

Le competenze di coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza infermieristica: uno studio trasversale con validazione in italiano dello strumento "Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes"

Jessica Longhini¹, Federica Canzan¹, Maria Sposato², Anna Brugnolli², Elisabetta Mezzalana¹,
Elisa Ambrosi¹

¹Dipartimento di Diagnostica e Sanità Pubblica, Università di Verona, Italia

²Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Trento, Italia

Corrispondenza: jessica.longhini@univr.it

RIASSUNTO

Introduzione: Il coinvolgimento della famiglia nei processi di cura può migliorare gli esiti sui pazienti e sulla famiglia. Tuttavia, rimane ancora limitato e non vi sono strumenti validati in italiano per misurare le attitudini e i comportamenti degli infermieri nella relazione con le famiglie.

Obiettivi: L'obiettivo era di validare la versione italiana del questionario "Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes" e di esaminare le attitudini e i comportamenti degli infermieri nel coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza, oltre ad analizzare le differenze nei livelli di attitudini e comportamenti a seconda di variabili demografiche, lavorative e il supporto percepito dagli infermieri da parte dei familiari.

Materiali e metodi: Lo studio è stato condotto in due fasi. Nella prima fase è stato svolto l'adattamento culturale del questionario e la validazione di costrutto. Nella seconda fase, è stata svolta l'analisi dei livelli di attitudine e comportamento in un campione di 260 infermieri, attraverso questionari validati.

Risultati: L'analisi ha confermato la validità dello strumento utilizzato in italiano e ha mostrato che gli infermieri hanno generalmente attitudini positive e un buon livello di comportamenti nel coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza. Sono emerse correlazioni tra le attitudini e i comportamenti degli infermieri e variabili come il burnout e il supporto percepito dagli infermieri da parte dei familiari. Inoltre, sono state evidenziate associazioni con variabili lavorative, come la presenza di procedure specifiche sul coinvolgimento familiare e il profilo orario di lavoro.

Discussione e conclusioni: Questo studio ha evidenziato la necessità di azioni per migliorare le attitudini e i comportamenti degli infermieri nel coinvolgimento della famiglia, attraverso iniziative formative, organizzative e di supporto al benessere lavorativo quale mediatore di un efficace coinvolgimento della famiglia.

Parole chiave: Famiglia, infermieri, cure infermieristiche, caregiver.

Attitudes and skills of nurses in involving families in nursing care: a cross-sectional and validation study of the instrument “Families’ Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes”

ABSTRACT

Introduction: Involving families in the healthcare process can improve outcomes for both patients and families. However, it remains limited, and there are no validated tools in Italian to measure nurses' competencies in family involvement.

Objectives: The objective is to validate the Italian version of the "Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes" questionnaire and to examine nurses' competency in involving families in care, as well as to identify differences in these competencies according to demographic, occupational variables, and the support perceived by patients.

Materials and methods: The study was conducted in two phases. In the first phase, the cultural adaptation of the questionnaire and construct validation were performed. In the second phase, the analysis of competency levels was conducted on a sample of 260 nurses, using validated questionnaires.

Results: The analysis confirmed the validity of the instrument in Italian and showed that nurses overall have positive attitudes and a good level of competency in involving families in care. Correlations emerged between nurses' competencies and variables such as burnout and perceived support from family members. Additionally, associations with work-related variables, such as the presence of specific procedures for family involvement and work schedules, were highlighted.

Discussion and conclusions: This study highlighted the need for actions to improve nurses' competencies in family engagement through training, organizational initiatives, and support for occupational well-being as a mediator for effective family engagement.

Key words Families, nurses, nursing care, informal caregivers.

INTRODUZIONE

Dato l'aumento del numero di anziani con patologie croniche e disabilità, il ruolo della famiglia è sempre più cruciale nell'assistenza e nel supporto alla persona, svolgendo un ruolo attivo di *advocacy* e intermediazione con i servizi sanitari (Barreto et al., 2022, Rodakowski et al., 2017). La famiglia può offrire un contributo ineguagliabile sulle preferenze, abitudini e problematiche della persona e se coinvolta nei processi di cura contribuisce alla realizzazione di un'assistenza personalizzata ed efficiente, agendo come intercettatori di declino clinico e dolore e contribuendo a migliorare gli esiti di salute: solitudine, ansia, livello di agitazione e orientamento dei pazienti, delirium, mortalità, durata della degenza, tassi di riammissione, aderenza terapeutica, e la qualità di vita sia per i pazienti che per le famiglie (Brown et al., 2022, Danielis et al., 2022, Rodakowski et al., 2017, Zeh et al., 2020).

Nonostante i benefici dimostrati del coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza, è noto come la malattia ha un impatto importante sulla salute di tutti i familiari, sia su coloro che ricoprono il ruolo di caregiver, sia su coloro che non assistono il familiare ma che risentono del cambiamento degli equilibri funzionali della famiglia (Shajani and Snell, 2023). Pertanto, le strategie di coping e il funzionamento familiare hanno un ruolo fondamentale nel modo in cui i

pazienti vivono e affrontano le loro condizioni cliniche. Questo richiede un'assistenza centrata sui familiari, che vede la famiglia come unità di cura invece che soltanto come erogatore di assistenza (Shajani and Snell, 2023).

La figura sanitaria che maggiormente interagisce con le famiglie è l'infermiere, il quale riveste un ruolo centrale nel promuovere il coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza (Cranley et al., 2022). Le competenze richieste agli infermieri sono pertanto riferite alla capacità di accertamento della struttura della famiglia, della sua funzionalità, dei ruoli, dei legami, dell'evoluzione familiare e di aiutare la famiglia nel trovare soluzioni e strategie di adattamento per supportare e assistere il loro familiare (Shajani and Snell, 2023).

Quest'approccio assistenziale sul sostegno e sul coinvolgimento delle famiglie nell'assistenza risulta però ancora poco diffuso. Sia le famiglie che gli infermieri riferiscono una mancanza di impegno relazionale, una comunicazione poco frequente e un'insufficiente inclusione delle famiglie nei processi assistenziali (Mackie et al., 2021, Neller et al., 2024). Nonostante gli infermieri si trovino in una posizione privilegiata, i loro atteggiamenti e comportamenti possono infatti facilitare o ostacolare questo coinvolgimento (Benzein et al., 2008, Saveman et al., 2011). I fattori associati alle attitudini positive verso il coinvolgimento della famiglia sono risultati essere l'anzianità e maggiore esperienza lavorativa, e avere titoli di studio

come master e dottorato (Barreto et al., 2022). Anche l'ambiente risulta determinante in quanto lavorare in contesti ambulatoriali e di cure primarie e unità ospedaliere con un approccio aperto alle famiglie porta a maggiori attitudini positive verso il loro coinvolgimento (Barreto et al., 2022). Tuttavia, non sono stati condotti studi rispetto le variabili psico-emotive quali ad esempio il burnout.

Pertanto, è necessario disporre di strumenti affidabili che consentano di valutare le attitudini e i comportamenti degli infermieri nel coinvolgimento delle famiglie come anche i fattori influenzanti per consentire di identificare bisogni formativi e proporre interventi adeguati ad avanzare le competenze.

Dalla letteratura emerge tra gli strumenti più affidabili il "Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes (FINC-NA)" (Alfaro Díaz et al., 2019, Saveman et al., 2011). Questo strumento ha ottenuto buone evidenze di validità strutturale, consistenza interna, e affidabilità, rispetto ad altri questionari presenti in letteratura (Alfaro Díaz et al., 2019, Saveman et al., 2011). Lo strumento è stato infatti adattato e testato in diverse lingue e ampiamente utilizzato in diversi paesi, come Svezia, Paesi Bassi, Belgio, Portogallo, Spagna e Islanda, ma anche a Taiwan, Hong Kong, Brasile, Canada e Australia (Alfaro Díaz et al., 2019, Saveman et al., 2011).

Nel contesto italiano, ad oggi, non ci sono studi a noi noti che abbiano validato questo strumento negli infermieri di diversi contesti clinici e le conoscenze riguardo le attitudini e i comportamenti nel coinvolgimento della famiglia nell'assistenza sono scarse.

OBIETTIVI

Gli obiettivi di questo studio sono:

- 1) Validare la versione italiana del questionario "Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes" (Saveman et al., 2011).
- 2) Descrivere, in modo preliminare, i livelli di attitudini e i comportamenti degli infermieri nel coinvolgere le famiglie nell'assistenza.
- 3)) Descrivere la differenza dei livelli di coinvolgimento della famiglia misurati con lo strumento FINC-NA in base a variabili demografiche, lavorative e il supporto percepito dai pazienti.

MATERIALI E METODI

Il presente studio è stato condotto in fasi sequenziali di seguito descritte.

1. Adattamento culturale del questionario

In una prima fase, è stata ottenuta

l'autorizzazione dall'autore della scala originale in lingua inglese ed è stata tradotta in lingua italiana secondo la procedura *forward* e *backward* (Beaton et al., 2000) e valutata per la validità di contenuto e faccia. Nello specifico sono stati condotte cinque fasi:

- a. **Traduzione in lingua italiana** da parte di due ricercatori in cieco. I ricercatori erano italiani e con competenze linguistiche in inglese a livello C1 ed esperienza lavorativa di due anni in paesi anglofoni.
- b. **Sintesi delle due traduzioni indipendenti** e produzione di una versione unica.
- c. **Ritraduzione in lingua originale** valutata da due madrelingua inglesi bilingue che non sono stati coinvolti nella fase di traduzione in italiano del questionario.
- d. **Valutazione della traduzione italiana da parte di un gruppo di esperti**: sono stati identificati sei esperti nel campo infermieristico e due esperti di sociologia della famiglia con competenze nella traduzione e validazione di questionari per la valutazione della validità di contenuto rispetto al contesto culturale e professionale italiano. Gli esperti hanno compilato per ogni item tre scale Likert per valutare rispettivamente la chiarezza (1, non chiaro; 2, poco chiaro, necessita di riformulazione; 3, chiaro), l'essenzialità (1, non necessario; 2, utile ma non necessario; 3, necessario), e la rilevanza (1, assolutamente non rilevante; 2, poco rilevante; 3, abbastanza rilevante; 4, molto rilevante). Per ciascun item oltre alle scale Likert, hanno potuto fornire suggerimenti liberi. Per le scale Likert riferite a chiarezza, essenzialità, e rilevanza sono stati calcolati indici statistici per confermare la validità di contenuto (Tabella 1). I risultati e commenti ottenuti sono stati valutati da tutti gli interpreti coinvolti nelle fasi di *forward* and *back translation*.
- e. **Somministrazione pilota**. La versione finale del questionario è stata somministrata con diversi focus group ad un campione propositivo 30 infermieri provenienti da diversi contesti e con esperienza lavorativa medie da 3 a 19 anni. Gli infermieri hanno risposto per ogni item ad una scala Likert per la valutazione della chiarezza (1, non chiaro; 2, poco chiaro, necessita di riformulazione; 3, chiaro) e "Si" o "No" alle domande: Ci sono item che devono essere rimossi? Ci sono item che necessitano di essere riformulati? C'è qualche item che secondo Lei è mancante? La scala proposta è comprensibile? Il questionario è troppo lungo? È stato fornito anche un testo libero dove

inserire suggerimenti e riformulazioni necessarie per ogni item. Al fine di confermare la versione finale somministrata, è stato calcolato il *Kappa*

index (K-index) per determinare il livello di accordo tra i partecipanti per ciascun item.

Tabella 1 – Indici statistici per confermare la validità di contenuto.

Critério	Indice	Criteri soglia utilizzati
Essenzialità	<i>Content Validity Ratio</i> (Lawshe, 1975, Polit and Beck, 2006, Polit et al., 2007)	> 0.75 per otto valutatori secondo Lawshe
Rilevanza e chiarezza	<i>Item-Content Validity Index</i> (I-CVI) (Polit and Beck, 2006, Polit et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • < 0.70: eliminazione dell'item • 0.70 < I-CVI < 0.79: revisione dell'item • > 0.80: conservazione senza modifiche dell'item
	<i>Scale-level- Content Validity Index</i> (S-CVI) (Polit and Beck, 2006, Polit et al., 2007)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Universal Agreement</i> (UA) among experts (S-CVI/UA) > 0.80 • <i>Average CVI</i> (S-CVI/Ave) > 0.90
	<i>(Fleiss) Kappa index</i> :	> 0.75 consenso tra gli esperti

2. Validazione di costruito e analisi dei livelli di competenza

Popolazione

Nella seconda fase è stato coinvolto un campione di convenienza 260 infermieri, considerando 10 partecipanti per ogni item. Gli infermieri sono stati coinvolti se erogavano assistenza diretta in qualsiasi contesto clinico e sono stati invitati a partecipare via e-mail dai referenti della formazione post-base dell'Università di Verona.

Strumenti e variabili

È stata somministrata la versione finale del questionario FINC-NA in italiano e ulteriori questionari volti ad indagare possibili variabili associate con le attitudini e i comportamenti di coinvolgimento della famiglia. Nello specifico, sono state raccolte:

- a. Variabili demografiche e lavorative: età, genere, esperienza come caregiver, setting lavorativo, durata esperienza lavorativa nell'intera carriera professionale, titolo di studio, formazione specifica sul coinvolgimento della famiglia, presenza di procedure per la famiglia, accesso ai familiari al contesto clinico, profilo orario (diurnista, turnista), intenzione di turnover, burnout (Sirigatti and Stefanile, 1992).
- b. Supporto percepito dai familiari indagato con un questionario validato (Converso et al., 2015), costituito da 5 item, corrispondenti a "I familiari trovano adeguato il mio modo di lavorare", "I familiari facilitano la comunicazione relativa al servizio di cura con le loro conoscenze precedenti", "I familiari si fidano delle mie competenze", "I familiari riconoscono esplicitamente l'impegno che metto nel lavoro", "I familiari ed io siamo sulla stessa

lunghezza d'onda" su cui rispondere su una scala Likert da 1= Per niente d' accordo, a 5= Completamente d'accordo.

- c. Risposte alla versione Italiana della "Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes" (Saveman et al., 2011): il questionario originale è composto da 26 item, ciascuno dei quali è valutato su una scala Likert a 5 punti che va da totalmente in disaccordo (1) a totalmente d'accordo (5), dando così punteggi totali da 26 a 130. Punteggi più alti indicano atteggiamenti più favorevoli all'importanza della famiglia. Il questionario è costituito da quattro fattori, precedentemente sviluppati e validati con un'analisi dei componenti principali (Saveman et al., 2011): famiglia come risorsa nell'assistenza infermieristica (10 item), famiglia come interlocutore (8 item), la famiglia come carico aggiuntivo (4 item), la famiglia come risorsa propria (4 item).

Raccolta dei dati e analisi statistiche

I questionari sono stati somministrati in modo anonimo attraverso la piattaforma online EUSurvey, messa a disposizione dalla Commissione Europea.

Per le analisi, è stata dapprima valutata la validità di costruito e l'affidabilità del questionario, e successivamente la conferma della validità e affidabilità, i punteggi ottenuti sono stati utilizzati per descrivere il livello di competenza degli infermieri e l'associazione con le altre variabili indagate.

Nello specifico, per la validazione di costruito è stata condotta una analisi fattoriale confermativa (Brown, 2015), considerato che lo sviluppo teorico e strutturale è stato precedentemente condotto dagli autori della scala originale (Saveman et al., 2011).

L'obiettivo era dunque di testare se il modello fattoriale validato in letteratura fosse adatto al contesto italiano. Il modello fattoriale di riferimento è costituito da quattro fattori e 26 item (Saveman et al., 2011).

La bontà del modello è stata valutata attraverso i seguenti indici statistici (Bentler and Bonett, 1980, Brown, 2015, Browne and Cudeck, 1992): Chi-square (χ^2), modello adatto quando χ^2 non statisticamente significativo ; *Root means square error of approximation* - RMSEA, modello adatto per valori $<.05$, mediocre se $<.08$; *Comparative Fit Index* - CFI, modello adatto per valori $>.90$, *Tucker-Lewis Index* - TLI, modello adatto per valori $>.90$; *Standardized Root Mean Square Residual* - SRMR, modello adatto per valori $<.08$. Per l'analisi di affidabilità del questionario, è stato calcolato l'alpha di Cronbach per valutare la consistenza interna di ciascun fattore e del questionario, considerando come accettabili valori maggiori di 0.70. Secondo gli indici di modifica, la covarianza residua tra gli elementi degli stessi fattori è stata aggiunta per migliorare l'adattamento del modello originale. Per la valutazione del livello di competenza e dell'effetto di possibili variabili associate sono state utilizzate analisi descrittive e inferenziali, utilizzando test parametrici e non parametrici in accordo con la distribuzione delle variabili valutata attraverso il grafico quantil-quantil plot, indici di asimmetria e curtosi, e i test di Shapiro-Wilk. Per valutare l'associazione tra il punteggio della scala FINC-NA e le variabili sociodemografiche e lavorative, sono state svolti il test di Mann-Whitney e Kruskal-Wallis e analisi di correlazione attraverso il calcolo della Rho di Spearman. La forza della correlazione è stata valutata secondo i seguenti valori: (<0.3) debole, tra (0.3) e (0.70) moderata, (>0.70) forte. È stato fissato il valore di p-value $<.05$ per la significatività statistica. Le analisi sono state condotte con il software R versione 4.1.2 (R Core Team, 2021) e M-PLUS versione 7 (Muthén & Muthén, 2012).

Aspetti etici

I dati sono stati raccolti in modo anonimo e sono stati trattati e analizzati dai ricercatori del team nel rispetto della riservatezza e anonimato dei dati in accordo con la normativa GDPR 2021. Per partecipare all'indagine di ricerca svolta è stato richiesto il consenso del trattamento dei dati, garantendo l'anonimato e l'utilizzo di essi ai fini della ricerca. Lo studio è stato approvato dal Comitato di Approvazione della Ricerca sulla Persona dell'università di Verona (N. 0505277, 22/12/2023).

RISULTATI

Caratteristiche del campione

Rispetto i 260 infermieri, l'86% era di genere femminile (224), con un'età 43909055media di 36 anni (SD = 9). Più della metà degli infermieri ha riferito di essere stato in passato o attualmente un caregiver (56%). Per quanto riguarda le variabili professionali, il 60% (n=156) ha dichiarato di possedere la laurea di primo livello e il 35% degli infermieri lavorava in area medica (n=90). L'esperienza lavorativa è mediamente di 9 anni (IQR 6 - 17 anni) e la maggior parte degli infermieri lavora a tempo pieno (76%) con un profilo da turnista su tre turni (74%). Il 76% non ha partecipato a corsi formativi specifici sul coinvolgimento familiare nell'assistenza negli ultimi cinque anni, e il 43% dichiara di non avere nella sua unità una procedura o documento di indirizzo sul coinvolgimento dei caregiver e delle famiglie. Inoltre, il 47% degli infermieri afferma che i familiari possono accedere al loro servizio in determinate fasce orarie (Tabella 2) con una mediana di 2 ore (IQR 1-3). Il supporto percepito dai familiari era medio (mediana 3, IQR 3-4). Il 73% non aveva intenzione di cambiare servizio e il 33% ha riferito sintomi di esaurimento emotivo indicativi con un elevato livello di burnout.

Adattamento culturale dello strumento FINC-NA

Dopo la ritraduzione in lingua originale della prima versione italiana, sono state apportate modifiche a 5 item. La seconda versione in italiano è stata dunque sottoposta a valutazione da parte del gruppo di esperti e dopo valutazione dei commenti in testo libero sono state apportate modifiche a 2 item, nonostante tutti gli indici quantitativi fossero soddisfatti. La terza versione modificata è stata rivalutata con la medesima procedura senza richiedere ulteriori modifiche. Nella valutazione sia della seconda che della terza versione, tutti gli item hanno soddisfatto i criteri soglia per valutare positivamente l'essenzialità, la rilevanza e la chiarezza. In particolare, tutti gli item hanno ottenuto un CVR per l'essenzialità > 0.75 , I-CVI > 0.79 , S-CVI/UA > 0.80 , S-CVI/Ave > 0.90 , e K-index > 0.75 sia per rilevanza che la chiarezza. La terza versione è stata utilizzata nella somministrazione pilota ad un campione di 30 infermieri, dalla quale è emerso che i partecipanti concordavano sulla chiarezza di tutti gli item (K-index > 0.75). Tuttavia, sono state apportate modifiche a due item dopo la valutazione dei commenti in testo libero (Appendice 1)

Validità di costrutto dello strumento FINC-NA

L'analisi fattoriale confermativa ha rivelato un buon adattamento del modello per i valori RMSEA (RMSEA = .059, CI 90% .051, .066, $p_{(RMSEA)}$.032) e SRMR (.051), CFI (.915), TLI (.901), mentre il χ^2 è risultato statisticamente

significativo. Rispetto i risultati di affidabilità, i valori dell'alpha di Chronbach per ogni fattore sono risultati tutti superiori a .80, da un minimo di .80 a un massimo di .87. I *factor loading* standardizzati sono riportati in tabella 2.

Tabella 2 – Analisi degli item dello strumento FINC-NA.

Fattore	Item	Factor loading standardizzati	Mediana (IQR)	Totale d'accordo o d'accordo, n (%) ^a
Famiglia come risorsa nell'assistenza infermieristica	1.Un buon rapporto con i familiari mi dà soddisfazione nel lavoro	0.544	5.00 [4.00, 5.00]	245 (94%)
	2.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente all'assistenza infermieristica del paziente	0.712	4.00 [4.00, 5.00]	202 (78%)
	3.La presenza dei familiari è importante per me come infermiere	0.755	4.00 [4.00, 5.00]	201 (77%)
	4.La presenza dei familiari mi dà una sensazione di sicurezza	0.743	3.00 [3.00, 4.00]	98 (38%)
	5.La presenza dei familiari allevia il mio carico di lavoro	0.569	3.00 [3.00, 4.00]	93 (36%)
	6.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente alla pianificazione delle cure del paziente	0.673	4.00 [4.00, 5.00]	221 (85%)
	7.La presenza dei familiari è importante per i familiari stessi	0.650	5.00 [4.00, 5.00]	246 (95%)
	8.Avere un coinvolgimento con la famiglia mi dà la sensazione di sentirmi utile	0.658	4.00 [3.00, 4.00]	169 (65%)
	9.Apprendo molte conoscenze utili dalle famiglie che posso applicare nel mio lavoro	0.673	4.00 [3.00, 4.00]	168 (65%)
	10.È importante trascorrere del tempo con le famiglie	0.648	4.00 [3.00, 5.00]	194 (75%)
Famiglia come interlocutore	11.È importante identificare gli eventuali familiari del paziente	0.577	5.00 [4.00, 5.00]	248 (95%)
	12.Quando prendo in carico un paziente coinvolgo i familiari nella discussione fin dal primo contatto	0.719	4.00 [4.00, 5.00]	221 (85%)
	13.Il colloquio con i familiari durante il primo contatto assistenziale mi permette di risparmiare tempo nel mio lavoro futuro	0.622	4.00 [4.00, 5.00]	215 (83%)
	14.Individuo sempre gli eventuali familiari di un paziente	0.598	4.00 [4.00, 5.00]	236 (91%)
	15.Invito i familiari ad avere un colloquio alla fine del periodo di cura	0.568	4.00 [3.00, 4.00]	150 (58%)
	16.Invito i familiari a partecipare attivamente all'assistenza del paziente	0.774	4.00 [4.00, 5.00]	198 (76%)
	17.Invito i familiari a segnalare cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente	0.738	4.00 [4.00, 5.00]	238 (92%)
	18.Invito i familiari a partecipare attivamente durante la pianificazione delle cure	0.707	4.00 [3.00, 5.00]	181 (70%)
Famiglia come carico aggiuntivo	19.La presenza dei familiari mi limita nel mio lavoro	0.647	3.00 [3.00, 4.00]	48 (18%)
	20.Non ho tempo di occuparmi dei familiari	0.607	4.00 [3.00, 4.00]	42 (16%)
	21.La presenza dei familiari mi fa sentire come se mi stessero controllando	0.825	4.00 [3.00, 4.00]	43 (17%)
	22.La presenza dei familiari mi fa sentire stressato	0.877	4.00 [3.00, 4.00]	33 (13%)
Famiglia come risorsa propria	23.Chiedo alle famiglie come posso supportarle	0.535	4.00 [3.00, 4.00]	157 (60%)
	24.Incoraggio le famiglie ad utilizzare le proprie risorse in modo che siano nelle condizioni più ottimali per affrontare le situazioni in autonomia	0.693	4.00 [4.00, 5.00]	210 (81%)
	25.Considero i familiari come partner di supporto	0.811	4.00 [4.00, 5.00]	201 (77%)
	26.Mi considero una risorsa per le famiglie in modo che possano affrontare al meglio la loro situazione	0.839	4.00 [4.00, 5.00]	206 (79%)

IQR = scarto interquartile; a totale n=260

Tabella 3 – Variabili demografiche e lavorative e differenze nei livelli di coinvolgimento della famiglia.

Variabili continue	Mediana (IQR)		Rho
Supporto percepito dai familiari	15 [14, 18]		0.408**
Burnout ^b	99 [85, 112] [‡]	N (%) con elevato burnout [‡]	0.335**
Esaurimento emotivo ^c	36 [30, 41]	83 (32%)	
Depersonalizzazione ^d	2 [1, 5]	39 (15%)	
Realizzazione personale ^e	37 [31, 41]	59 (22.7%)	
Variabili categoriche	N (%)	Mediana FINC-NA (IQR)	p-value
Età			.305
<30 anni	75 (29)	101 (66, 130)	
30-39 anni	103 (40)	103 (67, 130)	
40-49 anni	52 (20)	100.50 (65, 130)	
50-60 anni	30 (12)	107 (82, 130)	
Genere			.084
Femmine	224 (86)	103 (65, 130)	
Maschi	33 (12.7)	97 (65, 126)	
Preferisco non esprimerlo	3 (1)	97 (82, 119)	
Esperienza professionale (anni)			.061
1-4	36 (14%)	101 (79, 129)	
5-10	107 (41%)	102 (66, 130)	
11-20	65 (25%)	104 (67, 130)	
21-30	39 (15%)	98 (65, 121)	
>30	13 (5%)	108 (91, 130)	
Accesso al servizio per i familiari			<0.001 ^a
Sempre	92 (35%)	107	
Durante momenti assistenziali	13 (5%)	107	
A fasce orarie	122 (47%)	100	
In base alle condizioni cliniche del paziente	21 (8%)	97	
Mai	12 (5%)	99	
Intenzione di turnover			.844
Non ho intenzione di cambiare servizio	191 (73%)	103.0	
Sì, negli ultimi 6 mesi	26 (10%)	101.5	
Sì, negli ultimi 12 mesi	43 (17%)	100	
Esperienza di essere o essere stato un caregiver			.068
No		100 (92,111)	
Sì	145 (56)	104 (94,113)	
Formazione specifica sul coinvolgimento familiare			<.001
No		99 (91,109)	
Sì	62 (24%)	110 (102.2, 118.7)	
Presenza di procedure specifiche sul coinvolgimento familiare			<.001 ^b
No		101	
Sì	149 (57%)	103	
Non lo so	38 (15%)	96	
Profilo Orario			<.001
Turnista	193 (74%)	100 (92,109.0)	
Diurnista	67 (26%)	110 (99, 119.5)	
Area clinica attuale			<.001 ^c
Area Chirurgica	42 (16%)	98	
Area Intensiva	38 (15%)	99	
Area Medica	90 (35%)	100	
Area Pediatrica	55 (21%)	105	
Area Salute mentale	4 (2%)	107	
Territorio	31 (12%)	113	
Titolo di Studio			.215
Diploma	30 (11%)	101.5	
Laurea Triennale	156 (60%)	101.0	
Master 1° livello	49 (19%)	108.0	
Laurea Magistrale	25 (10%)	103.0	

Note: FINC-NA: Families' Importance in Nursing Care – Nurses Attitudes. **p<.001 Analisi post-hoc: ^a differenza statisticamente significativa tra la categoria “sempre” e la categoria “a fasce orarie” (p < .0001) e tra la categoria “sempre” e la categoria “in base alle condizioni cliniche del paziente” (p = .006); ^b differenza statisticamente significativa tra la presenza di procedure/protocolli specifici sul coinvolgimento familiare e la non conoscenza della presenza di tali procedure nel proprio contesto di lavoro (p< .001); ^c differenza statisticamente significativa tra l'area chirurgica e l'area pediatrica (p = .007) e tra l'area chirurgica e il territorio (p

=.001). Inoltre, sono emerse differenze statisticamente significative tra area intensiva e il territorio ($p = .04$) e tra l'area medica e il territorio ($p = .01$); ^d la categoria 0% del tempo (mai) è risultata staticamente significativa sulle categorie 25% del tempo (quasi sempre) ($p = .01$), 50% del tempo (la metà delle volte) ($p = 0.01$) e 75% del tempo (quasi sempre) ($p = .006$).

Livelli di competenza di coinvolgimento della famiglia

La mediana del punteggio complessivo era di 102 (IQR 94, 113), indicando un buon livello di attitudini e comportamenti nel coinvolgere i familiari nell'assistenza. Gli items dello strumento che hanno ottenuto punteggi più elevati sono risultati essere “un buon rapporto con i familiari mi dà soddisfazione nel lavoro”, “la presenza dei familiari è importante per i familiari stessi”, “È importante identificare gli eventuali familiari del paziente” (mediana 5, IQR 4-5) (Tabella 2). Diversamente, gli item “la presenza dei familiari mi dà una sensazione di sicurezza”, “la presenza dei familiari allevia il mio carico di lavoro”, e “la presenza dei familiari mi limita nel mio lavoro” hanno ottenuto i punteggi più bassi (mediana 3, IQR 3-4). Inoltre, gli item rappresentativi del fattore indicante la famiglia come peso aggiuntivo hanno ottenuto pochi consensi, con percentuali di infermieri totalmente d'accordo o d'accordo da un minimo di 13% a un massimo di 18%. (Tabella 2).

Valutando la differenza dei livelli di coinvolgimento della famiglia misurati con lo strumento FINC-NA in base a variabili demografiche e lavorative, sono emerse correlazioni positive di grado moderato con il punteggio globale del burnout ($r = 0.335$, $p < .001$, maggior punteggio indica minore burnout) e con il punteggio globale del supporto percepito dai familiari ($r = 0.408$, $p < .001$). Non è stata riscontrata alcuna correlazione significativa con l'età e l'esperienza complessiva nella professione, né associazione con il genere. Inoltre, gli infermieri che affermano di non aver limitazioni all'accesso alla struttura da parte dei familiari, di avere procedure/protocolli specifici sul coinvolgimento familiare, e di aver svolto corsi di formazione specifici sull'ambito familiare negli ultimi cinque anni hanno riportato punteggi più elevati ($p < .001$, Tabella 3). Similmente, anche gli infermieri che lavoravano in ambito territoriale e come diurnisti hanno ottenuto punteggi più alti rispetto agli altri ambiti lavorativi o chi lavorava part-time ($p < .001$, Tabella 3).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Con questo studio è stato possibile dimostrare una validità accettabile dello strumento nella versione italiana costituito da quattro fattori e 26 item, rispondendo al primo obiettivo di questa ricerca. I criteri per la valutazione dell'adattamento culturale e di costruzione sono stati soddisfatti, tranne per il valore del χ^2 che risulta statisticamente significativo e che

potrebbe indicare una mancanza di adattamento adeguato tra il modello proposto e i dati osservati. Tuttavia, la statistica del χ^2 tende a risultare statisticamente significativa in caso di campioni numerosi con più di 200 partecipanti (Bentler & Bonnet, 1980), poiché è particolarmente sensibile alla dimensione campionaria e tende quasi inevitabilmente a risultare significativo. Pertanto, è importante interpretare questo test con cautela, integrando la valutazione di indici meno sensibili alla dimensione campionaria e che forniscono un quadro più accurato sulla qualità del modello, quali il CFI, il RMSEA e il TLI, che in questo studio soddisfano i criteri di un buon adattamento del modello strutturale del questionario ai dati raccolti.

È stato possibile descrivere come gli infermieri coinvolti nello studio abbiano attitudini complessivamente positive e un buon livello di comportamenti nel coinvolgimento dei familiari nell'assistenza, con risultati simili o superiori rispetto altre ricerche condotte con lo stesso strumento (Cranley et al., 2022, Ostergaard et al., 2020).

Inoltre, contrariamente ai risultati di altri studi, le attitudini si sono rivelate coerenti con i rispettivi comportamenti auto riferiti (Hagedoorn et al., 2021, Luttik et al., 2017, Ostergaard et al., 2020). Ad esempio, gli infermieri del nostro studio riconoscono l'importanza nell'identificare gli eventuali familiari dei pazienti (item relativo all'attitudine) in una percentuale pressoché identica al rispettivo comportamento “individuo sempre gli eventuali familiari di un paziente”. In linea con studi precedenti (Hagedoorn et al., 2021), un livello di coerenza inferiore si evidenzia invece tra le percentuali di accordo riferite all'affermazione “i familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente alla pianificazione delle cure del paziente” (85%) e il relativo comportamento “invito i familiari a partecipare attivamente durante la pianificazione delle cure” (70%). Ciò può essere dovuto al fatto che il coinvolgimento dei familiari nella pianificazione delle cure è mediato da fattori quali il tempo disponibile e il ruolo, talvolta prioritario, del medico. Infatti, alcuni studi riportano che i familiari non ritengono di ricevere abbastanza informazioni sul quadro clinico, sul piano di cura, e su come accedere ai servizi per pianificare le cure, soprattutto come effetto delle restrizioni negli orari di visita (Kim et al., 2023, Neller et al., 2024, Suh et al., 2023, Zeh et al., 2020).

Il 58% degli infermieri ha dichiarato di programmare un colloquio con i familiari alla

fine del periodo di cura, e questo risultato, nonostante rappresenti una delle percentuali di accordo minore, è superiore ad un precedente studio (Hagedoorn et al., 2021). La fine del periodo di cura rappresenta spesso la transizione dall'ospedale al domicilio, richiamando la necessità di coinvolgere e informare la famiglia sulla gestione del paziente in sicurezza. Interventi che prevedono l'integrazione del caregiver al momento della dimissione possono infatti ridurre del 25% le riammissioni a 90 giorni e a 6 mesi e i costi delle cure dopo la dimissione (Rodakowski et al., 2017). Tuttavia, questa attenzione alla fase di dimissione può essere trascurata per mancanza di tempo, di coordinamento tra figure e di cultura dell'educazione al paziente e alla famiglia.

Meno del 40% degli infermieri riferisce che la presenza dei familiari offre loro una sensazione di sicurezza e allevia il carico di lavoro. Coinvolgere e educare i familiari richiede tempo. Tuttavia, questa può essere una spiegazione parziale, dato che solo il 16% afferma di non avere tempo di occuparsi delle famiglie, dissonanza riscontrata anche nello studio di Hagedoorn e colleghi (Hagedoorn et al., 2021). Inoltre, è diffusa la percezione che la figura del familiare si è evoluta nel tempo, risultando spesso troppo esigente, in disaccordo con i professionisti, e talvolta verbalmente aggressiva, pertanto di ostacolo e fattore di distrazione, ad esempio, durante la somministrazione della terapia. Tuttavia, solo il 16% degli infermieri intervistati nel nostro studio dichiara di sentirsi stressato dalla presenza dei familiari. Pertanto, questi dati dimostrano, quanto, a discapito di diffuse credenze in merito alle cause dello scarso coinvolgimento dei familiari, quali poco tempo a disposizione o caregiver troppo esigenti, le difficoltà siano probabilmente legate ad uno scarso valore attribuito alla presenza dei familiari, visti come bisognosi di cura e meno come valore aggiunto che può contribuire all'assistenza. Infatti, alcune delle percentuali più basse di accordo si riferiscono alle affermazioni che coinvolgere la famiglia "dà la sensazione di sentirsi utile" e di "apprendere molte conoscenze utili da applicare nel proprio lavoro". Inoltre, la letteratura evidenzia come le competenze avanzate degli infermieri nella conduzione di un colloquio finalizzato a reperire informazioni rilevanti dalle famiglie per migliorare l'assistenza al malato, e a supportare la famiglia stessa nell'identificare le proprie risorse e strategie per adattarsi ai cambiamenti, siano ancora poco sviluppate (Shajani and Snell, 2023). Anche nel nostro studio, solo il 24% degli intervistati dichiara di aver frequentato dei corsi

specifici post-base; ma coloro che lo hanno fatto hanno riportato maggiori attitudini e comportamenti nel collaborare e coinvolgere i familiari, confermando la letteratura sul tema (Barreto et al., 2022). Molti studi, infatti, sostengono l'importanza di progettare una formazione che miri a sviluppare competenze nella comunicazione con le famiglie per renderle partner attivi nel processo di cura, soprattutto attraverso simulazioni (Barreto et al., 2022, Cranley et al., 2022, Hoplock et al., 2019).

Inoltre, è cruciale la cultura del coinvolgimento delle famiglie nei contesti clinici, che è ancora limitata, nonostante gli sforzi di ampliare gli orari di visita. La collaborazione dei familiari rimane vincolata alla limitata possibilità di presenza, accentuata dalle conseguenze della chiusura durante del periodo pandemico, che ancora permangono in alcuni contesti (Morgan et al., 2023). Infatti, dal nostro studio è emerso come attitudini e comportamenti maggiori siano associati al lavorare in contesti accessibili dai familiari senza limitazioni orarie, in modo coerente con altri studi (Barreto et al., 2022). Risulta difficile implementare un approccio centrato sulla famiglia se esistono vincoli temporali o limiti organizzativi all'interazione con gli stessi (Luttik et al., 2017, Morgan et al., 2023).

Anche la presenza di procedure definite all'interno della propria unità operativa è associata a maggiori attitudini e comportamenti nel coinvolgimento della famiglia, in accordo con gli studi precedenti (Cranley et al., 2022, Hagedoorn et al., 2021).

Un'ulteriore variabile che è risultata significativamente associata alle attitudini e ai comportamenti di coinvolgimento della famiglia è il profilo orario diurno rispetto a quello su tre turni. Questa differenza potrebbe essere spiegata dal fatto che un infermiere che lavora su due turni di giorno è generalmente collocato in setting ambulatoriale, di day hospital, o territoriale, con condizioni più favorevoli ad un approccio di alleanza con le famiglie, come già dimostrato da altre ricerche (Barreto et al., 2022). Coerentemente, gli infermieri che lavorano in pediatria e sul territorio hanno maggiori attitudini e comportamenti rispetto a chi lavora in area chirurgica, intensiva e medica (Cranley et al., 2022, Hoplock et al., 2019, Ostergaard et al., 2020).

Infine, questo studio mostra come chi ha più attitudini e attua maggiori comportamenti nel coinvolgere la famiglia nei processi assistenziali è anche chi riporta livelli minori di burnout e percepisce di essere più in linea con i familiari. Non sono presenti in letteratura studi che hanno valutato questo aspetto; pertanto, ulteriori

ricerche sarebbero utili per indagare l'effetto di tali variabili. Questi risultati infatti suggeriscono che politiche di supporto al benessere psicologico degli infermieri potrebbero migliorare la qualità dell'assistenza, anche attraverso la mediazione di un maggiore coinvolgimento delle famiglie.

I limiti di questo studio si riferiscono principalmente al disegno di studio trasversale che non consente di stabilire relazioni causali tra i fattori associati e il livello di attitudini e comportamenti degli infermieri. Inoltre, la valutazione dei livelli di competenza è stata svolta come indagine pilota su un campione considerabile piccolo, in quanto numero utile alla validazione con 10 partecipanti per item, e in modo trasversale a tutti i contesti, non consentendo di mettere in luce eventuali specificità dei contesti, che sarà invece possibile nel prossimo studio su larga scala. Tuttavia, sono emersi spunti utili per riflettere sull'esigenza di maggiori percorsi formativi, impegno nella cultura organizzativa, e studi con approcci qualitativi e a metodo misto per indagare in maggior profondità quali possono essere i fattori modificabili che possono migliorare le attitudini e i comportamenti degli infermieri nel coinvolgere le famiglie nell'assistenza.

Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

BIBLIOGRAFIA

- Alfaro Díaz, C., Esandi Larramendi, N., Gutiérrez-Alemán, T. & Canga-Armayor, A. (2019). Systematic review of measurement properties of instruments assessing nurses' attitudes towards the importance of involving families in their clinical practice. *J Adv Nurs*, 75, 2299-2312.
- Barreto, M. D. S., Marquete, V. F., Camparoto, C. W., García-Vivar, C., Barbieri-Figueiredo, M. D. C. & Marcon, S. S. (2022). Factors associated with nurses' positive attitudes towards families' involvement in nursing care: A scoping review. *J Clin Nurs*.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25, 3186-91.
- Bentler, P. M. & Bonett, D. G. 1980. Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures., US, American Psychological Association.
- Benzein, E., Johansson, P., Arestedt, K. F., Berg, A. & Saveman, B. I. (2008). Families' Importance in Nursing Care: Nurses' Attitudes--an instrument development. *J Fam Nurs*, 14, 97-117.
- Brown, R. T., Shultz, K., Karlawish, J., Zhou, Y., Xie, D. & Ryskina, K. L. (2022). Benzodiazepine and antipsychotic use among hospitalized older adults before versus after restricting visitation: March to May 2020. *J Am Geriatr Soc*, 70, 2988-2995.
- Brown, T. A. 2015. Confirmatory factor analysis for applied research, 2nd ed. Confirmatory factor analysis for applied research, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Browne, M. W. & Cudeck, R. 1992. Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods & Research*. SAGE Publications Inc.
- Converso, D., Loera, B., Viotti, S. & Martini, M. (2015). Do positive relations with patients play a protective role for healthcare employees? Effects of patients' gratitude and support on nurses' burnout. *Front Psychol*, 6, 470.
- Cranley, L. A., Lam, S. C., Brennenstuhl, S., Kabir, Z. N., Bostrom, A. M., Leung, A. Y. M. & Konradsen, H. (2022). Nurses' Attitudes Toward the Importance of Families in Nursing Care: A Multinational Comparative Study. *J Fam Nurs*, 28, 69-82.
- Danielis, M., Iob, R., Achil, I. & Palese, A. (2022). Family Visiting Restrictions and Postoperative Clinical Outcomes: A Retrospective Analysis. *Nurs Rep*, 12, 583-588.
- Hagedoorn, E. I., Paans, W., Jaarsma, T., Keers, J. C., van der Schans, C. P. & Luttkik, M. L. A. (2021). The importance of families in nursing care: attitudes of nurses in the Netherlands. *Scand J Caring Sci*, 35, 1207-1215.
- Hoplock, L., Lobchuk, M., Dryburgh, L., Shead, N. & Ahmed, R. (2019). Canadian Hospital and Home Visiting Nurses' Attitudes Toward Families in Transitional Care: A Descriptive Comparative Study. *J Fam Nurs*, 25, 370-394.
- Kim, B., Wister, A., O'Dea, E., Mitchell, B. A., Li, L. & Kadowaki, L. (2023). Roles and experiences of informal caregivers of older adults in community and healthcare system navigation: a scoping review. *BMJ Open*, 13, e077641.
- Lawshe, H. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Luttkik, M., Goossens, E., Agren, S., Jaarsma, T., Martensson, J., Thompson, D. R., Moons, P., Stromberg, A. & Undertaking Nursing Interventions Throughout Europe research, g. (2017). Attitudes of

nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 16, 299-308.

Mackie, B. R., Marshall, A. P. & Mitchell, M. L. (2021). Exploring family participation in patient care on acute care wards: A mixed-methods study. *Int J Nurs Pract*, 27, e12881.

Morgan, J. D., Gazarian, P. & Hayman, L. L. (2023). An integrated review: connecting Covid-era hospital visiting policies to family engagement. *Front Public Health*, 11, 1249013.

Neller, S. A., Hebdon, M. T., Wickens, E., Scammon, D. L., Utz, R. L., Dassel, K. B., Terrill, A. L., Ellington, L. & Kirby, A. V. (2024). Family caregiver experiences and needs across health conditions, relationships, and the lifespan: a Qualitative analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 19, 2296694.

Ostergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brodsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., Nielsen, D., Sorknaes, A. D., Voltelen, B. & Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*, 29, 1290-1301.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29, 489-497.

Polit, D. F., Beck, C. T. & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in nursing & health*, 30, 459-467.

Rodakowski, J., Rocco, P. B., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S. C., Leathers, S. C., Hu, L. & James, A. E., 3rd (2017). Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. *J Am Geriatr Soc*, 65, 1748-1755.

Saveman, B. I., Benzein, E. G., Engström Å, H. & Årestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' Importance In Nursing Care--Nurses' Attitudes. *J Fam Nurs*, 17, 312-29.

Shajani, Z. & Snell, D. 2023. *Wright & Leahey's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*, Philadelphia, F.A. Davis Company.

Sirigatti, S. & Stefanile, C. (1992). Aspetti e problemi dell'adattamento italiano del MBI. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 202-203, 3-12.

Suh, J., Na, S., Jung, S., Kim, K. H., Choo, S., Choi, J. & Kim, J. (2023). Family caregivers' responses to a visitation restriction policy at a Korean surgical intensive care unit before and during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Heart Lung*, 57, 59-64.

Zeh, R. D., Santry, H. P., Monsour, C., Sumski, A. A., Bridges, J. F. P., Tsung, A., Pawlik, T. M. & Cloyd, J. M. (2020). Impact of visitor restriction rules on the postoperative experience of COVID-19 negative patients undergoing surgery. *Surgery*, 168, 770-776.

APPENDICE 1 – Modifiche apportate agli item durante le fasi di adattamento culturale.

Prima versione tradotta in italiano	Seconda versione in italiano dopo la ritraduzione del in lingua originale (Modifiche a 5 item)	Terza versione dopo la valutazione della traduzione italiana da parte di un gruppo di esperti (Modifiche a 2 item)	Versione finale dopo la somministrazione pilot (Modiche a 2item)
Famiglia come risorsa nell'assistenza infermieristica	Famiglia come risorsa nell'assistenza infermieristica	Famiglia come risorsa nell'assistenza infermieristica	Famiglia come risorsa nell'assistenza infermieristica
1.Un buon rapporto con i familiari mi dà soddisfazione nel lavoro	1.Un buon rapporto con i familiari mi dà soddisfazione nel lavoro	1.Un buon rapporto con i familiari mi dà soddisfazione nel lavoro	1.Un buon rapporto con i familiari mi dà soddisfazione nel lavoro
2.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente all'assistenza infermieristica del paziente	2.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente all'assistenza infermieristica del paziente	2.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente all'assistenza infermieristica del paziente	2.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente all'assistenza infermieristica del paziente
3.La presenza dei familiari è importante per me come infermiere	3.La presenza dei familiari è importante per me come infermiere	3.La presenza dei familiari è importante per me come infermiere	3.La presenza dei familiari è importante per me come infermiere
4.La presenza dei familiari mi dà una sensazione di sicurezza	4.La presenza dei familiari mi dà una sensazione di sicurezza	4.La presenza dei familiari mi dà una sensazione di sicurezza	4.La presenza dei familiari mi dà una sensazione di sicurezza
5.La presenza dei familiari allevia il mio carico di lavoro	5.La presenza dei familiari allevia il mio carico di lavoro	5.La presenza dei familiari allevia il mio carico di lavoro	5.La presenza dei familiari allevia il mio carico di lavoro

6.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente alla pianificazione delle cure del paziente	6.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente alla pianificazione delle cure del paziente	6.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente alla pianificazione delle cure del paziente	6.I familiari dovrebbero essere invitati a partecipare attivamente alla pianificazione delle cure del paziente
7.La presenza dei familiari è importante per i familiari stessi	7.La presenza dei familiari è importante per i familiari stessi	7.La presenza dei familiari è importante per i familiari stessi	7.La presenza dei familiari è importante per i familiari stessi
8. Essere coinvolto dalle famiglie mi dà la sensazione di sentirmi utile	8. Avere un coinvolgimento con la famiglia mi dà la sensazione di sentirmi utile	8.Avere un coinvolgimento con la famiglia mi dà la sensazione di sentirmi utile	8.Avere un coinvolgimento con la famiglia mi dà la sensazione di sentirmi utile
9.Apprendo molte conoscenze utili dalle famiglie che posso applicare nel mio lavoro	9.Apprendo molte conoscenze utili dalle famiglie che posso applicare nel mio lavoro	9.Apprendo molte conoscenze utili dalle famiglie che posso applicare nel mio lavoro	9.Apprendo molte conoscenze utili dalle famiglie che posso applicare nel mio lavoro
10.È importante trascorrere del tempo con le famiglie	10.È importante trascorrere del tempo con le famiglie	10.È importante trascorrere del tempo con le famiglie	10.È importante trascorrere del tempo con le famiglie
Famiglia come interlocutore	Famiglia come interlocutore	Famiglia come interlocutore	Famiglia come interlocutore
11. È importante identificare quali sono i familiari di un paziente	11.È importante identificare gli eventuali familiari del paziente	11.È importante identificare gli eventuali familiari del paziente	11.È importante identificare gli eventuali familiari del paziente
12. Quando un paziente viene preso in carico chiedo ai familiari di partecipare ai colloqui fin dal primo contatto	12. Quando un paziente viene preso in carico chiedo ai familiari di partecipare ai colloqui fin dal primo contatto	12.Quando prendo in carico un paziente coinvolgo i familiari nella discussione fin dal primo contatto	12.Quando prendo in carico un paziente coinvolgo i familiari nella discussione fin dal primo contatto
13.Il colloquio con i familiari durante il primo contatto assistenziale mi permette di risparmiare tempo nel mio lavoro futuro	13.Il colloquio con i familiari durante il primo contatto assistenziale mi permette di risparmiare tempo nel mio lavoro futuro	13.Il colloquio con i familiari durante il primo contatto assistenziale mi permette di risparmiare tempo nel mio lavoro futuro	13.Il colloquio con i familiari durante il primo contatto assistenziale mi permette di risparmiare tempo nel mio lavoro futuro
14. Individuo sempre quali sono i familiari di un paziente	14.Individuo sempre gli eventuali familiari di un paziente	14.Individuo sempre gli eventuali familiari di un paziente	14.Individuo sempre gli eventuali familiari di un paziente
15. Invito i familiari ad avere un colloquio per confrontarsi alla fine del periodo di cura	15.Invito i familiari ad avere un colloquio alla fine del periodo di cura	15.Invito i familiari ad avere un colloquio alla fine del periodo di cura	15.Invito i familiari ad avere un colloquio alla fine del periodo di cura
	16. Invito i familiari a partecipare attivamente alla cura del paziente		16.Invito i familiari a partecipare attivamente all' assistenza del paziente
17. Invito i familiari a parlare dell'evoluzione delle condizioni di salute del paziente	17.Invito i familiari a segnalare cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente	17.Invito i familiari a segnalare cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente	17.Invito i familiari a segnalare cambiamenti nelle condizioni di salute del paziente
18. Invito i familiari a partecipare attivamente durante la pianificazione delle cure	18. Invito i familiari a partecipare attivamente durante la pianificazione delle cure	18.Invito i familiari a partecipare attivamente durante la pianificazione delle cure	18.Invito i familiari a partecipare attivamente durante la pianificazione delle cure
Famiglia come carico aggiuntivo			
19.La presenza dei familiari mi limita nel mio lavoro	19.La presenza dei familiari mi limita nel mio lavoro	19.La presenza dei familiari mi limita nel mio lavoro	19.La presenza dei familiari mi limita nel mio lavoro
20.Non ho tempo di occuparmi dei familiari			
21.La presenza dei familiari mi fa sentire come se mi stessi controllando	21.La presenza dei familiari mi fa sentire come se mi stessi controllando	21.La presenza dei familiari mi fa sentire come se mi stessi controllando	21.La presenza dei familiari mi fa sentire come se mi stessi controllando
22.La presenza dei familiari mi fa sentire stressato	22.La presenza dei familiari mi fa sentire stressato	22.La presenza dei familiari mi fa sentire stressato	22.La presenza dei familiari mi fa sentire stressato
Famiglia come risorsa propria			
23. Chiedo alle famiglie come posso essere loro di supporto	23. Chiedo alle famiglie come posso essere loro di supporto	23. Chiedo alle famiglie come posso essere loro di supporto	23.Chiedo alle famiglie come posso supportarle

24. Incoraggio le famiglie ad utilizzare le proprie risorse in modo che siano nelle condizioni più ottimali per affrontare le situazioni in autonomia	24. Incoraggio le famiglie ad utilizzare le proprie risorse in modo che siano nelle condizioni più ottimali per affrontare le situazioni in autonomia	24. Incoraggio le famiglie ad utilizzare le proprie risorse in modo che siano nelle condizioni più ottimali per affrontare le situazioni in autonomia	24. Incoraggio le famiglie ad utilizzare le proprie risorse in modo che siano nelle condizioni più ottimali per affrontare le situazioni in autonomia
25. Considero la cooperazione dei familiari un valido aiuto nella cura del paziente	25. Considero la cooperazione dei familiari un valido aiuto nella cura del paziente	25. Considero <i>i familiari come partner di supporto</i>	25. Considero i familiari come partner di supporto
26. Mi considero una risorsa per le famiglie in modo che possano affrontare al meglio la loro situazione	26. Mi considero una risorsa per le famiglie in modo che possano affrontare al meglio la loro situazione	26. Mi considero una risorsa per le famiglie in modo che possano affrontare al meglio la loro situazione	26. Mi considero una risorsa per le famiglie in modo che possano affrontare al meglio la loro situazione