

L'abilità di Decision Making dello studente infermiere e la soddisfazione degli utenti: l'esperienza del Corso di Laurea in Infermieristica di Torino

Facco S.¹, Milan M.², Massariello P.¹, Cirio L.¹, Mussa V.¹, Dimonte V.¹

¹ Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola di Medicina, Università degli Studi di Torino. E-mail: simona.facco@unito.it

² Infermiera

ABSTRACT

Introduction. The objectives of a clinic stage were to measure the ability of Decision Making in the 3rd year students before and after stage, where structured educational and tutorial strategies were adopted and to evaluate the level of satisfaction perceived by hospitalized patients.

Materials and methods. The study presented is quasi-experimental pre-post. The sample consisted of 14 students of the 3rd year who were asked to produce six clinical cases, for a total of 84 planning assistance both before and after the clinical stage. During the stage clinical case discussions led by the tutor, briefing and debriefing sessions once a week were conducted and the nursing care has been delivered on care plans constructed by the students. The assessment of the degree of user satisfaction was performed using the Newcastle Satisfaction with Nursing Scales questionnaire, administered both during the internship of students, that in a later date.

Results. Students have shown an increase from 19% to 69% in the ability to recognize the priority issues in the post-test as well as relevant interventions, which have grown from 24 to 33%. The related factors and defining characteristics are improved at the limit of statistical significance. Patients were fully satisfied by the students support they received during the clinic stage, but also by the standard care delivered during their absence.

Conclusions. The educational and tutorial strategies experienced seem to be significantly related to the ability of Decision Making. The place of training for nursing students has proven to be an effective model of care.

Keywords: problem solving, decision making, customer/patient satisfaction, nursing care, nurse student

RIASSUNTO

Introduzione. L'obiettivo dello studio è quello di misurare le abilità di *Decision Making* negli studenti del 3° anno prima e dopo un'esperienza di tirocinio, in cui vengono sperimentate strategie didattico-tutoriali strutturate e di valutare il livello di soddisfazione percepito dai pazienti ricoverati.

Materiali e metodi. Lo studio presentato è di tipo quasi-sperimentale *pre-post*. Il campione è costituito da 14 studenti del 3° anno a cui è stato chiesto di elaborare sei casi clinici, per un totale di 84 pianificazioni assistenziali sia prima sia dopo il tirocinio clinico osservato. Durante il tirocinio si sono effettuate discussioni

di casi clinici guidate dai tutor, sessioni di *briefing* e *debriefing* una volta alla settimana e l'assistenza è stata erogata sui piani di assistenza costruiti dagli studenti. La valutazione del grado di soddisfazione degli utenti è stata eseguita utilizzando il questionario *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales*, somministrato sia durante il tirocinio degli studenti, sia in un periodo successivo.

Risultati. Gli studenti hanno dimostrato un incremento dal 19 al 69% nella capacità di riconoscere i problemi prioritari nel *post test* così come gli interventi pertinenti, che sono cresciuti dal 24 al 33%. I fattori correlati e le caratteristiche definenti sono migliorati al limite della significatività statistica. Gli utenti hanno dichiarato di essere stati pienamente soddisfatti dell'assistenza ricevuta sia nel periodo di tirocinio, sia in assenza degli studenti.

Conclusioni. Le strategie didattico-tutoriali sperimentate sembra siano attività significativamente correlate all'abilità di *Decision Making*. La sede di tirocinio per studenti infermieri ha dimostrato di essere un valido modello di assistenza.

Parole chiave: studenti infermieri, tirocinio, decision making, processo assistenziale, custode satisfaction

INTRODUZIONE

L'infermiere è stato considerato per lungo tempo, nella realtà italiana, come un mero esecutore (1) di compiti inseriti in un processo retto da conoscenze, governate e trasmesse da altre figure professionali. Si tratta di una realtà in cui la formazione professionale è organizzata a livello regionale e il modello d'infermiere prodotto è quello di un tecnico, alla luce di una cultura assistenziale generica ed esecutiva che subordina l'esercizio della professione ad un sistema mansionariale rigido ed esaustivo. L'infermiere oggi diventa il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica che nell'espletamento delle proprie funzioni identifica i bisogni della persona e della comunità, pianificando, gestendo e valutando l'intervento assistenziale (2). L'infermieristica viene finalmente intesa come vera e propria scienza prescrittiva, e l'assistenza infermieristica come una professione che, sulla base di acquisite e consolidate conoscenze scientifiche, prescrive e pratica attività finalizzate al benessere della persona.

L'infermiere è capace di assumere decisioni in autonomia ma soprattutto in collaborazione con altre professionalità personalizza l'assistenza riconoscendo al bisogno una dimensione del tutto nuova e particolareggiata.

Ci troviamo davanti ad un professionista rinnovato che, attraverso il dialogo e il confronto continuo

cerca l'incontro con la persona malata “*allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé*” (3).

L'infermiere possiede le capacità e gli strumenti indispensabili per assumere decisioni rispetto alla propria competenza tecnica e per pianificare le attività attraverso l'applicazione delle metodologie disciplinari apprese nel percorso formativo.

A tale proposito, infatti, i nuovi ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Infermieristica prevedono insegnamenti quali la metodologia dell'assistenza, della ricerca e l'infermieristica basata sulle evidenze, proprio al fine di fornire al nuovo professionista quel bagaglio di conoscenze indispensabili per erogare prestazioni di qualità, personalizzate, ma soprattutto di comprovata efficacia rispetto alla mutata domanda di salute.

Il processo che i professionisti infermieri mettono in atto per risolvere i problemi, in letteratura è definito processo di *nursing* (4, 5, 6).

Lo studente infermiere applica il processo di *nursing* attraverso il *Problem solving* che rappresenta l'approccio mentale e operativo che l'infermiere utilizza per pianificare l'assistenza infermieristica. L'abilità di *Problem Solving* fa parte quindi del modo di pensare ed agire professionale dell'infermiere ed è parte preponderante della pratica clinica. È un'a-

bilità che nella formazione infermieristica costituisce un aspetto *core* e i contenuti, gli strumenti ed i metodi didattici utilizzati in aula e nel tirocinio devono essere diretti a coltivarla costantemente.

Durante il percorso formativo, lo studente di Infermieristica, ha modo di applicare e osservare gli infermieri esperti le competenze apprese in diversi ambiti clinici dove effettua i tirocini.

Da alcuni anni si è riflettuto sulla valorizzazione dei progetti di apprendimento in ambito clinico rivolti agli studenti esperti (III anno) proprio per prepararli al meglio al mondo professionale.

Dai colloqui con gli studenti neolaureati che entrano nel mondo del lavoro, si è notato che la difficoltà principale a cui vanno incontro è proprio la responsabilità: molti dichiarano di non sentirsi preparati a prendere le decisioni di natura assistenziale in modo autonomo.

Con la realizzazione del presente progetto formativo si intende favorire l'incremento delle competenze professionali degli studenti del terzo anno facendo leva sul forte senso di responsabilizzazione che viene scatenato da un riconoscimento formale di ruolo, oltre a favorire l'apprendimento delle competenze formative di un futuro professionista. Il progetto di tirocinio complessivo prevede la compresenza degli studenti del 1° e del 3° anno durante il tirocinio di maggio/giugno 2012, per un totale di 285 ore.

I tre attori principali del progetto risultano quindi: gli studenti, i professionisti e i pazienti.

Per la partecipazione al progetto sono stati selezionati sedici studenti del terzo anno e di questi, quattordici hanno aderito al progetto e a loro sono stati affiancati quattordici studenti del primo anno di corso.

Il servizio scelto per la realizzazione del progetto è stato quello di Medicina/Unità di Cure Intermedie del Presidio Ospedaliero San Lorenzo di Carmagnola (ASLTO5); esso è composto da sedici posti letto in cui vengono ricoverati pazienti adulti affetti principalmente da malattie interniste che. Visto il numero elevato di studenti presenti in turno, il lavoro è stato organizzato in équipe: ogni studente del terzo anno aveva il compito di prendere in carico quattro pazienti, organizzare le attività assistenziali in base alle esigenze delle persone assistite ed inoltre favorire l'apprendimento degli studenti del

primo anno, che si trovavano ad affrontare la loro prima esperienza in ambito clinico con la supervisione dell'infermiere di riferimento.

Per gli studenti del terzo anno si è trattato di un tirocinio ad elevata intensità di autonomia e responsabilità. È importante sottolineare che lo scopo del progetto era, inoltre, quello di favorire un'assistenza personalizzata per ogni paziente e non un'assistenza standardizzata eseguita per compiti.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Gli obiettivi dello studio sono stati:

- misurare la differenza di abilità di *decision making* negli studenti del 3° anno prima e dopo un'esperienza di tirocinio, in cui si effettuano discussioni di casi clinici, *briefing*, *de briefing* e si elaborano piani di assistenza per i degenti ricoverati.
- effettuare una comparazione tra la percezione dell'assistenza fornita dagli studenti tirocinanti e l'assistenza fornita dagli infermieri in assenza degli studenti.

MATERIALI E METODI

Lo studio presentato è di tipo quasi-sperimentale *pre-post test*.

Il campione è costituito da 14 studenti del 3° anno di Corso di Laurea in Infermieristica di Torino. È stato chiesto loro di elaborare sei casi clinici, per un totale di 84 pianificazioni assistenziali sia prima del tirocinio clinico (*pre-test*) sia dopo (*post-test*). In tirocinio si sono effettuate discussioni di casi clinici, sessioni di *briefing* e di *debriefing* una volta alla settimana e l'assistenza è stata erogata secondo l'applicazione dei piani di assistenza elaborati dagli studenti. Le situazioni assistenziali presentate simulavano i problemi principali di salute rappresentati nel servizio dove gli studenti hanno effettuato il tirocinio, elaborate in seguito ad un incontro con i professionisti che lavorano nella sede di tirocinio. Per il presente studio è stato scelto uno strumento di analisi delle pianificazioni costruito ad *hoc* secondo il quadro concettuale (8, 9, 10) fornito agli studenti di Torino.

A partire dal quadro concettuale del *Problem Solving*, la scheda utilizzata consente di misurare at-

traverso indicatori specifici le attività connesse al processo di soluzione dei problemi e precisamente:

- per la valutazione del corretto ragionamento diagnostico, i problemi individuati dovevano essere sostenuti dai dati raccolti e descritti correttamente;
- per la valutazione del *Decision Making*, le pianificazioni assistenziali dovevano riportare l'individuazione del problema prioritario e gli interventi utili a fronteggiarlo.

I risultati riguardanti il *Decision Making* sono stati suddivisi nell'individuazione del problema prioritario, nella descrizione del problema prioritario secondo la struttura PES (Problema, Eziologia, Segni e sintomi) (8), ossia la valutazione della presenza/assenza della correlazione causale e delle caratteristiche definenti del problema prioritario individuato dagli studenti e nella descrizione degli interventi pertinenti al problema.

Si sono presentati sei situazioni assistenziali, descrittivi problemi di natura oncologica, respiratoria, cardiovascolare e connessi alla senilità sia prima sia al termine del tirocinio con il seguente mandato: “*Sulla base della situazione assistenziale descritta, identificate ed elencate almeno 3 problemi assistenziali (diagnosi infermieristiche) che secondo voi il paziente presenta. Scegliete il problema che ritenete prioritario, indicate i dati a supporto di tale problema e sviluppate gli interventi (4-5) che mettereste in atto per la soluzione dello stesso*”.

Si è stimato un tempo di elaborazione pari a 15-20 minuti per ciascuna prova, per un totale di due ore circa.

Per il secondo obiettivo oggetto dello studio, si è scelto di utilizzare la sezione due della *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales* (NSNS) che risulta essere un valido mezzo per la misurazione della soddisfazione dei pazienti sull'assistenza infermieristica ovvero la “Soddisfazione dell'assistenza infermieristica ricevuta” composta da diciannove *item*.

Ad ognuna delle diciannove domande corrispondeva un punteggio calcolato su una scala *Likert* a cinque punti (da 1: Per niente soddisfatto; a 5: Completamente soddisfatto).

Nell'indagine sono stati inclusi tutti pazienti ricoverati; qualora la persona assistita avesse presentato gravi deficit psicofisici, il questionario è stato somministrato ad un familiare (*caregiver*). Insieme

alla NSNS si sono raccolti i seguenti dati, indicati in letteratura come variabili importanti (11,12,13): età; genere; data del ricovero; diagnosi all'ingresso; precedenti ricoveri; titolo di studio.

Una domanda aperta prevedeva inoltre di esplicitare ai pazienti quali fossero le differenze percepite tra gli eventuali precedenti ricoveri, in merito all'assistenza infermieristica. Si è ripetuta l'indagine rispettivamente a distanza di un mese e di due mesi dalla fine del tirocinio. L'analisi dei dati riguardanti l'abilità di *decision making* è stata effettuata da due tutor del Corso di Laurea in Infermieristica in modo indipendente e la soddisfazione degli utenti è stata analizzata da una studentessa del 3° anno di corso. Tutti i dati sono stati inseriti in una tabella di *Excel*® e successivamente elaborati e presentati attraverso frequenze assolute e relative, medie e deviazione standard (DS). Per l'analisi dei dati si è utilizzato il test del Chi quadrato e il T-test a due code, considerando un livello di significatività pari a $p \leq 0,05$.

RISULTATI

I problemi assistenziali (P.A.) riconosciuti dagli studenti sono stati complessivamente 240 su 252 nel *pre test* e 235 su 252 nel *post test*: non per tutte le situazioni assistenziali erano indicati i tre problemi come da richiesta nel mandato.

Nello specifico, come si può vedere dalla tabella I, i problemi prioritari (P.P.) corretti sono stati 16 (13,44%) nel *pre test* e 58 (69,1%) nel *post test* con un $p\ value < 0,00001$.

Nel *pre test* il fattore correlato (eziologia) è stato descritto in modo corretto solo 15 volte (17,9%), in modo confuso 25 volte (29,8%) e per 44 situazioni assistenziali (52,3%) non è neanche stato descritto. Invece nel *post test*, la presenza del fattore correlato descritto correttamente si è raddoppiata (31 volte; 36,9%); permane la confusione nella descrizione della correlazione (27 situazioni assistenziali; 32,1%) e in 26 casi non era presente (31%). Anche per quanto riguarda la presenza delle caratteristiche definenti (segni e sintomi), nel *pre test* si può notare che in quasi la totalità delle situazioni assistenziali non era presente (84,5%), mentre nel *post test* 27 casi (32,1%) le presenta in modo corretto,

Problemi assistenziali (diagnosi infermieristiche)					
	Pre test		Post test		P VALUE
	N	%	N	%	
P.A. riconosciuti	240/252	95,2/100	235/252	93,3/100	0,92
P.P. corretto	16/84	19,1/100	58/84	69,1/100	< 0,00001
Caratteristiche descrittive dei problemi prioritari (P.P.)					
Fattore correlato (eziologia)	Pre test		Post test		P VALUE
	N	%	N	%	
corretto	15/84	17,9/100	31/84	36,9/100	0,05
confuso	25/84	29,8/100	27/84	32,1/100	0,93
assente	44/84	52,3/100	26/84	31/100	0,09
Caratteristiche definenti (segni e sintomi)					
corrette	13/84	15,5/100	27/84	32,1/100	0,07
confuse	—	—	19/84	22,6/100	0,0002
assenti	71/84	84,5/100	38/84	45,3/100	0,02
Interventi pertinenti (I.P.)					
	Pre test		Post test		P VALUE
	N	%	N	%	
I.P. identificati	102/420	24,29/100	140/420	33,33/100	0,019
Media (\pm DS)	17 (\pm 2,7)	23,3 (\pm 4,9)			

Tabella I. Risultati pianificazioni assistenziali

19 casi (22,6%) le presenta in modo confuso e in 38 casi (45,3%) sono assenti.

Per quanto riguarda la pertinenza degli interventi, gli studenti ne hanno descritti 102 su un totale di 420 nel *pre test* e 140 interventi pertinenti su 420 nel *post test*, con una differenza statisticamente significativa.

I pazienti intervistati durante il progetto di tirocinio, sono stati complessivamente 19, mentre sono stati 16 nel *post tirocinio*. Oltre il 90% dei pazienti ha affermato di aver avuto precedenti ricoveri, solo una persona assistita ha affermato di non aver avuto altre esperienze di ricovero.

Dai dati raccolti, è emerso che più della metà dei pazienti, sia durante sia in seguito al tirocinio aveva un titolo di studio elementare, solo 2 (10,5%) utenti intervistati durante il periodo di tirocinio avevano un titolo di studio elevato, corrispondente ad un diploma universitario.

I pazienti completamente soddisfatti dall'assistenza fornita durante il tirocinio sono stati 7 (36,8%), di cui 4 (21%) di sesso maschile e 3 (15%) di sesso femminile; in assenza degli studenti in reparto, invece, i pazienti che hanno riferito di essere completamente soddisfatti sono stati 3 (18,7%), di cui 2 (12,5%) di genere femminile e 1 (6,3%) di genere maschile.

Gli utenti che hanno risposto dando un'ottima valutazione avevano un livello di scolarità basso: 8 (22,8%) pazienti avevano conseguito un titolo elementare mentre 2 (5,7%) avevano un diploma di scuola media inferiore.

Quasi la totalità degli intervistati è stata soddisfatta della disponibilità infermieristica ricevuta sia in presenza degli studenti sia in loro assenza, ma dalla domanda aperta sono affiorate alcune differenze. Per quanto riguarda il livello di attenzione, i pazienti intervistati hanno dichiarato di essere completa-

	Durante tirocinio (%)	Post tirocinio (%)	P value
Disponibilità	85,5	56,3	0,08
Attenzione	79,96	55,02	0,12
Trattamento	68,4	67,2	0,98
Rassicurazione	75	64,03	0,55
Informazioni	57,9	59,35	0,99

Tabella 2. Sintesi valutazione NSNS (soddisfazione utenti)

mente soddisfatti all'80% contro il 55% durante la loro assenza.

Complessivamente i pazienti intervistati sono stati soddisfatti del trattamento ricevuto sia durante il tirocinio degli studenti sia dopo.

Anche per quanto riguarda il grado di assicurazione e apertura nei confronti degli assistiti, essi hanno dichiarato di sentirsi soddisfatti sia con gli studenti sia in loro assenza, con una percentuale del 75% in presenza degli studenti e del 64% in loro assenza.

Infine, per quanto riguarda il tipo e la quantità di informazioni ricevute, la percentuale di utenti non soddisfatti durante il tirocinio è stata del 3%, mentre in loro assenza del 9%.

Dalla domanda aperta si è notato che le pregresse esperienze di ricovero hanno pesato solo in parte sulle valutazioni; alcuni dei pazienti intervistati hanno fatto emergere delle differenze sostanziali tra l'assistenza fornita dagli studenti rispetto alle cure fornite dagli infermieri presso lo stesso reparto o presso altre strutture ospedaliere.

In particolare i temi emersi attraverso il colloquio sono stati:

- L'educazione;
- La disponibilità;
- La presenza di uno studente quando la persona assista necessitava d'aiuto.

I pazienti ritenevano gli studenti più educati nel rapportarsi con loro, maggiormente disponibili e presenti ogniqualvolta avessero bisogno d'aiuto.

Dall'analisi del questionario, scorporato in macro-argomenti si è potuto osservare che non vi è una differenza statisticamente significativa tra la disponibilità offerta dagli studenti e quella fornita dagli infermieri.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Per quanto riguarda il ragionamento diagnostico, gli studenti che hanno partecipato allo studio, hanno dimostrato di descrivere in modo più corretto i problemi presenti nelle situazioni assistenziali sostenendoli con i dati a loro disposizione. Nel *pre test* infatti, nonostante siano stati indicati un numero maggiore di problemi assistenziali, non venivano supportati dai dati; mentre nel *post test* in più della metà dei problemi descritti erano riportati sia il fattore correlato sia la manifestazione clinica anche se a volte in modo confuso. L'intervento specialistico realizzato dall'infermiere, cioè la scelta e l'attuazione di azioni infermieristiche in risposta a bisogni identificati, deve essere inquadrato in un processo di indagine, realizzato a partire da una raccolta di informazioni e da una loro classificazione. La situazione entro cui si sviluppa il processo diagnostico richiede innanzitutto che si comprenda la persona assistita nella sua integrità. Le discussioni dei casi organizzate settimanalmente con gli studenti hanno permesso di esplicitare il ragionamento sotteso agli interventi pianificati e/o da pianificare, sottolineando gli aspetti fondamentali della presa in carico dei pazienti presi in esame. Riflettere con loro sulle alternative possibili, sui segni e sintomi e sui fattori causali delle problematiche emerse sembra abbia aiutato gli studenti a prendere le decisioni assistenziali appropriate, come da documentazione clinica. Inoltre le sessioni di *briefing* e *debriefing* hanno permesso la rielaborazione dell'esperienza e il confronto tra gli studenti.

Nel *post test* si è notata una riduzione del numero di interventi descritti complessivamente dagli studenti, ma con un miglioramento significativo della loro pertinenza rispetto al problema prioritario. La faci-

lità con cui gli studenti individuano correttamente gli interventi si potrebbe spiegare col fatto che durante il loro tirocinio ne vedono l'applicazione diretta, ma non sempre ne comprendono il razionale in quanto spesso manca la discussione sulle alternative possibili e/o sulla motivazione della scelta.

In Italia, le diagnosi infermieristiche sono tuttora scarsamente adottate e risulterebbero pressoché totalmente assenti nella documentazione infermieristica (14). La loro utilità è controversa e le cause della mancata adozione sono multiple: dalla scarsità di tempo a disposizione nelle organizzazioni, alla non piena attitudine a documentare in forma scritta le attività da parte degli infermieri, alla mancanza (o inadeguatezza) di procedure standardizzate per l'attività infermieristica, al permanere di una cultura abitudinaria. La necessità di riferirsi contemporaneamente ad aspetti quantitativi e qualitativi rende evidente la complessità intrinseca al metodo infermieristico ed al suo insegnamento ed è fonte di dibattito nella comunità scientifica infermieristica nazionale ed internazionale: la controversia sull'applicazione nella pratica professionale delle diagnosi infermieristiche, cioè sull'adozione di un sistema finito ed esaustivo di categorie basate su segni e sintomi a cui riferirsi, è il principale terreno di divisione tra sostenitori ed oppositori di tale metodologia.

Tuttavia, la loro adozione in altri Paesi europei ha portato a risultati interessanti: in Svezia, una ricerca (15) ha dimostrato che esse migliorano l'assistenza infermieristica, attraverso la presa in carico globale del paziente come individuo e influenzano positivamente il ruolo infermieristico. Ancora, esse aiutano a focalizzare il pensiero riflessivo e il pensiero critico nell'interpretazione dei dati raccolti (16).

La letteratura (17) sottolinea come l'esperienza, oltre alle conoscenze cliniche, abbia un ruolo importante nella formulazione delle ipotesi di problemi che indirizzano la raccolta dati. Lo studente infermiere pertanto va aiutato a ricercare le motivazioni di alcune informazioni raccolte, come aggregarle tra loro per stabilirne le priorità in quanto la sua capacità di ragionamento diagnostico è ancora immatura. Tale compito è affidato principalmente ai tutor clinici (18) ma anche agli infermieri affiancatori, presenti in ciascuna realtà di apprendimento del corso di Laurea in Infermieristica di Torino.

L'individuazione del problema prioritario deriva proprio dalla capacità dello studente di riuscire a mettere insieme tutti i dati dell'assistito, conservando una visione d'insieme della sua situazione. Di conseguenza, individuare interventi pertinenti, significa per lo studente essere in grado di effettuare valutazioni appropriate.

La soddisfazione degli utenti intervistati può derivare dalla compresenza di studenti, infermieri e operatori socio-sanitari che rendeva possibile soddisfare le richieste dei pazienti in tempi molto brevi. Tra gli obiettivi del tirocinio vi era infatti la presa in carico del paziente e la soddisfazione dei bisogni attraverso un progetto di cura personalizzato; le risposte positive ricevute da parte degli utenti dimostrano come gli studenti abbiano pienamente raggiunto tale obiettivo.

Molti pazienti hanno dichiarato di aver avuto la sensazione di essere in famiglia in presenza degli studenti. Presumibilmente la soddisfazione può essere associata in modo particolare alla presenza dei tirocinanti del primo anno a cui è stato richiesto di esercitare la relazione d'aiuto con il paziente.

Il livello di gradimento dell'utenza in merito all'assistenza infermieristica ricevuta è stato ottimo sia in presenza sia in assenza degli studenti, dimostrando così che il reparto selezionato lavora secondo un valido modello assistenziale e, inoltre, risulta essere un'adeguata sede di tirocinio.

L'esperienza di tirocinio così organizzata offre maggiori spunti per l'apprendimento clinico, favorendo un miglioramento sia pratico sia teorico. Lo studente si è sentito, per la prima volta nel suo percorso di formazione, il protagonista della gestione dell'assistenza infermieristica, e ha percepito una maggiore responsabilità e un più alto senso del dovere rispetto ai precedenti tirocini. L'opportunità di partecipare ad un progetto di questo tipo, offre inoltre una maggiore possibilità di sperimentarsi e di mettersi in gioco, simulando il vero ruolo dell'infermiere. Ciò ha dato a tutti gli studenti un forte senso di soddisfazione, nonostante le pressioni alle quali si sono sentiti sottoposti inizialmente. Il tirocinio ha fornito inoltre ai vari membri, l'opportunità di sentirsi parte di un gruppo e di poter migliorare il proprio senso organizzativo per ottimizzare il lavoro di squadra.

Il progetto ha, quindi, giocato un ruolo fondamentale per la comprensione di quanto sia importante il lavoro d'équipe e la comunicazione tra tutti i membri che la pongono.

Dai dati analizzati, sembra che le strategie didattico-tutoriali utilizzate siano positivamente correlate all'abilità di *decision making*. Indubbiamente a tale risultato hanno contribuito anche altri fattori, indipendenti dalle tecniche esaminate, ma lo studio ha dimostrato una correlazione statisticamente significativa nonostante la numerosità campionaria ridotta. Sarebbe interessante effettuare uno studio sperimentale confrontando un gruppo di studenti che non partecipano a tali attività e verificare se la correlazione permane.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Dimonte V. *Da servente a infermiere*. Torino: Cespi editore, 1995
- [2] D.M. 739 14.09.1994 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profili professionale dell'Infermiere", tratto da Gazzetta Ufficiale 9 gennaio, 1995
- [3] Motta P. Tecnica ed assistenza infermieristica: un inquadramento concettuale. *NEU* 1/2002.
- [4] Germini F, Masi V. *Manuale di pianificazione infermieristica*. Ed. Carrocci Faber, Roma, 2004; pg 45.
- [5] Bulfone G, Galletti C, Vellone E, Zanini A, Quattrin R. L'abilità di problem solving dello studente infermiere: l'esperienza del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Udine. *Prof. Inferm.* 2008; 61 (3):139-48
- [6] Motta P. L'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica. *Nursing Oggi* 2000; 1: 30-3.
- [7] Bjorvell, C., Thorell-Ekstrand, I., Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing careplans in the patient record. *Quality in Health Care* 2000; 9: 6-13.
- [8] Judith M. Wilkinson, *Processo infermieristico e pensiero critico*. CEA: Milano, 2009.
- [9] Gordon M. *Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazione*. CEA: Milano, 2009.
- [10] NANDA. *Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2009-2011*, CEA: Milano, 2009.
- [11] Johansson P, Oléni M, Fridlund B, Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study, *Scand J Caring Sci.* 2002; 16(4):337-44.
- [12] Quintana J, Gonzalez N, Bilbao A, et al. Predictors of patient satisfaction with hospital health care Predictors of patient satisfaction with hospital health care, *BMC Health Services Research* 2006; 6:102.
- [13] Larrabee J, Ostrow C, Withrow M, Predictors of Patient Satisfaction with Inpatients Hospital Nursing Care, *Research in Nursing & Health*, 2004; 27 (4): 254-268.
- [14] Boccoli E et al. The content and structure of nursing documentation in Careggi Hospital, Florence, 1998: results and perspectives. *Epidemiologia Preventiva* 2001; 25(4-5), 174-80.
- [15] Axelsson L, Bjorvell C, Mattiasson AC, Randers I. Swedish registered Nurses'incentives to use nursing diagnosis in clinical practice. *Clinical Nurses* 2006; 15(8), 936-45.
- [16] Lunney M. Helping nurses use NANDA, NOC and NIC: novice to expert. *Nursing Education* 2006; 31(1): 40-6.
- [17] Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. *AJN, American Journal of Nursing*: December 1984, 84 (12):1480.
- [18] Sasso L, Lotti A, Gamberoni L. *Il tutor per le professioni sanitarie*. Roma: Carocci, 2004.