

Rivista dell' infermiere

**Il malato
di cancro
avanzato**

**Sanità
e apartheid**

**Indagine
ambientale
in una
comunità
lavorativa**

**Fattori
di rischio
per ictus**

**Consigli
e sconsigli**

**L'impegno
informativo
degli
operatori
sanitari**

**Efficacia
di un'unità di
valutazione
geriatrica**

Un'indagine sull'impegno informativo degli operatori infermieristici

Anna Bovino, Renzo Zanotti

Gli autori analizzano il ruolo dell'infermiere nella raccolta e nell'uso dei dati, esaminando la modulistica scritta utilizzata in ospedale e nel distretto e valutando il contributo di ciascuna figura nella raccolta dei dati e nel loro uso. Ne risulta che l'infermiere è la figura che raccoglie il maggior numero di dati, ma quello che meno li utilizza, continuando a proporsi in questo modo come figura di supporto al lavoro del medico e priva di spazi di progettazione autonoma.

Introduzione

Premessa

Questo periodo – storico per l'assistenza infermieristica – è caratterizzato da due importanti fattori:

- l'avvio della Riforma Sanitaria;
- l'evoluzione dell'infermiere in un'ottica internazionale.

Il servizio sanitario modificato dalla riforma richiede all'infermiere una prestazione assistenziale che non sia più rigidamente ancorata alla dimensione bio-fisica ma che intervenga anche in quella psico-sociale, fornendo risposte più coerenti con gli specifici bisogni di salute dell'utente. Posta in crisi è proprio l'esecutività «tecnica» dell'infermiere, per i limiti evidenti di un'assistenza per compiti, standardizzata e ripetitiva, che si soddisfa in un efficientismo personalistico rivolto sempre al contingente e all'emergenza. Il significato nuovo che la relazione operatore-utente viene ad assumere evidenzia in modo netto ed inequivocabile l'anacronismo di questa assistenza ancora relegata al piccolo e subordinato spazio delle tecniche infermieristiche. L'ottica con cui guardare l'utente,

in questa nuova cultura della salute, è quella della «globalità» della persona; si è concretamente realizzato un radicale cambiamento di direzione rispetto al precedente modello di salute. Con la crisi del vecchio sistema sanitario si sono posti in crisi anche i suoi valori, i suoi carismi, le sue rigidità strutturali. Si è così avviato un processo dinamico di revisione delle modalità complessive di intervento, che vede l'infermiere oscillare tra desiderio e resistenza al cambiamento, nella ricerca di maggiore razionalità per l'approccio infermieristico. Sempre più avvertita è la necessità di renderlo programmabile rispetto ai bisogni dell'utente, scegliendo in base alle risorse disponibili le strategie di intervento ottimali e utilizzando metodicamente la valutazione dei risultati per il miglioramento continuo del piano stesso. Per questo diventa necessario all'infermiere utilizzare le informazioni raccolte per poter prendere decisioni inerenti l'organizzazione dell'intervento assistenziale e la gestione amministrativo-burocratica del servizio. Una efficace utilizzazione delle informazioni è il presupposto necessario, quindi, per ricostruire

su basi più razionali il rapporto tra la domanda dell'utente e l'offerta dell'operatore.

Questa prima indagine pilota, si propone di verificare in via preliminare l'impegno dell'infermiere nell'uso dell'informazione. Sulla base di una serie di osservazioni effettuate dal CEREF in occasione di analisi organizzative sulla operatività dei servizi, sono state assunte alcune ipotesi di ricerca:

- a) l'infermiere partecipa all'informazione essenzialmente in fase di raccolta dei dati;
- b) l'infermiere non utilizza per la predisposizione degli interventi di assistenza il contenuto informativo dei dati raccolti;
- c) l'infermiere coordinatore gestisce una maggior quantità di informazioni rispetto all'infermiere collaboratore, pur trattandosi di dati di natura burocratico-amministrativa;
- d) il limitato impegno nella raccolta e utilizzazione delle informazioni è la naturale conseguenza del modesto impegno decisionale dell'infermiere, proprio di una organizzazione del lavoro «per compiti».

La ricerca, di cui vengono sistematicamente presentati in

questa sede modalità di svolgimento e primi risultati, si propone di verificare la suddetta ipotesi.

Obiettivi

Lo scopo di questa ricerca è di raccogliere elementi conoscitivi rispetto a:

- 1) impegno dell'infermiere nell'attività informativa interna al processo terapeutico;
- 2) quantità e qualità di contenuto informativo utilizzato dall'infermiere per l'organizzazione e la gestione del proprio intervento;
- 3) eventuale diversità di impegno nell'uso di informazioni tra l'infermiere coordinatore e l'infermiere collaboratore;
- 4) il «gap informativo» eventuale tra l'attuale modello di assistenza ed uno a più alto livello di decisionalità dell'infermiere.

Metodologia

L'indagine è stata condotta nell'ULSS 25 (Verona) della Regione Veneto. Specialmente ha interessato due stabilimenti ospedalieri (Borgo Trento e Borgo Roma) e alcuni degli 11 distretti territoriali in cui è articolata l'ULSS (v. figura 1).

Il materiale di indagine è costituito dalla modulistica utilizzata in tali strutture dagli operatori sanitari nell'ambito della loro attività assistenziale, terapeutica, organizzativa.

Il materiale è stato censito in base a tre criteri di selezione:

- a) utilizzazione generalizzata all'interno dell'ULSS;
- b) standardizzazione del valore informativo del modulo;
- c) standardizzazione del percorso nell'uso del modulo.

Sono stati esclusi di conseguenza tutti quegli strumenti informativi che non si prestavano alla

completa applicazione dei criteri, come ad esempio i registri di consegna, i quaderni per annotazioni varie, generalizzati ma non codificati per l'uso.

Tutto il materiale cartaceo-modulistico raccolto è stato ordinato e classificato in base a categorie di contenuti informativi. Ogni scheda è stata letta con una griglia predisposta per individuare la partecipazione dei vari operatori nei diversi livelli di utilizzo; sono state individuate per questo 5 tappe differenti (v. schema 1).

Nella figura dell'infermiere sono state comprese le assistenti sanitarie dei distretti e i caposala del presidio, oltre, ovviamente, all'infermiere professionale. Attraverso interviste applicate ad un campione di operatori di assistenza, è stata verificata la coerenza del flusso costruito con la griglia rispetto alla prassi comune del servizio.

Tabella 1 - Obiettivi generali della ricerca

PROBLEMA	L'infermiere è solo un raccogliitore di dati o un utilizzatore del loro contenuto informativo?
IPOTESI	<ul style="list-style-type: none"> - La partecipazione dell'infermiere è limitata alla raccolta dei dati - L'infermiere non utilizza il contenuto informativo dei dati raccolti per la predisposizione dell'intervento assistenziale - L'infermiere coordinatore partecipa al processo informativo in misura maggiore dell'infermiere collaboratore - Il limitato impegno informativo dell'infermiere è in diretto rapporto con il suo modesto impegno decisionale, tipico dell'organizzazione assistenziale per «compiti».
VERIFICA (indagine pilota)	<p>Raccolta di elementi conoscitivi rispetto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - impegno dell'infermiere nella attività informativa; - quantità e qualità di contenuto informativo utilizzato; - diversità di impegno tra infermiere coordinatore e infermiere collaboratore; - «gap informativo» tra l'attuale modello di assistenza ed uno a più alto livello di decisionalità per l'infermiere.

Un ulteriore momento di indagine ha riguardato l'atteggiamento dell'infermiere nei confronti dell'informazione. A tale scopo è stato predisposto un primo questionario di intervista per la raccolta di elementi utili per la progettazione di una successiva più specifica ricerca (il questionario, somministrato ad un piccolo gruppo di infermieri nel presidio e nella struttura territoriale, ha fornito gli elementi essenziali per la costruzione del questionario utilizzato nell'ambito del Convegno).

Il rapporto *infermiere/informazione* è stato quindi indagato su due aree:

- a) area delle prestazioni - quanto e come partecipa (dalla raccolta del dato all'uso del suo contenuto informativo) in rapporto alle altre figure e al

- b) area dell'atteggiamento - partecipazione affettiva al flusso informativo in rapporto all'importanza attribuita all'informazione per la realizzazione dell'intervento assistenziale infermieristico.

Materiale utilizzato

Nell'insieme della ricerca si è reso necessario predisporre varie schede per la lettura, la classificazione, l'analisi del materiale raccolto. Queste comprendono:

- 1) griglia di lettura dei moduli;
- 2) scheda di intervista-verifica della lettura;
- 3) tabulato di classificazione dei moduli censiti;
- 4) tabulato di classificazione delle

- 5) scheda di intervista pilota;
 - 6) scheda-questionario finale.
- I moduli considerati sono complessivamente 103. Di questi, 39 provengono dal presidio ospedaliero e 64 dai distretti; la loro raccolta ha interessato il settore strettamente assistenziale-terapeutico e quello amministrativo-organizzativo del servizio, limitatamente alla parte riguardante il personale sanitario.

L'impegno informativo dell'infermiere nel presidio ospedaliero

Informazione per l'assistenza al paziente

La tabella 2 presenta una classificazione dei moduli

Schema 1

Tappe	Figure operative
1) raccolta del dato	- accertatore-rilevatore del fenomeno
2) registrazione	- compilatore (in tutto o in parte) del modulo
3) responsabilità	- garante del contenuto informativo
4) uso reale	- utilizzatore del contenuto informativo
5) uso potenziale	- infermiere utilizzatore in una modalità di assistenza a più alto contenuto decisionale.

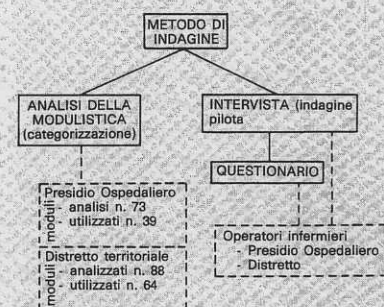


Figura 1 - Metodologia seguita

N° modulo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39			
raccolta	A	M	M	M	M	M	M	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	M	M	M	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
registraz.	A	M	M	M	M	M	M	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	M	M	M	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
responsab.	A	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	I	M	M	I	I	I	I	I	M	M	A	M	M	M	I	I	I	I	I	M	I	I	I	I	I	I	M
utilizzo reale	I	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	I	I	M	A	M	I	I	M	A	I	M	M	A	M	I	A	I	A	I	A	I	A	I	A	A	A	
utilizzo potenziale	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*

I = Infermiere M = Medico A = Altri operatori * = Contenuti informativi di potenziale uso per l'infermiere decisore"

NOEMLICATURA

MODULI CONSIDERATI

1 - CARTELLINI STAMPIGLIO	14 - RICH. INDAGINE RADIOLOGICA	27 - SCHEDA DI MORTE
2 - NOTE DI AMMISSIONE	15 - " > CONSULENZA SPECIALISTICA	28 - LETTERA DI DIMISSIONE
3 - ANAMNESI FAMILIARE	16 - " DI EMOTRASFUSIONE	29 - DIETE DI REPARTO
4 - ANAMNESI FISIOLGICA	17 - SCHEDA TERMOGRAFICA	30 - MOVIMENTO MALATI
5 - ANAMNESI PATOLOGICA	18 - SCHEDA REFERTI DI LABORATORIO	31 - MOVIMENTO PERSONALE
6 - ES. OBIETTIVO GENERALE	19 - " BILANCIO DEI GRASSI	32 - TURNI DI SERVIZIO
7 - DIARIO CLINICO	20 - " BILANCIO DEI LIQUIDI	33 - APROVV. DA DITTE ESTERNE
8 - CARTELLA CLINICA (frontespizio)	21 - " TERAPIA INFUSIVA	34 - ASSEGNAZ. MATERIALE USO PULIZIA
9 - REGISTRO PRESTAZIONI P.SOCC.	22 - " TERAPIA OS/IM	35 - " MATERIALE USO CANCELLERIA
10 - RICHIESTA CARTELLA CL.PREC.	23 - RICH. FARMACI EXTRA PRONTUARIO	36 - " MATERIALE DI MAGAZZINO
11 - " INDAGINE STRUMENTALE	24 - PERMESSO DI USCITA TEMP.MALATO	37 - RICH. CONGEDO ORDINARIO
12 - " INDAGINE BIOCHIMICA	25 - ASSENSO ALL'USO DI SOST. IODATE	38 - " CONGEDO STRAORDINARIO
13 - " INDAGINE BATTERIOLOG.	26 - IDONEITA'ESAMI CON SOST. IODATE	39 - " TRASPORTO IN AUTOLETTIGA

Tabella 2 - Classificazione dei moduli ospedalieri secondo l'impegno informativo delle diverse figure professionali

ospedalieri secondo l'impegno informativo delle diverse figure professionali: infermiere, medico, caposala, altri operatori. Come si può notare, a sinistra i moduli richiamati sono riferiti alla assistenza del paziente mentre man mano che ci si sposta verso destra essi si riferiscono ad aspetti amministrativo-burocratici. La figura 2 permette di cogliere alcuni aspetti significativi del diverso impegno nelle fasi di raccolta-utilizzazione di dati da parte delle varie figure professionali:

- l'infermiere è un grande raccogliitore e registratore di dati, che utilizza molto poco

per la propria attività assistenziale;
- viceversa, il medico è impegnato soprattutto nell'utilizzo dei dati raccolti. Ciò sembra confermare la prima ipotesi della ricerca, laddove l'infermiere sembra essere molto attivo all'inizio del percorso informativo - raccolta e registrazione dei dati - che però non utilizza per l'assistenza infermieristica ma trasmette al medico, risultando così pressoché assente in fase di utilizzo dei dati raccolti. Nel percorso informativo considerato è nel punto di arrivo che viene a collocarsi la fase decisionale per la «spendibilità

dell'energia informativa» contenuta nel dato; la collocazione all'inizio di tale percorso determina invece una funzione di solo supporto privo di rilevanza decisionale. La tabella 3 presenta una panoramica delle categorie informative presenti nella modulistica raccolta, organizzate nella stessa sequenza della tabella 2, ma con una marcata delimitazione delle due aree (assistenza al paziente - organizzazione del servizio). Tale delimitazione mostra l'evidente polarizzazione dell'impegno informativo delle due figure: medico ed infermiere, aggiungendo alcuni interessanti elementi a quanto emerso dalla

tabella 2.

Il settore di sinistra (area dell'utente) risulta quasi esclusivamente occupato dal medico che, in tale contesto, non limita la sua partecipazione alle fasi finali del processo informativo ma distribuisce il suo impegno in tutti i momenti, compresa la raccolta dei dati. L'infermiere risulta quasi assente, limitando la sua partecipazione al campo della somministrazione dei presidi terapeutici.

Estremamente significativa la sua assenza nella raccolta autonoma di dati utili per la definizione dei bisogni di salute dell'utente.

Questo, apparentemente in contraddizione con quanto precedentemente visto, è invece coerente con la funzione di raccogliitore «esecutivo» dell'infermiere; in tale area, infatti, l'utilizzabilità diagnostico-terapeutica dei dati impone la scelta di categorie informative e modalità di raccolta. Non acquisendo informazioni sull'anamnesi, sul contesto di vita e di lavoro, sulla situazione vitale dell'utente, diventa impossibile per l'infermiere analizzarne i bisogni e le risorse, individuarne i problemi e scegliere opportune strategie di intervento. A ciò consegue che l'infermiere non conosce le necessità del paziente; il suo intervento diventa prevalentemente esecutivo, privato del substrato informativo su cui elaborare e produrre scelte. Nella rappresentazione grafica (figura 3) delle due aree indagate, appare significativamente rappresentata la differenziazione:

AREA UTENTE

- fase di raccolta dati: medico 73,3% - infermiere 0
- fase di utilizzazione: medico 80% - infermiere 13,3%

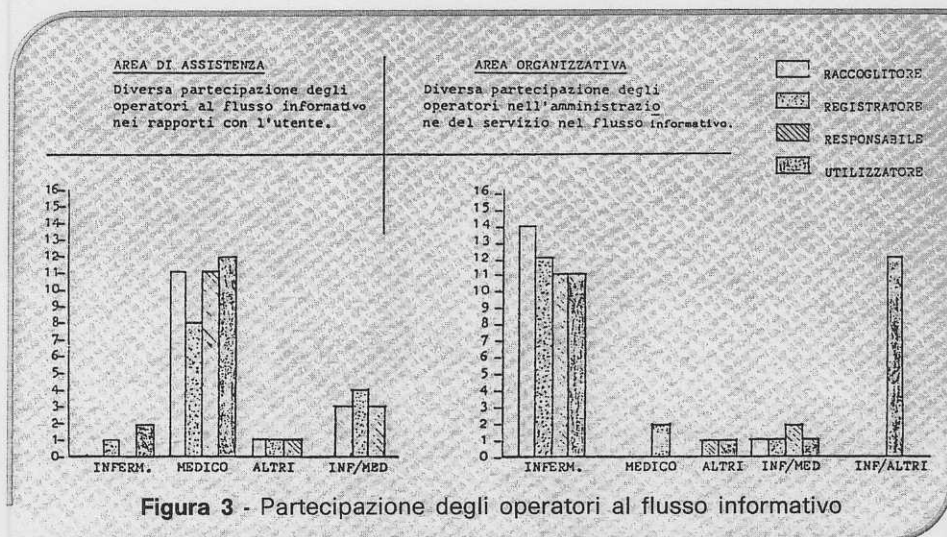


Figura 3 - Partecipazione degli operatori al flusso informativo

AREA SERVIZIO

- fase di raccolta dati: medico 0 - infermiere 93,3%
- fase di utilizzazione: medico 13,3% - infermiere 80%.

Ciò conferma l'ipotesi di un infermiere che non utilizza informazioni sull'utente per programmare l'intervento assistenziale.

Informazioni per la gestione del servizio

Nell'analisi dell'impegno richiesto ai vari operatori per la gestione organizzativa di un reparto ospedaliero conviene fare riferimento a tre figure: infermiere collaboratore, infermiere coordinatore (caposala) e medico.

I risultati dell'indagine (figura 4) evidenziano un utilizzo nullo dei dati raccolti in tale ambito da parte dell'infermiere, un utilizzo del 13,3% da parte del medico ed una gestione di circa l'80% delle informazioni da parte

del caposala. Quest'ultimo sembra tuttavia curarsi prevalentemente degli aspetti «amministrativi» del funzionamento della unità curativa, piuttosto che di quelli assistenziali; sembra infatti poco attento e presente per quanto riguarda la programmazione, il coordinamento e la verifica delle attività infermieristiche.

Conclusioni

Da quanto detto fino ad ora emerge un'immagine di infermiere ospedaliero assente nel processo decisionale-terapeutico, impegnato prevalentemente in bisogni organizzativi del servizio e a cui l'utente risulta, come persona, poco conosciuta. Da quanto emerso nell'indagine si può supporre che l'attuale impegno sia funzionale ad altre figure, tra cui primeggia quella del medico. In tale situazione risulta necessaria quindi una maggiore partecipazione dell'infermiere alla gestione delle informazioni sui bisogni dell'utente, aumentandone l'impegno già in fase di raccolta

Differenziazione di compiti tra infermiere, caposala e medico nella gestione di informazioni per la amministrazione del servizio.

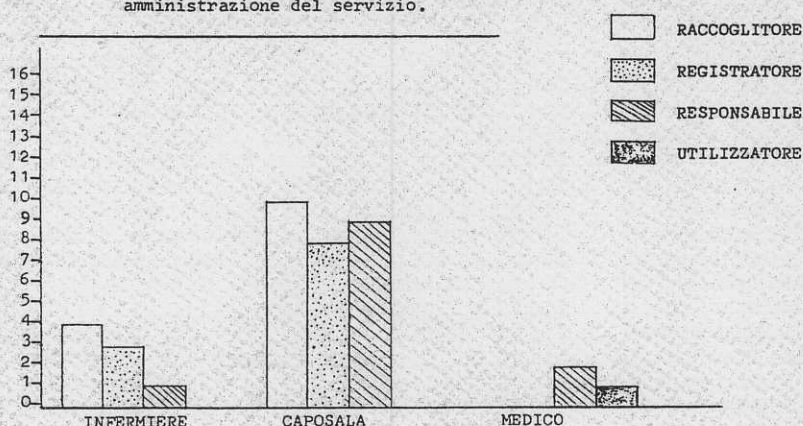


Figura 4 - Differenziazione di compiti tra infermiere, caposala e medico nella gestione di informazioni per la amministrazione del servizio

dei dati. Ne conseguirebbe un notevole ridimensionamento della tradizionale immagine che vuole l'infermiere più occupato a scrivere che ad assistere.

L'impegno informativo dell'infermiere nei servizi territoriali

La tabella 3 rappresenta gran parte della modulistica utilizzata nei distretti dell'ULSS di Verona. Per l'indagine sono stati raccolti complessivamente 88 moduli di cui solo 64 sono stati analizzati; ne sono stati infatti esclusi alcuni con finalità simile e diversi solo graficamente (ad esempio certificati di idoneità per differenti professioni). I parametri utilizzati nell'analisi

sono stati quelli adottati per la modulistica ospedaliera. Viene riportata nella tabella 4 una legenda delle sigle utilizzate. Le tabelle 5 e la figura 4 presentano i totali per ogni fase e per ogni singola voce, esponendo i valori assoluti e le relative percentuali. Per quanto riguarda la raccolta di dati l'infermiere è attivo da solo per il 75% dei moduli e con il medico per il 16%. Ancora più presente è la sua partecipazione alla registrazione dei dati: 80% da solo, 12,5% in alternativa al medico. Nell'attribuzione delle responsabilità è invece più frequente la figura del medico (il 53%), che ricompare assieme all'infermiere M/I (il 14%). C'è da chiarire il fatto che questa percentuale riguarda per lo più le registrazioni e trascrizioni di dati

per la gestione amministrativa interna al distretto (ad esempio le schede di accompagnamento del materiale prelevato ed inviato al laboratorio, le richieste di dati tra uffici interni alla stessa ULSS, nonché qualche prestazione in cui l'infermiere ha una sua autonomia operativa). L'utilizzo reale dei dati risulta essere per oltre la metà dei casi (59%) a vantaggio di altri. La modulistica in uso presso il distretto è prevalentemente legata alla fruizione dei singoli utenti e di altre strutture pubbliche; nell'ambito delle percentuali significative rimanenti si nota un discreto utilizzo delle informazioni dell'infermiere con il medico e con altri operatori. Ciò in particolare per quanto riguarda: la profilassi delle malattie infettive (inchiesta epidemiologica a domicilio, in sede, in ospedale; gli interventi educativi sull'individuo e sul gruppo famiglia per evitare il contagio e innalzare le condizioni igienico-ambientali; gli interventi educativi riguardanti il personale scolastico (nidi, scuole materne, elementari, medie, ecc.) per favorire l'igiene dell'ambiente scolastico e la preparazione delle refezioni. L'utilizzo potenziale che riguarda solo il personale infermieristico è stato valutato in base ai criteri del processo di nursing ed è indicato non solo sui modelli dove l'attuale partecipazione all'utilizzo non avviene, ma anche nei casi in cui questo già si verifica. Ciò perché un utilizzo qualitativamente diverso, come il processo di nursing indica, porta il personale infermieristico ad un ruolo più significativo rispetto al flusso informativo. La tabella 6 riporta il risultato della classificazione dei moduli

	RACCOLTITORE	REGISTRAZIONE	RESPONSABILE	UTILIZZO REALE	UTILIZZO POT.
1	Cartella biotipologica	I/M	I/M	I/M	I
2	Libretto delle vaccinazioni	I	I	I	A
3	Tessera vaccinazioni antitetaniche	I	I	I	A
4	Scheda delle vaccinazioni	I	I	I	I/M
5	Scheda richiesta vaccinazioni per sing. persona	I/A	I/A	I	I
6	Certificato di vaccinazione	I	I	I/M	I/A
7	Invito vaccinazioni per bimbi di tre mesi	I	I	I/M	A
8	Invito vaccinazioni per i "non adempienti"	I	I	I/M	A
9	Approvvigionamento vaccini	I	I	M	I/M
10	Libretto di idoneità sanitaria	AIM	AIM	AIM	A
11	Scheda sanitaria personale	I	I	I	I/M
12	Certificazione provvisoria di idoneità sanitaria	I	I	M	A
13	Dichiarazione richiesta di rilascio libretto san	I	I	M	A
14	Comunicazione al medico curante	I	I	M	A
15	Comunicazione di port. stafilococco ent.	I	I	M	A
16	Certificato sanitario	I	I	M	A
17	Libretto di lavoro	I	I	M	A
18	Certificato medico patente	I/M	I/M	M	A
19	Dichiarazione di quesiti anamnestici	A	A	A	I/M
20	Richiesta esame radiologico del torace	I	I/M	M	A
21	Richiesta prelievo acqua potabile	I	I	M	A
22	Schede di accompagnamento tamponi or.	I	I	I	A
23	Schede di accompagnamento prelievo di sangue	I	I	I	M/A
24	Elenco biancheria lavanderia	I	I	I	A
25	Certificato di idoneità professioni	I	I	M	M/A
26	Analisi di un cert. tipo di idoneità	I/M	I/M	M	A
27	Dichiarazione di avvenuto prelievo di sangue	I	I	M	A
28	Certificato di accertamento sierologico per lue	I	I	M	A
29	Invito ai coscritti per l'accertamento sierolog	I	I	M	A
30	Denuncia di un caso di malattia infettiva	M	M	M	M/A

LEGENDA

M = medico A = altri
I = person. infermieristico (ASV - VI - Ostetrica)

	RACCOLTITORE	REGISTRAZIONE	RESPONSABILE	UTILIZZO REALE	UTILIZZO POT.
31	Modulo di inchiesta domiciliare	I	I	M/A	M/A
32	Scheda di rilevamento epidem. epatite virale	I	I	I	M/A
33	Scheda di denuncia obbl. di malattia infettiva	I	I	M	A
34	Scheda di rilevazione Boel test	I	I	I	M/A
35	Scheda di segnalazione al curante Boel test	I	I	I	M
36	Invito al Boel test	I	I	I	A
37	Rilevazione giornaliera esami effettuati	I	I	M	A
38	Prospetto mensile delle vaccinazioni	I	I	M	A
39	Rapporto settimanale delle malattie infettive	I	I	M	A
40	Relazione statistica medicina scolastica	I	I	I/M	A
41	Autorizzazione cure dentarie	I	I	A	M
42	Scheda odontoiatrica	I/M	I	M	A
43	Buono per ordinazione farmaci p. s.	I	I	M	A
44	Scheda elenco alunni	M/A	I/A	M/A	M/A
45	Richiesta di cartella biotopologica	I	I	I	I
46	Avviso di prossima escuzione M. T.	I	I	M	A
47	Dichiarazione di avvenuta indagine tubercul	I	I	I/M	A
48	Segnalazione ai genitori esito positivo M.T.	I	I	M	A
49	Invito visita medica scolastica	I	I	M	A
50	Quadro riassuntivoscreenings med scol	I	I	M	A
51	Quaderno di registrazione immunità di zona	I	I	I/M	I/M
52	Registro denunce malattie infettive	I	I	I	I/M
53	Quaderno di registrazione portatori stafilococco	I	I	I	M/A
54	Quaderno di registraz. apprendisti e lib. lavoro	I	I	I	I/M
55	Quaderno di registrazione di vaccinazioni	I	I	I	I/M
56	Quaderno di registraz. delle riammissioni scolast	I/M	I/M	I/M	I/M
57	Certificato di riammissione scolastica	I/M	I/M	M	A
58	Scheda colonie estive (montane - marine)	I	I	M	A
59	Impedimento al voto	I	I	M	A
60	Comunicazioni al med curante e ai genitori alunno	I/M	I	M	A
61	Scheda ortopedica	M	I	M	M
62	Allontanamento dalla scuola	I/M	I/M	M	A
63	Proposta di esonero lezioni di ed. fisica	I/M	I/M	M	A
64	Richiesta di giudizio del consulente esame radiol	I/M	I	M	M/A

Tabella 4 - Impegno informativo delle varie figure nelle singole attività

I o Personale Infermieristico: Assistente Sanitaria, Vigilatrice d'infanzia e Ostetrica.
A: altri, vale a dire utenti che richiedono prestazioni, settori (es.: Settore Materno Infantile, Settore Igiene Pubblica), altre strutture sanitarie (Coordinamento Sanitaria, Ufficio Capo Servizi Sanitari Ausiliari, Pronto Soccorso, Laboratorio, Radiologia, Farmacia, Dipartimento Sanità Regione Veneto, Centro Elaborazione Dati, ISTAT), servizi lavanderia, così come altri uffici pubblici (Prefettura, Direzione Didattica, Autorità Militare, Uffici di Collocamento e privati (datore di lavoro, Istituti, Enti e Amministrazioni Private).
M: medico, comprende non solo il Medico Responsabile del Distretto e suoi collaboratori, ma anche il Pediatra, il Medico Scolastico, il Medico Specialista e il Medico di Base.

	MED	INF	ALTRI	M/I	M/A	I/A	M/I/A	TOT.
RACCOGLITORE	2	48	1	10		1	2	64
REGISTRAZIONE	1	51	1	8		2	1	64
RESPONSABILE	34	17	2	9			2	64
UTILIZZO REALE	3	2	38	10	2	1	8	64
UTILIZZO POTENZ.		30		3		1	1	35

Tabella 5 - Dati riassuntivi riguardanti la modulistica utilizzata nel distretto (n. modelli)

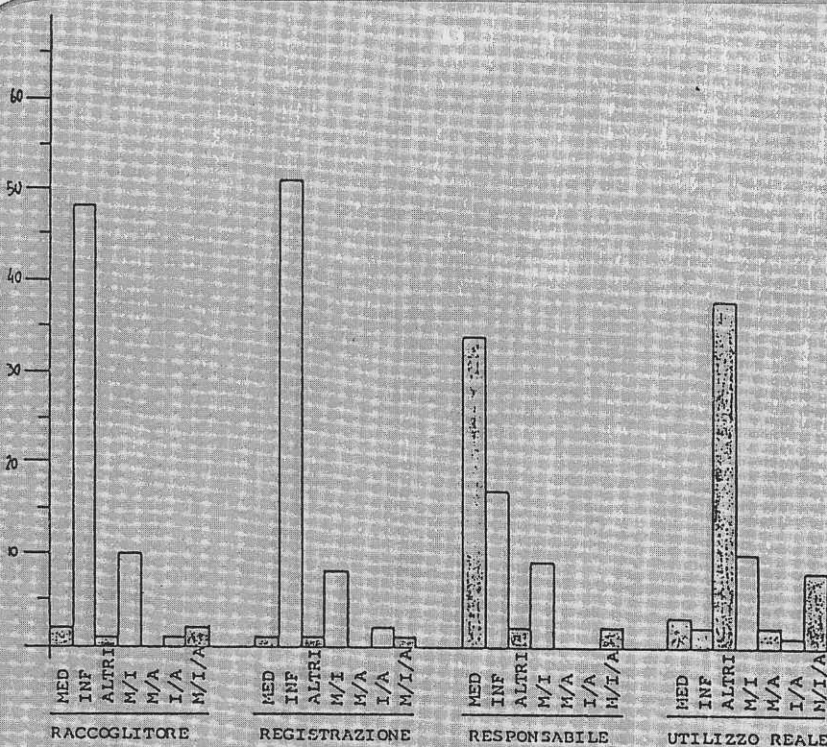


Figura 5 - Impegno informativo dell'infermiere nel distretto

congiuntamente secondo le figure di raccolta e quelle di utilizzo reale. Dallo stesso risulta confermato il ruolo dell'infermiere come raccoglitore di dati utilizzati poi da altri operatori oppure, in qualche caso, l'infermiere utilizza i dati che raccoglie insieme ad altre figure.

Nella tabella 7 figura un elenco di contenuti informativi della modulistica esaminata, suddivisi in due classi: dati sull'utente e dati sul servizio. Nello stesso vengono anche segnati i ruoli informativi assunti dai vari operatori (v. anche figura 6). Dagli elementi del prospetto e del grafico risultano parzialmente confermate, anche sul piano dei contenuti informativi, le conclusioni precedenti: l'infermiere è molto attivo prevalentemente da solo, nella raccolta e nella compilazione di moduli, mentre risulta più modesto il suo impegno nella loro utilizzazione, che realizza per lo più insieme ad altre figure.

Conclusioni

Nel complesso, i risultati di questa prima indagine (si veda anche la figura 7) confermano le ipotesi di partenza, secondo cui l'infermiere nella realtà attuale è più un raccoglitore che un utilizzatore di dati. Questo conferma l'immagine operativa di un infermiere più impegnato a svolgere compiti ripetitivi di supporto al lavoro medico che a progettare, gestire e verificare un intervento autonomo rispetto ai bisogni globali dell'utente di propria competenza. Naturalmente queste prime indicazioni dovranno trovare

		UTILIZZAZIONE REALE							TOT.
		MED	INF	ALTRI	M/I	M/A	I/A	M/I/A	
RACCOLTITORE	MEDICO	1						1	2
	INFERMIERE	2	1	31	7		1	6	48
	ALTRI				1				1
	M/I			6	2	2			10
	M/A								
	I/A		1						1
	M/I/A			1				1	2
	TOTALE	3	2	38	10	2	1	8	64

Tabella 6 - Relazione raccolta - utilizzazione nel distretto (n. di moduli)

ulteriore conferma da indagini più approfondite, basate non soltanto sulla modulistica e su interviste agli operatori ma anche su una più complessiva e puntuale analisi organizzativa del lavoro infermieristico.

Anna Bovino, Renzo Zanotti
Infermieri educatori presso
la Scuola per Infermieri Professionali
di Verona.

INFORMAZIONE RACCOLTA	INFORMAZIONI SULL'UTENTE										INFORMAZIONI SUL PAZIENTE										
	Dati anagrafici personali e familiari utente	Dati anamnestici personali e familiari utente	Anamnesi patologica personale e familiare utente	Situazione vitale oggettiva	Situazione vitale soggettiva	Dati sul contesto di vita fisico-ambientale	Dati sul contesto di lavoro fisico-ambientale	Dati sul contesto di vita (sociale)	Dati sul contesto di lavoro (sociale)	Calendario personale di vaccinazione	Indagini diagnostiche standards	Indagini strumentali di massa	Parametri vitali	Diario delle consultazioni	Consulenza specialistica	Accertamento d'idoneità alla professione scelta dall'utente	Assegnazione vaccini	Assegnazione farmaci	Assegnazione biancheria pulita	Relazioni giornaliere e mensili prestazioni erogate	Rilevazioni risultati: screenings di massa
RILEVATORE	IM	IM	IM	M	IM	I	IM	IMA	IM	I	I	I	IM	M	IM	M	I	I	I	I	IM
COMPILATORE	IM	IM	IM	M	IM	I	IM	IM	IM	I	I	I	IM	M	I	M	I	I	I	I	IM
RESPONSABILE	IM	IM	IM	M	IM	I	IM	IMA	IM	IM	M	IM	M	M	M	M	M	I	M	M	
UTILIZZATORE	IM	IM	IM	M	IM	IM	IM	IMA	IM	IM	MA	IM	M	M	M	M	IMA	A	A	A	IM
UTILIZZO POTENZIALE	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•

Tabella 7 - Contenuti informativi dei moduli distrettuali e ruoli dei vari operatori

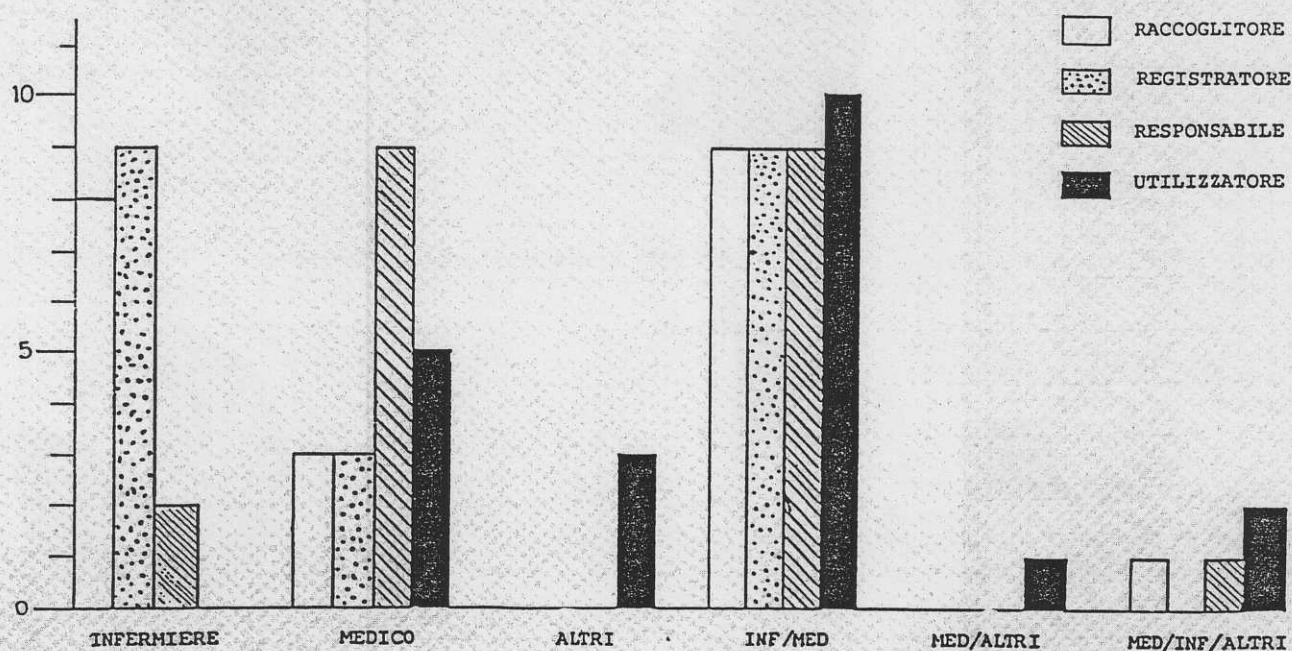


Figura 6 - Distretto. La partecipazione degli operatori come appare dall'analisi delle categorie informative

La ricerca è stata promossa dal CEREF (Centro Ricerca e Formazione). Hanno collaborato alla progettazione e alla realizzazione della ricerca Piera Poletti e Felice Vian del CEREF (Centro Ricerca e Formazione) di Padova.

Le scelte metodologiche della ricerca sono frutto di lavoro collegiale dei due autori e del CEREF. Nelle fasi di raccolta e di elaborazione Anna Bovino ha curato prevalentemente la parte dedicata ai servizi territoriali; Renzo Zanotti quella relativa ai servizi ospedalieri.

L'articolo è una comunicazione presentata al convegno su «Informazione, Informatica e Nursing» promosso dalla Giunta Regionale del Veneto e dal CEREF di Padova, tenutosi a Vicenza il 30-3-1985 (atti: in Formazione 5, collana Assessorato alla Sanità della Regione Veneto).

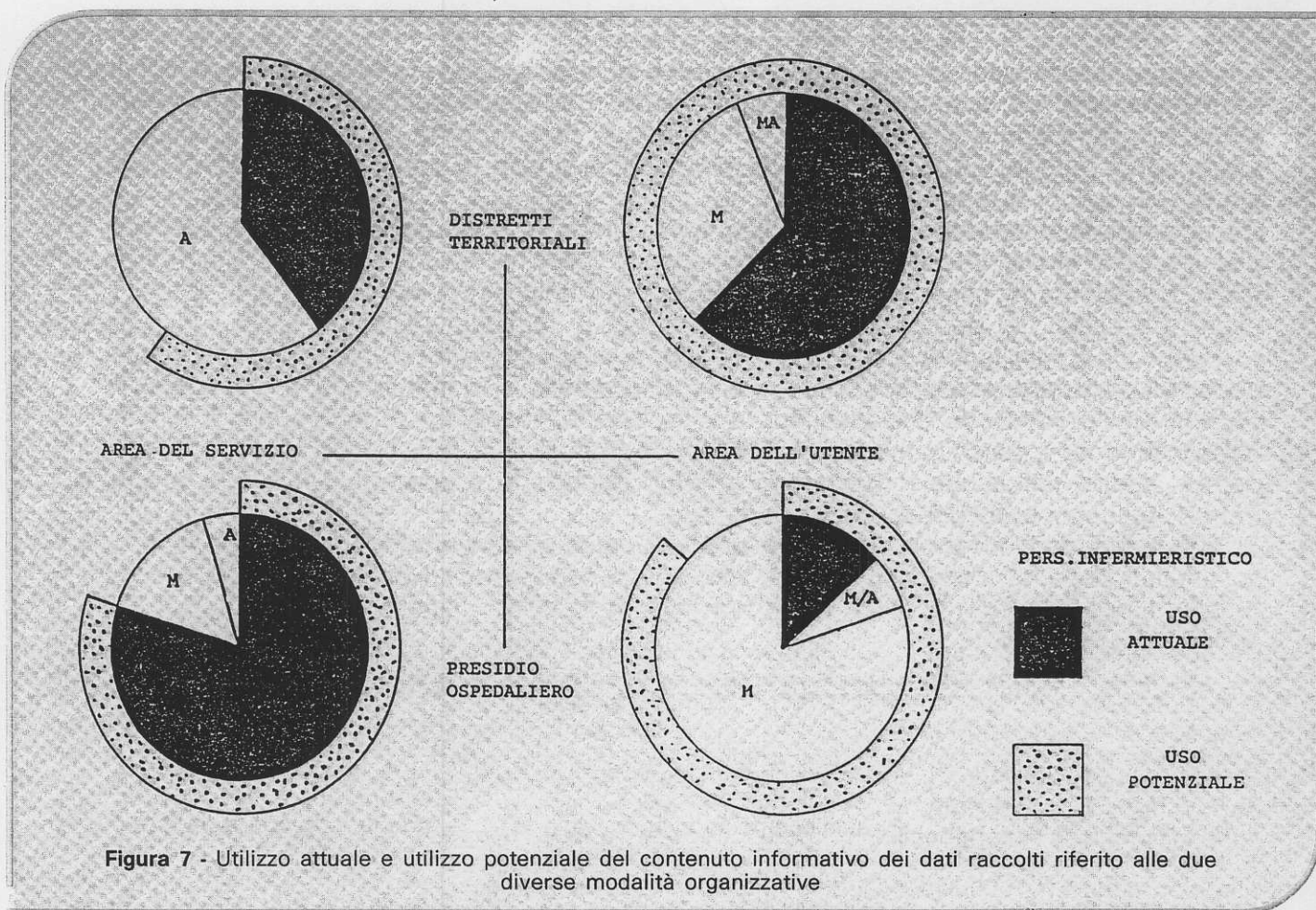


Figura 7 - Utilizzo attuale e utilizzo potenziale del contenuto informativo dei dati raccolti riferito alle due diverse modalità organizzative

Summary

The authors examine the role of nurses in the collection and use of data, through the analysis of any written communication and forms used in hospital and community care. Each item is specifically categorised and attributed to the various professionals (nurses, doctors, etc.), who collect and use the data. It emerges that the nurse is the most intensive «data collector», while at the same time the least frequent user. The results confirm the persistence of a situation where the nurse is conceived as a support to the physician's work, with very little working and planning autonomy.