



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

**Università degli studi di Padova**

**Dipartimento di Medicina**

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

***NON APRITE QUELLA PORTA: indagine osservazionale  
dell'attenzione ai bisogni dei familiari nelle Terapie Intensive  
dell'Ulss 19 di Adria e dell'Ulss 12 di Mestre.***

Relatore

Dott.ssa Katia Magnani

Laureanda

Sara Barella

Anno Accademico 2014/2015



## INDICE

### RIASSUNTO

INTRODUZIONE.....	1
1. QUADRO TEORICO.....	3
1.1 Rassegna della letteratura disponibile.....	6
1.2 Contesto Ulss 19.....	16
1.3 Contesto Ulss 12.....	17
2. REALIZZAZIONE DELL'INDAGINE.....	19
2.1 Scopo dell'indagine.....	19
2.2 Disegno dell'indagine.....	19
2.3 Campionamento.....	19
2.4 Strumento di misura.....	19
2.5 Attività di raccolta dati.....	20
2.6 Analisi dei dati.....	20
3. RISULTATI.....	21
4. DISCUSSIONE.....	29
5. CONCLUSIONI.....	35

### BIBLIOGRAFIA

### ALLEGATI



## **RIASSUNTO**

**Introduzione:** La Terapia Intensiva è una realtà critica per il paziente ricoverato e per i suoi familiari. La maggior parte dei familiari può sperimentare stati di disagio psicologico come ansia, depressione e disturbi del sonno che possono compromettere la qualità della loro vita e la capacità di assistere il proprio caro ricoverato.

Gli infermieri possono agire da facilitatori per la riduzione dell'insorgenza di queste problematiche, comprendendo i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati e supportandoli.

**Obiettivo:** Indagare quanto viene attuato nelle realtà locali per rispondere alle esigenze dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e valutare se, secondo gli infermieri intervistati, alcune raccomandazioni proposte potrebbero essere efficaci o meno nel sostenere i familiari e ridurre il rischio di incorrere in possibili problematiche psicopatologiche dovute allo stress di avere un familiare ricoverato in Rianimazione.

**Metodi:** È stata svolta un'indagine di tipo descrittivo-osservazionale nelle Rianimazioni dell'Ulss 19 di Adria e dell'Ulss 12 di Mestre. È stato creato appositamente un questionario, realizzato utilizzando uno "strumento per il miglioramento della qualità assistenziale" ideato nel 2006 da Cesar D. e Picogna M. nel contesto di alcune Rianimazioni friulane.

**Conclusioni:** Anche se, nell'opinione infermieristica, appare efficace e di possibile attuazione quasi la totalità delle raccomandazioni proposte nell'indagine, sono ancora molti gli obiettivi da raggiungere in questo campo dell'assistenza in area critica, in particolare, riuscire, all'interno di un'autentica relazione terapeutica, ad "aprire la porta ai bisogni dei familiari dei pazienti"



## 1. INTRODUZIONE

Questa tesi nasce dall'esperienza di tirocinio presso l'Unità di Rianimazione dell'Ulss 19 di Adria. La rianimazione è un reparto che si differenzia da tutti gli altri, non solo per la criticità dei pazienti e per la particolarità dell'assistenza prestata, ma anche in quanto i familiari possono essere vicini al proprio caro ricoverato in maniera meno prolungata ed incisiva rispetto ad altri reparti.

Non tutti i pazienti che si trovano ricoverati in rianimazione sono sedati e quindi non coscienti di avere vicino i loro familiari; anzi molti capiscono ciò che succede e possono sentirsi isolati anche in misura maggiore rispetto al ricovero presso un altro reparto ospedaliero. Il tutto risulta acuito dalla presenza di presidi deputati al monitoraggio o al drenaggio (cavi, elettrodi, cateteri, ecc..) che possono incutere ansia e preoccupazione soprattutto nei pazienti intubati e non del tutto sedati.

Oggetto di questa tesi sarà però un altro aspetto: i familiari che si trovano al di fuori di questa realtà e non hanno la possibilità di rimanere in contatto con i propri cari ricoverati. Come possono sentirsi ad attendere, in sala d'attesa, la mezz'ora di tempo assegnata per poter parlare con il proprio familiare ricoverato e con il medico per avere informazioni sull'andamento clinico del paziente?

Da qui è partita la ricerca bibliografica sulla letteratura presente dalla quale è emerso che sono molte le indagini fatte per individuare quali sono i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati nelle Unità di Rianimazione. Di conseguenza, sorgeva il problema di cosa possa essere attuato nella pratica clinica per ridurre l'ansia e la depressione, che sono state riscontrate nella maggior parte dei casi, nei familiari in quegli studi svolti proprio su tale argomento.

Cercando di dare una risposta a questo quesito è emerso uno “strumento per il miglioramento della qualità assistenziale”<sup>1</sup> creato da due infermieri in servizio presso l'ospedale civile di Udine, rivolto proprio a sondare fra gli infermieri quali accorgimenti potessero essere applicati per risolvere questa problematica. Tale strumento è stato creato a partire da esperienze pratiche e dai risultati della revisione bibliografica. Emerge come l'utilizzo di alcune documentazioni e linee guida possano aiutare il personale sanitario a garantire una coerenza di informazioni e comportamenti atti a favorire una assistenza centrata sulla famiglia. Da qui nasce l'esigenza di riformulare i principi contenuti in alcune racco-

mandazioni, tratte da uno studio di alcuni ricercatori australiani<sup>2</sup>. Tale studio, è nato allo scopo di giungere a una sintesi dei comportamenti, ritenuti più efficaci, da adottare per dare risposta ai bisogni dei familiari dei pazienti critici ricoverati nelle unità di emergenza.

In questa tesi si è adottato questo strumento riadattandolo per cercare di capire come, nelle rianimazioni delle nostre realtà, gli infermieri sentano questa problematica e se percepiscono come efficaci o meno le raccomandazioni proposte. Per far questo si sono scelte due rianimazioni del Veneto, l'Ulss 19 che si presenta come una rianimazione chiusa, e l'Ulss 12 che è anch'essa una rianimazione chiusa, ma che mantiene per tutto il pomeriggio l'orario di visita dei familiari, valutando con flessibilità e disponibilità al prolungamento eventuali casi particolari.

La tesi è costituita da un primo capitolo che presenta il quadro teorico di riferimento in cui si sottolinea la rilevanza del problema per la professione e si svolge una rassegna critica della letteratura disponibile, descrivendo il contesto di riferimento delle due Ulss partecipanti all'indagine. Il secondo capitolo descrive lo scopo dello studio e gli obiettivi. Il terzo capitolo illustra i materiali e i metodi. Il disegno dello studio, il campionamento, l'attività di raccolta dei dati, gli strumenti di misura usati e la relativa analisi dei dati. Segue un capitolo sui risultati ottenuti e i limiti dello studio condotto ed infine le conclusioni con alcune considerazioni sui risultati ottenuti.



## 2. QUADRO TEORICO

L' "area critica" viene definita come *l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità/instabilità vitale della persona malata e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale infermieristico e medico*<sup>3</sup>.

Ciò che rende una situazione complessa e che le permette di essere affrontata e gestita, è il fatto che le parti di cui è composta sono molteplici e in relazione tra loro<sup>4</sup>, pertanto è necessaria una valutazione multidimensionale e multiprofessionale di tutte le variabili e gli aspetti di cui è composta e che sono strettamente interconnessi.

La terapia intensiva, o rianimazione, è un reparto ospedaliero con caratteristiche totalmente diverse dagli altri reparti di degenza. Le patologie che richiedono un ricovero in rianimazione sono varie e possono verificarsi a tutte le età, interessando spesso pazienti cronici, ma talvolta anche pazienti in fase acuta, traumatizzati, oppure sottoposti a vari interventi chirurgici.

Il ricovero in rianimazione è necessario quando le funzioni vitali di una persona diventano insufficienti al mantenimento autonomo della vita della persona stessa. Il paziente di una rianimazione è definito critico ed instabile, poiché presenta un elevato rischio di mortalità a causa di eventi non sempre prevedibili.

La rianimazione è spesso un luogo di grande stress emotivo e psicologico per pazienti, familiari ed operatori che vi lavorano<sup>5</sup>.

L'impatto assistenziale con questo tipo di paziente è impegnativo e difficile, proprio per la situazione in cui si trova sotto l'aspetto fisiopatologico, ambientale e psicologico. Infatti i pazienti che vi sono ricoverati vivono spesso sentimenti di paura ed angoscia, senso di mutilazione, sensazioni di immobilizzazione, di isolamento. Spesso essi rimangono separati dai loro affetti molte ore al giorno.

D'altro canto i parenti vivono con grande apprensione il momento del ricovero, ben consapevoli dell'instabilità e della criticità della condizione del loro caro ricoverato. Sono molto frequenti episodi di ansia, depressione e sintomi da stress post-traumatico<sup>6,7,8</sup>.

L'imprevedibilità del ricovero, il modo repentino del suo presentarsi, l'incertezza dell'esito terapeutico, costituiscono la base di forti emozioni che devono essere gestite da professionisti formati e con grande esperienza<sup>5</sup>.

L'assistenza infermieristica dovrebbe costituire in quest'area, un processo metodologico per la risoluzione dei problemi in tempi veloci e situazioni incalzanti, riconoscendo i problemi, stabilendo le priorità, governando la situazione, tenendo sempre al centro la persona e la sua famiglia.

L'assistenza in aria critica si caratterizza infatti, per la *criticità*, quale situazione di pericolo di vita che richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori coinvolti; l'*instabilità*, quale situazione in cui possono verificarsi ancora eventi di pericolo di vita non sempre precocemente prevedibili; l'*intensività*, che definisce un processo curativo medico-infermieristico caratterizzato da un costante, continuativo e sistematico impegno assistenziale<sup>3</sup>.

Questi aspetti relativi all'area critica, tendono a focalizzare l'attenzione del personale medico e infermieristico sul monitoraggio e mantenimento attivo delle funzioni vitali dell'assistito, trascurando il fatto che un ricovero in terapia intensiva è un evento critico che coinvolge non solo il paziente, ma tutto il suo nucleo familiare, il quale è costretto a un cambiamento della routine domestica e delle relazioni.

Inoltre, ci si dimentica spesso che fuori dalla porta i familiari aspettano, hanno anche i loro bisogni e possono essere in condizioni di grande disagio. Il cambiamento in alcuni casi è positivo perché aumenta l'unità familiare e porta i componenti della famiglia ad una crescita personale, in altri provoca effetti disgreganti e di conflittualità<sup>9</sup>.

L'infermiere, e tutta l'équipe, devono considerare che il paziente prima di trovarsi ricoverato era un membro attivo di una famiglia, per cui il paziente ed il suo mondo familiare e sociale non possono diventare entità separate a causa della malattia e la terapia intensiva non può essere vissuta come la sede dove si consuma questa separazione. Infatti, in questo settore il rischio di rottura fra il paziente ed il suo mondo aumenta quanto più grave è la malattia e quanto più intense e tecnicizzate sono le cure.

Questa constatazione induce ad un ripensamento e ad una revisione delle modalità di assistenza che aiuti a stabilire un rapporto con i familiari includendoli nel processo di cura e tenendoli in giusta considerazione, in quanto il nucleo familiare è senza dubbio una opportunità assistenziale da preservare e coltivare.

Il familiare entra in gioco come una risorsa che permette il contenimento di fronte ad una situazione dissociativa e l'infermiere ha il compito di potenziare le risorse salva-

guardando la persona, prendendola in carico assieme al suo entourage, anche ai fini di una non vanificazione del processo assistenziale, da una sua possibile disgregazione facilitando la presa di coscienza dell'accaduto. In questo senso l'infermiere è capace di arricchire l'assistenza e rendere unico il suo intervento differenziandosi da quello di altri operatori sanitari.

La relazione di supporto instaurata dall'équipe sanitaria verso il malato e il suo contesto vitale diviene pertanto una priorità nell'ambito del piano di cura e di assistenza e costituisce, soprattutto una sfida per il personale infermieristico, che spesso è chiamato a gestire problemi relazionali molto complessi e a volte poco considerati.

Già nel 1972 negli Stati Uniti Kraven affermava "...se l'infermiere estende il concetto di paziente da quello di un individuo in un letto a quello di un membro attivo di una famiglia, di conseguenza dovrà estendere il suo ruolo assistenziale...il paziente deve essere considerato come un membro attivo di una unità familiare all'interno di una struttura totale. Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come entità separate durante la malattia..."<sup>3</sup>

Questo aspetto infermieristico di stampo olistico, che vede i familiari come legittimi destinatari di assistenza infermieristica, lo si può ritrovare anche nel Codice Deontologico dell'Infermiere all'art. 2, il quale recita: "L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, *alla famiglia* e alla collettività...", per cui prendersi cura dei familiari dei pazienti ricoverati nelle Unità di Terapia Intensiva rientra nelle responsabilità infermieristiche ed è una parte fondamentale del processo di umanizzazione della cura che richiede la disponibilità degli operatori sanitari di identificare e visualizzare i loro bisogni<sup>10</sup>.

La soddisfazione dei familiari dei pazienti è un aspetto che assume grande rilevanza nei processi di accreditamento delle strutture ospedaliere contribuendo a valutare la qualità dell'assistenza offerta dalle istituzioni sanitarie e una parte essenziale di responsabilità nel lavoro degli operatori sanitari delle Unità di Terapia Intensiva.

Negli ultimi anni è stato fondato un movimento, il Family-Centered-Care, per promuovere i pazienti come partner nel processo di cura, ma le condizioni dei pazienti stessi possono precludere o limitare la loro attiva partecipazione. Come risultato di ciò i promotori di questo movimento propongono di considerare la famiglia come una naturale estensione del paziente.

Family-Centered-Care è un modello di assistenza in cui non solo il paziente ma anche la sua famiglia, sono riconosciuti e formalizzati come unità di cura. Quella appena citata è una filosofia di cura che si basa sulla convinzione che i pazienti e le loro famiglie devono partecipare alle decisioni relative alla loro assistenza sanitaria<sup>11</sup>. Lo studio di Mitchell et. Al<sup>12</sup> dimostra che i membri della famiglia dei pazienti critici partecipando al processo di cura dei loro cari, hanno supportato il personale sanitario nell'individualizzazione della cura. Inoltre i membri della famiglia percepivano di contribuire alle cure e all'assistenza e ciò ha migliorato la comunicazione e facilitato la vicinanza fisica ed emotiva con il loro familiare ricoverato. Questo approccio ha con successo coinvolto i familiari nella cura giornaliera del loro parente ricoverato, unendo il paziente, la sua famiglia e gli infermieri nel processo critico di cura.

## **2.1 Rassegna della letteratura disponibile**

Una malattia grave e l'ospedalizzazione sono una forte fonte di stress per i pazienti e per le loro famiglie. I familiari trattati nelle Unità di Terapia Intensiva fanno esperienza di molte emozioni negative, come ad esempio la paura, l'ansia, la frustrazione, l'incertezza, il senso di colpa, la rabbia e l'irritazione. Tutte queste emozioni sono attribuibili a rapida insorgenza della malattia, gravi condizioni del paziente e ospedalizzazione a lungo termine. Lottare contro queste difficili situazioni può portare a conseguenze psichiche indesiderabili, come l'ansia, la depressione o il disturbo post traumatico da stress che rischiano di pregiudicare le relazioni in famiglia e richiedere alcuni cambiamenti di ruolo e adattamenti del nucleo familiare. Gli sforzi del team di medici e infermieri di terapia intensiva si concentrano principalmente sul salvare la vita del paziente e le esigenze dei membri della famiglia vengono spesso trascurate.

Nello studio di Urizzi e Correa<sup>13</sup> molti familiari, riferiscono di non riuscire a trovare una parola specifica per esprimere la situazione dolorosa che stanno vivendo. A causa dell'incertezza della vita che si trovano ad affrontare durante il ricovero, le famiglie spesso presumono che anche il loro futuro sarà pieno di incertezza e insicurezza.

I familiari dei pazienti in terapia intensiva sono a rischio di incorrere in problematiche psicopatologiche, come ansia, depressione e disturbi del sonno, sia durante che dopo la degenza in terapia intensiva del loro caro.

Molti sono gli studi che hanno ricercato e rilevato disturbi di ansia, depressione, e disturbo post traumatico da stress (PTSD). Anderson et al.<sup>14</sup> hanno condotto una ricerca ponendosi tre obiettivi: descrivere la frequenza dei sintomi di ansia e depressione nel tempo; descrivere la frequenza dei sintomi di PTSD a 6 mesi dal reclutamento; esaminare se il ruolo dell'ansia e della depressione nel processo decisionale durante il ricovero è associato a sintomi di PTSD e lutto complicato. I risultati hanno fatto emergere che i sintomi di ansia (42%) sono diminuiti nel periodo di follow up di 6 mesi (15%); la depressione è risultata meno comune dell'ansia sia al momento iniziale (16%) che nel follow up, ma anch'essa è diminuita a 6 mesi dall'arruolamento (6%).

Il PTSD è stato riscontrato solo a 6 mesi di tempo dal reclutamento con un'incidenza del 35%. Tra il 38% dei familiari in lutto, il 46% stava affrontando un lutto complicato.

Questi risultati portano a riflettere sul fatto che gli effetti negativi della degenza in terapia intensiva sulla salute psicologica della famiglia non sono limitati a chi è in lutto, ma possono interessare anche il resto delle persone che hanno avuto un proprio caro ricoverato presso un' Unità di Terapia Intensiva.

Per quanto riguarda il rapporto tra ansia, depressione, il ruolo nel processo decisionale e lo stress post traumatico o lutto complicato non sembra esserci alcuna associazione, anche se questo potrebbe essere risultato del piccolo campione di studio.

Lo screening e un appropriato invio al clinico competente diventano un passo fondamentale nel limitare gli effetti di questa esperienza sul funzionamento fisico, mentale e sociale dei membri della famiglia.

I pazienti hanno bisogno di assistenza dalla loro famiglia durante il loro recupero, ma il trauma e l'angoscia che hanno subito i parenti, li pongono nella situazione di avere anche loro altrettanto bisogno di sostegno. Uno studio rilevante che conferma tale affermazione è quello di Fumis et al.<sup>15</sup> che aveva come obiettivo quello di confrontare l'incidenza di ansia, depressione e PTSD in familiari e pazienti durante il ricovero in terapia intensiva e a 30 e 90 giorni dalla dimissione. Tale studio ha fatto emergere che in tutti e tre i momenti di osservazione del fenomeno, i familiari erano quelli che soffrivano maggiormente dei disturbi sopra citati. Inoltre, i sintomi di ansia, depressione e PTSD persistevano nel corso del tempo nei familiari, mentre diminuivano in modo significativo nell'arco dei 3 mesi nei pazienti. A seguito di tali risultati, il team di ricerca ha concordato con l'ipotesi di altri studi

che sostengono che i familiari conservano più ricordi dell'esperienza in terapia intensiva rispetto ai pazienti, i quali spesso hanno solo un vago ricordo del loro tempo in reparto.

Un altro interessante studio che evidenzia come, al momento del ricovero, le principali reazioni emotive dei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva siano di ansia, paura, incertezza, depressione e nervosismo, è quello condotto da Plaszevska-zywko e Gazda<sup>16</sup>. Da questo studio emerge che tali sentimenti sono meno gravi dal secondo e terzo giorno di ricovero del paziente e che le reazioni correlate all'ansia sono meglio controllate dagli uomini rispetto alle donne, mentre il controllo di rabbia e depressione era paragonabile in entrambi i sessi. Quasi tutti gli intervistati hanno espresso la volontà di visitare il paziente in reparto e ottenere anche informazioni telefoniche sulle sue condizioni di salute, ma le donne hanno manifestato maggiormente l'esigenza di ricevere informazioni ed essere coinvolte nella cura del paziente, insieme ad una elevata espressione di emozioni più forti e negative.

Nello studio di Rusinova et al.<sup>17</sup> risulta che il 78% dei familiari vivono con ansia la situazione e il 54% affronta la depressione. Queste problematiche sembrano ridursi grazie ad un contatto prolungato dei familiari con il personale sanitario e ad una comunicazione chiara ed onesta.

Molte famiglie tra quelle intervistate in questo studio, dichiarano di non avere opportunità di esprimere le loro emozioni, preoccupazioni e non ottengono risposte alle loro domande. Questo potrebbe essere uno spunto di riflessione per un miglioramento della cura e attenzione rivolte alle famiglie.

Nel 2010, la Society of Critical Care Medicine ha suggerito il termine post intensive care syndrome-family (PICS-F), per indicare la costellazione di sintomi vissuta dai membri della famiglia dopo la dimissione dalla terapia intensiva, che si manifesta con ansia, stress acuto, PTSD, depressione e dolore.

Questi effetti psicologici negativi possono persistere per diversi anni dopo la dimissione del paziente, la quale può incidere con il successivo pieno coinvolgimento dei familiari nella cura del paziente stesso.

Nello studio di Jezierska<sup>18</sup> sembra che PICS-F sia più comune tra le donne e i membri più giovani della famiglia e che sia favorito da:

- precedenti episodi di ansia persistente e/o di demoralizzazione,

- precedente storia di depressione o malattia mentale grave
- dall'essere genitore single,
- dall'età del paziente,
- dall'educazione del familiare,
- dalla compresenza di fattori di stress supplementari come un'altra ospedalizzazione.

D'altra parte, il sostegno sociale, un'assistenza attenta del personale sanitario (in particolare una buona comunicazione) sono fattori che riducono le conseguenze psicologiche negative tra i membri della famiglia. I familiari dimostrano meno sintomi di PTSD quando possono parlare delle loro esperienze, quando sentono di ricevere informazioni complete sulla salute del loro caro. Le famiglie dovrebbero avere accesso alle informazioni aggiornate sulla salute del paziente fornite dal personale sanitario in un linguaggio semplice e non ricco di terminologia professionale spesso di difficile comprensione.

Il coinvolgimento della famiglia nelle cure infermieristiche e nel processo decisionale sono essenziali, ma allo stesso tempo un argomento sensibile; pertanto va valutato il grado di coinvolgimento nel trattamento e nel recupero rispettando la giusta distanza scelta dai membri della famiglia. Questo per prevenire lo stress negativo e una ridotta soddisfazione nella cura.

Un ruolo enorme nel ridurre gli effetti psicologici negativi dei familiari in terapia intensiva è racchiuso in una corretta comunicazione tra il personale sanitario e la famiglia. Curtis et al.<sup>19</sup> hanno suggerito il modello VALUE della comunicazione che dovrebbe avvenire tra sanitari e familiari. La sigla VALUE sta a significare: V- (value) il valore del coinvolgimento della famiglia nella discussione; A- (acknowledge) riconoscere le emozioni dei membri della famiglia; L- (Listen) ascoltare; U- (understand) comprendere che il paziente è un essere umano; E- (elicit) suscitare domande da parte dei membri della famiglia.

In generale, gli eventi traumatici provocano emozioni negative. Tuttavia, in alcune persone, queste esperienze possono anche portare a cambiamenti positivi chiamati crescita post-traumatica (PTG), come ad esempio maggiore apprezzamento delle relazioni interpersonali, più alto livello di empatia. Tali modifiche si basano su misure preventive intraprese dalla persona. Stress emotivo e crescita post-traumatica, in modo indipendente, possono essere la conseguenza dell'esperienza traumatica. Pertanto, lo stress e la comprensione delle reazioni ad esso vissute dalle famiglie dei pazienti ricoverati sono elementi essenziali nel

lavoro dei professionisti sanitari e in particolare degli infermieri che vivono tutto questo in prima linea.

Negli ultimi vent'anni, i medici e gli infermieri delle unità di terapia Intensiva hanno creato il concetto di Family-centered-care, grazie al quale grande attenzione viene data a soddisfare le esigenze informative ed emotive dei membri della famiglia. Uno degli obiettivi del family-centered-care è quello di ridurre il rischio di reazioni allo stress dovuto all'esperienza traumatica del ricovero in terapia intensiva.

La possibilità che il PTSD si possa sviluppare nei familiari dei pazienti in terapia intensiva è di particolare interesse. Per questo motivo molti sono gli strumenti che sono stati sviluppati per identificare o sintomi di PTSD o di reazioni associate ad alto rischio di PTSD.

Conoscere i fattori associati al rischio di PTSD sarebbe utile per la progettazione di strategie in grado di proteggere le famiglie contro lo sviluppo di morbidità legate allo stress. Numerosi studi hanno dimostrato che sono necessari miglioramenti per quanto riguarda le interazioni con i familiari dei pazienti in terapia intensiva.

Il sostegno ai familiari che soffrono di reazione da PTSD richiede attenzione. Azoulay et al.<sup>20</sup> dalle ricerche effettuate hanno scoperto che solo il 25% dei membri della famiglia con reazione da PTSD ricevevano cure mediche. A seguito del loro studio, sono arrivati a concludere che reazioni di stress post-traumatico coerente con un elevato rischio di PTSD è comune nei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva 3 mesi dopo l'esperienza del ricovero stesso e che i familiari dei pazienti deceduti sono a rischio più elevato. Ulteriori studi sono necessari per valutare il tasso di insorgenza di PTSD nei familiari, la fattibilità e l'utilità di screening precoci, possibilmente realizzati dal personale della terapia intensiva al termine della degenza in reparto, e il livello e le caratteristiche qualitative delle famiglie che deve precedere l'invito a partecipare nel processo decisionale.

Appare importante citare anche un'altra problematica relativa ai familiari che è stata indagata in vari studi<sup>21,22</sup>; ovvero disturbi relativi alla qualità del sonno, fino alla privazione dello stesso, che possono portare ad una compromissione dello svolgimento delle attività quotidiane e possono giocare un ruolo nell'insorgenza della precedentemente citata PICS-F.



Verceles et al.<sup>21</sup> afferma che sonnolenza non solo si traduce in stanchezza, ma può compromettere la capacità di eseguire in modo efficiente ed efficace le proprie responsabilità quotidiane di lavoro o piacere. Inoltre, può portare a una diminuzione della vigilanza, a una ridotta capacità di attenzione e alla mancanza di vigilanza.

Tenuto conto delle responsabilità che i familiari dei pazienti in terapia intensiva hanno come decisori surrogati, questa potenziale compromissione funzionale e cognitiva combinata allo stress di avere una persona cara ricoverata in un reparto critico, può avere un enorme impatto negativo sulla funzionalità di tutta la famiglia.

Proprio nel suo studio, Verceles et al.<sup>21</sup>, ha scoperto che l'eccessiva sonnolenza diurna è comune tra i membri della famiglia del paziente critico. Oltre la metà delle persone (50.2%) ha riferito tale problema dimostrando una sonnolenza paragonabile ai pazienti con apnea ostruttiva del sonno.

La diminuzione della qualità della vita, dovuta a privazione del sonno, ha interessato la produttività generale, che comprende la concentrazione, il portare a termine le faccende quotidiane, il lavoro e il mantenimento di conversazioni telefoniche.

I risultati ottenuti in questo studio hanno supportato ulteriormente la teoria che la privazione del sonno può giocare un ruolo nello sviluppo della PICS-F.

Day et al.<sup>22</sup> in un altro studio, che si è posto l'obiettivo di comprendere la qualità del sonno, i livelli di fatica e ansia e i fattori che non conciliano il sonno nei familiari dei pazienti in terapia intensiva, ha scoperto che più del 65% degli intervistati ha difficoltà a dormire e che il 43,5% di essi ha una qualità del sonno insufficiente per la capacità di eseguire e portare a termine le attività di vita quotidiana.

La privazione del sonno provoca in questi soggetti conseguenze come una scarsa capacità decisionale e di concentrazione, bassa qualità della vita, alti livelli di emozioni negative, difficoltà a provvedere ai bisogni di assistenza sanitaria del paziente dopo la dimissione. Tutte problematiche che saranno aggravate quando queste persone si troveranno ad essere caregiver a tempo pieno per il proprio caro.

Quando si manifesta un problema di salute che richiede cure di tipo intensivo, il bisogno di informazione e di supporto comunicativo e relazionale espresso dai familiari del malato diviene una priorità assistenziale che accompagna l'intero percorso clinico.

A tale proposito la letteratura scientifica ha dedicato sempre maggior spazio alla misura della soddisfazione dei familiari, individuando e descrivendo le principali necessità espresse dal nucleo familiare di pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva.

I repentini cambiamenti nella dinamica di vita del malato e dei suoi familiari, come è stato precedentemente dimostrato, determinano la necessità di fronteggiare situazioni del tutto nuove e cariche di ansia.

Il ruolo dell'infermiere dell'unità di Terapia Intensiva è complesso. Lavora in una zona ad alta tecnologia e di cambiamenti critici delle funzioni vitali, per questo deve sviluppare competenze differenziate. In queste unità i professionisti non solo affrontano situazioni di grave malattia e di morte, ma vengono a contatto con l'incertezza e l'angoscia dei familiari. Gli infermieri devono essere a conoscenza delle esigenze dei membri della famiglia e delle loro aspettative in modo che le strategie di sostegno efficaci possano essere implementate e la soddisfazione della famiglia massimizzata.<sup>23,24,25,26,27,28</sup>

Gli infermieri possono agire da facilitatori per la corretta comprensione delle informazioni mediche che permettono ai familiari di raggiungere una maggiore consapevolezza della prognosi del paziente, ed essere in grado di affrontare decisioni importanti circa il suo trattamento. Inoltre, gli infermieri possono fornire efficace ed immediato supporto psicologico alla famiglia, perché essa ha poco controllo sulle condizioni del paziente durante i primi giorni di ricovero. Tuttavia le esigenze dei membri della famiglia sono spesso trascurate dagli infermieri perché cercano prima di soddisfare le necessità immediate dei pazienti.

Le percezioni e le esigenze familiari di pazienti in condizioni critiche sono state affrontate in diversi studi di ricerca<sup>29,30,31,32</sup>. Maxwell et al.<sup>33</sup> ha condotto uno studio per esplorare le percezioni dei familiari e degli infermieri circa le esigenze dei familiari di pazienti gravemente malati. I risultati hanno suggerito che le esigenze più importanti dei familiari possono essere soddisfatte attraverso la sicurezza, la vicinanza, le informazioni, il supporto e il conforto. Tuttavia, gli infermieri consideravano le esigenze dei familiari come meno importanti rispetto a quelle dei pazienti.

Nei numerosi studi che negli ultimi trent'anni hanno descritto quali sono i bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in un reparto di Terapia Intensiva, i quesiti di ricerca che vengono posti sono relativi a quali bisogni sono percepiti più importanti dai familiari;

quali bisogni dei familiari sono percepiti come più importanti dagli infermieri; se ci sono differenze fra i bisogni più importanti per i familiari e la percezione dei bisogni dei familiari da parte degli infermieri; se ci sono differenze fra la percezione dei familiari in base alla criticità della situazione del contesto, dei legami di parentela; se ci sono differenze di percezione dei bisogni da parte degli infermieri in relazione al tempo d'impiego in terapia intensiva, in relazione ai diversi tipi di terapia intensiva; infine, ci si è chiesti come e da chi vengono soddisfatti i bisogni dei familiari.

La maggior parte di questi studi ha utilizzato quale strumento per la rilevazione dei dati il Critical care Family Needs Inventory (CCFNI), creato nel 1983 da Molter e Leske. Questo strumento contiene un elenco di 45 voci di possibili bisogni dei familiari, di un paziente ricoverato in un'unità di Terapia Intensiva, alle quali viene chiesto al familiare di attribuire un valore di importanza. Le voci rispondono a diverse categorie di bisogni, quali: bisogni legati alle visite al paziente (es. avere orari di visita flessibili), bisogni di supporto psicologico e rassicurazione per il familiare (es. avere qualcuno con cui parlare per esprimere quello che si prova e anche poter piangere), bisogni di informazione (es. ricevere informazioni quotidianamente), bisogni di comfort (es. avere una sala d'aspetto vicina e confortevole). Lo strumento è stato validato da diversi studi<sup>34</sup>, utilizzato in diversi contesti e tradotto in varie lingue, divenendo anche lo strumento di ricerca di uno studio effettuato a livello italiano, in Trentino, dal gruppo di ricerca dell'ANIARTI<sup>35</sup>.

Nel confrontare questi studi<sup>35,36,37,38,39,40</sup> appare molto comune la percezione dei bisogni da parte dei familiari intervistati in vari contesti di terapia Intensiva. I bisogni prioritari emersi in quasi tutti gli studi sono: essere rassicurati che vengano fornite le migliori cure possibili; ricevere risposte oneste; essere rassicurati di essere chiamati a casa riguardo a cambiamenti nelle condizioni del paziente; conoscere la prognosi; ricevere informazioni quotidianamente; ricevere informazioni in termini comprensibili; sentire che c'è speranza; sapere in cosa sta migliorando il paziente.

Da qui si può notare come i familiari individuano come più importanti i bisogni di informazione e sollievo dall'ansia nel ricevere informazioni, non richiedono soddisfazione di bisogni personali, né prioritari sono ritenuti i bisogni di stare vicino al paziente.

Nell'analizzare i vari studi che confrontano le percezioni dei familiari con quelle degli infermieri emergono risultati discordanti. In alcuni emerge buona capacità degli in-

infermieri di percepire quali sono i bisogni più importanti dei familiari di un paziente critico. Sia negli studi di Kleinpell and Powers<sup>39</sup> e Magotti, Saiani, Drigo<sup>35</sup> emerge una buona coincidenza tra le percezioni dei familiari e quelle degli infermieri rispetto ai bisogni ritenuti più importanti: 8 su 10 coincidono. In altri studi si evince, invece, scarsa capacità degli infermieri nel riconoscere quali siano i bisogni prioritari per i familiari. Nello studio di Forrester<sup>40</sup> su un campione di 92 pazienti e 49 infermieri emergevano differenze statisticamente rilevanti sul livello di importanza dei bisogni attribuito dai familiari e dagli infermieri nel 50% dei bisogni analizzati.

Tenendo come riferimento lo studio di Magotti et al.<sup>35</sup> gli infermieri tendono a sottostimare i seguenti bisogni dei familiari: avere una figura di riferimento da contattare quando non si è in reparto; sentirsi sicuri che il paziente sta ricevendo le migliori cure possibili; sapere in che cosa sta migliorando il paziente.

Viene quindi tendenzialmente sottostimata la necessità dei familiari di ricevere informazioni frequentemente, in modo da essere sollevati dall'ansia dell'attesa senza sapere che cosa sta succedendo al proprio caro.

Gli infermieri tendono invece a sovrastimare bisogni dei familiari quali: ricevere informazioni in termini comprensibili; avere indicazioni su cosa fare al letto del paziente; parlare riguardo alla morte.

Questo risultato può essere spiegato in quanto gli infermieri tendono a sovrastimare i bisogni dei familiari che racchiudono in sé aspetti che gli infermieri stessi vivono come problematici da gestire, come le richieste di chiarimenti da parte dei familiari sulle informazioni ricevute, o affrontare esperienze emotivamente coinvolgenti quali la morte del paziente.

Nello studio Magotti et al.<sup>35</sup>, effettuato in Trentino, emerge una buona soddisfazione dei bisogni ritenuti prioritari dai familiari, parzialmente soddisfatti erano, invece, i bisogni riferiti alla visita al paziente, al supporto psicologico, agli aspetti relativi al comfort.

Un altro studio che indaga i fattori di soddisfazione della famiglia in Terapia Intensiva è quello di Azoulay et al.<sup>41</sup>, nel quale vengono individuati sei predittori di soddisfazione della famiglia: avere informazioni non contraddittorie; conoscere il ruolo specifico di ogni caregiver che si occupa del paziente; avere informazioni in modo personalizzato da un unico medico piuttosto che da più operatori che possono risultare contraddittori tra di loro;

tenere presente che la cura va oltre il trattare il paziente per la malattia acuta; coinvolgere il medico di famiglia nel dare informazioni, in quanto conosce le dinamiche familiari e può essere di supporto; avere un tempo sufficiente per dare informazioni, in modo da consentire alla famiglia di adattarsi allo stress emotivo dato dalla situazione critica.

Infine, si riportano i risultati di uno studio condotto da Simoni et al.<sup>42</sup> nel quale è stato proposto di attuare una visita infermieristica e valutarne l'efficacia per migliorare l'assistenza data ai parenti e soddisfare le loro esigenze di informazione e assistenza. Da tale studio è emerso che ogni familiare voleva ricevere informazioni dal team infermieristico dimostrando di avere bisogno che un infermiere diventasse un punto di riferimento per la famiglia. Le domande che venivano maggiormente poste erano relative all'assistenza, alle condizioni cliniche del paziente e al momento della dimissione. I risultati ottenuti hanno permesso di concludere che attuare visite da parte del personale infermieristico con la famiglia aiuta a rispondere ai bisogni dei parenti, riducendone l'ansia.

Un altro importante dato da prendere in considerazione è rappresentato dal tempo di visita che era in media di 8 minuti per famiglia e nonostante il tempo ridotto si sono ottenuti ottimi risultati in termini di soddisfazione. Per questo motivo si può concludere che ciò che conta in realtà non è il tempo che viene speso, ma il modo in cui avviene la comunicazione.

Numerosi sono stati gli studi<sup>43,25,26,29</sup> che hanno cercato di creare linee guida, o strumenti (quali brochure o opuscoli informativi sulla malattia critica, che ne chiariscano la natura, la prognosi, l'impatto che può avere sulla vita e possibili trattamenti alternativi; formando il personale infermieristico ad una migliore comunicazione con le famiglie...), per affrontare le problematiche descritte. Tuttavia lo studio di Cesar e Picogna<sup>1</sup> sembra essere il più adatto in quanto presenta raccomandazioni che potrebbero essere utili nella pratica e fornisce una possibile strategia di azione orientata anche ai bisogni dei familiari. Tale strategia, è rappresentata dalle raccomandazioni proposte, al fine di migliorare e monitorare la qualità dell'assistenza fornita ai familiari dei pazienti critici, e la successiva "validazione" dello strumento presentato, allo scopo di rendere possibile un suo utilizzo nelle realtà locali. Tale strumento verrà descritto più nel dettaglio nel paragrafo 2.4 a ciò dedicato e può essere visionato nell'Allegato A.

## 2.2 Contesto Ulss 19

L'Ulss 19 ha un ambito territoriale di 807,57 kmq costituito dai Comuni di Adria, Ariano nel Polesine, Corbola, Loreo, Papozze, Pettorazza Grimani, Porto Tolle, Porto Viro, Rosolina e Taglio di Po per una popolazione residente di circa 75.000 abitanti.

Le strutture ospedaliere presenti nel territorio dell'Azienda Ulss 19 sono: l'Ospedale “Santa Maria degli Angeli” ad Adria e la Casa di cura “Madonna della Salute” (privata preaccreditata – convenzionata) di Porto Viro.

L'ospedale “Santa Maria degli Angeli” di Adria dispone di 230 posti letto suddivisi tra il Dipartimento di Chirurgia (Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale, Urologia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia, DaySurgery), il Dipartimento di Medicina Riabilitazione e Cure Intermedie (accettazione e pronto soccorso, ambulatori dipartimentali di Cardiologia e Medicina, Cardiologia, Centro Antidiabetico, Lungodegenza, Medicina fisica e riabilitazione, Medicina Interna), il Dipartimento Materno Infantile (Ostetricia e Ginecologia, Pediatria) e il Dipartimento di Salute Mentale (Centro di Salute Mentale, Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, Centro Diurno).

La Rianimazione afferente all'Ospedale “Santa Maria degli Angeli” di Adria è di tipo generale, è caratterizzata da una struttura openspace che consta di 5 posti letto, più 2 box singoli, uno dei quali destinato a pazienti infetti e costituito da una zona filtro per evitare possibili contaminazioni del resto del reparto.

L'orario di visita vigente per i familiari dei pazienti ricoverati va dalle 12.30 alle 13.00 il mattino e dalle 17,30 alle 18,00 il pomeriggio.

Ogni posto letto è attrezzato con tutti i dispositivi necessari per l'assistenza compresi i lavandini che vengono usati dal personale sanitario prima e dopo il contatto con ogni paziente (e in tutte le occasioni prescritte dalle procedure di lavaggio delle mani).

Vi è una postazione centrale costituita quasi interamente di vetrate che permettono all'équipe di avere la visione completa di tutti i posti letto.

Adiacente al reparto si trova una piccola sala d'attesa utilizzata dai familiari per indossare camice e calzari come dispositivi di protezione individuale. Possono entrare nel reparto tutte le persone che vogliono purché una, al massimo due alla volta.

Nel reparto non è presente un locale apposito per i colloqui con i familiari, i quali spesso vengono svolti al letto del paziente o poco distante. I colloqui vengono svolti, si-

stematicamente ogni giorno e al momento dell'ammissione in rianimazione, dal personale medico.

### **2.3 ContestoUlss 12**

L'Ulss 12 ha un ambito territoriale di competenza di 462,4 kmq e comprende i Comuni di Venezia, Cavallino, Treporti, Marcon e Quarto D'Altino e una popolazione residente di circa 308.883 abitanti.

Le strutture ospedaliere del territorio dell'Ulss 12 sono l' "Ospedale dell'Angelo" di Mestre e l' "Ospedale SS. Giovanni e Paolo" di Venezia. Inoltre, ci sono vari ospedali convenzionati come il "Fatebenefratelli", il "San Camillo", l'Ospedale "Villa Salus" e la Casa di cura "Policlinico San Marco".

L' "Ospedale dell'Angelo" dispone di 680 posti letto distribuiti in 350 stanze suddivise tra tutti i dipartimenti presenti (Cardiochirurgia, Chirurgia Toracica, Anestesia e Rianimazione, Radiologia, Pneumologia, Ematologia, Malattie Infettive, 118, Otorinolaringoiatria, Urologia, Radioterapia, Neurochirurgia, Oculistica, Gastroenterologia, Cardiologia, Pediatria, Neurologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia generale, Ostetricia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia Vascolare, Geriatria, Pronto Soccorso, Dermatologia, Medicina, Oncologia, Psichiatria, Terapia Antalgica, Nefrologia, Lungodegenza riabilitativa).

La Rianimazione generale è caratterizzata da 12 box chiusi.

L'orario di visita vigente per i familiari dei pazienti ricoverati va dalle 14.00 alle 20.00 tutti i pomeriggi.

Ogni posto letto è attrezzato con tutti i dispositivi necessari per l'assistenza compresi i lavandini che vengono usati dal personale sanitario prima e dopo il contatto con ogni paziente (e in tutte le occasioni prescritte dalle procedure di lavaggio delle mani).

La rianimazione è disposta lungo un corridoio nel quale su un lato si trovano tutti i box chiusi, dall'altro lato si trovano invece le postazioni degli infermieri che possono così monitorare nel miglior modo possibile i pazienti.

Adiacente al reparto si trova una piccola sala d'attesa utilizzata dai familiari per indossare camice e calzari come dispositivi di protezione individuale. E si possono inoltre

depositare (in appositi armadietti) oggetti personali che non si vogliono o non si possono portare all'interno del reparto.

È stato predisposto un locale per i colloqui con familiari in modo da garantirne la riservatezza. Tali colloqui vengono svolti dal personale medico sistematicamente tutti i giorni; mentre al momento dell'ammissione in reparto viene sempre effettuato un incontro da parte di medici e infermieri a seconda delle relative responsabilità.



## **2. REALIZZAZIONE DELL'INDAGINE**

### **2.1 Scopo dell'indagine**

Questa tesi nasce con lo scopo di indagare quanto viene attuato nelle realtà locali per rispondere alle esigenze dei familiari in Terapia Intensiva e raccogliere il parere del personale infermieristico, che è a diretto contatto con questa realtà. In particolare verrà valutato se alcune raccomandazioni proposte potrebbero essere efficaci o meno nel sostenere i familiari e ridurre la loro ansia e il loro stress di fronte alla difficile situazione di avere un familiare ricoverato in Rianimazione. Le raccomandazioni proposte non vogliono essere valutative del personale o dell'Unità operativa osservata, né hanno scopi e caratteristiche rigorose. Sono invece un contributo volto a promuovere una cultura che guarda anche alle esigenze dei familiari dei pazienti, nonché a diventare la base per uno studio più completo in quest'area della prassi assistenziale.

### **2.2 Disegno dell'indagine**

L'indagine è di tipo osservazionale descrittivo. È stata scelta questa tipologia, in quanto può fornire informazioni per la programmazione delle strutture sanitarie, e può rappresentare una tappa per procedere alla formulazione di ipotesi eziologiche che andranno poi verificate attraverso studi epidemiologici analitici.

### **2.3 Campionamento**

Il campione è di tipo non probabilistico propositivo, ed ha previsto come criteri d'inclusione tutti gli infermieri dei reparti di Terapia Intensiva dell'Ulss 19 e dell'Ulss 12.

Sono state scelte queste due Ulss, in quanto di diversa tipologia relativamente a organizzazione fisica del reparto e politica di visita dei familiari molto più ampia nell'Ulss 12, per cui si è ritenuto che il campione potesse essere così più eterogeneo.

### **2.4 Strumento di misura**

Per la raccolta dati si è scelto di utilizzare un questionario (Allegato A) composto di 44 domande a risposta multipla ed una domanda a risposta aperta. È stato sottoposto agli infermieri delle rianimazioni dell'Ulss 19 e dell'Ulss 12 previa autorizzazione dei direttori dell'unità operativa e dei coordinatori infermieristici di ogni realtà osservata.

Lo strumento utilizzato è composto da due parti: la prima creata appositamente per questa indagine è composta da 4 domande su considerazioni relative alla relazione tra infermieri e familiari; la seconda è stata tratta da uno studio condotto da Cesar e Picogna<sup>1</sup> in 4 centri di rianimazione nel territorio friulano, ed è composta da 9 raccomandazioni suddivise in vari criteri ognuna, per un totale di 41 quesiti a risposta chiusa. Ognuno dei criteri della seconda parte del questionario richiedeva una doppia risposta: una in merito alla presenza o meno del criterio nella rianimazione di appartenenza, una seconda relativa al giudizio personale dell'infermiere rispondente, in merito all'efficacia o meno del criterio.

## **2.5 Attività di raccolta dati**

Sono stati consegnati 31 questionari, tanti quanti sono gli infermieri in servizio presso le Unità coinvolte nello studio (11 ad Adria e 40 a Mestre). I coordinatori infermieristici hanno poi provveduto a far avere i questionari a tutto il personale infermieristico. La consegna, la compilazione e la raccolta degli strumenti di indagine sono avvenute tra luglio e agosto 2015. In questo periodo sono stati svolti numerosi solleciti a compilare il questionario soprattutto nella sede di Mestre, ma si è deciso di non essere presenti durante tale momento per evitare di interferire con i possibili risultati influenzando le risposte.

## **2.6 Analisi dei dati**

Le variabili indagate sono state codificate e inserite su un foglio di lavoro Excell specificatamente progettato per poter confrontare i risultati ottenuti nelle due realtà intervistate e trarne le relative conclusioni.

### 3. RISULTATI

Sono stati raccolti nella rianimazione di Adria un totale di 10 questionari (90,9%), e 30 questionari nella rianimazione di Mestre (75%).

Il campione di Adria è composto da 4 maschi e 6 femmine di età media circa di 46 anni, e con un'esperienza professionale in rianimazione di circa 16 anni. Il campione di Mestre è costituito da 15 maschi e 25 femmine con una età media di 40 anni e con una media di 9 anni di esperienza professionale in rianimazione.

Confrontando i risultati delle due realtà (vedi Allegato B) emerge che alla domanda *“si ritiene che la figura dell'infermiere abbia una relazione di rilievo con i familiari?”*(B4), il 60% (N=6) di Adria contro il 90% (N=27) di Mestre ha risposto SÌ. Alla domanda *“si ritiene utile uno spazio dedicato esclusivamente alla relazione tra familiari e infermiere?”* (B5), il 70% (N=7) di Adria e il 50% (N=15) di Mestre risponde NO.

Alla domanda *“quali potrebbero essere gli ambiti specifici che il personale infermieristico potrebbe trattare in possibili colloqui con i familiari?”* (B6), il 30% (N=6) degli infermieri di Adria mette in risalto gli aspetti educativi a pari merito con gli ambiti assistenziali, il 25% (N=5) ritiene importanti quelli di supporto e il 15% (N=3) quelli orientativi. Per il personale infermieristico di Mestre, invece, appaiono rilevanti per il 33% (N=24) gli aspetti educativi, per il 25% (N=18) quelli assistenziali, e per il 21% (N=15) quelli di supporto e orientativi.

Alla domanda *“quale valore aggiunto che può dare specificatamente l'infermiere nella relazione con i familiari?”* (B7), presso l'Unità operativa di Mestre solo il 50% (N=15) ha espresso un proprio parere e si sono ottenute le seguenti risposte:

- *La sicurezza di un'assistenza adeguata, efficace e sicura e soprattutto il livello di relazione umana che si imposta*
- *Supporto psicologico nel vedere il proprio caro in un ambiente adeguato*
- *Di collaborazione*
- *Supporto emotivo, specificità infermieristica, piano di assistenza, educazione salute*
- *Nessuno*
- *Maggiore empatia, che il ruolo professionale infermieristico possiede, permette di mettersi in rapporto con i familiari ed il paziente in maniera maggiormente effica-*

*ce. Inoltre il tempo a disposizione per parlare- educare il paziente dato all'infermiere è maggiore rispetto al tempo che viene dedicato dal medico.*

- *Assistenziali, educativi, di supporto, orientativi (3 risposte)*
- *Se durante i colloqui con il medico non sono stati compresi subito orari e abitudini di reparto (2 risposte)*
- *Non so (4 risposte)*

Mentre il personale della realtà di Adria (50% N=5) ha risposto alla stessa domanda nei seguenti modi:

- *Comunicazioni più semplici e pratiche*
- *Essere più disponibile nel far comprendere le attività tecnico-assistenziali del reparto*
- *Nessuno poiché si basano soprattutto sull'opinione del medico*
- *Aiutare nel capire quali sono e saranno a casa le procedure assistenziali e come affrontare le possibili problematiche*
- *Nella relazione con i familiari potrebbe aiutare a tradurre i loro bisogni di supporto nei confronti del personale medico e anche relazionali*

Relativamente alla **Raccomandazione 1: “Considerare e coinvolgere i familiari nel processo di cura e promuovere negli operatori una cultura di attenzione e di assistenza ai loro bisogni”**, al primo punto: **“l'Unità operativa dispone di una carta dei valori e/o carta d'impegno dove la centralità dell'assistito, della sua famiglia e l'attenzione verso i loro bisogni fanno parte integrante della vision del servizio”** (1.1), il personale infermieristico di Adria risponde Sì per il 70% (N=7) similmente ai colleghi di Mestre (60% N=18). Tale aspetto viene ritenuto efficace nella misura del 100% (N=10) dal personale infermieristico di Adria, mentre dall'Unità operativa di Mestre solo per il 60% (N=18). Al secondo punto: **“tutti gli operatori hanno ricevuto copia della carta dei valori ed è disponibile nel reparto”** (1.2), nel campione del personale infermieristico di Adria il 50% (N=5) Sì, in quello di Mestre per il 60% (N=18), ritenendo tale punto efficace in entrambe le realtà (Adria 100% N=10; Mestre 60% N=18). Al terzo punto, **“l'Unità operativa dispone e consegna ai familiari un documento che contiene le modalità e le informazioni utili per l'accesso al servizio”** (1.3), la totalità del personale infermieristico

di Adria (100% N=10) afferma di disporne e di consegnarlo, il personale infermieristico di Mestre lo conferma per il 90% (N=27). Entrambe le realtà ritengono tale punto molto efficace (Adria 100% N=10; Mestre 80% N=24).

Per quanto riguarda la **Raccomandazione 2: “Garantire un contatto immediato con i familiari dopo il ricovero del paziente”**, il personale infermieristico di entrambe le realtà sembra diviso (Adria 50% N=5; Mestre 60% N=18) riguardo al fatto che i familiari vengano contattati al massimo 30 minuti dopo il ricovero del paziente, pur ritenendolo in entrambe le realtà (Adria 90% N=9; Mestre 80% N=24) molto efficace. In ogni caso, in entrambe le rianimazioni (Adria 80% N=8; Mestre 100% N=30) vengono raccolti i recapiti telefonici dei familiari entro 24 ore dal ricovero, ma non esiste in nessuna delle due realtà (Adria 80% N=8; Mestre 70% N=21) una procedura alternativa qualora i familiari dell’assistito non siano reperibili. Su quest’ultimo punto: **“l’Unità operativa dispone di una procedura qualora non si riesca a contattare i familiari dell’assistito”** (2.3) il personale infermieristico di entrambe le realtà non è unanime rispetto all’efficacia di questa procedura (Adria 60% N=6; Mestre 40% N=12).

Per quanto riguarda la **Raccomandazione 3: “Assicurare ai familiari un’attività di informazione/comunicazione continua ed efficace”**, in entrambe le realtà (Adria 100% N=10; Mestre 90% N=27) vengono definiti tempi e modi per l’orario di visita ai pazienti. Questi vengono affissi in sale d’attesa e all’ingresso del servizio e vengono rispettati dai familiari in entrambe le realtà (Adria 80% N=8; Mestre 70% N=21). Questo viene ritenuto efficace dalla quasi totalità del campione del personale infermieristico in entrambe le realtà (Adria 100% N=10; Mestre 90% N=27). Le visite dei familiari non vengono registrate in nessuna delle due realtà, però, mentre il personale infermieristico di Adria è diviso sull’efficacia (60% N=6) di questo punto, il personale infermieristico di Mestre concorda sulla non efficacia di questa pratica (100% N=30). L’attenzione alla privacy durante il colloquio con il personale medico sembra essere già radicata nella realtà di Mestre (100% N=30) mentre, ancora non lo è in quella adriese (10% N=1). Entrambi i campioni del personale infermieristico delle due realtà lo ritiene comunque efficace (Adria 100% N=10; Mestre 80% N=24). Tuttavia, mentre l’Unità operativa di Adria (80% N=8) ha stabilito tempi e modi per il colloquio dei familiari con il responsabile medico, l’Unità operativa di Mestre (60% N=18) non lo ha fatto, né tantomeno sembra ritenerlo efficace (60% N=18) al

contrario di Adria (90% N=9) che invece lo ritiene molto efficace. Questo potrebbe essere una conseguenza diretta del fatto che la realtà di Mestre ha già previsto luoghi riservati per questi colloqui e non si presenta la necessità di dover ricavare spazi essendo questi già previsti. Non tutto il personale infermieristico sente la necessità di contattare i familiari qualora questi non siano presenti per più di tre giorni. Il campione è diviso al 50% circa in entrambe le realtà, ma solo il personale infermieristico dell'Unità operativa di Adria sembra ritenerlo efficace (90% N=9).

L'informazione ai parenti in caso di variazione dei parametri clinici del paziente sembra essere una priorità maggiore nella realtà di Adria rispetto a quella di Mestre. Nella prima realtà infatti, la totalità degli infermieri lo ritiene efficace (100% N=10), nella seconda solo il 60% (N=18). In entrambe le realtà non è ben chiaro al personale infermieristico se vi sia materiale informativo sulle principali procedure mediche, diagnostiche ed assistenziali (Adria 50% N=5; Mestre 50% N=15). In entrambe le realtà tutti gli operatori portano il cartellino identificativo sebbene non da tutto il personale infermieristico di Adria (10% N=1), né dal personale infermieristico di Mestre (30% N=9) è ritenuto efficace avere il cartellino identificativo.

Per quanto riguarda la **Raccomandazione 4: “Fornire informazioni tempestive e/o garantire l'accesso al servizio dei familiari in caso di bisogni/necessità improvvise”**, in entrambe le realtà (SÌ 30%) non è ben chiaro se siano state stabilite le modalità per le visite dei familiari al di fuori dell'orario istituzionale. Queste vengono ritenute molto efficaci dalla realtà di Adria (90% N=9), per nulla efficaci dalla realtà di Mestre (30% N=9). Le comunicazioni con i familiari avvengono in orari variabili e con contenuti diversi in entrambe le realtà. Non vi sono indicazioni particolari per le comunicazioni con i familiari in entrambe le realtà non vi è alcuna linea telefonica preferenziale a disposizione dei familiari per contattare il reparto. È opinione comune, comunque, che questo non sia efficace (Adria 60% N=6; Mestre 100% N=30).

Relativamente alla **Raccomandazione 5: “Facilitare le comunicazioni tra familiari e paziente e promuovere la loro partecipazione al processo di cure”**, in entrambe le realtà raccogliere i dati sull'eventuale presenza del caregiver non sembra prioritario (NO: Adria 60% N=6; Mestre 70% N=21). Solamente l'Unità operativa di Adria lo ritiene efficace al 100% (N=10), mentre la rianimazione di Mestre solo per il 30% (N=21). Il per-

sonale infermieristico di entrambe le realtà si avvale di ausili e supporti per la comunicazione affermandolo al 100% e ritenendolo efficace nella stessa misura. In entrambe le realtà il personale infermieristico coinvolge i familiari nel processo di assistenza (Adria 70% N=7; Mestre 80% N=24) e questo viene ritenuto efficace (Adria 100% N=10; Mestre 90% N=27).

Per quanto riguarda la **Raccomandazione 6: “Assicurare la verifica ed il miglioramento della qualità informativa ed il supporto fornito ai familiari”**; in entrambe le realtà non viene sentito come prioritario individuare un referente per la verifica dell’assistenza ai familiari (Adria 0%; Mestre 20% N=6). Mentre per l’Unità operativa di Mestre il parere non è così concorde e viene ritenuto efficace al 50% (N=15), l’Unità operativa di Adria lo riterrebbe molto efficace (100% N=10). Le procedure di controllo relative al grado di soddisfazione dell’assistenza che viene fornita ai familiari sono inesistenti in entrambe le realtà. Anche qui, l’Unità operativa di Mestre lo ritiene efficace al 50% (N=15), mentre il personale infermieristico di Adria lo ritiene molto efficace (90% N=9). Nonostante i processi di accreditamento delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale impongano ad oggi la presenza di percorsi ben strutturati per la relazione con il pubblico e la gestione dei reclami, entrambi i gruppi intervistati non conoscono queste procedure (SÌ: 20%) pur ritenendole più o meno efficaci (Adria 90% N=9; Mestre 50% N=15). L’aspetto della percezione della qualità da parte dei familiari non viene tenuto in considerazione né come diffusione periodica (Adria 90% N=9; Mestre 80% N=24) né come reports annuali sul livello di adesione dei criteri di buona qualità (Adria 70% N=7; Mestre 80% N=24). Entrambe le realtà lo ritengono più o meno efficace (Adria 90% N=9; Mestre 70% N=21), mentre l’Unità operativa di Mestre non ritiene efficace diffondere i risultati (80% N=24).

Relativamente alla **Raccomandazione 7: “Garantire ai familiari un’accoglienza ed un’attesa confortevole”**; in entrambe le realtà operative sono presenti sala di attesa con sedie e servizi igienici adiacenti, ma, per il personale infermieristico dell’Unità operativa di Adria sembra essere un dettaglio sconosciuto nella misura del 40% (N=4) pur ritenendolo tutti efficacissimo (Adria 90% N=9; Mestre 100% N=30). Nelle due Unità operative sembrano essere stati definiti chiaramente quali siano gli oggetti che possono essere introdotti nelle Unità di degenza accanto all’assistito (Adria 50% N=5; Mestre 80% N=24). Comunque anche qui, a dispetto del tempo medio di esperienza professionale in questo reparto,

non tutto il personale sembra esserne ancora a conoscenza, ritenendolo efficace in diversa misura nelle due realtà (Adria 40% N=4; Mestre 60% N=18). L'Unità operativa di entrambe le realtà non sembra essere interessata al luogo di provenienza dei familiari degli assistiti, delegando a questi ultimi la ricerca di un alloggio anche se provenienti da fuori Regione (Adria 100% N=10; Mestre 70% N=21). L'Unità operativa di Adria ritiene questa necessità più efficace (70% N=7) rispetto a quello di Mestre (20% N=6). Nell'Unità operativa di Mestre sono presenti procedure per attivare una mediazione culturale in presenza di familiari e pazienti stranieri (70% N=21), ma l'efficacia non sembra rivelarsi tale al 100% (60% N=18). Mentre nella struttura di Adria, più decentrata e ridotta, il mediatore culturale non viene cercato (60% N=6), ma ritenuto molto efficace (80% N=8). In entrambe le realtà il personale infermieristico presiede alle visite dei familiari assicurando contatto con questi ultimi durante le attese prolungate (Adria 90% N=9; Mestre 80% N=24). È evidente che entrambe le realtà lo ritengono molto efficace (80%).

Per quanto riguarda la **Raccomandazione 8: “Assicurare ai familiari la presenza costante degli operatori sanitari, un supporto psicologico e religioso”**; non è ben chiaro, in entrambe le realtà, di chi sia il compito di gestire i casi difficili (Adria 60% N=6; Mestre 50% N=15). Entrambe le realtà lo riterrebbero comunque efficace (Adria 100% N=10; Mestre 90% N=27). A riprova dei risultati di cui al punto sopra, non sono chiari i percorsi da seguire per contattare chi è deputato alla gestione di quei casi (50%) pur essendo anche questo un punto ritenuto molto efficace (Adria 90% N=9; Mestre 70% N=21). In entrambe le realtà non sembra essere chiaramente distinta una zona deputata all'accoglienza di assistiti in fase terminale e dei loro familiari (Adria 60% N=6; Mestre 30% N=9). Questo tema viene ritenuto molto più efficace nell'Unità operativa di Adria (90% N=9) rispetto a quella di Mestre (50% N=15). Nella realtà adriese l'assistenza religiosa del paziente e dei familiari viene ritenuta efficace (80% N=8) e sembrano esserci percorsi comunemente condivisi per fornirla (60% N=6). Nella rianimazione di Mestre invece, il gruppo infermieristico non condivide totalmente questi percorsi (50% N=15), ma è comunque concorde nel ritenerla non efficace (80% N=24). L'assistenza religiosa al paziente e ai familiari viene comunque attivata repentinamente in entrambe le realtà (Adria 80% N=8; Mestre 100% N=30). Il fatto che questa venga percepita in modo più o meno efficace dovrebbe essere inquadrato nel contesto socio culturale della singola realtà operati-



va. È comunque preponderante la parte di personale che la ritiene efficace in entrambe le rianimazioni (Adria 100% N=10; Mestre 70% N=21). L'assistenza ed il supporto psicologico non vengono invece attivati con la stessa facilità con cui viene attivato il supporto religioso (Adria 40% N=4; Mestre 30% N=9). I pareri sull'efficacia di questo punto sono anche qui discordi sia fra le due Unità operative (Adria 100% N=10; Mestre 50% N=15), sia rispetto all'assistenza religiosa. La rianimazione di Adria lo ritiene importante come l'assistenza religiosa, l'Unità operativa di Mestre lo ritiene meno importante di quella religiosa. Nella rianimazione di Mestre non sono ben chiare le direttive che definiscono la gestione degli spazi: il 50% (N=15) degli infermieri non è a conoscenza che esiste una sala apposita per la preparazione e la veglia della salma, pur ritenendolo molto efficace (80% N=24). Detta sala non è presente nella rianimazione di Adria che comunque ne riterrebbe la presenza efficace (80% N=8).

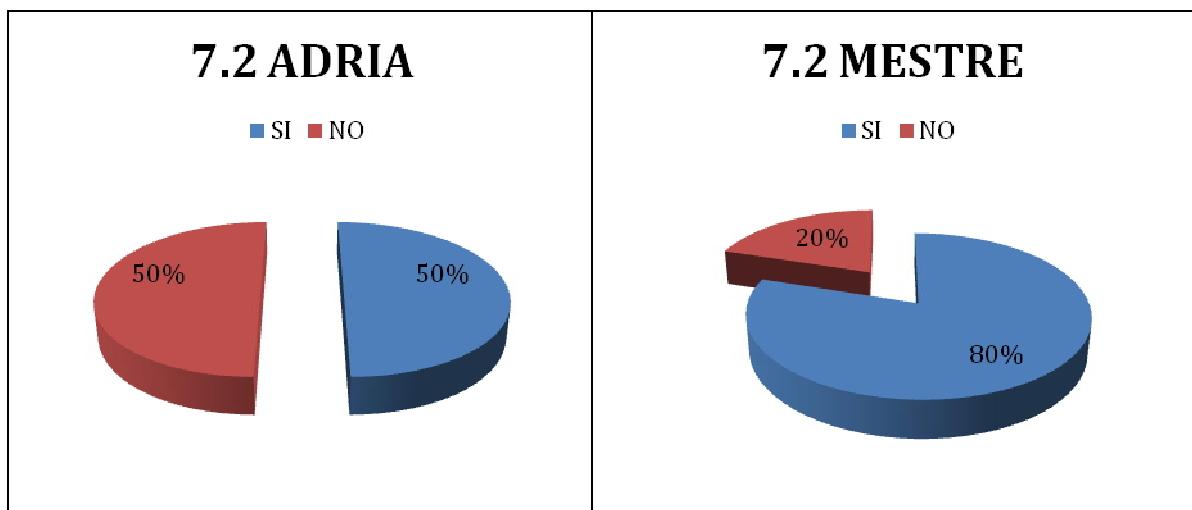
Relativamente alla **Raccomandazione 9: “Assicurare quando possibile la vicinanza del familiare al suo congiunto durante l'esecuzione di manovre invasive e/o procedure specifiche”**; la comunicazione ai familiari viene tenuta in considerazione anche nell'eventualità di procedure invasive che riguardano il loro caro (Adria 70% N=7; Mestre 80% N=24), ovvero tale aspetto viene ritenuto efficace in entrambe le realtà (Adria 80% N=8; Mestre 90% N=27). Nessuna delle due Unità operative dispone di uno strumento a disposizione del familiare per la richiesta di presenziare alle suddette procedure o indagini (Adria 0%; Mestre 20% N=6). Entrambe le rianimazioni non lo ritengono efficace (30%). La presenza del familiare in situazioni critiche o particolari non è prevista in alcuna delle due Unità operative (Adria 0%; Mestre 20% N=6). La rianimazione di Mestre si concorda sulla non efficacia di questo aspetto (70% N=21), mentre la realtà di Adria appare equamente divisa al 50% (N=5).



#### 4. DISCUSSIONE

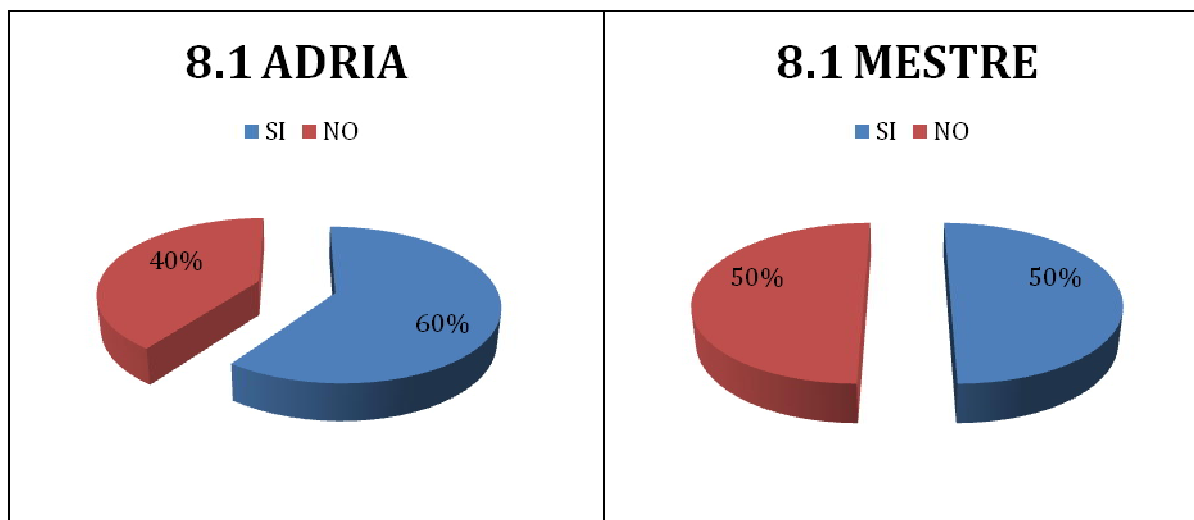
Dall'analisi dei dati raccolti con i questionari nelle due Unità operative di Rianimazione, si possono trarre alcune riflessioni riguardanti innanzitutto la consapevolezza del personale infermieristico riguardo alle procedure, individuate dalle varie Raccomandazioni, che sono presenti all'interno del reparto. I due gruppi intervistati dimostrano scarsa conoscenza di dette procedure ovvero dall'analisi dei pareri espressi emerge una chiara disomogeneità di opinione. Infatti, il campione dimostra di avere pareri discordi su procedure che invece dovrebbero avere come indicazione un'unica risposta. Ad esempio nella Raccomandazione 7 il personale risulta discorde riguardo agli effetti personali che possono essere introdotti nell'unità di degenza. (Fig.1) Questo potrebbe suscitare incomprensioni con i familiari che si troverebbero di fronte a pareri diversi secondo l'infermiere in servizio in quel momento.

**Fig.1** *L'unità operativa ha definito gli oggetti personali e/o affetti che possono essere introdotti nell'unità di degenza accanto all'assistito (foto, simboli religiosi, radio...)*



Il personale infermieristico non è chiaramente a conoscenza di quale sia il loro referente per la gestione dei casi difficili (Fig.2) quindi, in un reparto in cui le situazioni critiche dovrebbero essere gestite nel modo più veloce ed efficace possibile, non c'è una chiara assegnazione dei compiti e di chi sia deputato a prendersene in carico.

**Fig.2** Vi è nel team di cura uno o più infermieri preparati per la gestione dei casi difficili (lutto improvviso, espianto d'organi...)



Pur essendo presente una carta dei valori, non tutto il personale di entrambe le unità operative sembra esserne a conoscenza o averne ricevuto copia; infatti, sia la realtà di Adria (30%) che quella di Mestre (40%) ritengono che tale carta dei valori non esista nella relativa rianimazione.

Un aspetto importante, che dimostra l'attenzione verso i familiari, ed è indice della preoccupazione del personale infermieristico nel coinvolgere la figura del caregiver è rappresentato dal repentino contattare i familiari nel più breve tempo possibile dal momento del ricovero. Questo sembra avvenire in entrambe le rianimazioni a discrezione del personale di turno, non essendo definiti tempi e modi che regolamentano il primo contatto verso i familiari. Dalle risposte ottenute risulta infatti, che nell'Unità operativa di Adria per il 50% e nell'Unità operativa di Mestre per il 40% del personale infermieristico non dà evidenza rispetto al fatto che i familiari siano contattati entro 30 minuti dal ricovero del paziente. Inoltre, il personale infermieristico non dispone di una procedura alternativa qualora non riesca a contattare i familiari nell'immediato.

In entrambe le rianimazioni (50%) non viene messo a disposizione sufficiente materiale informativo sulle principali procedure mediche, diagnostiche e assistenziali, oppure il personale infermieristico non viene adeguatamente informato della presenza di questo materiale, che potrebbe rappresentare uno strumento in più per garantire una corretta informazione ai familiari riducendo la loro ansia ed i loro dubbi.

Nella realtà di Adria figure come il mediatore culturale e lo psicologo entrano in misura minore a far parte del processo di assistenza. Il personale non dispone di procedure per attivare il mediatore culturale o contattare lo psicologo (il 60% del personale non è a conoscenza dell'esistenza di tali procedure). Nella realtà di Mestre invece, la procedura per attivare il mediatore culturale è nota alla maggioranza del personale (70%). La procedura per attivare il servizio di assistenza e supporto psicologico, invece, è qui sconosciuta per il 70% del personale infermieristico. Questa differenza potrebbe essere diretta conseguenza del contesto socio-culturale-geografico delle due realtà.

Un punto che dà adito a riflessioni è rappresentato dal punto 8.5 riguardante il servizio di attivazione dell'assistenza religiosa. Il personale infermieristico risulta nella totalità del campione a conoscenza dei tempi e dei modi da seguire per attivarlo. Questo si scontra con quanto visto poc'anzi riguardo all'assistenza psicologica, dove i tempi e i modi di attivazione sono tutt'altro che noti. Da questo si evince che il servizio di assistenza psicologica non viene visto come prioritario dal personale infermieristico che non è informato su questo aspetto ovvero non ha ancora espresso la necessità di ricevere una corretta formazione su di esso. D'altra parte, questo lo si potrebbe imputare a chi deve formare il personale e non pone l'accento su questo aspetto di supporto ai familiari. Detto questo, sarebbe auspicabile, l'attivazione di corrette procedure per definire i percorsi formativi del personale infermieristico sotto l'aspetto dell'assistenza psicologica, che consenta al personale di acquisire una chiara conoscenza riguardante i modi e i tempi di attivazione dell'assistenza psicologica migliorando le sue capacità di interfacciarsi con la figura dello psicologo. Ciò permetterebbe all'infermiere di potersi avvalere di questa collaborazione nell'ottica di una migliore assistenza verso i familiari.

Per quanto concerne il ritenere che la figura dell'infermiere abbia una relazione di rilievo con i familiari e l'importanza di uno spazio dedicato esclusivamente alla relazione tra familiari e infermiere, in entrambe le realtà non appare unanime la risposta favorevole. Nella realtà di Adria, infatti, solo il 60% del campione ritiene che esista una relazione di rilievo tra infermieri e familiari, e il 70% non ritiene utile uno spazio dedicato esclusivamente alla relazione infermiere-familiare. Nella rianimazione di Mestre, invece, le risposte ottenute sono state per il 90% a favore dell'esistenza di una relazione di rilievo tra infermieri e familiari, mentre solo il 50% del campione ritiene utile uno spazio esclusivo alla

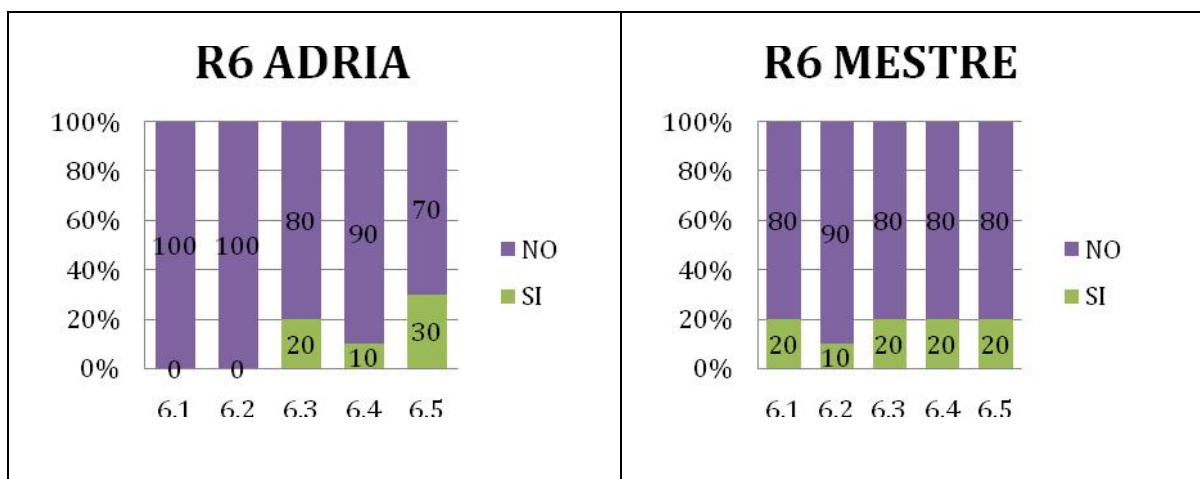
relazione tra infermieri e familiari. Tra le risposte in merito al valore aggiunto che può dare specificatamente l'infermiere nella relazione con i familiari, emerge chiaro il fatto che solo il 50% di entrambe le realtà hanno espresso il proprio parere. Molte delle risposte ottenute sono interessanti ed espressione di una figura professionale che vuole essere sostegno emotivo e psicologico, vuole essere empatica e rispondere alle necessità assistenziali, educative, di supporto e orientative che il familiare esprime. Allo stesso tempo, però, appare significativo sottolineare che tra le risposte ottenute, alcune portano con sé un disagio che si percepisce tra gli infermieri e che viene ben espresso dalla risposta che afferma che l'infermiere non può dare nessun valore aggiunto alla relazione con i familiari, poiché questi ultimi si basano solo sull'opinione del medico. Questo esprime una sensazione di impotenza che potrebbe diventare una spinta al cambiamento, dimostrando che l'infermiere non ha più solo un compito di mera esecuzione di ciò che il medico prescrive, ma porta con sé competenze specifiche che integrano quelle della professione medica.

Un aspetto della gestione del paziente, che ha assunto negli ultimi anni un peso sempre maggiore come quello della privacy, non sembra essere applicato al meglio nella rianimazione di Adria, in quanto i colloqui con i familiari non vengono effettuati in un luogo apposito e riservato. Tale aspetto però, è considerato all'unanimità efficace da tutto il personale infermieristico di suddetta realtà. Questo sembrerebbe indicare come il personale infermieristico abbia a cuore questo aspetto della gestione del paziente e sia stato sensibilizzato in tal senso. Al contrario, nell'Unità operativa di Mestre, i colloqui con i familiari avvengono in un ambiente riservato e utilizzato proprio per tale finalità. Questo tuttavia non viene ritenuto efficace dal 20% personale infermieristico dell'Unità operativa di Mestre. Si delineano quindi due aspetti del problema che potrebbero indurre a diverse riflessioni. La mancanza di spazi e la diversa entità delle due infrastrutture potrebbe spiegare perché questo aspetto è sviluppato in una realtà piuttosto che nell'altra. Essendo quella di Adria una realtà più piccola e non costruita appositamente secondo gli ultimi standard qualitativi, si potrebbe pensare che in realtà il fattore limitante sia solamente quello strutturale, poiché tutto il personale avverte come necessario per il familiare uno spazio dedicato alla sua privacy. Nella realtà di Mestre, invece, dove il personale può usufruire di quanto appositamente progettato per garantire questo aspetto del familiare, questi spazi sembrano non essere nemmeno ritenuti molto efficaci dal 20% del campione. Ciò suggerisce che in realtà

non è solo una mancanza di requisiti strutturali a far avvertire questo tema come importante dal personale infermieristico, ma vi siano anche altri aspetti che fanno parte della formazione del personale stesso. Potremmo perciò pensare che, in realtà, l'infermiere durante il suo percorso formativo non viene sensibilizzato verso questo tema.

La raccomandazione 6 (Fig.3), che richiama la necessità di assicurare la verifica ed il miglioramento della qualità informativa ed il supporto fornito ai familiari, in entrambe le realtà non è ben radicata, anche se questo potrebbe aiutare a sostenere l'importanza del tema presentato in questa tesi e a migliorare il soddisfacimento dei bisogni espressi dai familiari. L'assenza di tale aspetto è indice di scarsa autocritica e di scarsa attenzione al miglioramento della propria professione che dovrebbe prevedere dei momenti di verifica di quanto messo in atto per migliorarla in termini di qualità del servizio offerto.

**Fig.3** *Assicurare la verifica ed il miglioramento della qualità informativa ed il supporto fornito ai familiari*



6.1 L'Unità ha individuato il referente per la verifica ed il miglioramento dell'assistenza ai familiari

6.2 Viene rilevato periodicamente il grado di soddisfazione dell'assistenza fornita ai familiari

6.3 L'Unità operativa dispone di una procedura per la gestione dei reclami

6.4 L'Unità assicura la diffusione periodica dei risultati sulla qualità percepita

6.5 Vi è almeno un report annuale sul livello di adesione ai criteri di buona qualità dell'assistenza ai familiari

Per quanto riguarda l'efficacia delle Raccomandazioni proposte, appare evidente come il personale infermieristico di Adria sia molto più concorde nel ritenere importante la presenza di procedure e strutture che regolamentino l'accoglienza dei familiari e l'attenzione al soddisfacimento dei loro bisogni. La realtà di Mestre, invece, risulta più divisa sull'efficacia di dette strutture e procedure, esprimendo il proprio parere favorevole, in particolare, al contatto immediato con i familiari al momento del ricovero del paziente (80%), all'assicurare chiarezza in merito agli orari e alle modalità di visita ai pazienti (90%), al garantire la privacy durante i colloqui (80%), al coinvolgere i familiari nel processo di assistenza (90%), e all'organizzazione interna nella gestione dei casi difficili (90%). Questa differenza potrebbe essere spiegata tenendo conto della diversa realtà delle due strutture in termini di quantità e tipologia di lavoro che le interessano. Mentre dall'analisi dei dati dell'Unità operativa di Mestre si coglie un atteggiamento molto pragmatico nella gestione dell'accoglienza e dei contatti con i familiari, nella realtà adriese tutti gli aspetti sembrano essere considerati molto efficaci sebbene poi non vi sia un riscontro pratico. A riprova di questo, analizzando tutti i dati, si evince che molte delle Raccomandazioni proposte, pur non essendo presenti nelle due Unità operative, sono ritenute efficaci dal personale infermieristico che ne auspicherebbe l'implementazione nelle procedure di reparto. Tuttavia, è da ritenere che questi aspetti non siano ancora stati oggetto di indagini, in quanto apparentemente considerati di secondaria importanza. Il personale infermieristico, nella valorizzazione del proprio ruolo professionale, può diventare il promotore di un'implementazione di questi aspetti legati alla relazione con i familiari dei pazienti ricoverati nelle Unità di Rianimazione.

### **Limiti dell'indagine**

Lo strumento utilizzato per l'indagine osservazionale qui proposta risale ad uno studio condotto nel 2006<sup>1</sup>. I risultati ottenuti, per alcuni aspetti poco soddisfacenti, potrebbero essere spiegati in parte come un limite di questo strumento nella rilevazione di alcune procedure e buone prassi, che tuttora risultano importanti nell'assistenza infermieristica dei pazienti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva.



## 5. CONCLUSIONI

Nel momento dell'accoglienza l'infermiere è un riferimento importante per il familiare: raccoglie le prime informazioni indispensabili, rappresenta una figura di supporto, lo ascolta e, dove è possibile, risolve le prime necessità.

Alla luce di ciò, l'infermiere deve sempre tenere presente che la vicinanza alla persona sofferente e ai suoi familiari, in modo autentico, è parte fondante il suo ruolo professionale.

Tuttavia, almeno nell'ultimo decennio, è stato dato un grosso impulso alla revisione del sistema assistenzialistico e all'organizzazione delle cure verso il paziente. Oggi ogni aspetto della cura al paziente viene preso in considerazione. Aspetti importanti, spesso sottovalutati in passato, sono invece stati oggetto di indagine e hanno portato verso il miglioramento degli standard assistenziali, cercando di massimizzare sempre di più la qualità delle cure offerte.

L'assistenza infermieristica offerta al paziente si fa carico ormai di tutti gli aspetti che lo toccano e lo circondano. Viene preso in considerazione l'essere umano nella sua totalità tenendo conto del suo benessere psico-fisico e ci si muove in ogni direzione utile al raggiungimento ed al ripristino dello stato di salute venuto meno nella persona che soffre. La definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di "salute" è quella di uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

Nel concetto di cura deve essere preso in considerazione quindi, non solo il paziente, ma anche tutto ciò che concorre a garantirgli questo stato di benessere psichico e sociale. Potrebbe sembrare scontato affermare che, come ci si prodiga per aiutare il paziente a recuperare il proprio stato di salute, ci si dovrebbe prodigare anche per fare in modo che tutte le variabili che concorrono al raggiungimento di questo obiettivo vengano prese in considerazione e venga attuato tutto quanto possibile per migliorarle.

Una di queste variabili è rappresentata proprio dalla famiglia. Essa costituisce il contesto in cui si inserisce lo stato di benessere sociale che richiama l'OMS quando parla di "salute". In questo senso, quindi, tutte le figure che si occupano della salute del paziente, dovrebbero tener conto anche delle persone che lo aiuteranno a domicilio. Dovrebbero tener conto di coloro che dovranno farsi carico di interpretare le nozioni impartite

dall'equipe medica e cercare di applicarle al meglio nell'ambiente domestico e di quelle persone che potrebbero concorrere ad alleviare la sofferenza del paziente.

L'infermiere di terapia intensiva, dovrebbe sentire come propria questa mission più di ogni altro infermiere data la criticità della situazione e la gravità dello stato di salute del paziente ricoverato. Qui l'infermiere ha il contatto più stretto con il familiare e ha maggiore opportunità di rassicurarlo dandogli conforto e spiegazioni chiare con un linguaggio semplice. Gli infermieri svolgono un ruolo di mediazione tra la persona assistita e il familiare, diventando un importante interfaccia tra il medico, il paziente e la famiglia. I familiari stabiliscono un rapporto direttamente al letto del loro caro con l'infermiere, il quale deve favorire un clima di fiducia trasmettendo competenza ed umanità.

Tutti i membri di uno staff hanno un ruolo diretto e indiretto nel contribuire a favorire un clima di rispetto e fiducia, ed è importante che tutta l'équipe comprenda che il tempo dedicato ai familiari non è tempo sottratto al processo di cura.

Inoltre, migliorare l'interazione e la comunicazione con la famiglia porta ad un aumento della soddisfazione dei familiari rispetto al trattamento del loro congiunto ed una riduzione dell'ansia, con conseguente migliore comprensione, collaborazione e accettazione.

L'assistenza al familiare diventa quindi il tramite per il raggiungimento dell'obiettivo che vede come protagonista il paziente inserito nel suo contesto familiare. Il giovamento che ne trarranno i familiari stessi sarà comunque tangibile poiché verranno coinvolti nel processo assistenziale sentendosene parte e non sentendosene semplici spettatori.

Dall'analisi dei questionari in questa tesi emerge una situazione con lacune in alcuni aspetti e ci dimostra che, purtroppo, ancora molto deve essere fatto per sensibilizzare gli infermieri verso queste tematiche. Inoltre, sembra che l'infermiere, sempre più oberato di lavoro, non abbia il tempo di occuparsi di queste tematiche anche se sembra ritenerle importanti. In bassa percentuale lo esprime come una esigenza nel proprio aggiornamento professionale e questo è indice di come l'infermiere non percepisca il proprio ruolo professionale capace di farsi carico delle diverse esigenze dei suoi assistiti e della loro famiglia che rimangono ancora purtroppo concetti teorici scarsamente applicati nella pratica clinica.

A conclusione di questa analisi emerge un aspetto di carenza nel miglioramento della professionalità dell'infermiere in questo senso. Da quanto riportato dai gruppi intervisti-

stati si è indotti a pensare che la figura dell'infermiere, ad oggi, sia digiuna di nozioni importanti come quelle identificate nel supporto psicologico agli assistiti. L'infermiere sembra inoltre non conoscere le vie e gli strumenti messi a sua disposizione per proporre i miglioramenti che sente necessari, ovvero chiedere che vengano strutturate delle procedure che possano risolvere i problemi che egli incontra nella propria professione. Inoltre, si riscontra in entrambe le realtà la mancanza di momenti e strumenti appositamente dedicati alla verifica dei miglioramenti raggiunti in tal senso.

In nessuna delle due realtà viene considerata la percezione che il familiare ha delle attenzioni che gli vengono rivolte dando evidenza di come questo aspetto sia ancora sottovalutato. L'infermiere appare in questo contesto come una figura isolata e non parte di un' équipe multiprofessionale. Ne danno conferma le risposte alle domande aperte che sono state raccolte. Ancora oggi l'infermiere ritiene che il suo intervento sia inutile, o poco importante, perché ritiene che l'unico intervento che venga percepito efficace dal familiare sia quello del medico.

Da quanto emerge dall'analisi dei dati, gli infermieri non sono a conoscenza delle strutture e dei processi che regolamentano almeno sulla carta, i rapporti con i familiari e non li applicano tutti allo stesso modo. Questo si ripercuote sull'assistenza ai familiari in maniera negativa perché creano una linea di condotta tutt'altro che univoca generando incomprensioni.

La conclusione più evidente che si può trarre dal lavoro svolto è che l'attenzione verso i familiari dei pazienti ricoverati non è ancora un tema che l'infermiere avverte come di propria competenza. L'infermiere sente di non avere gli strumenti per attuare e verificare il lavoro svolto nei confronti dei familiari perché non sono stati sviluppati percorsi e protocolli che tocchino tutti gli aspetti di questo lato dell'assistenza al paziente. Le raccomandazioni proposte nel questionario suonano addirittura come utopistiche per alcuni intervistati che vivono in realtà dove probabilmente il carico di lavoro cui sono sottoposti lascia poco spazio a questi aspetti che vengono presi in scarsa considerazione perché ritenuti di minor importanza. Da quanto emerso, quindi, volendo proseguire nell'analisi dell'attenzione rivolta verso i familiari si dovrebbe considerare quanto effettivamente l'infermiere consideri importante questo aspetto dell'assistenza e quanto la consideri di propria competenza poiché queste raccomandazioni, seppur datate e mutate da un lavoro

svolto proprio da infermieri, non risultano apparire come processi già noti dagli infermieri intervistati. Questo è indice del fatto che queste raccomandazioni nate più di dieci anni fa, non hanno contribuito alla costruzione di percorsi che dovrebbero invece essere ormai da tempo entrati a far parte delle procedure di reparto, dando riscontro di un deficit nella cultura dell'infermiere che non è ancora stato colmato.

La chiave per il miglioramento potrebbe essere ricercata ancora una volta nel lavoro di gruppo, auspicando che vengano sempre di più attuate realmente le procedure per il miglioramento qualitativo dell'assistenza che, oggi, restano ancora troppo teoriche e pensate e redatte in modo autonomo e disomogeneo dalle diverse realtà per poter concretamente "aprire la porta ai bisogni dei familiari dei pazienti" all'interno di una relazione terapeutica autentica.

## **BIBLIOGRAFIA**

- (1) Cesar D, Picogna M. I familiari dei pazienti ricoverati in un centro di cure intensive: uno strumento per il miglioramento della qualità assistenziale. *ScENARIO* 2006;23(4):5-13.
- (2) Redley B, Beanland C, Botti M. Accompanying critically ill relatives in emergency departments. *J Adv Nurs* 2003 Oct;44(1):88-98.
- (3) Rega ML, Cristofori E, Galletti C, Vellone E, Scelsi SL. Rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza. *ScENARIO* 2006;23(1):16-26.
- (4) Complessità, acuzie, rapidità, perizia, integrazione, brevità di degenza/trattamento nella criticità ed intensività assistenziale. XXII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna Novembre; 2003.
- (5) Bracci ML. Rianimazione Chiusa versus Rianimazione Aperta. *ScENARIO* 2008;25(3):17-25.
- (6) Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010 Feb;76(2):89-90.
- (7) Kross EK, Engelberg RA, Gries CJ, Nielsen EL, Zatzick D, Curtis JR. ICU care associated with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder among family members of patients who die in the ICU. *Chest Journal* 2011;139(4):795-801.
- (8) Kulkarni HS, Kulkarni KR, Mallampalli A, Parkar SR, Karnad DR, Guntupalli KK. Comparison of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms in relatives of ICU patients in an American and an Indian public hospital. *Indian J Crit Care Med* 2011 Jul;15(3):147-156.
- (9) Titler MG, Cohen MZ, Craft MJ. Impact of adult critical care hospitalization: perceptions of patients, spouses, children, and nurses. *Heart Lung* 1991 Mar;20(2):174-182.
- (10) Oliveira LM, Medeiros M, Barbosa MA, Siqueira KM, Oliveira PM, Munari DB. Support group as embracement strategy for relatives of patients in intensive care unit. *Rev Esc Enferm USP* 2010 Jun;44(2):429-436.
- (11) Mitchell M, Chaboyer W, Burmeister E, Foster M. Positive effects of a nursing intervention on family-centered care in adult critical care. *Am J Crit Care* 2009 Nov;18(6):543-52; quiz 553.
- (12) Mitchell ML, Chaboyer W. Family Centred Care--a way to connect patients, families and nurses in critical care: a qualitative study using telephone interviews. *Intensive Crit Care Nurs* 2010 Jun;26(3):154-160.

- (13) Urizzi F, Correa AK. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007 Jul-Aug;15(4):598-604.
- (14) Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008 Nov;23(11):1871-1876.
- (15) Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PLoS One* 2015 Jan 23;10(1):e0115332.
- (16) Płaszewska-Żywko L, Gazda D. Emotional reactions and needs of family members of ICU patients. *Anaesthesiology intensive therapy* 2012;44(3):145-149.
- (17) Rusinova K, Kukal J, Simek J, Cerny V, Depress study working group. Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients' relatives--the depress study. *BMC Psychiatry* 2014 Jan 27;14:21-244X-14-21.
- (18) Jezierska N. Psychological reactions in family members of patients hospitalised in intensive care units. *Anaesthesiol Intensive Ther* 2014 Jan-Mar;46(1):42-45.
- (19) Curtis JR, White DB. Practical guidance for evidence-based ICU family conferences. *Chest* 2008 Oct;134(4):835-843.
- (20) Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2005 May 1;171(9):987-994.
- (21) Verceles AC, Corwin DS, Afshar M, Friedman EB, McCurdy MT, Shanholtz C, et al. Half of the family members of critically ill patients experience excessive daytime sleepiness. *Intensive Care Med* 2014;40(8):1124-1131.
- (22) Day A, Haj-Bakri S, Lubchansky S, Mehta S. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. *Crit Care* 2013;17(3):R91.
- (23) Malliarou M, Gerogianni G, Babatsikou F, Kotrotsiou E, Zyga S. Family perceptions of intensive care unit nurses' roles: a Greek perspective. *Health Psychology Research* 2014;2(1).
- (24) Netzer G, Sullivan DR. Recognizing, naming, and measuring a family intensive care unit syndrome. *Annals of the American Thoracic Society* 2014;11(3):435-441.
- (25) Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit:

American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005. *Crit Care Med* 2007 Feb;35(2):605-622.

(26) Jones C, Backman C, Griffiths RD. Intensive care diaries and relatives' symptoms of posttraumatic stress disorder after critical illness: a pilot study. *Am J Crit Care* 2012 May;21(3):172-176.

(27) Yousefi H, Karami A, Moeini M, Ganji H. Effectiveness of nursing interventions based on family needs on family satisfaction in the neurosurgery intensive care unit. *Iranian journal of nursing and midwifery research* 2012;17(4):296.

(28) Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Intensive Care* 2014;4:37.

(29) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2002;165(4):438-442.

(30) Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review protocol update. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 2014;12(10):14-26.

(31) Siddiqui S, Sheikh F, Kamal R. What families want-an assessment of family expectations in the ICU. *Int Arch Med* 2011;4(21):1-5.

(32) Auerbach SM, Kiesler DJ, Wartella J, Rausch S, Ward KR, Ivatury R. Optimism, satisfaction with needs met, interpersonal perceptions of the healthcare team, and emotional distress in patients' family members during critical care hospitalization. *Am J Crit Care* 2005 May;14(3):202-210.

(33) Maxwell KE, Stuenkel D, Saylor C. Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2007;36(5):367-376.

(34) Burrai F, Sebastiani S, Mergola R. Proprietà psicometriche del Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI): la percezione degli infermieri di terapia intensiva rispetto ai bisogni dei familiari dei pazienti. *Scenario* 2009;26(1):15-19.

(35) Magotti A, Saiani L, Drigo ML. The needs of relatives of patients admitted to intensive care units in the Trentino region. *Assist Inferm Ric* 1999 Jul-Sep;18(3):124-130.

(36) Morgon FH, Guirardello EB. Validacao da escala de razao das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva. *Rev Latino-am Enfermagem* 2004;12(2):198-203.

- (37) Fortunatti P, Felipe C. Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Investigación y Educación en Enfermería* 2014;32(2):306-316.
- (38) Price DM, Forrester DA, Murphy PA, Monaghan JF. Critical care family needs in an urban teaching medical center. *Heart Lung* 1991 Mar;20(2):183-188.
- (39) Kleinpell RM, Powers MJ. Needs of family members of intensive care unit patients. *Applied Nursing Research* 1992;5(1):2-8.
- (40) Forrester DA, Murphy PA, Price DM, Monaghan JF. Critical care family needs: nurse-family member confederate pairs. *Heart Lung* 1990 Nov;19(6):655-661.
- (41) Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, LE GALL J, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2001;163(1):135-139.
- (42) Simoni RCM, Silva, Maria Júlia Paes da. The impact of the visit of nursing on the necessities of the host families of ICU. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2012;46(SPE):65-70.
- (43) Carson SS, Vu M, Danis M, Camhi SL, Scheunemann LP, Cox CE, et al. Development and validation of a printed information brochure for families of chronically critically ill patients. *Crit Care Med* 2012 Jan;40(1):73-78.



# ALLEGATO A



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Sono una studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica. Sto svolgendo la mia Tesi di Laurea sul ruolo dell'infermiere nella relazione con i familiari dei pazienti ricoverati nelle Unità di Rianimazione. Per questo motivo chiedo la Vostra collaborazione per la compilazione di alcune brevi risposte inerenti la modalità di accoglienza dei familiari presso la Vostra Rianimazione, e il Vostro punto di vista in merito ad alcune raccomandazioni per la pratica clinica volte a fornire una possibile strategia di azione orientata anche ai bisogni dei familiari.

Il questionario anonimo è strutturato in 3 parti così distinte:

A. INFORMAZIONI GENERALI E LOGISTICA DI REPARTO

B. COLLOQUI E INFORMAZIONI

C. STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE

La terza parte del questionario è costituita da una serie di raccomandazioni racchiuse in tabelle che richiedono ognuna due risposte: una relativamente alla presenza o meno del criterio nella Vostra Unità di Rianimazione e una rispetto al Vostro parere in merito all'efficacia o meno della raccomandazione proposta.

Grazie ancora per la Vostra collaborazione. Sara Barella.

<input type="radio"/> SESSO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<input type="radio"/> ETÀ	<input type="checkbox"/> ANNI: _____
<input type="radio"/> ESPERIENZA PROFESSIONALE IN RIANIMAZIONE	<input type="checkbox"/> ANNI: _____

## A. INFORMAZIONI GENERALI E LOGISTICA DI REPARTO

### A1. Tipo di rianimazione

- Generale/polivalente
- Post-chirurgica
- Specialistica neurochirurgica
- Altro: \_\_\_\_\_

A2. Numero posti letto della rianimazione: \_\_\_\_\_

### A3. Tipologia delle camere (consentita risposta multipla)

- Camere singole
- Camere a 2 letti
- Struttura open space (unico spazio diviso da paraventi o tendine)
- Altro: \_\_\_\_\_

### A4. Indicare l'orario di visita vigente presso la Vostra rianimazione

## B. COLLOQUI E INFORMAZIONI

### B1. Esiste un locale destinato ai colloqui con la famiglia?

- Sì
- No

### B2. I colloqui tra medico/infermieri e familiari vengono fatti:

- Sistematicamente tutti i giorni
- Solo su richiesta dei familiari
- Altro: \_\_\_\_\_

**B3. All'ammissione in rianimazione viene fatto sistematicamente un incontro con i familiari (per descrivere il reparto, rispondere alle loro domande...)?**

- No, mai
- Sì, da parte degli infermieri
- Sì, da parte dei medici
- Sì, sia da parte degli infermieri che dei medici

**B4. Si ritiene che la figura dell'infermiere abbia una relazione di rilievo con i familiari?**

- Sì
- No

**B5. Si ritiene utile uno spazio dedicato esclusivamente alla relazione tra familiari e infermiere?**

- Sì
- No

**B6. Quali potrebbero essere gli ambiti specifici che il personale infermieristico potrebbe trattare in possibili colloqui con i familiari?**

- Assistenziali
- Educativi
- Di supporto
- Orientativi (rispetto futura dimissione, ausili e/o servizi attivabili a domicilio...)
- Altro: \_\_\_\_\_

**B7. Quale valore aggiunto può dare specificatamente l'infermiere nella relazione con i familiari?**

---



---



---

**C. STRUMENTO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ ASSISTENZIALE**

**● RACCOMANDAZIONE 1**

N.	Considerare e coinvolgere i familiari nel processo di cura e promuovere negli operatori una cultura di attenzione e di assistenza ai loro bisogni			EFFICACE	NON EFFICACE
		SÌ	NO		
1.1	L'Unità operativa dispone di una carta dei valori e/o carta d'impegno dove la centralità dell'assistito, della sua famiglia e l'attenzione verso i loro bisogni fanno parte integrante della vision del servizio				
1.2	Tutti gli operatori hanno ricevuto copia della carta dei valori ed è disponibile nel reparto				
1.3	L'Unità operativa dispone e consegna ai familiari un documento che contiene le modalità e le informazioni utili per l'accesso al servizio				

**● RACCOMANDAZIONE 2**

N.	Garantire un contatto immediato con i familiari dopo il ricovero del paziente			EFFICACE	NON EFFICACE
		SÌ	NO		
2.1	Vi è evidenza che i familiari sono contattati al massimo dopo 30 minuti dal ricovero del paziente				
2.2	Dopo 24 ore dal ricovero vi sono almeno due riferimenti/recapiti telefonici dei familiari (e loro grado di parentela) nella documentazione adottata				
2.3	L'Unità operativa dispone di una procedura qualora non si riesce a contattare i familiari dell'assistito				

**● RACCOMANDAZIONE 3**

N.	Assicurare ai familiari un'attività di informazione/comunicazione continua ed efficace			EFFICACE	NON EFFICACE
		SÌ	NO		
3.1	L'Unità operativa ha delimito tempi e modi per l'orario di visita dei parenti e questo viene affisso nella sala d'attesa e all'ingresso del servizio				
3.2	Vi è evidenza che le visite dei familiari avvengono come previsto				
3.3	La visita periodica dei familiari è documentata su di uno strumento dedicato				
3.4	Il colloquio con i familiari avviene in un luogo riservato in modo da garantire la privacy (stanza dedicata)				

3.5	In caso di bisogno l'Unità operativa ha stabilito tempi e modi per il colloquio dei familiari con il responsabile medico e/o infermieristico			
3.6	In caso di assenza protratta dei parenti (per più di tre giorni) l'Unità operativa si adopera per garantire un contatto con i familiari			
3.7	Sono definite le modalità di informazione ai parenti in caso di improvvisi cambiamenti clinici del paziente			
3.8	L'Unità operativa dispone di materiale informativo sulle principali procedure mediche, diagnostiche ed assistenziali di uso corrente			
3.9	Tutti gli operatori portano il cartellino identificativo			
<b>● RACCOMANDAZIONE 4</b>				
N.	<b>Fornire informazioni tempestive e/o garantire l'accesso al servizio dei familiari in caso di bisogni/accessità improvvise</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NON EFFICACE EFFICACE</b>
4.1	L'Unità operativa ha stabilito i casi e le modalità per le visite dei familiari al di fuori dell'orario istituzionale			
4.2	Sono definiti tempi e modi per le comunicazioni informative telefoniche con i familiari (orari, operatori autorizzati, contenuti trasmissibili...)			
4.3	L'Unità operativa dispone di una linea telefonica preferenziale per le chiamate esterne da parte dei familiari			
<b>● RACCOMANDAZIONE 5</b>				
N.	<b>Facilitare le comunicazioni tra familiari e paziente e promuovere la loro partecipazione al processo di cura</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NON EFFICACE EFFICACE</b>
5.1	L'Unità operativa raccoglie i dati sull'eventuale presenza del care giver			
5.2	Il personale infermieristico promuove la relazione tra assistito e familiari, anche con l'ausilio di supporti per la comunicazione (figure, lavagne, alfabeti...)			
5.3	Il personale infermieristico coinvolge i familiari nel processo di assistenza (ad esempio con l'esecuzione di semplici attività di aiuto)			

**● RACCOMANDAZIONE 6**

N.	<b>Assicurare la verifica ed il miglioramento della qualità informativa ed il supporto fornito ai familiari</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NON EFFICACE EFFICACE</b>
6.1	L'Unità ha individuato il referente per la verifica ed il miglioramento dell'assistenza ai familiari			
6.2	Viene rilevato periodicamente il grado di soddisfazione dell'assistenza fornita ai familiari			
6.3	L'Unità operativa dispone di una procedura per la gestione dei reclami			
6.4	L'Unità assicura la diffusione periodica dei risultati sulla qualità percepita			
6.5	Vi è almeno un report annuale sul livello di adesione ai criteri di buona qualità dell'assistenza ai familiari			

**● RACCOMANDAZIONE 7**

N.	<b>Garantire ai familiari un'accoglienza ed un'attesa confortevole</b>	<b>SÌ</b>	<b>NO</b>	<b>NON EFFICACE EFFICACE</b>
7.1	L'Unità operativa dispone di una sala di attesa provvista di sedie, poltrone, un tavolo, servizio igienico adiacente o in prossimità della sala			
7.2	L'Unità operativa ha definito gli oggetti personali e/o affetti che possono essere introdotti nell'unità di degenza accanto all'assistito (foto, simboli religiosi, radio...)			
7.3	L'Unità operativa dispone della procedura per attivare l'accoglienza e l'alloggio per i familiari degli assistiti provenienti da fuori Regione			
7.4	L'Unità operativa dispone della procedura per attivare il mediatore culturale in presenza di familiari e pazienti stranieri			
7.5	Il personale infermieristico è disponibile durante la visita dei familiari ed assicura, in caso di bisogno, un costante contatto durante le attese prolungate			

● **RACCOMANDAZIONE 8**

N.	Assicurare ai familiari la presenza costante degli operatori sanitari, un supporto psicologico e religioso	SÌ	NO	NON	
				EFFICACE	EFFICACE
8.1	Vi è nel team di cura uno o più infermieri preparati per la gestione dei casi difficili (lutto improvviso, cospanto d'organi...)				
8.2	Sono definiti i casi e le modalità per attivare gli infermieri in caso di bisogno di cui al criterio 8.1				
8.3	L'Unità operativa dispone di un box e/o unità di degenza dedicata agli assistiti in fase terminale, in modo da garantire la presenza dei familiari anche per lunghi periodi				
8.4	L'Unità operativa dispone di una procedura che raccoglie i bisogni e le esigenze di assistenza religiosa del paziente e dei familiari				
8.5	L'Unità operativa attiva, se richiesto, l'assistenza religiosa al paziente e ai familiari				
8.6	L'Unità operativa può, in caso di bisogno, attivare un servizio di assistenza e supporto psicologico				
8.7	L'Unità operativa dispone di una sala per la preparazione e veglia della salma				

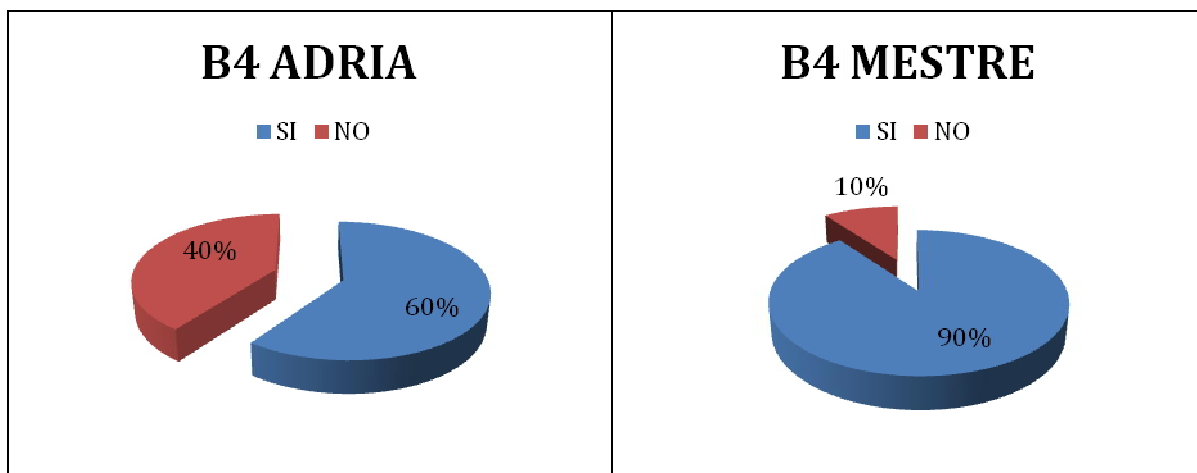
● **RACCOMANDAZIONE 9**

N.	Assicurare quanto possibile la vicinanza del familiare al suo congiunto durante l'esecuzione di manovre invasive e/o procedure specifiche	SÌ	NO	NON	
				EFFICACE	EFFICACE
9.1	I familiari in caso di interventi chirurgici e/o procedure invasive e/o esami diagnostici vengono informati almeno il giorno prima della loro esecuzione				
9.2	L'Unità operativa dispone di uno strumento nel quale viene segnalata la volontà del familiare ad essere presente durante le procedure/manovre o indagini				
9.3	L'Unità operativa ha definito i casi e le modalità per la presenza del familiare in situazioni particolari				

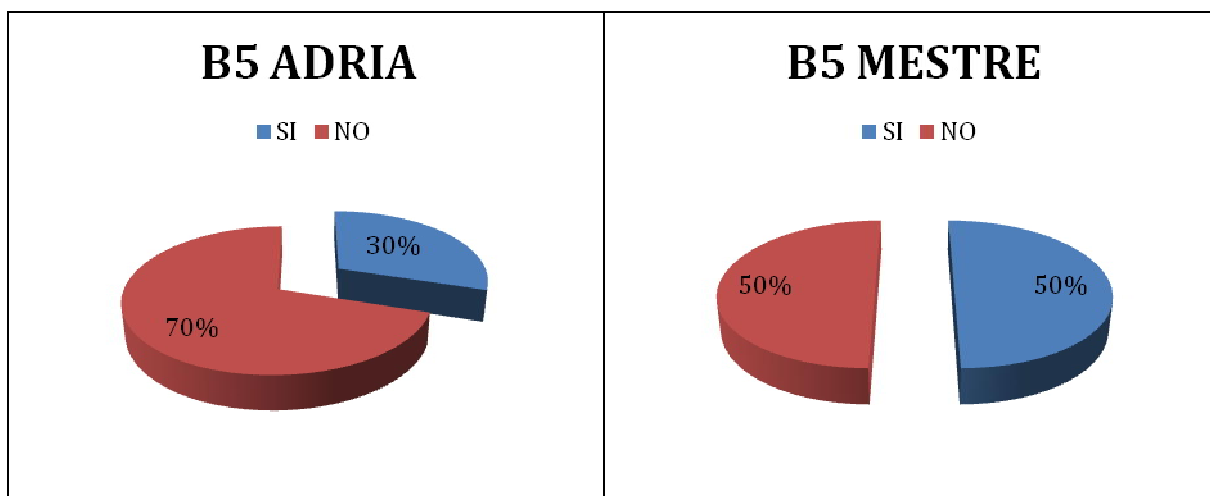
Tratto e modificato da: "I familiari dei pazienti ricoverati in un centro di cure intensive: uno strumento per il miglioramento della qualità assistenziale"; D. Cesar, M. Picogna, 2006.

## ALLEGATO B

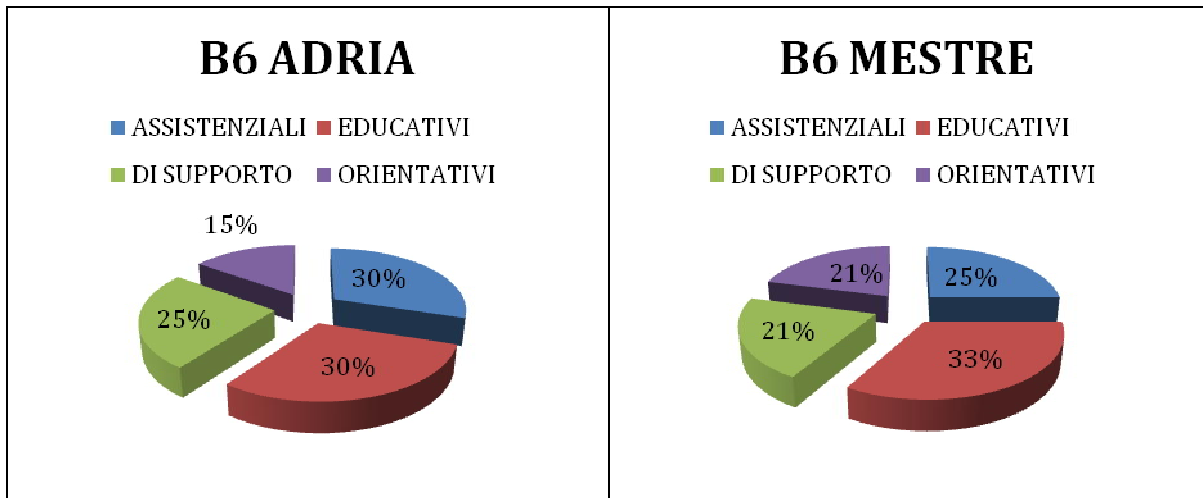
**B4 Si ritiene che la figura dell'infermiere abbia una relazione di rilievo con i familiari?**



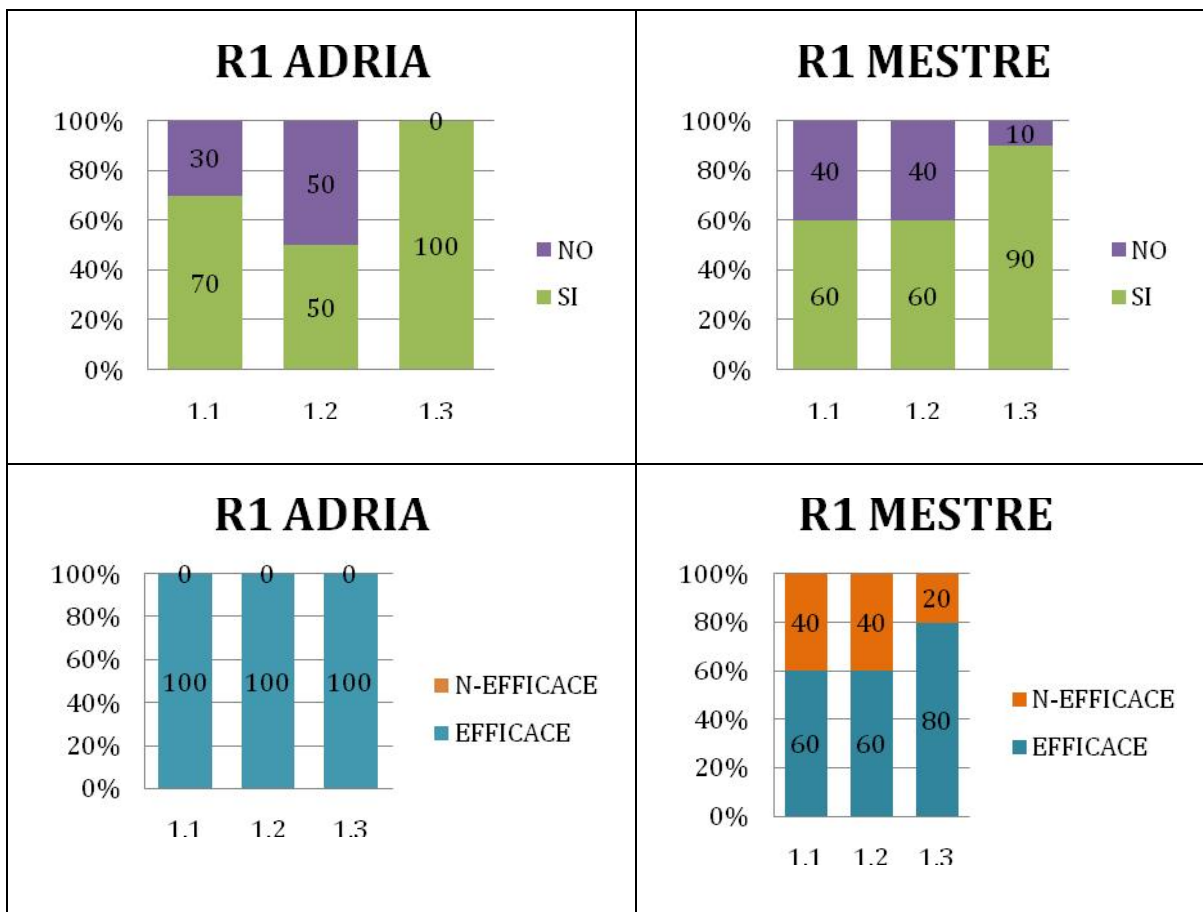
**B5 Si ritiene utile uno spazio dedicato esclusivamente alla relazione tra familiari e infermiere?**



**B6 Quali potrebbero essere gli ambiti specifici che il personale infermieristico potrebbe trattare in possibili colloqui con i familiari?**



**R1 Considerare e coinvolgere i familiari nel processo di cura e promuovere negli operatori una cultura di attenzione e di assistenza ai loro bisogni**

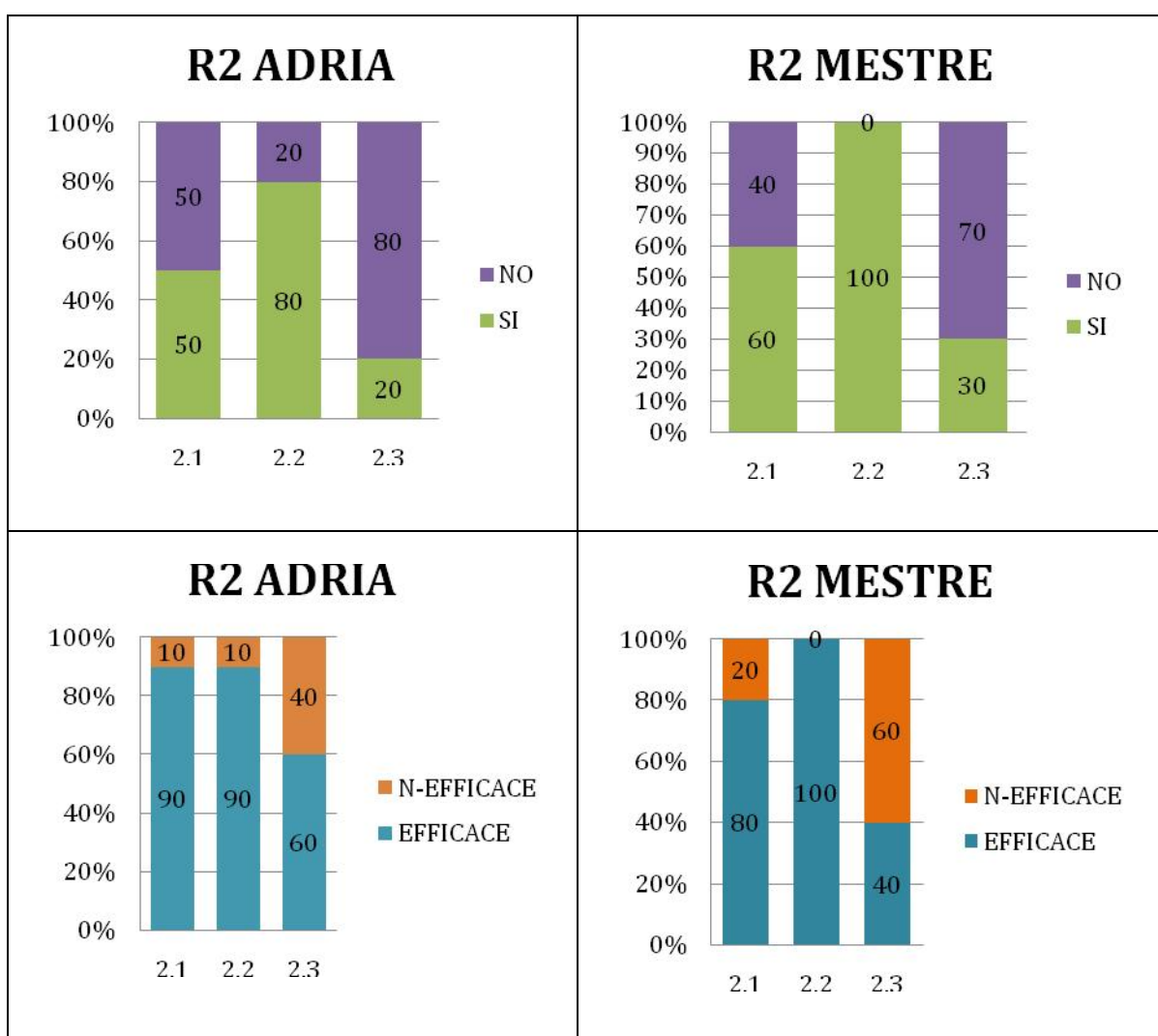


**1.1** L'Unità operativa dispone di una carta dei valori e/o carta d'impegno dove la centralità dell'assistito, della sua famiglia e l'attenzione verso i loro bisogni fanno parte integrante della vision del servizio

**1.2** Tutti gli operatori hanno ricevuto copia della carta dei valori ed è disponibile nel reparto

**1.3** L'Unità operativa dispone e consegna ai familiari un documento che contiene le modalità e le informazioni utili per l'accesso al servizio

**R2 Garantire un contatto immediato con i familiari dopo il ricovero del paziente**



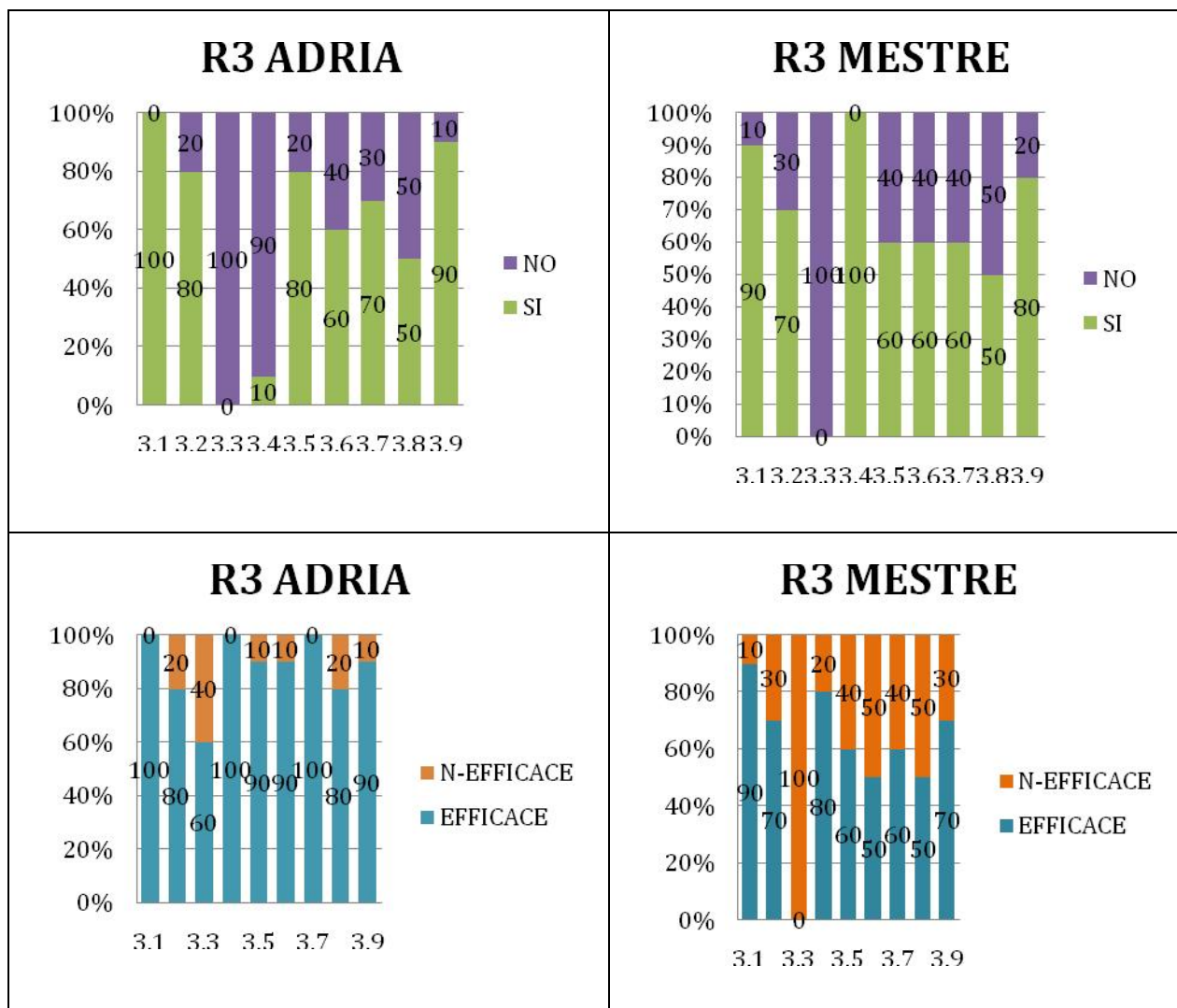
**2.1** Vi è evidenza che i familiari sono contattati al massimo dopo 30 minuti dal ricovero del paziente



**2.2** Dopo 24 ore dal ricovero vi sono almeno due riferimenti/recapiti telefonici dei familiari (e loro grado di parentela) nella documentazione adottata

**2.3** L'Unità operativa dispone di una procedura qualora non si riesca a contattare i familiari dell'assistito

**R3 Assicurare ai familiari un'attività di informazione/comunicazione continua ed efficace**



**3.1** L'Unità operativa ha definito tempi e modi per l'orario di visita dei parenti e questo viene affisso nella sala d'attesa e all'ingresso del servizio

**3.2** Vi è evidenza che le visite dei familiari avvengono come previsto



3.3 La visita periodica dei familiari è documentata su di uno strumento dedicato

3.4 Il colloquio con i familiari avviene in un luogo riservato in modo da garantire la privacy (stanza dedicata)

3.5 In caso di bisogno l'Unità operativa ha stabilito tempi e modi per il colloquio dei familiari con il responsabile medico e/o infermieristico

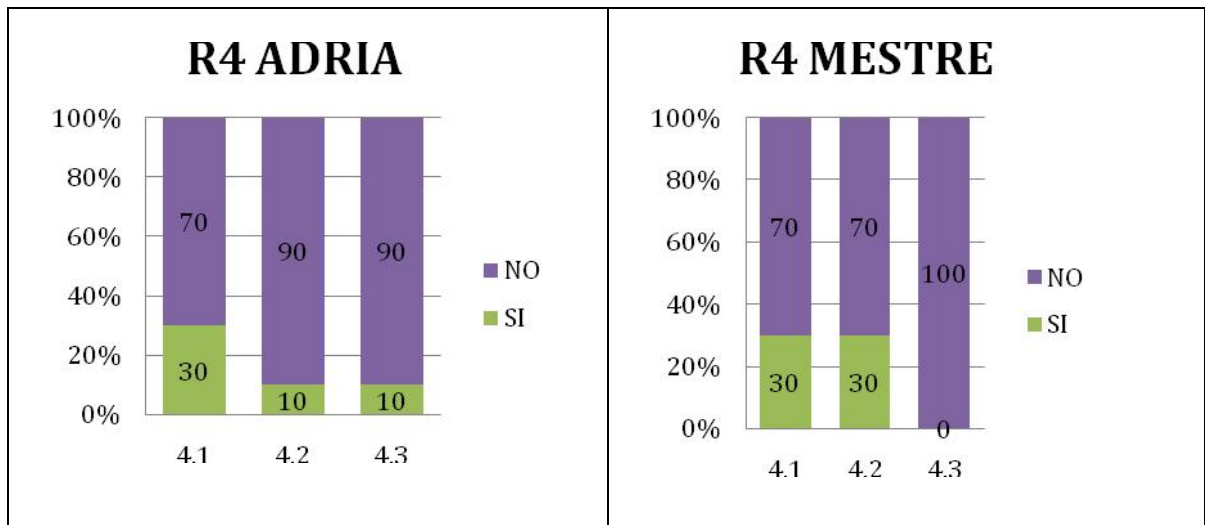
3.6 In caso di assenza protratta dei parenti (per più di tre giorni) l'Unità operativa si adopera per garantire un contatto con i familiari

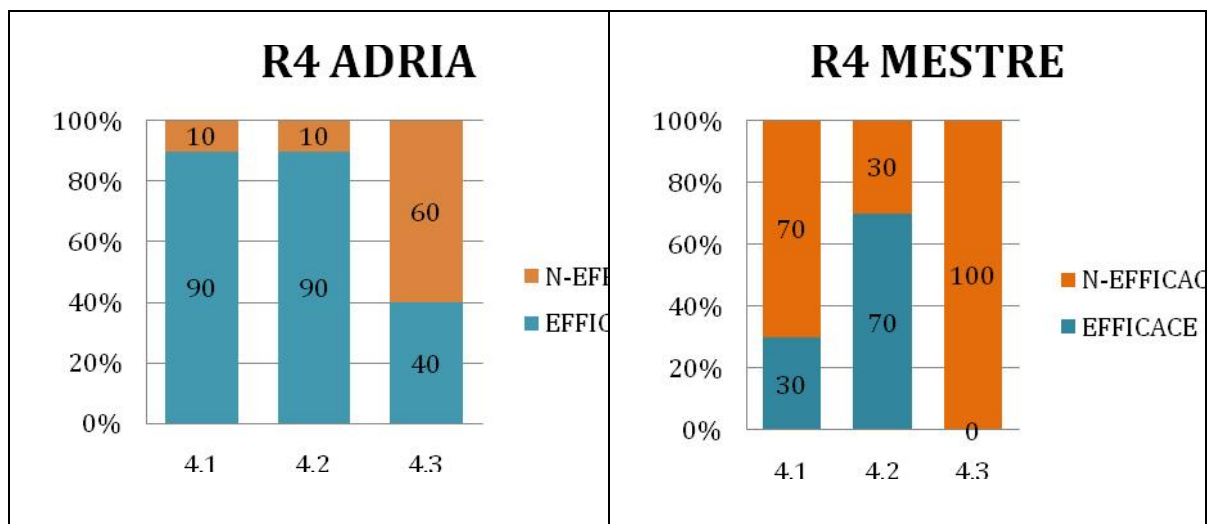
3.7 Sono definite le modalità di informazione ai parenti in caso di improvvisi cambiamenti clinici del paziente

3.8 L'Unità operativa dispone di materiale informativo sulle principali procedure mediche, diagnostiche ed assistenziali di uso corrente

3.9 Tutti gli operatori portano il cartellino identificativo

**R4 Fornire informazioni tempestive e/o garantire l'accesso al servizio dei familiari in caso di bisogni/necessità improvvisi**





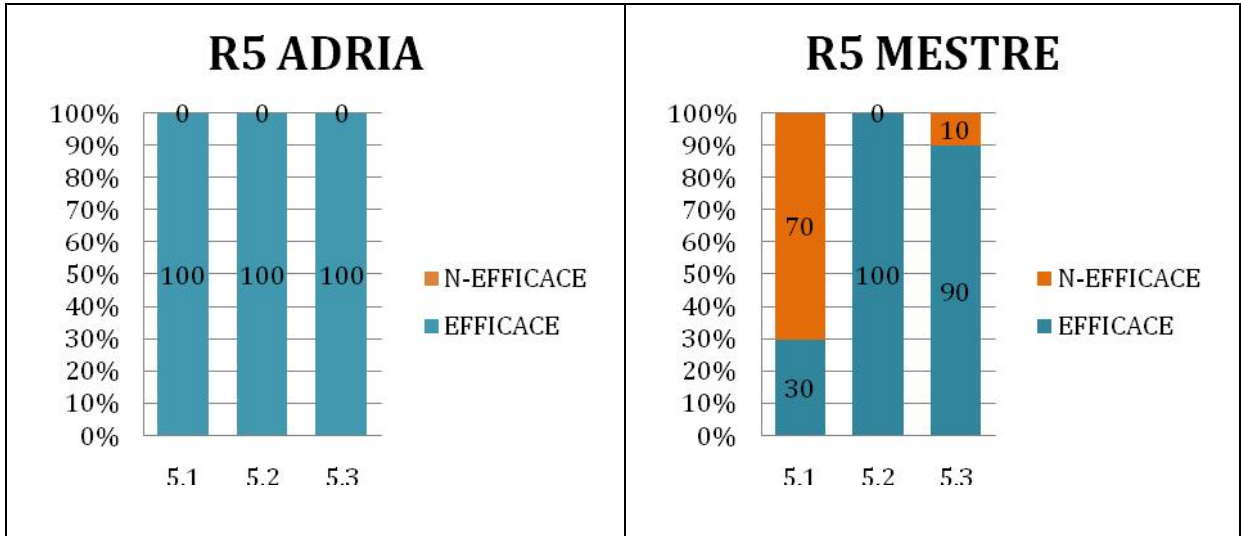
**4.1** L'Unità operativa ha stabilito i casi e le modalità per le visite dei familiari al di fuori dell'orario istituzionale

**4.2** Sono definiti tempi e modi per le comunicazioni informative telefoniche con i familiari (orari, operatori autorizzati, contenuti trasmissibili...)

**4.3** L'Unità operativa dispone di una linea telefonica preferenziale per le chiamate esterne da parte dei familiari

**R5 Facilitare le comunicazioni tra familiari e paziente e promuovere la loro partecipazione al processo di cura**



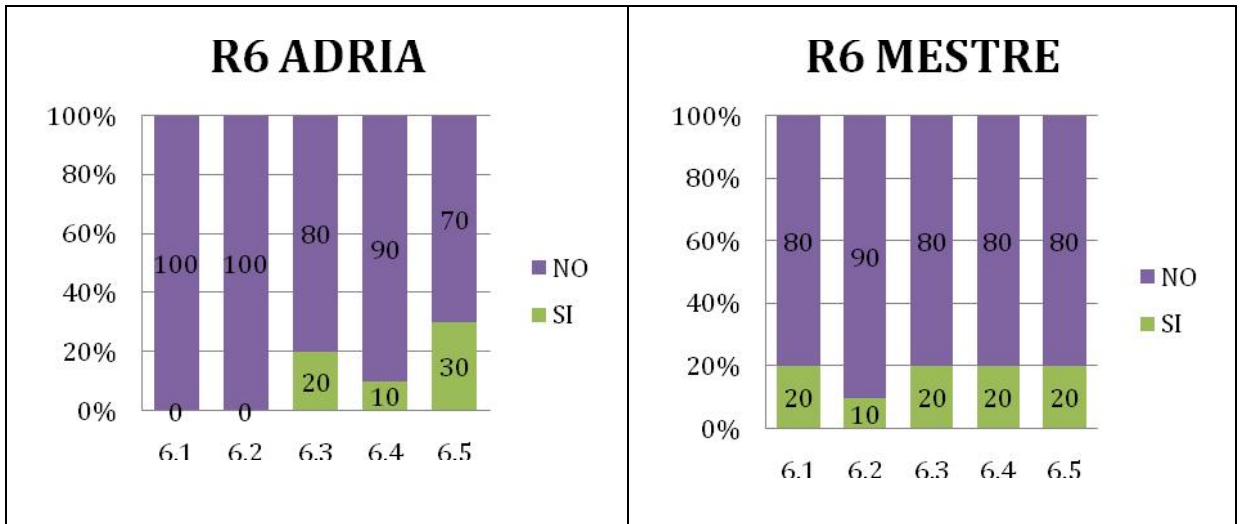


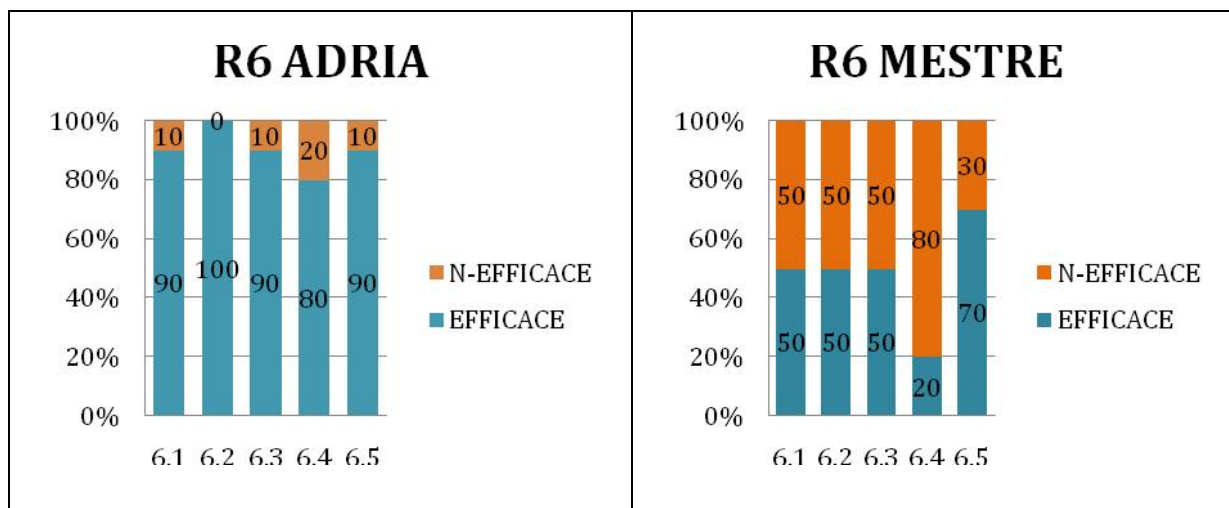
**5.1** L'Unità operativa raccoglie i dati sull'eventuale presenza del care giver

**5.2** Il personale infermieristico promuove la relazione tra assistito e familiari, anche con l'ausilio di supporti per la comunicazione (figure, lavagne, alfabeti...)

**5.3** Il personale infermieristico coinvolge i familiari nel processo di assistenza (ad esempio con l'esecuzione di semplici attività di aiuto)

**R6 Assicurare la verifica ed il miglioramento della qualità informativa ed il supporto fornito ai familiari**





**6.1** L'Unità ha individuato il referente per la verifica ed il miglioramento dell'assistenza ai familiari

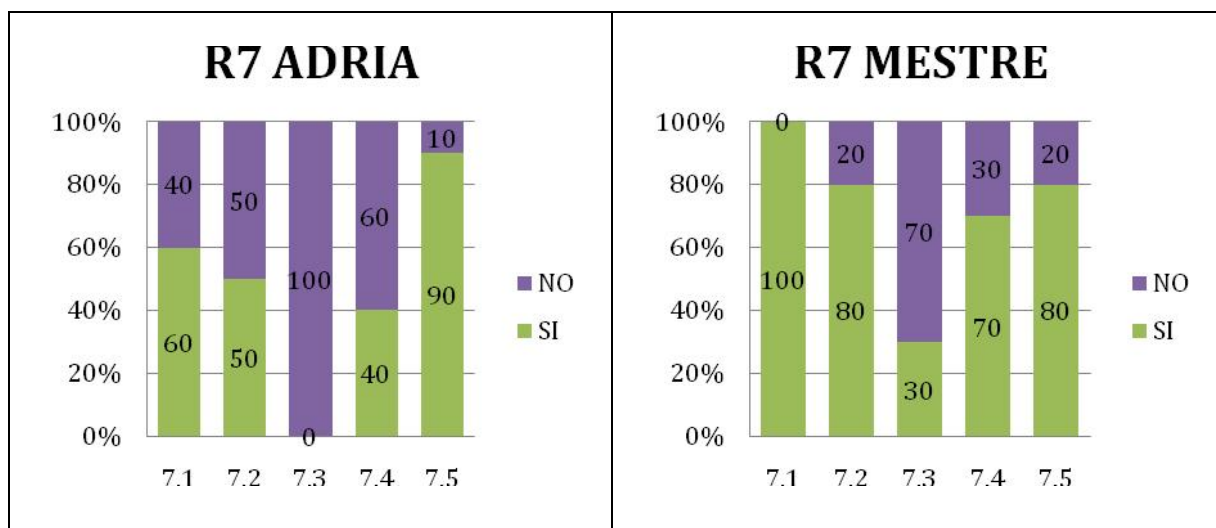
**6.2** Viene rilevato periodicamente il grado di soddisfazione dell'assistenza fornita ai familiari

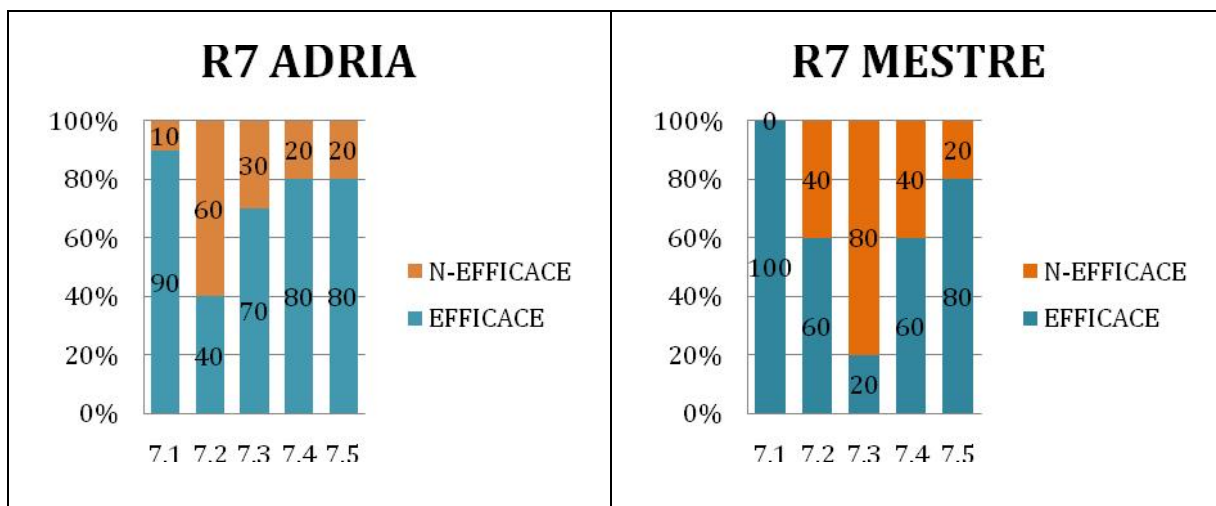
**6.3** L'Unità operativa dispone di una procedura per la gestione dei reclami

**6.4** L'Unità assicura la diffusione periodica dei risultati sulla qualità percepita

**6.5** Vi è almeno un report annuale sul livello di adesione ai criteri di buona qualità dell'assistenza ai familiari

**R7 Garantire ai familiari un'accoglienza ed un'attesa confortevole**





**7.1** L'Unità operativa dispone di una sala di attesa provvista di sedie, poltrone, un tavolo, servizio igienico adiacente o in prossimità della sala

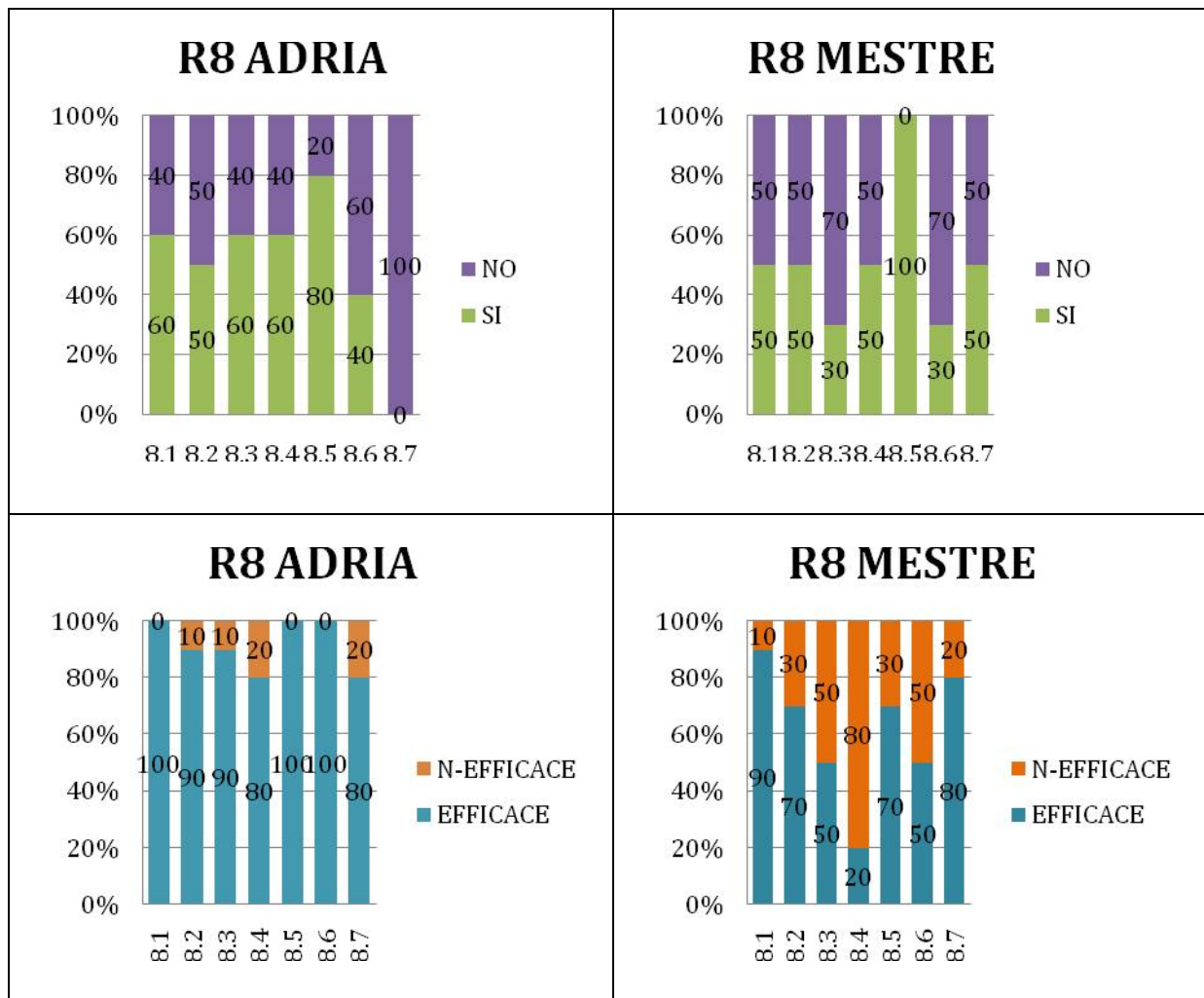
**7.2** L'Unità operativa ha definito gli oggetti personali e/o affetti che possono essere introdotti nell'unità di degenza accanto all'assistito (foto, simboli religiosi, radio...)

**7.3** L'Unità operativa dispone della procedura per attivare l'accoglienza e l'alloggio per i familiari degli assistiti provenienti da fuori Regione

**7.4** L'Unità operativa dispone della procedura per attivare il mediatore culturale in presenza di familiari e pazienti stranieri

**7.5** Il personale infermieristico è disponibile durante la visita dei familiari ed assicurano, in caso di bisogno, un costante contatto durante le attese prolungate

**R8 Assicurare ai familiari la presenza costante degli operatori sanitari, un supporto psicologico e religioso**



**8.1** Vi è nel team di cura uno o più infermieri preparati per la gestione dei casi difficili (lutto improvviso, espianto d'organi...)

**8.2** Sono definiti i casi e le modalità per attivare gli infermieri in caso di bisogno di cui al criterio 8.1

**8.3** L'Unità operativa dispone di un box e/o unità di degenza dedicata agli assistiti in fase terminale, in modo da garantire la presenza dei familiari anche per lunghi periodi

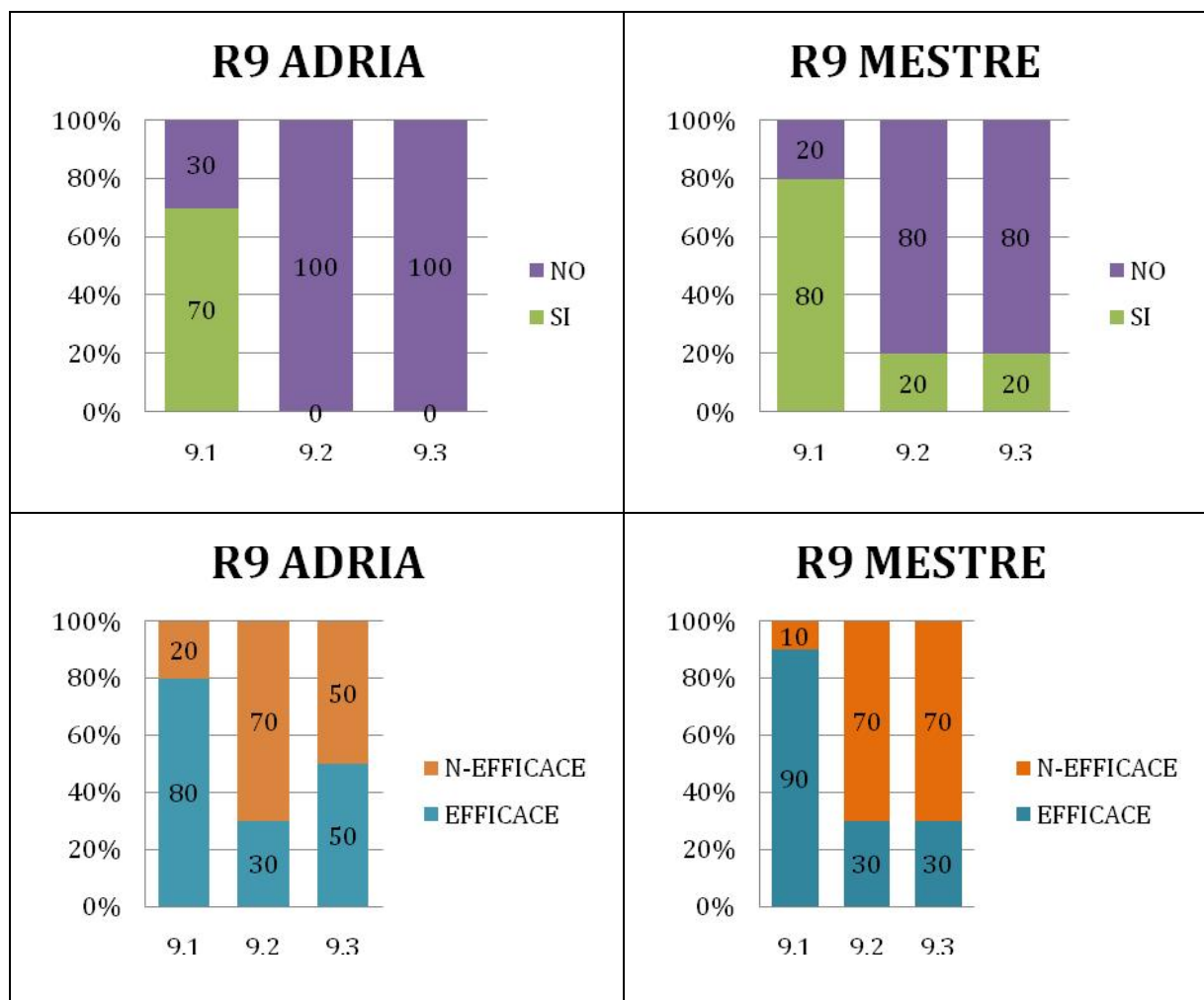
**8.4** L'Unità operativa dispone di una procedura che raccoglie i bisogni e le esigenze di assistenza religiosa del paziente e dei familiari

**8.5** L'Unità operativa attiva, se richiesto, l'assistenza religiosa al paziente e ai familiari

**8.6** L'Unità operativa può, in caso di bisogno, attivare un servizio di assistenza e supporto psicologico

**8.7** L'Unità operativa dispone di una sala per la preparazione e veglia della salma

**R9 Assicurare quando possibile la vicinanza del familiare al suo congiunto durante l'esecuzione di manovre invasive e/o procedure specifiche**



**9.1** I familiari in caso di interventi chirurgici e/o procedure invasive e/o esami diagnostici vengono informati almeno il giorno prima della loro esecuzione

**9.2** L'Unità operativa dispone di uno strumento nel quale viene segnalata la volontà del familiare ad essere presente durante le procedure/manovre o indagini

**9.3** L'Unità operativa ha definito i casi e le modalità per la presenza del familiare in situazioni particolari