



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Dalla documentazione cartacea alla
documentazione sanitaria integrata
informatizzata: l'esperienza dell'Istituto
Nazionale di Riposo e Cura per Anziani
sede di Ancona**

Relatore:

Dott. Maurizio Mercuri

Tesi di Laurea di:

Giusy Di Bella

Anno Accademico 2018 -2019

*A mio fratello Antonio,
il regalo più bello di mamma e papà*

"Non perdere mai l'opportunità di iniziare qualcosa,
non importa quanto sia piccolo.
Perché è meraviglioso vedere che spesso il seme di senape germina e
mette radici. "

Florence Nightingale.

Sommario

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1. L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA	3
1.1 Evoluzione dell'Assistenza Infermieristica	4
1.3 Dal Mansionario alle responsabilità: il Processo Assistenziale Infermieristico.....	8
1.4 Il processo di nursing	9
CAPITOLO 2. LA CARTELLA INFERMIERISTICA	11
2.1 Riferimenti legislativi sulla documentazione infermieristica	12
2.2 Identità giuridica dell'infermiere	15
2.3 Requisiti formali e giuridici della Cartella Infermieristica	16
2.4 La cartella infermieristica come strumento di lavoro: gli elementi costitutivi e le caratteristiche	18
CAPITOLO 3. L'ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E CURA PER ANZIANI (INRCA)	20
3.1 Il progetto: dalla Documentazione Cartacea alla Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata	21
CAPITOLO 4. MATERIALI E METODI	23
CAPITOLO 5. RISULTATI	25
CAPITOLO 6. DISCUSSIONE	36
CAPITOLO 7. CONCLUSIONE	39
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATO A	
ALLEGATO B	
RINGRAZIAMENTI	

INTRODUZIONE

La Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata ricopre, nella società contemporanea, un'importanza considerevole poiché rappresenta una concreta possibilità di qualificare i livelli di servizi erogati dalle Aziende Sanitarie in un'ottica sempre crescente di razionalizzazione delle risorse e di miglioramento complessivo della qualità dei servizi sanitari. La necessità di avere un unico strumento multidisciplinare, che raccolga tutte le informazioni legate alla cura ed all'assistenza dell'utente, nasce dalla consapevolezza che non si possono erogare risposte adeguate ai bisogni dell'assistito se alla base non vi è un coordinamento dei processi clinici/assistenziali ed un'integrazione dei saperi e delle abilità di tutti gli operatori professionali che entrano in relazione con l'assistito.

Dunque, si può affermare che la rilevanza della documentazione integrata è duplice poiché assume un valore medico legale in quanto, in caso di contenzioso, rappresenta un elemento di prova, definito dall'orientamento giurisprudenziale "atto pubblico di fede privilegiata" (art. 2699 e 2700 del Codice Civile), oltre che assistenziale.

L'evoluzione della professione infermieristica, negli ultimi anni, ha permesso a tale figura di operare con maggiore autonomia decisionale comportando, di conseguenza, un aumento dell'ipotesi di responsabilità.

La legge n. 24 del 3 marzo 2017, nota come Legge Gelli, è un provvedimento che cambia radicalmente quella che è la responsabilità infermieristica: per la legge, infatti, non è possibile allontanarsi dai protocolli dettati dalla letteratura scientifica, a meno che il singolo caso non richieda di derogare le linee guida. In questo caso il sanitario dovrà trascrivere sulla documentazione, in un'ottica di prevenzione del contenzioso, i motivi della sua decisione. Oltremodo, una documentazione compilata in modo conforme si rivela come mezzo fondamentale di gestione del rischio, permettendo di identificare eventuali errori o eventi avversi.

L'interesse nella stesura di questo elaborato nasce dalla volontà di dimostrare che la Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata, in particolare nell'ambito infermieristico, rappresenta la memoria storica dell'agire, specchio della credibilità professionale, parametro di misurazione della crescita professionale e del processo assistenziale.

Lo studio si sviluppa grazie alla collaborazione con l'Istituto Nazionale di Riposo e Cura dell'Anziano (I.N.R.C.A), entrando all'interno del progetto di implementazione della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata messa a punto dall'Istituto di Ricerca per rispondere ai bisogni dell'anziano.

L'elaborato doveva comprendere tre distinte sezioni:

- La prima sezione comprende una revisione della letteratura riguardante l'evoluzione dell'assistenza infermieristica, con i relativi riferimenti normativi, e l'uso della cartella infermieristica come strumento di lavoro esplicativo del processo di *nursing*.
- La seconda sezione avrebbe dovuto indagare l'applicazione e la soddisfazione, attraverso un questionario in forma anonima rivolto agli infermieri, dell'implementazione nelle Unità Operative dell'I.N.R.C.A. della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata, ma purtroppo a causa dell'emergenza sanitaria CoVid- 19 non è stato possibile procedere con la somministrazione di tali questionari.
- La terza sezione, attraverso un questionario rivolto alla dirigenza dell'I.N.R.C.A. sede di Ancona, analizza, invece, le motivazioni che hanno portato alla creazione del progetto valutando punti di forza e criticità del progetto stesso.

CAPITOLO 1. L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'assistenza al prossimo origina dall'atteggiamento tipicamente umano di solidarietà e di soccorso, ed è evoluto con la civiltà, con l'affermarsi dei principi morali di carità e di spirito di servizio e con i principi etici di beneficio e di non maleficio.

Sono molte le definizioni di assistenza infermieristica elaborate nel corso dell'evoluzione della professione infermieristica. Per Florence Nightingale l'assistenza infermieristica consisteva nell'intervenire sull'ambiente del malato (luce, igiene, comfort, alimentazione) e sul conforto spirituale per rimuovere tutti quegli aspetti che potevano influire sul naturale decorso della malattia (Nightingale, 1859).

Virginia Henderson ha dato, successivamente, la definizione diffusa in numerosi Paesi, compresa l'Italia: *“Funzione specifica dell'infermiere è quella di assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o prepararlo a morte serena)- atti che compirebbe da solo se disponesse della sua forza, della volontà e delle condizioni necessarie- e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza”* (Henderson, Basic Principles of Nursing Care, 1961).

Più recentemente sono state elaborate altre definizioni da autorevoli organismi, tra queste la definizione dell'International Council of Nurses che afferma che: *“L'assistenza infermieristica comprende la cura autonoma e in collaborazione degli individui di tutte le età, famiglie, gruppi e comunità, malati o sani ed in tutte le situazioni. L'assistenza infermieristica comprende la promozione della salute, la prevenzione della malattia e la cura dei disabili e delle persone in fase terminale”* (ICN, 2010).



Figura 1: Florence Nightingale, fotografia di H. Hering (1860)

1.1 Evoluzione dell'Assistenza Infermieristica

Il concetto di “*ad-sistere*” (stare accanto) storicamente è legato alla figura della donna, madre-compagna-soccorritrice. Il primo ospedale della storia è attribuito ad una nobildonna romana, Fabiola, che istituì il “*Valetudinaria*” nel 390 d.C. (dal latino “*valetudo*”, buona salute). Con l’arrivo del Medioevo, la cura e l’assistenza vengono assicurate soprattutto dal clero all’interno di conventi, monasteri e lungo le vie di pellegrinaggio. Proprio in questi ambiti nacque il termine infermiere: “*infirmus*” era il monaco che si occupava dell’accoglienza e dell’assistenza di malati e bisognosi.

Verso la metà del ‘400, il prendersi cura non venne più considerato solo in termini di carità cristiana, ma anche in termini di pratica produttiva di salute corporale.

A partire dal Seicento, con il fiorire di nuove scoperte medico-scientifiche, si assiste alla nascita di nuove teorie e concezioni riguardanti la salute: la malattia diventa un fenomeno che deve essere studiato come qualsiasi altro fenomeno naturale.

Il progresso scientifico che accompagna l’avvento dell’Illuminismo settecentesco vede uno strapotere dei medici, sotto lo stretto controllo dei quali gli infermieri erano chiamati a compiti puramente alberghieri e di sorveglianza notturna.

La vera svolta per la figura dell’infermiere è legata all’intervento di Florence Nightingale (1820-1910), nobildonna inglese, la prima alla quale sia possibile attribuire propriamente il titolo di “infermiera”. La “*signora della lampada*” si distinse nei soccorsi ai militari feriti nella guerra di Crimea e si rivelò ben presto un genio pratico, organizzativo, teorico e didattico.

Grazie all’impronta segnata dalla Nightingale, l’assistenza infermieristica cambia in modo irreversibile ponendo maggiore attenzione verso un approccio scientifico.

La Nightingale creò una scuola per infermiere (la St. Thomas) con un metodo didattico fondato sull’istruzione, la gerarchia, la disciplina, la dedizione, gli elevati *standard* di comportamento. L’organizzazione scolastica creata nell’Inghilterra vittoriana venne presto imitata da tutte le nazioni più avanzate.

In Italia, il termine “*nursing*”, per definire l’assistenza infermieristica, venne introdotto soltanto agli inizi del ventesimo secolo.

1.2 Evoluzione dell'Assistenza Infermieristica in Italia

In Italia la professione infermieristica, in quanto tale, viene riconosciuta con l'emanazione della legge n. 562 del 1926 che, in base alle indicazioni del R.D. 15 agosto 1925, n. 1832, istituisce le scuole convitto per infermiere professionali: “ *Le facoltà universitarie medico-chirurgiche, i comuni del Regno, le istituzioni pubbliche di beneficenza, le istituzioni di previdenziale sociale, ed altri enti morali, nonché comitati costituiti allo scopo, possono essere autorizzati dal ministero dell'interno, di concerto con quella dell'istruzione, ad istituire scuole-convitto professionali per l'infermiere*”. Con il R.D. 27 luglio 1934 n. 1265, l'esercizio professionale viene regolamentato e posto sotto vigilanza. Si definisce, quindi, il ruolo dell'infermiere come “*professione sanitaria ausiliaria*”, priva di autonomia decisionale e dipendente dal medico. Le mansioni infermieristiche, cioè tutte quelle attività che competevano alla figura dell'infermiera, vengono stabilite con il Regio Decreto del 2 maggio 1940 n. 1310, che mette in luce il ruolo subordinato che riveste l'infermiera nei confronti del medico. Con la legge 29 ottobre 1954 n. 1049 vengono istituiti i Collegi delle Infermiere Professionali, delle Assistenti Sanitarie e delle Vigilatrici d'Infanzia (IPASVI) in ambito provinciale, da questa data in poi i Collegi avranno un continuo sviluppo registrando tutte le tappe della crescita e dei cambiamenti della professione infermieristica.

Nel 1971 la legge n. 124 estende al personale maschile l'esercizio della professione di infermiere professionale. Il “Mansionario” viene modificato con il D.P.R. 14 marzo 1974 n. 225, introducendo fra le mansioni assistenziali gli interventi d'urgenza (RCP, ossigeno terapia) seguiti da immediata richiesta di intervento medico. Le attività non contemplate nel mansionario continuano ad essere vietate: il Mansionario continua, quindi, a rappresentare un indicatore dei limiti professionali.

Con il D.P.R. 20 ottobre 1979 n. 761 gli infermieri cessano di essere considerati “personale sanitario ausiliario”.

Nel 1990, la legge n. 341, riforma gli ordinamenti didattici universitari e istituisce i diplomi universitari. Il Decreto Legislativo n. 502 del 1992 prevede la sospensione di tutte le scuole regionali per infermieri professionali che non attivino, entro il 1996, la convenzione con l'università. Inoltre, stabilisce l'obbligatorietà del diploma di scuola media superiore per l'accesso alla formazione infermieristica, prevedendo ad opera del Ministero della Sanità l'emanazione dello specifico profilo professionale. Il D.M. 739/1994, in coerenza con i

disposti della 502/1992, istituisce il profilo professionale dell'infermiere: *“l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”* (DM 739/94 art 1.1)

“L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche*
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;*
- f) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.”* (DM 739/94 art 1.3)

Nel 1999 la Legge n. 42, abolisce il Mansionario, definendo il campo proprio di attività, le responsabilità della professione e dell'assistenza infermieristica.

Le competenze dell'infermiere, dunque, vengono definite dal contenuto del Decreto Ministeriale istitutivo del Profilo Professionale (DM 739/94), dagli ordinamenti didattici del Corso di Laurea e di formazione post-Base e dal Codice Deontologico.

La Legge n. 251 del 2000, *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*, istituisce la dirigenza infermieristica e le lauree specialistiche e, inoltre, prevede l'utilizzo della metodologia di pianificazione del lavoro per obiettivi nell'ambito operativo.

La legge n. 24 del 3 marzo 2017, altrimenti nota come Legge Gelli, è un provvedimento che, pur non citando il termine infermiere (utilizza l'espressione *“esercitante le professioni sanitarie”*), cambia radicalmente quella che è la responsabilità infermieristica.

Di fondamentale importanza è l'art. 5 della riforma, che stabilisce come gli esercenti le professioni sanitarie debbano attenersi alle pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida.

Dal 15 febbraio 2018 nasce ufficialmente, sulla base della Legge n. 3 dell'11 febbraio 2018 (Legge Lorenzin), la Fnopi, (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche). La norma affida agli Ordini una finalità esterna e una finalità interna.

La prima è la tutela del cittadino/utente che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante. La seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'Albo, che l'Ordine è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del Codice deontologico, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione, offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.



Figura 2: Nuovo logo della FNOPI, realizzato in seguito alla Legge Lorenzin (Legge n. 3/2018)

Il “Codice Deontologico”, la cui ultima versione risale al 2019, è un insieme di regole e principi adottati dalla professione che ne orienta il comportamento: è un patto esplicito dei professionisti con la società ed è il più importante atto di autoregolamentazione.

È il Codice Deontologico a fissare le norme dell'agire professionale dell'Infermiere e a definire i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con l'assistito e, per farlo, si basa sulla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e sulla Costituzione Italiana.

“L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività” (Codice Deontologico 2019, capo II art 7).

1.3 Dal Mansionario alle responsabilità: il Processo Assistenziale Infermieristico

L'evoluzione normativa ha contrassegnato, con tappe precise sotto il profilo dell'organizzazione e dell'esercizio professionale, il passaggio dalla logica mansionaria a quella dell'autonomia. Il Mansionario (D.P.R. 225/74) prescriveva la pratica infermieristica concedendo agli infermieri il compimento di determinate azioni, in relazione alla manifestazione dei bisogni di assistenza, in autonomia o di eseguirne altri di tipo diagnostico terapeutico *“solo sotto controllo medico o su prescrizione medica”*.

Il Mansionario era, quindi, la fonte principale di abilitazione all'esercizio professionale: tutto ciò che non veniva specificato era da considerarsi di competenza medica.

Il campo di attività e responsabilità dell'infermiere ha acquistato un significato innovativo, sotto l'aspetto della pratica professionale, con l'emanazione della Legge n. 42/99 che afferma all'art 1: *“Gli attributi distintivi di una professione sono costituiti da: una teoria sistematica; un'autorità professionale; una sanzione della comunità; un codice etico; una cultura professionale”*.

Ma è la legge 251/2000 che fissa definitivamente la legittimità dell'agire professionale dell'infermiere, asserendo al primo comma dell'art.1: *“Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professioni ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione , alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi professionali nonché degli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”*.

Il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica non è, quindi, solo questione di teoria, metodo e *standard* specifici, ma si tratta anche di stile professionale, cioè della messa in campo di un insieme di comportamenti che, nel rapporto assistenziale con il malato, non coincidono con la sola rete dei concetti, ma con la personalizzazione dell'assistenza infermieristica.

Scopo dell'assistenza infermieristica è, dunque, quello di promuovere il benessere, prevenire la malattia e ripristinare la salute nell'individuo, nella famiglia e nella comunità.

Per raggiungere questo scopo, l'infermiere si avvale del proprio metodo scientifico di risoluzione dei problemi: *“il processo di assistenza”*.

1.4 Il processo di nursing

Il metodo del processo infermieristico, come caratteristica propria dell'agire professionale, è riconosciuto dal Profilo Professionale dell'infermiere (D.M. n. 739/94) dal momento che stabilisce che l'infermiere “*partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico*”. Il processo assistenziale si identifica come un approccio sistematico alla pratica infermieristica che consente di identificare, prevenire e trattare i problemi di salute reali o potenziali di una persona, di gruppi di pazienti, di famiglie o comunità.

Le finalità del processo infermieristico sono: promuovere un'assistenza personalizzata, continua e coordinata; aumentare la partecipazione della persona al progetto di cura favorendone l'autonomia; raggiungere gli *standard* professionali; promuovere la collaborazione tra i componenti dello staff assistenziale; migliorare il rapporto costo-beneficio e aumentare la gratificazione professionale (Wilkinson, 2009).

L'attuazione del processo si caratterizza di cinque fasi: accertamento (raccolta, validazione e organizzazione dei dati), diagnosi infermieristica (identificazione del problema e delle sue cause), pianificazione di obiettivi e interventi assistenziali, attuazione degli interventi e valutazione dei risultati. In tutte le fasi del processo l'infermiere utilizza un pensiero critico, cioè un approccio attivo e organizzato, per esaminare il quadro complessivo ed esplorare varie possibilità nell'identificare il problema, nel prendere decisioni sulle condizioni di salute di un paziente, nello scegliere gli interventi più appropriati e nel valutare criticamente i risultati dell'assistenza sulla base delle conoscenze, dell'esperienza, della curiosità e dell'intuito (Saiani & Brugnolli, 2013).

L'Accertamento consiste nella raccolta e classificazione dei dati e ha lo scopo di identificare reali o potenziali problemi della salute. La raccolta dei dati avviene durante ogni interazione tra infermiere e paziente, ma anche grazie alla consultazione di altre fonti. I dati raccolti vengono poi organizzati, secondo modelli di riferimento, e analizzati ai fini di evidenziare informazioni utili per la formulazione della diagnosi infermieristica.

La formulazione della Diagnosi Infermieristica corrisponde alla seconda fase del processo di *nursing*. La formulazione della diagnosi rappresenta, senza dubbio, una fase determinante per la riuscita del piano assistenziale: tutte le attività che la precedono sono dirette alla sua

formulazione e tutte le attività successive di pianificazione assistenziale sono risultanti dalla diagnosi stessa.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ha stabilito che: *“La Diagnosi Infermieristica è un giudizio clinico sulle risposte dell’individuo, della famiglia o della comunità ai problemi di salute/processi della vita, reali o potenziali. Le Diagnosi Infermieristiche costituiscono il fondamento per selezionare gli interventi infermieristici atti a realizzare gli obiettivi dei cui risultati è responsabile l’infermiere”* (NANDA, 2009).

Sulla base delle diagnosi enunciate, *“L’Infermiere identifica per il singolo assistito i risultati attesi e sviluppa un piano d’assistenza che prescrive interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi identificati”* (ANA, 2003).

Durante la pianificazione l’infermiere deve, quindi, fissare le priorità dell’assistito, stabilire gli obiettivi e identificare i risultati. Si desume che l’obiettivo *“E’ il risultato auspicato nel piano di assistenza infermieristica, cioè ciò che si spera di ottenere con la partecipazione della persona e che mira a prevenire, risolvere totalmente o parzialmente un problema diagnosticato dall’infermiere”* (Atkinson & Murray, 1994) e che l’intervento infermieristico è: *“un qualsiasi trattamento basato sul giudizio clinico e sulle conoscenze cliniche che un infermiere mette in atto per migliorare i risultati prodotti dal paziente”* (McCloskey & Bulechek, 2007).

L’attuazione è la fase in cui l’infermiere svolge o delega le attività necessarie al conseguimento degli obiettivi. Le azioni in questa fase contemplano il: rivalutare, il fare, l’attribuire e il registrare.

La valutazione, invece, consente di determinare in che misura i risultati attesi siano stati ottenuti e, sulla base dei risultati stessi, si decide se concludere o revisionare il piano delle cure. La valutazione è dinamica e può essere effettuata più volte durante il processo assistenziale. La fonte principale di dati per la valutazione è il paziente stesso. Il processo d’assistenza è uno strumento complesso che richiede continue verifiche del proprio intervento e della relazione terapeutica modificando le proprie strategie in base ai risultati ottenuti.

Alla sfera di autonomia operativa dell’infermiere si affianca l’adozione di una documentazione infermieristica, necessaria per certificare correttamente e registrare storicamente le prestazioni infermieristiche erogate, attività che esprime valenza legale in qualità di atto pubblico di incaricato di pubblico servizio.

CAPITOLO 2. LA CARTELLA INFERMIERISTICA

“La Cartella Infermieristica è uno strumento che facilita il percorso assistenziale attraverso l'utilizzo degli scientifici in esso contenuti” (IPASVI, 1999).

In questo modo la Documentazione Infermieristica si manifesta come *“l'ideale supporto informativo e documentario in grado di formalizzare le operazioni di problem-solving e decision-making connesse al processo di assistenza infermieristico” (Ciancio, 2002).*

La Cartella o Documentazione Infermieristica è parte integrante della Cartella Clinica.

La Cartella Clinica è un atto pubblico di fede privilegiata prodotto da un pubblico ufficiale e/o da un incaricato di pubblico servizio, contenente quanto riferito al pubblico ufficiale/incaricato di pubblico servizio e quanto da lui attestato come detto o accaduto e rappresenta un atto giuridico dovuto.

È, quindi, un documento sanitario integrato costituito dalla Cartella Medica, dalla Cartella Infermieristica e da ogni altra documentazione relativa ad interventi sanitari e sociali effettuati, a dimostrazione delle attività svolte da ciascun operatore in conformità con quanto citato dalla Legge Gelli-Bianco (Legge n. 24/2017) riguardo l'accertamento di responsabilità.

Pertanto, anche se durante il ricovero i luoghi e le modalità di conservazione e accesso alla consultazione dei documenti possono essere differenti, al momento della dimissione dovranno essere riuniti in unico documento per la conservazione archivistica, al fine di testimoniare il coordinamento dell'approccio diagnostico-terapeutico ed assistenziale al paziente ricoverato.

2.1 Riferimenti legislativi sulla documentazione infermieristica

La documentazione infermieristica si è evoluta in relazione all'evoluzione della figura dell'infermiere nel contesto sociale e normativo.

L'evoluzione esponenziale della professione infermieristica ha fatto sì che la documentazione infermieristica diventasse uno strumento indispensabile degli operatori (Germini, La Cartella Infermieristica Teoria e Pratica, 2008).

Tra i primi riferimenti normativi abbiamo il D.P.R. 225/74 che prevedeva, fra le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri *“La registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio”*. Tale riferimento normativo è stato abrogato con la legge 42/99, riconoscendo l'autonomia professionale e, quindi, l'attività infermieristica come professione sanitaria, non più come professione sanitaria ausiliaria. In questa legge non si fa riferimento all'obbligo dell'adozione di uno strumento operativo, ma si manifesta l'obbligo professionale, etico e deontologico di documentare i bisogni della persona e la quantità e qualità dell'assistenza fornita. L'infermiere raggiunge, difatti, il pieno riconoscimento della propria autonomia ed opera con responsabilità per la salute del paziente.

Il profilo professionale identifica l'infermiere come *“responsabile dell'assistenza generale infermieristica”* (D.P.R. 739/94 art.1 comma 1): questo comporta l'obbligo di tracciare la propria attività e quindi di apporre la firma in corrispondenza delle attività svolte.

La cartella deve permettere la registrazione degli aspetti assistenziali legati alla prevenzione e alle cure; inoltre, deve essere possibile registrare sulla stessa ogni pianificazione ed esecuzione di attività tecniche, relazionali ed educative (Germini, La Cartella Infermieristica Teoria e Pratica, 2008).

La cartella, quale supporto informativo e strumento di coordinamento e integrazione del processo d'assistenza infermieristica, rappresenta un indicatore della qualità dell'assistenza e la sua adozione nelle unità operative è espressamente prevista dal D.P.R. 384/90, che stabilisce che è necessario *“attivare un modello d'assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino”*.

La legge n. 251/2000, all'art.1, afferma che: *“gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia*

professionale attività (...) utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”.

Indicazioni riguardanti la cartella infermieristica sono rintracciabili anche nei Piani Socio-Sanitari Regionali. Tra queste fonti normative poniamo attenzione al Manuale di accreditamento approvato con delibera regionale delle Marche, 31 luglio 2001 n. 1889, in cui figurano i seguenti requisiti di accreditamento:

- (35) *“La documentazione infermieristica è strutturata in base alle esigenze assistenziali della singola Unità Operativa e contiene almeno la reportistica delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite”.*
- (36) *“La documentazione infermieristica costituisce parte integrante della cartella clinica”.*
- (37) *“La documentazione infermieristica contiene sezioni relative a: registrazione dati anagrafici; registrazione, all’ingresso e in itinere, di dati anamnestico-clinico; identificazione dei bisogni assistenziali e relativa pianificazione degli interventi; descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica; valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica; registrazione dati/informazioni diverse”.*
- (39) *“Esistono e sono verificabili procedure di qualità e adeguatezza per la compilazione e verifica periodica della documentazione infermieristica”.*

La regolare compilazione, l’osservanza del segreto professionale, la corretta conservazione e compilazione sono tutti requisiti richiesti al compilatore.

Particolare attenzione in merito si riscontra nel D.lgs. n.196 del 30 ottobre 2003, *“Codice in materia di protezione dei dati personali”*, che garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell’interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all’identità personale e al diritto alla protezione dei dati (Vannini, 2018).

Anche il Codice Deontologico afferma l’importanza della riservatezza dei dati, affermando nell’Art.19: *“L’Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l’intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario*

all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente” (FNOPI, 2019).

Viene sottolineato, inoltre, nell'Art. 27 che *“L'infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita” (FNOPI, 2019).*

La legge n. 24/2017 (nota come legge Gelli) innova lessicalmente il concetto di cartella clinica introducendo il concetto di Documentazione Sanitaria, comprendendo sia la cartella medica che la documentazione derivante dalle prestazioni erogate da ogni singolo professionista sanitario. Ne ricade, pertanto, in responsabilità ogni professionista con precisi doveri in termini di compilazione, gestione, organizzazione, tenuta, chiusura e archiviazione nel rispetto della riservatezza dei dati.

È fondamentale, in un'ottica preventiva, che i professionisti siano consapevoli dell'importanza della corretta compilazione della documentazione sanitaria e dei pericoli che può portare una inadeguata compilazione.

Difatti, la documentazione sanitaria è un atto pubblico e rappresenta un elemento di prova per l'accertamento della responsabilità sanitaria. Le attività erogate devono, pertanto, essere documentate poiché saranno garante per dimostrare il proprio operato.

2.2 Identità giuridica dell'infermiere

L'infermiere ha un dovere di tipo giuridico, che è l'obbligo di rendere tracciabile la propria attività, in termini di ricostruzione del percorso assistenziale e in termini di garanzia di correttezza di azioni nei confronti dell'assistito e della professione (Bugnoli, 2010).

Con il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria, tutti i professionisti sanitari, grazie a una nuova lettura degli articoli 357 e 358 del Codice Penale, sono sia pubblici ufficiali sia incaricati di pubblico servizio.

Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale. Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi (Garoffoli, 2014).

Dunque, quando l'infermiere è in servizio si configura come un incaricato di pubblico servizio, quando invece svolge alcune funzioni, procedure o prestazioni si identifica come pubblico ufficiale.

Possiamo quindi affermare che i principi su cui si basa la compilazione della documentazione infermieristica sono:

- Il Codice Penale, che stabilisce la responsabilità giuridica dell'infermiere, la sua funzione a livello giuridico e ciò che deve evitare per non incorrere in reato;
- Il Codice Deontologico che determina la responsabilità etica e deontologica che ha l'infermiere nella registrazione del processo di assistenza;
- Il Profilo Professionale e la formazione che determinano la responsabilità professionale che ha l'operatore di registrare quanto avvenuto durante il suo turno di lavoro.

2.3 Requisiti formali e giuridici della Cartella Infermieristica

I requisiti formali da rispettare nella compilazione della Cartella Infermieristica sono:

- **Tracciabilità:** possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Nella documentazione sanitaria per ogni singolo atto, devono essere identificabili il momento dell'accadimento con data e ora; gli autori con denominazione, firma leggibile (nome e cognome riconoscibili). Se viene fatto riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, questi devono essere richiamati e referenziati.

- **Chiarezza:** il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella, quali medici e altri professionisti sanitari. Non si devono utilizzare sigle o abbreviazioni, fatta eccezione nel caso in cui sia presente una legenda stabilita per uso comune.

- **Accuratezza:** ogni struttura di ricovero deve definire con apposito regolamento procedure atte a garantire l'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni.

- **Veridicità:** tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi. Non sono consentite cancellazioni o correzioni coprenti. Per errori commessi durante la stesura, si può tracciare una riga con inchiostro indelebile sulla scritta in modo che questa risulti comunque leggibile. Chi effettua le correzioni deve datarle e firmarle.

- **Pertinenza:** le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

- **Completezza:** ogni cartella identifica in modo univoco un ricovero; viene aperta al momento dell'accettazione della persona assistita e chiusa, alla data di dimissione della stessa. Va allegato un elenco di tutti i moduli e allegati presenti.

Per la sua natura di atto pubblico, la non corretta compilazione della documentazione integrata sanitaria costituisce un illecito penale configurando nei seguenti reati:

-Rifiuto di atti di ufficio. Omissioni. (art. 328 c.p.): *“Il pubblico ufficiale o l’incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dai casi previsti dal 1° comma, il Pubblico ufficiale o l’incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l’atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a 1.032...”*.

-Falso ideologico in atto pubblico (art. 479 c.p.) *“Falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici”. “Il pubblico Ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto in sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite dall’art.476”*.

-Falso materiale in atto pubblico (art. 476 c.p.) *“Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici”. “Il pubblico ufficiale che, nell’esercizio delle sue funzioni, forma in tutto o in parte un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni”*.

2.4 La cartella infermieristica come strumento di lavoro: gli elementi costitutivi e le caratteristiche

La Cartella Infermieristica consta di alcuni elementi costitutivi che rispecchiano le varie fasi del processo di *nursing*.

Non è realizzabile un unico schema utilizzabile in tutti gli ambiti di cura (ospedaliero, domiciliare, residenziale), ma gli elementi costitutivi sono comuni poiché si rifanno alle tappe del processo assistenziale.

Si dimostra, quindi, che la cartella è uno strumento indispensabile per rendere manifesto, osservabile e misurabile il processo di assistenza, per garantire la continuità assistenziale, dal momento che offre una visione olistica del paziente, favorisce negli infermieri l'assunzione di responsabilità decisionali migliorando l'autonomia operativa ma, allo stesso tempo, facilita un'integrazione produttiva nell'equipe infermieristica e multidisciplinare che si occupa dell'assistito.

Come per il processo di *nursing*, la prima fase consiste nell'accertamento, ovvero il momento in cui l'infermiere raccoglie le informazioni per individuare la situazione attuale della persona. Principalmente si evidenziano i dati anagrafici, la diagnosi di ingresso, le patologie concomitanti, le eventuali alterazioni dei modelli funzionali, la terapia, le allergie a farmaci o altre sostanze, le informazioni relative alle abitudini di vita o alle modalità di soddisfazione dei bisogni di base.

Nella costruzione della cartella infermieristica, l'accertamento deve essere integrato da scale ed indici di valutazione, strumenti utili ad individuare potenziali bisogni assistenziali in modo oggettivo, preciso, confrontabile.

Successivamente l'infermiere provvede alla formulazione delle diagnosi, problemi clinico-assistenziali che emergono dai dati raccolti nella fase di accertamento, e alla conseguente identificazione degli obiettivi assistenziali.

Gli obiettivi devono essere chiari, precisi, realistici, raggiungibili e misurabili.

Uno spazio specifico deve essere dedicato all'attuazione dell'assistenza per documentare la realizzazione degli interventi assistenziali e per valutare costantemente le condizioni del paziente.

A seconda delle esigenze dell'ambito lavorativo, la cartella viene integrata con delle schede tecniche come la scheda per la somministrazione della terapia, per la registrazione dei parametri vitali, per le medicazioni.

La fase finale del processo assistenziale prevede la valutazione degli esiti dell'assistenza, che si effettua alla dimissione, se il soggetto assistito è ospedalizzato, o al momento in cui non è più in carico all'equipe o al singolo professionista.

La valutazione degli esiti è strettamente correlata con: la valutazione iniziale; gli obiettivi assistenziali proposti (Germini, *La Cartella Infermieristica Teoria e Pratica*, 2008).

CAPITOLO 3. L'ISTITUTO NAZIONALE DI RIPOSO E CURA PER ANZIANI (INRCA)

L'origine dell'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani può essere fatta risalire al 1844, anno nel quale è stato istituito ad Ancona l'Ospizio dei Poveri per iniziativa della Congregazione dei Mercanti e degli Artisti con scopi di assistenza e beneficenza

Nel corso degli anni l'Ospizio si trasforma progressivamente in un vero Gerontocomio, adeguato ai tempi, con un ampio sviluppo dell'assistenza socio-sanitaria (medici ed infermieri). Con DPR del 26/8/1961, l'Opera Pia Ospizio dei Poveri Vecchi e di Mendicantia V.E.II, grazie ai suoi livelli organizzativi assistenziali, veniva denominata Istituto di Riposo e Cura per Anziani (IRCA) e, quindi, nel 1963, gli veniva riconosciuto il suo carattere nazionale (INRCA) e, successivamente (1968), definito quale "Istituto di Ricerca a carattere scientifico (IRCCS)", specializzato sui problemi degli Anziani, l'unico in Italia. Tale riconoscimento è stato riconfermato, dagli organi competenti, negli anni successivi fino allo stato attuale. Tali riconoscimenti negli anni, sotto il profilo giuridico e scientifico, sono derivati dall'impegno dimostrato dall'INRCA nelle sue attività assistenziali e di ricerca nel settore geriatrico e gerontologico. La mission dell'INRCA trova i propri riferimenti da un lato nell'essere Istituto di ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico. Nella sua duplice veste di struttura a carattere nazionale (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), inserita nei Sistemi Sanitari Regionali e, di conseguenza, nelle realtà territoriali, l'Istituto persegue obiettivi di:

- ottenere sempre più alti livelli di attività, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali;
- continuare ad essere il "punto di riferimento di eccellenza" a livello regionale, nazionale ed internazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo geriatrico;
- potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dei professionisti più esperti operanti nell'Istituto, che ne caratterizzano l'eccellenza e le capacità di attrazione, ai più "giovani";
- sviluppo di nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra Università e Servizio Sanitario, tra Unità Operative di assistenza e ricerca e servizi a supporto. (INRCA, s.d.)

3.1 Il progetto: dalla Documentazione Cartacea alla Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata

Il progetto nasce nel 2016 a seguito della volontà di ottenere una maggiore integrazione tra le documentazioni dei professionisti e, quindi, una maggiore integrazione professionale. Difatti, l'utilizzo di documentazioni diverse all'interno della stessa Unità Operativa comporta: ridondanza di raccolta e registrazione dei dati, dispersione delle informazioni, valutazioni diverse sui singoli episodi, mancanza di pianificazione degli interventi e, soprattutto, maggiore possibilità di ricadere in errori.

Possiamo definire la Documentazione Integrata Sanitaria come uno strumento informativo comune dei professionisti, centrato sulla persona assistita e rispondente alle varie aree di competenza professionale. Difatti, attraverso l'integrazione di competenze professionali diverse nel processo clinico è garantita la continuità assistenziale e una presa in carico multidisciplinare, multifattoriale, efficace e globale.

L'idea dell'I.N.R.C.A. è quella di tracciare il percorso ospedaliero che l'anziano fa dal momento in cui accede in ospedale fino alle dimissioni: avere un sistema di dati su degenze, attività ambulatoriali e diagnostiche, laboratorio analisi, secondo le norme europee della privacy, permette di avere informazioni utili al miglioramento del percorso di cura e alla produzione scientifica. Si è reso, quindi, necessario uniformare le diverse documentazioni in uso nelle Unità Operative utilizzando un linguaggio standardizzato. In ambito infermieristico, in particolare, si è stabilito di uniformare la documentazione infermieristica usando un modello concettuale condiviso nelle diverse Unità Operative.

Viene, quindi, formato un gruppo di lavoro che ha il compito di definire diagnosi-obiettivi-interventi appropriati al paziente geriatrico. Il lavoro di questo gruppo è terminato a novembre 2018 e, cioè, quando i primi reparti hanno iniziato la sperimentazione.

A maggio 2017, inoltre, viene istituito il gruppo direzionale del progetto formato dal responsabile dell'area sistemi informatici (cioè dell'area informatica e amministrativa) e dai responsabili sanitari appartenenti sia alla direzione medica che alla direzione infermieristica: da qui ha inizio il processo di informatizzazione della documentazione sanitaria integrata.

Il progetto ha preso forma grazie a percorsi formativi ECM per moduli organizzativi, creando gruppi diversi di lavoro: chirurgie-blocco operatorio, medicina e mondo dell'acuzie, punto di primo intervento, residenzialità, ambulatori.

Tra giugno e ottobre 2017 sono stati fatti degli incontri per prendere coscienza delle esigenze specifiche della pratica assistenziale e di come poterla tradurre in processi informatici.

Di parallelo, vengono istituiti altri percorsi informativi per implementare le diagnosi e la figura dell'Operatore Socio-Sanitario.

Il progetto prende forma il 15 luglio 2018 con l'informatizzazione della parte riguardante l'ammissione in Unità Operativa, la dimissione (con relativa lettera medica) o il trasferimento in altra U.O.

Le Unità Operative pilota del progetto sono state Degenza Post-Acuzie, Neuro-Stoke, Cardiologia-U.T.I.C. Infatti, in queste, a novembre 2018, ha avuto l'avvio l'informatizzazione di prescrizione e somministrazione della terapia, inquadramento clinico e scheda parametrica. A febbraio 2019 avviene l'implementazione degli strumenti: in caso di difformità o difficoltà nell'uso della documentazione informatica i professionisti possono, infatti, inviare ticket ai fini di aumentare la qualità della documentazione stessa.

Ad aprile 2019 viene, inoltre, integrato l'ambito radiologico e nel novembre, dello stesso anno, viene fatto l'avvio in altre tre Unità Operative: Clinica di Medicina Interna, Medicina Riabilitativa e Geriatria. Nel primo avvio è stata identificata un'equipe di infermieri a cui è stato dato il compito di formare i colleghi riguardo l'utilizzo e la gestione della documentazione sanitaria integrata informatizzata. Sempre nel corso di questo primo incontro, è avvenuta la validazione dell'accertamento infermieristico al letto del paziente e la generazione di un Piano Assistenziale Individualizzato. Viene dato l'obiettivo di lavorare su almeno una diagnosi infermieristica, scelta tra quelle più frequenti alla tipologia di paziente presente nell'Unità Operativa, in modo tale da rendere graduale l'approccio al nuovo sistema di lavoro. Vengono, poi, effettuati altri incontri:

- per la verifica del corretto avvio;
- per implementare la figura dell'Operatore Socio-Sanitario;
- per valutare tutte le criticità comparse durante l'utilizzo dello strumento.

CAPITOLO 4. MATERIALI E METODI

L'obiettivo di questo elaborato era di indagare il grado di gradimento riguardo l'introduzione e il relativo funzionamento della documentazione sanitaria integrata informatizzata nelle Unità Operative di Degenza Post-Acuzie, Neuro-Stroke, Cardiologia-U.T.I.C., Medicina Riabilitativa, Geriatria e Clinica di Geriatria dell'Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani sede di Ancona. A tal fine, dopo aver preso parte alle riunioni dei gruppi di lavoro e all'avvio delle Unità Operative, avvenuto nel novembre 2019, è stato ideato un questionario per mettere in luce il livello di gradimento dell'utilizzo dello strumento ed i relativi punti di forza o svantaggio.

Nella prima parte del test viene richiesta la componente anagrafica con richiesta di età e sesso. Viene poi chiesto riguardo il titolo di studio professionale, eventuali titoli di studio post base, reparto di appartenenza e anzianità di servizio.

La seconda parte, invece, presenta dodici *items* che indagano riguardo la soddisfazione nell'utilizzo dello strumento, la completezza dei dati e dei processi al suo interno e se questo strumento viene considerato un valore aggiunto ai fini dello svolgimento della professione infermieristica.

Il questionario, validato dall'I.N.R.C.A., doveva essere somministrato alle Unità Operative dal 9 marzo 2020 in forma cartacea, ma a causa del dilagare della pandemia di CoVid-19 si è preferito non somministrare il questionario per non caricare di ulteriori oneri gli operatori già sottoposti a una grande prova nel combattere questo virus.

Si è, quindi, pensato di formulare un nuovo questionario rivolto ai coordinatori delle Unità Operative, in cui la documentazione informatizzata è in uso, e alla Dirigenza Infermieristica dell'I.N.R.C.A. sede di Ancona per indagare la motivazione che ha portato alla nascita del progetto, analizzando punti di forza e di debolezza del progetto stesso.

Nella prima parte del test viene eseguita una ricerca epidemiologica tracciando età, sesso e anzianità di servizio degli intervistati.

La seconda parte del test presenta, invece, dodici *items*, composti sia da domande aperte che chiuse, dove vengono indagate le criticità incontrate, ma anche i vantaggi che scaturiscono dall'applicativo del progetto.

Infine, viene richiesto di compilare la matrice di analisi S.W.O.T., indagando, difatti, punti di forza (*Strengths*), punti di debolezza (*Weaknesses*), opportunità (*Opportunities*), minacce (*Threats*) del progetto stesso.

Il questionario è stato distribuito sfruttando la piattaforma “Moduli Google” a partire dal 25 marzo 2020, dopo la validazione dell’I.N.R.C.A., fino al 7 aprile 2020, raccogliendo dieci risposte. Le risposte sono anonime in conformità con la legge n. 196 del 30 giugno 2003 sulla tutela della privacy e il trattamento dei dati personali.

Delle persone intervistate solo nove hanno risposto a tutte le domande presenti nell’elaborato; una, invece, ha limitato la sua risposta alle sole domande formulate con risposta aperta e alla compilazione della matrice S.W.O.T.

I dati raccolti sono stati poi analizzati ed elaborati tramite Microsoft Office Excel, con cui sono state costruite le apposite tabelle e i grafici presenti in questo elaborato di tesi.

CAPITOLO 5. RISULTATI

La parte anagrafica del questionario somministrato ricerca riguardo Età, Sesso e Anni di servizio degli intervistati.

Si ha come assunto che gli intervistati siano parte dell'organico della dirigenza dell'Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani sede di Ancona. Per avere maggiore libertà di espressione nelle risposte, si è scelto di omettere l'occupazione degli intervistati ai fini di garantire la privacy.

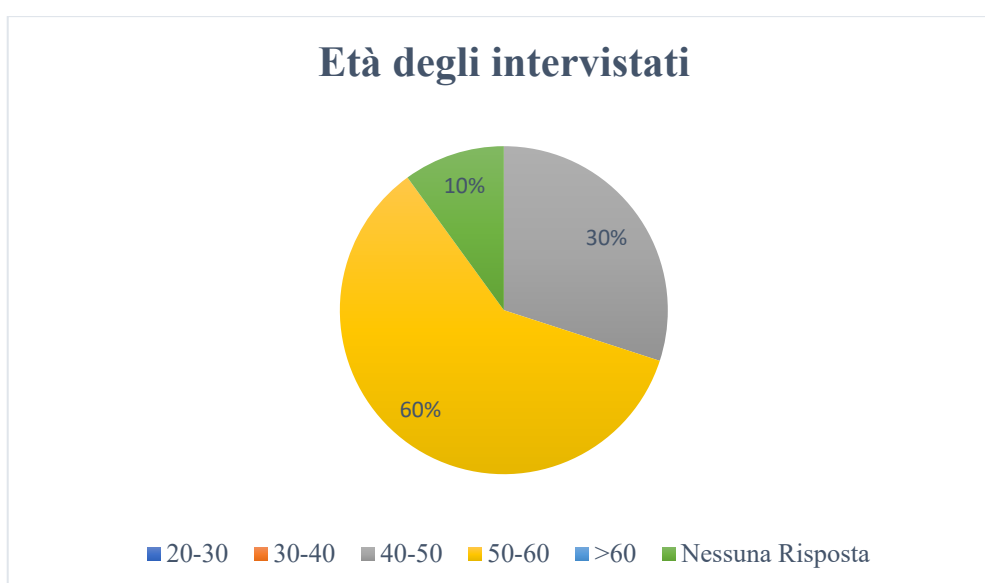


Grafico 1. Percentuale Fascia di Età partecipante allo studio

Dei dieci intervistati il 60% si colloca nella fascia di età compresa tra i cinquanta e i sessant'anni, il 30% nella fascia che va dai quaranta ai cinquant'anni.

Uno dei dieci intervistati non ha risposto alla domanda.



Grafico 2. Percentuale del Sesso degli intervistati

Il grafico mostra che il 90% degli intervistati è di sesso femminile.

Nessuna risposta è stata registrata dal sesso maschile e una sola è la risposta non data.

Può essere un dato interessante vedere come su 9 risposte, queste siano tutte attribuibili al sesso femminile, indice di come le donne occupino nella società odierna ruolo dirigenziale.



Grafico 3. Anzianità di servizio degli intervistati

Il terzo grafico mostra che tutti e nove gli intervistati rispondenti alla domanda, hanno una anzianità di servizio maggiore a dieci anni.

DOMANDA 1.

“Cosa ha spinto l’I.N.R.C.A. ad attuare un processo di informatizzazione della documentazione sanitaria in uso nelle U.O.?”

Dalle dieci risposte aperte ottenute in questo *items*, possiamo affermare che l’intenzione che ha portato ad attuare il processo di informatizzazione è il “documentare in modo migliore il processo clinico assistenziale”, garantire tracciabilità e maggiore gestione del rischio clinico ma, soprattutto, la necessità di uniformare la documentazione clinico assistenziale in uso e renderla maggiormente fruibile.

DOMANDA 2.

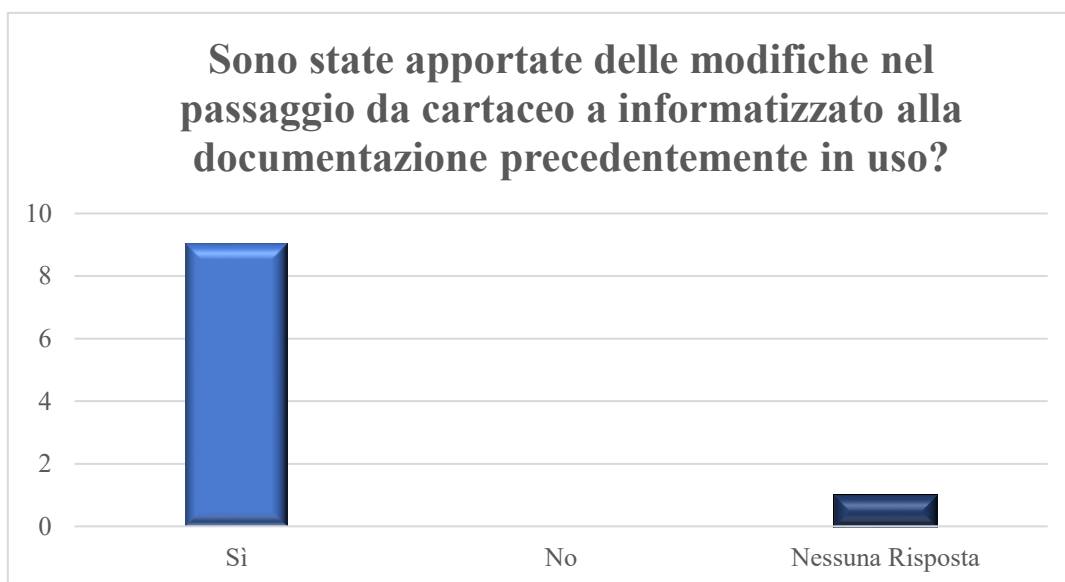


Grafico 4. Grafico enunciante le risposte alla domanda n. 2

Tutti gli intervistati rispondenti sono concordi nell’ammettere che sono state apportate modifiche alla documentazione precedentemente in uso nel passaggio da cartaceo a informatizzato.

DOMANDA 3.

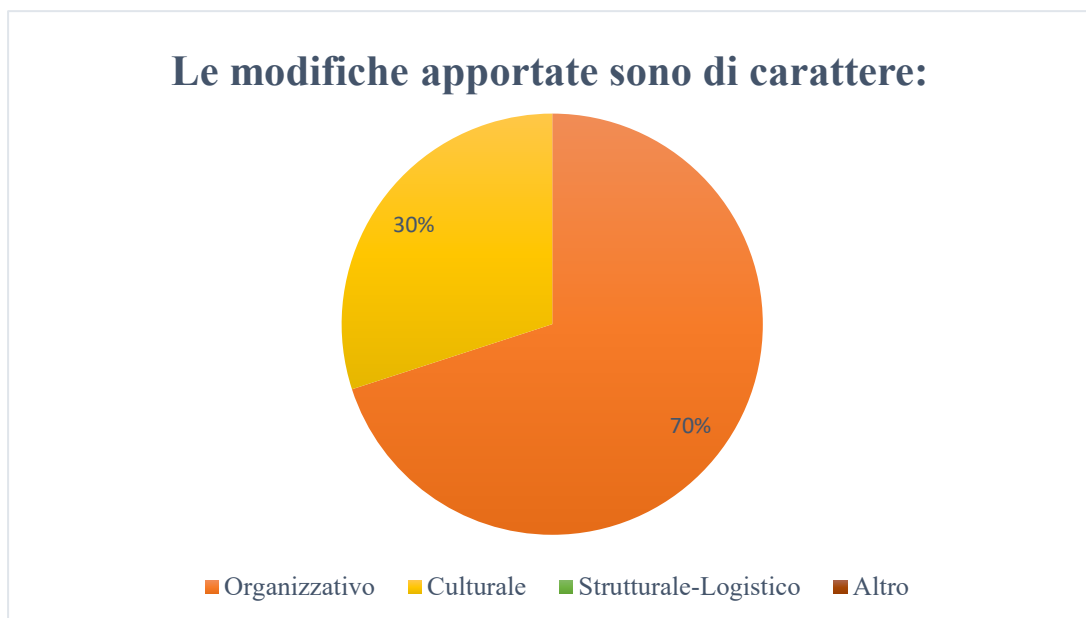


Grafico 5. Carattere delle modifiche apportate

Sette intervistati (70%) affermano che le modifiche apportate sono di carattere organizzativo, mentre tre intervistati (30%) attribuiscono le modifiche a un carattere prettamente culturale della realtà operativa.

Nessuna risposta si è registrata riguardo alla componente strutturale-logistica.

DOMANDA 4.

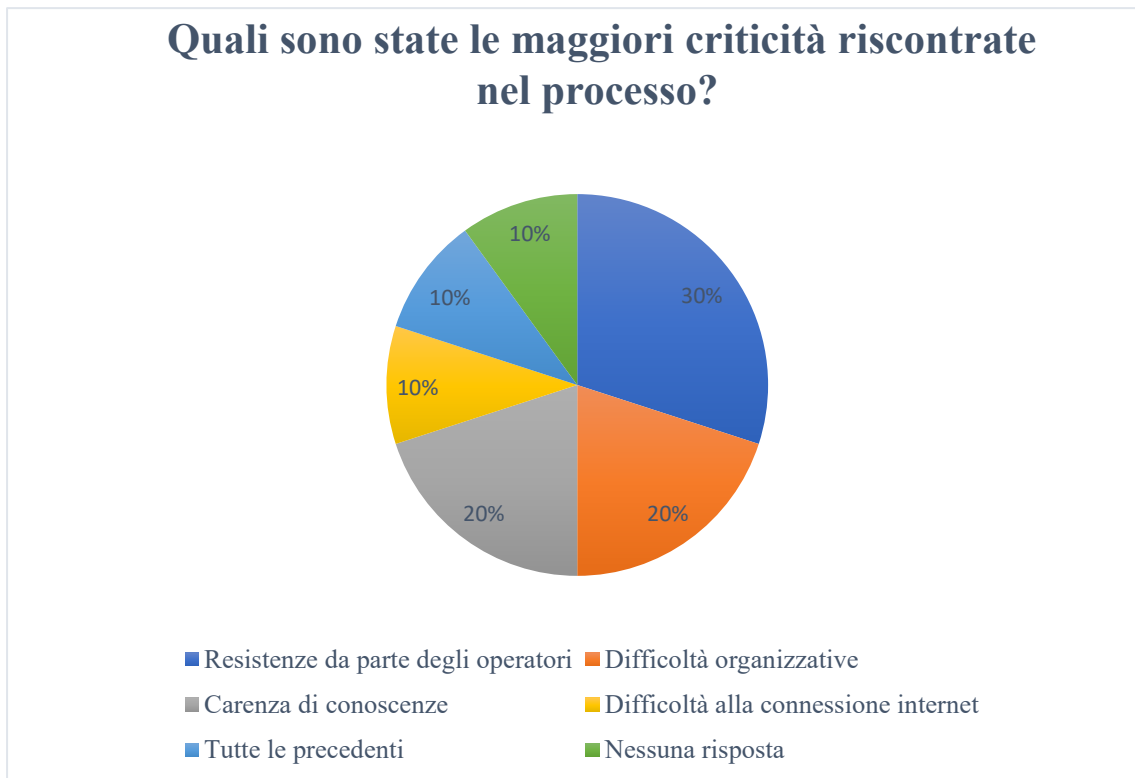


Grafico 6. Maggiori criticità riscontrate nel processo

Dal grafico è possibile dedurre come il 30% degli intervistati attribuisca le criticità alla resistenza da parte degli operatori. Abbiamo, poi, un 20% che lega le criticità vissute alla carenza di conoscenze e un altro 20% che le attribuisce alle difficoltà organizzative.

Un 10% identifica la criticità nella difficoltà di connessione alla rete internet.

Un solo intervistato attribuisce le criticità a tutte le precedenti risposte e un solo intervistato non ha risposto alla domanda.

DOMANDA 5.

“Secondo lei, perché ci sono state delle criticità?”

Dalle stesse risposte dei dieci intervistati possiamo dedurre che le criticità incontrate sono legate:

- Alle “resistenze al cambiamento ad un modo ormai consolidato di lavorare”, quindi legato all’atteggiamento difensivo alla novità stessa da parte del personale;
- Alla “molteplicità delle informazioni da gestire in modalità coerente ed interattiva tra le varie competenze ed ambiti professionali”;
- Alla carenza di formazione informatica;
- Alla carenza di personale.

DOMANDA 6.

“I corsi di formazione previsti su cosa sono stati incentrati particolarmente?”

In questa domanda gli intervistati sono concordi nel rispondere che i corsi di formazione sono stati necessari per “la mappatura dei bisogni assistenziali specifici del settore geriatrico e tradurli in un modello assistenziale”. Inoltre, i corsi di formazione si sono incentrati sugli aspetti teorici e pratici riguardanti sia il programma (ad esempio per la gestione della terapia) che la pianificazione assistenziale.

DOMANDA 7.



Grafico 7. Grafico riguardante la domanda n. 7

In questo grafico possiamo evidenziare come, per tutti i rispondenti alla domanda, lo strumento della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata sia un valore aggiunto nel delineare i bisogni clinico-assistenziali del paziente I.N.R.C.A.

DOMANDA 8.



Grafico 8. Grafico riguardante la domanda n. 8

Gli intervistati sono ancora una volta concordi che lo strumento garantisca una maggior integrazione multidisciplinare tra le diverse figure che interagiscono con l'utenza.

DOMANDA 9.

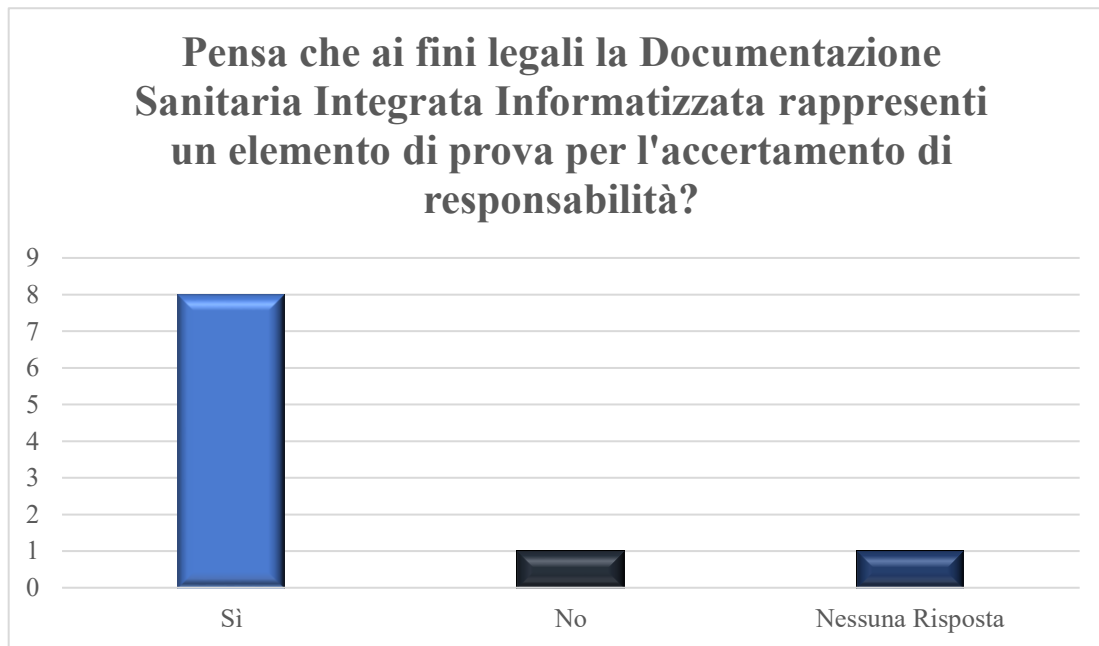


Grafico 9. Grafico inerente la domanda n. 9

Il grafico mostra che otto dei dieci intervistati concordano nel considerare, ai fini legali, la Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata come un elemento di prova per l'accertamento di responsabilità. Un solo intervistato non è concorde con tale affermazione e un intervistato non ha dato nessuna risposta alla domanda.

DOMANDA 10.

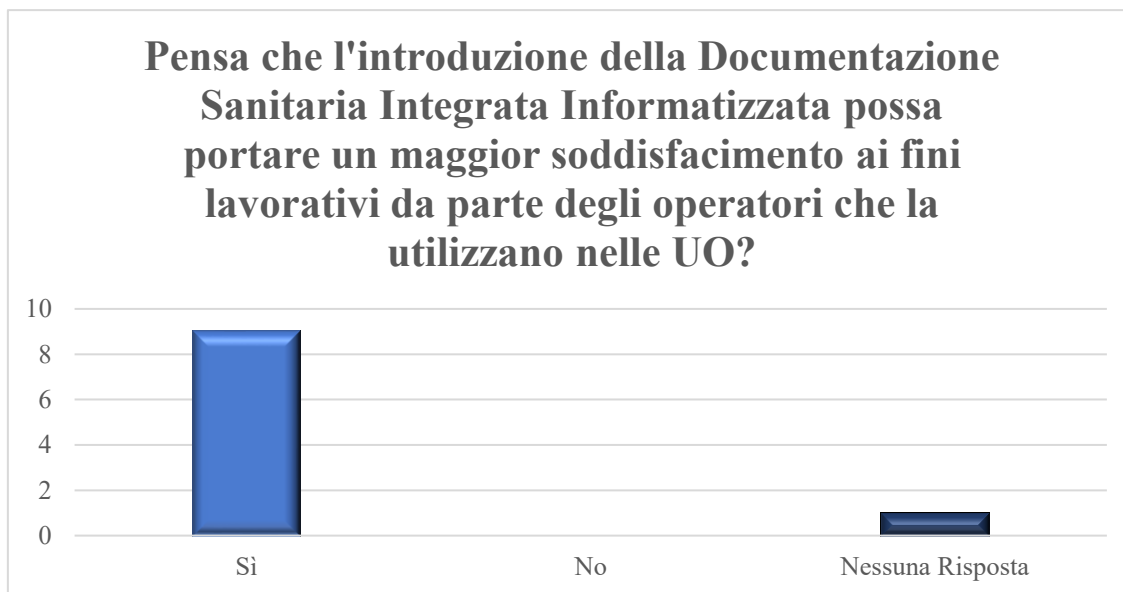


Grafico 10. Grafico inerente la domanda n. 10

Gli intervistati sono concordi nel rispondere affermativamente alla domanda numero dieci, considerando, quindi, l'introduzione della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata come uno strumento che possa portare un maggior soddisfacimento ai fini lavorativi da parte dei lavoratori che la utilizzano nelle Unità Operative dell'I.N.R.C.A.

DOMANDA 11.

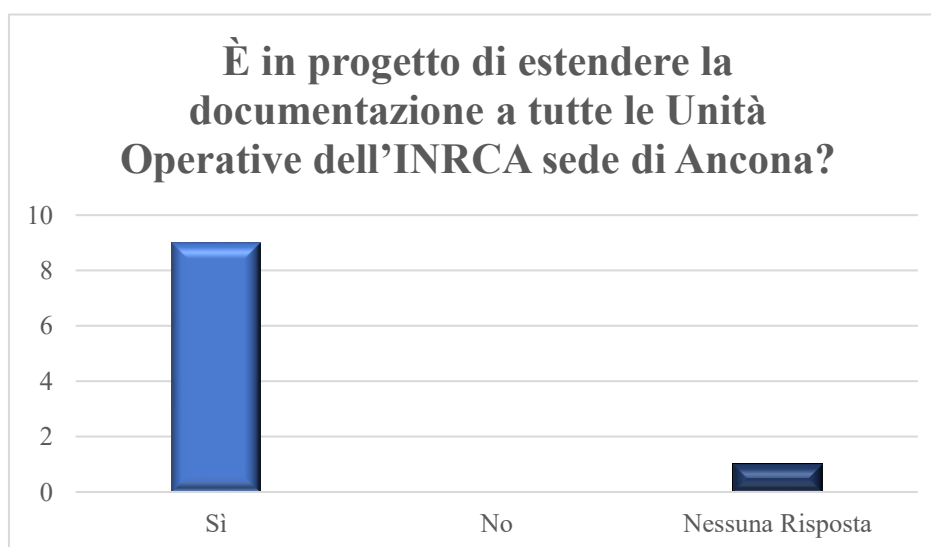


Grafico 11. Grafico riguardante la domanda n. 11

Analizzando il grafico possiamo vedere come gli intervistati siano concordi nell'affermare che il progetto di implementazione della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata sarà esteso a tutta la realtà dell'Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani sede di Ancona.

DOMANDA 12.

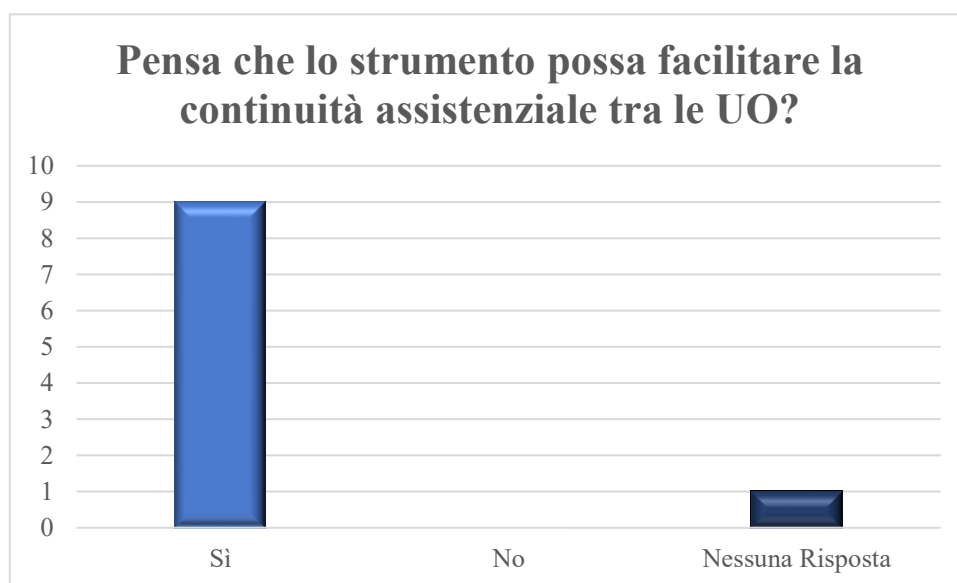


Grafico 12. Grafico inerente la domanda n. 12

Gli intervistati sono, infine, concordi nell'affermare che lo strumento possa facilitare la continuità assistenziale tra le Unità Operative dell'I.N.R.C.A. sede di Ancona.

Difatti su dieci intervistati nove hanno risposto affermativamente alla domanda, un solo intervistato si è astenuto dal rispondere.

DOMANDA 13.

Veniva, infine, chiesto agli intervistati di completare la matrice S.W.O.T., basandosi sul fatto che la SWOT *analysis* è uno strumento di analisi e pianificazione strategica basato su quattro dimensioni:

- Punti di forza (*Strengths*);
- Punti di debolezza (*Weaknesses*);
- Opportunità (*Opportunities*);
- Minacce (*Threats*).



CAPITOLO 6. DISCUSSIONE

I dati che abbiamo raccolto ci permettono di comprendere le motivazioni che hanno portato all'implementazione della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata dell'Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani sede di Ancona.

Nelle risposte alle varie domande presentate, la linea degli intervistati è sempre stata comune: questo ci permette di affermare che il progetto era, difatti, fortemente necessario e voluto dalle parti intervistate.

Purtroppo, come già detto, a causa del dilagare della pandemia di CoVid-19, non possiamo confrontare le risposte date dalla dirigenza con quelle degli operatori che utilizzano l'applicativo giornalmente nelle diverse Unità Operative.

Il campione che ha partecipato allo studio è composto da dieci soggetti facenti parte della dirigenza dell'I.N.R.C.A. che hanno collaborato allo sviluppo del progetto e, quindi, al passaggio dalla documentazione sanitaria cartacea precedentemente in uso a quella Integrata e Informatizzata destinata alle diverse Unità Operative dell'Istituto.

Dalle risposte raccolte già dalla prima domanda intuiamo come la motivazione che ha portato l'Istituto alla nascita del progetto sia quella di garantire sempre più elevati *standard* assistenziali, documentando in modo adeguato, sicuro e professionale il processo clinico-assistenziale che viene elargito all'utenza.

Attraverso il progetto, difatti, è possibile avere una migliore tracciabilità di ogni azione e decisione clinico-assistenziale, potenziando la gestione del rischio clinico sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

Questo si rifà alla crescente necessità di attuare all'interno delle Aziende Sanitarie la strategia della "*Clinical Governance*", ovvero "*la strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale*" (Cartabellotta, Position Statement GIMBE: Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie, 2009).

Il passaggio da teorico ad applicativo, come in ogni nuovo progetto, ha presentato delle diverse criticità che, come affermano gli intervistati, sono state dovute a diverse componenti: da una parte ci sono state delle difficoltà organizzative dovute alla necessità di adattarsi a nuovi processi assistenziali che portano ad un inevitabile cambiamento dell'ormai consolidato modo di lavorare, dall'altra ci sono state criticità legate alla parte tecnica, dovute

sia alla carenza di formazione informatica, in particolare negli operatori sanitari più anziani, sia per le difficoltà prettamente legate al collegamento con la rete Internet.

Un altro elemento che ha comportato diverse difficoltà è stato un atteggiamento restio da parte dei diversi operatori sanitari. Secondo alcuni degli intervistati questo è da rivedersi in una sorta di diffidenza verso il nuovo, mentre per altri è riducibile a una poca disponibilità al cambiamento.

Dalle criticità emerse, si è reso necessario effettuare corsi di formazione che sono stati particolarmente incentrati proprio sull'utilizzo del programma informatico sia da un punto di vista teorico che pratico. Inoltre, proprio durante i corsi di formazione si è avuta la necessità di mappare i bisogni assistenziali specifici del settore geriatrico traducendoli in modelli assistenziali condivisibili da tutte le Unità Operative dell'Istituto.

Gli intervistati sono concordi nell'affermare che lo strumento garantisca una migliore integrazione multidisciplinare tra le diverse figure che interagiscono con l'utenza.

Difatti, la cartella integrata rappresenta uno strumento che favorisce l'integrazione sia interprofessionale che multidisciplinare, comportando la consapevolezza che non si possono erogare prestazioni adeguate se non vi è un'integrazione dei saperi e delle abilità di tutti gli operatori che devono porre al centro del loro lavoro il benessere della persona con cui si interfacciano.

Un altro aspetto su cui gli intervistati sono concordi, ad eccezione di uno solo, è che, ai fini legali, la Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata rappresenti un elemento di prova per l'accertamento di responsabilità in caso di provvedimenti civili e penali.

Alla luce della Legge Gelli (Legge n. 24/2017) questo elemento risulta di particolare interesse, dal momento che l'aspetto della sicurezza delle prestazioni sanitarie è senza dubbio un bene costituzionale proprio di qualsiasi cittadino: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”* (Cost. Art.32).

Infine, ponendo l'attenzione alla Matrice di analisi S.W.O.T. possiamo affermare che il progetto ha molti punti di forza su cui si può continuare a lavorare per garantire migliorie necessarie per abbattere gli altrettanti punti di debolezza che sono emersi.

Gli intervistati vedono come “minaccia” il rischio di non avere continui aggiornamenti ma anche le resistenze da parte degli operatori.

Potrebbe essere, quindi, conveniente lavorare affinché gli operatori vedano nello strumento una possibilità di crescita personale senonché uno strumento che dia valore aggiunto alla propria professione.

CAPITOLO 7. CONCLUSIONE

A conclusione di questo elaborato non possiamo non riconoscere all'Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani il merito di aver creato un progetto che, seppur ancora non del tutto ultimato nelle sue parti e incompleto in taluni aspetti, è un grande valore aggiunto nella creazione di un lavoro multidisciplinare di integrazione il cui unico scopo finale è quello di mirare al soddisfacimento dei bisogni clinico-assistenziali dell'assistito, e, nel particolare, di un assistito potenzialmente fragile quale l'anziano.

È senza dubbio un valore aggiunto per la professione infermieristica, nel particolare, poter lavorare in diversi ambiti attuando in piena autonomia professionale lo strumento che per eccellenza ci contraddistingue dagli altri operatori sanitari: il *processo di nursing*.

Attuare il processo di *nursing* ci permette di svincolarci dall'ottica di lavorare per compiti, legata ai nostri antenati, permettendoci di mettere in gioco tutte le nostre competenze e conoscenze a servizio della persona di cui ci stiamo prendendo cura.

La possibilità di avere un sistema informatizzato, che permette di avere una documentazione più completa e facilmente leggibile, garantisce un'efficiente continuità della presa in carico dell'utenza con una visione olistica riguardo l'assistito preso in cura.

L'obiettivo finale di tale processo non può che essere quello di estendere a tutta la realtà dell'Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani sede di Ancona l'implementazione del progetto, per mirare a raggiungere *standard* professionali sempre più alti in un'ottica sempre crescente di contenimento del rischio clinico.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ ANA, A. N. (2003). *Nursing's social policy statement*. Washington DC: American Nurses Association.
- ❖ Atkinson, L., & Murray, M. (1994). *Capire il Processo di Nursing*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- ❖ Benci, L. (2008). *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. 5° ed. Milano: McGraw-Hill.
- ❖ Bugnoli, S. (2010). *La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
- ❖ Cartabellotta, A. &. (2009, febbraio 6). *Position Statement GIMBE: Il Governo Clinico nelle Aziende Sanitarie*. Tratto il giorno Aprile 2020 da GIMBE.org: https://www.gimbe.org/gimbe/statement/ps_gc.htm
- ❖ Ciancio, B. (2002). *"Il Processo Infermieristico applicato"*. Milano: Ambrosiane.
- ❖ FNOPI, F. N. (2019, Aprile). *Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*. Roma.
- ❖ Garoffoli, R. (2014). *Codice Penale*.
- ❖ Germini, F. (2008). *La Cartella Infermieristica Teoria e Pratica*. Roma: Carocci .
- ❖ Henderson, V. (1961). *Basic Principles of Nursing Care*. London: International Council of Nurses. Tratto il giorno Marzo 2020 da www.acadame.edu

- ❖ ICN, I. C. (2010). Tratto il giorno Marzo 2020 da www.icn.ch/definition.htm
- ❖ INRCA. (s.d.). *INRCA-IRCCS*. Tratto il giorno Marzo 2020 da <https://www.inrca.it/>
- ❖ IPASVI, F. N. (1999).
- ❖ McCloskey, J., & Bulechek, G. (2007). *Classificazione NIC degli interventi infermieristici*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- ❖ NANDA, I. (2009). *Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazioni 2009-2011*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- ❖ Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: what it is and what it is not*. London: Harrison & Sons.
- ❖ Saiani, L., & Brugnolli, A. (2013). *Tattato di Cure Infermieristiche*. Napoli: Sorbona.
- ❖ Vannini, C. (2018, Novembre 26). Tratto il giorno Marzo 2020 da Nurse24.it: <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/privacy-diritto-riservatezza-ambito-sanitario.html>
- ❖ Wilkinson, J. (2009). *Processo infermieristico e pensiero critico*. Milano: CEA.
- ❖ Zanotti, R. (2010). *Filosofia e Teoria nella moderna concettualità del Nursing professionale*. Padova: Piccin.

ALLEGATO A

QUESTIONARIO TESI

Gentile infermiere,

sono Giusy Di Bella studentessa laureanda del CdL Infermieristica sede Ancona dell'Università Politecnica delle Marche.

Le chiedo di compilare il seguente questionario di gradimento riguardo l'introduzione e il relativo funzionamento della documentazione sanitaria integrata informatizzata nella sua Unità Operativa.

A garanzia della massima riservatezza, il questionario è del tutto anonimo, in conformità alla legge n.196 del 30 Giugno 2003 sulla tutela della privacy e il trattamento dei dati personali. Pertanto, nessuno avrà modo di risalire a Lei e la preghiamo di rispondere alle domande spontaneamente e con sincerità.

La ringrazio anticipatamente per la disponibilità.

“L’infermiere:

- a. partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
 - b. identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*
 - c. pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico;*
 - d. garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;*
 - e. agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;*
- (...)” (DM 739/94).*

“Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all’obbligo di trasparenza, nel rispetto del codice in materia di protezione dei dati personali, di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.” (legge n24 del 3 Marzo 2017, Legge Gelli).

“L’Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l’importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.” (capo VI, art 33 Codice deontologico 2019).

Età: _____

Sesso: _____

Titolo di studio professionale:

- Titolo equipollente
- Diploma universitario
- Laurea I° livello

Titolo di studio post base:

- Master I° livello
- Laurea Magistrale
- Master II° livello
- Dottorato di ricerca
- Nessuno

Reparto di appartenenza: _____

Anzianità di servizio: _____

1.E' soddisfatto della documentazione sanitaria integrata informatizzata in uso nel suo reparto?

- Sì-
- No

2. Ritiene che la documentazione infermieristica informatizzata adottata nel suo reparto sia completa per quanto riguarda le informazioni necessarie per elaborare il piano assistenziale per l'assistito?

- Sì
- No

3. Se non fosse soddisfatto quali dati e processi integrerebbe all'interno della documentazione infermieristica?

4. Ritiene che l'accertamento sia completo e soddisfacente?

- Sì
- No

5. Ritiene sia facile interpretare i bisogni dell'assistito tramite le diagnosi infermieristiche?

- Sì
- No

6. Riscontra difficoltà nella pianificazione/erogazione dell'assistenza?

- Sì
- No

7. Se sì perché?

8. Ritiene che questo progetto abbia incrementato il carico di lavoro?

- Sì
- No

9. Secondo lei i pazienti hanno tratto beneficio da questo progetto?

- Sì
- No

10. Secondo lei questo progetto è un valore aggiunto ai fini dello svolgimento della sua professione?

- Sì
- No

11. Tornerebbe alla documentazione cartacea?

- Sì
- No

12. Motivi la sua risposta: _____

ALLEGATO B

Gentile operatore,

sono Giusy Di Bella studentessa laureanda del CdL Infermieristica sede Ancona dell'Università Politecnica delle Marche.

Le chiedo di compilare il seguente questionario riguardo la Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata in uso nell'Istituto di Riposo e Cura per Anziani sede di Ancona.

A garanzia della massima riservatezza, il questionario è del tutto anonimo, in conformità alla legge n.196 del 30 Giugno 2003 sulla tutela della privacy e il trattamento dei dati personali.

Pertanto, nessuno avrà modo di risalire a Lei e la preghiamo di rispondere alle domande spontaneamente e con sincerità.

La ringrazio anticipatamente per la disponibilità.

Età:

- 20-30
- 30-40
- 40-50
- 50-60
- >60

Sesso:

- Maschio
- Femmina

Anzianità di servizio:

- 0-5
- 5-10
- >10

1. Cosa ha spinto l'INRCA ad attuare un processo di informatizzazione della documentazione sanitaria in uso nelle UO?

2. Sono state apportate delle modifiche nel passaggio da cartaceo a informatizzato alla documentazione precedentemente in uso?

- Si
- No

3. Le modifiche apportate sono di carattere:

- Organizzativo
- Culturale
- Strutturale-Logistico
- Altro:

4. Quali sono state le maggiori criticità riscontrate nel processo?

- Resistenze da parte degli operatori;
- Difficoltà organizzative;
- Carenza di conoscenze;
- Altro:

5. Secondo lei, perché ci sono state delle criticità?

6. I corsi di formazione previsti su cosa sono stati incentrati particolarmente?

7. Pensa che lo strumento sia un valore aggiunto nel delineare i bisogni clinico-assistenziali del paziente INRCA?

- Si
- No

8. Pensa che lo strumento garantisca una maggior integrazione multidisciplinare tra le diverse figure che interagiscono con l'utenza?
- Si
 - No
9. Pensa che ai fini legali la Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata rappresenti un elemento di prova per l'accertamento di responsabilità?
- Si
 - No
10. Pensa che l'introduzione della Documentazione Sanitaria Integrata Informatizzata possa portare un maggior soddisfacimento ai fini lavorativi da parte degli operatori che la utilizzano nelle UO?
- Si
 - No
11. È in progetto di estendere la documentazione a tutte le Unità Operative dell'INRCA sede di Ancona?
- Si
 - No
12. Pensa che lo strumento possa facilitare la continuità assistenziale tra le UO?
- Si
 - No

13. Completi la matrice di Analisi SWOT:

<u>Punti di Forza (<i>strenghts</i>)</u>	<u>Punti di debolezza (<i>weaknesses</i>)</u>
<u>Opportunità (<i>opportunities</i>)</u>	<u>Minacce (<i>threats</i>)</u>

Legenda:

- o STRENGTH S (punti di forza): elementi da potenziare e su cui puntare per conseguire gli obiettivi.
- o WEAKNESSES (punti di debolezza): aspetti su cui lavorare, lacune da migliorare e ridimensionare.
- o OPPORTUNITIES (opportunità): vantaggi che possono provenire dall'esterno. Per poterle trasformare in punti di forza devono essere colte al momento giusto e nel modo giusto. Se trascurate invece, possono diventare punti di debolezza.
- o THREATS (minacce): eventi che possono ostacolare il progetto. Sono la diretta conseguenza dei punti deboli e/o di opportunità trascurate.

RINGRAZIAMENTI

Giunti alla fine di questo percorso è doveroso fare un passo indietro, prendere consapevolezza della strada percorsa, di quanto questa sia stata a tratti dura, piena di difficoltà, paure e smarrimenti, ma anche ricca di gioie, soddisfazioni, nuove amicizie e tanti regali che questa avventura ha voluto donarmi.

Voglio iniziare ringraziando il dott. Sandro Ortolani: grazie professore per aver creduto in me e avermi proposto di effettuare questo studio insieme. Le sarò sempre grata per la sua disponibilità e sono sicura che presto potremo festeggiare insieme questo traguardo.

Voglio, poi, ringraziare il dott. Maurizio Mercuri: grazie professore per non avermi abbandonato quando le cose si sono fatte più dure, per aver creduto in me e nel progetto, per aver ascoltato tutti i miei dubbi e perplessità e avermi sempre incoraggiato a trarre il meglio da ogni situazione.

Ringrazio, infine, la dott.ssa Cristiana Marzocchi e tutto lo staff dell'Istituto Nazionale di Ricerca e Cura per Anziani che ha partecipato alla stesura del progetto: spero che potremo completare il lavoro una volta che questa brutta parentesi sarà chiusa.

Grazie anche ai miei tutor che mi hanno accompagnata in questo percorso facendomi crescere personalmente e professionalmente: grazie tutor Falcetelli, Giambartolomei e Palumbo (prometto che non maltratterò mai più nessun bambolotto!).

Grazie a tutti gli infermieri che mi hanno accompagnato in questi anni nei diversi reparti che ho varcato: 1800 ore di tirocinio non sono poche ma io sono grata per ognuna di queste.

In particolare, vorrei ringraziare gli infermieri della Chirurgia Toracica e Chirurgia della Mano: grazie per avermi trasmesso le vostre conoscenze e la vostra dedizione al lavoro; voglio anche ringraziare gli infermieri dell'U.T.I.C. e del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Torrette: grazie Valentina B., Daniela, Solaris, Tiziana, Mario, Luigi, Fabrizio e Massimo per avermi sempre trattata come una di voi facendomi appassionare sempre di più al ramo dell'Emergenza. Ringrazio gli infermieri del reparto di Anestesia e Rianimazione, tra cui, soprattutto, Neno il mio tutor: non ti ringrazierò mai abbastanza per l'affetto e la fiducia che mi hai dato e la stima reciproca che si è creata tra di noi!

Infine, ringrazio gli infermieri del reparto che, probabilmente, ha segnato più di tutti il mio percorso: la T.I.N. Grazie Valentina, Lorenza, Gloria e Alessandro, ma, soprattutto, grazie piccoli guerrieri, porto ognuno di voi nel mio cuore.