

Indice

Introduzione	2
Capitolo 1	
L'oggetto dell'indagine: la percezione	3
Capitolo 2	
Le ipotesi dell'indagine	4
Capitolo 3	
Strumento dell'inchiesta	5
3.1 Il pre-test	6
Capitolo 4	
Campionamento	7
Capitolo 5	
Registrazione dei dati	10
Capitolo 6	
Analisi dei dati	11
6.1 L'infermiere che l'utente si aspetta	
<i>di trovare nelle strutture sanitarie</i>	11
6.2 Percezione della cortesia	12
6.3 Percezione della capacità	
<i>di comunicazione</i>	13
6.4 Percezione della professionalità	15
6.5 Soddisfazione nei confronti del	
<i>comportamento del personale</i>	
Infermieristico	17
6.6 L'infermiere percepito in ambulatorio	
<i>e l'infermiere percepito in reparto</i>	19
6.7 La graduatoria dei giudizi	19
Conclusioni	20
Appendice documentaria - Il questionario -	21
Bibliografia	23

Introduzione

- **Perché un simile argomento?**

L'infermiere si imbatte molto spesso in situazioni critiche, deve confrontarsi con una molteplicità di individui che esprimono anche paure e tensioni.

Agli innumerevoli problemi di natura organizzativa, si sommano quelli dovuti alla persistenza di luoghi comuni e stereotipi ancora radicati nell'immaginario collettivo, che vedono l'infermiere nelle vesti di un semplice esecutore di ordini subordinato al sapere clinico del medico.

Non di rado capita di assistere a battibecchi tra personale infermieristico e utenti; spesso questi ultimi insorgendo, ad esempio contro i lunghi tempi di attesa, sono convinti che la disfunzione sia dovuta alla inefficienza del lavoro degli infermieri che trascorrerebbero il loro tempo dedicandosi ad attività non attinenti al lavoro.

Indubbiamente il sistema mediatico ha contribuito negli anni a diffondere un'immagine distorta dell'infermiere che quindi viene considerato ciondolone e pettegolo.

In verità gli episodi di malasanità evidenziati dai mass media spesso inducono a preconcetti errati, per cui può capitare che l'utente si relaziona con l'operatore in maniera prevenuta.

Ciò può determinare atteggiamenti che non predispongono ad una buona comunicazione e di conseguenza al senso di fiducia che deve caratterizzare una interazione tanto tecnica qual è il rapporto operatore/paziente.

- **Il “perché” di una indagine**

Per poter “misurare” la percezione del lavoro infermieristico è stato necessario impostare una indagine di tipo statistico, perché, pur ritenendo i dati numerici aridi¹, è l'unico modo per rilevare e dare un valore ai giudizi e alle opinioni di coloro che quotidianamente

utilizzano i servizi sanitari. I dati, inoltre, se si ha la compiacenza di contestualizzarli nel sistema ove essi nascono, se si ha la possibilità di confrontarli e di suffragarli con la vivacità del pensiero e delle parole che pure arricchiscono le interviste, possono dare l'idea dei punti di forza e dei punti di debolezza di una organizzazione, ovvero possono dare la spinta necessaria per migliorare le situazioni che i dati stessi descrivono.

Affinché l'indagine potesse fruttare risultati attendibili è stata effettuata direttamente nei reparti e negli ambulatori secondo un preciso piano di campionamento.

¹ DE MONTICELLI R., *La fenomenologia come metodo di ricerca filosofica e la sua attualità*, Bibliotec@swif (sito web).

La dati non rappresenta la realtà per la sola presunzione di descriverne il profilo. Il dato in effetti va suffragato con stati d'animo, situazioni contingenti e con i quotidiani sentimenti di cui si pregia l'essere umano.

Capitolo 1

L'oggetto dell'indagine: la percezione

La percezione del lavoro offerto nell'ambito dei servizi per la salute rappresenta un elemento essenziale nella determinazione delle relazioni che si instaurano tra utente ed erogatore dei servizi.

Per "percezione" s'intende il risultato di un processo di elaborazione cognitiva che avviene a partire dai dati ricevuti attraverso gli organi di senso i quali vengono integrati con informazioni apprese in precedenza .

La percezione ci consente, ad esempio, di distinguere ciò che è "bello" e che quindi suscita in noi sensazioni piacevoli, da ciò che invece è "brutto" e che risulta sgradevole.

In campo sanitario, una percezione positiva del servizio da parte dei loro utilizzatori rappresenta l'ingrediente imprescindibile del buon esito dell'assistenza: l'utente ripone la sua fiducia nella struttura in quanto positivamente colpito dall'immagine che offrono di sé gli operatori, della loro professionalità e sicurezza nel lavoro.

Riporre la propria fiducia significa essere consapevoli che chi lavora nell'ambito dei servizi sanitari si impegna ad operare prima di ogni cosa e unicamente nell'interesse del paziente che, inevitabilmente, rappresenta la parte "debole" del sistema e che, tra l'altro, giunge nella struttura sanitaria scoraggiato e sfiduciato, atteggiamento che lascia ampio spazio alla diffidenza.

Una percezione negativa, al contrario, si traduce in un sentimento di disistima del lavoro altrui rendendo difficile il ruolo di "alleato" che ogni operatore della sanità deve ricoprire nella relazione che instaura col malato.

La percezione delle professionalità mediche e assistenziali e di tutto ciò che ruota nel sistema sanità oggi è determinata (influenzata) da aspetti sempre più nuovi e influenti:

- l'accresciuta consapevolezza dei propri diritti da parte del paziente;
- il ruolo da "cassa di risonanza" dei media nei confronti dei fenomeni di malasanità;
- l'illusione di guarigione certa generata dall'evoluzione tecnologica nei processi di diagnosi e cura e di cui si fanno portavoce le reti mediatiche.

In sanità, allora, la qualità percepita, è la distanza che separa le proprie aspettative dall'esperienza vissuta. L'accoglienza dell'utente, l'accessibilità, il comfort, le relazioni con gli operatori, l'immagine che questi riescono a dare di sé e l'immagine della struttura sanitaria nel suo complesso sono importanti fattori che influenzano la qualità percepita.

L'immagine è la fotografia che rimane impressa negli occhi e nei ricordi del cittadino/utente ed è sempre riferita soprattutto all'operatore che è intervenuto e al contesto dal quale egli ha rilevato attrezzi e medicinali occorsi per l'assistenza alla malattia, al dolore e al bisogno.

E' probabile che un paziente giudichi più efficace una terapia ricevuta in un ambiente accogliente da un operatore cortese piuttosto che la stessa prestazione ricevuta in un ambiente trascurato e da un operatore scortese. L'utente di un servizio nelle sue valutazioni è come condizionato da "filtri" che si innescano osservando l'ambiente e l'erogatore e sono alimentati, il più delle volte, da associazioni (in questo caso: cortese = capace; accogliente = sicuro), da ricordi ed esperienze (una situazione già vissuta positivamente ha buone probabilità di riconfermarsi come tale), cioè da metri di valutazione indotti da stereotipi precedentemente memorizzati, oppure dalla registrazione di effetti negativi o positivi di esperienze passate, da informazioni ricevute attraverso il "passaparola" di amici e conoscenti.

Nel variegato mondo delle figure sanitarie, l'infermiere è indubbiamente quella a cui il cittadino si accosta più facilmente sin dall'inizio del percorso assistenziale, a partire dall'accoglienza che in genere è affidata essenzialmente a questa figura professionale. Da ciò si evince che il lavoro svolto quotidianamente dagli infermieri gioca un ruolo decisivo nella dinamica dei rapporti con l'utenza in quanto essi agiscono come "traghettoni" che guidano i pazienti negli intricati itinerari della sanità.

L'infermiere, pertanto, per il delicato compito che svolge deve investire se stesso e le sue capacità relazionali per stabilire rapporti fondati sulla fiducia già a partire dai primi momenti dell'incontro con il paziente che da qui comincia a fissare nella sua mente l'immagine del suo interlocutore.

Capitolo 2

Le ipotesi dell'indagine

Essendo l'immagine (come intesa nel capitolo precedente) uno dei dati utilizzati nel processo che attiene alla percezione del lavoro complessivo offerto dagli infermieri, una prima domanda che ci si può porre è :

- Qual è la distanza tra modello di infermiere “desiderato” (attesa) e comportamenti e azioni rilevate all'atto pratico della prestazione?

L'utente porta con sé non soltanto il “disagio” dovuto alla motivazione della domanda sanitaria, ma anche caratteristiche che fanno parte della sua persona ad esempio il grado di scolarità o lo status socio-economico ed i suoi atteggiamenti (disponibilità ad affidare la responsabilità delle cure, grado di adattamento psicologico ad eventi stressanti, ecc.), i quali sono i maggiori determinanti delle loro aspettative e conseguentemente della loro soddisfazione/insoddisfazione.

Le attese non riguardano soltanto la “guarigione”, ma anche la possibilità da parte del paziente di trovare nella figura degli operatori, professionisti in grado di svolgere i propri compiti in maniera responsabile perché capaci di individuare, comprendere e dare una risposta valida alle sue richieste.

Una seconda domanda è :

- Nel cittadino quanto è alta la convinzione che chi opera nelle strutture sanitarie ha le caratteristiche tecnico-relazionali necessarie per capire le esigenze e dare le risposte giuste?

Prendendo in considerazione la figura degli infermieri ci si chiede come l'utente percepisca l'impegno da parte di questa figura in termini di attenzione, diligenza, sicurezza per quanto riguarda l'aspetto relazionale, quanto sia in grado di osservare dal punto di vista dell'interlocutore, cogliendo i segnali che il paziente invia in maniera esplicita e/o analogica.

Altre domande che ci si può porre sono:

- Quando e quanto le aspettative vengono deluse? Ovvero, quando viene percepita la differenza sostanziale tra “attesa” e “servizio effettivamente ricevuto” e quanto questo “gap” percepito è ampio?
- Da cosa dipende questo “quando” e questo “quanto”?

Le aspettative vengono deluse quando la prestazione attesa non viene ottenuta con le modalità sperate.

In tal caso il “contratto” con l'istituzione sanitaria è percepito come inquinato da ingiustizia e/o irregolarità.

Questo è anche quanto emerge dalle segnalazioni e dai reclami effettuati dagli utenti presso l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, attraverso cui i cittadini danno voce alle loro insoddisfazioni.

Generalmente l'utente reclama in ordine ad aspetti organizzativi, come ad esempio i lunghi tempi di attesa e il ritardo nell'erogazione degli ausili oppure agli aspetti relazionali avanzando critiche verso comportamenti, atti o informazioni ritenuti scorretti.

L'attesa è affrontata dal cittadino nella duplice dimensione semantica: come tempo che scorre, immersi nella solitudine della sofferenza, della malattia, dell'angoscia e del dolore, e come aspettative rispetto a quello che potrà accadere alla sua salute e ai suoi mondi vitali.

L'attesa come tempo si consuma nelle continue occhiate all'orologio, alle lancette che scandiscono i secondi, nell'andirivieni nel corridoio, nell'ansia che cresce pensando a quello che si è lasciato a casa, nel tempo trascorso nelle sale d'attesa percepito come furto agli affetti, alla famiglia, ai figli, al lavoro; nell'attesa come aspettativa, ci si chiede ad esempio: “chissà cosa mi capiterà”; “saranno in grado di capire”, “quale sarà la diagnosi?”, “proverò dolore?” E sarò in grado di sopportarlo?”.

Dietro i reclami si nasconde molto spesso amarezza e rabbia dovute allo sconforto procurato dalla malattia, così il livello di soddisfazione dell'utente varia in funzione delle circostanze in cui usufruisce del servizio, ovvero degli stati d'animo con cui affronta l'esperienza della visita o delle degenze.

L'ansia e l'angoscia non fanno altro che amplificare le aspettative dei pazienti e dei loro parenti, i quali in preda alle preoccupazioni possono avanzare richieste irrealistiche e illusorie che non sempre implicano una risposta immediata da parte degli operatori, motivo per il quale le emozioni negative vengono deformate e tradotte in atteggiamenti di ostilità verso la stessa struttura sanitaria e il personale che in esso lavora.

Capitolo 3

Strumento dell'inchiesta

Lo strumento utilizzato per l'inchiesta è l'intervista strutturata tramite questionario.

Tra le due modalità di acquisizione dati, somministrazione o auto somministrazione del questionario, è stata scelta la prima perchè permette di raccogliere informazioni e al tempo stesso di cogliere quelle sfumature della comunicazione che, pur non esplicitate da parole, possono esprimere caratteri fenomenologici che un'arida, semplice o distratta auto somministrazione non permetterebbe di mettere in evidenza² (“esperienza”, “essenza”, “verità”, “sentimento”).

Un altro vantaggio è rappresentato dalla possibilità che ha l'intervistatore, di fronte a risposte poco chiare, di intervenire per fornire precisazioni sulle domande o di fornire stimoli supplementari che aiutino l'intervistato nel rispondere.

La presenza fisica dell'intervistatore consente di adattare il modo di porre le domande per assicurarsi la massima collaborazione e mantenere vivo l'interesse dell'intervistato.

L'intervista, in ultimo, consente di raccogliere con sufficiente accuratezza una maggiore quantità di dati rappresentati sia dalle risposte secche, sia dalle annotazioni di opinioni, pareri e convinzioni.

Il questionario proposto prende in considerazione aspetti contemplati nel “*Codice deontologico della professione di infermiere*”. Tale Codice rappresenta a partire dall'anno 1999 il documento a cui ogni professionista infermiere deve fare riferimento per costruire la propria identità professionale ed assumere un comportamento eticamente responsabile.

Nella costruzione del questionario sono state tenute in considerazione precipe caratteristiche che ogni infermiere deve possedere per garantire ai propri pazienti un'assistenza dignitosa.

In particolare, il questionario ha avuto lo scopo di “misurare” il livello di soddisfazione degli utenti/degenti in ordine al comportamento assunto dagli infermieri ed alla capacità di questi ultimi di capire e accogliere le richieste.

Secondo il Codice deontologico “*l'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.*”

Le domande che compongono il questionario indagano la percezione che l'utente ha rispetto alla natura, soprattutto relazionale ed educativa degli interventi infermieristici.

In particolare, gli argomenti sui quali il questionario verte sono:

- *cortesìa*, intesa come “rispettoso e garbato comportamento nei rapporti con il prossimo”³;
- *qualità delle informazioni*, intesa come completezza e intelligibilità dei messaggi trasmessi dall'infermiere;
- rispetto della *privacy*, inteso come tutela del diritto alla riservatezza e di tutto ciò che “è improntato a discrezione e a rispetto del segreto e dell'intimità”⁴;
- *affidabilità*, inteso come “grado di sicurezza o di fiducia”⁵ che l'infermiere è in grado di trasmettere al suo assistito;
- *capacità di ascolto*, intesa come attitudine dell'infermiere ad accogliere le richieste del paziente affinché vengano soddisfatti nel migliore dei modi i bisogni di assistenza.

² Cfr. nota 1 pag. 3

³ Il Dizionario della lingua italiana di G. Devoto e G.C. Oli, Casa Editrice Le Monnier S.p.A., Firenze, 1995.

⁴ Cfr. nota 3

⁵ Cfr. nota 3

- *diligenza*, intesa come aspetto visibile⁶ del grado di precisione e scrupolosità che l'infermiere dimostra nello svolgimento delle sue attività.

Le domande sono state strutturate in modo da ottenere dati che una volta rielaborati potessero confermare/smentire le ipotesi della ricerca trattate nel secondo capitolo.

La prima domanda proposta ha mirato ad ottenere, attraverso la scelta di tre attributi, il profilo di infermiere che ogni cittadino desidererebbe incontrare in una struttura sanitaria.

Le altre domande hanno preso in considerazione soprattutto l'esperienza di essere paziente/utente.

Le "scale di atteggiamento" utilizzate per l'assegnazione delle risposte si rifanno al modello delle scale "tipo Likert"⁷.

Si è deciso di codificare "a priori"⁸ le modalità delle variabili, associando un numero/punteggio ad ogni possibilità di risposta. Così il codice assegnato ad ogni risposta oltre ad essere utilizzato per l'analisi statistica ha consentito l'attribuzione di un punteggio ai fini di una rielaborazione dei dati più di tipo qualitativo⁹.

Il questionario, allegato n. 1 in appendice, è risultato composto da quindici domande per raccogliere giudizi e opinioni e da quattro di tipo socio-demografico¹⁰.

3.1 Il pre-test

Prima di giungere alla versione definitiva del questionario, è stato necessario sottoporlo ad una sorta di "collaudo"¹¹ detto "*pre-test*", ossia una somministrazione di prova condotta su un numero limitato di soggetti con caratteristiche simili a quelle della popolazione oggetto d'indagine¹².

La finalità del pre-test è stata di portare alla luce eventuali aspetti critici¹³ come ad esempio errori d'interpretazione, domande superflue, mancanti o poco chiare, modalità di risposta inadeguate.

Una volta individuati i punti problematici si è proceduto a trovare le soluzioni ottimali.

Ad esempio è emerso che la parola "*privacy*" risultava di difficile comprensione, soprattutto tra le persone più anziane, per cui si è reso necessario, durante le interviste, sostituire tale parola con una più accessibile: "riservatezza"; laddove anche questo termine fosse risultato incomprensibile, si sarebbe proceduto illustrando il concetto con alcuni esempi pratici. Complessivamente l'impianto del questionario, durante il pre-test, si è dimostrato abbastanza efficace e al di là dell'intervento sopra riportato, tutte le domande si sono dimostrate semplici e scorrevoli durante tutte le somministrazioni.

⁶ La diligenza a cui si fa riferimento non è quella ottenuta in scienza e coscienza dall'operatore che impiega correttamente il suo buon sapere raggiungendo un buon risultato, ma è ciò che viene percepito dal paziente (l'effetto della scienza e della coscienza) che, in verità, difficilmente è in grado di dare un giudizio sulla qualità tecnica dell'intervento.

⁷ FRUDA' L. *Le scale di atteggiamento nella ricerca sociale*, Euroma La Goliardica, Roma, 1989.

⁸ I codici associati ad ogni possibilità di risposta sono presenti già nel questionario, posizionati di fianco ad ogni modalità.

⁹ Le scale tipo Likert non sono a 5 valori, ma a 4: ciò perché non si è voluto concedere l'ambiguità nella risposta. Se ad esempio si fosse previsto tra "Poco" e "Abbastanza" un valore intermedio, come vuole Likert, si sarebbero incoraggiati i rispondenti a non esprimere un giudizio deciso, invece prevedendo due valori negativi e due positivi sarebbero stati indotti a dire "bello" o "brutto" senza ombra di dubbio, al massimo sarebbero stati invitati a piccole sfumature tra "Per niente" e "Poco" o tra "Abbastanza" e "Molto".

¹⁰ DAUTRIAT H. *Il questionario*, Angeli, Milano, 1979.

¹¹ <http://claweb.cla.unipd.it/mediateca/documenti/tuzzi1.pdf>

¹² Cfr. nota 10

¹³ www.urp.it

Capitolo 4

Campionamento

La moderna teoria dei campioni consente di ottenere, tramite sofisticati modelli matematici, campioni – copie miniaturizzate della popolazione da cui proviene – in grado di fornire informazioni abbastanza esatte sull'intera stessa popolazione.

Per descrivere la tecnica di campionamento applicata è necessario prima di tutto, come per tutta l'analisi dei risultati, distinguere e differenziare le due diverse macroaree oggetto d'analisi: "degenti" ed "utenti"; quindi, partendo dal presupposto che un campione deve essere rappresentativo della popolazione, si è preferito un tipo di campionamento stratificato, utilizzato in genere per rappresentare popolazioni suddivise in diverse tipologie di sottoclassi che, in questo caso, corrispondono ai singoli reparti di degenza e all'insieme degli ambulatori frequentati dagli "utenti".

E' stato calcolato l'N dell'universo sommando degenti e utenti che nell'arco del 2006 hanno fruito dei servizi sanitari.

I reparti di degenza presi in esame sono stati:

- Geriatria;
- Cardiologia;
- Chirurgia;
- Malattie infettive;
- Medicina interna;
- Urologia e Nefrologia;
- Pneumologia;
- Ostetricia e ginecologia;
- Ortopedia;
- Otorinolaringoiatria;
- Neurologia;
- Pediatria;
- Oculistica.

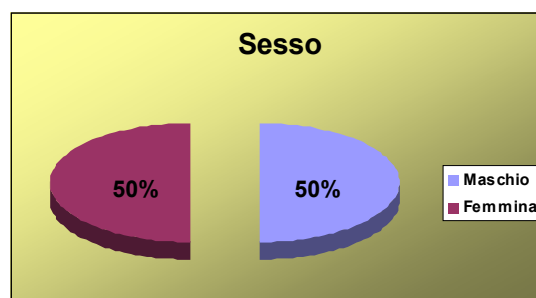
L'insieme degli ambulatori è costituito da:

- Centro di riferimento trapianti d'organo (CRT);
- Reumatologia;
- Diabetologia;
- Talassemia;
- Angiologia;
- Centro trasfusionale;
- Ambulatorio rianimazione;
- Dialisi;
- Pronto soccorso;
- Punto sanità di Piazza Firenze.

E' stato così calcolato la numerosità del campione "n" a un livello di confidenza del 90% con un intervallo più/meno del 10%.

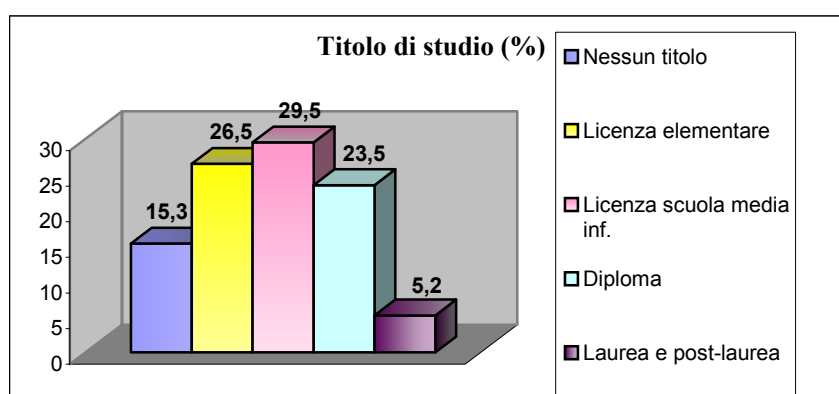
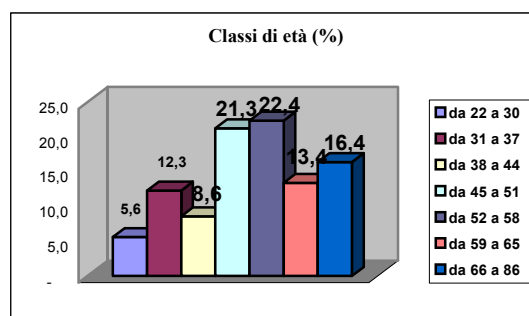
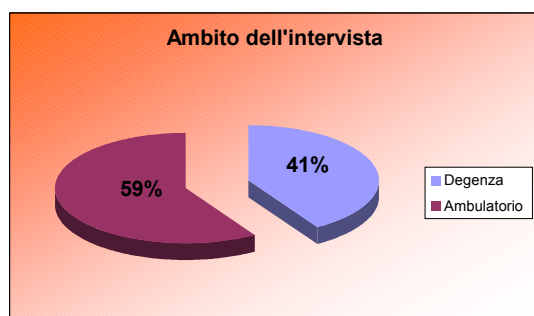
Ovviamente il campione così calcolato è stratificato semplice e casuale perché:

a) l'unica variabile considerata certa, perché conosciuta ex ante, è il sesso: il campione è perfettamente diviso in due tra maschi (50%) e femmine (50%);



b) Il campione è ottenuto in maniera del tutto casuale (“random”): ogni unità dell’universo ha pari possibilità di entrare a farne parte.

Graficamente si rappresenta la composizione del campione così come casualmente è stato estratto: per “Ambito di Intervista”, ovvero di quante interviste sono state fatte ad utenti di servizi ambulatoriali (158) e di quante ne sono state condotte nei reparti di degenza (110) ; per classi di età (22-30; 31-37; 38-44; 45-51; 52-58; 59-65; 66-86); per titolo di studio dichiarato dai rispondenti (Nessun titolo; Licenza elementare; Licenza di scuola media inferiore; Diploma; Laurea e post-laurea).



Potrebbe apparire anomalo far rappresentare l’N di tutti i degenti/utenti di un anno da un campione intervistato nell’arco di un mese: in verità si suppone che i fenomeni presi in considerazione - tutti riguardanti il modo in cui viene percepito l’infermiere - che accadono nell’arco di un anno si ripresentino, più o meno senza grossi mutamenti, in qualsiasi periodo dell’anno perché le situazioni sono sempre le medesime (visite in ambulatorio o degenza in reparti) e perché è sempre il medesimo anche il bacino di utenza delle degenze e degli ambulatori considerati dell’ospedale di Matera

La popolazione dei degenti è stata calcolata sulla base del totale dei pazienti dimessi per ogni singolo reparto considerato; per gli utenti invece, si è tenuto conto del numero medio di accessi giornalieri di ogni ambulatorio moltiplicato per i giorni lavorativi dell’anno.

Premesso che l’N della popolazione è costituito dal numero di accessi e non di persone, per quanto concerne l’individuazione della popolazione degli utenti va fatta una precisazione preliminare riguardante gli ambulatori di Diabetologia, Talassemia, Reumatologia: a questi accedono cittadini la cui condizione è di “cronico”, quindi frequentano regolarmente tali servizi nell’arco dell’ anno e perciò l’idea che si sono fatti dell’infermiere e del servizio nel suo complesso si ritiene che difficilmente venga cambiata perché in genere le aspettative, negli utenti abituali, tendono a rimanere costanti durante tutto il tempo di frequentazione degli ambulatori sanitari così le stesse valutazioni tendono a non variare. Per questo motivo nella determinazione della popolazione degli utenti si è preferito prendere in considerazione il numero dei pazienti cronici e non il numero dei loro accessi.

Nel caso del Pronto soccorso invece, al numero di accessi annuale è stato sottratto il numero dei dimessi dei reparti per non incorrere nell’errore di considerare due volte una medesima persona (come utente del P.S. e come degente).

Dopo aver, in questa maniera, ottenuto l' "universo" sommando il totale dei degenti a quello degli utenti, si è proceduto alla individuazione del campione, calcolato sulla base della tabella pubblicata a pagina 104 del "Manuale tecnico dell'Analisi Partecipata della Qualità" di Luciano D'andrea, Giancarlo Quaranta, Gabriele Quinti¹⁴. La numerosità campionaria "n" rappresentativa della popolazione "N" è risultata di 268 unità statistiche, di cui 134 femmine e 134 maschi, perché, come detto precedentemente, il campione è suddiviso perfettamente in due in base alla variabile "Sesso".

Al fine di individuare quante unità statistiche di ogni singolo sottogruppo rientrano nel campione, è stato necessario calcolare dapprima la "frazione di campionamento"¹⁵, ossia il rapporto tra la dimensione campionaria e la dimensione della popolazione.

$$\text{Frazione di campionamento} = n/N * 100$$

Dove "n" è la numerosità campionaria e "N" è la numerosità della popolazione.

Nel nostro caso: $268/29130 * 100 = 0,92\%$

Tale percentuale è stata applicata ad ogni singola sottoclasse della popolazione in modo da ottenere per ciascuna di esse rappresentanze il più possibile proporzionali.

TABELLE DEL CAMPIONE

DEGENTI

Reparti di degenza	Totale dimessi	Campione degenti
Geriatria	916	8
Cardiologia	764	8
Chirurgia	1630	14
Malattie infettive	497	6
Medicina	935	10
Urologia e nefr.	678	7
Pneumologia	320	6
Ostetricia e gin.	1651	14
Ortopedia	1103	11
Otorinolaringoiatria	625	8
Neurologia	325	6
Pediatria	362	6
Oculistica	337	6
Totale	10143	110

UTENTI

Ambulatori	Totale utenti	Campione utenti
Crt	141	5
Diabetologia	1040	15
Punto sanità	4530	31
Amb. rianimazione	721	7
Centro trasfusionale	200	5
Talassemia	125	5
Dialisi	90	5
Pronto soccorso	9800	58
Angiologia	1300	12
Reumatologia	1040	15
Totale	18987	158

¹⁴ edito da "Laboratorio di scienze della cittadinanza", Roma, 1996

¹⁵ www2.stat.unibo.it/cocchi/dispensa/masteribrido.pdf

Capitolo 5

Registrazione dei dati

Nel documento riportato in appendice all'allegato n. 2 sono riportate le variabili e le modalità con i nomi e i codici utilizzati per l'analisi.

Le interviste sono state condotte a partire dal 24 settembre 2007 fino al 24 ottobre 2007. Fin dalla fase di presentazione del questionario si è voluto sottolineare l'anonimato e l'impossibilità di risalire alla persona dell'intervistato mediante le notizie fornite, per garantire la massima sincerità nelle risposte. Grazie alla facilità di comprensione del questionario e all'assenza di domande troppo personali non si è verificata l'eventualità delle mancate risposte: chi ha accettato l'intervista non ha incontrato difficoltà nel concluderla, laddove c'è stata qualche incomprensione, si è posto rimedio mediante semplici precisazioni.

Le difficoltà incontrate hanno riguardato il reperimento dei soggetti da intervistare nei reparti di Chirurgia, Geriatria e Pneumologia e negli ambulatori del Pronto soccorso e del Punto sanità. Nei reparti citati le circostanze avverse sono rappresentate dall'impedimento psico-fisico dei pazienti, per questo motivo si è preferito intervistare i parenti, in particolare coloro che assistono quotidianamente i loro cari.

Negli ambulatori gli ostacoli sono dovuti alla mancanza di tempo e volontà degli utenti, per questo è stato necessario ritornare più volte.

Nonostante tutto gli intervistati sono sembrati soddisfatti di esprimere la propria opinione e di dare il loro contributo all'indagine: soprattutto nei degenti, l'interesse è stato maggiormente apprezzabile vista l'opportunità fornita dall'intervista di intrattenere un rapporto che superasse la formalità imposta dallo strumento per "fare una chiacchierata", per raccontare i propri dispiaceri e scacciare momentaneamente la monotonia del ricovero. Tra gli infermieri, invece, dopo un primo momento di titubanza dovuto al timore di violazione della *privacy* del paziente, una volta accertata l'innocuità delle domande, è prevalsa la curiosità di conoscere poi i risultati; questo atteggiamento denota sia una condotta responsabile sia una certa sicurezza della qualità del loro lavoro.

Capitolo 6

Analisi dei dati

Le risposte alle domande poste nel secondo capitolo:

- Qual è la distanza tra il modello di infermiere “desiderato” (attesa) e quello che è risultato dai comportamenti e dalle azioni rilevate all’atto pratico della prestazione?
- Nel cittadino quanto è alta la convinzione che chi opera nelle strutture sanitarie ha le caratteristiche tecnico-relazionali necessarie per capire le esigenze e fornire risposte adeguate ai bisogni di salute?
- Quando le attese vengono deluse?

Attraverso i giudizi e le opinioni che i cittadini intervistati hanno espresso, si è ritenuto di ricostruire, da una parte, l’immagine ideale (l’attesa) dell’infermiere che assiste, che aiuta e che rassicura, dall’altra ciò che effettivamente è avvenuto durante la permanenza in reparto o nell’ambulatorio in termini di comportamenti, di informazioni ricevute, di sorrisi, di consigli.

Gli aspetti che sono stati tenuti in considerazione e sui quali si è chiesto il giudizio e l’opinione dei ricoverati e degli utenti dei servizi ambulatoriali sono:

- la cordialità, gentilezza e cortesia;
- la capacità dell’infermiere di fornire spiegazioni, l’attitudine alla comunicazione, la qualità delle informazioni, l’efficacia delle informazioni stesse;
- la professionalità indagata attraverso la diligenza, la fiducia riposta nel sapere, nel fare e nel dire dell’infermiere, la sua capacità di ascolto, le accortezze usate per tutelare la privacy, le denunce di comportamenti poco professionali.

6.1. L’infermiere che l’utente si aspetta di trovare nelle strutture sanitarie.

Considerando le frequenze¹⁶ delle risposte relative alla scelta degli attributi che, secondo i rispondenti, descrivono le caratteristiche che un infermiere di un reparto o di un ambulatorio deve necessariamente possedere per svolgere decorosamente il proprio lavoro, scaturisce il profilo di infermiere che il cittadino, in genere, si attende di trovare nelle strutture sanitarie.

La figura ideale disegnata dagli intervistati è di un infermiere soprattutto disponibile, attento e capace dove:

- la disponibilità è un atteggiamento attinente l’umanizzazione di cui dovrebbero essere dotate le strutture sanitarie¹⁷;
- l’attenzione è una predisposizione della personalità umana che aiuta la comprensione e che fa ben comunicare;
- la capacità è un aspetto molto legato alla professionalità, è quello che si sa fare dopo un processo di apprendimento, è quello che rimane dentro dopo il fascino dello studio.

Le attese

Attributi	Frequenze
Disponibile	155
Attento	135
Capace	99
Coscientioso	88
Affidabile	88
Esperto	75
Rispettoso	55
Sensibile	48
Altruista	41
Simpativo	16
Ordinato	4

¹⁶ La somma delle frequenze, in questo caso, non corrisponde al numero degli intervistati perché le possibilità di risposta suggerite erano tre.

¹⁷ DONADEBIAN A., *La qualità dell’assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, La nuova Italia scientifica, Firenze, 1990.

Le differenze dalle attese:

- Il 39% degli intervistati ha affermato che tutti gli infermieri incontrati corrispondono ai requisiti da essi stessi attesi;
- il 60% non sempre ha incontrato l'infermiere che si aspettava, pur ritenendo che il suo profilo ideale sia composto da requisiti abbastanza semplici che si possono acquisire sia a scuola che nella vita;
- solo l'1% non ha mai trovato riscontro nella realtà (nei servizi) degli attributi indicati (sognati), considerandoli pura utopia.

L'infermiere che l'utente/degente si augura di trovare in una struttura sanitaria è prima di tutto una persona in grado di accogliere le loro richieste, con una spiccata attitudine alla comprensione dei bisogni dell'"altro", quindi capace di ascoltare e comunicare; queste doti, però, non sono sufficienti a garantire un'accurata assistenza sanitaria che perciò necessitano di essere integrate e supportate da una estrema premura e attenzione oltre che da una ineccepibile competenza e preparazione.

Una guida a leggere e interpretare alcuni dati: là dove appare un valore chiamato "media" ci si riferisce alla media ponderata dei punteggi ottenuti da ciascuna categoria con l'accortezza di tener presente che, considerato "sufficienza" - in termini docimologici - il "6", il suo valore corrispondente, rapportato ad una scala 1-3, è il valore "1,8" che è, dunque, la soglia della sufficienza

6.2 Percezione della cortesia

- Quanto sono stati cortesi gli infermieri?

Cortesia		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	4	1,49
Poco	45	16,79
Abbastanza	152	56,72
Molto	67	25
Totale	268	100

Media = 2,05

La votazione¹⁸ media attribuita alla cortesia, cordialità, gentilezza è stata di 2,05, ovvero la percezione degli utenti risulta essere complessivamente discreta: e' un dato abbastanza positivo rispetto alla soglia della sufficienza anche se si evidenzia un buon margine di miglioramento.

Incrociando la categoria "Cortesia" con la variabile "Sesso", si ottiene la seguente tabella:

		Cortesia				
		Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Maschi		1	19	84	30	134
	%	0,7	14,2	62,7	22,4	100
Femmine		3	26	68	37	134
	%	2,2	19,4	50,7	27,6	100
Totale		4	45	152	67	268
	%	1,5	16,8	56,7	25	100

Sommando le percentuali che fanno riferimento alle risposte negative (Per niente; Poco)¹⁹, si osserva che il 14,9% degli uomini e il 21,6% delle donne ritengono che gli atti infermieristici siano scarsamente corroborati da

¹⁸ La votazione è stata ottenuta facendo la media ponderata dei punteggi: il massimo voto ottenibile è di 3, mentre il minimo è di 0.

cortesìa e gentilezza. Questo dato induce a supporre che le donne siano in genere piú critiche riguardo a questi aspetti “umani” dell’assistenza sanitaria. A conferma di ciò si può mettere a confronto la somma delle percentuali delle risposte positive (Abbastanza; Molto), che per gli uomini è dell’ 85,1%, mentre per le donne è del 78,3%.

In verità, nonostante le donne siano state, complessivamente, meno clementi degli uomini, sono state piú disposte a dare risposte positive. (Molto: 27,6% donne; 22,4% uomini) nel senso che non hanno optato per giudizi intermedi (Poco o Abbastanza), ma per giudizi piú decisi (Per niente o Molto).

Incrociando, inoltre, la categoria “Cortesìa” con l’ambito in cui sono state condotte le interviste, è possibile fare un confronto tra risposte date dagli utenti e quelle fornite dai degenti.

Cortesìa					
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Degenza	1	15	60	34	110
%	0,9	13,6	55	30,9	100
Ambulatorio	3	30	92	33	158
%	1,9	19	58,2	20,9	100

Dai dati emerge che il maggior numero di risposte negative sono state date dagli utenti degli ambulatori.

E’ anche vero, però, che negli ambulatori si riscontra anche il maggior numero di risposte positive grazie al fatto che dove gli utenti si recano periodicamente, perché utenti cronici (Dialisi, Crt, Talassemia), ci sono anche molte piú attestazioni di merito; in piú, in quei medesimi servizi, è stata rilevata la maggior parte degli elogi che raffigurano gli infermieri nella veste di “consiglieri”, “confidenti”, “sostenitori”. Questa considerazione è rilevante poiché avvalora l’ipotesi che piú è duraturo il rapporto, piú si ha la possibilità di entrare in sintonia, capirsi e quindi rimuovere o smussare eventuali difetti che in circostanze piú esclusive – un ricovero una tantum o una sporadica visita ambulatoriale – non è possibile ottenere se non altro perché la emotività fa apparire piú bianco o piú nero secondo il tipo di risposta che viene data ai patemi o alle attese del paziente e di come essa viene percepita e vissuta.

Questa è una considerazione che conferma la convinzione che un ospedale sia un luogo dove si sviluppa solidarietà e dove la categoria infermieri ne è protagonista.

6.3 Percezione della capacità di comunicazione

- Gli infermieri sanno comunicare?
- Quanto sono chiare e comprensibili le informazioni che essi forniscono?
- Quanto, in seguito alle dimissioni o a casa dopo la visita in ambulatorio, quelle informazioni vengono effettivamente utilizzate?

Comunicazione ²⁰		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	11	4,1
Poco	96	35,82
Abbastanza	118	44,03
Molto	43	16,04
Totale	268	100

Media = 1.72

¹⁹ Dal continuum della scala a cinque valori solitamente utilizzata (cfr. nota 9 pag. 21), è stato eliminato, come già detto, il valore intermedio che in genere viene utilizzato da chi non vuole impegnarsi con una risposta precisa. In sostanza, si è ritenuto che il valore intermedio sia quello della ambiguità.

²⁰ La domanda che è stata posta era del seguente tenore: “Sulla base della sua esperienza gli infermieri hanno sufficientemente comunicato con lei per fornirle spiegazioni, informarla, ecc...?”

La media, in questo caso, risulta al di sotto della soglia di sufficienza.
 Riguardo alla “Comunicazione”, sono state considerate:

- l’esaustività delle informazioni e delle spiegazioni fornite dagli infermieri;
- la “Qualità delle informazioni”; la loro “Efficacia”.

Qualità informazioni ²¹		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	12	4,48
Poco	81	30,22
Abbastanza	127	47,39
Molto	48	17,91
Totale	268	100

Media = 1,79

Anche la media relativa alla chiarezza e al grado di comprensibilità delle informazioni risulta essere poco al di sotto della soglia di sufficienza.

Efficacia informazioni ²²		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	19	7,09
Poco	72	26,87
Abbastanza	119	44,4
Molto	58	21,64
Totale	268	100

Media = 1,81

La media che risulta è appena sopra la soglia di sufficienza

Si osserva che:

- **le votazioni ottenute nell’ambito della comunicazione sfiorano soltanto la sufficienza;**
- **il 40% degli utenti non ritiene abbastanza esaurienti le informazioni fornite dagli infermieri;**
- **una stringata sufficienza viene raggiunta solo dalla chiarezza delle informazioni e dalla loro efficacia.**

Si è cercato di capire quanto il modo di comunicare, la completezza e comprensibilità dei messaggi risultasse effettivamente funzionale ad una facile fruibilità delle indicazioni da seguire a casa, in sede di convalescenza, ad esempio, o nel seguire la terapia. Si ritiene, infatti, che una buona capacità di comunicazione ottenuta fornendo spiegazioni chiare e complete sia indispensabile per consentire al paziente di sfruttare a pieno tutte le indicazioni che occorrono per seguire a curarsi.

A questo scopo è stato calcolato l’indice di correlazione tra la media delle valutazioni conseguite dagli aspetti che caratterizzano la comunicazione (cortesia, esaustività delle informazioni, loro qualità, rispetto della riservatezza) e il giudizio sulla effettiva utilità delle informazioni.

L’indice, che è risultato pari a 0,8, dimostra una buona correlazione tra giudizio sulla informazione e sua utilità nel senso che là dove l’informazione è stata chiara, è stata poi effettivamente utilizzata; quando, di contro, non è stata corroborata da cortesia, completezza e chiarezza delle spiegazioni, anche le informazioni non hanno avuto la loro efficacia.

²¹ La domanda che è stata posta era del seguente tenore: “ Sulla base della sua esperienza, le informazioni fornite dagli infermieri sono risultate chiare e comprensibili?”

²² La domanda che è stata posta era del seguente tenore: “Sulla base della sua esperienza, i suggerimenti e le raccomandazioni fornite dagli infermieri le sono ritornate utili?”

Complessivamente il giudizio sulla comunicazione e quindi sulla effettiva utilizzazione delle informazioni non è positivo, tant'è che le rispettive medie sono di 1,79 per la chiarezza e 1,8 per la efficacia, valutazioni che, come si è messo in evidenza, sono appena intorno alla soglia della sufficienza.

Una ulteriore osservazione importante si può ottenere incrociando i dati relativi alla efficacia delle informazioni con l'ambito in cui sono state ottenute le interviste:

Dalla tabella che segue risulta che i degenti sono più soddisfatti degli utenti ambulatoriali in ordine alla efficacia delle informazioni. Questo dato avvalorava l'ipotesi, già avanzata, che la comunicazione tende ad essere non buona in un contatto occasionale: quando la comunicazione è estemporanea, ridotta alla occasionalità dell'evento, come in ambulatorio dove si va per una semplice prestazione e dove non ci sono molte occasioni per approfondire sintoniche relazioni, come in un reparto di degenza, la comunicazione è ridotta all'essenzialità che non sempre va d'accordo con chiarezza e precisione.

In più va sottolineato che i giudizi "molto" positivi espressi per gli ambulatori frequentati da cronici non riescono a compensare i dati negativi provenienti dalle opinioni degli altri cittadini utenti di altri ambulatori.

Efficacia delle informazioni					
	Per niente	Poco	Abbastanza	Molto	Totale
Degenza	7	26	56	21	110
%	6,4	23,6	50,9	19,1	100
Amb.	12	46	63	37	158
%	7,6	29,1	39,9	23,4	100

6.4 Percezione della professionalità

- Gli infermieri lavorano con diligenza ?

Diligenza		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	1	0,37
Poco	51	19,03
Abbastanza	165	61,57
Molto	51	19,03
Totale	268	100

Media = 1,99

La percezione della diligenza raggiunge la sufficienza.

Sull'attitudine degli infermieri ad essere diligenti, le opinioni degli intervistati hanno assunto varie sfumature: tra coloro che hanno risposto positivamente, alcuni hanno motivato il giudizio affermando che gli infermieri devono essere necessariamente attenti e scrupolosi nel loro lavoro, poiché sono costretti dal timore di incorrere in sanzioni di tipo penale; altri invece, hanno affermato che gli infermieri sono sicuramente diligenti, se così non fosse si verificherebbero inconvenienti²³ molto gravi in virtù del fatto che il loro lavoro consiste nell'assistere persone. Coloro i quali hanno dato risposte negative, hanno addotto, a dimostrazione, il verificarsi di casi di malasanità di cui si sente parlare o di esperienze vissute in prima persona.

²³ I rispondenti hanno affermato durante l'intervista che se gli infermieri non fossero diligenti, si verificherebbero delle "stragi" tra pazienti e nessuno si farebbe più curare in ospedale.

- Gli infermieri hanno tutelato la privacy dell'utente?

Tutela della privacy		
	Frequenza	Percentuale
Mai	0	0
Rare volte	17	6,34
Quasi sempre	57	21,27
Sempre	194	72,39
Totale	268	100

Media = 2,66

Il giudizio sulla capacità degli infermieri di tutelare la riservatezza degli utenti è abbastanza positivo. La tutela della privacy rappresenta un obbligo²⁴ per gli infermieri come per tutti coloro che essendo "incaricati di un pubblico servizio"²⁵, sono tenuti al segreto professionale. La tutela della privacy va comunque oltre l'obbligo giuridico del segreto, in quanto rispettare la riservatezza dell'utente significa fare in modo che vengano ridotte al minimo le situazioni in cui il paziente possa sentirsi imbarazzato per problemi di salute o per motivi strettamente personali.

- Quanto gli utenti si fidano degli infermieri?

Fiducia		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	2	0,7
Poco	68	25,4
Abbastanza	140	52,2
Molto	58	21,6
Totale	268	100

Media = 1,95

Anche la votazione data alla fiducia supera di poco la sufficienza. Il voto risulta essere connesso direttamente a quello conseguito dalla diligenza percepita e viceversa; dato che è confermato dal valore dell'indice di correlazione che è pari a 0,7. A conferma della correlazione positiva, c'è anche una forte somiglianza tra la media che riscuote la "Fiducia" pari a 1,95 e quella che riscuote la "Diligenza" che raggiunge 1,99. In sostanza chi riscuote fiducia è ritenuto anche diligente come chi non riesce a dimostrarsi sicuro sul lavoro non viene parimenti ritenuto scrupoloso e attento.

- Quanto gli infermieri sono in grado di ascoltare e capire i bisogni degli utenti ?

Capacità di ascolto		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	1	0,37
Poco	87	32,46
Abbastanza	152	56,72
Molto	28	10,45
Totale	268	100

Media = 1,8

²⁴ Art. 326 c.p. e art. 622 c.p.

²⁵ Art. 358 c.p.

La votazione appena pari alla sufficienza assegnata alla capacità di ascolto degli infermieri conferma la scarsa considerazione in cui è tenuta la loro capacità di comunicazione. Essa non rileva tanto la inadeguatezza degli operatori ad essere empatici ma, come si rileva anche dalle giustificazioni addotte da coloro che hanno risposto negativamente, mette in evidenza una certa difficoltà degli infermieri ad ascoltare le richieste dei pazienti.

- Quanto è rassicurante la presenza dell'infermiere?

Rassicurazione		
	Frequenza	Percentuale
Per niente	9	3,36
Poco	28	10,45
Abbastanza	116	43,28
Molto	115	42,91
Totale	268	100

Media = 2,26

Si è cercato di capire quanto importante sia la figura dell'infermiere che affianca il medico. Per farlo oltre che analizzare le semplici frequenze della domanda relative a soddisfazione, percezione della diligenza e fiducia, è stata anche correlata la media di questi tre punteggi con il senso di rassicurazione che la presenza dell'infermiere ingenera nel paziente, nel suo animo reso ansioso dallo stato di malattia, nelle sue preoccupazioni e in tutto ciò che caratterizza la permanenza di una persona in un ambiente ospedaliero. L'indice di correlazione, anche in questo caso è risultato di segno positivo (0,7); ciò vuol dire che quanto più il cittadino ha fiducia o è soddisfatto e percepisce che il lavoro dell'infermiere è svolto con diligenza, tanto più è rassicurato dalla sua presenza. Ovviamente là dove non c'è soddisfazione la presenza dell'infermiere è ritenuta secondaria. Le medie riportate dalle categorie considerate sono tutte oltre la soglia della sufficienza:

- 1,85 per la soddisfazione;
- 1,99 per la diligenza;
- 1,95 per la fiducia;
- 2,26 per la rassicurazione.

Al "Madonna delle Grazie" la presenza dell'infermiere che affianca quella del medico è sufficientemente apprezzata. La ragione sta nel fatto che l'utente percepisce come più vicina la figura dell'infermiere rispetto a quella del medico, come molti hanno affermato durante l'intervista anche a margine dell'intervista in sé.

6.5 Soddisfazione dell'utente nei confronti del personale infermieristico

- Quanto l'utente è soddisfatto del comportamento del personale infermieristico nei confronti del suo stato di salute e delle sue personali necessità ?

Soddisfazione		
	Frequenza	Percentuale
Molto insoddisfatto	1	0,37
Poco soddisfatto	81	30,22
Soddisfatto	143	53,36
Molto soddisfatto	43	16,04
Totale	268	100

Media = 1,85

Anche il punteggio attribuito alla soddisfazione raggiunge la sufficienza, ma esistono differenze significative tra le risposte fornite dai degenti e dagli utenti per i motivi sopra descritti (maggiore empatia che in genere si sviluppa durante le degenze e negli ambulatori abitualmente frequentati dai malati cronici).

Soddisfazione su comportamento					
Degenza	Molto sodd.	Poco sodd.	Soddisfatto	Molto sodd.	Tot.
		27	64	19	110
%		24,5	58,2	17,3	100
Amb.	1	54	79	24	158
%	0,6	34,2	50	15,2	100

La soddisfazione del cliente ormai è divenuto un elemento del sistema qualità. Capire la soddisfazione dei cittadini riguardo al modo di comunicare all'interno di una organizzazione è importante perché serve per migliorare la dimensione interpersonale tra struttura e cittadini. La soddisfazione, in questo caso, dipende indifferentemente sia dal modo in cui si comunica, sia da ciò che costituisce il messaggio. Ad esempio è parso importante capire se la soddisfazione sia legata più alla cortesia e gentilezza (che è una modalità di comunicazione) piuttosto che alla chiarezza dei messaggi. In sostanza, per una buona comunicazione da parte dell'infermiere, vale più la cortesia o il messaggio come è organizzato? A tale scopo si è proceduto ad incrociare come nelle due tabelle successive le variabili interessate.

C o r r e s i a	Soddisfazione					
		Molto Insod.	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Tot.
	Per niente %		4 100			4 100
	Poco %	1 2,22	37 82,22	7 15,56	15,56	45 100
	Abbastanza %		38 25	101 66,45	75	152 100
	Molto %		2 2,99	39 58,21	97,01	67 100

C o m u n i c a z i o n e	Soddisfazione					
		Molto Insod.	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto	Tot.
	Per niente %	1 9,1	10 90,9			11 100
	Poco %		65 67,7	31 32,3		96 100
	Abbastanza %		6 5,1	92 78	20 16,9	118 100
	Molto %			24 55,8	19 44,2	43 100

Coloro che hanno valutato molto positivamente le informazioni ricevute, hanno anche espresso soddisfazione nei confronti del comportamento del personale infermieristico.

6.6 L'infermiere percepito in ambulatorio e l'infermiere percepito in reparto

Nel paragrafo precedente si è voluto sottolineare il differente atteggiamento assunto dai rispondenti rispetto alla condizione di utente o di degente.

In particolar modo si è osservato che l'efficacia delle informazioni e la soddisfazione rispetto al comportamento degli infermieri sono state percepite in maniera più negativa dagli utenti ambulatoriali

Facendo un ulteriore confronto, correlando la efficacia delle informazioni, sia degli ambulatori che dei reparti con la media ottenute dalle valutazioni attribuite alle categorie "cortesia", "comunicazione", "qualità delle informazioni", "capacità di ascolto" e "tutela della privacy", si possono fare, alla luce dell'indice di correlazione ottenuto di 0,8, le seguenti riflessioni:

- nei reparti di degenza dove la capacità di comunicare e la professionalità sono stati giudicati positivamente, anche le informazioni sono risultate più efficaci ed è più evidenziato il senso di rassicurazione percepito dai degenti;
- negli ambulatori, invece, dove i giudizi sono stati più sfavorevoli, anche l'efficacia delle informazioni ricevute ne ha risentito, come anche il senso di rassicurazione.

Un elemento importante che va considerato quando si analizza la qualità percepita è lo stato d'animo della persona che sta proponendo le sue opinioni o sta valutando. E' stata posta molta attenzione a ciò che trapelava dagli sguardi, dalle parole o dai monosillabi di riflessione, dagli atteggiamenti, dal tono della voce, dagli "occhi lucidi" dei rispondenti; indizi rilevabili solo attraverso un contatto diretto con l'intervistato non potendo essere contenuti negli schemi troppo rigidi di un questionario.

Alcuni, tra coloro che hanno risposto negativamente, erano visibilmente sfiniti, estenuati dalle prove a cui la vita li stava pesantemente sottoponendo, il cui dolore e le cui logoranti preoccupazioni avevano infiacchito la fiducia negli altri.

Tra coloro che hanno risposto abbastanza positivamente invece, è stato più frequente il riscontro di una certa propensione all'ottimismo e alla speranza.

6.7 La graduatoria dei giudizi

Le medie dei giudizi

Tutela della privacy	2,66
Rassicurazione	2,26
Cortesia	2,05
Diligenza	1,99
Fiducia	1,95
Soddisfazione	1,85
Efficacia informazioni	1,81
Capacità di ascolto	1,80
Qualità informazioni	1,79
Comunicazione	1,72

Conclusioni

La parte del discorso che convenzionalmente viene chiamato con il termine “conclusione” fa pensare ad un punto d’arrivo; in verità le osservazioni, i pensieri, i dati contenuti in questo lavoro rivelano, più che un epilogo, un concreto punto di partenza, iniziando dalle considerazioni elargite da coloro che hanno contribuito generosamente attraverso le loro opinioni, i loro pensieri, i loro giudizi, a giungere ad alcune doverose riflessioni.

Nello svolgimento del lavoro, si è voluto tratteggiare un’immagine di infermiere, se non proprio ideale, quantomeno “umanamente possibile” o “desiderabile”.

Nella realtà però, non sempre questa immagine ha trovato corrispondenza.

Volendo fare un bilancio dei punti di forza e di debolezza della professionalità dell’infermiere, si evidenziano, tra i primi, l’attitudine ad essere figure vicine alla persona che ha bisogno di un servizio sanitario, l’attenzione e la sensibilità nel tutelare la Persona anche nella sue più intime riservatezze.

Tra i punti di debolezza invece, bisogna annoverare la scarsa attitudine degli infermieri a comunicare.

Comunicare con il paziente è innegabilmente difficile, soprattutto considerando la grande varietà di soggetti che affollano quotidianamente i reparti e gli ambulatori di un ospedale. In più non esistono pazienti uguali in quanto ognuno ha la sua particolarità, ognuno è portatore di mondi diversi e con ciascuno di essi bisogna adeguare usare codici e atteggiamenti.

Ma comunicare è importante, anzi direi vitale: una terapia che viene seguita male dal paziente perchè non è stato messo in grado di comprendere le motivazioni, i tempi, i modi, i dosaggi, con cui realizzarla, mette a rischio la sua salute, ovvero la missione²⁶ stessa per cui si è infermieri o per cui nasce una organizzazione.

Comunicare è quindi una responsabilità e allo stesso tempo una peculiarità della sua professione alla quale l’infermiere non può e non deve sottrarsi.

A sottolineare l’importanza della comunicazione paziente/operatore sanitario è intervenuta durante una recente trasmissione televisiva di fine novembre 2007, una delle voci più autorevoli della medicina italiana, la cui specializzazione (oncologia), più di qualunque altra, deve necessariamente utilizzare una buona comunicazione perchè vengano apprezzati i benefici di tutta la cura.

Il Dott. Veronesi, medico, ex ministro della salute, nonché autore di molti lavori che hanno per oggetto l’umanizzazione delle cure, ha dichiarato che saper comunicare significa alimentare la speranza dei pazienti soprattutto di coloro che, stremati dalla malattia e dalla sofferenza, sono stanchi di lottare.

La speranza, alla pari dei farmaci e delle terapie, anzi agendo in sinergia con essi, diventa un espediente rilevante nel processo di guarigione.

Il Dott. Veronesi ha affermato inoltre, che i medici e gli infermieri italiani non sono in grado di comunicare adeguatamente, incapacità “legittimata” dalle stesse università, all’interno delle quali si trasmette un’infinità di nozioni scientifiche, ma non si insegnano le basi per una comunicazione efficace.

Come alcuni degli intervistati mi hanno suggerito, voglio riportare una riflessione che riassume il pensiero di quanti hanno risposto alle mie domande: non è soltanto il male che deve essere alleviato, ma il senso di solitudine e di paura che lo accompagna! Le persone adulte hanno bisogno di sentirsi meno sole quando soffrono, e i bambini più al sicuro quando stanno male.

Gli ostacoli alla comunicazione sono tanti, ma nei luoghi di cura, dove la solidarietà dovrebbe essere elemento costitutivo di un sistema di interazioni, bisogna sforzarsi per superarli o perlomeno renderli meno intralcianti, anche perchè non saper comunicare con l’utente, molto probabilmente significa anche non essere in grado di comunicare con i colleghi, e in un contesto in cui l’assistenza diventa sempre più multidisciplinare o in cui molte e variegate sono le fonti da cui partono informazioni (TV, giornali, internet) comunicare male o non avere un momento in cui qualcuno aiuti a fare una sintesi di tutti i messaggi raccolti, può costituire un grosso svantaggio.

Il capitolo conclusioni al termine di una indagine sui comportamenti umani o sui servizi che gli uomini si organizzano per permettere una vita migliore, non dovrebbe scriversi o dovrebbe avere un altro titolo... un titolo che esprima il concetto di cambiamento e quello di miglioramento.

²⁶ Qui il termine “missione” è usato nell’accezione classica tratta da Cinotti R., Spunti di riflessione in tema di accreditamento in Gestire e verificare la qualità nelle strutture sanitarie, Quaderno Qualità 1, Agenzia Sanitaria RER, CLUEB, Bologna 1997: Motivo per cui una organizzazione (azienda) esiste o un processo viene agito. Per l’organizzazione, in questo caso di natura sanitaria, è la ragione d’essere, ovvero ciò che essa sceglie di fare per soddisfare i bisogni (richieste) dei suoi cittadini/utenti.

Appendice documentaria

II QUESTIONARIO

N°

1. Degenza Ambulatorio

2. Questi sono 12 aggettivi. Ne scelga tre: quelli che meglio descrivono come dovrebbe essere un infermiere di un reparto di degenza/ambulatorio.

1 Attento 5 Coscienzioso 9 Affidabile
2 Disponibile 6 Bello 10 Rispettoso
3 Sensibile 7 Altruista 11 Esperto
4 Simpatico 8 Capace 12 Ordinato

3. Lei ha detto che un infermiere deve soprattutto essere

Gli infermieri che ha incontrato corrispondono a tali requisiti?

3 Si tutti 1 Non tutti 0 Nessuno

4. Facendo riferimento all'ultimo contatto avuto con un infermiere, questo è stato cortese, cordiale e gentile?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

5. Sulla base della sua esperienza, gli infermieri hanno sufficientemente comunicato con lei per fornirle spiegazioni, informarla, ecc.?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

6. Sulla base della sua esperienza, le informazioni fornite dagli infermieri sono risultate complete e comprensibili ?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

7. Sulla base della sua esperienza, i suggerimenti e le raccomandazioni fornite dagli infermieri le sono ritornate utili?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

8. Quanto è soddisfatto del comportamento del personale infermieristico nei confronti del suo stato di salute e delle sue personali necessità?

Molto insod.	Poco soddisfatto	Soddisfatto	Molto soddisfatto
0	1	2	3

9. Sulla base della sua esperienza, gli infermieri sono stati in grado di trasmetterle fiducia?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

10. Frequentando i servizi sanitari, si è sentito più rassicurato per la presenza, oltre che della figura del medico, di quella dell'infermiere?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

11. Secondo lei, gli infermieri sono in grado di ascoltare e capire i bisogni degli utenti?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

12. Secondo lei, gli infermieri svolgono il loro lavoro con diligenza?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

13. Gli infermieri hanno garantito sempre la sua privacy, nel comunicarle informazioni riservate o nello svolgimento di operazioni delicate, magari quando erano presenti anche altre persone ?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

14. Le è mai capitato di assistere in prima persona o è a conoscenza di situazioni in cui un infermiere abbia assunto un comportamento poco professionale?

0 si 3 no

15. Se si, mi racconta l'episodio di cui è a conoscenza? _____

16. Quando va dal medico, in genere, è preoccupato per ciò che le sarà detto in ordine al suo stato di salute?

Per niente	Poco	Abbastanza	Molto
0	1	2	3

17. Chi risponde al questionario

1 Utente/degente 2 Familiare 3 Altra persona

18. Sesso

1 Maschio 2 Femmina

19. Età |_|_|

20. Titolo di studio conseguito

1 Nessun titolo 2 Licenza elementare 3 Licenza di scuola media inferiore
4 Diploma o qualifica di scuola media superiore 5 Laurea e post- laurea

Grazie, arriverla!

Bibliografia

AA.VV., *Carte dei servizi: esperienze e strumenti per le qualità sociali*, in "Fuori orario rivista di cultura e pratiche sociali" n. 32 2002, pag. 1-16.

BUSI B., *La carta dei diritti fondamentali dell'unione europea: un commento* in Autonomie locali e servizi sociali n. 2 2002, pag. 183-190.

CORBETTA P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Bologna, Il Mulino, 1999.

DAUTRIAT H., *Il questionario*, Angeli, Milano, 1979.

D'ANDREA L., QUARANTA G., QUINTI G., *Manuale tecnico sull'analisi partecipata della qualità*, Laboratorio di Scienze della Cittadinanza, Roma, 1996.

DE MONTICELLI R., *La fenomenologia come metodo di ricerca filosofica e la sua attualità*, Bibliotec@swif (sito web).

DONADEBIAN A., *La qualità dell'assistenza sanitaria: principi e metodologie di valutazione*, La nuova Italia scientifica, Firenze 1990.

FRUDA' L., *Le scale di atteggiamento nella ricerca sociale*, Euroma La Goliardica, Roma, 1989.

HANAU C., *Qualità percepita e diritto degli utenti*, in Trabucchi M. (a cura di) "I cittadini e il sistema sanitario nazionale. Dalla qualità percepita all'impegno per il cambiamento", Il Mulino, Bologna, 1996.

PERRONE L., *Metodi quantitativi della ricerca sociale*, Feltrinelli, Milano, 1977.

TARONI F., "Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?". In Fiorentini G. (a cura di), I Servizi sanitari in Italia, Bologna, Il Mulino, 2000.

TOGNON G., *La valutazione, strumento decisivo delle politiche della ricerca*, "UR - Università Ricerca", n. 3, 1998, p. 2.

Siti web consultati

http://www.swif.uniba.it/lei/pdf/biblioteca/readings/fenomenologia_SWIF.pdf

http://portale.iims.it/flex/AppData/Redational/Ejournal/Articoli/Files/D.44e932590fff07417bb3/valutazione_qualita_in_sanita.pdf

www2.stat.unibo.it/cocchi/dispensa/masteribrido

<http://claweb.cla.unipd.it/mediateca/documenti/tuzzi1.pdf>

<http://www.emiliaromagna/sociale.it>
www.urp.it