



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in infermieristica sede Ancona

**Le lesioni da pressione correlate al
missed nursing care.
Una revisione della letteratura**

Relatore:
Dott. Giordano Cotichelli

Tesi di Laurea di:
Forgione Priscilla

Correlatore:
Dott. Palumbo Pasquale

A.A 2019/2020

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	Pag.1
I. PROBLEMA.....	Pag.3
1.1 L'assistenza infermieristica mancata : che cos'è?.....	Pag.3
II. OBIETTIVO DELLO STUDIO.....	Pag.5
III. MATERIALI E METODI.....	Pag.5
IV. RISULTATI DELLO STUDIO.....	Pag.7
4.1 Descrizione sintetica dello studio	Pag.7
V. DISCUSSIONE	Pag.13
VI. CONCLUSIONE.....	Pag. 17
VII. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....	Pag.19
ALLEGATI.....	Pag.23

ABSTRACT

Problema. Le cure perse e tralasciate dagli infermieri nei confronti dei pazienti possono far insorgere esiti negativi. Tra questi esiti negativi, abbiamo visto che la percentuale maggiore di assistenza di base che viene persa riguarda la cura della pelle e la mobilitazione del paziente portando alla formazione di lesioni da pressione. Questa carenza di cure è presente all'interno delle realtà sanitarie e rappresenta un indicatore della qualità di cure offerte [1].

Tale fenomeno è scaturito da varie problematiche, la carenza di personale, la mancanza di formazione, la mancanza di tempo, la mancanza di conoscenza, le attrezzature insufficienti e la mancanza di comunicazione. Le cure perse, hanno un duplice risvolto negativo, sia nei confronti dei pazienti (maggiore mortalità, infezioni, cadute, degenza ospedaliera prolungata, lesioni, eventi avversi, insoddisfazione del paziente e maggiore dolore) che nei confronti degli operatori sanitari (insoddisfazione lavorativa, abbandono del lavoro)[2].

Compito dell'infermiere è prevenire tutto questo per evitare che si formino lesioni da pressione.

Obiettivo. L'obiettivo è come l'assistenza infermieristica mancata influisca sulle lesioni da pressione in maniera significativa.

Materiali e Metodi. La ricerca è stata condotta attraverso Pub-Med, Mesh, CINAHL, Scholar Google e NCBI (PMC).

Risultati. Dai risultati è emerso che la maggior parte delle omissioni commesse riguardano:

- La cura della pelle per il 38,5%.
- La registrazione dei fattori predisponenti lo sviluppo di lesioni da pressione il 3,5% .
- Il cambiamento della posizione del paziente ogni due ore e il piano di dimissione e d'istruzione 31,1% [1].

Inoltre un dato da tenere in considerazione è l'atteggiamento negativo degli infermieri nei confronti delle lesioni dovuto :

- Al carico di lavoro e al personale inadeguato 83,1% ,

- La carenza di risorse e attrezzature il 67,7% ,
- La formazione inadeguata sulla prevenzione delle lesioni il 63,2%,
- La mancanza di soddisfazione sul lavoro il 56,2%,
- La presenza di priorità diverse da lesioni il 58,7% e infine la mancanza di linee guida universali il 59,3% [2].

Conclusioni. Le lesioni sono delle problematiche effettive nonostante si cerchi di migliorare , la loro insorgenza non si sta riducendo . Gli infermieri dovrebbero intervenire prima della loro insorgenza , aumentando la prevenzione a riguardo , l'educazione sanitaria .

Parole chiavi utilizzate sono : infermieristica, assistenza infermieristica mancata , lesioni da pressione , soddisfazione del paziente , back to the Basic e le fundamental care .

INTRODUZIONE

Alla base di questo studio vi è l'approfondimento di che cosa sia l'assistenza infermieristica mancata e di come incida sulle lesioni da pressioni.

Prima di analizzare che cosa sia l'assistenza infermieristica mancata, vediamo in breve che cosa è l'assistenza di base .

Quando si parla di assistenza infermieristica di base, ossia prendersi cura dell'altro in toto non significa solamente dare la terapia ,come molte persone credono minimizzando il vero scopo dell'assistenza infermieristica.

L'assistenza infermieristica di base ci dà la grande possibilità di entrare a contatto con le persone e il loro mondo, riuscendo a condividere con loro emozioni e sensazioni, grazie all'instaurarsi di un rapporto empatico con la persona che si ha di fronte. E' proprio grazie a questo rapporto di fiducia con il paziente che riusciamo a mettere le fondamenta per un ottimo processo di nursing, capendo i bisogni e le necessità della persona, riuscendo così a fornire un'assistenza ottimale a 360°.

Le motivazioni che mi hanno spinto ad approfondire tale tema hanno una duplice natura. L'interesse del perché le cure infermieristiche di base, chiamate anche fondamentale care^[3], si siano perse nel tempo e come questa perdita abbia influito sulle lesioni da pressione. Questo interesse è stato influenzato e sicuramente incentivato da alcune esperienze vissute durante il mio tirocinio universitario.

Ho sempre pensato all'infermiere come una figura tutto fare, ora però capisco che nella moltitudine dei compiti che un infermiere è tenuto a svolgere, delle volte ci sfugge la priorità principale del mestiere, ossia garantire un 'assistenza infermieristica adeguata, portando il professionista sanitario ad una frustrazione che a lungo andare lo demotiva.

A volte comprendo, che forse in tutto questo tempo che abbiamo combattuto per avere più autonomia, più diritti, ci è realmente sfuggito qualcosa.

Mi sono sempre posta la domanda su che cosa ci fosse sfuggito e sul perché se realmente abbiamo voluto così tanta autonomia, quando si parla di rifare un letto, ci sentiamo demansionati.

Spesso, noi attribuiamo questi compiti ad altre figure sanitarie, non preoccupandoci di come vengono eseguiti, quando invece le cure di base prevedono: il rifacimento del letto, l'igiene personale, l'igiene del cavo orale, la mobilitazione ecc..

Tutto questo perché ? Per mancanza di tempo ?

Dopo essermi documentata su degli studi condotti a riguardo il primo lavoro pubblicato sul Missed nursing care è una ricerca qualitativa condotta da B.J. Kalisch ^[4], nella quale sono state determinate le tipologie delle cure infermieristiche perse e le relative motivazioni.

Nel 2009 Kalish, ha ideato uno strumento, il MISSCARE Survey che rileva la percezione del MNC (Missed Nursing Care) da parte degli operatori e ha lo scopo di individuare le attività di assistenza infermieristica che si perdono, omettono o rimandano con le relative cause o motivazioni ^[5].

Un ulteriore movimento è il back to the Basic in cui si parla di tornare alle basi dell'assistenza infermieristica, ossia le fundamental care, che si preoccupano di soddisfare, i bisogni primari dell'assistito. Scaturito da un evento accaduto il 6 febbraio del 2013 nel Francis report, dove è stata pesantemente documentata la continua violazione delle cure primarie, e della dignità dei pazienti ^[6].

Con questo elaborato si è voluto, prima di tutto, indagare il fenomeno analizzando la letteratura, cercando poi di approfondire l'argomento delle cure perse, per capire quali siano gli effetti sulle lesioni da pressione .

Per ulcera da pressione o danno da pressione s'intende una lesione localizzata alla cute e/o al tessuto sottostante, solitamente localizzata su una prominenza ossea, come conseguenza diretta di una elevata/prolungata compressione, o di forze di taglio o stiramento, che determinano uno stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni (EPUAP/NPUAP, 2016).

La tesi è suddivisa in capitoli che si basano principalmente sull'assistenza infermieristica mancata e le conseguenze causate da questo tipo di mancanza.

6. <https://www.nmc.org.uk/about-us/policy/position-statements/francis-report/>.

I.PROBLEMA

1.1 L'assistenza infermieristica mancata : che cos'è?

Le Missed Nursing Care, ovvero le cure perse, si riferiscono a qualsiasi aspetto relativo all'assistenza al paziente che venga trascurata (parzialmente o totalmente) o ritardato. Le Missed Nursing Care (MNC) sono presenti all'interno delle realtà sanitarie internazionali e rappresentano un indicatore della qualità delle cure offerte. Il primo in letteratura ad occuparsi delle MNC è stato Solchalski che nel 2004 ha definito "cura infermieristica incompiuta" un'attività non eseguita (ad esempio rispondere al campanello, non effettuare un'attività pianificata come la mobilitazione, impegnarsi con un paziente a tornare e poi non farlo, non accertarsi che al paziente venga eseguita l'igiene del cavo orale ecc..) [7].

Secondo l'OMS, un errore è definito come il mancato completamento di un'azione pianificata e prevista, o il commettere un errore durante una procedura. Ad esempio, un errore può verificarsi quando qualcosa viene eseguita in modo non corretto (errore di commissione) o quando qualcosa che dovrebbe essere fatto non viene eseguito (errore di omissione). Nella pianificazione nell'attuazione delle cure, indipendentemente dal fatto che l'errore sia di commissione o omissione, è necessario analizzare il motivo per cui si è verificato, per offrire soluzioni, e per prevenire eventuali ricorrenze. Secondo l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), gli errori di omissione sono più difficili da riconoscere che gli errori di commissione e rappresentano pertanto un grave problema con importanti implicazioni per la qualità e la sicurezza delle cure. L'omissione della cura infermieristica può portare a risultati avversi per i pazienti, con significativi danni, soprattutto nelle popolazioni dei pazienti vulnerabili. Il fenomeno della cura infermieristica mancata è stato definito per la prima volta da Kalisch in uno studio qualitativo effettuato in diversi Ospedali Americani, analizzando sia gli infermieri, sia gli assistenti sanitari di diverse Unità Operative quali medicine, chirurgie, terapie intensive e riabilitazioni. Questo studio è stato svolto per identificare la tipologia delle cure infermieristiche che sono state tralasciate regolarmente durante un soggiorno in ospedale.

Negli ultimi anni questo fenomeno è stato studiato da diversi ricercatori, specialmente negli Stati Uniti d'America, individuando le cause di queste omissioni nell'assistenza ed in particolar modo quanto abbiano influenzato negativamente i comportamenti dei professionisti sanitari che in seguito all'impossibilità di erogare prestazioni infermieristiche soddisfacenti sono andati incontro a fenomeni come la frustrazione e il burnout . Tale fenomeno è interpretato tramite il Missed Nursing Care Model (MNCM), secondo cui contribuiscono al verificarsi di questa problematica la non adeguatezza delle risorse umane, dei materiali e della comunicazione. Inoltre ad aggravare la situazione sono le carenze nel processo di nursing, le percezioni degli infermieri sbagliate e un errato processo decisionale (valori, credenze, abitudini) [8]. Le cure perse portano allo sviluppo di conseguenze negative sui pazienti (es. allungamento degenza, disabilità, lesioni cutanee) e sugli operatori sanitari (es. insoddisfazione lavorativa, abbandono del lavoro, rabbia). Una delle responsabilità dell'infermiere è per questo cercare di limitarle il più possibile per garantire maggiore sicurezza ai pazienti [9].

II.OBBIETTIVO DELLO STUDIO

L'obiettivo che mi sono voluta porre è come la mancata assistenza infermieristica influisca notevolmente sulle lesioni da pressione .

III.MATERIALE E METODI

Con il termine revisione si intende una sintesi critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento che svolge una funzione fondamentale in ambito sanitario, che è quella di offrire una revisione della letteratura finalizzata all'aggiornamento su un determinato argomento.

Questa ricerca è stata condotta per indagare come la mancanza dell'assistenza infermieristica incida sulle lesioni da pressione . Utilizzando la metodologia PICO , si è individuato che :

P : assistenza infermieristica mancata .

I : pazienti a rischio e non di sviluppare lesioni.

C : non presente.

O: intervenire sull'assistenza infermieristica mancata.

Utilizzando vari motori di ricerca : Pub-Med, Mesh, CINAHL, Scholar Google e NCBI (PMC). Digitando le varie stringhe e utilizzando come filtri gli studi primari negli ultimi cinque anni . Si è utilizzato l'operatore booleano "AND" per includere entrambi i termini nella ricerca svolta .

I setting analizzati sono: l'ospedale, case di cura e unità medico chirurgiche e semi critiche dove vengono presi come campioni i pazienti con lesioni acquisite in ospedale e gli infermieri .

Le fonti scelte si basano sulla congruità del mio obiettivo ovvero indagare il come l'assistenza infermieristica mancata possa influire sulle lesioni da pressione.

Il limite è stato che l'argomento missed care non essendo trattato in concomitanza con tale problematica, ha dato scarsi risultati. Per questo si è voluto indagare su articoli che includevano entrambe le problematiche ovvero l'assistenza mancata e le ulcere da pressione . Un'altro limite riscontrato è l'accesso gratuito limitato.

La prima stringa digitata è ("Pressure Ulcer"[Mesh]) AND (missed nursing care) e inserendo i vari filtri tra cui: studio clinico, studio comparativo, articoli di giornale e studi osservazionali . Da questa prima stringa si sono trovati 34 articoli, con i filtri inclusi, di questi uno solo analizzato .

Una seconda stringa ("Pressure Ulcer"[Mesh]) AND (missed nursing) e inserendo di nuovo i filtri prima citati, si sono trovati 40 articoli. Di questi analizzati 12 articoli. Tutto questo si potrà vedere nel diagramma di flusso nel capitolo successivo .

Altri articoli sono stati trovati grazie al motore di ricerca scholar google .

Alcuni articoli sono stati esclusi in quanto non rispettavano l'obiettivo prefissato e non erano ad accesso libero. Dalle due stringhe sono risultati alcuni articoli doppi e per questo esclusi . Infine per aiutarmi nella selezione degli articoli si è svolto un riassunto e una mappa per determinare i punti chiave da trattare. (**Allegato 2**)

Le parole chiavi che sono state utilizzate comprendono: infermieristica, assistenza infermieristica mancata , lesioni da pressione , soddisfazione del paziente , back to the Basic e le fundamentals care .

IV.RISULTATI

Descrizione sintetica degli studi :

In questa revisione sono stati inclusi 13 articoli , uno RCT ^[10] ,uno n-RCT ^[11], sei studi osservazionali ^{[12],[13],[14],[15],[16],[17]} e tre studi descrittivi ^{[1],[18],[19]} .

Sette studi ^{[13],[10],[11],[16],[12],[20],[21]} sono stati condotti con pazienti anziani malnutriti, con lesioni da pressione di II e III stadio , incontinenti ^[13] e sei studi ^{[14],[15],[1],[18],[19],[17]}, sono stati condotti con infermieri .

Tre studi coinvolgono pazienti in case di cura ,il resto degli articoli in reparti ospedalieri due di questi prendono in considerazione unità di degenza come geriatria e medicina ,ortopedia-traumatologia ,riabilitazione ,terapia intensiva ^{[15],[1]}.

L'età media dei partecipanti anziani era tra 65 e 83 mentre negli altri studi l'età media degli infermieri era dai 26 anni ai 30. In uno studio era dai 29 (minimo 20 massimo 61) ^[17].

Del RCT analizzato ,si comparava 50 pazienti con piaghe II e III stadio dove il gruppo controllo veniva trattato con metodo tradizionale mentre il gruppo sperimentale veniva trattato con l'assistenza infermieristica umanizzata più la guarigione umida^[10] mentre nel n-RCT si arruolavano in modo casuale 32 pazienti con piaghe di II e III stadio dove il gruppo controllo veniva trattato con crema di cotrimazolo e il gruppo sperimentale con l'assistenza infermieristica olistica e quattro settimane di applicazione esterna continua di ligustrazina ^[11].

Dei 13 studi primari 7 di questi trattano l'assistenza infermieristica persa e le sue ripercussioni sulle lesioni, mentre gli altri 6 trattano di come le varie tecniche nell'igiene e nella presa in carico del paziente in modo olistico possa influire sulle lesioni da pressione, si parla anche della malnutrizione , dell'incontinenza fecale e urinaria . Un'altro tema trattato è l'assistenza infermieristica insieme all'uso di prodotti possano influire sulle lesioni^{[10],[11]}.

Le caratteristiche chiave degli studi analizzati sono riportati nella **tabella 1** e nel **diagramma di flusso 1** vengono riportate le varie stringhe prodotte a seguito della stesura del quesito di ricerca ,come descritte nel capitolo precedente .

(“Pressure ulcer” (Mesh)) AND (Missed nursing care)



34 articoli trovati su Pub Med.

- studio clinico,
- studio comparativo,
- articoli di giornale
- studi osservazionali



1 articolo selezionato in linea con i requisiti riportati sopra .

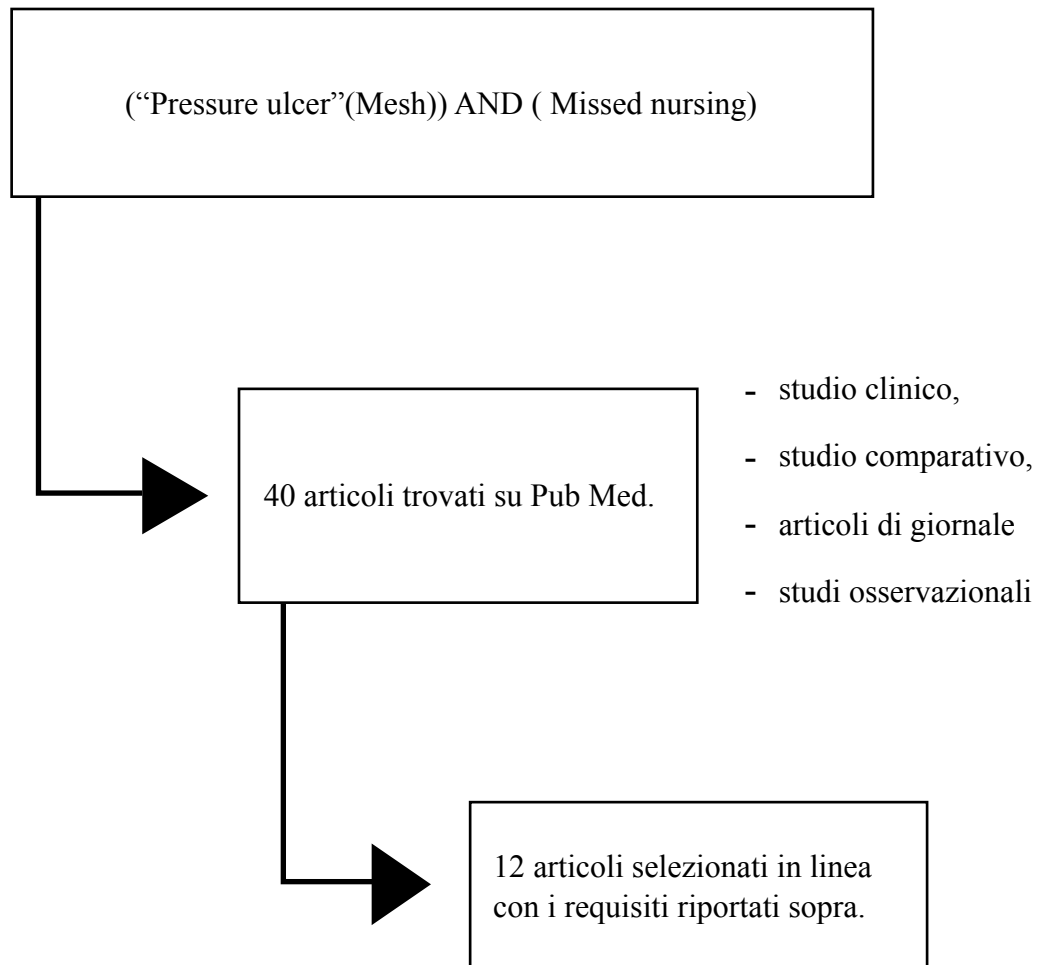


Diagramma di flusso 1: modalità di individuazione degli articoli selezionati per lo studio.

Tabella 1

Autore / Anno Tipologia di studio	Quesito	Caratteristiche partecipanti e contesto.	Metodi di raccolta dati postura del ricercatore	Metodi di analisi dei dati	Temi e concetti emergenti
Mathieu Verbrugge et al (2013). Multicentrico trasversale . In Belgio.	Valutare la malnutrizione negli anziani che vivono in case di cura e determinare i fattori correlati .	1188 anziani residenti . Contesto:23 case di cura.	Si sono raccolti dati utilizzando scale convalidate .	Lo stato nutrizionale è stato valutato utilizzando il Mini Nutritional Assessment (MNA).	I temi principali sono la malnutrizione e i fattori correlati. I sottotemi sono : - Stato cognitivo inferiore - Ricevere pasti aggiuntivi forniti dalla famiglia.
Minerva Ghinescu et al (2015). Studio trasversale. In Romania.	Valutare i problemi di assistenza con uno strumento LPZ-International.	9 istituzioni sanitarie e ricoverati 394. Contesto :reparti ospedalieri, istituti di cura psichiatrica e case di cura.	Si è utilizzato il questionario e il LPZ-international.	Non specificato	I due temi sono : I problemi nell'assistenza sanitaria e la valutazione con LPZ. I sottotemi : - Problemi economici - Ulcere da pressione , incontinenza , malnutrizione.
Maribel González Samartino et al (2018). Osservazionale, descrittivo, trasversale, multicentrico. In Catalogna, Spagna .	Determinare quali informazioni sono registrate dagli infermieri nelle cartelle elettroniche, mediante terminologia ATIC, sugli eventi avversi : ulcere da pressione ecc...	Pazienti ricoverati e i professionisti sanitari. Contesto :2 ospedali , 64 unità medico chirurgiche e semi-critiche .	Utilizza una tecnica di campionamento consecutivo non probabilistico.	Si sono esaminate le cartelle elettroniche. Incontri tra membri di un team in relazione all'analisi di episodi di cura. Si registrano episodi dei due ospedali. Il campione valutato includeva 459 record.	Il tema importante è fornire cure altamente competenti per prevenire complicanze e minimizzare gli eventi avversi. I sottotemi sono : -La classificazione degli eventi avversi (fattori umani, fattori ambientali, attrezzature, processi di cura e gestione delle informazioni). -La valutazione inadeguata all'inizio delle complicanze come l'assistenza mancata. -La mancanza di conoscenza . -Differenze nella registrazione .
Maria Mongardi et al (2019). Studio multicentrico.	Si è valutato l'effetto delle caratteristiche del personale, del benessere degli infermieri al lavoro e delle ore di assistenza su piaghe da decubito, cadute e costrizioni fisiche.	24110 pazienti consecutivi e 2606 infermieri . Contesto :134 unità (geriatria e medicina, ortopedia traumatologia (OT) e riabilitazione e assistenza a lungo termine (LR) di 12 italiani.	Studio longitudinale da febbraio del 2014 a giugno 2015. I dati sono stati raccolti fino a 15 giorni per ogni paziente incluso e relativi al personale di ogni turno da personale formato ad hoc.	Analisi dei dati raccolti .	Le caratteristiche del personale relative all'ambiente di lavoro influenzano i risultati dei pazienti .
XR Luan et al (2016). Esperimento casuale controllato .	Si sono analizzati e valutati gli effetti dell'assistenza infermieristica umanizzata combinata con la terapia di guarigione umida nelle lesioni .	50 pazienti con lesioni da decubito di stadio II e III. Contesto : ospedale.	Si sono divisi casualmente in gruppo di controllo(metodo tradizionale di trattamento) e gruppo sperimentale(infermieristica umanizzata più terapia umida), con 25 casi in ciascun gruppo.	Dopo 28 giorni, sono stati valutati i risultati del trattamento in entrambi i gruppi.	Il concetto principale emerso è l'importanza dell'effetto della terapia di guarigione umida combinata con l'assistenza infermieristica umanizzata nella prevenzione e nel trattamento della piaga da decubito .
Junzhi Niu et al (2016). n-Rct.	Si è esplorato l'effetto terapeutico dell'applicazione esterna della lingustrazina combinata con l'assistenza infermieristica olistica sulle lesioni da decubito .	32 pazienti con piaghe da decubito II e III stadio. 19 erano maschi e 13 femmine con età compresa tra 65 e 83 anni. Contesto : ospedale .	I pazienti sono assegnati in modo casuale al gruppo sperimentale(9 maschi e 7 femmine) o al gruppo di controllo (8 maschi e 8 femmine) . Tutti i pazienti hanno firmato il consenso.	Dopo 4 settimane di continuo trattamento si sono confrontati gli effetti terapeutici tra i 2 gruppi.	I temi principali sono : La lingustrazina combinata con l'assistenza olistica è un trattamento efficace per le piaghe .

Tabella 1

Autore / Anno Tipologia di studio	Quesito	Caratteristiche partecipanti e contesto.	Metodi di raccolta dati postura del ricercatore	Metodi di analisi dei dati	Temi e concetti emergenti
Schoonhoven et al (2005). Studio prospettico di coorte . Nei Paesi Bassi.	Pazienti con ulcere da pressione che sono stati erroneamente classificati come non a rischio .	Anziani 1229. Contesto :reparto di neurologia, chirurgia.	Inclusi anziani per più di 5 giorni. Si sono registrate informazioni sui potenziali determinanti prognostici.	Esaminati settimanalmente.	Si sono distinte le persone a rischio di lesioni con le persone non a rischio, ma ciò non è semplice.
Molly M. Gadd et al (2014).	I tassi di incidenza delle ulcere da pressione acquisite in ospedale continuano ad aumentare negli Stati Uniti nonostante gli sforzi.	20 pazienti. Il contesto è l'ospedale.	Punteggi della sottoscala di Braden.	Audit.	Determinare se le lesioni potessero essere evitate se incrementati interventi preventivi basati sulla scala di Braden . Le lesioni sono un indicatore di qualità sensibile agli infermieri.
Nahla R Al-Samarrai et al (2007). Sperimentazione controllata .	La maggior parte dei residenti in case di cura sono incontinenti . Hanno una combinazione di menomazioni cognitive e fisiche che limitano la loro capacità di andare in bagno e / o cambiare i loro indumenti bagnati, facendo affidamento sull'assistenza del personale infermieristico (principalmente assistenti infermieri certificati, CNA) per questa cura.	24 residenti in case di cura e 61 assistenti infermieri. Contesto : ospedale e casa di cura.	Si è divisa in modo causale un'unità NH . Inoltre si sono raccolti dati descrittivi su tutti i residenti partecipanti dalle cartelle cliniche e dal set di dati minimo (MDS).	L'assistenza per l'incontinenza fornita è stata osservata nelle normali condizioni di cura per 5 giorni e in condizione di prova (OSIS o BW) per 5 giorni. Dal lunedì al venerdì, al mattino presto (dalle 4:00 alle 7:00), dopo colazione (dalle 8:00 alle 11:00) e la sera (dalle 16:00 alle 22:30).	I due concetti base sono l'incontinenza fecale/urinaria e la pulizia della cute. I sottotemi sono : - La differenza tra i presidi usati . - I disturbi della pelle sono dati dalla frequenza dell'incontinenza. - Aumento dell'umidità e sfregamento della pelle. - Cambiamenti non frequenti contribuiscono alle lesioni. - Usare detergente senza risciacquo.
Valles et al (2016). Studio correlazione descrittiva. A Monterrey, Nuevo León, Messico .	Si sono determinate le cure infermieristiche mancate percepite dal personale infermieristico e la loro relazione con le cure infermieristiche mancate identificate nella valutazione dei pazienti a rischio o con ulcere da pressione.	161 infermieri e 483 pazienti. Contesto : ospedale pubblico nell'area metropolitana di Monterrey.	Per stimare il campione, si è utilizzato il software statistico <i>nQuery Advisor</i> versione 4.0. Tre pazienti sono stati selezionati da ogni infermiera. Si è applicata al personale infermieristico l'indagine MISSCARE che consiste in 54 dichiarazioni.	Si sono utilizzate statistiche descrittive .	Il tema emerso è: l'assistenza infermieristica mancata, il personale infermieristico indica che vi è una maggiore omissione nella cura della pelle, nel cambio di posizione e nella registrazione dei fattori di rischio per lo sviluppo delle ulcere da pressione . I sottotemi sono : - L'assistenza mancata è un errore di omissione . - Lo sviluppo di lesioni è correlato all'assistenza fornita. - Carenze di personale

Tabella 1

Autore / Anno Tipologia di studio	Quesito	Caratteristiche partecipanti e contesto.	Metodi di raccolta dati postura del ricercatore	Metodi di analisi dei dati	Temi e concetti emergenti
Elizabeth Umberfield et al (2019). Studio descrittivo.	Si utilizzano dei rapporti sugli incidenti per valutare gli errori di comunicazione e gli esiti dei pazienti.	Le segnalazioni che descrivono errori di comunicazione che coinvolgono infermieri e medici (n=161). Contesto ambiente lavorativo .	Sistema sanitario accademico del Midwest dove sono archiviate informazioni dal personale.	Si utilizzano metodi misti per analizzare i rapporti sugli incidenti. Statistiche descrittive per analizzare la frequenza del fallimento e gli esiti. Test di Fischer per analizzare le associazioni tra il tipo di fallimento e gli esiti del paziente .	Il tema è : l'errore della comunicazione rappresenta una minaccia per la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti ospedalizzati. I sottotemi sono : - Identificare gli errori di comunicazione e come influenzano i risultati del paziente . - I danni effettivi o potenziali al paziente.
Ayise Karadağ et al (2017). Studio descrittivo e prospettico. In turchi	La percezione del personale infermieristico e gli interventi per prevenire lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici.	Dei 1555 infermieri invitati , 606 hanno partecipato. Contesto: Unità di degenza per adulti di un ospedale universitario, 2 ospedali pubblici e 3 ospedali privati.	Si è utilizzato un questionario per raccogliere informazioni demografiche e dati sull'esperienza con ulcere. I partecipanti hanno compilato un modulo per gli interventi infermieristici.	Le risposte inserite nel sistema di analisi statistica . I dati demografici e degli interventi sono stati analizzati utilizzando distribuzioni di frequenza e percentuale.	Gli infermieri svolgono un ruolo importante nell'identificazione dei pazienti a rischio di lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici e nella prevenzione del loro verificarsi. Gli infermieri hanno identificato 18 dispositivi che mettono a rischio di lesione.
Werku Etafa et al (2018). Disegno di studio trasversale multicentrico .	Atteggiamento degli infermieri e barriere percepito alla prevenzione delle ulcere da pressione.	Infermieri del personale (n= 222). Contesto : in sei ospedali pubblici.	Metodo quantitativo .Un questionario utilizzato per la raccolta dei dati conteneva tre parti. Lo strumento per il test dell'atteggiamento sulle ulcere da pressione che conteneva 11 affermazioni sviluppate e convalidate da Moore & Price.	Si sono utilizzati i pacchetti statistici della versione 3.1 dei dati EPI e il 10% della risposta è stato selezionato casualmente e verificato per la coerenza dell'inserimento dei dati. La versione 20 di SPSS è stata utilizzata per l'analisi dei dati.	Il tema base è l'atteggiamento negativo nei confronti della prevenzione delle ulcere da pressione. Le diverse barriere sono : - Il carico di lavoro - Il personale inadeguato - La carenza di risorse - Formazione inadeguata.
Jieying Tang et al (2020). Rapporto tra gli Stati Uniti e Italia	Sfide nella gestione dei pazienti COVID-19 critici con ulcere da pressione .	Anziani ventilati meccanicamente. Contesto : ricoveri in terapia intensiva.	Non specificato.	Non specificato.	I temi fondamentali sono le lesioni da pressione e i fattori di rischio con il COVID tra cui immobilità, ridotta perfusione ,costi aumentati e aumenta la difficoltà nel mobilizzare il paziente. I sottotemi : Usa accurato dei dispositivi e posizionamento corretto.- Rafforzare l'educazione preventiva ,monitoraggio quotidiano .Uso di medicazioni avanzate.

Tabella 1: sintesi degli studi di nostra elaborazione.

V.DISCUSSIONE

In questo studio era rilevante capire come l'assistenza infermieristica mancata influisca sulle lesioni da pressione.

Le ulcere sono definite come lesioni localizzate alla pelle e/o al tessuto sottostante di solito su una prominente ossea, come risultato della pressione, o della pressione in combinazione con il taglio.

Per questo motivo quando un paziente presenta o no un'ulcera da pressione viene considerata come una misura delle prestazioni dell'assistenza infermieristica di qualità e della salute generale del paziente ^[17].

I risultati constatati ci riportano al fatto che l'assistenza infermieristica di base, nonostante sia molto importante, venga a mancare molte volte e viene riconosciuta come un problema di cura universale che influisce sui risultati dei pazienti^[22].

I risultati di vari studi hanno riscontrato che le cure mancate percepite dagli infermieri sono per la maggior parte nella cura della pelle 38,5%, seguita dalla registrazione dei fattori predisponenti allo sviluppo di lesioni da pressione 3,5%, del cambiamento della posizione del paziente ogni due ore e nel piano di dimissione e istruzione 31,1%^[1].

Quasi il 95% delle lesioni da pressione può essere evitato attraverso un'appropriata gestione dei fattori di rischio predisponenti al loro sviluppo. Secondo l'OMS, la prevalenza globale di ulcere varia tra il 5% e il 12% con il 7% in America ^[1].

Si evidenziano che negli Stati Uniti quasi 1 milione di persone sviluppa ulcere da decubito ogni anno, mentre circa 60.000 pazienti in terapia acuta muoiono per complicazioni correlate^[17].

Tutto questo ci porta a capire come l'assistenza mancata, abbia degli esiti negativi sul paziente e sulle loro lesioni. Il ruolo dell'infermiere è importante nell'identificare i pazienti a rischio di lesione correlate a vari fattori ^[19].

I rischi per lo sviluppo di lesione, riportati in vari studi ^{[1],[18]} sono dovuti alla malnutrizione^[11] ossia un fattore intrinseco, dall'incontinenza fecale/urinaria, dai deficit cognitivi dalla limitazione nel cambiarsi, dall'immobilità, l'età avanzata e la pressione cutanea.

Le cure perse nei confronti di queste persone con lesioni, portano ad esiti negativi in quanto si riduce la cura della persona e la movimentazione portando ad una pressione cronica che crea disturbi alla circolazione e infine alla necrosi ^[11].

Tutto questo è responsabilità infermieristica, ossia nel trattare intervenire e prevenire le lesioni da pressione. Ma venendo meno a queste cure di base nei confronti dei pazienti con lesioni si viene a verificare una vera e propria carenza di cure e di interventi che influiscono negativamente nell'igiene per pazienti che hanno incontinenza urinaria e fecale.

Tutto questo non comporta solo un danno dal punto di vista igienico ma anche tessutale in quanto si sa che minore è il cambio di biancheria pulita e maggiore sarà l'esposizione all'umidità comportando il rischio maggiore di lesioni.

Tutti fattori che contribuiscono alla presenza di arrossamenti che potrebbero andare verso complicanze più gravi^[16].

Come riportato dallo studio gli errori prodotti dalle cure sono divisi in commissioni, ovvero prodotti dalle cure infermieristiche e in omissione cioè dall'assistenza mancata^[1].

Quest'ultima viene spiegata in alcuni articoli ed è dipesa da notevoli motivi come le mancanze di risorse umane e di materiale, le carenze di personale, la mancanza di tempo, la carenza di lavoro di squadra, le deleghe inefficaci e le mancanze di comunicazione in quanto vi sono troppi pazienti.

Come riportato infatti, il carico di lavoro e il personale inadeguato rappresentano l'83,1%, la carenza di risorse e attrezzature il 67,7% la formazione inadeguata sulla prevenzione delle lesioni il 63,2%, la mancanza di soddisfazione sul lavoro il 56,2%, la presenza di priorità diverse da lesioni il 58,7% e la mancanza di linee guida universali il 59,3%. Inoltre a tutto questo si aggiunge anche un atteggiamento negativo nei confronti delle cure e dei pazienti che può causare ulcere, ma questo atteggiamento deriva da tutte le carenze citate prima ^[17].

Concludendo come già detto in precedenza tutte queste mancanze hanno riscontri negativi nell'assistenza infermieristica e soprattutto nella prevenzione delle lesioni, in quanto le cure mancate influiscono sulla ripresa del paziente, sull'educazione, sull'igiene orale,

nel cambio di posizione, nell'esecuzione del bagno a letto, nella cura della pelle e nella sorveglianza sanitaria^[1].

Inoltre è emerso che nelle carenze riscontrate nello svolgimento della professione infermieristica la mancanza di comunicazione ricopre un ruolo molto importante influenzando nel ritardo delle cure (38%), nei danni fisici (20%) e nell'insoddisfazione (8,9%)^[18].

Questa revisione risponde all'obiettivo posto, in quanto l'assistenza mancata influisce sulle lesioni da pressione. Come si vede dai vari studi analizzati, la carenza di cure comporta esiti negativi per il paziente, comporta maggiore mortalità, infezioni, cadute, complicanze, degenze ospedaliere prolungate, lesioni da pressione, eventi avversi e insoddisfazione del paziente limitando il benessere e la qualità di vita. Il 95% delle lesioni potrebbero essere evitate, in quanto maggiore è la qualità e continuità assistenziale preventiva e più bassi sono i tassi di incidenza. Anche un inadeguato monitoraggio dei dispositivi, l'utilizzo errato, le mancate ispezioni comportano rischi elevati di necrosi. Si sono identificati 18 dispositivi medici che presentano il rischio più elevato di provocare ulcere da pressione; i 3 dispositivi più comunemente identificati erano i tubi endotracheali (59,7%), i lacci per tracheotomia (58,9%) e i bracciali per la pressione sanguigna (58,4%).

Gli interventi che dovevano mettere in atto gli infermieri erano: il corretto posizionamento dei dispositivi (87,9%) e l'allentamento dei dispositivi almeno una volta al giorno (80%)^[19].

Un fattore importante oltre agli esiti negativi emersi è come trattare le lesioni oltre che con medicazioni avanzate anche e soprattutto con l'assistenza infermieristica olistica e umanizzante^{[10],[11]}.

Si arriva alla conclusione che una grande percentuale di tutti i pazienti ospedalizzati è esposta al rischio a causa della mancata assistenza infermieristica o di errori di tralasciare l'assistenza^[4].

Come riporta anche lo studio RN4CAST^[23] il 40% di infermieri dichiarava una scarsa qualità di cure erogate; il 23% un livello scadente di sicurezza. Le cure mancate medie erano pari al 41%.

Questo studio dimostra, in modo inequivocabile, che la carenza infermieristica influenza negativamente i sistemi sanitari e contribuisce ad un aumento generale dei costi. In particolare, è evidenziata l'associazione tra il numero appropriato medio d'infermieri in organico (1 infermieri/6 pazienti) e la significativa riduzione della mortalità (-30%) e, più in generale, il raggiungimento di esiti migliori per i pazienti.

Il 9,8 % degli infermieri percepisce regolarmente il rischio di commettere errori nella somministrazione della terapia, il 15 % il rischio di insorgenza di lesioni da decubito, l'11,3 % il rischio di ferite in seguito a caduta, il 28,4 % il rischio di insorgenza di infezioni urinarie, il 13,2 % infezioni sistemiche e il 19,7 % infezioni polmonari.

Rispetto alle analisi sulle cure mancate, i dati italiani dimostrano che la percentuale media di cure mancate erano pari al 41%.

Il numero medio di attività non svolte per mancanza di tempo dal singolo infermiere è pari a 3,8.

Tra le cure mancate identificate dagli intervistati emergono le seguenti: igiene orale, educazione terapeutica al paziente e alla sua famiglia, cambio della postura, pianificazione delle cure, sorveglianza adeguata al paziente, comfort e dialogo al paziente, preparazione alla dimissione.

Il 59% degli infermieri intervistati dichiara di svolgere attività varie non assistenziali (ad esempio, attività burocratiche, compilazione di moduli per servizi non infermieristici, trasporto di pazienti, e altre). Tutte queste attività extra assistenziali quindi, impediscono all'infermiere di concentrarsi in pieno invece su quegli interventi di assistenza di base e non, che ogni paziente ha diritto di avere. Si crea così una situazione di insoddisfazione dell'infermiere per le prestazioni erogate e nel paziente per l'assistenza ricevuta. Ad esempio si è dimostrato come la mancata deambulazione del paziente abbia prodotto esiti negativi nei pazienti, inclusi: nuovi esordi di delirio, polmonite, ritardo nella guarigione di lesione, aumento delle lesioni da pressione, aumento della degenza e ritardo nella dimissione, aumento del dolore e del discomfort, perdita muscolare e spossatezza, disabilità fisica.

Inoltre, ulcere da decubito e cadute dei pazienti, indicano gravi implicazioni di costo per gli ospedali.

VI. CONCLUSIONE

Il problema trattato in questa tesi è l'assistenza infermieristica mancata, e le conseguenze che questa comporta. In particolare l'attenzione è stata posta su come queste mancanze vadano ad influire negativamente sulle lesioni da pressione. Per tale ragione si dovrebbe intervenire, prima sui motivi che portano a queste carenze dal punto di vista assistenziale, e poi andare ad agire su tutto il resto. E' anche vero però, che delle volte le carenze non derivano solamente dalla mancanza di tempo o dalla pressione che gli infermieri devono sostenere per l'alto carico di lavoro, ma è proprio la gestione stessa della lesione che è sbagliata o per negligenza o per errori negli interventi attuati sul paziente.

E' vero che le carenze di staffing, formazione, ambiente di lavoro, turnover, burnout e missed care influiscono sugli esiti dei pazienti come descritto dallo studio italiano RN4CAST ^[23] .

Il dato italiano medio sulle cure non ricevute per mancanza di tempo è pari al 41% e include attività assistenziali come l'igiene orale, la mobilitazione, il dialogo, l'educazione al paziente e alla famiglia, la sorveglianza appropriata, e lo sviluppo/aggiornamento dei piani assistenziali. Questi risultati dimostrano che gli infermieri italiani tendono a tralasciare attività distintive dell'infermieristica e specifiche per le competenze degli infermieri e, prevalentemente, svolgono attività pratiche come la somministrazione di farmaci, trattamenti, e procedure prescritte da altri professionisti. Le carenze infermieristiche inoltre influiscono negativamente sui sistemi sanitari e contribuiscono ad un aumento generale dei costi.

I risultati dello studio hanno dimostrato come l'assenza di cure infermieristiche sia un problema diffuso negli ospedali, dovuto ad un lavoro di squadra infermieristico disfunzionale, alla carenza di personale, così come alla mancata formazione, alla carenza di materiale e tempo ed altre problematiche che vengono a manifestarsi per colpa per esempio di una delega inefficace o di una mancata comunicazione^[1]. Quest'ultima do-

vrebbe essere unidimensionale e come indica il significato dovremmo saper condividere in modo appropriato, poiché una mancata comunicazione influisce sul ritardo di cura (38%), sui danni fisici (20%) e sull'insoddisfazione (8,9%) , riportando anche esiti negativi per il paziente come le lesioni da pressione ^[18].

Tutti gli interventi che dovrebbero essere garantiti al paziente, e non sono soddisfatti, rappresentano una mancanza completa, parziale o rimandata . Le cure mancate sono degli indicatori di qualità dei ricoveri ospedalieri e di come possono influire sugli obiettivi di salute dei pazienti come dichiarato dal presidente dell'Opi ^[23].

Come riporta, B.Mangiacavalli presidente FNOPI (Federazione nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche) , nell'assemblea generale 2020, gli effetti delle cure perse e la carenza di infermieri comporta un aumento del rischio di mortalità del 25-26%.

La FNOPI ha evidenziato che rispetto alla richiesta di infermieri da parte dei cittadini ci sono circa 30.000 infermieri in meno che diventeranno 58.000 in meno nel 2023; circa 71.000 nel 2028 e quasi 90.000 nel 2033.

Per poter migliorare la situazione è necessario intervenire sulle cause, l'infermiere deve migliorare laddove è suo compito, mentre per le altre problematiche ci si aspetta un aiuto più concreto con provvedimenti seri da parte delle istituzioni.

L'infermiere deve cercare dove ha le possibilità di limitare e prevenire il fenomeno, tramite corsi di formazione, lavoro di squadra e un'organizzazione più ottimale delle attività, per proteggere i pazienti e garantire le massime sicurezze. Mentre per quanto riguarda la carenza di infermieri si spera di arrivare presto ad una soluzione e che quello attuato a Trieste tramite il "Progetto pilota" che ha l'obiettivo appunto ad ottenere un numero di infermieri più elevato che porti così a sopperire quelle mancanze di prestazioni dovute ad un numero troppo inferiore di infermieri. Da ciò che è emerso si preferisce investire su un quantitativo superiore di infermieri cercando di andare a migliorare il problema della carenza degli infermieri e di influire in modo positivo sulle lesioni e tutte quelle attività che non venivano svolte per mancanza di tempo. ^[24]

24. <https://www.fnopi.it/2020/02/07/missed-care-trieste-mangiacavalli-paoletti/>.

VII.BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Valles JH, Monsiváis MG, Guzmán MG, Arreola LV. Nursing care missed in patients at risk of or having pressure ulcers. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2016 (Nov 21).
2. Etafa, Werku et al. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC nursing* vol. 17 14. 2018 (16 April), doi:10.1186/s12912-018-0282-2 .
3. Kitson AL. The Fundamentals of Care Framework as a Point-of-Care Nursing Theory. *Nurs Res*. 2018 Mar/Apr;67(2):99-107. doi: 10.1097/NNR.
4. Kalisch, BJ. Assistenza infermieristica persa : uno studio qualitativo *Journal of Nursing Care Quality* :2006 (ottobre-dicembre), Volume 21 - Numero 4 - p 306-313.
5. Kalisch BJ, Landstrom GL, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009 (January – February); Issue 57: 3-9.
6. <https://www.nmc.org.uk/about-us/policy/position-statements/francis-report/>.
7. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009 (May 12); Vol. 65. Issue 7: 1509–1517. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x. Epub 2009 May 9. PMID: 19456994.
8. Richards DA, Hons BSC, Hilli A et al, Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. 2017 (November 20); Vol. 27. Issue 11-12.

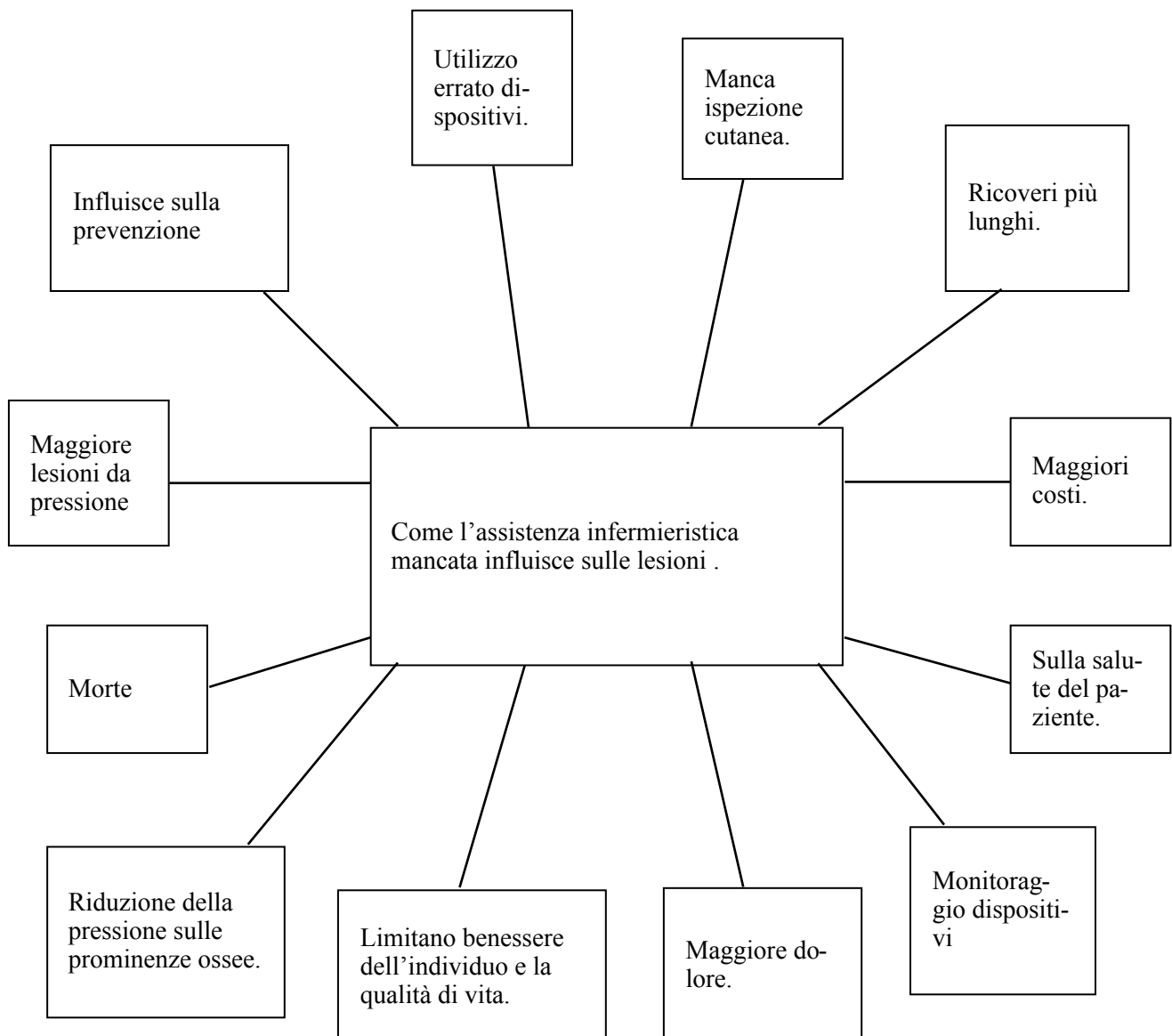
9. Potter P, Wolf L, Boxerman S et al. An Analysis of Nurses' Cognitive Work: A New Perspective for Understanding Medical Errors. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005 (febbraio).
10. Luan XR, Li WH, Lou FL. Applied analysis of humanized nursing combined with wet healing therapy to prevent bed sore. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2016 Oct; 20(19):4162-4166.
11. Niu J, Han L, Gong F. Therapeutic Effect of External Application of Ligustrazine Combined with Holistic Nursing on Pressure Sores. *Med Sci Monit*. 2016 Aug 15;22:2871-7.
12. Al-Samarrai NR, Uman GC, Al-Samarrai T, Alessi CA. Introducing a new incontinence management system for nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2007 May;8(4):253-61.
13. Verbrugge M, Beeckman D, Van Hecke A, Vanderwee K, Van Herck K, Clays E, Bocquaert I, Derycke H, Geurden B, Verhaeghe S. Malnutrition and associated factors in nursing home residents: a cross-sectional, multi-centre study. *Clin Nutr*. 2013 Jun; 32(3):438-43.
14. Ghinescu M, Olaroiu M, Aurelian S, Halfens RJ, Dumitrescu L, Schols JM, Rahneanu G, Curaj A, Alexa I, van den Heuvel WJ. Assessment of care problems in Romania: feasibility and exploration. *J Am Med Dir Assoc*. 2015 Jan;16(1): 86.e9-86.e12.

15. Mongardi M, Fortuna D, Sciolino L; per il Gruppo di Lavoro. Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche: i risultati di uno studio multicentrico [Nursing sensitive outcomes: the results of a multicentre study]. *Assist Inferm Ric.* 2019 Jul-Sep;38(3): 117-137. Italian. doi: 10.1702/3227.32045.
16. Schoonhoven L, Grobbee DE, Bousema MT, Buskens E; prePURSE study group. Predicting pressure ulcers: cases missed using a new clinical prediction rule. *J Adv Nurs.* 2005 Jan;49(1):16-22.
17. Etafa W, Argaw Z, Gemechu E, Melese B. Nurses' attitude and perceived barriers to pressure ulcer prevention. *BMC Nurs.* 2018 Apr 16;17:14.
18. UMBERFIELD E, GHAFERI AA, KERIN SL, MANOJLOVICH M. Utilizzo dei rapporti sugli incidenti per valutare gli errori di comunicazione e gli esiti dei pazienti. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2019; 45 (6): 406-413. doi: 10.1016 / j.jcjq.2019.02.006.
19. Karadag A, Hanonu S, Eyikara E. Uno studio prospettico e descrittivo per valutare la percezione del personale infermieristico e gli interventi per prevenire lesioni da pressione correlate ai dispositivi medici. 2017; 63 (10): 34-41. doi: 10.25270 / owm. 2017.10.3441.
20. Gadd MM. Braden Scale cumulative score versus subscale scores: are we missing opportunities for pressure ulcer prevention? *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014 Jan-Feb;41(1):86-9. doi: 10.1097/01.WON.0000438017.83110.6c. PMID: 24378697.

21. Tang J, Li B, Gong J, Li W, Yang J. Challenges in the management of critical ill COVID-19 patients with pressure ulcer. *Int Wound J.* 2020 May 7:10.1111/iwj.13399. doi: 10.1111/iwj.13399.
22. Dabney BW, Kalisch BJ, Clark M. A revised MISSCARE survey: Results from pilot testing. *Appl Nurs Res.* 2019 Dec;50:151202. doi: 10.1016/j.apnr.2019.151202. Epub 2019 Oct 20.
23. Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Gianluca Catania, Milko Zanini, Antonella Santullo, Roger Watson, Walter Sermeus, Linda Aiken : Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti. *Rivista L'Infermiere* N°3-2019.
24. <https://www.fnopi.it/2020/02/07/missed-care-trieste-mangiacavalli-paoletti/>.

ALLEGATI:

Come riportato sui materiali e metodi ,si è utilizzata questa mappa per definire e evidenziare quali siano le maggiori problematiche inerenti all'assistenza infermieristica mancata e cosa provochi sulle lesioni. **Allegato 2 .**



RINGRAZIAMENTI

In questi tre anni posso dire di essere cresciuta molto e di aver capito sempre più ,quanto sia importante questo mestiere . Quanto questo lavoro ti regala e allo stesso tempo ti toglie. Sono stati anni di sacrifici , pianti e sorrisi ma tutt'ora credo che se tornassi indietro rifarei la scelta che ho fatto .

In questo percorso ho incontrato tantissime persone e tantissimi operatori sanitari , medici e altre figure professionali ,non tutte mi hanno regalato cose positive ma nonostante ciò li ringrazio perché mi hanno insegnato a combattere per ciò che veramente vuoi.

Poi ci sono quelle persone che mi hanno fatto crescere piano piano e fatto capire dove sbagliavo e dove no, dove c'era bisogno di una parola di conforto, dove c'era da stare seri quando era il momento e di sorrisi, divertimenti quando servivano.

A queste persone vorrei dire grazie davvero, perché so che non è facile svolgere il nostro lavoro e prendersi anche in carico studenti nella loro formazione , ma nonostante ciò erano sempre li con il sorriso ad aspettarti e a insegnarti. Queste persone sono quelle che mi porterò dentro per sempre .

L'ultimo anno non è stato semplice, dato che ci siamo ritrovati a dover gestire una pandemia ma nonostante ciò ho trovato infermieri fantastici che mi hanno fatto vivere quest'ultimo anno con sorriso e forza di volontà. Per questo, a tutte le persone che mi hanno aiutata e mi hanno fatto capire il vero senso della parola assistenza infermieristica li ringrazio con tutta me stessa.

Ho imparato che a volte basta uno sguardo per cambiare la giornata di un'altra persona, per questo spero di portare con me sempre il sorriso come gli infermieri con cui sono stata, che nonostante le mille cose da svolgere lo facevano con professione e grande umanità . Credo che a volte non serva così tanta preparazione e formazione se non sono seguite da umiltà e semplicità . Sono le due parole che ho imparato grazie a infermieri che mi hanno seguita sempre con amore e che credevano in me .

Vorrei ringraziare tutti pazienti conosciuti che hanno condiviso con me la loro storia e aperto il loro mondo per farmici entrare , mi hanno insegnato che a volte non servono molte parole ma basta un gesto o uno sguardo per cambiargli la giornata.

Ringrazio tutta la mia famiglia per i sacrifici che hanno fatto per non farmi mancare nulla e per aver creduto in me quando non ci credevo io, il mio ragazzo che c'è sempre stato mi ha capito e compreso in tutte le scelte fatte e ogni volta che mi sentivo inadeguata , non in grado e a volte mi sconfortavo e volevo mollare lui c'era.

Un grazie va a tutti i miei amici , alle amiche di sempre che ci sono sempre state , alle amiche che ho incontrato in questo percorso che hanno condiviso tutto con me, dai momenti più felici ai momenti di sconforto nonostante ciò mi hanno sempre sostenuta .

Ognuna, con i propri consigli mi ha accompagnata in questo percorso e non lo potrò mai dimenticare . Mi hanno sempre compresa , aiutata e supportata e per questo vi ringrazio .

Grazi a tutti i professori che hanno collaborato nella mia crescita professionale, a chi non credeva in me e poi si è ricreduto e a chi ci ha sempre creduto .

Infine ringrazio due reparti in particolar modo (rianimazione cardiocirurgia e medicina d'urgenza) mi hanno accompagnata nella fine del mio tirocinio e inizio di un nuovo percorso quello che sarà la mia professione . Grazie perché ho capito che cosa voglio essere e come vorrò essere , mi avete insegnato molto soprattutto a credere in me stessa .

Infine ringrazio il prof che mi ha seguito nella stesura della mia tesi , sempre presente e nonostante le mie mille insicurezze i miei mille dubbi è stato sempre presente e disponibile .

Concludo dicendo che ho appreso che questa professione non è solo un lavoro ma molto di più. Questa disciplina ci insegna a condividere il dolore e le gioie delle altre persone, e solo condividendo il mondo dell'altra persona possiamo realmente capire che cosa stia vivendo. Mi ha insegnato a non avere pregiudizi o giudizi affrettati perché mai è come sembra .

Poi per ultima ringrazio me stessa , nonostante le tante parole che ho sentito non mi sono mai abbattuta ma ho sempre stretto i denti e lottato per quello che voglio e quello in cui credo .

Questa professione può regalarti tanto e regalare tanto, a volte basta un semplice sorriso per fare la differenza .