

La relazione e la comunicazione con la persona assistita

I risultati di un'indagine sul colloquio infermieristico all'ingresso tra il personale infermieristico di medicina, chirurgia ed area critica degli ospedali milanesi

Poche attività cliniche richiedono un'abilità personale notevole come una buona raccolta dell'anamnesi.

G. Cosmacini, C. Rugarli,
Introduzione alla medicina, 2000

La discussione teorica che - a partire dalla seconda metà del secolo scorso in Nordamerica e successivamente in Europa e in Italia - ha accompagnato il processo di professionalizzazione dell'assistenza infermieristica ha spesso sottolineato, nell'affermare la *natura specifica del nursing*, che esso è *qualcosa di più* dell'insieme degli interventi tecnici che gli infermieri, nell'ambito del rapporto di collaborazione con il medico di tipo prevalentemente subordinato ed esecutivo, dedicano alla guarigione del malato¹. Secondo la quasi totalità dei teorici del nursing, pur nelle diverse sfumature che caratterizzano le diverse concezioni, l'assistenza infermieristica consiste essenzialmente nell'*assumere come problema sanitario di propria competenza* - e, dunque, come elemento fondativo della *necessità sociale di formare infermieri* e come motore della *prassi clinica* - non tanto la *malattia*, quanto le sue *conseguenze di tipo fisiologico, psicologico e sociale sul vivere quotidiano e sull'autonomia della persona malata*, considerata *in toto*, secondo una prospettiva *olistica*.

P. C. Motta

Coordinatore dei tirocini e Docente di Metodologia dell'assistenza infermieristica DU per Infermiere - Università Vita-Salute San Raffaele di Milano

J. Florian

Infermiera, Neurologia, IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano

Per tale motivo, la teoria e la prassi infermieristica hanno particolarmente a cuore il concetto di *personalizzazione*, poiché - se è possibile concepire la malattia come un evento che si manifesta in forma pressoché assimilabile per tutti gli individui - non altrettanto può sostenersi per i *bisogni di assistenza infermieristica*, anche nel caso siano manifestati da persone con i medesimi processi morbosi in atto. Personalizzare l'assistenza, dunque, significa riconoscere il modo *particolare* con cui ciascuna persona manifesta il proprio quotidiano bisogno di mangiare, muoversi, essere pulita, ecc. ed agire di conseguenza, ricercando ed adottando interventi mirati e possibilmente non esposti ai rischi della *routine*². In tale ottica, assume rilevanza la *qualità della relazione e della comunicazione* che si instaura tra infermiere e persona assistita. Infatti l'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, svolge - nel prendersi quotidianamente cura del malato - una *funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo*, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé. In tale

contesto, vengono attuate differenti forme di comunicazione, a partire dalla *raccolta delle informazioni al momento dell'ingresso*. Essa ha per obiettivo una prima comprensione della persona assistita nella sua interezza: i malati che l'infermiere assiste custodiscono un mondo di sentimenti, valori, paure e risorse che solo una adeguata raccolta di informazioni permette di interpretare ed utilizzare per la pianificazione delle prestazioni infermieristiche.

Il momento professionale che concretamente instaura tale relazione è il *colloquio infermieristico*: esso è elemento fondante e costante del *processo di assistenza infermieristica*, le cui regole metodologiche orientano l'infermiere nell'*individuazione dei bisogni*, nell'assunzione di *decisioni cliniche*, nella realizzazione di specifici interventi assistenziali e nella *valutazione* dell'assistenza erogata³. Il colloquio infermieristico permette di esaminare la situazione clinica di una persona ed il suo stato di salute, di formulare ipotesi diagnostiche sui principali problemi di competenza infermieristica e di riconoscere i punti di forza del malato. Solo attraverso una continua *relazione dialogica*, avviata al momento del ricovero, ripresa durante l'arco della degenza ed accompagnata da osservazioni ed esame obiettivo, è possibile *pianificare*, cioè stabilire e perseguire realistici obiettivi di assistenza infermieristica, in termini di promozione, mantenimento o recupero di un determinato stato di salute. In altre parole, tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica seguono e dipendono direttamente dalla raccolta delle informazioni, poiché un problema di salute effettivo o potenziale non si può risolvere se prima non viene correttamente identificato.

Le *forme* che il colloquio infermieristico può assumere in ambito ospedaliero sono varie: in genere, consiste nell'incontro finalizzato alla raccolta e allo scambio di informazioni significative per l'assistenza infermieristica con la persona assistita e la sua famiglia. Fonte preferenziale delle informazioni è infatti il malato, qualora le condizioni cliniche lo permettano, e - nel rispetto dei vincoli di privacy - il nucleo delle persone significativo sul piano affettivo. Il colloquio necessita di un luogo idoneo, che garantisca un clima di tranquillità ed il progressivo instaurarsi di un rapporto fiducioso ed empatico tra infermiere e malato, al fine di favorire la libera espressione da parte di questi, senza il timore di essere giudicato o rifiutato.

Gli infermieri, nel loro complessivo cammino di crescita culturale e professionale, hanno dunque progressivamente compreso la rilevanza della comunicazione col malato nell'assistenza infermieristica. Essa rappresenta oggi un *habitus professionale* giustamente valorizzato anche sul piano *deontologico*. Si pensi, ad esempio, ai contenuti del *Patto Infermiere-Cittadino*, pubblicato il 12 maggio 1996 dalla Federazione Nazionale Collegi IP.AS.VI. e successivamente incluso come parte integrante del nuovo Codice Deontologico del 1999: "Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a: [...] Sapere chi sei, riconoscerti, chiamarti per nome e cognome. [...] Individuare i tuoi bisogni di assistenza, dividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi. Insegnarti quali sono i comportamenti più adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute nel rispetto delle tue scelte e stile di vita". In aggiunta, nel nuovo *Codice Deontologico* si legge all'articolo 4 (Rapporti con la persona assistita): "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte (4.2). L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura (4.3)".

Colloquio infermieristico e prassi clinica: le attuali problematiche

Se è possibile affermare, su un piano teorico, l'importanza della relazione e del dialogo allo scopo di garantire un'assistenza personalizzata, occorre tuttavia riconoscere che, su quello pratico, resta ancora da compiersi il percorso di *adozione sistematica ed efficace di procedure e strumenti di colloquio infermieristico in ambito ospedaliero*, sia nel momento dell'accettazione sia durante la degenza. Risalgono alla metà degli anni Ottanta i primi studi significativi, condotti negli Stati Uniti, sull'applicazione del processo di assistenza infermieristica e sulla *competenza metodologica e relazionale degli infermieri*⁴. Tali ricerche, che ponevano dunque l'accento sul *fattore individuale*, evidenziavano che, anche se in ambito formativo veniva insegnato come raccogliere i dati in una determinata situazione, gli infermieri poi non utilizzavano le informazioni per prendere

decisioni nella pratica professionale⁵; inoltre, rilevano forti *variabilità legate all'esperienza*: mentre gli infermieri più esperti erano in grado di formulare, durante un colloquio, domande più accurate e mirate, nei 'novizi' si riscontrava la tendenza ad ignorare le informazioni in conflitto con le ipotesi iniziali.

Altri studi hanno cercato di verificare il *legame tra processo di assistenza infermieristica, raccolta delle informazioni e fattori organizzativi*⁶. Sono così emersi i limiti della *cultura tecnicista propria del servizio sanitario contemporaneo*, che implica spesso *modello organizzativi* orientati al controllo del proprio funzionamento più che dei risultati ottenuti. In tale scenario dominante, si colloca la svalutazione del ruolo infermieristico, che finisce per appiattirsi su prevedibili *mansioni di carattere esecutivo*, che non richiedono alcuna *raccolta di informazioni* per la pianificazione dell'assistenza⁷. Permangono così inalterate le ragioni di fondo su cui si fonda l'organizzazione dell'assistenza infermieristica 'per compiti', secondo la quale si determina la *ripartizione delle attività fra il personale infermieristico presente in un determinato turno di servizio*. Nel modello organizzativo per compiti, non è prevista l'assegnazione di un gruppo di pazienti alla responsabilità professionale di un infermiere formalmente incaricato, né si riconosce necessario formulare piani individuali di assistenza infermieristica: l'esecuzione del compito prescinde quindi dall'identificazione di un bisogno e dalla raccolta di informazioni mediante un colloquio sistematico, realizzandosi sovente nell'offerta, routinaria ed indiscriminata, di una certa prestazione alla totalità degli assistiti⁸.

COLLOQUIO INFERMIERISTICO E FATTORI CHE LO INFLUENZANO: UNA PROPOSTA DI CLASSIFICAZIONE

Le evidenze proposte dagli studi pubblicati in letteratura scientifica confermano dunque le nostre più immediate intuizioni circa la *numerosità delle variabili* che intervengono nel determinare la concreta possibilità di *adottare in forma sistematica ed efficace procedure e strumenti di colloquio infermieristico in ambito ospedaliero*.

Si riconoscono, infatti:

1. *fattori di tipo individuale* (legati dunque all'infermiere in quanto professionista sanitario): comprendono la formazione di base ricevuta (dotazione di conoscenze e competenze acquisite), quella post-base (dotazione di conoscenze e competenze

modificate, perfezionate, ecc.), l'esperienza accreditata (anzianità, curriculum professionale, ecc.), variabili 'sociologiche strutturali' (età, sesso, scolarità di base, ecc.);

2. *fattori legati all'assistenza infermieristica in quanto professione sanitaria*: comprendono la tipologia delle persone assistite e dei loro bisogni, le informazioni necessarie all'erogazione dell'assistenza, la natura dei risultati attesi, ecc.
3. *fattori legati al contesto sociosanitario ed organizzativo*: comprendono i ruoli e le funzioni esercitate dalla professione infermieristica, l'organizzazione del lavoro e le modalità di gestione dei processi, le caratteristiche dei sistemi e degli strumenti informativi, la mission e la cultura organizzativa, ecc.

1. I fattori di tipo individuale

Per l'infermiere non è sufficiente possedere la *capacità 'tecnica' di raccogliere un'informazione*, ma è necessario padroneggiare una *piena competenza relazionale e comunicativa*, che si manifesta - ad esempio - nell'approccio empatico, necessario per comprendere quel particolare malato, nel parlare il suo *linguaggio*, nel manifestare, in modo implicito o esplicito, la volontà di riceverlo ed assisterlo. Tutte queste capacità sono il risultato di un' *equilibrata mescolanza di qualità personali, conoscenze acquisite ed esperienza professionale maturata*, cosicché si può sostenere che ciascun infermiere partecipa in modo unico alla relazione con la persona assistita, definendo e scegliendo le modalità a sé più idonee, pur in un quadro metodologico condiviso dall'intera équipe assistenziale.

Il ruolo dei *curricula formativi* nell'apprendimento di una tale competenza metodologica, relazionale e comunicativa è evidente. Tuttavia, la tumultuosa evoluzione della formazione infermieristica nell'ultimo decennio ha sortito una consistente disomogeneità tuttora presente sul territorio nazionale circa l'applicazione dei programmi, di modo che risulta fortemente sperequato l'apprendimento individuale. Infatti, non tutti gli infermieri, nella loro formazione di base, hanno potuto studiare ed esercitarsi a mettere in pratica un colloquio infermieristico con il medesimo grado di approfondimento.

Anche la formazione permanente ricevuta da ogni infermiere attualmente in servizio è quantitativamente e

qualitativamente varia. Essa può risultare fortemente dipendente dalla volontà del singolo di riceverla, come dalle modalità con cui viene offerta: ad esempio, alcuni infermieri, percepita la necessità di ampliare alcune conoscenze non ricevute in materia di competenza relazionale e comunicativa, possono aver considerato la possibilità di effettuare corsi di aggiornamento o altro, mentre altri possono aver ignorato la medesima carenza; un'azienda può aver incentivato e facilitato la formazione permanente, mentre un'altra può averla ostacolata, magari con vincoli organizzativi.

Infine, l'esperienza lavorativa, che comprende anzianità di servizio, ambiti di esercizio, specializzazioni, può incidere variamente sulle effettive capacità del professionista di raccogliere informazioni.

2. I fattori legati all'assistenza infermieristica in quanto professione sanitaria

L'infermieristica è una scienza *prescrittiva*, connessa cioè ad uno *scopo pratico ed applicato*: l'infermiere è in relazione e comunicazione con la persona assistita non allo scopo di 'conoscere per conoscere', ma di 'conoscere per fare'. In questo senso, la raccolta delle informazioni durante il colloquio deve essere finalizzata alla *pianificazione dell'assistenza infermieristica*. Per l'infermiere, come per qualsiasi altro professionista della salute, è fondamentale prendere delle decisioni e quindi risulta necessario disporre di informazioni precise ed esaurienti, sulle quali basarsi per effettuare scelte adatte al singolo malato. Si è detto che la comprensione della persona assistita, con i suoi bisogni e le sue risorse, fa dell'infermiere lo 'strumento' attraverso il quale viene soddisfatta l'attesa di salute, e non il mero 'fornitore' di risposte preconfezionate a prescindere dall'individuo. L'adozione di una *documentazione infermieristica di tipo professionale*, cioè in grado di gestire tutte le informazioni utili all'infermiere per programmare, e effettuare e valutare le prestazioni infermieristiche, non nasce unicamente da un dovere di tipo giuridico, ma, ancor prima, da una necessità squisitamente disciplinare, attinente la natura stessa dell'assistenza infermieristica, che sulla documentazione dei dati raccolti imposta l'azione professionale ai problemi specifici di salute di ciascun assistito.

Tuttavia, in relazione alla *tipologia dei servizi e delle unità operative*, il colloquio finalizzato alla raccolta dei dati può essere ostacolato dalla partico-

lare *situazione clinica del malato* (si pensi ad esempio ai malati con perdita di coscienza, ricoverati in area critica) o, ancora, dalla brevità della *durata della degenza* (come per gli interventi in day-hospital). Se i risultati attesi in una certa divisione chirurgica sono 'semplicemente' la rapida guarigione e dimissione della persona assistita, inevitabilmente le attività dell'infermiere saranno concentrate sull'esecuzione di *procedure diagnostiche e terapeutiche*, rispetto alle quali buona parte dei dati sono già stati raccolti ed utilizzati nel processo decisionale dal medico: l'impegno nel colloquio sarà, giocoforza, più limitato. Tuttavia, in alcuni casi può mancare la consapevolezza della *specificità dei dati raccolti o raccogliibili dagli infermieri*, che possono essere spinti a considerare tale attività una *inutile ripetizione dell'anamnesi medica*, rinunciando o riducendo fortemente questo momento qualificante della loro stessa attività.

3. I fattori legati al contesto sociosanitario ed organizzativo

Un concreto impulso alle attività relazionali e di comunicazione con il malato può derivare dalle *funzioni esercitate nell'ambito dell'assistenza infermieristica da una determinata unità operativa*. Ad esempio, le strutture che si occupano, oltre che dell'assistenza, della *formazione degli studenti o di ricerca*, sono stimolate ad approfondire maggiormente la conoscenza dei malati tramite adeguati *sistemi e strumenti informativi, che offrono un'assistenza più attenta e precisa e garantiscono una continuità del processo assistenziale*.

Del resto, l'*organizzazione del lavoro* in ogni unità può incidere anche considerevolmente sulla disponibilità degli infermieri a svolgere al meglio il colloquio. Il 'peso' sull'assistenza infermieristica delle variabili connesse ai modelli organizzativi e di gestione dei processi adottati, ai tempi e al carico di lavoro, alla compresenza di strumenti ritenuti alternativi alla raccolta personalizzata delle informazioni, quali protocolli e procedure è uno dei punti di discussione più intensi tra i teorici⁹.

In alcune unità operative le attività assistenziali sono standardizzate con protocolli o procedure: è possibile che, in questi casi, ci sia una tendenza ad applicarli in modo rigido, riducendo l'approccio individualizzato e creativo. Al contrario, la presenza di una *cartella infer-*

mieristica ed il suo utilizzo sistematico possono influenzare positivamente il colloquio e la qualità dell'esecuzione della raccolta dati: la cartella, infatti, può essere allo stesso tempo uno *stimolo*, una *guida per la relazione tra infermiere e malato* e un supporto necessario per la registrazione dei dati già raccolti.

Incidono sulla comunicazione con la persona assistita anche i *modelli di collaborazione intra ed inter-professionali e con le figure di supporto*, le cosiddette *'interdipendenze di processo'*. L'infermiere, anche se professionista autonomo e responsabile dell'assistenza erogata, non si trova mai a dover svolgere la sua attività totalmente da solo, prendendo decisioni monadiche: egli appartiene ad una *équipe di operatori sanitari che insieme collaborano per l'interesse del malato*, all'interno di un *contesto organizzativo* che regola le attività della singola unità operativa.

Spesso la qualità dell'esecuzione della raccolta dati e della sua registrazione in una cartella infermieristica dipende dal *grado di collaborazione all'interno dell'équipe infermieristica*, oppure dal *grado di coesione tra il gruppo infermieristico e medico*, fatte salve l'*esclusività delle competenze* e l'*inutilità di raccogliere dati già raccolti da altri*.

Il colloquio e l'esecuzione della raccolta dati, in realtà, dovrebbero portare ad un miglioramento della collaborazione e coesione del gruppo di lavoro, attraverso *momenti di discussione sui casi clinici e di scambio reciproco di informazioni*¹⁰.

Infine, occorre considerare la *cultura organizzativa* (ideali di efficienza ed efficacia, modelli di burocratizzazione ed economicismo, ecc.). Spesso gli infermieri si trovano a dover mediare tra una concezione di assistenza che si rifà all'approccio olistico al malato e alla continuità operativa e le *strategie aziendali di applicazione dei principi di efficacia, efficienza ed economicità*. Una struttura operativa orientata alla sola *efficienza tecnica* ed al solo *'guardare biologico'* della persona assistita, tende a non riconoscere pienamente il valore del colloquio e di una accurata e completa raccolta dati.

IL COLLOQUIO INFERMIERISTICO: UN'INDAGINE SVOLTA TRA IL PERSONALE INFERMIERISTICO DEGLI OSPEDALI MILANESI

Sulla base delle premesse teoriche e dei fattori di influenzamento classificati nei paragrafi precedenti, è stata recentemente realizzata una ricerca sul

campo, di tipo prevalentemente descrittivo, finalizzata a raccogliere ed analizzare l'*opinione di un campione rappresentativo di infermieri in servizio presso strutture ospedaliere di Milano* in tema di colloquio infermieristico e di modalità con cui vengono concretamente realizzate, nella propria realtà di lavoro, la raccolta, la gestione e la documentazione delle informazioni infermieristiche¹¹.

1. Campione e sedi di rilevazione

Il *campione* è stato selezionato attraverso i seguenti passi:

- preliminarmente individuazione delle *strutture ospedaliere sede di rilevazione*;
- individuazione, per ciascun ospedale, di tre *aree clinico-operative omogenee* (medicina, chirurgia, area critica), in considerazione del fatto che la variabilità legata alla *specializzazione clinica* può incidere significativamente sul fenomeno indagato;
- selezione di un *campione casuale di infermieri rispondenti*, appartenenti a ciascuna area clinico-operativa di ciascun ospedale.

Dal punto di vista quantitativo, il campione è stato teoricamente stabilito in *almeno dieci rispondenti per ciascuna unità operativa*. Tale misura ha permesso di comprendere la *maggioranza del personale in organico* e di ottenere un gruppo complessivo di *210 rispondenti*.

L'indagine è stata condotta in *sette grandi ospedali di Milano*:

- I.R.C.C.S. Ospedale Maggiore di via F. Sforza, 28;
- Az. Osp. Fatebenefratelli e Oftalmico di corso di Porta Nuova, 23;
- Az. Osp. San Carlo Borromeo, di via Pio II, 3;
- Az. Osp. Sacco di via G. B. Grassi, 74;
- Az. Osp. Niguarda Ca' Granda, di piazza Ospedale Maggiore, 3;
- Az. Osp. San Paolo di via A. di Rudinì, 8;
- I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele di via Olgettina, 60.

La scelta di questi ospedali, quali sedi della rilevazione, è stata motivata dai seguenti criteri:

- la *dimensione aziendale ed economica* degli enti, riferita alla disponibilità di posti letto e alla degenza, agli altri parametri di economia sanitaria, alla quantità e qualità delle prestazioni erogate, alla quantità e qualità dei fattori produttivi - considerato in specie l'organico infermieristico - ha permesso di considerarli *omogenei per grandezza*;

- la *collocazione territoriale* nell'area metropolitana (si consideri che sono compresi 5 dei 7 ospedali pubblici che afferiscono alla *Direzione Generale per la sperimentazione della rete ospedaliera*) accomuna questi enti in una rete di forti interdipendenze, non solo tecnico-logistiche, ma anche in riferimento alla cultura organizzativa, allo scambio professionale di *know-how* ed alla stessa mobilità delle risorse umane;
- l'*ampiezza in ordine alla personalità giuridica e sociale* delle strutture (aziende ospedaliere ed I.R.C.C.S., ospedali a carattere pubblico o privato, ecc.);
- la *presenza*, in tutte i 7 ospedali considerati, di una *sezione del Corso di DU per Infermiere* dell'Università degli Studi di Milano.

Sono state individuate, per ciascun ospedale, *tre aree clinico-operative omogenee*, nelle quali identificare successivamente le tre specifiche unità operative nelle quali condurre l'indagine. Tale passaggio si è reso necessario per ottenere un insieme di realtà di reparto che permettesse l'elaborazione di *dati confrontabili in ragione della specializzazione clinica*. La specializzazione clinica può infatti rappresentare un *fattore di influenzamento della raccolta dati* poiché, in ragione di essa, si modificano la diagnosi e la tipologia dei problemi di salute delle persone ricoverate, i processi diagnostici e terapeutici messi in atto durante la degenza e, di conseguenza, una consistente parte della pianificazione assistenziale.

Per ciascun ospedale si è individuato, su indicazione dei Responsabili dei relativi Servizi Infermieristici:

- un'unità operativa dell'area medica, ove possibile non ultra-specialistica;
- un'unità operativa dell'area chirurgica, ove possibile non ultra-specialistica;
- un'unità operativa dell'area critica, ove possibile la rianimazione generale.

In totale, sono state dunque individuate *21 unità operative* (1 di ciascuna area per ciascun ospedale).

2. Tecnica di rilevazione: il questionario

Il questionario è stato opportunamente costruito in modo da comprendere:

- una *sezione* di domande relative alle *variabili sociologiche strutturali* (età, sesso, scolarità di base);
- una *sezione* relativa alla conoscenza dei *fattori*

individuali legati all'infermiere (formazione di base, formazione permanente, esperienza professionale);

- una *sezione* relativa alla conoscenza dei *fattori legati all'assistenza infermieristica* (tipologia delle persone assistite, problemi di salute trattati, risultati attesi di assistenza infermieristica);
- una *sezione* relativa al *contesto sociosanitario ed organizzativo* (organizzazione del lavoro e modalità di gestione dei processi, mission e cultura organizzativa);
- una *sezione* relativa alle *modalità messe in atto per il colloquio e la raccolta dei dati* e alla natura dei *sistemi e degli strumenti informativi utilizzati*.

Il questionario è risultato composto da *34 domande*, la maggior parte a risposta multipla. L'infermiere è stato invitato a rispondere alle domande in forma strettamente anonima e secondo alcune indicazioni contenute nel frontespizio, nel quale era dunque ribadita la riservatezza delle risposte raccolte ed esplicitato lo scopo dell'indagine.

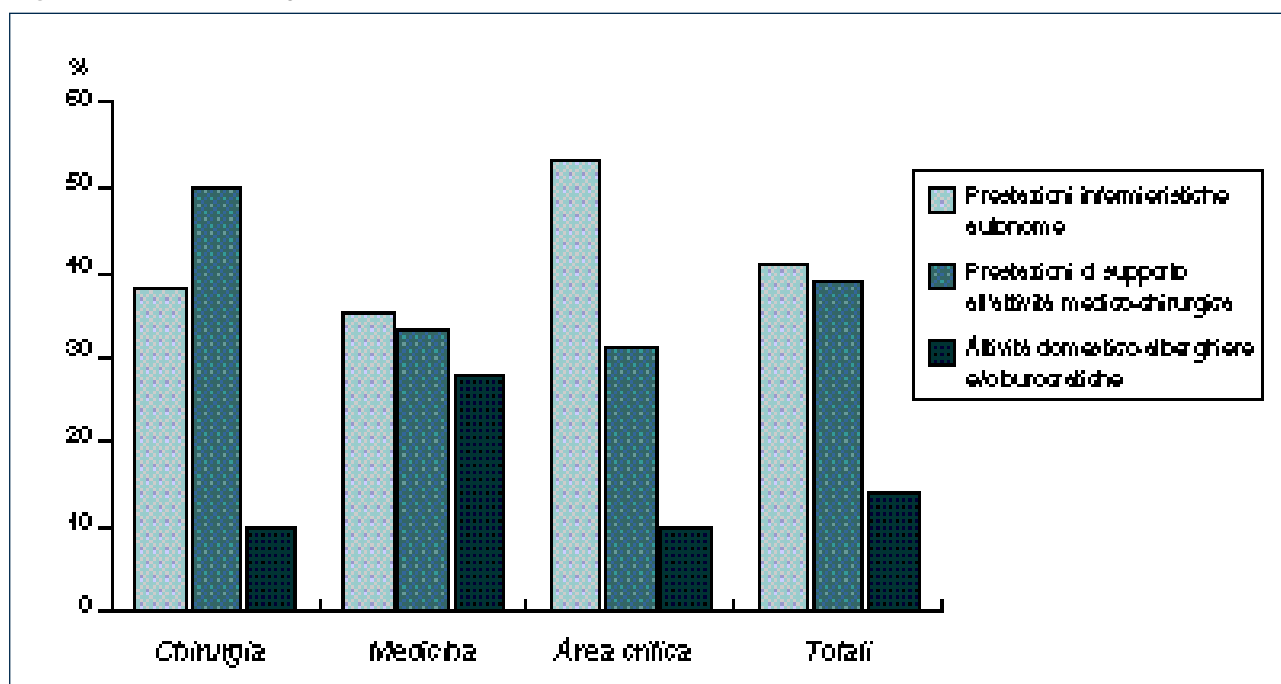
3. Tempi e metodi di rilevazione ed elaborazione dei dati

Il questionario è stato *consegnato personalmente* ai rispondenti, tramite la supervisione del Responsabile del Servizio Infermieristico e dei Capisala delle unità operative interessate. La distribuzione del questionario è iniziata nel mese di *giugno 2000* e si è conclusa nel mese di *agosto*. I dati raccolti sono stati memorizzati in tabelle elettroniche al fine di consentirne una successiva elaborazione statistica. Preventivamente, si è proceduto a realizzare uno schema teorico delle modalità di risposta da accettare per ciascuna variabile. Tale operazione ha dato origine alla *Base Dati* usata nelle analisi specifiche per ciascuna variabile.

COMMENTO DI ALCUNI RISULTATI SIGNIFICATIVI DELL'INDAGINE SVOLTA

A fronte di un campione stabilito in 210 infermieri, sono stati restituiti 188 questionari correttamente compilati (percentuale di risposta: 89,5%). La modesta riduzione del numero dei rispondenti non ha prodotto distorsioni significative sul campione, che si è mantenuto omogeneo rispetto alle aree clinico-operative (64 rispondenti per l'area chirurgica, 58 per l'area medica, 66 per l'area critica).

Figura 1. Percezione del grado di autonomia (valori percentuali).



A. La percezione del grado di autonomia della propria attività

Una prima variabile indagata che presenta, a nostro parere, un certo interesse concerne la percezione, da parte dei rispondenti, del grado di autonomia della propria attività. Infatti, la considerazione, più o meno ampia, dell'assistenza infermieristica come spazio di autonomia e di responsabilità è un potenziale *fattore di influenza della comunicazione col malato e della procedura di raccolta dei dati*.

Considerando la totalità dei rispondenti, per il 44% degli infermieri l'attività svolta è prevalentemente autonoma, per il 40% è prevalentemente di supporto all'attività medica, per il restante 16% è prevalentemente di tipo domestico-alberghiere o burocratico (e, quindi, improprio!). Tali valori si modificano sostanzialmente se vengono scorporati ed analizzati in forma condizionata a ciascuna area clinico-operativa: mentre l'attività svolta è ritenuta prevalentemente autonoma nelle aree mediche (36%) e critiche (55%), in chirurgia l'attività è giudicata prevalentemente di supporto all'iter diagnostico e terapeutico connesso all'intervento chirurgico (51%) (Fig. 1).

Dunque, seppure - a livello aggregato - la maggioranza relativa dei rispondenti percepisce l'assistenza infermieristica come attività autonoma, *permane una consi-*

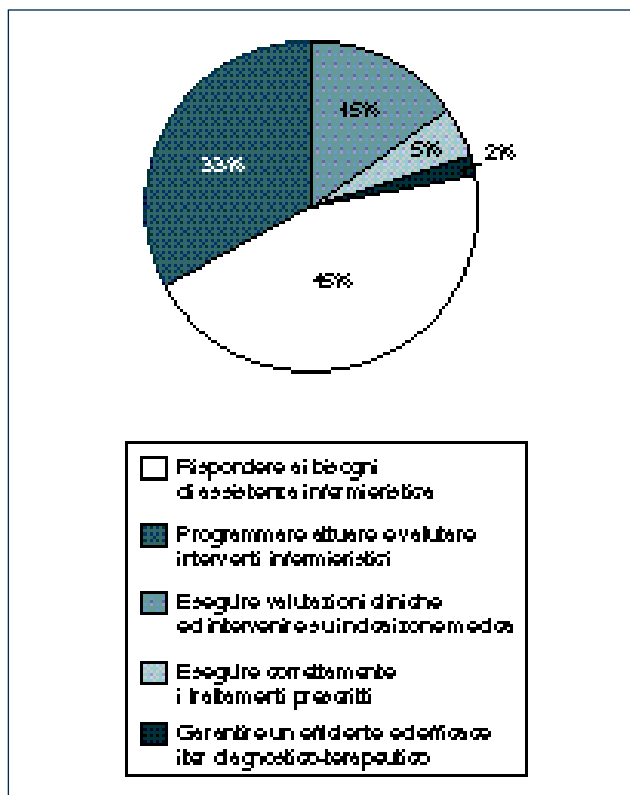
stente porzione di infermieri che ritiene il proprio lavoro come soprattutto orientato al medico o consistente nel 'buon andamento del reparto', fatto piuttosto preoccupante anche in considerazione della attuale e drammatica questione della carenza di personale.

In ogni caso, il 65% del totale dei rispondenti ha dichiarato - in risposta ad una domanda relativa ai limiti che quotidianamente incontra nella propria attività professionale - di desiderare una maggiore autonomia d'azione ed una maggiore responsabilizzazione.

B. La percezione dello specifico professionale

I significati assunti dalle modalità di risposta alla precedente variabile si riconfermano analizzando una variabile di indagine connessa: la *funzione che meglio identifica la competenza specifica* dell'assistenza infermieristica. Alla domanda 'Quale attività ritiene che oggi identifichi meglio la professione infermieristica?', la modalità di risposta più frequente (43%) è stata 'Rispondere con competenza e globalità ai bisogni di assistenza infermieristica', seguita da 'Programmare, attuare e valutare interventi infermieristici' (31%). Risposte di significato più affine alla concezione subordinata all'attività medica quali 'Eseguire valutazioni cliniche ed intervenire su indicazione medica', 'Eseguire correttamente i trattamenti prescritti' e

Figura 2. Percezione dello specifico professionale (valori percentuali).



‘Garantire un efficiente ed efficace iter diagnostico-terapeutico’ hanno ottenuto complessivamente una frequenza relativa del 21%. Anche in questo caso, la preferenza verso quest’ultimo gruppo di modalità aumenta se si considera il solo ambito chirurgico (27%) (Fig. 2).

C. L’adesione ai dettami del Profilo professionale

L’indagine considera anche l’opinione dei rispondenti circa il grado di accordo con le funzioni e gli ambiti di responsabilità previsti dal DM 739/94 (*Profilo professionale dell’infermiere*). In questo caso, i risultati sono estremamente positivi: il 97% è d’accordo con l’affermazione che ‘l’infermiere è responsabile dell’identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona’; il 94% con l’affermazione che ‘l’infermiere è responsabile della formulazione degli obiettivi di assistenza infermieristica’; il 95% con l’affermazione che ‘l’infermiere è responsabile della pianificazione, gestione e valutazione degli interventi infermieristici’; l’82% con l’affermazione che ‘l’infermiere è responsabile della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche’.

D. Le opinioni sul colloquio e sulla raccolta delle informazioni di pertinenza infermieristica

L’indagine sulla percezione di ruolo degli infermieri è poi seguita da quella sulle attività che più direttamente concernono la comunicazione e la relazione con la persona assistita ed il colloquio finalizzato alla raccolta delle informazioni su cui basare il piano di assistenza infermieristica.

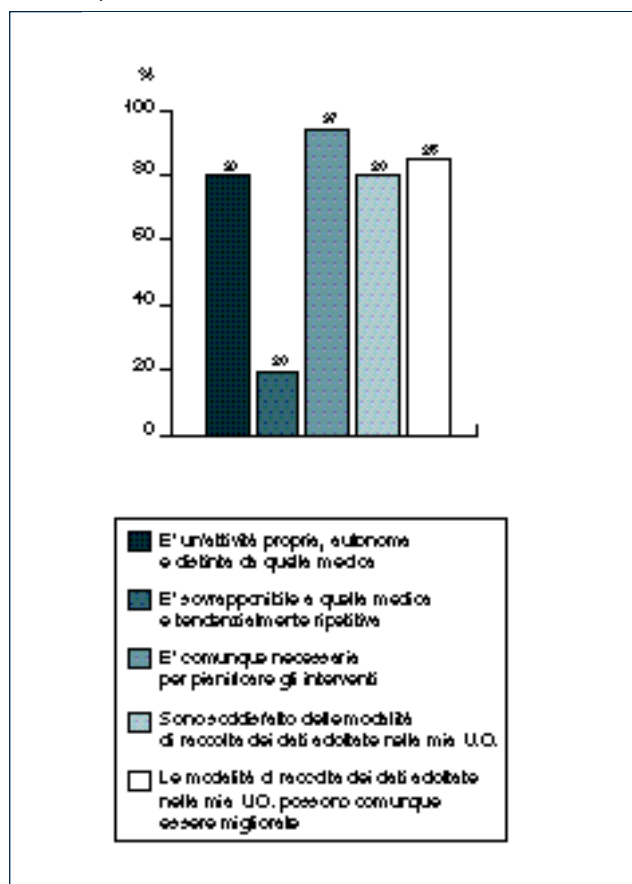
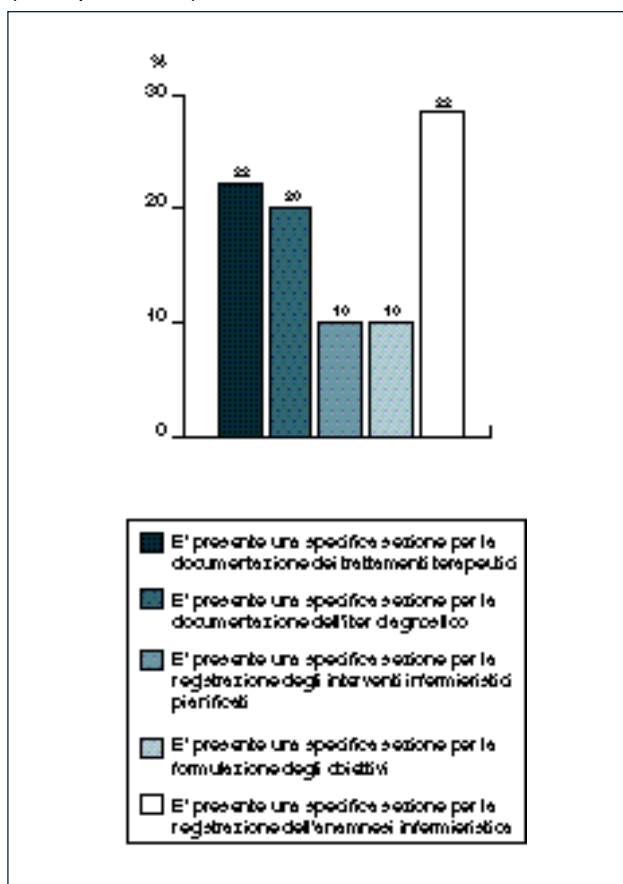
D1. Il colloquio e la raccolta dei dati come specifico professionale

Innanzitutto, mentre l’80% dei rispondenti ritiene che la raccolta dati in campo infermieristico sia un’attività propria, autonoma e distinta, il restante 20% la considera praticamente sovrapponibile - sul piano informativo - all’anamnesi medica e, dunque, tendenzialmente inutile e ripetitiva (condizionando i dati all’area clinico-operativa, si evidenzia una frequenza relativa del 16% per l’area medica, del 25% per quella chirurgica e del 19% per quella critica).

Malgrado ciò, il 97% degli infermieri si trova a d’accordo nel ritenere comunque necessaria una procedura di raccolta delle informazioni che preceda l’intervento sanitario, poiché ‘migliora la qualità dell’azione e riduce i rischi ad essa connessi’. Peraltro, diminuisce all’80% la percentuale di coloro che sono soddisfatti della qualità delle modalità di raccolta dati e di gestione degli strumenti informativi adottati nella propria unità operativa. Per la maggioranza degli infermieri (85%), esistono dei reali margini di miglioramento della documentazione formale utilizzata (Fig. 3).

D2. La sistematicità del colloquio e della raccolta dei dati

Una procedura formalizzata e sistematicamente adottata di colloquio infermieristico all’ingresso è dichiarata esistente dal 62% degli infermieri di area medica (per il 31% è effettuata solo in parte e per il 7% quasi mai). In ambito chirurgico, il colloquio è realizzato sistematicamente solo secondo il 32%, in parte per il 43% e quasi mai per il 25%. In area critica (si tenga conto che, in questo caso, sono state selezionate quasi esclusivamente terapie intensive generali, che frequentemente assistono persone in stato comatoso o comunque con compromissione acuta delle funzioni cerebrali superiori), il colloquio è sistematicamente realizzato solo per il 20% dei rispondenti. Tuttavia, l’86% degli infermieri di area critica afferma che

Figura 3. Opinioni sulla raccolta dei dati (valori percentuali).**Figura 4.** Struttura dello strumento informativo adottato (valori percentuali).

sono comunque istruite, all'ingresso, efficaci procedure complementari per la raccolta di informazioni (osservazione, esame obiettivo, ecc.).

Complessivamente, tra le *motivazioni espresse circa la mancata adozione di una procedura sistematica di colloquio*, si riconfermano alcuni 'pregiudizi' già evidenziati in precedenti ricerche¹²: 'non occorrono tante informazioni per lo svolgimento delle nostre attività' (32% di coloro che non effettuano sistematicamente una raccolta dei dati), 'manca il tempo' o 'manca il personale' (32%), 'non c'è intesa nell'équipe su come farla' (27%), 'il turn-over dei malati è troppo elevato' (9%).

D3. La tipologia degli strumenti informativi adottati

I risultati dell'indagine confermano la diffusa sensazione circa il *permanere di una certa 'confusione terminologica' relativa alla tipologia degli strumenti informativi utilizzati* nelle diverse unità operative. Se è vero che complessivamente il 47% degli infermieri dichiara di utilizzare una 'cartella infermieristica' ed il restante 53% altre tipologie (schede, consegna, ecc.),

una verifica manuale - questionario per questionario - ha permesso di evidenziare che, in alcuni casi, personale della medesima struttura attribuisce al medesimo strumento denominazioni diverse.

Più attendibile diviene, pertanto, l'*analisi delle specifiche sezioni di ogni strumento*, indipendentemente dal nome che viene usato. In questo caso - alla domanda (che prevede più modalità di risposta, comunque predefinite): 'Come è strutturato lo strumento informativo adottato?', il 28% degli infermieri afferma che è prevista una specifica sezione dedicata alla raccolta di dati di pertinenza infermieristica all'ingresso. Ulteriormente minori i valori rilevati riguardo l'esistenza di sezioni relative alla formulazione degli obiettivi (10%), alla documentazione degli interventi infermieristici pianificati (10%), alla valutazione dell'efficacia dell'assistenza erogata (10%). Diversamente, sezioni per la documentazione dell'iter diagnostico e terapeutico sono riferite nella misura, rispettivamente, del 20% e del 22% dei casi (Fig. 4). La distanza tra questi valori ed il grado di accordo

alle funzioni stabilite dal Profilo professionale (si veda il sottoparagrafo C a pag. 21), conferma l'ipotesi che, a fronte di una complessiva tendenza alla crescita professionale - in termini di consapevolezza di ruolo, di competenza specifica e di valorizzazione della comunicazione col malato - *gli strumenti informativi attualmente adottati restino prevalentemente di 'vecchio stampo'* e presentino due fra i più tipici limiti della metodologia dell'assistenza infermieristica: *le informazioni restano fini a se stesse e non esitano - come pur dovrebbe essere - decisioni ed operatività (che altro senso avrebbe, infatti, raccogliere informazioni e non disporre di uno spazio logico per la pianificazione di obiettivi ed interventi, cioè per 'usarle'?); con ogni probabilità, sono pensate per servirsi al medico prima che all'infermiere.* Non a caso, a nostro parere, le aspettative di miglioramento dello strumento, espresse da parte del campione (comprese quelle orientate ad una semplificazione), sono così elevate.

E. I fattori che influenzano il colloquio infermieristico e la raccolta delle informazioni

A questo punto, il questionario ha indagato le opinioni e le caratteristiche del campione relativamente a ciò che, concretamente, può influenzare la comunicazione con il malato e le procedure attivate per raccogliere dati all'ingresso: quali fattori li favoriscono e quali li ostacolano.

E1. I fattori individuali

Gli infermieri che hanno risposto al questionario rappresentano una *popolazione giovane*: l'81% del campione ha meno di 36 anni; tale dato è distribuito omogeneamente nelle tre aree clinico-operative (medica, chirurgica e critica). Il 71% è di sesso femminile.

Per quanto riguarda la *scolarità professionale*, gli infermieri in possesso del diploma di istruzione secondaria superiore (maturità) sono il 70%, mentre i laureati il 6%. Questo dato complessivo conferma il *riposizionamento della popolazione infermieristica su standard di scolarità di base in linea con il processo di professionalizzazione e con le riforme giuridiche degli anni Novanta* riguardanti il profilo della professione infermieristica e la formazione universitaria.

Relativamente alla *formazione infermieristica di base*, l'87% è in possesso del diploma di infermiere professionale rilasciato dal precedente percorso di

studi, mentre i diplomati in Università (DUSI o DUI) rappresentano il 13%, omogeneamente distribuiti nelle tre aree clinico-operative.

Analizzando in *forma correlata* le variabili relative alla tipologia di percorso formativo e alle opinioni sul colloquio e sulla raccolta dei dati di pertinenza infermieristica, si evidenzia una *maggiore propensione degli infermieri in possesso del diploma universitario a considerare la comunicazione col malato un'attività specifica, autonoma e fondamentale ed una maggior insoddisfazione circa le modalità e gli strumenti informativi in uso.* Tuttavia, la consistenza numerica del campione e la differenza quantitativa tra i due gruppi non permette di attribuire a questo dato un significato certo.

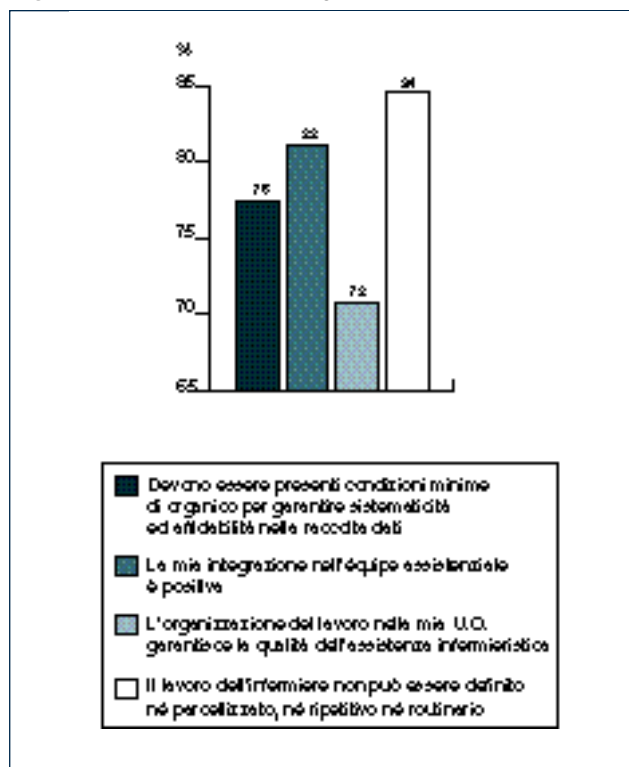
Sul piano dei *contenuti di insegnamento* ricevuti durante la formazione di base, gli infermieri che si ritengono pienamente soddisfatti in ordine all'apprendimento della metodologia e della competenza relazionale e comunicativa sono il 69%.

In merito all'*aggiornamento professionale*, il 79% degli infermieri ha partecipato ad attività formative negli ultimi tre anni.

Infine, per quanto riguarda l'*esperienza professionale maturata*, il 46% dei rispondenti ha un'anzianità di servizio inferiore a 6 anni; il 32% compresa fra 6 e 10 anni; il 22% superiore a 10 anni. Anche in questo caso, è di un certo interesse condurre un'analisi in forma correlata tra le variabili relative all'esperienza e le opinioni sul colloquio e sulla raccolta dei dati di pertinenza infermieristica. *Al crescere dell'anzianità di servizio corrispondono considerazioni più critiche sul ruolo e sul grado di autonomia da parte degli infermieri.* Infatti, la percentuale di rispondenti che ritiene l'assistenza infermieristica un'attività *prevalentemente di supporto all'attività medica* (40% della totalità del campione) aumenta progressivamente in relazione agli anni di lavoro maturati, (57% nella fascia dei più anziani). Questa categoria di infermieri, inoltre, tende a valutare positivamente il colloquio e la raccolta dei dati, pur segnalando - in misura superiore agli altri gruppi - il *rischio di raccogliere informazioni inutili o non pertinenti a causa di strumenti informativi che dovrebbero essere semplificati.*

E2. I fattori organizzativi

Scopo dell'indagine condotta è anche *registrare l'opinione degli infermieri sugli aspetti organizzativi*

Figura 5. Opinioni sui fattori organizzativi (valori percentuali).

della propria attività e studiare le eventuali correlazioni tra tali parametri e le prassi di raccolta delle informazioni tramite colloquio.

In primo luogo, sono state proposte alcune affermazioni, per le quali si richiedeva di esprimere un grado di accordo, riguardanti l'organizzazione del lavoro e le sue ricadute sul singolo professionista e sull'équipe. Gli infermieri, considerati nel loro complesso, ritengono che:

- il lavoro dell'infermiere non può essere definito né parcellizzato, né ripetitivo né routinario (84%);
- l'organizzazione del lavoro della propria unità è elemento di garanzia della qualità dell'assistenza infermieristica (72%);
- il proprio inserimento nell'équipe di lavoro è positivo (82%);
- esistono condizioni minime da rispettare in ordine alla composizione numerica dell'organico, se si vuole garantire sistematicità al momento del colloquio ed affidabilità nella raccolta dei dati (75%) (Fig. 5).

Il modello organizzativo dell'assistenza infermieristica prevalente nelle proprie unità operative, secondo l'opinione del campione aggregato, è quello 'per compiti' (55%), mentre il 45% degli infermieri opera in un'organizzazione 'per équipes', che prevede - anziché la suddivisione del lavoro in singole attività

attribuite a ciascun professionista - la condivisione delle responsabilità per piccoli gruppi di infermieri che assistono gruppi, più o meno numerosi, di pazienti. Scorrendo il dato per area clinico-operativa, si evidenzia che il modello per équipes, tradizionalmente considerato dagli infermieri migliore sul piano dell'efficacia e della continuità delle cure, è particolarmente adottato nelle aree critiche (76%), laddove il rapporto numerico infermiere-paziente permette una divisione per malati, anziché per attività (l'organizzazione per équipes è del 21% in area medica e del 34% in area chirurgica).

F. Il ruolo della formazione alla competenza metodologica e relazionale e gli aspetti concettuali dell'assistenza infermieristica

Il 59% degli infermieri ritiene che, per effettuare una 'buona raccolta dati', occorra un'adeguata formazione, mentre il 51% di essi vi aggiunge anche l'acquisizione di una specifica capacità di natura relazionale. Tale competenza sembra maggiormente tenuta in considerazione in ambito medico e chirurgico, mentre nell'area critica l'attenzione è rivolta piuttosto alle capacità di osservare, sorvegliare e condurre accurati esami obiettivi del paziente.

Inoltre, in merito alla raccolta, gestione e documentazione delle informazioni di pertinenza infermieristica:

- il 72% dei rispondenti ritiene necessaria una piena condivisione del metodo (processo di assistenza infermieristica);
- il 49% dei rispondenti ritiene necessaria una piena condivisione del modello teorico di riferimento adottato.

Peraltro, il 78% del campione considera teoria e metodo come due elementi strettamente associati tra loro. La differenza quantitativa registrata in rapporto a questi ultimi tre valori appare - su un piano logico - di difficile interpretazione e potrebbe anche essere collegata a problemi di chiarezza nella formulazione e nell'interpretazione delle domande del questionario. I dubbi sull'attendibilità di questi valori trovano ulteriore conferma nel fatto che il 78% dei rispondenti dichiara che il proprio strumento informativo non è orientato da un modello concettuale di riferimento, mentre - tra coloro che hanno risposto affermativamente - alcuni hanno citato il Modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli, altri la teoria di Virginia Henderson, altri ancora non hanno saputo indicare quale teoria in particolare venisse adottata.

Conclusioni

Un racconto buddhista di una bambola di sale desiderosa di *conoscere* il mare. Giunta sulla riva - di fronte a quella immensa, affascinante e misteriosa distesa d'acqua - la bambola chiese: 'Mare, come posso conoscerti?'. 'È semplice - rispose il mare -: toccami!'

Allora la bambola si fece coraggio, mosse un passo ed avanzò nell'acqua, immergendovi un piede. Ne ricavò una strana sensazione, eppure ebbe l'impressione di cominciare a comprendere qualcosa. Quando ritrasse la gamba, si accorse che le dita dei piedi si erano sciolte. Spaventata, protestò: 'Cattivo! Che cosa mi hai fatto? Dove sono finite le mie dita?'. Replicò imperturbabile il mare: 'Perché ti lamenti? Semplicemente hai offerto qualche cosa per poter capire. Non era quello che desideravi?'

Per comprendere l'altro - ammonisce dunque l'apologo - *o c c o r r e p e r d e r e q u a l c o s a d i s e s t e s s i*. Ugualmente, solo in una *relazione autentica ed empatica, centrata su modelli efficaci di comunicazione e colloquio*, è possibile identificare i bisogni di assistenza infermieristica di una persona. Ma questo richiede all'équipe professionista di perdere qualcosa, la fretta, la routinarietà, i pregiudizi... Come la bambola di sale, così l'infermiere dovrebbe essere di 'materia solubile', capace di adattarsi alle realtà sempre nuove in cui si trova ad agire, pronto a 'sciogliersi' a contatto con il malato e con i suoi problemi, verso il quale è mosso dalla consapevolezza che non è sufficiente 'immergere un piede', ma occorre mettere in gioco tutta la propria competenza.

L'indagine svolta tra un campione di personale infermieristico dell'area medica, chirurgica e critica di alcuni grandi ospedali milanesi sui *temi della comunicazione col malato e della raccolta dei dati* si inquadra nel più generale bisogno, percepito dalla nostra comunità professionale, di *comprendere i profondi mutamenti che investono la professione infermieristica italiana in questo periodo storico*. Di fronte alle riforme del profilo, dello stato giuridico e della formazione di base e post-base della professione infermieristica - già realizzate o in fase di attivazione - si diffonde la *consapevolezza del proprio ruolo, del valore dell'assistenza infermieristica e della necessità di costruire e tutelare uno status professionale caratterizzato da autonomia, responsabilità e competenza*.

In questo panorama, nel manifestarsi di una tangibile distanza tra le positive opinioni registrate sull'importanza di una buona raccolta dati e la diffusione nella prassi di modelli di colloquio e di strumenti

informativi non ancora pienamente adeguati, si esprime una *consistente 'spinta al rinnovamento' e alla valorizzazione di una relazione autentica con il malato*, sentita specialmente dai più giovani. Tale aspettativa potrà risultare sinergicamente bilanciata dall'*attenzione alla concretezza e all'efficienza metodologica* riposta negli infermieri più anziani ed esperti, che, in genere, preferiscono adottare uno strumento informativo semplice ma utile piuttosto che qualcosa di teoricamente ineccepibile ma difficilmente applicabile nella prassi.

Tuttavia, armonizzare questi aspetti non è facile, né lo è conciliare la dimensione della *profondità*, richiesta nella comprensione del malato e del suo stato di salute, con quella della estensività connessa all'organizzazione e alla realizzazione degli interventi sanitari, sempre più valorizzati - nei nostri ospedali contemporanei - se e quando assumono i caratteri di rapidità, tempestività, efficienza ed economicità. Occorre una grande competenza, per riuscire in questo. Occorre un *professionista*. In tal senso, è nostro parere che continuerà ad imporsi come centrale il contributo offerto da una buona formazione teorica, metodologica e relazionale nei corsi di base come durante tutto l'arco della vita professionale.

Note

1. Si veda: D.F. Manara, "L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica", *Nursing Oggi*, 1, 1999.
2. Si vedano: P.C. Motta, "La formazione etica dell'infermiere in tema di comunicazione e consenso", in Cattorini P., Sala R. (a cura di), *L'infermiere e il consenso del malato. Questioni di bioetica*, Rosini, Firenze, 1998; P.C. Motta, "Personalizzazione dell'assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento concettuale e metodologico", in *Dolore e assistenza infermieristica*, atti del 'III Congresso Nazionale', Cernobbio (CO), 1998.
3. Si vedano: P.C. Motta, "Il processo di assistenza infermieristica", in E. Fumagalli, E. Lamboglia, G. Magon, P.C. Motta, *La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro*, C.G. Ed. Medico-Scientifiche, Torino, 1998; P.C. Motta, "L'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 1, 2000.
4. Si veda: P. Di Giulio, "Il processo di nursing nei suoi aspetti più critici", *L'Infermiere*, 4, 1993.
5. Parallelamente, in Italia si è scritto: "L'approccio di piano è stato per lo più insegnato come parte a sé stante, diversa dal resto dell'assistenza e non come la

- trama logica su cui si impernia tutta l'operatività infermieristica. In tal modo è stato visto come una sovrastruttura e per molti studenti è diventato un 'peso', un compito cartaceo noioso e ripetitivo; il modello proposto è stato vissuto come molto diverso dalle modalità operative adottate nei servizi in cui gli studenti svolgevano il tirocinio". R. Zanotti et al., *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano*, Summa, Padova, 1994³.
6. Si veda: P. Poletti, F. Vian, "Informazione, informatica e nursing", *Rivista dell'Infermiere*, 1985.
 7. "Le informazioni che venivano raccolte dall'infermiere riguardavano alcuni aspetti della dimensione fisica della salute, per lo più necessarie agli interventi medici. Vi era cioè corrispondenza tra subalternità della professione e impegno 'informativo' dell'infermiere. Testimonianza di ciò sono gli strumenti informativi utilizzati, e cioè le cartelle cliniche ed i quaderni per le consegne". P. Poletti, F. Vian, *cit.*
 8. "L'utilizzo del processo di nursing [...] richiede alcune condizioni minime di tipo organizzativo e gestionale. Ritengo essenziale segnalarne due: un lavoro non organizzato esclusivamente per compiti, ma orientato almeno parzialmente verso la logica della settorializzazione e delle piccole équipes. In caso contrario, mancherebbe una visione globale della persona e non sarebbe possibile quella sistematica individuazione delle sue 'risposte' di natura fisica e psicosociale che è richiesta dal processo di assistenza; per ragioni analoghe, una documentazione sufficientemente completa e personalizzata". C. Calamandrei, "L'uso delle diagnosi infermieristiche nella pratica professionale", *Salute e Territorio*, 81, 1992.
 9. "Raccogliere le informazioni essenziali per venire in aiuto al cliente, nel quadro della relazione professionale, esige del tempo ed è divenuto un cliché dire che non se ne ha abbastanza. Senza dubbio questo è vero, ma bisogna capitolare? Se l'infermiere non ha il tempo di raccogliere i dati necessari alla sua azione professionale, a quale attività, dunque, riserva il suo tempo? Che ne fa del suo tempo, se non ne ha a sufficienza per esercitare la sua professione? [...] Numerosi malati non sono dei 'casi di urgenza', tuttavia hanno diritto ai servizi dell'infermiere. Quest'ultima, che mira a mantenere o a ristabilire l'indipendenza del cliente offrendosi di supplirlo convenientemente e temporaneamente, deve conciliare il tempo che è necessario per avere informazioni sufficienti. Più clienti essa avrà, più dovrà economizzare il suo tempo. Per fare questo, dovrà informarsi sin dall'inizio della relazione". E. Adam, *Essere infermiere*, Vita e Pensiero, Milano, 1989, pp. 32-33.
 10. "L'infermiere deve agire con ampi margini di autonomia: la sua decisionalità deve essere applicabile allo specifico ambito dell'assistenza infermieristica, ma anche al progetto di cura nel suo insieme". E. Carli, "Competenza e deontologia. I soli limiti del nuovo infermiere", *L'Infermiere*, 2, 1995.
 11. J. Florian, "I fattori che promuovono ed ostacolano la raccolta dei dati di pertinenza infermieristica. Indagine campionaria mediante questionario distribuito presso alcuni ospedali di Milano", tesi di DU per Infermiere, Università degli Studi di Milano, a.a. 1999-2000.
 12. Cfr. R. Zanotti et al., *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano*, Summa, Padova, 1994³.

Bibliografia

- Aa. Vv., "La stagione della responsabilità. Il terreno concreto delle responsabilità. La pratica infermieristica nel quotidiano. Contributi e analisi della professione", atti del "XII Congresso Nazionale" promosso dalla Fed. Naz. IP.AS.VI., Rimini, 1999.
- Adam E., *Essere infermiere*, Milano, 1989.
- Barrows H., Tamblin R., "The Clinical Reasoning Process: Problem Solving in Medicine", in Barrows H., Tamblin R., *Problem Based Learning: an Approach to Medical Education*, New York, 1982.
- Bizier N., *Dal pensiero al gesto*, Milano, 1993.
- Calamandrei C., "L'uso delle diagnosi infermieristiche nella pratica professionale", *Salute e Territorio*, 81, 1992.
- Corcoran S.A., "Planning by Expert and Novice Nurses in Cases of Varying Complexity", *Research Nursing Health*, 9, 1986.
- Corcoran S.A., "Task Complexity and Nursing Expertise as Factors in Decision Making", *Nursing Research*, 35, 1986.
- Destrebecq A., Gardinali F., "Caratteristiche della consegna scritta: un'indagine in un ospedale della Lombardia", *Nursing Oggi*, 3, 1996.
- Di Giulio P., "Il processo di nursing nei suoi aspetti più critici", *L'Infermiere*, 4, 1993.
- Dimonte V., "Lo stato e l'uso della metodologia diagnostica in Italia", *Mondo Infermieristico*, 2, 1996.
- Florian J., "I fattori che promuovono ed ostacolano la raccolta dei dati di pertinenza infermieristica. Indagine campionaria mediante questionario distribuito presso alcuni ospedali di Milano", tesi di DU per Infermiere, Università degli Studi di Milano, a.a. 1999-2000.
- Manara D.F., "L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica", *Nursing Oggi*, 1, 1999.
- Matarese M., Leandri L., "Valutazione dell'efficacia di un intervento formativo per il miglioramento della qualità delle cartelle infermieristiche: esperienza presso un reparto di degenza del Policlinico Campus Bio-Medico di Roma", *Nursing Oggi*, 3, 1998.
- McGuire C.H., "Medical Problem-Solving: a Critical of the Literature", *Journal of Medicine Evidence*, 60, 1985.
- Motta P.C., "Il processo di assistenza infermieristica", in Fumagalli E., Lamboglia E., Magon G., Motta P.C.,

La cartella infermieristica informatizzata. Uno strumento per la pianificazione e la misurazione del carico di lavoro, Torino, 1998.

- Motta P.C., "L'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica", *Nursing Oggi*, 1, 2000.
- Motta P.C., "La formazione etica dell'infermiere in tema di comunicazione e consenso", in Cattorini P., Sala R. (a cura di), *L'infermiere e il consenso del malato. Questioni di bioetica*, Rosini, Firenze, 1998.
- Motta P.C., "Personalizzazione dell'assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento concettuale e metodologico", in *Dolore e assistenza infermieristica*, atti del 'III Congresso Nazionale', Cernobbio (CO), 1998.
- Poletti P., Vian F., "Informazione, informatica e nursing", *Rivista dell'Infermiere*, 1985.
- Silvestro A. et alii (a cura di), "Linee guida comportamentali e indicazioni alla compilazione e utilizzo della cartella infermieristica", *L'Infermiere*, 3, 1996.
- Zanutti R. et alii, *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano*, Padova, 1994³.
- Zucchetti E., "L'infermiere dentro il cambiamento: sintesi di un'indagine sui mutamenti professionali e le implicazioni formative", *Nursing Oggi*, 4, 1996.

Allegato: Questionario

Gentile infermiera/e,

Le chiediamo cortesemente la Sua collaborazione all'indagine multicentrica che stiamo svolgendo e che ha per scopo acquisire il parere di un campione di infermieri, appartenenti a diverse realtà operative milanesi, a proposito della raccolta e della gestione dei dati di pertinenza infermieristica. Le assicuriamo che le risposte che intenderà fornire saranno mantenute assolutamente confidenziali e, naturalmente, saranno usate unicamente e conformemente ai fini legittimi della ricerca. Ai fini dell'attendibilità delle risultanze, La preghiamo di voler rispondere a tutti i quesiti in modo rigorosamente individuale ed il più fedelmente possibile alla Sua reale opinione, secondo le modalità richieste per ogni singola domanda.

La ringraziamo anticipatamente per la Sua disponibilità e Le porgiamo i più cordiali saluti.

- 1. Ha conseguito il diploma di infermiere dopo aver frequentato:**
 - la Scuola per Infermieri Professionali di durata biennale
 - la Scuola per Infermieri Professionali di durata triennale
 - il Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche (DUSI, tabella XXXIX-ter)
 - il Diploma Universitario per Infermieri (DUI, tabella XVIII-ter)

- 2. Durante gli studi per diventare Infermiere, le conoscenze relative ai metodi e alle tecniche di raccolta dei dati di competenza infermieristica sono state insegnate:**
 - nell'ambito del programma di una specifica materia, al primo anno
 - nell'ambito del programma di una specifica materia, ma non al primo anno
 - non in una specifica materia
 - mai

- 3. Durante gli studi per diventare Infermiere, le competenze relative ai metodi e alle tecniche di raccolta dei dati di competenza infermieristica sono state insegnate:**
 - soprattutto attraverso le lezioni teoriche
 - soprattutto attraverso esercitazioni, simulazioni, ecc.; comunque in momenti d'aula
 - soprattutto attraverso il tirocinio
 - sia attraverso i momenti d'aula (lezioni, esercitazioni, ecc.), sia attraverso il tirocinio

- 4. Secondo il Suo parere, l'insegnamento che ha ricevuto durante la formazione di base, relativamente ai metodi e alle tecniche di raccolta dei dati di competenza infermieristica, è adeguato alle esigenze che la sua attività professionale richiede?**
 - per nulla poco abbastanza molto

- 5. Da quanti anni svolge l'attività di infermiere?**
 - da 0-5 anni
 - da 6-10 anni
 - da più di 10 anni

- 6. In quale/i Unità Operativa/e ha esercitato la professione negli ultimi di tre anni?**

.....

- 7. Negli ultimi tre anni di attività professionale, ha partecipato a momenti di aggiornamento o formazione complementare?**
 - Sì No

(segue)

8. Se ha risposto sì, per quali argomenti? (sono possibili più risposte)

- di teoria dell'assistenza infermieristica
- di etica e deontologica professionale
- di organizzazione ed aspetti giuridici e legali della professione
- di metodologia dell'assistenza infermieristica
- di infermieristica clinica
- altro (specificare)

9. Esprima, per ognuna delle seguenti affermazioni, il Suo livello di accordo
(① per nulla d'accordo; ② poco d'accordo; ③ abbastanza d'accordo; ④ pienamente d'accordo)

L'infermiere è responsabile

- della guarigione del malato ① ② ③ ④
- della promozione dell'autosufficienza del malato ① ② ③ ④
- del buon andamento dell'attività di reparto ① ② ③ ④
- dell'assistenza generale al paziente, mentre il medico della diagnosi e della cura ① ② ③ ④
- della tutela della vita e dello stato di salute della persona assistita ① ② ③ ④

10. Quali, tra le seguenti attività, ritiene che oggi identifichino meglio la professione infermieristica? (indichi al massimo due risposte)

- eseguire correttamente i trattamenti clinici prescritti, anche di elevata complessità tecnica
- garantire un efficiente ed efficace iter diagnostico-terapeutico al paziente
- rispondere con competenza e globalità ai bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita
- programmare il proprio lavoro, attuare gli interventi pianificati e valutare i risultati conseguiti
- sviluppare relazioni d'aiuto con il paziente e/o con i familiari
- eseguire valutazioni cliniche dello stato di salute della persona, allo scopo di realizzare interventi tempestivi ed adeguati, in accordo alle prescrizioni mediche

11. Quale tipo di attività svolge prevalentemente durante il Suo servizio?

- prestazioni infermieristiche, sempre in autonomia
- prestazioni infermieristiche, soprattutto in autonomia
- prestazioni infermieristiche, soprattutto su indicazioni medica
- attività di supporto alle prestazioni diagnostico-terapeutiche del medico
- attività di tipo domestico-alberghiero
- attività di tipo amministrativo
- attività di coordinamento ed organizzazione

12. A Suo parere, ritiene che l'infermiere abbia precise responsabilità nei seguenti ambiti?

	SI	NO	In parte
- identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- formulazione degli obiettivi di assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pianificazione, gestione e valutazione degli interventi infermieristici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A Suo parere, esistono delle differenze fra l'attività medica e quella infermieristica?

Sì No

14. A Suo parere, esistono differenze fra l'anamnesi medica e la raccolta dati infermieristica?

Sì No

15. Se sì, quali?

.....

.....

.....

16. Quale significato Lei attribuirebbe all'infermiere e alla sua professione? (una sola risposta)

- un'attività che richiede competenza nelle decisioni relative alla salute della persona assistita
- un'attività che richiede responsabilità, al servizio della salute del cittadino
- un'attività che richiede soprattutto capacità personali (umanità, altruismo, pazienza, ecc.)
- un'attività che richiede soprattutto dedizione completa al malato
- un'attività non ancora sufficientemente riconosciuta, che procura poca soddisfazione
- un'attività come un'altra

(Questionario - segue)

17. Esprima, per ogni una delle seguenti affermazioni, il Suo livello di accordo

(① per nulla d'accordo; ② poco d'accordo; ③ abbastanza d'accordo; ④ pienamente d'accordo)

- gli infermieri non hanno un'adeguata autonomia e responsabilità nelle proprie attività ① ② ③ ④
- gli infermieri svolgono un lavoro parcellizzato e spesso monotono e ripetitivo ① ② ③ ④
- gli infermieri non sono pienamente ed attivamente inseriti nell'équipe sanitaria ① ② ③ ④
- l'organizzazione del lavoro non favorisce un'assistenza di qualità ① ② ③ ④
- l'infermiere deve essere maggiormente coinvolto nella gestione, organizzazione e pianificazione delle attività ① ② ③ ④

18. Nella Sua Unità Operativa, l'assistenza infermieristica è prevalentemente organizzata:

- mediante una precisa suddivisione dei compiti tra il personale infermieristico in turno
- mediante la suddivisione stabile dei pazienti in gruppi, presi in carico da singoli infermieri o da piccole équipe che pianificano per obiettivi
- altro (specificare)

19. Nella Sua Unità Operativa, viene eseguita una raccolta dati dal personale infermieristico all'ingresso del malato?

- Sì, sempre
- in parte
- No, mai

20. Se ha risposto 'No' o 'In parte', perché? (indichi al massimo tre risposte)

- perché non occorre avere informazioni dal paziente
- perché le informazioni sono già disponibili in altri modi (es.: cartella clinica)
- per mancanza di tempo
- per l'elevato turn-over dei malati
- perché non esiste ancora un completo accordo nell'équipe su come si raccolgono le informazioni
- per carenza di personale
- altro (specificare)

21. La raccolta dati, secondo Lei, può migliorare la qualità dell'assistenza erogata?

- Sì
- No

22. Secondo Lei, quali vantaggi offre la raccolta dati? (indichi al massimo due risposte)

- assistenza personalizzata
- partecipazione del malato al processo di assistenza
- scelta migliore delle prestazioni da eseguire
- intervento immediato e mirato
- migliore conoscenza del malato
- valutazione della qualità dell'assistenza erogata
- permette una continuità dell'assistenza
- altro (specificare)

23. Personalmente crede che la raccolta dati sia:

- inutile: finisce con l'essere una ripetizione dell'anamnesi medica
- utile: l'infermiere, come professionista autonomo, deve spesso prendere decisioni
- importante per la qualità dell'assistenza ma non applicabile in tutte le Unità Operative
- fondamentale: l'assistenza infermieristica è un'attività creativa che tiene conto delle esigenze individuali del malato

24. Per poter effettuare una funzionale raccolta dati: (esprima per ognuna delle seguenti affermazioni il Suo livello d'accordo)

(① per nulla d'accordo; ② poco d'accordo; ③ abbastanza d'accordo; ④ pienamente d'accordo)

- l'infermiere deve possedere capacità relazionali
- tutta l'équipe deve condividere il metodo utilizzato
- è fondamentale la presenza di un modello teorico di riferimento
- è fondamentale la fiducia reciproca fra gli infermieri
- è necessaria una formazione adeguata su come si attua la raccolta dati
- è indispensabile la presenza in reparto di un adeguato organico e di una buona organizzazione

25. Nella Sua Unità Operativa viene utilizzato uno strumento per documentare l'assistenza infermieristica?

- Sì
- No

26. Se ha risposto 'sì', con quale termine viene identificato (es.: cartella infermieristica, piano d'assistenza infermieristica, scheda infermieristica, consegna, ecc.)?

.....

(Questionario - segue)

27. Di quali parti è composto lo strumento utilizzato? (sono possibili più risposte)

- una sezione dedicata alla raccolta dati di interesse infermieristico
- una sezione dedicata alla esplicitazione di obiettivi dell'assistenza infermieristica
- una sezione dedicata alla pianificazione di interventi infermieristici
- una sezione dedicata alla valutazione dell'efficacia degli interventi infermieristici
- una sezione dedicata alla documentazione di prescrizioni di carattere diagnostico
- una sezione dedicata alla documentazione di prescrizioni di carattere terapeutico

28. Lo strumento utilizzato è orientato da una particolare teoria dell'assistenza infermieristica?

Sì No

29. Se ha risposto Sì, quale?

.....

30. Da quanto tempo è stato introdotto, nella Sua Unità Operativa, lo strumento sopra descritto?

da meno di 6 mesi da 1 a 3 anni da più di 3 anni

31. Secondo la sua esperienza, lo strumento utilizzato nella Sua Unità Operativa: (sono possibili più risposte)

- migliora il lavoro degli infermieri
- non migliora il lavoro degli infermieri
- peggiora il lavoro degli infermieri
- migliora la qualità dell'assistenza infermieristica
- non migliora la qualità dell'assistenza infermieristica
- va bene così come è può essere migliorato in alcune sue parti
- deve essere semplificato
- deve essere eliminato

DATI ANAGRAFICI:

Età (in anni compiuti): meno di 25 anni 26-35 anni 36-45 anni oltre 45

Sesso: M F

Scolarità di base: licenza media inferiore diploma di maturità diploma di laurea