comunicare. In qualsiasi tipo d'interazione tra persone, anche il semplice guardarsi negli occhi, si sta comunicando sempre qualche cosa all'altro soggetto;
- 2° assioma - In ogni comunicazione si ha una metacomunicazione che regola i rapporti tra chi sta comunicando;
- 3° assioma - Le variazioni dei flussi comunicativi all'interno di una comunicazione sono regolate dalla punteggiatura utilizzata dai soggetti che comunicano;
- 4° assioma - Le comunicazioni possono essere di due tipi: analogiche (ad esempio le immagini, i segni) e digitali (le parole);
- 5° assioma - Le comunicazioni possono essere di tipo simmetrico, in cui i soggetti che comunicano sono sullo stesso piano (ad esempio due amici), e di tipo complementare, in cui i soggetti che comunicano non sono sullo stesso piano (ad esempio la mamma con il figlio)

(Whitley, 1969)

## **CAPITOLO III - MATERIALI E METODI**

---

### **3.1 Disegno di ricerca**

Lo studio svolto è di tipo quantitativo - osservazionale.

### **3.2 Campionamento e setting**

#### **3.2.1 Setting**

Il setting dello studio è stata l'Azienda AULSS n°10 del Veneto Orientale, in particolare le Unità Operative Complesse (U.O.C.) di Anestesia e Rianimazione dei presidi ospedalieri (P.O.) di San Donà di Piave e Portogruaro.

Le due diverse unità operative sono così strutturate:

- La terapia intensiva di San Donà di Piave dispone di otto posti letto. Il numero di pazienti assistiti in questa unità operativa di cure intensive è di circa 500 pazienti/anno;
- La terapia intensiva di Portogruaro invece dispone di quattro posti letto più due dedicati al monitoraggio intensivo post-operatorio. Il numero di pazienti per anno è leggermente inferiore al precedente ed è in fatti di 450 pazienti.

In entrambe le unità operative vi è un indice di rotazione dei posti letto pari a 60 pazienti/anno, i quali hanno una degenza media di 7 giorni.

Le unità operative in cui è stato svolto lo studio hanno adottato una politica aperta alle visite ai pazienti. Nel presidio ospedaliero di San Donà di Piave questa politica è in vigore dall'anno 2011 e consente le visite ai pazienti dalle ore 14:30 alle ore 19:30 tutti i giorni della settimana; unico limite alle visite è di far entrare solo un familiare per volta.

Nel presidio ospedaliero di Portogruaro invece, questa politica è stata adottata dall'anno successivo, il 2012. Qui l'orario di visita è leggermente più limitato, ma comunque ampio. Esso infatti è previsto dalle ore 15:30 alle ore 19:30, con lo stesso limite presentato in precedenza.

La scelta di adottare una politica aperta alla liberalizzazione delle visite ha comportato un grande impegno per tutta l'equipe, che ha affrontato degli incontri preparatori prima di dare inizio a questo programma.

### **3.2.2 Campionamento**

Il campione iniziale ipotizzato per questo studio contava tutti gli infermieri delle due unità operative (n. 58 infermieri) e almeno 25 familiari in totale.

Gli infermieri presenti, come da programmazione delle turnistiche delle U.O. in cui è stato svolto lo studio, hanno prestato il consenso alla compilazione del questionario anagrafico – professionale nel 100% (n.34 infermieri) dei casi.

I familiari nel complesso hanno aderito allo studio, prestando il loro consenso nell'81,48% (n.22 familiari) dei casi. Il restante 18,52% (n.5 familiari) non ha acconsentito alla compilazione oppure non ha restituito il questionario che era stato consegnato loro.

Alla conclusione dello studio il campione reale è stato di:

- 34 infermieri (n=19 dell'U.O. di san Donà di Piave e n=15 dell'U.O. di Portogruaro)
- 22 familiari (n=11 familiari di San Donà di Piave e n=11 familiari di Portogruaro).

Prima di cominciare lo studio sono stati fissati dei criteri di inclusione ed esclusione relativi al campionamento.

*Criteri di inclusione:* per quanto riguarda gli infermieri lo studio include tutti gli infermieri facenti parte dell'organico al momento dello studio e presenti nella turnistica pomeridiana indagata da esso e che hanno prestato il consenso alla compilazione del questionario anagrafico - professionale; per i familiari dei pazienti, invece, i criteri di inclusione prevedevano una degenza del paziente di almeno 24 ore all'interno della terapia intensiva ed il prestare il loro consenso a svolgere il questionario di soddisfazione.

*Criteri di esclusione:* per quanto concerne il personale infermieristico i criteri di esclusione sono stati la non presenza nella programmazione della turnistica durante lo svolgimento dello studio e il non prestare il consenso alla compilazione del modulo i criteri di esclusione dei familiari sono stati la permanenza del paziente inferiore alle 24 ore e la non volontà di prestare il consenso alla compilazione del questionario.

### **3.3 Strumenti di rilevazione e raccolta dati**

A ogni partecipante del personale infermieristico è stata richiesta, previa l'acquisizione del loro consenso tramite l'apposito modulo (Allegato n°4), la compilazione di una scheda anagrafica e professionale (Allegato n°5) per descrivere meglio le caratteristiche del campione. La scheda chiedeva l'età, il sesso, la formazione professionale, la partecipazione a corsi sulla relazione con l'assistito e/o i suoi familiari, l'esperienza lavorativa come infermiere e gli

anni di lavoro nell'attuale unità operativa. In seguito, è stata eseguita un'osservazione della relazione tra il personale infermieristico e i familiari (Allegato n°6), la quale sondava vari ambiti della relazione e della comunicazione.

Ai familiari invece sono stati consegnati un modulo per l'acquisizione del consenso informato a partecipare allo studio (Allegato n°2) ed un questionario (Allegato n°3) che sondava la loro soddisfazione riguardo vari aspetti dell'ambiente della terapia intensiva redatto traducendo (traduzione non validata) e riadattando la Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS) (Wasser, T. 2001), che tratta domande anagrafiche, motivo del ricovero, varie voci su cui esprimere la propria soddisfazione e una domanda aperta per esprimere liberamente consigli per migliorare l'assistenza.

### **3.4 Raccolta dati e aspetti etici**

Prima di attuare il disegno dello studio si è provveduto a:

- Acquisire l'autorizzazione necessaria per realizzare l'intervista da parte del Direttore Generale dell'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" (Allegato n° 1);
- Stabilire contatti con i Coordinatori Infermieristici delle rispettive Unità Operative al fine di esporre l'obiettivo dell'indagine e ottenere la collaborazione dei professionisti delle realtà cliniche.

I questionari realizzati hanno previsto il coinvolgimento di trenta infermieri e ventidue familiari. La programmazione e attuazione dei questionari e delle schede osservazionali, tramite un percorso di tirocinio elettivo, è avvenuta dal 15.06.2015 al 15.07.2015.

I dati raccolti dovevano permettere di:

- Comprendere la composizione del personale infermieristico, per esperienza e formazione, all'interno delle U.O. prese in esame;
- Osservare e descrivere le modalità di relazione e comunicazione adottate dal personale infermieristico rispetto ai familiari dei pazienti ricoverati presso le rispettive U.O.;
- determinare la soddisfazione dei familiari rispetto all'ambiente delle U.O. e alla relazione con gli infermieri.

Durante la raccolta dei dati è stato garantito l'anonimato a ciascuno dei soggetti costituenti il campione d'indagine. I questionari sono stati costruiti con quesiti a risposta multipla per garantire una maggior praticità sia ai compilatori, sia allo scrutatore e per consentire una

maggior rapidità di compilazione e successiva raccolta dati. I dati reperiti sono disponibili solo in forma anonima e aggregata ai fini dell'analisi degli stessi per l'elaborazione della tesi.

### **3.5 Affidabilità dei dati**

I questionari anagrafico – professionali sono stati compilati dagli infermieri stessi, in presenza della conduttrice dello studio. Anche i questionari consegnati ai familiari sono stati compilati dagli stessi durante l'orario di visita, durante il quale era presente l'autrice dello studio. In entrambi i casi, il questionario è stato compilato previa lettura e firma del consenso (Allegato n°2 e n°4). La scelta del campione è stata svolta nel rispetto dei criteri d'inclusione del campione, predefiniti, dei tempi di lavoro e nel rispetto della privacy del personale infermieristico e dei familiari dei pazienti. Le schede osservative invece, sono state compilate dalla conduttrice dello studio e si sono svolte nel rispetto di quanto progettato, garantendo, per quanto possibile, l'omogeneità dei dati raccolti.

### **3.6 Analisi dei dati**

I dati sono stati inseriti in fogli di calcolo elettronico Excel per garantire un conteggio più sicuro ed accurato e il loro contemporaneo incasellamento in delle tabelle, per consentirne una visione grafica e pulita.

I metodi utilizzati per il conteggio sono stati calcoli aritmetici e statistici come somme, medie, medie ponderate, percentuali e deviazioni standard.

## CAPITOLO IV – RISULTATI

---

### 4.1 Descrizione del campione dell'UCI del P. O. di Portogruaro

Dei 29 infermieri in organico alla data del 15/06/2015 nell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Portogruaro, n. 15 (51,72%) infermieri hanno soddisfatto i criteri d'inclusione stabiliti precedentemente all'inizio studio.

Il restante, 48,28% (n. 14) non ha partecipato allo studio in quanto non presente nell'U.O. causa ferie o turnistica in sala operatoria e non in terapia intensiva. Il campione incluso nello studio è quindi costituito da n. 15 infermieri (100% dei soggetti che soddisfacevano i criteri richiesti; 52% degli infermieri in organico alla data fissata per l'inizio dello studio e quindi inclusi nello stesso).

Le caratteristiche anagrafiche - professionali del campione hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Tabella VII; Allegato N° 13):

- *sesso*: la distribuzione per sesso era caratterizzata da n. 4 maschi (26,67%) e n. 11 femmine (73,33%);
- *età*: i soggetti reclutati nello studio sono stati suddivisi in fasce d'età:
  - <25: 0%;
  - 26-30: 6,7%;
  - 31-40: 27%;
  - 41-50: 60%;
  - >50: 6,7%.

L'età media (calcolata tramite media ponderata) è 42,07 anni ( $\pm 6,97$ ).

- *formazione professionale*: n. 9 (60%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Infermiere scuola regionale e n. 6 (40%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Laurea triennale in Infermieristica;
- *frequenza a corsi sulla relazione con l'assistito e/o con i familiari*: solo n. 4 (27%) dichiarano di aver frequentato corsi sulla relazione durante la loro esperienza lavorativa, contro n. 11 (73%) che non li hanno mai frequentati;
- *anni di esperienza lavorativa come infermiere*: anche qui il campione è stato suddiviso in quattro fasce:

- **<1 anno:** 0%;
- **1-5 anni:** 0%;
- **6-10 anni:** 20%;
- **>10 anni:** 80%.

Da questo si evince che gli anni di esperienza, in media, sono 22,4 ( $\pm 7,20$ ).

- *anni di esperienza lavorativa nell'attuale realtà operativa:*

- **<1 anno:** 6,7%;
- **1-5 anni:** 20%;
- **6-10 anni:** 6,7%;
- **>10 anni:** 67%.

Perciò, gli anni di esperienza lavorativa nell'attuale realtà operativa sono 17,36 ( $\pm 16,55$ ).

I questionari anagrafico - professionali sono stati redatti in maniera sintetica, per consentire ai compilanti di rispondere in breve tempo in modo da non sottrarre spazio all'assistenza e da consentire una maggiore adesione del personale.

#### **4.2 Descrizione del campione dell'UCI del P. O. di San Donà di Piave**

Dei 29 infermieri in organico alla data del 30/06/2015 nell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di San Donà di Piave, n. 19 (65.52%) infermieri hanno soddisfatto i criteri d'inclusione stabiliti precedentemente all'inizio studio.

Il restante 34.48% (n. 14) non ha partecipato allo studio in quanto non presente nell'U.O. causa ferie o turnistica in sala operatoria e non in terapia intensiva. Il campione finale incluso è costituito da n. 19 infermieri (100% dei soggetti che soddisfacevano i criteri richiesti; 65.52% degli infermieri in organico alla data fissata per l'inizio dello studio e quindi inclusi nello stesso).

Le caratteristiche anagrafiche - professionali del campione hanno riguardato i seguenti dati, così rappresentati (Tabella VIII; Allegato N°14):

- *sesso:* la distribuzione per sesso era caratterizzata da n. 5 maschi (26.32%) e n. 14 femmine (73.68%);
- *età:* i soggetti reclutati nello studio sono stati suddivisi in fasce d'età:
  - **<25:** 0%;

- **26-30:** 15.79%;
- **31-40:** 15.79%;
- **41-50:** 52.63%;
- **>50:** 15.79%.

La media ponderata dell'età dei partecipanti è 42,79 anni ( $\pm 9,12$ ).

- *formazione professionale:* n. 8 (42,1%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Infermiere scuola regionale e n. 11 (57,89%) infermieri hanno conseguito il Diploma di Laurea triennale in Infermieristica, di cui n.1 infermiere (5,26% del totale ha conseguito anche un Master in Coordinamento);
- *frequenza a corsi sulla relazione con l'assistito e/o con i familiari:* solo n. 4 (42,1%) dichiarano di aver frequentato corsi sulla relazione durante la loro esperienza lavorativa. Il restante 73,68% dichiara di non aver mai seguito un corso di formazione in questo ambito e il 5,26% non risponde.
- *anni di esperienza lavorativa come infermiere:* anche qui il campione è stato suddiviso in quattro fasce:
  - **<1 anno:** 0%;
  - **1-5 anni:** 5,3%;
  - **6-10 anni:** 11%;
  - **>10 anni:** 84%.

Gli anni di esperienza lavorativa sono in media 22,84 ( $\pm 7,38$ ).

- *anni di esperienza lavorativa nell'attuale realtà operativa:*
  - **<1 anno:** 5,3%;
  - **1-5 anni:** 26%;
  - **6-10 anni:** 11%;
  - **>10 anni:** 58%.

Gli anni di esperienza lavorativa nell'attuale unità operativa sono, in media, 16,44 ( $\pm 11,38$ ).

### 4.3 Descrizione del campione “familiari” dell’UCI del P. O. di Portogruaro

Dei familiari selezionati con i criteri d’inclusione n.11 hanno acconsentito e partecipato al questionario fornito.

Le caratteristiche anagrafiche dei familiari presenti nel questionario (Tabella V; Allegato n°11) richiedevano:

- *L’età del compilante*, in cui le voci possibili da scegliere erano divise in quattro fasce d’età:
  - **18-24:** 0%;
  - **25-34:** 0%;
  - **35-59:** 63,64%
  - **Oltre 60:** 36,36%.

Osservando i dati raccolti e rilevando la media ponderata, si può dire che l’età media dei compilanti è di 59 anni ( $\pm 15,87$ ).

- *L’età del familiare degente*, che riprendeva le stesse fasce d’età elencate nella precedente domanda:
  - **18-24:** 0%
  - **25-34:** 0%
  - **35-59:** 9,1%
  - **Oltre 60:** 90,9%

In questo caso la media ponderata dell’età dei familiari degenti è di 77 anni ( $\pm 9,49$ ).

- *I giorni di degenza del suo caro in unità operativa di terapia intensiva*, anche stavolta divisa in quattro fasce periodiche:
  - **0-3:** 39,36%;
  - **3-7:** 36,36%;
  - **7-10:** 9,09%;
  - **Oltre i 10:** 9,09%.

Considerando i dati in nostro possesso e tenendo conto che ad una domanda non è stata fornita una risposta, possiamo dire che la media dei giorni di degenza dei pazienti facenti parte dello studio è di 4,73 giorni ( $\pm 5,22$ ).

- Un'altra voce del questionario chiedeva al familiare *che figura fosse, rispetto al paziente* e, tra le varie voci a disposizione (Allegato n° 3 e 11; Tabella V), sono state selezionate le sottostanti:
  - **Moglie:** 27,27%;
  - **Figlio:** 18,18%;
  - **Figlia:** 36,36%;
  - **Fratello:** 9,09%;
  - **Altro (nipote):** 9,09%.
- Alla domanda *“perché il suo caro si trova nell'unità operativa di terapia intensiva”* i familiari hanno risposto così:
  - **Insufficienza respiratoria:** 9,09%;
  - **Insufficienza multi organo:** 9,09%;
  - **Assistenza post-operatoria:** 36,36% (i familiari qui hanno elencato le diagnosi, non gli interventi alla quale sono stati sottoposti i pazienti com'era richiesto dalla domanda, ed esse erano: infarto intestinale, neoplasia gastrica e due senza risposta);
  - **Stato infettivo:** 9,09%;
  - **Altro:** 27,27% (i familiari hanno specificato nell'apposito spazio: pancreatite acuta, caduta e peritonite);
  - **Non risposte:** 9,09%.

La seconda parte del questionario riportava delle azioni o delle situazioni alle quali il compilante doveva dare una votazione secondo il suo grado di soddisfazione rispetto alle stesse. Il punteggio del questionario va da 5 (molto soddisfatto) a 1 (molto insoddisfatto). Nella *Tabella I* (Allegato n°7) sono riportati i punteggi dati dai compilanti e la media dei punteggi per ogni singolo quesito.

Come da tabella, la media complessiva del grado di soddisfazione è 4,15. Questo dimostra che complessivamente i familiari sono soddisfatti dell'ambiente presente.

I punteggi più bassi sono stati dati alle voci:

- *Tempo d'attesa per esami e radiografie:* 3,6;
- *Preparazione del mio caro per il trasferimento dalla terapia intensiva:* 3,72;
- *Condivisione delle discussioni riguardanti il ricovero del mio caro:* 3,72.

Tutti e tre i risultati si trovano tra due punteggi, cioè il “Soddisfatto” (4) e il “Non Saprei” (3), con una leggera propensione verso il primo.

Nonostante la media complessiva dia un risultato di soddisfazione generale, andando ad analizzare nello specifico determinate voci (vedi azioni 3, 17, 19 e 20) si denota un’insoddisfazione di alcuni familiari. Le voci in questione sono:

- Azione 3: *Tempo d’attesa per esami e radiografie*, voce che ha inoltre ottenuto la votazione complessiva minore;
- Azione 17: *Tranquillità della sala d’attesa*;
- Azione 19: *Livello di rumore nel reparto di terapia intensiva*;
- Azione 20: *Condivisione nelle discussioni riguardanti il ricovero del mio caro*.

Il grado di insoddisfazione non è tale da costituire un elemento rilevante nel gradimento generale e nell’eventuale decisione di riorganizzare gli ambienti, la tempistica di attesa dei risultati delle indagini diagnostiche e/o le modalità di condivisione nelle discussioni dei familiari del paziente degente. Ciò non toglie che debbano venir prese in considerazione anche queste osservazioni, che nella quotidianità della clinica si possono eventualmente discutere e rivedere con il familiare stesso.

#### 4.4 Descrizione del campione “familiari” dell’UCI del P. O. di San Donà di Piave

Dei familiari selezionati con i criteri d’inclusione, n.11 hanno acconsentito e partecipato al questionario fornito, mentre n.4 soggetti non hanno voluto partecipare all’indagine.

Le caratteristiche anagrafiche dei familiari presenti nel questionario (Tabella VI; Allegato n°12) richiedevano:

- *L’età del compilante*, in cui le voci possibili da scegliere erano divise in quattro fasce d’età:
  - **18-24:** 0%;
  - **25-34:** 9,09%;
  - **35-59:** 81,81%;
  - **Oltre 60:** 9,09%.

Osservando i dati raccolti e rilevando la media ponderata, si può dire che l’età media dei compilanti è di 48,36 anni ( $\pm 11,25$ ).

- *L’età del familiare degente*, che riprendeva le stesse fasce d’età elencate nella precedente domanda:
  - **18-24:** 0%;
  - **25-34:** 0%;
  - **35-59:** 36,36%;
  - **Oltre 60:** 63,64%.

In questo caso la media ponderata dell’età dei familiari degenti è di 68 anni ( $\pm 15,87$ ).

- *I giorni di degenza del suo caro in unità operativa di terapia intensiva*, anche stavolta divisa in quattro fasce periodiche:
  - **0-3:** 45,45%;
  - **3-7:** 36,36%;
  - **7-10:** 0%;
  - **Oltre i 10:** 18,18%.

Considerando i dati in nostro possesso e tenendo conto che ad una domanda non è stata fornita una risposta, possiamo dire che la media dei giorni di degenza dei pazienti facenti parte dello studio è di 5,91 giorni ( $\pm 6,88$ ).

- Un'altra voce del questionario chiedeva al familiare *che figura fosse, rispetto al paziente* e, tra le varie voci a disposizione (v. Allegato n° 3 e 12; Tabella VI), sono state selezionate le sottostanti:
  - **Moglie:** 36,36%
  - **Figlia:** 36,36%
  - **Sorella:** 9,09%;
  - **Zia:** 9,09%
  - **Altro (assistente personale):** 9,09%
- Alla domanda *“perché il suo caro si trova nell'unità operativa di terapia intensiva”* i familiari hanno risposto così:
  - **Insufficienza respiratoria:** 45,46%;
  - **Insufficienza multi organo:** 0%;
  - **Assistenza post-operatoria:** 18,18% (i familiari anche qui non hanno riportato gli interventi alla quale sono stati sottoposti i pazienti com'era richiesto dalla domanda, ma le situazioni che hanno condotto all'esito d'intervento chirurgico ed esse erano: diverticolo perforato, l'altro non è stato indicato);
  - **Stato infettivo:** 9,09%;
  - **Altro:** 0%;
  - **Non risposte:** 9,09%.

La seconda parte del questionario riportava delle azioni o delle situazioni alle quali il compilante doveva dare una votazione secondo il suo grado di soddisfazione rispetto alle stesse. Il punteggio del questionario va da 5 (molto soddisfatto) a 1 (molto insoddisfatto). Nella *Tabella II* (Allegato n.8) sono riportati i punteggi dati dai compilanti e la media dei punteggi per ogni singolo quesito.

Anche in questa tabella possiamo notare che la media complessiva del grado di soddisfazione è 4,59, cioè complessivamente buono.

Il punteggio più basso è 4,10 ed è stato dato alla voce *“preparazione del mio caro per il trasferimento dalla terapia intensiva”*, ma rimane sempre entro la voce “Soddisfatto” (4).

Come nella tabella precedente (Tabella I) si possono notare anche qui dei punteggi di insoddisfazione da parte di alcuni familiari. In questo caso possiamo osservare che sono le azioni 3, 14 e 18 ad essere votate come insoddisfacenti.

Osservandole nello specifico esse sono:

- Azione n°3: *Tempo d'attesa per esami e radiografie*;
- Azione n°14: *Sensibilità del personale medico ai bisogni del mio caro*;
- Azione n°18: *Flessibilità degli orari di visita*.

Come già affermato precedentemente, queste azioni sono state giudicate non soddisfacenti da una singola votazione ciascuna. Anche in questo caso però, non va sottovalutato il fatto di prenderle in considerazione dando loro il giusto peso.

#### **4.5 Descrizione del campione dell'osservazione attuata presso il P. O. di Portogruaro**

Durante lo studio è stata effettuata un'osservazione che indagava i comportamenti del personale infermieristico nei confronti dei familiari dei pazienti degenti. Ovviamente l'osservazione è stata anonima.

La griglia osservazionale è stata redatta in modalità da consentire un'osservazione più oggettiva possibile. La formula adottata è quella di una check-list in cui sono elencate le azioni da indagare e delle caselle da barrare se le azioni elencate vengono eseguite (SÌ), non vengono eseguite (NO) o non sono indagabili (N.I.).

Per una migliore consultazione i risultati sono elencati nella Tabella III (Allegato n.9).

I numeri all'interno della tabella posti in grassetto vogliono evidenziare dove vi è la maggior concentrazione di ripetizione delle azioni proposte.

Le azioni a cui va data la maggior attenzione sono quindi:

- Azione n°1: dall'osservazione effettuata emerge che il 53,3% del personale infermieristico non si presenta ai familiari o lo fa in maniera parziale. L'osservazione però si è svolta in maniera casuale rispetto al primo incontro familiare-paziente, quindi la presentazione iniziale potrebbe essersi svolta in un primo incontro col familiare, non indagato dallo studio;
- Azione n°3: il 66,7% degli infermieri non dichiara in modo chiaro la propria disponibilità per le domande e/o le necessità dei familiari;
- Azione n°4: il 93,3% del personale infermieristico non accompagna il familiare dal proprio caro, in quanto in questa U.O. il compito viene affidato alla figura dell'O.S.S.;
- Azione n°5: il 93,3% degli infermieri non si informa su quali siano le sensazioni provate dal familiare prima, durante o dopo la visita;
- Azione n°18: il 73,3% del personale infermieristico non si rende disponibile ad aggiornamenti quotidiani sullo stato del paziente o per lo meno non lo dichiara al familiare;
- Azione n°19: in questa azione risulta che il 100% del personale infermieristico non rispetta la privacy. Questo è un dato falsato in quanto durante l'osservazione è stato

preso in considerazione il fatto che all'interno delle U.O. in cui è stato effettuato lo studio, non è possibile garantire un livello ottimale di privacy. Ciò ovviamente non toglie il fatto che parte del personale osservato abbia cercato di garantirla nei limiti del possibile.

Per quanto concerne la colonna in cui sono state elencate ed osservate le azioni risultate non indagabili, bisogna premettere che sono azioni in cui l'osservazione oggettiva risultava difficile, in quanto non vi è sempre una vera e propria azione dichiarata o palesemente dimostrata durante l'incontro tra l'infermiere ed il paziente che concerne gli aspetti dichiarati non indagabili.

Ma andiamo ora ad osservarle nel dettaglio:

- Azione n°10: *Rileva la presenza di fattori di disturbo della comunicazione.* Quest'azione è risultata non rilevabile nell'80% dei casi. Essa non sempre può essere percepita dall'osservatore come eseguita o non, in quanto non è dichiarata con chiarezza da un comportamento o da un'affermazione dell'infermiere coinvolto nella relazione. Sarebbe più opportuno in questo caso svolgere una successiva riflessione o un'osservazione più specifica;
- Azione n°11: *Utilizza strumenti e tecniche di supporto alla comunicazione (scrittura, immagini, ecc.).* Questa voce è facilmente indagabile invece, ma essendo strettamente connessa alla precedente non sempre risulta facile da osservare e verificare. L'azione è comunque risultata non indagabile nell'86,66% dei casi;
- Azione n°20 (*Rileva difficoltà della persona ad esprimersi ed a manifestare le proprie necessità*) e n°21 (*Rileva atteggiamenti di aggressività, rabbia, frustrazione da parte dei familiari*): anche qui, come per l'azione n°10, non è semplice valutare la sua esecuzione o la sua omissione. I motivi di ciò sono gli stessi citati nel primo punto. Le azioni si sono dimostrate non indagabili rispettivamente nel 53,33% e nell'86,66% dei casi.

#### 4.6 Descrizione del campione dell'osservazione attuata presso il P. O. di San Donà di Piave

La scheda osservazionale in precedenza utilizzata durante lo studio nel presidio ospedaliero di Portogruaro è stata utilizzata anche in questa realtà.

I risultati ottenuti sono elencati nella Tabella IV (Allegato n.10):

Le azioni cui va data la maggior attenzione, in quest'osservazione, sono accostabili alla precedente, con una variazione di percentuale:

- Azione n°1: l'84,21% degli infermieri non si presenta o non lo fa in modo completo ai familiari del paziente;
- Azione n°3: la disponibilità per le domande e/o le necessità dei familiari non è stata dichiarata nel 68,42% dei casi osservati;
- Azione n°4: il 94,73% del personale infermieristico non accompagna il familiare dal proprio caro poiché, come nella precedente osservazione, questo compito è affidato alla figura dell'O.S.S. di U.O.;
- Azione n°5: nel 100% dei casi osservati il personale infermieristico non si informa su quali siano le sensazioni provate dal familiare riguardo alla visita e/o alla situazione vissuta in maniera più globale;
- Azione n°18: il 78,94% del personale infermieristico osservato, non si rende disponibile ad aggiornamenti quotidiani o non lo dichiara, al familiare;
- Azione n°19: anche in quest'osservazione il dato è falsato per lo stesso motivo della precedente, cioè l'ubicazione delle unità del paziente e dell'ambiente circostante.

Anche le azioni risultate *non indagabili*, si possono accostare a quelle rilevate nella precedente osservazione, con una variazione percentuale.

Le problematiche riguardanti l'osservazione sono le stesse dichiarate in precedenza.

Le azioni cui porre attenzione quindi sono:

- Azione n°10: *Rileva la presenza di fattori di disturbo della comunicazione*, rilevata come non indagabile nel 73,68% dei casi osservati;
- Azione n°11: *Utilizza strumenti e tecniche di supporto alla comunicazione (scrittura, immagini...)* 84,21% delle osservazioni è risultata non indagabile.

- Azione n°20 (*Rileva difficoltà della persona ad esprimersi ed a manifestare le proprie necessità*) e n°21 (*Rileva atteggiamenti di aggressività, rabbia, frustrazione da parte dei familiari*) dimostratisi non indagabili, rispettivamente nel 58,89% e nel 73,68% dei casi.

## CAPITOLO V - DISCUSSIONE

---

Nei primi capitoli di questo elaborato di tesi si è voluta mettere in luce l'importanza dell'apertura delle UCI alle visite dei familiari e alla conseguente preparazione del personale infermieristico ad accoglierli e supportarli durante la visita.

Abbiamo visto come nella letteratura venga fornito un quadro di politiche di visita dei familiari all'assistito irregolare, infatti le percentuali di liberalizzazione delle visite all'interno delle UCI attualmente variano, come già riportato, tra il 2 e il 70% (Giannini et al., 2013).

Esistono diversi studi che analizzano la soddisfazione dei degenti e/o dei familiari all'interno delle UCI, ma non vi è sufficiente letteratura che osserva questo fenomeno rapportato alla relazione tra personale infermieristico e familiari dei pazienti degenti.

Vi sono infatti pochi esempi di studi inerenti questo problema. Tra questi troviamo studi qualitativi che indagano quali siano i fattori che influenzano la comunicazione tra infermiere e familiari. Da qui emerge quanto siano rilevanti l'assistenza spirituale, il sostegno emotivo, la partecipazione, la notificazione e la consultazione tra il personale infermieristico e la famiglia, che vengono infatti identificati come fattori facilitanti la comunicazione; mentre vengono identificati come barriere ostacolanti la comunicazione i malintesi riguardanti il trattamento, il lavoro e le difficoltà riscontrate con i pazienti (Loghmani, Borhani, & Abbaszadeh, 2014).

La liberalizzazione delle visite nelle UCI inizialmente ha incontrato varie difficoltà, poiché si temeva che causassero delle problematiche all'interno della realtà operative. Le incertezze che creavano dubbi sul rapporto rischio-beneficio erano: rischi d'infezione, l'interferenza con la cura del paziente, aumento dello stress per paziente e familiari e violazione del segreto professionale. La letteratura ha dimostrato che non vi è alcuna base scientifica per limitare la presenza dei familiari nelle unità di cure intensive (Burchardi, 2002).

Al contrario, ci sono forti argomenti per rendere libero l'accesso alle unità di cure intensive ai familiari dei pazienti.

Infatti le attuali conoscenze dimostrano che la separazione dai propri cari è un'importante causa di sofferenza per il paziente ricoverato in UCI e che, per la famiglia, una delle necessità più importanti sarebbe avere il permesso di visitarlo in qualsiasi momento.

Perciò vi è ora un'ampia approvazione alla liberalizzazione della visita in UCI poiché si pensa sia una strategia utile ed efficace per rispondere alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari (Nelson et al., 2001).

Una politica di visita senza restrizioni, come dimostrato dalla letteratura, non causa un aumento delle complicanze infettive, mentre si è notato che i punteggi d'ansia ed i marcatori ormonali di stress sono risultati significativamente inferiori (Giannini et al., 2014).

Da ciò si capisce che la liberalizzazione delle visite ha un ottimo rapporto rischio – beneficio, poiché il beneficio assume un valore preponderante, mentre il rischio diventa irrisorio.

Ciò non toglie che i familiari che entrano in contatto con la realtà della terapia intensiva non vanno istruiti e seguiti solo dal punto di vista tecnico – pratico (es.: lavaggio delle mani, utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (D.P.I.), smaltimento rifiuti, ecc.), ma anche supportati ed accompagnati dal punto di vista emotivo e relazionale dal personale infermieristico, di riferimento e non.

Per questo la relazione diventa così importante in questo rapporto. Inoltre migliorando la relazione con i familiari si avrà un aumento della soddisfazione generale, riguardante la realtà operativa nella sua globalità.

## CAPITOLO VI - CONCLUSIONI

---

### 6.1 Limiti dello studio

Lo studio permette di osservare solo i comportamenti degli infermieri inclusi nella ricerca e facenti parte dell'organico attualmente disponibile presso l'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione dei Presidi Ospedalieri di Portogruaro e San Donà di Piave dell'Azienda ULSS N°10 "Veneto Orientale", della Regione Veneto.

Sarebbe consigliabile la replicazione dello stesso studio con un campione più ampio sia per quanto riguarda il personale infermieristico, sia per i familiari inclusi, coinvolgendo altre realtà operative di cure intensive per permettere un consistente confronto degli elementi presi in considerazione durante l'analisi del fenomeno presentato.

Sulla base dei dati raccolti si evidenzia la necessità di un ulteriore strumento di osservazione che sia uguale tanto per chi svolge lo studio, quanto per i familiari che esprimono il loro grado di soddisfazione. Questo permetterebbe un'uniformità dei dati raccolti e una specificità legata all'osservazione del personale infermieristico, di cui si farebbe un'osservazione più mirata e un intervento di miglioramento dei comportamenti più adeguato.

### 6.2 Indicazioni per la pratica

Visto l'esiguo numero di personale infermieristico che ha svolto un corso di formazione specifico per la relazione, sarebbe utile che venga estesa a tutti i membri dell'organico la possibilità di formazione e/o aggiornamento in questo ambito. Inoltre risulterebbe utile svolgere un'indagine pre-formazione per individuare i campi su cui lavorare in modo più specifico e intensivo ed una post-formazione per analizzare se e quali miglioramenti sono stati apportati e quali sono le criticità ancora presenti.

Inoltre l'indagine dovrebbe essere svolta a cadenza regolare (es.: ogni sei mesi) per permettere un continuo monitoraggio della situazione relazionale all'interno di un reparto, per garantirne un continuo miglioramento.

### 6.3 Conclusioni

Nei capitoli iniziali di questo elaborato si è posta in evidenza l'importanza di una politica aperta alle visite dei familiari nelle unità operative di cure intensive e alla preparazione dell'equipe infermieristica all'accoglienza ed al supporto dei familiari durante il momento della visita al proprio caro.

Abbiamo potuto constatare che nella letteratura il quadro di politiche di visita dei familiari all'assistito sia alquanto irregolare. Le percentuali delle politiche atte a liberalizzare le visite si aggira tra il 2 e il 70% (Giannini et al., 2013).

Diversi studi valutano la soddisfazione di degenti e/o familiari, ma pochi sono quelli che rapportano questo fenomeno alla relazione con gli infermieri.

Vi sono tra questi, studi qualitativi che indagano quali siano i fattori influenzanti la comunicazione tra il personale infermieristico ed i familiari dei pazienti. Da ciò si evince che sono ineccepibili il sostegno emotivo, l'assistenza spirituale, la notificazione, la partecipazione e la consultazione tra l'equipe infermieristica e la famiglia. I fattori elencati vengono identificati come facilitanti della comunicazione. Ciò che ostacola la comunicazione sono, ad esempio, i malintesi riguardanti il trattamento, il lavoro e le difficoltà riscontrate con i pazienti (Loghmani et al., 2014).

In principio le politiche di liberalizzazione delle visite hanno riscontrato non poche difficoltà, in quanto si riteneva che avrebbero scatenato, nelle unità operative che le adottavano, delle situazioni difficili da gestire.

I fattori che si temevano di più erano: rischi d'infezione, l'interferenza con la cura del paziente, aumento dello stress per paziente e familiari e violazione del segreto professionale. La letteratura, al contrario, ha accertato che non vi sono basi scientifiche per ostacolare la presenza dei familiari nelle UCI (Burchardi, 2002).

Difatti ci sono forti argomenti per agevolare l'ammissione dei familiari.

La letteratura dimostra che la lontananza dai propri cari è un'importante fonte di sofferenza per il paziente degente in UCI e che, per la famiglia, uno dei bisogni essenziali sarebbe avere la facoltà di poterlo vedere in qualsiasi momento.

Perciò ora vi è un ampio consenso a liberalizzare le visite in UCI poiché questa si è dimostrata una tecnica valida ed efficiente per soddisfare le necessità di pazienti e familiari (Nelson et al., 2001).

Una politica di visita senza restringimenti non causa un aumento delle complicanze infettive, ma, al contrario, fa diminuire i punteggi d'ansia ed i marcatori ormonali di stress (Giannini et al., 2014).

Da ciò si comprende che la liberalizzazione delle visite ha un rapporto rischio – beneficio positivo, infatti il beneficio supera di gran lunga il rischio.

Ciò però non esclude che i familiari debbano essere istruiti sia dal punto di vista tecnico – pratico (es.: lavaggio delle mani, utilizzo dei D.P.I., smaltimento dei rifiuti, ecc.) che supportati ed accompagnati dal punto di vista emotivo e relazionale dalla figura infermieristica, sia essa quella di riferimento oppure no.

La relazione diventa quindi essenziale in questo tipo di relazione. Migliorando quest'ultima ci sarà, con ottime probabilità, un aumento della soddisfazione generale.

La presente ricerca può essere utile per comprendere come gli infermieri si comportano in queste situazioni relazionali complesse e quali sono le criticità da migliorare.

Si è visto infatti che la maggior parte dell'organico incluso nello studio non ha frequentato corsi di formazione sulla relazione. Infatti possiamo osservare come il 73,53% degli infermieri compilanti il questionario anagrafico – professionale non abbia frequentato nessun corso di formazione inerente quest'ambito, contro il restante 23,53% del personale che invece ha preso parte ad un corso sull'argomento. Il 2,94% mancante non ha risposto al quesito.

Di questi due gruppi coinvolti nello studio possiamo inoltre vedere che l'età media complessiva è di 42,5 anni, con 23,6 di esperienza complessiva come infermiere e 16,9 di esperienza in unità operativa. Motivo per cui la formazione dovrebbe essere già stata programmata e acquisita, visto l'ambiente specifico di lavoro e la complessità dei pazienti in carico e dello stato psico - emotivo dei familiari durante la loro degenza in un reparto intensivo.

Il campione osservato è così distribuito per formazione professionale: il 50% degli infermieri hanno conseguito un diploma di scuola regionale, mentre il restante 50% ha conseguito il diploma di laurea in infermieristica (solo un membro dell'organico presente ha continuato il percorso di studi post-laurea per ottenere il Master in Coordinamento). Per questo anche la percentuale dei corsi di formazione inerenti la relazione dovrebbe essere più equilibrata. Perciò sarebbe utile che venisse estesa a tutti i membri dell'organico una formazione e/o aggiornamento in questo ambito e svolgere un'indagine pre- e post-formazione per analizzare i miglioramenti apportati e le criticità presenti.

## **BIBLIOGRAFIA**

### **Sitografia**

Codice deontologico - Deontologia - Federazione IPASVI Available at: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. Accessed 10/20/2015, 2015.

Patto Infermiere / Cittadino IPASVI Collegio Infermieri Sondrio Available at: <http://www.ipasviso.org/home.jsp?idrub=135>. Accessed 10/21/2015, 2015.

### **Bibliografia**

Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med* 2000 Aug;28(8):3044-3049.

Berwick DM, Kotagal M. Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA* 2004 Aug 11;292(6):736-737.

Burchardi H. Let's open the door! *Intensive Care Med* 2002 Oct;28(10):1371-1372.

Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1986 Mar;50(3):571-579.

Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008 Jan;36(1):30-35.

Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour JM. What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Med* 2014 May;40(5):730-733.

Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, ODIN Study Group. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med* 2013 Dec;39(12):2180-2187.

Kim IR, Cho J, Choi EK, Kwon IG, Sung YH, Lee JE, et al. Perception, attitudes, preparedness and experience of chemotherapy-induced alopecia among breast cancer patients: a qualitative study. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(4):1383-1388.

Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med* 2000 Oct 15;109(6):469-475.

Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: a qualitative study. *J Caring Sci* 2014 Feb 27;3(1):67-82.

Matzer F, Egger JW, Kopera D. Psychosocial stress and coping in alopecia areata: a questionnaire survey and qualitative study among 45 patients. *Acta Derm Venereol* 2011 May;91(3):318-327.

McGarvey EL, Leon-Verdin M, Baum LD, Bloomfield K, Brenin DR, Koopman C, et al. An evaluation of a computer-imaging program to prepare women for chemotherapy-related alopecia. *Psychooncology* 2010 Jul;19(7):756-766.

Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL, et al. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med* 2001 Feb;29(2):277-282.

Snobohm C, Friedrichsen M, Heiwe S. Experiencing one's body after a diagnosis of cancer--a phenomenological study of young adults. *Psychooncology* 2010 Aug;19(8):863-869.

Wasser T, Matchett S. Final version of the Critical Care Family Satisfaction Survey questionnaire. *Crit Care Med* 2001 Aug;29(8):1654-1655.

Whitley R. *Pragmatics of Human Communication (Book)*. *Sociology* 1969 09;3(3):447-448

# **ALLEGATI**

# ALLEGATO 1



REGIONE DEL VENETO  
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10  
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:  
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

Data, 12.06.2015

Prot. 37718

All.: 1

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione indagine tesi studenti.**

Alla dr.ssa Elsa Labelli  
direttore didattico  
Corso di Laurea in Infermieristica  
Via Seminario, n.35  
30026 PORTOGRUARO

Con riferimento alle richieste da parte degli studenti del CLI, di cui all'allegato elenco, finalizzate alla somministrazione dei questionari per la compilazione della tesi di Laurea in Infermieristica, rilevato che per le predette richieste vi sono già i pareri favorevoli dei direttori delle UU.OO. e strutture interessate, si autorizza alla raccolta dati e si chiede alla S.V. di darne comunicazione agli interessati.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

DIRETTORE GENERALE  
Dott. Carlo Bramezza

Direzione Sanitaria  
**Unità Operativa Professioni Sanitarie**  
Dirigente: Dott. Mauro Filippi  
Referente istruttoria: Sonia Chiniato

e-mail: [sinf.dr@ulss10.veneto.it](mailto:sinf.dr@ulss10.veneto.it)  
Tel. 0421 228155  
Fax 0421 228156

[www.ulss10.veneto.it](http://www.ulss10.veneto.it)

## ALLEGATO 2



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Portogruaro

Laureanda: Sandron Giada  
Matricola: 1004403

### *Consenso Informato per i familiari*

L'AULSS n. 10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave ha autorizzato il sottoscritto, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica (C.L.I.) dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione dei Presidi Ospedalieri di Portogruaro e San Donà di Piave a condurre lo studio " **UNITA' DI CURE INTENSIVE APERTE:**

**preparazione dei familiari alle visite e suo impatto"** utilizzando un questionario di gradimento per raccogliere alcuni dati con la finalità di capire se un'informazione completa e regolare del familiare del paziente degente in Unità di Cure Intensive sia utile ad alleviare o meno la sua preoccupazione. Al fine di realizzare lo studio sarebbe necessaria la sua gentile collaborazione. Ciò, per dare un contributo alla sensibilizzazione al problema ed alla qualità del servizio.

La partecipazione al nostro studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Legga/ascolti con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, le verrà fornito un questionario con alcune domande riguardanti la sua esperienza e quella del suo caro in Unità di Cure Intensive, semplice e veloce nella compilazione.

Non ci saranno guadagni diretti né per Lei, né per gli operatori coinvolti, ma la Sua partecipazione e quella di altri utenti del servizio sono molto importanti per far progredire le conoscenze scientifiche inerenti l'assistenza infermieristica.

Le informazioni raccolte saranno strettamente confidenziali e trattate dalla studentessa del C.L.I. Sandron Giada e dal personale delle Unità Operative coinvolto, ai sensi della normativa vigente, saranno usate solo in modo aggregato e anonimo per la preparazione di relazioni scientifiche nelle quali Lei non sarà in alcun modo identificabile.

Acconsento di partecipare allo studio avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso, avendo avuto l'opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del familiare/compileratore

\_\_\_\_\_  
Firma della studentessa

*La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di ricerca. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al Corso di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, telefonando al numero 0421/71018 – fax 0421/280961 e chiedendo di Sandron Giada.*

# ALLEGATO 3



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Portogruaro

LAUREANDA: Sandron Giada MATRICOLA: 1004403

## INTERVISTA SULLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA

Traduzione non validata e riadattamento della Critical Care Family Satisfaction Survey (CCFSS);  
Final version of the Critical Care Family Satisfaction Survey questionnaire Wasser T, Matchett S. Crit Care Med. 2001  
Aug;29(8):1654-5.

**Istruzioni:** un solo familiare del paziente deve completare l'intervista. Ogni punto deve essere compilato in completa onestà. Deve cerchiare una delle 5 voci che descrive al meglio il suo grado di soddisfazione riguardo alle cure che lei ed il suo caro avete ricevuto durante la degenza nell'unità operativa di terapia intensiva. Commenti ogni esperienza negativa o positiva al termine dell'intervista. Dopo aver completato l'intervista la consegni al personale infermieristico, che provvederà a prenderla in carico.

### DOMANDE GENERALI

#### ETÀ DEL COMPILANTE:

18 - 24                       25 - 34                       35 - 59                       Oltre i 60

#### ETÀ DEL FAMILIARE DEGENTE:

18 - 24                       25 - 34                       35 - 59                       Oltre i 60

#### GIORNI DI DEGENZA DEL SUO CARO IN UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA:

0-3                               3 - 7                               7 - 10                               Più di 10

#### LEI È, PER IL PAZIENTE:

<input type="checkbox"/> Marito	<input type="checkbox"/> Moglie	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Altro _____ (specificare)
<input type="checkbox"/> Figlio	<input type="checkbox"/> Figlia	<input type="checkbox"/> Fratello	<input type="checkbox"/> Sorella	
<input type="checkbox"/> Zio	<input type="checkbox"/> Zia	<input type="checkbox"/> Amico/a	<input type="checkbox"/> Altra figura significativa	

#### PERCHÉ IL SUO CARO SI TROVA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA?

<input type="checkbox"/> insufficienza respiratoria	<input type="checkbox"/> assistenza post-operatoria dell'intervento di _____
<input type="checkbox"/> insufficienza renale	<input type="checkbox"/> stato infettivo
<input type="checkbox"/> insufficienza multiorgano	<input type="checkbox"/> altro: _____

	<i>Molto soddi- sfatto</i>	<i>Soddi- sfatto</i>	<i>Non sa- prei</i>	<i>Insoddi- sfatto</i>	<i>Molto in- soddisfatto</i>
1. Onestà del personale sulle condizioni del mio caro	5	4	3	2	1
2. Disponibilità del personale medico a parlare con me regolarmente	5	4	3	2	1
3. Tempo d'attesa per esami e radiografie	5	4	3	2	1
4. Serenità nel conoscere l'infermiera di riferimento del mio caro	5	4	3	2	1
5. Capacità di condividere le cure del mio familiare	5	4	3	2	1
6. Prontezza del personale nel rispondere ad allarmi e richieste d'assistenza	5	4	3	2	1
7. Chiare spiegazioni riguardo ad esami, procedure e trattamenti	5	4	3	2	1
8. Pulizia e accoglienza della sala d'aspetto	5	4	3	2	1
9. Supporto ed incoraggiamento datomi durante il periodo di degenza del mio caro in terapia intensiva	5	4	3	2	1
10. Chiarezza delle risposte alle mie domande	5	4	3	2	1
11. Qualità delle cure erogate al mio caro	5	4	3	2	1
12. Condivisione regolare nelle decisioni riguardanti le cure del mio caro	5	4	3	2	1
13. Disponibilità del personale infermieristico a parlare con me quotidianamente rispetto alle cure del mio caro	5	4	3	2	1
14. Sensibilità del personale medico ai bisogni del mio caro	5	4	3	2	1
15. Privacy garantita a me e al mio caro durante le visite	5	4	3	2	1
16. Preparazione del mio caro per il trasferimento dalla terapia intensiva	5	4	3	2	1
17. Tranquillità della sala d'attesa	5	4	3	2	1
18. Flessibilità degli orari di visita	5	4	3	2	1
19. Livello di rumore nel reparto di terapia intensiva	5	4	3	2	1
20. Condivisione nelle discussioni riguardanti il ricovero del mio caro	5	4	3	2	1

**CHE ALTRI CONSIGLI VORREBBE DARE PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA AI PAZIENTI E ALLE LORO FAMIGLIE?**

## ALLEGATO 4



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

*Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Portogruaro*

Laureanda: Sandron Giada

Matricola: 1004403

### ***Consenso Informato per infermieri***

L'AULSS n. 10 "Veneto Orientale" di San Donà di Piave ha autorizzato il sottoscritto, in qualità di studente del Corso di Laurea in Infermieristica (C.L.I.) dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, in collaborazione con l'Unità Operativa Complessa di Anestesia e Rianimazione dei Presidi Ospedalieri di Portogruaro e San Donà di Piave a condurre lo studio "**UNITA' DI CURE INTENSIVE APERTE: preparazione dei familiari alle visite e suo impatto**" pertanto le chiedo la disponibilità a compilare un questionario anagrafico-professionale per raccogliere alcuni dati con la finalità di comprendere la composizione e la formazione dell'equipe infermieristica dell'Unità di Cure Intensive e l'impatto di entrambe sulla relazione con i familiari dei degenti. Ciò, per dare un contributo alla sensibilizzazione al problema ed alla qualità del servizio.

La partecipazione al nostro studio è del tutto volontaria. Lei può rifiutare o ritirarsi in qualsiasi momento. Legga/ascolti con attenzione questo documento e non esiti a chiedere chiarimenti prima di firmare.

Se Lei accetta di partecipare, le verrà fornito un questionario con alcune domande riguardanti la sua formazione e le sue esperienze lavorative sia in Unità di Cure Intensive, sia precedenti, semplice e veloce nella compilazione.

Non ci saranno guadagni diretti né per Lei, né per gli operatori coinvolti, ma la Sua partecipazione e quella di altri membri dell'equipe professionale sono molto importanti per far progredire le conoscenze scientifiche inerenti l'assistenza infermieristica.

Le informazioni raccolte saranno strettamente confidenziali e trattate dalla studentessa del C.L.I. Sandron Giada, ai sensi della normativa vigente, saranno usate solo in modo aggregato e anonimo per la preparazione di relazioni scientifiche nelle quali Lei non sarà in alcun modo identificabile.

---

Acconsento di partecipare allo studio avendo compreso tutte le spiegazioni sullo studio in corso, avendo avuto l'opportunità di discuterle e chiedere spiegazioni. Accettando di partecipare, non rinuncio ai diritti che riguardano il trattamento dei miei dati personali.

Data, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma dell'infermiere compilatore

\_\_\_\_\_  
Firma della studentessa

---

*La ringrazio per aver collaborato a questo importante progetto di ricerca. Nel caso in cui Lei avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, potrà rivolgersi al Corso di Laurea in Infermieristica, dell'Università degli Studi di Padova, sede di Portogruaro, telefonando al numero 0421/71018 – fax 0421/280961 e chiedendo di Sandron Giada.*

## ALLEGATO 5



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Portogruaro

Laureanda: Sandron Giada

Matricola: 1004403

**SCHEDA ANAGRAFICO-PROFESSIONALE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO**  
**U.O.C. DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI SAN DONÀ DI PIAVE E PORTOGRUARO**  
**AULSS N°10 VENETO ORIENTALE**

<b>SESSO</b>	<input type="checkbox"/> Maschio		<input type="checkbox"/> Femmina		
<b>ETÀ</b>	<input type="checkbox"/> <25	<input type="checkbox"/> 26-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> >50
<b>FORMAZIONE PROFESSIONALE</b>					
<input type="checkbox"/> Diploma di Infermiere scuola regionale	<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea triennale in Infermieristica	<input type="checkbox"/> Diploma di Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche		<input type="checkbox"/> Master in Coordinamento	
<input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca	<input type="checkbox"/> Master di secondo livello In _____	<input type="checkbox"/> Master di primo livello in _____		<input type="checkbox"/> _____	
<b>FREQUENZA A CORSI DI FORMAZIONE SULLA RELAZIONE CON L'ASSISTITO E/O I SUOI FAMILIARI</b>					
<input type="checkbox"/> Sì			<input type="checkbox"/> No		
<b>ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA COME INFERMIERE</b>					
<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> >10		
<b>ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA NELL'ATTUALE UNITÀ OPERATIVA</b>					
<input type="checkbox"/> <1	<input type="checkbox"/> 1-5	<input type="checkbox"/> 6-10	<input type="checkbox"/> >10		

## ALLEGATO 6



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

*Università degli Studi di Padova  
Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Corso di Laurea in Infermieristica  
Sede di Portogruaro*

Laureanda: Sandron Giada

Matricola: 1004403

SCHEDA OSSERVAZIONALE SULLA RELAZIONE TRA PERSONALE INFERMIERISTICO E FAMILIARI				
AZIONI	IL PERSONALE INFERMIERISTICO:	SI	NO	N.I.
1	All'arrivo dei familiari si presenta (se è presente un infermiere/a di riferimento si presenta al familiare del degente di cui è referente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Si informa su chi siano i degenti a cui i familiari fanno visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Dà la propria disponibilità per qualsiasi domanda/necessità abbiano i familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Accompagna i familiari dal proprio caro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Si informa su quali siano le sensazioni provate dai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Supporta ed incoraggia il familiare durante il periodo di visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Risponde con chiarezza alle domande dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Rileva difficoltà di comprensione del linguaggio utilizzato dal personale sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Utilizza un linguaggio comprensibile ai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Rileva la presenza di fattori di disturbo della comunicazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Utilizza strumenti e tecniche di supporto alla comunicazione ( scrittura, immagini...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Condivide con il familiare le cure fornite al degente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Risponde con prontezza ad allarmi e/o richieste d'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Assume un atteggiamento di ascolto dando la possibilità alla persona ed ai suoi familiari di manifestare le loro necessità, le opinioni, i timori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Mantiene coerenza tra linguaggio verbale e non verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Evita di dare soluzioni, rassicurazioni, rassicurazioni semplicistiche, frasi fatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Fornisce spiegazioni chiare riguardo alla finalità e alle modalità d'esecuzione di esami, procedure e trattamenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Si rende disponibile ad aggiornamenti quotidiani, se necessario ed opportuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Garantisce a familiari e degenti la privacy necessaria durante l'orario di visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Rileva difficoltà della persona ad esprimersi ed a manifestare le proprie necessità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Rileva atteggiamenti di aggressività, rabbia, frustrazione da parte dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>LEGENDA: N.I. = non indagabile</p>				

## ALLEGATO 7

**Tabella I:** intervista sulla soddisfazione dei familiari dei pazienti ricoverati nella Terapia Intensiva del presidio ospedaliero di Portogruaro.

INTERVISTA SULLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA - P.O. di Portogruaro -	Molto Soddisfatto 5	Soddisfatto 4	Non Saprei 3	Insoddisfatto	Non Soddisfatto 1	Non Risposte	Media
1) Onestà del personale sulle condizioni del mio caro	3	7	1	-	-	-	4,18
2) Disponibilità del personale medico a parlare con me regolarmente	5	6	-	-	-	-	4,45
<b>3) <u>Tempo d'attesa per esami e radiografie</u></b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	-	<b>1</b>	<b><u>3,6</u></b>
4) Serenità nel conoscere l'infermiera di riferimento del mio caro	2	6	2	-	-	1	4
5) Capacità di condividere le cure del mio familiare	2	5	2	-	-	2	4
6) Prontezza del personale nel rispondere ad allarmi e richieste d'assistenza	4	5	2	-	-	-	4,18
7) Chiare spiegazioni riguardo ad esami, procedure e trattamenti	5	6	-	-	-	-	4,45
8) Pulizia e accoglienza della sala d'aspetto	2	9	-	-	-	-	4,18
9) Supporto ed incoraggiamento datomi durante il periodo di degenza del mio caro in terapia intensiva	3	7	1	-	-	-	4,18
10) Chiarezza delle risposte alle mie domande	3	7	-	-	-	1	4,3
11) Qualità delle cure erogate al mio caro	4	5	1	-	-	1	4,3
12) Condivisione regolare nelle decisioni riguardanti le cure del mio caro	2	6	3	-	-	-	4,3
13) Disponibilità del personale infermieristico a parlare con me quotidianamente rispetto alle cure del mio caro	3	7	1	-	-	-	4,18
14) Sensibilità del personale medico ai bisogni del mio caro	4	6	1	-	-	-	4,27
15) Privacy garantita a me e al mio caro durante le visite	5	5	1	-	-	-	4,36
<b>16) <u>Preparazione del mio caro per il trasferimento dalla terapia intensiva</u></b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	-	-	-	<b><u>3,72</u></b>
17) Tranquillità della sala d'attesa	3	7	-	1	-	-	4,09
18) Flessibilità degli orari di visita	5	4	2	-	-	-	4,27
19) Livello di rumore nel reparto di terapia intensiva	5	5	-	1	-	-	4,27
<b>20) <u>Condivisione nelle discussioni riguardanti il ricovero del mio caro</u></b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	-	-	<b><u>3,72</u></b>
<b><u>MEDIA TOTALE DÌ SODDISFAZIONE : 4,15</u></b>							

## ALLEGATO 8

Tabella II: intervista sulla soddisfazione dei familiari dei pazienti ricoverati nella Terapia Intensiva del presidio ospedaliero di San Donà di Piave.

INTERVISTA SULLA SODDISFAZIONE DEI FAMILIARI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA - P.O. di San Donà di Piave -	Molto Soddisfatto 5	Soddisfatto 4	Non Saprei 3	Insoddisfatto	Non Soddi- sfatto	Non Risposte	Media
1) Onestà del personale sulle condizioni del mio caro	8	3	0	-	-	-	4,73
2) Disponibilità del personale medico a parlare con me regolarmente	10	1	0	-	-	-	4,91
3) Tempo d'attesa per esami e radiografie	6	3	1	1	-	1	4,50
4) Serenità nel conoscere l'infermiera di riferimento del mio caro	8	2	1	-	-	-	4,64
5) Capacità di condividere le cure del mio familiare	6	4	0	-	-	1	4,60
6) Prontezza del personale nel rispondere ad allarmi e richieste d'assistenza	8	3	0	-	-	-	4,73
7) Chiare spiegazioni riguardo ad esami, procedure e trattamenti	7	4	0	-	-	-	4,64
8) Pulizia e accoglienza della sala d'aspetto	8	3	0	-	-	-	4,73
9) Supporto ed incoraggiamento datomi durante il periodo di degenza del mio caro in terapia intensiva	8	3	0	-	-	-	4,73
10) Chiarezza delle risposte alle mie domande	7	4	0	-	-	-	4,64
11) Qualità delle cure erogate al mio caro	6	5	0	-	-	-	4,55
12) Condivisione regolare nelle decisioni riguardanti le cure del mio caro	7	4	0	-	-	-	4,64
13) Disponibilità del personale infermieristico a parlare con me quotidianamente rispetto alle cure del mio caro	8	3	0	-	-	-	4,73
14) Sensibilità del personale medico ai bisogni del mio caro	8	2	0	1	-	-	4,55
15) Privacy garantita a me e al mio caro durante le visite	7	4	0	-	-	-	4,64
<b>16) Preparazione del mio caro per il trasferimento dalla terapia intensiva</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	-	-	<b>1</b>	<b>4,10</b>
17) Tranquillità della sala d'attesa	6	5	0	-	-	-	4,55
18) Flessibilità degli orari di visita	6	4	0	1	-	-	4,36
19) Livello di rumore nel reparto di terapia intensiva	5	5	1	-	-	-	4,36
20) Condivisione nelle discussioni riguardanti il ricovero del mio caro	7	3	1	-	-	-	4,55
<b><u>MEDIA TOTALE DI SODDISFAZIONE : 4,59</u></b>							

## ALLEGATO 9

TABELLA III: scheda osservazionale sulla relazione tra personale infermieristico e familiari dell'U.O.C. di Anestesia E Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Portogruaro.

AZIONI	IL PERSONALE INFERMIERISTICO:	SÌ	NO	N.I.
1	All'arrivo dei familiari si presenta (se è presente un infermiere/a di riferimento si presenta al familiare del degente di cui è referente)	7	8	0
2	Si informa su chi siano i degenti a cui i familiari fanno visita	12	3	0
3	Dà la propria disponibilità per qualsiasi domanda/necessità abbiano i familiari	5	10	0
4	Accompagna i familiari dal proprio caro	1	14	0
5	Si informa su quali siano le sensazioni provate dai familiari	1	14	0
6	Supporta ed incoraggia il familiare durante il periodo di visita	7	3	5
7	Risponde con chiarezza alle domande dei familiari	15	0	0
8	Rileva difficoltà di comprensione del linguaggio utilizzato dal personale sanitario	8	1	6
9	Utilizza un linguaggio comprensibile ai familiari	15	0	0
10	Rileva la presenza di fattori di disturbo della comunicazione	1	2	12
11	Utilizza strumenti e tecniche di supporto alla comunicazione ( scrittura, immagini...)	1	1	13
12	Condivide con il familiare le cure fornite al degente	9	6	0
13	Risponde con prontezza ad allarmi e/o richieste d'assistenza	14	1	0
14	Assume un atteggiamento di ascolto dando la possibilità alla persona ed ai suoi familiari di manifestare le loro necessità, le opinioni, i timori.	10	5	0
15	Mantiene coerenza tra linguaggio verbale e non verbale	14	1	0
16	Evita di dare soluzioni, rassicurazioni, rassicurazioni semplicistiche, frasi fatte	12	2	1
17	Fornisce spiegazioni chiare riguardo alla finalità e alle modalità d'esecuzione di esami, procedure e trattamenti	7	3	5
18	Si rende disponibile ad aggiornamenti quotidiani, se necessario ed opportuno	3	11	1
19	Garantisce a familiari e degenti la privacy necessaria durante l'orario di visita	0	15	0
20	Rileva difficoltà della persona ad esprimersi ed a manifestare le proprie necessità	6	1	8
21	Rileva atteggiamenti di aggressività, rabbia, frustrazione da parte dei familiari	2	0	13
<b>TOTALE INFERMIERI OSSERVATI: 15</b>				

## ALLEGATO 10

TABELLA IV: scheda osservazionale sulla relazione tra personale infermieristico e familiari dell'U.O.C. di Anestesia E Rianimazione del Presidio Ospedaliero di San Donà di Piave.

AZIONI	IL PERSONALE INFERMIERISTICO:	SÌ	NO	N. I.
1	All'arrivo dei familiari si presenta (se è presente un infermiere/a di riferimento si presenta al familiare del degente di cui è referente)	3	16	0
2	Si informa su chi siano i degenti a cui i familiari fanno visita	16	3	0
3	Dà la propria disponibilità per qualsiasi domanda/necessità abbiano i familiari	6	13	0
4	Accompagna i familiari dal proprio caro	1	18	0
5	Si informa su quali siano le sensazioni provate dai familiari	0	19	0
6	Supporta ed incoraggia il familiare durante il periodo di visita	16	2	1
7	Risponde con chiarezza alle domande dei familiari	19	0	0
8	Rileva difficoltà di comprensione del linguaggio utilizzato dal personale sanitario	11	0	8
9	Utilizza un linguaggio comprensibile ai familiari	19	0	0
10	Rileva la presenza di fattori di disturbo della comunicazione	5	0	14
11	Utilizza strumenti e tecniche di supporto alla comunicazione (scrittura, immagini...)	1	2	16
12	Condivide con il familiare le cure fornite al degente	14	5	0
13	Risponde con prontezza ad allarmi e/o richieste d'assistenza	17	2	0
14	Assume un atteggiamento di ascolto dando la possibilità alla persona ed ai suoi familiari di manifestare le loro necessità, le opinioni, i timori.	16	3	0
15	Mantiene coerenza tra linguaggio verbale e non verbale	17	2	0
16	Evita di dare soluzioni, rassicurazioni, rassicurazioni semplicistiche, frasi fatte	13	6	0
17	Fornisce spiegazioni chiare riguardo alla finalità e alle modalità d'esecuzione di esami, procedure e trattamenti	18	1	0
18	Si rende disponibile ad aggiornamenti quotidiani, se necessario ed opportuno	4	15	0
19	Garantisce a familiari e degenti la privacy necessaria durante l'orario di visita	0	19	0
20	Rileva difficoltà della persona ad esprimersi ed a manifestare le proprie necessità	8	0	11
21	Rileva atteggiamenti di aggressività, rabbia, frustrazione da parte dei familiari	5	0	14
<b>TOTALE INFERMIERI OSSERVATI: 19</b>				

## ALLEGATO 11

**Tabella V:** sezione anagrafica del questionario sulla soddisfazione rivolto ai familiari dei pazienti ricoverati presso la terapia intensiva di Portogruaro.

ETÀ DEL COMPILANTE:	FREQUENZE	PERCENTUALI (%)	MEDIA PONDERATA	DEVIAZIONE STANDARD		
18 - 24	0	0	59 anni	± 15,87		
25 - 34	0	0				
35 - 59	7	63,64				
Oltre i 60	4	36,36				
<b>ETÀ DEL FAMILIARE DEGENTE:</b>						
18 - 24	0	0	77 anni	± 9,49		
25 - 34	0	0				
35 - 59	1	9,09				
Oltre i 60	10	90,9				
<b>DEGENZA DEL SUO CARO IN UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA</b>						
0 - 3	4	39,36	4,73 giorni	± 5,22		
3 - 7	4	36,36				
7 - 10	1	9,09				
Più di 10	1	9,09				
Non risposte	1	9,09				
<b>LEI È, PER IL PAZIENTE:</b>						
Marito	0	0				
Moglie	3	27,27				
Figlio	2	18,18				
Figlia	4	36,36				
Sorella	0	0				
Fratello	1	9,09				
Madre	0	0				
Padre	0	0				
Zio	0	0				
Zia	0	0				
Amico/a	0	0				
Altra figura significativa	0	0				
Altro (specificare)	1 (nipote)	9,09				
<b>SUO CARO SI TROVA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA I</b>						
insufficienza respiratoria	1	9,09				
insufficienza renale	0	0				
insufficienza multiorgano	1	9,09				
assistenza post- operatoria	4 (infarto intestinale, neoplasia gastrica + 2 patologie/interventi non sono stati specificati)	36,36				
stato infettivo	1	9,09				
Altro (specificare)	3 (caduta, pancreatite acuta, peritonite)	27,27				
Non risposte	1	9,09				

## ALLEGATO 12

Tabella VI: sezione anagrafica del questionario sulla soddisfazione rivolto ai familiari dei pazienti ricoverati presso la terapia intensiva di San Donà di Piave.

ETÀ DEL COMPILANTE:	FREQUENZE	PERCENTUALI (%)	MEDIA PONDERATA	DEVIAZIONE STANDARD
18 - 24	0	0	48,36 anni	± 11,25
25 - 34	1	9,09		
35 - 59	9	81,82		
Oltre i 60	1	9,09		
ETÀ DEL FAMILIARE DEGENTE:				
18 - 24	0	0	68 anni	± 15,87
25 - 34	0	0		
35 - 59	4	36,36		
Oltre i 60	7	63,64		
GIORNI DI DEGENZA DEL SUO CARO IN UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA:				
0 - 3	5	45,46	5,91 giorni	± 6,88
3 - 7	4	36,36		
7 - 10	0	0		
Più di 10	2	18,18		
LEI È, PER IL PAZIENTE:				
Marito	0	0		
Moglie	4	36,36		
Figlio	0	0		
Figlia	4	36,36		
Sorella	1	9,09		
Fratello	0	0		
Madre	0	0		
Padre	0	0		
Zio	0	0		
Zia	1	9,09		
Amico/a	0	0		
Altra figura significativa	1 (assistente personale)	9,09		
Altro (specificare)	0	0		
PERCHÉ IL SUO CARO SI TROVA NELL'UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA?				
insufficienza respiratoria	5	45,46		
insufficienza renale	0	0		
insufficienza multiorgano	2	18,18		
assistenza post- operatoria	2 (1 diverticolo perforato + 1 patologia/intervento non è stato)	18,18		
stato infettivo	1	9,09		
Altro (specificare)	0	0		
Non risposte	1	9,09		

## ALLEGATO 13

Tabella VII: questionario anagrafico – professionale rivolto agli infermieri facenti parte dell'organico dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di Portogruaro

SESSO	FREQUENZE	PERCENTUALI (%)	MEDIA PONDERATA	DEVIAZIONE STANDARD
Maschio	4	26,67		
Femmina	11	73,33		
<b>ETÀ</b>				
<25	0	0	42,07 anni	± 6,97
26 - 30	1	6,67		
31 - 40	4	26,67		
41 - 50	9	60		
>50	1	6,67		
<b>FORMAZIONE PROFESSIONALE</b>				
Diploma di infermiere di scuola regionale	9	60		
diploma di laurea triennale in infermieristica	6	40		
diploma di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche	0	0		
master in coordinamento	0	0		
master di 1° livello	0	0		
master di 2° livello	0	0		
altro ...	0	0		
<b>FREQUENZA A CORSI DI FORMAZIONE SULLA RELAZIONE CON L'ASSISTITO E/O I SUOI FAMILIARI</b>				
Sì	4	26,67		
No	11	73,33		
<b>ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA COME INFERMIERE</b>				
< 1	0	0	22,4 anni	± 7,20
da 1 a 5	0	0		
da 6 a 10	3	20		
> 10	12	80		
<b>ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA NELL'ATTUALE UNITÀ OPERATIVA</b>				
< 1	1	6,67	17,36 anni	± 16,55
da 1 a 5	3	20		
da 6 a 10	1	6,67		
> 10	10	66,67		

## ALLEGATO 14

Tabella VIII: questionario anagrafico – professionale rivolto agli infermieri facenti parte dell'organico dell'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione del P.O. di San Donà di Piave

SESSO	FREQUENZE	PERCENTUALI (%)	MEDIA PONDERATA	DEVIAZIONE STANDARD
Maschio	5	26,31		
Femmina	14	73,68		
<b>ETÀ</b>				
<25	0	0	42,79 anni	± 9,12
26 - 30	3	15,79		
31 - 40	3	15,79		
41 - 50	10	52,63		
>50	3	15,79		
<b>FORMAZIONE PROFESSIONALE</b>				
Diploma di infermiere di scuola regionale	8	42,1		
diploma di laurea triennale in infermieristica	11	57,89		
diploma di laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche	0	0		
master in coordinamento	1 (conseguito da uno degli infermieri in possesso di diploma di laurea triennale)	5,26		
master di 1° livello	0	0		
master di 2° livello	0	0		
altro ...	0	0		
<b>FREQUENZA A CORSI DI FORMAZIONE SULLA RELAZIONE CON L'ASSISTITO E/O I SUOI FAMILIARI</b>				
Sì	4	21,05		
No	14	73,68		
Non risposte	1	5,26		
<b>ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA COME INFERMIERE</b>				
< 1	0	0	22,84 anni	± 7,38
da 1 a 5	1	5,26		
da 6 a 10	2	10,53		
> 10	16	84,21		
<b>ANNI DI ESPERIENZA LAVORATIVA NELL'ATTUALE UNITÀ OPERATIVA</b>				
< 1	1	5,26	16,44 anni	± 11,38
da 1 a 5	5	26,31		
da 6 a 10	2	10,53		
> 10	11	57,89		