



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**La comunicazione in condizioni di
completo isolamento nello scenario di
massiccio afflusso di persone gravemente
malate: una survey**

Relatore:
Dott. Daniele Messi

Tesi di Laurea di:
**Carlotta Neria Nahoma
Avvantaggiato**

Correlatore:
Dott. Fabio Sarzana

A.A. 2022/2023

INDICE

| | |
|---|----|
| Introduzione..... | 1 |
| L'assistenza infermieristica in Area Critica e la riorganizzazione delle Unità di Terapia Intensiva..... | 4 |
| La pandemia vista dal servizio SET 118 e la gestione dell'isolamento..... | 9 |
| La comunicazione con i familiari al tempo della pandemia..... | 12 |
| Obiettivo..... | 15 |
| Materiali e metodi..... | 16 |
| Disegno di ricerca..... | 16 |
| Popolazione..... | 17 |
| Campione e campionamento..... | 17 |
| Variabili..... | 17 |
| Strumenti..... | 17 |
| Periodo di analisi..... | 18 |
| Metodi di analisi statistica..... | 18 |
| Considerazioni etiche..... | 18 |
| Risultati..... | 19 |
| Risultati della revisione della letteratura..... | 19 |
| Risultati survey..... | 26 |
| Discussione..... | 36 |
| Conclusioni..... | 39 |
| Implicazioni per la pratica clinica..... | 40 |
| Bibliografia e Sitografia..... | 41 |
| Allegati..... | 43 |

INTRODUZIONE

Il Ministero della Salute evidenzia le fasi iniziali della pandemia da Covid-19, con una panoramica generale della patologia e la sua origine. “Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un cluster di casi di polmonite a eziologia ignota nella città di Wuhan.”¹. Come riportato nel documento il 9/1/2020 il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) cinese ha riferito di aver identificato un nuovo coronavirus (Sars-Cov-2) come agente causante della patologia respiratoria chiamata Covid-19. Così il 30 gennaio 2020 l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato lo stato di epidemia da Coronavirus in Cina come Emergenza Internazionale di salute pubblica. In Italia i primi casi di COVID-19 sono stati confermati a Roma il 30 gennaio 2020, con la positività accertata di due turisti provenienti dalla Cina. Nel mese di febbraio 2020, l’epidemia inizia a diffondersi e vengono individuati i primi focolai, confermati a Codogno (circa 16). Le regioni del Nord Italia, Veneto, Emilia Romagna e Piemonte sono state le più colpite duramente dalla pandemia. Il Governo italiano il 22 febbraio 2020 ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale. Nel mese di marzo l’epidemia ha raggiunto il suo picco, con 60000 nuovi casi al giorno. Il 9 marzo il Governo italiano dichiara lo stato di Emergenza Nazionale, e impone il lockdown nazionale questo ha comportato la chiusura di tutte le attività non essenziali limitando gli spostamenti. “L’11 marzo 2020 il direttore generale dell’OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus ha definito la diffusione del Covid-19 non più una epidemia confinata ad alcune zone geografiche, ma una pandemia diffusa in tutto il pianeta”¹. “L’epidemia in Italia si mantiene grave ancora a causa di un impatto elevato sui servizi assistenziali. Sebbene si osservi una diminuzione dell’incidenza a livello nazionale negli ultimi 14 gg (305,47 per 100.000 abitanti (14/12/2020 – 27/12/2020) vs 329,53 per 100.000 abitanti nel periodo 7/12/2020-20/12/2020, il valore è ancora lontano da livelli che permetterebbero il completo ripristino sull’intero territorio nazionale dell’identificazione dei casi e tracciamento dei loro contatti.

Nel periodo 8 – 21 dicembre 2020, l’Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a 0,93 (range 0,89 – 1.02) in lieve aumento da tre settimane e con un limite superiore dell’intervallo di credibilità al 95% che supera il valore 1. Continua quindi il segnale di controtendenza nell’indice di trasmissione segnalato nelle ultime tre settimane nell’intero Paese. Questo si realizza in un contesto europeo caratterizzato da un nuovo aumento nel numero di casi in molti paesi Europei e la circolazione di varianti virali con una potenziale maggiore capacità di trasmissione.

Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità

(<https://www.iss.it/primo-piano/-/asset-publisher/040GR9qmvuz9/content/id/5477037>)²

I primi studi disponibili provenienti dalla Cina descrivevano i principali sintomi iniziali della patologia, che includevano febbre, tosse, mal di testa, dolori muscolari e affaticamento. Hanno riportato un'elevata incidenza di casi gravi con sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) (17-29%) e condizioni critiche come, shock settico, acidosi metabolica, coagulopatia e insufficienza multiorgano (23-32%) nei pazienti ospedalizzati. Tassi di incidenza simili per condizioni critiche (16%) sono stati osservati anche in Lombardia e nel Nord Italia.

L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) presentano un rapporto che analizza l'impatto della malattia da Covid-19 sul sistema ospedaliero italiano. Oltre a descrivere gli effetti sul complesso dei ricoveri, grazie al confronto dei dati relativi al 2020 con la media del triennio 2017-2019, il rapporto quantifica i ricoveri Covid-19 e ne descrive le caratteristiche salienti; illustra inoltre le conseguenze sui ricoveri non correlati al Covid-19 .

Nel 2020 si sono registrati circa 6,5 milioni di ricoveri, il 22% in meno rispetto alla media del triennio precedente. La diminuzione, attribuibile principalmente al differimento delle ospedalizzazioni non urgenti, ha riguardato sia il regime ordinario (-20,1%) che il day hospital (-29,4%), con decrementi più accentuati al Sud e nel Nord-ovest.

La riduzione dei ricoveri è stata più marcata in corrispondenza della prima ondata pandemica, con tassi di ospedalizzazione in regime ordinario diminuiti del 45% in aprile e del 39% in maggio rispetto alla media degli stessi mesi 2017-2019. Nel corso della seconda ondata pandemica l'impatto sul sistema ospedaliero è stato più contenuto, con riduzioni del 25% in novembre e del 26% in dicembre.

Tra le diagnosi a più elevata ospedalizzazione in regime ordinario sono diminuiti del 29,5% i ricoveri per le malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo, del 27,2% quelli per le malattie dell'apparato digerente e del 25,2% per le malattie dell'apparato genito-urinario. I ricoveri per traumatismi (-17,3%), tumori (-14,5%), gravidanza e parto (-11,7%) hanno subito riduzioni più limitate. Le dimissioni ospedaliere in regime ordinario connesse al Covid-19 sono state 286.530, pari al 5,5% del totale, con un range che varia da 2,4% nelle Isole a 9,2% del Nord-ovest. Tale

variabilità territoriale rispecchia in larga misura la diversa diffusione del virus, ma non sono da escludere problemi legati a una non sempre corretta registrazione dei casi nelle schede di dimissione ospedaliera.³ <https://www.istat.it/it/files//2022/07/Impatto-covid-su-ricoveri-ospedalieri-Istat-Agenas.pdf>. L'aumento dei nuovi casi a messo sin da subito in difficoltà il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) per la forte pressione sul sistema ospedaliero. Si è resa necessaria una riorganizzazione dei percorsi assistenziali ospedalieri, volta non solo ad aumentare la disponibilità dei posti letto presso le Terapie Intensive (TI), ma anche per riuscire a gestire i pazienti nei reparti di area medica, e l'introduzione delle misure di contenimento.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha elaborato molteplici rapporti, con l'aiuto delle società scientifiche per poter gestire in maniera adeguata l'evento pandemico non solo nell'ambito ospedaliero ma anche extraospedaliero, infatti nelle strutture socio assistenziali e sanitarie l'emergenza ha reso necessario il monitoraggio della situazione pandemica, in quanto è noto che gli anziani, persone con disabilità e con gravi patologie neurologiche che vivono a stretto contatto tra di loro e con il personale sanitario che li assiste, possono sviluppare effetti particolarmente gravi.⁴ Per monitorare l'evolversi della pandemia nelle strutture sanitarie e dare sostegno al personale, l'ISS ha impegnato attività di sorveglianza mirate a individuare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi di prevenzione controllo delle infezioni, come l'utilizzo di Dispositivi Individuali di Protezione, (DPI) e l'isolamento preventivo.⁴ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-strutture-socio-assistenziali-sanitarie>

L'isolamento ha portato una sensazione di sconforto e abbandono, questo è stato evidenziato da molti studi, nei confronti dei pazienti, inoltre la scarsa comunicazione per l'utilizzo di DPI ha reso ancora più difficile il lavoro del personale sanitario verso i degenti. Altro punto importante è la gestione e lo scambio di informazioni con i familiari dei pazienti, il personale preso alla sprovvista dall'emergenza sanitaria ha dovuto chiedere l'intervento delle società scientifiche per delineare delle linee guida da adottare per poter indirizzarli, in un evento così delicato.

E' importante sottolineare che la diffusione dei nuovi casi non è stata costante tra febbraio 2020 e marzo 2022, ma si è contraddistinta da periodi di forte crescita (ondate) e da periodi in cui la crescita dei casi è risultata contenuta.⁴

In letteratura ci sono molti articoli che descrivono l'organizzazione e la gestione dei reparti di emergenza in situazioni di normalità, ma che cosa succede quando abbiamo un'emergenza pandemica? Come si modifica la comunicazione tra paziente- personale sanitario-famiglia? Quali sono state le difficoltà del personale sanitario? Come è stato gestito l'isolamento dei

pazienti da i loro congiunti? Quali strategie hanno adottato per migliorare la comunicazione con i familiari durante la pandemia?

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA E LA RIORGANIZZAZIONE DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA

La pandemia ha messo a dura prova tutto il SSN, e gli operatori sanitari come gli infermieri, medici di le Unità Operative che hanno lavorato ininterrottamente. I setting maggiormente colpiti sono quelli dedicati all'Area Critica. L'(AC) è l'insieme delle strutture di tipo intensivo intra ed extraospedaliero dove vengono trattati gli assistiti in condizioni gravi o instabili, l'obiettivo principale è stabilizzare e prevenire complicazioni che ne mettano a rischio la vita degli assistiti. In queste unità operative il personale è altamente specializzato e attrezzato per poter gestire le emergenze mediche.⁵

L'infermieristica di area critica è il campo dell'assistenza infermieristica incentrato sulla cura dei pazienti critici o instabili a seguito di lesioni estese, interventi chirurgici o malattie potenzialmente letali. Questi pazienti che si trovano in condizioni precarie richiedono alta intensità di cura, monitoraggio continuo e l'utilizzo di procedure invasive per la loro stabilizzazione.⁵https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2022/06/ANIARTI-book_40_ANNI.pdf

L'infermiere di area critica è il fulcro dell'assistenza, agisce con tempestività nella rilevazione e valutazione dei parametri vitali e nel loro monitoraggio nel tempo, utilizzando strumenti e presidi ad alta componente e complessità tecnologica, e si impegna ad adottare un'organizzazione che favorisce l'umanizzazione del processo di assistenza, adottando il modello centrato sull'individuo.

Il personale infermieristico di Area Critica ha competenze avanzate, collabora ed interagisce, all'interno di équipe multidisciplinari, con altre figure. L'infermiere è responsabile, nell'ambito delle proprie conoscenze teoriche e cliniche, della pianificazione, organizzazione ed attuazione degli interventi assistenziali.⁵

In Italia le competenze e la cultura di Area Critica viene valorizzata e promossa da diverse associazioni. Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) è una società scientifica di professionisti impegnati in Area Critica, nasce nel 1981 a Brescia. ANIARTI è una delle più grandi associazioni dell'infermieristica italiana di area assistenziale, infatti partecipa attivamente a determinare l'orientamento dell'infermieristiche specialistica su tutto il

territorio nazionale e contribuisce a sviluppare la professionalità infermieristica nei confronti del paziente, in condizioni di instabilità vitale e criticità sia in ambito intra che extraospedaliero.⁵

Le Unità Operative che possiamo distinguere nell'area critica sono:

Unità di Terapia Intensiva e Rianimazione;

Unità di Terapia Intensiva Coronarica;

Pronto Soccorso;

Unità di Pronto Soccorso Pediatrico;

Unità di Terapia Intensiva Neonatale;

Unità Operativa Centro Grandi Ustionati;

Servizio Potes 118.

Il Pronto Soccorso ha avuto un ruolo importante durante la pandemia nella gestione del flusso di pazienti con patologie acute e croniche.

Il Pronto Soccorso è l'unità operativa dell'ospedale dedicata ai casi di emergenza-urgenza per la stabilizzazione clinica, attraverso procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al Dipartimento di Emergenza e Accettazione – DEA di II livello, per continuare l'assistenza secondo determinati protocolli.

Le caratteristiche principali del pronto soccorso includono:

- Valutazione e classificazione: il paziente viene valutato e immediatamente classificato per gravità o rischio, e viene dimesso dopo un periodo di trattamento e osservazione in OBI (osservazione breve Intensiva).
- Il pronto soccorso ha una disponibilità: di 24/h su 24 garantendo ai cittadini un servizio per tutto l'anno.
- Il ruolo durante la pandemia: il PS ha svolto un ruolo importantissimo nell'arginare la diffusione della malattia. Molti pazienti positivi sono stati diagnosticati e curati direttamente dalla struttura di PS, dimessi solo dopo un'adeguata assistenza.⁶

Le linee guida di indirizzo nazionali definiscono il Triage come il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso (PS). E' una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento. La funzione del Triage non riduce i tempi di attesa dei pazienti, ma li ridistribuisce a favore di chi ha necessità d'interventi in urgenza ed emergenza. La funzione del Triage deve essere garantita 24h su 24. Nelle Linee Guida viene definito lo scopo del Triage che è quello della presa in carico delle persone che accedono al PS, con attenzione alle situazioni di criticità andando a valutare segni e dati clinici. I sistemi di triage si ispirano, come riportato nelle linee guida, al modello di

approccio globale alla persona e ai suoi familiari, mediante la valutazione infermieristica basata sulla raccolta dati soggettivi e oggettivi, sulla base degli elementi situazionali, e sono identificabili nelle seguenti attività:

- Realizzare l'effettiva presa in carico della persona e degli accompagnatori dal momento in cui si rivolgono al PS;
- Assicurare la valutazione professionale da parte di un infermiere formato adeguatamente formato;
- Utilizzare un sistema codificato di livelli di priorità delle cure.⁶

Dal punto di vista metodologico, il processo di Triage, secondo le linee guida, si articola in quattro fasi:

1. Fase della Valutazione immediata (c.d. sulla porta): consiste nella rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato;
2. Fase della Valutazione soggettiva e oggettiva:
 - La valutazione soggettiva viene effettuata attraverso l'intervista(anamnesi mirata)
 - La valutazione oggettiva, viene effettuata mediante la rilevazione di segni clinici e dei parametri vitali e l'analisi delle documentazione clinica disponibile.
3. Fase della Decisione di Triage: consiste nell'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei provvedimenti necessari e l'attivazione di percorsi diagnostici terapeutici.
4. Fase della Rivalutazione: si intende la conferma o modifica del codice di priorità assegnato.⁶ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf

Come evidenziato dalle linee guida il codice di priorità viene assegnato dall'infermiere dopo attenta valutazione, questo determina la priorità dell'accesso alle cure in relazione alle sue condizioni cliniche, al rischio evolutivo e alla disponibilità della risorsa. Come sottolineato dalle linee guida soltanto dopo l'integrazione con la successiva fase cioè la visita medica la "quale permetterà di disporre elementi per la corretta formulazione e del giudizio di gravità medica"

Nelle condizioni di un normale affluenza e assetto organizzativo vengono garantiti gli standard temporali previsti per il percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA).⁶

In situazioni di emergenza come la pandemia da covid-19 è stata stipulato un " Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti-Covid-19"(PEIMAF COVID-19).

PEIMAF è un documento contenente un insieme di disposizioni organizzative che consente a un ospedale di fronteggiare una maxi-emergenza, con lo scopo di mantenere uno standard elevato per il trattamento dei pazienti coinvolti nell'evento, viene attuato quando si verificano determinate circostanze di maxi afflusso di persone ferite.⁷

<https://asur.marche.it/documents/20182/547866/doc02326220191126093325.pdf/42297139-bcb3-492a-b595-3c04cd0acd87?version=1.0>

Oltre ai PS anche le Unità di Terapia Intensiva (UTI), hanno affrontato le difficoltà nel gestire l'arrivo di numerosi pazienti in condizioni critiche.

La terapia intensiva (TI), o anche le Unità di Terapia Intensiva (UTI), è un reparto ospedaliero dedicato al monitoraggio e al trattamento intensivo dei pazienti critici con funzione continuativa svolta 24 ore su 24 gestito da medici specializzati in anestesia, rianimazione, terapia intensiva e dolore.⁸

https://it.wikipedia.org/wiki/Terapia_intensiva#:~:text=Rappresenta%20i%20pazienti%20che%20richiedono,carattere%20pericoloso%20per%20la%20vita.

Le attività sono rivolte a soggetti affetti da una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili, tali da comportare pericolo di vita e rischio di insorgenza di complicanze maggiori, la cui criticità non ne consente l'adeguata gestione in un reparto di degenza ordinaria.⁵

I pazienti eleggibili di ricovero in TI, sono divisi in due grandi categorie, ovvero:

- Pazienti che richiedono monitoraggio e trattamento perché una o più funzioni vitali sono minacciate da una patologia acuta o cronica (es.: sepsi, infarto, del miocardio, emorragia gastrointestinale) o conseguente a un trattamento chirurgico che portano a condizioni pericolose per la vita.
- Pazienti che hanno già insufficienza di una delle funzioni vitali come la funzione cardiovascolare, respiratoria, renale, metabolica o cerebrale ma con una ragionevole possibilità di un significativo recupero funzionale

In linea di principio non sono ammessi pazienti in stadio di patologia terminale non curabile. Talvolta può essere presa comunque in considerazione la necessità di cure palliative che richiedono misure di terapia intensiva.

Inoltre, possono essere ammessi pazienti per l'accertamento di morte cerebrale e successivo prelievo di organi.

L'infermiere che lavora in Terapia Intensiva è specializzato in anestesia, rianimazione, terapia del dolore monitoraggio dei parametri vitali.

L'infermiere di Terapia Intensiva è il professionista responsabile della presa in carico e del trattamento della persona che si trova in situazione di instabilità o criticità clinica, l'infermiere gestisce coordina l'assistenza infermieristica attraverso una valutazione approfondita e continua, gestione di terapie e interventi ad alta intensità, l'infermiere assume decisioni cliniche basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sull'esperienza clinica. L'infermiere deve

essere in grado di gestire le urgenze, il monitoraggio e l'assistenza diretta. L'infermiere in Terapia Intensiva ha un ruolo specialistico e tecnico che richiede una formazione specifica e un aggiornamento costante, deve saper gestire lo stress e le situazioni emotivamente difficili, mantenendo un'alta qualità dell'assistenza e il rispetto della persona. L'infermiere non solo gestisce e interpreta i parametri vitali dell'assistito, utilizza tecniche specifiche per la gestione delle vie aeree come l'Intubazione oro-tracheale (IOT) in collaborazione con il medico Rianimatore, o l'utilizzo di attrezzature come i ventilatori, e tutti gli elettromedicali per rilevare i parametri vitali in modo invasivo, gestisce la somministrazione di farmaci salvavita senza trascurare l'aspetto assistenziale e il lato umano.

La Terapia Intensiva ha un numero di posti letto ridotto rispetto a un reparto di ordinaria degenza, e sono in relazione al bacino di utenza, alla popolazione e vengono decisi dalla conferenza Stato/Regione. L'Unità Operativa di Terapia Intensiva è divisa in una zona semi-intensiva dove il rapporto infermiere/paziente è di uno a quattro, mentre nella zona open space e nell'area box il rapporto è di un infermiere ogni due pazienti⁸.

Questo aspetto delle Unità di Terapia Intensiva e PS descrive la normale gestione e organizzazione di queste Unità Operative.

La pandemia da Covid-19 ha avuto un forte impatto sulla sanità italiana. Infatti il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e tutta la rete ospedaliera nazionale hanno realizzato dei piani di riorganizzazione ospedaliera in termini sia di interventi per quanto riguarda le infrastrutturali e la fornitura di apparecchi elettromedicali e dispositivi sanitari, ma anche in termini di comunicazione con i familiari durante il periodo di isolamento attuando nuove linee guida per fronteggiare l'emergenza.

I piani di Riorganizzazione, previsti dal Decreto 19 maggio 2020 n. 34 erano finalizzati a un adeguamento strutturale dei reparti ospedalieri per incrementare il numero di posti letto di terapia intensiva mediante la realizzazione di moduli di terapia intensiva movimentabili, per riqualificare i posti letto nelle terapie sub-intensive, per adeguare e strutturare i Pronto Soccorso, per l'approvvigionamento di apparecchiature elettromedicali ed aumentare la dotazione di ambulanze/auto medicalizzata per il trasporto dei pazienti.⁹
<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>

Per creare posti in UTI e sub-intensiva sono stati allestiti Covid Hospital, strutture da campo sono stati chiesti grandi sforzi organizzativi agli ospedali pubblici, privati e in convenzione per far sì che riducessero la normale attività e gli interventi programmati non urgenti in modo da liberare posti letto e personale medico e infermieristico che si prendesse cura dei pazienti positivi al virus. Inoltre la pandemia ha stimolato l'uso di nuove tecnologie per la comunicazione con i familiari, come le video-chiamate, per rendere più accessibili e comunicative le UTI sulle condizioni dei propri cari, favorendo un'umanizzazione delle cure.¹⁰

<https://www.aniarti.it/documenti-anarti/comunicovid-documento-intersocietario-come-comunicare-con-i-familiari-in-condizioni-di-completo-isolamento/>

Per garantire la sicurezza degli assistiti sono state pubblicate delle linee guida da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), messe a punto dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione (SIAARTI) e dalla (Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni(SIMLA).

LA PANDEMIA VISTA DAL SERVIZIO SET 118 E LA GESTIONE DELL'ISOLAMENTO

“Il Sistema di emergenza territoriale (SET 118) istituito con il Decreto del Presidente della Repubblica il 27 marzo 1992, rappresenta l'istituto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) finalizzato ad assicurare la gestione sul territorio delle emergenze e delle urgenze sanitarie.” Il SET 118 è una macrostruttura ad elevata complessità gestionale del SSN perché gestisce un organico costituito da centinaia di operatori (medici, infermieri, soccorritori) in postazioni territoriali distribuite strategicamente su vasti bacini territoriali.”¹⁰

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-03-31&atto.codiceRedazionale=092A1471&elenco30giorni=false#:~:text=DECRETO%20DEL%20PRESIDENTE%20DELLA%20REPUBBLICA%2027%20marzo%201992&text=22%20dell'accordo%20collettivo%20nazionale,Repubblica%2025%20gennaio%201991%2C%20n.

Il SET o servizio 118 è attivo in tutte le Regioni e Province autonome la programmazione di questi servizi è gestita in base alle esigenze territoriali, per questo motivo i modelli di funzionamento del servizio territoriale sono differenti da regione a regione.

Dal punto di vista organizzativo generale, la Centrale operativa 118 - attiva 24 ore su 24 - ha l'obiettivo di organizzare e gestire le attività di emergenza-urgenza sanitaria territoriale, assicurando il coordinamento di tutti gli interventi dal momento dell'evento sino all'attivazione della risposta ospedaliera, garantendo il trasporto del paziente all'ospedale più vicino e più idoneo alla gestione della patologia, anche in collaborazione con gli altri Enti di Soccorso non sanitario (Vigili del Fuoco, Carabinieri, Polizia ecc..).

La Centrale operativa del 118 effettua la valutazione del grado di complessità degli interventi, procedendo poi ad attivare e coordinare, ricorrendo a procedure e protocolli condivisi, i mezzi di soccorso adeguati per tipologia di intervento, dal mezzo di soccorso base all'elisoccorso. La definizione del grado di complessità dell'intervento viene eseguita tramite il "Sistema Dispatch", specifica funzione del 118 che comprende le diverse fasi del soccorso, a partire dalla ricezione della chiamata fino all'arrivo dei soccorritori sul luogo dell'evento. Il bacino di utenza

delle Centrali 118 è rapportato alla disponibilità di nuove tecnologie informatiche e telefoniche che permettono di rendere più sicuro e standardizzato il coordinamento degli interventi di soccorso, consentendo di gestire elevati volumi di attività e di attivare funzioni operative integrate ed interagenti a livello regionale¹²
<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1927-criteri-di-appropriatezza-per-i-setting-assistenziali-di-gestione-ospedaliera-dei-pazienti-affetti-da-covid-20>

I servizi territoriali hanno potuto garantire le attività necessarie come: il contact tracing, le indagini epidemiologiche, la sorveglianza sanitaria per i casi positivi e per i loro contatti, l'informazione costante ai cittadini attraverso un servizio telefonico dedicato, la richiesta di tamponi, la gestione della piattaforma informatica per la raccolta dei dati, la comunicazione con i medici di medicina generale (MMG) e con le amministrazioni locali, la gestione delle segnalazioni, l'assistenza a domicilio per l'effettuazione dei tamponi.¹² [Criteri di appropriatezza per i setting assistenziali di gestione ospedaliera dei pazienti affetti da Covid-19 - Versione 2.0 \(PDF\)](#)

Durante la pandemia da Covid-19, il SET 118 ha svolto un ruolo importante nella gestione e nella comunicazione con i familiari, identificando grazie all' AGENAS dei criteri di appropriatezza per i "Setting Assistenziali";

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), ha definito i criteri di appropriatezza racchiusi in un documento dove vengono identificati i setting assistenziali per la gestione dei pazienti affetti da Covid-19. Questi criteri riguardano l'organizzazione delle strutture ospedaliere, l'assistenza domiciliare, le Unità Speciali di Comunità Assistenziali (USCA), gli alberghi Covid-19, il documento ha come linee guida per garantire una presa in carico efficace del paziente una comunicazione adeguata con i familiari. Infatti il potenziamento dell'assistenza territoriale grazie all'istituzione dell'USCA e il rafforzamento dell'assistenza domiciliare integrata e dell'assistenza infermieristica territoriale ha permesso di garantire una precoce e corretta presa in carico dei pazienti a domicilio positivi al virus Covid-19.

Sono stati istituiti degli alberghi Covid-19 per garantire l'isolamento dei pazienti asintomatici o sintomatici che non abbiano le condizioni abitative idonee per prevenire il contagio di conviventi e in alcuni contesti si è fatto ricorso a strutture intermedie, come gli ospedali di comunità.(per quanto riguarda l'assistenza a pazienti stabili con necessità di assistenza infermieristica e supervisione medica). Altro aspetto importante evidenziato nel documento è il rafforzamento della telemedicina e dell'assistenza sanitaria a distanza imposta come modalità fondamentale per la gestione e il trattamento dei pazienti che non potevano effettuare spostamenti a causa delle restrizioni.

La telemedicina si divide in tre attività: televisita, teleconsulto, tele monitoraggio. L'Istituto Superiore di Sanità ha fornito indicazioni scientifiche per il supporto e l'implementazione del servizio di telemedicina. Queste indicazioni riguardano sia i pazienti pediatrici che gli adulti.

L' Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha redatto numerosi rapporti durante la pandemia da covid-19, elaborando dati sulle necessità della popolazione e del personale sanitario impegnato in prima linea contro la pandemia. Secondo il "Rapporto ISS COVID-19 n.40/2020" Illustra come la comunicazione ha avuto una importante trasformazione, con conseguenze nel rapporto di cura tra medico-sanitario e paziente-congiunti. Come spiegato nel documento menzionato in precedenza le conseguenze del cambiamento comunicativo hanno colpito più aspetti sul territorio nazionale, il documento prende in esame l'aspetto etico legato alla comunicazione all'interno dei reparti ospedalieri in cui vengono trattati i pazienti in isolamento. "Nell'ambito dell'emergenza Covid-19, il personale che si è trovato a operare all'interno della dimensione sanitaria, ha vissuto in prima linea e in condizioni estreme la drammaticità di tali aspetti, fronteggiando l'emergenza con straordinaria dedizione e professionalità."¹³
https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+40_2020.pdf/37697f35-15bb-3359-b856-e26449e88c60?t=1591637142329

L'ondata epidemica ha portato il contesto sanitario a stringenti misure di isolamento per poter contenere il divulgarsi del virus e questo ha portato a ulteriori misure di isolamento per pazienti ricoverati con potenziale o accertata infezione dal Covid-19.

L'elevata trasmissibilità del virus ha delineato, in pochissimo tempo la necessità di riorganizzare intere strutture, "isolando determinate aree con personale dedicato ed istituendo percorsi di accesso riservati per accogliere, secondo rigidi protocolli atti al contenimento del contagio."¹³ La condizione di isolamento dei pazienti impone un'assenza di interazioni con i propri familiari. Purtroppo, i pazienti con infezione acuta spesso versano in condizioni di incoscienza, semi-incoscienza o di dipendenza da macchinari. "Lo stress psicologico, fisico ed emotivo si aggiungono alle condizioni di angoscia e preoccupazione dovuta all'emergenza e al diffuso isolamento di tutti i pazienti Covid-19. Questa condizione riguarda anche i familiari i quali, nell'angoscia di non avere la possibilità di sostenere, assistere e accompagnare fisicamente e psicologicamente chi è ricoverato potrebbero trovarsi a loro volta costretti all'isolamento domiciliare se entrati in contatto con il paziente stesso, oppure ricoverati a loro volta. La condizione di stress psicologico, fisico ed emotivo riguarda anche il personale medico-sanitario che lavora senza sosta, nonostante il timore di ammalarsi e mettere a rischio la vita dei propri familiari"¹³. Come evidenziato dall'articolo, nonostante la situazione emergenziale il ruolo medico-sanitario garantisce una regolare assistenza sanitaria. Come abbiamo ribadito in precedenza, il documento mette in evidenza che l'impossibilità di contatto fisico tra i pazienti ricoverati in isolamento e i loro cari è fonte di comprensibili ansie e stress emotivo da entrambe

le parti. Quando è possibile, in condizioni di coscienza del paziente è consigliabile incoraggiare la comunicazione tra le parti, anche utilizzando dispositivi che permettono la possibilità di vedersi, anche se è aumentata di ansia e incertezza per chi è a casa, in merito alle condizioni in cui versa il paziente ricoverato, per il paziente vedere i propri cari rappresenta la possibilità di ricevere conforto e sentire la vicinanza in un momento di vulnerabilità e di sofferenza. È importante promuovere tali tipologie di comunicazione quando è possibile. Il personale sanitario pur non essendo interlocutore rappresenta il custode della comunicazione.

LA COMUNICAZIONE CON I FAMILIARI AL TEMPO DELLA PANDEMIA

La pandemia da COVID-19, ha prodotto una modifica nelle modalità di comunicazione con i familiari dei malati e i malati stessi in tutti i setting di cura, conseguente alle misure di completo isolamento sociale. Questo ha provocato un'enorme carico di sofferenza psicologica che si manifesta con una paura diffusa. Un punto importante è che gli stessi operatori sanitari sono stati sottoposti all'isolamento dalle proprie famiglie, e devono gestire le conseguenze dell'isolamento dai propri congiunti anche nei pazienti che assistono. È risaputo che i malati e le loro famiglie ricordano quando hanno ricevuto non solo i risultati clinici ma anche di umanità, vicinanza e sostegno psicologico da parte delle équipe di cura.¹³ La percezione di un'autentica partecipazione umana alla vicenda di malattia sarà particolarmente importante in caso di morte del paziente, e potrà influenzare il processo di elaborazione del lutto¹³.

La base di una comunicazione efficace sono la verità, la coerenza e la gradualità.

Il personale sanitario ha dovuto adattarsi a una comunicazione inizialmente non verbale ed empatica infatti gli infermieri hanno dovuto affrontare una comunicazione diversa a causa dell'utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI), maschere, occhiali, tute, che li hanno resi irriconoscibili; ma l'empatia è rimasta fondamentale, uno sguardo, o una frase scritta su un pezzo di carta, un gesto quindi l'infermieri riescono a trasmettere sostegno e forza ai pazienti che si sentono soli e vulnerabili. Dimostrando che l'empatia è stata la chiave per un rapporto umano anche in situazioni difficili.

Per facilitare l'equipe di cura nella comunicazione con i familiari, anche nelle condizioni estreme di completo isolamento, le quattro società scientifiche maggiormente coinvolte in prima linea contro il COVID-19, Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI); Associazione nazionale infermieri area critica (ANIARTI); Società italiana cure palliative (Sicp); Società italiana medicina di urgenza (SIMUE) hanno messo a

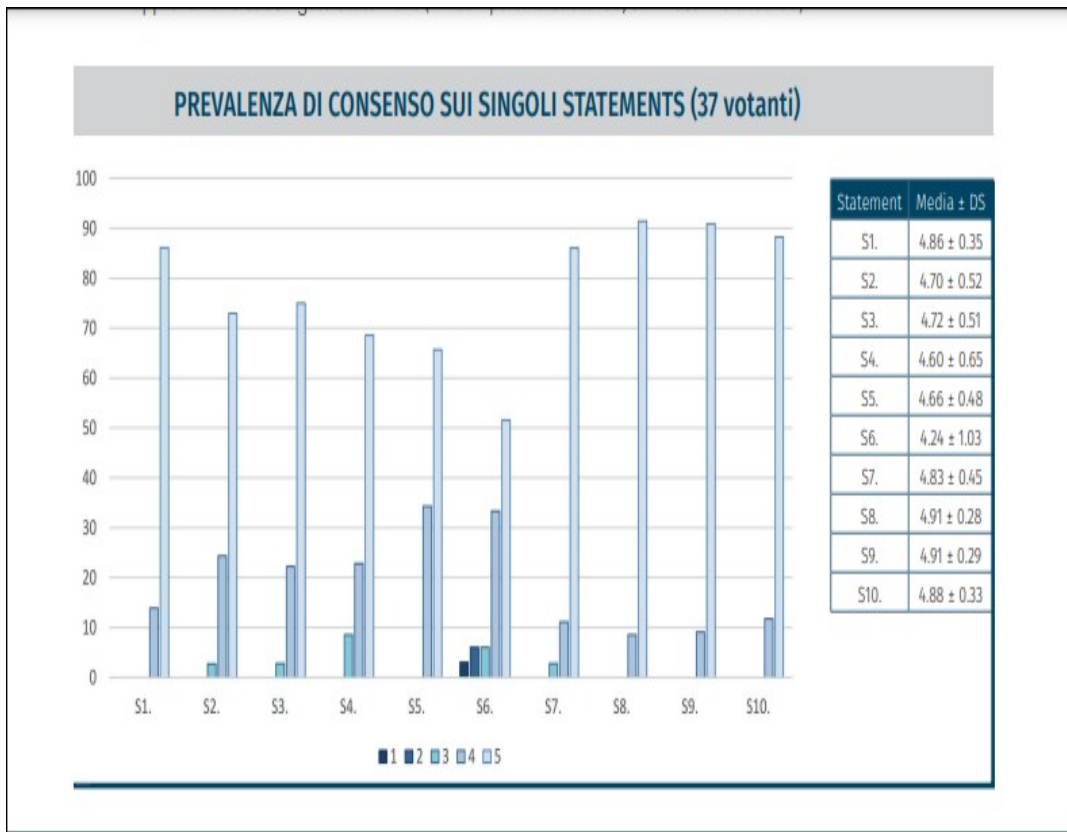
punto e diffuso il “ Position Paper Intersocietario” intitolato: “ComuniCoVID- Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento”. Dove vengono delineate le linee guida per una corretta comunicazione con la famiglia, con i pazienti, e tra il personale stesso.

Il presente documento è stato scritto da autori appartenenti a diverse discipline (medici, infermieri, psicologi, giuristi) ed è stato revisionato da un gruppo di esperti professionisti che hanno vissuto l’esperienza in Terapia Intensiva e loro familiari. Infine è stato approvato dal Consiglio Direttivo di ANIARTI, SICP E SIMEU¹⁴. Comunicato stampa 23/4/2020: COME COMUNICARE CON I FAMILIARI IN COMPLETO ISOLAMENTO

<https://www.aniarti.it/uncategorized/comunicato-stampa-23-4-2020-come-comunicare-con-i-familiari-in-completo-isolamento/>

“ La comunicazione che cura l’attesa al PS di Niguarda arriva il Caring nurse”. Questo è un articolo dell’ospedale di Niguarda, dove spiega che la comunicazione nel Ps tra il Traige e le sale visita, viene effettuata dal Caring Nurse un infermiere che conosce le dinamiche del Pronto Soccorso, i percorsi interni e i flussi clinici-assistenziali, e che per questo può diventare un punto di riferimento competente, affidabile e rassicurante per i familiari e i pazienti, grazie all’esperienza sanitaria è in grado di comunicare con i familiari e il paziente smorzando la tensione e l’angoscia del momento.¹⁵ <https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/la-comunicazione-che-cura-lattesa-al-pronto-soccorso-di-niguarda-arriva-il-caring-nurse>

(La tabella è stata ricavata dal documento ComuniCOVID)



OBIETTIVO

Individuare la percezione dei professionisti in merito alle strategie di comunicazione adottate con i familiari durante la pandemia da Covid-19, al fine di contribuire nell'identificazione di presupposti di applicabilità in una situazione emergenziale.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato effettuato in 2 fasi:

Fase 1 Revisione narrativa della letteratura

Fase 2 Analisi della percezione dei professionisti attraverso una survey

DISEGNO DI RICERCA

Fase 1

E' stata effettuata mediante la revisione della letteratura scientifica una ricerca scientifica nei DataBase: Google scholar, Pubmed, siti istituzionali

I criteri di inclusione degli articoli sono: articoli che trattano dell'aspetto organizzativo e comunicativo con i pazienti e i loro familiari durante la pandemia tra gennaio 2020-dicembre 2021. La maggior parte degli articoli selezionati sono dell'anno 2020, nei quali vengono trattate le problematiche principali inerenti alla gestione comunicativa dei professionisti con i familiari dei pazienti ricoverati in isolamento, sono state selezionate solo revisioni sistematiche.

I criteri di esclusione degli articoli sono: articoli che trattano problematiche pediatriche, pazienti oncologici e dializzati. Non sono stati presi in considerazione gli articoli che trattano la pandemia dopo il 2022, e articoli che non hanno testo libero.

La ricerca è stata effettuata nel periodo gennaio 2020/dicembre 2021

- Parole chiave:
- COVID-19, COMMUNICATION, INFORMATION ,
- NURSES, PATIENS, NURSING CARE,
- SOCIAL ISOLATION
- EMERGENCY DEPARTMENT PANDEMIC

Il quesito di ricerca è nato utilizzando la metodologia P.I.C.O.(Population, Intervention, Comparition, Outcom), la ricerca è stata impostata così:

Quali sono state le strategie comunicative adottate dal personale sanitario verso i pazienti e le loro famiglie in condizioni di isolamento ?

PICO

| | |
|---|---|
| P | Isolamento degenti/parenti durante la pandemia Covid-19 |
|---|---|

| | |
|-----------------|---|
| Problema | |
| I Intervento | Conoscere le strategie comunicative |
| C Confronto | ----- |
| O Outcome | Valutare l'efficacia della comunicazione secondo le evidenze scientifiche |

Fase 2

POPOLAZIONE

Professionisti infermieri abilitati all'esercizio della professione operanti in Italia

CAMPIONE E CAMPIONAMENTO

Campionamento a palla di neve attraverso canali social con messaggio di presentazione

VARIABILI

Informativa trattamento dei dati consenso informato;

Dati socio demografici;

Numero di domande del questionario 20;

Domande di natura osservazionale trasversale sulle strategie comunicative in condizioni di emergenza;

STRUMENTI

Questionario costruito ad hoc sulla base del documento. Il questionario è stato elaborato sulla base del documento intersocietario SIAARTI - ANIARTI - SICP - SIMEU "COMUNICoViD Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento" redatto nel 2020¹⁸.

La comunicazione nello scenario di un massiccio afflusso di persone gravemente malate. (allegato n.1). Il questionario è stato somministrato attraverso Microsoft Form[®] lecitamente

utilizzato sulla base delle licenze del pacchetto Office 365 in uso a personale e studenti UNIVPM.

PERIODO DI ANALISI

Febbraio – Marzo 2024

METODI DI ANALISI STATISTICA

È stata effettuata analisi con statistica descrittiva attraverso Microsoft Form®

CONSIDERAZIONI ETICHE

Ogni partecipante allo studio ha espresso il proprio consenso dopo aver letto apposita informativa sulla natura dello studio e sul trattamento dei dati. La compilazione del questionario è anonima senza riferimenti diretti alla struttura operativa di appartenenza.

RISULTATI

RISULTATI DELLA REVISIONE DELLA LETTERATURA

I principali contenuti emersi dalla letteratura per quanto riguarda l'emergenza sanitaria da covid-19, illustrano come il SSN è stato chiamato a erogare servizi a persone obbligate in quarantena o in isolamento fiduciario, ma anche a pazienti che necessitano di cure domiciliari a causa di patologie croniche o in situazioni di fragilità. Inoltre queste esigenze sono state affrontate in condizioni di emergenza sanitaria, con una carenza di risorse sia materiali che umane avendo cura di assicurare le norme anticontagio, attraverso l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale (DPI) per tutelare il personale sanitario stesso. Per questo si è ricorso a prestazioni a distanza. Questi servizi hanno un duplice scopo quello di contribuire a contrastare la diffusione del virus e garantire per quanto possibile la continuità dell'assistenza a pazienti che si trovano a domicilio. Sono stati incentivati i servizi di telemedicina che erano già operativi prima del Covid-19, attraverso l'utilizzo di tecnologie digitali e di telecomunicazione moderna. L'Istituto Superiore di Sanità come specificato nel documento "Rapporto ISS covid-19 n.12/2020" ha individuato delle tipologie di persone che necessitano di controlli sanitari a domicilio, dividendoli in diverse categorie.

L'evolversi della pandemia ha portato a un aumento dell'utilizzo delle applicazioni di Telemedicina da parte dei medici di medicina generale (MMG), che prima dell'emergenza non superava il 10%. Il servizio più utilizzato è stato il Tele-consulto con i medici specialisti. Il Tele-consulto è stato molto utilizzato durante l'emergenza perché risultava utile per confrontarsi tra i medici su alcuni pazienti Covid-19 ha avuto un incremento del 47%. Oltre al tele-consulto anche il tele-monitoraggio aumentato del 28% e la tele-visita, aumentata del 39% rispetto alla situazione pre-emergenza. Come si può osservare in letteratura la telemedicina ha offerto numerosi vantaggi sia per i pazienti che per le loro famiglie. Ecco alcuni aspetti rilevati nel documento sopra indicato:

- **Accessibilità e Convenienza:** Questo grazie all'eliminazione dei problemi di luogo e tempo, dove i pazienti possono ricevere assistenza medica senza spostarsi fisicamente in ospedale;
- **Gestione delle malattie croniche:** grazie al monitoraggio a distanza i pazienti con patologie croniche possono essere monitorati regolarmente senza recarsi in ospedale

- Riduzione delle ospedalizzazioni: la telemedicina aiuta a prevenire e a gestire meglio le condizioni croniche.

- Supporto psicologico e sociale: attraverso l'assistenza ai familiari, la telemedicina offre un supporto anche ai familiari, riducendo il loro carico emotivo e il senso di isolamento.

Dopo due settimane dai primi casi di Covid-19, il Governo emana le prime indicazioni dedicate all'attivazione del territorio con il D.L. 14 del 9/3/2020. (consultabile <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/09/20G00030/sg>)

L'art.8 del D.L. 14/2020, (consultabile sul sito www.governo.it), ha previsto l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) in tutte le regioni. Tutte le regioni devono istituire presso una sede di continuità assistenziale già esistente con una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette dalle ore 08.00 alle ore 20.00. Le USCA si occupano della gestione domiciliare dei pazienti affetti, sospetti, sintomatici in isolamento da covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'attivazione delle USCA ha reso possibile ai pazienti Covid-19 di godere della necessaria assistenza al domicilio e alleggerire la domanda e il ricorso al ricovero ospedaliero.

Nelle Marche, ogni Usca è costituita, preferibilmente, da tre operatori (due Medici e un Infermiere), ma obbligatoriamente almeno da due operatori (due Medici oppure un Medico ed un Infermiere), per permettere alla Unità di mantenere un adeguato livello di sicurezza (vestizione/svestizione, utilizzo DPI, ecc.) per accedere alla domicilio del paziente Covid positivo e/o sintomatico. La regione Marche ha previsto la figura di un MMG coordinatore referente delle USCA con il compito di collegare le richieste dei MMG/PLS e i dipartimenti di prevenzione, curandone il trasferimento alla USCA e la facilitazione delle attività domiciliari delle medesime.

Nelle strutture socio assistenziali e sanitarie, dove risiedono persone con disabilità, gravi patologie neurologiche e/o anziane, gli effetti dell'emergenza sanitaria da COVID-19 possono essere particolarmente gravi. E' importante sottolineare che queste strutture sono a rischio di micro focolai epidemici. Per monitorare la situazione e dare sostegno al personale impegnato in queste strutture, ISS ha impiegato attività di sorveglianza mirata a individuare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi di prevenzione.

La sorveglianza coinvolge ISS, il Ministro della Salute, il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà, le Regioni e Province Autonome.

Sono stati istituiti dal Ministro della Salute corsi di formazione a distanza (Fad) dedicati alla formazione del personale sanitario per il controllo dell'infezioni da covid-19. E' stato costituito all'interno dell'ISS un gruppo di lavoro dedicato composto dagli esperti che hanno

realizzato le attività formative oggetto dello studio e da esperti esterni. Il gruppo di lavoro si è riunito periodicamente da 5 al 31 maggio del 2020 in videoconferenza, si è avvalso della piattaforma EDUISS, è stata destinata alla formazione dei professionisti durante la pandemia con molti corsi formativi.

Sono stati svolti quattordici corsi in Fad a cui hanno partecipato 403.4463 operatori sanitari; 19 riunioni scientifiche con 13mila utenti; un corso master da remoto con 50 presenze e 500mila download dei Rapporti ISS COVID-19: dall'inizio della pandemia l'Istituto superiore di Sanità ha messo in campo eventi formativi a partire da una riflessione su criticità e punti di forza dell'esperienza realizzata con l'obiettivo di fornire sia uno strumento utile per affrontare l'esigenza formative.

E non solo in Italia sono stati istituiti i corsi in Fad ma anche: due corsi FAD sono stati destinati ad Albania, Armenia, Bosnia-Erzegovina, Egitto, Georgia, Giordania, Kosovo, Libano, Libia, Moldavia, Montenegro, Palestina, Repubblica di Macedonia del Nord, Serbia, Spagna, Turchia, Ucraina e ad Algeria, Burkina Faso, Camerun, Africa Centrale, Madagascar, Mali, Mauritania, Marocco, Niger, Senegal, Tunisia.

Infatti nelle tabelle 4-6 mostrano i corsi in erogazione realizzati dell'ISS sulla piattaforma EDUISS a partire dal 28 febbraio 2020. Il primo corso SARS-CoV-2 preparazione e contrasto sviluppato dal Servizio Formazione e dal Dipartimento Malattie Infettive (DMI), in 2 mesi di erogazione ha registrato 215.877 mila operatori sanitari iscritti di cui 159.962 hanno completato il percorso formativo con successo. Successivamente è stato aperto il corso Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19 con oltre 112.545 professionisti sanitari iscritti in 62 giorni di erogazione. Di questi oltre 85 mila hanno già completato il corso. Questo stesso corso è stato in tempi successivi aperto agli Assistenti Sociali e, con qualche modifica, anche agli Operatori sanitari di supporto (OSA OSS). Il corso realizzato dal Servizio Formazione dell'ISS in collaborazione con la Federazione delle Società Medico Scientifiche (FISM) sulla gestione del paziente dializzato nell'attuale contesto di emergenza, ha già registrato il completamento delle iscrizioni. Oltre il 67% ha già completato il corso.

Con l'espandersi della pandemia l'aspetto della medicina d'urgenza si è modificato perché si è data la priorità a gestire il massiccio afflusso di malati critici infetti, e continuare a garantire cure a persone non infette e evitare contaminazioni. Per ottenere questo risultato i Pronto Soccorso, le OBI, le Medicine d'Urgenza e, sul territorio, i Mezzi di Soccorso Avanzato si sono avvalsi delle specifiche competenze peculiari della Medicina di emergenza urgenza, come

la ecografia d'urgenza e la Ventilazione non invasiva e sono stati protagonisti nella elaborazione e gestione di nuovi percorsi, separando i flussi "sporco" e "pulito", e garantendo l'appropriatezza di ricovero e di dimissione. Il Sistema d'emergenza urgenza nel suo complesso ha ricoperto un ruolo fondamentale nella gestione della pandemia, e delle sue conseguenze, permettendo agli ospedali di potere rispondere al meglio all'emergenza in atto. In questo periodo l'abituale casistica del Pronto Soccorso è diminuita notevolmente se non quasi scomparsa, soprattutto in relazione ai codici di minore gravità e questo fattore ha sicuramente favorito le capacità di risposta nostra e del sistema alla pandemia. Questa riduzione di affluenza non è stata legata, se non in minima parte, all'aumentata capacità di gestione del territorio, quanto piuttosto al merito di una informazione corretta sull'uso appropriato dell'ospedale e, soprattutto, al timore dei cittadini di avvicinarsi ai PS se non per problemi davvero rilevanti. Con la fine della "fase 1" questo atteggiamento comincia ad allentarsi, e già adesso gli accessi in PS stanno gradualmente aumentando. Con l'avvento della pandemia COVID 19 le condizioni di affollamento o anche solo di "vicinanza" fisica fra le persone (in altre parole le condizioni di un qualunque PS italiano fino a due o tre mesi fa), sono diventate improvvisamente il pericolo principale e non sono tollerate in nessun contesto.

Si dovrà porre particolare attenzione alle caratteristiche di sicurezza degli impianti di estrazione dell'aria ambiente per i locali dove si eseguono pratiche invasive e Ventilazione non invasiva. Le Protezioni individuali di tutti gli operatori sanitari, in tutte le aree del Pronto Soccorso, dovranno essere adeguate ad assistere pazienti potenzialmente Covid positivi, come da indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (Mascherina FFP2, POSITION PAPER – pubblicazione 11.05.2020 6 camice monouso /grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera) ed INAIL.https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-covid-19-opertorisantari1_6443145028706pdf

Il Ministero della Sanità per quando riguarda la gestione e organizzazione delle UTI(Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 (art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34) ha tracciato per il periodo prima della pandemia da COVID 19 il prospetto della disponibilità dei posti letto, evidenziando poi l'esigenza di un incremento sulla base dei dati epidemiologici. Tale potenziamento è stato messo in atto in emergenza, creando centinaia di posti letto aggiuntivi, attrezzati anche nei reparti convenzionali e per i quali il DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 ha sancito il consolidamento.

In sostanza in era pre-COVID 19 erano disponibili 12,5 pl ogni 100.000 abitanti (0.12 per 1000 abitanti), contro i 29.2 /100.00 abitanti della Germania (0,3 per 1000 abitanti) (Intensive Care Med (2012) 38:1647–1653 DOI 10.1007/s00134-012-2627-8), insufficienti per le necessità quotidiane e tantomeno per crisi pandemiche come quella attuale. L'incremento attuale porterà

in modo stabile a 0.14 posti letto di terapia intensiva per 1000 abitanti, con relative attrezzature e personale.

Risulta evidente come la situazione emergenziale descritta, il tasso di occupazione delle terapie intensive e l'iperafflusso di malati affetti da COVID 19 nel periodo tra la fine di Febbraio e il mese di Aprile 2020, nonché i riflessi psicologici sulla popolazione abbiano avuto nel territorio Italiano un grande peso su tutto il sistema dell'emergenza per le patologie tempo-dipendenti come l'infarto acuto del miocardio (condizionando anche i tempi di ricovero con il soccorso del 118 costantemente impegnato per l'emergenza COVID 19), l'ictus e il trauma.

L'Italia è stato il primo paese del mondo occidentale a dover affrontare un grande numero di pazienti infetti con elevata morbilità e mortalità associate alla diffusione epidemica necessitanti il ricovero in TI. Nel periodo tra il 20 febbraio e il 18 marzo 2020, le TI hanno dovuto accogliere il 9% (1593 pazienti) dei 17.713 risultati 6 positivi nello stesso periodo, saturando rapidamente gli 861 posti letto disponibili e rendendo necessaria la creazione di posti letto intensivi aggiuntivi fuori dalle terapie intensive, come accaduto in tutto il mondo, con la differenza che l'Italia è stato il primo paese occidentale a dover affrontare un elevato, contemporaneo numero di pazienti che giungevano in ospedale in condizioni gravi, affetti da un virus non conosciuto e senza terapie efficaci. Come esempio, i dati pubblicati riguardanti i volumi di pazienti giunti all'ospedale ASST-Papa Giovanni XXIII di Bergamo testimoniano come i flussi abbiano raggiunto l'acme di oltre 90 pazienti da sottoporre a ventilazione meccanica in TI nello stesso momento (Adaptations and Lessons in the Province of Bergamo DOI: 10.1056/NEJMc2011599) nel periodo tra il 20 marzo 2020 e 20 aprile, insieme ad ospedali più piccoli come quello di Alzano (che aveva visto il 23 febbraio il primo paziente nella provincia bergamasca) e che sono andati molto rapidamente a saturazione delle loro capacità di ricovero. La necessità di assistere un numeroso gruppo di malati in ventilazione invasiva e non invasiva fuori dalle terapie intensive, a causa della saturazione dei Posti Letto (PL) intensivi e il totale impegno degli Anestesisti Rianimatori durante la massima affluenza di pazienti, ha comportato il ricorso all'aiuto di non specialisti in Anestesia e Rianimazione. Questi ultimi sono stati chiamati ad assolvere compiti per loro inusuali attraverso un training rapido e con una supervisione di massima degli specialisti disponibili. La grave condizione emergenziale, di grave carenza di strumenti e personale in cui la Sanità si è trovata nell'acme della pandemia, specialmente nelle regioni del Nord Italia, ha posto seri problemi in termini di triage dei pazienti e di scelte terapeutiche per l'allocazione delle risorse disponibili. I medici sono stati chiamati a compiere scelte drammatiche, orientandosi tuttavia in base alle linee di indirizzo delle Società Scientifiche (SIAARTI, Raccomandazioni di etica clinica per

l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, 6.3.2020,).

Nel documento "Rapporto ISS COVID-19 N.40/2020" è importante soffermarsi sugli aspetti etici e sulla criticità di comunicazione che intercorrono tra pazienti in isolamento, congiunti e personale sanitario durante la pandemia. Il personale sanitario ha adottato diverse modalità di interazione con il personale caratterizzati da una limitata possibilità di esprimersi. Una possibilità è quella di ricorrere al supporto di tavole in cui sono rappresentati, attraverso figure elementari e di immediata comprensione, i concetti principali che il paziente indicando o guardando, potrebbe aver bisogno di comunicare. Altro aspetto importante che si evidenzia su tutti i setting durante la pandemia è rappresentato dalle barriere comunicative tra personale medico-sanitario, indispensabili per contenere il contagio e proteggere il personale, ma coprendo gran parte del viso, impediscono all'interlocutore di percepire la mimica facciale di chi parla. Il fatto che le cure fossero state sempre garantite, che fosse stato messo in atto ogni intervento possibile (nel rispetto delle volontà del paziente) in particolare per controllare o impedire il dolore e la sofferenza, ma soprattutto che il paziente non fosse stato lasciato solo in fine vita. La letteratura recente sottolinea l'importanza di facilitare la comunicazione tra paziente e familiari, utilizzando piattaforme virtuali se necessario, e includendo i bambini se appropriato (Morris et al., 2020a). Nei contesti ove non è possibile che il paziente i suoi familiari si incontrino fisicamente, è possibile utilizzare i sofisticati mezzi di comunicazione oggi disponibili per mettere in contatto i pazienti isolati e le loro famiglie. Possibili soluzioni includono l'installazione di un tablet di fronte al paziente, o il riposizionamento di una workstation su ruote collegata a una video chat. Queste soluzioni, pur essendo apparentemente lontane dalla medicina basata sulle evidenze, colgono tuttavia aspetti collegati all'arte di prendersi cura non solo dei pazienti ma anche delle persone a loro care, come i parenti e gli amici intimi (Wakam et al., 2020). La disponibilità della necessaria tecnologia da parte della struttura sanitaria può essere incrementata acquistando apparecchiature come iPad, tablet e smartphone e incoraggiandone le donazioni da parte di privati o associazioni di volontariato. L'ospedale i cui operatori sono stati coinvolti nella presente indagine, ad esempio, ne aveva acquistati alcuni per uso dei pazienti. Non vanno trascurati i cavi di ricarica, poiché spesso i pazienti giungono in ospedale con il loro smartphone ma senza il caricatore. Gli strumenti di comunicazione in dotazione alla struttura sanitaria possono essere prestati ai pazienti e alle famiglie, se non ne dispongono (Selman et al., 2020). Va notato che alcuni pazienti, soprattutto quelli molto anziani, potrebbero avere bisogno di un telefono tradizionale anziché di uno smartphone che possono avere difficoltà ad usare o, in ogni caso di un altro telefono perché potrebbero avere dimenticato il PIN di accesso del loro (come è stato osservato da uno dei familiari del focus

group). Nelle strutture dove le visite non sono consentite, si può anche suggerire ai familiari di registrare un messaggio audio con tutte le cose che vorrebbero dire di persona al loro caro che possa essere fatto ascoltare, anche più volte, al paziente isolato. Ciò può contribuire ad alleviare i sentimenti di colpa e di rimpianto che possono emergere nei parenti in caso di esito infausto, soprattutto nel caso in cui non abbiano potuto essere presenti al momento del decesso (Morris et al., 2020a). Si può anche chiedere ai familiari di inviare insieme al messaggio audio uno o più oggetti che possano dare conforto al paziente e trasmettere il senso del mantenimento di un legame intimo, ad esempio un oggetto che sia particolarmente caro al paziente. In contesti tecnologicamente avanzati, è anche possibile utilizzare degli androidi con il viso di un familiare, con l'audio della voce del familiare stesso (Osther et al., 2016). Come è stato sottolineato dai familiari coinvolti nella presente indagine, qualunque siano gli strumenti utilizzati per la comunicazione, è importante che le possibili opzioni di comunicazione vengano valutate e concordate il più precocemente possibile tra sanitari e familiari. Nella presente indagine, la scelta indicata prioritariamente dai familiari è stata la videochiamata (anche se non sempre, ad esempio quando temevano di vedere segni evidenti di sofferenza dovuti alla malattia o ai trattamenti del paziente), per comunicare con i pazienti ma anche con il personale sanitario. In quest'ultimo caso, infatti, essa consente al familiare di connotare con un volto il personale sanitario che ha in cura il paziente e stabilire una relazione più intima e umana. In caso di imminente esito infausto, sarebbe di assoluta importanza consentire un contatto tra il paziente morente e i suoi cari. In uno studio nazionale sui familiari di pazienti oncologici, l'impossibilità di dare un ultimo saluto al proprio caro prima del decesso è risultata significativamente associata a lutto complicato (Wright et al., 2010). In alcuni contesti clinici, nella condizione di attuale pandemia, potrebbe tuttavia non esserci modo per i familiari di tenere la mano dei loro cari morenti o di abbracciarli, come nel caso dei familiari coinvolti nella presente indagine. Tuttavia la tecnologia, unita alla cura e alla compassione del personale sanitario impegnato in prima linea, compatibilmente con la situazione di carico assistenziale presente, può consentire di trovare alcune soluzioni che permettano loro di comunicare e di percepire un certo grado di connessione e vicinanza, pur 15 mantenendo tutti al sicuro. Sebbene sia vero che utilizzando una comunicazione di questo tipo, le famiglie possono restare con la sensazione di non aver potuto dire addio in una maniera appropriata al loro caro (Wakam et al., 2020), questo tipo di soluzioni sono comunque infinitamente migliori rispetto a un'atroce situazione di quella che in lingua giapponese viene definita kodokushi, ovvero morte in solitudine. In letteratura, è stata richiamata l'attenzione, coerentemente con i risultati della presente indagine, sull'importanza del prendersi cura degli aspetti spirituali dei pazienti e dei loro familiari (Borasio et al., 2020). Una valutazione di screening del livello di sofferenza emotiva e dei fattori di rischio per lutto

complicato dei familiari potrebbe contribuire ad attenuare gli effetti della possibile imminente perdita sulla loro salute mentale. Nell'indagine condotta dagli autori i livelli di disagio psicologico riferiti dai familiari a causa della condizione del paziente erano moderati o elevati. Essi ritenevano utile che fossero rese disponibili iniziative per l'assistenza dei familiari in difficoltà psicologica, anche mediante semplici interventi di sostegno e suggerimenti per l'adozione di tecniche di auto-aiuto, come esercizi di rilassamento per contrastare l'ansia lieve o moderata (Liu et al., 2020). Gli autori del rapporto ne propongono alcuni esempi (Appendice A4-A6). La psicoterapia a distanza, ad esempio via Skype o telefono, è stata considerata un'opzione valida e molto utile per ricevere trattamento specialistico. (Citazioni del Rapporto ISSN.41/2020https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+41_2020+%282%29.pdf/92f82cad-7d93-df0d-edd8-8db58d3a7493?t=1591874475827)

RISULTATI SURVEY

Hanno partecipato alla survey n.33 professionisti, n.2 non hanno fornito il consenso alla partecipazione così come evidente in fig.1

1. Presta il consenso?

[Altri dettagli](#)



Figura 1

La distribuzione per età e sesso dei partecipanti è evidente in Fig 2 e in Fig. 3

2. Età

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

| | |
|--|----|
| ● < 30 anni | 4 |
| ● 30-40 anni | 12 |
| ● 40-50 anni | 5 |
| ● 50-60 anni | 5 |
| ● 60-70 anni | 0 |
| ● >70 | 0 |

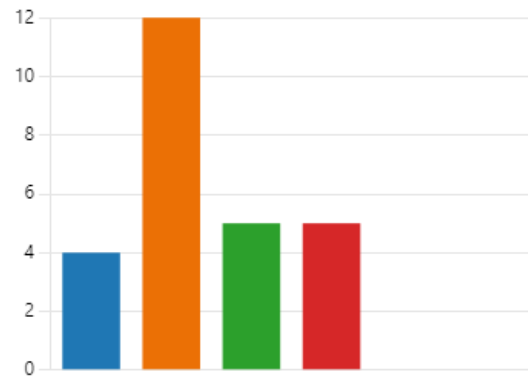


Figura 2

3. Sesso

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

| | |
|---|----|
| ● Femmina | 24 |
| ● Maschio | 9 |



Figura 3

La distribuzione per titolo di studio dichiarato dai partecipanti è visibile in Fig.4.m

4. Titolo di studio

[Altri dettagli](#)

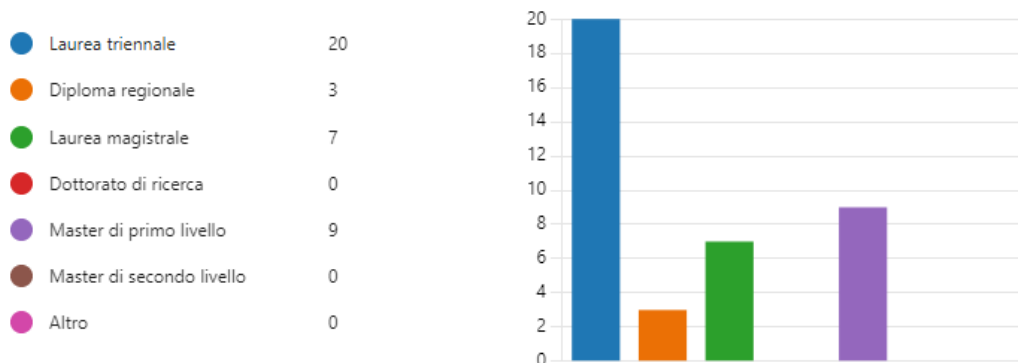


Figura 4

La Fig. 5 mostra lo stato occupazionale attuale dei partecipanti per struttura operativa che in n.29 casi è ubicata in una struttura della Regione Marche, n. 2 professionisti operano nella Regione Emilia-Romagna; n. 2 partecipanti non hanno indicato la regione.

Il questionario indagando retrospettivamente nella struttura operativa riferita al periodo Febbraio – Giugno 2020 porta a rappresentare quanto visibile in Fig. 6. che si localizza in n.27 casi nella regione Marche, n.3 nella regione Emilia Romagna e n.1 nella Regione Veneto; n. 2 partecipanti non hanno indicato la regione.

7. In quale realtà operativa ha lavorato nel periodo Febbraio-Giugno 2020?

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

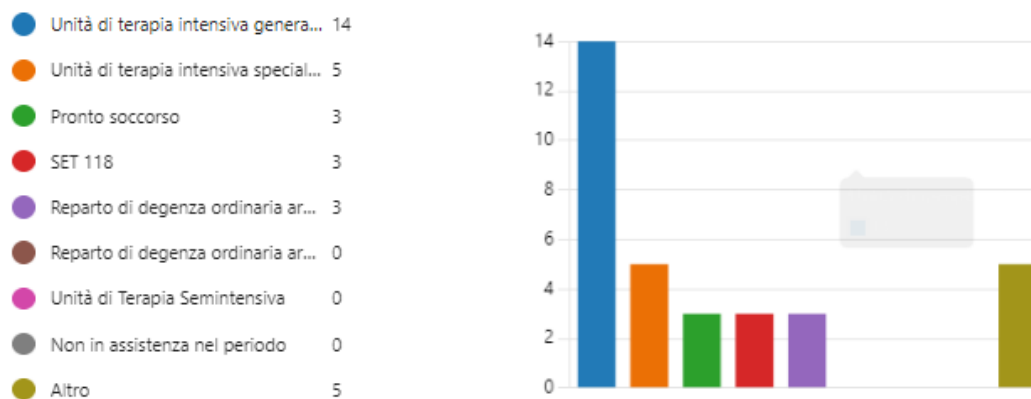


Figura 5

La domanda 9 del questionario, indagando sulle strategie comunicative utilizzate nel periodo febbraio – giugno 2020 mostra una distribuzione codi come descritta in Fig. 7

9. Con riferimento al periodo Febbraio 2020-Giugno 2020, considerati i problemi di isolamento dei pazienti, nel suo reparto sono stati implementate dei metodi alternativi di comunicazione tra i pazienti ricoverati e i loro cari? Le chiedo di indicare per le seguenti soluzioni, secondo la sua esperienza, una valutazione per frequenza di utilizzo.

[Altri dettagli](#)

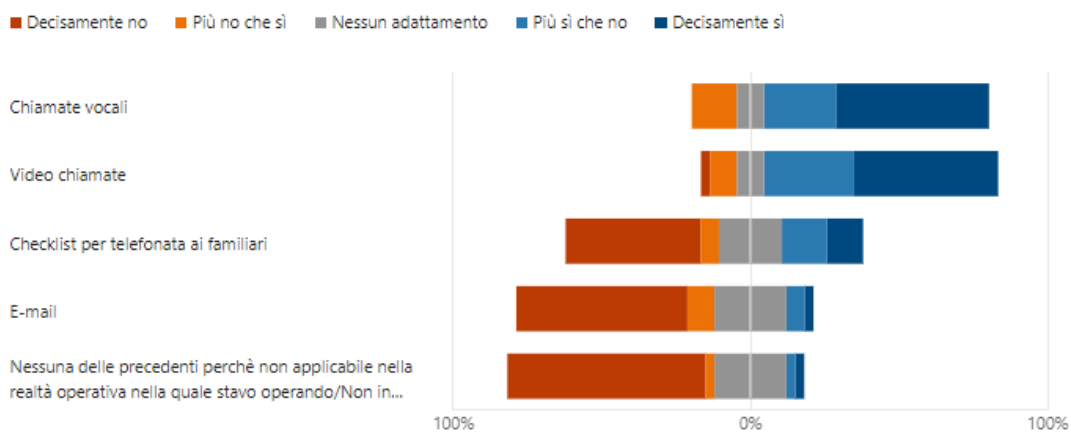


Figura 6

Con riferimento alla domanda 9 n.8 professionisti hanno indicato una considerazione personale, l'analisi qualitativa delle risposte è rappresentata in Fig. 8 attraverso nuvola di parole.

10. Eventuali considerazioni personali

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

8

Risposte

Risposte più recenti



Figura 7

Alla domanda n.11 del questionario i pareri dei partecipanti sono visibili in Fig. 9

11. Esprima un parere in termini di rilevanza/importanza per ognuno dei seguenti item riferibili alla comunicazione con i familiari, in condizioni di completo isolamento

[Altri dettagli](#)

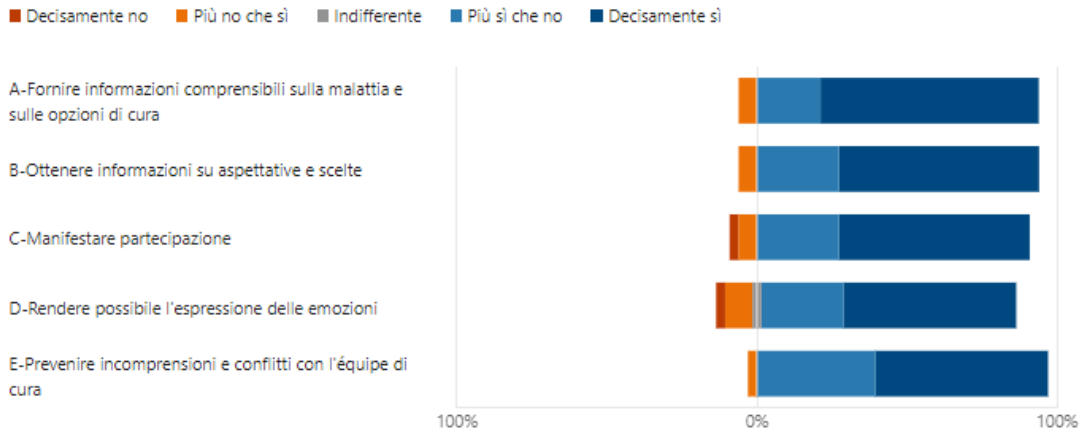


Figura 8

Con riferimento alla domanda 11 n.7 professionisti hanno indicato una considerazione personale, l'analisi qualitativa delle risposte è rappresentata in Fig. 10 attraverso nuvola di parole.

12. Eventuali considerazioni personali

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

7

Risposte

Risposte più recenti



Figura 9

Il grafico in Fig. 11 è visibile la percezione per ogni item riferibili alla domanda n13 del questionario. La Fig. 12 mostra l'analisi qualitativa delle risposte è rappresentata attraverso nuvola di parole delle n.5 risposte.

13. Esprima un parere in termini di rilevanza/importanza per ognuno dei seguenti item riferibili alla comunicazione con i familiari, in condizioni di completo isolamento

[Altri dettagli](#)

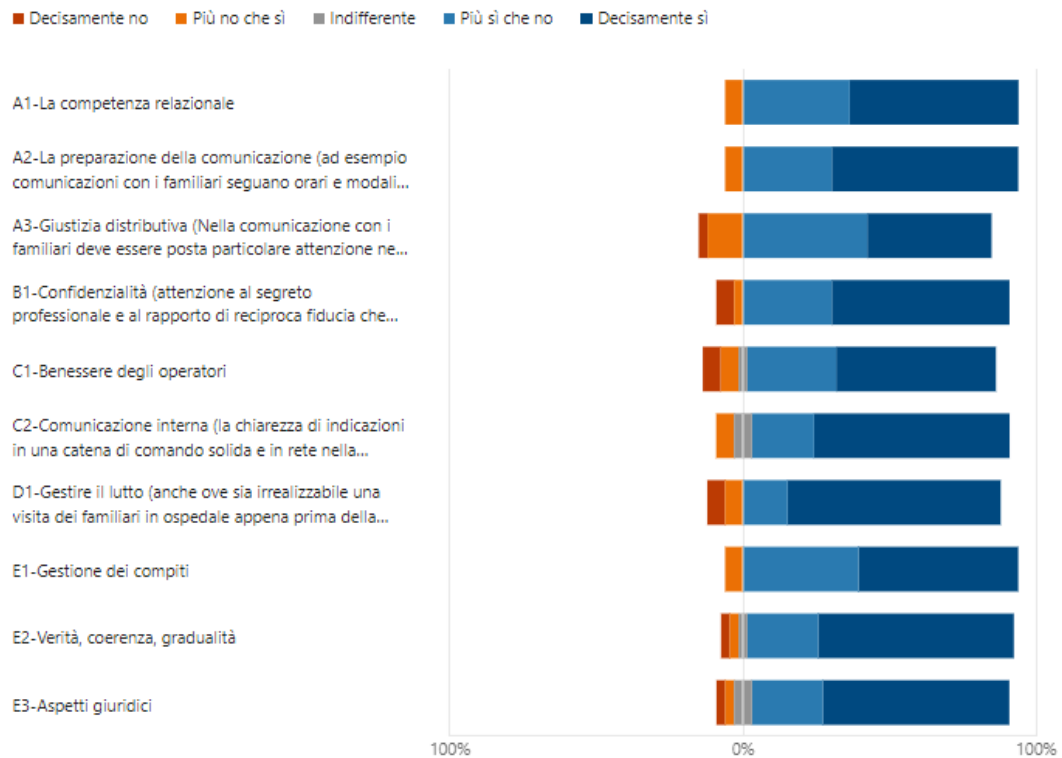


Figura 10

14. Eventuali considerazioni personali

[Altri dettagli](#)

 Dati analitici

5

Risposte

Risposte più recenti



Figura 11

Il grafico in Fig. 13 è visibile la percezione per ogni item riferibili alla domanda n13 del questionario. La Fig. 14 mostra l'analisi qualitativa delle risposte è rappresentata attraverso nuvola di parole delle n.3 risposte.

15. Esprima un parere in termini di rilevanza/importanza per ognuno dei seguenti item riferibili alla comunicazione con i familiari, in condizioni di completo isolamento

[Altri dettagli](#)

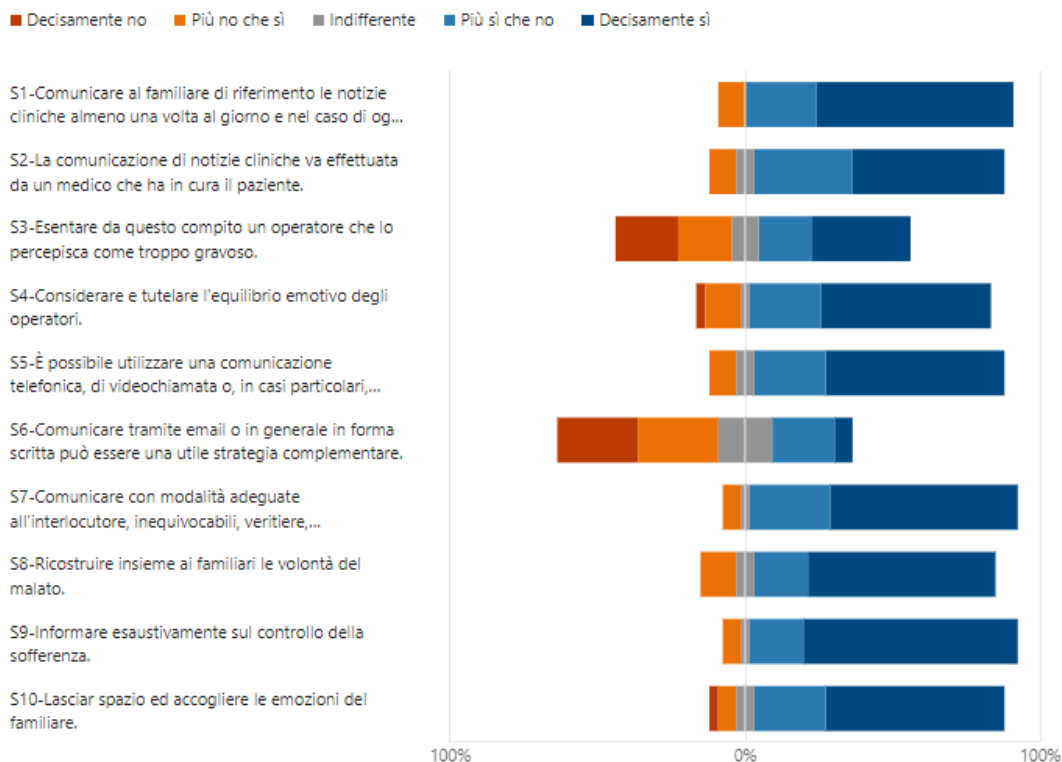


Figura 12

16. Eventuali considerazioni personali

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

3

Risposte

Risposte più recenti

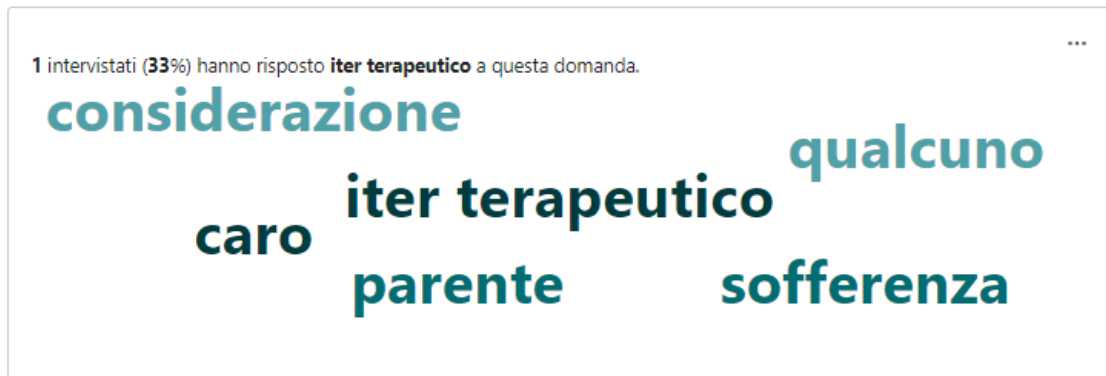


Figura 13

L'impatto sul carico di lavoro riferibile alle attività di comunicazione con i familiari sono state quotate così come descritto in Fig. 15 e alla domanda n. 6 professionisti hanno espresso parere personale elaborato con nuvola di parole (Fig. 16).

17. La comunicazione con i familiari in condizioni di completo isolamento impatta sul carico di lavoro?

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

8.03
Valutazione media

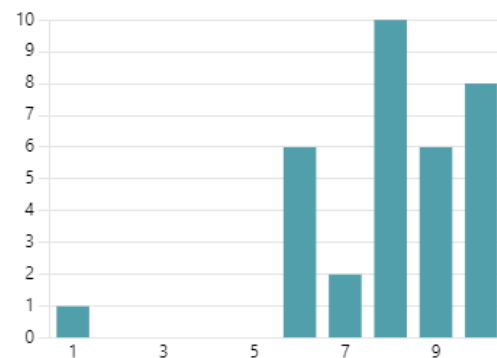


Figura 14

18. Eventuali considerazioni personali

[Altri dettagli](#)

[Dati analitici](#)

6

Risposte

Risposte più recenti



Figura 15

DISCUSSIONE

Quali sono state le strategie comunicative adottate dal personale sanitario nei confronti dei pazienti e le loro famiglie in condizioni di isolamento?

Come riportato nel documento “Rapporto ISS Covid-19 n.40/2020” la condizione di isolamento dei pazienti impone assenza verso i propri cari, se non attraverso dispositivi come telefoni, tablet o smartphone che permettono di collegarsi o addirittura vedersi. Ma i pazienti con infezione acuta spesso versano in condizioni di incoscienza, di semi-incoscienza o di dipendenza da macchinari che impongono una modalità di comunicazione significativamente limitata, se non assente. In condizioni di pericolo, le modalità contingentate di comunicazione rappresentano fonti di intenso stress psicologico, fisico ed emotivo per tutte le parti coinvolte, che si aggiungono alla condizione di angoscia e preoccupazione dovuta all'emergenza e al diffuso isolamento di tutti i pazienti COVID-19. In primo luogo, tali sentimenti sono particolarmente evidenti, quando coscienti, nei pazienti in isolamento che versano in condizioni critiche. Il divieto di ricevere visite e quindi conforto in momenti di difficoltà, e di stabilire un contatto con i propri cari, infligge una condizione di privazione e intensa sofferenza che solleva implicazioni etiche non trascurabili. Condizione, questa, che riguarda anche i congiunti i quali, nell'angoscia di non avere la possibilità di sostenere, assistere e accompagnare fisicamente e psicologicamente chi è ricoverato, potrebbero trovarsi essi stessi costretti in condizioni di isolamento domiciliare, se entrati a contatto con il paziente, oppure ricoverati a loro volta. Questa condizione ha portato gli esperti appartenenti a diverse discipline a presentare un documento dove vengono descritte delle linee guida inerenti la gestione delle comunicazioni con i familiari in condizioni di isolamento.¹⁹ In questo momento non è disponibile in letteratura scientifica nessun RCT o nessuna meta-analisi riguardante l'argomento della comunicazione clinica in contesti di completo isolamento, ma gli autori hanno tenuto in considerazione in questa analisi le evidenze scientifiche e le linee guida^{8,9,10,11.}

(<https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/4053/leggi/>

[file:///C:/Users/Emilio/Downloads/ComuniCoViD_ita%20-%2018apr20%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Emilio/Downloads/ComuniCoViD_ita%20-%2018apr20%20(1).pdf))

attualmente esistenti^{12,13,14} (<https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/4053/leggi/> / [file:///C:/Users/Emilio/Downloads/ComuniCoViD_ita%20-%2018apr20%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Emilio/Downloads/ComuniCoViD_ita%20-%2018apr20%20(1).pdf)) pdf riferite a altri contesti. Il documento è stato scritto da professionisti che hanno vissuto l'esperienza del ricovero in T.I. ed è stato approvato dal Consiglio Direttivo di SIAARTI, Aniarti, SICP e SIMEU. Il CommuniCovid è un documento condiviso che ci permette di utilizzare degli statements che sono stati scritti e revisionati dagli esperti, e poi condivisi all'interno di una

webconference durante la quale è stato raggiunto un accordo fra tutti gli autori sulla loro formulazione. In una seconda webconference, tutti gli autori hanno espresso il loro grado di approvazione sul singolo statement (1 = completo disaccordo, 5 = massimo accordo). Secondo il documento i pilastri di una comunicazione efficace sono la veridicità, la coerenza e la gradualità. La comunicazione clinica ha diversi obiettivi precisi:

- Fornire informazioni comprensibili sulla malattia;
- Ottenere informazioni sulle aspettative dei parenti riguardo alla malattia e sui valori del paziente e scelte;
- Mostrare empatia e partecipazione (attraverso un linguaggio non tecnico e con un atteggiamento che è né troppo distaccato né eccessivamente emotivo, ed adattato caso per caso per creare il miglior rapporto di cura possibile con i familiari);
- Consentire ai parenti di esprimere le proprie emozioni;
- Prevenire equivoci e conflitti con il team di assistenza.

Il documento è destinato a tutte le istituzioni sanitarie che gestiscono le persone con Covid-19, in particolare quei pazienti che sono in condizioni di instabilità clinica e ha lo scopo di aiutare il team di assistenza a comunicare con le famiglie che vivono in completo isolamento dal proprio caro.

Il documento è composto in tre parti:

- Prestazioni per la comunicazione isolata con i familiari;
- Istruzioni per la comunicazione telefonica con checklist e foglio di lavoro;
- Discussione dei punti chiave della situazione attuale come quadro teorico per le dichiarazioni. <https://www.simeu.it/w/articoli/leggiArticolo/4053/>

Nel documento “ Rapporto ISS COVID-19. N.41/2020 Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri Covid-19”, vengo evidenziati attraverso un'indagine qualitativa aspetti importanti sui bisogni dei familiari di pazienti in isolamento, e come vengono gestiti dagli operatori i singoli casi. Sono stati organizzati due focus group, uno composto da personale sanitario delle ASO Città della Salute e della Scienza di Torino, Presidio Molinette e uno da familiari di pazienti affetti da Covid-19, ricoverati. A integrazione del focus group con i familiari, sono state condotte anche quattro interviste telefoniche semi-strutturate. I temi sui quali si sono basate le interviste sono: Quali sono i bisogni informativi e di comunicazione dei familiari dei pazienti adulti ricoverati in reparti COVID-19, in situazioni di completo isolamento?

Qual'è il carico oggettivo-soggettivo dei familiari di questi pazienti? I contenuti emersi dai focus group vengono presentati in forma tabellare distinguendo tra quelli forniti dai familiari e quelli forniti dagli operatori sanitari come di seguito dettagliato.

https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+41_2020+%282%29.pdf/92f82cad-7d93-df0d-edd8-8db58d3a7493?t=1591874475827.

Un aspetto molto importante di questo documento è che mette in risalto i bisogni dei familiari, ciò che auspicano o apprezzano di ricevere.

CONCLUSIONI

L'emergenza sanitaria nonostante abbia avuto un impatto forte sul Sistema Sanitario, sono state poste delle misure per il contenimento del contagio queste hanno creato delle barriere a livello comunicativo rendendo necessarie delle strategie atte a mantenere un livello comunicativo adeguato. Come visto nei documenti dell'ISS e da molteplici documenti presenti in letteratura si evidenziano gli sforzi che sono stati effettuati dalle società scientifiche mettendo al centro il paziente e la sua famiglia, soprattutto i bisogni dei familiari, oltre alla formazione del personale, l'attuazione dei servizi di telemedicina, la riorganizzazione delle strutture ospedaliere e sanitarie, la pandemia ha lasciato a tutti un senso di impotenza. L'obiettivo dell'analisi è quello di sottolineare la percezione degli infermieri per quanto riguarda la comunicazione verso i familiari posti in isolamento. Il 43% ha risposto che l'informazione è importante nella gestione della comunicazione con i familiari, altro risultato posto alla domanda sull'isolamento che ha avuto un impatto importante sulla società. L'impatto sul carico di lavoro riferibile alle attività di comunicazione con i familiari sono state quotate così come descritto nel questionario. I professionisti hanno espresso parere personale elaborato con nuvola di parole è visibile la percezione per ogni item riferibili alla domanda n.13 del questionario. La Fig. 14 mostra l'analisi qualitativa delle risposte è rappresentata attraverso nuvola di parole delle n.3 risposte. Alcuni aspetti rilevanti della ricerca possono favorire le nuove condizioni di comunicazione come l'utilizzo di dispositivi elettronici nei contesti emergenziali. Ma si è anche sottolineato più volte nella ricerca come l'umanità e la vicinanza a persone gravemente malate possa rendere meno faticosa la ripresa del paziente in condizioni critiche e rendere meno sofferente l'attesa dei familiari specialmente in situazioni di isolamento. Nel futuro si potrebbe pensare a una figura come il Caring nurse. Caring nurse è una figura dedicata alla comunicazione e alla comunicazione tra l'ospedale e il paziente e la famiglia, questa figura è stata introdotta per la prima volta all'Ospedale di Niguarda a Milano, nella letteratura scientifica ci conferma che l'attesa che dura molte ore e questo vale anche per il familiare e questo può generare problemi di aggressione soprattutto quando abbiamo un afflusso importante di persone malate, quindi l'inserimento di questa figura non solo agli ospedali della Lombardia ma in tutti gli ospedali potrebbero aiutare i familiari. Questa figura è sperimentata durante la pandemia per consentire ai parenti di rimanere in contatto con i familiari, dando degli ottimi risultati.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Con la pandemia ci sono state molteplici cambiamenti. Infatti la pandemia ha modificato le relazioni umane, portando il genere umano a essere meno propensi a interagire con gli altri questo dopo aver subito il covid-19. Sarebbe importante cercare di istituire dei corsi di formazione per i familiari per gestire in un futuro, altre situazioni pandemiche con più consapevolezza. E inserire figure professionali che possano aiutare il personale sanitario nella gestione degli afflussi massicci di pazienti con patologie gravi oltre a istituire delle linee guida che permettano un'osservazione globale delle medesime in circostanze di emergenza.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Istituto Superiore di Sanità Epi-centro-L'epidemia per la sanità pubblica-Tutto sulla pandemia di Sars-Cov-2-Revisione a cura di :Ornella Punzo, Antonio Bella, Flavia Riccardo, Patrizio Pezzotti, Fortunato “Paolo D’Ancona- Dipartimento Malattie Infettive ISS.

Data di ultimo aggiornamento:25 febbraio 2021

Data di pubblicazione : 16 gennaio 2020, url <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov2>

2. Istituto Superiore di Sanità-Archivio31/12/2020 - Aggiornamento dei dati: i bollettini della sorveglianza integrata COVID-19 in Italia

Sono online i nuovi dati realizzati dall’ISS: il documento “[Epidemia COVID-19. Aggiornamento nazionale 29 dicembre 2020](#)” (pdf 13 Mb) - con l’[appendice al bollettino con il dettaglio regionale](#) (pdf 1,1 Mb).Citare il documento come segue: Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 29 dicembre 2020, url <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2>.
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/2020>

3. ISTAT-archivio-age.na.s. agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali-Impatto dell’epidemia covid-19sul sistema ospedaliero. Anno 2020. TESTO INTEGRALE E NOTA METODOLOGICA url <https://www.istat.it/it/files//2022/07/Impatto-covid-su-ricoveri-ospedalieri-Istat-Agenas.pdf>

4. Istituto Superiore di Sanità EpiCentro-L’epidemiologia per la sanità pubblica Emergenza Covid-19 nelle strutture socio-assistenziali e sanitarie. Url Sorveglianza strutture residenziali socio-sanitarie nell’emergenza COVID-19
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-strutture-socio-assistenziali-sanitarie>

5. Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica: I primi quarant’anni.libro.

Dal 1981 oltre 40 anni di Area Critica. Quaderni dell’assistenza in Area Critica. A cura di Dario Trobruk e Maria Benetton.

https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2022/06/ANIARTI-book_40_ANNI.pdf

6. Ministo della salute. Direzione generale della programmazione sanitaria.

Linee di indirizzo nazionali sul triage intra-ospedaliero.

C-17pubblicazioni-3145allegato pdf. url
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3145_allegato.pdf

7. PEIMAF sala rossi, regione marche url
<https://asur.marche.it/documents/20182/547866/doc02326220191126093325.pdf/42297139-bcb3-492a-b595-3c04cd0acd87?version=1.0>

8. Wikipedia, l’enciclopedia libera url

https://it.wikipedia.org/wiki/Terapia_intensiva#:~:text=Rappresenta%20i%20pazienti%20che%20richiedono,carattere%20pericoloso%20per%20la%20vita.

9. Gazzetta Ufficiale –Decreto legge 19 maggio 2020 n.34url

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg>

10. Aniarti.it/documenti url <https://www.aniarti.it/documenti-anarti/comunicovid-documento-intersocietario-come-comunicare-con-i-familiari-in-condizioni-di-completo-isolamento/>
<https://pastsite.aniarti.it/it/documenti>

11. Gazzetta Ufficiale della Repubblica DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 27 marzo 1992 .Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. (GU Serie Generale n.76 del 31-03-1992) url https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1992-03-31&atto.codiceRedazionale=092A1471&elenco30giorni=false#:~:text=DECRETO%20DEL%20PRESIDENTE%20DELLA%20REPUBBLICA%2027%20marzo%201992&text=22%20dell'accordo%20collettivo%20nazionale,Repubblica%2025%20gennaio%201991%2C%20n.

12. Ministero della salute- Agenas- Criteri di appropriatezza per i setting assistenziali di gestione ospedaliera dei pazienti affetti da Covid-19, Documento, [Criteri di appropriatezza per i setting assistenziali di gestione ospedaliera dei pazienti affetti da Covid-19 - Versione 2.0 \(PDF\)](#) url:

<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1927-criteri-di-appropriatezza-per-i-setting-assistenziali-di-gestione-ospedaliera-dei-pazienti-affetti-da-covid-20>

13. Rapporto ISS covid-19 n.40/2020-Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).url:https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+40_2020.pdf/37697f35-15bb-3359-b856-e26449e88c60?t=1591637142329

14. Consiglio Direttivo di Aniasi SIPC e SIMEU- Comunicato stampa 23/04/2020. . [Comunicato stampa 23/4/2020: COME COMUNICARE CON I FAMILIARI IN COMPLETO ISOLAMENTO](#)

15. ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda. Milano [url:https://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/la-comunicazione-che-cura-lattesa-al-pronto-soccorso-di-niguarda-arriva-il-caring-nurse](http://www.ospedaleniguarda.it/news/leggi/la-comunicazione-che-cura-lattesa-al-pronto-soccorso-di-niguarda-arriva-il-caring-nurse)
www.ospedaleniguarda.it

16. Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 - Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020. Pubblicato 14/04/2020 - Modificato 15/12/2020. Gabbriellini F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020). url: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+12_2020+telemedicina.pdf/387420ca-0b5d-ab65-b60d-9fa426d2b2c7?t=1587114370414

17. Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020 - Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020 Pubblicato 11/06/2020 - Modificato 15/12/2020. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. url: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+41_2020+%282%29.pdf/92f82cad-7d93-df0d-edd8-8db58d3a7493?t=1591874475827

18. [ComuniCoViD – Documento Intersocietario COME COMUNICARE CON I FAMILIARI IN CONDIZIONI DI COMPLETO ISOLAMENTO](#)

18. Aprile 2020 · <https://www.aniarti.it/documenti-aniarti/comunicovid-documento-intersocietario-come-comunicare-con-i-familiari-in-condizioni-di-completo-isolamento/>

ISS- Istituto Superiore di Sanità. Rapporto covid-19n.4.Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle prestazioni nell'attività sanitaria e socio sanitaria nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Aggiornamento al 28/03/20

INAIL-Cocid-19 e protezione degli operatori sanitari. url: https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-covid-19-opertorisantari1_6443145028706pdf

19. Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).url: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+41_2020+%282%29.pdf/92f82cad-7d93-df0d-edd8-8db58d3a7493?t=1591874475827

ALLEGATI

ALLEGATO 1

03/04/24, 17:12

La comunicazione nello scenario di massiccio afflusso di persone gravemente malate

La comunicazione nello scenario di massiccio afflusso di persone gravemente malate

Mi chiamo Carlotta Avvantaggiato, laureanda in Infermieristica presso l'Università Politecnica delle Marche, le chiedo gentilmente di dedicare qualche minuto del suo tempo per la compilazione del seguente questionario rivolto alle infermiere e agli infermieri operativi nelle Unità di Degenza Ordinaria, Unità di Terapia Semintensiva, Unità di Terapia Intensiva, Pronto Soccorso e SET 118. La raccolta dati, effettuata nel contesto di redazione di tesi di Laurea, ha lo scopo di indagare la percezione dei Professionisti in merito alle strategie di comunicazione con i familiari adottate nella pandemia da Covid-19 al fine di contribuire nell'identificazione di presupposti di applicabilità in un generico scenario di massiccio afflusso in ospedale di persone gravemente malate con riferimento alla pratica assistenziale. Il questionario è stato elaborato sulla base del documento intersocietario SIAARTI - ANIARTI - SICP - SIMEU "COMUNICoVID Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento" redatto nel 2020.

Grazie per la collaborazione.

* Obbligatoria

Informativa trattamento dei dati

Come previsto dalle attuali normative vigenti (legge 31 dicembre 1996 n. 675, 676, Gazzetta Ufficiale del 08/01/1997, art. 7 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e Regolamento Europeo sulla Privacy UE 2016/679, General Data Protection Regulation - GDPR) sul trattamento dei dati personali e sul rispetto della privacy i suoi dati (ivi compresi i dati sensibili) verranno trattati in modo rigorosamente anonimo.

Non Le saranno richiesti dati inerenti alla Sua identità e le risposte fornite non saranno riconducibili alla Sua persona. I dati raccolti saranno soggetti a elaborazione statistica e, in tale forma, verranno utilizzati a fini didattici per la dissertazione della Tesi di Laurea in Infermieristica ed eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.

Grazie per la collaborazione.

Consenso informato

Accettando il presente modulo dichiaro di:

- Aver letto e compreso questo foglio informativo e che il suo contenuto mi è stato spiegato in maniera chiara ed esauriente;
- Aver compreso che la partecipazione allo studio è completamente volontaria e che posso rifiutarmi di parteciparvi o revocare il mio consenso in qualsiasi momento interrompendo la compilazione del/i questionario/i;
- Essere consapevole che i miei dati potranno essere utilizzati per pubblicazioni scientifiche ma resteranno strettamente riservati nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e successive modifiche ed integrazioni.

1. Presta il consenso? *

Sì

No

Dati socio demografici

2. Età

- < 30 anni
- 30-40 anni
- 40-50 anni
- 50-60 anni
- 60-70 anni
- >70

3. Sesso

- Femmina
- Maschio

Formazione di base e post base

4. Titolo di studio

- Laurea triennale
- Diploma regionale
- Laurea magistrale
- Dottorato di ricerca
- Master di primo livello
- Master di secondo livello
- Altro

Posizione lavorativa

5. In quale realtà operativa attualmente lavora? *

- Unità di terapia intensiva generale
- Unità di terapia intensiva specialistica
- Pronto soccorso
- SET 118
- Reparto di degenza ordinaria area medica
- Reparto di degenza ordinaria area chirurgica
- Unità di Terapia Semintensiva
- Altro

6. In quale Regione / Provincia autonoma? *

- Regione Abruzzo
- Regione Basilicata
- Regione Calabria
- Regione Campania
- Regione Emilia Romagna
- Regione Friuli Venezia Giulia
- Regione Lazio
- Regione Liguria
- Regione Lombardia
- Regione Marche
- Regione Molise
- Regione Piemonte
- Regione Puglia
- Regione Sardegna
- Regione Sicilia
- Regione Toscana
- Regione Trentino Alto Adige
- Regione Umbria
- Regione Val d'Aosta
- Regione Veneto
- Provincia autonoma di Trento
- Provincia autonoma di Bolzano

7. In quale realtà operativa ha lavorato nel periodo Febbraio-Giugno 2020? *

- Unità di terapia intensiva generale
- Unità di terapia intensiva specialistica
- Pronto soccorso
- SET 118
- Reparto di degenza ordinaria area medica
- Reparto di degenza ordinaria area chirurgica
- Unità di Terapia Semintensiva
- Non in assistenza nel periodo
- Altro

8. In quale Regione / Provincia autonoma? *

- Regione Abruzzo
- Regione Basilicata
- Regione Calabria
- Regione Campania
- Regione Emilia Romagna
- Regione Friuli Venezia Giulia
- Regione Lazio
- Regione Liguria
- Regione Lombardia
- Regione Marche
- Regione Molise
- Regione Piemonte
- Regione Puglia
- Regione Sardegna
- Regione Sicilia
- Regione Toscana
- Regione Trentino Alto Adige
- Regione Umbria
- Regione Val d'Aosta
- Regione Veneto
- Provincia autonoma di Trento
- Provincia autonoma di Bolzano
- Non in assistenza nel periodo

Strategie e strumenti per la comunicazione con il paziente e la famiglia

9. Con riferimento al periodo Febbraio 2020-Giugno 2020, considerati i problemi di isolamento dei pazienti, nel suo reparto sono stati implementate dei metodi alternativi di comunicazione tra i pazienti ricoverati e i loro cari? Le chiedo di indicare per le seguenti soluzioni, secondo la sua esperienza, una valutazione per frequenza di utilizzo. *

| | Decisamente no | Più no che si | Nessun adattamento | Più si che no | Decisamente si |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Chiamate vocali | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Video chiamate | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Checklist per telefonata ai familiari | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E-mail | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Nessuna delle precedenti perchè non applicabile nella realtà operativa nella quale stavo operando/Non in assistenza nel periodo | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

10. Eventuali considerazioni personali

Obiettivi di comunicazione con i familiari

Le chiedo di tenere in considerazione la sua esperienza professionale anche se gli item non sono applicabili al contesto operativo in cui ha operato/opera.

11. Esprima un parere in termini di rilevanza/importanza per ognuno dei seguenti item riferibili alla comunicazione con i familiari, in condizioni di completo isolamento *

| | Decisamente no | Più no che sì | Indifferente | Più sì che no | Decisamente sì |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A-Fornire informazioni comprensibili sulla malattia e sulle opzioni di cura | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B-Ottenere informazioni su aspettative e scelte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C-Manifestare partecipazione | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D-Rendere possibile l'espressione delle emozioni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E-Prevenire incomprensioni e conflitti con l'équipe di cura | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Eventuali considerazioni personali

Argomenti a cui prestare attenzione

Le chiedo di tenere in considerazione la sua esperienza professionale anche se gli item non sono applicabili al contesto operativo in cui ha operato/opera.

13. Esprima un parere in termini di rilevanza/importanza per ognuno dei seguenti item riferibili alla comunicazione con i familiari, in condizioni di completo isolamento *

| | Decisamente no | Più no che si | Indifferente | Più si che no | Decisamente si |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| A1- La competenza relazionale | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A2- La preparazione della comunicazione (ad esempio comunicazioni con i familiari seguano orari e modalità univoche e condivise) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A3- Giustizia distributiva (Nella comunicazione con i familiari deve essere posta particolare attenzione nel presentare tutti gli sforzi compiuti, sia sul piano clinico che su quello organizzativo) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B1- Confidenzialità (attenzione al segreto professionale e al rapporto di reciproca fiducia che unisce il professionista sanitario e il malato nel percorso di cura) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C1- Benessere degli operatori | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C2- Comunicazione Interna (la chiarezza di indicazioni in una catena di comando solida e in rete nella comunicazione interna) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D1- Gestire il lutto (anche ove sia irrealizzabile una visita dei familiari in ospedale appena prima della morte del loro caro, è possibile fare qualcosa almeno perché la storia della perdita di quella persona possa cominciare a essere narrata) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| E1- Gestione dei compiti | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

https://forms.office.com/Pages/DesignPageV2.aspx?prevorigin=shell&origin=NeoPortalPage&subpage=design&id=JUF7ESH7b0GoXx6f9yW_...

13/19

14. E2- Verità, coerenza, gradualità
derazioni personali

E3- Aspetti giuridici

Statements
su comunicazione
con i familiari

Le chiedo di tenere in considerazione la sua esperienza professionale anche se gli Item non sono applicabili al contesto operativo in cui ha operato/opera.

15. Esprima un parere in termini di rilevanza/importanza per ognuno dei seguenti item riferibili alla comunicazione con i familiari, in condizioni di completo isolamento *

| | Decisamente no | Più no che sì | Indifferente | Più sì che no | Decisamente sì |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| S1 -Comunicare al familiare di riferimento le notizie cliniche almeno una volta al giorno e nel caso di ogni aggravamento sostanziale ed imprevisto. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S2 -La comunicazione di notizie cliniche va effettuata da un medico che ha in cura il paziente. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S3 -Esentare da questo compito un operatore che lo percepisce come troppo gravoso. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S4 -Considerare e tutelare l'equilibrio emotivo degli operatori. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S5 -È possibile utilizzare una comunicazione telefonica, di videochiamata o, in casi particolari, scritta. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S6 -Comunicare tramite email o in generale in forma scritta può essere una utile strategia complementare . | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S7 -Comunicare con modalità adeguate all'interlocutore, inequivocabili, veritiere, argomentate. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S8 -Ricostruire insieme ai familiari le volontà del malato. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S9 -informare esaurientemente sul controllo della sofferenza. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| S10 -Lasciar spazio ed accogliere le emozioni del familiare. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

16. Eventuali considerazioni personali

Carico di lavoro e comunicazione con i familiari nel contesto di completo isolamento

Le chiedo di tenere in considerazione la sua esperienza professionale anche se gli item non sono applicabili al contesto operativo in cui ha operato/opera.

17. La comunicazione con i familiari in condizioni di completo isolamento impatta sul carico di lavoro? *

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Ininfluente Criticamente
impattante

18. Eventuali considerazioni personali

Questo contenuto non è stato creato né approvato da Microsoft. I dati che invi verranno recapitati al proprietario del modulo.