

La percezione di caring di pazienti homeless e infermieri: indagine qualitativa

Laureanda
Diana Farina
Matricola 981009

Relatrice
Prof.ssa Susanna Sodo

Facoltà di Farmacia e Medicina, Medicina e Odontoiatria
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

A.A. 2021-2022



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

La percezione di caring di pazienti homeless e infermieri: indagine qualitativa

Facoltà di Farmacia e Medicina, Medicina e Odontoiatria
Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive
Corso di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Laureanda
Diana Farina
Matricola 981009

Relatrice
Prof.ssa Susanna Sodo

Anno Accademico 2021-2022

INDICE

Introduzione.....	1
CAPITOLO I- HOMELESS E SANITA' PUBBLICA.....	3
1.1. Analisi del contesto.....	4
1.2. Bisogni di salute.....	8
1.3. Definizione del problema.....	12
1.4. Il caring.....	15
1.5. Analisi della letteratura.....	19
1.5.1. Strategia di ricerca.....	19
1.5.2. Criteri di inclusione ed esclusione.....	20
1.5.3. Revisioni sistematiche di studi qualitativi su homeless e infermieri.....	21
1.5.4. Risultati percezioni di homeless.....	22
1.5.5. Analisi dei risultati delle percezioni degli homeless.....	23
1.5.6. Risultati percezioni degli infermieri.....	28
1.5.7. Analisi dei risultati delle percezioni degli infermieri.....	29
CAPITOLO II- INDAGINE.....	33
2.1. Quesito di ricerca.....	34
2.2. Obiettivi.....	34
2.3. Materiali e metodi.....	34
2.3.1. Disegno di studio.....	34
2.3.2. Considerazioni etiche	35
2.3.3. Questionario Caring Behaviors Inventory (CBIta-24).....	35
2.3.4. Campione e campionamento.....	36

2.3.5. Analisi dei dati.....	39
2.3.6. Limiti.....	39
2.4. Discussione risultati.....	40
2.4.1. Risultati gruppo domande I: presenza.....	41
2.4.2. Risultati gruppo domande II: conoscenze e competenze professionali.....	43
2.4.3. Risultati gruppo domande III: empatia e rispetto.....	45
2.4.4. Risultati gruppo domande IV: relazioni positive.....	47
CAPITOLO III- CONCLUSIONI.....	50
BIBLIOGRAFIA.....	53
SITOGRAFIA.....	61
ALLEGATI 1.....	64
ALLEGATI 2.....	66

ABSTRACT

Introduzione: le persone con esperienza di barbonismo hanno bisogni di salute complessi e rappresentano una popolazione sotto servita all'interno del sistema sanitario. I comportamenti di caring degli infermieri influenzano la percezione dell'assistenza e determinano l'approccio dei pazienti verso la salute, con ripercussioni sull'intero sistema sanitario.

Questo studio sperimentale intende esaminare le percezioni del caring infermieristico all'interno di due gruppi: pazienti homeless ed infermieri.

Materiali e metodi: per l'indagine, è stato usato uno studio trasversale che ha riguardato homeless (nr 27) e infermieri (nr 73) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Umberto I di Roma, tra Gennaio e Febbraio 2023 (3 settimane). I partecipanti hanno risposto alle domande del Caring Behaviours Inventory-24, versione italiana. I dati sono stati analizzati usando il metodo della media ponderata delle risposte su scala Likert 1-6. Il sistema informatico SPSS Statistics v. 29 è stato usato per misurare frequenza, correlazioni, deviazione standard, intervallo di confidenza, p-value.

Risultati: l'indagine ha mostrato che il caring verso i pazienti homeless è di bassa qualità nei reparti di emergenza, a causa di insufficiente presenza e attenzioni, scarsa empatia e rispetto, mancanza di relazioni positive con il paziente.

Conclusioni: si propone quale strumento di risoluzione delle criticità evidenziate un'adeguata formazione del personale infermieristico dei reparti d'emergenza, volta al miglioramento dell'interazione e alla sensibilizzazione verso la popolazione homeless al fine di allineare i comportamenti di caring della pratica clinica alle esigenze di questa popolazione.

Parole chiave: Nurse Caring; Caring behaviors; Homelessness; Homeless persons; Nurse-patient relations; Registered nurses; Perceptions or Attitudes

Background: People experiencing homelessness have multifaceted healthcare needs and they are an underserved population across healthcare services. Nurses caring attitudes determine patient's perceptions related to care and impact on patient's view on health, with effects on the whole healthcare system.

This experimental study aims to examine nurse caring perceptions into two groups: people experiencing homelessness and registered nurses.

Methods: A cross-sectional design using convenience sampling was used to recruit people experiencing homelessness (nr 27) and registered nurses (nr 73) of the University Hospital Polyclinic Umberto I in Rome, between January and February 2023 (3 weeks) The participants answered the Caring Behaviors Inventory-24, Italian version.

The data was analyzed using the weighted average response (Likert Scale 1-6) and was processed by SPSS Statistic System v. 29 to measure frequency, correlations, Standard Deviation, Confidence Interval, p-value.

Results: the investigation showed low quality care towards people experiencing homeless admitted to emergency department, due to lack of presence, empathy & respect and positive connectedness with patients.

Conclusions: An adequate training of ER nursing staff is proposed to solve the critical issues highlighted, aimed at improving interaction and raising awareness towards the homeless population to align the caring behaviors of clinical practice to the needs of this population.

Keywords: Nurse Caring; Caring behaviours; Homelessness; Homeless persons; Nurse-patient relations; Registered nurses; Perceptions or Attitudes.

PREMESSA

Questo lavoro nasce dal desiderio di dar voce agli invisibili, agli ultimi della società: i senza fissa dimora che affollano durante le fredde giornate d'inverno, le sale d'aspetto dei reparti di emergenza.

Ignorati o visti con la lente dello stigma e del pregiudizio da tutti gli operatori e professionisti ospedalieri, agli homeless si riserva spesso un'assistenza frettolosa e sbrigativa, lontana dagli standard di qualità e delle teorie umanistiche di caring.

Alla voce degli homeless, si unisce qui la voce degli infermieri. Si indagherà del caring offerto per far luce sui problemi che impediscono l'instaurare di un rapporto di cura con i pazienti homeless.

Questo lavoro sperimentale è stato possibile grazie alla disponibilità e al supporto della relatrice Prof.ssa Susanna Sodo e al Comitato Etico dell'Università Sapienza che ha approvato lo studio (vedi allegato 1).

Si ringrazia per la collaborazione il Servizio di Assistenza Sociale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, che ha accompagnato la scrivente in alcuni reparti e ha coinvolto nello studio pazienti seguiti a livello ambulatoriale.

Si ringraziano i Coordinatori Infermieristici dei reparti che hanno aderito allo studio (Prima Clinica Medica, Fisiatria e Riabilitazione, Malattie Infettive, Medicina Interna, Gastroenterologia e Nutrizione, Pronto Soccorso Centrale, Pronto Soccorso Medico) e tutti i colleghi che hanno volontariamente partecipato.

Si ringraziano i pazienti homeless che, contrariamente ogni aspettativa, si sono mostrati desiderosi di parlare e raccontare le proprie esperienze, sanitarie e no.

Nella speranza che questo lavoro, possa, nel suo piccolo, accendere una luce su pazienti in gravissima difficoltà sanitaria e sociale.

INTRODUZIONE

La crescente crisi economica e la pandemia mondiale del 2020, dovuta alla diffusione del virus Covid-19, hanno avuto ripercussioni sociali ed economiche importanti su fasce di popolazione che, fino ad allora, si percepivano estranee al rischio di impoverimento.

Nel 2020 la povertà assoluta¹ in Italia ha raggiunto il livello più elevato dal 2005 e risulta stabile anche nel 2021 (Istat 2021)². L'instabilità economica e sociale in Africa, Medioriente e Asia contribuisce ad aumentare gli attuali livelli di immigrazione e povertà.

Gli individui in povertà assoluta sono sempre più spesso costretti ad affrontare la vita di strada. Se l'esperienza di strada si protrae per più di 1 anno, nella persona si innescano dei meccanismi di adattamento alla rinuncia che rendono sempre più difficile il reinserimento nella società (Caritas Roma, 2018³; Istat, 2015⁴).

Nel censimento Istat 2021⁵ sono 96.197 le persone senza tetto e senza fissa dimora iscritte in anagrafe. La maggioranza è composta da uomini e il 38% è rappresentato da cittadini stranieri, provenienti in oltre la metà dei casi dal continente africano. L'età media totale è di 41,6 anni, per gli italiani si innalza a 45,5 anni mentre per gli stranieri si abbassa a 35,2 anni. Le persone senza tetto e senza fissa dimora censite sono residenti in 2.198 comuni italiani, ma si concentrano per il 50% in 6 comuni: Roma con il 23% delle iscrizioni anagrafiche, Milano (9%), Napoli (7%), Torino (4,6%),

¹ <https://www.istat.it/it/archivio/258936>

² https://istat.it/files/2022/03/STAT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2021.pdf

³ Caritas Roma. Ufficio Studi e Progettazione dell'Area Ascolto e Accoglienza, *Persone senza fissa dimora. Le sfide di un sistema integrato*. Caritas Roma, Roma 2018
http://www.caritasroma.it/wp-content/uploads/2018/11/Persone%20Senza%20Dimora%20WEB%20DEF_16%20nov.pdf

⁴ https://istat.it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf

⁵ <https://istat.it/files/2022/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DEMOGRAFICA-2021-pdf>

Genova (3%) e Foggia (3,7%) dove è più facile accedere a servizi ed infrastrutture (mense, dormitori, centri diurni)

La marginalizzazione e l'esclusione alla vita sociale degli individui in povertà assoluta è dovuta non solo a fragilità individuali, dipendenze, deficit personali, violenze o abusi ma anche a fattori culturali e sociali. La maggior parte degli homeless non chiede aiuto o sostegno ai servizi sociali, ha un atteggiamento di diffidenza e chiusura, acuito dal comportamento della società che li ignora o li guarda con disprezzo e paura (LABOS Caritas Roma, 1987; Giunta regionale della Lombardia. Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale, 2015⁶).

Questo lavoro riguarda gli homeless e la sanità pubblica.

Si individueranno dapprima i problemi che queste persone incontrano quando hanno la necessità di rivolgersi al SSN, quindi si inquadreranno le normative, i progetti sanitari (nazionali e internazionali) rivolti agli homeless, e gli interventi in corso o di prossima attuazione. Si farà un focus sui bisogni di salute degli homeless e sui servizi offerti nella città di Roma e si affronterà il problema di ricerca, partendo da un'approfondita analisi della letteratura. Nella seconda parte di questo lavoro, si mostreranno i metodi, gli strumenti e i risultati dell'indagine effettuata, attraverso una ricerca sul campo, riguardo il problema individuato. I risultati dell'indagine saranno quindi analizzati, confrontati e discussi.

Nelle conclusioni si proporranno suggerimenti per le criticità rilevate.

L'appendice 1 presenta i documenti che hanno permesso questo lavoro: il questionario validato e tradotto in italiano, la lettera di presentazione allo studio con l'informativa sul trattamento dei dati personali, l'approvazione del Comitato Etico dell'Università Sapienza.

L'appendice 2 contiene grafici e tabelle dei dati analizzati.

⁶ https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/e40a6a00-c612-4fb7-9040-21c58e0cb122/Homelessness_servizi_senza_fissa_dimora.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e40a6a00-c612-4fb7-9040-21c58e0cb122-mmEKZPp

CAPITOLO I

Homeless e sanità pubblica

1.1. ANALISI DEL CONTESTO

Sulla salute incidono diversi determinanti sociali (reddito, istruzione, lavoro, abitazione etc), che per gli homeless rappresentano delle vere e proprie barriere di accesso alle cure tra cui:

- distorsione della percezione del proprio stato di salute, messo in secondo piano rispetto a bisogni più urgenti, come mangiare o dormire;
- mancanza della residenza anagrafica, requisito indispensabile per l'iscrizione al SSN (art. 19 L. 833/1978)⁷.

La debolezza delle istituzioni nel creare un contatto efficace e stabile con gli homeless è dovuta ad elementi strutturali e normativi: il welfare italiano è legato a categorie specifiche di povertà e non permette l'accesso a chi non rientra in esse.

Una persona senza residenza anagrafica è inesistente per i servizi sociali e assistenziali: non può usufruire del medico di medicina generale (MMG), richiedere misure di sostegno (invalidità, disoccupazione, malattia cronica, figli a carico etc.), né iscriversi a liste di collocamento o partecipare a bandi di assegnazione di case popolari.

Per garantire il diritto all'assistenza sanitaria, Regioni⁸ e Comuni sono costretti a ideare soluzioni in attesa che la proposta di modifica⁹ del comma 3 della L.833/1978 venga discussa e approvata dal Parlamento.

⁷ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>

⁸ Nel 2001, con la riforma del Titolo V della Costituzione, le Regioni diventano le uniche titolate alla legislazione delle politiche sanitarie e alla programmazione e dei servizi. Con la regionalizzazione è venuto meno qualsiasi intervento di coordinamento capace di dare forma ad un piano nazionale per far fronte i problemi delle persone in povertà assoluta. A livello regionale gli interventi sulla grave marginalità sono risultati limitati nel tempo e nelle risorse.

⁹ <https://www.editorialedomani.it/politica/italia/medico-base-senza-fissa-dimora-pd-letta-j4svqt7h>

La Regione Emilia-Romagna ha riconosciuto (L. Regionale 10/2021)¹⁰ ai cittadini italiani senza dimora, privi di qualsiasi assistenza sanitaria, la possibilità di iscriversi nelle liste degli assistiti delle aziende USL del territorio regionale e di effettuare la scelta del MMG, nonché di accedere alle prestazioni garantite dai LEA per i cittadini italiani residenti in Italia.

La scelta del MMG vale un anno e può essere rinnovata, a condizione che il beneficiario rimanga sul territorio¹¹.

Nel 2022, la Regione Piemonte ha siglato un Protocollo di Intesa¹² avente ad oggetto un piano integrato di sostegno alle persone senza dimora. Riguardo l'assistenza sanitaria e l'accesso alla medicina di base, il Protocollo di Intesa promuove la sensibilizzazione di tutti i Comuni sull'importanza di stabilire residenze fittizie per i senza fissa dimora e intende fornire linee di indirizzo alle ASL competenti, per erogare le prestazioni sanitarie previste dai LEA, incentivare l'iscrizione al SSN e la scelta del MMG. Le procedure di attuazione non sono state ancora individuate.

Molti Comuni italiani si sono dotati di un indirizzo fittizio¹³, non esistente a livello territoriale ma con valore giuridico, che permette ai cittadini italiani senza fissa dimora di avere una residenza. A Roma, l'indirizzo degli homeless è dedicato a Modesta Valenti¹⁴.

¹⁰ https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:2021;10&dl_t=text/xml&dl_a=y&dl_id=10&pr=idx,0;artic,0;articparziale,1&anc=art1

¹¹ Sul sistema informatico i senza fissa dimora appaiono come "domiciliati esterni a scadenza". Per ottenere il certificato di iscrizione al Servizio Sanitario, la persona senza dimora deve rivolgersi all'anagrafe sanitaria con un modulo attestante la condizione di senzatetto rilasciato dai Servizi Sociali del Comune e un documento di identità o – in mancanza – il codice fiscale o l'estratto di nascita. <https://www.avvocatodistrada.it/marginalita-e-diritto-alla-salute-in-italia-chi-resta-escluso/>

¹² <https://www.prefettura.it/FILES/docs/1233/Protocollo%20avente%20ad%20oggetto%20piano%20integrato%20di%20sostegno%20alle%20persone%20senza%20dimora%20.pdf>

¹³ <https://www.fiopds.org/elenco-vie-fittizie/>

¹⁴ Modesta Valenti era una donna di 71 anni, originaria di Trieste che viveva nei pressi della stazione Termini. Il 31 gennaio 1983, in una notte fredda, l'anziana accusò un malore: alcuni passanti chiamarono un'ambulanza, ma il personale a bordo non volle soccorrerla

Per evitare abusi fiscali sull'assegnazione di questa residenza, il Comune di Roma prevede diversi passaggi¹⁵ in collaborazione con i servizi sociali comunali.

Gli stranieri senza fissa dimora possono richiedere alle Asl od enti (quali INMP), un tesserino che identifica l'assistito attraverso un codice regionale individuale e gli consente di accedere ai servizi sanitari. I tesserini STP¹⁶ (Straniero Temporaneamente Presente, per extra comunitari) o ENI (Europeo Non Iscritto) permettono ai possessori di usufruire di tutte le prestazioni erogabili dal SSN (cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti, essenziali e continuative, per malattia e infortunio), hanno validità rinnovabile di sei mesi su tutto il territorio nazionale.

Il fenomeno del barbonismo ha un impatto considerevole sulla spesa sanitaria nazionale perché non permette l'adozione di un approccio di tipo preventivo ma solo curativo e di emergenza.

Al fine di garantire l'attuazione di un piano nazionale per il contrasto a povertà, il PNRR e il *Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale*¹⁷ prevedono somme riservate al finanziamento di interventi e servizi, in favore di poveri e homeless.

Le persone che vivono in condizioni di estrema povertà e senza dimora interessano sia i servizi socioassistenziali¹⁸ sia quelli sanitari.

Uno degli obiettivi del Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023¹⁹ è l'effettiva esigibilità dei diritti universali (tra cui il diritto alla salute) e l'accessibilità ai servizi sanitari da parte degli homeless.

perché aveva i pidocchi. Per quattro ore vari ospedali si rimbalarono la responsabilità dell'intervento. Modesta rimase a terra in agonia e quando finalmente arrivò un'ambulanza disponibile a soccorrerla, era ormai deceduta.

<https://www.santegidio.org/pageID/30140/langID/it/RICORDO-DI-MODESTA.html>

¹⁵ <https://comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF33606&pagina=4>

¹⁶ <https://www.salutelazio.it/informazioni-per-stranieri-rilascio-stp-eni>

¹⁷ <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Fondo-poverta/Pagine/default.aspx>

¹⁸ <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>

¹⁹ <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2021/08/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>

I progetti esistenti, che constano di un approccio integrato tra servizi sociali e sanitari, hanno dimostrato che l'unica interfaccia sanitaria per gli homeless è il Pronto Soccorso, con tutti gli extra-costi, le disfunzioni e le problematiche di adeguatezza che ciò comporta²⁰.

Una strategia integrata, che ha dimostrato una riduzione²¹ del barbonismo dal 70% al 90%, è l'*Housing First*²² (HF) rivolto ad homeless con problemi cronici di salute e necessità di assistenza sociale. L'HF si basa sul fornire agli homeless un'abitazione stabile e supporto olistico, allo scopo di favorire uno stato di benessere dignitoso e ricostruire la propria vita, reintegrandosi nella società.

L'HF, nato a New York 1992, è diventato, in breve tempo, la strategia centrale contro il barbonismo ed è stato adottato in tutti gli stati americani, in Canada, Danimarca, Finlandia, Francia e Inghilterra.

Nel 2013, la Commissione Europea ha inviato agli Stati membri un documento²³ con cui li invitava a adottare l'approccio HF, a cui è seguito in Italia, nel 2016 il protocollo *Homelessness Zero*²⁴. I progetti HF in Italia sono realizzati a livello locale da associazioni, cooperative ed enti di terzo

²⁰ Integrare servizi sociali e servizi sanitari significa, in modo ancora più pregnante che in altri ambiti, porre al centro la persona senza dimora e le sue esigenze di salute e benessere, spesso fortemente compromesse dalla vita in strada. Ciò può avvenire a diversi livelli, sia allestendo strutture e percorsi sociali e sanitari che consentano alle persone senza dimora di limitare la loro esposizione a malattie comuni per la maggioranza della popolazione ma fortemente problematiche per gli homeless; sia prevedendo protocolli di ricovero, cura ed assistenza ospedaliera integrati con l'intervento dei servizi territoriali per il barbonismo e meno vincolati, nella durata, dai DRG ospedalieri; sia, infine, prevedendo percorsi di accoglienza post-acuzie che consentano alle persone senza dimora che abbiano subito ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici o patito malattie che richiedono degenze prolungate, di potersi rimettere in salute in contesti che lo rendano possibile, evitando le ricadute pressoché certe che il vivere in strada comporta. <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf>

²¹ <https://homeless.org.uk/areas-of-expertise/housing-first/>

²² <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Poverta-estreme/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf>

²³ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A52013SC0042>

²⁴ https://www.homelessnesszero.org/wp-content/uploads/2016/06/PROTOCOLLO_Firme.pdf

settore²⁵, che usufruiscono dei fondi del PNRR e sono monitorati da *Community italiana dell'Housing First (Hfi)*²⁶.

Anche nel modello di welfare del PNRR 2021, la casa, intesa come proprio domicilio, ha un ruolo centrale e rappresenta il luogo di cura primario della persona.

Le Case della Comunità²⁷ sostituiscono le Case della Salute e rappresentano i nodi di una rete che si attiva per raggiungere le persone nei loro contesti di vita, intercettando gli "invisibili" al sistema, favorendone un'unica presa in carico con i servizi sociali e attivando le reti di solidarietà presenti sul territorio. Gli homeless sono una popolazione particolarmente fragile, esposta a malattie in larga parte prevenibili o curabili mediante un precoce accesso e un'efficace presa in carico da parte delle strutture sanitarie territoriali. Ridurre utilizzo improprio dei servizi di Pronto soccorso e il peggioramento degli esiti clinici, comporta una riduzione dei costi sociali.

1.2. BISOGNI DI SALUTE

Per orientare gli interventi in campo sanitario, è necessario delineare un profilo dei bisogni di salute degli homeless.

Le persone che vivono in condizioni di estrema povertà si espongono a situazioni in cui anche banali problemi di salute, se non adeguatamente trattati, possono degenerare o cronicizzarsi (tipo una semplice ferita).

L'aspettativa di vita degli homeless è inferiore rispetto a quella della popolazione generale (Bernstein et al., 2015)²⁸. Tra gli homeless, le donne sono particolarmente vulnerabili in quanto maggiormente esposte a

²⁵ <https://altreconomia.it/una-casa-per-tornare-a-vivere-esperienze-di-housing-first-in-italia/>

²⁶ <https://www.fiopd.org/presentazione-community-italiana-dellhousing-first/>

²⁷ https://www.aslroma1.it/uploads/files/49_04_OTTOBRE_2021.pdf

²⁸ Bernstein, R. S., Meurer, L. N., Plumb, E. J., & Jackson, J. L. (2015, Feb). Diabetes and Hypertension Prevalence in Homeless Adults in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*, 105(2), 46-60. doi:10.2105%2FAJPH.2014.302330
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318300/>

violenze, abusi, dipendenze e presentano una percentuale di mortalità più elevata rispetto agli uomini (Aldridge et al., 2018)²⁹.

I disturbi correlati all'abuso di sostanze peggiorano patologie già esistenti e ne creano altre: l'alcolismo cronico causa cirrosi epatiche o pancreatiti, che a loro volta portano patologie secondarie, tipo il diabete o disturbi psichiatrici quali schizofrenia, depressione, disturbi della personalità (Wang et al., 2020)³⁰. Le diagnosi prevalenti derivano da: comportamenti a rischio; inadeguato mantenimento della salute; privazione del sonno; mancanza di speranza e bassa auto-stima (da Silva et al., 2018)³¹.

Un problema rilevante è quello odontoiatrico, dato l'alto costo delle cure e la condizione di svantaggio economico, pochissimi homeless riescono a curarsi.

Nel 2020, la pandemia del COVID-19 e la quarantena hanno causato una forte riduzione dei servizi ambulatoriali (es. SERT) che unita alla mancanza di informazioni e comunicazioni ha aumentato negli homeless paure, emozioni negative e isolamento. I casi di ansia e depressione sono saliti tra gli homeless, così come il ricorso a droghe ed alcool, utilizzati per fronteggiare lo stress causato dai cambiamenti della già difficile routine. Tutto questo ha portato ad un aumento delle patologie psichiatriche presso la popolazione homeless (Nyamathi et al., 2022)³².

²⁹ Aldridge , R. W., Story , A., Hwang , S. W., Nordentoft , M., Luchenski, S., Hartwell, G., Hayward, A. C. (2018, Jan). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 391(10117). doi:10.1016/S0140-6736(17)31869-X [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31869-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31869-X/fulltext)

³⁰ Wang, L. Y., Lin, L. P., Chen, Y. C., Wang, T. W., & Lin, J. D. (2020, Jul). Correlates of Depressive Symptoms among Middle-Aged and Older Homeless Adults Using the 9-Item Patient Health Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13), 4754. doi:10.3390/ijerph17134754 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370065/>

³¹ da Silva FP, de Assis Siqueira Paiva F, Guedes CP, da Silva Frazão I, Vasconcelos SC, da Costa Lima MD. Nursing Diagnoses of the Homeless Population in Light of Self-care Theory. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Jun;32(3):425-431. doi: 10.1016/j.apnu.2017.12.009 [https://psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30130-9/fulltext](https://psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30130-9/fulltext)

³² Nyamathi, A. M., Gelberg, L., Lee, D., Arce, N., Patten-Jones, A., Yadav, K., Salem, B. (2022, July). Perceptions of Homeless Adults and Their Providers on Coping With the Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health, Substance Use, and Harm Reduction

Da studi dell'INMP³³, le principali patologie che colpiscono gli homeless sono le seguenti (fig. 1 e 2):

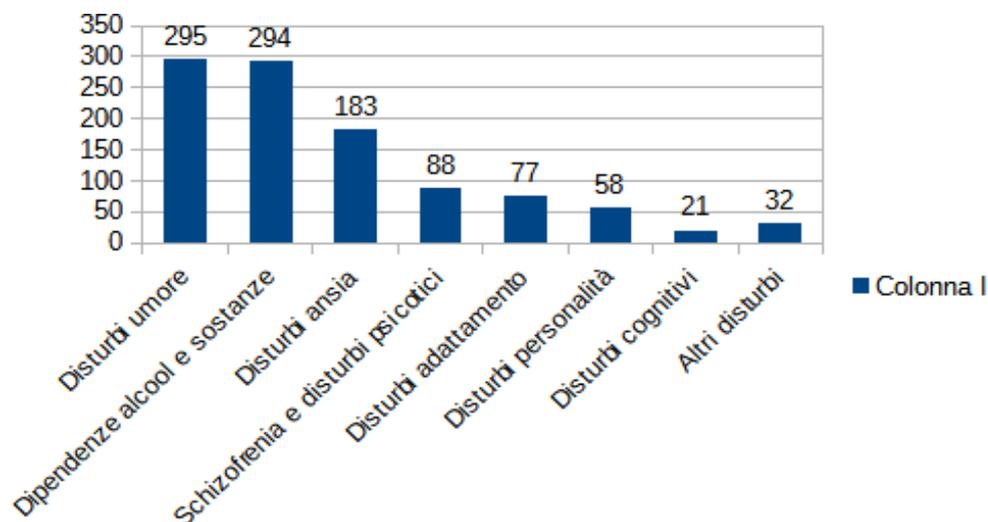


Figura 1: Patologie psichiatriche diagnosticate in persone senza fissa dimora nel periodo 2007-2014. INMP, Assistenza sanitaria ai senza fissa dimora, 2015.

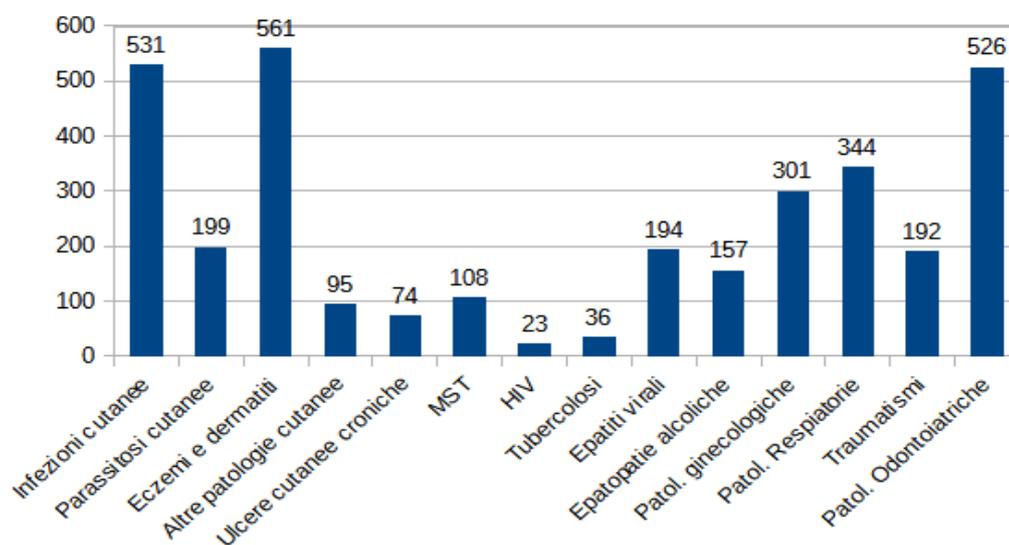


Figura 2: Principali patologie diagnosticate in persone senza fissa dimora nel periodo 2007-2014. INMP, Assistenza sanitaria ai senza fissa dimora, 2015.

Services. *Global Qualitative Nursing Research*, 9. doi:10.1177/23333936221108712
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23333936221108712>

³³https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_eve nto_procedura_commissione/files/000/002/189/INMP.pdf

A Roma vivono migliaia di homeless³⁴ che possono usufruire dei servizi sociali e sanitari messi loro a disposizione dal Comune di Roma, Città del Vaticano, ASL/Aziende Ospedaliere, istituti privati (es. INMP), enti ecclesiastici (es. Caritas), enti del terzo settore, onlus (Comunità sant'Egidio) e associazioni (es. Binario 95)³⁵.

Tra i principali servizi sanitari offerti a Roma alle persone in estrema povertà ci sono:

- servizi di orientamento e prenotazioni visite (Suam Comune di Roma)³⁶;
- poliambulatori (Città del Vaticano³⁷, Caritas³⁸, INMP³⁹) che offrono visite mediche, specialistiche e odontoiatriche (INMP⁴⁰, Caritas);
- ambulatori mobili e ambulanze (Città del Vaticano⁴¹, INMP, Istituto di Medicina Solidale⁴²);
- farmacie (Caritas);
- hub vaccinali (Ifo/San Gallicano/ IISMAS/Binario 95, ASL Roma 1/ CRI/Comunità Sant'Egidio);

³⁴ L'indagine ISTAT del 2014 attestava a Roma 7.709 persone senza dimora, pari al 15,2% del dato complessivo italiano e alla quasi totalità della popolazione homeless del Lazio (7.949). Una ricerca condotta precedentemente (DI CENSI, 2013), che includeva anche le situazioni di «barbonismo domestico» e quanti vivono in insediamenti non idonei – immobili abbandonati, accampamenti informali, roulotte, bivacchi in strada ecc. – aveva stimato un numero molto più alto, tra 14.000 e 16.000 individui.

³⁵ Enti, come Caritas e INMP lavorano in stretta collaborazione con i servizi territoriali, con le ASL, con le associazioni del volontariato e del terzo settore, per garantire l'accesso ai servizi sanitari e la continuità dei percorsi di cura alle persone che si trovano in condizioni di estrema fragilità (homeless, rifugiati, richiedenti protezione internazionale, profughi, vittime di tortura e nomadi). Forniscono inoltre prestazioni ambulatoriali poli-specialistiche e di diagnostica strumentale, grazie ad uno staff sanitario multidisciplinare, mediatori transculturali e antropologi. Raccolgono e pubblicano i dati epidemiologici risultanti dalle loro attività e contribuiscono in modo attivo allo studio e conoscenza dei problemi sanitari di queste popolazioni.

³⁶ <https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF38617>

³⁷ https://www.ilmessaggero.it/vaticano/papa_francesco_barboni_senzatetto_vaticano_natale_poverta_chiesa-4189088.html

³⁸ <http://www.caritasroma.it/attivita/nel-territorio/sanita/>

³⁹ <https://www.inmp.it/ita/Assistenza-sanitaria>

⁴⁰ <https://www.inmp.it/ita/Assistenza-sanitaria/Ambulatori/Odontoiatria-sociale-e-riabilitazione-gnatologica>

⁴¹ <https://medicinasolidale.org/vaticano-anche-i-senzatetto-hanno-la-loro-ambulanza/>

⁴² <https://medicinasolidale.org/orari-prestazioni/>

- unità mobili (NAE⁴³ e Sala Operativa Sociale⁴⁴ del Comune di Roma);
- consulenze mediche in video call (Binario 95)⁴⁵.

Nonostante le offerte a disposizione per gli homeless, le loro condizioni di salute sono comunque precarie: i dati Caritas Roma riportano che il 73% degli homeless soffrono di patologie croniche, il 17% risultano disabili e il 32% non si sono mai rivolti ad alcun servizio sanitario specifico e accedono al PS solo in caso di emergenze dovute a gravissime complicazioni.

1.3. DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Le barriere culturali e linguistiche non favoriscono il colloquio e la costruzione di un rapporto di fiducia tra infermieri e homeless, i quali mostrano un atteggiamento di chiusura e diffidenza verso il personale sanitario e avversione all'ambiente ospedaliero dovuto al timore di perdere controllo e dignità (Bauer et al., 2013)⁴⁶.

La mancata costruzione del rapporto di fiducia si concretizza in:

- mancata aderenza terapeutica;
- scarsa continuità dei percorsi di cura;
- scarsa adesione ai programmi vaccinali e alle attività di prevenzione;

⁴³ Il Nae Nucleo Assistenza Emarginati della Polizia Municipale è una struttura appartenente al Comando Vigili Urbani, dal 1996 si occupa degli interventi a sostegno di persone con particolari situazioni di disagio. Censisce periodicamente i senza fissa dimora presenti nei diversi Municipi della capitale.

⁴⁴ Dal 2002, aiuta le persone in difficoltà ad uscire da situazioni di prima emergenza. Crea un collegamento tra cittadini e istituzioni (Municipi, ASL, tribunale, scuola, case di cura etc). Attraverso le unità di strada, la Sala Operativa interviene sul luogo della segnalazione e, dove necessario, affida le persone ad un referente istituzionale o alle strutture del circuito di accoglienza. Le unità di strada e i centri di accoglienza provvedono alla fornitura di beni di prima necessità nelle situazioni più estreme di cronicità di strada ed effettuano un monitoraggio costante della città. <https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF38628>

⁴⁵ <https://www.dottorbinario.it/>

⁴⁶ Bauer, L. K., Baggett, T. P., Stern, T. A., O'Connell, J. J., & Shtasel, D. (2013, Jan-Feb). Caring for Homeless Persons with Serious Mental Illness in General Hospitals. *Psychosomatics*, 54(1), pp. 14-21.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318212001867?via%3Dihub#bib33>

- frequente ricorso ai servizi ospedalieri di emergenza-urgenza⁴⁷ (Levorato et al., 2017)⁴⁸ con relativo aumento delle spese sanitarie e ospedaliere⁴⁹;
- continuo circolare di malattie infettive e parassitarie.

La difficoltà di instaurare una relazione di cura con i pazienti è un problema sentito da molti professionisti sanitari, medici inclusi, la cui formazione, spesso, non prevede il dialogo con i pazienti come argomento strutturato.

La formazione universitaria medica spesso disconnette gli studenti di Medicina dal mondo reale in cui i pazienti vivono: anche se in alcuni piani di studio, gli aspetti psicologici risultano più sviluppati che in altri, non vi è una parte dell'insegnamento che riconosca la centralità del rapporto medico-paziente in tutti gli atti della medicina (Asioli, 2019)⁵⁰.

La peculiarità della formazione infermieristica è l'attenzione alla sfera relazionale nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie.

Gli studenti universitari di Infermieristica acquisiscono le prime competenze di caring nel corso di studi (Machul et al., 2022)⁵¹.

⁴⁷ In un'indagine svolta a Padova, circa il 50% degli homeless intervistati dichiara di accedere al PS dalle due alle cinque volte l'anno. http://www.sossanita.it/doc/2017_05_homeless-salute.pdf

⁴⁸ Levorato, S., Bocci, G., Troiano, G., Messina, G., & Nante, N. (2017). Health status of homeless persons: a pilot study in the Padua municipal dorm. *Annali di Igiene*, 29, 54-62. doi: 10.7416/ai.2017.2132 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28067938/>

⁴⁹ Il costo ospedaliero medio nel 2021 per giornata di degenza in area medica è euro 709,72, in terapia intensiva euro 1680,59 <https://24plus.ilsole24ore.com/art/i-no-vaccino-costano-sanita-70-milioni-mese-AEuCAZm>.

Secondo i dati del MEF, il costo medio nel 2004, per giornata di degenza a livello nazionale era pari a euro 674 https://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Bilancio_di_previsione/Missioni_e_programmi_delle_ACdS/LaPrecedentestrukturadelbilancio468/Libro-verde-sulla-spesa-pubblica/Sanit-.pdf

Tariffario 2021 per le prestazioni sanitarie della Regione Lazio <https://www.salutelazio.it/documents/10182/23074243/Allegato+A/4ff4acb4-8e84-e07a-3dff-f33d652a17a3d2>

⁵⁰ Asioli, F. (2019). La relazione di cura. Difficoltà e crisi del rapporto medico-paziente. Milano: Angeli.

⁵¹ Machul, M., Dziurka, M., Gniadek, A., Gotlib, J., Gutysz-Wojnicka, A., & Kotowski, M. (2022, Sep). Caring Ability and Professional Values of Polish Nursing Students—A Cross-

Nei corsi universitari si insegna agli studenti l'aspetto umanistico del caring ma nella complessità del setting assistenziale (carenza di personale, pressione dovuta alle tempistiche, sovraccarico di lavoro etc.) rischia spesso di essere trascurato, soprattutto dai neolaureati (Nijboer & Van der Cingel, 2019)⁵².

Per favorire lo sviluppo della sensibilità e della comprensione, e superare preconcetti e paure che interferiscono con la qualità del caring, alcune università inseriscono gli studenti in strutture sanitarie per homeless o nei progetti di street medicine (Gardner & Emory, 2018)⁵³.

Le attitudini e le capacità di caring degli infermieri continuano a svilupparsi nel corso di tutta la loro vita professionale.

Il caring comprende le caratteristiche necessarie alla costruzione della relazione di cura, ed è un concetto chiave dell'assistenza infermieristica: la sua espressione nell'assistenza può modificare esiti di qualità nei servizi sanitari e migliorare esiti organizzativi.

Attraverso un caring appropriato, l'infermiere può instaurare un'efficace relazione di cura con i pazienti, aiutandoli a raggiungere gli obiettivi individuati nel piano assistenziale.

Gli infermieri che lavorano o fanno volontariato in strutture per homeless o organizzazioni di street medicine riescono, grazie al quotidiano contatto con questi pazienti, a superare ogni pregiudizio, esprimere empatia (Zeien et

Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(18), 11308.
doi:10.3390%2Fijerph191811308

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9517121/>

⁵² Nijboer, A. A., & Van der Cingel, M. C. (2019, Jan). Compassion: Use it or lose it?: A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. *Nurse Ed Today*, 72, 84-89. doi:10.1016/j.nedt.2018.11.006

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718309286?via%3Dihub>

⁵³ Gardner, J., & Emory, J. (2018, Mar). Changing students' perceptions of the homeless: A community service learning experience. *Nurse Education in Practice*, 29, 133-136.

doi:10.1016/j.nepr.2018.01.001

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595317302743?via%3Dihub>

al., 2021)⁵⁴ e costruire un rapporto di caring soddisfacente (Wu Quian & Hauser, 2022)⁵⁵.

A livello organizzativo applicano modelli ispirati alle teorie di cura centrate sulla persona (Rasmusson, Jonas & Mitchell, 1991)⁵⁶.

Gli infermieri che lavorano negli ospedali pubblici riferiscono di avere percezioni negative verso gli homeless; di provare sentimenti quali frustrazione, demoralizzazione, impotenza, disgusto e disagio che influenzano l'assistenza e gli impediscono di avere reazioni empatiche (Bauer et al., 2013).

Nonostante la loro preparazione e attitudine, perché gli infermieri degli ospedali pubblici non riescono ad esprimere al meglio le loro competenze di caring con i pazienti homeless?

Oltre le barriere linguistiche e culturali, cosa impedisce loro di costruire un rapporto di cura efficace con questi pazienti?

Gli homeless come percepiscono il caring infermieristico erogato?

1.4. IL CARING

La pratica infermieristica si basa sulla convergenza qualitativa di alcuni concetti fondamentali (Fingfeld-Connect, 2008)⁵⁷ tra cui arte infermieristica (conoscenze empiriche, metafisiche e valori), presenza (processo interpersonale caratterizzato da sensibilità, olismo, confidenza) (Fingfeld-

⁵⁴Zeien, J., Hanna, J., Hartmark-Hill, J., Purcan, J., Yee, S., De Castro, A., Hartmark-Hill, J. (2021). Improving health professionals' and learners' attitudes towards homeless individuals through street- based outreach. *Health Educational Journal*, 80(8), pp. 961-973. <https://doi.org/10.1177/00178969211037362>

⁵⁵ Wu Quian, C., & Hauser, J. (2022, May). Perspectives of homeless service providers on their work, their clients, and the healthcare system. *PLoS One*, 17(5), e0268765. doi: 10.1371/journal.pone.0268765 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9135197/>

⁵⁶Rasmusson, D. L., Jonas, C. M., & Mitchell, G. J. (1991). The eye of the beholder: Parse's theory with homeless individuals. *Clin. Nurse Spec.*, 5(3), 139-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1913437/>

⁵⁷ Fingfeld-Connect , D. (2008, Aug). Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. *J. Adv. Nurs.*, 63(5), 527-534. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04622.x <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04622.x>

Connett, 2006)⁵⁸ e caring (mettere in atto le conoscenze teoriche, tecniche e umanistiche nella relazione col paziente).

Il caring è alla base della formazione e della professione infermieristica, è un principio etico (International Council of Nurses, 2021)⁵⁹, un dovere deontologico⁶⁰ (FNOPI, 2021) e un indice di qualità assistenziale (Labrague et al., 2017)⁶¹.

Il caring è spesso considerato un equivalente di nursing ma è un concetto distinto, presente nella teoria di Florence Nightingale (Suárez-Baquero & Champion, 2021)⁶², la quale lo considera il principale scopo del nursing e strumento necessario per sostenere e migliorare lo stato di salute dei pazienti. Nightingale individua cinque temi caratterizzanti la relazione di caring: accudimento, attenzione, supporto, competenza e lealtà (Wagner & Whaite, 2010)⁶³.

Jane Watson e Madeleine Leininger dedicano la loro carriera a studiare ed ampliare il significato di caring. Entrambe identificano il nursing come una

⁵⁸ Finfgeld- Connett , D. (2006, Jul). Meta-synthesis of presence in nursing. *J. Adv. Nurs*, 55(6), 708-714. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03961.x?saml_referrer

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2006.03961.x?saml_referrer

⁵⁹ International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf

⁶⁰ Il codice deontologico infermieristico sottolinea in più articoli la necessità di costruire una relazione di cura, che valorizzi e accolga il contributo del paziente, il suo punto di vista e le sue emozioni, attraverso l'ascolto, il dialogo (art. 4), l'uso di strategie e modalità comunicative efficaci (art. 21) che permettano al paziente di esprimere la sua sofferenza (art.17). FNOPI. (2021). *Codice deontologico Infermieristico*. FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2021/05/CODICE-DEONTOLOGICO-EASY-TO-READ.pdf>

⁶¹ Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet , O. B., Arulappan , J., Tsaras , & Tsaras , K. (2017). Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: A multicountry study. *Int J Nurs Knowl*, 28, 225-232. doi:10.1111/2047-3095.12108 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12108>

⁶² Suárez-Baquero, D. M., & Champion, J. D. (2021, Sep). Expanding the conceptualisation of the Art of Caring . *Scand J Caring Sci*, 35(3), 860-870. doi:10.1111/scs.12903.6 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12903?saml_referrer

⁶³ Wagner , D. J.; Whaite , B.;. (2010, Dec). An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale . *J Holist Nurs*, 28(4), 22-234 doi:10.1177/0898010110386609

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010110386609>

scienza umanistica, in cui il concetto di caring è il fulcro centrale di cui evidenziano aspetti filosofici, culturali ed empirici diversi (Cohen , 1991)⁶⁴.

Leininger ritiene che il caring sia l'essenza del nursing, i modelli di caring differiscono transculturalmente e devono essere adattati al contesto culturale in cui sono applicati (Leininger, 1998)⁶⁵.

Watson considera il caring la base filosofica ed etica della professione infermieristica (Watson, 2011)⁶⁶ e formula la teoria *Human Caring*⁶⁷ in cui si intrecciano arte, scienza, studi umanistici, spiritualità e dimensione olistica. Watson afferma che adeguando il caring alle sfere socioculturali, biopsicosociali e spirituali del paziente si apportano positivi cambiamenti nei sintomi e nel coping (Watson, 1997)⁶⁸.

L'aspetto umanistico del caring è fortemente presente anche nella teoria di cura centrata sulla persona di Rosemarie Rizzo Parse, in cui gli infermieri sono identificati come le figure ideali per ascoltare e soddisfare i desideri, le speranze e i sogni dei pazienti (Rizzo Parse, 2019)⁶⁹.

Caring non significa solo considerare i pazienti come esseri umani, ma essere in grado di:

- stabilire una sincera e reciproca relazione con loro (Busch et al., 2019)⁷⁰;

⁶⁴ Cohen , J. A. (1991, Aug). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *J Adv Nurs*, 16(8), 899-909. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1779078/>

⁶⁵ Leininger , M. M. (1998). *Care: The Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne State University Press.

⁶⁶ Watson , J. (2011). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

⁶⁷ <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>

⁶⁸ Watson , J. (1997, Spring). The theory of Human Caring: retrospective and prospective. *Nurs Sci Q.*, 10(1), 49-52. doi:10.1177/089431849701000114 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9277178/>

⁶⁹ Rizzo Parse, R. (2019, Oct). Nurses and Person-Centered Care . *Nurs Sci Q*, 32(4), 265. doi:10.1177/0894318419864335

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318419864335?url>

⁷⁰ Busch, I. M., Moretti, F., Travaini , G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019, Oct). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient*, 12(5), 461-474. doi:10.1007/s40271-019-00370-1 <https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-019-00370-1>

- sapere come e quando comunicare (in modo verbale e non verbale) nei modi che esprimono interesse ed empatia;
- fare una procedura che riduca al minimo la loro sofferenza; prendere in considerazione i desideri e le esperienze del paziente (Beltrán Salaza , 2015)⁷¹;
- essere creativi nel cercare un modo per rispondere per sostenere le priorità e le preoccupazioni del paziente (Létourneau , Goudreau & Cara, 2021)⁷².

Il tempo impiegato nell'aiuto e nella comunicazione con il paziente è identificato come un indicatore dell'abilità di espressione del caring (Hwang, Tu & Kuo, 2022)⁷³.

I pazienti che ricevono una relazione basata sul caring manifestano livelli aumentati di autostima, crescita personale e autoefficacia percepita nella gestione delle proprie condizioni di salute, nonché minore ansia.

Il caring è uno dei principali determinanti della soddisfazione del paziente, che è a sua volta un importante indicatore di qualità ed efficienza dei servizi sanitari (Tomietto et al., 2014)⁷⁴.

Il caring è influenzato da due fattori:

- caratteristiche dell'organizzazione in cui si lavora (etiche e sociali);
- caratteristiche dell'infermiere: formazione, attitudine, capacità di interazione col paziente, maturità professionale (Hwang, Tu & Kuo, 2022).

⁷¹ Beltrán Salaza, O. B. (2015). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Invest Educ Enferm*, 33(1), 17-27. doi:10.17533 /udea.iee.v33n1a03. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/21813>

⁷² Létourneau, D., Goudreau , J., & Cara, C. (2021, Mar). Humanistic caring, a nursing competency: modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses. *Scand J Caring Sci.*, 35-61, 196-207. doi: 10.1111/scs.12834. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12834>

⁷³ Hwang , H. L., Tu , C. T., & Kuo, T. Y. (2022, Mar). Correlates of perceived caring behaviour of formal caregivers in long-term care facilities: A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 225-234. doi:10.1111/scs.12981 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12981>

⁷⁴ Tomietto, M., Papastavrou, E., Efstathiou , G., & Palese, A. (2014, Jan-Mar). Misurare la percezione di caring in pazienti e infermieri: validazione italiana del Caring Behaviours Inventory (CBIta). *G Ital Med Lav Ergon*, 36(1), 38-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24665627/>

Gli infermieri, che lavorano in ambienti in cui riescono ad erogare il caring al meglio, sviluppano una percezione di congruenza valoriale fra loro stessi e l'organizzazione, grazie alla possibilità di gestire con competenza situazioni di complessità e incertezza, efficacia nei processi decisionali e comprensione dei vissuti dei pazienti.

Nei contesti in cui gli infermieri esprimono il caring, sono stati documentati minori tassi di turnover, minori livelli di stress e burnout e maggiore soddisfazione lavorativa (Lanzi et al., 2021⁷⁵; Hwang, Tu & Kuo, 2022) e minore mortalità di pazienti (Aiken et al., 2012)⁷⁶.

Questa percezione positiva influenza i comportamenti organizzativi, motivazioni, performance individuali (Tomietto et al., 2014).

1.5. ANALISI DELLA LETTERATURA

1.5.1 Strategia di ricerca

Una volta analizzato il contesto ed individuato il problema, l'analisi della letteratura si è mossa su due binari: rilevare le percezioni del caring ricevuto dagli homeless e quelle del caring erogato dagli infermieri.

Nei database di letteratura biomedica sono state usate le parole di ricerca: *nurse caring AND homeless persons or homeliness or housing or houseless AND perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs.*

Quindi si è proseguito alla selezione degli articoli come rappresentato nella flow chart (figura 3).

⁷⁵Lanzi M., S. M.-M. (2021, Mar). Factors Associated with Providers' Work Engagement and Burnout in Homeless Services: A Cross-national Study. *Am J Community Psychol*, 67(1-2),220-236.doi:10.1002/ajcp.12470.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajcp.12470>

⁷⁶ Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., & Bruyneel, L. (2012, Mar). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344. doi:10.1136/bmj.e1717 <https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>

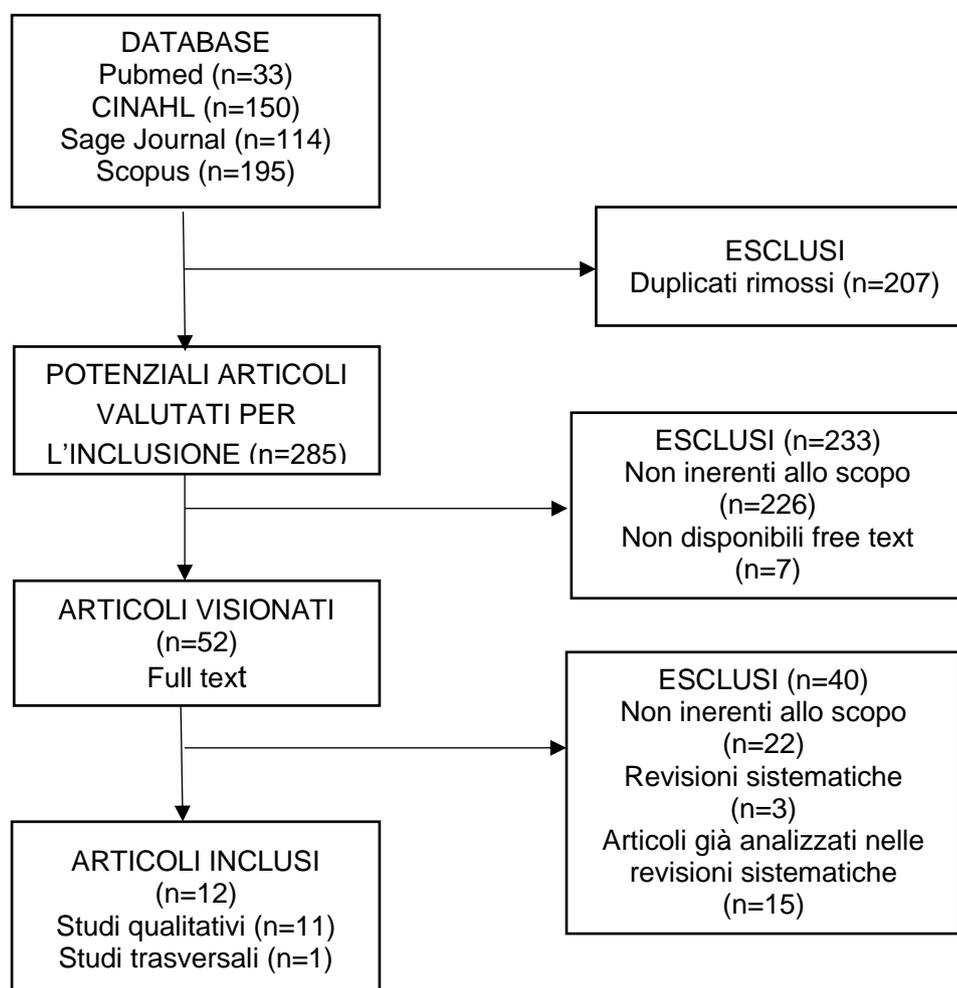


Figura 3: Flow chart della selezione degli articoli da includere nell'analisi della letteratura.

1.5.2. Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi nella ricerca articoli pubblicati in inglese nel periodo compreso tra gennaio 2000 e dicembre 2022.

Sono stati inclusi: studi empirici (quantitativi, qualitativi e studi di ricerca con metodi misti o multi-metodo) riguardanti adulti (>18 anni), con esperienze di strada e personale infermieristico di ospedali pubblici.

Sono stati esclusi: editoriali, commenti o lettere, discussion papers, opinion papers e altri studi non empirici, articoli presenti nelle revisioni

Omerov et al., 2020⁷⁷; Allen & Vottero, 2020⁷⁸ e Parkinsons, 2009⁷⁹; articoli con percezioni di professionisti sanitari non infermieri; operatori sociali; studenti di infermieristica; infermieri che lavorano presso centri per homeless, organizzazioni di volontariato e street medicine.

1.5.3. Revisioni sistematiche di studi qualitativi su homeless e infermieri

La letteratura scientifica presenta molti studi qualitativi e revisioni sull'esperienza di vita da homeless, sui loro bisogni di salute, sulle loro esperienze col sistema sanitario e gli operatori sanitari.

Sulle esperienze di assistenza sanitaria ospedaliera, la letteratura presenta due revisioni recenti e dettagliate: una riguarda gli homeless (Omerov et al., 2020) e una le donne homeless (Allen & Vottero, 2020).

In entrambe, le percezioni sull'assistenza e il rapporto con gli infermieri risultano in gran parte negativi.

I pazienti lamentano mancanza di caring, empatia e compassione da parte degli infermieri; riferiscono di aver percepito stigma e discriminazione. L'atteggiamento disumanizzante, umiliante e paternalista (Nickash & Marnocha, 2009⁸⁰; Rae & Rees, 2015⁸¹) degli infermieri suscita sfiducia

⁷⁷ Omerov, P., Craftman, A. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020, Jan). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*, 28(1), 1-11 doi:10.1111/hsc.12857 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31524327/>

⁷⁸ Allen, J., & Vottero, V. (2020, Sep). Experiences of homeless women in accessing health care in community-based settings: a qualitative systematic review. *JBI Evid Synth*, 18(9), 1970-2010. doi:10.11124/JBISRIR-D-19-00214 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32813421/>

⁷⁹ Parkinsons, R. (2009). Nurses' attitudes towards people who are homeless: A literature review. *Diversity and Equity in Healthcare*, 6(4), 227-240. <https://diversityhealthcare.imedpub.com/nurses-attitudes-towards-people-who-are-homeless-a-literature-review.pdf>

⁸⁰ Nickash, B., & Marnocha, S. K. (2009, Jan). Healthcare experiences of the homeless. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(1), 39-46. doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00371.x <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19125894/>

⁸¹ Rae, B. E., & Rees, S. (2015, Sept). The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *JAN*, 71(9), 2096-2107. doi: 10.1111/jan.12675

negli operatori e nel sistema sanitario, tanto da indurre gli homeless a rinunciare all'assistenza.

Riguardo le percezioni degli infermieri verso gli homeless, la letteratura presenta poche indagini sugli infermieri e molti sugli studenti di infermieristica (Walker et al., 2021)⁸².

Nell'accurata revisione letteraria di Parkinsons 2009 sono analizzate dieci indagini (di cui solo tre sono rivolte ad infermieri, le altre sette riportano le percezioni degli studenti). Negli studi analizzati da Parkinsons, si conferma la tendenza degli infermieri ad avere atteggiamenti e percezioni negative verso gli homeless, che trattano in modo deumanizzante e paternalistico. Il caring che ne risulta è di bassa qualità.

1.5.4. Risultati percezioni di homeless

Nella tabella che segue (tab. 1) sono elencati gli articoli selezionati per l'analisi della letteratura.

La tabella riassume autori e anno di pubblicazione, tipo di indagine, strumenti utilizzati e la popolazione indagata, suddivisa tra homeless, infermieri e altri (operatori sanitari, studenti, medici, assistenti sociali etc).

Gli homeless intervistati nelle indagini svolte, sono suddivisi a loro volta per numero e sesso.

Nell'indagine di Gaber⁸³ svolta in Svezia nel 2021, è stato utilizzato il Caring Behaviors Inventory (versione svedese) unitamente al questionario Attitudes Towards Homelessness Inventory (non tradotto né validato in

https://researchgate.net/publication/275587817_the_perceptions_of_the_homeless_regarding_their_healthcare_needs_and_experiences_of_receiving_health_care

⁸² Walker, J. N., Vanderhoef, D., Adams, S. M., & Fleisch, S. B. (2021, May). Journal of the American Psychiatric Nurses Association. *The Impact of an Educational Intervention on Nursing Staff Attitudes Toward Patients Experiencing Homelessness and Mental Illness*, 28(6), 474-479. doi:10.1177/1078390321101166

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33949244/>

⁸³ Gaber, S. N., Klarare, A., Mattsson, E., & Rosenblad, A. K. (2022). A comparison of perceptions of caring behaviours among women in homelessness, Registered Nurses and nursing students. *Scand J Caring Sci.*, 0(0), 1-11. doi:10.1111/scs.13071 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9092332/>

italiano), uno strumento psicometrico che misura la natura e il cambiamento degli atteggiamenti nei confronti degli homeless.

Autori/Anno	Tipo indagine	Strumenti	Homel.	Inf.	Altri
McCabe et al., 2001	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	14 uomini 3 donne		
Wen et al., 2007	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	13 uomini 4 donne		
Woith et al., 2016	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	10 uomini 5 donne		2
Guilcher et al., 2016	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	30 uomini		
Purkey et al., 2019	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	31	10	136
Pendyal et al., 2021	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	14 uomini 5 donne		
Kneck et al., 2021	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	26 donne		
Gaber et al., 2022	Studio trasversale	Questionario ATHI + CBI-24	37 donne	90	138 studenti
Thorndike et al., 2022	Qualitativa	Intervista semi-strutturata	15 uomini 6 donne 1 transg		11 operatori comunità

Tabella 1: indagini qualitative sulle percezioni di caring degli homeless.

1.5.5. Analisi dei risultati delle percezioni degli homeless

Dall'analisi degli articoli presi in considerazione in questa revisione letteraria sul caring percepito dai pazienti homeless, sono emersi tre temi di principali, ognuno comprende a sua volta aspetti rilevanti (vedi fig. 4).

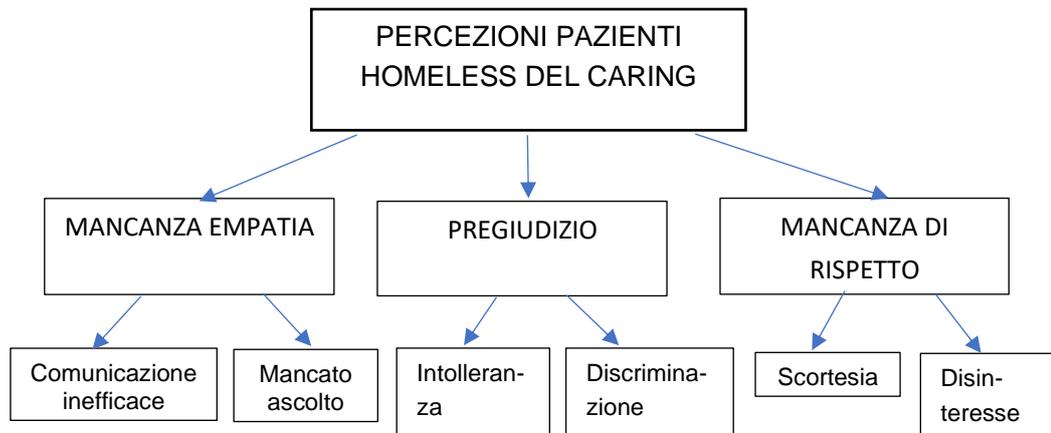


Figura 4: schema riassuntivo delle percezioni degli homeless sul caring.

Tema 1: Mancanza di empatia

L'empatia è la capacità di mettersi nei panni dell'altro, di comprenderne i processi psichici e riuscire a percepirne le emozioni, i sentimenti e i pensieri. Compassione ha un significato simile ad empatia ma è qui intesa come un atteggiamento comprensivo e soccorrevole. I pazienti homeless si aspettano un atteggiamento empatico dagli infermieri, ma nella maggior parte degli studi analizzati, le percezioni dei pazienti sono di mancata empatia e compassione da parte degli infermieri.

Il caring ricevuto si limita alle azioni tecniche anziché all'approccio olistico della persona. Le donne homeless vorrebbero che gli infermieri dedicassero loro tempo, tornassero da loro anche senza essere chiamati, fossero pazienti e non stanchi o insofferenti (Gaber et al, 2021).

Le donne homeless desidererebbero ricevere conforto, rispetto e sicurezza dagli infermieri lamentano di non essere ascoltate né prese sul serio, la comunicazione degli infermieri nei loro confronti si limita alla somministrazione della terapia (Kneck et al., 2021)⁸⁴.

⁸⁴ Kneck , A.; Mattsson , E.; Salzman-Erickson , M.; Klarare, A. (2021, Aug). In collaboration with Women Advisory Board for Inclusion Health. "Stripped of dignity" – women in homelessness and their perspectives of healthcare services: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 120(0), 1-10. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103974 <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1562795/FULLTEXT01.pdf>

I pazienti homeless intervistati riferiscono che gli infermieri non li coinvolgono nelle decisioni relative al piano assistenziale, non chiedono il loro parere, non danno spiegazioni sulla terapia, non mirano ad ottenere la loro compliance, l'atteggiamento è "se non vuoi il farmaco, non hai bisogno di noi" (McCabe, Macnee & Anderson, 2001)⁸⁵. L'impressione generale rilevata dai pazienti homeless è che l'infermiere non parli CON loro, ma parli A loro (Guilcher et al., 2016)⁸⁶. Questa inefficace comunicazione aumenta il loro senso di solitudine, sofferenza e frustrazione che si riflette sul mancato proseguimento terapeutico da parte dei pazienti homeless una volta dimessi (Woith et al., 2017)⁸⁷.

Tema 2: Pregiudizio

La scarsa familiarità nel rapportarsi con persone che vivono ai margini della società può esacerbare i pregiudizi e riflettersi sul comportamento.

Erogare un'assistenza uguale a tutti i pazienti è un imperativo etico per gli infermieri, ma nel caso degli homeless, non è sempre attuato.

I pazienti homeless dichiarano di ricevere un'assistenza non equa, di qualità inferiore a quella standard (McCabe, Macnee & Anderson, 2001; Wen et al.,

⁸⁵ McCabe, S., Macnee, C. L., & Anderson, M. K. (2001, Apr). Homeless patients' experience of satisfaction with care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(2), 78-85. doi:10.1053/apnu.2001.22407.

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S088394170161522X?token=BE3AF68C993D30712B44A065DF4023B7C2442A418AD618269A5C4C90BA3FC0EF6DEF404C591BF247701A3B62337E02F4&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221104105456>

⁸⁶ Guilcher, S. T., Hamilton-Wright, S., Skinner, W., Woodhall-Melnik, J., Ferentzy, P., Wendaferew, A., Matheson, F. W. (2016). "Talk with me": perspectives on services for men with problem gambling and housing instability, 2016; 16: 34. *BMC Health Serv Res.*, 16(0), 340. doi:10.1186/s12913-016-1583-3

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971622/>

⁸⁷ Woith, W. M., Kerber, C., Astroth, K. S., & Jenkins, S. H. (2017, Jul). Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care. *Nurs Forum*, 52(3), 211-220. doi:10.1111/nuf.12191 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nuf.12191>

2007⁸⁸; Purkey & MacKenzie, 2019⁸⁹), il caring percepito è diverso da quello erogato ai pazienti non homeless: gli infermieri sono meno disponibili e di supporto verso di loro, specialmente se ritengono che ci siano soluzioni realizzabili per uscire dalla condizione di barbonismo (Gaber et al., 2022). Molte donne homeless evitano di ricorrere al sistema sanitario perché non si sentono trattate con rispetto dal personale, hanno paura di essere etichettate, giudicate sporche, incapaci di gestire la propria igiene personale, provano vergogna per la loro condizione di senza fissa dimora (Woith et al., 2017; Kneck et al., 2021).

Gli homeless riferiscono di percepire stigma e pregiudizio nei loro confronti, il personale sanitario dà per scontato che siano alcolisti o drogati o che comunque sia colpa loro se sono in quelle condizioni (Kneck et al., 2021; Thorndike et al., 2022⁹⁰).

Nei casi documentati di storia o abuso di droga, anche remote, lo stigma è ancora più pronunciato, e porta un senso di vergogna nei pazienti. I pregiudizi percepiti sono una vera e propria barriera per gli homeless: li fa sentire esclusi, indesiderati, deumanizzati e li scoraggia dal richiedere assistenza sanitaria (Pendyal et al., 2021⁹¹; Wen et al., 2007; Thorndike et al., 2022) e dal fuggire dall'ospedale anche nel corso di una terapia, rimuovendosi i dispositivi intravenosi (Purkey & MacKenzie, 2019).

⁸⁸ Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. (2007, Jul.). Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med*, 22(7), 1011-17. doi:10.1007/s11606-007-0183-7 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17415619/>

⁸⁹ Purkey, E., & MacKenzie. (2019, Jul). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int J Equity Health*, 18(1), 101. doi:10.1186/s12939-019-1004-4 <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1004-4>

⁹⁰ Thorndike, A. L., Yetman, H. E., Thorndike, A. N., Jeffrys, M., & Rowe, M. (2022, May). Unmet health needs and barriers to health care among people experiencing homelessness. *BMC Public Health*, 22(1071). doi:10.1186/s12889-022-13499-w <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13499-w#citeas>

⁹¹ Pendyal, A., Rosenthal, M. S., Spatz, E. S., Cunningham, A., Bliesener, D., & Keene, D. E. (2021, Jan). "When you're homeless, they look down on you": A qualitative, community-based study of homeless individuals with heart failure. *Heart & Lung*, 50(1), 80-85. doi:10.1016/j.hrtlng.2020.08.001

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956320303174>

Sono coscienti che il comportamento degli infermieri dipende dal loro aspetto e dalla loro indigenza ma, spiegano che essere homeless non significa essere necessariamente pigri o delinquenti, e chiedono di non essere giudicati. La loro condizione socioeconomica degli homeless rappresenta una barriera per accedere a percorsi di screening e prevenzione (Mcenroe-Petitte, 2020)⁹². La loro priorità è cercare cibo, rispettare gli appuntamenti risulta difficile non avendo mezzi di trasporto personali né un alloggio stabile che consenta loro di gestire in tranquillità le terapie da prendere (Pendyal et al., 2021; Thorndike et al., 2022).

I pazienti homeless riferiscono che gli infermieri mostrano insoddisfazione e intolleranza quando parlano con loro, che invece vorrebbero un'interazione rispettosa, priva di sospetti, giudizi e supposizioni (Woith et al., 2016).

Questo atteggiamento di pregiudizio e insofferenza porta alla mancanza di fiducia degli homeless nei confronti degli infermieri, della terapia e del sistema sanitario (Purkey & MacKenzie, 2019).

Tema 3: Mancanza di rispetto

Il rispetto è un atteggiamento che favorisce le relazioni interpersonali, rendendole adeguate e soddisfacenti. Rispettare significa tenere conto dell'altro nelle sue differenze individuali (pensieri, opinioni, sentimenti e stili di vita), nella piena consapevolezza del suo valore e della sua dignità.

Le donne homeless riferiscono di non sentirsi trattate con rispetto dal personale, non ritengono di essere viste come una priorità in ospedale (Kneck et al., 2021). I pazienti homeless si sentono deumanizzati, trattati dagli operatori sanitari come numeri, cose o ignorati come fossero invisibili (Wen et al., 2007; Woith et al., 2016; Kneck et al., 2021).

⁹² Mcenroe-Petitte, D. (2020, March). Caring for patients who are homeless. *Nursing*, 50(3), 24-30. doi:10.1097/01.NURSE.0000654600.98061.61
https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2020/03000/Caring_for_patients_who_are_homeless.8.aspx

Non si sentono considerati persone ma parte di un processo, di un lavoro da sbrigare nel modo più veloce possibile. Alcuni pazienti homeless dicono che l'interesse principale del personale verso di loro è di dimmetterli in fretta, non importa se tornano in strada, nelle condizioni che hanno creato il problema di salute che li ha portati a ricorrere alle cure ospedaliere (Pendyal et al., 2021).

Il rispetto è un elemento necessario nel rapporto con i pazienti, che mancando, aumenta il senso di abbandono e insicurezza nelle persone fragili.

1.5.6. Risultati percezioni degli infermieri

Partendo dalla revisione letteraria di Parkinsons, sono stati analizzati alcuni articoli degli anni successivi e le seguenti indagini qualitative mostrate nella tabella che segue.

La tabella contiene gli articoli selezionati suddivisi per autore e anno di pubblicazione, tipo di indagine, strumenti utilizzati e popolazione indagata, suddivisa tra homeless, infermieri e altri.

Autori Anno	Tipo indagine	Strumenti	Infermieri	Altri	Homel.
Ritcher et al., 2017	Indagine narrativa	Intervista	Non specificato il numero	10	
Grech & Raeburn, 2021	Qualitativa	Intervista	12		
Walker et al., 2022	Studio trasversale	HPATHI	20	3 nursing ass.	
Gaber et al., 2022	Studio trasversale	ATHI +CBI-24	90	138 studenti	37 donne

Tabella 2: indagini qualitative sulle percezioni degli infermieri verso gli homeless.

1.5.7. Analisi dei risultati delle percezioni degli infermieri

Gli infermieri che lavorano o fanno volontariato in strutture per homeless o organizzazioni di street medicine sono stati esclusi da questo studio, in quanto il contatto quotidiano con quest'utenza influenza le loro percezioni, permettendogli di superare ogni pregiudizio, esprimere empatia (Zeien et al. 2021) e costruire un rapporto di caring soddisfacente (Wu Quian & Hauser, 2022).

Gli infermieri che lavorano negli ospedali pubblici riferiscono in maggior parte percezioni negative verso gli homeless, le quali influenzano l'assistenza ed impediscono reazioni empatiche. I sentimenti emersi dalle interviste ad infermieri sono di impotenza, frustrazione, demoralizzazione, disgusto e disagio (Bauer et al., 2013).

L'assistenza agli homeless risulta complessa per gli infermieri a causa di: bisogni primari lungamente insoddisfatti; scarsa importanza a preservare il proprio stato di salute; presenza di comorbidità e disturbi psichici; difficoltà che insorgono nella dimissione. I temi emersi dall'analisi sono i seguenti.

Tema 1: Pregiudizi e mancanza di empatia

Gli infermieri intervistati ammettono che lo stigma verso gli homeless è dovuto al loro aspetto trasandato, al cattivo odore, ai repentini cambiamenti d'umore e ai comportamenti aggressivi causati dalla dipendenza da alcool e stupefacenti.

L'ospedale è considerato un rifugio sicuro dalle persone senza fissa dimora, a cui spesso ricorrono con l'obiettivo di ottenere tre pasti caldi e un letto. Gli infermieri, che hanno avuto esperienze con homeless "opportunisti", mostrano diffidenza e pregiudizio verso tutti gli homeless (Grech & Raeburn, 2021)⁹³.

⁹³ Grech, E., & Raeburn, T. (2021, Feb.). Perceptions of hospital-based Registered Nurses of care and discharge planning for people who are homeless: A qualitative study. *Collegian*, 28(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.02.004>

La compassione e l'empatia sono sostituite da un atteggiamento giudicante e di riprovazione per lo stile di vita adottato, anche nei reparti di ostetricia, dove le donne homeless sono biasimate per i comportamenti non salutari tenuti in gravidanza (fumo e alcool) o per le ricorrenti interruzioni di gravidanza.

Gli infermieri intervistati si giustificano dicendo che è un modo per esprimere il disagio emotivo che provano di fronte a scelte antitetiche la gravidanza (Ritcher et al., 2017)⁹⁴.

Testimonianze di forte stress emotivo risultano in tutti gli studi (Walker et al., 2021).

Tema 2: Difficoltà nelle interazioni

Gli infermieri non ritengono gli homeless persone loquaci, attente alla loro salute o disponibili ad accettare cambiamenti drastici riguardo la salute.

Gli homeless non dimostrano una particolare conoscenza e interesse per le questioni di salute, nei colloqui con gli infermieri non sembrano pienamente consapevoli degli argomenti affrontati. Queste percezioni si riflettono nella difficoltà di comunicare con loro (Grech & Raeburn, 2021).

Un altro elemento che influisce negativamente nei rapporti con gli infermieri è il modo di interazione sociale usato dagli homeless. Le espressioni di dominanza e vigile autoprotezione sono strumenti necessari per sopravvivere in strada, ma possono creare attriti e scontri con le gerarchie di potere e controllo che esistono in ospedale, favorendo i conflitti interpersonali (Bauer et al., 2013).

Un altro problema che sollevato dagli infermieri è che la maggior parte degli homeless hanno problemi mentali o dipendenze da sostanze, quindi, non è

⁹⁴ Ritcher, S., Caine, V., Kubota, H., Chaw-Kant, J., & Danko, M. (2017, Jan). Delivering Care to Women who are Homeless: A Narrative Inquiry into the Experience of Health Care Providers in an Obstetrical Unit. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(3), 122-29. doi:10.21767/2049-5471.1000102 <https://www.primescholars.com/articles/delivering-care-to-women-who-are-homeless-a-narrative-inquiry-into-the-experience-of-health-care-providers-in-an-obstetr-94927.html>

facile convincerli a prendere medicine e curarsi (Seiler & Moss, 2012)⁹⁵.

Tema 3: Divergenze sulle priorità

Gli infermieri esprimono frustrazione nel lavorare con gli homeless, i quali considerano il “prendersi cura di sé” un’esigenza secondaria: non danno molta importanza a terapie domiciliari, follow up o prevenzione, con conseguente peggioramento del loro stato salute e successivi ricoveri in ospedale (Grech & Raeburn, 2021).

Preservare e mantenere lo stato di salute non è nella lista delle priorità degli homeless, i quali ammettono di non prendere le medicine prescritte o fornite in fase di dimissione a volte perché le hanno perse.

I loro problemi principali sono procurarsi un riparo per la notte e cercare cibo (Seiler & Moss, 2012).

Gli homeless sono persone con esigenze di salute multiple e bisogni articolati, risulta difficile per gli infermieri erogare un’assistenza adeguata. Gli infermieri lamentano l’impossibilità di pianificare un’assistenza centrata sulla persona e di coinvolgere gli homeless nelle decisioni assistenziali, in quanto non sono pazienti interessati a prendersi cura di sé stessi. L’approccio adottato dagli infermieri non è centrato sul paziente ma è paternalistico (Grech & Raeburn, 2021).

Tema 4: Divergenze tra policy ospedaliera ed esigenze assistenziali

Gli infermieri descrivono il sistema sanitario non flessibile in quanto tagliato sulle esigenze di pazienti appartenenti alla classe media. L’alloggio dovrebbe essere ottenuto prima ancora di un ricovero, la cui mancanza porta i pazienti ad arrivare tardi o perdere appuntamenti (Purkey & MeckKenzie, 2019).

⁹⁵ Seiler, A. J., & Moss, V. A. (2012, May). The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. *J Am Acad Nurse Pract*, 24(5), 303-12. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x>

Le politiche ospedaliere vorrebbero pazienti non complessi e brevi ricoveri che non siano un aggravio sul budget. Gli infermieri vivono nella costante tensione di ottemperare al bisogno organizzativo di dimettere i pazienti in fretta e la consapevolezza che, senza un intervento efficace dei servizi sociali, gli homeless torneranno in strada e, rapidamente, alle condizioni cliniche precedenti il ricovero (Ritcher et al., 2017). La frammentata connessione tra ospedale e servizi sociali emerge, nella sua gravità, in fase di dimissione.

Gli infermieri esprimono sentimenti di impotenza ed empatia per i pazienti homeless che tornano in strada perché non hanno gli strumenti per cambiare le cose (Grech & Raeburn, 2021).

CAPITOLO II

Indagine

2.1. QUESITO DI RICERCA

L'analisi della letteratura ha risposto al quesito sulle percezioni di homeless ed infermieri che lavorano in ospedali pubblici in paesi europei ed extra europei, ma non è risultato alcuno studio specifico su caring ed homeless in Italia. Com'è la situazione in Italia?

Negli ospedali italiani, ai pazienti homeless viene offerto un caring che comprende gli aspetti umanistici, spirituali e olistici teorizzati da Watson?

Come è percepito il caring ricevuto dai pazienti homeless? L'assistenza erogata risponde alle loro aspettative? Cosa pensano degli infermieri e delle loro attitudini al caring?

2.2. OBIETTIVI

Si individua nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma, il complesso in cui svolgere l'indagine. Il Policlinico è il più grande ospedale d'Europa ed è ubicato tra le due principali stazioni ferroviarie della capitale, rifugi naturali degli homeless.

L'obiettivo principale dello studio è rilevare le percezioni di caring di pazienti homeless e infermieri.

L'obiettivo secondario è comparare le percezioni rilevate, al fine di evidenziare eventuali divergenze fra le aspettative di caring dei pazienti homeless rispetto al caring erogato dagli infermieri.

2.3. MATERIALI E METODI

2.3.1 Disegno di studio

È stato adottato un disegno di studio che prevede la somministrazione della Caring Behaviors Inventory (CBIta) in un periodo indice di 3 settimane (17 gennaio - 5 febbraio 2023) in sette reparti di degenza: due dell'Area Emergenza (Pronto Soccorso Medico e Pronto Soccorso Centrale) e cinque dell'Area Medica (Prima Clinica Medica, Fisiatria e riabilitazione, Malattie

Infettive, Medicina Interna, Gastroenterologia e Nutrizione) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I di Roma.

2.3.2 Considerazioni etiche

È stata ottenuta l'autorizzazione all'uso dello strumento validato e tradotto in italiano da parte del traduttore ricercatore Marco Tomietto, PhD, RN⁹⁶.

La somministrazione dello strumento a pazienti e personale infermieristico di Degenze delle Aree di Emergenza e Area Medica è stata autorizzata dall'Azienda individuata, a seguito dell'approvazione da parte del Comitato Etico dell'Università Sapienza con Prot. 1023/2022 del 14/12/2022 (vedi allegato 1).

Ad ogni infermiere e paziente homeless è stata consegnata una lettera di presentazione dello studio e l'informativa sul trattamento dei dati personali. I partecipanti sono stati informati che la loro partecipazione era volontaria e che potevano rifiutarsi in qualsiasi momento senza dover fornire alcuna spiegazione. La restituzione del questionario compilato è stata considerata manifestazione di consenso allo studio.

2.3.3. Questionario Caring Behaviors Inventory (CBIIta-24)

Il Caring Behaviors Inventory (CBI) è uno strumento sviluppato dalla teoria transpersonale di Watson, la quale spiega i comportamenti di caring dall'incontro a livello emozionale, fisico e relazionale col paziente nel setting assistenziale (Watson, 1999⁹⁷).

Il questionario inizialmente comprendeva 75 domande; successive valutazioni delle caratteristiche psicometriche dello strumento hanno portato alla riduzione a 42 ed infine a 24 domande.

La versione da 24 domande analizza di 4 ambiti:

⁹⁶ <https://iris.univr.it/cris/rp/rp29565>

⁹⁷ Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care: A theory of nursing*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

- assicurare la presenza (8 domande riguardanti la prossimità relazionale e attenzione ai bisogni del paziente);
- conoscenze e competenze professionali (5 domande riguardanti abilità professionali e tecniche, gestione dei presidi);
- rispetto (6 domande riguardanti comportamenti di empatia e prossimità emotiva ai vissuti dei pazienti);
- relazioni positive con il paziente (5 domande riguardanti comportamenti di attenzione e supporto al paziente).

Ogni domanda riguarda un comportamento di caring su cui il paziente esprime una valutazione di frequenza, quante volte viene espresso dagli infermieri durante la degenza, con una scala Likert a 6 punti (da 1 mai a 6 sempre). Agli infermieri è richiesto, con la stessa modalità, quante volte esprimono quei determinati comportamenti di caring nella loro pratica quotidiana.

Lo strumento è stato utilizzato e validato negli Stati Uniti, successivamente tradotto e validato in altre lingue (svedese, greco), mostrando sempre elevati valori di affidabilità (α di Cronbach). Il CBI-24 è stato tradotto e validato in italiano, utilizzato su un campione di 213 pazienti e 178 infermieri di 14 strutture operative di chirurgia generale e specialistica di sette ospedali della Regione Veneto e della Regione Friuli-Venezia Giulia.

Il CBI-24 è uno strumento che ha mostrato coerenza con i costrutti teorici da cui nasce, prove empiriche di validazione e caratteristiche di accettabilità nella compilazione, insieme alla capacità di spiegare esiti individuali (ad esempio la soddisfazione del paziente) e organizzativi (ad esempio il turnover infermieristico).

2.3.4. Campione e campionamento

Nel periodo indice è stato possibile proporre la compilazione della CBIta-24 a 95 infermieri e 30 homeless, 11 homeless presenti nei reparti di indagine non sono stati ritenuti eleggibili.

Si è attuato un campionamento di convenienza.

Sono stati ritenuti eleggibili per la compilazione della CBIta-24 tutti i pazienti homeless ricoverati da almeno 48 ore o in fase di dimissioni e tutti gli infermieri in servizio nei reparti individuati, dei quali non sono stati rilevati dati di sesso, nazionalità ed età.

Gli homeless (italiani e stranieri) sono stati identificati dall'indirizzo di residenza (via Modesta Valenti) o dall'assenza di residenza. Sono stati esclusi i pazienti che al momento della compilazione presentavano:

- dolore, deficit cognitivi o alterazioni dello stato di coscienza;
- non in grado di comunicare o comprendere la lingua italiana o le principali lingue europee (francese, spagnolo) ed extraeuropee (inglese, arabo).

Del gruppo infermieri, 73 persone (76,85%) hanno restituito il questionario compilato; del gruppo pazienti homeless, 27 persone (90%) hanno accettato di partecipare all'indagine e hanno compilato il questionario.

Intervistati	Area Emergenza nr (%)	Area Medica nr (%)
Pazienti	18 (66,7%)	9 (33,3%)
Infermieri	30 (41%)	43 (58,9%)

Tabella 3: intervistati suddivisi per macro-reparto numero e percentuali

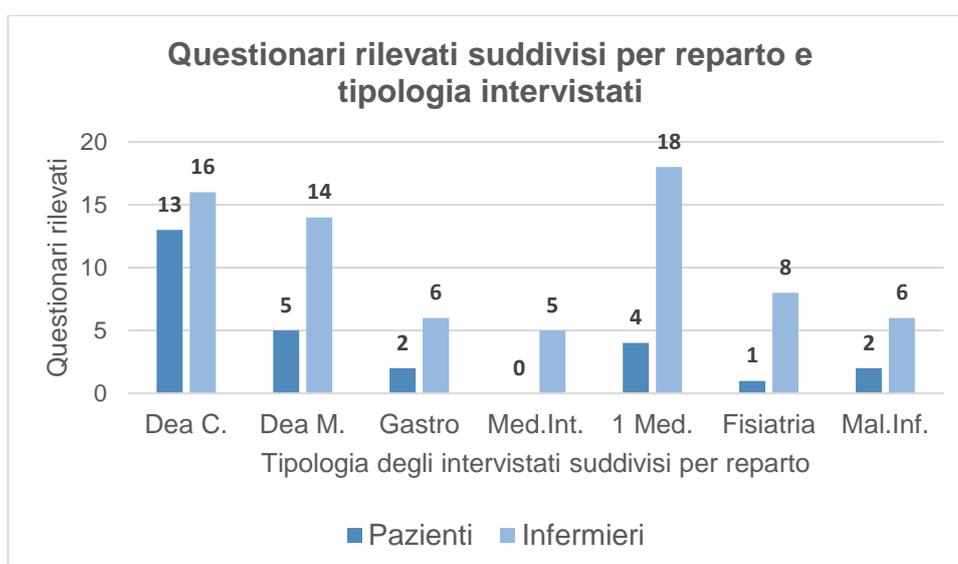


Figura 5: questionari rilevati suddivisi per reparto e tipologia di intervistati.

La popolazione statistica dei pazienti homeless è composta da 27 individui di cui 22 (81,5%) uomini e 5 (18,5%) donne.

Il 66,7% dei pazienti homeless che ha partecipato all'indagine era ricoverato nei reparti di emergenza e urgenza (PS Medico e PS Centrale).

Il campione homeless è stato diviso tra italiani e stranieri:

Sesso pazienti	Italiani nr (%)	Stranieri nr (%)
M	9 (45%)	13 (54,5%)
F	4 (80%)	1 (20%)

Tabella 4: pazienti divisi per sesso e provenienza, numero questionari rilevati e percentuali

Nell'istogramma seguente (fig.6) i pazienti sono stati raggruppati in tre fasce d'età e suddivisi per sesso e provenienza:

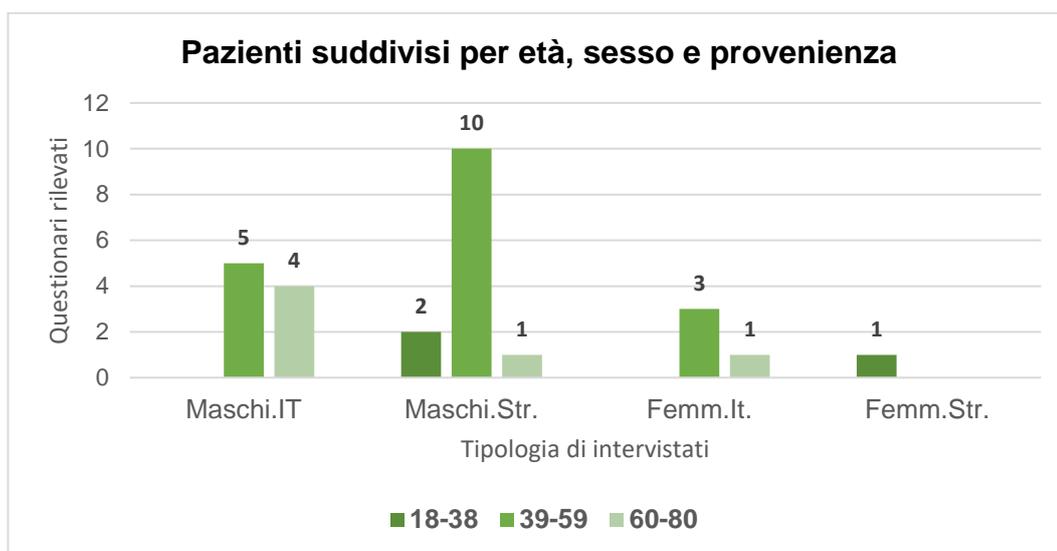


Figura 6: questionari rilevati suddivisi per età, sesso e provenienza dei pazienti.

La popolazione pazienti homeless è composta per la maggior parte da uomini maturi (fascia età 39-59 anni), l'età degli stranieri è inferiore rispetto a quella degli italiani. Gli anziani (60-80 anni) sono principalmente italiani. La percentuale delle donne homeless è <20%.

I dati rilevati riguardanti la popolazione homeless sono in linea con i dati ISTAT e con i dati epidemiologici.

2.3.5. Analisi dei dati

Nella fase di analisi dei dati raccolti (Allegato 2), si è proceduto con una valutazione comparativa delle informazioni qualitative date dai due gruppi (infermieri e pazienti), segmentate per ognuno dei quattro settori che analizzano la percezione di un comportamento di caring:

- I. presenza (domande 1-8);
- II. conoscenze e competenze professionali (domande 9-13);
- III. empatia e rispetto (domande 14-19);
- IV. relazioni positive (domande 20-24).

I dati sono stati analizzati usando descrittivi statistici: media, deviazione standard, indice di confidenza al 95%, differenza della media, percentuale di frequenza dei comportamenti dei due gruppi: infermieri e pazienti homeless. Successivamente, gli intervistati sono stati suddivisi per reparti, raggruppati secondo la durata di degenza e complessità assistenziale.

La voce "Area Emergenza" comprende gli intervistati presenti nei reparti di PS Medico e PS Centrale al momento delle interviste (durata di degenza breve).

In "Area Medica" sono compresi gli intervistati presenti nei reparti di durata degenza media (Prima Clinica Medica, Fisiatria e Riabilitazione, Malattie Infettive, Gastroenterologia e Nutrizione, Medicina Interna).

I dati raccolti sono stati elaborati attraverso la misurazione della media ponderata delle risposte su scala Likert 1-6 (allegato 2) ed inseriti in una serie di istogrammi e tabelle per un'immediata interpretazione.

2.3.6 Limiti

Nel periodo di rilevazione dei dati, nei reparti di emergenza, le percezioni dei pazienti homeless intervistati potrebbero aver subito l'influenza di fattori esterni quali:

- presenza in corsia degli studenti di infermieristica, con divise del tutto simili a quelle del personale infermieristico (non operativi nei reparti di medicina);
- presenza di molti neoassunti nei reparti di emergenza (con un'esperienza lavorativa inferiore rispetto al personale dei reparti di media degenza);

2.4. Discussione risultati

Nella tabella seguente (tab. 5) sono riportati i risultati di deviazioni standard, intervallo di confidenza al 95% e p-value calcolati con il sistema informatico IBM SPSS Statistics ver.29, correlazione di Pearson binaria (a due code). Da un'attenta analisi, si può asserire che i dati sono statisticamente significativi.

La comparazione dei dati mostra importanti differenze tra le percezioni riferite dai due gruppi di intervistati. In tutti i settori di comportamento indagati, le risposte degli infermieri hanno un media più alta rispetto a quelle dei pazienti homeless, la differenza media assoluta risulta >1 in tutti i gruppi di domande: I (presenza 1,4), II (conoscenze e competenze professionali 1,1), III (empatia e rispetto 1,9), IV (relazioni positive 1,3).

CBIta-24 Gruppi domande	Gruppo intervistati	nr	Media	DS	IC 95%	Diff. media	p- value
Presenza	Pazienti	27	3,4	1	0,32	1,4	<0,001
	Infermieri	73	4,8	0,6	0,11		
Conoscenze competenze professionali	Pazienti	27	4,5	0,3	0,04	1,1	<0,001
	Infermieri	73	5,6	0,2	0,04		
Empatia e rispetto	Pazienti	27	2,7	0,3	0,09	1,9	<0,001
	Infermieri	73	4,6	0,3	0,06		
Relazioni positive	Pazienti	27	2,6	0,5	0,08	1,3	<0,001
	Infermieri	73	3,9	0,6	0,07		

Tabella 5: Comparazione di pazienti e infermieri dei quattro fattori della CBIta-24 (scala Likert 1-6).

2.4.1. Risultati gruppo domande I: presenza

Gli intervistati forniscono una valutazione qualitativa in risposta a domande riguardanti presenza e attenzione al paziente:

1. Recarsi dal paziente senza essere chiamati.
2. Parlare col paziente.
3. Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi.
4. Rispondere rapidamente alla chiamata del paziente.
5. Aiutare a ridurre il dolore del paziente.
6. Mostrare interesse per il paziente.
7. Somministrare al paziente le terapie nei tempi corretti.
8. Alleviare i sintomi del paziente.

Scala Likert					
1 Mai	2 Raramente	3 Qualche volta	4 Spesso	5 Molto frequente	6 Sempre

Figura 7: scala Likert a 6 punti

Intervistati	Scala Likert					
	1	2	3	4	5	6
Pazienti	24,5%	14,4%	16,7%	12,0%	6,5 %	25,9%
Infermieri	0,2%	3,3%	12,0%	25,3%	22,1%	37,5%

Tabella 6: Percentuali di frequenza delle risposte domande gruppo I: presenza.

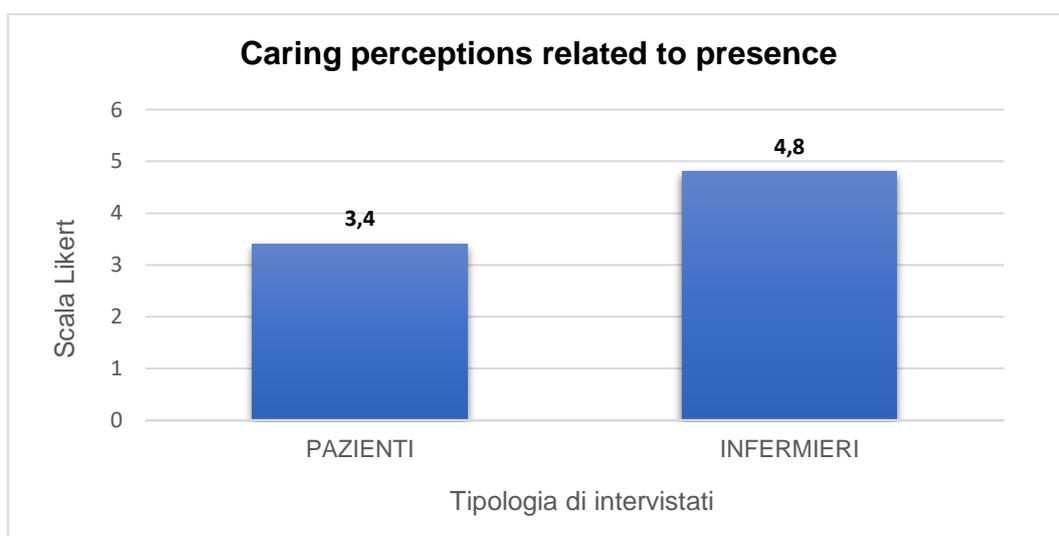


Figura 8: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti delle domande del gruppo I del questionario CBIta: presenza.

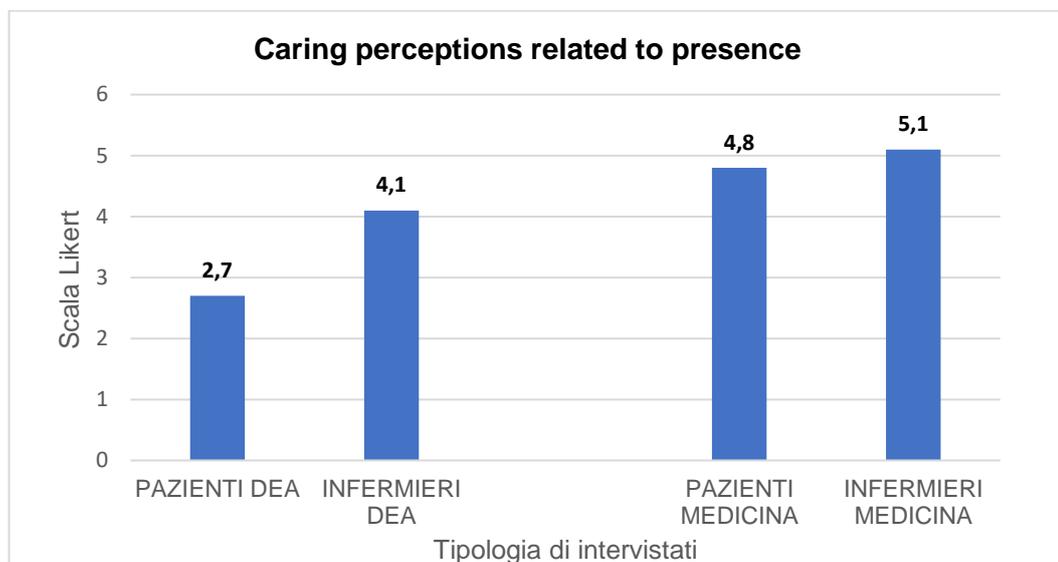


Figura 9: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti divisi per reparto alle domande del gruppo I del questionario CBIta: presenza.

Riguardo le percezioni di caring relative alla presenza, la media ponderata delle risposte degli infermieri di tutti i reparti è decisamente positiva (score >4) mentre per i pazienti homeless le percezioni sono insoddisfacenti, la media delle risposte <3.

La frequenza delle risposte >4 negli infermieri è di 85% (la quasi totalità degli intervistati), nei pazienti homeless la frequenza di risposte <3 è di 55,6%.

Dividendo gli intervistati per reparto, si nota che nei reparti di medicina le percezioni di pazienti ed infermieri hanno una media ponderata più che positiva (± 5) che si equivale nei due gruppi.

Nei reparti di emergenza invece, la percezione degli intervistati è decisamente divergente.

I pazienti homeless ritengono che la frequenza di questi aspetti del caring sia occasionale (<3) mentre gli infermieri dichiarano di erogare comportamenti di caring relativi a presenza e attenzione con una frequenza rilevante (4).

In particolare, i pazienti homeless ricoverati presso degenze dell'Area di Emergenza, danno un giudizio negativo sulle domande relative a comunicazione e presenza.

Le percezioni dei pazienti homeless sulla frequenza dei seguenti comportamenti sono comprese tra mai e raramente (± 2):

- recarsi dal paziente senza essere chiamati (1,6);
- parlare col paziente (1,9);
- rispondere rapidamente alla chiamata del paziente (1,7);
- mostrare interesse per il paziente (2,1);
- incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi (2,3).

La comunicazione risulta insoddisfacente per i pazienti homeless sia verbale che non verbale: i pazienti non percepiscono interesse verso di loro, gli infermieri raramente parlano con loro, non si recano da loro se non sono chiamati, né li incoraggiano a chiamare.

2.4.2. Risultati gruppo domande II: conoscenze e competenze professionali

Gli intervistati forniscono una valutazione qualitativa in risposta a domande riguardanti conoscenze e competenze professionali:

9. Sapere come somministrare iniezioni, infusioni, etc.
10. Dimostrarsi sicuri con il paziente.
11. Dimostrare conoscenza ed abilità professionale.
12. Gestire presidi e materiali con abilità.
13. Trattare i dati del paziente nel rispetto e nella riservatezza.

Scala Likert					
1 Mai	2 Raramente	3 Qualche volta	4 Spesso	5 Molto frequente	6 Sempre

Figura 10: scala Likert a 6 punti.

Intervistati	Scala Likert					
	1	2	3	4	5	6
Pazienti	3,7	12,6%	14,8%	16,3%	5,9 %	46,7%
Infermieri	0,0%	0,0%	3,0%	7,9%	15,3%	73,7%

Tabella 7: Percentuali di frequenza delle risposte domande gruppo II: conoscenze e competenze professionali.

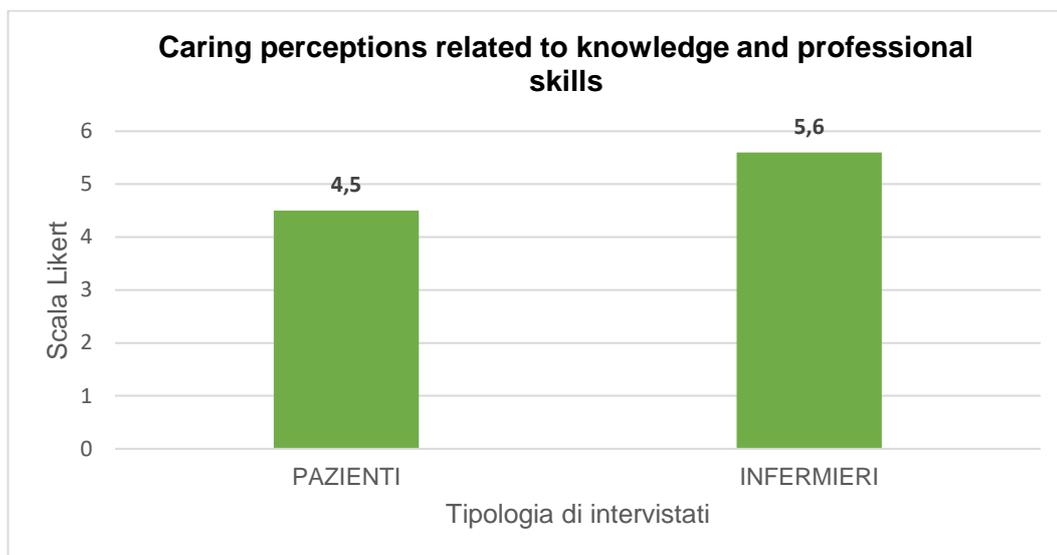


Figura 11: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti alle domande del gruppo II del questionario CBlta: conoscenze e competenze professionali.

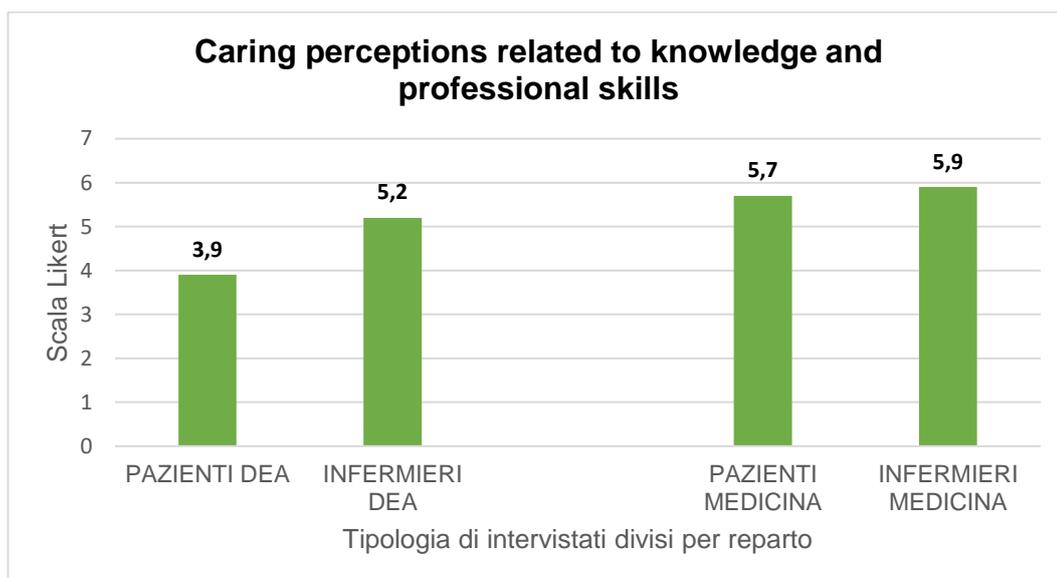


Figura 12: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti divisi per reparto alle domande del gruppo II del questionario CBlta: conoscenze e competenze professionali.

Riguardo alle percezioni di caring legate alla conoscenza e alle competenze professionali, la media ponderata delle risposte degli infermieri e dei pazienti è positiva (>4,5). La frequenza di risposte >4 sono per il 68,9% dei pazienti homeless e la quasi totalità degli infermieri (96,9%).

Dividendo gli intervistati per reparto, le percezioni di frequenza sono alte (>5) per gli infermieri di tutti i reparti e per i pazienti homeless presenti

nell'Area Medica. Una leggera flessione (=4) della media ponderata è nelle risposte dei pazienti homeless ricoverati nei reparti dell'Area di Emergenza, in cui spesso converge personale neoassunto e studenti infermieri.

2.4.3. Risultati gruppo domande III: empatia e rispetto

Gli intervistati forniscono una valutazione qualitativa in risposta a domande di empatia e rispetto:

14. Ascoltare con attenzione il paziente.
15. Relazionarsi al paziente come persona.
16. Supportare il paziente.
17. Essere empatici, ovvero identificarsi col paziente (mettersi nei panni del paziente).
18. Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento.
19. Venire incontro ai bisogni espressi e inespressi del paziente.

Scala Likert					
1 Mai	2 Raramente	3 Qualche volta	4 Spesso	5 Molto frequente	6 Sempre

Figura 13: scala Likert a 6 punti.

Intervistati	Scala Likert					
	1	2	3	4	5	6
Pazienti	40,1%	16,7%	18,5%	3,7%	1,9 %	19,1%
Infermieri	0,0%	0,9%	11,9%	43,8%	15,5%	27,9%

Tabella 8: Percentuali di frequenza delle risposte domande gruppo III: empatia e rispetto.

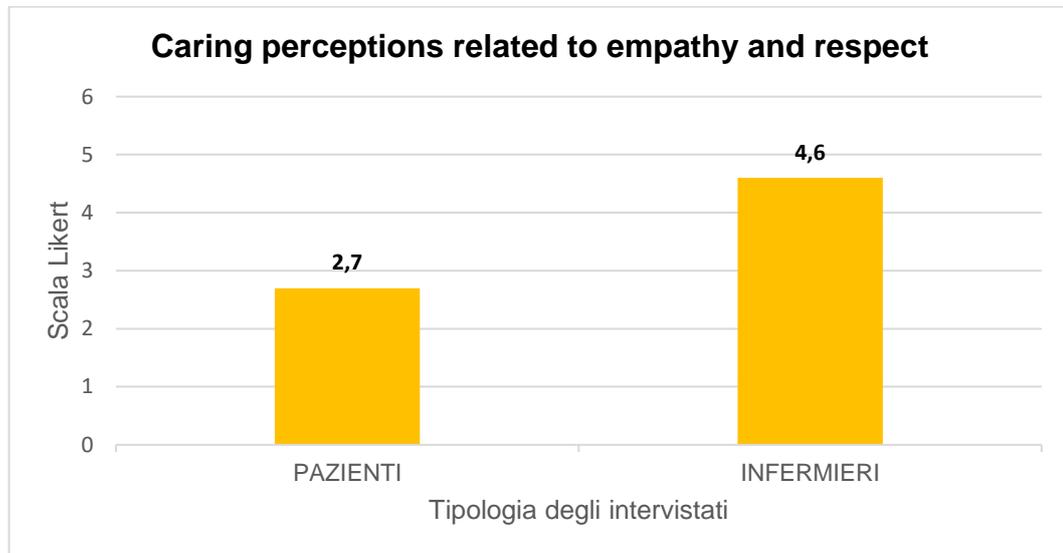


Figura 14: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti alle domande del gruppo III del questionario CBIta: empatia e rispetto.

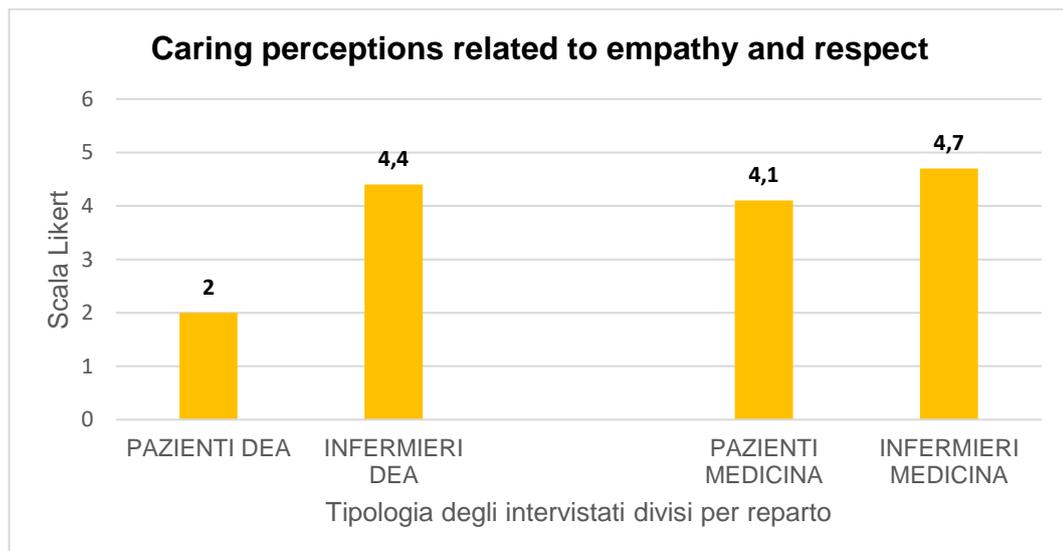


Figura 15: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti divisi per reparto alle domande del gruppo III del questionario CBIta: empatia e rispetto.

Le percezioni relative a empatia e rispetto presentano una media ponderata delle risposte degli infermieri decisamente alta (>4) mentre per i pazienti homeless è totalmente insufficiente (± 2). Il 56,8% dei pazienti homeless intervistati hanno dato una frequenza di risposte con score <3, mentre l'87,2% degli infermieri ritiene di esprimere empatia e rispetto score >4. Dividendo gli intervistati per reparto, si nota che le percezioni degli infermieri di tutti i reparti e dei pazienti homeless ricoverati nei reparti dell'Area Medica

hanno una media ponderata più che positiva (>4), mentre nei reparti di emergenza, la percezione dei pazienti intervistati è decisamente negativa (=2).

In particolare, i pazienti homeless ricoverati nei reparti dell'Area di Emergenza valutano in modo estremamente negativo l'attitudine all'empatia degli infermieri. Le percezioni dei pazienti sulla frequenza dei seguenti comportamenti empatici sono <2 (tra mai e raramente):

- Supportare il paziente.
- Essere empatici, ovvero identificarsi col paziente (mettersi nei panni del paziente).
- Venire incontro ai bisogni espressi e inespressi del paziente.

Superano di poco il 2 (raramente):

- Ascoltare con attenzione il paziente.
- Relazionarsi al paziente come persona.
- Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento.

2.4.4. Risultati gruppo domande IV: relazioni positive

Gli intervistati forniscono una valutazione qualitativa in risposta a domande su relazioni positive instaurate tra paziente e infermiere, caratterizzate da attenzione, supporto e coinvolgimento nel piano assistenziale:

20. Dare informazioni o consigliare il paziente.
21. Trascorrere il tempo con il paziente.
22. Aiutare il paziente a gestire la sua situazione di salute.
23. Dimostrarsi pazienti e non affaticati col paziente.
24. Coinvolgere il paziente nella pianificazione dell'assistenza.

Scala Likert					
1 Mai	2 Raramente	3 Qualche volta	4 Spesso	5 Molto frequente	6 Sempre

Figura 16: scala Likert a 6 punti.

Intervistati	Scala Likert					
	1	2	3	4	5	6
Pazienti	45,2%	14,8%	13,3%	6,7%	1,5 %	18,5%
Infermieri	6,0%	9,3%	18,9%	29,9%	22,2%	13,7%

Tabella 9: Percentuali di frequenza delle risposte domande gruppo IV: relazioni positive.

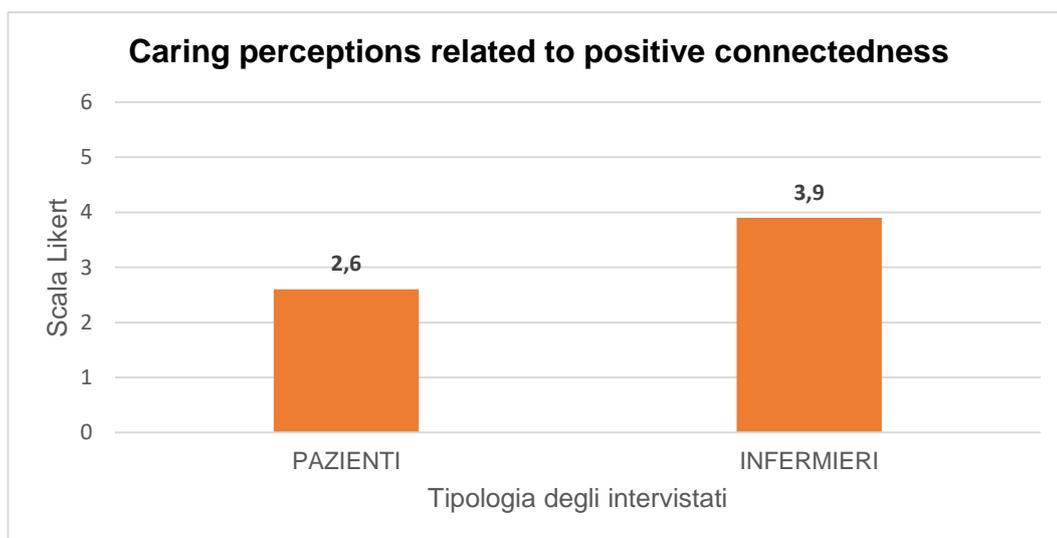


Figura 17: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti alle domande del gruppo IV del questionario CBIta: attenzione e supporto al paziente.

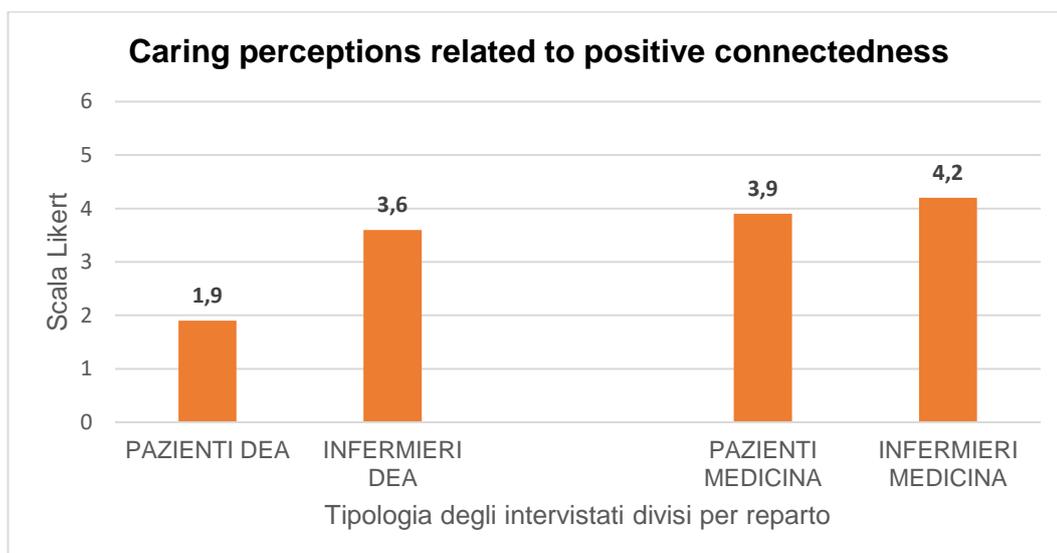


Figura 18: grafico comparativo della media ponderata delle risposte di infermieri e pazienti divisi per reparto alle domande del gruppo IV del questionario CBIta: attenzione e supporto al paziente

Le percezioni relative alle relazioni positive con il paziente presentano una media ponderata delle risposte degli infermieri positiva (>4) mentre per i pazienti homeless è decisamente negativa (<2).

Il 60% dei pazienti homeless ha risposto alle domande con score <2 , mentre per gli infermieri la frequenza del 65,8% è score >4 .

Dividendo gli intervistati per tipologia, le percezioni degli infermieri di tutti i reparti hanno medie ponderate positive ($>3,5$).

I pazienti homeless presenti nei reparti di Area Medica hanno dato un giudizio positivo (>4) sulla frequenza di tutti i comportamenti relativi alle domande di attenzione e supporto, tranne che sul trascorrere il tempo con il paziente (media ponderata 2,1).

I pazienti homeless presenti nei reparti di emergenza hanno riferito percezioni totalmente negative (± 2). In particolare, la frequenza dei seguenti comportamenti è ritenuta <2 :

- Trascorrere il tempo con il paziente.
- Coinvolgere il paziente nella pianificazione dell'assistenza.

CAPITOLO III

Conclusioni

In questo lavoro si è indagato su un aspetto importante della qualità: il caring erogato ai pazienti homeless.

Dalla letteratura consultata è emerso che i pazienti homeless, ricoverati presso strutture pubbliche, ricevono spesso un caring inadeguato, che li porta ad avere scarsa fiducia negli infermieri e a ritenere di bassa qualità l'intero servizio sanitario. Al contempo, gli infermieri, che lavorano negli ospedali pubblici, riferiscono in maggior parte percezioni negative verso gli homeless, le quali influenzano l'assistenza e l'espressione di adeguati comportamenti di caring.

È stata effettuata un'indagine qualitativa in alcuni reparti di degenza dell'Area di Emergenza e dell'Area Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I con il fine di rilevare dati riguardanti la percezione dei pazienti homeless e degli infermieri su specifici comportamenti di caring (individuati nella CBIta-24).

Il 66,7% dei pazienti homeless che ha partecipato all'indagine era ricoverato nei reparti di emergenza (dato in linea con la letteratura).

I quattro settori di comportamento analizzati hanno contribuito in egual misura a capire il livello di qualità del caring percepito dai pazienti homeless e dagli infermieri. L'analisi condotta su un campione eterogeneo di pazienti homeless ha evidenziato carenze in tre settori di caring.

In particolare, sono state rilevate criticità nei reparti di emergenza. In un setting assistenziale concitato e affollato come quello del Pronto Soccorso, gli aspetti umanistici del caring sono trascurati o di scarsa qualità, l'assistenza non rispecchia le aspettative e le esigenze dei pazienti homeless che non ritengono sufficientemente frequenti i comportamenti relativi ai settori indagati: presenza, empatia e rispetto, relazioni positive.

I pazienti homeless percepiscono una scarsa empatia da parte degli operatori che si manifesta con mancanza di presenza, di ascolto, di supporto e attenzione.

La comunicazione risulta insoddisfacente per i pazienti homeless sia verbale che non verbale: i pazienti non percepiscono interesse verso di loro, gli infermieri raramente parlano con loro, non si recano da loro se non sono chiamati, né li incoraggiano a chiamare. Gli homeless riferiscono che gli infermieri non si relazionano a loro come persone, non viene chiesto loro di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento, il tempo passato con gli infermieri è scarso e si limita alla terapia o trattamenti, gli infermieri non li coinvolgono nella pianificazione dell'assistenza.

I risultati indicano che gli homeless, ricoverati nei reparti di emergenza, hanno bisogni di assistenziali insoddisfatti di cui gli infermieri ne sono inconsapevoli, in quanto le percezioni dei pazienti homeless sui comportamenti di caring hanno un basso score che stride con l'alta valutazione delle percezioni che hanno gli infermieri.

Sulla base delle risultanze dell'analisi condotta, sarebbe opportuno che gli infermieri valutassero congruenze e incongruenze dei comportamenti di caring, per contribuire a migliorare l'uguaglianza in sanità ed offrire una clinica più focalizzata sulle esigenze dei pazienti homeless.

Si propone quale strumento di risoluzione delle criticità evidenziate un'adeguata formazione del personale infermieristico dei reparti d'emergenza, volta al miglioramento dell'interazione e alla sensibilizzazione verso la popolazione homeless al fine di allineare i comportamenti di caring della pratica clinica alle esigenze di questa tipologia di pazienti.

La formazione dovrebbe rafforzare le competenze comunicative verbali e non verbali degli infermieri, che, come è risultato dall'analisi dei dati, sono fondamentali per migliorare l'interazione con i pazienti homeless.

Al contempo, si suggerisce un percorso di supporto psicologico che consenta di analizzare le percezioni negative disturbanti, avvertite dagli infermieri nel rapportarsi con gli homeless, che impediscono di provare empatia ed esprimerla, influenzando in maniera negativa i comportamenti di caring.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., & Bruyneel, L. (2012, Mar). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344. [doi:10.1136/bmj.e1717](https://doi.org/10.1136/bmj.e1717)
<https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>
- Aldridge , R. W., Story , A., Hwang , S. W., Nordentoft , M., Luchenski, S., Hartwell, G., Hayward, A. C. (2018, Jan). Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in hing-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 391(10117). [doi:10.1016/S0140-6736\(17\)31869-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31869-X)
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31869-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31869-X/fulltext)
- Allen , J., & Vottero , V. (2020, Sep). Experiences of homeless women in accessing health care in community-based settings: a qualitative systematic review. *JBIS Synth*, 18(9), 1970-2010. [doi:10.11124/JBISRIR-D-19-00214](https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-19-00214)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32813421/>
- Asioli, F. (2019). *La relazione di cura. Difficoltà e crisi del rapporto medico-paziente*. Milano: Angeli.
- Bauer, L. K., Baggett, T. P., Stern, T. A., O'Connell, J. J., & Shtasel, D. (2013, Jan-Feb). Caring for Homeless Persons with Serious Mental Illness in General Hospitals. *Psychosomatics*, 54(1), pp. 14-21. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318212001867?via%3Dihub#bib33>
- Beltrán Salaza , O. B. (2015). Humanized care: A relationship of familiarity and affectivity. *Invest Educ Enferm*, 33(1), 17-27. [doi:10.17533/udea.iee.v33n1a03](https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n1a03)
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/21813>
- Bernstein, R. S., Meurer, L. N., Plumb, E. J., & Jackson, J. L. (2015, Feb). Diabetes and Hypertension Prevalence in Homeless Adults in the United States: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*, 105(2), 46-60. [doi:10.2105%2FAJPH.2014.302330](https://doi.org/10.2105%2FAJPH.2014.302330)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4318300/>

- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019, Oct). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient*, 12(5), 461-474. doi:10.1007/s40271-019-00370-1
<https://link.springer.com/article/10.1007/s40271-019-00370-1>
- Caritas Roma-Ufficio Studi e Progettazione dell'Area Ascolto e Accoglienza. (2018). *Persone senza fissa dimora. Le sfide di un sistema integrato*. Roma: CaritasRoma.
- Castaldo, M.; Petrelli, A.; Fortino, A.; INMP. (2017). *Homeless: uno studio a Padova sul loro stato di salute*. Sossanità.
- Cohen, J. A. (1991, Aug). Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson. *J Adv Nurs*, 16(8), 899-909. doi:10.1111/j.1365-2648.1991.tb01794.x.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1779078/>
- da Silva FP, de Assis Siqueira Paiva F, Guedes CP, da Silva Frazão I, Vasconcelos S.C., da Costa Lima M.D. Nursing Diagnoses of the Homeless Population in Light of Self-care Theory. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Jun;32(3):425-431. doi: 10.1016/j.apnu.2017.12.009
[https://psychiatricnursing.org/article/S0883-9417\(17\)30130-9/fulltext](https://psychiatricnursing.org/article/S0883-9417(17)30130-9/fulltext)
- Fingeld- Connett, D. (2006, Jul). Meta-synthesis of presence in nursing. *J. Adv.Nurs*,55(6),708-714. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03961.x?saml_referrer
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2006.03961.x?saml_referrer
- Fingeld-Connect, D. (2008, Aug). Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. *J. Adv. Nurs.*, 63(5), 527-534. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04622.x
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04622.x>
- FNOPI. (2021). *Codice deontologico Infermieristico*. FNOPI. <https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2021/05/CODICE-DEONTOLOGICO-EASY-TO-READ.pdf>
- Gaber, S. N., Klarare, A., Mattsson, E., & Rosenblad, A. K. (2022). A comparison of perceptions of caring behaviours among women in homelessness, Registered Nurses and nursing students. *Scand J Caring Sci.*, 0(0), 1-11. doi:10.1111/scs.13071
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9092332/>

- Gardner, J., & Emory, J. (2018, Mar). Changing students' perceptions of the homeless: A community service learning experience. *Nurse Education in Practice*, 29, 133-136. doi:10.1016/j.nepr.2018.01.001 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1471595317302743?via%3Dihub>
- Giunta regionale della Lombardia. Osservatorio Regionale sull'Esclusione Sociale (ORES). (2015). *Homeless e servizi per i senza fissa dimora in Italia e in Lombardia*. Milano: Eupolis.
- Grech, E., & Raeburn, T. (2021, Feb.). Perceptions of hospital-based Registered Nurses of care and discharge planning for people who are homeless: A qualitative study. *Collegian*, 28(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.02.004>
- Guilcher, S. T., Hamilton-Wright, S., Skinner, W., Woodhall-Melnik, J., Ferentzy, P., Wendaferew, A., . . . Matheson, F. W. (2016). "Talk with me": perspectives on services for men with problem gambling and housing instability, 2016; 16: 34. *BMC Health Serv Res.*, 16(0), 340. doi:10.1186/s12913-016-1583-3 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4971622/>
- Hwang, H. L., Tu, C. T., & Kuo, T. Y. (2022, Mar). Correlates of perceived caring behaviour of formal caregivers in long-term care facilities: A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 225-234. doi:10.1111/scs.12981 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12981>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN. https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf
- Istat. (2015). *Le persone senza dimora*. Roma: Istat.
- Kneck, A.; Mattsson, E.; Salzmänn-Erickson, M.; Klarare, A. (2021, Aug). In collaboration with Women Advisory Board for Inclusion Health. "Stripped of dignity" – women in homelessness and their perspectives of healthcare services: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 120(0), 1-10. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103974 <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1562795/FULLTEXT01.pdf>
- LABOS Caritas Roma. (1987). *Essere barboni a Roma*. Roma: Edizioni TER.

- Labrague, L. J., McEnroe-Petitte, D. M., Papathanasiou, I. V., Edet, O. B., Arulappan, J., Tsaras, & Tsaras, K. (2017). Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: A multicountry study. *Int J Nurs Knowl*, 28, 225-232. doi:10.1111/2047-3095.12108
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/2047-3095.12108>
- Lanzi M., S. M.-M. (2021, Mar). Factors Associated with Providers' Work Engagement and Burnout in Homeless Services: A Cross-national Study. *Am J Community Psychol*, 67(1-2), 220-236. doi:10.1002/ajcp.12470.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajcp.12470>
- Leininger, M. M. (1998). *Care: The Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne State University Press.
- Létourneau, D., Goudreau, J., & Cara, C. (2021, Mar). Humanistic caring, a nursing competency: modelling a metamorphosis from students to accomplished nurses. *Scand J Caring Sci.*, 35-61, 196-207. doi:10.1111/scs.12834.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12834>.
- Levorato, S., Bocci, G., Troiano, G., Messina, G., & Nante, N. (2017). Health status of homeless persons: a pilot study in the Padua municipal dorm. *Annali di Igiene*, 29, 54-62. doi:10.7416/ai.2017.2132
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28067938/>
- Machul, M., Dziurka, M., Gniadek, A., Gotlib, J., Gutysz-Wojnicka, A., & Kotowski, M. (2022, Sep). Caring Ability and Professional Values of Polish Nursing Students—A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 19(18), 11308. doi:10.3390%2Fijerph191811308
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9517121/>
- McCabe, S., Macnee, C. L., & Anderson, M. K. (2001, Apr). Homeless patients' experience of satisfaction with care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(2), 78-85. doi:10.1053/apnu.2001.22407.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S088394170161522X?token=BE3AF68C993D30712B44A065DF4023B7C2442A418AD618269A5C4C90BA3FC0EF6DEF404C591BF247701A3B62337E02F4&originRegion=eu-west-1&originCreation=20221104105456>
- Mcenroe-Petitte, D. (2020, March). Caring for patients who are homeless. *Nursing*, 50(3), 24-30. doi:10.1097/01.NURSE.0000654600.98061.61
https://journals.lww.com/nursing/Fulltext/2020/03000/Caring_for_patients_who_are_homeless.8.aspx

- Nickash, B., & Marnocha, S. K. (2009, Jan). Healthcare experiences of the homeless. *J Am Acad Nurse Pract*, 21(1), 39-46.
[doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00371.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00371.x)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19125894/>
- Nijboer, A. A., & Van der Cingel, M. C. (2019, Jan). Compassion: Use it or lose it?: A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. *Nurse Ed Today*, 72, 84-89.
[doi:10.1016/j.nedt.2018.11.006](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.11.006)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718309286?via%3Dihub>
- Nyamathi, A. M., Gelberg, L., Lee, D., Arce, N., Patten-Jones, A., Yadav, K., Salem, B. (2022, July). Perceptions of Homeless Adults and Their Providers on Coping With the Impact of COVID-19 Pandemic on Mental Health, Substance Use, and Harm Reduction Services. *Global Qualitative Nursing Research*, 9.
[doi:10.1177/23333936221108712](https://doi.org/10.1177/23333936221108712)
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23333936221108712>
- Omerov, P., Craftman, A. G., Mattsson, E., & Klarare, A. (2020, Jan). Homeless persons' experiences of health- and social care: A systematic integrative review. *Health Soc Care Community*, 28(1), 1-11 [doi:10.1111/hsc.12857](https://doi.org/10.1111/hsc.12857)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31524327/>
- Parkinsons, R. (2009). Nurses' attitudes towards people who are homeless: A literature review. *Diversity and Equity in Healthcare*, 6(4), 227-240.
<https://diversityhealthcare.imedpub.com/nurses-attitudes-towards-people-who-are-homeless-a-literature-review.pdf>
- Pendyal, A., Rosenthal, M. S., Spatz, E. S., Cunningham, A., Bliesener, D., & Keene, D. E. (2021, Jan). "When you're homeless, they look down on you": A qualitative, community-based study of homeless individuals with heart failure. *Heart & Lung*, 50(1), 80-85.
[doi:10.1016/j.hrtlng.2020.08.001](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.08.001)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147956320303174>

- Purkey, E., & MacKenzie. (2019, Jul). Experience of healthcare among the homeless and vulnerably housed a qualitative study: opportunities for equity-oriented health care. *Int J Equity Health*, 18(1), 101. [doi:10.1186/s12939-019-1004-4](https://doi.org/10.1186/s12939-019-1004-4)
<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-019-1004-4>
- Rae, B. E., & Rees, S. (2015, Sept). The perceptions of homeless people regarding their healthcare needs and experiences of receiving health care. *JAN*, 71(9), 2096-2107. [doi:10.1111/jan.12675](https://doi.org/10.1111/jan.12675)
https://researchgate.net/publication/275587817_the_perceptions_of_the_homeless_regarding_their_healthcare_needs_and_experiences_of_receiving_health_care
- Rasmusson, D. L., Jonas, C. M., & Mitchell, G. J. (1991). The eye of the beholder: Parse's theory with homeless individuals. *Clin. Nurse Spec.*, 5(3), 139-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1913437/>
- Ritcher, S., Caine, V., Kubota, H., Chaw-Kant, J., & Danko, M. (2017, Jan). Delivering Care to Women who are Homeless: A Narrative Inquiry into the Experience of Health Care Providers in an Obstetrical Unit. *Diversity and Equality in Health and Care*, 14(3), 122-29. [doi:10.21767/2049-5471.1000102](https://doi.org/10.21767/2049-5471.1000102)
<https://www.primescholars.com/articles/delivering-care-to-women-who-are-homeless-a-narrative-inquiry-into-the-experience-of-health-care-providers-in-an-obstetr-94927.html>
- Rizzo Parse, R. (2019, Oct). Nurses and Person-Centered Care . *Nurs Sci Q*, 32(4), 265. [doi:10.1177/0894318419864335](https://doi.org/10.1177/0894318419864335)
https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318419864335?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed
- Seiler, A. J., & Moss, V. A. (2012, May). The experiences of nurse practitioners providing health care to the homeless. *J Am Acad Nurse Pract*, 24(5), 303-12. [doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x)
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2011.00672.x>
- Suárez-Baquero, D. M., & Champion, J. D. (2021, Sep). Expanding the conceptualisation of the Art of Caring . *Scand J Caring Sci*, 35(3), 860-870. [doi:10.1111/scs.12903.6](https://doi.org/10.1111/scs.12903.6)
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12903?saml_referrer

- Tomietto , M., Papastavrou, E., Efstathiou , G., & Palese, A. (2014, Jan-Mar). Misurare la percezione di caring in pazienti e infermieri: validazione italiana del Caring Behaviours Inventory (CBIta). *G Ital Med Lav Ergon*, 36(1), 38-44.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24665627/>
- Thorndike, A. L., Yetman, H. E., Thorndike, A. N., Jeffrys, M., & Rowe, M. (2022, May). Unmet health needs and barriers to health care among people experiencing homelessness. *BMC Public Health* , 22(1071). [doi:10.1186/s12889-022-13499-w](https://doi.org/10.1186/s12889-022-13499-w)
<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13499-w#citeas>
- Wagner , D. J.; Whaite , B.;. (2010, Dec). An exploration of the nature of caring relationships in the writings of Florence Nightingale . *J Holist Nurs*, 28(4), 22-234.[doi:10.1177/0898010110386609](https://doi.org/10.1177/0898010110386609)
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010110386609>
- Walker, J. N., Vanderhoef, D., Adams, S. M., & Fleisch, S. B. (2021, May). Journal of the American Psychiatric Nurses Association. *The Impact of an Educational Intervention on Nursing Staff Attitudes Toward Patients Experiencing Homelessness and Mental Illness*, 28(6), 474-479. [doi:10.1177/10783903211011669](https://doi.org/10.1177/10783903211011669)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33949244/>
- Wang, L. Y., Lin, L. P., Chen, Y. C., Wang, T. W., & Lin, J. D. (2020, Jul). Correlates of Depressive Symptoms among Middle-Aged and Older Homeless Adults Using the 9-Item Patient Health Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health*, 17(13), 4754.
[doi:10.3390%2Fijerph17134754](https://doi.org/10.3390%2Fijerph17134754)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370065/>
- Watson , J. (1997, Spring). The theory of Human Caring: retrospective and prospective . *Nurs Sci Q.*, 10(1), 49-52.
[doi:10.1177/089431849701000114](https://doi.org/10.1177/089431849701000114)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9277178/>
- Watson , J. (2011). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human Science and Human Care: A theory of nursing*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.

- Wen, C. K., Hudak, P. L., & Hwang, S. W. (2007, Jul.). Homeless people's perceptions of welcomeness and unwelcomeness in healthcare encounters. *J Gen Intern Med*, 22(7), 1011-17.
[doi:10.1007/s11606-007-0183-7](https://doi.org/10.1007/s11606-007-0183-7)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17415619/>
- Woith, W. M., Kerber, C., Astroth, K. S., & Jenkins, S. H. (2017, Jul). Lessons from the Homeless: Civil and Uncivil Interactions with Nurses, Self-Care Behaviors, and Barriers to Care. *Nurs Forum*, 52(3), 211-220.
[doi:10.1111/nuf.12191](https://doi.org/10.1111/nuf.12191)
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nuf.12191>
- Wu Qian, C., & Hauser, J. (2022, May). Perspectives of homeless service providers on their work, their clients, and the healthcare system. *PLoS One*, 17(5), e0268765. [doi:10.1371/journal.pone.0268765](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268765)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9135197/>
- Zeien, J., Hanna, J., Hartmark-Hill, J., Purcan, J., Yee, S., De Castro, A., Hartmark-Hill, J. (2021). Improving health professionals' and learners' attitudes towards homeless individuals through street-based outreach. *Health Educational Journal*, 80(8), pp. 961-973.
<https://doi.org/10.1177/00178969211037362>

SITOGRAFIA

- <https://www.istat.it/it/archivio/258936>
- [https://istat.it/files/2022/03/ST8AT TODAY POVERTA-ASSOLUTA_2021.pdf](https://istat.it/files/2022/03/ST8AT_TODAY_POVERTA-ASSOLUTA_2021.pdf)
- [https://istat.it/files/2015/12/Persone senza dimora.pdf](https://istat.it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf)
- <https://istat.it/files/2022/12/CENSIMENTO-E-DINAMICA-DEMOGRAFICA-2021-pdf>
- [https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/e40a6a00-c612-4fb7-9040-21c58e0cb122/Homelessness servizi senza fissa dimora.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e40a6a00-c612-4fb7-9040-21c58e0cb122-mmEKZPp](https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/e40a6a00-c612-4fb7-9040-21c58e0cb122/Homelessness_servizi_senza_fissa_dimora.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-e40a6a00-c612-4fb7-9040-21c58e0cb122-mmEKZPp)
- <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>
- <https://www.editorialedomani.it/politica/italia/medico-base-senza-fissa-dimora-pd-letta-j4svqt7h>
- https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er:assemblealegislativa:legge:2021;10&dl_t=text/xml&dl_a=y&dl_id=10&pr=idx,0;artic,0;articparziale,1&anc=art1
- <https://www.avvocatodistrada.it/marginalita-e-diritto-alla-salute-in-italia-chi-resta-escluso/>
- <https://www.prefettura.it/FILES/docs/1233/Protocollo%20avente%20ad%20oggetto%20piano%20integrato%20di%20sostegno%20alle%20persone%20senza%20dimora%20.pdf>
- <https://www.fiopsd.org/elenco-vie-fittizie/>
- <https://www.santegidio.org/pagelD/30140/langID/it/RICORDO-DI-MODESTA.html>
- <https://www.salutelazio.it/informazioni-per-stranieri-rilascio-stp-eni>

- <https://comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF33606pagina=4>
- <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Fondo-poverta/Pagine/default.aspx>
- <https://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>
- <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2021/08/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf>
- <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf>
- <https://homeless.org.uk/areas-of-expertise/housing-first/>
- <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Poverta-estreme/Documents/Linee-di-indirizzo-per-il-contrasto-alla-grave-emarginazione-adulta.pdf>
- <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A52013SC0042>
- https://www.homelesszero.org/wp-content/uploads/2016/06/PROTOCOLLO_Firme.pdf
- <https://altreconomia.it/una-casa-per-tornare-a-vivere-esperienze-di-housing-first-in-italia/>
- <https://www.fiopsd.org/presentazione-community-italiana-dellhousing-first/>
- https://www.aslroma1.it/uploads/files/49_04_OTTOBRE_2021.pdf
- https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg17/attachments/documento_evento_procedura_commissione/files/000/002/189/1/NMP.pdf
- [Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis - The Lancet](#)

- https://www.ilmessaggero.it/vaticano/papa_francesco_barboni_senzatetto_vaticano_natale_poverta_chiesa-4189088.html
- <http://www.caritasroma.it/attivita/nel-territorio/sanita/>
- <https://www.inmp.it/ita/Assistenza-sanitaria>
- <https://www.inmp.it/ita/Assistenza-sanitaria/Ambulatori/Odontoiatria-sociale-e-riabilitazione-gnatologica>
- <https://medicinasolidale.org/vaticano-anche-i-senzatetto-hanno-la-loro-ambulanza/>
- <https://medicinasolidale.org/orari-prestazioni/>
- <https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF38628>
- <https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF38617>
- <https://www.dottorbinario.it/>
- http://www.sossanita.it/doc/2017_05_homeless-salute.pdf
- <https://24plus.ilsole24ore.com/art/i-no-vaccino-costano-sanita-70-milioni-mese-AEuCAZm>
- [https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Bilancio di previsione/Missioni e programmi delle ACdS/LaPrecedentestrukturadelbilancio468/Libro-verde-sulla-spesa-pubblica/Sanit-.pdf](https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Bilancio_di_previsione/Missioni_e_programmi_delle_ACdS/LaPrecedentestrukturadelbilancio468/Libro-verde-sulla-spesa-pubblica/Sanit-.pdf)
- <https://www.salutelazio.it/documents/10182/23074243/Allegato+A/4ff4acb4-8e84-e07a-3dff-f33d65a17a3d>
- <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>
- <https://iris.univr.it/cris/rp/rp2956>

Allegati 1

CARING BEHAVIORS INVENTORY-24 (CBITA)

CODICE IDENTIFICATIVO NR.

REPARTO

LEGENDA

1 MAI	2 RARAMENTE	3 QUALCHE VOLTA	4 SPESSO	5 MOLTO FREQUENTE	6 SEMPRE				
				1	2	3	4	5	6
1. Recarsi dal paziente senza essere chiamati									
2. Parlare con il paziente									
3. Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi									
4. Rispondere rapidamente alla chiamata del paziente									
5. Aiutare a ridurre il dolore del paziente									
6. Mostrare interesse per il paziente									
7. Somministrare al paziente le terapie nei tempi corretti									
8. Alleviare i sintomi del paziente									
9. Sapere come somministrare iniezioni, infusioni etc.									
10. Dimostrarsi sicuri con il paziente									
11. Dimostrare conoscenza ed abilità professionale									
12. Gestire presidi e materiali con abilità									
13. Trattare i dati del paziente nel rispetto della riservatezza									
14. Ascoltare con attenzione il paziente									
15. Relazionarsi al paziente come persona									
16. Supportare il paziente									
17. Essere empatici, ovvero identificarsi col paziente (mettersi nei panni del paziente)									
18. Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento									
19. Venire incontro ai bisogni espressi ed inespressi del paziente									
20. Dare informazioni o consigliare il paziente									
21. Trascorrere il tempo con il paziente									
22. Aiutare il paziente a gestire la sua situazione di salute									
23. Dimostrarsi pazienti e non affaticati col paziente									
24. Coinvolgere il paziente nella pianificazione dell'assistenza									

CARING BEHAVIORS INVENTORY-24 (CBITA)

CODICE IDENTIFICATIVO NR.

Data dell'indagine _____	DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO ALLA PARTECIPAZIONE ALL'INDAGINE	I Ricercatori Relatore Prof.ssa Dott.ssa Susanna Sodo Studentessa Diana Farina
-----------------------------	---	---

TITOLO DELL'INDAGINE La percezione di caring di pazienti homeless e infermieri: indagine qualitativa

Lo scopo di questo studio è rilevare e comparare le percezioni di caring di pazienti homeless e infermieri, al fine di evidenziare eventuali divergenze fra le aspettative di caring dei pazienti homeless rispetto al caring erogato dagli infermieri. Modalità di indagine intervista e compilazione diretta di questionario validato.

Preso atto del tipo di studio dichiarato di essere stato informato, e di aver compreso:

- La natura, le finalità, i benefici e gli eventuali possibili inconvenienti di questa ricerca, che mi sono stati chiaramente spiegati dall'intervistatore. Mi è stato concesso il tempo sufficiente per riflettere sulle informazioni ricevute e per discuterne con altri, per porre eventuali domande;
- Che con l'assenso a rispondere alle domande di questa indagine, fornisco il consenso informato alla partecipazione allo studio;
- Che posso decidere di non prendere parte allo studio e di uscirne in qualsiasi momento. In caso di rifiuto o abbandono per mia volontà, i rapporti con la struttura (di assistenza sanitaria o di lavoro) non si modificheranno in alcun modo;
- Che, qualora la ricerca venga interrotta per decisione del responsabile, non ci saranno conseguenze di alcun tipo per me;
- Che i risultati dello studio saranno resi noti alla comunità scientifica, ma che la mia identità non sarà menzionata, e tutte le informazioni ottenute in corso di ricerca saranno trattate come strettamente confidenziali ai sensi dell'art. 13 del D. Leg.vo 196/2003 e successive modifiche.
- In base al Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE 2016/679): i dati possono essere elaborati utilizzando processi automatici (es computer) e conservati per 6 mesi, trascorsi i quali verranno distrutti.
- È stata data indicazione sulla persona da contattare dott.ssa Susanna Sodo susanna.sodo@uniroma1.it nel caso desiderassi esercitare i diritti indicati nella clausola sulla protezione dei dati
- Mi è possibile presentare un reclamo alle Autorità Competenti per la protezione dei dati
- La mia persona sarà identificata con un codice (esclusa: età, data di nascita e genere)
- Al codice si allega come informazione: il reparto ospedaliero in cui si effettua l'indagine

Pertanto, **fornisco il mio consenso alla partecipazione allo studio.**

Il Dichiarante

Studentessa

Diana Farina

Relatrice Dott.ssa

Susanna Sodo

COMITATO ETICO DELL'UNIVERSITA' "SAPIENZA" VERBALE DELLA SEDUTA DEL 14/12/2022

Membri Presenti					Pres.	Ass.
Prof.	Filetti	Sebastiano	Presidente	Clinico - Medicina Interna	✓	
Prof.	Tafari	Agostino	Vice Presidente	Clinico - Ematologia	✓	
Avv.	Amore	Alessia	Membro	Esperto di Bioetica	✓	
Dott.	Anibaldi	Paolo	Membro	Direttori Sanitari S. Andrea	✓	
Prof.	Arca	Marcello	Membro	Clinico - Medicina Interna	✓	
Dott.	Bella	Antonino	Membro	Biostatistico	✓	
Prof.ssa	Buzzetti	Raffaella	Membro	Clinico-Endocrinologia	✓	
Dott.ssa	Cortis	Elisabetta	Membro	Clinico - Pediatria		✓
Dott.ssa	D'Arca	Rosa	Membro	Esperti in materia giuridica	✓	
Dott.	Deales	Alberto	Membro	Direttori Sanitari Policlinico Umberto 1		✓
Prof.	Di Luca	Natale Mario	Membro	Medico Legale		✓
Dott.	Lavalle	Carlo	Membro	Clinico - Cardiologia	✓	
Dott.ssa	Lupo	Maria Teresa	Membro	Farmacologa e delegata farmacista dell' AOU Sant'An	✓	
Prof.ssa	Mazzuca	Federica	Membro	Clinico - Oncologia		✓
Prof.	Pizzuti	Antonio	Membro	Clinico - Esperto di Genetica	✓	
Dott.ssa	Platania	Gabriella	Membro	Farmacista SSN	✓	
Dott.ssa	Proli	Enrica Maria	Membro	Farmacista SSN	✓	
Dott.	Rosati	Elio	Membro	Rappresentante Associazionismo della Tutela Pazienti		✓
Dott.	Sabatini	Massimo	Membro	Medico di Medicina Generale	✓	
Prof.	Sette	Giuliano	Membro	Clinico - Neurologia	✓	
Dott.ssa	Tassielli	Domenica	Membro	Farmacista - Esperto in dispositivi	✓	
Dott.ssa	Tibaldi	Laura	Membro	Rappresentante Professioni Sanitarie	✓	
Prof.	Venuta	Federico	Membro	Clinico - Chirurgia	✓	
Prof.	Cantisani	Vito	Membro a chiamata	Radiologo / Esperto in Tecniche diagnostiche e terape	✓	
Prof.	Laviano	Alessandro	Membro a chiamata	Clinico - Esperto in Nutrizione	✓	
Ing.	Marchettini	Raffaella	Membro a chiamata	Ingegnere Clinico		✓

*** omissis ***

Si passa alle Prese d'Atto

Prot. 1023/2022

Richiesta di autorizzazione allo svolgimento di ricerca per Tesi in Laurea Magistrale in Sc. Inf. & Ostetriche

Titolo Tesi: La percezione di caring di pazienti homeless e infermieri: indagine qualitativa

Candidato: Diana FARINA

Relatore: Dott./Prof. Susanna Sodo

Documentazione presentata Lettera di richiesta; Dichiarazione di Consenso Informato alla partecipazione all'indagine; questionario e scheda di rilevazione dati validati, da somministrare presso Degenze dell'Area Medica e dell'Area dell'Emergenza dell' AOU Policlinico Umberto I.

Si prende atto

*** omissis ***

Si dichiara che il Comitato Etico è organizzato ed opera nel rispetto della buona pratica clinica (GCP-ICH) e degli adempimenti previsti dall'allegato al D.M. 15/07/97, successivo D.M. 18/03/98, successivo D.Lgs. 24/06/2003, successivo D.M. 12/05/2006, successivo D.M. 21/12/2007, D.M. 08/02/2013.

Roma 29.12.2022

Il Presidente del Comitato Etico
"SAPIENZA"
Prof. Sebastiano Filetti

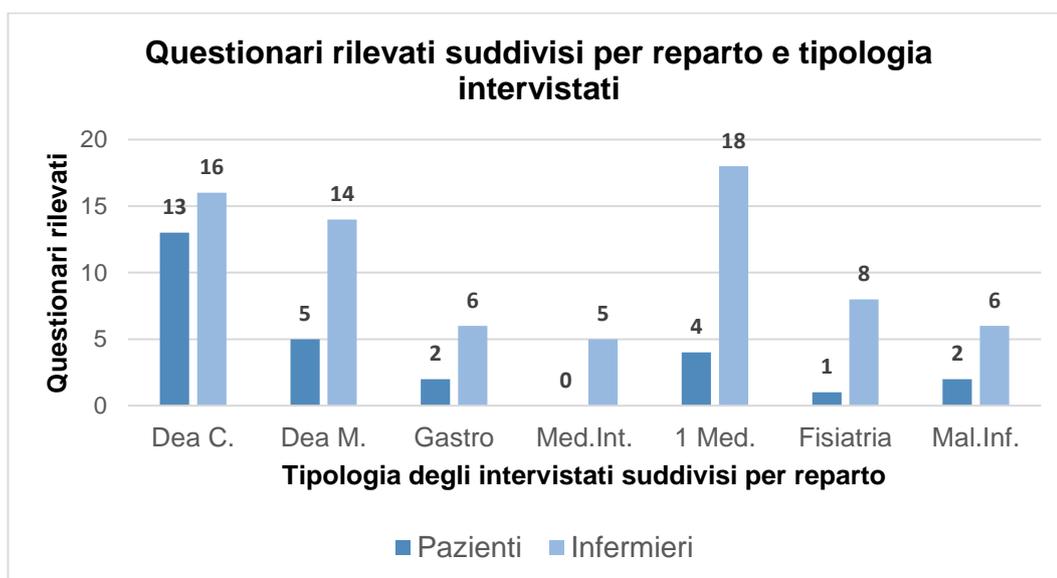


Allegati 2

Questionari compilati suddivisi per tipologia di intervistati e area di degenza

Intervistati	Area Emergenza nr (%)	Area Medica nr (%)
Pazienti	18 (66,7%)	9 (33,3%)
Infermieri	30 (41%)	43 (58,9%)

	DEA Med.	DEA Cent.	Gastro	Med. Interna	1 Clinica Med.	Fisiatria	Mal. Infettive
Pazienti	13	5	2	0	4	1	2
Infermieri	16	14	6	5	18	8	6

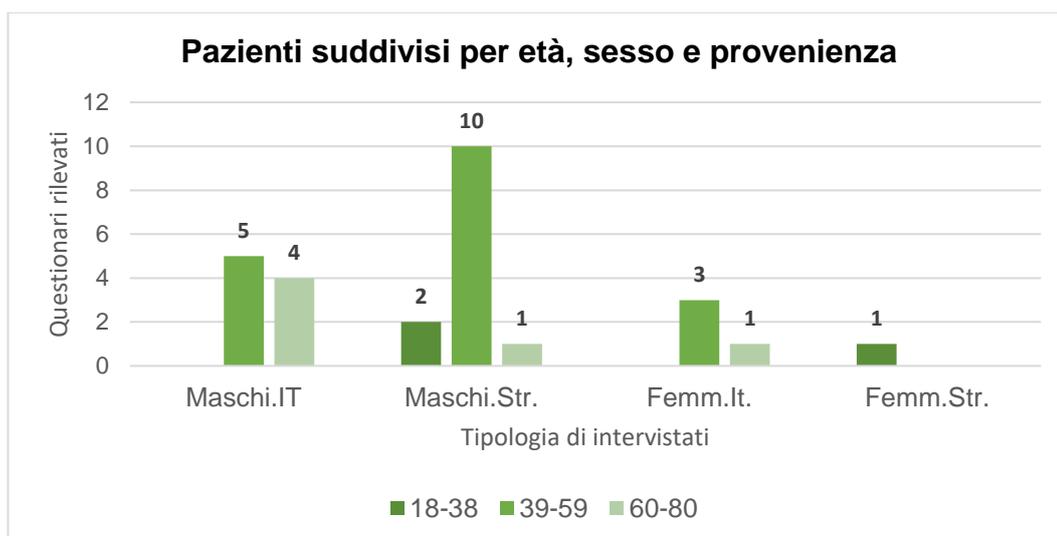


Analisi del campione pazienti per età, sesso, provenienza

Numero questionari compilati e percentuali

Sesso pazienti	Italiani nr (%)	Stranieri nr (%)
M	9 (45%)	13 (54,5%)
F	4 (80%)	1 (20%)

Età pazienti	Maschi it. nr (%)	Maschi str. nr (%)	Femm. It nr (%)	Femm. Str. nr (%)
18-38		2 (25%)		1 (20%)
39-59	5 (70%)	10 (66,5%)	3 (60%)	
60-80	4 (30%)	1 (8,5%)	1 (20%)	



Risposte su scala Likert del campione per domanda suddivisi per area di degenza

1. Recarsi dal paziente senza essere chiamati				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	12	1	1	0
2	2	6	0	1
3	3	13	2	6
4	1	7	1	14
5	0	0	0	21
6	0	3	5	1
	18	30	9	43

2. Parlare col paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	9	0	0	0
2	5	1	0	2
3	2	18	4	1
4	1	4	2	32
5	1	2	0	2
6	0	5	3	6
	18	30	9	43

3. Incoraggiare il paziente a chiamare se dovessero esserci problemi				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	8	0	0	0
2	5	4	1	0
3	1	2	0	3
4	3	14	0	2
5	0	1	1	12
6	1	9	7	26
	18	30	9	43

4. Rispondere rapidamente alla chiamata del paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	11	0	1	0
2	3	3	3	0
3	2	14	1	1
4	2	4	0	22
5	0	1	1	16
6	0	8	3	4
	18	30	9	43

5. Aiutare a ridurre il dolore del paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	2	0	0	0
2	0	0	1	0
3	4	3	0	1
4	4	2	1	2
5	4	14	1	19
6	4	11	6	21
	18	30	9	43

6. Mostrare interesse per il paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	7	0	1	0
2	6	1	2	0
3	4	2	2	1
4	0	6	1	18
5	0	15	0	4
6	1	6	3	20
	18	30	9	43

7. Somministrare al paziente le terapie nei tempi corretti				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	0	0	0	0
2	2	0	0	0
3	9	2	0	0
4	3	13	2	2
5	1	2	1	2
6	3	13	6	39
	18	30	9	43

8. Alleviare i sintomi del paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	1	0	0	0
2	1	1	0	0
3	2	3	0	0
4	5	3	0	3
5	4	14	0	4
6	5	9	9	36
	18	30	9	43

9. Sapere come somministrare iniezioni, infusioni etc				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	2	0	0	0
2	2	0	1	0
3	6	0	0	0
4	4	3	0	1
5	1	1	0	3
6	3	26	8	39
	18	30	9	43

10. Dimostrarsi sicuri col paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	1	0	0	0
2	3	0	0	0
3	3	9	0	0
4	6	1	0	0
5	1	6	0	17
6	4	14	9	26
	18	30	9	43

11. Dimostrare conoscenza e abilità professionale				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	0	0	0	0
2	3	0	1	0
3	5	0	0	0
4	4	11	0	0
5	2	5	0	2
6	4	14	8	41
	18	30	9	43

12. Gestire presidi e materiali con abilità				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	2	0	0	0
2	4	0	0	0
3	4	0	0	0
4	4	11	0	0
5	1	5	0	3
6	3	14	9	40
	18	30	9	43

13. Trattare i dati del paziente nel rispetto della riservatezza				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	0	0	0	0
2	2	0	1	0
3	1	2	1	0
4	4	2	0	0
5	3	10	0	4
6	8	16	7	39
	18	30	9	43

14. Ascoltare con attenzione il paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	8	0	0	0
2	5	0	0	0
3	5	3	3	1
4	0	16	0	2
5	0	6	0	16
6	0	5	6	24
	18	30	9	43

15. Relazionarsi al paziente come persona				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	5	0	0	0
2	7	0	2	0
3	4	2	1	1
4	0	16	0	17
5	0	2	0	3
6	2	10	6	22
	18	30	9	43

16. Supportare il paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	11	0	1	0
2	1	0	1	0
3	5	5	0	0
4	0	13	2	30
5	0	1	0	4
6	1	11	5	9
	18	30	9	43

17. Essere empatici, ovvero identificarsi col paziente (mettersi nei panni del paziente)				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	13	0	2	0
2	1	1	1	0
3	3	13	1	1
4	0	3	1	28
5	0	5	1	5
6	1	8	3	9
	18	30	9	43

18. Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni in merito alla malattia e al trattamento				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	10	0	3	0
2	3	1	1	0
3	2	12	2	1
4	2	3	0	30
5	0	8	0	7
6	1	6	3	5
	18	30	9	43

19. Venire incontro ai bisogni espressi ed inespressi del paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	9	0	3	0
2	5	2	0	0
3	2	12	2	1
4	1	4	0	30
5	0	6	2	7
6	1	6	2	5
	18	30	9	43

20. Dare informazioni o consigliare il paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	9	0	2	0
2	2	1	1	0
3	4	4	0	2
4	2	13	2	13
5	0	7	0	21
6	1	5	4	7
	18	30	9	43

21. Trascorrere il tempo con il paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	12	12	3	1
2	5	4	3	11
3	0	4	2	19
4	0	5	1	7
5	0	1	0	2
6	1	4	0	3
	18	30	9	43

22. Aiutare il paziente a gestire la sua situazione di salute				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	8	0	2	0
2	3	3	0	0
3	5	12	0	1
4	0	4	1	31
5	0	6	1	6
6	2	5	5	5
	18	30	9	43

23. Dimostrarsi pazienti e non affaticati col paziente				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	9	0	1	0
2	3	10	1	0
3	4	5	1	16
4	1	5	0	5
5	0	5	0	17
6	1	5	6	5
	18	30	9	43

24. Coinvolgere il paziente nella pianificazione dell'assistenza				
Scala Likert	Area Emergenza		Area Medica	
	Pazienti nr	Infermieri nr	Pazienti nr	Infermieri nr
1	13	9	2	0
2	2	4	0	1
3	1	3	1	3
4	1	6	1	20
5	0	2	1	14
6	1	6	4	5
	18	30	9	43

Medie ponderate, frequenza, deviazione standard

Infermieri (nr 73)

CBIta-24 Gruppi Domande	Risposte su Scala Likert						Media Ponderata Risposte	Deviazione Standard
	1	2	3	4	5	6		
1	1	7	19	21	21	4	3,9	
2	0	3	19	36	4	11	4,0	
3	0	4	5	16	13	35	5,0	
4	0	3	15	26	17	12	4,3	
5	0	0	4	4	33	32	5,3	
6	0	1	3	24	19	26	4,9	
7	0	0	2	15	4	52	5,5	
8	0	1	3	6	18	47	5,4	
Frequenza %	0,2	3,3	12,0	25,3	22,1	37,5		
Media ponderata risposte gruppo I (domande 1-8)							4,8	0,6
9	0	0	0	4	4	65	5,8	
10	0	0	9	1	23	40	5,3	
11	0	0	0	11	7	55	5,6	
12	0	0	0	11	8	54	5,6	
13	0	0	2	2	14	55	5,7	
Frequenza %	0,0	0,0	3,0	7,9	15,3	73,7		
Media ponderata risposte gruppo II (domande 9-13)							5,6	0,2
14	0	0	4	18	22	29	5,0	
15	0	0	3	33	5	32	4,9	
16	0	0	5	43	5	20	4,5	
17	0	1	14	31	10	17	4,4	
18	0	1	13	33	15	11	4,3	
19	0	2	13	34	11	13	4,3	
Frequenza %	0,0	0,9	11,9	43,8	15,5	27,9		
Media ponderata risposte gruppo III (domande 14-19)							4,6	0,3
20	0	1	6	26	28	12	4,6	
21	13	15	23	12	3	7	3,0	
22	0	3	13	35	12	10	4,2	
23	0	10	21	10	22	10	4,0	
24	9	5	6	26	16	11	3,9	
Frequenza %	6,0	9,3	18,9	29,9	22,2	13,7		
Media ponderata risposte gruppo IV (domande 20-24)							3,9	0,6

Infermieri dell'Area Medica (nr 43)

CBIta-24 Gruppi Domande	Risposte su scala likert						Media Ponderata Risposte
	1	2	3	4	5	6	
1	0	1	6	14	21	1	4,3
2	0	2	1	32	2	6	4,2
3	0	0	3	2	12	26	5,4
4	0	0	1	22	16	4	4,5
5	0	0	1	2	19	21	5,4
6	0	0	1	18	4	20	5,0
7	0	0	0	2	2	39	5,9
8	0	0	0	3	4	36	5,8
Media ponderata risposte gruppo I (domande 1-8)							5,1
9	0	0	0	1	3	39	5,9
10	0	0	0	0	17	26	5,6
11	0	0	0	0	2	41	6,0
12	0	0	0	0	3	40	5,9
13	0	0	0	0	4	39	5,9
Media ponderata risposte gruppo II (domande 9-13)							5,9
14	0	0	1	2	16	24	5,5
15	0	0	1	17	3	22	5,1
16	0	0	0	30	4	9	4,5
17	0	0	1	28	5	9	4,5
18	0	0	1	30	7	5	4,4
19	0	0	1	30	5	7	4,4
Media ponderata risposte gruppo III (domande 14-19)							4,7
20	0	0	2	13	21	7	4,8
21	1	11	19	7	2	3	3,2
22	0	0	1	31	6	5	4,3
23	0	0	16	5	17	5	4,3
24	0	1	3	20	14	5	4,4
Media ponderata risposte gruppo IV (domande 20-24)							4,2

Infermieri dell'Area di Emergenza (nr 30)

CBIta-24 Gruppi Domande	Risposte Scala Likert						Media Ponderata Risposte
	1	2	3	4	5	6	
1	1	6	13	7	0	3	3,3
2	0	1	18	4	2	5	3,7
3	0	4	2	14	1	9	4,3
4	0	3	14	4	1	8	3,9
5	0	0	3	2	14	11	5,1
6	0	1	2	6	15	6	4,8
7	0	0	2	13	2	13	4,9
8	0	1	3	3	14	9	4,9
Media ponderata risposte gruppo I (domande 1-8)							4,4
9	0	0	0	3	1	26	5,8
10	0	0	9	1	6	14	4,8
11	0	0	0	11	5	14	5,1
12	0	0	0	11	5	14	5,1
13	0	0	2	2	10	16	5,3
Media ponderata risposte gruppo II (domande 9-13)							5,2
14	0	0	3	16	6	5	4,4
15	0	0	2	16	2	10	4,7
16	0	0	5	13	1	11	4,6
17	0	1	13	3	5	8	4,2
18	0	1	12	3	8	6	4,2
19	0	2	12	4	6	6	4,1
Media ponderata risposte gruppo III (domande 14-19)							4,4
20	0	1	4	13	7	5	4,4
21	12	4	4	5	1	4	2,7
22	0	3	12	4	6	5	3,9
23	0	10	5	5	5	5	3,7
24	9	4	3	6	2	6	3,2
Media ponderata risposte gruppo IV (domande 20-24)							3,6

Pazienti homeless (nr 27)

CBIta-24 Gruppi Domande	Risposte Scala Likert						Media Ponderata Risposte	Deviazione Standard
	1	2	3	4	5	6		
1	13	2	5	2	0	5	2,6	
2	9	5	6	3	1	3	2,7	
3	8	6	1	3	1	8	3,3	
4	12	6	3	2	1	3	2,4	
5	2	1	4	5	5	10	4,5	
6	8	8	6	1	0	4	2,6	
7	0	2	9	5	2	9	4,3	
8	1	1	2	5	4	14	4,9	
Frequenza %	24,5	14,4	16,7	12,0	6,5	25,9		
Media ponderata risposte gruppo I (1-8)							3,4	1,0
9	2	3	6	4	1	11	4,2	
10	1	3	3	6	1	13	4,6	
11	0	4	5	4	2	12	4,5	
12	2	4	4	4	1	12	4,3	
13	0	3	2	4	3	15	4,9	
Frequenza %	3,7	12,6	14,8	16,3	5,9	46,7		
Media ponderata risposte gruppo II (9-13)							4,5	0,3
14	8	5	8	0	0	6	2,9	
15	5	9	5	0	0	8	3,2	
16	12	2	5	2	0	6	2,8	
17	15	2	4	1	1	4	2,4	
18	13	4	4	2	0	4	2,4	
19	12	5	4	1	2	3	2,4	
Frequenza %	40,1	16,7	18,5	3,7	1,9	19,1		
Media ponderata risposte gruppo III (14-19)							2,7	0,3
20	11	3	4	4	0	5	2,8	
21	15	8	2	1	0	1	1,7	
22	10	3	5	1	1	7	3,0	
23	10	4	5	1	0	7	2,9	
24	15	2	2	2	1	5	2,5	
Frequenza %	45,2	14,8	13,3	6,7	1,5	18,5		
Media ponderata risposte gruppo IV (20-24)							2,6	0,5

Pazienti homeless ricoverati in Area Medica (nr 9)

	Risposte Scala Likert						
CBIta-24 Gruppi Domande	1	2	3	4	5	6	Media Ponderata Risposte
1	1	0	2	1	0	5	4,6
2	0	0	4	2	0	3	4,2
3	0	1	0	0	1	7	5,4
4	1	3	1	0	1	3	3,7
5	0	1	0	1	1	6	5,2
6	1	2	2	1	0	3	3,7
7	0	0	0	2	1	6	5,4
8	0	0	0	0	0	9	6,0
Media ponderata risposte gruppo I (domande 1-8)							4,8
9	0	1	0	0	0	8	5,6
10	0	0	0	0	0	9	6,0
11	0	1	0	0	0	8	5,6
12	0	0	0	0	0	9	6,0
13	0	1	1	0	0	7	5,2
Media ponderata risposte gruppo II (domande 9-13)							5,7
14	0	0	3	0	0	6	5,0
15	0	2	1	0	0	6	4,8
16	1	1	0	2	0	5	4,6
17	2	1	1	1	1	3	3,8
18	3	1	2	0	0	3	3,2
19	3	0	2	0	2	2	3,4
Media ponderata risposte gruppo III (domande 14-19)							4,1
20	2	1	0	2	0	4	4,0
21	3	3	2	1	0	0	2,1
22	2	0	0	1	1	5	4,6
23	1	1	1	0	0	6	4,7
24	2	0	1	1	1	4	4,2
Media ponderata risposte gruppo IV (domande 20-24)							3,9

Pazienti homeless ricoverati in Area Emergenza (nr 18)

CBIta-24 Gruppi Domande	Risposte Scala Likert						Media Ponderata Risposte
	1	2	3	4	5	6	
1	12	2	3	1	0	0	1,6
2	9	5	2	1	1	0	1,9
3	8	5	1	3	0	1	2,2
4	11	3	2	2	0	0	1,7
5	2	0	4	4	4	4	4,1
6	7	6	4	0	0	1	2,1
7	0	2	9	3	1	3	3,7
8	1	1	2	5	4	5	4,4
Media ponderata risposte gruppo I (domande 1-8)							2,7
9	2	2	6	4	1	3	3,5
10	1	3	3	6	1	4	3,8
11	0	3	5	4	2	4	3,9
12	2	4	4	4	1	3	3,4
13	0	2	1	4	3	8	4,8
Media ponderata risposte gruppo II (domande 9-13)							3,9
14	8	5	5	0	0	0	2,1
15	5	7	4	0	0	2	2,4
16	11	1	5	0	0	1	1,9
17	13	1	3	0	0	1	1,7
18	10	3	2	2	0	1	2,0
19	9	5	2	1	0	1	2,1
Media ponderata risposte gruppo III (domande 14-19)							2,0
20	9	2	5	1	0	1	2,1
21	12	5	0	0	0	1	1,6
22	8	3	5	0	0	2	2,3
23	9	3	4	1	0	1	2,1
24	13	2	1	1	0	1	1,7
Media ponderata risposte gruppo IV (domande 20-24)							1,9