

# La strutturazione del servizio di accoglienza in dialisi: effetti dell'attività di accoglienza in dialisi 2014-2016

Gabriele Giacomelli, David Caiani, Simone Bacherini, Antonella Berti, Antonella Biagi, Sabrina Bonini, Lorenzo Burgio, Elisabetta Ghelli, Angela Mencattelli, Tiziana Rabiti, Ilaria Ricci, Alessandra Sarti

USL Toscana Centro, Dipartimento Assistenza Infermieristica ed Ostetrica, SOC Nefrologia e Dialisi Firenze II, Ospedale S.M. Annunziata, Bagno a Ripoli (FI)

## Effects of a structured hospitality approach in dialysis

A nursing research project including a series of qualitative surveys was set up to investigate how a care-team culture of hospitality and the use of some relational tools could, through a structured approach, have positive effects on patients starting the dialysis treatment pathway. A structured hospitality approach addressed to new-entry patients seems to activate important prerequisites for patient care perception.

The research showed that the lack of a personally addressed hospitality approach would not be limited to neutral effects but might have harmful effects on patients' self-care attitude as well, producing different patient outcomes, both clinically and in their interaction with the dialysis setting. The will to stimulate self-empowerment and self-esteem seems to be clearly perceived and appreciated by the patients, and this was confirmed by the collected quality data.

The evidence emerging from this study tells us that a care-team culture oriented towards valuing hospitality, which in this case had been implemented in various organizational steps and ways, may have positive effects on care outcomes – not only for the individual patient but also the care-team members – by activating a high satisfaction rebound.

**Keyword:** Hospitality, Group culture, Relational tools



Infermieri Gruppo  
Accoglienza OSMA

## Introduzione - Obiettivi

### Aspetti generali

Il trattamento di emodialisi, soprattutto in ambito ospedaliero può incidere molto sulla qualità della vita del pazien-

te (1-4). Una scarsa accettazione della situazione di dialisi, associata a una scarsa soddisfazione da parte del paziente, soprattutto nelle prime fasi degli interventi di dialisi sono predittivi di una scarsa adesione terapeutica (5). In particolare il momento dell'accoglienza ha un'enorme potenzialità educativa e formativa che può essere svolta dall'operatore sanitario (6). L'accoglienza è essenziale per l'efficacia delle cure, ma al tempo stesso anche per l'accettazione del paziente verso il trattamento, sia domiciliare sia ospedaliero (7). La cultura del gruppo di lavoro è di fondamentale importanza per il momento di accoglienza (8, 9) come per il percorso del paziente nel reparto di emodialisi. Essa stimola la fiducia e la corretta percezione di sé da parte del paziente (10, 11) e di conseguenza un'adeguata adesione alla prospettiva di cura.

### Domanda di ricerca

Descrivere gli antecedenti (strumenti relazionali, aspetti etico-culturali del gruppo degli operatori) e alcuni effetti sulla percezione degli utenti e sul grado di utilità sviluppato del percorso di accoglienza e inserimento del paziente in dialisi. Per la trattazione, l'argomento è stato suddiviso in due domande di ricerca: (Domanda 1) «Qual è la definizione di accoglienza per gli operatori?», che corrisponde agli antecedenti culturali, e (Domanda 2) «Cosa percepiscono gli utenti?», che descrive gli

Accepted: April 7, 2017

Published online: November 15, 2017

### Indirizzo per la corrispondenza:

David Caiani  
SOC Nefrologia e Dialisi Firenze II  
Ospedale S.M. Annunziata (OSMA)  
Via dell'Antella, 54  
50012 Bagno a Ripoli (FI)  
david.caiani@uslcentro.toscana.it

effetti dell'intervento. Nella presentazione dei dati sarà anche descritta l'evoluzione dello specifico contesto analizzato (12).

## Metodo

### Strumenti e procedure

Per la ricerca proposta sono stati scartati i metodi esclusivamente quantitativi perché non orientati a evidenziare risultati inattesi o indicare nuove strategie. Fra i metodi qualitativi è stata scelta l'analisi del contenuto in una impostazione generale di *action research* (12-16) poiché molti degli autori sono stati anche partecipanti.

Come strumenti di indagine sono stati utilizzati:

- Focus group con gli infermieri del gruppo accoglienza condotto da due ricercatori.
- Descrizione del percorso strutturato dell'accoglienza sviluppato dai partecipanti (strumenti e procedure utilizzate) e descrizione delle modalità di sviluppo del percorso stesso.
- Intervista semi-strutturata autoprodotta rivolta ad alcuni pazienti (registrata e trascritta).

Per l'analisi del materiale è stato utilizzato il software "Qualitative Data Analysis" (17-19). L'analisi delle trascrizioni, è stata compiuta utilizzando una metodologia basata sull'analisi del contenuto, in modo collaborativo tra gli operatori partecipanti e i ricercatori esterni al reparto.

Per la codifica del materiale (focus e interviste) si è proceduto da una etichettatura "ingenua" fino all'astrazione di "codici" che infine sono stati inclusi in categorie ancora più astratte (Tab. I) seguendo un approccio ispirato alla *grounded theory* (20). L'appartenenza di alcuni codici a più categorie ha infine permesso una rappresentazione network dei contenuti emersi nel focus group (Fig. 1).

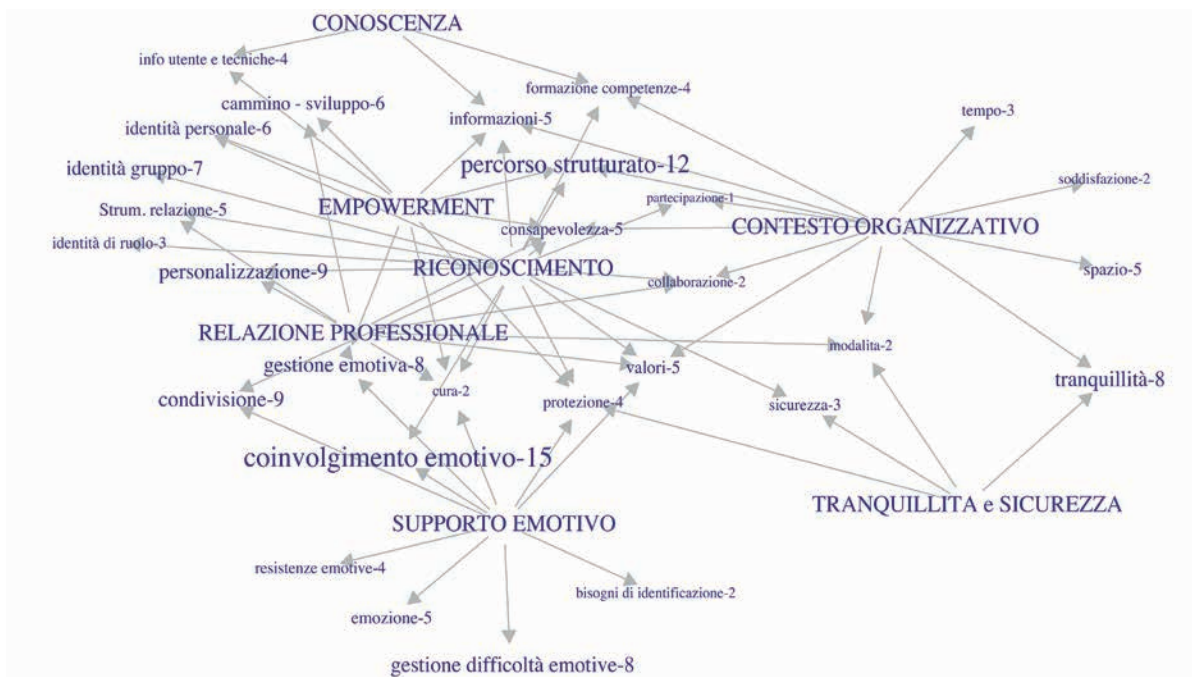
### Partecipanti

- *Infermieri gruppo accoglienza del servizio di dialisi*. Sono stati intervistati attraverso un focus group e hanno partecipato in modo attivo anche alla elaborazione dei dati e alla stesura della ricerca (protocollo di *action-research*).
- *Pazienti afferenti al servizio di emodialisi*. Sono stati inclusi i pazienti con più di 18 anni (i), sottoposti a emodialisi nel periodo della ricerca (ii), che avevano iniziato la stessa da meno di 3 anni (iii), che non provenissero da altri presidi (iv), in uno stato clinico tale da poter rispondere alle domande (v), che avessero compreso e sottoscritto il consenso informato (vi). La situazione di ricerca (gruppo X) o di controllo (gruppo K) è stata definita in base all'aver o meno usufruito del percorso di accoglienza.

TABELLA I - Relazione tra categorie e codici nel focus group

Categorie	F	CODICI	F		
Conoscenza	13	<b>informazioni</b>	<b>5</b>		
		<i>formazione competenze</i>	4		
Contesto organizzativo	54	<b>percorso strutturato</b>	<b>12</b>		
		<i>tranquillità</i>	8		
		<b>consapevolezza</b>	<b>5</b>		
		<b>informazioni</b>	<b>5</b>		
		<i>spazio</i>	5		
		<b>valori</b>	<b>5</b>		
		<i>formazione competenze</i>	4		
		<i>tempo</i>	3		
		<b>collaborazione</b>	<b>2</b>		
		<b>soddisfazione</b>	<b>2</b>		
		<i>modalità</i>	2		
		<b>partecipazione</b>	<b>1</b>		
		Riconoscimento	97	<i>coinvolgimento emotivo</i>	15
				<i>percorso strutturato</i>	12
<i>condivisione</i>	9				
<i>personalizzazione</i>	9				
<b>identità gruppo</b>	<b>7</b>				
<b>identità personale</b>	<b>6</b>				
<i>strumenti relazione</i>	5				
<i>consapevolezza</i>	5				
<i>informazioni</i>	5				
<i>valori</i>	5				
<i>formazione competenze</i>	4				
<i>protezione</i>	4				
<b>identità di ruolo</b>	<b>3</b>				
<i>sicurezza</i>	3				
Empowerment utente	52	<i>collaborazione</i>	2		
		<i>cura</i>	2		
		<i>partecipazione</i>	1		
		<i>percorso strutturato</i>	12		
		<i>gestione emotiva</i>	8		
		<b>cammino - sviluppo</b>	<b>6</b>		
		<i>identità personale</i>	6		
		<i>consapevolezza</i>	5		
		<b>informazioni</b>	<b>5</b>		
		<i>info utente e tecniche</i>	4		
		<i>protezione</i>	4		
Relazione professionale	44	<i>cura</i>	2		
		<b>personalizzazione</b>	<b>9</b>		
		<b>gestione emotiva</b>	<b>8</b>		
		<i>cammino - sviluppo</i>	6		
		<i>strumenti relazione</i>	5		
		<i>consapevolezza</i>	5		
		<i>valori</i>	5		
		<i>collaborazione</i>	2		
Supporto emotivo	62	<b>cura</b>	<b>2</b>		
		<i>modalità</i>	2		
		<i>coinvolgimento emotivo</i>	15		
		<b>condivisione</b>	<b>9</b>		
		<b>gestione difficoltà emotive</b>	<b>8</b>		
		<b>gestione emotiva</b>	<b>8</b>		
		<i>emozione</i>	5		
		<i>valori</i>	5		
		<i>protezione</i>	4		
		<i>resistenze emotive</i>	4		
		<b>bisogni di identificazione</b>	<b>2</b>		
Tranquillità e sicurezza	17	<i>cura</i>	2		
		<b>tranquillità</b>	<b>8</b>		
		<b>protezione</b>	<b>4</b>		
		<b>sicurezza</b>	<b>3</b>		
		<i>modalità</i>	2		

Alcuni codici sono condivisi da più categorie, i codici in neretto sono quelli centrali della categoria. Nelle colonne F vengono riportate le frequenze con cui sono state osservate.



**Fig. 1** - Rappresentazione network delle categorie. I nomi senza indicazione numerica rappresentano le *categorie*. I *codici* vengono riportati nel grafico con la frequenza rappresentata numericamente e attraverso le dimensioni dei caratteri.

### Altre informazioni

Nella ricerca vengono esaminati aspetti *positivi* e *negativi*. *Positivo* fa riferimento a tutto ciò che potrebbe essere descritto come favorevole alle cure, utile alla gestione della malattia, afferente a una logica integrativa, ma anche all'umore "positivo" (21), mentre il termine *negativo* richiama esattamente i concetti opposti. Così come in altre ricerche (2), il *benessere psicologico* (considerato nelle variabili di soddisfazione, felicità, emozioni positive) è stato considerato indipendente dal *distress emotivo* (tristezza, ansia, emozioni negative).

I ricercatori hanno partecipato allo sviluppo del progetto come formatori, per quanto concerne alcuni aspetti relazionali, e come consulenti sia per la supervisione di alcuni casi sia per la programmazione dell'attività di accoglienza. Il servizio di accoglienza è stato rivolto a tutti i nuovi ingressi, dunque i ricercatori, che hanno svolto le interviste non conoscevano prima gli utenti intervistati. La formazione di un gruppo di controllo è avvenuta in un secondo momento, verificando le liste di pazienti che avevano effettivamente svolto gli incontri di accoglienza: le interviste sono state svolte senza il pregiudizio di appartenenza al gruppo sperimentale o di controllo.

### Analisi dei dati

#### Definizioni e contesto

La ricerca è stata svolta presso il Reparto Emodialisi dell'Ospedale Santa Maria Annunziata di Firenze nel periodo 2014-2016. Le interviste sono state svolte nell'arco di due mesi. Il contesto è quello di un servizio di dialisi situato nella periferia di una città italiana, con circa 90 pazienti in trattamento emodialitico.

#### Organizzazione del servizio di accoglienza

Alcuni antecedenti fondamentali del percorso di sviluppo organizzativo sono stati:

- periodo di formazione durato alcuni anni, nei quali sono stati svolti corsi di formazione specifici, momenti di supervisione e supporto all'attività di organizzazione;
- supporto da parte dei responsabili del reparto per gli aspetti formali (di ufficializzazione all'interno dello staff) e pratici (ore da usare per la formazione e gli interventi);
- sviluppo del percorso di accoglienza dei pazienti che dal trattamento ambulatoriale di insufficienza renale cronica (IRC) passano alla emodialisi.

Dopo essere stato sottoposto a vari adattamenti il percor-

so è stato codificato nel modo seguente:

- *Impostazione proattiva*: ogni settimana gli operatori del gruppo accoglienza si informano su quali pazienti ambulatoriali siano in procinto di confezionare la fistola artero-venosa (FAV), segno di imminente inserimento nel percorso di emodialisi.
- *Primo colloquio*: partecipazione degli operatori del gruppo al momento della valutazione della ferita chirurgica per FAV, segno tangibile della necessità di emodialisi prossima, ed evento emotivo particolarmente delicato. Vengono fornite informazioni generiche.
- *Secondo colloquio*: viene dedicato uno spazio all'ascolto del paziente, per valutarne le conoscenze e per comprenderne difficoltà, paure o punti di vista. Per svolgere un efficace ascolto è stato fornita agli operatori una formazione all'ascolto non direttivo (22).
- *Terzo colloquio*: viene dedicato alla richiesta di *feedback* per valutare l'effettiva comprensione del funzionamento della cura. Se necessario viene dato spazio alla espressione di eventuali difficoltà.
- Presentazione ai colleghi del reparto dialisi dei dati raccolti sulla persona e del percorso di accoglienza svolto.
- *Ingresso in emodialisi*: la persona accolta viene seguita prevalentemente dall'infermiere che ha svolto il percorso d'accoglienza (soprattutto durante il primo mese di trattamento).

### Focus group infermieri gruppo accoglienza

Dopo l'inizio dell'attività di accoglienza e prima delle interviste agli utenti è stato realizzato un focus group, condotto da due ricercatori consulenti esterni, a cui hanno partecipato tutti i membri del gruppo accoglienza. Nel focus group si è cercata una risposta alla domanda di ricerca «Qual è la definizione di accoglienza per gli operatori?». Le domande strutturate sono state: «Cos'è l'accoglienza, cosa porta all'operatore, cosa porta all'utente e quali sono le difficoltà dell'accoglienza».

La *core category* del focus group sembra essere *Riconoscimento* dal "conoscere la malattia di una persona" alla "conoscenza più ampia della persona" che qui, appunto, è stato definito "riconoscimento".

«La patologia è passata in secondo piano è diventata una priorità forse inferiore, sì non è più una priorità io se dovessi scrivere ma? La patologia ci interessa? Naturalmente ci interessa la patologia ma è passata in secondo piano, almeno per me, io la vedo così.» Focus group.

L'aspetto di conoscenza è molto importante nel testo risultante dal focus group, ed emerge con chiarezza una tendenza a utilizzare la conoscenza in funzione dello sviluppo della relazione.

«Non sapevamo niente, era veramente troppo poco, quindi è nato questo bisogno da parte nostra, diciamo un bisogno di sapere chi hai davanti per poterlo aiutare.» Focus group.

L'attività di riconoscimento sembra essere il punto di partenza per un obiettivo di *empowerment del paziente* attraverso la *relazione professionale*.

Il bisogno di *riconoscimento* emerge in molte sfumature sia per gli utenti che per gli operatori, a volte come necessità di "sapere chi si ha davanti" a volte come bisogno di far parte di un gruppo, mediante il quale ci si può presentare e in tal modo essere riconosciuti, identificati.

«...il paziente stesso, se gli hai detto che fai parte del "gruppo accoglienza", una parte dell'organizzazione, mi sembra poi sia più disponibile e aperto, anche nei momenti in cui non sei presente e ci sono gli altri colleghi.» Focus group.

Uno strumento fondamentale risulta il *supporto emotivo*, necessario a realizzare un contesto di tranquillità e sicurezza (potremmo ipotizzare anche di *fiducia* nonostante non sia stata utilizzata come categoria nel focus group) che si percepisce come indispensabile per instaurare una relazione funzionale all'*empowerment dell'utente*.

«Non a caso la prima parte del nostro percorso è l'ascolto [...] avete visto cosa è successo l'altro giorno, ecco a me in quella situazione mi è servito fare parte del gruppo accoglienza, doveva mettere il permanente o il temporaneo e lei non voleva, perché nessuno la ascoltava. Ci abbiamo perso un po' di tempo e poi è andata.» Focus group.

La "presa in carico" che ne risulta, tranquillizza il paziente affiancato da un professionista che segue in modo attento eventuali difficoltà (sia biomediche che psicologiche).

«È un servizio che mancava e che abbiamo sentito la necessità di fare per tutte quelle persone che dovevano iniziare la dialisi cercando di poterla fare iniziare in maniera più dolce e organizzata ecco sì, più che mancava, più organizzata.» Focus group.

Tra i codici maggiormente utilizzati quello con maggiore frequenza è stato *coinvolgimento emotivo* (N = 15), seguito da *percorso strutturato* (N = 12), *condivisione* (N = 9), *personalizzazione* (N = 9), *gestione della difficoltà emotiva* (N = 8), *gestione emotiva* (N = 8), *tranquillità* (N = 8). Tra le categorie quella maggiormente presente è stata *riconoscimento* (N = 97). Vedi Figura 1.

Dal modello sembra emergere, come risposta alla domanda «Cos'è l'accoglienza in dialisi?», la seguente definizione

che utilizza le categorie emerse dal materiale raccolto:

**è il processo di riconoscimento della persona che, all'interno del contesto organizzativo della dialisi, attraverso la relazione professionale e il supporto emotivo, trasforma la conoscenza in empowerment per il paziente.**

### Interviste utenti

Attraverso le interviste degli utenti si è cercato di dare una risposta alla domanda di ricerca: «Cosa percepiscono gli utenti?» soprattutto in funzione degli intenti degli operatori.

Sono risultate valide 15 interviste, 4 di queste sono state rivolte a persone che non avevano svolto gli incontri di accoglienza (gruppo K), 11 a persone che avevano completato il percorso. L'età del campione è tendenzialmente alta (la maggior parte degli utenti intervistati hanno più di 70 anni), con una esperienza di dialisi per la maggior parte inferiore ai 2 anni (requisito per il campionamento). Il dettaglio della composizione del campione osservato è riportato nella Tabella II.

Dall'analisi della Tabella dei codici (Tab. III) emerge come vi sia delineato un *pattern* chiaro in cui vengono associate al gruppo X le affermazioni che richiamano accezioni positive, anche attraverso l'evidenziazione dei codici "negativi" corrispondenti nelle interviste degli utenti che non hanno fatto gli incontri previsti dal colloquio di accoglienza (gruppo K).

I codici *speranza* e *accettazione-rassegnazione* sono posi-

zionati nella zona centrale perché riportano una distribuzione molto simile tra i due campioni.

I codici più frequenti nelle interviste al gruppo di utenti che ha svolto gli incontri di accoglienza sono stati *personalizzazione*, *soddisfazione*, *tranquillità*, *fiducia*, *consapevolezza*; nel gruppo di controllo sono stati invece *rabbia*, *rifiuto della malattia*, *sfiducia*, *peso sulla famiglia*. In questo gruppo di controllo, che non ha svolto gli incontri di accoglienza, i codici *clima positivo*, *fiducia*, *informazioni*, *consapevolezza*, *evoluzione*, *partecipazione*, *self-care*, *tranquillità*, *supporto*, *soddisfazione*, *personalizzazione* non sono rappresentati nelle interviste; al contrario solo in questo gruppo vengono espressi i codici *sfiducia*, *isolamento*, *peso per la famiglia* (Tab. III).

I codici risultanti sono stati ricompresi nelle categorie emerse dal focus group (Tab. IV).

Nel gruppo X (pazienti che hanno svolto il percorso di accoglienza) le categorie evidenziate nella definizione del gruppo di accoglienza sono tutte rappresentate in modo positivo; la categoria con il maggior numero di citazioni è *Empowerment del paziente* (Tab. V); nel gruppo di controllo (gruppo K), sono più frequenti gli aspetti negativi e mancano completamente due categorie positive (*Riconoscimento* e *Relazione professionale*).

Attraverso la rappresentazione network dei codici e delle categorie (Fig. 2) è possibile osservare che nel gruppo X, la categoria *Empowerment* dell'utente è situata al centro di una distribuzione equilibrata degli aspetti con una connotazione positiva dell'esperienza di malattia (*tranquillità*, *fiducia* e *consapevolezza*). Le categorie *Riconoscimento* e *Conoscenza* appaiono come più marginali.

La categoria *Empowerment del paziente* è centrale nell'analisi delle interviste rivolte ai pazienti che hanno svolto gli incontri (Fig. 2) e risulta molto scarsa in quelli che non li hanno svolti.

Nella parte destra del grafico sono riportate le codifiche dei codici che portano una maggiore difficoltà di gestione nelle cure; al centro della rete di relazioni è situata *Percezione negativa del contesto organizzativo* che viene contornata (originata o sorretta) dai codici *passività*, *delusione*, *rifiuto della malattia*, *paura* e *rabbia*.

«*Riconoscimento e Conoscenza, che nella definizione del gruppo di operatori dedicato all'accoglienza assumevano gli aspetti iniziali della relazione vengono rappresentati nel grafico come marginali, come se costituissero la parte periferica (potenzialmente utile ad aspetti di primo contatto della relazione) rispetto a un nucleo che comporta aspetti più consistenti di elaborazione ed Empowerment: questa categoria, che si situa al centro delle interazioni rappresentate, costituisce nella definizione degli operatori l'obiettivo dell'intervento stesso. [mi è servito a] capire un po' come era la situazione... i dottori mi avevano detto però spiegato come si svolgeva la cosa, come mi do-*

TABELLA II - Composizione del campione

Codice utente	Fascia di età	Periodo di dialisi	Incontri	
			SI Gr. X	NO Gr. K
	<60-70>	<9m-2a>		
# 03	■	■	■	
# 09		■		■
# 13	■			■
# 14	■	■		■
# 17	■	■		■
# 18		■		■
# 19	■	■		■
# 22		■		■
# 23	■	■		■
# 25		■		■
# 26	■	■		■
# 02		■		■
# 08		■		■
# 24	■	■		■
# 29	■	■		■
	3	5	7	5
		6	4	11
				4

I numeri in alto in corsivo corrispondono ai soggetti intervistati.  
"X" = gruppo che ha fatto l'accoglienza; "K" = gruppo che non ha fatto gli incontri con gli operatori del gruppo di accoglienza.

TABELLA III - Frequenza dei codici nelle interviste agli utenti

	Gruppo X											T	Media	media X	media K	Gruppo K				T	Media
	3	9	13	14	17	18	19	22	23	25	26					2	8	24	29		
Personalizzazione	3	1	7	2	3	1	3	0	3	2	2	27	2,5			0	0	0	0	0	-
Soddisfazione	3	1	1	6	4	1	3	1	1	2	3	26	2,4			0	0	0	0	0	-
Tranquillità	3	0	4	6	1	2	1	0	3	2	2	24	2,2			0	0	0	0	0	-
Fiducia	0	1	6	2	3	0	3	1	1	4	3	24	2,2			0	0	0	0	0	-
Consapevolezza	2	1	0	3	3	0	6	0	2	1	5	23	2,1			0	0	0	0	0	-
Informazioni	3	1	2	2	5	1	3	2	0	2	1	22	2,0			0	0	0	0	0	-
Supporto	0	0	0	1	5	0	0	3	1	2	3	15	1,4			0	0	0	0	0	-
Self_care	0	0	2	3	3	0	3	0	1	0	3	15	1,4			0	0	0	0	0	-
Partecipazione	2	0	3	1	2	0	3	0	1	0	0	12	1,1			0	0	0	0	0	-
Clima+	0	0	2	0	1	0	3	1	0	0	3	10	0,9			0	0	0	0	0	-
Evoluzione	1	1	0	4	0	0	1	0	1	0	2	10	0,9			0	0	0	0	0	-
Accoglienza	0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	1	7	0,6			0	0	1	0	1	0,3
Speranza	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0,4			0	0	0	1	1	0,3
Accettaz	3	1	1	0	0	0	2	7	0	0	0	14	1,3			5	1	0	1	7	1,8
Paura	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	2	0,2			1	2	0	0	3	0,8
Delusione	2	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	7	0,6			1	1	2	0	4	1,0
Passivity	0	1	0	0	0	1	0	4	0	0	0	6	0,5			3	1	0	0	4	1,0
Spersonalizzazione	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	3	0,3			2	0	1	1	4	1,0
Isolamento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-			3	0	1	1	5	1,3
Tristezza	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0,4			1	1	1	2	5	1,3
Peso_famiglia	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1			5	4	0	0	9	2,3
Sfiducia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-			3	4	1	2	10	2,5
Rifiuto_malattia	0	2	0	0	1	1	0	1	0	0	0	5	0,5			1	3	5	2	11	2,8
Rabbia	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,1			0	8	4	1	13	3,3

I numeri in alto in corsivo corrispondono ai soggetti intervistati.

“X” = gruppo che ha fatto l'accoglienza; “K” = gruppo che non ha fatto gli incontri con gli operatori del gruppo di accoglienza; “T” = Totale delle citazioni.

*vevo comportare... un insegnamento su come funzionava questa cosa... gli incontri sono stati utili potevo fare delle domande che non avevo fatto ai dottori, così... magari più che altro è curiosità, e non sapere di cosa si trattava e dove andare a trovarle». Gruppo X.*

Il gruppo di controllo, che non ha svolto gli incontri di accoglienza, ha originato un grafico network tendenzialmente incentrato sugli aspetti negativi (Fig. 3). Il *senso di passività* risulta centrale nella rappresentazione della percezione negativa. Come appare spesso nella pratica, il grafico sembra indicare che la frustrazione della persona (senso di *passività*) si colleghi agli aspetti di *rifiuto della malattia* e si manifesti in aspetti di svalutazione della competenza degli operatori (*Riconoscimento e Relazione professionale*) fino a percepire come negativo e ostile il *Contesto organizzativo*.

## Discussione

### Coerenza delle risposte con gli obiettivi del gruppo

La cultura del gruppo accoglienza sembra realmente influenzare la percezione e l'esperienza degli utenti. Come viene illustrato (Tab. V) le categorie che operazionalizzano il concetto di accoglienza sono state tutte rappresentate nelle risposte degli utenti, in modo decisamente spostato verso gli aspetti positivi. Nel gruppo di controllo si è verificato il fenomeno opposto.

Anche la finalità prospettata nella definizione di accoglienza sembra essere raggiunta: la categoria *Empowerment* viene richiamata con la maggiore frequenza e assume un ruolo centrale all'interno delle interviste agli utenti che hanno ricevuto l'accoglienza.

### Rappresentazione network

La conformazione dei grafici network suggerisce che il contesto organizzativo, quando non viene adeguatamente

**TABELLA IV** - Composizione delle categorie nell'analisi delle interviste

<b>Categorie</b>	<b>CODICI</b>	<b>Categorie</b>	<b>CODICI</b>
Relazione Professionale+	fiducia personalizzazione self_care soddisfazione supporto tranquillità	Conoscenza+	accettaz consapevolezza evoluzione informazioni partecipazione self_care
Relazione Professionale-	delusione isolamento passivity paura rabbia rifiuto_malattia sfiducia	Conoscenza-	isolamento passivity paura rifiuto_malattia
Contesto Organizzativo+	accoglienza clima+ fiducia partecipazione soddisfazione speranza supporto	Riconoscimento+	personalizzazione soddisfazione supporto
Contesto Organizzativo-	delusione isolamento passivity paura rabbia rifiuto_malattia sfiducia	Riconoscimento-	delusione isolamento passivity rabbia sfiducia
Supporto Emotivo+	accoglienza clima+ partecipazione soddisfazione speranza supporto	Empowerment+	accoglienza clima consapevolezza evoluzione fiducia partecipazione personalizzazione self_care soddisfazione speranza supporto tranquillità
Supporto Emotivo-	delusione isolamento passivity paura rifiuto_malattia sfiducia tristezza	Disadattamento	delusione isolamento passivity paura peso_famiglia rabbia rifiuto_malattia sfiducia spersonalizzazione

"X" = gruppo che ha fatto l'accoglienza.

"K" = gruppo che non ha fatto gli incontri con gli operatori del gruppo di accoglienza.

+ = vissuto del paziente positivo

- = vissuto del paziente negativo.

Le percentuali (riportate anche in forma grafica) si riferiscono al totale delle osservazioni all'interno del proprio gruppo.

TABELLA V - Categorie emerse nelle interviste

Categorie	Citazioni		% Del totale	
	X	K	X	K
Conoscenza+	96	7	12%	2%
Conoscenza-	13	23	2%	8%
Contesto Organizzativo+	112	9	14%	3%
Contesto Organizzativo-	21	50	3%	18%
Empowerment	197	2	24%	1%
Disadattamento	38	61	5%	22%
Relazione Professionale+	141	17%		
Relazione Professionale-	21	50	3%	18%
Riconoscimento+	68	8%		
Riconoscimento-	14	36	2%	13%
Supporto Emotivo+	74	2	9%	1%
Supporto Emotivo-	24	42	3%	15%

"X" = gruppo che ha fatto l'accoglienza.

"K" = gruppo che non ha fatto gli incontri con gli operatori del gruppo di accoglienza.

+ = vissuto del paziente positivo

- = vissuto del paziente negativo.

Le percentuali (riportate anche in forma grafica) si riferiscono al totale delle osservazioni all'interno del proprio gruppo.

introdotto tramite una accoglienza studiata può essere visto come "ostile". Questa conformazione trova conferma in alcuni pazienti che creano non pochi problemi di gestione sia clinica sia relazionale all'interno dei servizi di dialisi, un aspetto che mette in luce la necessità di integrare clinica, relazione e organizzazione. In particolare, quando il *sensu di passività* si unisce a una cattiva percezione di *relazione professionale* e si allarga a tutto il *Contesto organizzativo* (Fig. 3) rende conto di alcuni atteggiamenti estremamente critici da parte degli utenti verso i servizi: i comportamenti di rivendicazione e aggressività verso le istituzioni tipici di alcuni utenti («... mi disse: "Cosa vuole lei?". "Cosa voglio?". Ignorante come le capre nere, gli dissi: "Ascolti!..."» Gruppo K).

L'estrema differenza tra le rappresentazioni grafiche dei due gruppi è coerente con l'ipotesi che i valori del gruppo dell'accoglienza non vengono trasmessi casualmente, ma sono dipendenti dall'effettivo svolgimento degli incontri di accoglienza.

### Esiste un effetto dell'accoglienza?

Dal materiale raccolto sembra possibile affermare che esiste un effettivo passaggio delle intenzioni di accoglienza: la cultura del gruppo accoglienza trova valide tracce nelle interviste

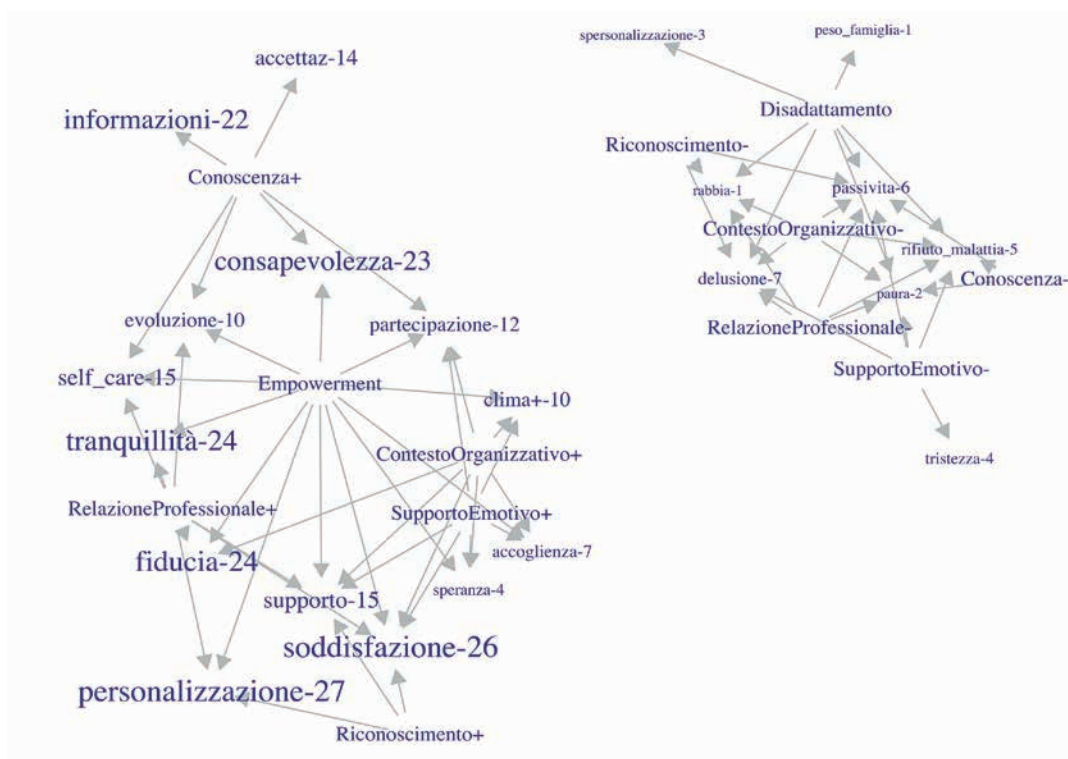
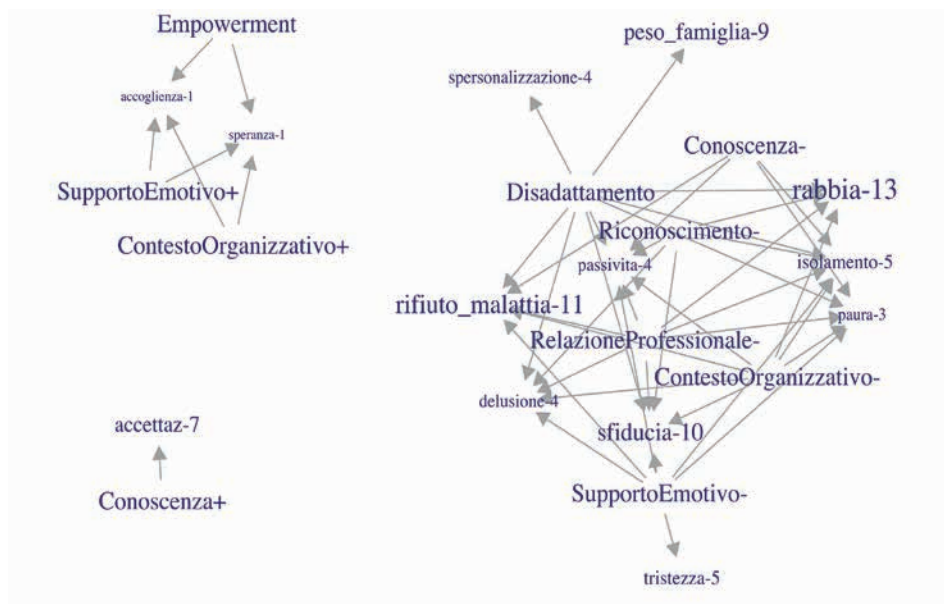


Fig. 2 - Rappresentazione network di codici e categorie emerse nelle interviste del gruppo X (pazienti che hanno ricevuto l'accoglienza strutturata). I nomi senza indicazione numerica rappresentano le categorie. I codici vengono riportati nel grafico con la frequenza rappresentata numericamente e attraverso le dimensioni dei caratteri.





**Fig. 3** - Rappresentazione network di codici e categorie emerse nelle interviste del gruppo K (pazienti che non hanno fatto gli incontri di accoglienza strutturata). I nomi senza indicazione numerica rappresentano le *categorie*. I *codici* vengono riportati nel grafico con la frequenza rappresentata numericamente e attraverso le dimensioni dei caratteri.

dei pazienti. A riprova di tale fenomeno è stato anche osservato che i pazienti che non usufruiscono degli incontri di accoglienza, non solo non riportano tutti i valori ricercati, ma addirittura appaiono connotati da una valenza negativa, confermando le difficoltà presenti per i pazienti di questo tipo descritte in letteratura. È possibile quindi concludere che l'effetto non è casuale anche alla luce del fatto che lo sviluppo del gruppo è avvenuto in un contesto attento alle modalità relazionali, in quanto impegnato proprio in tale percorso di sviluppo di competenze.

#### **Gli effetti in due direzioni**

La chiara polarizzazione degli atteggiamenti riportata nel gruppo X, rispetto al gruppo K fa pensare che non esista una situazione neutra da contrapporre alla situazione di accoglienza: chi entra in dialisi senza una accoglienza tende ad assumere un atteggiamento decisamente sfavorevole, come se esistesse un fattore "disinteresse" che sviluppa negli utenti aspetti negativi; il fattore "interesse" dimostrato nel percorso strutturato di accoglienza sembra in grado di attivare un atteggiamento favorevole verso l'intero percorso di cura. È possibile addirittura che il fattore "disinteresse" sia anche semplicemente "poco interesse" sufficiente a provocare effetti nell'utente. La funzione di accoglienza-ospitalità non agisce quindi su termini neutri, potremmo dire che la mancanza determina effetti nocivi (per gli utenti e la loro interazione con l'organizzazione) mentre la presenza determina aspetti utili, creando i presupposti per un percorso virtuoso di fiducia, *empowerment* e *gratificazione umana* sebbene all'interno di una esperienza di malattia.

#### **Soddisfazione**

Una variabile inattesa è stata la presenza del codice *soddisfazione*, poiché l'ambiente specifico di cronicità obbliga alla permanenza in ambito ospedaliero per diverse ore, più volte alla settimana (solitamente 3 sedute settimanali di 3-4 ore). Nel campione intervistato tale soddisfazione non proviene da un minor stato di malattia quanto dalla possibilità di vivere delle relazioni umane di sostegno e di fiducia, capaci di invertire la valutazione che gli utenti fanno della propria esperienza.

#### **Analisi riflessiva: limiti e possibili sviluppi**

La standardizzazione del gruppo di studio e di quello di controllo non è stata possibile come spesso accade per disegni di ricerca simil (1), sia per la diversa dimensione dei campioni di pazienti intervistati (11 "accolti", 4 "non accolti") che per la possibilità offerta dal contesto reale di randomizzare o scegliere un campione teorico (20): ciò rende difficile generalizzare i dati se non a strutture che riportino lo sviluppo della cultura simile a quello descritto nel paragrafo *Organizzazione del servizio di accoglienza* riportato nella prima parte di analisi dei dati.

L'evento fortuito che ha permesso la suddivisione del campione originario in due popolazioni permette di ridurre il pericolo di *bias* dovuti alla scelta di un campione di comodo.

La tipologia degli utenti intervistati è stata molto varia; oltre che per genere, risultano molto diversi per età e per stato sociale come previsto dalla ricerca qualitativa (Tab. II).

#### **Accettazione-rassegnazione e passività**

I contenuti codificati con *accettazione*, comprendono aspetti di consapevolezza e di rassegnazione; sono presen-

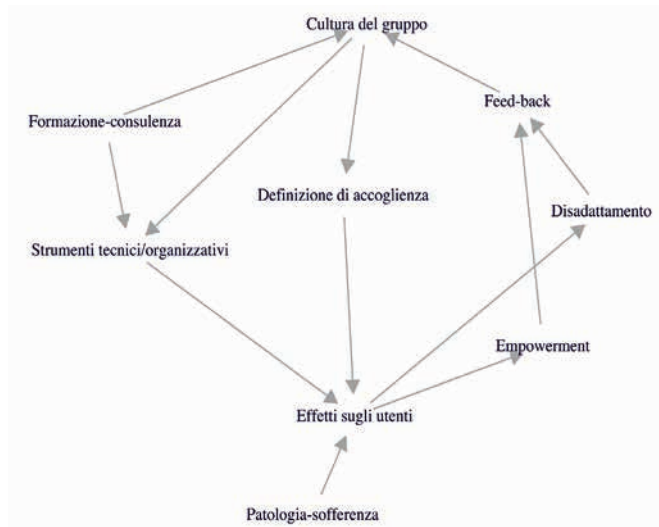


Fig. 4 - Ipotesi di funzionamento della cultura sulla salute degli utenti.

## coinvolgimento emotivo-15



Fig. 5 - Rappresentazione "word cloud" dei codici emersi dal focus group infermieri. I numeri e la dimensione delle parole indicano la frequenza.

ti in entrambi i gruppi e portano a pensare che facciano riferimento a una variabile non influenzata dal contesto ma più strettamente riferita all'individuo. Non è stato quindi utilizzato come indicatore opposto a *rifiuto della malattia* che invece assume una forte presenza nel gruppo che non ha fatto gli incontri paragonata a quella del gruppo di pazienti che li ha invece ricevuti (Tab. III); l'interpretazione del contenuto *accettazione*, anche in funzione dell'utilità nel processo di cura risulta difficile e ambivalente. In modo simile anche il materiale codificato con *passività* è

rappresentato in entrambi i gruppi, sebbene con intensità diversa. È possibile che questi due aspetti riguardino il potenziale di sofferenza personale (effettivamente si trova al centro delle rappresentazioni network, Fig. 2 e Fig. 3) che viene bilanciato nel senso di "affidarsi" piuttosto che "estraniarsi", sulla base di altri contenuti come *fiducia negli operatori, partecipazione e tranquillità* (gruppo X) piuttosto che, *rabia, sfiducia e isolamento* (gruppo K), orientando una situazione di benessere o di malessere, seppure all'interno di un vissuto di malattia.

### Prospettive future

In ultima analisi viene proposto uno schema per illustrare come gli aspetti evolutivi della cultura di gruppo possano influire sulla salute degli utenti decretando l'instaurarsi di circoli viziosi o virtuosi, ma comunque non neutri (Fig. 4).

Riflettendo sulla struttura del grafico si può anche ipotizzare che la *definizione di accoglienza* sia un mediatore centrale tra la *cultura del gruppo* e gli *effetti sull'utente*. Gli aspetti "strumentali" non possono, da soli, sorreggere le sofferenze imposte dalla patologia. In altre ricerche è risultato un effetto mediatore analogo rispetto alla *percezione di malattia*, che determina l'impatto della malattia cronica sulla qualità della vita (21).

«È anche un supporto sia per noi che anche per la persona che uno accoglie, si è qualcosa che poi serve a tutti e due sia all'operatore che alla persona che deve fare la dialisi.» Focus group.

Gli aspetti di soddisfazione che emergono da queste ultime riflessioni sono sicuramente importanti considerandole all'interno degli interventi di prevenzione del *burnout* (23-25): come in altri studi (26) anche in questa ricerca la presenza di stress negli operatori sembra poter essere moderata dalla soddisfazione lavorativa, che si presenta come *feedback* da parte degli utenti. In futuri studi potrebbe essere utile associare alla rilevazione del *burnout* degli operatori gli aspetti di cultura del gruppo di lavoro.

I riferimenti ad altre fonti presenti in letteratura sembrano supportare la possibilità di generalizzare la relazione tra cultura del gruppo di lavoro e percezione di qualità (9).

Il gruppo ritiene che un'adeguata rappresentazione grafica della sintesi che l'intervento di accoglienza ha creato possa essere sinteticamente espresso nella Figura 5.

Le trascrizioni delle interviste sono disponibili come materiale supplementare sul sito [www.gtnd-online.com](http://www.gtnd-online.com).

### Disclosures

Financial support: No financial support was received for this submission.

Conflict of interest: The authors declare no potential conflict of interest in relation to the data reported in this study.

## Bibliografia

1. Gokal R, Figueras M, Ollé A, Rovira J, Badia X. Outcomes in peritoneal dialysis and haemodialysis - a comparative assessment of survival and quality of life. *Nephrol Dial Transplant*. 1999;14(Suppl 6):24-30.
2. Cameron JJ, Whiteside C, Katz J, Devins GM. Differences in quality of life across renal replacement therapies: A meta-analytic comparison. *Am J Kidney Dis*. 2000;35(4):629-37.
3. Ginieri-Coccosis M, Theofilou P, Synodinou C, Tomaras V, Soldatos C. Quality of life, mental health and health beliefs in haemodialysis and peritoneal dialysis patients: investigating differences in early and later years of current treatment. *BMC Nephrol*. 2008;9(1):14.
4. Wolcott DL, Nissenson AR. Quality of life in chronic dialysis patients: a critical comparison of continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) and hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. 1988;11(5):402-12.
5. Ozawa K, Niki S, Yamanouchi S, et al. Factors influencing behavior of taking medicine in elderly patients undergoing hemodialysis. *Open J Nephrol*. 2012;2:38-43.
6. Parvan K, Hasankhani H, Seyyedrasooli A, Riahi SM, Ghorbani M. The effect of two educational methods on knowledge and adherence to treatment in hemodialysis patients: clinical trial. *J Caring Sci*. 2015;4(1):83-93.
7. Kutner NG, Zhang R, McClellan WM, Cole SA. Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*. 2002;17:93-9.
8. Alleyne S, Reiss D, Leonard KJ, et al. Staff security and work pressure: contrasting patterns of stability and change across five dialysis units. *Soc Sci Med*. 1996;43(4):525-35.
9. Meterko M, Mohr DC, Young GJ. Teamwork culture and patient satisfaction in hospitals. *Med Care*. 2004;42(5):492-8.
10. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden: exploring the perspectives of patients at the end of life. *Soc Sci Med*. 2007;64(2):417-27.
11. Gregory DM, Way CY, Hutchinson TA, Barrett BJ, Parfrey PS. Patients' perceptions of their experiences with ESRD and hemodialysis treatment. *Qual Health Res*. 1998;8(6):764-83.
12. Al-Arabi S. Quality of life: subjective descriptions of challenges to patients with end stage renal disease. *Nephrol Nurs J*. 2006;33(3):285-92.
13. Friedman V, Razer M, Sykes I. Towards a theory of inclusive practice: an action science approach. *Action Res*. 2004;2(2):167-89.
14. Lewin K. *Resolving Social Conflict*. Harper and row (trad. it. I conflitti sociali. Milano Franco Angeli, 1980); 1948.
15. Charmaz K. "Discovering" chronic illness: using grounded theory. *Soc Sci Med*. 1990;30(11):1161-72.
16. Bowman KW, Martin DK, Singer PA. Quality end-of-life care. *J Eval Clin Pract*. 2000;6(1):51-61.
17. Ronggui H. R-based Qualitative Data Analysis (R package). 2012. <http://rqda.r-forge.r-project.org/>.
18. Fellows I. wordclouds: Word Clouds (R package). 2013. <http://cran.r-project.org/package=wordcloud>.
19. R\_Development\_Core\_Team. {R: A Language and Environment for Statistical Computing}. 2010. <http://www.r-project.org/>.
20. Glaser BG, Strauss AL. *La Scoperta Della grounded theory*. Armando Editore; 2009.
21. Devins GM, Binik YM, Hutchinson TA, Hollomby DJ, Barré PE, Guttman RD. The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *Int J Psychiatry Med*. 1983-1984;13(4):327-43.
22. Rogers C. *La Terapia Centrata sul Cliente*. Firenze: Martinelli; 1994.
23. Demerouti E, Mostert K, Bakker AB. Burnout and work engagement: A thorough investigation of the independency of both constructs. *J Occup Health Psychol*. 2010;15(3):209-22.
24. Garman AN, Corrigan PW, Morris S. Staff burnout and patient satisfaction: Evidence of relationships at the care unit level. *J Occup Health Psychol*. 2002;7(3):235-41.
25. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1611-7.
26. Hayes B, Bonner A, Douglas C. Haemodialysis work environment contributors to job satisfaction and stress: a sequential mixed methods study. *BMC Nurs*. 2015;14:58.