



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

LA PIANIFICAZIONE  
DELL'ASSISTENZA CON SCHEDE  
PRE-STRUTTURATE  
VERSO UN MODELLO DI EROGAZIONE  
DI ASSISTENZA PERSONALIZZATA,  
IL PRIMARY NURSING

Relatore:  
**Dott.ssa Mara Marchetti**

Tesi di Laurea di:  
**Agnese Paolucci**

Correlatore:  
**Dott. Lorenzo Briglio  
Nigro**

A.A. 2021/2022

## INDICE

<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>LA DOCUMENTAZIONE DEL PROCESSO DI ASSISTENZA</b>	<b>3</b>
<b>UN MODELLO ASSISTENZIALE DI RIFERIMENTO: IL PRIMARY NURSING</b>	<b>5</b>
COME NASCE	5
I 4 ELEMENTI CHE DEFINISCONO IL MODELLO	6
I RISULTATI ASSISTENZIALI DEL PRIMARY NURSING	9
<b>OBIETTIVI</b>	<b>11</b>
<b>MATERIALI E METODI</b>	<b>12</b>
<b>RISULTATI</b>	<b>13</b>
SCHEDE DI PIANIFICAZIONE PRE-STRUTTURATE	13
DATI QUESTIONARIO	23
<b>DISCUSSIONE</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ALLEGATI</b>	
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	

## ABSTRACT

### INTRODUZIONE

Gli attuali contesti sanitari necessitano di modelli assistenziali innovativi, che permettano di garantire una presa in carico globale e personalizzata della persona assistita. Il prerequisito fondamentale affinché si possa implementare tale modalità di lavoro, è saper pianificare e saper documentare in maniera corretta e completa il processo di assistenza. Nonostante ciò, la più recente letteratura riporta un basso riferimento, nella documentazione, al processo di pianificazione assistenziale. Per questo elaborato, si è scelto quindi di concentrarsi sugli infermieri e di progettare uno strumento che possa agevolarli e guidarli nella documentazione del processo di assistenza, sostenendo le difficoltà nella pianificazione emerse dalla letteratura e dall'indagine sulla pratica lavorativa.

### OBIETTIVO

L'obiettivo principale è quello di costruire schede di progettazione dell'assistenza pre-strutturate (con linguaggio NNN), per guidare e orientare gli infermieri nel processo di pianificazione assistenziale e, secondariamente, proporre l'utilizzo.

### MATERIALI E METODI

E' stata condotta una ricerca di articoli di letteratura scientifica nelle principali banche dati (PubMed, Cochrane Library, Semantic Scholar), utilizzando i seguenti termini Mesh: "*Nursing documentation AND nursing process*", "*Primary Nursing*", "*Primary nursing AND patients satisfaction*", "*Primary Nursing AND outcomes*" selezionando gli articoli più pertinenti, dall'anno 2001 all'anno 2022.

Dopodiché sono state elaborate le schede di pianificazione utilizzando i manuali della diagnosi infermieristiche.

Nell'ultima fase è stato somministrato un questionario di valutazione anonimo, agli infermieri del reparto oggetto di studio, costruito utilizzando la scala Likert a 4 livelli. Hanno partecipato alla compilazione 16 infermieri su 17. Per l'elaborazione grafica dei risultati è stato utilizzato il programma Microsoft Excel.

## RISULTATI

Sono state progettate complessivamente dieci schede di pianificazione dell'assistenza, di cui una di rischio, relative ai problemi assistenziali riconosciuti come quelli prevalenti dei pazienti del contesto. Nello specifico sono state scelte le seguenti diagnosi: *compromissione della mobilità, deficit nella cura di sé, deglutizione compromessa, disturbo dell'immagine corporea, dolore cronico, eliminazione urinaria compromessa, insonnia, isolamento sociale, modello di respirazione inefficace, rischio di stipsi.*

Dall'analisi dei dati raccolti dal questionario di valutazione è emerso che la posizione degli infermieri riguardo le problematiche sollevate, è in linea con quanto è stato estrapolato dalla letteratura scientifica; i risultati indicano anche che le schede di pianificazione progettate, sono state valutate positivamente e ritenute utili per agevolare la documentazione del processo di assistenza. Inoltre, mostrano che gli infermieri sono abbastanza propositivi rispetto al cambiamento e orientati a una modalità di lavoro che valorizzi l'infermiere come professionista e allo stesso tempo garantisca cure di qualità.

## CONCLUSIONI

Tale elaborato ha permesso di far luce sulle problematiche che ancora oggi affliggono gli infermieri nella documentazione del processo di assistenza e, nell'ambito della pianificazione, ha permesso di dimostrare che un modello assistenziale come il PN, orientato alla personalizzazione dell'assistenza, coinvolge gli infermieri nell'applicazione della metodologia di pianificazione per obiettivi nella pratica clinica. L'analisi dei dati ricavati dal questionario ha consentito di confermare quanto era emerso dalla letteratura scientifica, di confermare l'effettiva utilità delle schede di progettazione e di mostrare la propensione degli infermieri al cambiamento.

## PAROLE CHIAVE

Assistenza personalizzata, documentazione, pianificazione assistenziale, Primary Nursing, schede di pianificazione pre-strutturate.

## INTRODUZIONE

Il desiderio di sperimentare un modello assistenziale innovativo è legato alle sempre più complesse problematiche clinico assistenziali che caratterizzano gli attuali contesti sanitari. Di qui la necessità di implementare modelli di erogazione dell'assistenza in grado di garantire una presa in carico personalizzata della persona, nell'ottica di una visione globale e integrata del percorso di cura, che va dall'accoglienza sino alla dimissione e, al tempo stesso, permettere all'infermiere di agire a pieno nella propria professionalità e autonomia. Il Primary Nursing (PN), implementato in molti Paesi, permette di dare pratica attuazione a entrambi gli aspetti. Affinché possa essere adottato un modello assistenziale di questo tipo, il prerequisito fondamentale è saper pianificare e saper documentare in maniera completa l'intero processo di assistenza per avere una visione globale del percorso di cura del paziente e garantire al tempo stesso un'assistenza personalizzata.

Attualmente, l'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione dell'infermieristica come disciplina autonoma fanno sì che l'infermiere sia sempre più consapevole e coinvolto nel ragionamento diagnostico che gli dovrà consentire sia di identificare i problemi della persona, sia di formulare diagnosi infermieristiche, fino a ipotizzarne un percorso di risoluzione. Ciononostante, la più recente letteratura riporta un basso riferimento, nella documentazione che viene prodotta, al processo di *nursing*. In questo elaborato, si cercherà in primo luogo, di fare luce sulle problematiche che ancora oggi affliggono gli infermieri relativamente alla documentazione del processo di assistenza, in secondo luogo, si cercherà di fornire alcuni strumenti che, unitamente al desiderio di responsabilizzazione e all'interesse al miglioramento individuali, possano contribuire alla risoluzione delle problematiche sottolineate.

Per questo elaborato di tesi, si è scelto dunque di concentrarsi sugli infermieri e di progettare per loro uno strumento che li guidi e li agevoli nel processo di pianificazione per avvicinarsi sempre di più a un modello assistenziale di cui l'attuale panorama sanitario avverte necessità. Nello specifico, si propongono schede di progettazione pre-strutturate dell'assistenza, finalizzate a sostenere le difficoltà di pianificazione degli infermieri emerse dall'indagine sulla pratica lavorativa e documentate nella letteratura.

Infine, si procederà ad analizzare i dati ottenuti dalla somministrazione di un questionario di valutazione delle schede stesse, per sviluppare i punti di forza, le debolezze, le proposte di miglioramento, al fine di comprendere quale sia la percezione degli infermieri rispetto alle questioni sollevate e quale sia la loro posizione riguardo l'utilità delle schede di pianificazione.

## LA DOCUMENTAZIONE DEL PROCESSO DI ASSISTENZA

In Italia, il Profilo professionale dell'Infermiere (D.M. 739/94) indica esplicitamente che l'infermiere *“utilizza metodologie di progettazione dell'assistenza”*. La medesima indicazione viene fornita dalla Legge 251/2000 all'art. 1. (Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica), comma 1: *“Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica [...] espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”*.

Lo strumento a supporto della pianificazione è la cartella infermieristica, che deve riportare, in forma scritta, l'intero processo di nursing. Infatti, la documentazione di tutto il processo di assistenza rappresenta, nella realtà odierna, il mezzo più adeguato affinché la pianificazione del lavoro nelle unità operative segua percorsi di qualità e che l'operare infermieristico possa essere misurato, valutato, confrontato e modificato nel perseguimento di principi quali efficacia, efficienza ed appropriatezza delle cure. La condizione indispensabile perché questo avvenga, consiste nel documentare le attività assistenziali. Devono trasparire i contenuti, le motivazioni e i criteri che hanno portato il professionista ad assumere determinate decisioni.

La compilazione della documentazione, della quale l'infermiere è responsabile, permette infatti, di affrontare in modo sistematico i problemi assistenziali, ed è l'unico strumento in grado di rendere esplicito il processo decisionale, sotteso alle scelte assistenziali compiute per il paziente.

Alla luce dei dati obiettivi, delle condizioni e delle scelte del paziente, l'infermiere pianifica un percorso di cura da realizzare e da valutare in collaborazione con l'*équipe* multidisciplinare e con il paziente stesso: è in questa esigenza che risiede principalmente lo scopo del “documentare”.

D'altronde la responsabilità infermieristica, connessa alla redazione/compilazione delle sezioni documentali di pertinenza, ha assunto una valenza giuridica sempre più significativa. Il nostro Codice Deontologico 2019, all'articolo 33 parla di *“accuratezza nella redazione della documentazione che è per l'infermiere una responsabilità normativa etico-deontologica”*. Alla luce di questo, risulta quindi fondamentale

documentare con veridicità, chiarezza espositiva e completezza, l'intero processo di assistenza infermieristica dall'inizio al termine della presa in carico.

Nonostante ciò, nel corso degli anni gli infermieri non hanno mai avuto una relazione facile con la documentazione infermieristica. Se la quantità di documenti infermieristici è sicuramente aumentata, non è detto che sia migliorata la qualità delle informazioni descritte. Spesso, infatti, nella routine della realtà operativa, provvedere alla documentazione risulta difficoltoso, non solo per il pesante carico di lavoro, ma anche a causa dell'uso di strumenti tradizionali che non favoriscono la chiarezza, la tempestività e la completezza delle informazioni: i dati riportati sono vaghi e solo parzialmente utilizzabili. Oltre a questo, sebbene molti infermieri concordino che la pianificazione dell'assistenza porti benefici all'assistenza, primo fra tutti il miglioramento della qualità, l'adozione di una metodologia di pianificazione nella pratica clinica trova scarsa applicazione. Infatti, come emerge da un'attenta ricerca in letteratura, gli infermieri italiani hanno ancora difficoltà a progettare l'assistenza.

Alcuni sono convinti che la progettazione dell'assistenza sia un esercizio didattico puramente teorico, complesso e difficile da applicare nei contesti clinici; convengono che il tempo impiegato per la progettazione dell'assistenza è tempo tolto all'assistenza diretta al paziente e non ne percepiscono quindi la rilevanza professionale (Palese et al 2006).

Vari articoli di letteratura internazionale riportano un basso utilizzo, nella documentazione infermieristica, della documentazione del processo di assistenza (Ofi Sowunmi 2012).

Alcuni studi mettono in rilievo che gli infermieri non pianificano l'assistenza, orientandosi piuttosto a riportare complessivamente ciò che è accaduto al paziente; inoltre non danno evidenza al processo decisionale dal quale sono derivati gli interventi assistenziali attuati e non registrano i risultati raggiunti dal paziente (Jefferies et al 2010). Altri articoli ancora evidenziano che sono poche le diagnosi infermieristiche ben formulate e che i dettagli degli interventi infermieristici e degli obiettivi sono scarsamente documentati (Paans Muller-Staub 2015).

Si può sintetizzare dicendo che si pone l'attenzione su quanto è stato fatto al malato, per cui la documentazione diventa spesso una mera descrizione dell'azione esecutoria dell'infermiere; nella maggior parte delle consegne si leggono, infatti, frasi iniziate con i



participi passati “praticato”, “eseguito”, “somministrato,” mentre i riferimenti ai problemi o ai bisogni del paziente sono spesso scarsamente descritti.

Il lavoro dell’infermiere sulla documentazione risulta più come un riportare direttamente l'intervento realizzato, senza documentarne il perché e, soprattutto, senza documentare quale sia stato il percorso decisionale maturato che ha condotto alle conclusioni, che invece risultano espresse. Ciò di cui difetta quindi la documentazione, è una visione complessiva del percorso assistenziale del paziente.

Secondo uno studio sulla qualità della documentazione infermieristica, modelli di erogazione dell’assistenza orientati alla presa in carico della persona, supportano favorevolmente la documentazione dell’assistenza in maniera coerente alle fasi della pianificazione assistenziale (Jefferies et al 2010).

## **UN MODELLO ASSISTENZIALE DI RIFERIMENTO: IL PRIMARY NURSING**

Il Primary Nursing è un modello organizzativo assistenziale fondato sulla relazione infermiere-paziente e orientato ai risultati, che mira a un’assistenza infermieristica di qualità, personalizzata per ogni singola persona assistita e che garantisce l’umanizzazione, la competenza e la continuità delle cure in quanto obiettivo di ogni infermiere, di ogni formatore, dirigente. (Wessel Manthey 2018).

La pianificazione dell’assistenza, a fondamento del PN, rappresenta il mezzo attraverso il quale si attua la personalizzazione dell’assistenza infermieristica.

Alla luce di questo, il PN è stato scelto come modello assistenziale di riferimento per questo elaborato.

### **Come nasce**

PN nasce e si sviluppa con successo negli Stati Uniti tra la fine degli anni ‘60 e l’inizio degli anni ‘70, in un’unità operativa reale, in una situazione di grave carenza di personale infermieristico. Più precisamente, il termine divenne noto quando fu teorizzato e applicato da M. Manthey nel 1970 nell’ospedale Universitario del Minnesota. Qui, un gruppo di infermiere, insoddisfatto del modello organizzativo per compiti e piccola équipe, in quanto non progettati per soddisfare i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie,

decise di voler sperimentare una nuova modalità di garanzia dell'assistenza. L'équipe intuì che stava lavorando in un contesto che non permetteva una visibilità professionale; ciò spinse queste professioniste a sentire la necessità di farsi carico di maggiori responsabilità, che andavano ben aldilà di quella di seguire procedure e protocolli. L'intuizione della Manthey fu quella di assegnare la responsabilità nelle 24 ore a tutti gli infermieri, ognuno dei quali aveva un piccolo gruppo di pazienti nei confronti dei quali doveva pianificare decisioni, rese esecutive anche in sua assenza. Il successo del modello fu di aver trovato un sistema di organizzazione del lavoro in cui venivano valorizzati professionalità e responsabilità.

#### **I 4 elementi che definiscono il modello**

I quattro elementi costitutivi del Primary Nursing secondo la Manthey sono rappresentati da:

- attribuzione e accettazione da parte di ciascun individuo nella responsabilità personale nel prendere decisioni;
- assegnazione della responsabilità di assistere il paziente a un infermiere referente (primary nurse) 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, dall'accoglienza in reparto fino alla sua dimissione o trasferimento in altro reparto o struttura;
- assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il case method;
- comunicazione diretta da persona a persona (pazienti-familiari-colleghi);

Il primo elemento chiave del primary nursing consiste nell'assegnazione individualizzata della responsabilità nell'assunzione di decisioni in merito all'assistenza del paziente ed è inoltre, la differenza fondamentale tra questo e altri modelli di erogazione di assistenza infermieristica.

Le decisioni relative all'assistenza di un paziente sono prese dall'infermiere referente che entra in contatto diretto con il paziente e che ha accettato la responsabilità di questo compito. È fondamentale che questa accettazione di responsabilità sia visibile alle persone interne ed esterne al sistema di erogazione di assistenza, in modo che il paziente, i familiari, i medici, altri infermieri ed altri membri dell'équipe curante conoscano il nome dell'infermiere referente.

L'infermiere di riferimento è il detentore unico di tutte le informazioni riguardanti il paziente e il responsabile della trasmissione totale o parziale di tali informazioni. È il professionista che accerta, pianifica, valuta l'efficacia degli interventi assistenziali e la qualità dell'assistenza per il gruppo di pazienti assegnati alle sue cure; redige e condivide con il paziente e i familiari il piano di cura, orientato a esiti realistici e perseguibili; deve essere in grado in qualsiasi momento di motivare le sue scelte assistenziali di fronte al paziente e alla famiglia. È colui che presta assistenza diretta e supervisiona l'applicazione del piano di cure da lui formulato, attuato direttamente o delegando compiti e attività ad altri collaboratori (Infermiere associato e/o personale di supporto). Gli OSS devono essere assegnati all'infermiere e non alla persona assistita così da chiarire che è l'infermiere che sovrintende ed è responsabile dell'assistenza (Manthey, 2021).

L'infermiere di riferimento è inoltre responsabile di preparare la persona assistita e la sua famiglia alla dimissione favorendo un rientro ottimale al domicilio o un trasferimento ad altro setting assistenziale appropriato.

La continuità assistenziale viene garantita 24h su 24 in quanto, in assenza del primary nurse, l'infermiere associato fornisce assistenza diretta al paziente, in base al piano assistenziale stabilito dall'infermiere referente.

Gli infermieri associati vengono assegnati ai pazienti con la massima coerenza possibile per garantire la continuità assistenziale e ridurre al minimo il numero di professionisti che assistono la persona. Se l'infermiere referente non è presente e le condizioni della persona assistita si modificano, l'infermiere che in quel momento assiste la persona ha la responsabilità di aggiornare il piano di assistenza.

Il terzo elemento costitutivo del PN è il metodo dei casi (*case method*) per l'assegnazione giornaliera dei pazienti. Il criterio di questo tipo di assegnazione si riferisce alla migliore corrispondenza possibile tra i bisogni espressi dal paziente e le capacità e le competenze degli infermieri disponibili. In altre parole, si cerca di associare le problematiche emergenti e/o potenziali dei pazienti con il case mix di competenze possedute dal gruppo professionale: maggiore complessità assistenziale richiede elevati livelli di performance e skills. Ad esempio, pazienti complessi, i cui esiti non sono prevedibili, i cui programmi

di assistenza non sono standardizzati sono assegnati a infermieri più esperti e competenti. Pazienti a bassa complessità assistenziale andranno assegnati a infermieri meno esperti.

L'assegnazione dei pazienti agli infermieri può essere data dal coordinatore che deve conoscere al meglio le competenze presenti all'interno del team assistenziale o dagli stessi infermieri che riescono ad auto-gestire le assegnazioni.

Poiché il Primary Nursing prevede l'assegnazione dei pazienti dall'ammissione alla dimissione, l'attribuzione dei pazienti agli infermieri deve avvenire sia per competenza sia per turnistica, in modo da garantire la continuità delle cure; non dovrà dunque essere assegnato come infermiere di riferimento un infermiere che sta finendo il proprio turno. In alcune situazioni particolari può rendersi necessario modificare l'iniziale assegnazione, come in caso di controversie o incompatibilità personali, o di ricoveri protratti nel tempo. Questi ultimi, a volte, sono ricoveri di pazienti complessi, per cui, attribuire per un tempo prolungato la responsabilità a un solo infermiere di riferimento, può favorire situazioni di forte stress emotivo, se non di burnout.

La riassegnazione può avvenire anche nei casi in cui il decorso clinico previsto non sia quello effettivamente verificatosi e le competenze dell'infermiere di riferimento assegnato non siano più calibrate sul diverso percorso di cura che si è reso necessario. In tal caso capita che siano gli stessi infermieri referenti a comunicare l'inadeguatezza, che se condivisa dal coordinatore, porta alla riassegnazione del caso.

La garanzia di un'assistenza di qualità è strettamente legata al flusso di informazioni che circolano tra la persona assistita, i familiari e i professionisti della salute che se ne prendono cura. Il rapporto deve essere diretto, senza filtri o intermediazione, indipendente dalle modalità di trasmissione dei dati.

Proprio per questo, l'infermiere referente deve rendere disponibili le informazioni clinico assistenziali a tutti coloro che collaboreranno nel raggiungimento degli obiettivi assistenziali o che assisteranno il paziente nei momenti della sua assenza. Nel modello del Primary la base su cui costruire un percorso di cura condiviso è la relazione e la comunicazione che si instaura tra paziente e infermiere di riferimento. I colloqui tra il paziente e l'infermiere sono fondamentali per la raccolta e l'elaborazione delle informazioni che serviranno per la pianificazione condivisa degli interventi

assistenziali. L'obiettivo principale dei colloqui con il paziente è quello di coinvolgerlo nel processo decisionale e di cura. In questo modo il paziente diventa protagonista attivo del percorso di cura, acquisendo quel potere decisionale, del quale l'infermiere di riferimento diventa garante.

### **I risultati assistenziali del Primary Nursing**

È un modello di erogazione dell'assistenza che dà vita pratica e funzionale al rapporto di fiducia professionale che è sempre esistito tra infermieri e pazienti; consente di comprendere agli infermieri del loro specifico ruolo professionale (Ferrua, R., Nelson, J.W., et al 2016) e li tiene concentrati sull'obiettivo principale: risultati ottimali per i pazienti (Shirley, R., 2012).

Il PN sostiene l'autonomia di ogni singolo professionista quale elemento strategico per lo sviluppo della responsabilità e dell'autonomia (Thomas 2001).

Inoltre, il modello risponde in prima istanza alla risposta al bisogno assistenziale delle persone attraverso interventi differenziati secondo la complessità dello stesso. Ne può conseguire un miglioramento della qualità percepita da parte del malato e dei suoi caregivers (Laurant 2005).

Apprezzata dai familiari la continuità dell'assistenza, dimostrata dalla loro preferenza ad avere la stessa infermiera assegnata loro turno dopo turno, e le significative relazioni infermiere-paziente (Nadeau, K., Pinner, K., et al 2017).

Molti studi, a favore in letteratura scientifica infermieristica, in merito ai risultati positivi per i pazienti, come aumento della soddisfazione, riduzione della durata della degenza e diminuzione degli eventi avversi (Carabetta, M., Lombardo, K., et al 2013; Cropley, S., 2012; Korhonen A., Kangasniemi M., 2013)

I principali aspetti del modello come l'autonomia, la comunicazione e la continuità, sono tutti considerati fondamentali per incrementare la soddisfazione del personale sul lavoro (Rigby A., Leach, C. e Greasley, P. 2001).

Si osserva come nel Primary Nursing la soddisfazione e la motivazione del personale di reparto siano più alti rispetto a quelli che si registrano nel modello del Functional Nursing. Difatti i pazienti riferiscono di aver ricevuto un miglioramento in tutti gli ambiti della qualità dell'assistenza infermieristica dopo l'introduzione del Primary Nursing (Makinen, A., Kivimaki, M., et al 2003).

D'altra parte, sebbene una maggiore attribuzione di responsabilità favorisca l'autonomia del personale, una minoranza di infermieri ritiene che ciò possa indurre maggiore stress (Akinen, A., Kivimaki, M., et al 2003); ne è derivata infatti una diminuzione del numero di personale disposto ad assumersi maggiori responsabilità (Rigby A., Leach, C. et al 2001).

## **OBIETTIVI**

Con questo elaborato si vuole innanzitutto evidenziare il controverso legame che intercorre tra gli infermieri e la documentazione del processo di assistenza e, a tal proposito, illustrare un modello assistenziale che ben supporta l'intero processo di pianificazione, reso esplicito nella documentazione infermieristica.

L'obiettivo principale è quello di costruire schede di progettazione dell'assistenza pre-strutturate (con linguaggio NNN), per guidare e orientare gli infermieri nel processo di pianificazione assistenziale e di proporne l'utilizzo.

Secondariamente, si vuole indagare, attraverso un questionario, il pensiero degli infermieri riguardo la documentazione del processo di assistenza, nonché la necessità di un cambiamento nel modello organizzativo in uso, nella struttura di riferimento allo studio.

## MATERIALI E METODI

In primis si è voluto indagare il rapporto tra gli infermieri, la pianificazione assistenziale e la documentazione infermieristica, per poi passare a descrivere il modello assistenziale preso in riferimento (PN), in quanto supporta favorevolmente la documentazione dell'assistenza in maniera coerente con le fasi di progettazione dell'assistenza. A tali propositi è stata condotta una ricerca di articoli di letteratura scientifica nelle principali banche dati (PubMed, Cochrane Library, Semantic Scholar) utilizzando i seguenti termini Mesh: “*Nursing documentation AND nursing process*”, “*Primary Nursing*”, “*Primary nursing AND patients satisfaction*”, “*Primary Nursing AND outcomes*” tenendo in considerazione gli articoli più pertinenti degli ultimi vent'anni, dall'anno 2001 all'anno 2022.

Dopo la ricerca in letteratura, sono state costruite le schede di pianificazione. La progettazione ha preso avvio dall'analisi della cartella infermieristica attualmente in uso nella SOD Clinica Medica. Poiché la tipologia di accertamento utilizzata in reparto si rifà ai Modelli Funzionali di Salute (Gordon, 1999) si è scelto di continuare sulla linea della tassonomia NANDA NIC e NOC, utilizzando i manuali delle diagnosi infermieristiche per elaborare le schede di progettazione.

Nell'ultima fase è stato somministrato un questionario di valutazione anonimo (*allegato I*), agli infermieri della SOD Clinica Medica dell'Azienda O. U. delle Marche. Il questionario è stato costruito utilizzando la scala Likert a 4 livelli e sono state individuate complessivamente 9 domande, 7 chiuse e 2 aperte. In totale, gli infermieri che hanno partecipato alla compilazione sono 16 su 17. Per l'elaborazione dei risultati, è stato utilizzato il programma Microsoft Excel, grazie al quale è stato possibile costruire dei grafici per l'illustrazione dei dati ottenuti.



## RISULTATI

### **Schede di pianificazione pre-strutturate**

La letteratura ha dimostrato il grosso ostacolo della documentazione del processo di assistenza da parte degli infermieri.

Nel reparto oggetto di ricerca, la documentazione infermieristica offre un'esaustiva conoscenza della storia clinica del paziente, permette di fare un approfondito accertamento, ma è in parte carente, attualmente, degli elementi di progettualità dei piani assistenziali infermieristici. Questa carenza può essere superata con lo sviluppo di schede di pianificazione dell'assistenza che guidino e orientino gli infermieri nelle fasi di pianificazione e documentazione del processo di assistenza.

Sono state progettate complessivamente dieci schede di pianificazione dell'assistenza, di cui una di rischio, relative ai problemi assistenziali riconosciuti come quelli prevalenti dei pazienti del contesto. Nello specifico sono state scelte le seguenti diagnosi: compromissione della mobilità (*figura 1*), deficit nella cura di sé (*figura2*), rischio di stipsi (*figura3*), deglutizione compromessa (*figura4*), isolamento sociale (*figura 5*), disturbo dell'immagine corporea (*figura 6*), dolore cronico (*figura7*), 6), insonnia (*figura8*), modello di respirazione inefficace (*figura9*), eliminazione urinaria compromessa (*figura 10*).

Per ciascuna DI sono state individuate le definizioni, le principali caratteristiche definenti che corrispondono ai segni e sintomi del paziente e i fattori correlati, corrispondenti alle cause della problematica assistenziale individuata. Per quanto riguarda le diagnosi di rischio, sono stati individuati i fattori di rischio e le condizioni associate. Dopodiché sono stati individuati obiettivi assistenziali, indicatori di risultato, interventi infermieristici prioritari e un piano di attività per la risoluzione del problema. Per ciascuna scheda, è stato dedicato uno spazio per la registrazione dei progressi verso i risultati programmati. L'infermiere referente sarà responsabile di aprire le schede al momento dell'accertamento o quando le condizioni del paziente cambiano, selezionando le opzioni che hanno portato alla formulazione della diagnosi, indicando obiettivi e interventi messi in atto. Alla dimissione del paziente, l'infermiere responsabile chiuderà le schede, registrando il risultato assistenziale raggiunto.

Diagnosi infermieristica (DI)			
<b>COMPROMISSIONE DELLA MOBILITA'</b> (00085): limitazione del movimento autonomo e finalizzato del corpo o di uno o più arti			
<i>Caratteristiche definenti</i>		<i>Fattori correlati</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Movimenti rallentati</li> <li>○ Movimenti scordinati</li> <li>○ Difficoltà a girarsi</li> <li>○ Dispnea indotta dal movimento</li> <li>○ Instabilità posturale</li> <li>○ Alterazioni dell'andatura</li> <li>○ Tremore indotto dal movimento</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dolore</li> <li>○ Compromissione cognitiva</li> <li>○ Diminuzione della forza muscolare</li> <li>○ Prescrizione di limitazione dei movimenti</li> <li>○ Rigidità articolare</li> <li>○ Perdita di integrità delle strutture ossee</li> <li>○ malnutrizione</li> </ul>	
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<b>Livello di mobilità</b>			
<i>Come indicato da</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Passiva nel letto</li> <li>○ Mantiene la posizione seduta per 1 ora con appoggio</li> <li>○ Esegue trasferimento in carrozzina a 1 operatore</li> <li>○ Cammina in autonomia con supervisione</li> <li>○ Ripresa del livello di autonomia come a domicilio</li> </ul>			
<b>DA COMPILARE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA</b>			
Mobilità (specificare con scala da 1 a 5)			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente dipendente</li> <li>2. Richiede sia l'aiuto di un'altra persona che l'impiego di ausili</li> <li>3. Richiede l'aiuto di un'altra persona per l'assistenza</li> <li>4. Richiede l'impiego di ausili o attrezzature</li> <li>5. È completamente indipendente</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>deambulazione (0221)</b> <b>equilibrio (0222)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
○ Mobilizzazione passiva nel letto			
○ Posizionare seduto con gambe fuori dal letto per 1 ora con appoggio			
○ Assistere nel trasferimento in carrozzina			
○ Consigliare al pz l'uso di calzature antiscivolo per camminare			
○ Istruire nell'utilizzo di ausili per la deambulazione come da prescrizione			
○ Far camminare con supervisione			

Figura 1 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Compromissione della mobilità

Diagnosi infermieristica (DI)			
<b>DEFICIT NELLA CURA DI SE' (00108-00109-00102): bagno, vestirsi, alimentarsi</b>			
<i>Caratteristiche definenti</i>		<i>Fattori correlati</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Difficoltà ad accedere al bagno</li> <li>○ Difficoltà a lavare il corpo</li> <li>○ Difficoltà ad indossare e togliere l'abbigliamento</li> <li>○ Difficoltà a completare l'igiene dopo l'uso del gabinetto</li> <li>○ Difficoltà a portare il cibo alla bocca</li> <li>○ Difficoltà a preparare il cibo</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Astenia e stanchezza</li> <li>○ Mancanza di motivazione</li> <li>○ Compromissione muscolo-scheletrica</li> <li>○ Dolore</li> <li>○ Disfunzione cognitiva</li> </ul>	
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<p><b>Cura di sé (0300):</b>  <i>Come indicato da</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Capacità di mantenere un aspetto curato</li> <li>○ Adeguato livello di igiene personale</li> <li>○ Capacità di vestirsi</li> <li>○ Capacità di raggiungere il gabinetto</li> <li>○ Capacità di Mangiare</li> <li>○ Capacità di vestirsi</li> </ul> <p>DA COMPILARE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA</p> <p><b>Cura di sé: attività di vita quotidiana</b> (specificare con scala da 1 a 5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipendente (non partecipa)</li> <li>2. Richiede l'aiuto di persone e strumenti</li> <li>3. Richiede l'aiuto di persone</li> <li>4. Indipendente con ausili</li> <li>5. Completamente indipendente</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>Assistenza nella cura di sé (1800)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Accertare ogni giorno la pulizia del paziente</li> <li>○ Incoraggiare l'indipendenza fornendo assistenza solo ove necessario</li> <li>○ Assicurare la privacy</li> <li>○ fornire il materiale per l'igiene ed eventuali ausili</li> <li>○ Promuovere l'utilizzo di biancheria personale ma allo stesso tempo funzionale alle attività di assistenza e di qualità idonea</li> <li>○ Insegnare all'assistito modi alternativi per il bagno e l'igiene personale</li> </ul>			

Figura 2 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Deficit nella cura di sé

Diagnosi infermieristica (DR)			
<p><b>RISCHIO DI STIPSI (00015):</b> suscettibilità a un'evacuazione di feci non frequente o difficoltosa, che può compromettere la salute.</p>			
<p><i>Fattori di rischio</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abuso di sostanze</li> <li>○ Assunzione insufficiente di fibra e/o liquidi</li> <li>○ Compromissione della mobilità</li> <li>○ Fattori di stress</li> <li>○ Privacy insufficiente</li> <li>○ Reprimere abitualmente il bisogno di defecare</li> </ul>		<p><i>Condizioni associate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Farmaci</li> <li>○ Malattie cardiache</li> <li>○ Malattie dell'apparato digerente</li> <li>○ Malattie muscolari</li> <li>○ Blocco del colon retto</li> <li>○ Disturbi mentali</li> </ul>	
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dimostrerà di conoscere il regime intestinale necessario n contrastare gli effetti collaterali dei farmaci</li> <li>○ Descriverà il regime dietetico corretto (per esempio, liquidi, fibre) per mantenere di un regolare modello di funzionalità intestinale</li> <li>○ Riferirà l'evacuazione di feci con una riduzione del dolore e della forza</li> </ul>			
Progettazione interventi			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Raccogliere informazioni sul regime intestinale, l'attività fisica praticata, i farmaci in uso</li> <li>○ incoraggiare la deambulazione</li> <li>○ garantire la privacy (tirare la tenda, posizionare paravento)</li> <li>○ Informare la persona della possibile stipsi farmaco-indotta</li> <li>○ Spiegare all'assistito gli effetti dei liquidi e delle fibre per prevenire la stipsi</li> <li>○ Istruire l'assistito sulle conseguenze dell'uso di lassativi</li> </ul>			

Figura 3 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Rischio di stipsi

Diagnosi infermieristica (DI)			
<p><b>DEGLUTIZIONE COMPROMESSA (00103):</b> anormale funzionamento del meccanismo della deglutizione associato a deficit strutturali o funzionali orali, faringei o esofagei.</p> <p><i>Caratteristiche definenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ voce gorgogliante</li> <li>○ deglutizione ritardata</li> <li>○ deglutizioni multiple</li> <li>○ scialorrea</li> <li>○ tosse, soffocamento</li> <li>○ rifiuto del cibo</li> <li>○ incompleta chiusura delle labbra</li> <li>○ fuoriuscita di saliva</li> </ul> <p><i>Fattori correlati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alterazione dell'attenzione</li> <li>○ Problema di comportamento alimentare</li> <li>○ Malnutrizione</li> </ul>			
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<p><b>Alimentarsi (0303)</b></p> <p><i>Come indicato da</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ capacità di preparare e ingerire il cibo</li> <li>○ tollerare l'ingestione di cibo senza rischio di soffocamento o aspirazione</li> <li>○ termina il pasto</li> </ul> <p>DA COMPIERE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA</p> <p>Alimentazione</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estremamente compromessa</li> <li>2. Sostanzialmente compromessa</li> <li>3. Moderatamente compromessa</li> <li>4. Lievemente compromessa</li> <li>5. Non compromessa</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>Misure preventive dell'aspirazione (3200)</b> <b>Alimentazione (1050)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
○ monitorare il livello di coscienza			
○ sorveglianza del paziente durante il pasto			
○ controllare la bocca per stasi di cibo dopo i pasti			
○ monitorare segni e sintomi di aspirazione			
○ posizionamento corretto del paziente			
○ frantumare le pillole			
○ coinvolgere la famiglia durante l'ingestione di cibo			

Figura 5 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Deglutizione compromessa

Diagnosi infermieristica (DI)			
<p><b>ISOLAMENTO SOCIALE (00053):</b> condizione in cui la persona non ha la percezione di riuscire a instaurare relazioni interpersonali positive, durature, significative.</p> <p><i>Caratteristiche definenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ alterazioni dell'aspetto fisico</li> <li>○ esprime solitudine</li> <li>○ bassi livelli di attività sociali</li> <li>○ interazione minima con le altre persone</li> <li>○ sensazione di non avere uno scopo</li> <li>○ contatto visivo ridotto</li> </ul> <p><i>Fattori correlati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Difficoltà a svolgere le attività di vita quotidiana</li> <li>○ Compromissione della mobilità</li> <li>○ Autostima scarsa</li> <li>○ Valori incongruenti con le norme culturali</li> <li>○ Sistema di sostegno psicosociale inadeguato</li> </ul>			
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<p><b>Sostegno sociale (1504)</b>  <i>Come indicato da:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ persone che possono aiutare se necessario</li> <li>○ contatti di sostegno sociale</li> <li>○ volontà di chiamare gli altri per l'assistenza</li> <li>○ rete sociale stabile</li> </ul> <p>DA COMPIERE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA            Sostegno sociale (specificare con scala da 1 a 5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. non adeguato</li> <li>2. scarsamente adeguato</li> <li>3. moderatamente adeguato</li> <li>4. sostanzialmente adeguato</li> <li>5. totalmente adeguato</li> </ol>			
<p>Interventi infermieristici prioritari: <b>Promozione del coinvolgimento della famiglia (7110)</b>  <b>Miglioramento della socializzazione (5100)</b></p>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
○ esortare i familiari a prendersi cura del congiunto durante la permanenza in ospedale			
○ attivazione del servizio sociale aziendale in caso di assenza di familiari e/o caregivers			
○ determinare il livello di dipendenza dai familiari appropriato all'età e alla malattia			
○ incoraggiare le relazioni con le persone che hanno interessi e scopi in comune			
○ Gratificare l'avvenuto miglioramento della cura, dell'aspetto personale o di altre attività			

Figura 5 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Isolamento sociale

Diagnosi infermieristica (DI)			
<b>DISTURBO DELL'IMMAGINE CORPOREA (00118):</b> rappresentazione mentale negativa del proprio fisico			
<i>Caratteristiche definenti</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cambiamento reale della struttura e/o delle funzioni</li> <li>○ Paura del rifiuto o delle reazioni di rifiuto da parte degli altri</li> <li>○ Risposta verbale / non verbale a un cambiamento reale o percepito della struttura o delle funzioni</li> <li>○ Attenzione concentrata sulla forza, la funzionalità o l'aspetto avuto in passato</li> <li>○ Dichiarato cambiamento dello stile di vita</li> <li>○ Nascondere una parte del corpo</li> <li>○ Mutamento del proprio coinvolgimento sociale</li> </ul>		<i>Fattori correlati</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Autostima scarsa</li> <li>○ Paura di una recidiva della malattia</li> </ul>	
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<b>Immagine corporea (1200)</b>			
<i>Come indicato da</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ percezione positiva del proprio aspetto e delle funzioni del proprio corpo</li> <li>○ Esprimerà disponibilità a utilizzare le risorse suggerite dopo la dimissione</li> <li>○ Manterrà strette interazioni e relazioni personali</li> <li>○ identificherà i propri punti di forza personali</li> </ul>			
DA COMPIERE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA			
Dimostra accettazione dell'immagine corporea (specificare con scala da 1 a 5)			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mai</li> <li>2. Raramente</li> <li>3. Qualche volta</li> <li>4. Spesso</li> <li>5. Costantemente positivo</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>miglioramento dell'autostima (5400)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ identificare i mezzi per ridurre l'impatto di una qualunque modificazione</li> <li>○ Assistere il malato/la famiglia a identificare i meccanismi di coping e a riconoscere i propri limiti</li> <li>○ Fornire assistenza in maniera non giudicante, rispettando la dignità e la privacy personale</li> </ul>			

Figura 6 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Disturbo dell'immagine corporea

Diagnosi infermieristica (DI)			
<p><b>DOLORE CRONICO (00133):</b> esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale; insorgenza improvvisa o lenta di qualunque intensità da lieve a severa, costante o ricorrente, senza un termine previsto o prevedibile e con una durata superiore a 3 mesi</p> <p><i>Caratteristiche definenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ comportamento difensivo</li> <li>○ comportamento protettivo</li> <li>○ irrequietezza</li> <li>○ depressione smorfia di dolore</li> <li>○ Atrofia dei gruppi muscolari interessati</li> <li>○ Modificazione del modello di sonno</li> <li>○ Modificazione del peso</li> <li>○ Riduzione dell'interazione con le persone</li> </ul> <p><i>Fattori correlati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fatigue</li> <li>○ Agente lesivi</li> <li>○ Malnutrizione</li> <li>○ Sofferenza psicologica</li> <li>○</li> </ul>			
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<p><b>Controllo del dolore (1605)</b></p> <p><i>Come indicato da</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utilizza strategie di coping efficaci</li> <li>○ Riferisce che il dolore è sotto controllo</li> <li>○ Assenza di tensione muscolare e di irrequietezza</li> <li>○ Assenza di perdita di appetito</li> <li>○ Usa gli analgesici come raccomandato</li> </ul> <p>DA COMPIRIE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA</p> <p>Controllo del dolore (specificare cin scala da 1 a 5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mai dimostrato</li> <li>2. Raramente dimostrato</li> <li>3. Talvolta dimostrato</li> <li>4. Spesso dimostrato</li> <li>5. Costantemente dimostrato</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>gestione del dolore (1415)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Monitorare la soddisfazione dell'assistito in merito alla gestione del dolore</li> <li>○ Offrire alla persona tecniche di sollievo dal dolore</li> <li>○ Favorire un adeguato riposo per facilitare il sollievo dal dolore</li> <li>○ Somministrare farmaci analgesici prima di un'attività per aumentare la partecipazione</li> </ul>			

Figura 7 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Dolore cronico



Diagnosi infermieristica (DI)			
<p><b>INSONNIA (00095):</b> incapacità di addormentarsi o di continuare a dormire che compromette la funzionalità della persona</p> <p><i>Caratteristiche definenti</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dichiarata difficoltà a prendere sonno</li> <li>○ Insoddisfazione per il proprio sonno</li> <li>○ Risvegli anticipati</li> <li>○ Esprime necessità di sonnellini frequenti durante il giorno</li> <li>○ Esprime sbadataggine</li> <li>○ Alterazione dell'umore</li> </ul> <p><i>Fattori correlati</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansia</li> <li>○ Farmaci</li> <li>○ Infermieri che interrompono il sonno per terapie, monitoraggio</li> <li>○ Lavoro a turni</li> <li>○ Fattori di stress</li> <li>○ Urgenza minzionale</li> <li>○ Consumo di caffeina</li> </ul>			
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<p><b>Riposo (0003)</b></p> <p><i>Come indicato da</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aspetto riposato</li> <li>○ Recupero delle energie dopo il riposo</li> <li>○ Riposo menale</li> <li>○ Sonnellini adeguati per l'età Risveglio a un orario adeguato</li> </ul> <p>DA COMPIRE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA</p> <p>Sonno (specificare con scala da 1 a 5)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estremamente compromesso</li> <li>2. Sostanzialmente compromesso</li> <li>3. Moderatamente compromesso</li> <li>4. Lievemente compromesso</li> <li>5. Non compromesso</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>miglioramento del sonno (1850)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ creare un ambiente idoneo per favorire il riposo</li> <li>○ garantire il comfort della persona</li> <li>○ programmare le procedure infermieristiche e in modo da ridurre al minimo la necessità di svegliare la persona assistita</li> <li>○ prendere in considerazione l'eventuale necessità di prescrizioni farmacologiche</li> <li>○ limitare il sonno diurno</li> </ul>			

Figura 8 - Scheda pre-strutturata relativa alla DI Insonnia

Diagnosi infermieristica (DI)			
<b>MODELLO DI RESPIRAZIONE INEFFICACE (00032):</b> inspirazione e/o espirazione che non garantiscono una ventilazione adeguata			
<i>Caratteristiche definenti</i>		<i>Fattori correlati</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ bradipnea/tachipnea/ortopnea</li> <li>○ respiro corto</li> <li>○ alterazione nell'espansione toracica</li> <li>○ uso dei muscoli accessori della respirazione</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ansia</li> <li>○ dolore</li> <li>○ iperventilazione</li> <li>○ obesità</li> <li>○ posizione del corpo</li> </ul>	
Obiettivo / Indicatore di risultato			
<b>Stato respiratorio (0415)</b>			
<i>Come indicato da</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ inspirazione respiro calmo</li> <li>○ simmetria della gabbia toracica in espansione</li> <li>○ non uso dei muscoli accessori</li> <li>○ ritmo e FR nei limiti della norma</li> </ul>			
DA COMPIRE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA			
Ventilazione (specificare con scala da 1 a 5)			
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estremamente compromessa</li> <li>2. Sostanzialmente compromessa</li> <li>3. Moderatamente compromessa</li> <li>4. Lievemente compromessa</li> <li>5. Non compromessa</li> </ol>			
Interventi infermieristici prioritari: <b>promozione della respirazione (3390)</b>			
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma
○ Auscultare i suoni respiratori			
○ Ossigenoterapia			
○ Stimolazione della tosse			
○ Posizionamento ottimale per ridurre lo sforzo respiratorio			
○ Monitoraggio emogas-analitico			
○ Aiutare nell'utilizzo dello spirometro incentivante			
○ Incentivare la persona a camminare, se possibile			
○ Monitorare per la ricerca dei segni di respirazione rumorosa (crepiti)			
○ Esortare la persona a fare respiri lenti e profondi			

Figura 9 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Modello di respirazione inefficace

Diagnosi infermieristica (DI)				
<b>ELIMINAZIONE URINARIA COMPROMESSA (00016):</b> disturbo dell'eliminazione urinaria				
<i>Caratteristiche definenti</i>		<i>Fattori correlati</i>		
○ Disuria		○ Rilassamento involontario dello sfintere		
○ Nicturia		○ compromissione senso-motoria		
○ Pollacchiuria		○ privacy insufficiente		
○ Incontinenza urinaria		○ vincoli ambientali		
○ Ritenzione urinaria		○ obesità		
Obiettivo / Indicatore di risultato				
<b>Eliminazione urinaria (0503)</b>				
<i>Come indicato da</i>				
○ emissione di urina senza dolore o urgenza				
○ continenza				
○ riconosce l'urgenza				
○ svuota completamente la vescica				
<b>DA COMPIERE ALLA DIMISSIONE/TRASFERIMENTO/CHIUSURA DEL PROBLEMA</b>				
Eliminazione urinaria (specificare con scala da 1 a 5)				
1. Estremamente compromessa				
2. Sostanzialmente compromessa				
3. Moderatamente compromessa				
4. Lievemente compromessa				
5. Non compromessa				
Interventi infermieristici prioritari: <b>gestione dell'eliminazione urinaria (0590)</b>				
Attività infermieristiche	Data	Aggiornamenti	Firma	
○ Monitorare segni e sintomi di incontinenza				
	○ Prelevare un campione di urina per le analisi			
	○ insegnare all'assistito i segni e i sintomi di infezione del tratto urinario			
	○ Istruire l'assistito/la famiglia a registrare il numero di minzioni			
	○ Istruire l'assistito a rispondere subito al bisogno di urinare			
	○ Educare l'assistito allo svuotamento della vescica prima di essere sottoposto a procedure			

Figura 5 – Scheda pre-strutturata relativa alla DI Eliminazione urinaria compromessa

## Dati questionario

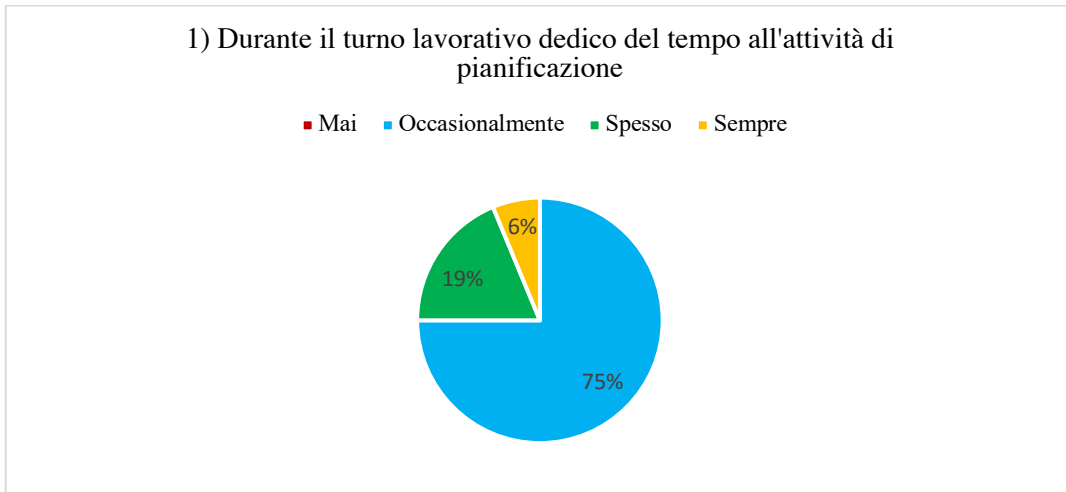


Grafico 1 – Risposte all'affermazione n. 1 del questionario

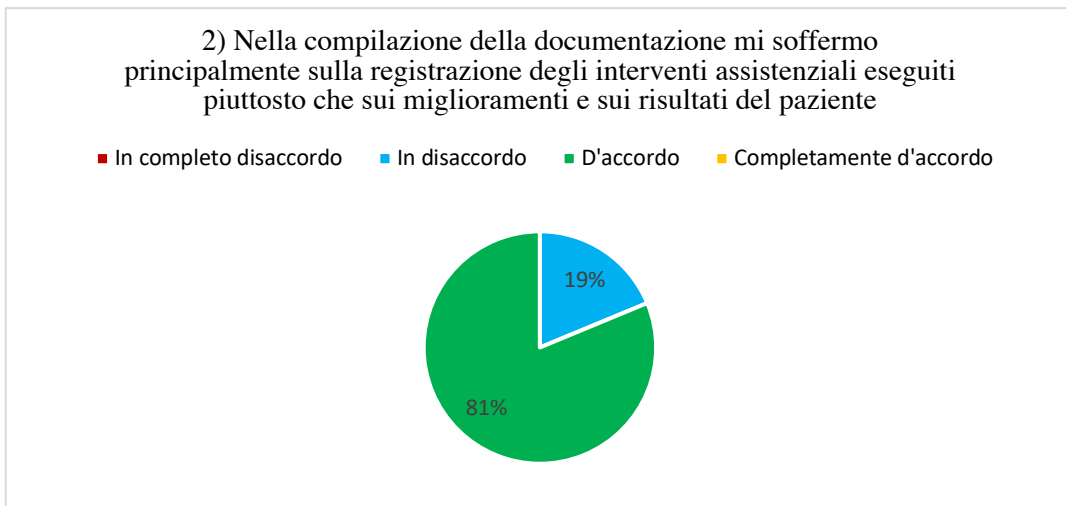


Grafico 2 – Risposte all'affermazione n. 2 del questionario

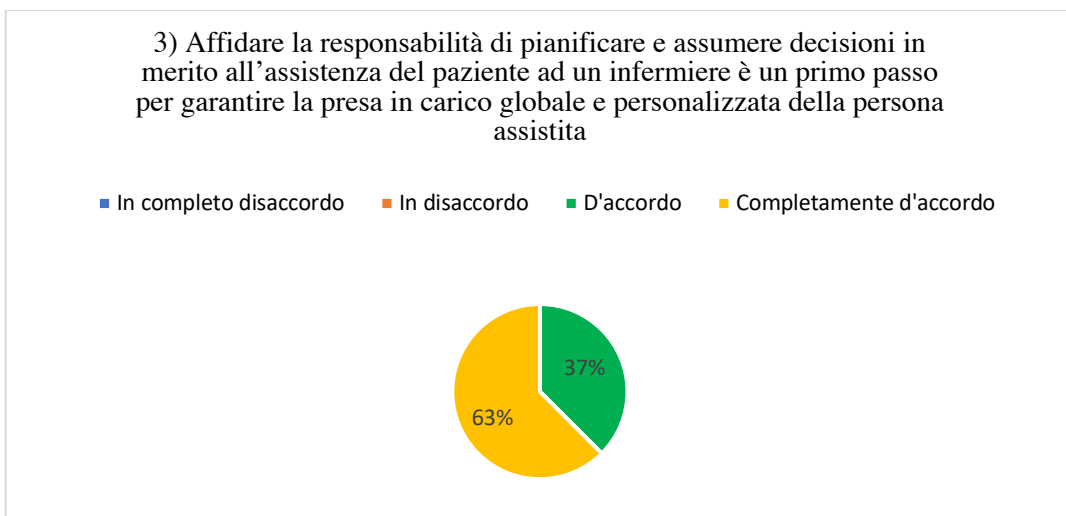


Grafico 3 – Risposte all'affermazione n. 3 del questionario

4) Documentare il processo di pianificazione attraverso schede di pianificazione pre-strutturate è un modo per rendere esplicito il processo decisionale che guida l'operato dell'infermiere e quindi per responsabilizzare e definire il suo campo di autonomi

■ In completo disaccordo ■ In disaccordo ■ D'accordo ■ Completamente d'accordo

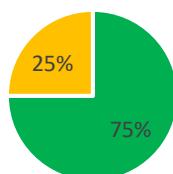


Grafico 4 – Risposte all'affermazione n. 4 del questionario

5) La compilazione delle schede di pianificazione pre-strutturate porterebbe via tempo all'assistenza diretta con il paziente

■ In completo disaccordo ■ In disaccordo ■ D'accordo ■ Completamente d'accordo

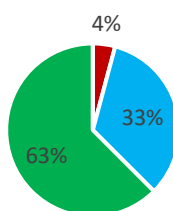


Grafico 5 – Risposte all'affermazione n. 5 del questionario

6) Avere uno strumento come le schede di pianificazione pre-strutturate può guidare e agevolare gli infermieri nel processo di pianificazione, quindi le utilizzerei

■ In completo disaccordo ■ In disaccordo ■ D'accordo ■ Completamente d'accordo

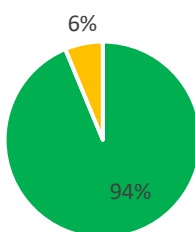


Grafico 6 – Risposte all'affermazione n. 6 del questionario

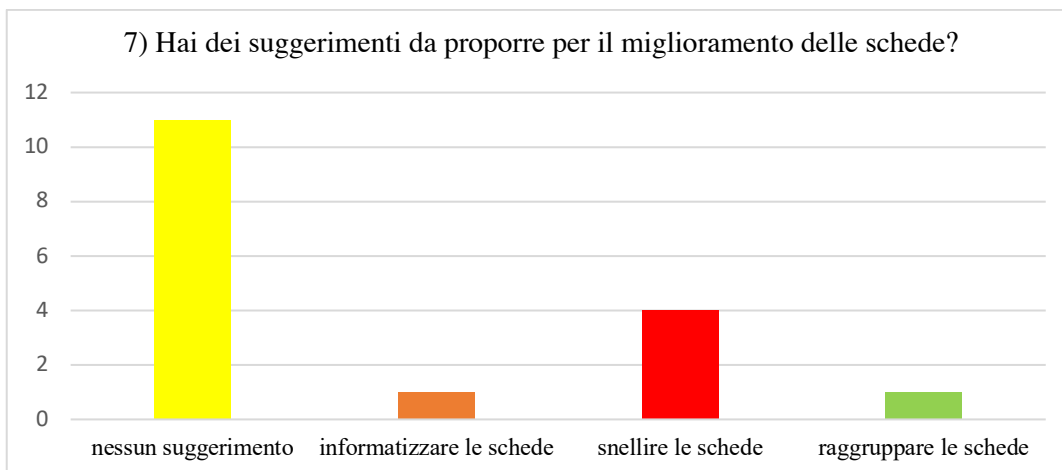


Grafico 7 – Risposte alla domanda n.7 del questionario

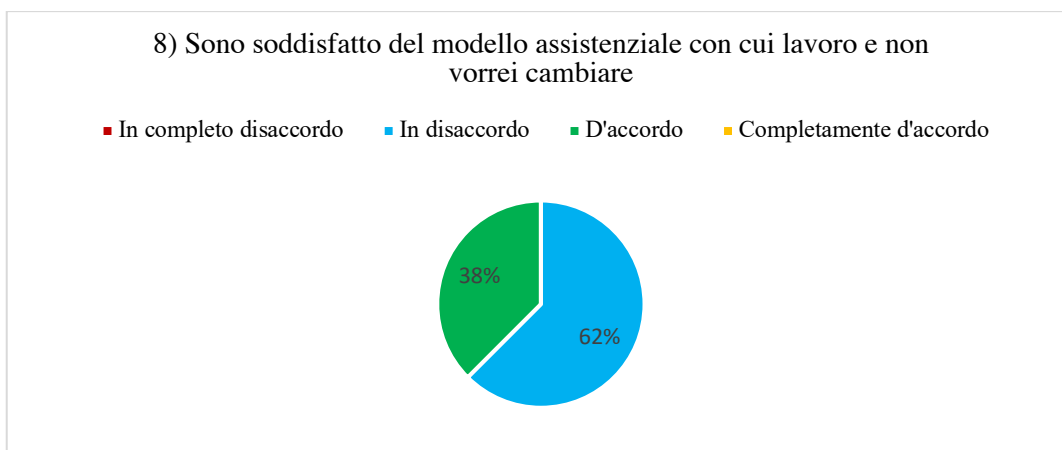


Grafico 8 – Risposte all'affermazione n.8 del questionario

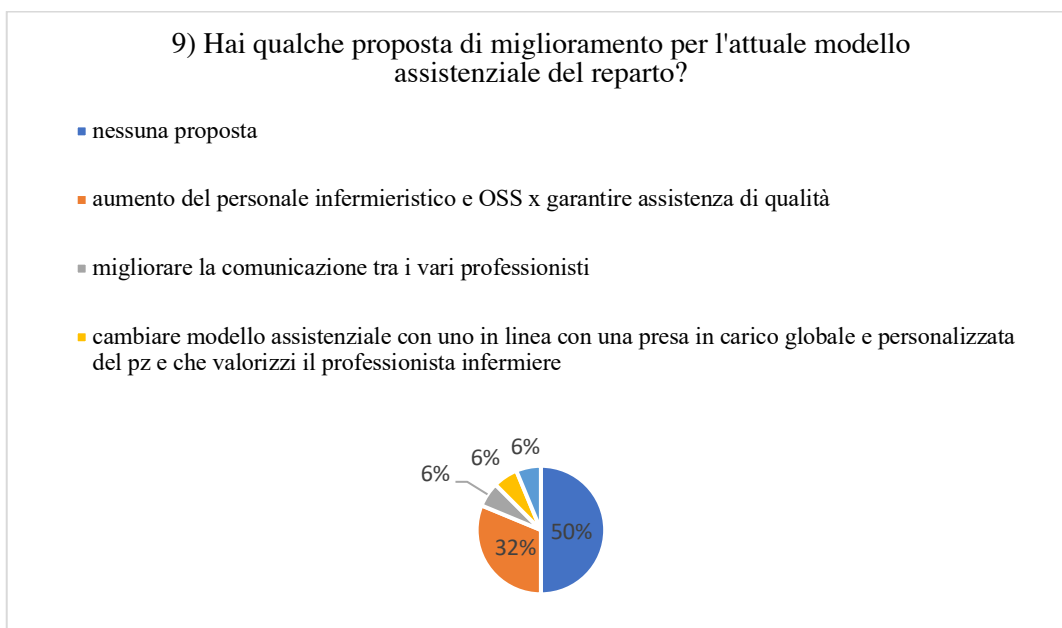


Grafico 9 – Risposte alla domanda n. 9 del questionario

## DISCUSSIONE

Il PN è stato scelto come modello assistenziale di riferimento per questo elaborato in quanto supporta favorevolmente il processo di pianificazione in maniera coerente alle fasi di progettazione dell'assistenza.

La progettazione dell'assistenza permette all'infermiere di riferimento di affrontare in maniera sistematica le problematiche assistenziali, rendendo esplicito il processo decisionale che guida l'agire professionale. Applicando e documentando il processo di nursing, infatti, l'infermiere referente identifica e condivide con pazienti e familiari i problemi assistenziali, negozia i risultati attesi, sceglie le attività assistenziali opportune e le attua, valutando la progressione verso i risultati attesi (Mattila Pitkanen et al 2014; Tiedeman Lookinland 2004). Secondo uno studio sugli effetti dell'avvio di una metodologia di pianificazione nelle case di cura, i pazienti sono risultati essere molto soddisfatti in quanto potevano prendere parte al processo di pianificazione insieme agli infermieri, esprimendo i loro desideri, le loro preferenze riguardo le modalità di assistenza, che venivano opportunamente documentate. (A.Y. U. Ng et al 2022)

Il punto da cui partire per arrivare all'adozione di un modello assistenziale così innovativo è proprio quello di migliorare il rapporto degli infermieri con la pianificazione assistenziale. Saper pianificare permette di affrontare in modo coerente e sistematico i problemi della persona assistita e accompagna il professionista nell'assunzione di decisioni per il raggiungimento di specifici obiettivi, in un'ottica di presa in carico personalizzata. Non è quindi solo vantaggioso per l'infermiere, in quanto gli permette di lavorare in sicurezza e rispettare gli standard, ma anche per la persona assistita, alla quale viene garantito il coinvolgimento, la qualità e la continuità delle cure (Virgoletti et al 2012). In altre parole, avviare una metodologia di pianificazione assistenziale costituisce lo strumento attraverso il quale gli infermieri danno significato alla continuità e agli interventi assistenziali da fornire per rispondere ai bisogni di assistenza specifici di ogni paziente; consente inoltre l'integrazione degli interventi assistenziali nel tempo (tra più turni) e fra più professionisti.

L'allestimento di schede di pianificazione intende far fronte alle difficoltà di progettazione dell'assistenza emerse dalla letteratura, dotando gli infermieri di uno

strumento già pre-strutturato che li guidi e orienti nella sequenza delle fasi di progettazione e ne agevoli la documentazione (Lee 2005; Palese 2006).

Avere uno strumento per organizzare in maniera sistematica il lavoro dell'infermiere in reparto consente di individuare meglio le diverse fasi del processo decisionale e operativo, favorisce l'uniformità di intenti e di linguaggio e una maggiore funzionalità rispetto al soddisfacimento dei bisogni del paziente, quindi maggiore coerenza, continuità e qualità delle cure.

### **Analisi dei dati**

Dall'analisi dei dati raccolti dal questionario di valutazione degli infermieri (*allegato 1*) sono emersi i seguenti risultati: all'affermazione 1, il 75% degli infermieri ha affermato che dedica occasionalmente del tempo all'attività di pianificazione, il 19% spesso e il 6% sempre. All'affermazione 2, l'81% degli infermieri ha concordato sul fatto che durante la compilazione della documentazione ci si sofferma più sulla registrazione degli interventi eseguiti, che sui risultati e sui miglioramenti ottenuti dal paziente. Entrambi i risultati sono perfettamente in linea con quanto emerso dalla letteratura scientifica in merito alla documentazione del processo di pianificazione: la maggior parte degli infermieri non pianifica l'assistenza, orientandosi piuttosto a registrare complessivamente ciò che è accaduto al paziente durante il turno (Jeffries et al 2010).

All'affermazione 3 tutti gli infermieri hanno dato la medesima risposta, in particolare il 63% è completamente d'accordo e il 37% è d'accordo sul fatto che affidare a un infermiere la responsabilità di pianificare e prendere decisioni in merito all'assistenza di un paziente, sia il primo passo per garantire una presa in carico globale e personalizzata. Lo stesso risultato è stato ottenuto con l'affermazione 4, in quanto il 75% è d'accordo e il 25% completamente d'accordo che documentare il processo di pianificazione è un modo per prendere esplicito il processo decisionale che guida l'operato dell'infermiere e quindi per responsabilizzare e definire il suo campo di autonomia. Da ciò si evince che gli infermieri riconoscono che una modalità di lavoro basata sulla pianificazione sia altamente professionalizzante e orientata alla personalizzazione dell'assistenza per la persona assistita.

Alla domanda 5 sono risultati dei pareri contrastanti, in quanto il 4% è in completo disaccordo, il 63% in disaccordo sul fatto che la compilazione di schede per la



pianificazione dell'assistenza porterebbe via tempo all'assistenza diretta con il paziente. Il 33% risulta essere d'accordo e si può affermare che questo risultato sia anche in linea con quanto affiorato dalla letteratura, in quanto alcuni infermieri sostengono che il tempo impiegato per la pianificazione dell'assistenza è tempo tolto all'assistenza diretta al paziente (Palese et al 2006).

Tuttavia, tutti gli infermieri le ritengono utili e le utilizzerebbero come si evince dalle risposte all'affermazione 6: le schede pre-strutturate sono considerate uno strumento in grado di guidare e orientare gli infermieri nel processo di pianificazione.

Alla domanda aperta 7 si chiedono agli infermieri eventuali proposte per il miglioramento delle schede: 10 di loro non ha suggerimenti da proporre per il miglioramento delle schede mentre 4 infermieri suggeriscono di snellirle, 1 infermiere scrive di informatizzarle e 1 infermiere di raggrupparle.

Alla domanda 8 si è voluto indagare la posizione degli infermieri riguardo un possibile cambiamento nel modello assistenziale. Il 62% degli infermieri non è soddisfatto dell'attuale modello assistenziale e vorrebbe cambiare. La risposta assume una grande rilevanza, in quanto è la dimostrazione pratica che l'urgenza del cambiamento è sentita dai più.

Il 38% ha affermato di essere soddisfatto e non voler cambiare modello assistenziale.

A tale proposito è necessario ricordare gli aspetti critici documentati dalla letteratura riguardo al cambiamento del modello organizzativo. Tali aspetti richiamano ad esempio la difficoltà nell'implementazione di tale modello, determinata prioritariamente da fattori di ordine culturale e organizzativo. Infatti, nella maggior parte delle situazioni organizzative, la permanenza di modelli professionali ormai superati (Bigger 2010) è determinata da rigidità professionali e stereotipie di ruolo che resistono e si oppongono al cambiamento.

Alcuni di loro, alla domanda 9, hanno espresso il desiderio di aumentare il numero del personale infermieristico per migliorare la qualità dell'assistenza, qualcuno di migliorare la comunicazione tra i vari professionisti, qualcuno di cambiare totalmente il modello assistenziale con uno che garantisca la presa in carico globale e personalizzata della persona assistita. Tutte queste proposte, a ogni modo, dimostrano il desiderio di cambiamento verso un modello assistenziale più professionalizzante, che valorizzi la qualità dell'assistenza, che potrà essere un giorno, il Primary Nursing.

## CONCLUSIONI

Tale elaborato ha permesso di far luce sulle problematiche che ancora oggi affliggono gli infermieri nella documentazione del processo di assistenza e, nell'ambito della pianificazione, ha permesso di dimostrare che un modello assistenziale come il PN, orientato alla personalizzazione dell'assistenza, coinvolge gli infermieri nell'applicazione della metodologia di pianificazione per obiettivi nella pratica clinica.

L'analisi dei dati ricavati dal questionario ha consentito di confermare quanto era emerso dalla letteratura scientifica e di dimostrare che gli infermieri sono abbastanza favorevoli al cambiamento e orientati a una modalità di lavoro che valorizzi l'infermiere come professionista e allo stesso tempo garantisca cure di qualità.

Complessivamente, le schede di pianificazione progettate, sono state valutate positivamente e ritenute utili per agevolare la documentazione del processo di assistenza. Si auspica che possano essere realmente utilizzate nella pratica clinica per accrescere negli infermieri la capacità di pensiero diagnostico e migliorare la qualità della documentazione. Avviare una metodologia di pianificazione con l'utilizzo di schede per la pianificazione assistenziale potrà essere la prima tappa verso la personalizzazione dell'assistenza, una maggiore valorizzazione del professionista e la prima di una lunga serie di modifiche, verso il vero cambiamento.

Semplificare ascoltando: questo è l'assunto da cui muove il presente elaborato. "Semplificare" per crescere e liberare risorse umane; per dare certezze dei propri diritti ai pazienti; per creare un *unicum*, coerente e coeso, tra quello che troppo spesso è considerato un aspetto "amministrativo" della professione infermieristica e quello che è l'effettivo processo di cura del paziente. "Ascoltando" perché solo raccogliendo le istanze, i pareri, i malumori di entrambe le parti coinvolte in un processo di cambiamento, si può pensare di progettarlo e renderlo effettivo.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBRI

- Butcher, H. K., Rigon, L. A., Meneghetti, O., & Zanarella, M. (2020). *Classificazione Nic degli interventi infermieristici*. Milano: CEA.
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Lopes, C. T., & Rigon, L. A. (2021). *Diagnosi infermieristiche: Definizioni E classificazione 2021-2023*. Milano: CEA.
- Johnson, M., & Rigon, L. A. (2014). *Collegamenti Nanda-i Con Noc e Nic: Sostenere il ragionamento clinico e la Qualità dell'Assistenza*. Milano: CEA.
- Magon, G., Suardi, T., Veronesi, U., & Croce, D. (2013). *Primary nursing: Conoscere E utilizzare IL modello*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli.
- Manthey, M. (2008). *La pratica del primary nursing: L'erogazione dell'assistenza basata sulle relazioni e guidata dalle risorse*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Meneghetti, O., Moorhead, S., Rigon, L. A., & Zanarella, M. (2020). *Classificazione Noc dei Risultati infermieristici: Misurazione Dei risultati Di Salute*. Milano.
- Wessel, S., & Manthey, M. (2018). *Primary nursing: Assistenza Infermieristica Centrata Sulla relazione con la persona assistita*. Ambrosiana.
- Wilkinson, J. M., Barcus, L., Meneghetti, O., & Rigon, L. A. (2017). *Diagnosi infermieristiche Con Noc e Nic*. Rozzano: CEA.

### ARTICOLI

- Bigger A. Le basi del Primary Nursing. SBK ASI Info – Periodico di informazione dell'associazione Svizzera Infermiere/i, 2010; n.9/10:7-11.
- Carabetta, M., Lombardo, K., e Kline, N. E. (2013). Implementing primary care in the perianesthesia setting using a relationship-based care model. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28, 16-20.
- Cropley, S. (2012). The relationship-based care model: Evaluation of the impact on patient satisfaction, length of stay, and readmission rates. *Journal of Nursing Administration*, 42, 333-339.
- Ferrua, R., Nelson, J.W., Gatta, C., Croso, A., Gilot, C. e Boggio Molin, A. D. (2016). The Impact of the Primary Nursing Model on Cultural Improvement: A Mixed-Method Study. *Creative Nursing*, 22 (4), 259-267.
- Jefferies D, Johnson M, Griffiths R (2010) *A meta-study of the essentials of quality nursing documentation*. Int J Nurs Pract, 16(2), 112-24. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x. Review. PubMed PMID: 20487056

- Korhonen, A., e Kangasniemi, M. (2013). It's time for updating primary nursing in pediatric oncology care: Qualitative study highlighting the perceptions of nurses, physicians and parents. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 732-738.
- Iemmi M, Mecugni D, Vezzani E, Amaducci G (2017) Il Primary Nursing un modello applicato, cronaca di un'esperienza di implementazione in due Strutture Complesse ospedaliere. *L'infermiere*, (5), 38-43.
- Laurant, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., & Sibbald, B. (2005). Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd001271.pub2
- Lee TT (2005) Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs*, 14(5), 640-7. PubMed PMID:15840079.
- Makinen, A., Kivimaki, M., Elovainio, M. e Virtanen, M. (2003). Organization of nursing care and stressful work characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (2), 197–205.
- Mattila E, Pitkänen A, Alanen S, Leino K, Luoju K, Rantanen A, Aalto P (2014) The Effects of the Primary Nursing Care Model: A Systematic Review. *J Nurs Care*, 3(6), 1-12.
- Müller-Staub M (2009) Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. *Int J Nurs Terminol Classif*, 20(1), 9-15. doi: 10.1111/j.1744-618X.2008.01108.x. Review. PubMed PMID: 19207524.
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T (2006) Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs*, 56(5), 514-31. Review. PubMed PMID: 17078827
- Nadeau, K., Pinner, K., Murphy, K. e Belderson, K.M. (2017). Perceptions of a Primary Nursing Care Model in a Pediatric Hematology/Oncology Unit. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 34 (1) 28 –34.
- Ng, A. Y., Takemura, N., Xu, X., Smith, R., Kwok, J. Y., Cheung, D. S., & Lin, C. C. (2022). The effects of Advance Care Planning Intervention on Nursing Home Residents: A systematic review and meta-analysis of Randomised Controlled Trials. *International Journal of Nursing Studies*, 132, 104276. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104276
- Ofi B, Sowunmi O (2012) Nursing documentation: experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *Int J Nurs Pract*, 18(4), 354-62. doi: 10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x. PubMed PMID: 22845635.
- Paans W, Müller-Staub M (2015) Patients' Care Needs: Documentation Analysis in General Hospitals. *Int J Nurs Knowl*, 26(4), 178-86. doi:10.1111/2047-3095.12063. Epub 2014 Oct 31. PubMed PMID: 25358896

Palese A, Cabarcas GR, Dotti R, Riboli O (2006) Documentazione scritta (consegne e piani di assistenza). *Assist Inferm Ric*, 25(2), 109-114. doi 10.1702/143.1592.

Shirley, R. (2012). Primary Nursing: A Call for Clarity, Empowerment, and Accountability. *Creative Nursing*, 18 (4).

#### SITI

Il primary nursing nella stroke unit: Audit Sulla progettazione dell'assistenza con schede pre-strutturate. Fnopi L'infermiere (2022). Retrieved October 6, 2022, from <https://www.infermiereonline.org/2018/12/12/il-primary-nursing-nella-stroke-unit-audit-sulla-progettazione-dellassistenza-con-schede-pre-strutturate/>

Cambiare si può! Storia di un cambiamento: Il primary nursing all'asl di Biella. Retrieved October 17, 2022, from <https://www.infermiereonline.org/2016/01/26/cambiare-si-puo-storia-di-un-cambiamento-il-primary-nursing-allasl-di-biella/>

#### NORMATIVE

Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, 2019. FNOPI.

Decreto 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. (GU n. 208 del 6 settembre 2000).

## ALLEGATI

### ALLEGATO 1. QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE INFERMIERI

Gentili infermieri, sono una studentessa del terzo anno di Infermieristica dell'UNIVPM e vi chiedo di dedicare qualche minuto di tempo alla compilazione di un breve questionario per la mia tesi di laurea triennale. Sono state elaborate delle schede pre-strutturate per la pianificazione dell'assistenza col fine di agevolare il lavoro di pianificazione e rendere evidente il processo decisionale che supporta l'agire pratico dell'infermiere. Potrete prenderne visione e poi leggere ciascuna affermazione e indicare con un x la risposta che più corrisponde al vero secondo il vostro punto di vista personale. Per le domande aperte rispondete in maniera libera e sincera.

Il questionario risulterà anonimo. Una volta completato, potrete inviare il seguente documento compilato al vostro coordinatore via mail.

Grazie per il vostro prezioso contributo.

1) Durante il turno lavorativo dedico del tempo all'attività di pianificazione

- Mai                       occasionalmente                       Spesso                       Sempre

2) Nella compilazione della documentazione mi soffermo principalmente sulla registrazione degli interventi assistenziali eseguiti piuttosto che sui miglioramenti e sui risultati del paziente

- In completo disaccordo                       In disaccordo                       D'accordo                       Completamente d'accordo

3) Affidare la responsabilità di pianificare e assumere decisioni in merito all'assistenza del paziente ad un infermiere è un primo passo per garantire la presa in carico globale e personalizzata della persona assistita

- In completo disaccordo                       In disaccordo                       D'accordo                       Completamente d'accordo

4) documentare il processo di pianificazione attraverso schede di pianificazione pre-strutturate è un modo per rendere esplicito il processo decisionale che guida l'operato dell'infermiere e quindi per responsabilizzare e definire il suo campo di autonomia

- In completo disaccordo                       In disaccordo                       D'accordo                       Completamente d'accordo

5) La compilazione delle schede di pianificazione pre-strutturate porterebbe via tempo all'assistenza diretta con il paziente

- In completo disaccordo                       In disaccordo                       D'accordo                       Completamente d'accordo

6) Avere uno strumento come schede di pianificazione pre-strutturate può guidare e agevolare gli infermieri nel processo di pianificazione, quindi le utilizzerei

- In completo disaccordo       In disaccordo       D'accordo       Completamente d'accordo

7) Hai dei suggerimenti da proporre per il miglioramento delle schede?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

8) Sono soddisfatto del modello assistenziale con cui lavoro e non vorrei cambiare

- In completo disaccordo       In disaccordo       D'accordo       Completamente d'accordo

9) Hai qualche proposta di miglioramento per l'attuale modello assistenziale del reparto?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## RINGRAZIAMENTI

In primis, un ringraziamento speciale va alla professoressa Marchetti, per la sua immensa pazienza e per la sua tempestiva disponibilità. È stata per me una guida, la ringrazio perché mi ha sostenuta in questo cammino di crescita personale e professionale.

Un grazie va anche al mio correlatore per aver accolto con entusiasmo le mie idee, guidandomi con interesse e dedizione alla realizzazione di questo elaborato.

Ringrazio la mia famiglia, che è sempre stata entusiasta della mia scelta e mi ha incoraggiato fin dall'inizio del percorso universitario. Grazie mamma e papà per l'affetto smisurato e per aver gioito con me dei risultati raggiunti.

Ringrazio le mie amiche e i miei amici, da quelli che porto nel mio cuore dall'infanzia a quelli che ho incontrato nel mio cammino, perché questa giornata indimenticabile non esisterebbe senza di voi.

Grazie a Giampaolo, per tutte le volte che ha saputo ascoltarmi in silenzio durante i momenti di sconforto, per tutte le volte che ha saputo tranquillizzarmi e incoraggiarmi.

Un ringraziamento speciale va a Ludovica, con la quale ho condiviso ogni singola gioia e fatica di questo percorso, che insieme, è stato meno pesante da affrontare.

Infine, ringrazio me stessa per aver raggiunto questo traguardo, per tutti i sacrifici e la tenacia, che mi hanno permesso di arrivare dove volevo.