

Accertamento infermieristico: perché osservare non significa soltanto guardare

L'accertamento infermieristico rappresenta una delle fasi fondamentali del processo assistenziale e costituisce il punto di partenza per una presa in carico efficace, personalizzata e orientata alla sicurezza della persona. È attraverso questa attività che l'infermiere raccoglie, organizza e interpreta le informazioni necessarie a comprendere le condizioni cliniche, funzionali, cognitive, emotive e relazionali dell'assistito, individuando bisogni reali o potenziali e riconoscendo tempestivamente eventuali segnali di deterioramento. Ridurre l'accertamento a una semplice osservazione visiva significa, tuttavia, limitarne profondamente il valore professionale. Osservare, in ambito infermieristico, non significa soltanto guardare ciò che appare, ma sviluppare la capacità di riconoscere ciò che potrebbe celarsi dietro un segno, un comportamento, una variazione dello stato generale o un cambiamento apparentemente insignificante. L'infermiere non osserva passivamente: raccoglie elementi, li confronta con le conoscenze scientifiche, li mette in relazione con la storia clinica della persona e li interpreta alla luce del contesto assistenziale. Un pallore cutaneo, una riduzione dell'appetito, un cambiamento nella modalità di comunicazione, una maggiore sonnolenza o una difficoltà improvvisa nella mobilitazione possono rappresentare manifestazioni di problemi differenti, non sempre immediatamente evidenti. Il loro significato dipende dall'insieme delle informazioni disponibili, dalle condizioni pregresse dell'assistito e dall'eventuale presenza di altri segni o sintomi. È proprio questa capacità di collegare i dati, anziché considerarli singolarmente, a distinguere un'osservazione professionale da una percezione superficiale. L'accertamento infermieristico è un processo sistematico, dinamico e continuo. Non si esaurisce nel momento dell'ingresso in struttura, durante la prima valutazione o nella compilazione della documentazione clinico-assistenziale, prosegue durante l'intero percorso di presa in carico, attraverso la rivalutazione periodica, il monitoraggio delle condizioni della persona e la verifica delle risposte agli interventi assistenziali. Un dato raccolto in un determinato momento, infatti, può assumere un significato differente quando viene confrontato con le rilevazioni successive. La variazione rispetto alla condizione abituale, in molti casi, è clinicamente più significativa del singolo valore considerato isolatamente. Questo principio assume particolare rilevanza nei contesti caratterizzati da elevata complessità assistenziale, come le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), l'assistenza domiciliare, i reparti ospedalieri e i servizi rivolti alle persone fragili. Nell'anziano con pluripatologie, decadimento cognitivo, ridotta mobilità o difficoltà comunicative, i segnali di un problema possono essere sfumati e manifestarsi attraverso modificazioni aspecifiche del comportamento o delle abitudini quotidiane. Una persona che diventa improvvisamente meno collaborante, che rifiuta il pasto, che presenta una nuova incontinenza o che appare insolitamente apatica potrebbe non essere semplicemente stanca o oppositiva. Questi cambiamenti richiedono attenzione, confronto con la condizione abituale e una valutazione proporzionata alla loro rilevanza clinica, considerando anche la possibilità di dolore, infezione, disidratazione, effetti farmacologici, delirium o altre condizioni acute.

L'osservazione professionale richiede, pertanto, la capacità di distinguere ciò che è abituale da ciò che è nuovo, ciò che è atteso da ciò che rappresenta una deviazione significativa e ciò che può essere monitorato da ciò che necessita di un approfondimento tempestivo. Non si tratta di attribuire automaticamente un significato patologico a ogni cambiamento, ma di evitare che una manifestazione venga banalizzata senza un'adeguata valutazione. La prudenza clinica consiste proprio nel riconoscere i limiti delle proprie informazioni, formulare ipotesi assistenziali fondate e attivare, quando necessario, ulteriori approfondimenti o il coinvolgimento delle figure professionali competenti. Un accertamento infermieristico completo integra diverse modalità di raccolta dei dati. L'intervista alla persona assistita, quando possibile, consente di conoscere sintomi, percezioni, aspettative, abitudini, difficoltà e bisogni riferiti direttamente. L'anamnesi infermieristica permette di ricostruire informazioni rilevanti relative alla storia assistenziale, all'autonomia, alla terapia in corso, alle allergie, alla nutrizione, all'eliminazione, al riposo, alla mobilità e alla gestione delle attività quotidiane. L'esame obiettivo infermieristico, attraverso osservazione, palpazione, percussione e auscultazione nei limiti delle competenze professionali, delle conoscenze possedute e delle procedure applicabili, consente di raccogliere ulteriori elementi utili alla valutazione. A questi si aggiungono la misurazione dei parametri vitali, l'impiego di strumenti validati, la consultazione della documentazione disponibile e il confronto con familiari, caregiver e altri professionisti, nel rispetto della riservatezza e delle disposizioni applicabili. Ogni informazione deve essere valutata in relazione alla sua attendibilità, alla sua rilevanza e alla necessità di verificarla. Il dato soggettivo, come il dolore riferito dalla persona, possiede un valore specifico e non può essere escluso soltanto perché non accompagnato da manifestazioni visibili. Allo stesso modo, un dato oggettivo, come una variazione dei parametri vitali o una lesione cutanea, richiede una descrizione accurata e un'interpretazione coerente con il quadro complessivo. La capacità di integrare informazioni soggettive e oggettive consente di costruire una rappresentazione più completa della situazione assistenziale, evitando conclusioni affrettate o fondate su singoli elementi. La comunicazione rappresenta un ulteriore elemento imprescindibile dell'accertamento. Le informazioni raccolte durante un turno possono diventare decisive per il professionista che prenderà in carico la persona successivamente. Una consegna generica, come «oggi non sta bene», non consente di ricostruire con precisione il problema osservato. È invece necessario descrivere che cosa è cambiato, quando è comparsa la variazione, quali dati sono stati rilevati, quali interventi sono stati effettuati e quale risposta è stata osservata. La documentazione dovrebbe distinguere i fatti dalle interpretazioni, utilizzare un linguaggio chiaro e professionale e riportare le informazioni pertinenti in modo tempestivo. Scrivere «lesione cutanea presente» è meno utile che descrivere sede, dimensioni, caratteristiche del tessuto, condizioni della cute circostante, eventuale essudato e altri elementi pertinenti, secondo le procedure adottate. Una documentazione accurata favorisce la continuità assistenziale, sostiene il ragionamento clinico e rende più verificabili le decisioni prese.

In questo contesto, anche l'utilizzo di scale di valutazione e strumenti standardizzati può migliorare la qualità dell'accertamento, purché tali strumenti vengano selezionati in base alla finalità, utilizzati correttamente e interpretati all'interno del quadro clinico complessivo. Le scale per la valutazione del rischio di lesioni da pressione, gli strumenti per l'analisi del dolore, le valutazioni dello stato nutrizionale e funzionale e i sistemi di rilevazione del deterioramento clinico possono supportare il processo decisionale. Nessuno strumento, tuttavia, sostituisce il giudizio professionale né garantisce, da solo, l'identificazione di ogni problema. Il risultato deve essere integrato con l'osservazione diretta, la storia della persona e la valutazione delle condizioni presenti. Un esempio significativo riguarda la prevenzione delle lesioni da pressione. Limitarsi a guardare la cute durante l'igiene o il cambio posturale può non essere sufficiente. L'accertamento richiede di considerare la mobilità, la capacità di cambiare posizione autonomamente, la sensibilità, lo stato nutrizionale, l'umidità cutanea, la perfusione, le condizioni generali e l'esposizione a pressioni o forze di taglio. Occorre inoltre prestare attenzione alle sedi anatomiche maggiormente esposte e alle aree interessate da dispositivi medici. Una modificazione cromatica persistente, un'alterazione della consistenza o della temperatura cutanea e la comparsa di dolore localizzato possono richiedere ulteriori verifiche, tenendo conto delle caratteristiche individuali della cute e delle condizioni che possono rendere meno evidente il danno. La valutazione del rischio, l'ispezione sistematica e la rivalutazione nel tempo devono quindi procedere insieme, orientando interventi preventivi personalizzati. Un altro esempio è rappresentato dalla valutazione del dolore nelle persone con compromissione cognitiva o difficoltà comunicative. L'assenza di una segnalazione verbale non equivale necessariamente all'assenza di dolore. Espressioni del volto, vocalizzazioni, posture antalgiche, agitazione, resistenza durante le cure o modificazioni del comportamento possono fornire indicazioni importanti, ma devono essere interpretate con cautela e, quando indicato, attraverso strumenti osservazionali appropriati. L'obiettivo non è formulare una diagnosi sulla base di un singolo comportamento, bensì riconoscere una possibile sofferenza, approfondirne le cause e favorire una risposta assistenziale tempestiva e proporzionata. La dimensione relazionale è altrettanto importante. Una persona non è soltanto un insieme di parametri biologici, diagnosi e bisogni assistenziali. È portatrice di una storia, di preferenze, di valori, di timori e di risorse personali che possono influenzare profondamente il percorso di cura. Osservare professionalmente significa anche saper ascoltare senza anticipare le risposte, utilizzare domande comprensibili, rispettare i tempi della persona e creare condizioni che favoriscano l'espressione dei bisogni. L'ambiente, il livello di rumore, la presenza di altre persone, la barriera linguistica e le condizioni emotive possono influenzare la comunicazione e la qualità delle informazioni raccolte. Un accertamento efficace deve quindi essere tecnicamente rigoroso e, allo stesso tempo, rispettoso della dignità, dell'autonomia e della riservatezza dell'assistito. La famiglia e il caregiver possono contribuire in modo significativo, soprattutto quando conoscono le abitudini e le modalità abituali di comportamento della persona. La loro testimonianza può aiutare a identificare cambiamenti recenti, difficoltà non immediatamente

rilevabili e variazioni rispetto al funzionamento precedente. Le informazioni fornite devono essere integrate con la valutazione professionale, considerando la fonte, il contesto e l'eventuale necessità di ulteriori verifiche. La collaborazione con il caregiver non sostituisce l'accertamento infermieristico, ma può arricchirlo, favorendo una comprensione più completa della situazione. L'accertamento è inoltre strettamente connesso alla capacità di stabilire priorità. Non tutte le informazioni raccolte possiedono lo stesso grado di urgenza e non tutte le variazioni possono essere affrontate con le medesime tempistiche. Un'alterazione improvvisa dello stato di coscienza, una difficoltà respiratoria acuta, un sanguinamento significativo o altri segni di possibile instabilità richiedono un intervento tempestivo secondo i protocolli e le procedure di emergenza applicabili. In altre situazioni può essere necessario programmare un approfondimento, aumentare la frequenza del monitoraggio o rivedere il piano assistenziale. La capacità di riconoscere precocemente i segnali di allarme, attivare il percorso appropriato e documentare le azioni intraprese rappresenta una componente essenziale della sicurezza delle cure. Le tecnologie digitali e la cartella clinico-assistenziale informatizzata possono sostenere questo processo, facilitando la registrazione dei dati, il confronto longitudinale, la condivisione delle informazioni e la tracciabilità delle attività. Sistemi di allerta, promemoria e strumenti di supporto decisionale possono contribuire a rendere più visibili alcune variazioni significative. Tuttavia, la qualità del risultato dipende anche dalla qualità dei dati inseriti, dalla corretta configurazione dei sistemi, dalla formazione degli operatori e dalla capacità di interpretare criticamente le informazioni prodotte. Un dato registrato automaticamente non è necessariamente completo o clinicamente significativo; allo stesso modo, un sistema informatico non può sostituire la presenza dell'infermiere, il contatto con la persona e la valutazione contestualizzata. La tecnologia deve sostenere il ragionamento professionale, non trasformare l'accertamento in una mera attività di compilazione. La competenza osservativa si sviluppa attraverso la formazione, l'esperienza, il confronto interdisciplinare e la riflessione critica sulla pratica quotidiana. Non coincide con una generica attenzione ai dettagli, ma richiede conoscenze scientifiche, metodo, capacità di riconoscere i propri limiti e disponibilità a rivedere le ipotesi iniziali quando emergono nuove informazioni. Anche il confronto con colleghi più esperti, la discussione di casi clinico-assistenziali e l'analisi degli eventi avversi o dei mancati riconoscimenti possono contribuire al miglioramento delle capacità di valutazione. È importante, inoltre, contrastare l'effetto dell'abitudine: quando un professionista conosce da tempo una persona o opera ripetutamente nello stesso contesto, può essere portato a considerare normali alcune manifestazioni che meriterebbero invece una nuova verifica. L'organizzazione del lavoro influenza concretamente la qualità dell'accertamento. Carichi assistenziali elevati, interruzioni frequenti, documentazione frammentata, comunicazioni incomplete e insufficiente continuità informativa possono ridurre la possibilità di cogliere cambiamenti rilevanti. Promuovere un accertamento efficace significa quindi non soltanto richiamare la responsabilità del singolo professionista, ma anche sviluppare procedure chiare, strumenti condivisi, momenti adeguati per la consegna, percorsi di escalation clinica e una cultura organizzativa che favorisca la

segnalazione tempestiva dei problemi. La sicurezza nasce dall'interazione tra competenza individuale, collaborazione del gruppo e affidabilità dei processi assistenziali. Dal punto di vista professionale, l'accertamento infermieristico non è un adempimento burocratico né una fase da completare rapidamente per passare all'attività successiva, è un processo conoscitivo che orienta l'identificazione dei problemi, la formulazione delle diagnosi infermieristiche, la pianificazione degli interventi e la valutazione degli esiti. La sua qualità condiziona le decisioni successive: un bisogno non riconosciuto può non essere affrontato, un rischio sottovalutato può rimanere senza adeguate misure preventive e un cambiamento clinico non documentato può compromettere la continuità assistenziale. Per questo motivo, l'accuratezza nella raccolta e nell'interpretazione dei dati deve essere considerata una responsabilità centrale della pratica infermieristica. In conclusione, osservare non significa semplicemente guardare, così come raccogliere un dato non significa automaticamente comprenderne il significato. L'accertamento infermieristico richiede attenzione intenzionale, conoscenze aggiornate, metodo, ascolto, capacità di collegare le informazioni e disponibilità a rivalutare continuamente la situazione. Significa riconoscere la persona nella sua globalità, distinguere le variazioni rilevanti dalle manifestazioni abituali, documentare con precisione e attivare tempestivamente gli interventi necessari. In una sanità sempre più complessa e tecnologicamente evoluta, la qualità dell'assistenza continua a dipendere anche dalla capacità del professionista di vedere ciò che cambia, ascoltare ciò che viene riferito e interrogarsi su ciò che ancora non è stato compreso. È in questa capacità di trasformare l'osservazione in valutazione e la valutazione in decisione assistenziale che si esprime una parte essenziale della competenza infermieristica.

Bibliografia e sitografia

- American Nurses Association (ANA). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. 4ª edizione, 2021. Consultare il sito istituzionale: <https://www.nursingworld.org/>
- Herdman TH, Kamitsuru S, Lopes CT, a cura di. *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2024–2026*. 13ª edizione. Thieme, 2024.
- International Council of Nurses (ICN). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. 2021. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses>
- World Health Organization (WHO). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- World Health Organization (WHO). *Patient safety*. <https://www.who.int/health-topics/patient-safety>
- Royal College of Nursing (RCN). Risorse professionali e documenti sulla pratica infermieristica e sull'accertamento. <https://www.rcn.org.uk/>
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Documenti e risorse sulla qualità e sicurezza delle cure. <https://www.agenas.gov.it/>
- Ministero della Salute. Documenti e indicazioni in materia di sicurezza delle cure e assistenza sanitaria. <https://www.salute.gov.it/>

Nota metodologica: il contenuto ha finalità informativa e formativa e non sostituisce la valutazione clinica individuale, le procedure della struttura o il giudizio dei professionisti competenti. Per l'applicazione operativa è opportuno fare riferimento alla quarta edizione delle linee guida internazionali del 2026 e alle procedure aggiornate adottate dalla propria organizzazione.

Di Ivan Santoro.