



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**LA PERCEZIONE DEI BISOGNI IN AMBITO ONCOLOGICO:
TESTIMONIANZE COMPARATE
DI ASSISTITI E INFERMIERI**

Relatore: Prof.ssa Silvia Sturniolo

Laureanda: Enrica De Lotto

Matricola: 1047821

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

Riassunto	
Introduzione	Pag. 1
Capitolo 1: Quadro teorico	Pag. 3
1.1 Concetto di bisogno.....	Pag. 3
1.2 Tassonomia dei bisogni.....	Pag. 3
1.3 I bisogni nella teoria del nursing.....	Pag. 4
1.4 Oncologia in numeri.....	Pag. 5
1.5 La persona con patologia oncologica.....	Pag. 7
1.6 La percezione dei bisogni in ambito oncologico.....	Pag. 8
Capitolo 2: Materiali e metodi	Pag. 11
2.1 Scopo dello studio.....	Pag. 11
2.2 Quesiti dello studio.....	Pag. 11
2.3 Metodologia di indagine.....	Pag. 11
Capitolo 3: Presentazione dei risultati	Pag. 16
3.1 Presentazione del campione.....	Pag. 16
3.2 Risultati in rapporto ai quesiti.....	Pag. 17
3.2.1 Tipologia del bisogno.....	Pag. 18
3.2.1.1 Premessa sui bisogni aggiunti.....	Pag. 18
3.2.1.2 Assistiti.....	Pag. 18
3.2.1.3 Ordine di priorità secondo gli assistiti.....	Pag. 20
3.2.1.4 Infermieri.....	Pag. 21
3.2.1.5 Ordine di priorità secondo gli infermieri.....	Pag. 23
3.2.1.6 Confronto assistiti–infermieri.....	Pag. 24
3.2.1.7 Confronto infermiere–infermiere.....	Pag. 25
3.2.2 Bisogno contesto-dipendente.....	Pag. 26
3.2.3 Soddifacimento dei bisogni.....	Pag. 27
3.2.3.1 Assistiti.....	Pag. 27
3.2.3.2 Infermieri.....	Pag. 28
3.2.3.3 Confronto assistiti-infermieri.....	Pag. 29
3.2.3.4 Confronto infermiere-infermiere.....	Pag. 30
Capitolo 4: Discussione e conclusioni	Pag. 31
Bibliografia e sitografia	Pag. I

RIASSUNTO

Si definisce bisogno la mancanza di qualcosa, intesa in senso assoluto oppure legato ad un complemento di specificazione. Nella seconda ipotesi viene identificata con precisione la cosa che manca e dalla quale dipende il conseguimento di uno stato di benessere.

L'obiettivo del presente studio è indagare la percezione del bisogno degli assistiti tramite le loro testimonianze e quelle degli infermieri che di questi ultimi si prendono cura.

Il bisogno, infatti, è materia d'interesse sia per l'assistito, il quale è esperto del bisogno per esperienza, sia per l'infermiere, il quale è esperto del bisogno per conoscenza.

La ricerca condotta è di tipo qualitativo, realizzata mediante interviste semi-strutturate rivolte ad un campione di convenienza di 35 assistiti ricoverati nell'Unità Operativa (UO) di Oncologia dell'Azienda ULSS 9 di Treviso e di 10 infermieri della stessa UO.

Le testimonianze sono state analizzate, principalmente, secondo la tassonomia di Virginia Henderson.

E' emerso che, tra gli assistiti, i bisogni più frequentemente segnalati riguardano il movimento e il mantenimento delle posizioni adatte, sottoporsi a terapia, tornare in salute e guarire, alimentarsi e bere in modo adeguato, ricevere visite e stare in compagnia, nonché disporre di un supporto psicologico.

Tra gli infermieri, invece, è emerso che i bisogni più significativi ai quali rispondere riguardano: avere un supporto psicologico, controllare il dolore e i sintomi legati e alla terapia e alla malattia, sottoporsi alla terapia, tornare in salute e guarire, il movimento e il mantenimento delle posizioni adatte, tornare a casa e stare con la propria famiglia, disporre di informazioni.

Confrontando i risultati emersi dalle testimonianze di assistiti e infermieri si osserva che questi ultimi individuano variabilmente un numero inferiore o superiore di bisogni rispetto agli assistiti.

In virtù della comprovata relazione per gli assistiti tra i bisogni percepiti e la qualità di vita, sarebbe auspicabile curare l'identificazione dei bisogni dell'assistito e creare i presupposti per il loro soddisfacimento.

INTRODUZIONE

L'infermiere è per etimologia colui che si occupa dell'*infirmus*. *Infirmus* è un attributo che indica lo stato di malattia, con riferimento alla più ampia sfera della salute. *Infirmus* viene utilizzato come aggettivo sostantivato che sottintende il sostantivo “uomo”, concetto che dà sostanza all'espressione. Dall'etimologia emergono diverse considerazioni: l'ambito in cui opera l'infermiere è quello della salute; l'uomo è colui che giustifica e calibra le azioni dell'infermiere.

L'uomo è un'entità complessa quando viene considerato obiettivo di lavoro, in quanto è una persona, dotata di corpo, pensiero, esperienze, valori, cultura, sentimenti, storia personale, i quali rendono ciascun individuo diverso dall'altro. Le molteplici componenti dell'uomo sono legate a dei bisogni da soddisfare per mantenere l'omeostasi dell'individuo. L'infermiere, quindi, ha il compito di occuparsi dei bisogni dell'uomo, al fine di garantire l'equilibrio del sistema e, dunque, assicurare la salute: deve saper individuare i bisogni, tenerne conto quando agisce, fornire loro una risposta in maniera diretta oppure segnalandoli all'esperto più competente.

Sapersi occupare dei bisogni dell'uomo è uno degli obiettivi formativi nel percorso di studi universitario per accedere alla professione infermieristica, percorso in cui vengono forniti a riguardo conoscenze teoriche, modelli funzionali, scale di valutazione, parametri ai quali riferirsi, istruzione su interventi da erogare. Tutto ciò costituisce un insieme di strumenti che permette al professionista di: avere una chiave di lettura particolare della realtà dell'assistito; riconoscere i bisogni dell'uomo; saperli classificare, assegnando loro diversi gradi di priorità; avere un modello standard di riferimento per orientare le risposte da fornire ai bisogni individuati. L'infermiere, quindi, al termine della formazione, è l'esperto per conoscenza dei bisogni dell'uomo. Tuttavia non si può dimenticare che egli si rapporta con gli assistiti, che sono persone e che hanno, per esperienza in prima persona, una percezione e un ordine di priorità dei propri bisogni. La persona assistita, dunque, è l'esperto per esperienza dei bisogni di sé stesso.

La conseguenza è che, nella gestione dei bisogni, si possono avere due esperti che guardano ad una medesima questione da punti di vista diversi. Così sorge spontaneo chiedersi se la percezione del bisogno può essere per entrambi gli autorevoli esperti la medesima, in contenuti e ordine di priorità, nonostante provenga da prospettive diverse, o, altrimenti, in che termini essa diverga.

La presente tesi ha come obiettivo quello di indagare, mediante una ricerca qualitativa condotta parallelamente in un campione di persone ricoverate e in un campione di infermieri presso l'Unità Operativa di Oncologia dell'Azienda ULSS di Treviso, la percezione dei bisogni da parte delle persone assistite e la percezione degli stessi da parte degli infermieri di quelle stesse persone assistite.

Si è deciso di svolgere l'indagine in un contesto oncologico per diversi motivi.

Innanzitutto, la degenza permette tempi e spazi per rilevare ed esprimere un numero considerevole di bisogni. Il singolo ricovero in Oncologia può avere una durata variabile di giorni in base al motivo di ingresso, al tipo di terapia e alle condizioni dell'assistito.

In genere, si osserva una serie di ricoveri cadenzati secondo lo schema della chemioterapia in atto, serie distribuita di solito nell'arco di mesi, che permette l'instaurarsi di un legame di conoscenza relativamente profondo tra personale e utenza, nonché di osservare l'evoluzione delle condizioni degli assistiti e il mutare delle loro esigenze. Bisogna, inoltre, considerare che la patologia oncologica ha un alto impatto sulla vita di una persona, dal punto di vista fisico, psicologico, sociale, lavorativo, relazionale, solo per citarne alcuni, dunque può far insorgere bisogni molteplici, molto variegati tra loro, diversi da persona a persona.

L'Unità Operativa di Oncologia, inoltre, si occupa di persone con patologia oncologica solida di diverse tipologie, a differenti stadi, con diversi obiettivi terapeutici e aspettative. Questa eterogeneità di utenza prospetta una gamma di bisogni molto diversificata e una concezione di priorità molto soggettiva.

Interrogarsi sulla percezione dei bisogni da parte di assistiti e infermieri in ambito oncologico è parso interessante, in quanto la letteratura indica come frequente una discrepanza di bisogni identificati e di ordine di priorità tra le due categorie. Non sono mancati, del resto, nemmeno all'autrice riscontri pratici di questa indicazione durante il tirocinio.

CAPITOLO 1

QUADRO TEORICO

1.1 Concetto di bisogno

Si definisce bisogno la mancanza di qualcosa, intesa in senso assoluto oppure legato ad un complemento di specificazione. Nella seconda ipotesi viene identificata con precisione la cosa che manca e dalla quale dipende il conseguimento di uno stato di benessere¹.

Il filosofo e psicologo Piaget definisce il bisogno come una “manifestazione di squilibrio”, percepita quando “qualcosa al di fuori di noi e dentro di noi, una nostra struttura fisica o mentale, si è modificato”².

Partendo dai suddetti presupposti si può ben capire come la soddisfazione dei bisogni sia rilevante per il raggiungimento di uno stato di benessere e di equilibrio.

Altra osservazione interessante è come il bisogno non sia necessariamente legato alla materialità e alla fisicità, ma possa riguardare anche la struttura mentale, l'ambito psicologico e sociale. Ne consegue che le risposte per soddisfare il bisogno possono essere le più varie, considerata l'eterogeneità della natura dei bisogni.

1.2 Tassonomia dei bisogni

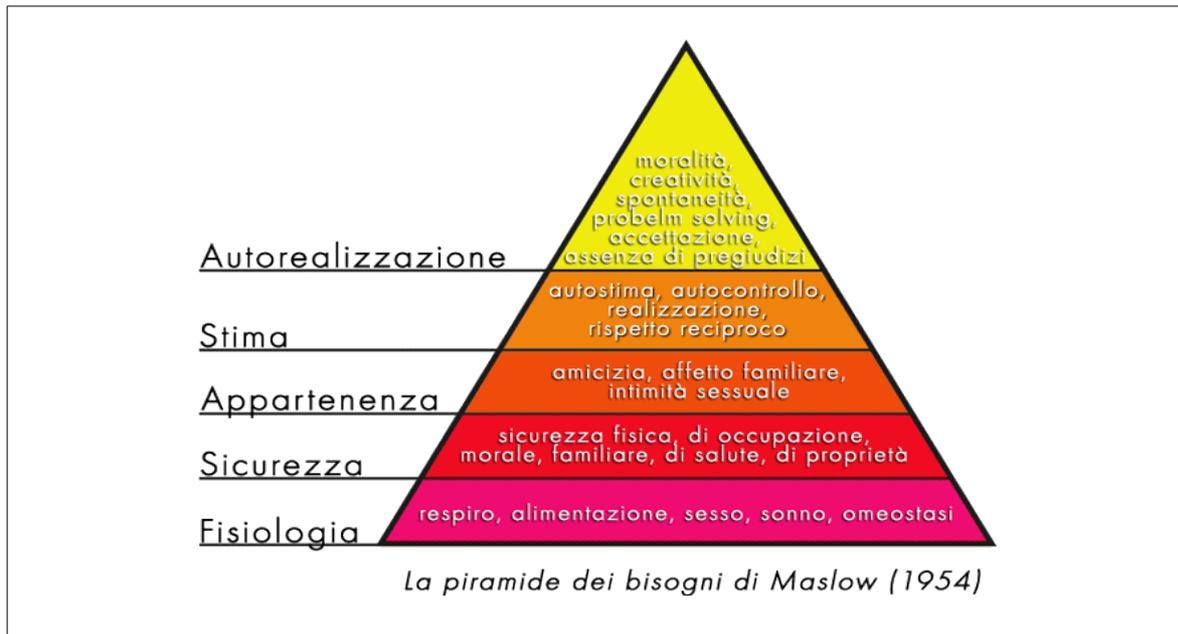
I bisogni sono stato oggetto di studio da parte di molti autori in svariati campi.

Uno degli studi più interessanti e approfonditi al riguardo è stato condotto dallo psicologo Abraham Maslow, il quale nel 1954 pubblicò una teoria della motivazione detta olistica-dinamica^{3 4}, che sostiene l'esistenza di una gerarchia dei bisogni, i quali vengono suddivisi in categorie, rappresentate in un'ideale piramide (Tabella 1). Le categorie individuate sono:

- 1) *the physiological needs* (i bisogni fisiologici);
- 2) *the safety needs* (i bisogni di sicurezza);
- 3) *the belongingness and love needs* (i bisogni di appartenenza e di affetto);
- 4) *the esteem needs* (i bisogni di stima);
- 5) *the need for self-actualization* (i bisogni di autorealizzazione).

Per lo studioso esistono bisogni più bassi e bisogni più alti, che vengono posti nella piramide rispettivamente alla base e al vertice. La realizzazione dell'individuo si ottiene tramite il soddisfacimento ordinato delle varie categorie di bisogni: per soddisfare i bisogni più alti è prima necessario soddisfare i bisogni più bassi.

Tabella 1: Gerarchia dei bisogni secondo Abraham Maslow (1954)



1.3 I bisogni nella teoria del nursing

In ambito infermieristico il concetto di bisogno è stato ritenuto fondamentale per definire la figura dell'infermiere da alcune teoriche del nursing, nello specifico Virginia Henderson, Dorothea Orem e Marisa Cantarelli. Queste teoriche vengono, appunto, definite come esponenti della “scuola di pensiero del bisogno”. Tali autrici sostengono un'immagine dell'infermiere che risponde ai bisogni dell'assistito e in questa immagine trovano la ragione d'essere del professionista e il suo preciso campo di azione.

Henderson affermò⁵ che l'infermiere ha il compito di assistere la persona sana o malata al fine di aiutarla a compiere tutti quegli atti che permettono il mantenimento della salute o la guarigione o la preparazione ad una morte serena. Elencò 14 bisogni comuni a tutti i malati cui provvede l'infermiere (Tabella 2).

Rispetto ai suddetti bisogni definì il ruolo e il campo di azione dell'infermiere, il quale a suo avviso deve agire come sostituto, come aiutante o come partner dell'assistito, a seconda della situazione e del grado di autonomia della persona, con il fine ultimo di aumentarne o mantenerne il grado di autonomia.

Tabella 2: Bisogni secondo Virginia Henderson (1960)

- 1) respirare normalmente;
- 2) alimentarsi e bere in modo adeguato;
- 3) eliminare da tutte le vie emuntorie;
- 4) muoversi e mantenere le posizioni adatte;
- 5) dormire e riposare;
- 6) scegliere il vestiario adatto;
- 7) mantenere la temperatura corporea entro la norma mediante gli indumenti o intervenendo sull'ambiente;
- 8) mantenere l'igiene personale e proteggere i tegumenti;
- 9) evitare i pericoli dell'ambiente e di danneggiare gli altri;
- 10) comunicare con gli altri esternando emozioni, bisogni, timori o opinioni;
- 11) praticare la propria religione;
- 12) dedicarsi a qualche occupazione o lavoro che procuri soddisfazione;
- 13) giocare o partecipare ad attività ricreative;
- 14) imparare, scoprire, soddisfare la curiosità che porta al normale sviluppo della personalità e alla salute.

Orem⁶ nel 1958 elaborò la *Self Care Deficit Nursing Theory*, teoria generale che spiega come il requisito necessario per l'esistenza dell'assistenza infermieristica sia la presenza di un deficit nel self care da parte dell'assistito. L'assistito viene pensato come una persona normalmente in grado di prendersi cura di sé stesso agendo sull'ambiente che lo circonda e sui fattori che influenzano la vita, il salute e il benessere, in base a diverse tipologie di requisiti. Nell'eventualità la persona non sia più in grado di attuare l'autoassistenza, deve entrare in azione l'infermiere per ripristinare l'autonomia dell'assistito e per compensare l'attuale mancanza di autocura. Nella teoria vengono spiegati nel dettaglio anche i sistemi di nursing, ossia le modalità di intervento dell'infermiere in base alle condizioni dell'assistito e alla situazione particolare.

Cantarelli⁷ propose una lettura della figura infermieristica decisiva per la professionalizzazione, investendo l'infermiere di completa responsabilità e autonomia nel riconoscimento dei bisogni e nel progettare, attuare e verificare le risposte per essi. Individuò i bisogni dell'assistito che l'infermiere ha il compito di indagare e i livelli dei bisogni determinanti la tipologia di intervento richiesto da parte del professionista. Alla sua visione si ispira la scheda per l'individuazione dei bisogni di assistenza infermieristica (scheda BAI) presente nella cartella infermieristica, facente parte della cartella clinica dell'assistito nel Presidio Ospedaliero dell'Azienda ULSS 9 di Treviso.

1.4 Oncologia in numeri

In Italia si stima che nel 2014⁸ siano stati diagnosticati circa 366.000 nuovi casi di tumore maligno, di cui circa 196.000 (54%) negli uomini e circa 169.000 (46%) nelle donne, senza contare i carcinomi della cute, i quali, per caratteristiche biologiche, cliniche e difficoltà di diagnosi,

vengono conteggiati separatamente. La frequenza con cui vengono diagnosticati i tumori (eccetto i carcinomi della cute) in media è di 7 nuovi casi per anno su 1000 uomini e un po' più di 5 nuovi casi ogni 1000 donne, per un complesso di circa 6 nuovi casi su 1000 persone. Il rischio cumulativo di ammalarsi di tumore nel corso della vita di un individuo si stima sia 1:2 per gli uomini e di 1:3 per le donne. I tumori più frequenti per la popolazione maschile sono: prostata (20%), polmone (15%), colon-retto (14%), vescica (10%), stomaco (5%). I tumori più frequenti per la popolazione femminile sono: mammella (29%), colon-retto (13%), polmone (6%), tiroide (5%), corpo dell'utero (5%). Si stima che in Italia i tumori siano la seconda causa di morte dopo le malattie cardio-circolatorie. Tra i tumori le tipologie big killer sono il tumore del polmone tra gli uomini (27% di tutti i decessi oncologici) e il tumore della mammella tra le donne (17%), seguiti dai tumori del colon-retto (10% tra gli uomini e 12% tra le donne) e dal tumore della prostata tra gli uomini (8%) e del polmone tra le donne (11%). Il rischio cumulativo di morire per tumore nel corso della vita è stato stimato di 1:3 per gli uomini e di 1:6 per le donne.

In Veneto nel 2012⁹ si stima siano stati diagnosticati 31.568 nuovi casi di tumore maligno (eccetto i tumori della cute non melanomi), dei quali 17.576 negli uomini e 13.992 nelle donne. Tra la popolazione maschile i tumori più frequenti sono alla prostata (3.714 casi), al polmone (2.633 casi), al colon-retto (2.402 casi), alla vescica (1.473 casi) e linfomi e leucemie (1.097 casi). Tra la popolazione femminile i tumori più frequenti sono alla mammella (4.425 casi), al colon-retto (1.839 casi), al polmone (884 casi), linfomi e leucemie (873 casi) e all'utero (824 casi).

Studiando l'intervallo di tempo 2002-2006¹⁰ si è stimato che in Veneto il rischio di ammalarsi di tumore nel corso della vita per un individuo sia del 54,7% per gli uomini e del 36,7% per le donne, mentre il rischio di morire per patologia neoplastica nel corso della vita per un individuo sia del 32,7% per gli uomini e del 17,5% per le donne.

Si stima che in Veneto nel 2014¹¹ siano stati diagnosticati: 3.073 nuovi casi di tumore al polmone, con un numero di decessi legati a tale patologia pari a 2.423; 5.157 nuovi casi di tumori al colon-retto, con un numero di decessi legati a tale patologia pari a 1.636; 994 nuovi casi di tumore allo stomaco, con un numero di decessi legati a tale patologia pari a 624; 3.976 nuovi casi di tumore alla mammella, con un numero di decessi legati a tale patologia pari a 852; 113 nuovi casi di tumore alla cervice uterina, con un numero di decessi legati a tale patologia pari a 43; 3.990 nuovi casi di tumore alla prostata, con un numero di decessi legati a tale patologia pari a 591.

Nella ASL 9 i nuovi casi di tumori per l'anno 2012¹² sono stati stimati 2.475. Sono stati stimati 328 nuovi casi di tumore al colon-retto, 261 nuovi casi di tumore al polmone, 131 nuovi casi di tumore alla vescica, 106 nuovi casi di tumore allo stomaco, 324 nuovi casi di tumore alla prostata, 350 nuovi casi di tumore alla mammella, 67 nuovi casi di tumore all'utero.

1.5 La persona con patologia oncologica

Dietro i numeri delle statistiche, naturalmente, ci sono però singoli individui, ognuno dei quali con proprie caratteristiche e propria storia, ma accomunati dalla stessa patologia, il cancro. In virtù di questo fattore comune la scienza infermieristica ha cercato di delineare un profilo standard dell'assistito con patologia oncologica, al fine di poter ottimizzare il lavoro e di potersi concentrare sugli aspetti fondamentali e peculiari determinati da questa condizione clinica. Dalla letteratura¹³ emerge il ritratto di una persona con un percorso di diagnosi e cura complesso e spesso lungo, con il contributo di molte professioni. Il cancro è una patologia che può colpire tutte le fasce di età e persone con stili di vita molto diversificati tra loro, sebbene il cancro abbia una maggiore incidenza nelle persone con più di 65 anni e sebbene siano stati identificati alcuni agenti e fattori coinvolti nel processo eziologico.

Agli accertamenti clinici specifici si può arrivare tramite programmi di screening, esami di routine, visita del medico curante per sintomi e disturbi riscontrati dall'assistito, percorsi di diagnosi e cura intrapresi in precedenza per altri motivi di salute. Una volta eseguiti gli esami specifici, si può avere la conferma o meno della diagnosi di tumore e si può procedere ad uno studio mirato sulla patologia per stadiazione e gradazione. Lo studio mirato permette di capire quanto avanzata sia la malattia, se il tumore si sia diffuso in altri siti corporei diversi dalla sede iniziale, quali siano le caratteristiche, quale percorso terapeutico sia più adatto. I percorsi post-diagnosi per la patologia tumorale sono vari, spesso combinati tra loro: chirurgia, radioterapia, chemioterapia, trapianto di midollo osseo, ipertermia, terapie target, terapia fotodinamica. Essi vengono proposti all'assistito dal medico di competenza in base alle caratteristiche del tumore e alla situazione generale della persona. I trattamenti possono avere diversi obiettivi terapeutici: la guarigione; la diagnosi, la profilassi, la ricostruzione (per quanto riguarda la chirurgia); la palliazione. A prescindere dal goal terapeutico, i trattamenti comportano delle modifiche radicali nella vita dell'assistito, sono legati ad effetti collaterali importanti distribuiti nell'immediato, breve e lungo periodo, quali: dolore, nausea, vomito, xerostomia, diarrea, stipsi, rash cutanei, neutropenia, anemia, trombocitopenia, flebiti, reazioni locali in caso di stravasamento, danni renali, disturbi del ritmo cardiaco, reazioni anafilattiche, sterilità, mucosite, alopecia, ototossicità, neuropatie periferiche, seconde neoplasie, fibrosi polmonare, cardiotossicità.

I trattamenti vengono distribuiti in un arco di tempo di mesi, a volte anche anni, comportano periodi di degenza, il riadattamento o la sospensione delle normali attività di vita quotidiana e dell'attività lavorativa. Possono comportare importanti modifiche corporee, temporanee in alcuni casi, permanenti in altri, legate ad interventi chirurgici, utilizzo di presidi invasivi, effetti collaterali delle terapie.

L'assistito, dopo essersi sottoposto ai trattamenti, ha di fronte a sé un percorso di follow-up

costituito da controlli ed esami periodici, per controllare l'andamento della malattia e valutare la risposta ai trattamenti eseguiti.

La persona con diagnosi di cancro, oltre agli aspetti fisici, pratici e clinici della patologia, deve confrontarsi anche con gli aspetti psicologici ed emotivi. La diagnosi di tumore è legata allo stigma di morte e sofferenza. Il tumore modifica lo stile di vita della persona, ridefinendo il ruolo lavorativo, sociale, relazionale delle persone. La patologia e gli effetti collaterali della terapia possono limitare l'energia e l'autonomia della persona, modificano l'immagine corporea che la persona ha di sé. La persona può quindi sentirsi scoraggiata, senza speranze di guarigione, impaurita per il percorso che la aspetta e per le prospettive future, arrabbiata per quello che le sta capitando, mortificata per la perdita di autonomia, frustrata per la perdita di controllo sulla propria vita e sul proprio corpo.

1.6 La percezione dei bisogni in ambito oncologico

Diversi studi hanno individuato una relazione importante tra la qualità di vita degli assistiti e la percezione e il soddisfacimento dei bisogni^{14 15}, mettendo in evidenza come i bisogni non soddisfatti siano correlati ad una bassa qualità di vita e ad un distress psicologico.

Saper riconoscere i bisogni è il punto di partenza per cercare e trovare risorse per soddisfarli¹⁵, oltre che essere una specifica competenza dell'infermiere, come si evince dalle teorie di Henderson, Orem e Cantarelli. È stata sottolineata la centralità privilegiata della figura infermieristica nell'instaurare un rapporto profondo con gli assistiti e dunque avere la possibilità di stabilire una comunicazione intima con loro¹⁴. La posizione dell'infermiere gli permette di ottenere un ritratto più accurato e completo di sintomi, bisogni e grado di tossicità della chemioterapia degli assistiti rispetto al ritratto ottenibile dai medici¹⁴.

Uno studio giapponese¹⁴ ha analizzato in un campione di infermieri e di assistiti reclutato all'interno di un'Unità Operativa di Oncologia il riconoscimento da parte degli infermieri dei bisogni assistenziali di supporto e dei sintomi degli assistiti. Ne è emerso che gli infermieri potrebbero non riconoscere molti dei bisogni o dei sintomi degli assistiti nella routine quotidiana, specialmente per quanto riguarda i sintomi psicologici, il bisogno di sostegno morale e i problemi sessuali. Viene chiarito, tuttavia, che non è semplice riconoscere i bisogni assistenziali in ambito oncologico tramite una comunicazione superficiale, per via della loro soggettività legata al singolo individuo.

Uno studio italiano¹⁵ ha approfondito la tematica della percezione del bisogno di assistito, caregiver e operatore sanitario nell'ambito delle cure palliative dal punto di vista degli operatori. Gli operatori hanno indicato come prioritario per gli assistiti bisogni appartenenti alla sfera fisico-funzionale (come per esempio controllare il dolore e i sintomi, riposare, stare in una posizione comoda, curare la pulizia del corpo, mantenere l'autosufficienza motoria), bisogni spirituali (essere trattato con

dignità), bisogni relazionali (come per esempio comunicare in maniera soddisfacente con l'équipe e con i familiari, ricevere sostegno dai familiari, collaborare con l'équipe curante, ricevere rispetto per la propria privacy), bisogni appartenenti alla sfera sociale-organizzativa (ricevere continuità di cure), bisogni emozionali (come per esempio ricevere rassicurazioni, essere valorizzato, affrontare e gestire la paura, avere una buona considerazione di sé, sperare, esprimere emozioni e sentimenti), bisogni culturali (continuare a credere nei valori ritenuti importanti).

Uno studio svedese¹⁶ ha indagato se la sopravvalutazione da parte degli infermieri dei problemi degli assistiti con patologia oncologica fosse rilevante ai fini della soddisfazione dell'assistenza ricevuta dagli assistiti. I risultati dello studio fanno propendere per la tesi che una sopravvalutazione da parte degli infermieri non pregiudichi la soddisfazione per l'assistenza ricevuta. Lo studio sottolinea come sia difficile valutare il grado di soddisfazione degli assistiti poiché essi sono in una posizione di dipendenza assistenziale. Viene, inoltre, evidenziato come la sottovalutazione da parte degli infermieri del livello di depressione degli assistiti porti ad un minor grado di soddisfazione degli stessi nelle cure assistenziali.

Uno studio cinese¹⁷ condotto su di un campione di donne sopravvissute al cancro della mammella ha evidenziato come siano presenti diversi bisogni non soddisfatti, dei quali il più comune è correlato al sistema di informazione sanitaria, considerando la mancanza di continuità delle cure nel Sistema Sanitario pubblico di Hong Kong. Viene caldeggiata la possibilità per gli infermieri di assumere un ruolo più attivo nell'educazione dell'assistito e nel coordinamento delle attività di cura alla fine del trattamento, in aggiunta alla possibilità di continuare a rispondere ai bisogni assistenziali per aiutare le assistite nel momento critico di transizione. E' interessante la considerazione fatta riguardo alla sfera della sessualità, indicata come l'ultimo dei bisogni non corrisposti, non tanto per una reale non percezione, quanto per un retaggio culturale di riserbo, per il quale parlare della sessualità è considerato inappropriato e imbarazzante. Lo studio ha rilevato come avere molteplici bisogni insoddisfatti nelle sfere fisica e psicologica predisponga a percepire una minor qualità di vita.

Uno studio coreano¹⁸ ha approfondito l'atteggiamento degli infermieri nei confronti delle cure assistenziali fornite ad assistiti con patologia oncologica avanzata. Ne è emerso che gli infermieri presi in analisi hanno dichiarato che vi è la necessità di disporre di sistemi integrati nella gestione dei sintomi e del dolore, che nella presa in carico dell'assistito in fase terminale di malattia oncologica dovrebbe essere compreso il supporto psicologico, che è necessario adottare un sistema di comunicazione chiaro per il trattamento dei sintomi e per la questione della riabilitazione. Nello studio viene rilevato come ruolo chiave quello dell'infermiere nel coordinamento della presa in carico e del percorso sanitario dell'assistito.

Uno studio australiano¹⁹ ha analizzato un campione di assistiti con patologia tumorale polmonare

inoperabile all'inizio del trattamento in merito ai bisogni assistenziali insoddisfatti e allo stress. I risultati emersi indicano che le persone con un cancro inoperabile al polmone sperimentano in maniera significativa uno stress psicologico e bisogni assistenziali non soddisfatti, in particolar modo per quanto riguarda la comunicazione in ambito sanitario e la sfera psicologica-emotiva. Lo studio mette in relazione lo stress con tutti i tipi di bisogno assistenziale non soddisfatto.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Scopo dello studio

Il presente studio ha come scopo rilevare la percezione dei bisogni degli assistiti da parte degli stessi e degli infermieri che prestano loro assistenza, per mettere poi a confronto i risultati e analizzare le somiglianze e le differenze, sia per contenuto sia per ordine di priorità. La tesi, inoltre, si pone l'obiettivo di verificare se i bisogni siano dipendenti dal contesto e di indagare quali figure, professionali e non, vengono identificate per rispondere ai bisogni individuati.

Lo spunto per realizzare tale studio è venuto in primo luogo dalla letteratura, ove si sottolinea una frequente discrepanza tra percezione da parte dei sanitari e da parte degli assistiti. In secondo luogo, è stata di stimolo anche l'esperienza di tirocinio svolta dall'autrice presso l'Unità Operativa di Oncologia dell'Azienda ULSS 9 di Treviso, esperienza che ha messo in luce alcune situazioni diversità tra bisogno espresso e rilevato.

2.2 Quesiti dello studio

Per la realizzazione dello studio sono stati posti i seguenti quesiti:

- a) Quali sono i bisogni che gli assistiti con patologia oncologica percepiscono in una situazione di ospedalizzazione durante fasi diverse di malattia?
- b) E' possibile stilare un ordine di priorità rispetto ai bisogni percepiti?
- c) C'è differenza nella percezione del bisogno nel contesto dell'ospedalizzazione e nel contesto del domicilio? (Quesito di studio specifico per i soli assistiti)
- d) I bisogni percepiti vengono soddisfatti nell'ambito di ospedalizzazione? Se sì, da quale figura professionale e/o non professionale?

2.3 Metodologia di indagine

L'indagine è stata realizzata mediante una ricerca di tipo qualitativo sul tema del bisogno percepito da assistiti e infermieri nell'Unità Operativa di Degenza dell'Oncologia dell'Azienda ULSS 9 di Treviso.

Il campione di assistiti è stato reclutato in maniera casuale e di convenienza, con i seguenti criteri di esclusione:

- 1) minore età;
- 2) non comprensione della lingua italiana;
- 3) disorientamento e stato di coscienza compromesso, condizioni definite nella pianificazione assistenziale utilizzata in Unità Operativa mediante la scheda di raccolta dati ed

identificazione dei Bisogni di Assistenza Infermieristica -BAI- alla voce di “*stato di coscienza*” con le variabili “rallentato” o “soporoso” o “coma”; alla voce “*stato psico-emotivo*” con le variabili “disorientato” o “confuso” o “agitato”;

4) mancato consenso a partecipare allo studio e a registrare l'intervista.

Il campione di infermieri è stato reclutato tra l'intero personale infermieristico dell'Unità Operativa di Degenza, con unica condizione quella della dichiarazione di consenso a partecipare allo studio e a registrare l'intervista.

L'indagine è stata realizzata tramite intervista semi-strutturata, sia per il campione di assistiti, sia per il campione di infermieri: quest'ultima modalità ha permesso l'espressione libera e spontanea dei pensieri e dei concetti ritenuti personalmente importanti dell'intervistato, pur partendo da una traccia definita di quesiti per orientare la conversazione sugli aspetti pregnanti dello studio.

L'intervistatrice ha posto alcune domande della traccia, indirizzando l'interlocutore, riprendendo alcune affermazioni da lui fatte per approfondire argomenti interessanti per lo studio e per chiarificare eventuali dubbi. Si è riscontrata una diffusa difficoltà di intendere il concetto di bisogno tra gli assistiti, che ha richiesto molto spesso ulteriori spiegazioni, esempi, ripetizioni con altre parole.

Inizialmente, l'ipotesi di conduzione dello studio prevedeva di organizzare le interviste in maniera tale che per ogni assistito corrispondessero le interviste di 3 diversi infermieri che, nel medesimo turno, gli avessero prestato assistenza e, quindi, avessero ne avessero colto i bisogni. Questo avrebbe consentito una fotografia di una data situazione da 4 punti di vista differenti, in un arco di tempo quasi coincidente tra le varie testimonianze. Successivamente, però, si è constatato che il numero massimo di infermieri per turno era di 2 unità e che non sarebbe stato fattibile organizzare le interviste a cavallo di 2 turni: per tale motivo, si è ritenuto opportuno modificare il rapporto interviste assistito-interviste infermieri nella proporzione 1:2 anziché 1:3.

Le interviste sono state condotte in forma anonima, raccogliendo tuttavia dalla testimonianza diretta dell'assistito e dalla cartella clinica alcuni dati importanti per poter caratterizzare il campione, ed associare, in un secondo tempo, le variabili tra di loro ai fini di possibili associazioni con il tema dello studio.

Per quanto riguarda le interviste agli infermieri, anch'esse si sono svolte nell'anonimato, senza però raccogliere dati sugli intervistati.

Per garantire una maggiore fedeltà alle testimonianze orali, è stato ritenuto opportuno registrare su supporto digitale le interviste e trascriverle successivamente, in modo da disporre di materiale definitivo e stampato sul quale lavorare per estrarre le informazioni utili. Le interviste non compaiono in forma integrale, a garanzia dell'anonimato dei partecipanti allo studio. Le stesse sono state condotte in un luogo separato e riservato, al fine di garantire la privacy e mettere a proprio

agio l'intervistato.

Le modalità di svolgimento dell'indagine sono consistite in:

- 1) accesso all'Unità Operativa a metà pomeriggio, tempistica dettata da esigenze logistiche e organizzative del reparto;
- 2) selezione del campione in base ai criteri sopracitati;
- 3) realizzazione di interviste degli utenti, previo ottenimento del consenso;
- 4) raccolta dati degli assistiti intervistati nella cartella clinica;
- 5) svolgimento di interviste degli infermieri, previo ottenimento del consenso.

Considerata la tipologia qualitativa dello studio, le interviste sono state condotte fino al completa saturazione delle ipotesi di partenza.

La traccia definita di quesiti utilizzata per svolgere le interviste è diversificata per il campione di assistiti e per il campione di infermieri. Di seguito vengono riportate entrambe (Tabella 3 e Tabella 4), assieme agli obiettivi che giustificano l'eziologia dei quesiti.

Durante l'intervista, i quesiti sono stati riformulati con altre parole, senza tuttavia modificarne il senso. I quesiti sono stati modulati in base al singolo contesto e alla persona intervistata, tenendo conto dello sviluppo del discorso. Le risposte degli intervistati, inoltre, hanno dato molte volte occasione di aggiungere altri quesiti per approfondire e chiarire le affermazioni fatte.

Al fine di riportare esempi chiarificatori agli intervistati, e per l'elaborazione delle testimonianze, è stato fatto riferimento ai bisogni enunciati da Virginia Henderson nella propria teoria infermieristica. L'ipotesi iniziale prevedeva di ispirarsi alla gerarchia dei bisogni di Abraham Maslow, in virtù della sua completezza ed esaustività. Tuttavia, procedendo nel lavoro, si è notato che molti dei bisogni descritti da Maslow non erano individuabili nel contesto di ricovero ospedaliero. Quindi, si è optato per l'adozione del modello di Henderson, in quanto i bisogni ivi descritti sono risultati comprensivi dell'uomo in senso olistico e maggiormente aderenti alla realtà di degenza.

Si è deciso di utilizzare la metodologia dell'intervista semi-strutturata, invece di un questionario o di un'intervista strutturata, perché è stato valutato essere lo strumento più utile per dar modo alle persone di esprimere liberamente e completamente le proprie percezioni e di non escludere nessuna risposta a priori perché contemplata da formule fisse di partenza.

Tabella 3: Domande utilizzate come traccia di intervista per gli assistiti

<i>Quesiti:</i>	<i>Obiettivi:</i>
1. Quali sono i bisogni che in questo momento percepisce più importanti?	Conoscere i bisogni percepiti dall'assistito e l'ordine di importanza che egli attribuisce loro
2. In che ordine di priorità classificherebbe questi bisogni?	permette di avere una fotografia del sentire della persona e di capire quali siano le sue priorità.
3. Perché percepisce questi bisogni?	Indagare l'eziologia della percezione e della classifica fornita permette di approfondire le
4. Perché percepisce questi bisogni nell'ordine che Lei ha menzionato?	motivazioni sottostanti e la natura dei bisogni.
5. Rispetto a quando Lei era a domicilio, percepiva gli stessi bisogni?	Chiedere un confronto tra ambiente domiciliare e ambiente ospedaliero permette di ipotizzare
6. Rispetto a quando Lei era a domicilio, percepiva questi bisogni nell'ordine in cui li ha espressi ora?	eventualmente che i bisogni e il loro ordine di priorità siano contesto-dipendenti.
7. Ritiene che i bisogni espressi si possano soddisfare in questo momento?	Interrogarsi sul possibile o meno soddisfacimento dei bisogni in ambiente ospedaliero e su chi potrebbe soddisfare i bisogni aiuta a capire il ruolo
8. Ritiene che i bisogni espressi possano essere soddisfatti dal personale infermieristico o che esso La possa aiutare a soddisfarli?	dell'infermiere e delle altre figure professionali e non presenti in ospedale nel processo di risposta al bisogno e in che modo l'assistito pensa o meno di poter ricevere risposta.

Tabella 4: Domande utilizzate come traccia di intervista per gli infermieri

<i>Quesiti:</i>	<i>Obiettivi:</i>
1. Quali sono i bisogni dell'assistito che in questo momento secondo Lei sono più importanti?	Conoscere i bisogni che l'infermiere attribuisce all'assistito e conoscere l'ordine di priorità che l'infermiere assegna permette di sapere la
2. In che ordine di priorità classifica i bisogni dell'assistito Lei come infermiere?	valutazione assistenziale che il professionista ha fatto e sulla quale poi organizzerà il proprio lavoro e le proprie azioni.
3. Perché percepisce questi bisogni?	Motivare la percezione dei bisogni e la classifica
4. Perché percepisce questi bisogni nell'ordine che Lei ha menzionato?	fornita permette di individuare gli elementi che hanno fatto giungere il professionista ad una data valutazione.
5. Come soddisfa i bisogni rilevati?	Interrogarsi sulla risposta fornita dall'infermiere ai
6. Chi altro oltre all'infermiere potrebbe contribuire al soddisfacimento dei bisogni rilevati?	bisogni individuati permette di comprendere il contributo infermieristico e se il professionista, analizzando la situazione e prendendosi in carico l'assistito a 360°, ritiene necessario l'intervento anche di altre figure professionali e non.

Per quanto riguarda il setting considerato, l'Unità Operativa di Oncologia nella sezione di degenza offre 12 posti letto, con un tasso di degenza media pari a 5,16 giorni. Il tasso di occupazione dei posti letto è dell'82,31%, con una presenza media di 9,47 pazienti/die.

In reparto lavorano 10 infermieri, dei quali 7 a tempo pieno, mentre 3 a *part-time*. Il turno prevede la presenza di: 2 infermieri al mattino dal lunedì alla domenica; 2 infermieri al pomeriggio dal lunedì al venerdì, 1 infermiere al pomeriggio il sabato e la domenica; 1 infermiere di notte dal lunedì alla domenica.

CAPITOLO 3

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

3.1 Presentazione del campione

La ricerca è stata condotta tra giugno e luglio 2015 su di un campione di 35 assistiti e 10 infermieri nell'Unità Operativa di Degenza dell'Oncologia dell'Azienda U.L.S.S. 9 di Treviso, arruolati nella popolazione complessiva di 67 assistiti e nella popolazione complessiva di 10 infermieri. Dal campione arruolato di assistiti sono stati escluse 2 persone perché non rispondenti ai criteri di selezione.

Sono state raccolte 55 interviste, delle quali 35 rivolte ad assistiti e 20 rivolte agli infermieri. Le interviste agli assistiti sono state esclusive, con rapporto 1:1. Le interviste per gli infermieri, invece, sono state, condotte con diverse modalità: dal momento che l'intervista era assistito-dipendente, alcuni operatori sono stati intervistati più volte con riferimento ad assistiti diversi per ogni intervista; altri infermieri, invece, sono stati intervistati una sola volta.

E' stato, inoltre, ritenuto opportuno raccogliere alcune variabili socio-anagrafiche nel campione degli assistiti (Tabella 5), con lo scopo di poter descrivere e caratterizzare la popolazione presa in analisi ed ipotizzare correlazioni rispetto ai risultati.

Tabella 5: Descrizione del campione di assistiti

Variabile	N (%)
Genere: <i>Maschi</i> <i>Femmine</i>	17 (48,57%) 18 (51,43%)
Età: <i>≤ 35</i> <i>36-50</i> <i>51-65</i> <i>≥ 66</i>	1 (2,86%) 6 (17,14%) 8 (22,86%) 20 (57,14%)
Titolo di studio: <i>Licenza elementare</i> <i>Licenza media</i> <i>Diploma di istruzione secondaria superiore</i> <i>Laurea</i>	10 (28,57%) 12 (34,29%) 10 (28,57%) 3 (8,57%)
Occupazione: <i>Senza occupazione</i> <i>Casalinga</i> <i>Lavoro dipendente</i> <i>Libero professionista</i> <i>Agricoltore</i> <i>Pensionato</i>	1 (2,86%) 6 (17,14%) 4 (11,43%) 5 (14,28%) 1 (2,86%) 18 (51,43%)

<i>Segue Tabella 5</i>	
Variabile	N (%)
Supporto familiare: <i>Sì</i> <i>No</i>	34 (97,14%) 1 (2,86%)
Figli: <i>Sì</i> <i>1</i> <i>2</i> <i>3</i> <i>No</i>	31 (88,57%) 7 (20%) 21 (60%) 3 (8,57%) 4 (11,43%)
Numero di ricoveri: <i>1</i> <i>2-4</i> <i>5-7</i> <i>8-10</i> <i>> 10</i>	13 (37,14%) 11 (31,43%) 7 (20%) 3 (8,57%) 1 (2,86%)
Trattamenti ricevuti: <i>Chemioterapia</i> <i>Chemioterapia e chirurgia</i> <i>Chemioterapia e radioterapia</i> <i>Chemioterapia, radioterapia e chirurgia</i>	13 (37,14%) 19 (54,29%) 1 (2,86%) 2 (5,71%)
Tipologia tumore: <i>Polmone</i> <i>Testicolo e ovaio</i> <i>Pancreas</i> <i>Sarcoma</i> <i>Intestino</i> <i>Stomaco</i> <i>Testa-collo</i> <i>Mammella</i> <i>Vescica</i>	11 (31,43%) 3 (8,57%) 2 (5,71%) 4 (11,43%) 3 (8,57%) 6 (17,14%) 3 (8,57%) 1 (2,86%) 2 (5,71%)
Metastasi: <i>Sì</i> <i>No</i>	29 (82,86%) 6 (17,14%)
Interessamento linfonodale: <i>Sì</i> <i>No</i>	28 (80%) 7 (20%)

3.2 Risultati in rapporto ai quesiti

I quesiti utilizzati per l'indagine sono stati i seguenti:

- a) Quali sono i bisogni che gli assistiti con patologia oncologica percepiscono in una situazione di ospedalizzazione durante fasi diverse di malattia?
- b) E' possibile stilare un ordine di priorità rispetto ai bisogni percepiti?
- c) C'è differenza nella percezione del bisogno nel contesto dell'ospedalizzazione e nel contesto del domicilio? (Quesito di studio specifico per i soli assistiti)
- d) I bisogni percepiti vengono soddisfatti nell'ambito di ospedalizzazione? Se sì, da quale figura professionale e/o non professionale?

L'analisi delle testimonianze trascritte ha consentito di aggregare i dati in tre macroaree

significative:

1. *tipologia del bisogno*: in quest'area vengono ricondotti i bisogni dichiarati dagli assistiti e percepiti dagli infermieri, sulla base della teoria di Henderson; vengono, inoltre, individuate la classificazione di priorità da parte degli assistiti e da parte degli infermieri;
2. *bisogno contesto-dipendente*: identifica i bisogni dichiarati dagli assistiti legati al contesto ospedaliero piuttosto che al domicilio;
3. *soddisfacimento dei bisogni*: fa riferimento ai bisogni che possono essere soddisfatti nella degenza o meno e quale il fattore del loro soddisfacimento.

Le macroaree servono per categorizzare ed ordinare i dati utili per l'indagine all'interno delle testimonianze raccolte. Si procede quindi alla presentazione delle macroaree per contenuti specifici.

3.2.1 Tipologia del bisogno

3.2.1.1 Premessa sui bisogni aggiunti

Prima di procedere con la dissertazione su quanto indicato nel titolo del paragrafo, è necessaria una premessa alla rilevazione. L'autrice iniziò il lavoro ipotizzando come strumento di lavoro la classificazione dei bisogni secondo Henderson; tuttavia, man mano che si svolgevano l'interviste, si è resa conto che vi erano alcuni bisogni non compresi nella teoria, ma molto ricorrenti nelle diverse testimonianze. È stato, pertanto, deciso di aggiungere i seguenti item nell'analisi delle trascrizioni e rilevazione dei bisogni:

- 1) supporto psicologico;
- 2) controllare il dolore e i sintomi, legati e alla terapia e alla malattia;
- 3) guarire, salute, fare la terapia, stare bene;
- 4) tornare a casa, stare con la famiglia;
- 5) tornare alla vita normale precedente la malattia;
- 6) essere autosufficiente;
- 7) informazione;
- 8) compagnia;
- 9) assistenza professionale e di qualità.

3.2.1.2 Assistiti

Il bisogno segnalato con maggior frequenza dagli assistiti è stato quello di movimento e mantenimento delle posizioni adatte:

“Dormirìa da 'sta parte qua e no poso butarme parché go la nefro e inveçe deve dormir sempre de qua e mi

jero 'bituata a dormir de qua". "Purtroppo io, da qualche settimana, faccio più fatica a muovermi". "Io c'ho la volta di camminare, di alzarmi, però dalle ginocchia in su non ho, non mi reggono praticamente". "Per la sedia a rotelle sì ho bisogno di qualcuno, perché tra l'altro ho perso anche i muscoli stando sempre a letto" "Io ho dei problemi a muovermi, perché ho dei problemi ai polpacci, dei crampi". "Adesso di recente non cammino più tanto [...] faccio fatica anche ad abbassarmi". "Mi muovo con meno sicurezza". "Non mi muovo mica come facevo a casa". "Mi sola fo fatica a far movimenti". "Ho la sciatica, ho problemi a muovermi".

Molti assistiti percepiscono il bisogno di fare la terapia e quindi di ritornare in salute e di guarire:

"Sono in attesa di poter riprendere la terapia, è quello che mi sta a cuore ora". "Ho bisogno di guarire". "Ho bisogno di fare la chemioterapia per guarire". "Ho bisogno della salute". "Ho bisogno di stare bene". "Ho bisogno del necessario per guarire". "Faccio la chemio perché devo vincere questa bestia". "Mi interessa stare bene". "Ho bisogno di fare la terapia e di tornare dai miei bimbi".

Un quarto degli assistiti segnala il bisogno di alimentarsi e bere in modo adeguato, sia dal punto di vista funzionale, sia dal punto di vista gustativo:

"Mangio poco". "All'ospedale no, non posso mangiare. L'odore dell'ospedale mi fa fastidio". "Il desiderio del cibo. In questo periodo ne ho poco [...] Per ora sento l'odore di questo cibo ed è poco invitante". "Mangiare è una cosa, glielo posso dire sottovoce, terribile". "Faccio difficoltà a deglutire, a mangiare". "Mangio poco anche a casa, perché mi hanno messo su la sacca". "Mangio molto meno, anche perché comunque ho lo stomaco dilaniato". "O Dio, qua non è che abbia tanto appetito [...] a volte non riesco neanche a mangiare, non si può neanche pretendere". "Il mangiare secondo me ha qualche problema". "Mi manca lo stimolo, è l'ambiente [...] forse xe i farmaci, tu non riesci a mangiare, a me fa schifo tutto".

Diversi assistiti segnalano il bisogno di avere visite e di stare in compagnia:

"Ho sicuramente bisogno di compagnia". "Ho bisogno di persone serie al mio fianco, persone positive". "Ho tanto piacere di vedere le visite". "Vorrei ricevere visite anche dai miei amici". "Le visite sono sempre gradite".

Un discreto numero di persone dichiara di avere bisogno di un supporto psicologico:

"Io sentirei tanto il bisogno di un supporto psicologico". "Bisogno di aiuto per il morale". "Avrei bisogno di più umanità". "Ho bisogno di tanta forza mia interna e di una mente pulita". "Essere rassicurato e seguito per le cose che mi spaventano della terapia e della malattia è importante". "Ho bisogno di tanta serenità".

Diversi assistiti dichiarano un bisogno relativo al dormire e riposare:

"Dormirìa da 'sta parte qua e no poso butarme". "Avrei bisogno di dormire un po' di più". "Non riesco a dormire come dormivo a casa [...] un po' sicuramente è la terapia che influisce e quindi mi sveglio". "Qua in ospedale non riesco tanto a dormire, perché ero abituata al mio letto, mi giro e qua ho sempre paura di cadere". "Soffro un po' di insonnia".

Alcuni assistiti dichiarano il bisogno di eliminare da tutte le vie emuntorie:

"Io, purtroppo ho l'intestino che in questi giorni a causa di questa mia malattia è proprio tutto cambiato,

non riesco ad evacuare bene". *"No son gnanca bona de 'ndar"*. *"Da quando ho cominciato a fare le terapie sono diventata stitica"*.

Qualche assistito dichiara di aver bisogno di respirare normalmente:

"Ho la tosse, una tosse convulsa che non lascia". *"Sento il bisogno di respirare meglio"*. *"Faccio fatica a respirare"*.

Ci sono delle segnalazioni per il bisogno di comunicare con gli altri, esternando emozioni, bisogni, timori o opinioni:

"L'aiutino delle parole sane, parole giuste, parole che indirizzano la famiglia e l'ammalato a fare un percorso affiancato". *"Ci sono delle volte in cui avrei bisogno di essere seguito, di fare due parole con qualcuno"*. *"Bisogna anche solo di un consiglio, di una parola, di una battuta"*.

Alcuni assistiti percepiscono il bisogno di tornare a casa e stare con la famiglia:

"Ho bisogno di andare a casa". *"Ho bisogno della mia famiglia [...] sono un anno e sei mesi che non la vedo"*. *"Ho bisogno di fare la terapia e di tornare dai miei bimbi"*.

Viene percepito da alcune persone il bisogno di ricevere un'assistenza professionale e di qualità:

"A me interessa che la prestazione sia professionale e corrispondente alle mie esigenze". *"Ho bisogno di ricevere un certo tipo di assistenza. L'assistenza di qualità al primo posto"*. *"L'attenzione degli addetti ai lavori. [...] Io sono una persona, non un numero. Desidero essere trattato come una persona, senza compassione, come una persona che ha questa malattia, che si può curare o non si può curare. Alt"*.

Sono stati percepiti poi da uno o due assistiti anche i bisogni di: mantenere l'igiene personale e proteggere i tegumenti (*"Per lavarme i me dà una mano parché go la possibilità che i vien jutarme"*, *"Fin che son qua mi faccio aiutare a lavarmi [...] soprattutto per la schiena"*); controllare il dolore e i sintomi, legati e alla terapia e alla malattia (*"Soffro veramente, dolori tremendi, lancinanti"*); tornare alla vita precedente la malattia (*"Sento di aver bisogno di tornare alla vita normale, che facevo prima"*, *"Il bisogno di tornare alla mia vita normale e alle cose di tutti i giorni [...] nel senso delle forze, nel senso di uscire, andare in negozio a comprarmi un paio di scarpe, fare la spesa"*); essere autosufficiente (*"Al primo posto per me c'è essere autosufficiente e dare un aiuto anche alla mia famiglia"*, *"L'unico problema è quello naturalmente di non riuscire a muovermi da sola, di non riuscire a farmi le mie cose"*); informazioni (*"Ho bisogno di capire perfettamente quello che mi dicono a volte i dottori"*).

3.2.1.3 Ordine di priorità secondo gli assistiti

La maggior parte degli assistiti non ha fornito un ordine di priorità dei bisogni dichiarati: in alcuni casi il bisogno è solo uno, pertanto non è possibile stilare una classifica. In altri casi l'assistito non è in grado di stabilire delle priorità (*"Tra le due cose è più importante per Lei in questo momento mangiare o stare in compagnia? Tute e do anca"*); in altri casi ancora, pur essendo stata posta la domanda al riguardo, non c'è stata risposta. C'è stato un solo assistito che ha ordinato i propri bisogni per priorità (*"Capire di preciso che cosa mi dice il medico. E poi tornare a casa"*).

3.2.1.4 Infermieri

Il bisogno più di frequente rilevato dagli infermieri per gli assistiti è il bisogno di un supporto psicologico, segnalato da tutti gli infermieri per la maggior parte degli assistiti:

“Ha bisogno di essere assicurato”. “Ha bisogno per il morale”. “Con il morale adesso inizia a stancarsi, questi ricoveri lunghissimi lo logorano”. “In questo caso c'è una grossa componente psicologica”. “La signora avrebbe bisogno di essere tranquillizzata che la terapia funzionerà”. “Lo vedo preoccupato e angosciato”. “Il bisogno di essere assicurati, ti chiede sempre centomila volte le pastiglie che dai”. “Ha bisogno di una certezza di quello che potrebbe essere il suo iter di guarigione”. “Ha bisogno di un supporto psicologico”. “Ha bisogno di supporto psicologico per metabolizzare la sua situazione”. “Non ha strumenti per agire sulla paura e sull'ansia, sulla difficoltà di relazionarsi”. “Bisogno di gestione dell'ansia e della preoccupazione del suo vissuto di malattia”. “Ha bisogno di essere aiutata a superare questo momento difficile per lei [...] si sente molto giù di tono, mi ha detto che vede tutto nero”. “Bisogno psicologico per un accompagnamento al fine vita”. “Lui continua a chiederti continue assicurazioni”. “E' preoccupato della situazione”. “Lo vedo abbastanza abbacchiato”. “Bisogna starle vicino perché deve affrontare una realtà diversa da un mese fa”. “La malattia le è caduta addosso e lei non era in grado di affrontarla soprattutto psicologicamente”. “Ha bisogno di essere accolto”.

Molto sentito è il bisogno di controllare il dolore e i sintomi, legati alla terapia e alla malattia:

“Io metto al primo posto in questo momento la sua patologia, nel senso che lei vomita”. “C'è bisogno di osservazione e attenzione rispetto alla patologia, perché è uno che veramente può farti qualsiasi cosa in qualsiasi momento”. “Bisogno di non vomitare più”. “Questo paziente presenta un'astenia e una stanchezza al punto da non riuscire a camminare”. “Non avere questa debolezza che le dà la chemio”. “E' molto debilitato”. “Ci deve essere un controllo del dolore”. “La gestione del dolore in primis”. “Bisogno di controllare la nausea”. “Ha avuto tutti gli effetti collaterali del Cetuximab”. “Il discorso della neutropenia”. “Il discorso della febbre”. “E' entrata per una leucopenia importante”. “E' piastrinopenico”. “Bisogna sempre fargli sacche di sangue, perché è anemico, ha una grande astenia da farmaci”.

Per più della metà degli assistiti, gli infermieri rilevano il bisogno di sottoporsi a terapia specifica, farmacologica e/o radiante:

“Adesso ha iniziato a portare a termine una chemioterapia”. “E' entrato per fare la terapia e la sta facendo”. “Ha bisogno della certezza di poter continuare le cure”. “Il suo bisogno primario è: <<ho recuperato, ho bisogno di fare la terapia>>”. “Tutto sommato è proprio importante sistemare questo cuore”. “Il supporto medico-oncologico ci sta, ma finalizzato al momento, non ad un ricovero così lungo”. “Il suo interesse, per lo meno quello che ci diceva, è di stare vicino ai figli e ai nipoti, quindi qua se possibile curarsi”. “E' una signora giovanissima, quindi sicuramente ha bisogno di star bene, di guarire e di venirne fuori”. “Presumo sia venuto qua per fare la terapia”. “Penso che lei abbia bisogno di star bene e di riuscire a fare la terapia”. “Presumo abbia bisogno di concludere la sua terapia”.

Diversi infermieri rilevano il bisogno di movimento e mantenere le posizioni adatte:

“Lei è una di quelle che va stimolata ad alzarsi, a muoversi”. “Fa fatica anche solo a camminare avanti e

indietro". "Il suo bisogno principale è quello di potersi muovere". "La postura a letto". "Va aiutata nei bisogni per esempio alzarsi dal letto, perché ha comunque un'anca su cui non può caricare". "Aiuto alla persona sicuramente nella gestione dei movimenti". "Lui ha un problema rispetto alla mobilizzazione perché posta un busto". "La mobilizzazione, perché lei ha metastasi ossee a livello lombare". "Lei deve viaggiare in carrozzina e non cammina. Di conseguenza la mobilità e l'autonomia ci perdono". "Lui si muove poco, è abbastanza fermo a letto, forse per il discorso che si affatica facilmente". "Per muoversi vedo che fa tanta fatica a scendere dal letto". "E' allettata". "Adesso si trova in carrozzina, non riesce a spostarsi, né tantomeno a deambulare da sola".

Viene segnalato con una certa frequenza il bisogno di tornare a casa e stare con la famiglia:

"Lei ha bisogno di tornare a casa sua". "Ha voglia di tornare a casa". "Ha bisogno di andare a casa". "Ha bisogno di stare a casa sua". "Ha bisogno di avere vicini i parenti nell'ultimo periodo di vita secondo me". "La signora ha piacere di stare in famiglia e di stare ricoverata il meno possibile". "Il suo interesse, per lo meno per quello che mi diceva, è di stare vicino ai figli e ai nipoti".

Altrettanto sentito è il bisogno di informazioni:

"Bisogno di essere assistito rispetto al verificare se è informata sulle procedure della gestione della nutrizione enterale". "Necessita di ulteriori informazioni rispetto alla gestione della PEG". "Informazioni rispetto alla chemioterapia". "Il bisogno di informazioni". "Informazioni rispetto alla mobilizzazione". "Chiede molte informazioni". "Un bisogno di avere delle informazioni rispetto alla terapia, agli effetti collaterali". "Lui è al primo ricovero. [...] Secondo me quello di cui ha bisogno è informazione.". "Lui è una persona che affronta bene, che vuol conoscere e che vuol sapere".

Viene rilevato diverse volte il bisogno di alimentarsi e bere in modo adeguato:

"Ha la nutrizione parenterale". "Mangiare adeguatamente". "Ha bisogno della nutrizione, perché ha perso tanti chili e quindi deve riprendersi proprio a livello fisico". "Ha bisogno di una corretta alimentazione, che non fa qua dentro [...] perché non gli piace il mangiare che c'è in ospedale, ma è un non piacere legato anche al fatto che sta facendo chemioterapia". "Lui ha bisogno di un supporto nutrizionale". "Al primo posto va sicuramente il tornare ad alimentarsi, più che mai per lui potrebbe essere un obiettivo importante da raggiungere [...] non mangiare la bistecca, per intendersi, ma magari mangiare il frullato di bistecca, avere il gusto di mangiare la bistecca. Migliorare le qualità di vita, sì, perché se tu ti senti appagato da quel po' che hai mangiato, ti senti una persona felice". "Penso che il suo bisogno principale sia quello di mangiare come prima, di poter introdurre alimenti, di sentire il gusto, di assaporare le caratteristiche, cosa che adesso non può fare [...] fa fatica anche a deglutire". "Non si alimenta a sufficienza per bocca, infatti ha anche la nutrizione parenterale". "Ha una problematica nella deglutizione".

Alcune segnalazioni sono fatte per il bisogno di respirare normalmente:

"Bisogno dell'ossigeno". "Ela xe legata all'ossigeno, purtroppo". "E' un soggetto che ha avuto l'ossigenoterapia qua da noi". "Lei ha difficoltà respiratorie per la patologia di base". "Non usa ancora l'ossigeno, però è tanto affaticato negli spostamenti".

Qualcuno rileva il bisogno di eliminare da tutte le vie emuntorie:

"Il bisogno di riuscire a scaricare". "Ha la necessità di un controllo sull'evacuazione". "Deve assumere gli

oli perché ha il problema della stipsi e le servono per andare di corpo”. “Non riesce ad andare di corpo”. “Non riesce a scaricare”.

Alcune testimonianze si esprimono per il bisogno di comunicare con gli altri, esternando emozioni, necessità, timori o opinioni:

“Bisogna parlargli, dirgli tutto quello che facciamo”. “Ha tanto tanto bisogno di essere ascoltato”. “E' una persona che va stimolata nel tirare fuori il bisogno, nel comunicare il bisogno”. “La ascoltiamo per il bisogno di esternare la sua preoccupazione”. “Con il fatto che lui non riesce a parlare, devi comunque avvicinarti molto, avere una forma di ascolto diverso, o stai molto attenta e vicina quando parla o non capisci niente. [...] [Al primo posto metterei] la comunicazione, perché ovviamente se non riesci ad ascoltarlo, non riesci nemmeno a capire se ha qualcosa da dirti, da segnalarti”.

Alcuni infermieri rilevano il bisogno di essere autosufficiente e autonomo:

“Bisogno di essere autonoma”. “Ritrovare l'autonomia almeno in casa”. “Essendo un paziente giovane, ha bisogno di ritrovare la sua autonomia”. “Lei secondo me ha bisogno di autonomia”.

Ci alcune segnalazioni per il bisogno di mantenere l'igiene della persona e proteggere i tegumenti:

“Per lei è importante fare l'igiene a letto”. “Lavarsi e vestirsi sono bisogni ampiamente soddisfatti dalla moglie”. “Nelle attività del mattino, per esempio l'igiene, questo signore va aiutato”.

Un paio di infermieri rilevano il bisogno di tornare alla vita precedente la malattia:

“Ha bisogno di sentirsi importante, come un rimando alla sua vita normale”. “Mi è sembrato che il bisogno fosse quello di essere operativa il prima possibile per poter essere d'aiuto a casa”.

3.2.1.5 Ordine di priorità secondo gli infermieri

Non tutti gli infermieri si esprimono sullo stilare o meno un ordine di priorità nei bisogni percepiti per gli assistiti: in alcuni casi viene rilevato un unico bisogno, pertanto non è possibile stilare una classifica; in alcuni casi non è stata data una risposta alla domanda posta.

Tuttavia, in circa la metà delle testimonianze, l'infermiere risponde al quesito sull'ordine dei bisogni per priorità. Per la buona parte dei casi, l'infermiere afferma che è possibile dare un ordine di priorità, in alcuni casi individuando solo il bisogno da mettere al primo posto (“*Se tu mi chiedi di darti una priorità, io ti dico sicuramente l'osservazione e l'attenzione rispetto alla patologia*”, “*Sicuramente al primo posto va il tornare ad alimentarsi*”, “*L'ansia è proprio la prima componente*”), in molti altri fornendo un vero e proprio ordine dei bisogni (“*Da infermiera in questo momento io metto al primo posto la sua patologia [...] e poi è da stimolare a muoversi*”, “*Beh chiaramente al primo posto andar a casa respirando nell'immediato [...] e poi nel lungo periodo chiaramente stare meglio, non avere questa debolezza che le dà la chemio, guarire*”, “*La rassicurazione sicuramente innanzitutto, perché se recupera, recupera anche dal punto di vista di affaticamento. Se recupera fiducia in sé stesso, recupera anche fiducia nel fatto di riuscire a muoversi*”, “*Secondo me la gestione del dolore in primis, poi l'informazione sulla chemioterapia, allo stesso livello, ma comunque insomma per terzo metterei la gestione dell'ansia e della preoccupazione del suo vissuto di malattia, e il quarto è il bisogno della mobilitazione*”, “*La priorità è*

questo senso di emozioni negative che lei porta dentro di sé e poi, in secondo luogo, il dolore”, “Al primo posto direi il fatto che è preoccupato della situazione, [...] poi metterei l'affaticamento e dopo forse il discorso della fama”, “Riuscire a fare la terapia penso che sia prioritario per lei, non essere fermata dagli effetti collaterali, che potrebbero essere molto importanti i suoi, non parlo tanto del vomito quando della cardiotossicità. E poi a seguire il resto quindi: il supporto psicologico, l'immagine di sé stessa”).

In un certo numero di casi gli infermieri dichiarano o che per vari motivi non è possibile dare un ordine di priorità ai bisogni individuati (“Con questo signore faccio fatica a darti una classifica, perché è un signore che ho visto poco e con il quale, a parte le cose che fai, non è un signore che si relaziona con il personale esprimendo i propri pensieri”, “Non penso sia possibile fare una classifica”) oppure che non è possibile dare un ordine di priorità ai bisogni individuati perché essi sono sullo stesso piano di priorità o sono legati tra loro (“Penso che vanno di pari passo il discorso psicologico e della speranza di guarire, perché la guarigione implica una vita futura”, “Il bisogno di tornare a casa legato al cibo [...] lo dice lui che sono in relazione. <<Vado a casa perché così mangio>>”, “Secondo me sono lì, sono tutti e due lì da monitorizzare alla stessa maniera, perché uno è collegato all'altro, se lei ha dolore, respira male, se respira male non sta bene”, “No, penso siano tutti sullo stesso piano, perché per lui è prioritario tutto”, “Io li metterei sullo stesso piano, sono collegati fra loro”).

3.2.1.6 Confronto assistiti – infermieri

In ottica generale per quantità, si può affermare che per circa la metà dei casi gli infermieri rilevano un numero inferiore di bisogni rispetto alla percezione degli assistiti. Dell'altra metà dei casi, in più di due terzi delle situazioni gli infermieri individuano un numero maggiore di bisogni, mentre in meno di un terzo rilevano un numero di bisogni sovrapponibile.

In ottica generale per contenuti, si può affermare che per circa un terzo dei casi non c'è alcuna corrispondenza tra i bisogni percepiti dagli assistiti e i bisogni rilevati dagli infermieri.

Per i restanti due terzi dei casi si possono invece sovrapporre per uno o più bisogni l'impressione degli infermieri con la percezione degli assistiti, fino ad arrivare, in un numero ristretto di casi, alla sovrapposizione totale dei pareri delle due parti (assistito con almeno uno o entrambi gli infermieri):

Assistito: “Avrei bisogno di...certe volte più umanità. [...] delle volte ti senti un po' lasciato solo”;

Infermiere1: “Ha bisogno di un supporto psicologico”;

Infermiere2: “Ha bisogno di rassicurazione”.

Assistito: “Ho bisogno di vedere la mia famiglia, di tornare a casa” “All'ospedale no, non posso mangiare. L'odore dell'ospedale mi fa fastidio”;

Infermiere1: “Ha bisogno di andare a casa e di mangiare [...] perché non gli piace il mangiare dell'ospedale”

Assistito: “Faccio la chemio perché devo vincere questa bestia”;

Infermiere1: “Più che cambiargli le flebo della chemio [...] obiettivamente di assistenza infermieristica non è che gliene dobbiamo dare”;

Infermiere 2: “Non ha bisogno di niente, a parte le cure assistenziali di base che gli facciamo per la terapia”.

Per quanto riguarda invece le classifiche di priorità, ribadita la scarsità di dati in merito degli assistiti, per l'unico caso di ordine fornito da assistito non si trova una corrispondenza con la graduatoria fornita dall'infermiere.

Assistito: “Capire di preciso che cosa mi dice il medico. E poi tornare a casa”;

Infermiere1: “Se tu mi chiedi di darti una priorità, io ti dico sicuramente l'osservazione e l'attenzione rispetto alla patologia”;

Infermiere2: Non ha fornito una classifica.

3.2.1.7 Confronto infermiere-infermiere

In ottica generale per quantità, si è deciso di suddividere gli infermieri in due gruppi: il gruppo A con tutti gli infermieri intervistati per primi rispetto al collega durante il turno; il gruppo B con tutti gli infermieri intervistati per secondi rispetto al collega durante il turno. La divisione degli infermieri intervistati in due gruppi è stata pensata per le seguenti ragioni: dividere in due gruppi il campione in base al criterio dell'ordine cronologico di intervista all'interno della coppia, in primo luogo, permette di stabilire una direzione nel confronto, mantenuta per tutte le variabili indagate; in secondo luogo, la suddetta divisione permetterebbe di fare alcune riflessioni sull'eventuale rilevanza di essere intervistati per primi o per secondi relativamente alle risposte fornite.

Mettendo a confronto le testimonianze del gruppo B con quelle del gruppo A, si è osservato che: in un terzo dei casi il gruppo B ha individuato un numero uguale di bisogni rispetto al gruppo A; in un terzo dei casi il gruppo B ha individuato un numero maggiore di bisogni rispetto al gruppo A; in un terzo dei casi il gruppo B ha individuato un numero minore di bisogni rispetto al gruppo A.

In ottica generale per contenuti, si può affermare che circa un quarto delle percezioni degli infermieri in merito ai bisogni degli assistiti non è concorde tra i due professionisti presi in analisi per ogni turno. Dei rimanenti tre quarti, poco più della metà esprime un parere perfettamente concorde tra i due professionisti (o in maniera del tutto sovrapponibile o per percezione anche di bisogni ulteriori di uno dei due rispetto all'altro); poco meno della metà invece è di parere parzialmente concorde tra professionisti, ossia presentano uno o più bisogni percepiti in comune, ma presentano anche bisogni differenti non percepiti dall'altro professionista.

In ottica generale per quanto riguarda l'ordine di priorità, si può osservare che per circa un terzo degli assistiti vi è un parere misto, ossia nella coppia di professionisti un infermiere stila una classifica, mentre l'altro no, discrepanza forse attribuibile alle motivazioni in precedenza enunciate.

Per circa la metà degli assistiti, vi è la totale mancanza di classifiche, ossia entrambi gli infermieri della coppia non si esprimono per un'eventuale graduatoria.

Per i rimanenti assistiti, entrambi gli infermieri si esprimono in merito all'ordine di priorità: in metà di questi casi entrambi i professionisti forniscono una classifica; nell'altra metà la coppia si divide, ossia un infermiere sostiene che non è possibile stilare una classifica, mentre l'altro sostiene il contrario.

Dei casi in cui entrambi gli infermieri individuano un ordine di priorità dei bisogni, un paio di casi presenta come prioritario lo stesso bisogno:

Infermiere1: “Da infermiera in questo momento io metto al primo posto la sua patologia, nel senso che lei vomita”.

Infermiere 2: “Innanzitutto di non vomitare più, perché è la cosa che la spaventa di più [...] più controllo dei sintomi, più possibilità di dire <<Sì, sto bene e il medico mi dà il consenso per continuare>>”.

Infermiere1: “Beh chiaramente al primo posto metterei andar a casa respirando”.

Infermiere2: “Andare a casa sì è importante, ma se non ha l'ossigeno dopo lei sta male”.

Un altro caso, invece, riporta come vertici della classifica bisogni differenti:

Infermiere1: “Al primo posto metterei la comunicazione, perché ovviamente se non riesci ad ascoltarlo, non riesci nemmeno a capire se ha qualcosa da dirti, da segnalarti”.

Infermiere2: “Tra queste cose, io direi che è prioritario il monitoraggio della temperatura perché lui è in una fase di accertamento e quindi può darsi che ci sia un'infezione in corso anche importante”.

3.2.2 Bisogno contesto-dipendente

La relazione tra contesto e bisogno è stata studiata solo per il campione di assistiti.

Non tutti gli assistiti hanno fatto riferimento al confronto tra il setting ospedaliero e quello domiciliare.

Dei primi, la maggioranza ha rilevato una differenza tra i bisogni percepiti durante il ricovero e i bisogni percepiti a domicilio:

“A casa ho avuto prima del ricovero alcuni bisogni legati a problemi fisici proprio dovuti al mio stato di malattia, che ora ho meno”. *“A casa era completamente diverso, perché era affrontato in maniera molto più semplice e più leggera”*. *“A casa mi arrangiavo...adesso non son proprio autosufficiente”*. *“A casa mi sento meglio di qua, mangio”*. *“A casa riuscivo a mangiare, riuscivo anche a fare un po' di movimento, a camminare”*. *“Mi manca come mangiavo a casa”*. *“Non riesco a dormire come a casa”*.

Una ristretta minoranza afferma che i bisogni durante il ricovero non sono mutati rispetto al contesto domiciliare:

“Qui sente di provare bisogni diversi rispetto a quando era a casa?”. *“No, più o meno uguale”*. *“Mangio poco anche a casa [...] Ho le stesse forze che avevo a casa [...] anche a casa, da quando ho cominciato a fare le terapie, sono diventata stitica”*.

3.2.3 Soddisfacimento dei bisogni

3.2.3.1 *Assistiti*

Gli assistiti affermano, quasi all'unanimità, che i propri bisogni possono essere soddisfatti: c'è un solo caso di assistito che non si è espresso in merito.

Nessun assistito dichiara che i propri bisogni non possano essere soddisfatti.

Di tutti gli assistiti favorevoli alla possibile soddisfazione dei bisogni, solo due non identificano chi secondo loro ne sia il responsabile.

Le figure individuate come responsabili della soddisfazione dei propri bisogni sono emerse dalle testimonianze a volte singolarmente a volte in combinazione tra di loro e sono:

L'infermiere (nominato da 14 assistiti):

“Io ho fatto quel tipo di domande agli infermieri, mi hanno soddisfatto subito”. “Per mettere le scarpe ho un po' di difficoltà, ho bisogno dell'aiuto dell'infermiere”. “Direi che abbiamo delle infermiere molto brave”. “Non pretendo altre dagli infermieri, perché quando ho bisogno sono sempre disponibili”. “Ricevere sempre una parola gentile, un <<Adesso dai che ce la fai>> <<Dai che hai finito>> <<Manca l'ultima flebo>>, almeno io ho una terapia dove ho 60 milioni di catafalchi che devo fare... Che uno guarda le flebo e si spaventa e invece viene l'infermiere e ti dice: <<Ma no, guarda che questo è solo glucosio, questi sono solo liquidi per andare in bagno>>”. “Poi ci sono gli infermieri che vengono a mettere e togliere le flebo. Sono tutti molto cari in questo reparto”. “Le infermiere senz'altro”.

Il personale in generale (nominato da 13 assistiti):

“Tutto lo staff e di questo non posso dire altro che bene”. “Tutto il complesso ospedaliero”. “Dal personale [...] Arrivano tutti sempre con positività, anche se ti mettono su la flebo [...] stanno al gioco, stanno alla battuta, è questo che ti aiuta anche”. “Queli de l'ospeal”. “E' ben strutturato l'Oncologia [...] ognuno ha il proprio compito ben preciso [...] è come un ingranaggio di un Rolex e così deve girare, secondo me, e questo è un signor reparto”. “Tutto il personale”.

Il medico (nominato da 13 assistiti):

“I medici, anzi, mi hanno dato sempre ottimi consigli, un po' alla volta i dolori grazie a loro mi sono spariti quasi del tutto”. “Il dottor Carli sempre mi chiede: <<Come va? La vedo bene!>> [...] in quel caso io ho un supporto psicologico, perché quando vedo che una persona si interessa a me dico: <<l me vol ben>> tra virgolette, che no se cussì, ma insomma, l si interessa a mì, è già una bella cosa, mi fa piacere insomma ecco”. “Anche i medici stessi danno una buona parola”. “I medici, po'!”. “I dottori, non sta a chiedermi i nomi, di tutti quelli che sono venuti qua io sono stato soddisfatto”. “I medici sono sempre gentili, sono sempre disponibili”. “I dottori per primi”. “Il medico, per quanto riguarda la terapia. E' lui che viene a visitarmi e decide la terapia”. “Anche il dottore, caro, con lui ci puoi parlare”.

La famiglia (nominata da 12 assistiti):

“Mia moglie”. “I miei figli”. “La mia famiglia”. “Me cognada, me sorela, me fia, me fiol”. “I miei familiari, certo, perché sono molto positivi quando vengono qua, parlano raramente della malattia”. “I miei figli e mio marito”. “L'aiuto lo avrò dai miei”. “Mia moglie la vedo che è una moglie coraggiosa”.

Primario e coordinatrice infermieristica (nominati da 4 assistiti):

“La caposala mi ha risposto al telefono quando ho chiamato”. “Il primario [...] ma anche la caposala. Le linee guida devono essere quelle, tutti devono attenervi [...] non ci devono essere contraddizioni, perché al malato queste cose fanno male”. “Il dirigente, a livello dirigenziale”. “Il primario è sempre molto disponibile”.

Operatore socio-sanitario (nominato da 2 assistiti):

“Gli OSS sono tutti molto disponibili”. “Gli operatori”.

Sono stati nominati, inoltre, in casi isolati la segreteria (*“Anche la segreteria mi ha dato suggerimenti giusti”*) e lo psicologo (*“Lo psicologo mi potrebbe dare un aiuto”*).

3.2.3.2 Infermieri

Gli infermieri dichiarano per la maggior parte dei casi che è possibile soddisfare i bisogni che hanno rilevato.

Ci sono le testimonianze per un paio di assistiti in cui l'infermiere non ritiene si possano soddisfare i bisogni che percepisce.

In riferimento a 5 assistiti, invece, si ritiene non sia definibile la possibilità o meno di un soddisfacimento.

I pareri favorevoli alla soddisfazione dei bisogni sono tutti accompagnati dall'identificazione anche del relativo responsabile. Vengono nominati i seguenti fattori, a volte singolarmente, altre volte in combinazione tra di loro:

L'infermiere (nominato per 59 casi):

“In questo caso a domanda rispondo”. “Si ascolta se hanno voglia di dirti”. “Io lo rassicuro”. “In questo caso è responsabile solo l'infermiere, cioè solo chi va a farle la prestazione”. “Noi infermieri possiamo aiutarla ad affrontare il cammino”. “Il nostro compito è quello di stargli abbastanza vicino”. “Cercare di spiegargli che è importante che mangi e che su quello che gli viene proposto deve cercare di individuare le cose che più gli piacciono”. “Il personale infermieristico deve spronarlo al movimento [...] cercare di supportarlo nel anche semplicemente tirare fuori la sua paura, stimolarlo proprio anche ad affrontare la malattia così come è”. “Verifico direttamente con il paziente che cosa ne sa questa persona degli affetti collaterali della terapia e se necessita di una comunicazione [...] credo sia una competenza strettamente infermieristica”. “Il ruolo dell'infermiere è un ruolo di ascolto attivo”. “Lo assecondo fino a che è ragionevole”. “Io infermiere gli cambio le flebo”. “Rinnovo le medicazioni”. “Ha bisogno della nostra assistenza infermieristica”.

Il medico (nominato per 39 casi):

“Il medico ha spiegato che erano 3 giorni di terapia”. “Il medico, che dà una risposta sull'aspetto più clinico della malattia”. “Il medico per l'efficacia o meno della terapia”. “La parte del medico per gli esami di laboratorio di supporto alla terapia e all'andamento delle sue condizioni”. “Il medico che prende

decisioni per le visite e quant'altro". "Parlare con il dottore di reparto". "Il medico che dovrebbe dargli una risposta se c'è questo peggioramento di malattia". "Il medico è l'unico secondo me che può dare delle certezze e quindi delle indicazioni più precise sulla sua situazione".

La famiglia (nominata per 24 casi):

"La sorella". "I figli". "Lui fa un grande affidamento sulla figlia". "Il marito, penso sia lui il caregiver di riferimento per la signora". "I genitori nel suo caso potrebbero avere un peso importante". "I figli, che sono molto presenti e molto amorevoli". "I bisogni sono ampiamente soddisfatti dalla moglie". "La signora ha un supporto familiare valido".

L'operatore socio-sanitario (nominato per 5 casi):

"Per andare dentro nella stanza e dire: <<Come va?>> e <<Vieni su dal letto!>>, quello può essere anche l'operatore socio-sanitario". "Direi l'OSS per questi bisogni fisici". "Tutta la parte dell'alimentazione può essere curata dall'OSS". "Gli OSS possono portare lo yogurt fresco".

Lo psicologo (nominato per 5 casi):

"Penso potrebbe esserci anche la figura dello psicologo". "Qua ci vorrebbe un buon supporto psicologico, proprio l'intervento di uno psicologo o psicoterapeuta".

Il personale in generale (nominato per 3 casi):

"Noi come personale sanitario". "Questa paziente cerca di captare un po' da tutti". "Lei chiede rassicurazioni a tutti".

Vengono nominati, in casi sporadici, anche fisiatra e fisioterapista (*"E' stata richiesta una consulenza a lui [...] si potrebbero sentire anche i fisioterapisti se è necessaria una rieducazione funzionale"*), dietista (*"E' stata chiamata la dietista, per impostare la nutrizione"*), la coordinatrice infermieristica (*"Se avesse bisogno di indicazioni ulteriori in ambito sanitario, c'è anche una caposala"*), assistente sociale (*"Assistenti sociali se ce n'è"*), volontari e sacerdote (*"Il prete eventualmente se ha bisogno di rassicurazioni di tipo anche religioso. Anche i volontari che girano alla mattina"*).

3.2.3.3 Confronto assistiti-infermieri

Analizzando le risposte sulla possibile soddisfazione dei bisogni, e relativo responsabile, fornite da assistiti e infermieri si può osservare che nella maggior parte dei casi c'è concordia sulla possibilità di soddisfare i bisogni tra assistito ed entrambi i professionisti; esistono un paio di casi in cui uno dei due professionisti non ritiene esista una possibilità di soddisfare i bisogni, contrariamente al pensiero del collega e dell'assistito. Esistono, inoltre, alcuni casi in cui non è possibile fare un confronto tra i tre punti di vista perché uno degli attori non si è espresso in merito alla questione.

Per quanto riguarda l'identificazione dei responsabili del soddisfacimento dei bisogni, si riscontrano 5 casi nei quali l'assistito ed entrambi gli infermieri si dimostrano concordi sui responsabili del soddisfacimento dei bisogni (o in maniera perfettamente sovrapponibile o con anche ulteriori responsabili secondo gli infermieri rispetto al parere dell'assistito), si riscontrano 5

casi nei quali l'assistito individua gli stessi responsabili rispetto ad un infermiere, ma ha una visione parzialmente diversa rispetto all'altro infermiere, 12 casi nei quali l'assistito ha un'idea dei responsabili della soddisfazione dei propri bisogni parzialmente diversa da entrambi gli infermieri, 2 casi in cui l'assistito e gli infermieri identificano uno, responsabili completamente diversi, e l'altro, responsabili in parte diversi, e 1 caso in cui l'assistito e gli infermieri hanno idee completamente diverse sui responsabili della soddisfazione dei bisogni.

3.2.3.4 *Confronto infermiere-infermiere*

Analizzando le risposte sulla possibile soddisfazione dei bisogni, e relativo responsabile, fornite dagli infermieri per ciascun assistito si può affermare che nella maggior parte dei casi gli infermieri sono concordi sulla possibilità di soddisfare i bisogni; ci sono 2 casi in cui ciò non avviene. Ci sono, poi, 5 casi in cui non è possibile fare un confronto perché uno dei due infermieri non ha espresso un'opinione in merito alla questione.

Per quanto riguarda l'identificazione dei responsabili del soddisfacimento dei bisogni, una ristrettissima minoranza vede i due infermieri discordi sui responsabili. 10 sono gli assistiti per i quali gli infermieri individuano esattamente gli stessi responsabili per il soddisfacimento dei bisogni. 15 sono gli assistiti per i quali gli infermieri hanno una visione parzialmente sovrapponibile su questi ultimi.

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'obiettivo della tesi è indagare la percezione del bisogno degli assistiti degenti nell'Unità Operativa di Oncologia dell'Azienda ULSS 9 di Treviso mediante l'analisi e il confronto sull'argomento di testimonianze rilasciate dagli assistiti stessi e dagli infermieri che di loro si prendono cura. Si ritiene interessante indagare quali bisogni e in che ordine di priorità vengono percepiti, se esiste una relazione tra bisogno percepito e contesto ambientale, se i bisogni percepiti possono essere soddisfatti e quali figure, professionali e non, vengono ritenute responsabili del soddisfacimento dei bisogni.

Si consideri che l'argomento del bisogno è stato complesso da sviluppare, per molteplici motivi. In primo luogo, il concetto di bisogno non è stato semplice da esplicitare in termini univoci, inequivocabili e chiari tra gli assistiti. E' stato necessario aggiungere spiegazioni, fornire ulteriori descrizioni, portare degli esempi rispetto ai quesiti pensati "a tavolino" per condurre le interviste. La fatica di comprensione può far pensare per prima cosa ad una cattiva scelta di quesiti per condurre l'indagine, unita, forse, ad una poca chiarezza espositiva dell'argomento da parte dell'autrice. Può, poi, ricondurre al fatto che le persone non siano solite pensare a cosa manchi loro e sia necessario e forse, addirittura, che non siano neppure coscienti di tale realtà.

Altro motivo di difficoltà di indagine sul tema del bisogno è il significato che può avere questo termine. Essere in bisogno può essere interpretato come un essere in difetto e in difficoltà, rimandare dunque ad un'immagine negativa, che potrebbe non essere semplice e gradevole da ammettere o dichiarare, soprattutto ad una persona sconosciuta in un'intervista in presa diretta *face to face*.

Ulteriore motivo che ha reso complicato l'interrogarsi sui bisogni, è stato il binomio desiderio-bisogno. Se il bisogno è mancanza di qualcosa, che, se ripristinato, consentirebbe il ripristino di un equilibrio, e dunque il benessere, ciò che soddisfa un bisogno è desiderio. Tuttavia ci si trova, a volte, a desiderare ciò di cui non si ha bisogno e ad aver bisogno di ciò che non si desidera¹⁵. La differenza tra i due concetti potrebbe non esser stata percepita con chiarezza e risultare nella mancata sovrapposizione di risposte fornite da assistiti e da infermieri.

Un'ipotesi a riguardo, potrebbe essere che gli infermieri abbiano osservato la situazione dall'esterno, senza un coinvolgimento in prima persona e abbiano fornito con più facilità i bisogni degli assistiti; mentre gli assistiti, nel ruolo fondamentale di viventi i bisogni e fruitori del proprio bisogno, abbiano dato voce maggiormente ai propri desideri.

Ad ogni modo, una volta giunti ad un ideale punto di contatto semantico tra intervistatrice e assistito, sono state fornite delle risposte in merito a quali fossero i bisogni percepiti in quel

momento, con una varietà di risultati relativamente ampia. E' stato deciso, per valorizzare la varietà di bisogni dichiarati dagli assistiti (e anche dagli infermieri), di aggiungerne alcuni a quelli già individuati da Henderson.

Sulla varietà dei bisogni percepiti, si potrebbero fare alcune riflessioni.

La prima riflessione è che il campione di assistiti è stato studiato per le variabili socio-anagrafiche e può essere descritto come un campione abbastanza variegato; vi appartengono, infatti, persone con età, sesso, rete di supporto socio-affettivo, nucleo familiare, professione, grado di istruzione, esperienza di ricovero, trattamenti terapeutici, diagnosi di ingresso, fase di malattia molto diversi tra di loro. Si potrebbe quindi ipotizzare che la variabilità socio-anagrafica porti ad un'ampia varietà di bisogni dichiarati.

Un'altra riflessione sorta è che potrebbe esserci una relazione tra le variabili socio-anagrafiche e i bisogni dichiarati. Analizzando le testimonianze e associandole alle relative caratteristiche socio-anagrafiche, si può, per esempio, notare che chi ha dichiarato il bisogno di tornare a casa e stare con propria famiglia era in tutti i casi un genitore giovane (età compresa tra i 37 e i 46 anni) con figli di età compresa tra 1 e 17 anni. Questa associazione potrebbe far pensare che la genitorialità con prole ancora dipendente sia un fattore determinante per far sentire il bisogno di tornare a casa a prendersi cura della famiglia.

Si può notare che il bisogno di avere un'assistenza di qualità e professionale è stato espresso solo da persone con un grado di istruzione medio-elevato (un assistito aveva il diploma di scuola superiore e due avevano la laurea) e, sebbene attualmente in pensione, con una professione spesa in ruoli dirigenziali (caporeparto, dirigente di azienda, primario). Questa associazione potrebbe suggerire che avere delle aspettative precise sul livello qualitativo delle prestazioni assistenziali del Sistema Sanitario sia correlato ad una buona istruzione e a posizioni lavorative elitarie, preposte anche al controllo sulla qualità del rendimento dei propri sottoposti.

Si può notare che il bisogno di muoversi e mantenere le posizioni adatte è stato segnalato in maniera quasi esclusiva da persone con metastasi e con interessamento linfonodale, ma con diagnosi ed età differenti. Si potrebbe, dunque, supporre che il bisogno di movimento sia legato ad una fase relativamente avanzata di malattia oncologica, indipendentemente dalla diagnosi di partenza e dall'età dell'assistito.

Si può notare che il bisogno di fare la terapia ed essere in salute è stato dichiarato da persone sposate e con figli, ma caratterizzate da diagnosi, fase di malattia, età, numero di ricoveri, trattamenti, sesso, grado di istruzione e professione molto diversi tra loro. Si potrebbe, quindi, ipotizzare che uno sprone per curarsi e sentire la necessità di tornare in salute sia avere delle relazioni e dei legami affettivi importanti. Inoltre, il bisogno di sottoporsi alla terapia e di stare bene non sembra sia influenzato dall'età, dalla storia di cura, dal ruolo sociale, dall'istruzione

ricevuta, dalla prognosi.

Si può notare che il bisogno di mangiare e bere adeguatamente è stato percepito da persone apparentemente senza variabili in comune. Questo potrebbe suggerire che il bisogno di mangiare viene sentito indipendentemente dal fatto di essere al primo o all'ennesimo ricovero, dalla patologia di partenza, dall'avanzamento o meno di malattia, dall'età, dal sesso. Del resto, lo stesso Maslow nella propria tassonomia dei bisogni, ha inserito l'alimentazione tra i bisogni fisiologici, alla base della piramide.

Anche il bisogno di avere compagnia, come il bisogno di bere e mangiare adeguatamente, è stato percepito da assistiti con variabili molto differenti tra i vari dichiaranti. Verrebbe da pensare alla natura sociale dell'uomo di aristotelica memoria.

Si può notare che il bisogno di ricevere supporto psicologico sia stato espresso da persone sottoposte a più trattamenti terapeutici, o chemioterapia e chirurgia o chemioterapia e radioterapia, anche se a conteggio di ricoveri diversi (alcune persone erano al primo ricovero in Oncologia, altre all'ennesimo). Questa associazione potrebbe far pensare che non sia tanto il numero di ricoveri ad essere predittivo di sentire il bisogno di supporto psicologico, quanto l'essere sottoposti a diverse terapie, situazione che comporta l'interazione dell'assistito con più Unità Operative, un percorso terapeutico più lungo nel tempo, un possibile numero maggiore di effetti collaterali alle terapie, la relazione dell'assistito con un numero maggiore di professionisti, l'attendere i risultati di un numero maggiore di esami per conoscere l'efficacia di più terapie.

Per quanto riguarda gli infermieri, il concetto di bisogno è risultato decisamente più immediato, sebbene anche per loro si siano resi necessari alcuni rimandi e spiegazioni. Tale chiarezza di fondo potrebbe essere spiegata con la presenza all'interno della cartella infermieristica nella cartella clinica dell'assistito di uno strumento di lavoro codificato che viene utilizzato in maniera seriale per riconoscere e valutare i bisogni dell'assistito, la scheda per la raccolta dati ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica (BAI). Altra spiegazione potrebbe essere il percorso formativo alla base della professione, in cui si affrontano le varie teorie del nursing a proposito del bisogno.

E' interessante notare come gli infermieri abbiano segnalato, per buona parte degli assistiti, il bisogno di supporto psicologico: potrebbe testimoniare una certa sensibilità per l'argomento, il quale peraltro non è inserito nella scheda di valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica, dunque non ha un supporto codificato utilizzato di routine. Da notare come esso sia il bisogno in assoluto più segnalato tra gli infermieri, a differenza del più quotato tra assistiti bisogno di movimento. Questa differente percezione potrebbe evidenziare i diversi punti di vista di infermieri e assistiti: naturalmente gli infermieri come osservatori esterni della persona possono avere un'immagine olistica, mentre l'assistito stesso potrebbe non essere in grado di fare lo stesso, vivendo internamente in prima persona i bisogni. Altra considerazione che si potrebbe fare è che,

essendo la parte psicologica della malattia una dimensione molto personale, non tangibile, non quantificabile, forse l'assistito o non è in grado di percepire o percepisce ma non ha piacere di dichiarare il bisogno di supporto psicologico.

Si può osservare come, per frequenza di percezione tra gli infermieri, dopo il bisogno di supporto psicologico, vengano rispettivamente il bisogno di controllare il dolore e i sintomi e il bisogno di sottoporsi a terapia ed essere in salute. Questi ultimi precedono per frequenza di percezione altri bisogni legati a singole funzioni dell'organismo, quale respirare, mangiare, mobilizzarsi. La precedenza data potrebbe essere spiegata con la lungimiranza professionale del sapere che è ragionevole per prima cosa occuparsi del controllo del dolore e dei sintomi e seguire la terapia prescritta per poi vedere risultati positivi nello svolgimento delle funzioni legate ai singoli sistemi. Altro bisogno di spicco rilevato dagli infermieri è quello di informazione, segnalato per molti degli assistiti all'inizio del percorso di chemioterapia e per diversi assistiti che si trovavano di fronte a nuovi scenari di salute. Da osservare, invece, come il bisogno di informazione sia stato dichiarato da un unico assistito. Da un lato si potrebbe commentare la situazione notando come gli infermieri abbiano individuato un bisogno di natura educativa, in ottemperanza alle competenze dell'infermiere definite nel Profilo professionale D.Lgs. 739/94. Dall'altro si potrebbe commentare la non-percezione degli assistiti ipotizzando una sottovalutazione da parte loro dell'aspetto informativo.

Sembra importante sottolineare come per 1 assistito su 3 non ci sia corrispondenza tra i bisogni da lui dichiarati e i bisogni percepiti dagli infermieri. Questa differenza di percezioni potrebbe essere dovuta alla differenza desiderio-bisogno precedentemente esplicitata. Potrebbe portare ad un'incomprensione tra le parti, le quali potrebbero sentirsi entrambe non valorizzate e riconosciute, per il proprio lavoro da un lato e per il proprio sentire dall'altro.

Tuttavia, è fondamentale anche segnalare che per 2 assistiti su 3 coincidono le percezioni tra assistito e professionisti. Questo scenario dimostra che può esistere una buona intesa tra le parti, che gli assistiti possono essere estremamente coscienti dei bisogni che provano e che gli infermieri possono avere gli strumenti e la *forma mentis* per coglierli.

E' interessante notare come nella maggior parte dei casi le percezioni dei bisogni coincidano del tutto o in parte tra professionisti. Questo aspetto potrebbe suffragare la direzione unitaria del lavoro assistenziale e l'unione degli sforzi per raggiungere degli obiettivi comuni all'interno del team infermieristico.

Per la percezione dei bisogni tra gli infermieri, la divisione del campione in gruppo A e gruppo B, in base all'ordine di intervista nelle coppie, è stata pensata a priori per vari motivi. Uno di questi era verificare se il gruppo B, composto da infermieri intervistati per secondi rispetto ai colleghi del gruppo A, potesse essere influenzato dal ruolo cronologico e, pur non avendo udito l'intervista del

corrispondente collega del gruppo A, potesse rilevare un numero maggiore di bisogni, per una sorta di maggiore attenzione e solerzia suggerite inconsciamente dalla consapevolezza di possedere già all'inizio dell'intervista un termine di paragone agli occhi dell'intervistatrice. E' emerso che tra il gruppo A e il gruppo B ci sono stati un numero di casi pressoché pari di riconoscimento uguale, inferiore e superiore in termini quantitativi dei bisogni. Questo dato quindi smentisce l'ipotesi per il campione degli infermieri dell'influenza cronologica di intervista sul numero dei bisogni percepito. Per quanto concerne la diversità di bisogni percepiti o in toto o in parte, essa suggerisce una differenza fisiologica legata alla diversità degli individui che lavorano come infermieri, diversità che, da un lato, offre un'opportunità di confronto e di arricchimento reciproco in caso di dialogo tra professionisti, dall'altro può portare ad un frazionamento delle risorse assistenziali, con il rischio di perseguire meno efficacemente un numero maggiore di obiettivi per l'assistito.

Per quanto riguarda l'assegnazione di gradi di priorità dei bisogni, si è osservato che la maggior parte degli assistiti non ha fornito un ordine di priorità, mentre gli infermieri in discreto numero hanno saputo rispondere alla domanda. Posto come sia molto difficile compiere una scelta tra le esigenze avvertite, la differenza di risultati forniti dai due campioni potrebbe essere interpretata come espressione della diversità dei ruoli: gli infermieri, per motivi logistici di programmazione e di organizzazione pratica del lavoro, sono chiamati tutti i giorni a stabilire delle priorità, anche tra i bisogni individuati negli assistiti; gli assistiti, generalmente, non vengono posti di fronte a questa scelta, il che potrebbe vederli meno orientati una volta trovatisi a dover disporre una tassonomia tra i propri bisogni. Il risultato deficitario sull'ordine riscontrato tra gli assistiti potrebbe anche mettere in luce una scarsa conoscenza e sensibilità riguardo al valore di assegnare delle priorità, valore che dovrebbe essere ben noto, invece, agli infermieri.

E' da sottolineare, comunque, che nemmeno tra gli infermieri si è rilevata la massima risposta al quesito su possibili tassonomie, fatto che potrebbe essere commentato con la sottovalutazione dell'assegnamento di priorità oppure con la difficoltà di individuare bisogni avulsi da altri bisogni dei quali occuparsi con urgenze e tempi differenti, oppure, ancora, con la difficoltà di stabilire cosa sia più importante in una realtà medica molto particolare, nella quale la qualità di vita assume una rilevanza imponente.

E' interessante notare come gli ordini di priorità coincidano tra professionisti del tutto o in parte. Come per i contenuti delle percezioni sui bisogni, anche la concordia sull'ordine di priorità giova alla continuità assistenziale, tenendo sempre conto delle riflessioni sulla diversità, anche in questo caso presente.

I casi di diversa percezione dell'ordine di priorità, sia tra assistito e infermieri, sia tra professionista e professionista, potrebbero suggerire la riflessione che l'ordine di priorità sia un costrutto personale, non trasmissibile all'esterno, condizionato da molte variabili.

In merito alla relazione tra bisogno percepito e setting, la prevalente percezione di differenza tra bisogni in ospedale e bisogni a domicilio potrebbe indicare un'effettiva relazione di dipendenza dall'ambiente del bisogno.

Riguardo alla possibile soddisfazione dei bisogni, si potrebbe interpretare la quasi unanimità di pareri favorevoli, sia tra assistiti sia tra infermieri, come un dato molto positivo, che lascia intravedere per tante persone la possibilità di garantire un'ottima assistenza e raggiungere la miglior qualità di vita possibile.

Osservando, poi, chi è stato individuato come responsabile del soddisfacimento dei bisogni, si può notare una maggior precisione identificativa tra gli infermieri che tra gli assistiti: i professionisti indicano in pochi casi il personale in generale, mentre gli assistiti spesso fanno riferimento ad un generico "staff ospedaliero". La precisione da parte degli infermieri potrebbe essere spiegata con la conoscenza tipica degli addetti ai lavori sulle specifiche competenze e i ruoli di chi lavora nell'Unità Operativa.

E' interessante notare come per entrambi i campioni presi in analisi, nella maggior parte dei casi, i primi responsabili identificati siano gli infermieri, per gli assistiti con una maggioranza risicata, mentre per gli infermieri con una maggioranza inequivocabile. Questa risposta potrebbe trovare ragion d'essere nella conoscenza delle competenze dell'infermiere, nella presenza continuativa dell'infermiere nella vita ospedaliera dell'assistito, nella posizione in prima linea dell'infermiere in caso di qualsiasi tipo di necessità (sia quelle che possono essere risposte dall'infermiere sia quelle che vengono valutate dall'infermiere e poi segnalate e risposte da chi di competenza).

Gli altri responsabili individuati per la soddisfazione dei bisogni sono condivisi tra il campione di assistiti e il campione di infermieri, in proporzioni per altro abbastanza simili. Si può osservare, tuttavia, che gli infermieri hanno indicato un numero maggiore di responsabili, includendo diverse specifiche figure professionali e non per il tipo di bisogno rilevato. Questo elemento potrebbe indicare una conoscenza più approfondita delle risorse e degli specialisti disponibili nel Sistema Sanitario.

Sembra interessante notare come in pochi casi siano stati segnalate dagli assistiti come responsabili del soddisfacimento dei bisogni alcune figure non immediatamente associabili al concetto di bisogno sanitario, come per esempio il personale di segreteria. Questo dato potrebbe aprire una discussione sul concetto di équipe, concetto che forse andrebbe ridefinito e ripensato nelle sue componenti, comprendendo anche le suddette figure, le quali, pur non essendo immediatamente associate all'ambito sanitario, vengono invece conosciute, riconosciute e considerate dagli assistiti per la soddisfazione dei bisogni.

Sarebbe vivo desiderio dell'autrice se l'indagine svolta avesse delle implicazioni pratiche nella realtà lavorativa quotidiana, sapendo perfettamente tuttavia che non è semplice inserire delle

modifiche fattibili e realmente utili in una dimensione sanitaria molto complessa, su di un argomento decisamente individuo-dipendente. In virtù della comprovata relazione per gli assistiti tra i bisogni percepiti e la qualità di vita, sarebbe auspicabile curare l'identificazione dei bisogni dell'assistito e, quando possibile, fornirvi una risposta.

Potrebbe essere d'aiuto un confronto diretto sul tema tra infermiere e assistito, frutto di un momento di dialogo tra le due parti, momento che potrebbe essere ricavato durante la giornata con una cadenza fissa, per esempio con frequenza di una volta/die, e al bisogno. Il dialogo porterebbe ad una presa di coscienza di entrambi gli esperti del bisogno, forse potrebbe essere l'occasione per una maggiore comprensione reciproca, magari si potrebbe ragionare insieme se la percezione dichiarata è un bisogno o un desiderio. Il dialogo potrebbe essere guidato dall'infermiere, sulla base della scheda per la raccolta dati ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica oppure invitando l'assistito ad esprimersi liberamente sull'argomento.

Potrebbe essere un'idea ampliare la già esistente scheda per la raccolta dati ed identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, elaborata sulla teoria di Cantarelli, inserendo i bisogni rilevati con maggior frequenza in questa indagine, ad oggi mancanti nella scheda. All'identificazione dei bisogni, potrebbe seguire anche la segnalazione e la tracciabilità degli interventi messi in atto per rispondere ai bisogni nelle consegne infermieristiche. Mettere per iscritto e codificare i bisogni e le attività ad essi correlate, cosa in parte già messa in atto, permette di fotografare la situazione dell'assistito e di avere un linguaggio comune all'interno del team infermieristico. Tutto ciò favorisce la continuità assistenziale e il confronto tra professionisti, i quali possono spendere le proprie capacità ed esperienze individuali per arricchire, perfezionare e personalizzare il servizio reso all'utenza.

A seguito della codificazione dell'identificazione dei bisogni e degli interventi messi in atto, si potrebbe eseguire anche una valutazione dell'efficacia degli interventi, per comprendere se il bisogno è stato soddisfatto o meno. La valutazione è fondamentale per comprendere quali siano i risultati conseguiti e se si stia lavorando nella giusta direzione.

Alla luce dei responsabili identificati per il soddisfacimento dei bisogni, potrebbe essere utile estendere tutto il ragionamento sul tema dei bisogni oltre ai soli componenti del team infermieristico, almeno per quando riguarda i bisogni per i quali sono stati menzionati. Gli infermieri potrebbero comunicare con gli altri responsabili chiamati in causa dagli assistiti, spiegando loro quali siano i termini della questione e che ruolo possano rivestire, nell'ottica di fornire un beneficio all'assistito. La comunicazione tra le figure dell'équipe sanitaria, la famiglia, i caregiver, il personale tecnico-amministrativo, i volontari, pone le basi per un lavoro sinergico centrato sull'assistito, obiettivo di fondamentale importanza.

BIBLIOGRAFIA

- 1) AAVV. Vocabolario Treccani, "Bisogno". 2015; Available at: <http://www.treccani.it/vocabolario/bisogno/>. Accessed 09/21, 2015.
- 2) Piaget J. Six études de psychologie. Genève: Ed. Gonthier; 1964.
- 3) AAVV. Enciclopedia Treccani, "Abraham Maslow". 2015; Available at: <http://www.treccani.it/enciclopedia/abraham-h-maslow/>. Accessed 09/22, 2015.
- 4) Maslow A. Motivation and Personality. New York: Harper; 1954.
- 5) Henderson V, International Council of Nurses. Basic principles of nursing care. Londra: ICN House; 1960.
- 6) Zanotti R. Filosofia e teoria nella moderna concettualità del nursing professionale. Padova: Piccin; 2010.
- 7) Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson; 1997.
- 8) AAVV. I numeri del cancro in Italia 2014. Available at: <http://www.registri-tumori.it/cms/it/Rapp2014>. Accessed 09/29, 2015.
- 9) AAVV. Registro tumori del Veneto - Sistema Epidemiologico Regionale. Available at: https://www.registrotumoriveneto.it/registro/incidenza/inc_ven.php. Accessed 09/29, 2015.
- 10) AAVV. AIRTUM ITACAN: Tumori in Italia, Versione 2.0. Associazione Italiana dei Registri TUMori (<http://www.registri-tumori.it>). Available at: <http://itacan.ispo.toscana.it/italian/StatsFact.asp?cancer=450&country=3800210>. Accessed 09/29, 2015.
- 11) AAVV. Banca Dati www.tumori.net. Available at: http://www.tumori.net/banche_dati/tumori/query.php. Accessed 09/29, 2015.
- 12) Autori Vari. Stime per ASL 2012 - Registro Veneto dei tumori. Available at: https://www.registrotumoriveneto.it/registro/incidenza/inc_ven.php. Accessed 09/29, 2015.
- 13) Smeltzer S, Bare BG, Hinkle JI, Cheever KH. Brunner - Suddarth Infermieristica medico-chirurgica. IV ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2010.
- 14) Nakaguchi T, Okuyama T, Uchida M, Ito Y, Komatsu H, Wada M, et al. Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients undergoing chemotherapy. Jpn J Clin Oncol 2013;43(4):369-76.
- 15) AAVV. Studio sulla rilevanza percepita dei bisogni dei pazienti, dei familiari e degli operatori nelle cure palliative. Available at: <http://www.vulnologia.it/BIBLIOTECA/PDF/CURE%20PALLIATIVE/4%29%20I%20BISOGNI%20DEL%20MALATO%20E%20DEGLI%20OPERATORI.pdf>. Accessed

09/29, 2015.

- 16) Mårtesson G, Carlsson M, Lampic C. Are cancer patients whose problems are overestimated by nurses less satisfied with their care? *Eur J Cancer Care* 2010;2:19-24.
- 17) So WKW, Chow KM, Chan HY, Choi KC, Wan RW, Mak SS, et al. Quality of life and most prevalent unmet needs of Chinese breast cancer survivors at one year after cancer treatment. *Eur J Oncol Nurs* 2014; 4:123-29.
- 18) Park SA, Chung SH, Shin EH. Attitudes of nurses toward supportive care for advanced cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 45(2):345-51.
- 19) Ugalde A, Aranda S, Krishnasamy M, Ball D, Schonfield P. Unmet needs and distress in people with inoperable lung cancer at the commencement of treatment. *Support Care Cancer* 2012; 12: 34-40.