

**INDICE**

**ABSTRACT**

**INTRODUZIONE**

**- LE CURE INFERMIERISTICHE MANCATE**

**- COSA SONO?**

**- MODELLI CONCETTUALI DEGLI APPROCCI ALLE  
CURE MANCATE**

**- GLI STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DELLE  
CURE MANCATE**

**- ESITI DELLE CURE MANCATE**

**- MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA**

**- MODELLO PER INTENSITA' DI CURA E  
COMPLESSITA' ASSISTENZIALE**

**- MODELLO FUNZIONALE O PER COMPITI**

**- MODELLO TEAM NURSING O PER PICCOLE  
ÉQUIPE**

**- MODELLO PRIMARY NURSING O  
DELL'INFERMIERE PRIMARIO**

**- MODELLO NURSING CASE MANAGEMENT**

**OBIETTIVO**

**MATERIALI E METODI**

**RISULTATI**

**DISCUSSIONE**

**CONCLUSIONE**

**BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

**RINGRAZIAMENTI**

## **ABSTRACT**

**Introduzione ed obiettivo:** Nel tempo sono stati sviluppati tre approcci principali al fenomeno delle cure perse o rimandate (Missed Nursing Care, Tusk Undone, Implicit Rationing) e diversi modelli di gestione dell'assistenza infermieristica (Functional Nursing, Team Nursing, Primary Nursing, Nursing Case Management). Si proverà, in questo elaborato, ad individuare una correlazione tra le MNC e i diversi modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica.

**Materiali e metodi:** Per ricercare le evidenze scientifiche sull'argomento è stata utilizzata la banca dati "PubMed-NCBI" nella quale sono state usate stringhe di ricerca risultate dalla metodologia PICO.

**Risultati:** Dalle stringhe che contenevano sia i vari approcci alle cure perse che i nomi dei singoli modelli organizzativi si sono ottenuti sei risultati, dei quali due sono stati selezionati.

**Analisi, Discussione e conclusione:** L'analisi di questi studi ha evidenziato che l'implementazione di un nuovo modello organizzativo, nello specifico il Primary Team Nursing e il Primary Nursing, non comporta un aumento delle cure perse, anzi, una loro riduzione che varia notevolmente tra le evidenze analizzate. Vista la scarsità di lavori sull'argomento, nuove e più esaustive ricerche sono necessarie per definire se l'adozione di modelli organizzativi diversi comporti diversi livelli di MNC.

**Parole chiavi:** Missed Nursing Care, MISSCARE Survey, modelli organizzativi dell'assistenza, Primary Team Nursing, Primary Nursing, cambio modello organizzativo, variazione livelli di MNC, setting sanitari residenziali.

## INTRODUZIONE

Spesso, durante l'attività lavorativa, gli infermieri non riescono a completare tutte le attività assistenziali che dovrebbero garantire, alcune di queste infatti vengono posticipate mentre altre del tutto omesse.

Questo fenomeno ricade sotto il nome di “cure mancate” o “cure perse”. Negli ultimi dieci anni è aumentato il numero di ricerche sulle cure infermieristiche mancate, evidenziando da un lato le dimensioni globali del fenomeno e, dall'altro, l'eterogeneità di approcci con cui possono essere studiate per terminologie, definizioni concettuali e strumenti di misurazione.<sup>1</sup>

Secondo Jones et al, circa il 90% delle pubblicazioni sul tema delle cure infermieristiche mancate è riconducibile a tre principali approcci:

- Tasks Undone (TU)
- Implicit Rationing (IR)
- Missed Care (MC)

Tra le prime ricercatrici ad occuparsi dell'argomento c'è stata la Prof.ssa J. Sochalski dell'University of Pennsylvania School of Nursing's Center for Health Outcomes and Policy Research che, in un primo studio del 2001 e in un altro del 2004, ha definito le cure infermieristiche incompiute, o “task undone” (TU), come un'attività non eseguita (ad esempio rispondere a un campanello e impegnarsi con il paziente a tornare senza poi farlo, o non eseguire un'attività pianificata come la mobilizzazione)<sup>2</sup>. L'implicit rationing (IR) è un approccio sviluppato da un team di ricercatori dell'Università di Basilea che definisce le cure perse come la mancata erogazione delle

---

<sup>1</sup> Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jun;52(6):1121-37.

<sup>2</sup> Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care* 2004;42(2 suppl):1167-73

attività infermieristiche necessarie ai pazienti, per una decisione degli infermieri a causa di carenza di personale, tempo e/o inadeguato skill mix. La decisione è “implicita”, frutto di scelte del singolo infermiere, dettate dalla necessità<sup>3</sup>.

L’approccio che appare maggiormente studiato e utilizzato anche come strumento di misura è però quello delle Missed Care o Missed Nursing Care (MNC), sviluppato dalla Prof.ssa B.J. Kalisch della School of Nursing della University of Michigan che, nel 2009, ha pubblicato diversi studi riguardanti la definizione del concetto delle MNC e la loro misurazione. Secondo la Kalish, quindi, le MNC si riferiscono a qualsiasi aspetto relativo all’assistenza al paziente che venga omesso (parzialmente o totalmente) o ritardato<sup>4</sup>.

Questa assistenza persa o ritardata, e quindi compromessa, comporta un peggioramento degli esiti clinici per gli assistiti e fa sì che le MNC possano essere assimilate a errori del Rischio Clinico. L’errore sanitario è definito, secondo il Ministero della Salute, come “il fallimento nella pianificazione e/o nell’esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell’obiettivo desiderato”. Definisce inoltre diversi criteri di classificazione, tra i quali la distinzione tra errori di commissione, che sono dovuti all’esecuzione di atti sanitari o assistenziali non dovuti o praticati in modo non corretto, ed errori di omissione, dovuti alla mancata esecuzione di attività ritenute necessarie per la cura dell’assistito, come nel caso delle MNC<sup>5</sup>.

Il termine MNC, o in italiano cure perse o mancate dell’assistenza infermieristica, deve essere reinterpretato, in quanto dalla traduzione dall’inglese si perde il significato originale di “nursing”, che non comprende solamente l’assistenza prettamente infermieristica, bensì tutta l’assistenza che viene erogata all’assistito, sia essa fornita da infermieri o da altri professionisti o figure di supporto (che all’estero corrispondono ad infermieri di qualifica inferiore).

---

<sup>3</sup> Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res* 2007;56:416-24.

<sup>4</sup> Kalisch B.J. , Landstrom G.L. & Hinshaw A.S. (2009) Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 65(7), 1509–1517

<sup>5</sup> Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res.* 2014 Aug;36(7):875-90.

Si è scelto questo argomento, in accordo col relatore, perché ritenuto meritevole di approfondimento in quanto, come confermato anche dall'agenzia americana per la qualità e la ricerca dell'assistenza sanitaria (AHRQ), gli errori di omissione sono più difficili da riconoscere rispetto agli errori di commissione e rappresentano pertanto un grave problema, con importanti implicazioni per la qualità e la sicurezza delle cure. Un'ulteriore considerazione è che l'impatto della pandemia da COVID-19 sul sistema sanitario nazionale va ad aumentare ancor di più il già notevole workload degli infermieri in Italia, determinando un probabile aumento delle MNC.

Il seguente elaborato risulterà dalla revisione della recente letteratura in merito e proverà ad individuare una correlazione tra le MNC e i diversi modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica.

## LE CURE INFERMIERISTICHE MANCATE

### COSA SONO?

Il termine cure perse o mancate è spesso visto dal personale sanitario come punitivo e/o negativo, per questo il dibattito internazionale su quale sia il termine adeguato a definire questo fenomeno è molto acceso tra gli esperti. Tra i vari termini presi in esame quello maggiormente onnicomprensivo, una sorta di “termine ombrello”, è *unfinished care*, ma alcune linee di pensiero, che vorrebbero dare un’accezione meno negativa, indicano come adeguato il termine *compromised nursing care*. Come accennato nell’introduzione, esistono tre approcci principali alle cure perse o mancate: TU, IR e MC.

Nel 2001, lo IHORC (International Hospital Outcomes Research Consortium) ha prodotto il primo report<sup>6</sup> sulle cure mancate, nel quale fu adottato il termine *care left undone*, usato in modo interscambiabile con *task undone*, ad indicare qualcosa non è portato a termine per le caratteristiche del contesto clinico-organizzativo. Nel 2004, in un articolo riguardante la correlazione tra personale infermieristico e qualità dell’assistenza, la Prof.ssa Sochalski ha individuato le MNC come “*task undone*” (attività non terminata) e le ha definite come indicatori negativi della qualità assistenziale.

Questo approccio risulta però troppo riduttivo, in quanto definisce le MNC solamente come “*task undone*” (attività incompiuta), escludendo quindi le attività che vengono solo rimandate.

Per quanto riguarda l’approccio IR, il termine *rationing*, utilizzato da Schubert, fa riferimento alla mancata erogazione di attività infermieristiche per carenza di tempo e di risorse. Si tratta di un concetto più definito rispetto a quello dell’approccio TU e rimanda ad una distribuzione “controllata” delle risorse scarse: sono gli infermieri, attraverso un ragionamento implicito, a decidere che cosa razionalizzare quando non ce

---

<sup>6</sup> Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff* 2001;20:43-53.

la fanno ad erogare tutto quanto dovrebbero. L'attenzione dell'approccio è sul singolo infermiere, sulle sue capacità di giudizio e decisione, e su come preparare i futuri infermieri ad elevate competenze decisionali, riducendo al massimo gli esiti negativi sui pazienti e sugli stessi infermieri<sup>7</sup>.

Il terzo e più diffuso approccio è quello delle MNC, sviluppato da diversi ricercatori tra i quali spicca la Prof.ssa B. Kalish che durante la sua attività da ricercatrice ha focalizzato i suoi studi principalmente sui seguenti temi: nursing teamwork (lavoro d'équipe), nurse staffing (definizione del fabbisogno di personale infermieristico) e missed nursing care.

Lei stessa, nel 2006<sup>8</sup>, riconoscendo nelle cure perse e negli errori di omissione un campo dell'infermieristica dove le conoscenze erano ancora insufficienti, ha realizzato uno studio qualitativo con l'obiettivo di determinare quali fossero gli elementi dell'assistenza maggiormente mancati e quali le loro cause. La ricerca impegnò oltre un centinaio di operatori sanitari tra infermieri e figure di supporto provenienti da 2 ospedali diversi e da reparti sia di medicina che di chirurgia. Il personale selezionato venne diviso in 25 "focus group", ognuno dei quali fu intervistato con un metodo semi-strutturato assicurando riservatezza tra i diversi gruppi, per far sì che le risposte fossero più realistiche possibile. Durante le interviste venne chiesto quali fossero le attività assistenziali regolarmente omesse e perché, tralasciando quelle invece che venivano omesse raramente. I risultati furono che le 9 cure che venivano maggiormente omesse erano: la deambulazione, la mobilizzazione passiva, l'aiuto nell'assunzione della dieta, l'educazione del paziente, la compilazione della documentazione, il sostegno emotivo, l'esecuzione delle cure igieniche, la registrazione del bilancio idrico e la sorveglianza dei pazienti. Le 7 principali cause che vennero rilevate furono: carenza di personale, aumento del tempo richiesto per fornire l'assistenza, utilizzo inappropriato o mancanza di risorse materiali, sindrome del "non è il mio lavoro" ("non spetta a me farlo"),

---

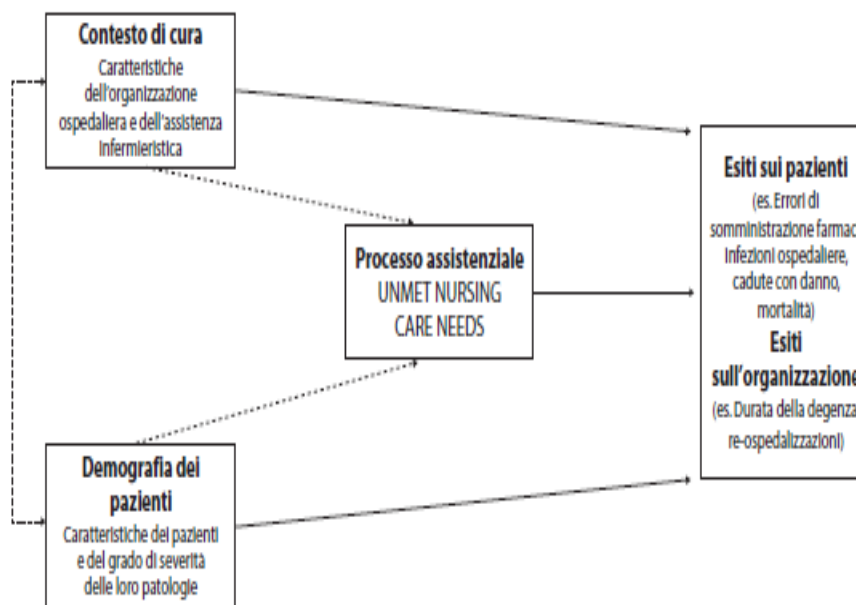
<sup>7</sup> Bassi E, Tartaglini D, Palese A. Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura [Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review]. *Assist Inferm Ric.* 2018 Jan-Mar;37(1):12-24. Italian.

<sup>8</sup> Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual.* 2006 Oct-Dec;21(4):306-13; quiz 314-5.

deleghe inefficaci, abitudini e rifiuto di verificare se l'attività è stata effettivamente svolta da altri membri dell'équipe.

## MODELLI CONCETTUALI DEGLI APPROCCI ALLE CURE MANCATE

Tutti gli approcci trattati finora hanno sviluppato un proprio modello concettuale per spiegare il fenomeno delle cure infermieristiche perse o mancate, ma tutti hanno una caratteristica in comune, cioè quella di essere basati sul modello di Donabedian<sup>9</sup>. Quest'ultimo fornisce un quadro per esaminare i servizi sanitari e valutare la qualità dell'assistenza sanitaria. Secondo il modello, le informazioni sulla qualità dell'assistenza possono essere tratte da tre categorie di indicatori: struttura, processo e risultati. Il modello concettuale dell'approccio TU<sup>10</sup> (Figura 1) identifica le cure mancate come una componente del processo assistenziale, che si trova al centro tra gli indicatori di struttura (come le caratteristiche organizzativo/strutturali e quelle dei pazienti) e gli indicatori di esito (come infezioni, cadute, durata degenza, etc.). Quando non vengono soddisfatti i bisogni di assistenza infermieristica per attività assistenziali non effettuate, si possono verificare esiti negativi sia sui pazienti che sull'organizzazione.



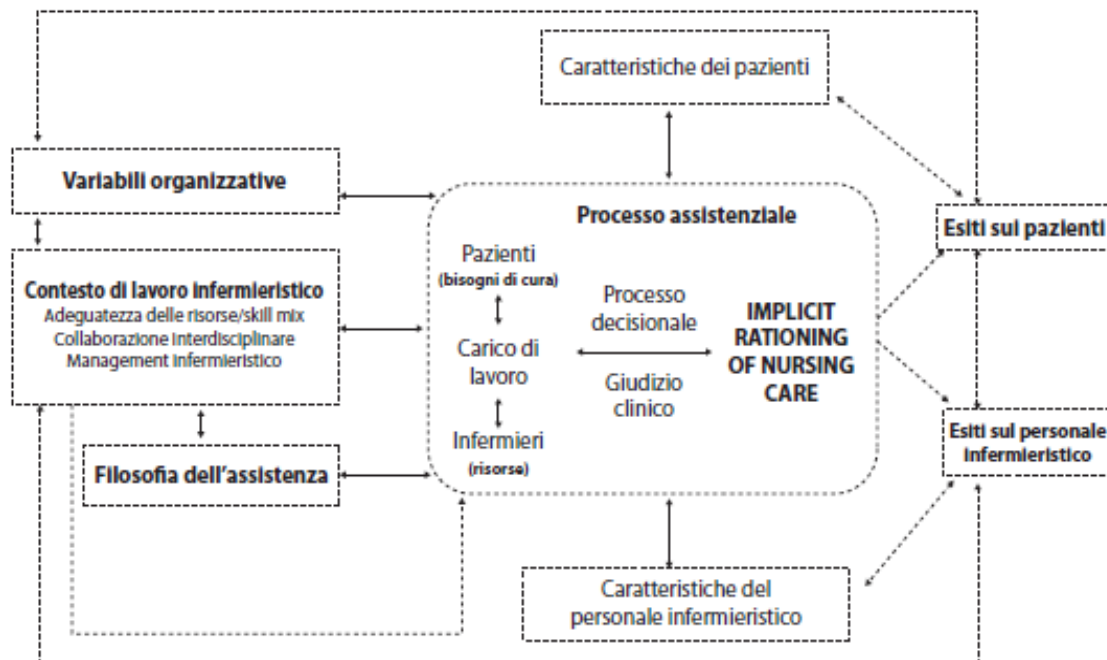
<sup>9</sup> Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-206.

<sup>10</sup> Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs* 2009;65:2299-310.



(Figura 1, tratta da: Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura)

Il modello concettuale dell'approccio IR (Figura 2), proposto dalla Prof.ssa Schubert<sup>11</sup>, posiziona il razionamento implicito (IR) nell'ambito del processo decisionale: gli infermieri devono decidere, sulla base del giudizio clinico, quale priorità attribuire alle attività assistenziali quando non hanno tempo e risorse sufficienti.



(Figura 2, tratta da: Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura)

Il processo assistenziale, secondo questo modello, è influenzato dalle variabili organizzative, dal contesto di lavoro infermieristico, dalla filosofia dell'assistenza, oltre che dai bisogni dei pazienti e dalle competenze decisionali degli infermieri.

<sup>11</sup> Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert- Witvliet B, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008;20:227-37.

Gli esiti del processo di razionamento implicito delle cure sono stati identificati sia sui pazienti (infezioni ospedaliere, L.d.P., mortalità, etc.) che sul personale infermieristico (soddisfazione lavorativa, infortuni sul lavoro, turnover, burnout). Il modello concettuale dell'approccio MC (Figura 3), chiamato Missed Care Model, prende in esame i fattori che influenzano i processi decisionali degli infermieri portandoli a omettere o ritardare le cure. Questo modello è stato ideato nello studio *Missed Nursing Care: a concept analysis*<sup>12</sup> e definisce le categorie di attributi che, secondo i dati raccolti dal precedente studio *Missed Nursing Care: a qualitative study*<sup>13</sup>, contribuiscono a creare il fenomeno delle cure perse o mancate.

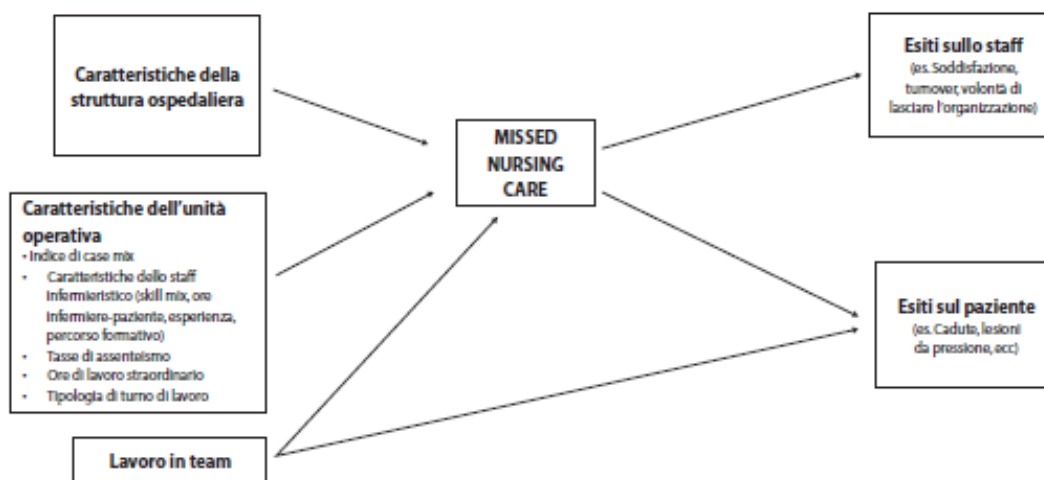
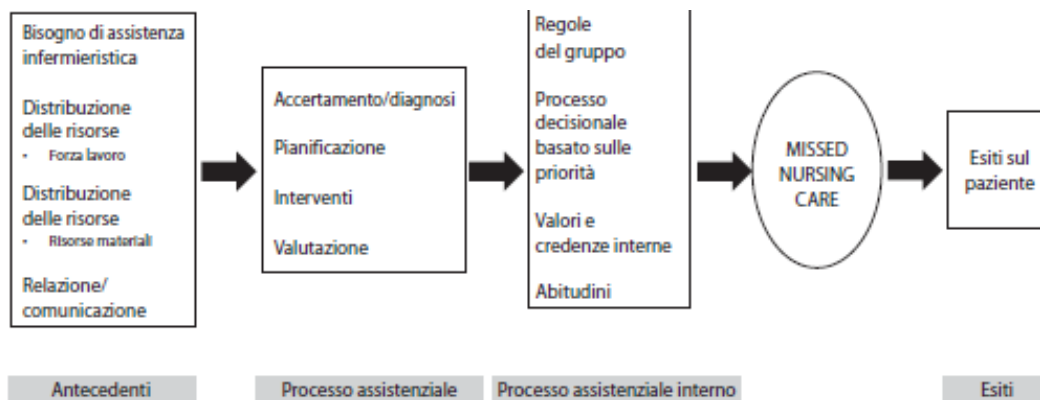
Il primo modello, pubblicato nel 2009, ha subito negli anni delle modifiche che hanno portato il team di ricercatori guidato dalla Prof.ssa Kalish a pubblicarne una versione aggiornata nel 2014<sup>14</sup>. In quest'ultima versione del modello, gli indicatori di struttura comprendono le caratteristiche della struttura ospedaliera, dell'unità operativa (caratteristiche dell'équipe, tasso di assenteismo, percezione di adeguatezza da parte dello staff, organizzazione del lavoro, etc.) e del "teamwork" inteso come lavoro d'Équipe (buone relazioni e comunicazione, attribuzioni efficienti, collaborazione interna, etc.). Per quanto concerne gli indicatori di processo, invece che riguardare le attività che generalmente compongono l'assistenza sanitaria, riguardano la quantificazione e qualificazione delle cure compromesse (MNC). Infine, gli indicatori di esito sono identificati sia sui pazienti (infezioni ospedaliere, L.d.P., mortalità, etc.) che sul personale infermieristico (soddisfazione lavorativa, turnover, volontà di lasciare l'organizzazione/burnout).

---

<sup>12</sup> Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009;65:1509-17.

<sup>13</sup> Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006;21:306-13.

<sup>14</sup> Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: Missed nursing care. *West J Nurs Res* 2014;36:875-90.



(Figura 3, tratta da: Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura)

In conclusione, le MNC possono verificarsi anche per dimenticanze o problemi di comunicazione e non necessariamente come conseguenza di un processo di razionamento delle risorse, come sostenuto dall'approccio IR. La diversa definizione del fenomeno riflette modelli concettuali diversi per l'enfasi che attribuiscono al singolo infermiere (IR) o ad altri fattori, ad esempio il team (MC). Anche gli esiti delle cure mancate sono diversi: mentre l'approccio TU fissa gli esiti sul paziente e sull'organizzazione, l'approccio MC e IR sui pazienti e sul personale infermieristico.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Bassi E, Tartaglino D, Palese A. Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura [Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review]. *Assist Inferm Ric.* 2018 Jan-Mar;37(1):12-24. Italian.

## GLI STRUMENTI PER LA MISURAZIONE DELLE CURE MANCATE

Come per i modelli concettuali, anche per gli strumenti ogni approccio ha sviluppato il suo strumento di rilevazione delle cure perse o mancate, tuttavia hanno tutti in comune la caratteristica di essere questionari self-report basati sulla percezione degli infermieri o di altri operatori sanitari riguardo alle cure che dovevano essere assicurate e che invece sono state omesse.

Il *Tasks Undone Survey*, essendo lo strumento di rilevazione delle TU, è stato il primo ad essere realizzato nel 2001 dallo IHORC ed era composto da 7 quesiti, o item, di cure mancate nell'ultimo turno di lavoro. Per ogni item il questionario richiede solamente se nell'ultimo turno è stata eseguita o meno l'attività, non valutando se questa è stata realizzata solo su una parte dei pazienti o se invece non era richiesta dalle condizioni di alcuni di essi. Dalla prima versione ne è stata sviluppata una nuova aggiornata denominata TU-13<sup>16</sup> per via dell'aumento degli item che passano da 7 a 13, dei quali alcuni mutuati dal questionario (survey) BERNCA.

Oltre agli originari 3 survey, uno per ogni approccio, nel tempo se ne sono sviluppati molti altri, che sono però tutti riconducibili ai 3 principali, in quanto sono versioni aggiornate degli stessi o ibridazioni tra survey diversi.

Il *BERNCA* è stato sviluppato nell'ambito della sezione svizzera dell'International Hospital Outcomes Study e rappresenta lo strumento di valutazione dell'approccio IR. Dalla prima versione del 2003 che contemplava 20 item, il *BERNCA* nel 2013 è stato aggiornato e portato a 32 item<sup>17</sup>, ad ognuno dei quali gli infermieri devono assegnare la frequenza di omissione o rinvio al turno successivo per via di mancanza di tempo/personale o inadeguato skill mix (inteso come mix di figure professionali). La risposta ad ogni item avviene tramite scala Likert a 4 punti, da 0= attività non necessaria

---

<sup>16</sup> Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud* 2013;50:143-53.

<sup>17</sup> Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, Schwendimann R, Lesaffre E, Li B et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals- A cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013;50:230-9.

a 4= spesso, non limitandosi quindi a riportare solamente se eseguita o non eseguita, come nel *TU survey*. Un'altra differenza tra quest'ultimo ed il *BERNCA -32* è che questo richiede agli infermieri di valutare la frequenza di omissione o rinvio al turno successivo di un determinato item negli ultimi 7 giorni, invece che nell'ultimo turno di lavoro. Questo potrebbe comportare delle difficoltà di memoria per i compilatori. Il terzo e maggiormente diffuso strumento di misurazione delle MNC è il *MISSCARE Survey* (rilasciato nel 2009)<sup>18</sup>. Gli item inseriti nel questionario sono stati scelti a partire dai dati raccolti dallo studio qualitativo del 2006 sulle MNC. Il questionario che ne è scaturito venne fatto analizzare da 3 gruppi di infermieri esperti ("staff nurse" o coordinatori infermieristici) appartenenti ad ospedali diversi per evitare che il survey fosse basato sulla pratica di una sola organizzazione. In seguito lo strumento venne fornito ad un gruppo di infermieri che avevano il compito di suggerire eventuali nuovi item da inserire, ma venne ritenuto soddisfacente e non ne vennero aggiunti altri. In conclusione, il survey venne somministrato ad un campione di 459 infermieri di 3 ospedali diversi del Midwest e i risultati ne confermarono le caratteristiche di accettabilità, validità e affidabilità.

Il *MISSCARE Survey* è composto da una prima sezione finalizzata a raccogliere informazioni anagrafico-professionali del compilatore (in forma anonima) e da 2 sezioni successive: la prima per rilevare quanto vengano omesse 24 attività infermieristiche (item) nell'unità operativa in cui lavora il compilatore attraverso una scala Likert a 5 punti (raramente, occasionalmente, frequentemente, sempre, non applicabile), la seconda invece per quantificare l'influenza che ognuno dei 17 item (cause) ha sulle cure omesse attraverso una scala Likert a 4 punti (significativamente, moderatamente, minimamente, fattore non influente).

Dallo studio del 2009 è risultato che le attività percepite come maggiormente omesse o posticipate erano la deambulazione tre volte al giorno o come pianificato, la valutazione dell'efficacia della terapia, la mobilitazione passiva del paziente ogni due ore e l'igiene

---

<sup>18</sup> Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Admin* 2009;39:211-9.

del cavo orale. Le attività che al contrario risultarono meno omesse furono la valutazione del paziente almeno una volta per turno, il monitoraggio della glicemia come da prescrizione e il lavaggio delle mani.

Per quanto riguarda l'ultima sezione del test le diverse cause sono state raggruppate in quattro grandi categorie: imprevisti, problemi di comunicazione, scarsità di risorse materiali e umane (questa è risultata la causa maggiormente indicata). Esistono ormai diverse versioni del questionario che differiscono per numero di item richiesti, tra questi si cita il *MISSCARE Survey* a 13 item, che è l'unico strumento di misurazione delle cure mancate secondo la percezione dei pazienti<sup>19</sup>, ma non restituisce una misura oggettiva quanto, piuttosto, la differenza tra quanto il paziente si aspetta di ricevere e quanto effettivamente ha ricevuto.

Il *MISSCARE Survey* è stato testato e validato tramite la somministrazione in diversi stati del mondo, tra i quali Islanda, Corea, Portogallo, Brasile, Turchia e Italia. La validazione del survey in Italia è avvenuta nel 2017 tramite uno studio composto da una fase pre-pilota ed una pilota per tradurre lo strumento in lingua italiana, assicurarne la validità di facciata, di contenuto e l'equivalenza semantica e concettuale con la versione originale. Quindi, il questionario *MISSCARE Survey* (Figura 4) è stato distribuito a 1233 operatori; ne sono stati raccolti 1003 ed analizzati 979 afferenti all'area medico-chirurgica di cinque Ospedali della Regione Emilia Romagna (Italia), nel periodo gennaio-marzo 2012. È stata quindi ricercata la validità di costruito e la consistenza interna<sup>20</sup>.

Viste le grandi differenze tra i vari strumenti di rilevazione delle MNC, la possibilità di svolgere confronti e di misurare i loro effetti sugli esiti dei pazienti è molto compromessa. Per questo è necessario che si svolgano nuovi studi per comprendere le modalità più adatte a rilevare le MNC.

---

<sup>19</sup> Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual* 2014;29:415-22.

<sup>20</sup> Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R, Giancesini G, Bassi E, Tartaglino D, Palese A, Ferraresi A. *MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate [MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study]*. *Ig Sanita Pubbl.* 2017 Jan-Feb;73(1):29-45. Italian. PMID: 28428643.

Item sezione A- Cure infermieristiche mancate		n (%)
Deambulazione del paziente		732 (74.8)
Mobilizzazione passiva del paziente		681 (69.6)
Cura del cavo orale		502 (51.3)
Preparazione del pasto e del setting (tavolo/vassoio) per pazienti autosufficienti		387 (39.6)
Preparazione del piano di dimissione con coinvolgimento del paziente		386 (39.4)
Educazione a pazienti e familiari		384 (39.2)
Partecipazione alle riunioni multidisciplinari		379 (38.7)
Supporto ad alimentarsi per pazienti non autosufficienti		378 (38.6)
Supporto emotivo pazienti e loro familiari		376 (38.5)
Somministrazione della terapia entro 30 min dall'orario indicato		368 (37.6)
Compilazione della documentazione infermieristica		354 (36.2)
Assistenza al paziente con bisogni di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata		315 (32.2)
Valutazione sito d'inserzione CVC e CVP		274 (28.0)
Rivalutazione mirata dei pazienti secondo la loro condizione/per turno		264 (27.0)
Valutazione della condizione dei pazienti almeno una volta per turno		249 (25.4)
Valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica		226 (23.1)
Lavaggio delle mani		215 (22.0)
Risposta al campanello entro 5 minuti		212 (21.7)
Effettuazione pratiche igieniche e controllo della cute		204 (20.8)
Monitoraggio bilancio idrico		187 (19.1)
Somministrazione della terapia al bisogno (entro 15')		169 (17.3)
Rilevazione parametri vitali come da pianificazione		157 (16.0)
Cure delle ferite e lesioni da decubito		153 (15.6)
Monitoraggio della glicemia		114 (11.6)
Fattore	Item sezione B- Ragioni che motivano le cure infermieristiche mancate	n (%)
I	Aumento inatteso numero/condizioni critiche di pazienti nell'unità operativa	886 (90.5)
I	Situazione pazienti urgenti	843 (86.1)
MP	Inadeguato numero personale sanitario	837 (85.5)
MP	Numero inadeguato operatori di supporto /ausiliari	817 (83.5)
MP	Elevato numero di ricoveri/dimissioni	814 (83.2)
MP	Numero non bilanciato di pazienti per infermiere	689 (70.4)
C	Tensioni, comunicazioni interrotte infermieri/medici	545 (55.7)
C	Mancanza di supporto/aiuto team	536 (54.8)
MR	Forniture/apparecchiature non funzionanti	536 (54.7)
MR	Farmaci non disponibili	507 (51.8)
C	Tensioni, comunicazioni interrotte infermieri/ausiliari	476 (48.6)
C	Mancata segnalazione cure non fornite da parte dell'operatore di supporto	473 (48.3)
MR	Forniture/apparecchiature non disponibili	457 (46.7)
C	Caregiver non rintracciabile o non disponibile	451 (46.1)
C	Tensioni, comunicazioni interrotte tra i membri dello staff infermieristico	433 (44.2)
MR	Altri reparti non hanno eseguito quanto previsto	433 (44.2)
MR	Inadeguate consegne infermieristiche dal turno precedente	413 (42.2)

Legenda: CVP= catetere venoso periferico, CVC=catetere venoso centrale, I= imprevisto, MP=mancanza di personale, C= comunicazione, MR= mancanza di risorse.

(Figura 4, tratta da: MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate)

## ESITI DELLE CURE PERSE O MANCATE

Gli esiti delle cure perse o mancate, come visto nel paragrafo sui modelli concettuali, si riflettono principalmente sui pazienti e sugli infermieri che li assistono. Per quanto riguarda i pazienti, sono state svolte numerose ricerche per comprendere quali fossero le conseguenze dell'assistenza che non è stata fornita, ma solo di recente una “*scoping review*”<sup>21</sup> ha analizzato e riassunto molte ricerche a riguardo e le ha raggruppate in modo congiunto, nonostante appartenessero a uno dei diversi approcci, considerandoli così alla stregua e facenti parte comunque dello stesso fenomeno.

Gli esiti negativi sui pazienti sono stati divisi in due macro-categorie:

- Sicurezza del paziente, composta dall'aumento del rischio di eventi avversi (rischio di cadute, di compromissione dell'integrità cutanea, di suicidio del paziente, di fuoriuscita di farmaci dall'accesso venoso, di errori nel posizionamento dell'accesso venoso) e dall'aumento degli eventi avversi effettivi (cadute, infezioni nosocomiali, errori terapeutici, lesioni da pressione);
- Qualità delle cure infermieristiche, le quali vengono percepite peggiori dagli infermieri quando i livelli di MNC sono elevati. Contestualmente è risultato che, quando è presente un buon ambiente di lavoro, le cure perse o mancate risultano minori e quindi la qualità dell'assistenza infermieristica è maggiore. Il principale esito in questa categoria è la soddisfazione del paziente, che infatti risulta maggiore quanto basse sono le MNC, minore quando queste sono elevate, e si associa anche ad una peggiore qualità della vita percepita e ad una minore fiducia nello staff infermieristico.

Gli esiti sugli infermieri sono stati recentemente riportati da uno studio che ha ricercato la relazione esistente tra personale infermieristico (valutato tramite il rapporto infermieri-pazienti e la percezione dell'adeguatezza del personale), cure

---

<sup>21</sup> Kalánková D, Kirwan M, Bartoničková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *J Nurs Manag.* 2020 Nov;28(8):1783-1797. doi: 10.1111/jonm.12978. Epub 2020 Mar 20. PMID: 32064694.



mancate/razionalizzate (rilevate mediante l'MNC Model), qualità dell'assistenza infermieristica (percepita dagli infermieri) e esiti sugli infermieri<sup>22</sup>.

Il risultato dello studio è che le MNC, il rapporto infermieri-pazienti e la percezione dell'adeguatezza peggiorano la soddisfazione lavorativa e aumentano l'intenzione di lasciare.

---

<sup>22</sup> Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *Int J Nurs Pract.* 2020 Feb;26(1):e12803. doi: 10.1111/ijn.12803. Epub 2019 Dec 18. PMID: 31850645.

## **MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA**

### **MODELLO PER INTENSITA' DI CURA E COMPLESSITA' ASSISTENZIALE**

Negli ultimi decenni gli ospedali, e più in generale tutto il Sistema Sanitario Nazionale, stanno attraversando una profonda fase di riorganizzazione al fine di adeguarsi alle nuove e diverse richieste di salute della popolazione. La trasformazione delle patologie dall'acuzie alla cronicità, la prevenzione, l'aumento di fabbisogno assistenziale, la scarsità di risorse e l'invecchiamento della popolazione sono solo alcune delle sfide che attendono il SSN non appena si sarà risolta l'attuale situazione emergenziale. Per fare questo, uno dei processi di cambiamento in atto è l'adozione del modello di organizzazione ospedaliera per intensità di cura e complessità assistenziale, con particolare focus sulla persona-paziente posta al centro del sistema, in sostituzione dell'organizzazione per disciplina rappresentata dall'organo. Questo modello organizzativo abbandona l'attuale concetto di unità organizzativa in favore di una suddivisione dell'ospedale in setting assistenziali quali:

- Il livello *intensive care*, che comprende le terapie intensive e sub intensive. Questo deve essere centralizzato, polivalente e trattare la reale instabilità clinica; l'accesso a tale livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e avviene in una logica di appropriatezza, prevalentemente attraverso il Dipartimento di Emergenza-Urgenza.
- Il livello *high care*, caratterizzato da degenze ad alto grado assistenziale di breve durata e nel quale confluisce gran parte della casistica. Si caratterizza per l'elevata complessità medica e/o infermieristica e l'accesso può essere programmato o avvenire prevalentemente tramite i Dipartimenti di Emergenza Urgenza.
- Il livello *low-care*, dedicato alla cura delle post-acuzie. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza. In questo setting vengono tipicamente accolti pazienti con pluri-patologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria ma non ad alto contenuto tecnologico ed ad alta intensività assistenziale.

La scelta del setting adeguato per ogni paziente è svolta mediante l'uso di strumenti informativi che permettano una preliminare stratificazione di criticità, gravità, complessità, dipendenza assistenziale e valutazione del rischio di rapido deterioramento clinico. Nella maggior parte delle esperienze di applicazione di questo modello, la valutazione per la scelta del setting adeguato comprendeva solamente la valutazione della complessità medica. L'analisi della letteratura recente ha però reso evidente la necessità di individuare un nuovo strumento che permetta di analizzare la complessità clinica sia dal punto di vista medico che assistenziale, in quanto questi due indici solo di rado coincidono.

Per quanto riguarda la valutazione della complessità medica, lo strumento che al momento sembra essere il più diffuso è la Scala MEWS (Modified Early Warning Score) che stima il grado di instabilità clinica del paziente. La valutazione della complessità assistenziale infermieristica è invece maggiormente dibattuta. In Italia al momento i 3 metodi più adoperati sono:

- L'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), il quale, partendo dal modello delle prestazioni infermieristiche, definisce un set di indicatori (finalità delle prestazioni di competenza infermieristica al fine di soddisfare i bisogni di assistenza del paziente) tecnicamente validi, affidabili e coerenti con alcuni postulati definiti nel modello.
- Il Modello Assistenziale Professionalizzante (MAP), modello proposto dalla ormai ex-IPASVI, che pone l'attenzione sul paziente e sulle variabili cliniche che incidono sulla complessità.
- Il Sistema Informativo della Performance Infermieristica (SIPI), dell'università di Milano, che pone l'attenzione sull'infermiere e sulla classificazione delle prestazioni erogate e considera tutte le variabili che concorrono a definire la complessità assistenziale oltre a quelle cliniche, organizzative, di contesto di assistenza diretta.

Il modello organizzativo per intensità di cura e complessità assistenziale è applicabile all'organizzazione ospedaliera ma, per quanto concerne la programmazione e la gestione del lavoro dello staff infermieristico nei vari reparti, si applicano altri modelli organizzativi.

Tra questi gli elementi che possono differire sono: l'autonomia decisionale (chi prende decisioni in merito all'assistenza alla persona), la durata della prestazione, l'organizzazione delle attività (all'interno dell'équipe), la comunicazione, la gestione dell'unità operativa.

I modelli organizzativi si possono dividere in “centrati sull'assistito” (Care Delivery Models), come quelli per compiti, per piccole équipe o con l'infermiere primario, o “centrati sul professionista” (Nursing Practice Model) come il modello della gestione condivisa dell'advance practice (infermiere esperto) o del Case Management Nursing.

## **MODELLO FUNZIONALE O PER COMPITI**

Il modello funzionale, o per compiti, è di stampo industriale ed ha quindi come obiettivo quello di massimizzare la produttività attraverso l'uso più efficiente possibile di risorse umane e materiali disponibili. Si caratterizza per l'organizzazione piramidale (medico, coordinatore, infermiere) e fonda il suo funzionamento sull'atto prescrittivo medico, la parcellizzazione in singole azioni del lavoro infermieristico e la loro divisione tra gli operatori, i quali diventano quindi dei meri esecutori dei compiti loro assegnati su tutti i pazienti. L'elevata ripetitività delle azioni comporta un aumento dell'abilità dell'operatore che le svolge migliorando la qualità e la rapidità di erogazione dell'assistenza, la contropartita è che l'esecutore si sente deresponsabilizzato e scarsamente gratificato, con conseguente aumento della sindrome da stress lavorativo (burnout o in alcuni casi diminuzione dei livelli di attenzione). La frammentazione dell'assistenza comporta, dal punto di vista del paziente, la perdita di qualsiasi figura di riferimento, l'assenza di assistenza personalizzata e la sensazione di essere trattati in modo meccanicistico e/o impersonale. Altre conseguenze dell'adozione di questo modello sono la facilità di controllo sulle prestazioni fornite (avendo la capacità di sapere sempre chi è stato ad erogarla), la perdita della visione globale della persona assistita per via della frammentazione dell'assistenza e il peggioramento della comunicazione sia all'interno dello staff infermieristico sia tra l'équipe sanitaria e l'assistito.

## **MODELLO TEAM NURSING O PER PICCOLE ÉQUIPE**

Il modello per piccole équipe è stato ideato per superare quello del nursing funzionale, dal quale si differenzia per la suddivisione dei pazienti in gruppi. L'assistenza è organizzata in piccoli gruppi di operatori coordinati da un infermiere esperto che assume il ruolo di leader e dirige l'assistenza, che viene poi fornita dagli altri componenti dell'équipe quali infermieri, operatori ausiliari, studenti infermieri. Ogni piccola équipe è responsabile dell'assistenza del suo gruppo di assistiti per un solo turno di lavoro. Questo comporta un passaggio di consegne e la partecipazione ad una riunione giornaliera per la creazione e l'aggiornamento del piano di assistenza scritto di ogni singolo assistito (contenente i problemi attuali o potenziali della persona e gli obiettivi dell'assistenza a breve e lungo termine). Con questo modello l'assistenza fornita può essere molto più personalizzata rispetto al modello funzionale. Inoltre, rispetto a quest'ultimo, il personale assistenziale riporta maggior soddisfazione lavorativa e maggiore qualità delle cure fornite grazie, in parte, all'aumento della discrezionalità e dell'autonomia degli infermieri rispetto ai medici. Alcuni svantaggi del modello per piccole équipe possono essere:

- l'elevata richiesta di risorse materiali, congiuntamente a possibili vincoli strutturali del luogo dove viene fornita l'assistenza;
- la somiglianza al modello per compiti nel contesto interno al piccolo gruppo assistenziale, dove il leader stabilisce i compiti (gerarchia piramidale) che gli infermieri del suo gruppo devono eseguire in base alle loro capacità e competenze su tutti gli assistiti relativi al gruppo;
- l'eventuale scarsa attitudine al lavoro di gruppo dei componenti della piccola équipe, che può risultare in una scarsa qualità dell'assistenza fornita.

## **MODELLO PRIMARY NURSING O DELL'INFERMIERE PRIMARIO**

L'autrice di riferimento per quanto riguarda il modello dell'infermiere primario o referente è la Prof.ssa Manthey M., la quale lo definisce come un approccio logico per assistere persone malate nello stesso modo in cui noi vorremmo essere curati, se fossimo malati<sup>23</sup>. Il fulcro di questo modello è la persona bisognosa di assistenza e non l'attività da eseguire, l'assistenza fornita deve essere competente, umanizzata e personalizzata, sia per l'assistito che per i suoi caregiver. Il modello dell'infermiere referente deve il nome alla caratteristica di enfaticizzazione della responsabilità e della professionalità di un infermiere esperto, che diventa il professionista di riferimento, sia per l'assistito e suoi familiari, sia per gli altri professionisti, per tutta l'assistenza infermieristica di cui la persona necessita, dalla sua presa in carico fino alla dimissione dal servizio. Questo modello può essere applicato sia ai setting ospedalieri sia a quelli territoriali. L'infermiere primario è responsabile delle cure infermieristiche 24 ore su 24 che, quando non è in turno, vengono fornite da altri infermieri, detti associati, o altre figure di supporto, sulla base del piano assistenziale redatto dal referente che effettua l'accertamento. L'infermiere referente viene scelto per ogni assistito dal coordinatore infermieristico sulla base delle sue capacità e della sua esperienza e svolge il ruolo di referente solamente per pochi assistiti (4-6 al massimo), mentre per gli altri svolge il ruolo di infermiere associato. I vantaggi di questo modello sono quindi la minore frammentazione delle cure, l'elevato grado di soddisfazione lavorativa per l'infermiere referente e la migliore comunicazione tra tutti gli attori in gioco. Tra gli svantaggi si annoverano l'elevato numero di infermieri richiesto e la loro elevata formazione oltre che maggiori livelli di stress e ansia derivanti dalla responsabilità univoca dell'assistenza fornita agli assistiti.

---

<sup>23</sup> Bowers L. The significance of primary nursing. *J Adv Nurs.* 1989 Jan;14(1):13-9. doi: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb03399.x. PMID: 2647806.

## **MODELLO NURSING CASE MANAGEMENT**

Il modello del nursing case management prevede che la figura dell'infermiere case manager coordini tutte le attività e gli interventi, sia sanitari che sociali, che vengono forniti all'assistito sulla base dei suoi bisogni rilevati (appropriatezza), garantendo un controllo sui costi (diminuendo gli sprechi e migliorando i livelli di autocura degli assistiti) e sulle risorse, assicurando una responsabilità diretta e facilmente riconoscibile da tutti, per tutte le cure prestate. Questo modello è uno dei più diffusi negli USA, dove è stato ideato e si è diffuso grazie ai vantaggi che apporta nei campi dell'efficienza (contenimento costi), dell'efficacia (qualità dell'assistenza) e della soddisfazione degli assistiti (minore frammentazione delle cure).

Al centro del sistema dell'assistenza c'è la persona, la quale intraprende in modo guidato e personalizzato, da parte del case manager, un percorso o piano clinico-assistenziale standard che viene elaborato da team multidisciplinari. Questi percorsi in Italia prendono il nome di PDTA (piano diagnostico terapeutico assistenziale) e costituiscono la base dalla quale l'infermiere che gestisce il caso può partire. Questa figura dovrà quindi avere un bagaglio di conoscenze notevole riguardo la clinica delle patologie che affronta e le più recenti linee guida o evidenze scientifiche, così da elaborare protocolli utili per i vari interventi da effettuare. Inoltre, per la buona riuscita del modello, è necessario che, nell'eventualità sia necessario fare ricorso a strutture sanitarie, queste siano organizzate non in base alle discipline, bensì in relazione all'intensità di cure e complessità assistenziale.

Le fasi che compongono il modello del nursing care management sono:

- Fase di Ricerca, nella quale si identifica la popolazione target che può beneficiare dall'adozione di questo modello. E' molto adatto, per esempio, alle malattie croniche;
- Fase di Valutazione, nella quale i singoli casi vengono analizzati e viene svolto l'accertamento per raccogliere dati rilevanti per identificare i bisogni della persona;
- Fase di Stesura, nella quale si sviluppa il piano personalizzato, si determinano quindi le priorità e si attivano i servizi idonei il tutto in relazione alle risorse disponibili;

-Fase di Attuazione, nella quale si monitorano gli interventi forniti alla persona e si salvaguarda sempre la sua sicurezza;

-Fase di Monitoraggio, nella quale si tiene traccia dell'avanzamento dell'attuazione del piano, al fine di rilevare eventuali cambiamenti o criticità e rimodulare di conseguenza il piano;

-Fase Conclusiva, nella quale il case manager valuta il raggiungimento degli obiettivi prefissati e determina se la persona possiede gli strumenti, materiali e nozionistici, necessari ad affrontare la sua vita futura.

I setting assistenziali dove il modello dell'infermiere case manager può essere applicato sono sia quello ospedaliero che quello territoriale, ma anche un sistema misto che prevede una parte del percorso in strutture per acuti e una parte in percorsi riabilitativi e/o sul territorio. Si evince che il modello organizzativo dell'assistenza del nursing case management affida all'infermiere grande responsabilità. Il suo ruolo e la sua formazione vanno quindi adattati per acquisire capacità avanzate, al fine di valutare i bisogni della persona assistita, di pianificare gli interventi appropriati e di mantenere livelli di alta ed efficiente cooperazione tra gli operatori coinvolti e la rete informale di assistenza dell'assistito (caregiver).



## **OBIETTIVO**

Con questo lavoro si intende verificare, mediante revisione della letteratura scientifica, l'ipotesi secondo la quale l'adozione di un determinato modello organizzativo dell'assistenza rispetto ad un altro permette di ridurre i livelli di cure compromesse. Se l'ipotesi fosse corretta, il portafoglio di strumenti per contrastare le cure perse o mancate si arricchirebbe di una nuova tipologia di interventi.

## **MATERIALI E METODI**

E' stato ampiamente dimostrato che gli infermieri percepiscono di non erogare tutte le cure che dovrebbero e, per contrastare ciò, molti di questi studi propongono diversi interventi attuabili, la cui efficacia è poi stata verificata da lavori successivi. Tra questi si citano, per quanto riguarda gli interventi strutturali, la diminuzione del rapporto infermiere/assistiti, il miglioramento del "teamwork", un migliore "skill-mix" (insieme di diverse figure professionali e proporzione tra queste).

Per quanto riguarda invece gli interventi che modificano il processo assistenziale, si menzionano l'introduzione/implementazione di sistemi di promemoria (in diverse forme e modi) che non permettano agli infermieri di tralasciare un intervento importante o l'ottimizzazione di specifici processi assistenziali<sup>24</sup>.

Considerato l'obiettivo dello studio e la dimensione del problema, il quesito di ricerca è stato formulato utilizzando la metodologia PICO:

- P (problema/ paziente/popolazione) = cure infermieristiche compromesse
- I (intervento/i) = adozione di un determinato modello assistenziale
- C (confronto/controllo) = confronto con altri modelli assistenziali
- O (esito/i) = incidenza cure compromesse

---

<sup>24</sup> Schubert M, Ausserhofer D, Bragadóttir H, Rochefort CM, Bruyneel L, Stemmer R, Andreou P, Leppée M, Palese A; RANCARE Consortium COST Action - CA 15208. Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review. *J Adv Nurs.* 2021 Feb;77(2):550-564. doi: 10.1111/jan.14596. Epub 2020 Oct 22. PMID: 33089553.

Il quesito è quindi risultato essere: “In un setting sanitario residenziale, l’adozione di un determinato modello dall’assistenza infermieristica rispetto ad un altro, determina livelli diversi di cure compromesse?”

Per raggiungere l’obiettivo è stata usata la banca dati “PubMed-NCBI” nella quale sono state utilizzate delle stringhe di ricerca che mettevano in correlazione i 3 principali approcci alle cure perse o mancate e la traduzione inglese dei termini “modelli organizzativi dell’assistenza”. La traduzione non ha avuto un risultato univoco, quindi sono state realizzate diverse stringhe con le varie traduzioni trovate quali: “work model”, “nursing care delivery system”, “organization of nursing work”.

Le stringhe ricercate e i relativi risultati, applicando come unico filtro la data di pubblicazione negli ultimi 10 anni, sono riportati nella Tabella 1.

(“missed care” OR “missed nursing care”) AND “work model”	0
(“missed care” OR “missed nursing care”) AND “organization of nursing work”	0*
(“missed care” OR “missed nursing care”) AND “nursing care delivery systems”	0
(“unfinished care” OR “nursing care left undone”) AND “work model”	0
(“unfinished care” OR “nursing care left undone”) AND “organization of nursing work”	0*
(“unfinished care” OR “nursing care left undone”) AND “nursing care delivery systems”	0
“implicit rationing of nursing care” AND “work model”	0
“implicit rationing of nursing care” AND “organization of nursing work”	0*
“implicit rationing of nursing care” AND “nursing care delivery systems”	0

(Tabella 1)

\* Alcuni risultati ci sono stati, ma non risultavano pertinenti in quanto il motore di ricerca ha ignorato il comando di ricerca della frase “organization of nursing work” nella sua interezza.

Vista la mancanza di risultati, si è tentato di cercare un collegamento tra i principali approcci alle cure perse o mancate e i singoli modelli organizzativi (quelli di maggior rilievo). Le stringhe ricercate con i relativi risultati sono riportati in Tabella 2.

("missed care" OR "missed nursing care") AND "functional nursing"	0
("missed care" OR "missed nursing care") AND "team nursing"	4
("missed care" OR "missed nursing care") AND "primary nursing"	2
("missed care" OR "missed nursing care") AND "nursing case management"	0
("unfinished care" or "nursing care left undone") AND "functional nursing"	0
("unfinished care" or "nursing care left undone") AND "team nursing"	0
("unfinished care" or "nursing care left undone") AND "primary nursing"	0
("unfinished care" or "nursing care left undone") AND "nursing case management"	0
"implicit rationing of nursing care" AND "functional nursing"	0
"implicit rationing of nursing care" AND "team nursing"	0
"implicit rationing of nursing care" AND "primary nursing"	0
"implicit rationing of nursing care" AND "nursing case management"	0

Tabella 2.

Dei sei risultati trovati, sono stati esaminati gli abstract al fine di verificare se il loro obiettivo fosse compatibile con lo scopo di questo elaborato. Di questi, solamente due sono risultati adatti ad essere analizzati per rispondere al quesito di ricerca.

## RISULTATI

Il primo dei 2 studi inclusi è uno studio descrittivo del 2018<sup>25</sup> dal titolo "Perceptions of Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units". Tra i tre obiettivi, due risultano rilevanti. Il primo consiste nella valutazione della differenza tra livelli, tipologia e cause delle cure mancate tra unità operative che adoperano o no un sistema

<sup>25</sup> Villamin C, Anderson J, Fellman B, Urbauer D, Brassil K. Perceptions of Missed Care Across Oncology Nursing Specialty Units. *J Nurs Care Qual.* 2019 Jan/Mar;34(1):47-53. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000324. PMID: 30475323.

di erogazione delle cure basato sul paziente, quale il “Primary Team Nursing” o PTN (modello ibrido tra quello per piccole equipe e quello dell’infermiere primario). Il secondo è quello di valutare eventuali cambiamenti nella percezione delle cure mancate sei mesi dopo l’implementazione del modello PTN, anche in quelle unità operative che al momento iniziale non lo adoperavano.

A tal proposito, i ricercatori dell’Università del Texas hanno invitato a partecipare allo studio 580 infermieri che nel 2015 prestavano servizio presso sei unità operative, rispettivamente: due unità chirurgiche, due mediche e altre due ematologiche. Un’unità per tipologia aveva, al momento dell’inizio dello studio, già implementato il modello PTN, mentre le restanti tre lo avrebbero implementato subito dopo. Agli infermieri che hanno dato la disponibilità a partecipare è stato somministrato, in modalità anonima, lo strumento di rilevazione delle cure mancate “MISSCARE Survey” due volte, al momento iniziale e dopo sei mesi. Dei 580 infermieri selezionati, 286 hanno dato la disponibilità a partecipare e, di questi, 98 hanno compilato in modo sufficientemente adeguato sia il primo che il secondo questionario.

In seguito all’analisi dei questionari considerati validi dai ricercatori, le risposte agli obiettivi sopracitati sono state che:

- La differenza di percezione delle MC, sia qualitativa che quantitativa, tra unità operative che adottavano il modello PTN e unità che ancora non lo adottavano al momento iniziale dello studio, suggerisce che l’adozione del PTN (al momento iniziale) non influenza i livelli di MC;
- Dopo sei mesi dall’implementazione del modello PTN, le analisi condotte suggeriscono che i cambiamenti dei livelli di MC (tra il momento iniziale e sei mesi dopo) non sono significativi (vi è solo un generale lieve abbassamento delle MC).

Il secondo studio idoneo per la revisione è invece uno studio correlazionale predittivo, redatto nel 2019 dal dipartimento di infermieristica dell’Università Federale di Piauí in

Brasile<sup>26</sup>, che ha come obiettivo quello di valutare e predire la relazione tra l'implementazione del modello assistenziale dell'infermiere primario (PN) e la riduzione dei livelli di cure perse o mancate.

La ricerca è stata condotta nell'ospedale universitario. Sono state coinvolte quattro unità operative di cure intermedie, al cui interno si possono trovare assistiti afferenti alle discipline di cardiologia, chirurgia, medicina e oncologia. I ricercatori hanno somministrato agli infermieri che prestavano servizio presso le quattro unità operative sopracitati la versione validata in brasiliano del "MISSCARE Survey". Dei 199 infermieri, 96 hanno adeguatamente compilato il questionario sia durante la prima somministrazione, avvenuta dopo quattro mesi dall'implementazione del nuovo modello organizzativo PN, sia durante la seconda, avvenuta dopo ulteriori tre mesi (sette dall'implementazione del modello PN).

Dall'analisi dei questionari validi raccolti è emerso che, nei quattro mesi trascorsi tra la prima e la seconda compilazione, dei 28 elementi del "MISSCARE Survey" inerenti alle tipologie di MC, 22 (quindi il 78,5%) hanno subito una riduzione di frequenza della loro omissione. Inoltre, sono state analizzate dai ricercatori anche le cause delle MC (sezione finale del "MISSCARE Survey") ed è risultato che le cause più significative erano: scarsità di risorse materiali, inadeguatezza delle risorse umane e problemi inerenti la sfera della comunicazione. Gli elementi che sono risultati causare la riduzione delle MNC con più elevata frequenza, tra la prima e la seconda valutazione, sono stati: aumento inaspettato di numero o complessità dei pazienti, tensioni o problemi comunicativi all'interno dello staff infermieristico e all'interno dell'intera equipé, negligenza dell'infermiere, mancanza di motivazione lavorativa ed elevato numero di operatori assenti per malattia o problemi di salute.

---

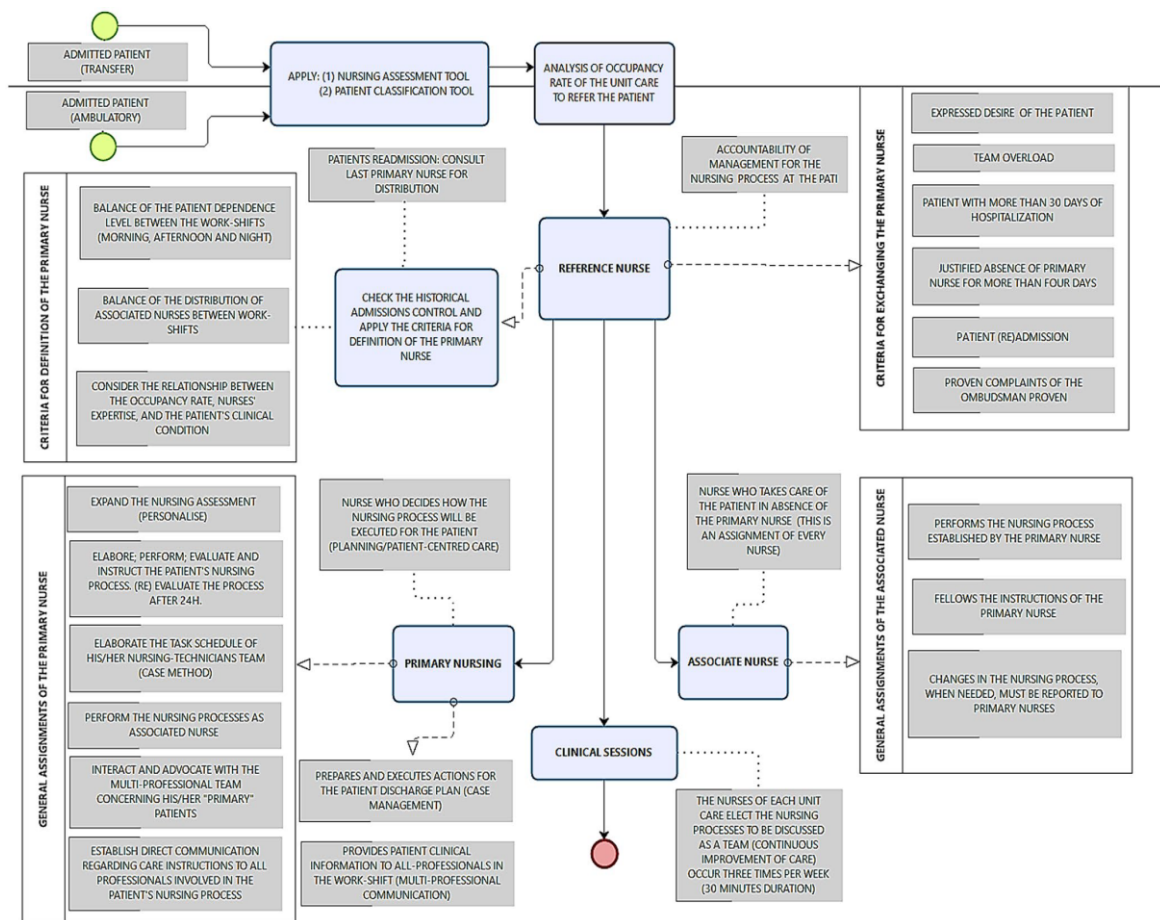
<sup>26</sup> Moura ECC, Lima MB, Peres AM, Lopez V, Batista MEM, Braga FDCSAG. Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *J Nurs Manag.* 2020 Nov;28(8):2103-2112. doi: 10.1111/jonm.12846. Epub 2019 Oct 17. PMID: 31433878.

## **DISCUSSIONE**

In entrambi gli studi, gli elementi dell'assistenza maggiormente omessi sono stati la deambulazione, l'allestimento dei pasti per gli assistiti che mangiano autonomamente e la presenza agli incontri intra ed inter-disciplinari focalizzati sulle cure. Nello studio americano è stato poi ribadito come il lavoro di squadra (inteso come comunicazione inefficace nel team, bassa attitudine al lavoro in gruppo, bassa fiducia reciproca, mancata condivisione di modelli mentali e assenza di una buona leadership) è inversamente proporzionale ai livelli di MNC. Nello stesso, i risultati rivelano che l'implementazione di modelli organizzativi dell'assistenza basati sul team (come il Primary Team Nursing) hanno un impatto marginale sui livelli di MNC e che questi valori non si modificano significativamente nel tempo.

Tra le implicazioni infermieristiche emerse nello studio al fine di valutare quali sono le principali MC e le loro cause, si indica la possibilità per i coordinatori infermieristici di svolgere un giro, di due ore al giorno, all'interno della propria unità operativa, mirato ad identificare le necessità degli assistiti e gli esiti qualitativi dell'assistenza. Inoltre, ci sono delle importanti limitazioni che riguardano i risultati appena menzionati e che sono: la bassa adesione al progetto da parte degli infermieri (286 su 580 possibili partecipanti), il ridotto numero di questionari validi ai fini delle analisi (98 su 286 al termine della seconda somministrazione), il ridotto tempo fornito al team assistenziale dei reparti che hanno adottato il modello PTN durante lo studio per adattarsi e osservare gli eventuali risultati.

Una profonda differenza tra lo studio americano e quello brasiliano è la mancanza, nel primo, di un chiaro quadro concettuale e pratico del nuovo modello organizzativo implementato, il quale è invece presente nel secondo (figura 5). Questo quadro indica in modo chiaro quali sono le responsabilità nel fornire l'assistenza infermieristica agli assistiti, a quali operatori sanitari spettano e i due momenti nei quali valutare la qualità del processo infermieristico in atto.



(Figura 5. Tratta da: Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care)

Il modello sopra esposto, derivato da quello ideato dalla Prof.ssa Manthey nel 2014 (ideatrice del Primary Nursing Model), supporta la conclusione dello studio brasiliano, secondo la quale l'implementazione del PNM comporta una diminuzione delle MNC nei setting sanitari residenziali. Il supporto è dato dal fatto che proprio il modello indica alcune strategie per non omettere degli elementi delle cure infermieristiche. Ad esempio, l'infermiere primario:

- Elabora, per diminuire le cure perse, il programma delle attività assistenziali che gli operatori ausiliari dovranno svolgere, seguendo il metodo della valutazione del singolo caso;
- Programma le riunioni cliniche interdisciplinari tre volte la settimana per una durata di 30 minuti ciascuna, per aumentarne il tasso di partecipazione;
- E' responsabile di tutta l'assistenza infermieristica fornita ad un gruppo di assistiti 24 ore al giorno, sette giorni a settimana, per diminuire le cure perse. La scelta dell'infermiere primario deve avvenire secondo alcuni criteri: mantenere il più costante possibile il carico di lavoro per ogni singolo infermiere primario e bilanciare la complessità assistenziale dell'assistito con le capacità dell'infermiere;
- Sviluppa fin dall'inizio del ricovero il piano di dimissione per migliorare la stessa e la formazione dell'assistito e dei suoi caregivers;

I ricercatori dell'Università Federale di Piauú consigliano quindi di implementare il PN come modello organizzativo dell'assistenza per limitare le MNC, nonostante alcune limitazioni presenti nella ricerca, quali la mancata valutazione delle MNC prima dell'implementazione del PNM e il basso numero raccolto di questionari validi ai fini della loro analisi. I ricercatori consigliano, come fatto anche dai loro colleghi americani nello studio precedentemente trattato, di monitorare frequentemente i livelli di cure infermieristiche perse, così da poter attuare interventi appropriati per contrastarle.

Infine è opinione di chi scrive che la facilità di riconoscimento della persona che si assume in toto la responsabilità dell'assistenza fornita sia uno degli elementi cardine dell'efficacia del Primary Nursing e del Nursing Case Management nel ridurre le MNC. Mentre la difficoltà di definizione della persona responsabile o la parcellizzazione della responsabilità in più persone provoca effetti negativi sugli esiti degli assistiti.



## CONCLUSIONI

L'implementazione di un nuovo modello organizzativo dell'assistenza infermieristica ha portato a risultati diversi nei due studi analizzati, ma nessuno di essi ha riportato un peggioramento dei livelli di cure infermieristiche perse o mancate dopo l'adozione del Primary Team Nursing o del Primary Nursing. I risultati, anzi, sono andati da una lieve riduzione (anche se non statisticamente rilevante) delle MNC nello studio americano, ad una notevole riduzione nello studio brasiliano. Di quest'ultimo è da evidenziare che è basato su un modello ben definito, con un quadro concettuale chiaro e ben sviluppato soprattutto grazie al lavoro della Prof.ssa Manthey, a differenza del modello ibrido PTN.

Purtroppo, la letteratura scientifica su questo argomento è risultata essere molto scarsa, quindi ulteriori ricerche sono auspicabili, dati i risultati discordanti e i relativamente piccoli campioni di ricerca degli studi trovati. Viste le limitazioni di questi ultimi, sarebbe auspicabile anche che i futuri lavori a riguardo dichiarassero quale sia il vecchio modello organizzativo adottato dalle unità operative e quale il nuovo, monitorassero i livelli di MNC almeno in due tempi diversi, prima e dopo diversi mesi dall'implementazione del nuovo modello organizzativo, e che coinvolgessero un campione maggiore di infermieri.

La revisione della letteratura fin qui svolta risponde solo parzialmente al quesito di questa ricerca: "In un setting sanitario residenziale, l'adozione di un determinato modello dall'assistenza infermieristica rispetto ad un altro, determina livelli diversi di cure compromesse?"

Infatti, uno degli studi trovati non rileva significative differenze, mentre l'altro ne rivela in due momenti diversi, ma in entrambi era adottato lo stesso modello organizzativo.

Per rispondere più efficacemente, potrebbero essere analizzate diverse stringhe di ricerca, viste le grandi difficoltà incontrate nel tradurre il concetto di modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, oppure si potrebbero consultare altre banche dati oltre a quella di "PubMed-NCBI".

## **BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

Pennini, A. (2015). Modelli organizzativi in abito ospedaliero: Innovare con l'intensità di cura e la complessità assistenziale. Milano, Italia: McGraw-Hill Education

Vainieri, M., Barchielli, C., & Bellé, N. (2020). Modelli organizzativi e performance dell'assistenza infermieristica. Bologna, Italia: Società editrice il Mulino

<https://www.academia.edu/>

<https://www.researchgate.net/>

<https://www.nurse24.it/>

<https://nursetimes.org/>

<https://psnet.ahrq.gov/glossary>

<https://www.ahrq.gov/>

<https://www.onlinelibrary.wiley.com/>

<https://www.fnopi.it/>

<http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

<https://www.infermiereonline.org/>

## **RINGRAZIAMENTI**

Ringraziamenti, da dove iniziare? Mi sembra doveroso partire dall'inizio. Dopo la maturità, l'università non rientrava tra i miei progetti, quindi le prime persone a cui sono grato sono sicuramente i miei genitori, Giuseppe e Rita, che mi hanno spronato a intraprendere questo percorso e che, una volta iniziato, mi hanno sostenuto, psicologicamente e finanziariamente, in tutti i momenti e più energicamente in quelli più duri.

Poi ci sono i miei nonni paterni, Stella e Domenico. È proprio a lui che dedico questa Tesi, per quello che ha rappresentato per me, che mi ha spinto a voler diventare infermiere per portare aiuto e sollievo a chi soffre. Spero che oggi lui sia fiero di me. Un ringraziamento va anche a tutto il resto della mia famiglia, sono stati tutti importanti per me e sono molto riconoscente per tutto l'aiuto che ho ricevuto.

Come non ringraziare poi i miei compagni di avventura, fin dall'inizio ci sono state Veronica, Sharon, Giada, Giovanni, Riccardo, Anastasia, Laura e Giusy. Poi ci sono i miei compagni di sventura Annamonica, Alessia, Dario, Martina, Sara (alla quale faccio un in bocca al lupo per gli ultimi mesi che le mancano alla laurea) e Letizia (non solo collega e vicina di casa ma anche amica e spalla sulla quale contare sempre).

Inoltre un grandissimo ringraziamento va al mio relatore, il prof. Davide Dini, che anche in un periodo così stressante per lui e per tutta la categoria, è riuscito ad accompagnarmi nella stesura di questo elaborato, fidandosi e supportando le mie idee, nonostante il poco tempo a nostra disposizione e l'impossibilità di confrontarsi di persona.

Ultima, ma non per importanza, Maria, un dono che, se non avessi deciso di frequentare l'università, non avrei mai ricevuto e senza la quale oggi non sarei stato capace di essere qui a laurearmi. Non è mai stata solamente la mia fidanzata, ma anche la miglior amica, compagna di studio e mental coach che potessi avere. Il suo aiuto in questi anni è stato vitale per me e gliene sarò grato per tutta la vita (che spero davvero passerà con me). Il grazie più grande è per te amore mio.