



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**TESI DI LAUREA**

**“LA PERCEZIONE DEL CAREGIVER RISPETTO ALLA PROPRIA  
PREPARAZIONE NEL PRENDERSI CURA IN UN SETTING  
DOMICILIARE: INDAGINE PRESSO  
IL SERVIZIO ADI DI ROVIGO NELL’AULSS 5 POLESANA”**

Relatore: Dott.ssa Gentili Elisabetta

Correlatore: Dott.ssa Vitale Gabriella Angela

Laureanda: Grillanda Emma

(matricola n.: 2006050)

Anno Accademico: 2022/2023







## ABSTRACT

**Background:** L'invecchiamento demografico, problematica di nota rilevanza a livello mondiale, comporta un ricorso sempre maggiore a cure mediche e ricoveri ospedalieri in virtù di un progressivo incremento di patologie cronic-degenerative, spesso debilitanti e soggette a episodi di riacutizzazione. Nasce così l'esigenza di sperimentare modelli organizzativi alternativi al ricovero ospedaliero favorendo così lo sviluppo di programmi di assistenza domiciliare, in cui i protagonisti attivi di questo setting sono i pazienti, i caregiver e gli infermieri. I caregiver, dalla definizione angloamericana, coloro che si prendono cura sono circa 8,5 milioni, 7,3 milioni lo fanno per i propri familiari e hanno un ruolo estremamente importante nella cura e gestione del paziente, è bene e si considera importante che essi abbiano una buona formazione nella conduzione del percorso terapeutico domiciliare dell'assistito. <sup>(1)</sup>

Il coinvolgimento e l'addestramento del caregiver è fondamentale per far sì che si riconoscano e gestiscano i principali bisogni del paziente e si evitino errori nelle cure, duplicazione dei servizi e il rischio che il paziente venga ricoverato ripetutamente. In letteratura molti studi hanno evidenziato come caregiver poco preparati garantiscano peggior qualità di cure mentre per una preparazione adeguata manifestino meno ansia, depressione e un livello maggiore di soddisfazione per il proprio caro. <sup>(2)</sup>

In questo progetto si propone la valutazione della preparazione attraverso la somministrazione di una scala validata, la Preparedness Caregiver Scale (PCS) per identificare quei caregiver a rischio di esiti sfavorevoli nella gestione del proprio familiare, garantendogli quindi un maggior supporto e un'indagine delle caratteristiche sociodemografiche che includono il sesso, l'età, la relazione con il paziente, il reparto di provenienza, il motivo della dimissione e della presa in carico da parte dell'assistenza domiciliare integrata.

Questo strumento comprende nove elementi riguardanti la preparazione del caregiver a prendersi cura dei bisogni fisici ed emotivi di un assistito, istituire servizi, far fronte allo stress dell'assistenza, rendere le attività di caregiving piacevoli per il caregiver e per l'assistito, rispondere e gestire le emergenze, ottenere aiuto e informazioni dal sistema sanitario e la valutazione della propria preparazione generale; l'ultimo elemento viene posto come domanda aperta per identificare in quale ambito il caregiver vorrebbe avere una preparazione migliore. Esempi di domande sulla scala sono: "Quanto pensi

di essere preparato a prenderti cura dei bisogni fisici del tuo familiare?" e "Quanto pensi di essere preparato per ottenere l'aiuto e le informazioni di cui hai bisogno dal sistema sanitario?" Ogni item è valutato da 0 (Per niente preparato) a 4 (preparato molto bene), mediante una scala likert e gli item vengono sommati per un punteggio totale che può variare da 0 a 32. <sup>(3)(4)</sup>

**Obiettivo:** Lo studio ha l'obiettivo di indagare la percezione dei caregiver che assistono i pazienti afferenti al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata del Distretto 1 Aulss5 Polesana per la sede di Rovigo rispetto al carico assistenziale e la propria capacità di coping e resilienza. L'indagine è stata svolta tramite l'effettuazione di un'intervista strutturata.

Una valutazione della percezione della propria preparazione potrebbe identificare quei caregiver che sono più a rischio di esiti negativi nel caregiving, in modo tale da dargli maggior supporto. L'indagine ha coinvolto i caregiver dei pazienti afferenti il servizio Adi distretto 1 con l'obiettivo di identificare quei caregiver che potrebbero essere più a rischio di effetti negativi nel caregiving e agevolare un futuro percorso educativo e terapeutico da parte dell'infermiere operante nel setting domiciliare.

**Materiali e metodi:** La ricerca del materiale bibliografico si è svolta attraverso il metodo PIO.

La ricerca bibliografica è stata condotta mediante la banca dati MEDLINE, tramite l'interfaccia Pubmed. Sono stati consultati anche Wiley online library e Google scholar. Gli articoli sono stati selezionati secondo i seguenti criteri di inclusione; coerenza con l'obiettivo di ricerca, periodo di pubblicazione non superiore ai 15 anni, lingua inglese o italiano. Inoltre, sono stati esclusi i documenti che non rispondevano ai quesiti di ricerca e che non risultavano coerenti con lo scopo dell'indagine.

Per l'indagine è stata utilizzata Preparedness Caregiver Scale (vedi allegato N°1), la quale verrà somministrata attraverso intervista per un campione di persone con ruolo di caregiver informale e formale nei confronti del proprio assistito preso in carico dal servizio di assistenza domiciliare integrata del distretto 1 dell'Aulss 5 Polesana presso la sede di Rovigo. Lo studio è stato svolto nel mese di Luglio/Agosto nella UOC di assistenza domiciliare integrata dell'azienda AULSS 5.

La ricerca si compone di due parti: un'analisi sociodemografica andando ad analizzare sesso, età, grado di parentela, reparto di provenienza dell'assistito, titolo di studio,

motivo della presa in carico, da quanti anni assiste e se appartiene al nucleo familiare e l'utilizzo della Preparedness Caregiver Scale dove otto item sono valutati con una scala likert che va da 0 (per niente preparato) a 4 (ben preparato) mentre l'ultimo item è posto come una domanda aperta; sono stati selezionati i caregiver formali e informali di tutti i pazienti presi in carico dall'assistenza domiciliare integrata nella sede di ROVIGO. Sono stati esclusi dall'indagine i caregiver che non parlano la lingua italiana in quanto rendeva difficile la comunicazione e la comprensione dei quesiti posti; chi apparteneva ad un profilo di cure palliative caratterizzate da una vulnerabilità clinica non prevedibile legate allo stato di terminalità e per quegli assistiti ai quali non è possibile reperire informazione data la loro situazione familiare o per l'assenza di una figura di riferimento quale caregiver o per l'eventuale mancata adesione all'indagine.

**Risultati:** L'analisi ottenuta mediante la somministrazione della Preparedness Caregiver Scale prende in considerazione: il confronto della preparazione media generale dei caregiver divisi per zone e per ogni domanda posta si vuole evidenziare la zona più preparata con la zona invece più carente in quell'ambito.

Dai dati riportati in base all'indagine mediante la somministrazione della scala validata, PCS, è stato possibile identificare una preparazione con una media del 2,6 punti su una scala che va da 0 a 4; è possibile evincere che la zona meno preparata è la zona 8 con una media di 2,4 identificabile nell'assetto geografico di Polesella e che le zone più preparate con una media di 2,8 sono la zona 5, 6 e 7 che si ritrovano rispettivamente a Grignano, Villadose e Ceregnano.

Un lungo periodo di assistenza non è sempre correlato ad una "alta" preparazione in quanto attraverso l'indagine si è osservato che la preparazione media dei caregiver si attesta su un valore di 2,66, corrispondente ad un livello di preparazione definito dalla scala PCS: "abbastanza preparati"/"preparati".

Dal quesito 9 posto come domanda aperta sorge che le due problematiche che meglio vorrebbero essere approfondite sono: la gestione delle situazioni stressanti, con una frequenza percentuale del 21,3% e eventuali corsi di educazione per la gestione delle complicanze, con una frequenza percentuale del 18,3%.

**Conclusioni:** La proposta d'introdurre la Preparedness Caregiver Scale ha l'obiettivo di migliorare e creare piani terapeutici che non prevedano il solo coinvolgimento del

paziente, nel piano assistenziale, nella riacquisizione delle proprie capacità ma che vadano a valorizzare anche il caregiver, fornendogli una preparazione tale da sentirsi capace nel gestire e affrontare certe dinamiche che si riscontrano in un ambiente domiciliare e di differenziare il percorso più appropriato per ciascun caregiver, da attivare in base alle necessità di cura per assicurare le risorse fisiche, emotive, organizzative, di monitoraggio e di gestione di eventuali complicanze.

L'infermiere diventa il gestore di un complesso flusso di percorsi assistenziali. Dalla dimissione egli è la figura avente le competenze per individuare i caregiver che necessitano di formazione ed il professionista sul territorio preparato nel colmare le aree grigie nella gestione assistenziale.

**KEY WORDS:** home care, caregiver, family, hospitalization, chronic degenerative disease, education, physical needs, emotional needs

**PAROLE CHIAVE:** assistenza domiciliare, caregiver, famiglia, ospedalizzazione, patologie cronico degenerative, educazione, bisogni fisici, bisogni emotivi

## INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>1</b>
<b>1. CAPITOLO PRIMO: QUADRO TEORICO .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Il caregiver .....</b>	<b>3</b>
1.1.2 Epidemiologia.....	6
<b>1.2 Assistenza domiciliare integrata .....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Educazione al caregiver .....</b>	<b>13</b>
1.3.1 L'educazione al caregiver nel servizio ADI Distretto 1 AULSS 5 Polesana .....	15
<b>2. CAPITOLO SECONDO: SCOPO DELLO STUDIO .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Obiettivo generale .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Obiettivo specifico .....</b>	<b>18</b>
<b>3. CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Disegno dello studio.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Campionamento .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 Setting.....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 Strumenti di misura .....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 Attività di raccolta e analisi dei dati.....</b>	<b>22</b>
3.5.1 Modalità e strumenti di raccolta dati.....	23
3.5.2 Affidabilità della raccolta dati.....	23
<b>3.6 Strumenti per l'analisi dei dati .....</b>	<b>24</b>
<b>4. CAPITOLO QUARTO: RISULTATI .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Analisi sociodemografiche dei caregiver .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Analisi percezione della propria preparazione.....</b>	<b>26</b>
<b>5. CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI .....</b>	<b>31</b>
<b>5.1 Interpretazione dei risultati .....</b>	<b>31</b>
<b>5.2 Limiti dello studio .....</b>	<b>32</b>
<b>5.3 Implicazioni per la pratica .....</b>	<b>33</b>
<b>5.4 Raccomandazioni per gli studi futuri.....</b>	<b>34</b>

**BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....**

**ALLEGATI .....**

## INTRODUZIONE

Il presente elaborato di tesi nasce dall'interesse nel comprendere, analizzare e potenziare il ruolo del caregiver assistenziale: colui che assiste silentemente la persona a casa e che rappresenta un punto chiave nel percorso terapeutico di una persona.

L'interesse per tale argomento è emerso in seguito alla personale esperienza di tirocinio svolta durante il terzo anno accademico presso le Cure Primarie del Distretto 1 per la sede di Trecenta dell'Azienda ULSS 5 Polesana.

Dall'esperienza vissuta, è nato il personale desiderio e curiosità nel comprendere e indagare la percezione del caregiver nel prendersi cura della persona a casa, in quanto dall'osservazione effettuata durante tale percorso ho potuto identificare che spesso non si sentono preparati nel ricoprire il ruolo che gli viene affidato e perché vengono aggravati fisicamente nonché moralmente.

Il tema della preparazione nel caregiver è stato valutato interessante e meritevole di discussione, in linea con quanto la realtà operativa intende approfondire. Nel colloquio sono state concordate le finalità del progetto, gli ambiti d'interesse da osservare con lo strumento d'indagine, quali figure includere nella ricerca e in quale periodo somministrare il questionario. Lo studente ha raccolto i consigli mersi per adottare la prima proposta di questionario alle esigenze della realtà sorte durante il momento di condivisione. È stato così scelto lo strumento che ha permesso di realizzare l'indagine conoscitiva rivolta ai caregiver afferenti al servizio ADI Distretto 1 nell'Azienda ULSS 5 Polesana nella sede di Rovigo, cosicché da gettare delle basi per un eventuale percorso educativo del caregiver.

Il percorso logico che ha guidato tale lavoro si delinea a partire dalla considerazione che la popolazione mondiale è in continuo invecchiamento e che la conseguenza legata a questo fenomeno è l'incremento delle malattie legate alla senilità, come le malattie cronico degenerative; queste malattie richiedono un'assistenza di lunga durata che meglio si presta ad essere erogata nel contesto domiciliare del paziente. <sup>(5)(6)</sup>

Dall'analisi della letteratura è emerso come strumento validato la PCS, Preparedness Caregiver Scale, la quale permette la rilevazione della preparazione del caregiver che assiste una persona a casa. Tale strumento applicato nel contesto delle Cure Domiciliari nella sede di Rovigo rappresenta l'occasione per l'applicabilità di uno

strumento e per individuare una prima misura di rilevazioni per eventuali preparazioni carenti.

Questo progetto permette di individuare persone che sono a rischio di esiti negativi di un caregiving, identificare in che ambito vi siano delle carenze e creare dei piani individuali che possano approfondire e migliorare le proprie conoscenze, dando maggior supporto al caregiver.

Il lavoro si compone di tre capitoli:

- **Quadro teorico**, dove è stato illustrato il ruolo del caregiver, il setting in cui maggiormente si riscontra che è l'assistenza domiciliare integrata e lo strumento utilizzato al fine di rendere questa indagine possibile, Preparedness Caregiver Scale, oltre che all'approfondimento relativo all'importanza che detiene l'educazione del caregiver al fine di prepararlo al meglio nel gestire il carico dovuto al caregiving;
- **Materiali e metodi**, dove è stato indicato il fine dello studio, disegno di studio, campionamento e setting, l'attività di raccolta e analisi dei dati;
- **Risultati della ricerca**, dove sono stati enunciati mediante tabelle e grafici le tabelle di frequenza per ogni domanda posta durante l'indagine attraverso la Preparedness Caregiver Scale.

## 1. CAPITOLO PRIMO: QUADRO TEORICO

### 1.1 Il caregiver

Il caregiver, dalla definizione angloamericana, è colui che fornisce aiuto, cura e assiste la persona <sup>(7)</sup>; è un individuo che si assume la responsabilità di rispondere ai bisogni di salute della persona che non è più in grado di prendersi cura di sé. È possibile rappresentarlo come “una stampella”, un supporto che non va a sostituire la persona ma la va ad aiutare dove non detiene più la capacità per farlo autonomamente, preservandone le abilità residue.

Dalla letteratura esaminata si possono differenziare due tipologie di caregiver: formale e informale.

Per caregiver formale si intende l’assistenza o l’aiuto fornito da personale tecnico professionale, che sulla base di una formazione specifica è abilitato a svolgere precisi compiti di cura; le prestazioni vengono rivolte a chiunque ne abbia bisogno, senza preclusioni e la relazione è caratterizzata da neutralità affettiva.

Informale invece è l’assistenza o l’aiuto fornito da soggetti senza formazione professionale specifica o specialistica, che assumono tale ruolo per la posizione nei confronti dell’assistito; la relazione di aiuto si stabilisce solo con alcuni soggetti, dove può esserci anche coinvolgimento affettivo; vi sono regole simboliche e sociali.

La motivazione che spinge una persona a diventare un caregiver informale è determinata dall’amore incondizionato che si prova per l’anziano e, proprio perché tale, consente la scelta della donazione, della dedizione e dell’abdicazione. <sup>(8)</sup>

Le attività normalmente svolte consistono nel prestare cura e sostegno a persone che non sono più in grado di svolgere autonomamente le attività di vita quotidiana, le quali si distinguono in attività di base (lavarsi, mangiare, muoversi, usare la toilette) e attività strumentali (usare il telefono, sfogliare il giornale, accendere la televisione).

Il caregiver detiene una valenza fondamentale nella relazione che si instaura tra infermiere e paziente, in quanto funge da attore di relazione verso l’assistito garantendogli un atteggiamento comprensivo, affettuoso, sereno e di ascolto in circostanze difficili per il paziente; inoltre, si presenta come legante con gli operatori socio sanitari, con i quali deve instaurare un rapporto di fiducia e lealtà, affinché vi sia una presa in carico totale e una gestione dei problemi di salute presenti ottimale.

Il caregiving non è semplice, in quanto richiede un carico emotivo, fisico ed economico, infatti, colui che si prende cura della persona deve essere in grado di ridistribuire le proprie potenzialità, in quanto vi è un impiego delle proprie risorse fisiche, emotive e ambientali esagerato rispetto alle capacità proprie della persona.

Non si tratta solo di questo. Sempre più spesso il caregiver viene gravato a fornire prestazioni di cura di carattere sanitario, sulla base di specifiche indicazioni degli operatori sanitari di riferimento (prevenzione della sindrome da immobilizzazione, trattamento di lesioni, disidratazione e stipsi).<sup>(9)</sup>

Deve inoltre garantire un assetto domestico sicuro ed efficace, affinché non si riscontrino delle conseguenze che vadano ad incidere in quello che è lo stato di salute del paziente, garantendo un setting ambientale sicuro, adeguando la propria casa a quelle che sono le esigenze dell'assistito; il caregiver, si impegna nel gestire, infatti, l'attivazione della fornitura di ausili idonei e nell'acquisizione di tecnologie necessarie per poter svolgere le attività in maniera sicura ed efficiente.

Il caregiver, oltre a ciò, si identifica come una persona che deve essere presente psicologicamente ed emotivamente affinché si vada a stimolare la persona cara a svolgere delle attività e prendersi cura dei momenti di preoccupazione, ansia, tristezza, sconforto legati ai problemi di salute che detiene.

Il caregiver, non è un compito semplice, in quanto l'assistenza comporta un coinvolgimento emotivo e fisico di nota rilevanza e coprire le esigenze di assistenza di una persona a lungo termine potrebbe comportare un deterioramento della propria persona, specialmente quando il caregiver si raffigura in una persona con età avanzata e che, determinate volte, necessita di assistenza. Questo ruolo produce inevitabilmente degli effetti sulla vita personale e lavorativa del caregiver e senza un sostegno adeguato, si può avere un rischio di impoverimento, di cattiva salute e di isolamento sociale a causa dell'intensa richiesta di cura della persona con malattia cronico degenerativa in quanto questo va ad aumentare il carico di responsabilità.<sup>(10)</sup>

Ci sono dei momenti del decorso di una malattia nei quali i caregiver riferiscono paura e disperazione a causa dei cambiamenti repentini sia nel comportamento che nella personalità che accadono al proprio assistito, si basti pensare all'assistenza di una persona che presenta una psicosi, dove l'imprevedibilità è all'ordine del giorno.

A livello legislativo ad oggi in Italia è riconosciuta solo la legge 104 del 1992 che assicura 3 permessi distinti in 3 giorni mensili, retribuiti regolarmente, riservati ai caregiver. Il disegno di legge, costituito da sette articoli, definisce chi è il caregiver informale, le tutele e modalità di accesso. Secondo quanto citato, lo Stato, “riconosce e tutela il lavoro di cura nei confronti di familiari conviventi che necessitano assistenza a causa di malattia, infermità o disabilità (ART 1)”. Inoltre “A coloro che in ambito domestico si prendono cura volontariamente e gratuitamente di un familiare.... che risulti convivente e che, a causa di malattia, infermità o disabilità... riconosciuto invalido civile al 100 per cento e che necessita assistenza globale e continua per almeno 54 ore settimanali, è riconosciuta, qualora ne faccia richiesta, la qualifica di caregiver familiare (ART 2)”.<sup>(11)</sup>

Sebbene vi sia questa legge che permette un primo passo verso il riconoscimento di tale figura e di tralasciare per qualche momento il gravo del lavoro e di concentrarsi completamente nell’assistenza, tale figura non viene riconosciuta come dovrebbe essere e questo comporta delle problematiche al fine di garantire una preparazione affinché ci si senta preparati per una reintroduzione presso il proprio domicilio.

Il tema caregiver a livello legislativo negli ultimi anni ha suscitato maggiore attenzione, infatti al Senato sono presenti 3 disegni di Legge, dove i contenuti delle seguenti normative preposte sono: il sostegno al caregiver fornendo formazione e supporto psicologico; interventi di sollievo; gestione pianificata in quelle situazioni di emergenza qualora divengano ripetute; rete di supporto (mutuo aiuto); contributi per adattare l’abitabilità domestica; valorizzazione e sostegno della conciliazione tra attività lavorativa e attività di cura e assistenza e campagne di informazione per la sensibilità a tale tema.<sup>(12)</sup>

L’obiettivo principale del caregiving deve essere quello di prendersi cura del paziente senza fargli perdere la considerazione di sé stesso e mantenendo intatta la sua dignità di individuo, perché solo così si potrà migliorare la sua qualità di vita.

### 1.1.2 Epidemiologia

Dai dati rilevati nello studio, in Italia, in media il 17,4% di persone si occupa di assistere chi ne ha bisogno. Di questi, il 14,9% lo fa soprattutto rispetto ai propri familiari, per cui sicuramente questi si possono classificare e qualificare come caregiver informali. (Tabella I)<sup>(1)</sup>

I caregiver informali sono principalmente appartenenti al genere femminile, in rappresentanza maggiore nel range di età che va dai 45 ai 64 anni di età. (Tabella II)

Le classi di età più coinvolte nel fornire assistenza sono quelle tra 45 e 54 anni e tra 55 e 64 anni dove rispettivamente il 24,9% e il 26,6% fornisce assistenza e nel dettaglio per le classi di età precedentemente citate il 22,0% e il 22,9% fornisce assistenza verso i propri familiari. (Tabella II)

Molti sono i caregiver con età maggiore di 65 anni (il 12,9%), nasce quindi la riflessione che i caregiver subiscono un processo di invecchiamento e a loro volta invecchiano, andando incontro al rischio di diventare più fragili. Inoltre, il caregiver informale potrebbe dover rispondere oltre che ai bisogni al proprio assistito, anche a quelli derivanti dal ruolo familiare. <sup>(9)</sup>

Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana (a) per tipo di destinatario, sesso, classe di età e paese dell'Unione europea (Ue 28) (per 100 persone con le stesse caratteristiche) (b)										
PAESI	Fornisce assistenza					Fornisce assistenza prevalentemente ai familiari				
	15-64	65-74	75 e più	65 e più	Totale	15-64	65-74	75 e più	65 e più	Totale
Italia	18,5	17,4	10,4	14,1	17,4	16,1	14,1	8,4	11,5	14,9
Ue 28	16,0	16,5	11,6	14,3	15,6	13,4	12,0	8,3	10,3	12,7
Austria	18,4	17,1	13,8	15,7	17,9	15,4	11,6	10,3	11,1	14,5
Belgio	9,2	13,0	12,5	12,8	10,0	7,9	9,9	9,4	9,7	8,3
Bulgaria	14,7	14,2	11,4	13,1	14,4	12,3	12,5	9,2	11,2	12,0
Cipro	11,1	11,2	6,9	9,5	10,8	9,9	9,5	5,4	7,9	9,6
Croazia	21,2	15,6	6,9	11,5	19,0	15,9	9,7	4,9	7,5	14,0
Danimarca	25,8	33,5	26,1	30,6	26,8	19,0	20,2	13,3	17,5	18,7
Estonia	13,8	14,6	8,5	11,7	13,3	12,3	11,0	5,8	8,5	11,5
Finlandia	18,5	23,4	26,0	24,3	19,8	11,7	12,0	17,2	13,9	12,2
Francia (c)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Germania	15,5	17,1	13,6	15,4	15,5	13,1	12,0	10,0	11,0	12,6
Grecia	22,3	21,6	12,2	16,8	21,0	17,1	15,3	9,3	12,3	15,9
Irlanda	10,4	10,1	7,8	9,2	10,2	9,1	7,5	6,7	7,1	8,8
Lettonia	22,3	17,8	8,5	13,6	20,3	15,5	8,9	5,6	7,4	13,7
Lituania	15,2	12,7	5,7	9,3	13,9	9,8	7,7	4,3	6,1	9,0
Lussemburgo	16,7	17,0	22,3	18,9	17,1	13,4	13,7	19,8	15,9	13,8
Malta	20,8	15,9	8,6	13,0	19,4	17,8	10,4	6,0	8,7	16,0
Olanda	18,3	19,0	15,1	17,4	18,1	14,5	9,9	8,0	9,2	13,4
Polonia	16,6	14,3	7,5	11,4	15,6	13,2	10,6	5,8	8,5	12,3
Portogallo	13,0	13,5	8,0	10,8	12,5	11,3	10,5	6,5	8,5	10,7
Regno Unito	20,1	23,7	19,2	21,7	20,4	17,1	16,1	10,9	13,8	16,3
Repubblica Ceca	15,5	15,2	7,7	12,3	14,8	13,8	12,2	6,4	9,9	13,0
Romania	7,6	4,7	2,5	3,7	6,8	5,9	3,4	2,4	2,9	5,3
Slovacchia	13,5	10,3	6,8	8,8	12,8	11,3	6,1	4,5	5,4	10,3
Slovenia	16,6	14,0	9,7	12,0	15,7	13,1	9,9	7,0	8,6	12,2
Spagna	12,3	10,9	7,4	9,3	11,7	11,4	10,4	7,1	8,9	10,9
Svezia	8,6	11,3	7,9	9,8	8,9	6,3	7,6	5,1	6,5	6,4
Ungheria	16,7	15,7	4,5	11,0	15,5	13,8	11,8	3,2	8,2	12,6

(a) Persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità  
(b) L'indicatore è calcolato escludendo i missing e le risposte proxy  
(c) Dati non disponibili

**Tabella I.** Percentuali assoluta di caregiver presenti in Europa.

Persone di 15 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana (a), per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, sesso e classe di età (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)

SESSO CLASSI DI ETÀ	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali				Non indicato	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali		
			Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana	%				Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana
						MASCHI						
						Valori assoluti						
15-24	7,5	6,9	71,2	16,2	8,7	3,9	229	212	163	37	20	
25-34	8,1	6,8	66,1	13,8	15,7	4,5	278	233	183	38	44	
35-44	12,7	11,1	63,9	21,8	13,6	0,7	562	494	359	122	76	
45-54	19,6	18,1	61,9	18,8	18,5	0,7	932	861	577	176	173	
55-64	23,4	20,9	57,7	20,5	20,3	1,5	869	777	502	179	176	
65-74	15,0	11,8	59,4	15,6	23,0	2,0	468	360	272	72	105	
75 e più	10,0	7,8	40,5	10,9	44,4	4,2	264	207	107	29	117	
65 e più	12,7	9,9	52,5	13,9	30,8	2,8	722	567	379	100	222	
<b>Totale</b>	<b>14,3</b>	<b>12,5</b>	<b>60,2</b>	<b>18,2</b>	<b>19,8</b>	<b>1,8</b>	<b>3.592</b>	<b>3.143</b>	<b>2.163</b>	<b>652</b>	<b>711</b>	
						FEMMINE						
15-24	6,9	6,3	70,2	15,0	12,4	2,4	198	180	139	30	25	
25-34	11,4	8,9	57,3	20,5	21,8	0,5	385	299	220	79	84	
35-44	16,9	14,1	57,4	22,0	19,2	1,3	754	630	433	166	145	
45-54	30,1	25,7	50,2	23,0	26,4	0,4	1.471	1.259	738	339	388	
55-64	29,7	24,8	44,8	22,3	31,3	1,6	1.178	986	528	262	369	
65-74	18,8	15,4	39,9	16,1	39,6	4,3	644	529	257	104	255	
75 e più	8,3	6,6	27,1	18,7	50,8	3,3	333	255	90	62	169	
65 e più	13,1	10,7	35,5	17,0	43,5	4,0	977	795	347	166	425	
<b>Totale</b>	<b>18,4</b>	<b>15,4</b>	<b>48,5</b>	<b>21,0</b>	<b>28,9</b>	<b>1,6</b>	<b>4.963</b>	<b>4.150</b>	<b>2.406</b>	<b>1.041</b>	<b>1.435</b>	
						MASCHI E FEMMINE						
15-24	7,2	6,6	70,8	15,6	10,4	3,2	427	391	302	67	45	
25-34	9,7	7,8	61,0	17,7	19,2	2,1	662	532	404	117	127	
35-44	14,8	12,6	60,2	21,9	16,8	1,1	1.316	1.124	792	288	222	
45-54	24,9	22,0	54,7	21,4	23,3	0,5	2.404	2.120	1.316	514	561	
55-64	26,6	22,9	50,3	21,5	26,6	1,6	2.048	1.764	1.030	441	545	
65-74	17,0	13,7	48,0	15,9	32,7	3,4	1.102	890	529	175	360	
75 e più	9,0	7,1	33,0	15,2	48,0	3,7	597	472	197	91	287	
65 e più	12,9	10,4	42,7	15,7	38,1	3,5	1.699	1.362	726	266	647	
<b>Totale</b>	<b>16,4</b>	<b>14,0</b>	<b>53,4</b>	<b>19,8</b>	<b>25,1</b>	<b>1,7</b>	<b>8.555</b>	<b>7.293</b>	<b>4.569</b>	<b>1.693</b>	<b>2.146</b>	

(a) Persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità

**Tabella II.** Percentuale assoluta caregiver differenziati per sesso ed età.



## **1.2 Assistenza domiciliare integrata**

Alla luce dei cambiamenti sociodemografici della popolazione, il setting domiciliare ha avuto sempre più rilevanza nel mondo della cura alla persona in quanto si è visto l'incremento dell'aspettativa di vita e l'aumento delle persone affette da patologie croniche. Dal 1992, l'evoluzione negli anni è via via incrementata; infatti, si è passati da 600 assistiti in carico nel 2020 a più di 800 a fine dell'anno 2022. Andando ad osservare i primi 4 mesi del 2023 si considera che solo gli infermieri hanno effettuato più di 26 mila accessi al domicilio, evidenziando l'importanza del servizio come ha dichiarato l'attuale Direttore delle Cure Primarie dell'Azienda ULSS 5 Polesana. <sup>(13)</sup>

Al legislatore l'ospedale dunque non appare più il luogo più consono alla cura dei soggetti anziani dipendenti, con patologie croniche o con decorso degenerativo tanto che la Regione Veneto con la Delibera della Giunta Regionale n.5273 del 1998 ha definito le "Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI".

Con la DGR del 2006 è andato a consolidandosi nel territorio un modello organizzativo di prestazioni e di servizi, alla realizzazione del quale partecipano i diversi soggetti istituzionali (Comuni, Aziende ULSS, Regione) in base al ruolo e alle competenze ad essi attribuite dalla normativa. Le Aziende ULSS sono enti strumentali attraverso i quali la Regione assicura ai cittadini le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sociosanitario regionale nel rispetto del piano sanitario nazionale. Secondo la normativa regionale le politiche di sostegno della domiciliarità prevedono interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia quali assistenza domiciliare sociale, sanitaria e integrata. Il legislatore pone particolare attenzione alla necessità di sostenere il caregiver, sia esso appartenente o meno alla rete parentale, attraverso una tipologia di intervento domiciliare dell'operatore sociosanitario di supporto educativo, quale sostegno alle iniziative di assistenza privata che le famiglie si auto organizzano. <sup>(14)</sup>

Si evince da riforme recenti come sia la casa il primo luogo di cura.

Le cure domiciliare sono un servizio del distretto per l'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziali variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. Tutti i vari trattamenti sono prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e per l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, per

stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana. <sup>(15)</sup>

L'assistenza domiciliare rappresenta un bene fondamentale sia per il paziente che per il servizio sanitario, in quanto nel domicilio si possono ridurre i costi dell'assistenza, accessi impropri in pronto soccorso, evitare le infezioni nosocomiali e, attraverso gli accessi continuativi, si riducono le riacutizzazioni dovute ad una mancata o incompleta aderenza alla terapia prescritta, e sicuramente vanno ad incidere positivamente nella qualità di vita per il paziente e per la famiglia, in quanto rimangono nel proprio contesto sociale e familiare, all'interno delle proprie mura domestiche attornati quindi dall'affetto dei propri cari. <sup>(16)</sup>

Le cure domiciliari sono un insieme coordinato di prestazioni sanitarie svolte a domicilio del paziente da operatori professionali, rivolto a persone in condizioni di fragilità. Sono persone fragili coloro che in via temporanea o permanente, per vari motivi, non possono svolgere autonomamente le normali attività della vita quotidiana o che sono fisicamente impossibilitati a recarsi presso le strutture sanitarie. <sup>(17)</sup>

Per assistenza domiciliare integrata (ADI) si intende l'effettuazione a domicilio del paziente di prestazioni sanitarie, coordinate tra di loro in un programma personalizzato di assistenza sanitaria, al fine di garantire il più possibile la permanenza del soggetto al proprio domicilio. Le caratteristiche dei soggetti all'intervento ADI riguardano pazienti con gravi patologie, con impossibilità permanente nella deambulazione e ad essere trasportati in ambulatori con mezzi comuni. Il personale coinvolto nell'attività di assistenza domiciliare è composto da un'equipe di infermieri, medici di cure primarie, medici specialisti, dietisti e medici di medicina generale. <sup>(18)</sup>

L'obiettivo primario è quello di poter promuovere l'assistenza sanitaria con un'integrazione tra ospedale territorio favorendo la continuità assistenziale come presa in carico globale del paziente fragile a domicilio.

L'assistenza domiciliare integrata dell'Azienda ULSS 5 Polesana, con le equipe infermieristiche e gli operatori sociosanitari copre capillarmente tutto il periodo polesano ed è rivolta a tutte le classi di età della popolazione polesana. <sup>(19)</sup>

Gli assistiti presi in carico possono essere affetti da temporanea disabilità o patologia acuta, malattia cronica, malattia rara, necessità di cure palliativa in un crescendo di

attività di presa in carico sanitaria integrata che nel tempo è diventato sempre più complesso e specialistico. <sup>(20)</sup>

Nel tempo la Direzione Generale dell'AULSS 5 Polesana ha dichiarato che “Il sostegno sanitario offerto non è soltanto cura delle infermità preesistenti o delle nuove disabilità e patologie, ma è anche supporto allo status emotivo debilitante conseguente alla patologia, alle situazioni di abbandono, di lontananza geografica o fisica dai propri affetti e all'impossibilità a esprimere le proprie necessità. Non irrilevante è anche il supporto al familiare che è chiamato nell'assistenza domiciliare ad agire in prima persona per le esigenze psico-fisiche del familiare malato o infortunato con il carico di fatica fisica ed emotiva che questo comporta. L'operatore sanitario che presta la propria attività al domicilio diviene pertanto caposaldo e supporto ai bisogni della parte più fragile della popolazione e avamposto sanitario, e in parte sociale, con la funzione di ascolto, presa d'atto delle necessità e assunzione condivisa delle decisioni conseguenti e informazione specifica legata alla gestione della quotidianità che assume particolare importanza in questo momento contingente di restrizione della libertà di movimento in un giornaliero incontro con la fragilità umana sanitaria e non solo.”<sup>(19)</sup>

Dalla “Guida al servizio ADI D1 dell'Azienda ULSS 5 Polesana” le attività svolte dal personale infermieristico a domicilio sono:

- Medicazioni;
- Rilevazioni di parametri vitali;
- Mobilizzazione semplice;
- Cateterismo vescicale;
- Prelievi e stick venosi;
- Clisteri, perette, esplorazione rettale;
- Aspirazione orofaringea;
- Sostituzione del sondino nasogastrico con MMG;
- Terapia infusione;
- Sostituzione cannula tracheotomia con la presenza del MMG;
- Utilizzo presidi medicali – elettromedicali;
- Sostituzione Peg (in presenza dello specialista) e la sua medicazione;
- Gestione della Vac-therapy;

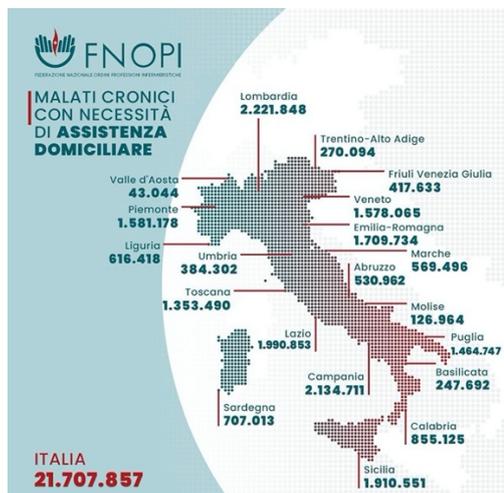
- Gestione per la terapia antalgica;
- Istruzione/educazione al caregiver;
- Counselling all'utente e alla sua famiglia; <sup>(21)</sup>

Il setting domiciliare denota sempre più importanza ne sono l'esempio le 22 milioni di persone che hanno fatto un forte appello alla federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche per non essere lasciate sole sul territorio e nella loro vita di tutti i giorni e che per tal motivo hanno sempre più necessità di personale infermieristico. (Grafico 1)

Per fare ciò bisognerebbe ricomporre la frattura dei servizi, la mancanza di integrazione tra ospedale e territorio e garantire alle famiglie e ai pazienti la presenza di una figura di riferimento a livello domiciliare <sup>(22)</sup>

Da ciò si constata che sempre più i cittadini fanno riferimento a quello che è un ambiente domiciliare prediligendolo delle volte anche all'ambiente ospedaliero, per questo sempre più si vuole far riferimento al servizio di assistenza domiciliare integrata. Il Veneto conta 1578065 persone che richiedono la presenza di tale ruolo e il 18,7 % (allegato N°2) di caregiver presenti nella regione del veneto hanno bisogno della figura dell'infermiere.

Si nota tra l'altro come il Veneto occupi il sesto podio tra le 20 regioni Italiane per la presenza di caregiver che forniscono assistenza con un valore del 18,7% e come ricopra il quinto posto per i caregiver che forniscono assistenza prevalentemente ai familiari con un punteggio del 15,7 % in Italia. <sup>(1)</sup>



**Grafico I.** Malati cronici con necessità di assistenza domiciliare.

### **1.3 Educazione al caregiver**

Paulo Freire considera l'educazione come il processo mediante il quale i soggetti possono divenire consapevoli di sé stessi e del posto che occupano nella realtà.

L'educazione può avvenire solo attraverso il dialogo, perché non è nel silenzio che gli uomini si fanno, ma nella parola, nell'azione, nel lavoro e riflessione.

L'educazione deve essere problematizzante, cioè deve poter sviluppare nei soggetti un'attitudine alla ricerca e al senso critico, che rendano il soggetto autonomo e soprattutto consapevole di sé stesso e del suo diritto ad esercitare la sua libertà. Soprattutto un educatore non deve creare rapporti di dipendenza, ma proporre un cammino di ricerca di sé, mediante lo sviluppo di uno spirito critico. <sup>(23)</sup>

Il prendersi cura di una persona all'interno del proprio contesto di vita dovrebbe prevedere un supporto garantito al caregiver, figura fondamentale per l'erogazione dell'assistenza domiciliare. Il caregiver rappresenta una risorsa sulla quale sarebbe importante investire nell'educazione e nella formazione in temi riguardanti l'assistenza della persona al fine di favorire il sapere e il saper fare in quanto avendo osservato, nei casi riguardanti i caregiver informali tale ruolo è ricoperto da una persona che fornisce assistenza senza possedere la stessa formazione di un professionista sanitario. <sup>(24)</sup>

Per fornire correttamente l'assistenza da parte della figura del caregiver è importante investire nell'accrescimento delle competenze, conoscenze e capacità nell'ambito della cura alle persone e gestione dei bisogni assistenziali.

Come annunciato precedentemente i caregiver spesso non si sentono preparati a ricoprire tale ruolo, il che provoca loro una grande sensazione di stress, frustrazione e paura; è importante, quindi, sviluppare degli interventi per migliorare i loro punti di forza e compensare le debolezze. <sup>(25)</sup>

I caregiver percepiscono i processi di pianificazione della dimissione in luce negativa, esprimendo scarsa fiducia e indicando una mancanza di conoscenza e d'istruzione, inoltre non sanno dove cercare aiuto e si lamentano di una generale mancanza di servizi ambulatoriali e comunitari disponibili. Dal testo esaminato si evince che chi presta assistenza sembra affrontare meglio il problema quando si comprende a pieno il processo della malattia e si ha una certa conoscenza di cosa aspettarsi. <sup>(9)</sup>

Il passaggio da ospedale a casa rappresenta per i caregiver un momento difficile, stressante e gravoso in quanto si hanno molteplici dubbi nell'organizzazione, nell'affrontare la malattia e nella preparazione a prendersi cura del proprio caro nel gestire e soddisfare quei bisogni primari richiesti dal paziente al domicilio proprio.

Dai diversi studi esaminati si evince che gli infermieri come operatori sanitari ricoprono un ruolo di notevole importanza nell'aiutare i pazienti anziani ad alto rischio e i loro assistenti nel fornire una transizione di successo dall'ospedale a casa. Gli autori hanno descritto che i caregiver non si sentono preparati nel gestire diverse aree: dare informazioni riguardo la patologia del paziente e i bisogni da lui richiesti; monitoraggio dei sintomi e delle complicanze; gestione delle emergenze; capacità nel sapere gestire e soddisfare i bisogni emotivi del paziente; preparazione nel sapere attivare i vari servizi territoriali. <sup>(3)(4)</sup>

In letteratura diversi studi hanno evidenziato che se si addestrano e educano le persone che garantiscono assistenza si ottengono delle cure di migliore qualità e si raggiunge una migliore qualità di vita, mentre per i pazienti si riscontra una maggior capacità di auto-cura, qualità di vita, un minor tasso di ospedalizzazione, istituzionalizzazione e delle degenze di durata inferiore. <sup>(26)(27)</sup>

I caregiver meno preparati sono caratterizzati da un incremento della preoccupazione, ansia e ad un minor livello di speranza che il proprio caro abbia una vita soddisfacente. Inoltre, la possibile mancanza di preparazione nella gestione dei bisogni fondamentali del paziente potrebbe causare un aumento degli errori nelle cure al domicilio, una duplicazione di servizi e, conseguentemente, il rischio che il paziente venga nuovamente ricoverato presso una struttura ospedaliera. <sup>(26)</sup>

La mancanza di preparazione va a identificarsi non nelle prestazioni specifiche in ambito sanitario in quanto sono riconducibili ad altre figure professionali, come l'infermiere, ma semplicemente nella capacità di accettare il ruolo di caregiver, fornire le cure fisiche e un sostegno emotivo al paziente ed affrontare con serenità lo stress provocato dal caregiving. <sup>(28)</sup>

Pertanto, è importante che gli operatori sanitari valutino la preparazione del caregiver, soprattutto quando è la prima volta che si sperimenta questo ruolo.

Una valutazione della preparazione viene identificata mediante lo sviluppo di una scala: la Preparedness Caregiver Scale, creata dal gruppo di ricerca di Patricia G. Archbold negli USA usata per misurare il livello di preparazione dei caregiver. <sup>(26)</sup>

La scala indaga il livello percepito di preparazione dei caregiver a far fronte ai bisogni fisici ed emotivi dei pazienti, inclusa la percezione del caregiver della propria capacità di coordinare i servizi per il destinatario delle cure, gestire le situazioni di emergenza e affrontare lo stress della propria persona. <sup>(26)(29)</sup>

Al termine dell'analisi dell'argomento dell'educazione al caregiver e dai benefici derivanti per la cura della persona a livello domiciliare si ritiene opportuno valutare la preparazione di un caregiver con il fine di identificare le lacune presenti e la specificità di eventuale intervento necessario e le valenze disponibili garantendo quindi un caregiving della persona sicuro ed efficiente all'interno del setting domiciliare.

### **1.3.1 L'educazione al caregiver nel servizio ADI Distretto 1 AULSS 5 Polesana**

Dall'intervista all'attuale Direttore di Cure Primarie è stato possibile reperire che la famiglia è parte attiva nel processo di cura e viene coinvolta e istruita in quelle indicazioni inerenti la terapia e l'assistenza del congiunto grazie anche ad un costante monitoraggio del personale infermieristico e dei medici e specialisti interessati a tal processo di cura. Infatti, ha definito che gli infermieri sono il fulcro di tutte le attività, i quali si dedicano al servizio ADI e si recano su indicazione del Medico di Medicina Generale, responsabile clinico dell'assistito, presso il domicilio del paziente. <sup>(13)</sup>

Il percorso di individuazione del Caregiver è di fondamentale importanza per la gestione del percorso di cura dell'assistito tra le proprie mura domestiche.

Nel contesto domiciliare rivestono una maggior importanza la natura relazionale ed educativa dell'infermiere in quanto il professionista deve valutare, educare e supervisionare l'agire assistenziale del caregiver. L'educazione terapeutica permette al caregiver di acquisire competenze finalizzate a gestire i problemi di salute, riconoscere i campanelli di allarme che possono sfavorire il benessere dell'assistito. Il personale infermieristico operativo nel servizio ADI D1 dell'AULSS 5 Polesana al fine di supportare l'azione educativa per i pazienti in carico al servizio si avvale di

strumenti come delle brochure e delle schede di interventi educativi che permettono di:

- specificare l'azione corretta da imparare;
- scandisce i tempi per apportare il cambiamento;
- riduce l'errore guidando l'operato del caregiver;
- può essere scritta in presenza del caregiver aumentando la comprensione e la personalizzazione in base al caso.

A seguito di diversi percorsi di formazione interna del personale sanitario ADI sono stati realizzati protocolli, procedure e istruzioni operative vigenti nel servizio e sono state sviluppati supporti alla formazione sulle seguenti tematiche sanitarie:

- paziente con Terapia Endovenosa (TEV);
- gestione del Catetere Vescicale (CV);
- gestione del paziente con PEG;
- gestione del paziente con Lesione Da Pressione;
- gestione della medicazione e della cura della cute;
- gestione del paziente con Tracheostomia. <sup>(30)</sup>

## 2. CAPITOLO SECONDO: SCOPO DELLO STUDIO

### 2.1 Obiettivo generale

Questo elaborato ha voluto osservare la figura del caregiver in un ambito di assistenza domiciliare, in quanto questo ruolo rappresenta un punto chiave nel decorso di una malattia di un paziente che viene assistito a casa.

Questa indagine si propone di analizzare la preparazione percepita dei caregiver che assistono i pazienti afferenti al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata del Distretto 1 AULSS 5 Polesana per la sede di Rovigo rispetto al carico assistenziale e alla propria capacità di coping e resilienza attraverso l'effettuazione di un'intervista strutturata.

Una valutazione della percezione della propria preparazione va a identificare quei caregiver che possono essere più a rischio di esiti negativi nel caregiving e dunque necessitare di maggior supporto all'educazione sanitaria.

La ricerca in letteratura degli articoli riguardanti il tema della tesi è stata costruita partendo da un quesito foreground costruito secondo la metodologia EPICOM:

**P:** caregiver che prendono in carico i pazienti in un setting domiciliare

**I:** analisi della preparazione media

**O:** difficoltà incontrate nella gestione a casa, carico assistenziale, frustrazioni, errori commessi o potenziali

La documentazione è stata ricavata grazie all'utilizzo del browser del National Library of Medicine - Pubmed mediante il sistema bibliotecario dell'Ateneo dell'Università di Padova da cui si ha avuto l'accesso a riviste indicizzate. Sono stati visionati anche siti ufficiali nazionali e libri di testo.

Le parole chiave utilizzate in forma combinata sono state:

- “Caregiver” [Mesh]
- “Family” [Mesh]
- “Home setting” [Mesh]
- “Home care” [Mesh]
- “Preparedness” [Mesh]
- “Education” [Mesh]
- “Questionnaire” [Mesh]

La strategia di ricerca utilizzata per l'analisi della letteratura è sintetizzata nel documento "Allegato N°3".

## **2.2 Obiettivo specifico**

L'indagine condotta attraverso lo strumento validato, la Preparedness Caregiver Scale, ha finalizzato la rilevazione della percezione dei caregiver nell'ambito della preparazione a gestire i bisogni globali dei pazienti in carico al servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Distretto 1 per la sede di Rovigo nell'AULSS 5 Polesana.

Nella DGR 1599 del 12/12/2022 si legge che “L'organizzazione assicura che, tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, venga dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa, di formazione e addestramento, necessaria ai familiari/caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale.”<sup>(31)</sup> da ciò nasce la riflessione che lo studio effettuato potrebbe offrire dei dati significativi per individuare le aree grigie nell'ambito della preparazione del caregiver, utili al servizio ADI per un futuro percorso centrato all'educazione sanitaria per chi riveste tale ruolo.

### **3. CAPITOLO TERZO: MATERIALI E METODI**

#### **3.1 Disegno dello studio**

L'osservazione del fenomeno, l'elaborazione del piano e la definizione dello strumento d'indagine, la Preparedness Caregiver Scale, si sono svolti nei mesi di Febbraio e Marzo in cui si è svolto il tirocinio pratico presso la U.O.C di Assistenza Domiciliare Integrata nel Distretto 1 dell'AULSS 5 Polesana.

Il questionario riguardante la percezione della propria preparazione nel caregiving è stato somministrato per via telefonica nel mese di Luglio e di Agosto, dopo l'approvazione del progetto da parte della Direzione Medica.

Lo studio ha analizzato le seguenti variabili:

- Una misura del livello di percezione della propria preparazione durante l'assistenza della persona a casa mediante la scala validata, PCS;
- Le caratteristiche cliniche del paziente: motivo della presa in carico da parte dell'ADI e reparto di provenienza;
- Le caratteristiche dei caregiver: variabili di tipo sociodemografico (sesso, età, grado di parentela con il paziente se presente, grado di scolarizzazione, durata del tempo della presa in carico).

### **3.2 Campionamento**

#### Criteri d'inclusione del caregiver:

- Tutte le persone di riferimento nell'assistenza ai pazienti presi in carico nel mese di Giugno dalla U.O.C. di Assistenza Domiciliare Integrata che hanno ricevuto una preparazione da parte dell'infermiere ADI spiegata nel sottoparagrafo "L'educazione al caregiver nel servizio ADI Distretto 1 AULSS 5 Polesana";
- Essere sia un caregiver formale che informale;

Considerata la quantità di pazienti, seguiti dal servizio ADI, eleggibili secondo i criteri di selezione dell'indagine, si prevede un numero cospicuo di campioni (=230 caregiver).

#### Criteri d'esclusione del caregiver:

- Non vengono presi in considerazione i caregiver associati a dei pazienti con un profilo di cure palliative perché caratterizzati da una vulnerabilità clinica non prevedibile legata allo stato di terminalità;
- Non vengono effettuati campionamenti per chi non parla o comprende la lingua italiana perché rendeva difficile la comunicazione e la comprensione del quesito posto;
- Non si prende in considerazione chi decide di non partecipare e aderire al questionario telefonico.
- Non si ritengono validi i campioni, dai quali non è possibile reperire informazioni data la loro situazione familiare o per l'assenza di una figura di riferimento quale il caregiver;

### **3.3 Setting**

L'indagine è stata realizzata presso l'UOC di Assistenza Domiciliare Integrata nella sede di Rovigo.

La sede ADI di Rovigo risponde ai pazienti che necessitano di assistenza domiciliare nel Medio Polesine, tale territorio è suddiviso in dieci zone, descritte nella tabella seguente (Tabella III). Ogni zona è gestita da un infermiere responsabile con un numero telefonico di riferimento.

ZONA	COMUNI SEGUITI
ZONA 1	Boara Polesine-Boara Pisani- Commenda Ovest- Granzette
ZONA 2/1	ROVIGO
ZONA 2/2	ROVIGO
ZONA 3	Cà Bianca P.- Cà Donà – Mardimago – San Martino di Venetze - Sarzano
ZONA 4	Cantonazzo – Concadirame- Costa – Roverdicrè – San Pio X – Villanova del Ghebbo
ZONA 5	Borsea – Grignano – Pontecchio P. - Tassina
ZONA 6	Buso – Canale di Villadose - Villadose
ZONA 7	Canale di Ceregnano – Fenil del Turco – Gavello – Lama – Pezzoli – San Sisto – Sant’Apollinare
ZONA 8	Crespino - Guarda Veneta – Polesella – Raccano – Villanova Marchesana
ZONA 9	Arquà Polesine – Bosaro – Frassinelle - Villamarzana

**Tabella III.** Divisione del territorio del Distretto 1 di Rovigo.

### 3.4 Strumenti di misura

Mediante la ricerca in letteratura si è potuto individuare uno strumento affidabile per valutare il livello di preparazione del caregiver, la Preparedness Caregiver Scale.

Tale scala è stata originariamente sviluppata negli Stati Uniti, si identifica per avere 8 items, ciascuno valutato su una scala di tipo likert a 5 punti che va da “non sono preparato”, “poco preparato”, “abbastanza preparato”, “sono preparato” e “sono ben preparato”. Sommando le varie risposte è stato calcolato un punteggio totale che va da 0 a 32, dove un punteggio più alto indica un maggior livello di preparazione.

Le otto aree indagate riguardano rispettivamente dalla prima all’ottava domanda: i bisogni fisici, i bisogni emotivi, la capacità organizzativa del caregiver di erogare il servizio di assistenza, di far fronte allo stress nell’accudimento di qualcuno, di rendere piacevoli le attività di assistenza sia per il paziente che per sé stessi, di rispondere alle emergenze, ottenere aiuto e avere le informazioni dal sistema sanitario e un voto complessivo della propria preparazione. L’ultimo item si pone come domanda aperta per indagare quegli ambiti in cui il caregiver vorrebbe avere una miglior preparazione.

(27)(28)

Tale scala è stata riadattata per andare incontro alle esigenze dei caregiver (avere un linguaggio non medicalizzato) e per garantire una maggiore specificità nelle risposte ottenute.

Per spiegare dunque le domande, si è voluto approfondire ogni item:

- Con la cura dei bisogni fisici si sono indagati: gestione dell’alimentazione, igiene, vestizione, alvo e diuresi, supporto alla respirazione e somministrazione dei farmaci;

- Con la cura dei bisogni emotivi si è voluto intendere la gestione di momenti di preoccupazione, ansia, tristezza e sconforto;
- La capacità organizzativa comprendeva la richiesta di attivazione di visite domiciliari di figure specialistiche, fornitura di ausili e servizi di trasporto;
- Lo stress si è inteso come la gestione del carico emotivo e fisico quotidiano, responsabilità e l'affronto di nuove dinamiche;
- La capacità di rendere piacevoli le attività si è approfondita nell'intrattenere e stimolare positivamente il proprio caro;
- La gestione delle emergenze si è articolata nel descrivere la gestione delle complicanze di medicazioni, catetere vescicale, catetere venoso periferico per la somministrazione di fleboclisi, sondino naso gastrico o gastrotonomia endoscopica percutanea, disfagia, tubo endotracheale, gestione delle cadute, del dolore e di un eventuale aggravamento dello stato di salute del proprio assistito.
- Con ottenere l'aiuto e le informazioni dal sistema sanitario si è voluto indagare la prontezza nell'identificare un'emergenza per poi mettersi in contatto con chi di dovere e la capacità di contattare gli uffici dall'Azienda ULSS 5;
- Con la preparazione complessiva si è voluto indagare la media dopo tutti i vari esempi nella gestione complessiva dello stato di salute dell'assistito;
- Con la domanda aperta si è cercato di individuare dove le persone, eventualmente, vorrebbero approfondire le loro conoscenze e preparazione.

### **3.5 Attività di raccolta e analisi dei dati**

La raccolta dati di tipo prospettico e la rispettiva osservazione diretta sono avvenute tra i mesi di Luglio e Agosto 2023.

Sono stati identificati i pazienti da reclutare in quanto seguiti dal servizio ADI, utilizzando il telefono di servizio dell'infermiere di riferimento si è provveduto a contattare i caregiver, ai quali è stata somministrata la scala PCS.

Conclusa la fase di raccolta, è stata effettuata un'elaborazione tramite il programma Excel.

Questo progetto ha avuto inizio in data 26/07 e si è concluso in data 10/08.

### 3.5.1 Modalità e strumenti di raccolta dati

I dati sono stati ottenuti tramite la somministrazione telefonica della scala validata, PCS.

Lo strumento di indagine ha previsto la strutturazione di una griglia di rilevazione, utilizzata per la raccolta sistematica dei dati. La griglia è stata costruita sulla base delle informazioni necessarie allo studio e prima di essere stata utilizzata in modo definitivo è stata valutata per verificarne completezza e chiarezza.

La griglia si presenta sottoforma di tabella con elencazione dei dati da raccogliere: caratteristiche sociodemografiche (età, sesso, grado di parentela, anni di presa in carico da parte dei caregiver, motivo della presa in carico da parte dell'assistenza domiciliare integrata, reparto di provenienza) e i vari quesiti della Preparedness Caregiver Scale.

### 3.5.2 Affidabilità della raccolta dati

Come per qualsiasi ricerca, anche l'indagine di tesi presenta punti di forza e limiti che influenzano i risultati, i principali sono presentati nella Tabella IV.

<b>Punti di forza</b>	<b>Limiti</b>
La raccolta dati è avvenuta in seguito a opportuna autorizzazione del Direttore delle Cure Primarie e della coordinatrice infermieristica del servizio ADI del Distretto 1 AULSS 5 Rovigo.	Il caregiver può presentare delle percezioni diverse della propria preparazione in base al periodo di presa in carico.
I dati raccolti tramite intervista telefonica sono stati utilizzati esclusivamente in forma anonima.	Alla somministrazione della scala è emersa scarsa fiducia da parte del caregiver all'intervista preposta.
L'intero studio è stato supervisionato dalla coordinatrice infermieristica e dall'infermiera correlatrice operativa nel servizio ADI.	

**Tabella IV.** Punti di forza e limite dello studio.

### **3.6 Strumenti per l'analisi dei dati**

L'analisi dei dati raccolti tramite questionario è stata finalizzata dalla predisposizione di un foglio di lavoro Excel, programma della Microsoft Office 2019 su cui i dati vengono trasmessi in una tabella che permetta successivamente l'applicazione dei programmi di calcolo degli indici statistici individuati. Per l'analisi dei dati di questi sono state utilizzate le più comuni statistiche descrittive: distribuzioni di frequenza, tra cui, frequenza assoluta e percentuale; indici di posizione; in particolare, media aritmetica, massimo, minimo e moda; ed infine indici di variabilità tramite lo scarto quadratico medio o deviazione standard e i quartili per verificarne la distribuzione. I dati ottenuti sono stati presentati e interpretati attraverso la creazione di tabelle (semplici) e la rappresentazione grafica (diagrammi circolari, istogrammi e box plot).

## 4. CAPITOLO QUARTO: RISULTATI

### 4.1 Analisi sociodemografiche dei caregiver

Dall'analisi dei dati riguardanti le caratteristiche sociodemografiche prese in considerazione è importante evidenziare l'età dei caregiver, il motivo della presa in carico e gli anni di presa in carico da parte del caregiver.

Durante l'indagine svolta presso la UOC di Assistenza domiciliare nel distretto di Rovigo, è possibile evincere dall'analisi dei dati sociodemografici dei caregiver presi in considerazione un'età media pari a 52 anni e un massimo di 72 anni (Tabella V e Tabella VI).

	Zona 1	Zona 2A	Zona 2B	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Zona 6	Zona 7	Zona 8	Zona 9
età media	56	55	53	49	52	52	53	51	51	52

**Tabella V.** Età media per zona.

	Zona 1	Zona 2A	Zona 2B	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Zona 6	Zona 7	Zona 8	Zona 9
Età massima	70	72	69	63	69	65	65	67	67	67

**Tabella VI.** Età massima per zona.

Nelle varie zone prese in considerazione si può notare che il motivo della presa in carico da parte dell'assistenza domiciliare integrata più frequente sono le medicazioni che variano da lesioni da decubito a lesioni vascolari (Tabella VII).

	Zona 1	Zona 2A	Zona 2b	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Zona 6	Zona 7	Zona 8	Zona 9
motivo presa in carico	Med per il	Cv per il	Med per il	Cv per il	Med per	Cv per il	Med per il	Med per il	Med per	Med per

	54,5	26,9	38,2	40,9	il	44,4	31,3	43,8	il	il
	%	%	%	%	50%	%	%	%	40%	40%

**Tabella VII.** Distribuzione più frequente del motivo della presa in carico.

Tenendo in considerazione le varie zone presenti è stato possibile identificare una media di 16 mesi per il tempo e la durata della presa in carico da parte di un caregiver (Tabella VIII)

	Zona									
	1	2A	2b	3	4	5	6	7	8	9
Media	21	22	7	8	10	7	10	9	10	8
mesi	mesi	mesi	mesi	mesi	mesi	mesi	mesi	mesi	mesi	mesi

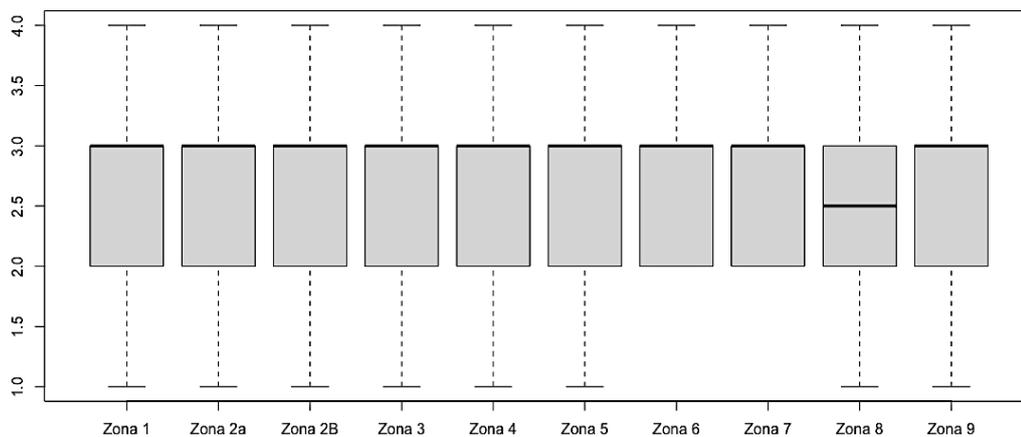
**Tabella VIII.** durata del tempo medio di presa in carico da parte dei caregiver.

#### 4.2 Analisi percezione della propria preparazione

L'analisi ottenuta mediante la somministrazione della Preparedness Caregiver Scale prende in considerazione: il confronto della preparazione media generale dei caregiver divisi per zone e per ogni domanda posta si vuole evidenziare la zona più preparata con la zona invece più carente in quell'ambito.

Dall'analisi riportata in base all'indagine mediante la somministrazione della Preparedness Caregiver Scale è stato possibile identificare una preparazione con una media del 2,6 punti su una scala che va da 0 a 4; dal grafico presente è possibile evincere che le zona meno preparata è la zona 8 con una media di 2,4 identificabile nell'assetto geografico di Polesella e che le zone più preparate con una media di 2,8 sono la zona 5, 6 e 7 che si ritrovano rispettivamente a Grignano, Villadose e Ceregnano (Figura 2).

## Caregiver: Preparazione media



**Figura 2.** Confronto preparazione media nei caregiver divisi per zone.

Di seguito per ogni domanda posta si evidenzia il confronto tra la zona più preparata e quella più carente.

Alla domanda 1: “Quanto pensi di essere preparato a prenderti cura dei bisogni fisici del tuo familiare?” si è riscontrato che le zone con una media più carente sono state la zona 2A e zona 7 con una media di 3 mentre si è riscontrata una maggior preparazione nella zona 2B, zona 3, zona 6, zona 8 e zona 9 con una media di 3,2.

Alla domanda 2: “Quanto pensi essere preparato nel prenderti cura dei suoi bisogni emotivi?” è possibile identificare una carenza nella zona 4 con una media che si attesta di 2,4 e una maggior preparazione nella zona 4 con una media di 3.

Al quesito 3: “Quanto pensi di essere preparato per scoprire e organizzare servizi per lui o lei?” si è identificata come zona con maggiori carenze la zona 2B con una media di 2,2, al contrario la zona maggiormente preparata è stata la zona 1 con una media di 3.

Al quesito 4: “Quanto pensi di essere preparato per lo stress dell’assistenza?” la zona dove si sono riscontrate maggiori lacune è stata la numero 2B con una media 1,9, mentre le zone più preparate si sono identificate nella zona 1 e zona 2A con una media riscontrabile del 2,5.

Alla domanda 5: “Quanto ritieni di essere preparato a rendere le attività di assistenza piacevoli sia per te che il tuo caro?” le zone meno preparate sono state la zona 1, zona

2A, zona 2B, zona 3 e zona 9 con una media di 2,5, diversamente per la zona che si è mostrata maggiormente preparata è stata la zona 4 con una media di 3.

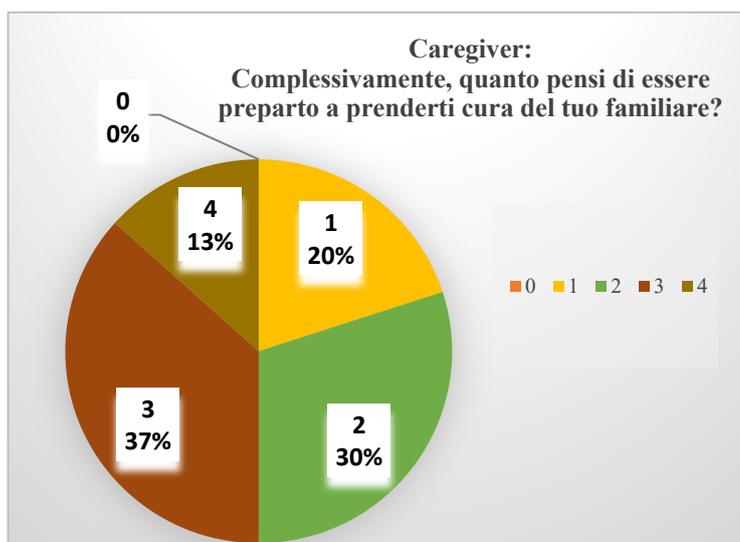
Alla domanda 6: “Quanto pensi di essere preparato a rispondere e gestire le emergenze che coinvolgono il tuo caro?” tale quesito si è scomposto durante l’indagine in 9 sotto domande in cui 5 delle quali hanno un riferimento al motivo della presa in carico da parte dell’assistenza domiciliare integrata (CV, MED, SNG/PEG, NPT TP EV, Tracheostomia), dunque affinché lo studio fosse significativo si è voluto prendere in considerazione solamente i due motivi che hanno presentato una maggior frequenza statistica per zona indagata, che sono la gestione delle medicazione e del catetere vescicale, in quanto certi quesiti risultavano sconosciuti all’intervistato o dei fattori che non erano mai stati riscontrati durante la presa in carico dei caregiver come ad esempio la gestione della tracheostomia; per questo la zona più carente nel gestire le complicanze di una medicazione con una media di 0,7 è la zona 3, all’opposto la zona maggiormente preparata nel gestire tali complicanze con una media di 2 è la zona 1. Nell’ambito delle complicanze derivate dalla gestione del catetere vescicale è possibile identificare come zona meno preparata con una media di 0,4 la zona 6, viceversa la zona più preparata con una media di 1,3 è la zona 7.

Per le altre 4 sotto domande (disfagia, dolore, cadute e aggravamento) è stato invece possibile avere un riscontro significativo perché tutti i vari utenti hanno avuto un’esperienza in tale ambito, per questo nella gestione delle complicanze relativo alla disfagia è stato possibile evidenziare una carenza nella zona 8 con una media di 2,5, mentre la zona più preparata con una media di 3,4 è stata la zona 9; nella gestione delle complicanze riferite alle cadute è stato riscontrato un livello minore di preparazione nella zona 8 con una media 1,7, all’opposto la zona 5 con una media di 2,8 si è dimostrata con un livello maggiore di preparazione; nella gestione delle complicanze relative al dolore è possibile evidenziare come zona meno preparata con una media di 2,2 la zona 3, viceversa la zona maggiormente preparata è stata identificata nella zona 6 con una media di 3; nella gestione delle complicanze riferite ad un aggravamento generale si riscontra come zona meno preparata la zona 6 con una media di 1,9, mentre le zone più preparate si identificano nelle zone 5 e 7 con una media 2,4.

Al quesito 7: “Quanto pensi di essere preparato per ottenere l’aiuto e le informazioni di cui hai bisogno dal sistema sanitario?” si dimostrata una minor preparazione nelle

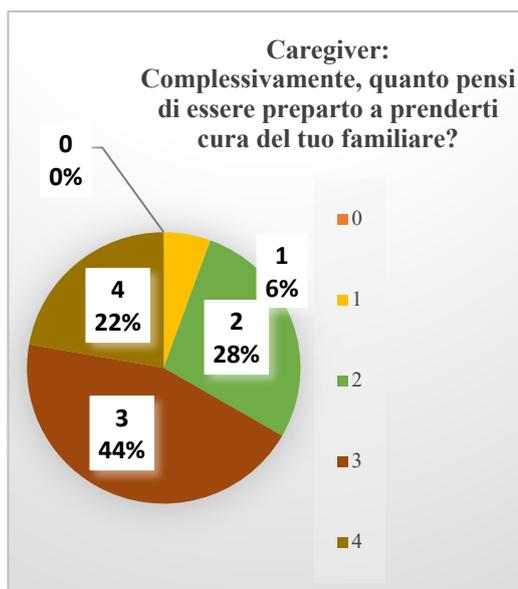
zone 8 e 2B con una media di 2,4, viceversa le zone maggiormente preparate si sono identificate nella zona 1 e zona 2A con una media del 2,9.

Al quesito 8: “Complessivamente, quanto pensi di essere preparato a prenderti cura del tuo familiare?” è possibile evidenziare che la zona con un minor livello di preparazione è la zona 8 con una media di 2,4 (Figura 3).

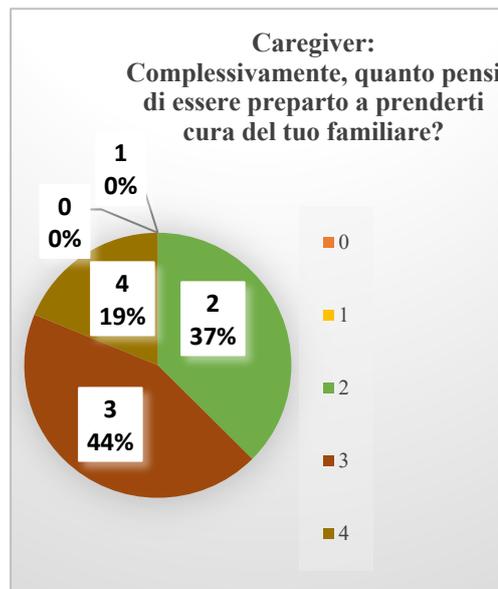


**Figura 3.** Frequenza percentuale della zona 8 al quesito 8.

In confronto, vi sono le due zone hanno mostrato un maggior livello di preparazione che sono la zona 5 e zona 6 con una media di 2,8 (Figura 4 e 5)

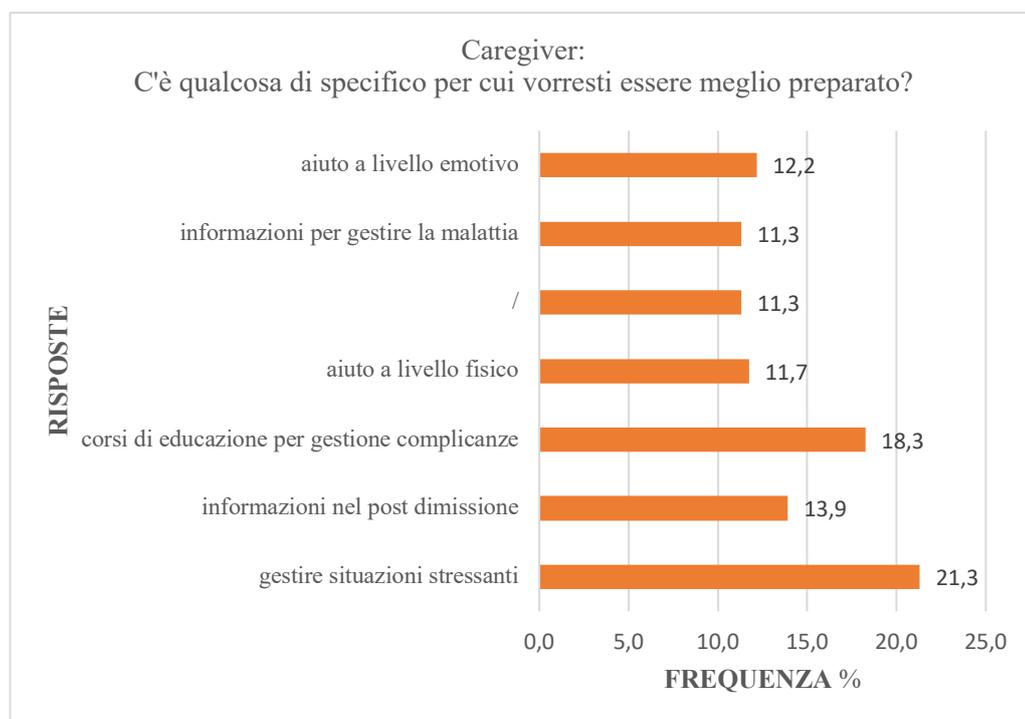


**Figura 4.** Frequenza % Z5 al quesito 8.



**Figura 5.** Frequenza % Z6 al quesito 8.

Al quesito 9 identificatosi per essere una domanda a risposta aperta sono state consigliate durante la somministrazione dell'indagine diverse risposte per agevolare e condurre l'utente ad una risposta immediata, tali risposte consigliate sono rispettivamente: "aiuto a livello emotivo", "informazioni per gestire la malattia", "niente", "aiuto a livello fisico", "corsi di educazione per la gestione delle complicanze", "informazioni nel post dimissione" e "gestire le situazioni stressanti". Come si evince dal grafico (figura 6), il quale prende in considerazione il totale degli utenti indagati, le due problematiche che meglio vorrebbero essere approfondite sono: la gestione delle situazioni stressanti, con una frequenza percentuale del 21,3% e eventuali corsi di educazione per la gestione delle complicanze, con una frequenza percentuale del 18,3%.



**Figura 6.** Frequenza percentuale delle 10 zone prese in considerazione al quesito 9.

## **5. CAPITOLO QUINTO: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI**

### **5.1 Interpretazione dei risultati**

L'indagine svolta ha evidenziato un progressivo aumento dell'età dei caregiver, identificabile con un riscontro massimo di età pari ai 72 anni; tale fenomeno sicuramente potrebbe prevedere delle conseguenze riguardanti sia l'incremento delle problematiche di salute che sia dell'efficacia dell'assistenza prestata ed è inoltre importante identificare il fatto che ad un aumento dell'età si associa una maggior dedizione per il legame più stretto con il proprio caro mentre d'altra parte è possibile evincere che vi sia una lentezza operativa e reattiva maggiore nel prestare le cure. <sup>(5)</sup>

Dallo studio condotto si osserva che i motivi maggiori di presa in carico di un paziente sono la gestione del catetere vescicale e il trattamento delle lesioni cutanee con una rappresentanza del 42% e 56% rispettivamente e che la presa in carico viene maggiormente gestita da un caregiver informale, principalmente donna.

Il tempo medio di presa in carico da parte di un caregiver si attesta sui 16 mesi. Un lungo periodo di assistenza non è sempre correlato ad una "alta" preparazione in quanto attraverso l'indagine si è osservato che la preparazione media dei caregiver si attesta su un valore di 2,66, corrispondente ad un livello di preparazione definito dalla scala PCS: "abbastanza preparati"/"preparati".

Solo un quesito ha avuto una media che si attesta con un punteggio di 3,2, tale è proprio la domanda numero 1 che indaga la preparazione dei caregiver nella gestione dei bisogni fisici, identificabili con l'alimentazione, l'igiene, la vestizione, la gestione dell'alvo e della diuresi, il supporto alla respirazione e la gestione dei farmaci.

Questo perché come spiegato da alcuni caregiver durante l'indagine effettuata, tali attività sono da considerarsi appartenenti alla quotidianità, per il più delle volte svolte inconsapevolmente e possono apportare la correzione di eventuali stili di vita.

È altresì, importante sottolineare che nella gestione da parte del caregiver dell'impegno fisico ed emotivo quotidiano, delle responsabilità e dell'affrontare delle dinamiche nuove e complesse che derivano dall'assistenza, la media è del 2,2; infatti una delle richieste che presenta una frequenza percentuale maggiore d'intervento di supporto (un valore del 21,3%), è la gestione delle situazioni stressanti, in quanto il caregiver risente maggiormente del carico assistenziale.

Dai risultati emersi del quesito numero 6 (capacità di gestione delle complicanze), si ipotizza che andando ad introdurre delle occasioni di formazione dedicate ai caregiver i possa migliorare quella che è la consapevolezza e la percezione della propria preparazione, in modo tale da diminuire gli accessi non programmati dell'infermiere di assistenza domiciliare, gli errori nelle cure e il rischio che il proprio assistito venga ricoverato e da aumentare la sicurezza nell'agire di un caregiver, con un conseguente impatto della soddisfazione da parte del proprio caro. <sup>(3)</sup>

Il 18,3 % dei corsi di educazione per la gestione di eventuali complicanze dovute al motivo della presa in carico da parte dell'ADI (cv, med, sng/peg; tracheo; npt tp ev), alla disfagia, alle cadute, al dolore riferito e percepito dal proprio caro e all'aggravamento dello stato di salute dell'assistito. Data la complessità e l'importanza del ruolo che detengono le persone che accompagnano la persona nelle fasi di malattia o in un percorso terapeutico, vi è la necessità di una maggiore conoscenza per quanto riguarda la preparazione nel caregiving, altresì fondamentale è l'inserimento della preparazione nei modelli assistenziali.<sup>(32)</sup>

L'attuazione precoce di interventi di preparazione nella gestione del proprio assistito inteso come formazione durante il ricovero ospedaliero o programmazione annuale sviluppata nel territorio Polesano per determinate tematiche assistenziali, potrebbe consentire l'aumentare della percezione e della consapevolezza della propria preparazione.

Allo stato attuale, l'infermiere dell'assistenza domiciliare rappresenta un supporto educativo per i caregiver in un setting domiciliare.

## **5.2 Limiti dello studio**

I limiti che lo studio ha riscontrato sono:

- Il campione preso in esame considera solo i caregiver dei pazienti afferenti al servizio ADI sede di Rovigo.
- Un atteggiamento diffidente percepito nell'interloquire con qualche intervistato, nonostante i pazienti siano stati avvisati dell'indagine svolta da parte dell'infermiere di zona, questo può avere influenzato i tempi dell'intervista e l'adesione al progetto.

- L'assenza di un confronto del tema trattato effettuando una preparazione strutturata.
- L'impegno di tempo per effettuare l'intervista e la complessità nello spiegare correttamente il contenuto della domanda a persone che non hanno una formazione sanitaria.

### **5.3 Implicazioni per la pratica**

A conclusione di questa indagine è possibile dimostrare come, la Preparedness Caregiver Scale, sia stata efficace di quelle tematiche a rischio di esiti negativi nel caregiving, e, ancor più importante, che sia utile per una futura gestione di eventuali corsi di formazione, grazie ai quali si incrementi la propria percezione di preparazione. È altresì vero che l'estensione dell'indagine alla sede di Trecenta e al Distretto 2 potrebbe migliorare ulteriormente i risultati sulla tematica indagata. Un'analisi più approfondita potrebbe prevedere l'introduzione di tale scala in un momento antecedente la dimissione, andando ad oggettivare la preparazione del caregiver al momento della presa in carico infermieristica nel territorio e ad orientare l'operato dell'infermiere ADI.

L'infermiere diventa il gestore di un complesso flusso di percorsi assistenziali.

Dalla dimissione egli è la figura avente le competenze per individuare i caregiver che necessitano di formazione ed il professionista sul territorio preparato nel colmare le aree grigie nella gestione assistenziale.

La proposta d'introdurre la Preparedness Caregiver Scale ha l'obiettivo di migliorare e creare piani terapeutici che non prevedano il solo coinvolgimento del paziente, nel piano assistenziale, nella riacquisizione delle proprie capacità ma che vadano a valorizzare anche il caregiver, fornendogli una preparazione tale da sentirsi capace nel gestire e affrontare certe dinamiche che si riscontrano in un ambiente domiciliare e di differenziare il percorso più appropriato per ciascun caregiver, da attivare in base alle necessità di cura per assicurare le risorse fisiche, emotive, organizzative, di monitoraggio e di gestione di eventuali complicanze. <sup>(33)</sup>

L'infermiere detiene un ruolo molto importante in quanto esso è storicamente la figura sanitaria più vicina al paziente e al suo nucleo familiare, e, per questo, si pone in prima linea per formare e sostenere il caregiver.

Il ruolo educativo e formativo dell'infermiere si può apprezzare analizzando e prendendo in riferimento l'articolo 1 nel comma 2 del DM 14/09/1994 n°739:

“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”

(34)

Analizzando invece gli articoli presenti nel codice deontologico del 2019 si può evincere dall'articolo 17 presente nel capo IV “rapporti con le persone assistite”:

“Nel percorso di cura l'infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.” (35)

#### **5.4 Raccomandazioni per gli studi futuri**

È auspicabile, per gli studi futuri, aumentare il numero dei pazienti e prendere in considerazione anche la sede di Trecenta per il Distretto 1 ed il Distretto 2, estendendo l'indagine temporalmente e geograficamente, in modo tale da far rientrare maggiori unità statistiche nel campione e per avere una selezione per tutta l'Azienda ULSS 5 Polesana.

Sicuramente interessante sarebbe eseguire un confronto a distanza dal tempo 0, identificabile con la dimissione al tempo 1, riscontrabile dopo un periodo di corsi di educazione in quegli item dove i caregiver si identificano come a rischio di esiti negativi nel caregiving in modo tale da verificare se tale formazione in un momento ipotetico di dimissione aumenti quella che è la consapevolezza della propria preparazione nel gestire un assistito a casa. Non meno importante sarebbe il confronto con più anni precedenti a quello di somministrazione della scala, estendendolo, quindi, anche agli anni antecedenti il 2023.

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

1. I caregiver sono circa 8,5 milioni, 7,3 milioni lo fanno per i propri familiari. E chi aiuta di più sono spesso proprio gli anziani - Quotidiano Sanità [Internet]. [citato 28 ottobre 2023]. Disponibile su: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=58181](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=58181).
2. Gutierrez-Baena B, Romero-Grimaldi C. Predictive model for the preparedness level of the family caregiver. *International Journal of Nursing Practice*. 2022;28(3):e13057.
3. Shyu YIL, Yang CT, Huang CC, Kuo HC, Chen ST, Hsu WC. Influences of Mutuality, Preparedness, and Balance on Caregivers of Patients With Dementia. *Journal of Nursing Research*. settembre 2010;18(3):155.
4. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG. Mutuality and Preparedness Moderate the Effects of Caregiving Demand on Cancer Family Caregiver Outcomes. *Nursing Research*. dicembre 2007;56(6):425.
5. De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldi G. Aging populations: the health and quality of life of the elderly. *Clin Ter*. 2011;162(1):e13-18.
6. Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione europea [Internet]. 2017 [citato 11 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.istat.it/it/archivio/203820>
7. caregiver in Vocabolario - Treccani [Internet]. [citato 28 settembre 2023]. Disponibile su: [https://www.treccani.it/vocabolario/caregiver\\_\(Neologismi\)](https://www.treccani.it/vocabolario/caregiver_(Neologismi))
8. Zani B, Cicognani E. *psicologia della salute*. Società editrice il Mulino;
9. Pesaresi F. *Il manuale dei caregiver familiari*. Maggioli Editore; 2021.

10. Schulz R, Eden J, Adults C on FC for O, Services B on HC, Division H and M, National Academies of Sciences E. Family Caregiving Roles and Impacts. In: Families Caring for an Aging America [Internet]. National Academies Press (US); 2016 [citato 29 settembre 2023]. Disponibile su: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>
11. Pucciarelli G. Caregiving: valutare l'invalutabile [Internet]. Nurse Times. 2016 [citato 11 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://nursetimes.org/caregiving-valutare-linvalutabile/13253>
12. Legislatura 17<sup>a</sup> - Disegno di legge n. 2266 [Internet]. [citato 28 ottobre 2023]. Disponibile su: [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/967581/index.html?part=ddlpres\\_ddlpres1](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/0/967581/index.html?part=ddlpres_ddlpres1)
13. Pillole di salute del 22/05/2023 – Telechiara Videomedia SpA [Internet]. [citato 28 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://telechiara.gruppovideomedia.it/it/on-demand/approfondimenti/pillole-di-salute?id=81425>
14. Regione del Veneto, Giunta Regionale 8° legislatura. deliberazione della Giunta n°39 del 17 Gen. 2006. 2006.
15. Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 12 ottobre 2023]. Cure primarie Rovigo. Disponibile su: <https://www.aulss5.veneto.it/Cure-primarie-Rovigo>
16. Cascini F, Gentili A. National Recovery and Resilience Plan and Health: qualitative analysis on the sustainability of the interventions on healthcare. Ann Ig. 2023;35(5):602–10.
17. Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 11 ottobre 2023]. Cure primarie. Disponibile su: <https://www.aulss5.veneto.it/Cure-primarie-1>

18. Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 12 ottobre 2023]. Anziani. Disponibile su: <https://www.aulss5.veneto.it/Anziani>
19. Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 11 ottobre 2023]. Assistenza domiciliare integrata dell'azienda Ulss 5: cambio di sede per una migliore accessibilità. Disponibile su: <https://www.aulss5.veneto.it/Assistenza-domiciliare-integrata-dellazienda-Ulss-5-cambio-di-sede-per-una-migliore-accessibilita>
20. Becchi MA, Tavasani G, Turci G. [Strategies for the development of the quality of integrated home care]. *Minerva Med.* ottobre 1998;89(10):385–93.
21. Regione Veneto, AULSS 5 Polesana. guida al servizio assistenza domiciliare e cure palliative. 2022.
22. Paolo DB. Associazioni cittadini-pazienti: “Abbiamo bisogno di più infermieri” [Internet]. *fnopi.* 2022 [citato 19 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.fnopi.it/2022/01/12/associazioni-cittadinipazianti-documento/>
23. Bobbo N. Fondamenti pedagogici di educazione del paziente. CLEUP; 2012.
24. Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble SL. Family caregiving skill: development of the concept. *Res Nurs Health.* giugno 2000;23(3):191–203.
25. Nguyen HQ, Haupt EC, Duan L, Hou AC, Wang SE, Mariano JD, et al. Hospital utilisation in home palliative care: caregiver health, preparedness and burden associations. *BMJ Supportive & Palliative Care* [Internet]. 25 gennaio 2022 [citato 11 ottobre 2023]; Disponibile su: <https://spcare.bmj.com/content/early/2022/01/24/bmjspcare-2021-003455>
26. Burgdorf JG, Arbaje AI, Stuart EA, Wolff JL. Unmet family caregiver training needs associated with acute care utilization during home health care. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2021;69(7):1887–95.

27. Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. *Heart & Lung*. 1 novembre 2014;43(6):555–60.
28. Petruzzo A, Paturzo M, Buck HG, Barbaranelli C, D'Agostino F, Ausili D, et al. Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. *Res Nurs Health*. ottobre 2017;40(5):470–8.
29. Vellone E, Biagioli V, Durante A, Buck HG, Iovino P, Tomietto M, et al. The Influence of Caregiver Preparedness on Caregiver Contributions to Self-care in Heart Failure and the Mediating Role of Caregiver Confidence. *Journal of Cardiovascular Nursing*. giugno 2020;35(3):243.
30. Regione Veneto Aulss 5 Polesana. protocollo di presa in carico del paziente del servizio di assistenza domiciliare integrata aulss 5 polesana, rev 00. 2023.
31. Dettaglio Deliberazione della Giunta Regionale - Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto [Internet]. [citato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=492555>
32. Gutierrez-Baena B, Romero-Grimaldi C. Development and psychometric testing of the Spanish version of the Caregiver Preparedness Scale. *Nursing Open*. 2021;8(3):1183–93.
33. Henriksson A, Årestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. *Palliat Med*. 1 luglio 2013;27(7):639–46.
34. Gazzetta Ufficiale [Internet]. [citato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1995/01/09/095G0001/sg>
35. Deontologia FNOPI | Federazione Nazionale degli OPI [Internet]. fnopi. [citato 12 ottobre 2023]. Disponibile su: <https://www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/>

## **ALLEGATI**

- **ALLEGATO N°1**- PRESENTAZIONE INDAGINE CON SCALA SOMMINISTRATA
- **ALLEGATO N°2** - TABELLA CAREGIVER DIVISI PER REGIONE ITALIANA
- **ALLEGATO N°3** – RICERCA LETTERATURA
- **ALLEGATO N°4** - RISULTATI ZONA 1
- **ALLEGATO N°5** – RISULTATI ZONA 2A
- **ALLEGATO N°6** – RISULTATI ZONA 2B
- **ALLEGATO N°7** – RISULTATI ZONA 3
- **ALLEGATO N°8** – RISULTATI ZONA 4
- **ALLEGATO N°9** – RISULTATI ZONA 5
- **ALLEGATO N°10** – RISULTATI ZONA 6
- **ALLEGATO N°11** – RISULTATI ZONA 7
- **ALLEGATO N°12** – RISULTATI ZONA 8
- **ALLEGATO N°13** – RISULTATI ZONA 9

## ALLEGATO N°1 - PRESENTAZIONE INDAGINE CON SCALA SOMMINISTRATA

Prospetto esplicativo della preparedness caregiver scale somministrata durante l'intervista

### PRESENTAZIONE STANDARD PER INDAGINE TESI

Buongiorno, sono Emma Grillanda, laureanda in infermieristica nell'Università di Padova.

In collaborazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata sto svolgendo un'indagine dedicata al caregiver cioè quella persona che, dentro la propria casa, si prende cura di colui che presenta la malattia.

Lo scopo è valutare quanto lei si sente preparato nella gestione del proprio caro.

Il trattamento dei vostri dati verrà solamente utilizzato per concretizzare lo scopo della mia ricerca, garantendo il rispetto della privacy.

Il mio questionario si compone di nove domande a cui lei può dare 5 risposte:

- Punteggio 0 corrisponde a “non sono preparato”
- Punteggio 1 corrisponde a “poco preparato”
- Punteggio 2 corrisponde a “abbastanza preparato”
- Punteggio 3 corrisponde a “sono preparato”
- Punteggio 4 corrisponde a “sono ben preparato”

Inizio con le domande

**1. Quanto pensi di essere preparato a prenderti cura dei bisogni fisici del tuo familiare?**

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
che voto si da, da 0 a 4 sulla sua preparazione nel gestire l'alimentazione del suo familiare, da intendersi come da bere e da mangiare?					
che voto si da, da 0 a 4 sulla sua preparazione a gestire l'igiene del suo familiare?					
che voto si da, da 0 a 4 sulla sua preparazione ad aiutare nella vestizione il suo caro?					

che voto si da, da 0 a 4 sulla sua preparazione nel gestire l'alvo e la diuresi del suo familiare?					
che voto si da, da 0 a 4 nella sua preparazione nella gestione al supporto della respirazione del suo familiare?					
che voto si da, da 0 a 4, nella sua preparazione nella gestione della somministrazione di farmaci?					

*2. Quanto pensi di essere preparato nel prenderti cura dei suoi bisogni emotivi?*

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
da 0 a 4 che voto si da nella sua preparazione a prendersi cura dei momenti di preoccupazione, ansia, tristezza, sconforto legati ai problemi di salute che detiene il suo caro?					

*3. Quanto pensi di essere preparato per scoprire e organizzare servizi per lui o per lei?*

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
da 0 a 4 che voto si da nella sua preparazione a richiedere l'attivazione di visite domiciliari di figure specialistiche, fornitura di ausili come pannoloni, mad, sollevatore e servizi di trasporto?					

*4. Quanto pensi di essere ben preparato per lo stress dell'assistenza?*

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
da 0 a 4 quanto si sente adeguato nel gestire il carico di impegno sia fisico che emotivo quotidiano, a gestire la responsabilità e l'affrontare dinamiche nuove?					

*5. Quanto ritieni di essere ben preparato a rendere le attività di assistenza piacevoli sia per te che per il tuo familiare?*

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
che voto si da, da 0 a 4 nella sua preparazione nell'intrattenere e stimolare positivamente il proprio caro?					

**6. Quanto pensi di essere preparato a rispondere e gestire le emergenze che lo coinvolgono?**

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
da 0 a 4 quanto si sente preparato nella gestione di alterazioni della diuresi e dell'alvo e se eventualmente presente il catetere si sentirebbe preparato nella gestione di mancanza di urine nella sacca del catetere, rimozione accidentale del catetere vescicale o dolore addominale?					
da 0 a 4 quanto si sente preparato nella gestione di dolore in sede della medicazione, rimozione accidentale della medicazione, medicazione molto sporca o contaminata da feci e urine?					
da 0 a 4 quanto si sente preparato se presente cvp nella gestione di dolore in sede, presenza di flogosi come arrossamento e gonfiore, perdita di liquidi, rimozione accidentale?					
da 0 a 4 quanto si sente preparato nella gestione se presente sng o peg di ostruzione, segnale di allarme della pompa nutrizionale, rimozione accidentale, dolore in sede, presenza di vomito e diarrea?					
da 0 a 4 quanto si sente preparato a gestire l'incapacità del proprio caro nella deglutizione (disfagia)?					
da 0 a 4 quanto si sente capace, se presente la tracheostomia nella gestione di eccessive secrezioni, tosse, rimozione accidentale, malfunzionamento dell'aspiratore e aspirazione?					
da 0 a 4 quanto si sente capace nella gestione di eventuali cadute del proprio caro?					
da 0 a 4 quanto si sente preparato nella gestione del dolore sia acuto che cronico del proprio familiare?					
da 0 a 4 quanto si sente preparato nella gestione di un eventuale aggravamento dello stato di salute del proprio familiare?					

**7. Quanto pensi di essere preparato per ottenere l'aiuto e le informazioni di cui hai bisogno dal sistema sanitario?**

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
da 0 a 4 quanto ti senti pronto ad identificare un'emergenza e metterti in contatto con mmg, pediatra, 118 e adi?					
da 0 a 4 quanto ti senti preparato a contattare gli uffici preposti dell'azienda Aulss 5?					

8. *Complessivamente, quanto pensi di essere preparato a prenderti cura del tuo familiare?*

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
	0	1	2	3	4
nella media dopo tutti questi esempi quanto ti senti pronto da 0 a 4 a gestire complessivamente lo stato di salute del tuo assistito?					

9. *C'è qualcosa di specifico per cui vorresti essere meglio preparato?*

COME APPROFONDIRE LA DOMANDA	PUNTEGGIO				
da intendersi come la gestione di bisogni fisici, e supporto psicologico					

**ULTIME INFORMAZIONI**

*Da quanti anni assisteste il suo caro?*

Meno di 2 MESI	MENO DI 2 ANNI	MENO DI 5 ANNI	OLTRE I 5 ANNI

*Quanti anni ha (hai)?*

<30 anni	Tra 30-50	Tra 50-70	Oltre 70

*E' un membro della famiglia?*

SI	NO

*La ringrazio per la collaborazione*



## ALLEGATO N°2 - TABELLA CAREGIVER DIVISI PER REGIONE ITALIANA

Persone di 15 anni e più e 65 anni e più che forniscono cure o assistenza almeno una volta a settimana (a), per tipo di destinatario, numero di ore settimanali, regione, ripartizione geografica e grado di urbanizzazione (per 100 persone con le stesse caratteristiche e dati in migliaia)												
REGIONE	Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali			Fornisce assistenza	Fornisce assistenza prevalentemente a familiari	Numero ore settimanali				
			Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana			Non indicato	Meno di 10 ore a settimana	Almeno 10 ore, ma meno di 20 ore a settimana	20 ore o più a settimana	Non indicato
<b>15 ANNI E PIÙ</b>												
<b>65 ANNI E PIÙ</b>												
Piemonte	20,1	17,8	69,7	20,0	22,1	1,8	-	-	-	-		
Valle d'Aosta	16,1	12,6	61,6	14,5	23,9	-	-	-	-	-		
Liguria	16,8	13,6	60,2	17,1	22,1	0,6	-	-	-	-		
Lombardia	15,9	12,8	58,3	19,8	20,7	1,2	-	-	-	-		
Trentino - Alto Adige	16,6	12,3	68,4	20,4	18,9	3,2	-	-	-	-		
Bolzano	11,9	8,3	64,1	20,4	21,3	4,2	-	-	-	-		
Trento	19,2	15,2	61,0	20,4	16,9	2,7	-	-	-	-		
Vienna	18,7	15,7	61,8	16,3	21,2	0,8	-	-	-	-		
Friuli-Venezia Giulia	20,2	16,9	61,4	18,8	19,8	-	-	-	-	-		
Emilia-Romagna	16,5	13,9	58,6	18,5	22,3	0,7	-	-	-	-		
Toscana	18,2	15,2	59,0	21,6	25,8	2,5	-	-	-	-		
Umbria	19,9	17,1	59,5	14,7	25,8	-	-	-	-	-		
Marche	15,5	13,8	40,5	26,7	30,6	2,2	-	-	-	-		
Lazio	15,0	12,5	46,9	24,3	24,4	4,5	-	-	-	-		
Abruzzo	16,6	14,8	47,6	17,0	31,9	3,5	-	-	-	-		
Molise	13,7	10,5	58,5	9,5	23,2	8,9	-	-	-	-		
Campania	13,7	12,4	56,1	18,8	24,1	0,8	-	-	-	-		
Puglia	16,4	15,1	51,9	15,9	28,7	4,8	-	-	-	-		
Basilicata	16,7	14,8	39,5	32,0	29,5	-	-	-	-	-		
Calabria	12,9	10,9	48,4	18,4	31,6	1,6	-	-	-	-		
Sicilia	15,0	13,3	39,3	22,8	37,2	0,7	-	-	-	-		
Sardegna	19,0	17,7	46,4	18,9	34,2	0,4	-	-	-	-		
<b>RIPARTIZIONE GEOGRAFICHE</b>												
Nord-ovest	17,1	14,0	57,6	19,8	21,3	1,3	13,8	10,6	47,8	14,0	34,5	2,7
Nord-est	17,7	14,8	60,3	17,7	21,1	0,8	12,6	8,8	58,8	15,6	32,3	1,3
Centro	16,4	13,9	48,3	22,8	25,8	3,1	13,5	10,9	38,9	17,2	37,6	5,3
Sud	14,8	13,3	52,0	18,0	27,5	2,4	11,3	9,8	35,3	15,3	43,6	5,9
Isole	16,0	14,3	41,4	21,7	36,3	0,6	14,0	12,8	33,0	15,8	49,2	2,1
<b>GRADO DI URBANIZZAZIONE</b>												
Area densamente popolata	16,4	13,5	54,0	19,5	24,8	1,6	15,0	11,8	43,2	18,5	34,7	3,5
Area mediamente popolata	16,4	14,0	54,8	20,0	23,4	1,8	12,2	9,6	44,7	13,9	38,1	3,3
Area scarsamente popolata	16,5	14,6	50,3	19,7	28,2	1,7	11,6	9,8	38,9	14,1	43,3	3,7
<b>Italia</b>	<b>16,4</b>	<b>14,6</b>	<b>53,4</b>	<b>19,8</b>	<b>25,1</b>	<b>1,7</b>	<b>12,9</b>	<b>10,4</b>	<b>42,7</b>	<b>15,7</b>	<b>38,1</b>	<b>3,5</b>

(a) Persone con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infirmità



**ALLEGATO N°3 – RICERCA LETTERATURA**

BANCA DATI / FONTE	PAROLE CHIAVI	ARTICOLI TROVATI	ARTICOLI SELEZIONATI	DESCRIZIONE DEGLI ARTISTI: AUTORE, TITOLO, RIVISTA, RIFERIMENTI
pubmed	Integrated home care	12	3	<p>De Luca d'Alessandro E, Bonacci S, Giraldi G. Aging populations: the health and quality of life of the elderly. Clin Ter. 2011;162(1):e13-8. PMID: 21448536.</p> <p>Cascini F, Gentili A. National Recovery and Resilience Plan and Health: qualitative analysis on the sustainability of the interventions on healthcare. Ann Ig. 2023 Sep-Oct;35(5):602-610. doi: 10.7416/ai.2023.2561. Epub 2023 Mar 3. PMID: 36866601.</p> <p>Becchi MA, Tavasani G, Turci G. Strategie di sviluppo della qualità dell'assistenza domiciliare integrata [Strategies for the development of the quality of integrated home care]. Minerva Med. 1998 Oct;89(10):385-93. Italian. PMID: 10189903.</p>
pubmed	caregiver preparedness scale	102	13	<p>Dionne-Odom JN, Azuero A, Taylor RA, Wells RD, Hendricks BA, Bechthold AC, Reed RD, Harrell ER, Dosse CK, Engler S, McKie P, Ejem D, Bakitas MA, Rosenberg AR. Resilience, preparedness, and distress among family caregivers of patients with advanced cancer. Support Care Cancer. 2021 Nov;29(11):6913-6920. doi: 10.1007/s00520-021-06265-y. Epub 2021 May 24. PMID: 34031751; PMCID: PMC9733586.</p>

				<p>Henriksson A, Årestedt K. Exploring factors and caregiver outcomes associated with feelings of preparedness for caregiving in family caregivers in palliative care: A correlational, cross-sectional study. <i>Palliat Med.</i> 1 luglio 2013;27(7):639–46.</p> <p>Kuzmik A, Boltz M, Resnick B, BeLue R. Evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in African American and White Caregivers of Persons With Dementia During Post-Hospitalization Transition. <i>J Nurs Meas.</i> 2021 Sep 13;JNM-D-20-00087. doi: 10.1891/JNM-D-20-00087. Epub ahead of print. PMID: 34518397; PMCID: PMC9514879.</p> <p>Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Vela RJ, et al. Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. <i>Heart &amp; Lung.</i> 1 novembre 2014;43(6):555–60.</p> <p>Petruzzo A, Paturzo M, Buck HG, Barbaranelli C, D'Agostino F, Ausili D, Alvaro R, Vellone E. Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. <i>Res Nurs Health.</i> 2017 Oct;40(5):470-478. doi: 10.1002/nur.21811. Epub 2017 Sep 8. PMID: 28884832.</p> <p>Vellone E, Biagioli V, Durante A, Buck HG, Iovino P, Tomietto M, Colaceci S, Alvaro R, Petruzzo A. The Influence of Caregiver Preparedness on Caregiver Contributions to Self-care in Heart Failure and the Mediating Role of Caregiver Confidence. <i>J Cardiovasc</i></p>
--	--	--	--	---

				<p>Nurs. 2020 May/Jun;35(3):243-252. doi: 10.1097/JCN.0000000000000632. PMID: 32084078.</p> <p>Burgdorf JG, Wolff JL, Chase JA, Arbaje AI. Barriers and facilitators to family caregiver training during home health care: A multisite qualitative analysis. J Am Geriatr Soc. 2022 May;70(5):1325-1335. doi: 10.1111/jgs.17762. Epub 2022 Mar 30. PMID: 35323993; PMCID: PMC9106880.</p> <p>Burgdorf JG, Arbaje AI, Stuart EA, Wolff JL. Unmet family caregiver training needs associated with acute care utilization during home health care. Journal of the American Geriatrics Society. 2021;69(7):1887-95.</p> <p>Uhm KE, Jung H, Woo MW, Kwon HE, Oh-Park M, Lee BR, Kim EJ, Kim JH, Lee SA, Lee J. Influence of preparedness on caregiver burden, depression, and quality of life in caregivers of people with disabilities. Front Public Health. 2023 Jul 26;11:1153588. doi: 10.3389/fpubh.2023.1153588. PMID: 37564425; PMCID: PMC10409988.</p> <p>Nguyen HQ, Haupt EC, Duan L, Hou AC, Wang SE, Mariano JD, Lee JA, McMullen C. Hospital utilisation in home palliative care: caregiver health, preparedness and burden associations. BMJ Support Palliat Care. 2022 Jan 25:bmjspcare-2021-003455. doi: 10.1136/bmjspcare-2021-003455. Epub ahead of print. PMID: 35078873.</p> <p>Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG. Mutuality and</p>
--	--	--	--	---

				<p>preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes. <i>Nurs Res.</i> 2007 Nov-Dec;56(6):425-33. doi: 10.1097/01.NNR.0000299852.75300.03. PMID: 18004189.</p> <p>Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Caparro M, Mutale F, Agrawal S. Effects of caregiving demand, mutuality, and preparedness on family caregiver outcomes during cancer treatment. <i>Oncol Nurs Forum.</i> 2008 Jan;35(1):49-56. doi: 10.1188/08.ONF.49-56. PMID: 18192152.</p> <p>Petruzzo A, Biagioli V, Durante A, Emberti Gialloreti L, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. Influence of preparedness on anxiety, depression, and quality of life in caregivers of heart failure patients: Testing a model of path analysis. <i>Patient Educ Couns.</i> 2019 May;102(5):1021-1028. doi: 10.1016/j.pec.2018.12.027. Epub 2018 Dec 28. PMID: 30611564.</p> <p>Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble SL. Family caregiving skill: development of the concept. <i>Res Nurs Health.</i> giugno 2000;23(3):191–203.</p>
pubmed	Family Caregiver skill	127	2	<p>Schumacher KL, Stewart BJ, Archbold PG, Dodd MJ, Dibble SL. Family caregiving skill: development of the concept. <i>Res Nurs Health.</i> giugno 2000;23(3):191–203.</p> <p>Schulz R, Eden J, Adams C, et al. Family Caregiving Roles and Impacts. In: <i>Families Caring for an Aging America</i> [Internet].</p>

				National Academies Press (US); 2016 [citato 29 settembre 2023]. Disponibile su: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/</a>
Wiley Online Library	caregiver preparedness scale	149	3	<p>Petruzzo, A, Paturzo, M, Buck, HG, et al. Psychometric evaluation of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of adults with heart failure. <i>Res Nurs Health. 2017; 40: 470–478.</i> <a href="https://doi.org/10.1002/nur.21811">https://doi.org/10.1002/nur.21811</a></p> <p>Gutierrez-Baena, B, Romero-Grimaldi, C. Development and psychometric testing of the Spanish version of the Caregiver Preparedness Scale. <i>Nurs Open. 2021; 8: 1183–1193.</i> <a href="https://doi.org/10.1002/nop2.732">https://doi.org/10.1002/nop2.732</a></p> <p>Gutierrez-Baena, B., &amp; Romero-Grimaldi, C. (2022). Predictive model for the preparedness level of the family</p> <p>Shyu YIL, Yang CT, Huang CC, Kuo HC, Chen ST, Hsu WC. Influences of Mutuality, Preparedness, and Balance on Caregivers of Patients With Dementia. <i>Journal of Nursing Research.</i> settembre 2010;18(3):155.</p>
Aulss 5 Veneto	Assistenza domiciliare integrata	154	4	<p>Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 12 ottobre 2023]. Cure primarie Rovigo. Disponibile su: <a href="https://www.aulss5.veneto.it/Cure-primarie-Rovigo">https://www.aulss5.veneto.it/Cure-primarie-Rovigo</a></p> <p>Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 11 ottobre 2023]. Cure primarie. Disponibile su:</p>

				<p><a href="https://www.aulss5.veneto.it/Cure-primarie-1">https://www.aulss5.veneto.it/Cure-primarie-1</a>  Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 12 ottobre 2023]. Anziani.  Disponibile su:  <a href="https://www.aulss5.veneto.it/Anziani">https://www.aulss5.veneto.it/Anziani</a>  Aulss 5 Polesana [Internet]. [citato 11 ottobre 2023]. Assistenza domiciliare integrata dell'azienda Ulss 5: cambio di sede per una migliore accessibilità. Disponibile su:  <a href="https://www.aulss5.veneto.it/Assistenza-domiciliare-integrata-dellazienda-Ulss-5-cambio-di-sede-per-una-migliore-accessibilita">https://www.aulss5.veneto.it/Assistenza-domiciliare-integrata-dellazienda-Ulss-5-cambio-di-sede-per-una-migliore-accessibilita</a></p>
FNOP I	Caregiver veneto	64	2	<p>Paolo DB. Associazioni cittadini-pazienti: "Abbiamo bisogno di più infermieri" [Internet]. fnopi. 2022 [citato 19 ottobre 2023]. Disponibile su:  <a href="https://www.fnopi.it/2022/01/12/associazioni-cittadinipazianti-documento/">https://www.fnopi.it/2022/01/12/associazioni-cittadinipazianti-documento/</a>  Paolo DB. CAREGIVER - position statement FNOPI su Ddl A.S. 1461 [Internet]. fnopi. 2020 [citato 29 ottobre 2023]. Disponibile su:  <a href="https://www.fnopi.it/aree-tematiche/caregiver/">https://www.fnopi.it/aree-tematiche/caregiver/</a></p>

## ALLEGATO N°4 - RISULTATI ZONA 1

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 2	M	56	figlio	chirurgia	med e sng	laurea	1 anno
PAZIENTE 3	F	61	figlia	geriatria	med	medie	1 anno
PAZIENTE 4	F	52	figlia	medicina	cv	medie	6 mesi
PAZIENTE 5	F	67	moglie	medicina	tracheostomia	diploma	3 anni
PAZIENTE 6	M	54	figlio	urologia	cv	medie	2 anni
PAZIENTE 7	F	57	Assistente	medicina	cv	diploma	6 mesi
PAZIENTE 9	F	63	figlia	cardiologia	med	diploma	m1
PAZIENTE 11	F	53	figlia	chirurgia	cv + lavaggio p	diploma	1 anno
PAZIENTE 13	M	56	figlia	medicina	med	diploma	4 anni
PAZIENTE 15	F	66	moglie	medicina	med	medie	1 anno
PAZIENTE 17	M	69	marito	neurologia	med	medie	5 anni
PAZIENTE 18	F	48	figlia	medicina	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 19	F	42	figlia	cardiologia	cv	diploma	2 anni
PAZIENTE 20	M	56	figlio	geriatria	med	medie	1 anno
PAZIENTE 21	M	39	figlio	chirurgia	med	elementari	7 mesi
PAZIENTE 22	M	70	marito	ortopedia	ferite ch	medie	1 anno



ALLEGATO N°5 – RISULTATI ZONA 2A

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
1	F	65	figlia	neurologia	med e cv	medie	1 anno
2	F	46	figlia	medicina	cv	diploma	6 mesi
3	M	48	figlio	medicina	med	diploma	8 mesi
4	F	59	assistente	geriatria	cv	elementari	5 mesi
5	M	61	marito	geriatria	med	elementari	2 anni
6	M	72	marito	geriatria	cv	medie	3 anni
7	M	48	figlio	chirurgia	npt tp ev, me	laurea	3 anni
8	F	61	assistente	medicina	med	diploma	4 anni
9	M	63	assistente	medicina	cv	diploma	5 mesi
10	F	57	moglie	neurologia	npt tp ev	medie	5 mesi
11	F	43	figlia	neurologia	sng e cv	medie	1 anno
12	M	39	figlio	chirurgia	sng e cv	laurea	4 mesi
13	F	43	figlia	medicina	med e cv	laurea	4 mesi
14	F	55	figlia	geriatria	med	laurea	2 anni
15	M	63	marito	chirurgia	ferite ch e pe	medie	4 mesi
16	F	69	figlia	ortopedia	med	elementari	5 anni
17	M	54	figlio	cardiologia	cv	diploma	3 anni
18	M	54	assistente	urologia	cv	elementari	10 mesi
19	F	61	assistente	medicina	lavaggio port	medie	5 anni
20	F	58	figlia	geriatria	lavaggio port	diploma	4 anni
21	F	72	moglie	geriatria	med	elementari	5 anni
22	M	43	figlio	cardiologia	cv	diploma	3 anni
23	M	57	figlio	chirurgia	npt tp ev e m	medie	4 mesi
24	M	38	figlio	geriatria	sng	diploma	10 mesi
25	F	40	figlia	medicina	peg	laurea	2 anni
26	F	52	mamma	pediatria	sng	diploma	1 anno



ALLEGATO N°6 – RISULTATI ZONA 2B

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	F	54	figlia	geriatria	cv	diploma	1 mese
PAZIENTE 2	F	43	figlia	cardiologia	peg	laurea	1 anno
PAZIENTE 3	M	44	figlio	medicina	peg + cv	elementari	2 anni
PAZIENTE 4	F	61	moglie	medicina	med	elementari	3 mesi
PAZIENTE 5	F	40	figlia	geriatria	peg	diploma	4 mesi
PAZIENTE 6	F	57	moglie	cardiologia	med + sng	elementari	1 anno
PAZIENTE 7	M	58	marito	neurologia	med	diploma	3 mesi
PAZIENTE 8	M	61	assistente	medicina	med + peg	diploma	2 anni
PAZIENTE 9	M	45	figlio	nefrologia	cv	laurea	3 mesi
PAZIENTE 10	M	49	figlio	nefrologia	cv	laurea	8 mesi
PAZIENTE 11	F	54	figlia	geriatria	cv	diploma	5 mesi
PAZIENTE 12	F	56	figlia	medicina	npt tp ev + cv	elementari	1 anno
PAZIENTE 13	F	60	figlia	medicina	med + ferite	elementari	1 anno
PAZIENTE 14	F	63	moglie	geriatria	med	diploma	2 mesi
PAZIENTE 15	F	59	figlia	chirurgia	med + peg	diploma	5 mesi
PAZIENTE 16	M	52	marito	neurologia	sng + cv	elementari	8 mesi
PAZIENTE 17	F	55	figlia	geriatria	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 18	M	43	figlio	geriatria	cv	medie	5 mesi
PAZIENTE 19	M	42	figlio	chirurgia	peg	diploma	2 anni
PAZIENTE 20	M	44	figlio	cardiologia	med	elementari	8 mesi
PAZIENTE 21	F	37	assistente	medicina	cv	laurea	1 mese
PAZIENTE 22	F	39	figlia	medicina	npt tp ev+me	diploma	1 anno
PAZIENTE 23	F	45	figlia	neurologia	med	diploma	2 mesi
PAZIENTE 24	F	49	figlia	neurologia	med	laurea	8 mesi
PAZIENTE 25	F	53	moglie	ortopedia	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 26	M	56	marito	urologia	med + cv	diploma	9 mesi
PAZIENTE 27	M	67	assistente	medicina	med	elementari	5 mesi
PAZIENTE 28	F	62	moglie	cardiologia	med	diploma	10 mesi
PAZIENTE 29	F	57	moglie	cardiologia	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 30	F	58	figlia	neurologia	med	diploma	4 mesi
PAZIENTE 31	F	69	assistente	geriatria	med	elementari	1 anno
PAZIENTE 32	F	63	figlia	chirurgia	npt tp ev	medie	2 mesi
PAZIENTE 33	M	57	marito	medicina	cv	medie	4 mesi
PAZIENTE 34	M	44	figlio	urologia	cv	diploma	3 mesi



ALLEGATO N°7 – RISULTATI ZONA 3

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	f	60	moglie	geriatria	npt tp ev	diploma	2 mesi
PAZIENTE 2	m	45	assistente	chirurgia	peg + trache	elementari	1 anno
PAZIENTE 3	m	43	figlio	medicina	med	laurea	3 mesi
PAZIENTE 4	f	54	figlia	medicina	peg + cv + tra	medie	4 mesi
PAZIENTE 5	f	55	figlia	urologia	cv	medie	1 anno
PAZIENTE 6	f	62	assistente	urologia	cv	elementari	1 anno
PAZIENTE 7	f	39	figlia	cardiologia	cv	elementari	2 mesi
PAZIENTE 8	m	43	figlia	medicina	cv	diploma	5 mesi
PAZIENTE 9	m	38	figlio	neurologia	cv	laurea	8 mesi
PAZIENTE 10	f	42	moglie	neurologia	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 11	f	45	figlia	geriatria	cv	medie	1 mese
PAZIENTE 12	m	36	figlio	medicina	cv	laurea	2 anni
PAZIENTE 13	m	63	marito	neurologia	cv	elementari	7 mesi
PAZIENTE 14	f	61	moglie	geriatria	npt tp ev	elementari	3 mesi
PAZIENTE 15	f	59	assistente	geriatria	med + cv	diploma	2 anni
PAZIENTE 16	f	55	figlia	urologia	cv	medie	6 mesi
PAZIENTE 17	f	54	moglie	chirurgia	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 18	m	41	marito	geriatria	med	elementari	10 mesi
PAZIENTE 19	m	38	figlio	ortopedia	med	medie	5 mesi
PAZIENTE 20	m	35	figlio	chirurgia	npt tp ev + p	diploma	8 mesi
PAZIENTE 21	f	61	moglie	medicina	med	elementari	1 anno
PAZIENTE 22	f	43	figlia	medicina	sng	diploma	5 mesi



ALLEGATO N°8 – RISULTATI ZONA 4

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	f	54	moglie	medicina	sng + cv	diploma	3 mesi
PAZIENTE 2	f	47	figlia	ortopedia	ferite ch	diploma	1 mese
PAZIENTE 3	f	42	figlia	ortopedia	med	elementari	1 anno
PAZIENTE 4	m	35	figlio	urologia	cv	laurea	4 mesi
PAZIENTE 5	m	57	marito	chirurgia	med + cv	elementari	6 mesi
PAZIENTE 6	f	63	moglie	cardiologia	cv	diploma	1 anno
PAZIENTE 7	f	69	assistente	neurologia	med	elementari	2 anni
PAZIENTE 8	f	55	figlia	neurologia	med	medie	8 mesi
PAZIENTE 9	m	63	marito	cardiologia	cv	medie	2 anni
PAZIENTE 10	m	46	figlio	medicina	med	elementari	5 mesi
PAZIENTE 11	f	57	figlio	geriatria	med + cv	diploma	1 anno
PAZIENTE 12	f	63	assistente	geriatria	cv	elementari	3 anni
PAZIENTE 13	m	59	figlia	neurologia	med	medie	4 mesi
PAZIENTE 14	f	53	moglie	cardiologia	med	medie	8 mesi
PAZIENTE 15	m	49	figlio	geriatria	cv	diploma	1 anno
PAZIENTE 16	f	42	figlia	medicina	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 17	f	38	figlia	chirurgia	med	laurea	10 mesi
PAZIENTE 18	f	54	moglie	medicina	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 19	m	59	figlio	geriatria	cv	medie	2 anni
PAZIENTE 20	m	62	marito	ortopedia	ferite ch	elementari	4 mesi
PAZIENTE 21	m	57	figlio	geriatria	cv	elementari	2 mesi
PAZIENTE 22	f	44	assistente	cardiologia	med	diploma	4 anni
PAZIENTE 23	m	43	figlio	neurologia	med	medie	1 mese
PAZIENTE 24	f	39	figlia	ortopedia	cv	laurea	1 anno
PAZIENTE 25	f	51	moglie	neurologia	med	medie	7 mesi
PAZIENTE 26	f	48	figlia	medicina	med	diploma	8 mesi



## ALLEGATO N°9 – RISULTATI ZONA 5

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	f	56	figlia	cardiologia	med + cv	elementari	1 anno
PAZIENTE 2	f	48	figlia	neurologia	cv	diploma	3 mesi
PAZIENTE 3	f	39	figlia	medicina	cv	laurea	5 mesi
PAZIENTE 4	m	38	figlio	ortopedia	cv	laurea	1 anno
PAZIENTE 5	m	45	figlio	cardiologia	cv	diploma	3 mesi
PAZIENTE 6	f	49	figlia	medicina	cv	diploma	8 mesi
PAZIENTE 7	f	52	moglie	chirurgia	cv	medie	1 mese
PAZIENTE 8	f	61	moglie	geriatria	med	elementari	2 mesi
PAZIENTE 9	m	65	assistente	chirurgia	med + lavag	elementari	1 anno
PAZIENTE 10	f	48	figlia	urologia	cv	medie	4 mesi
PAZIENTE 11	f	59	moglie	neurologia	med	medie	8 mesi
PAZIENTE 12	m	52	figlio	neurologia	med	elementari	4 mesi
PAZIENTE 13	m	63	marito	medicina	med + cv	medie	10 mesi
PAZIENTE 14	m	45	figlio	geriatria	cv	diploma	1 anno
PAZIENTE 15	f	44	figlia	medicina	med	diploma	3 mesi
PAZIENTE 16	f	53	figlia	chirurgia	med	medie	8 mesi
PAZIENTE 17	m	51	marito	medicina	med	medie	2 mesi
PAZIENTE 18	f	60	assistente	neurologia	med	diploma	1 anno



ALLEGATO N°10– RISULTATI ZONA 6

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	m	58	marito	cardiologia	cv	diploma	1 mese
PAZIENTE 2	m	46	figlio	geriatria	med	medie	1 anno
PAZIENTE 3	f	42	figlia	medicina	cv	medie	5 mesi
PAZIENTE 4	f	53	figlia	medicina	cv	diploma	10 mesi
PAZIENTE 5	f	61	moglie	chirurgia	ferite ch	elementari	4 mesi
PAZIENTE 6	f	65	moglie	cardiologia	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 7	m	49	assistente	geriatria	cv	elementari	1 anno
PAZIENTE 8	m	47	figlio	medicina	med + cv	diploma	10 mesi
PAZIENTE 9	f	53	figlia	medicina	med	diploma	4 mesi
PAZIENTE 10	f	62	figlia	medicina	npt tp ev	medie	5 mesi
PAZIENTE 11	m	59	figlio	chirurgia	ferite ch	elementari	7 mesi
PAZIENTE 12	m	59	marito	neurologia	med	elementari	1 anno
PAZIENTE 13	f	65	assistente	ortopedia	med + ferite	diploma	2 anni
PAZIENTE 14	f	43	figlia	medicina	npt tp ev	elementari	3 mesi
PAZIENTE 15	f	39	figlia	geriatria	med	laurea	10 mesi
PAZIENTE 16	m	40	figlio	chirurgia	med + lavag	medie	2 anni

	PAZIENTE 1	PAZIENTE 2	PAZIENTE 3	PAZIENTE 4	PAZIENTE 5	PAZIENTE 6	PAZIENTE 7	PAZIENTE 8	PAZIENTE 9	PAZIENTE 10	PAZIENTE 11	PAZIENTE 12	PAZIENTE 13	PAZIENTE 14	PAZIENTE 15	PAZIENTE 16
1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
2	3	4	1	3	4	4	4	2	3	2	1	3	4	2	3	3
3	3	4	1	3	4	4	4	2	3	2	1	3	4	2	3	3
4	2	4	2	1	4	4	4	3	3	2	2	3	4	2	2	4
5	1	4	2	1	4	4	4	3	3	2	2	3	4	1	2	4
6	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
7	3	2	4	4	2	4	3	3	4	1	3	0	4	3	1	2
8	1	3	2	3	1	4	0	1	2	4	3	1	2	3	3	4
9	4	0	1	4	1	3	2	1	0	3	4	2	4	2	3	1
10	3	2	4	4	2	4	3	3	4	1	3	0	4	3	1	2
11	1	0	2	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
12	0	4	0	0	1	4	0	2	3	0	2	3	4	0	1	4
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	4
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	3	3	3	4	3	4	3	2	3	4	2	3	4	3	3	4
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	3	4	2	3	2	3	3	2	1	2	1	2	4	1	3	4
18	3	3	3	1	3	3	3	4	3	3	4	2	4	3	2	4
19	2	0	1	4	2	3	3	2	0	1	2	1	4	2	3	1
20	1	4	3	2	3	4	2	3	3	4	3	3	4	3	1	4
21	1	3	2	3	1	4	0	1	2	4	3	1	4	3	3	4
22	2	3	2	3	3	4	4	2	3	3	2	2	4	2	3	3
23	informazioni i nel post dimissione	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello fisico	informazioni i per gestire la malattia	aiuto a livello emotivo	/	corsi di educazione per gestione complicanz e	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello emotivo	informazioni i per gestire la malattia	informazioni i per gestire la malattia	gestire situazioni stressanti	/	aiuto a livello fisico	corsi di educazione per gestione complicanz e	aiuto a livello emotivo

ALLEGATO N°11– RISULTATI ZONA 7

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	f	63	moglie	neurologia	med	elementari	6 mesi
PAZIENTE 2	f	45	figlia	medicina	med + cv	diploma	1 anno
PAZIENTE 3	f	48	figlia	medicina	cv	diploma	8 mesi
PAZIENTE 4	f	53	figlia	urologia	med + cv	medie	5 mesi
PAZIENTE 5	f	39	figlia	neurologia	cv	laurea	1 mese
PAZIENTE 6	m	38	figlio	medicina	med + cv	laurea	5 mesi
PAZIENTE 7	m	47	figlio	geriatria	cv	medie	10 mesi
PAZIENTE 8	f	51	assistente	medicina	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 9	f	56	moglie	neurologia	med	diploma	1 anno
PAZIENTE 10	f	61	moglie	cardiologia	cv	elementari	2 anni
PAZIENTE 11	m	67	marito	chirurgia	ferite ch	elementari	4 mesi
PAZIENTE 12	m	49	figlio	ortopedia	med	medie	1 anno
PAZIENTE 13	f	37	figlia	geriatria	med	laurea	8 mesi
PAZIENTE 14	f	48	figlia	medicina	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 15	f	56	figlia	cardiologia	med	diploma	10 mesi
PAZIENTE 16	f	53	figlia	cardiologia	med + cv	medie	2 anni

	PAZIENTE 1	PAZIENTE 2	PAZIENTE 3	PAZIENTE 4	PAZIENTE 5	PAZIENTE 6	PAZIENTE 7	PAZIENTE 8	PAZIENTE 9	PAZIENTE 10	PAZIENTE 11	PAZIENTE 12	PAZIENTE 13	PAZIENTE 14	PAZIENTE 15	PAZIENTE 16
1	4	2	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4
2	4	2	3	3	2	1	2	4	3	4	2	3	3	1	3	4
3	4	2	3	2	2	1	2	4	3	4	2	3	3	1	3	4
4	4	2	3	3	1	1	3	4	3	4	1	2	3	1	2	4
5	4	2	3	2	2	1	3	4	3	4	1	2	3	2	2	4
6	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4
7	1	3	2	2	3	4	0	2	3	3	2	4	3	1	2	4
8	2	3	4	2	4	1	3	0	1	4	1	2	4	3	0	2
9	2	3	0	1	3	4	1	2	1	4	2	4	0	3	1	2
10	1	3	2	2	3	4	0	2	3	4	2	4	4	1	2	4
11	0	2	3	2	1	2	3	0	0	4	0	0	0	0	0	4
12	4	2	0	2	0	2	0	0	4	0	3	2	4	2	1	4
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	3	2	4	3	2	4	3	3	4	4	3	3	4	3	3	4
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	2	1	3	3	2	3	3	3	4	4	2	3	4	0	2	4
18	3	2	3	2	1	2	2	2	3	4	2	3	4	2	3	4
19	2	3	3	3	2	1	1	3	3	4	1	3	4	2	1	2
20	3	2	3	3	2	1	2	3	3	4	3	3	4	2	2	4
21	2	3	3	3	3	3	3	0	1	4	1	3	4	3	1	4
22	3	2	4	3	1	3	2	3	4	4	2	3	4	1	2	4
23	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello fisico	aiuto a livello emotivo	aiuto a livello emotivo	informazion i nel post dimissione	corsi di educazione per gestione complicanz e	gestire situazioni stressanti	informazion i per gestire la malattia	gestire situazioni stressanti	/	informazion i per gestire la malattia	informazion i nel post dimissione	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello fisico	informazion i nel post dimissione	aiuto a livello emotivo

ALLEGATO N°12– RISULTATI ZONA 8

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	f	45	figlia	geriatria	cv	diploma	1 anno
PAZIENTE 2	f	56	assistente	neurologia	med	elementari	2 anni
PAZIENTE 3	m	57	figlio	urologia	med + cv	medie	2 anni
PAZIENTE 4	m	58	figlio	medicina	med	elementari	3 mesi
PAZIENTE 5	m	45	figlio	medicina	npt tp ev + m	diploma	2 mesi
PAZIENTE 6	m	43	figlio	neurologia	cv	diploma	11 mesi
PAZIENTE 7	f	32	figlia	medicina	cv	laurea	7 mesi
PAZIENTE 8	f	39	assistente	geriatria	med	elementari	2 anni
PAZIENTE 9	f	38	figlia	chirurgia	peg	diploma	10 mesi
PAZIENTE 10	f	61	moglie	medicina	med	diploma	2 anni
PAZIENTE 11	m	35	figlio	geriatria	cv	medie	5 mesi
PAZIENTE 12	f	67	assistente	cardiologia	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 13	f	59	assistente	ortopedia	cv	elementari	1 anno
PAZIENTE 14	f	54	moglie	ortopedia	cv	diploma	10 mesi
PAZIENTE 15	f	58	moglie	chirurgia	cv	medie	1 anno
PAZIENTE 16	m	43	figlio	ortopedia	ferite ch	medie	4 mesi
PAZIENTE 17	m	49	figlio	geriatria	med	elementari	10 mesi
PAZIENTE 18	f	50	figlia	medicina	med	elementari	5 mesi
PAZIENTE 19	m	51	figlio	chirurgia	lavaggio por	medie	4 mesi
PAZIENTE 20	m	60	marito	geriatria	cv	medie	1 anno
PAZIENTE 21	f	67	assistente	urologia	med + cv	medie	3 anni
PAZIENTE 22	f	61	moglie	medicina	med	medie	1 anno
PAZIENTE 23	f	53	figlia	neurologia	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 24	f	48	assistente	neurologia	cv	elementari	1 anno
PAZIENTE 25	f	46	figlia	geriatria	med	laurea	1 mese
PAZIENTE 26	m	54	figlio	medicina	med	diploma	5 mesi
PAZIENTE 27	m	55	figlio	geriatria	cv	medie	1 anno
PAZIENTE 28	m	63	marito	cardiologia	cv	elementari	10 mesi
PAZIENTE 29	f	47	figlia	cardiologia	med + cv	diploma	4 mesi
PAZIENTE 30	f	45	figlia	medicina	med	medie	5 mesi

1	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4	PACIENTE 5	PACIENTE 6	PACIENTE 7	PACIENTE 8	PACIENTE 9	PACIENTE 10	PACIENTE 11	PACIENTE 12	PACIENTE 13	PACIENTE 14	PACIENTE 15	PACIENTE 16	PACIENTE 17	PACIENTE 18	PACIENTE 19	PACIENTE 20	PACIENTE 21	PACIENTE 22	PACIENTE 23	PACIENTE 24	PACIENTE 25	PACIENTE 26	PACIENTE 27	PACIENTE 28	PACIENTE 29		
2	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
3	2	2	3	4	3	2	3	1	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	3	2	3	4	3	1	2	4	4	3	1	3	4	2	4	2	4	2	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	
5	3	2	3	4	3	1	2	4	4	3	1	3	4	2	4	1	4	2	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	
6	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
7	2	2	3	2	4	2	3	3	2	2	3	3	3	2	4	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
8	2	2	1	3	3	1	2	2	3	2	2	3	3	2	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
9	3	0	3	2	2	1	2	2	3	3	3	3	3	2	4	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
10	2	2	3	2	4	2	3	3	4	2	2	3	3	2	4	2	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
11	3	0	2	0	3	0	2	1	0	0	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
12	0	1	2	3	3	0	0	3	0	3	0	3	0	0	2	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
15	3	2	2	3	3	2	2	4	4	3	2	3	2	2	1	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
16	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
17	1	0	2	3	3	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
18	3	2	2	2	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
19	1	1	3	2	2	2	3	2	4	1	4	4	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
20	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
21	3	2	1	3	3	1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
22	2	1	3	3	4	2	1	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
23	aiuto a livello fisico	gestire situazioni stressanti	informazioni per gestire la malattia	gestire situazioni stressanti	/	informazioni nel post dimissione	corsi di educazione per gestione complicanze	aiuto a livello fisico	/	aiuto a livello emotivo	informazioni per gestire la malattia	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello fisico	corsi di educazione per gestione complicanze	informazioni nel post dimissione	corsi di educazione per gestione complicanze	aiuto a livello emotivo	corsi di educazione per gestione complicanze	gestire situazioni stressanti	informazioni per gestire la malattia	/	aiuto a livello fisico	informazioni per gestire la malattia	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello fisico	informazioni nel post dimissione	gestire situazioni stressanti	aiuto a livello emotivo	aiuto a livello fisico	informazioni nel post dimissione	corsi di educazione per gestione complicanze

ALLEGATO N°13– RISULTATI ZONA 9

	SESSO	ETÀ	GRADO DI PA	REPARTO DI	MOTIVO PRE	TITOLO DI ST	ANNI DI PRE
PAZIENTE 1	f	39	assistente	medicina	med + peg	elementari	1 anno
PAZIENTE 2	f	40	figlia	geriatria	cv	diploma	3 mesi
PAZIENTE 3	f	56	moglie	neurologia	cv	medie	4 mesi
PAZIENTE 4	m	58	marito	neurologia	cv	medie	8 mesi
PAZIENTE 5	m	45	figlio	cardiologia	med	diploma	2 mesi
PAZIENTE 6	m	49	figlio	cardiologia	med	elementari	6 mesi
PAZIENTE 7	m	48	figlio	medicina	cv	elementari	10 mesi
PAZIENTE 8	f	51	moglie	medicina	cv	medie	4 mesi
PAZIENTE 9	f	63	moglie	geriatria	cv	medie	1 anno
PAZIENTE 10	f	65	moglie	chirurgia	npt tp ev + n	diploma	2 mesi
PAZIENTE 11	f	67	assistente	chirurgia	med	medie	2 anni
PAZIENTE 12	m	42	figlio	medicina	med	elementari	8 mesi
PAZIENTE 13	m	50	marito	neurologia	med	diploma	4 mesi
PAZIENTE 14	f	59	assistente	geriatria	med	elementari	2 anni
PAZIENTE 15	f	42	figlia	ortopedia	cv	diploma	10 mesi
PAZIENTE 16	f	44	figlia	cardiologia	med	diploma	3 mesi
PAZIENTE 17	m	66	marito	medicina	med	medie	1 anno
PAZIENTE 18	f	45	figlia	ortopedia	med + ferite	diploma	3 mesi
PAZIENTE 19	f	53	assistente	geriatria	sng	diploma	5 mesi
PAZIENTE 20	f	58	figlia	chirurgia	peg	medie	1 anno

	PAZIENTE 1	PAZIENTE 2	PAZIENTE 3	PAZIENTE 4	PAZIENTE 5	PAZIENTE 6	PAZIENTE 7	PAZIENTE 8	PAZIENTE 9	PAZIENTE 10	PAZIENTE 11	PAZIENTE 12	PAZIENTE 13	PAZIENTE 14	PAZIENTE 15	PAZIENTE 16	PAZIENTE 17	PAZIENTE 18	PAZIENTE 19	PAZIENTE 20
1	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	1	4	4	3	4	3	1	2	2	3
3	4	2	4	4	4	4	2	2	4	4	1	4	4	3	4	3	1	2	1	3
4	4	3	4	4	4	2	2	1	4	4	2	4	4	3	4	3	1	2	1	2
5	4	3	4	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	3	4	3	1	2	2	1
6	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4
7	1	2	2	4	1	1	4	3	4	4	3	1	4	3	1	1	4	2	3	2
8	3	1	4	0	2	3	4	3	4	4	2	2	4	4	3	1	2	1	3	2
9	3	2	0	4	1	2	2	3	0	4	3	2	4	3	1	1	3	2	2	0
10	1	2	2	4	1	1	4	3	4	4	3	1	4	3	1	1	4	2	3	1
11	0	3	2	1	0	0	0	2	3	0	0	0	0	0	4	0	0	1	0	0
12	3	0	0	0	3	4	0	0	4	4	2	3	1	4	0	1	3	1	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
15	4	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	3	2	4	4	2	4	3	3	4
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	3	3	4	3	2	3	1	3	3	4	1	3	1	3	2	3	1	2	1	2
18	2	2	4	1	2	1	2	2	3	4	2	2	1	3	3	3	3	3	2	1
19	3	2	4	3	2	2	1	1	1	4	1	3	1	3	1	1	1	2	1	1
20	3	4	4	4	2	3	1	2	4	4	2	3	1	3	3	3	1	2	3	3
21	3	1	4	0	2	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	1	2	1	3	2
22	3	2	4	2	3	3	1	3	4	4	2	3	2	4	3	2	2	1	3	3
23	Informazioni i nel post dimissione	aiuto a livello emotivo	gestire situazioni stressanti	informazioni per gestire la malattia	gestire situazioni stressanti	gestire situazioni stressanti	corsi di educazione per gestione complicanz e	informazioni i nel post dimissione	aiuto a livello emotivo	/	aiuto a livello fisico	aiuto a livello emotivo	corsi di educazione per gestione complicanz e	/	gestire situazioni stressanti	informazioni i per gestire la malattia	aiuto a livello fisico	informazioni i nel post dimissione	aiuto a livello fisico	gestire situazioni stressanti