



FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN SCIENZE
INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**

**“Missed Care e Cure essenziali: un nuovo modello di
Scheda Assistenziale Unica nell’unità operativa.”**

Relatore: Chiar.mo
Dr. Andrea Toccaceli

Studente:
Valentina Angelini

A.A 2022/2023

INDICE

1. Introduzione.....	p.2
2. Modello teorico Fundamental Care	p. 4
2.1 Cure Mancate e cure essenziali	p. 8
2.2 Processo di Handover	p. 10
3. Obiettivo	p.14
4. Materiali e metodi	p.15
6. Risultati.....	p.29
7. Discussione	p.40
8. Conclusioni	p.41
9. Bibliografia	p.43
10. Allegati	p.45

Abstract

Questo progetto si prefigge di trattare il tema delle Cure Essenziali, che rappresenta l'insieme di tutte le azioni svolte dagli infermieri e incentrate sui bisogni della persona assistita per assicurarne il benessere **fisico, psicosociale e relazionale**.

L'obiettivo che si vuole perseguire è la presa in carico olistica dell'assistito, partendo dalla sicurezza e dalla prevenzione, passando per il comfort, la comunicazione, l'igiene, la dignità, la privacy ed il rispetto delle scelte, realizzando uno strumento che minimizzi le missed care e favorisca e guidi un handover puntuale e mirato tra le varie figure che si interfacciano con l'assistito. Per far ciò ci si è rivolti al dipartimento di Medicina Interna dell'AOU delle Marche, presidio "Torrette" coinvolgendo le unità operative di Clinica Medica, Clinica Oncologica, Clinica Ematologica, Pneumologia. Chiedendo loro, nella prima parte del lavoro, di analizzare delle cartelle infermieristiche già chiuse e di individuare quali fossero le informazioni con più difficile tracciabilità. Dai risultati emersi è stata poi rimaneggiata la Scheda Assistenziale Unica in uso nelle unità operative e, dopo costituzione di un panel composto da 8 esperti che ha lavorato in cieco, utilizzando il metodo Delphi, si è giunti all'elaborazione di uno strumento quanto più aderente alle necessità lavorative.

I risultati della prima parte del lavoro suggeriscono una dispersione di tutte quelle informazioni che risultano essere considerate "secondarie" come il consumo del pasto, la diuresi, la mobilizzazione, la comunicazione, le medicazioni delle lesioni da pressione, tutte frutto di una concezione biomedica dell'assistito e non olistica.

Da tutto ciò è nata una Scheda Assistenziale Unica molto dettagliata, ma non ripetitiva e ridondante, divisa sui 3 turni e che permetta di visualizzare globalmente il trend dell'assistito e che se ben compilata non perda alcun tipo di informazione volto alla realizzazione del benessere dell'assistito.

Questo progetto si prefigge di accendere un riflettore sull'importanza di un "Back to basic", riportando la personalizzazione dell'assistenza al primo posto nello sviluppo della pianificazione infermieristica, affinché sia guidata da ragionamento clinico, fondamentale per il processo di decision making. Si prefigge inoltre di aprire la strada verso un processo di handover, più puntuale, meno dispersivo e che veda coinvolte tutte le figure che orbitano intorno all'assistito.

1. Introduzione

Le Fundamental Care (FC) o Cure Essenziali (CE) sono rappresentate dall'insieme di tutte le azioni svolte dagli infermieri e incentrate sui bisogni della persona assistita per assicurarne il benessere fisico, psicosociale e relazionale (Kitson et al., 2013a). Il termine Fundamental, dunque essenziali, rispecchia la centralità di tali attività nel migliorare l'esperienza di ospedalizzazione e la qualità percepita dagli assistiti. La creazione di una relazione positiva, basata sulla fiducia fra l'infermiere, la persona assistita e i suoi familiari o caregivers (Feo et al., 2018) traduce la teoria delle Cure Essenziali in una realtà tangibile.

Lo sviluppo di una relazione di cura, il rispetto e la fiducia, come anche stabilito nel codice deontologico, portano gli infermieri a definire le cure erogate come risposte tangibili ai bisogni fisici ed emotivi essenziali della persona assistita, prendendo in considerazione le sue condizioni cliniche, così da prevedere danni o errori e garantire la continuità assistenziale (Jeffs et al., 2018). Potremmo, quindi, definire le CE come “stimoli di assistenza” che la persona richiede in relazione alla sua condizione clinica e all'ambiente di salute in cui vive con l'obiettivo di raggiungere una condizione di benessere, ridurre i danni e ottimizzare il processo di recupero e che l'infermiere intercetta e traduce in assistenza erogata (Kitson et al., 2013a). Le cure essenziali, inoltre, offrono agli infermieri l'opportunità di comprendere approfonditamente i fenomeni correlati al processo di malattia a partire dall'esperienza del paziente in un'ottica per cui è l'“esserci” in termini di vicinanza e corporeità a permettere la comprensione dell'esperienza stessa di malattia. L'“esserci” diventa, quindi, un'opportunità per l'infermiere perché lo pone in una posizione privilegiata per acquisire informazioni sulla persona assistita da spendere nell'assistenza (Granero-Molina et al., 2018).

Le CE comprendono elementi di natura tecnica, pratica e assistenziale, definiti a partire dai dati biologici, psicologici e di significato della persona assistita. Per tale ragione, richiedono un set di conoscenze che uniscono la dimensione empirica, etica e interpersonale. L'infermiere, pertanto, è il diretto responsabile delle CE all'interno del team di cura ed è obbligato a contribuire al loro sviluppo teorico e pratico (Granero-

Molina et al.,2018). Nonostante tali premesse, alcune delle attività connesse alle Cure Essenziali, nonostante si trovino sotto la diretta responsabilità degli infermieri, vengono delegate a personale non infermieristico, soprattutto personale di supporto o familiari; dunque, la maggior parte del personale infermieristico tende a non dare il giusto peso alle Cure Essenziali, portandoli a ritenere che il soddisfacimento dei bisogni legati ad esse sia superfluo e meno prestigioso rispetto ad attività di nursing ad alta specializzazione e che, quindi, esulino dalle loro competenze.

Questa visione distorta delle Fundamental Care è dettata anche in parte dall'aderenza ad un modello strettamente biomedico della persona, in cui l'attenzione è rivolta prevalentemente ai meccanismi fisiopatologici di funzionamento di cellule e organi con approccio analitico e razionale, rendendo così le CE, che, invece, si inseriscono in un modello di salute olistico patient-centered care (PCC), invisibili e trascurate anche da parte degli stessi infermieri (Feo e Kitson, 2016).

Il modello Patient Centered Care, infatti, si concentra su un'assistenza sanitaria che coinvolge il paziente in prima persona attraverso le sue scelte e la sua capacità decisionale, considerandone i bisogni fisici, psicosociali, culturali ed emotivi come un unicum. Implementare le CE aumenta la sicurezza delle cure erogate e garantisce una buona qualità di vita agli assistiti; valori di cui l'infermiere si fa supporter assoluto. L'inadempimento all'accoglienza di tali bisogni, infatti, può portare a un fallimento delle cure prestate o, addirittura, prendendo ad esempio le infezioni correlate a scarse cure igieniche o scarsa idratazione / alimentazione contribuire ad eventi come la morte della persona assistita. Per tale ragione, negli ospedali per acuti vi è la necessità valorizzare le attività legate alle CE e rispondere prontamente ai bisogni di assistenza infermieristica degli assistiti, soprattutto da parte del personale infermieristico (Kitson et al.,2013b).

2. Modello Teorico delle Fundamental Care

L'interesse per le CE inizia a svilupparsi nel 2008 da un gruppo formale di infermieri dell'Università di Oxford che si concentrarono sull'osservazione di alcune strutture sanitarie, incentrandosi principalmente sulle lacune legate alla presa in carico dei bisogni assistenziali di base. Successivamente, dal medesimo gruppo viene fondato l'International Learning Collaborative (ILC), che rappresenta una rete internazionale che raccoglie professionisti da diversi paesi per stimolare una riflessione in merito alla riscoperta delle CE.

La teoria sviluppa dunque 14 elementi centrali riconducibili al modello Patient Centred Care (PCC) e quindi riconducibili alle cure essenziali (Kitson et al., 2010)

- Sicurezza, Prevenzione e Farmaci
- Comunicazione ed Educazione
- Respirazione
- Alimentazione e Idratazione
- Eliminazione
- Igiene personale e Vestizione
- Controllo della temperatura
- Sonno e veglia
- Comfort
- Dignità
- Privacy
- Rispetto delle scelte
- Mobilizzazione
- Espressione delle scelte

Tali aspetti fondamentali sono stati poi successivamente approfonditi.

Il modello teorico delle CE può essere rappresentato mediante 3 cerchi concentrici integrati, come riportato in figura (Fig. 1):

- relazione con il paziente
- grado di dipendenza
- Contesto di cura

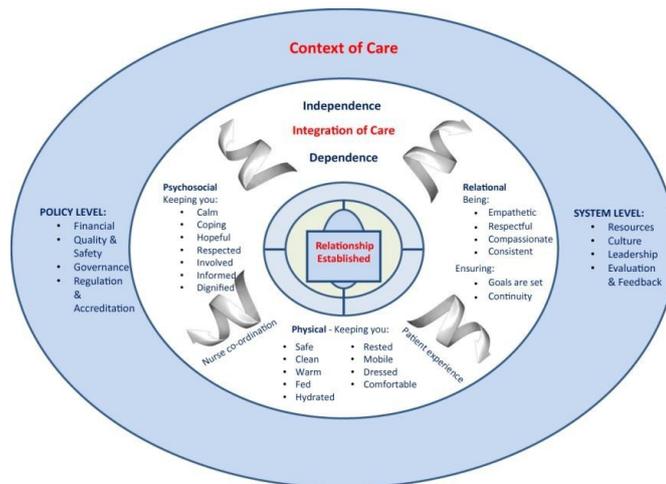


Fig.1: Il modello teorico delle C.E.

Il primo cerchio è rappresentato dalla relazione con il paziente:

Essa si basa, su cinque elementi principali, rispetto ai quali è possibile costruire raccomandazioni di comportamento clinico mediante le quali attuare la relazione e, quindi, applicare le CE. Tali elementi sono Fig 2. (Kitson et al., 2014):

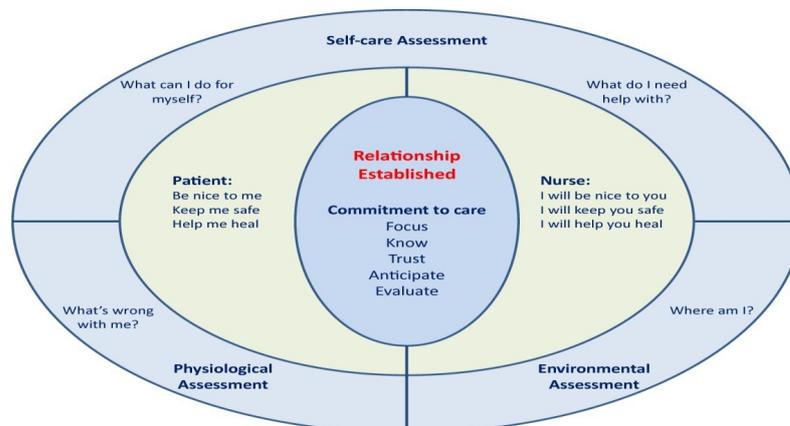


Fig. 2: elementi della relazione con il paziente

- **Attenzione sul paziente (focus):** essere fisicamente e mentalmente presente in ogni relazione col paziente, prendere tempo per comunicare con il paziente e i suoi familiari, utilizzare e tenere in considerazione i messaggi di ogni livello di comunicazione, sia verbale che non verbale
- **Conoscenza (know):** usare una comunicazione appropriata, dimostrare di saper entrare all'intero del vissuto di malattia della persona assistita, riconoscere che i pazienti sono esperti della loro patologia e riconoscere che ogni attività dell'assistenza ha la sua importanza
- **Fiducia (trust):** avere una conversazione con il paziente e capire le sue aspettative circa la relazione da instaurare con lui, costruire una relazione basata su compassione e rispetto, ricavare tempo per costruire una relazione terapeutica con la persona assistita, essere genuini nella relazione, condividere le informazioni fondamentali sul percorso di cura con la persona assistita
- **Anticipazione dei bisogni (anticipate):** instaurare una comunicazione aperta e rispettosa con il paziente circa i suoi bisogni, osservare il paziente e comprendere che i suoi bisogni possono modificarsi rispetto alla sua condizione clinica; parlare con il paziente del suo vissuto di malattia, prevenire situazioni di conflitto
- **Valutazione (evaluate):** parlare e osservare il paziente per avere un feedback su come sta vivendo la relazione con l'infermiere, raccogliere dati circa la relazione infermiere-paziente per consentire una valutazione metodica e regolare della relazione stessa, individuare i fattori di contesto e ambientali che possono impattare sulla relazione con il paziente, determinare se le aspettative del paziente sono state soddisfatte e dove è possibile apportare miglioramenti, determinare se emergono nuove aspettative, determinare l'impatto della relazione sull'infermiere (Feo et al.,2017).

I diversi aspetti delle CE, ossia fisico, psicosociale e relazionale, sommandosi, danno

luogo al grado di dipendenza, il grado di indipendenza, invece, è dato dalla negoziazione stessa del percorso, tendendo sempre ad accrescersi attraverso le attività connesse alle cure essenziali (**Fig. 3**). Il ruolo dell'infermiere a questo punto del percorso è quello di condurre un accertamento sui bisogni assistenziali e guidarlo nel raggiungere il più alto grado di autonomia possibile sviluppando un piano adeguato. L'infermiere rappresenta un supporter per l'assistito, facilitandone il percorso, accertandosi che gli obiettivi di indipendenza e benessere siano perseguibili e realistici, e che garantiscano sempre rispetto, dignità e sicurezza. (Kitson et al, 2013a).

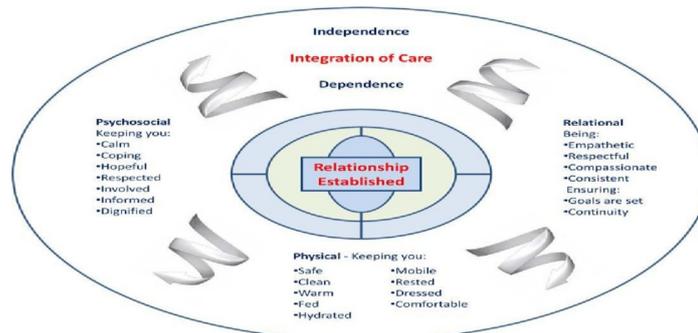


Fig.3: Fundamental Care, Integrazione delle Cure

I fattori contestuali del nostro SSN e le skills di ogni singolo infermiere danno vita al contesto di cura. Le CE sono basate sull'integrazione della "forza lavoro degli infermieri ed i pazienti stessi promuovendo il soddisfacimento dei bisogni ed una presa in carico di qualità.

I fattori contestuali possono essere raggruppati in sei principali categorie system level enablers e policy enablers (Kitson et al., 2013a) (**Fig.4**)

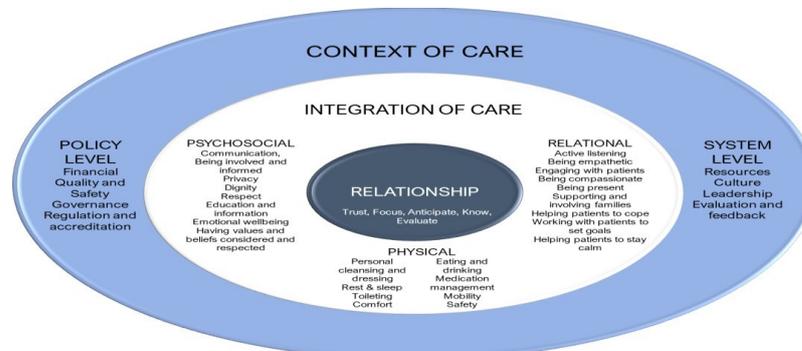


Fig.4: Il contesto di cura

Fattori di sistema:

- Risorse: fisiche, ambientali, infrastrutture e risorse umane, skill mix e staffing
- Cultura: norme e valori del sistema stesso, obiettivi di organizzazione, come si pone lo staff in merito agli obiettivi, come li valuta e rispetta e quanto si investe in ricerca e innovazione.
- Leadership: quali stili di mentoring e coaching vengono applicati per guidare lo staff, e quanto siano definiti i ruoli
- Valutazione e feedback: Valutazione individuale sia dell'organizzazione che del team. E' anche necessario valutare la qualità percepita da parte dei pazienti, ma anche dagli stessi operatori in termini di burn out, fatigue e stress.

La **Policy** invece è rappresentata dalla governance, i fattori finanziari e politici, la gestione e le normative.

È stato dimostrato in una recente revisione sistematica quanto sia gli assistiti, sia gli infermieri siano concordi nell'affermare che le Cure Essenziali richiedano leadership e partnership collaborative con i pazienti ed un forte allineamento con obiettivi e pratiche dell'assistenza infermieristica (Pentecost et al.,2020).

2.1 Cure Mancate e Cure essenziali

La riscoperta delle cure essenziali, come detto poc' anzi, sorge dalla carenza consapevole di come le attività correlate alle CE vengano relegate ai margini dell'assistenza, considerate secondarie e delegabili. Tutto ciò avvalorato dall'erronea convinzione che le CE non richiedano skills particolari o spiccate capacità intellettive (Jefferis et al.,2018); in realtà, farsi carico delle CE non significa meramente svolgere delle azioni e nemmeno dedicarsi all'assistenza di base in contrapposizione ad attività di alta specializzazione (Watson2018; Kitson et al.,2014)

Dunque, la somma di queste attività necessarie che per mancanza di tempo, o risorse, vengono omesse o ritardate è definita Missed Nursing Care o Cure mancate (Kalichman et al.,2006).

La letteratura (Bagnasco et al.,2020) ha indagato le aree che sia infermieri che assistiti

ritengono carenti (**fig. 5**). Vi sono delle aree comuni ai due gruppi e, praticamente, quasi tutte connesse alle cure essenziali quali:

- Assistenza di base (igiene personale in particolare)
- Gestione del dolore
- Relazione e tempo dedicato al dialogo

Quest' ultimo punto per i pazienti sembra rappresentare il mezzo più fruttuoso con cui implementare le cure essenziali, per far sì che non si trasformino in cure mancate. (Avalin et al.,2020). Vanno dunque rivalorizzate le CE dando vita ad una vera e propria cultura intorno ad esse, utilizzando indicatori infermieristici correlati e studiando le cure mancate.



Fig.5: MissedCare

Il rapporto RN4CAST in Italia (Sasso et al.,2017b), ci dimostra che il 40% delle cure mancate è riconducibile alle CE e tra le attività svolte dagli infermieri ma non di tipo infermieristico, il 54% non sono correlate all'assistenza ed il 74% sono di tipo burocratico amministrativo. Dal medesimo studio si risale anche a quali sono le principali Missed Care in ogni turno (**Fig. 6**). La maggior parte delle cure mancate si concentrano nel turno di mattina, complice il concentrarsi della maggior parte delle attività assistenziali, in particolare: igiene del cavo orale (non svolta dal 25% degli intervistati), seguita dal dialogo, sorveglianza sanitaria, pianificazione assistenziale e mobilizzazione. Al contrario somministrazione della terapia, aggiornamento della cartella infermieristica,

gestione del dolore e trattamenti e procedure sono invece le attività che vengono eseguite regolarmente.

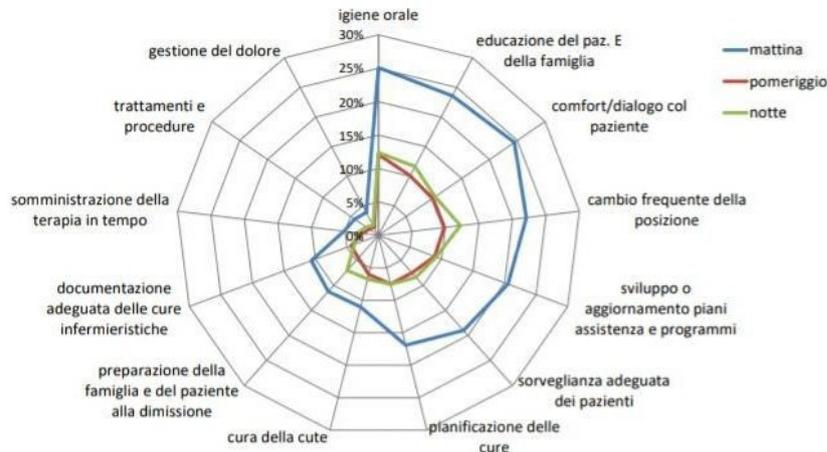


Fig. 6: Distribuzione delle Missed Care durante i turni di lavoro

Sasso et al. Nel 2019 hanno dimostrato che l'intention to leave, l'intenzione cioè di cambiare unità operativa con mobilità interna, è strettamente influenzata dallo svolgimento delle CE, in quanto tali cure mancate riescono a generare un certo grado di insoddisfazione, ove riscontrate meno missed care l'intention to leave diminuisce di una percentuale variabile tra il 53% e il 21%, al contrario, dove si registrano molte attività che esulano dal profilo professionale, nello specifico di tipo amministrativo - l'intention to leave aumenta di una percentuale tra il 13% e il 28%.

2.2 Processo di handover

Per processo di handover, o passaggio di consegne si intende il trasferimento della responsabilità professionale e presa incarico per alcuni o tutti gli aspetti della cura del paziente ad un professionista o ad un gruppo di professionisti. La codifica può essere interamente scritta (nursing shift records) o soltanto verbale (verbal handover). Le due definizioni risultano però essere sovrapponibili in quanto integrate tra loro. Lo scopo di tale processo è quello di fornire informazioni sulle condizioni del paziente, sui trattamenti già avvenuti o programmati e sulle condizioni e mutamenti prevedibili.

Un esaustivo passaggio di consegne e una corretta compilazione della documentazione disponibile rappresentano uno step fondamentale per un'assistenza di qualità in quanto: implementano la continuità assistenziale promuovendo la sicurezza del percorso diagnostico e terapeutico delle cure e contribuiscono a misurare gli esiti delle cure.

Alla luce della volontà di dare rilievo nella pratica clinica alle cure essenziali, il tema del passaggio di consegne rappresenta uno strumento che qualifica le fundamental care, riducendo le missed care promuovendo un'assistenza sicura ed efficace.

Da diversi studi (Burgess et al., 2020; Bressan et al., 2019; Müller et al., 2018; Smeulers et al., 2012; Spooner et al., 2015), infatti, si evince che una comunicazione poco puntuale ed incompleta tra i professionisti favorisca in modo significativo il verificarsi di ritardi nel trattamento e nella diagnosi, eventi avversi, trattamenti inappropriati ed omissione delle cure.

Molte delle organizzazioni sanitarie di spicco come la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCHCO), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e National Institute for Health and Care Excellence si sono pronunciate su tale argomento, in particolar modo, quest'ultima citata nel 2018 ha elaborato delle raccomandazioni che guidino i professionisti nell'handover, focalizzandosi sull'utilizzo di uno strumento standardizzato e appropriato per la realtà operativa che riduca in modo significativo gli errori di prescrizione, la necessità di una rianimazione cardiopolmonare, controversie giuridiche ed economiche ed infine l'exitus del paziente stesso. Soprattutto, un adeguato passaggio di consegne migliora la qualità percepita e la soddisfazione da parte dei professionisti.

Il processo di handover può svolgersi con diverse modalità, come già anticipato, in diversi luoghi ed in diversi tempi. Può essere condotto in modalità face to face tra singoli o in gruppo, sia in forma orale, sia in forma scritta o soltanto in modalità scritta, anche senza che sia previsto alcun contatto tra il professionista che le scrive e colui che le riceve. Nonostante ciò, la National Patient Safety Agency incoraggia una comunicazione face to face in quanto rappresenta un'occasione per rinforzare il ruolo, favorire la socializzazione, favorire l'inserimento dei neoassunti, sviluppare il linguaggio professionale acquisendo vision e mission appartenenti a quella determinata unità operativa. Il passaggio di consegne può essere, inoltre, mono o multidisciplinare, quest'ultima modalità, secondo quanto riportato in letteratura sarebbe quella da incoraggiare.

Esistono diversi strumenti per poter strutturare il processo di handover:

- **5P**, elaborato al Sentara Healthcare
- **PASS THE BATON**, elaborato dal Trinity Medical Center
- **PVITAL**, elaborato dal Sydney South West Area Health Service
- **ANTIC-ipate**, elaborato dalla Agency for Quality and Research
- **SBAR e le sue varianti ISBAR, ISOBAR e ISoBAR**
- **HAND ME AN ISOBAR**

Ogni strumento citato si differenzia dall'altro per le modalità con cui presenta le informazioni da raccogliere. In questo lavoro, si è scelto di concentrarsi sul metodo **SBAR**, in quanto per la sua immediatezza e precisione è apparso come quello più adatto per favorire un passaggio di informazioni esaustivo e strutturato.

SBAR

SITUAZIONE	Identificazione del paziente e motivo del ricovero (il problema)
BACKGROUND	Breve storia clinico-assistenziale e socio-familiare (breve e mirato al problema)
ACCERTAMENTO	Informazioni pertinenti oggettive e soggettive (PV, dolore, quadro neurologico)
RACCOMANDAZIONI	Problemi assistenziali e piano da mettere in atto (esami da fare? Trasferimento? Consulenze?)

Questo schema favorisce un passaggio rapido, conciso ed efficace di consegne e contribuisce ad evitare possibili errori, dimenticanze, esiti avversi e malpractice.

La caratteristica di questo metodo, oltre alla sua versatilità e semplicità, è quella di contribuire alla formazione di un modello mentale condiviso tra gli operatori che favorisca la comunicazione efficace e garantisca la sicurezza del paziente.

Il metodo SBAR fornisce una checklist per presentare in modo chiaro, completo e rispettando sempre una certa sequenza, i dati importanti riferiti alla situazione pregressa e attuale del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire.

3. Obiettivo

Identificare uno strumento validato in letteratura, riletto alla luce dei concetti core delle Cure Essenziali e descrittivo della realtà clinica in cui viene erogata l'assistenza per diminuire le missed care, tenere inequivocabilmente traccia del processo di attribuzione e favorire l'handover fra infermieri e OSS all'interno delle SOD di degenza del Dipartimento di Medicina Interna dell'AOU delle Marche (Clinica Medica, Clinica Oncologica, Clinica Ematologica, Pneumologia), rendendo lo strumento il più fruibile possibile servendosi di un panel di esperti.

Implementare il modello concettuale delle Cure Essenziali per favorire una presa in carico della persona assistita appropriata e basata su evidenze scientifiche.

4. Materiali e metodi

L’A.O.U. delle Marche ha promosso, a partire dall’anno 2019, un progetto pluriennale volto alla diffusione della cultura delle FoC come vision e mission della propria Direzione Infermieristica nell’ottica di garantire alle persone assistite una presa in carico sicura, appropriata, centrata su una relazione di cura efficace. A tal fine è stato formulato uno specifico obiettivo di budget proprio sulle Cure Essenziali per l’anno 2021 con la realizzazione di un corso accreditato ECM rivolto a tutti gli operatori sanitari dell’Azienda: infermieri, ostetriche, fisioterapisti, OSS. Il corso, che nella sua formulazione originale doveva svolgersi in presenza, è stato realizzato in modalità FAD attraverso la piattaforma digitale TALETE WEB a causa dell’emergenza pandemica. Per l’anno 2022, il focus è stato trasferito sul tema dell’handover infermieristico, come strumento che qualifica e definisce i concetti delle Cure Essenziali.

Questo lavoro si è articolato in una serie di fasi:

Fase 1: ricerca bibliografica ed elaborazione del progetto

Nei mesi di Maggio e Giugno 2022 è stata condotta una revisione della letteratura consultando le principali banche dati Medline, utilizzando Pubmed come motore di ricerca, Cochrane e Cinhal, per approfondire l’argomento delle cure essenziali.

A) Per la ricerca libera sono stati utilizzati i seguenti concetti:

- 1) “Fundamental Care”
- 2) “Fundamental of Care”
- 3) “Missed Nursing Care”
- 4) “Essential Nursing Care”
- 5) “Nurse-patient relationship”

B) È stata condotta una ricerca con Tesaurus MeSH utilizzando le seguenti stringhe di ricerca:

(1)(“patient-centered care” [MeSH Terms]) AND (“fundamental care”)
AND (“nurse-patient relations” [MeSH Terms])

(2)((“fundamental care”) OR (“essential nursing care”) [MeSH Terms]))
AND (“patient-centered care”)[MeSH Terms]

(3)((“fundamental care”)) OR ((“fundamental care framework”)) AND
 (“nurse patient relation” [MeSH Terms]) OR (“nurse patient relationship”
 [MeSH Terms])

(4)((“fundamental care”) OR (“essential nursing care”)) AND ((“missed
 care”) OR (“missed nursing care”))

Sono stati selezionati tutti gli articoli completi, in lingua inglese, pubblicati negli ultimi 7 anni, escludendo articoli incompleti, quelli di cui disponibile solo l’abstract e quelli in attesa di pubblicazione

Fase 2: Incontri con i Coordinatori e realizzazione del progetto

Nel mese di Maggio è stato organizzato un incontro con i Coordinatori delle SOS di degenza del Dipartimento di Medicina Interna (Clinica Medica, Clinica Oncologica, Clinica Ematologica, Pneumologia). Ai Coordinatori sono stati chiariti e definiti gli obiettivi e le finalità del progetto ed è stato dato loro il compito di selezionare all’interno delle proprie equipe un infermiere e un OSS per condurre il lavoro richiesto.

Nel mese di Luglio, poi, è stato condotto un incontro con ciascuno dei gruppi di lavoro costituiti da Coordinatore, infermiere e OSS. È stata proposta innanzitutto una presentazione Power Point in cui si è provveduto ad un breve riepilogo dei concetti chiave delle Cure Essenziali e di alcune nozioni sull’handover e il metodo SBAR e successivamente si è assegnato il lavoro da svolgere all’interno di ciascuna delle Unità Operative.

Nello specifico, è stato richiesto al team composto da Coordinatore di SOD, infermiere e OSS di analizzare 30 cartelle cliniche già chiuse, selezionate in maniera randomizzata e relative a ricoveri intercorsi nel periodo da Gennaio a Giugno 2022. In particolare, è stato chiesto di intercettare i bisogni relativi alle 14 aree esplicitate nel modello delle Cure Essenziali, a partire dall'analisi delle informazioni riportate nella Scheda Assistenziale Unica di collegamento infermiere-OSS (SAU, **allegato 1**), strumento aziendale creato ad hoc nel 2013 e revisionato dai gruppi infermieristici alla luce dei concetti chiave delle Cure Essenziali nel 2019.

Si è richiesto a ciascuno dei quattro gruppi di suddividere le 14 aree in base al grado di complessità attraverso l'adozione della simbologia codice-colore:

- **ROSSO, ALTA CRITICITA' ASSISTENZIALE.**

Le attività inserite in questo colore richiedono un elevato impegno di risorse sanitario – assistenziali: l'aspetto organizzativo che le accomuna e contraddistingue è la difficoltà da parte del singolo operatore di rispondere adeguatamente a tutte le esigenze clinico – assistenziali, che necessitano di una valutazione nella loro specificità, e di un approccio personalizzato e multidisciplinare.

In base al grado di dipendenza dell'assistito, tali attività richiedono una sostituzione parziale o completa ad esso da parte del personale ed eventualmente l'utilizzo di ausili e presidi.

- **GIALLO, MEDIA CRITICITA' ASSISTENZIALE.**

Le attività inserite in questo colore richiedono un importante impegno del personale sanitario, ma si contraddistinguono per la loro elevata programmabilità nell'assistenza.

- **VERDE, BASSA CRITICITA' ASSISTENZIALE.**

Le attività inserite in questo colore richiedono un moderato impegno del personale sanitario, una facile programmabilità ed una complessità clinico – assistenziale nettamente minore.

Il Coordinatore ha organizzato almeno due incontri per il proprio gruppo di lavoro per provvedere all'analisi delle cartelle cliniche selezionate. L'associazione a ciascuna area colore è stata condotta in relazione alla frequenza con cui il bisogno è stato intercettato e quindi registrato nella documentazione clinica dall'infermiere o dall'OSS durante la propria attività assistenziale.

Fase 3: attività di benchmarking

Per l'attività di benchmarking portata avanti parallelamente sono stati contattati colleghi in diverse regioni d'Italia quali: Lazio, Umbria, Toscana, Piemonte, Emilia- Romagna chiedendo loro di fornire in visione lo strumento utilizzato nella loro Azienda per favorire la comunicazione infermiere-OSS delle informazioni relative all'attività assistenziale.

È emerso che nelle regioni Umbria, Toscana, Emilia - Romagna e Piemonte non è presente nessuna scheda che risponda ai requisiti richiesti.

La scheda della regione Lazio pur presentando una parte dedicata interamente alla registrazione delle attività assistenziali infermieristiche, tuttavia non presenta alcun riferimento alle attività attribuite all'OSS.

Fase 4: Raccolta dei dati

9 Settembre 2022: consegna dei risultati emersi dall'analisi delle cartelle infermieristiche

Fase 5: Costruzione di una nuova scheda assistenziale unica

Alla luce dei risultati emersi dalle cartelle analizzate dalle unità operative coinvolte nello studio è stato sviluppato uno strumento che ha come obiettivo quello di ridurre quanto più possibile le missed care, che favorisca il processo di handover e chiarezza del

processo di attribuzione, partendo dalla Scheda Assistenziale Unica attualmente in uso.

La SAU utilizzata nelle U.O è uno strumento aziendale creato ad hoc nel 2013 di collegamento tra infermiere ed O.S.S., nella sua formulazione originaria si compone di 6 macroaree: eliminazione, igiene, comfort, alimentazione, mobilitazione, medicazioni **(Allegato 1)**.

L'infermiere è tenuto alla compilazione delle varie aree almeno una volta per turno, specificando in ciascuna sezione il grado di autonomia con cui la persona assistita provvede a soddisfare quel proprio bisogno (autonomo, A, parzialmente dipendente, PD, totalmente dipendente, TD).

La scheda, quindi, prevede esclusivamente la registrazione degli interventi assistenziali da parte dell'infermiere e non traccia affatto il processo di attribuzione dell'infermiere all'O.S.S.

Nella nuova formulazione della scheda SAU è prevista quindi, innanzitutto, un'apposita sezione per la registrazione completa dei parametri vitali, da compilare almeno una volta per turno, specificando temperatura corporea, peso, pressione arteriosa, pressione venosa centrale, frequenza cardiaca, saturazione, frequenza respiratoria, circonferenza dell'addome e dolore mediante scala NRS o PAINAD. Inoltre, sono state mantenute le sezioni relative all'eliminazione, all'alimentazione e all'igiene seppur con delle opportune modifiche, al contrario, sono state eliminate la sezione "comfort" e la sezione relativa alle medicazioni. Tenendo conto dei concetti relativi al framework delle Cure Essenziali, al loro posto sono state ampliate la sezione relativa all'alimentazione in cui l'infermiere, oltre ad annotare il tipo di dieta assunta dalla persona assistita, può indicare la quantità di pasto consumato e la sezione tegumenti in cui, oltre all'ispezione della cute, con eventuale segnalazione della presenza di lesioni da pressione, si provvede a segnalare lo stato della mucosa orale.

Come nella sua formulazione originaria, anche la nuova scheda SAU prevede di registrare il grado di autonomia con cui la persona assistita svolge le attività avvalendosi della medesima legenda.

Elemento di assoluta novità è, invece, il tracciamento chiaro e inequivocabile del processo di attribuzione dell'infermiere al personale di supporto: un'attività, infatti, come

specificato nell'apposita legenda, può essere Pianificata (P), Attribuita (A), Eseguita (E) e per ciascuna sezione è possibile apporre la firma dell'infermiere/O.S.S. che l'ha svolta. Per ciascun turno, all'infermiere che ha in carico la persona assistita rimane la responsabilità dell'esecuzione, del risultato e della valutazione di tutti gli interventi, sia svolti in prima persona, sia attribuiti al personale di supporto; pertanto, appone la propria firma anche nell'apposito spazio al termine della scheda.

Come già anticipato, il nuovo strumento si prefigge di essere di supporto per condurre il momento dell'handover fra infermieri al cambio turno e tra infermieri e personale di supporto. Lo strumento consente di condurre l'handover evidenziando con estrema chiarezza il piano assistenziale condiviso fra le varie figure e le attività svolte o programmate per la persona assistita. La scheda consente, infatti, un passaggio di informazioni preciso, puntuale, dettagliato ma non ridondante, evita la perdita di informazioni necessarie o utili e può essere di supporto per ovviare al problema delle continue interruzioni che possono avvenire durante il passaggio di consegna stesso.

Tuttavia, dal momento che all'interno dell'A.O.U. delle Marche l'orario di lavoro di infermieri e OSS non è lo stesso (il turno degli infermieri è 6.00-14.12 e 14:00-22:12, mentre il turno degli O.S.S. è 7-13.10 e 13.30-19.40), non è possibile far coincidere questo momento di handover fra infermieri e personale di supporto con il passaggio di consegna che si svolge fra infermieri all'inizio dei turni di mattina o di pomeriggio. Ciò ha reso necessario identificare un momento specifico che si è individuato durante il turno di mattina, presumibilmente al termine delle attività di nursing. Il turno di mattina, infatti, è quello durante il quale si concentra la maggior parte delle attività assistenziali, soprattutto quelle legate alle Cure Essenziali; ciò lo rende una scelta preferibile rispetto ad individuare uno stesso specifico momento durante il turno di pomeriggio.

VARIABILI: tutte le sezioni di cui si compone la nuova scheda SAU sono state selezionate e, quindi, incluse in quanto pertinenti ai concetti core del modello concettuale delle Cure Essenziali.

Fase 6: Modifica della scheda SAU secondo il metodo Delphi

La metodologia Delphi è tipicamente impiegata nella ricerca sociale, poiché permette di intervistare un manipolo selezionato di esperti, denominato panel. Gli esperti vengono selezionati e chiamati ad esprimere il loro parere in forma anonima su un determinato argomento, in questo caso la scheda assistenziale unica. Gli esperti non erano a conoscenza di chi come loro era coinvolto nella ricerca. Coloro che hanno preso parte a questa ricerca sono stati due infermieri per ogni unità operativa coinvolta, selezionati dai rispettivi coordinatori e mai venuti in contatto con la sottoscritta in quanto quesiti e risposte del panel sono pervenuti esclusivamente al e dal coordinatore infermieristico. Lo scopo della tecnica Delphi è quella di validare alcuni pareri tramite il confronto reciproco e la progressiva condivisione.

Le fasi che compongono il metodo sono la raccolta dati finalizzate ad una progressiva esplorazione e valutazione del tema in oggetto in cui l'intervistatore ha il compito di mediare il confronto e la valutazione delle opinioni raccolte favorendo la sintesi dei giudizi, sovrapponendole a quelli della fase precedente.

Caratteristiche tecnica Delphi

Si caratterizza con alcuni aspetti fondamentali:

- La presenza di soggetti coinvolti da un minimo di 6 ad un massimo di 30
- Diverse fasi nelle quali si alternano somministrazioni di quesiti al panel e restituzione dei feedback dei pareri raccolti
- i risultati di ciascuna fase vengono restituiti agli intervistati attuando così un processo di intermediazione tra il singolo esperto ed il gruppo nel complesso

Inoltre la Delphi può essere considerata un'efficace tecnica di natura qualitativa per la conduzione di un'intervista di gruppo, che a differenza del focus group riesce a mantenere l'eterogeneità dei partecipanti preservandone l'anonimato ed evitando

eventuali distorsioni dovute da interessi di gruppo acquisiti o di forti personalità che possano condizionare fortemente il processo comunicativo.

Questa tecnica permette inoltre di poter evitare frequenti incontri diretti ed ovviare a costi elevati e tempi limitati nell'eventualità di esperti molto impegnati.

La scelta di tale tecnica è stata fortemente influenzata dalle sue finalità, quali:

- sviluppo di possibili soluzioni ad un problema
- valutazione della fattibilità di possibili alternative, e dell'individuazione di strategie volte al raggiungimento dell'obiettivo
- elaborazione di informazioni per concludere efficacemente un processo decisionale
- sviluppo della comunicazione

La tecnica è spesso utilizzata in scenari in cui manca il consenso o l'accordo sugli interventi o sulle soluzioni da adottare, infatti è emerso, a mano a mano che il processo di comunicazione procedeva, sempre mediato dall'intervistatore, che i giudizi dapprima eterogenei si sono lentamente ritrovati a convergere per individuare una linea di azione condivisa .

E' necessario sottolineare però, che ogni parere soggettivo di un esperto, non va considerato come una somma di opinioni, bensì come una sorta di progetto comune. La Delphi è dunque uno strumento altamente interattivo e strutturato, ideale per la negoziazione in situazioni di mancanza di accordo.

Al panel di esperti è stata inviata una copia della nuova scheda SAU ed una breve guida alla compilazione.

Poi è stato chiesto loro di suggerire liberamente in base alla loro esperienza, ai loro studi e alle loro realtà operative delle modifiche da apportare così da poterla rendere quanto più fruibile e snella.

Di seguito si riportano la nuova scheda SAU e la guida alla compilazione.

Dipartimento MEDICINA INTERNA	DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA MONITORAGGIO/ OSSERVAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA	CLINICA MEDICA
Cognome e Nome		Data di nascita

DATA		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5				
TEMPERATURA °C	41°																												
	40°																												
	39°																												
	38°																												
	37°																												
	36°																												
	PARAMETRI	P.A.																											
F.C.																													
F.R.																													
SPO ₂ %																													
Glicemia																													
Peso																													
SCALA NRS/PAINAD	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10							0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10							0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10														
SEDE DOLORE																													
ELIMINAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD			
	Diuresi (ml) (ml)						 (ml)						 (ml)													
		Condom urinario/ C.V. padella/storta							pannolone raccolta urine24/h							Tot 24/h													
	Alvo	Normoformate Semiliquide Liquide Melena							Normoformate Semiliquide Liquide Melena							Normoformate Semiliquide Liquide Melena													
	Vomito	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente							<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente							<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente													
Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss				
ALIMENTAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD			
	Dieta/ Consumazione pasto	Diggiuno N. Enterale/parenteral Comune Cremosa Altro							Diggiuno							Diggiuno													
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf				
TEGUMENTI	Mucosa orale: dolore	Assente - Lieve -																											
	Mucosa orale: aspetto	Integra - Arrossata																											
	Cute/LDD	Integra LDD (vedi scheda di rif)																											
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf	P	A	E	Inf				
MOBILIZZAZIONE FKT	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD			
	Sanit./Caregiver	S							C							S							C						
	Poltrona/letto																												
	Utilizza Presidi																												
	Mobil. Passiva																												
Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss				
IGIENE	Totale								Educazione Collaborazione Esecuzione														Educazione Collaborazione Esecuzione						
	Parziale																						Educazione Collaborazione Esecuzione						
	Cura della bocca																												
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss			
FIRMA INFERMIERE																													

GUIDA ALLA COMPILAZIONE NUOVA SCHEDA SAU 2023

La scheda verrà inserita nella documentazione infermieristica in dotazione alla SOD e compilata dagli infermieri al momento della presa in carico dei nuovi assistiti e nelle successive rivalutazioni.

Questa nuova **Scheda Assistenziale Unica** è stata modificata alla luce dei concetti core delle cure essenziali, si propone come uno strumento propedeutico al momento dell'handover infermieristico, in quanto contiene, seppur in modo schematico, tutte le informazioni relative alla presa in carico della persona assistita, ci si auspica dunque che eviti ridondanza di informazioni e dispersione delle stesse.

Il nuovo strumento, inoltre, potrà anche essere utilizzato come guida per condurre un momento di handover che coinvolge infermieri e OSS insieme. Svolgere questo breve momento di confronto, infatti, permette a infermieri e OSS di valutare il risultato di interventi già apportati, di evidenziare nuove criticità dell'assistenza o nuovi bisogni espressi o inespressi della persona assistita e di orientare, a partire da essi, i nuovi interventi da effettuare.

La **SAU** si compone di 7 principali macroaree:

- - ANAGRAFICA
- - PARAMETRI VITALI
- - ELIMINAZIONE
- - ALIMENTAZIONE
- - TEGUMENTI
- - MOBILIZZAZIONE/ FKT
- - IGIENE

Nello specifico:

ANAGRAFICA:

In questa area è richiesto di riportare attentamente: **Cognome, Nome e data di nascita** dell'assistito

PARAMETRI VITALI:

In questa area troviamo:

- il grafico relativo alla **temperatura corporea**: sarà sufficiente apporre un puntino nello spazio della griglia dove orario e temperatura corporea rilevata si incontrano, unendo successivamente i puntini delle varie rilevazioni si avrà un rapido “colpo d’occhio” sull’andamento della temperatura dell’assistito
- **Parametri vitali**: negli appositi spazi andranno riportati: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione, glicemia e peso dell’assistito
- **Scala NRS/PAINAD**: basterà evidenziare il numero corrispondente alla percezione del dolore dell’assistito sulla scala da 0 a 10, dove 0 rappresenta assenza di dolore e il 10 presenza di algia insopportabile
- **Sede del dolore**: sarà sufficiente indicare la sede del dolore percepito dell’assistito

ELIMINAZIONE

- **Autonomia**: in questa sezione è necessario indicare che grado di autonomia appartiene all’assistito relativamente a questa specifica macroarea: **A)** se il paziente è autonomo ed in grado di svolgere in autonomia le azioni necessarie, **PD)** se l’assistito risulta essere parzialmente dipendente nello svolgere le azioni necessarie e necessita di un aiuto, **TD)** l’assistito risulta essere totalmente dipendente nello svolgimento delle azioni necessarie per recarsi ai servizio, od in caso di incontinenza
- **Diuresi (ml)**: in questa sezione è necessario riportare in millilitri quanto l’assistito ha urinato ad ogni turno, specificando nel rigo successivo di quale device si avvale: se condom urinario o catetere vescicale, se padella o storta, se pannolone, se svolge la raccolta delle urine nelle 24h. Nell’ultima parte è richiesto di riportare il totale in ml delle urine delle 24h.
- **Alvo**: ad ogni evacuazione dell’ assistito è necessario riportare il tipo di feci: se normoformate, semiliquide, liquide o se vi è presenza di melena. Vi è un rigo aggiuntivo in cui scrivere la tipologia dell’alvo se non corrispondente a nessuna di quelle presenti nella SAU.

- **Vomito:** in questa sezione basterà specificare se vi è presenza o assenza di emesi
- **Processo di attribuzione:** in questa sezione va specificata se l'azione è stata **(P)**ianificata, **(A)**ttribuita, **(S)**volta, ed apporre la propria firma o sigla nella sezione dedicata alla propria figura professionale **(Inf. o O.S.S.)**

ALIMENTAZIONE

- **Autonomia:** in questa sezione è necessario indicare che grado di autonomia appartiene all'assistito relativamente a questa specifica macroarea: **A)** se il paziente è autonomo ed in grado di svolgere in autonomia le azioni necessarie per consumare il pasto, **PD)** se l'assistito risulta essere parzialmente dipendente nello svolgere le azioni necessarie e necessita di un aiuto, **TD)** l'assistito risulta essere totalmente dipendente nello svolgimento delle azioni necessarie per alimentarsi
- **Dieta/consumazione pasto:** in questa sezione sarà necessario riportare quale dieta è stata prescritta all'assistito selezionando tra: digiuno, nutrizione enterale/parenterale, dieta cremosa, dieta comune, se nessuno delle diete riportate corrisponde a quella relativa all'assistito sarà sufficiente riportarlo nel rigo apposito **“altro”**, sarà inoltre necessario **“colorare”** nel grafico a torta la quantità di pasto consumato: 4/4 se consumato l'intero pasto, 3/4 se presenti alcuni avanzi sul vassoio, 2/4 se consumato soltanto metà del pasto, 1/4 se consumata soltanto una pietanza
- **Processo di attribuzione:** in questa sezione va specificata se l'azione è stata **(P)**ianificata, **(A)**ttribuita, **(S)**volta, ed apporre la propria firma o sigla nella sezione dedicata alla propria figura professionale **(Inf. o O.S.S.)**

TEGUMENTI

- **Mucosa orale - dolore:** in questa sezione è necessario specificare se l'assistito riporta assenza o presenza di dolore alla mucosa orale specificandone l'intensità e se vi è la necessità di somministrazione di analgesici
- **Mucosa orale - aspetto:** in questa sezione è necessario indicare se la cute della mucosa orale si presenta: integra, arrossata, tumefatta, se vi è presenza di ulcere semplici o sanguinanti

- **Cute/LDD:** in questa sezione è necessario specificare se il paziente ha cute integra o se presenta LESIONI DA DECUBITO, se presenti si rimanda alla scheda di riferimento già in uso
- **Processo di attribuzione:** in questa sezione va specificata se l'azione è stata **(P)**ianificata, **(A)**ttribuita, **(S)**volta, ed apporre la propria firma o sigla nella sezione dedicata alla propria figura professionale **(Inf. o O.S.S.)**

MOBILIZZAZIONE/FKT

- **Autonomia:** in questa sezione è necessario indicare che grado di autonomia appartiene all'assistito relativamente a questa specifica macroarea: **A)** se il paziente è autonomo ed in grado di svolgere in autonomia le azioni necessarie per la mobilizzazione, **PD)** se l'assistito risulta essere parzialmente dipendente nello svolgere le azioni necessarie e necessita di un aiuto, **TD)** l'assistito risulta essere totalmente dipendente nello svolgimento delle azioni necessarie per mobilizzarsi
- Nelle successive aree quali: mobilizzazione **poltrona/letto**, **utilizzo presidi**, **mobilizzazione passiva** andrà apposta una spunta se eseguiti dal **(S)anitario** o **(C)aregiver**
- **Processo di attribuzione:** in questa sezione va specificata se l'azione è stata **(P)**ianificata, **(A)**ttribuita, **(S)**volta, ed apporre la propria firma o sigla nella sezione dedicata alla propria figura professionale **(Inf. o O.S.S.)**

IGIENE

In questa sezione andrà specificato se è stata svolta un'azione di:

- **Educazione, collaborazione, esecuzione** relativa all'igiene del paziente della cura del cavo orale, specificando se è stato svolto in modo: **totale, parziale**
- **Processo di attribuzione:** in questa sezione va specificata se l'azione è stata **(P)**ianificata, **(A)**ttribuita, **(S)**volta, ed apporre la propria firma o sigla nella sezione dedicata alla propria figura professionale **(Inf. o O.S.S.)**

FIRMA INFERMIERE: è necessario apporre la propria firma al termine della compilazione.

5. Risultati

Di seguito sono riportati i risultati della prima fase di questo progetto, già illustrata in precedenza, relativa all'analisi delle 30 cartelle nelle unità operative del dipartimento di medicina interna.

U.O Pneumologia:

1) ROSSO, ALTA CRITICITÀ ASSISTENZIALE:

- medicazione lesioni da decubito
- medicazione/controllo tracheostomia, drenaggi, sondino, peg
- controllo c.v.c.
- controllo c.v.
- controllo attività ventilatoria tramite ventilatore polmonare e parametri vitali
- movimentazione oraria
- ginnastica riabilitativa fisica e polmonare

2) GIALLO, MEDIA CRITICITA' ASISSTENZIALE

- cure igieniche
- medicazioni drenaggi, tracheostomia, c.v.
- ginnastica riabilitativa
- ginnastica ventilatoria
- controllo parametri vitali
- movimentazione (poltrona, carrello)
- aiuto nella terapia orale
- aiuto nell'alimentazione

3) VERDE, BASSA INTENSITÀ ASSISTENZIALE

- controllo parametri
- controllo ossigeno terapie (cpap notturne)
- medicazione drenaggio toracico
- controllo gestione terapie

U.O di Clinica Medica

1) ROSSO, ALTA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Mobilizzazione oraria/ posizionamento per agevolare assunzione del pasto
- Accertamento controindicazioni per somministrazione clisteri evacuativi
- Documentazione puntuale ultima evacuazione, specialmente in pz allettati o poco autonomi

2) GIALLO, MEDIA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Accertamento su eventuali cadute recenti / condizioni psicofisiche compromettano la mobilizzazione
- Valutazione controllo di appetito e consumazione pasti
- Monitoraggio eventuali lesioni da pressione o rischio insorgenza, dettagliata stadiazione
- Attenzione nella mobilizzazione nei pazienti con elevata fragilità cutanea
- Controllo della raccolta della diuresi nelle 24H in alberella

3) VERDE, BASSA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Accompagnare il pz in bagno
- Conoscenza di eventuali allergie o intolleranze
- Identificare miglioramenti/ peggioramenti dalle lesioni
- Monitorare qualità e quantità ed eventuali perdite di urina nei pz portatori di CV e posizionamento corretto della sacca di raccolta
- Valutare grado di continenza di feci e urine nei nuovi ingressi

U.O di Clinica oncologica

1) ROSSO, ALTA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Valutazione del livello di coscienza
- Valutazione dello stato eupnoico
- Valutazione del livello di dipendenza

2) GIALLO, MEDIA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Monitoraggio della frequenza delle evacuazioni
- Monitoraggio del consumo dei pasti e valutazione della dieta appropriata
- Valutazione ed implementazione dell'igiene personale
- Monitoraggio della temperatura

3) VERDE, BASSA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Educazione al paziente e ai caregiver nell'utilizzo di presidi nella dimissione a domicilio
- Vestizione
- Gestione della terapia

U.O. Clinica Ematologica

1) ROSSO, ALTA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Monitorare l'alimentazione e l'idratazione
- Monitorare l'eliminazione urinaria ed intestinale
- Monitorare l'igiene
- Monitorare le procedure diagnostiche/ terapeutiche
- Monitorare la mobilitazione
- Monitorare lo stato eupnoico

2) GIALLO. MEDIA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Assicurare ed incrementare l'interazione
- Monitorare la temperatura corporea
- Assicurare il sonno ed il riposo
- Assicurare la tranquillità e il controllo dell'ansi

3) VERDE, BASSA CRITICITA' ASSISTENZIALE

- Assicurare l'igiene ambientale
- Assicurare il rispetto della persona
- Assicurare il rispetto delle proprie scelte

Dai risultati ottenuti dall'analisi delle cartelle cliniche si evidenzia come alcuni items accomunino tutte le unità operative nonostante l'eterogeneità degli assistiti.

Nello specifico:

• **ROSSO, ALTA CRITICITA' ASSISTENZIALE:**

- Monitoraggio della diuresi e delle evacuazioni
- Monitorare la movimentazione del paziente allettato
- Controllo attività respiratori

- **GIALLO, MEDIA CRITICITA' ASSISTENZIALE:**

- Monitoraggio del consumo dei pasti, controllo dell'appetito e dieta appropriata
- Monitoraggio dei parametri vitali
- Monitoraggio integrità cutanea

- **VERDE, BASSA CRITICITA' ASSISTENZIALE:**

- Controllo e gestione delle terapie
- Assicurare ed incrementare l'interazione
- Igiene ambientale

Dall'analisi dello scambio di opinioni del panel preso in esame invece si sono generate 3 principali modificazioni della SAU:

I ROUND DELPHI:

In questa prima fase le risposte ottenute dagli esperti sono state:

- Tra i pareri compariva la richiesta di cambiare la dicitura "clinica medica" in alto a destra e di inserire la dicitura "medicina interna"
- snellire la sezione relativa all'integrità e alla gestione della mucosa orale in quanto troppo dettagliata per le unità operative, soprattutto per quanto riguarda l'assunzione di analgesici, per consuetudine specificato già nel diario infermieristico o nella scheda unica di terapia nella sezione "farmaci al bisogno"
- necessità di avere i tre turni graficamente divisi in modo più netto
- necessità di snellire la sezione relativa alla fisioterapia in quanto esiste già una scheda dedicata di competenza del fisioterapista

Le modifiche apportate dunque sono state relative alla dicitura del dipartimento di appartenenza, alla grafica. Relativamente alla mucosa orale è stata eliminata la sezione legata agli analgesici, per la sezione "mobilizzazione/fkt" è stata eliminata la sezione "utilizzo presidi"

Di seguito la **Nuova Sau** con le modifiche apportate:

Dipartimento MEDICINA INTERNA		DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA MONITORAGGIO/ OSSERVAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA														MEDICINA INTERNA															
Cognome e Nome														Data di nascita																	
DATA		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5						
TEMPERATURA °C	41°																														
	40°																														
	39°																														
	38°																														
	37°																														
	36°																														
	PARAMETRI	P.A.																													
F.C.																															
F.R.																															
SPO ₂ %																															
Glicemia																															
Peso																															
SCALA NRS/PAINAD		0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10										0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10					0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10														
SEDE DOLORE																															
ELIMINAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Diuresi (ml) (ml)									 (ml)				 (ml)														
		Condom urinario/ C.V. <input type="checkbox"/> padella/storta <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> raccolta urine 24/h <input type="checkbox"/>														Tot 24/h															
	Alvo	<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>																			
	Vomito	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente					<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente					<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente																			
Proces. attribuzione		P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
ALIMENTAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Dieta/ Consumazione pasto	<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro					<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro					<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro																			
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
TEGUMENTI	Mucosa orale	<input type="checkbox"/> Integra - <input type="checkbox"/> Arrossata - <input type="checkbox"/> Tumefatta - <input type="checkbox"/> Ulcere - <input type="checkbox"/> Ulcere sanguinati - Dolore <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente - Necessita analgesici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																													
	Cute/LDD	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> LDD (vedi scheda di riferimento)																													
Proces. attribuzione		P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
MOBILIZZAZIONE FKT	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Sanit./Caregiver	S					C					S					C					S					C				
	Poltrona/letto																														
	Mobil. Passiva																														
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
IGIENE	Totale																														
	Parziale	<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione					<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione					<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione																			
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
FIRMA INFERMIERE																															

II ROUND DELPHI

Dalla seconda fase le risposte ottenute dal panel di esperti sono state le seguenti:

- alcuni pareri hanno dato alla scheda giudizio positivo senza necessità di ulteriori rimaneggiamenti
- altri pareri hanno espresso la necessità di una misurazione della glicemia prima e dopo il pasto

Le modifiche apportate nella SAU relative ai suggerimenti del panel hanno visto l'inserimento

Nella sezione relativa ai parametri vitali, nello specifico per quanto riguarda la Glicemia, della possibilità, di una doppia misurazione durante il turno.

Di seguito la scheda:

Dipartimento MEDICINA INTERNA	DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA MONITORAGGIO/ OSSERVAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA	MEDICINA INTERNA
Cognome e Nome		Data di nascita

DATA		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5						
TEMPERATURA °C	41°																														
	40°																														
	39°																														
	38°																														
	37°																														
	36°																														
	PARAMETRI	P.A.																													
F.C.																															
F.R.																															
SPO ₂ %																															
Glicemia		Pre-pasto					Post-pasto					Pre-pasto					Post-pasto					Pre-pasto					Post-pasto				
Peso																															
SCALA NRS/PAINAD	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10										0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10										0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10										
SEDE DOLORE																															
ELIMINAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Diuresi (ml) (ml)									 (ml)									 (ml)									
		Condom urinario/ C.V. <input type="checkbox"/> padella/storta <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> raccolta urine 24/h <input type="checkbox"/>															Tot 24/h														
	Alvo	<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>																			
	Vomito	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente					<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente					<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente																			
Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss											
ALIMENTAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Dieta/ Consumazione pasto	<input type="checkbox"/> Diggiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro					<input type="checkbox"/> Diggiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro					<input type="checkbox"/> Diggiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro																			
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
TEGUMENTI	Mucosa orale	<input type="checkbox"/> Integra - <input type="checkbox"/> Arrossata - <input type="checkbox"/> Tumefatta - <input type="checkbox"/> Ulcere - <input type="checkbox"/> Ulcere sanguinati - Dolore <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente - Necessita analgesici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																													
	Cute/LDD	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> LDD (vedi scheda di riferimento)																													
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
MOBILIZZAZIONE FKT	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Sanit./Caregiver	S					C					S					C					S					C				
	Poltrona/letto																														
	Mob. passiva																														
Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss											
IGIENE	Totale	<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione					<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione					<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione																			
	Parziale																														
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
FIRMA INFERMIERE																															

III ROUND DELPHI:

In quest' ultima fase del forum le necessità sono state:

- rimaneggiare ulteriormente la parte legata alla fisioterapia in quanto, diversi esperti, hanno sottolineato quanto la mobilizzazione passiva sia poco praticata dall'infermiere nell'unità operativa, mentre invece venga largamente più utilizzata la mobilizzazione seduti su sedia o con le gambe fuori dal letto.
- Il resto del panel ha espresso parere positivo, e ritiene che la scheda non necessiti ulteriori modifiche

Le modifiche apportate in questo round sono state relative alla sezione fisioterapia: è stata dunque eliminata la dicitura "mobilizzazione passiva" ed inserita la possibilità di specificare se praticata la mobilizzazione su sedia o gambe fuori dal letto.

Di seguito la scheda **SAU** modificata:

Dipartimento MEDICINA INTERNA	DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA MONITORAGGIO/ OSSERVAZIONE DELLA PERSONA ASSISTITA	MEDICINA INTERNA
Cognome e Nome		Data di nascita

DATA		6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5						
TEMPERATURA °C	41°																														
	40°																														
	39°																														
	38°																														
	37°																														
	36°																														
	PARAMETRI	P.A.																													
F.C.																															
F.R.																															
SPO ₂ %																															
Glicemia		Pre-pasto					Post-pasto					Pre-pasto					Post-pasto					Pre-pasto					Post-pasto				
Peso																															
SCALA NRS/PAINAD		0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10										0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10										0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10									
SEDE DOLORE																															
ELIMINAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Diuresi (ml) (ml)									 (ml)									 (ml)									
		Condom urinario/ C.V. <input type="checkbox"/> padella/storta <input type="checkbox"/> pannolone <input type="checkbox"/> raccolta urine 24/h <input type="checkbox"/>																				Tot 24/h									
	Alvo	<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> Normoformate <input type="checkbox"/> Semiliquide <input type="checkbox"/> Liquide <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/>																			
	Vomito	<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente					<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente					<input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente																			
Proces. attribuzione		P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
ALIMENTAZIONE	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Dieta/ Consumazione pasto	<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro					<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro					<input type="checkbox"/> Digiuno <input type="checkbox"/> N. Enterale/parenterale <input type="checkbox"/> Comune <input type="checkbox"/> Cremosa <input type="checkbox"/> Altro																			
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
TEGUMENTI	Mucosa orale	<input type="checkbox"/> Integra - <input type="checkbox"/> Arrossata - <input type="checkbox"/> Tumefatta - <input type="checkbox"/> Ulcere - <input type="checkbox"/> Ulcere sanguinati <input type="checkbox"/> Dolore <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Assente - Necessita analgesici <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																													
	Cute/LDD	<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> LDD (vedi scheda di riferimento)																													
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
MOBILIZZAZIONE FKT	Autonomia	A			PD			TD			A			PD			TD			A			PD			TD					
	Sanit./Caregiver	S					C					S					C														
	Poltrona																														
	Gambe fuori dal letto																														
Proces. attribuzione		P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
IGIENE	Totale	<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione					<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione					<input type="checkbox"/> Educazione <input type="checkbox"/> Collaborazione <input type="checkbox"/> Esecuzione																			
	Parziale																														
	Proces. attribuzione	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss	P	A	E	Inf	Oss										
FIRMA INFERMIERE																															

IV ROUND DELPHI:

In questa fase del forum, la quarta versione della scheda assistenziale unica ha raccolto all'unanimità parere positivo, pertanto l'ultima versione è quella definitiva.

5. Discussione

Con una riflessione puntuale si può notare che, nella prima parte del lavoro, quella relativa alle missed care e agli items difficilmente tracciabili, le informazioni disperse sono spesso frutto di una difficoltà comunicativa tra diverse figure professionali, in questi casi, specificatamente OSS e infermieri.

Tali criticità potrebbero essere ridotte implementando delle strategie organizzative che favoriscano lo scambio di informazioni interdisciplinari che definiscano in maniera chiara le singole responsabilità dei professionisti coinvolti, ad esempio, prevedere una turnistica che permetta la sovrapposizione dell'orario di lavoro di personale infermieristico ed OSS. L'implementazione del modello delle Cure essenziali e la riduzione delle Missed Care attraverso l'handover si può concretizzare attraverso lo sviluppo e l'utilizzo di uno strumento ad hoc, la SAU stessa, che permetta una comunicazione efficace e chiara delle informazioni, che riduca il passaggio di nozioni poco utili o ridondanti e permetta di minimizzare tutte le criticità, in particolar modo quelle strettamente legate alle tempistiche e alle interruzioni, oltre che legate al concetto di informazioni "minori", considerate tali per colpa della concezione ancora fortemente biomedica del paziente e non olistica, oltre alle difficoltà comunicative ancora esistenti fra le diverse figure del team di cura.

Nella seconda parte del lavoro invece, dal panel di esperti, è emersa la chiara necessità di avere a disposizione uno strumento snello, che contenga le informazioni utili all'operato e non sconfini oltre, con una buona tracciabilità del lavoro svolto e quello da svolgere, tali necessità si sono palesate in modo lapalissiano in ogni esperto facente parte del panel. Il principale ostacolo all'elaborazione di uno strumento "universale" è la differenza dei piani di lavoro e della tipologia di assistiti per ogni realtà operativa.

6. Conclusioni

Negli ultimi 10 anni si sono sviluppati in modo crescente a livello internazionale diversi filoni di ricerca sulle cure infermieristiche con la finalità di studiare il loro potenziale impatto sulla sicurezza del paziente.

Il termine ‘fundamentals of care’ ha origini nel passato e riflette la centralità dell’erogare cure infermieristiche così come atteso dalle persone assistite quando non hanno la capacità di essere autonome. Il concetto è stato descritto come quella cura che implica azioni infermieristiche capaci di rispettare e focalizzarsi sui bisogni fondamentali di una persona per garantire il suo benessere fisico e psicosociale; questi bisogni sono soddisfatti sviluppando una relazione positiva e di fiducia con la persona assistita e la sua famiglia/caregiver.

Quando non vi è un’attenzione adeguata alle CE, molti aspetti rischiano di essere compromessi, quali la sicurezza e il benessere del paziente.

Questo progetto si prefigge di accendere un riflettore sull’importanza di un “Back to basic”, riportando la personalizzazione dell’assistenza al primo posto nello sviluppo della pianificazione infermieristica, tenendo conto delle numerose figure che si occupano dell’assistito, della leadership, del tempo e delle priorità, implicite od esplicite. Le cure essenziali devono essere necessariamente basate sul ragionamento clinico, dunque, tale studio propone l’elaborazione di uno strumento comunicativo affinché le cure fondamentali vengano inserite nel piano di cura e svolte quotidianamente, senza correre il rischio di essere inghiottite e dimenticate dalla frenesia dell’unità operativa, assicurando così comfort e dignità e raccogliendo dati clinici fondamentali per il processo di decision making. Inoltre, tale progetto si prefigge di aprire una strada verso un processo di handover meno sommario e dispersivo, più puntuale, ma che soprattutto coinvolga le diverse figure all’interno dell’unità operativa, affinché la presa in carico dell’assistito sia a 360 gradi

7. Bibliografia

- Avallin T, Athlin AM, Björck M, Jangland E (2020), Using communication to manage missed care: a case study applying the fundamental of care framework, *J Nurs Manag.* 10.1111/jonm.12963
- Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, Sasso L et al. (2020), Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: a scoping review of patients' perspectives, *JCN*; 29(3-4): 347-69. 10.1111/jocn.15089
- Feo R, Conroy T, Jangland E, Muntlin Athlin Å, Brovall M, Parr J, Blomberg K, Kitson A. (2018) Towards a standardised definition for fundamental care: A modified Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*; 7(11-12):2285-2299. 10.1111/jocn.14247
- Feo R, Conroy T, Marshall RJ, Rasmussen P, Wiechula R, Kitson AL. (2017a) Using holistic interpretive synthesis to create practice-relevant guidance for person-centred fundamental care delivered by nurses. *Nursing Inquiry*; 24(2). 10.1111/nin.12152
- Feo R, Kitson A. (2016) Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*; 57:1-11. 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006.
- Granero-Molina J, Fernández-Sola C, Mateo-Aguilar E, Aranda-Torres C, Román-López P, Hernández-Padilla JM. (2018) Fundamental care and knowledge interests: Implications for nursing science. *Journal of Clinical Nursing*; 27(11-12):2489-2495. 10.1111/jocn.14159.
- Hada, A., & Coyer, F. (2021). Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes-Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. *Nursing & health sciences*, 23(2), 337–351. <https://doi.org/10.1111/nhs.12825>

- Jeffs L, Muntlin Athlin A, Needleman J, Jackson D, Kitson A. (2018) Building the foundation to generate a fundamental care standardised data set. *Journal of Clinical Nursing*; 27(11-12):2481- 2488. doi: 10.1111/jocn.14308

- Kalish BJ (2006) Missed Nursing Care, A Qualitative Study. *J Nurs Care Qual.*; 21 (4): 206-13. doi: 10.1097/00001786-200610000-00006

- Kitson A, Athlin AM, Conroy T (2014), Anything but Basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs, *J Nurs Scholarsh*; 46(5): 331-39. doi: 10.1111/jnu.12081

- Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locock L, Lyons R (2013), Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs, The University of Adelaide

- Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locock L, Lyons R. (2013) Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide. ISBN 978-0-9872126-2-7

- Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. (2010) Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*; 16(4):423-34. doi: 10.1111/j.1440- 172X.2010.01861.x.

- Kitson AL, Muntlin Athlin A, Conroy T. (2014) Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *International Journal of Scholarship*; 46(5):331-9. doi:

- Pentecost C, Frost J, Sugg H, Goodwin VA, Richard DA (2020), Patients' and nursing experiences' of fundamental nursing care: a systematic review and qualitative synthesis, *J Clin Nurs*; 29(11-12): 1858-82. doi:10.1111/jocn.15082

- Sasso L, Bagnasco A, Aleo G, Catania G, Dasso N, Zanini M, Watson R (2017), Incorporating nursing complexity in reimbursement coding systems: the potential impact on missed care, *BMJ Qual Saf.*; 26 (11): 929-32. doi: 10.1136/bmjqs-2017-006622

Sitografia

- <https://intlearningcollab.org/>
- <http://www.health.adelaide.edu.au/nursing>

8. Allegati

ALLEGATO 1: SCHEDA ASSISTENZIALE UNICA (SAU)

Dipartimento <i>MEDICINA INTERNA</i>		MONITORAGGIO ASSISTENZIALE																	
Cognome		Nome									Data di nascita								
DATA																			
		M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N
ELIMINAZIONE	Grado di autonomia																		
	Raccolta Urine 24/ore																		
	Feci in visione																		
	Pianificato da Infermiere																		
	Usa padella / storta																		
	Pannolone																		
	Condom urinario																		
	Alvo: No = 0 SI = +/- ++ / +++																		
Caratteri delle feci = Diarrea = D/ Normocom. = N																			
IGIENE	Grado di autonomia																		
	Pianificato da Infermiere ca																		
	Con aiuto in bagno																		
	Aiutato da caregiver																		
	Igiene parziale a letto																		
	Igiene totale a letto																		
	Igiene Cavo orale																		
	Irritazione pannolone																		
COMFORT	Rifacimento letto																		
	Cambio biancheria letto																		
	Cambio biancheria personale																		
	Sanitizzazione unità di vita																		
	Precauzioni isolamento																		
	Spondine di sollevamento																		
Eseguito da Infermiere																			

