



Articolo di
ricerca

L'interazione (e il tocco) tra infermieri-pazienti e tra OSS – pazienti nella pratica infermieristica quotidiana: studio comparativo

Interaction (and touch) between nurses and patients and between nurses' aides and patients in daily nursing practice: a comparative study

Palese A¹, Brezil F², Coiz F³.

¹ Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Udine; ² Infermiera, Medicina, Azienda per i Servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", Udine; ³ Infermiere, terapia Intensiva, Azienda Ospedaliero Universitaria Santa Maria della Misericordia, Udine

Riassunto

Introduzione. Gli infermieri usano diverse strategie per esprimere il *caring*: le interazioni con o senza tocco fisico sono i principali metodi a loro disposizione. Esistono due tipologie di tocco: procedurale e non procedurale. Con la progressiva riduzione degli infermieri e l'aumento di operatori di supporto (OSS), le interazioni e il tocco potrebbero diventare prerogativa di questi ultimi. Gli obiettivi del presente studio sono stati: documentare: a) la frequenza delle interazioni infermiere-paziente e OSS-paziente; b) frequenza/caratteristiche del tocco realizzato da infermieri e OSS; c) l'associazione tra la dotazione di risorse e la frequenza/caratteristiche del tocco.

Materiali e metodi. È stato adottato un disegno di studio comparativo. Sono state osservate 66 ore diurne di pratica infermieristica, metà dedicate agli infermieri e le restanti agli OSS, in due reparti di medicina.

Risultati. Sono state rilevate 415 interazioni, oltre 6 interazioni/ora realizzate dagli infermieri e 5 interazioni/ora dagli OSS. Durante le interazioni, i pazienti sono stati toccati 281 volte (67,7%): in 222/281 (79%) occasioni il tocco era procedurale mentre in 59/281 (21%) non procedurale. Gli infermieri hanno maggiore probabilità di toccare i pazienti per scopi non procedurali (OR 2,10; IC95% 1,08-4,11) e ricorrono meno all'uso del tocco con i guanti (OR 4,4; IC95% 2,53-7,69). Quando gli infermieri gestiscono più di 9 pazienti, la probabilità del tocco procedurale è maggiore (31/112 vs 28/169; OR 1,93; IC95% 1,04-3,58). Quando vi sono più OSS in servizio, la durata del tocco degli infermieri, è superiore (OR 2,03; IC95% 1,17-3,53).

Discussione. Gli infermieri e gli OSS si differenziano nella tipologia delle interazioni, nella natura e durata del tocco e nell'uso dei guanti. Allo stato attuale, pur nei limiti dello studio, gli infermieri continuano ad avere numerose occasioni di interazioni e tocco con i pazienti malgrado il cambiamento della composizione dei team assistenziali delle medicine.

Key words: *Tocco procedurale, Tocco non procedurale, Interazione, Caring, Infermieri, Operatori di supporto*

Abstract

Introduction. Nurses use different strategies to express caring: the interactions and the physical touch are the main methods available to them. There are two types of touch: the procedural and non procedural. With the growing shortage of nurses and an increase in nurse's aides, interactions and touch may become the prerogative of the nurse's aides. The objectives of the study were to document: a) the frequency of interactions nurse-patient - and OSS-the patient; b) the frequency of touch, its characteristics (procedural vs. no procedural time, with or without gloves) adopted by nurses vs. by the OSS; c) the association between the number of patients managed by each nurse and the frequency/characteristics of the touch.

Methods. A comparative study design was adopted. 66 hours of observation during the dayshift were randomly individuated, half of which were dedicated to nurses and half to nurse's aides, in two medical wards.

Results. 415 interactions were detected, more than 6 interactions per hour performed by nurses and 5 interactions/hour performed by nurses' aides. During these interactions, patients were touched 281 times (67.7%): in 222/281 (79%) occasions the touch was procedural and in 59/281 (21%) was non procedural. Nurses are more likely to perform non procedural touch (OR 2.10, 95% CI 1.08 to 4.11) and rely less use of touch with gloves (OR 4.4, 95% CI 2.53-7.69). When the nurse to patient ratio is above 1:9, the probability of touching patients with procedural touch is higher (31/112 vs 28/169, OR 1.93, 95% CI 1.04 to 3.58). When there are more nurses' aides in the ward, the nurses' touch duration is higher (OR 2.03; 95% CI 1.17 to 3.53).

Discussion. Nurses and nurses' aides differ in the type of interactions, in the nature of touch, duration and use of gloves. At present, despite not having previous data, nurses continue to have many opportunities to interact with patients and touch them, despite the change in the skill mix of medical wards.

Key words: *Procedural touch, Non-procedural touch, Interaction, Caring, Nurse, Nurse's aides.*

Introduzione

L'interazione infermiere-paziente è ritenuta un'espressione di *caring* di cui il tocco rappresenta una componente essenziale. Il tocco è complementare alla comunicazione verbale, esprime l'attenzione verso il paziente e garantisce confort (1). Il tocco può essere utilizzato nella pratica infermieristica per realizzare interventi assistenziali (tocco procedurale, ad esempio eseguire un prelievo) oppure per comunicare vicinanza, comprensione, supporto (tocco non procedurale). Sebbene il tocco sia un fenomeno complesso e proprio della pratica infermieristica, i modi in cui gli infermieri toccano i pazienti sono ancora poco descritti (1, 2, 3, 4). Il tocco, infatti, ha ricevuto sino ad ora solo un'attenzione marginale da parte della ricerca (2). La sua multidimensionalità determinata dall'implicazione di variabili soggettive dell'infermiere, del paziente, del contesto, e culturali, ne rendono difficile la misurazione (3, 5, 6). Gli studi disponibili, inoltre, presentano debolezze metodologiche che minacciano la validità dei risultati (7).

Con l'ingresso degli operatori di supporto (OSS) e la progressiva estensione della loro presenza in alcuni contesti sanitari nei turni di lavoro, che ormai sono composti da una porzione pressoché equivalente di infermieri e di OSS, il rischio dell'infermieristica italiana è di avere limitate occasioni di interazione con i pazienti rispetto agli OSS che trascorrono maggior tempo con i pazienti. A lungo termine, potrebbe impoverirsi l'interazione infermiere-paziente e ridursi la frequenza del tocco non procedurale che da sempre è proprio dell'infermieristica. Toccare, infatti, come parte integrante della vita e del comportamento umano, è una forma di comunicazione essenziale e universale dell'assistenza infermieristica (4, 8, 9, 10). È un'azione intima che implica un'invasione dello spazio personale dell'altro: in termini etici, il tocco è strettamente legato al diritto del paziente di mantenere l'integrità e l'invulnerabilità (4, 7). Tuttavia, nella malattia, le persone consentono agli operatori sanitari una "licenza" speciale di entrare nel loro spazio personale. L'infermieristica è sempre stata dotata di tale permesso: da sempre, infatti, gli infermieri toccano i pazienti (6, 9).

Per gli infermieri, il tocco è una parte naturale dello svolgimento delle attività (4) e possiede connotazioni positive (9). Il tocco promuove il benessere fisico ed emotivo e sostiene la condivisione di spiritualità tra persone, basata sull'umanità (1, 2, 3, 4).

Negli anni '70 è stata proposta una distinzione fra tocco necessario e tocco non necessario (6), distinzione ripresa da Routasalo nel 1997 (2). Il tocco necessario o procedurale, è un contatto fisico deliberato per realizzare un certo compito, come aiutare il paziente a trasferirsi dal letto alla sedia. Il tocco non necessario, o non procedurale è, invece, relativamente spontaneo e affettivo, e non è associato all'esecuzione di un intervento assistenziale. Negli anni '80 gli studi sul tocco si sono principalmente diretti verso il significato e l'uso del tocco; più recentemente, negli anni '90, gli studi si sono focalizzati sugli effetti del tocco e sui fattori influenzanti la percezione al tocco; negli ultimi anni, invece, l'attenzione si è focalizzata sullo stress correlato all'uso del tocco (1).

Il tocco procedurale è più frequente nell'assistenza rispetto al tocco non procedurale: tuttavia, solo pochi studi riportano i diversi tipi di tocco utilizzati dagli infermieri (1). Le parti

del corpo più di frequente toccate sono, nell'ordine, le mani, le braccia, la fronte, i capelli e le spalle. Meno di frequente, le gambe, l'addome, il torace e l'avambraccio. Quelle quasi mai toccate sono, infine, le parti del collo, delle orecchie, delle labbra e i genitali (1).

Gli effetti del tocco sono stati valutati attraverso misurazioni bio-fisiche, osservazione diretta, questionari di percezione e metodi combinati. Il tocco non influenza la frequenza respiratoria e la pressione arteriosa: solo pochi cambiamenti sono stati osservati nei segni vitali dei pazienti durante l'educazione pre-operatoria, quando il tocco era concomitante.

Un tocco gentile durante l'alimentazione, invece, sembra accrescere la quantità di alimenti assunti dai pazienti che hanno bisogno di aiuto. I pazienti anziani con deficit cognitivi reagiscono meglio alla comunicazione dell'infermiere, quando lo stesso combina comunicazione verbale, contatto degli occhi e tocco. Non sono stati evidenziati, invece, effetti del tocco nei pazienti critici e nelle donne anziane confuse (1, 11, 12). Gli esiti emotivi del tocco non procedurale sono la creazione di una connessione con il paziente, la sua sicurezza, l'aumento della sua stima, e la consapevolezza della persona di essere unica (11, 12).

Estabrooks e Morse (1992) (1) hanno documentato una relazione tra lo stile del tocco, il background dell'infermiere e l'impostazione filosofica del corso di laurea da cui proviene. Non sono invece disponibili studi che confrontano il tocco realizzato dagli infermieri con quello di altri operatori come gli operatori di supporto (OSS).

Determinare qual è la frequenza e le caratteristiche delle interazioni infermiere-paziente con particolare riferimento al tocco, e confrontarla con quella agita dagli OSS è la finalità di questo lavoro di ricerca. In particolare, gli obiettivi specifici sono: descrivere a) la frequenza delle interazioni infermiere-pazienti e OSS-pazienti così come avviene nella pratica clinica quotidiana; b) la frequenza del tocco e le sue caratteristiche (procedurale vs. non procedurale, durata, con o senza uso di guanti) confrontando infermieri e OSS; e, infine, c) se esiste una associazione tra dotazione di risorse e frequenza/caratteristiche del tocco.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

È stato adottato un disegno di studio comparativo.

Contesto

La ricerca è stata condotta nel 2008 presso una Azienda Ospedaliero-Universitaria del nord dell'Italia in due reparti di medicina che disponevano, ciascuno, di 35 posti letto.

Campione e Campionamento

Per evitare la presenza di fattori sistematici di distorsione (ad esempio, includere solo una fascia oraria in cui sono elevate le attività svolte dagli infermieri o dagli OSS che quindi non riescono a dedicare tempo al tocco non procedurale) e assicurare comparabilità delle osservazioni effettuate sugli infermieri e sugli OSS rispetto a fattori noti (es. piano delle attività) e non noti, sono state randomizzate 33 ore di osservazione, dalle 7.00 alle 20.00, nei giorni feriali, dal lunedì al sabato. Tali ore sono

state dedicate all'osservazione degli infermieri, in periodi di 2/3 ore ciascuno. Per ciascun periodo di osservazione dedicato all'infermiere, è stata quindi inclusa, per la stessa durata e fascia oraria, l'osservazione di un OSS.

Tutti gli operatori (infermieri e OSS) delle due medicine incluse, sono stati preliminarmente identificati con un codice numerico per garantire l'anonimato. All'inizio di ogni periodo di osservazione, utilizzando il prospetto dei turni di lavoro forniti dalle due coordinatrici infermieristiche, è stato sorteggiato casualmente l'operatore da osservare. Potevano essere inclusi infermieri o OSS che a) avevano dato il consenso, b) impegnati nell'assistenza dei pazienti per l'intero periodo di osservazione, c) e che non erano già stati osservati. Erano esclusi dall'osservazione, invece, gli infermieri e gli OSS a) fuori turno, b) che si occupavano di funzioni amministrative. Erano altresì esclusi c) gli infermieri generici, d) gli OSS che svolgevano attività alberghiere; e) e le coordinatrici infermieristiche. Sono stati quindi osservati 12 infermieri e 12 operatori di supporto.

Procedura di rilevazione dati e variabili

Il rilevatore è stato preliminarmente preparato all'osservazione non intrusiva e all'utilizzo della griglia strutturata di osservazione che è stata validata con una prova pilota durata quattro ore. Preliminarmente è stato definito anche il concetto operativo di 'interazione' attraverso un lavoro di consenso che ha coinvolto i ricercatori. Per interazione si è inteso ogni qual volta un operatore (infermiere/OSS) entra fisicamente nella stanza per effettuare una attività tecnica, relazionale, o educativa. Per ciascuna interazione, che costituiva pertanto il momento in cui l'osservazione del tocco e delle sue caratteristiche doveva iniziare e protrarsi, l'osservatore documentava le eventuali attività prevalenti svolte dagli infermieri (per esempio terapia, comunicazione, sorveglianza) e le variabili specifiche del tocco come indicato nella Tabella 1.

Tabella 1 - Variabili prese in esame

<i>Tocco</i>
Tipo di tocco (procedurale o non procedurale)
Zona del corpo toccata (ad esempio, testa, spalla)
Uso dei guanti durante il tocco (si/no)
Durata del tocco (≥ 5 secondi tocco prolungato; < 5 secondi tocco breve)
<i>Caratteristiche del setting</i>
Rapporto OSS/Infermieri: ovvero quanti OSS sono presenti per ciascun infermiere durante il periodo di osservazione
Rapporto pazienti/infermieri: ovvero quanti pazienti sono gestiti da ciascun infermiere durante il periodo di osservazione

Aspetti etici

Pazienti e operatori sono stati informati sugli obiettivi dello studio ed è stato richiesto loro il consenso. L'osservatore, di volta in volta, ricordava all'infermiere o all'OSS l'obiettivo e la natura dei dati raccolti; si comportava in modo non intrusivo cercando di far sentire l'operatore osservato e il paziente a proprio agio. L'osservatore doveva mantenere un ruolo passivo, evitando di intervenire durante l'assistenza; tuttavia, qualora vi fossero emergenze o situazioni di difficoltà, si era

preliminarmente concordata la sua partecipazione attiva. Alla presenza di un'urgenza/emergenza (ad esempio, un paziente che stava male), l'osservazione era sospesa e un altro periodo della stessa durata e dedicato allo stesso infermiere era programmato. L'osservatore indossava una divisa bianca, in analogia a quella indossata dal personale infermieristico.

Analisi statistica

È stato utilizzato il Software SPSS Versione 18. Sono state ricercate frequenze e percentuali. Per confrontare le proporzioni è stato utilizzato il Test Chi Quadrato (χ^2) e sono stati ricercati i valori di Odds Ratio (IC95%). Per le variabili continue, sono stati ricercati valori di tendenza centrali (media, mediana, moda, DS e range); i valori medi sono stati confrontati utilizzando il t Test. La significatività statistica è stata posta a valori $P < 0,05$.

Risultati

Nei periodi osservati gli infermieri gestivano in media 9 pazienti (range 6-14; DS 2,1). Il rapporto infermieri/OSS era invece di 0,9 (range 0,7-1,3; DS 0,1). L'anzianità media degli operatori osservati era di 7,8 (mediana 6; moda 5; DS 5,2); 8,2 (DS 6,2) anni per gli infermieri e 7,3 (DS 3,7) anni per gli OSS. Tuttavia, tale differenza, non è statisticamente significativa ($P = 0,09$). Per entrambi i gruppi, 9/12 (75%) erano di sesso femminile.

Interazioni

Sono state osservate 415 interazioni: 228 (54,9%) gestite dagli infermieri e 187 (45,1%) dagli OSS. Gli infermieri hanno realizzato in media 6,9 interazioni/ora (228/33) mentre gli OSS ne hanno realizzate 5,6/ora (187/33). Nelle interazioni, gli infermieri/OSS hanno realizzato 13 diverse attività (Tabella 2).

Tabella 2 - Interazioni osservate e attività svolte durante l'interazione.

Attività svolte	Interazioni	
	Infermieri* N (%)	OSS* N (%)
Somministrazione terapia	76 (33,3)	0 (-)
Igiene totale	0 (-)	70 (37,4)
Controllo/supervisione (es. dolore)	33 (4,5)	18 (9,6)
Mobilizzazione	9 (3,9)	32 (17,1)
Parametri vitali	40 (17,5)	0 (-)
Comunicazione/relazione	23 (10,1)	11 (5,9)
Giro visita con medico	30 (13,2)	0 (-)
Rifacimento letti	0 (-)	21 (11,2)
Distribuzione pasti	0 (-)	17 (9,1)
Gestione <i>device(s)</i>	11 (4,8)	4 (2,1)
Medicazioni	1 (0,4)	8 (4,3)
Aiuto alimentazione	0 (-)	6 (3,2)
Esecuzione prelievi (venosi/stick)	0 (-)	5 (2,2)
TOTALE	228 (100%)	187 (100%)

* 33 ore di osservazione/profilo

Tipo di tocco

Durante le 415 interazioni, i pazienti sono stati toccati 281 volte (67,7%): in 222/281 (79%) occasioni il tocco era procedurale mentre in 59/281 (21%) era non procedurale. Gli infermieri hanno realizzato 162 tocchi, di cui 120 (74,1%) procedurali e 42 (25,9%) non procedurali; gli OSS hanno invece realizzato 119 tocchi, 102 (85,7%) procedurali e 17 (14,3%) non procedurali. La probabilità per gli infermieri di toccare il paziente senza realizzare un compito è più elevata rispetto a quanto accade per gli OSS (OR 2,10; IC95% 1,08-4,11). Gli infermieri hanno realizzato, in media, 4,9 tocchi/ora, di cui 1,2 non procedurali; gli OSS, invece, hanno realizzato 3,6 tocchi/ora, di cui 0,5/ora non procedurali.

In 157 occasioni (55,8%) il tocco è stato realizzato utilizzando i guanti, mentre nelle restanti 124 (44,2%) è avvenuto a mani nude. Gli infermieri hanno toccato il paziente senza guanti in 95 occasioni (58,6%) mentre gli OSS in 29 (24,4%) occasioni. La probabilità degli infermieri di toccare i pazienti senza guanti è superiore a quanto osservato per gli OSS (OR 4,4; IC 95% 2,53-7,69).

Complessivamente 118 tocchi (41,9%) sono durati più di 5 secondi, mentre 163 (58,1%) meno di 5 secondi. Tra i tocchi prolungati, 61 (37,7%) erano stati realizzati dagli infermieri e 57 (47,9%) dagli OSS: non emerge, tuttavia, una differenza statisticamente significativa nella durata del tocco tra infermieri e OSS (OR 0,65; IC95% 0,39-1,08). Il tocco procedurale non ha una durata superiore rispetto a quello non procedurale (OR 1,27; IC95% 0,68-2,39); il tocco con guanti ha, invece, una durata inferiore a quello realizzato senza guanti (OR 1,76; IC95% 1,05-2,96).

La zona del corpo più toccata è la mano (131; 46,6%), seguita dalle spalle (29; 17,9%) (Tabella 3).

Dotazione di risorse e tocco

Quando il rapporto infermiere paziente è $\geq 1:9$ (ovvero quando gli infermieri gestiscono più di 9 pazienti), la probabilità di toccare i pazienti per ragioni procedurali è maggiore (31/112 vs 28/169; OR 1,93; IC95% 1,04-3,58); non differisce invece

il ricorso all'uso dei guanti (65/112 vs 92/169; χ^2 0,354; P = 0,55), e la durata del tocco (40/112 vs 78/169; χ^2 3,014; P = 0,083). Quando il rapporto infermieri - OSS è $\geq 1:1$ (ovvero prevalgono gli OSS), non si osservano differenze significative nel tipo di tocco (procedurale vs. non procedurale; χ^2 0,210; P = 0,64), e nell'uso dei guanti mentre la durata del tocco degli infermieri è più lunga (> 5 minuti 45/83 vs 73/198; OR 2,03; IC95% 1,17-3,53).

Discussione

La misurazione delle interazioni operatore-paziente e del tocco è metodologicamente complessa (1) tanto che rimane ancora un'area da approfondire. Nei reparti di medicina in cui sono ricoverati pazienti anziani il rapporto tra quantità di assistenza erogata dagli infermieri e dagli OSS ha subito importanti cambiamenti negli ultimi anni. La percezione diffusa è che gli infermieri non riescano più a stare vicino ai pazienti per l'elevata quantità di attività amministrative da svolgere, per il progressivo trasferimento di attività assistenziali di base agli OSS e perché sono in pochi. Per verificare la frequenza delle interazioni, ed anche per costruire una valutazione di riferimento con la quale confrontare rilevazioni successive, si sono osservate le volte che infermieri e OSS sono entrati nella stanza dei pazienti per verificare, se e come, si differenzia il loro modo di toccare i pazienti. Gli infermieri realizzano una quantità di interazioni/ora superiore a quella degli OSS (almeno una in più/all'ora) e questo sembra confermare la vocazione relazionale della professione infermieristica (4, 8, 9). Le attività svolte dagli infermieri e dagli OSS durante le interazioni si differenziano in accordo ai loro profili professionali, anche se alcune (ad esempio eseguire prelievi capillari) sono svolte dagli OSS malgrado non previste dal loro profilo tanto da prefigurare una progressiva espansione della loro pratica oltre i confini normativi.

Anche il profilo delle attività svolte dagli infermieri è suggestivo: ormai sono escluse dalla loro quotidianità alcune attività assistenziali di base (ad esempio l'igiene, l'alimentazione).

Tabella 3 - Distribuzione del tocco realizzato da infermieri e OSS e area del corpo del paziente toccata

Area del corpo	Tocco realizzato dagli infermieri N (%)	Tocco realizzato dagli OSS N (%)	p-value
Mano	105 (64,8)	26 (21,8)	χ^2 101,735 P = 0,00
Spalla	29 (17,9)	19 (16)	
Torace	9 (5,6)	1 (0,8)	
Corpo (igiene totale)	0 (0)	32 (26,9)	
Area genitale	2 (1,2)	16 (13,4)	
Capo	8 (4,9)	6 (5)	
Piedi	5 (3,1)	6 (5)	
Dorso	1 (0,6)	9 (7,6)	
Polpaccio	3 (1,9)	4 (3,4)	
TOTALE	228 (100%)	187 (100%)	

Da quanto è emerso, tutti gli operatori (infermieri e OSS) interagiscono con i pazienti per realizzare l'assistenza e solo in misura contenuta per comunicare: inoltre, gli operatori osservati non sono mai entrati nelle stanze dei pazienti per realizzare interventi educativi. Sarebbe interessante, in futuro, anche in vista del trasferimento di ulteriori attività agli OSS con formazione complementare, monitorare se e in quale direzione le interazioni degli infermieri si modificheranno ulteriormente.

Complessivamente, più della metà delle interazioni (67,7%) avviene toccando e questo documenta l'importante vicinanza che gli operatori sanitari osservati vogliono esprimere verso i pazienti: toccare significa ridurre le barriere e manifestare una presenza attiva (1). Tuttavia, gli operatori osservati toccano i pazienti prevalentemente perché devono 'fare qualcosa', confermando quanto documentato da Ruotasalo (1999) (3). Il tocco non procedurale si è osservato solo in 59 occasioni (21%): quest'ultimo è definito da Watson (1975) (14) come il tocco non necessario, propositivo secondo Snyder (1992) (15), di connessione con il paziente secondo Boottorff (1993) (16, 17) o di *caring* secondo Estrbrooks (1999) (1). Gli infermieri ricorrono più di frequente al tocco non procedurale (più di due volte rispetto alla frequenza con cui ricorrono gli OSS) e questo dimostra, come peraltro documentato in letteratura (13-15), che il tocco non procedurale è una componente essenziale dell'infermieristica. La frequenza del tocco non procedurale osservata è, tuttavia, inferiore a quella documentata in letteratura (3) che si attesta intorno al 50% dei tocchi complessivi realizzati dagli infermieri verso gli ospiti di una casa di riposo.

Il tocco realizzato dagli infermieri si contraddistingue perché è effettuato, con una probabilità di quattro volte superiore rispetto a quanto osservato tra gli OSS, senza guanti. Questo può essere spiegato dalle diverse attività che gli OSS svolgono: l'uso dei guanti, infatti, è in alcune circostanze necessario e assume le caratteristiche del Dispositivo di Protezione Individuale. La durata del tocco è invece omogenea tra i due gruppi. Il tocco degli infermieri avviene prevalentemente con la parte alta del corpo del paziente. Gli OSS, invece, toccano il paziente prevalentemente per realizzare attività assistenziali di base e pertanto si estendono a tutto il corpo. La diversa distribuzione delle parti del corpo toccate dai pazienti (3) invita a riflettere sul livello di formazione che è necessario (6, 9) assicurare anche agli OSS: sono loro, infatti, che utilizzano più di frequente la 'licenza' speciale consentita dagli ammalati per entrare nel loro spazio personale ed intimo (ad esempio per fare l'igiene).

All'aumentare del numero di pazienti assistiti, gli infermieri ricorrono più di frequente al tocco procedurale: quando sono gestiti da pochi infermieri, i pazienti non solo rischiano di ricevere meno cure e, quindi, di incorrere in eventi avversi (18), ma sembra loro anche negata una parte importante del *caring*. Essere toccati prevalentemente per ragioni procedurali, riduce il confort, può sviluppare un senso di mancata connessione, minacciare la sicurezza e l'autostima del paziente, e la consapevolezza della persona di essere unica (11, 12). Quando lavorano invece con numerosi OSS, la durata del tocco degli infermieri è doppia: questo potrebbe dipendere dalla percezione di maggiore supporto organizzativo determinato dalle numerose attività svolte dagli OSS, e quindi dalla possibilità di stare con i pazienti; ma anche, dalla necessità di verificare e supervisionare le condizioni del paziente che sono gestiti

prevalentemente dagli OSS. Tuttavia, questo dato va approfondito con ulteriore ricerca.

Limiti

Le strategie di raccolta dati hanno presidiato alcune minacce alla validità interna dello studio; tuttavia, alcuni errori sistematici nell'osservazione e l'effetto stesso dell'osservazione (effetto 'Hawthorne') possono aver indotto un aumento nell'occorrenza di interazioni e di tocchi ma si ritiene che questo si sia eventualmente distribuito in modo omogeneo tra i due gruppi di operatori, infermieri e OSS. Sono state osservate una quantità limitata di ore e sono state coinvolte solo due medicine: questo limite suggerisce prudenza nella generalizzabilità dei risultati emersi. Inoltre, non si sono raccolti dati sui pazienti e sugli operatori osservati. Un'osservazione prolungata, estesa a numerosi reparti e che analizza anche il profilo dei pazienti e degli infermieri/OSS è pertanto incoraggiata.

Conclusioni

Allo stato attuale, pur non avendo l'opportunità di confrontare i risultati con valutazioni precedenti, gli infermieri continuano ad avere numerose interazioni e toccano molto di frequente i pazienti malgrado i cambiamenti nelle dotazioni organiche. Gli infermieri e gli OSS si differenziano nella tipologia delle interazioni, nella natura del tocco, nella durata e nell'uso dei guanti. Il tocco costituisce una componente fondamentale del *caring* che richiede formazione, supervisione e competenza.

Per sviluppare la competenza del tocco non procedurale, è necessario attivare una sensibilizzazione anticipata degli studenti infermieri; è necessario altresì rinforzare l'importanza dell'interazione e del tocco individuando i fattori ostacolanti, anche attraverso occasioni di formazione continua. Dal punto di vista della ricerca, invece, potrebbe essere interessante monitorare gli effetti dei cambiamenti nelle dotazioni organiche di altri reparti (ad esempio nelle chirurgie) e valutare interazioni e tocco verso i pazienti di altra cultura o quando il team di infermieri e OSS è multiculturale.

Molto dibattito, anche critico, si è diffuso nel contesto italiano sulle attività progressivamente trasferite agli operatori di supporto. Poco ci si è interrogati, invece, sugli effetti di tale trasferimento delle attività sulle occasioni di *caring* di cui l'interazione e il tocco sono componenti essenziali. In questa direzione, la ricerca futura, dovrà prodigarci.

Bibliografia

1. Estabrooks CA, Morse JM. Toward a theory of touch: the touching process and acquiring a touching style. *J Adv Nurs* 1992; 17(4):448-56.
2. Routasalo P, Isola A. The right to touch and be touched. *Nurs Ethics* 1996; 3(2):165-76.
3. Routasalo P. Non-necessary touches in the nursing care of elderly people. *J Adv Nurs* 1999; 23(5):904-11.
4. Boottorff JL. The use and meaning of touch in caring for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1993; 20(10):1531-8.
5. Barnett K. A theoretical construct of concepts of touch as they relate to nursing. *Nurs Res* 1972; 21:102-110.

6. Davidhizar R, Giger JN. When touch is not the best approach. *J Clin Nurs* 1997; 6: 203-206.
7. Edvardsson JD, Sandman PO, Rasmussen BH. Meanings of giving touch in the care of older patients: becoming a valuable person and professional. *J Clin Nurs* 2003; 12(4):601-9.
8. Krieger D. *The therapeutic touch. How to use of hands to help or to heal.* Prentice Hall, New York 1979.
9. Verity S. Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. *Intensive Care Nurs* 1996; 12(6):354-8.
10. Carter A, Sanderson H. Complementary therapy. The use of touch in nursing practice. *Nurs Stan*; 1995; 9(16): 31-5.
11. Adomat R, Killingworth A. Care of the critically ill patient: the impact of stress on the use of touch in intensive therapy units. *J Adv Nurs* 1994; 19(5):912-22.
12. Palese A, Menegazzo E, Baulino F, Pistrino R, Papparotto C. The effectiveness of multistrategies on disruptive vocalisation of people with dementia in institutions: a multicentre observational study. *J Neuros Nurs* 2009; 41(4): 191-200.
13. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. *J Adv Nurs* 2001; 33(6):820-7.
14. Watson WH. The meaning of touch: geriatric nursing. *Journal of Communication* 1975; 23(3): 104-112.
15. Snyder M. *Independent nursing interventions.* New York: Delmar;1992.
16. Bottorff JL. Development of an observational instrument to study nurse-patient touch. *J Nurs Meas* 1994; 2(1):7-24.
17. Bottorff JL. The use and meaning of touch in caring for patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1993; 20(10):1531-8.
18. Palese A, Masala O, Capitanio M, Regattin L, Deroma L. Closing wards during summer time and its effects on patient's outcomes. *JONA* 2010; 40(10); 444-453.