



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica
Sede di Ancona

***Le Missed Care in infermieristica:
un problema attuale***

Relatore:
dott. ***Giordano Cotichelli***

Tesi di Laurea di:
Simone Di Filippo

Anno Accademico 2021/22

*A tutti coloro
Che avrebbero meritato
Un'assistenza infermieristica
Migliore
E
A tutti i loro cari*

INDICE

ABSTRACT	n
1. INTRODUZIONE	n
1.1. Background	n
1.2. <i>Missed Nursing Care</i>	n
1.3. Obiettivi	n
2. MATERIALI E METODI	N
3. RISULTATI	N
3.1. Analisi, caratterizzazione, modalità di misurazione e interpretazione del problema delle missed nursing care	N
a. Quali cure omesse? Come misurarle?	N
b. Infermieri, pazienti, coordinatori infermieristici, studenti	N
c. Approcci concettuali e metodologici	n
d. Studi per riflettere	n
3.2. Fattori associati alle missed nursing care	n
a. Studi esplorativi	n
a. Carico di lavoro e risorse di sistema	n
b. Massimizzazione delle risorse disponibili	n
c. Processo decisionale e variabili interne	n
d. Studi per riflettere	n
3.3. Conseguenze delle missed nursing care	n
a. Esiti nei pazienti / conseguenze sui	n
b. Esiti nel personale infermieristico / Conseguenze sul	n
3.4. Quali possibili interventi per limitare le missed nursing care?	n
a. Strategie trasversali	N
b. Esempi dal mondo	n
4. DISCUSSIONE	N
5. CONCLUSIONI	N
6. BIBLIOGRAFIA.....	N
7. SITOGRAFIA	N

8. RINGRAZIAMENTI

..... N

ABSTRACT

1. INTRODUZIONE

“Errare è umano” cita un proverbio. Questa tuttavia non può diventare una giustificazione per perseverare negli errori senza cercare in qualche modo di correggersi. È con questo spirito che nel 1999 l’Institute Of Medicine pubblica un report dal titolo *To err is human*.^[1] Se è vero che sbagliare è un’esperienza che riguarda ogni essere umano, i professionisti sanitari non sono esenti dal commettere errori. Tuttavia l’impatto che l’errore di un professionista sanitario può generare su un’altra persona, anche a causa della particolare condizione di fragilità che solitamente caratterizza chi viene assistito, può essere molto elevato. Per questo si è gradualmente avvertita l’esigenza di ammettere che anche i professionisti sanitari sbagliano e che non si può e non si deve cercare di nascondere tutto sotto un tappeto. Gli errori in sanità vanno riportati, studiati e da questo processo bisogna trarre insegnamenti che si traducano in cambiamenti nella pratica. Molti soggetti tra organizzazioni, associazioni, gruppi di ricerca si sono impegnati per fornire un contributo in questo percorso di ricerca clinica. La statunitense Agency for Healthcare Research and Quality's (AHRQ) ad esempio, nel suo glossario definisce l’errore¹ come un comportamento attivo o un’omissione che porta ad un esito indesiderato o aumenta significativamente la probabilità di tale esito. A tale definizione si aggiunge la considerazione che gli errori di omissione sono più difficili da riconoscere rispetto agli errori attivi ma verosimilmente rappresentano un problema più ampio.

Il tema risulta particolarmente importante per l’infermieristica considerando che l’agito degli infermieri, costantemente a contatto con le persone e in particolari con quelle più fragili, riverbera in maniera significativa sugli assistiti e sulla loro salute. Anche gli errori degli infermieri sono oggetto di intensa ricerca clinica ai fini di migliorare la qualità dell’assistenza. Fin dalla formazione universitaria si impara quali sono le sequenze di azioni corrette da mettere in atto per portare a termine nel migliore di modi una procedura. Queste sequenze spesso provengono da linee-guida stilate da studi internazionali che hanno scomposto l’agito dell’infermiere e analizzato il contributo fornito da ogni passaggio nel miglioramento degli esiti che l’azione produce. Tuttavia si è riscontrato che è più raro parlare di omissione di interventi infermieristici.

¹ <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0#glossary-heading-term-73780> - Consultato il 20-03-2023.

In questo lavoro ci si vuole soffermare sul tema delle omissioni infermieristiche in quanto particolare determinante di abbassamento della qualità delle cure.^[2] La necessità di affrontare tale problema sorge dall'osservazione di diversi contesti clinici e assistenziali, dall'ascolto di numerosi pazienti, delle loro storie e di quelle che sono state le loro esperienze, dal confronto con professionisti sanitari, docenti e formatori. Dalla raccolta di queste informazioni e di questi vissuti e dalla loro elaborazione si sono trovati diversi spunti di riflessione e si è sentita l'esigenza di approfondire la questione dell'erogazione di un'assistenza infermieristica di elevata qualità.

1.1. *Missed nursing care*

Un contributo importante nell'avvio di una riflessione sistematica sulle omissioni infermieristiche è rappresentato da uno studio pubblicato nel 2004 che analizza la correlazione tra livelli di personale infermieristico e qualità delle cure.^[2] Lo studio stabilisce come vi sia una forte correlazione tra qualità delle cure e bassi livelli di “tasks left undone”. In una ricerca qualitativa pubblicata nel 2006,^[3] l'espressione “missed nursing care” viene utilizzata da Beatrice J. Kalisch per identificare delle attività infermieristiche omesse in maniera ricorrente. Ne vengono identificate nove: assistenza nella deambulazione, mobilitazione passiva del paziente a letto, ritardata o mancata assistenza nell'assunzione dei pasti, insegnamenti mirati al paziente, pianificazione della dimissione, supporto nella gestione delle emozioni, assistenza nell'espletamento delle pratiche di igiene personale, documentazione di entrate e uscite (bilancio idrico, nutrizionale e evacuativo), sorveglianza. Nello stesso studio sono emersi sette temi relativi alle ragioni per cui questi interventi venivano omessi: troppo poco personale, tempo richiesto per gli interventi infermieristici, inefficace uso delle risorse umane disponibili, la “sindrome del non è compito mio”, delega non efficace, abitudini e negazione. A questo articolo han fatto seguito molte altre pubblicazioni sulla tematica delle “missed nursing care”. L'AHRQ parla delle “missed care” come un sottoinsieme della categoria degli errori di omissione.² Gli studi successivi hanno ulteriormente indagato sugli interventi infermieristici omessi e hanno iniziato a ricercare quali fattori siano associati a questo fenomeno e quale sia l'impatto sugli esiti assistenziali.

² <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0#glossary-heading-term-837113>. Consultato il 20-03-2023.

1.2. Obiettivo

Da quanto fin qui detto appare evidente come vi sia una tensione fra qualità richiesta alle cure infermieristiche e modalità con cui le cure vengono erogate (o non erogate), un'incongruenza tra bisogni degli assistiti e risposte degli infermieri. Se errare è umano, se questa tensione è ineliminabile, ciò che rimane da fare sarà in primo luogo prenderne atto. La consapevolezza è un fattore irrinunciabile per affrontare la questione come soggetti attivi piuttosto che lasciare passivamente che il problema condizioni l'assistenza. La presa di coscienza dei limiti e delle manchevolezze con cui le cure infermieristiche vengono erogate può rappresentare un importante elemento propulsivo in un processo di miglioramento continuo e costante che sia volto alla diminuzione della probabilità di sbagliare, alla riduzione della gravità degli errori, all'aumento della qualità delle prestazioni erogate dagli infermieri, ai migliori outcomes di chi riceve l'assistenza. Appare dunque utile e importante condurre questo lavoro di ricerca proprio per cercare di conoscere al meglio le variabili in gioco e dare un contributo a questo processo di miglioramento, partendo dal presupposto che aumentare la conoscenza intorno ad un problema sia punto di partenza imprescindibile per una migliore gestione del problema. La convinzione che la l'operato dell'essere umano sia perfettibile e che la conoscenza sia necessaria per migliorare fanno parte dell'ottimismo connaturato alla ricerca clinica: a che scopo fare ricerca se non per migliorare l'agito?

Sono diverse le domande che guidano la presente ricerca. Quali sono le missed care più ricorrenti e come vengono misurate? Quali variabili influenzano questo fenomeno? Quali correlazioni esistono con il peggioramento degli esiti assistenziali? Quali possibili strategie permettono di limitare al massimo le omissioni infermieristiche? Si è interrogata la letteratura scientifica ai fini di avere una panoramica della questione. Obiettivo del presente lavoro è esplorare il problema e cercare delle risposte a tali domande. Si cercherà di realizzare una panoramica il più possibile attuale, completa e aggiornata della tematica e di come questa si declini nel contesto italiano.

2. MATERIALI E METODI

La ricerca è stata condotta attraverso una revisione della letteratura. Sono state consultate quattro banche-dati: MEDLINE, Scopus, Trip Database, Cochrane Library. Le parole-chiave utilizzate sono state “missed nursing care” e sono stati considerati solo i risultati contenenti l’espressione nel titolo del lavoro. Per quanto riguarda Scopus sono state applicate due ulteriori restrizioni: sono stati considerati gli articoli con “nursing” come subject area e aventi tra le keywords “missed nursing care”.

Da questa ricerca preliminare sono risultati 297 lavori. In primo luogo sono stati analizzati i titoli e sono stati esclusi quelli che facevano esplicito riferimento ad una sola e specifica realtà territoriale o assistenziale (per esempio infermieri degli USA o infermieri di neonatologia). Eccezione a tale criterio di esclusione ha riguardato gli studi che riguardavano il contesto italiano in quanto oggetto di ricerca particolare. L’applicazione di tali criteri ha lasciato in campo 176 risultati. Tra questi sono stati eliminati i duplicati giungendo a 118 risultati. A questo punto sono stati valutati gli abstracts e sono stati mantenuti 82 articoli. Alla valutazione dei full-text sono stati esclusi altri 16 articoli perché non pertinenti al quesito di ricerca (*Figura 1*).

Sono stati inclusi 66 risultati per il lavoro di revisione. La rosa di articoli comprende diverse tipologie di studi, da quelli analitici alle revisioni sistematiche e ciascuno di essi apporta un particolare contributo al complesso mosaico della questione. Dall’analisi dei full-text sono stati individuati quattro versanti principali del problema su cui gli studi si concentrano: 1) cosa si intende per “missed nursing care”, come interpretare, qualificare e quantificare il fenomeno; 2) quali sono i fattori correlati ad un aumento o ad una diminuzione delle missed nursing care; 3) quali sono le conseguenze e gli esiti correlati alle missed nursing care; 4) quali possibili soluzioni sono state proposte e/o sperimentate per arginare e ridurre le missed nursing care. Dato l’elevato numero di lavori inclusi, gli articoli sono stati suddivisi in quattro raggruppamenti a seconda del loro focus. Per alcuni studi considerati questa classificazione può risultare limitante in quanto essi affrontano più di un aspetto della questione. Si è tuttavia deciso di procedere ugualmente con questa modalità per aumentare la potenza di sintesi, la visione d’insieme e per avere una panoramica dei principali studi reperiti in merito a elementi specifici del problema. Gli

articoli che presentano un contributo su più di un carattere della questione sono stati inclusi nel raggruppamento per cui, secondo chi conduce la presente ricerca, hanno rappresentato un contributo più significativo nel momento storico in cui sono stati pubblicati.

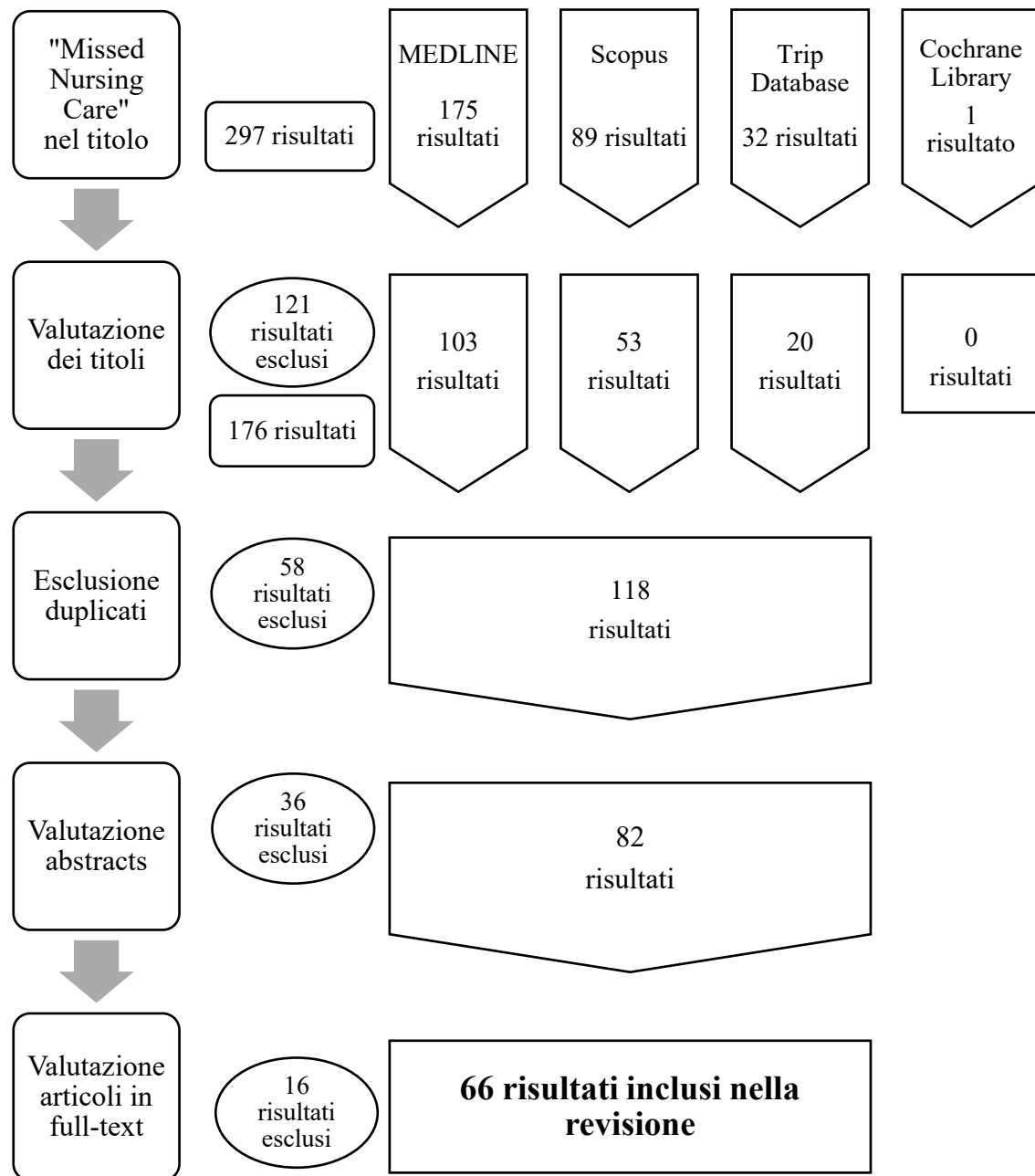


Figura 1. Flow-chart del processo di ricerca bibliografica (elaborata in maniera indipendente per questo lavoro).

3. RISULTATI

In questa sezione del lavoro vengono riportati gli anni di pubblicazione, i titoli e gli autori dei 66 articoli inclusi nella revisione. Essi sono stati suddivisi nei quattro gruppi elaborati con il criterio espresso nella sezione precedente. Si rimanda alla sezione successiva del lavoro per l'analisi dettagliata dei risultati qui riportati.

Il primo gruppo di articoli è costituito da 19 risultati: studi pubblicati tra il 2006 e il 2021 relativi alla concettualizzazione del fenomeno delle missed care e alle sue modalità di presentazione (*Tabella 1*). Non mancano approfondimenti intorno alle cause e alle conseguenze del problema, tuttavia il focus è maggiormente orientato verso l'analisi di quali siano le cure infermieristiche più frequentemente omesse e i modi di misurarle, verso la diversa interpretazione del fenomeno da parte di osservatori diversi (infermieri, pazienti, studenti) e verso la diversa elaborazione concettuale della questione a partire da paradigmi di riferimento differenti.

Tabella 1. Gruppo 1 – Analisi, caratterizzazione, modalità di misurazione e interpretazione del problema delle missed nursing care.

ANNO	ARTICOLO	AUTORE/I
2006	<i>Missed Nursing Care: A Qualitative Study</i>	Beatrice J. Kalisch
2009	<i>Missed nursing care: Errors of omission</i>	Beatrice J. Kalisch, Gay Landstrom & Reg Arthur Williams
2009	<i>Development and Psychometric Testing of a Tool to Measure Missed Nursing Care</i>	Beatrice J. Kalisch & Reg Arthur Williams
2009	<i>Missed nursing care: a concept analysis</i>	Beatrice J. Kalisch, Gay L. Landstrom & Ada Sue Hinshaw
2012	<i>Patient Perceptions of Missed Nursing Care</i>	Beatrice J. Kalisch, Margaret McLaughlin & Beverly Waller Dabney
2012	<i>Congruence of Perceptions Among Nursing Leaders and Staff Regarding Missed Nursing Care and Teamwork</i>	Beatrice J. Kalisch & Kyung Hee Lee
2012	<i>Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura</i>	Luisa Sist, Carla Cortini, Anna Bandini, Stefania Bandini, Licia Massa, Roberta Zanin et al.
2014	<i>Errors of Omission: Missed Nursing Care</i>	Beatrice J. Kalisch & Boqin Xie

Tabella 1. (continua)

ANNO	ARTICOLO	AUTORE/I
2015	<i>Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting</i>	Alvisa Palese, Elisa Ambrosi, Letizia Prosperi, Annamaria Guarnier, Paolo Barelli, Paola Zambiasi et al.
2017	<i>Evaluating the Performance of a Single-Item, Global, Estimate of Missed Nursing Care</i>	Patti Hamilton, Eileen Willis, Terry Jones, Rhonda McKelvie, Ian Blackman, Luisa Toffoli & Clare Harvey
2017	<i>Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers</i>	Clare Harvey, Shona Thompson, Maria Pearson, Eileen Willis & Luisa Toffoli
2018	<i>Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura</i>	Erika Bassi, Daniela Tartaglini & Alvisa Palese
2018	<i>Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: risultati preliminari di una consensus conference</i>	Alvisa Palese, Erika Bassi, Cristina Tommasini, Roberta Vesca, Achille Di Falco, Paola De Lucia et al.
2019	<i>Understanding the concept of missed nursing care from a cross-cultural perspective</i>	Renáta Zeleníková, Anat Drach-Zahavy, Elena Gurková & Evridiki Papastavrou – On behalf of the RANCARE Consortium COST
2020	<i>The nurse's experience of decision-making processes in missed nursing care: A qualitative study</i>	Nasra Abdelhadi, Anat Drach-Zahavy & Einav Srulovici
2020	<i>The globalization of missed nursing care terminology</i>	Eileen Willis, Renata Zelenikova, Kasia Bail & Evridiki Papastavrou
2020	<i>Missed nursing care: An overview of reviews</i>	Wendy Chaboyer, Emma Harbeck, Bih-O Lee & Laurie Grealish
2021	<i>Missed nursing care and complexity theory: a conceptual paper</i>	Rania Ali Albsoul, Gerard FitzGerald, James A Hughes & Muhammad Ahmed Alshyyab
2021	<i>Missed nursing care as experienced by undergraduate nursing students</i>	Monika Habermann, Renate Stemmer & Riitta Suhonen

In **Tabella 2** vengono riportati gli studi che sono stati inseriti nel secondo gruppo. Questo è costituito da 27 articoli, pubblicati tra il 2009 e il 2023. I lavori in questione si concentrano sull'indagare quali elementi, e con che modalità, sono associati a aumento del volume di missed care, ad una loro diminuzione o a modifiche qualitative di esse.

Tabella 2. Gruppo 2 – Fattori associati alle missed nursing care.

ANNO	ARTICOLI	AUTORE/I
2009	<i>Nurse and Nurse Assistant Perceptions of Missed Nursing Care: What Does It Tell Us About Teamwork?</i>	Beatrice J. Kalisch
2010	<i>The impact of teamwork on missed nursing care</i>	Beatrice J. Kalisch & Kyung Hee Lee
2011	<i>Do staffing levels predict missed nursing care?</i>	Beatrice J. Kalisch, Dana Tschannen & Kyung Hee Lee
2011	<i>Hospital Variation in Missed Nursing Care</i>	Beatrice J. Kalisch, Dana Tschannen, Hyunhwa Lee & Christopher R. Friese
2012	<i>A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care</i>	Beatrice J. Kalisch, Kate Gosselin & Seung Hee Choi
2014	<i>The Relationship Between Electronic Nursing Care Reminders and Missed Nursing Care</i>	Ronald J. Piscotty Jr & Beatrice Kalisch
2015	<i>The impact of the nursing practice environment on missed nursing care</i>	Amanda J. Hessels, Linda Flynn, Jeannie P. Cimiotti, Edna Cadmus & Robyn R.M. Gershon
2016	<i>Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks – Evaluating our work environment</i>	Rebecca P. Winsett, Kendra Rottet, Abby Schmitt, Ellen Wathen & Debra Wilson for the Missed Nursing Care Collaborative Group
2017	<i>Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals</i>	Helga Bragadóttir, Beatrice J. Kalisch & Gudný Bergthóra Tryggvadóttir
2017	<i>Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study</i>	Einav Srulovici & Anat Drach-Zahavy
2018	<i>Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital</i>	Joanne R. Duffy, Stacey Culp & Tom Padrutt
2018	<i>Practice Environment Characteristics Associated With Missed Nursing Care</i>	Shin Hye Park, Miranda Hanchett & Chenjuan Ma
2018	<i>The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care</i>	Anat Drach-Zahavy & Einav Srulovici
2019	<i>Situations and reasons for missed nursing care in medical and surgical clinic units</i>	Carla Klava Dos Reis Dutra, Bianca Gomes Salles & Edinêis de Brito Guirardello
2019	<i>Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events</i>	Amanda J. Hessels, Mani Paliwal, Susan H. Weaver, Deeba Siddiqui & Theresa A. Wurmser

Tabella 2. (continua)

ANNO	ARTICOLI	AUTORE/I
2020	<i>The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study</i>	Leodoro J. Labrague, Janet Alexis A. De los Santos, Konstantinos Tsaras, Jolo R. Galabay, Charlie C. Falguera, Rheajane A. Rosales & Carmen N. Firmo
2020	<i>Sexual harassment of nurses by patients and missed nursing care – A hidden population study</i>	Gillie Gabay & Sigal Shafran Tikva
2020	<i>“Missed nursing care” in health promotion: Raising awareness</i>	Olga Lopez-Dicastillo, Edurne Zabaleta-del-Olmo, Agurtzane Mujika, Elena Antoñanzas-Baztán, Naia Hernantes & María-J Pumar-Méndez
2020	<i>Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The RN4CAST@IT cross-sectional study</i>	Annamaria Bagnasco, Gianluca Catania, Milko Zanini, Nicoletta Dasso, Silvia Rossi, Giuseppe Aleo et al.
2021	<i>Work interruptions and missed nursing care: A necessary evil or an opportunity? The role of nurses’ sense of controllability</i>	Nasra Abdelhadi, Anat Drach-Zahavy & Einav Srulovici
2021	<i>The relationship between attitude of nurses toward the patient safety and missed nursing care: A predictive study</i>	P. Rahmani, F. Molaei Tavani, Z. Sheikhalipour, M. Behshid, M.T. Khodayari & O. Zadi Akhuleh
2021	<i>Linking nurse practice environment, safety climate and job dimensions to missed nursing care</i>	Leodoro J. Labrague
2022	<i>Missed nursing care: Testing the moderation-mediation energetic and motivational pathways via a nested design</i>	Einav Srulovici & Ortal Yanovich
2022	<i>Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review</i>	Meng He, Xiangning Zhu, Yueyang Dong, Shuang Zhang, Shuyan Fang, Wenxia Wang et al.
2022	<i>The nursing team’s perspective on missed nursing care: An analysis of the reasons</i>	Magno Batista Lima, Elaine Cristina Carvalho Moura, Aida Maris Peres, Lyon Richardson da Silva Nascimento, Roxana Mesquita de Oliveira Teixeira Siqueira & Jéssica Pereira Costa
2022	<i>Relationship of Nursing Management Functions with Missed Nursing Care: A Cross-Sectional Study</i>	Putri Nilasari, Rr. Tutik Sri Hariyati & La Ode Abdul Rahman
2023	<i>Clinical nurses' patient safety competency, systems thinking and missed nursing care: A cross-sectional survey</i>	Hyoung Eun Chang & Milisa Manojlovich

Il terzo gruppo di articoli è composto da 11 lavori pubblicati tra il 2010 e il 2021, questi studi hanno il loro focus su specifici esiti e sulla loro correlazione con le missed care (**Tabella 3**).

Tabella 3. Gruppo 3 – Outcome correlati alle missed care

ANNO	ARTICOLI	AUTORE/I
2010	<i>Missed Nursing Care: The Impact on Intention to Leave and Turnover</i>	Dana Tschannen, Beatrice J. Kalisch & Kyung Hee Lee
2011	<i>Does Missed Nursing Care Predict Job Satisfaction?</i>	Beatrice J. Kalisch, Dana Tschannen & Hyunhwa Lee
2012	<i>Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls</i>	Beatrice J. Kalisch, Dana Tschannen & Kyung Hee Lee
2013	<i>Patient-Reported Missed Nursing Care Correlated With Adverse Events</i>	Beatrice J. Kalisch, Boqin Xie & Beverly Waller Dabney
2017	<i>Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care</i>	Sung-Hyun Cho, Barbara A. Mark, George Knaf, Hyoung Eun Chang & Hyo-Jeong Yoon
2019	<i>Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes</i>	Sung-Hyun Cho, Ji-Yun Lee, Sun Ju You, Kyung Ja Song & Kyung Jin Hong
2020	<i>The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses – An international study</i>	Helga Bragadóttir, Elizabeth A. Burmeister, Fusun Terzioglu & Beatrice J. Kalisch
2020	<i>Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review</i>	Hattan Alsubhi, Pauline Meskell, Deirdre O Shea & Owen Doody
2020	<i>Occurrence of hospital-acquired infections in relation to missed nursing care: A literature review</i>	Eva Mynářiková, Darja Jarošová, Eva Janíková, Ilona Plevová, Andrea Polanská & Renáta Zeleníková
2020	<i>Systematic review of missed nursing care or nursing care left undone</i>	Putri Nilasari & Rr. Tutik Sri Hariyati
2021	<i>The impact of "missed nursing care" or "care not done" on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project</i>	Eileen Willis & Catherine Brady

Il quarto gruppo di articoli è costituito da 9 articoli, pubblicati tra il 2013 e il 2022. Essi hanno proposto strategie per arginare il problema delle missed nursing care o analizzato interventi che sono stati già messi in atto (**Tabella 4**).

Tabella 4. Gruppo 4 – Quali interventi e strategie per arginare le missed care?

ANNO	ARTICOLI	AUTORI
2013	<i>Train-the-Trainer Intervention to Increase Nursing Teamwork and Decrease Missed Nursing Care in Acute Care Patient Units</i>	Beatrice J. Kalisch, Boqin Xie & David L. Ronis
2015	<i>Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care</i>	S.-H. Cho, Y.-S. Kim, K.N. Yeon, S.-J. You & I.D. Lee
2019	<i>Developing policies and actions in response to missed nursing care: A consensus process</i>	Alvisa Palese, Erika Bassi, Cristina Tommasini, Roberta Vesca, Achille Di Falco, Paola De Lucia et al.
2020	<i>Interventi attuati da infermieri con ruoli manageriali nella pratica quotidiana per prevenire e minimizzare le Missed Nursing Care: risultati di uno studio qualitativo italiano</i>	Alvisa Palese, Evridiki Papastavrou, Georgios Efstathiou, Panayiota Andreou, Renate Stemmer, Christina Ströhm et al.
2020	<i>Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care</i>	Elaine Cristina Carvalho Moura, Magno Batista Lima, Aida Maris Peres, Violeta Lopez, Maria Eliete Moura Batista & Francisca das Chagas Sheyla Almeida Gomes Braga
2020	<i>Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study</i>	Eileen T. Lake, Kathryn A. Riman & Douglas M. Sloane
2020	<i>Interventions to prevent or reduce rationing or missed nursing care: A scoping review</i>	Maria Schubert, Dietmar Ausserhofer, Helga Bragadóttir, Christian. M. Rochefort, Luk Bruyneel, Renate Stemmer et al. – on behalf of the RANCARE Consortium COST Action – CA 15208
2020	<i>Strategies to prevent missed nursing care: An international qualitative study based upon a positive deviance approach</i>	Jessica Longhini, Evridiki Papastavrou, Georgios Efstathiou, Panayiota Andreou, Renate Stemmer, Christina Ströhm et al.
2022	<i>Explaining the experiences of nurses regarding strategies to prevent missed nursing care: A qualitative study</i>	Maryam Janatolmakan & Alireza Khatony

4. DISCUSSIONE

Si nota come nei raggruppamenti che sono stati realizzati, i primi due gruppi di articoli (*Tabella 1, Tabella 2*) siano molto più numerosi dei successivi. Seppure il criterio seguito nel raggruppare possa avere dei limiti, si ritiene comunque significativa tale osservazione. A partire da questa possono essere formulate alcune inferenze. Sembra che la comunità scientifica abbia gradualmente acquisito consapevolezza del problema delle missed care, di una rosa di fattori correlati a questo fenomeno e del loro valore predittivo. Appaiono invece meno compresi i meccanismi attraverso i quali le cure infermieristiche compromesse incidano sugli esiti sui pazienti e sugli stessi infermieri, nonostante siano state mostrate associazioni significative tra le variabili. Relativamente agli interventi migliorativi e alle strategie trasversali di gestione del problema, la strada da fare appare ancora lunga.

L'osservazione degli anni di pubblicazione degli articoli inclusi nel lavoro, ci testimonia come le ricerche in merito al problema si siano moltiplicate nel corso del tempo: dei 66 articoli inclusi, 33 studi sono stati pubblicati tra il 2006 e il 2018 e 33 tra il 2019 e il 2023. Scendendo nel particolare di ciascun raggruppamento abbiamo:

	Studi pubblicati fino al 2018	Studi pubblicati dal 2019 in poi
Gruppo 1	13	6
Gruppo 2	13	14
Gruppo 3	5	6
Gruppo 4	2	7

Si ritiene significativa questa osservazione. Andando ad integrare le inferenze pocanzi formulate, si ritiene ragionevole affermare che il focus degli studi si stia gradualmente spostando verso aree del problema finora meno esplorate.

Gli studi inclusi nel presente lavoro sono stati condotti in molteplici Stati e in diversi setting assistenziali e ciò ci informa del fatto che il problema è diffuso in ogni contesto nazionale e assistenziale. Le variabili di contesto vanno comunque tenute in considerazione in quanto esse influenzano la modalità particolare di declinazione del fenomeno.

4.1. Analisi, caratterizzazione, modalità di misurazione e interpretazione del problema delle missed nursing care

a. Quali cure omesse? Come misurarle?

L'assistenza infermieristica è una particolare modalità di “prendersi cura” che non si esaurisce in un elenco di azioni da compiere, assolte le quali il professionista può considerarsi a posto. Come per le azioni infermieristiche non vi è un elenco esaustivo, questo non esiste nemmeno per le omissioni. Si è tuttavia osservato che taluni bisogni sono lasciati senza una risposta assistenziale adeguata più frequentemente rispetto ad altri.

In uno studio qualitativo^{3.1.1.} condotto nel 2006,^[3] ad un campione costituito da 173 membri del personale infermieristico di due ospedali degli Stati Uniti, è stata somministrata un'intervista in cui si chiedeva se ci fossero cure infermieristiche omesse routinariamente. Sono risultate essere nove le attività tra quelle omesse con maggiore frequenza: assistenza nella deambulazione, mobilizzazione passiva a letto, assistenza nell'alimentazione, educazione del paziente, pianificazione della dimissione, supporto nella gestione delle emozioni, assistenza nelle pratiche igieniche, documentazione di entrate e uscite (bilancio idrico, nutrizionale, evacuativo), sorveglianza.

Nel 2009 in un altro studio^{3.1.2.} condotto negli Stati Uniti,^[4] 459 membri del personale infermieristico hanno completato la neonata *MISSCARE Survey*; tra le sei attività di assistenza più frequentemente citate come omesse da parte degli intervistati vengono riportate: assistenza alla deambulazione (84%), valutazione dell'efficacia dei farmaci somministrati (83%), mobilizzazione passiva a letto (82%), cura del cavo orale (82%), educazione del paziente (80%) e somministrazione della terapia ad orario (80%). D'altra parte le missed care meno rilevate sono risultate: valutazione del paziente eseguita ogni turno (17%) e monitoraggio della glicemia a letto del paziente come prescritto (26%).

La *MISSCARE Survey* è uno strumento composto da due sezioni: la prima dedicata alle cure mancate, la seconda alle loro motivazioni. Nella prima sezione si chiede di identificare, da un elenco di interventi infermieristici, quelli omessi, su una scala Likert a 5 punti (1: mai, 5: sempre). La seconda sezione riporta un elenco di ragioni per cui gli interventi infermieristici sono stati omessi e agli intervistati viene chiesto di valutare

ciascun item con una scala Likert a 4 punti a seconda dell'importanza attribuita a ciascuna ragione (1: non significativa, 4: significativa). La *MISSCARE Survey* è stata sviluppata e testata negli Stati Uniti^{3.1.3,}^[5] successivamente si è diffusa anche in altri contesti per i quali è stata riadattata e validata.^[6]^{3.1.4.} Nel corso degli anni sono stati sviluppati e testati anche altri strumenti di valutazione delle cure infermieristiche omesse.^[7]^{3.1.16.}

Il primo studio esplorativo condotto in Italia è stato pubblicato nel 2015 e ha coinvolto 314 infermieri.^[8]^{3.1.5.} Il punteggio medio per la prima sezione della *MISSCARE Survey* è stato di 51,6 su 120, la media per ciascun intervento infermieristico 2,1 su 5. L'assistenza nella deambulazione è risultato essere l'intervento infermieristico che più spesso è mancato: 91,4% dei partecipanti ha documentato l'omissione riportando una frequenza media di 4,1 su 5. Tra gli altri interventi omessi si riportano: mobilitazione passiva del paziente costretto a letto ogni 2 ore (documentato dal 74,2% degli intervistati; punteggio medio: 3,4 su 5), somministrazione dei farmaci nelle corrette tempistiche (documentato dal 64,6% degli intervistati; punteggio medio: 2,7 su 5), educazione del paziente (documentato dal 63,1% degli intervistati; punteggio medio 2,6 su 5).

b. Infermieri, pazienti, coordinatori infermieristici, studenti

Laddove sono stati interrogati campioni di pazienti, di coordinatori infermieristici e di studenti di infermieristica relativamente alle cure infermieristiche mancate, si sono rilevati risultati in linea con quelli provenienti da altri studi condotti sugli infermieri di reparto, tuttavia sono emerse alcune peculiarità. I pazienti riescono a rilevare pienamente talune omissioni infermieristiche, parzialmente altre e per nulla altre ancora.^[9]^{3.1.6.} Si è riscontrata una non piena congruenza nel report delle omissioni infermieristiche tra infermieri di reparto e coordinatori: dai primi si evince una sottostima relativa del fenomeno, dai secondi una sovrastima relativa.^[10]^{3.1.7.} Per quanto riguarda gli studenti, il coinvolgimento nell'esperienza delle omissioni infermieristiche è stato associato all'insorgenza di conflitto intrapersonale e senso di impotenza ma anche a maggiori opportunità di apprendimento.^[11]^{3.1.8.}

c. Approcci concettuali e metodologici

Parallelamente progredisce e si ramifica l'elaborazione concettuale del problema delle missed care. La maggior parte delle pubblicazioni (l'89% secondo una revisione^{3.1.9.} del 2015)^[12] sul tema è riconducibile a tre principali approcci: 1) *Tasks Undone*, 2) *Implicit Rationing*, 3) *Missed Care*. Questi tre filoni di pensiero e metodologici hanno preso origine in contesti diversi e ciascuno di essi ha elaborato una propria definizione concettuale del problema e degli strumenti per misurarlo.^{[6] 3.1.4.}

- 1) L'approccio *Tasks Undone* è stato sviluppato dalla University of Pennsylvania School of Nursing's Center for Health Outcomes and Policy Research^{3.1. 10.} e adottato dall'International Hospital Outcomes Research Consortium.^[13] Gli autori che hanno pubblicato in seno a questa scuola di pensiero hanno elaborato la *Tasks Undone Survey* e, in riferimento al modello di Donabedian basato su *struttura, processo ed esito*, hanno identificato le cure mancate come una componente del processo assistenziale (**Figura 2**). Da una parte vi sono le caratteristiche clinico/organizzative (struttura) e dall'altra i risultati del paziente (esiti): quando non vengono soddisfatti i bisogni di assistenza infermieristica per attività infermieristiche non attuate, si possono verificare esiti negativi sia sui pazienti che sull'organizzazione. Secondo una revisione^{3.1. 4.} del 2018 i termini che sono stati utilizzati da questa scuola sono "care left undone", "unfinished nursing care", "tasks left undone", "tasks incomplection" e "unmet nursing care needs".^[6]

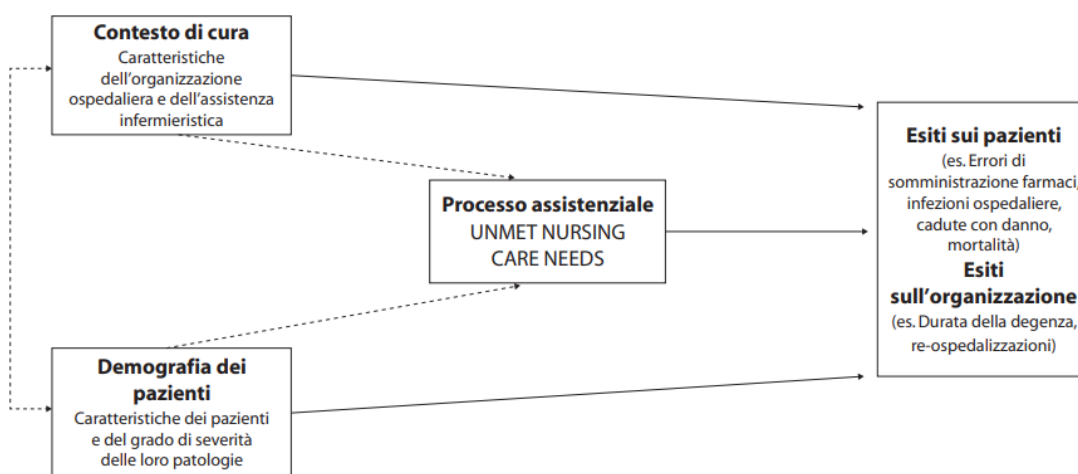


Figura 2. Framework concettuale di riferimento dell'approccio *Tasks Undone*. ^{[6] [14] 3.1. 4., 3.1. 11.}

2) L'approccio *Implicit Rationing* ha preso avvio col progetto di ricerca Rationing of Nursing Care in Switzerland^{3.1.12.} da un sottogruppo dell'International Hospital Outcomes Research Consortium, presso l'Università di Basilea.^[15] Lo strumento di rilevazione elaborato da questa scuola è il *Basel Extent of Rationing of Nursing Care Survey (BERNCA)*. I termini "implicit rationing of nursing care" e "care rationing" indicano la mancata erogazione delle 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. In questo modello sono stati ritenuti importanti sia i bisogni dei pazienti, sia le competenze decisionali degli infermieri. Gli esiti del processo di razionamento implicito delle cure sono stati identificati sia sui pazienti che sul personale infermieristico (**Figura 3**).

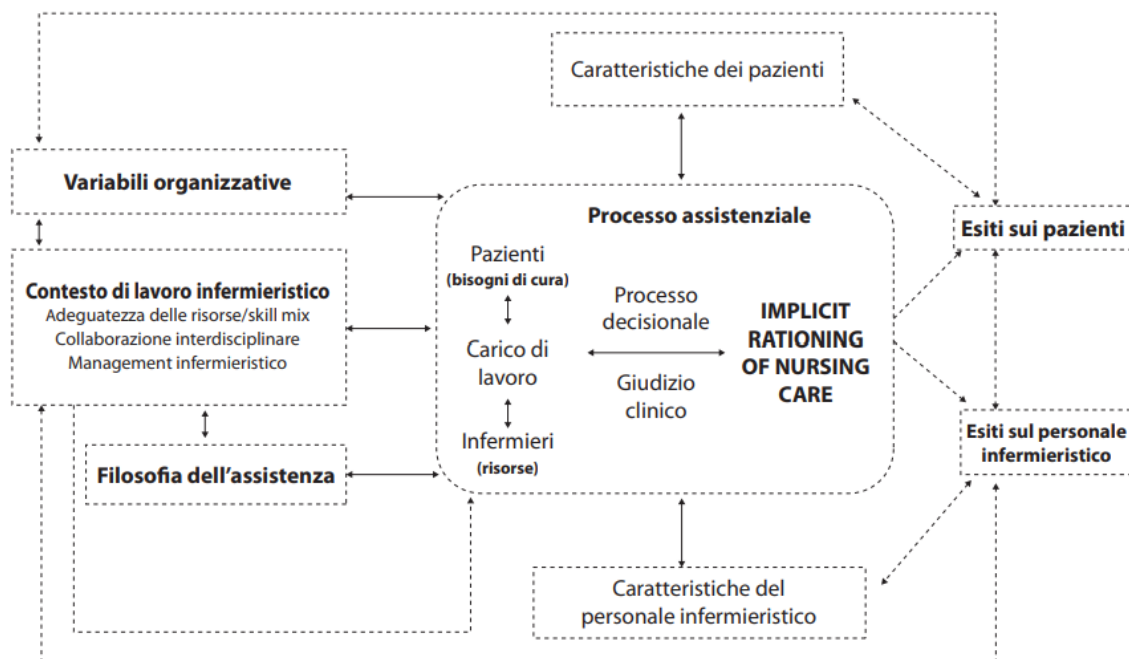


Figura 3. Framework concettuale di riferimento dell'approccio Implicit Rationing.^{[6] [16] 3.1. 4., 3.1. 13.}

3) l'approccio *Missed Care* ha avuto origine presso la School of Nursing della University of Michigan.^{[3] 3.1. 1.} All'interno di questo filone è stata elaborata la *MISSCARE Survey*. I termini "missed nursing care" e "omitted care" sono utilizzati per indicare un intervento infermieristico necessario al paziente ma

omesso completamente, parzialmente o rimandato rispetto a quanto pianificato.^[4] L'espressione "missed care" è stata mutuata dal modello per la sicurezza dei pazienti che distingue gli errori di commissione da quelli di omissione e tra quest'ultima tipologia di errori fa rientrare le cure mancate interpretandole come errori che accadono quando non sono attuate le azioni di cura necessarie ai pazienti. Con l'elaborazione del *Missed Nursing Care Model*^{3.1. 14., 3.1. 15, [17] [18]} gli autori hanno preso in esame i fattori che influenzano i processi decisionali degli infermieri: non solo tempo e risorse ma anche valori, abitudini, coesione del team assistenziale e capacità individuale di governare il processo decisionale (**Figura 4, Figura 5**).

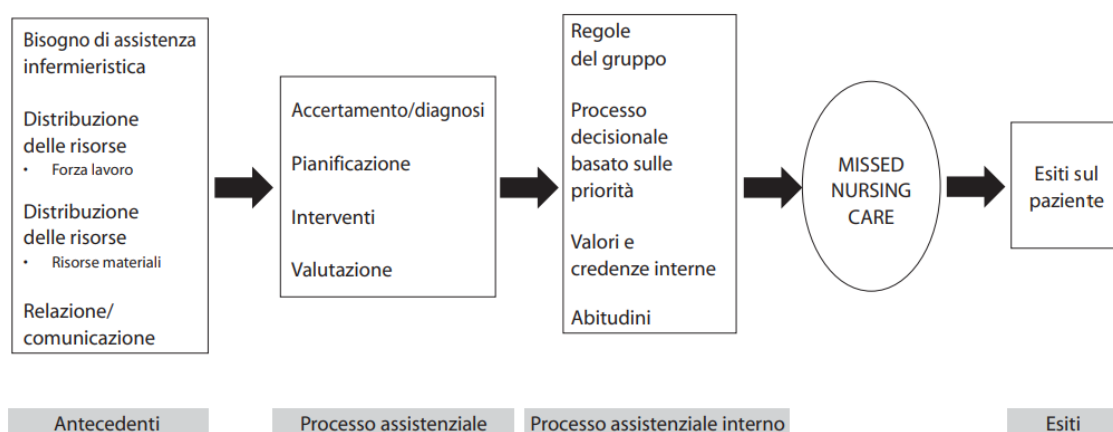


Figura 4. Framework concettuale di riferimento dell'approccio Missed Care: Missed Nursing Care Model – 1ª elaborazione.^{[6] [17] 3.1.4., 3.1. 14.}

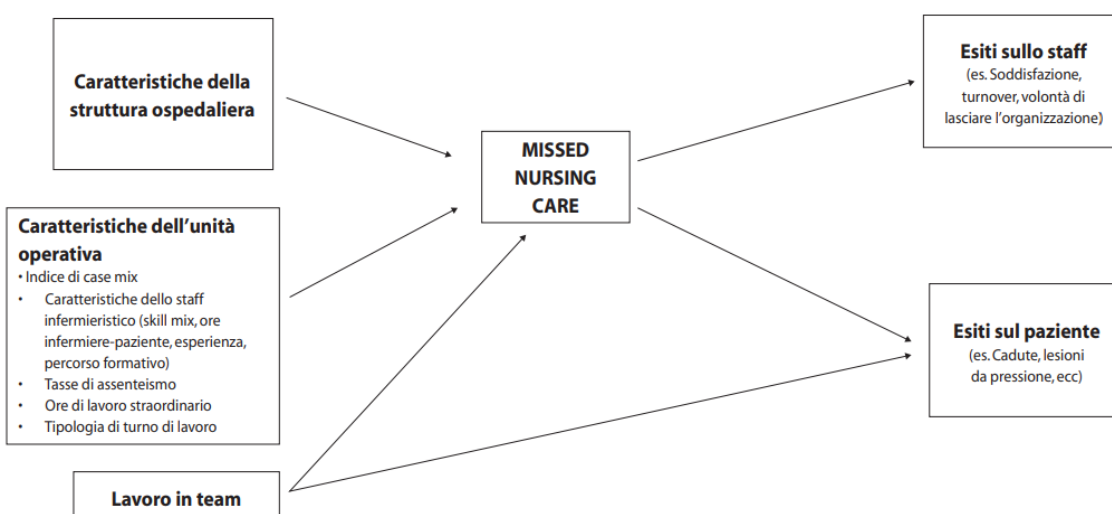


Figura 5. Framework concettuale di riferimento dell'approccio Missed Care: Missed Nursing Care Model – 2ª elaborazione.^{[6] [18] 3.1. 4., 3.1. 15.}

Nel 2018 in Italia è stata organizzata una consensus conference (in risonanza con il progetto europeo RANCARE COST)¹ al termine della quale oltre 200 infermieri partecipanti hanno approvato una serie di raccomandazioni sulle missed nursing care e la pratica infermieristica italiana. Un documento che è scaturito da questo lavoro riporta i risultati preliminari del consenso raggiunto e offre una panoramica dei possibili termini da utilizzare in lingua italiana per definire il fenomeno delle missed care.^{[19] 3.1. 17.} Ciascun attributo che va a caratterizzare l'espressione "cura infermieristica" veicola sfumature di significato diverse, in accordo al contesto culturale, formativo, assistenziale, sanitario e politico di riferimento. Ad esempio:

- a) "persa" → qualcosa che viene tralasciato;
- b) "mancata" o "omessa" → assenza di un intervento che avrebbe dovuto essere eseguito;
- c) "incompleta" → l'insieme di attività assistenziali non sono portate a termine;
- d) "subottimale" → attività erogate a livelli inferiori a quelli ottimali/auspicabili;
- e) "razionata" → le attività sono ridotte all'essenziale da un processo di efficientamento;

Dato che non è ancora disponibile una terminologia univoca, obiettivo della consensus conference è stato anche quello di individuare la formulazione più adeguata del problema nel contesto culturale italiano. Alla fine dei lavori l'espressione intorno alla quale si è trovato un accordo è stata quella di "cure infermieristiche compromesse".^{[19] 3.1. 17.}

Anche se in letteratura gli approcci concettuali e dunque terminologici sono diversi e veicolano sfumature interpretative diverse del fenomeno, uno studio^{3.1. 18.} del 2020 ha riscontrato che le varie espressioni risultano comunque comprensibili a livello internazionale e che vi è una sostanziale congruenza nel problema cui si fa riferimento.^[20]

¹ <https://www.cost.eu/actions/CA15208/>

d. Studi per riflettere

In uno studio^{3.1.19.} del 2017 si trova una riflessione su una tensione a cui l'infermiere come professionista è continuamente sottoposto:^[21] prendersi cura delle persone è sia il cuore dell'arte infermieristica sia una voce economica e talune volte il pericolo che corrono gli infermieri è che a venire a mancare non siano semplicemente dei singoli interventi ma l'arte – nel suo complesso – del prendersi cura.

Un lavoro^{3.1.20.} del 2021 considera le missed care un “wicked problem” cioè un problema non risolvibile.^[22] Questo non significa che il problema non va affrontato ma che non sarà efficace la strategia tradizionale di definizione, analisi e soluzione in step sequenziali. Questo studio consiglia di introdurre, accanto a quelli tradizionali, un approccio basato sulla teoria della complessità per meglio comprendere il fenomeno delle missed care e rispondervi in maniera più adeguata: partire dalla considerazione che ai sistemi sanitari soggiace una certa non linearità e non prevedibilità può essere d'aiuto nella gestione della questione.

4.2. Fattori associati alle missed nursing care

Gli approcci *Tasks Undone*, *Implicit Rationing* e *Missed Care*, precedentemente illustrati, riportano, all'interno dei rispettivi framework concettuali, quelli che sono ritenuti i principali determinanti delle cure infermieristiche mancate (**Figura 2**; **Figura 3**; **Figura 4**; **Figura 5**). Si rimanda al paragrafo precedente e ai riferimenti citati per un'analisi preliminare dei fattori associati alle missed care.

a. Studi esplorativi

La *MISSCARE Survey* è già stata citata nel paragrafo precedente in quanto strumento utile per identificare e misurare il volume di missed care. Tuttavia si è anche fatto riferimento alla seconda sezione della stessa, appositamente elaborata per sondare le ragioni ritenute più significative da parte degli intervistati nel determinare le omissioni infermieristiche (**Figura 6**).

Cause
1) Inadeguato numero di personale sanitario
2) Pazienti urgenti (es. un paziente peggiorato)
3) Aumento inatteso del numero / o condizioni critiche di pazienti
4) Numero inadeguato di personale sanitario (ad esempio mancanza di OSS, ausiliari)
5) Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere
6) Farmaci non disponibili quando necessario (la farmacia non è arrivata ecc...)
7) Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente
8) Altri reparti o operatori non hanno eseguito i propri compiti (es. fisioterapista non ha fatto deambulare il paziente, ritardo in radiologia... ecc.)
9) Forniture/apparecchiature non disponibili quando necessario (es. elettrocardiografo,...)
10) Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente
11) Mancanza di supporto/aiuto da parte del team
12) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto
13) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico
14) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale medico e infermieristico
15) Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (ad esempio, paziente non mobilizzato)
16) Caregiver non rintracciabile/disponibile
17) Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno

Figura 6. Seconda sezione della MISSCARE Survey qui riportata in lingua italiana.^[23] [3.2. 1.]

Lo strumento è stato utilizzato in molti degli articoli che compongono il secondo gruppo (**Tabella 2**). Per esempio per uno studio ^[3.2. 2.] pubblicato nel 2011,^[24] la *MISSCARE Survey* è stata somministrata a 4086 membri del personale infermieristico di 10 ospedali per acuti. Il 93,1% degli infermieri ha riportato il carico di lavoro, l'89,6% la disponibilità di materiale, l'81,7% la comunicazione e il lavoro in team come principali determinanti che contribuiscono all'insorgenza delle missed care (**Figura 7**).

	H1 (n = 168)	H2 (n = 46)	H3 (n = 726)	H4 (n = 469)	H5 (n = 212)	H6 (n = 198)	H7 (n = 893)	H8 (n = 198)	H9 (n = 422)	H10 (n = 754)	Total (n = 4086)
Bed size	347	60	760	317	304	411	880	433	479	913	
Participating unit no.	5	2	15	11	6	8	22	9	14	18	
Item											
Labor resources—overall	92.4%	95.6%	87.0%	92.4%	91.7%	93.7%	95.8%	93.6%	96.3%	94.2%	93.1%
1. Inadequate number of staff	94.6%	95.6%	84.3%	88.2%	93.6%	90.8%	93.2%	92.8%	95.1%	92.6%	91.1%
2. Urgent patient situations (eg, a patient's condition worsening)	92.1%	95.6%	87.5%	92.1%	90.6%	91.3%	95.5%	93.3%	94.4%	92.8%	92.4%
3. Unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit	92.7%	97.7%	87.4%	95.2%	96.0%	97.4%	97.6%	95.2%	98.3%	96.1%	94.9%
4. Inadequate number of assistive personnel (eg, nursing assistants, techs, unit secretaries)	96.4%	93.3%	87.2%	93.4%	89.6%	92.8%	96.8%	95.3%	97.4%	96.2%	94.0%
17. Heavy admission and discharge activity	86.1%	95.6%	88.5%	93.0%	88.8%	96.2%	96.1%	91.2%	96.4%	93.1%	92.9%
Material resources—overall	83.9%	91.0%	88.1%	86.3%	87.9%	90.0%	91.4%	93.7%	93.4%	89.1%	89.6%
6. Medications were not available when needed	88.6%	95.2%	93.2%	95.4%	89.8%	96.4%	95.6%	95.2%	97.8%	94.2%	94.6%
9. Supplies/equipment not available when needed	85.2%	91.1%	87.6%	86.2%	89.2%	89.7%	92.5%	94.8%	93.4%	89.4%	89.9%
10. Supplies/equipment not functioning properly when needed	78.0%	86.7%	83.6%	77.3%	84.7%	84.7%	86.2%	91.2%	89.2%	83.8%	84.4%
Communication/Teamwork—overall	79.2%	75.2%	80.2%	79.1%	80.0%	83.0%	83.5%	78.3%	84.4%	83.1%	81.7%
5. Unbalanced patient assignments	91.6%	82.2%	87.7%	89.1%	88.7%	91.2%	94.2%	85.5%	95.4%	91.7%	91.0%
7. Inadequate handoff from previous shift or sending unit	84.6%	84.1%	86.1%	88.2%	87.1%	89.8%	88.8%	84.0%	90.0%	89.3%	88.0%
8. Other departments did not provide the care needed (eg, physical therapy did not ambulate)	73.9%	77.8%	84.4%	82.5%	88.3%	84.9%	87.7%	85.3%	86.0%	82.8%	84.5%
11. Lack of backup support from team members	77.0%	80.0%	78.4%	78.0%	80.5%	81.1%	79.5%	79.5%	85.0%	80.2%	79.9%
12. Tension or communication breakdowns with other ancillary/support departments	80.1%	80.0%	78.9%	73.7%	76.0%	83.4%	80.2%	76.6%	81.9%	84.5%	79.9%
13. Tension or communication breakdowns within the nursing team	78.5%	72.7%	76.1%	72.3%	71.7%	74.0%	75.2%	67.7%	77.8%	78.3%	75.4%
14. Tension or communication breakdowns with the medical staff	80.1%	84.1%	78.4%	77.6%	80.7%	78.6%	83.6%	76.6%	84.3%	86.1%	81.7%
15. Nursing assistant did not communicate that care was not done	85.5%	58.1%	83.0%	83.2%	81.8%	91.9%	89.5%	79.1%	86.7%	85.1%	85.2%
16. Caregiver off unit or unavailable	61.7%	58.1%	69.1%	67.3%	65.0%	72.3%	73.2%	70.8%	72.3%	69.6%	69.8%

Figura 7. Valore percentuale di infermieri che hanno citato gli elementi della seconda sezione della MISSCARE Survey come determinanti del fenomeno delle missed care.^[3.2. 2.]

In un altro studio ^[3.2. 3.] invece,^[25] sei ragioni sono state valutate come significative (punteggio compreso tra 2 e 4 su 4) per spiegare le missed care: aumento inatteso del numero / delle condizioni critiche dei pazienti (76,2%), elevato numero di ricoveri / dimissioni durante il turno (72%), numero del personale di assistenza inadeguato (59,5%), numero di personale sanitario inadeguato (58,9%), farmaci non disponibili quando necessari (56,5%) e situazioni urgenti (53,0%).

Molti studi, a partire dai dati raccolti, hanno condotto analisi statistiche per calcolare il valore predittivo del fenomeno da parte di ciascuna variabile.

b. Carico di lavoro e risorse di sistema

L'adeguatezza nel numero del personale sanitario è un tema che si ritrova fin dal primo studio citato a proposito del fenomeno delle missed care^[3.1. 1.]^[3] Molti lavori si sono soffermati su questo particolare aspetto e in alcuni di essi si è ritenuto appropriato misurare questo fattore attraverso le ore di assistenza infermieristica giornaliera per paziente. Tra quelli che hanno scelto questa strategia, uno studio ^[3.2. 4.] ha mostrato,^[26] con l'utilizzo di modelli per l'analisi della regressione multipla, come tra le diverse variabili prese in esame (p. e. tasso di assenteismo e indice di case mix), maggiori livelli di ore di assistenza per paziente siano il più significativo elemento predittivo di minori missed care ($\beta = - 0,45$; $P = 0,002$).

c. Massimizzazione delle risorse disponibili

Il lavoro in team e la comunicazione sono risultati essere due fattori correlati significativamente al livello di missed care. Un campione di 2216 membri del personale infermieristico costruito su 50 unità operative di 4 ospedali ha completato la *Nursing Teamwork Survey* e la *MISSCARE Survey*.^[27] ^[3.2. 5.] Il tasso di risposta è stato del 59,7%. Applicando dei fattori di correzione per il ruolo all'interno dello staff (infermiere, personale di supporto) e le caratteristiche dei membri del personale (p. e. educazione, esperienza, turno di lavoro), sono stati applicati dei modelli di analisi che hanno mostrato come il lavoro in team, come fattore a sé stante, sia responsabile di circa l'11% delle omissioni infermieristiche. La comunicazione, che pure è una variabile che rientra nella

caratterizzazione di un efficace lavoro in team, è stata studiata anche come fattore a sé stante in un gran numero di lavori. Nel 2022 è stata pubblicata una revisione sistematica [3.2. 6.] che raccoglie i principali contributi sul tema;^[28] essa conclude sostenendo come una comunicazione efficace tra medici e infermieri e tra infermieri e infermieri possa ridurre le missed care e come una comunicazione efficace migliori i livelli di soddisfazione dei pazienti.

d. Processo decisionale e variabili interne

Anche elementi inerenti alla personalità e alla formazione dell'infermiere possono essere fattori di cui tenere conto.^[3] Due studi hanno mostrato una correlazione significativa tra responsabilità personale dell'infermiere, misurata con il 19-item 3D Accountability Questionnaire, e i livelli di missed care. Il primo tra questi [3.2. 7.] conclude che la responsabilità personale dell'infermiere, al di là del sovraccarico di lavoro e delle caratteristiche socio-demografiche dell'intervistato, è correlata a minori livelli di cure omesse; per la responsabilità di reparto non si è trovata statisticamente significativa la correlazione negativa coi livelli di missed care.^[29] Il secondo lavoro [3.2. 8.], portato a termine dagli stessi autori, sottolinea ulteriormente come il profilo dell'infermiere responsabile sia associato a minori livelli di missed care.^[30]

Un'altra variabile interna all'infermiere è la cultura della sicurezza del paziente. Anche questo elemento diventa predittivo di minori missed care all'analisi di modelli statistici elaborati da alcuni studi.^{[31] [32] [3.2. 9., 3.2. 10.]}

e. Studi per riflettere

Uno studio [3.2. 11.] del 2020 ha evidenziato come un atteggiamento del prendersi cura – una core competence degli infermieri – e comportamenti di cura nei confronti dei pazienti siano associati a riduzione delle missed care e maggiore percezione di qualità da parte degli assistiti.^[33]

Nel 2020 è stato pubblicato un lavoro [3.2. 12.] che ha avuto come oggetto una popolazione sommersa: sono stati identificati membri del personale infermieristico che hanno subito una molestia sessuale da parte dei pazienti.^[34] Sono state condotte delle interviste dalle

quali sei sono i principali riscontri emersi da parte dei partecipanti: (a) si è sentito oggettivato e ha sentito la sacralità della relazione terapeutica profanata; (b) ha sentito una mancanza di sostegno da parte dei dirigenti di reparto; (c) si sentiva indifeso, solo e alienato; (d) non ha condiviso l'esperienza con i dirigenti; (e) ha affrontato le molestie sessuali interrompendo rapidamente il trattamento e in seguito si sono resi conto di aver omesso alcuni interventi; e (f) considerato di lasciare l'assistenza infermieristica.

4.3. Conseguenze delle missed nursing care

I framework concettuali precedentemente presentati già riportano le conseguenze dell'erogazione di cure infermieristiche compromesse (*Figura 2; Figura 3; Figura 4; Figura 5*).

a. Esiti nei pazienti

Un lavoro di revisione del 2020 condotto su 9 articoli ha confermato che le missed nursing care sono associate alle infezioni correlate all'assistenza, con setticemie, infezioni del tratto urinario e polmoniti tra le più frequenti.^[35] Accanto alle infezioni, altri eventi avversi riportati come correlati alle omissioni infermieristiche sono lesioni da pressione, cadute e errori nella somministrazione della terapia oltre all'aumento dell'insoddisfazione dei pazienti.

Per uno studio pubblicato nel 2013 sono stati intervistati un totale di 729 pazienti ricoverati in 20 unità operative di due ospedali degli Stati Uniti;^[36] lo strumento utilizzato è stato la *MISSCARE Survey – Patient*. Questa contiene tre sezioni: a) caratteristiche demografiche e stato di salute, b) elementi di omissioni infermieristiche e c) eventi avversi. La sezione b) contiene 13 items e utilizza una scala Likert a 5 punti per misurare la frequenza delle omissioni infermieristiche relative a comunicazione e cure di base (da 1: “mai” a 5: “sempre”) e per misurare la tempestività degli interventi infermieristici (da 1: “<5 minuti” a 5: “>30 minuti”). La media dei punteggi nelle 13 voci viene utilizzata

come score della scala, con un range che va quindi da 1 a 5. Nella sezione c) viene presentato un elenco di eventi avversi e per ciascuno di essi si chiede all'intervistato se questo è stato sperimentato. Nello studio si sono osservati gli score relativi alle omissioni infermieristiche in relazione alla segnalazione dell'eventuale incorrenza di ciascun evento avverso. La **Figura 8** riporta questi risultati che indicano come i pazienti che hanno sperimentato eventi avversi abbiano segnalato anche maggiori livelli di missed care (sia nel complesso, sia nelle singole componenti).

		Overall Missed Care	Communication	Timeliness	Basic Care
Fall	Yes	1.90 ± 0.63	1.92 ± 0.97	1.61 ± 0.59	2.23 ± 1.11
	No	1.80 ± 0.61	1.66 ± 0.69	1.50 ± 0.63	2.29 ± 1.06
Skin breakdown/pressure ulcer	Yes	2.05 ± 0.76*	1.96 ± 0.92*	1.80 ± 0.79*	2.46 ± 1.06
	No	1.79 ± 0.59	1.64 ± 0.66	1.48 ± 0.62	2.27 ± 1.05
Medication error	Yes	2.19 ± 0.82*	1.84 ± 0.90	1.99 ± 1.07	2.84 ± 1.22*
	No	1.79 ± 0.60	1.65 ± 0.68	1.48 ± 0.61	2.27 ± 1.04
New infection	Yes	2.29 ± 0.91*	2.20 ± 0.095*	1.93 ± 0.91*	2.81 ± 1.19*
	No	1.77 ± 0.58	1.62 ± 0.65	1.48 ± 0.60	2.25 ± 1.04
IV running dry	Yes	2.13 ± 0.75*	1.95 ± 0.83*	1.69 ± 0.79*	2.83 ± 1.11*
	No	1.73 ± 0.56	1.60 ± 0.65	1.47 ± 0.59	2.16 ± 1.02
IV leaking	Yes	2.05 ± 0.64*	1.91 ± 0.75*	1.68 ± 0.71*	2.67 ± 1.13*
	No	1.75 ± 0.58	1.61 ± 0.66	1.46 ± 0.60	2.19 ± 1.01

*P < .05.

Figura 8. Tassi di missed care in relazione all'incorrenza di specifici eventi avversi nel campione intervistato. [3.3. 2.]

Un focus particolare sulle cadute lo offre uno studio pubblicato nel 2012.^[37] Nel corso dell'analisi dei risultati ottenuti da modelli statistici, si è riscontrato che più alti sono i livelli di missed care, più alti sono i tassi di cadute dei pazienti ($r = 0,30$; $P < 0,01$). In particolare le seguenti omissioni infermieristiche sono correlate in maniera maggiormente significativa ai tassi di caduta dei pazienti: assistenza nella deambulazione ($r = 0,22$; $P < 0,05$), valutazione del paziente nel corso di ogni turno di lavoro ($r = 0,19$; $P < 0,05$), risposta al campanello di chiamata ($r = 0,22$; $P < 0,05$), assistenza nell'utilizzo del gabinetto ($r = 0,30$; $P < 0,01$).

Si riporta la considerazione di una recente revisione ^[3.3. 4.] della letteratura che, pur affermando che l'impatto maggiore delle missed care sia sull'aumento della mortalità, morbilità e degli eventi avversi, sostiene che sia molto difficile dimostrare una correlazione diretta tra le singole omissioni infermieristiche e i singoli esiti nel paziente (per esempio tra la mancata assistenza nella deambulazione e una polmonite da aspirazione).^[38]

b. Esiti nel personale infermieristico

Diversi articoli hanno illustrato come maggiori livelli di missed care siano accompagnati da minore soddisfazione lavorativa da parte degli infermieri. Si riportano due lavori che hanno osservato l'associazione: in uno ^[39] è stato studiato un campione di oltre 4000 infermieri provenienti da 10 ospedali degli Stati Uniti e nell'altro ^[40] sono stati arruolati 7079 membri del personale infermieristico in ospedali di Australia, Islanda, Turchia e Stati Uniti.

Similmente alcune pubblicazioni hanno sottolineato una correlazione tra le missed nursing care e l'aumento del tasso di abbandono della professione da parte degli infermieri. Uno studio ^[41] del 2010 condotto negli Stati Uniti riporta una significativa interazione ($\beta = 0,302$; $p < 0,0001$) tra le due variabili e una revisione integrativa ^[42] del 2020 conferma e rinforza le evidenze in favore di tale correlazione pur senza riuscire ad esplicitare le modalità e i nessi causali con cui tale relazione si stabilisce.

4.4. Quali possibili interventi per limitare le missed care?

a. Strategie trasversali

In precedenza si è parlato di una consensus conference tenutasi in Italia nel 2018. Un frutto di questa due-giorni è stato un paper che esprime delle raccomandazioni sulla gestione delle cure infermieristiche compromesse. ^[43] In primis i dati sulla prevalenza delle missed care dovrebbero essere condivisi immediatamente a livello dell'unità operativa e della struttura per promuovere la consapevolezza, la pronta identificazione delle cause e i necessari interventi. Secondariamente, non appena vengono progettati e implementati degli interventi, è necessario far circolare i risultati e le strategie adottate al di fuori dalla struttura, a testimonianza del fatto che si sta indagando il problema e si sta tentando di mettere in atto delle soluzioni. Poiché finora non sono state sviluppate strategie standardizzate raccomandate, è necessario analizzare il fenomeno all'interno dell'unità in cui si sviluppa e studiare soluzioni che tengano conto del contesto specifico, ricordando che il problema ha una matrice multifattoriale. Sarebbe auspicabile che questo processo

coinvolga anche gli altri professionisti sanitari, in quanto anche essi possono essere coinvolti dal problema dell'erogazione di cure compromesse.

Un altro studio,^[44] condotto in Italia nel 2020, ha raccolto le esperienze pratiche di un gruppo di infermieri con funzioni di coordinamento e dirigenziali. Dai risultati sono emersi numerosi interventi percepiti come efficaci per contrastare l'erogazione di cure infermieristiche compromesse (**Tabella 5**). Tali interventi hanno natura prevalentemente preventiva e riflettono una tendenza proattiva degli infermieri con funzioni manageriali, in cui sono attivate strategie volontarie e anticipatorie al fine di migliorare la pratica. Inoltre gli interventi emersi riflettono azioni a livello micro (di unità operativa) e macro (a livello di ospedale/struttura), suggerendo che per contrastare le missed care sia necessaria un'azione di sistema.

Tabella 5. *Interventi riportati dagli infermieri con funzioni di coordinamento e dirigenziali.*^[44]

Intervento	Livello	Natura/ finalità	Dimensione	Interventi particolari
Espandere le capacità	Micro		Struttura/ Processo	Aumentare la quantità di cure infermieristiche in settori critici/o ad elevata richiesta. Modulare il personale sui carichi assistenziali, riducendo l'orario di lavoro quando carichi in riduzione e/o programmando turni aggiuntivi quando carichi crescenti. Coinvolgere i familiari/caregiver ad esempio nell'assistenza notturna. Coinvolgere volontari su semplici attività di supporto. Estendere le competenze degli infermieri o degli operatori di supporto.
Assicurare gli standard di cura e la rilevazione precoce delle failures	Micro/ Macro	Preventiva/ Reattiva	Struttura	Adottare procedure e protocolli, piani di lavoro standard. Implementare un sistema di documentazione strutturata e informatizzata, anche multiprofessionale. Implementare sistemi di allerta per le attività non svolte o in scadenza (ad esempio, rivalutazione del rischio di cadute). Utilizzare sistematicamente strumenti di rilevazione dei problemi, quali es. incident reporting. Partecipare a sistemi di accreditamento verso l'eccellenza per promuovere la continua tensione al miglioramento. Attivare sistemi di raccolta dati sulle missed care e momenti di discussione dei risultati
Presidiare i processi	Micro	Preventiva	Processo	Monitorare quotidianamente la traiettoria del paziente introducendo un referente giornaliero e/o Case Manager. Individuare il responsabile del team (esempio in ciascun turno) in un infermiere clinico esperto. Assicurare la supervisione dei processi clinici da parte del coordinatore. Negoziare maggiore supporto dai servizi di rischio clinico ad esempio incaricando infermieri su specifici processi es. link professionals.
Promuovere le decisioni condivise	Micro/ Macro	Preventiva	Processo	Definire collegialmente le priorità nei momenti di elevata complessità (es. elevato turnover dei pazienti). Realizzare brevi incontri di briefing e debriefing, anche multiprofessionali (fisioterapista, palliativista ecc..) per discutere priorità e problemi dei pazienti. Rivedere le attività programmate ed i piani assistenziali in modo congiunto quando vi sono picchi di attività.

Tabella 5. (continua)

Intervento	Livello	Natura/ finalità	Dimensione	Interventi particolari
Ripensare al layout del sistema	Macro	Preventiva	Struttura	Rivedere la logistica delle unità e dei dipartimenti al fine di facilitare i processi assistenziali. Individuare aree di sosta breve in cui gli infermieri possano realizzare l'accertamento e/o preparare il paziente per la dimissione, riducendo pertanto il carico delle strutture di degenza.
Promuovere la cultura dell'attenzione alle missed nursing care	Macro	Preventiva	Processo	Rinforzare il concetto di presa in carico su obiettivi assistenziali comuni nel team. Assicurare aggiornamento sulle missed care, valorizzando i fondamenti di assistenza che costituiscono gli elementi di cura spesso compromessi e/o tralasciati.
Riavvicinare il management	Micro/ Macro	Preventiva	Processo	Sviluppare nei coordinatori una funzione clinica non solo gestionale, anche attraverso aggiornamento/formazione. Promuovere un coordinamento non staccato dalla clinica ma capace di incorporarla; nelle strutture ad elevata complessità, introdurre due funzioni di coordinamento, una maggiormente orientata all'organizzazione, l'altra alla clinica. Promuovere incontri tra coordinatori e dirigenti per condividere soluzioni e avere una vision comune alla clinica

b. Esempi dal mondo

- Uno studio ha testato l'impatto di un programma educativo e di addestramento strutturato a cui è stato sottoposto un gruppo di infermieri.^[45] Sono state effettuate tre misurazioni: prima della messa in atto del programma, subito dopo di essa e due mesi dopo. Ai risultati si è evidenziato un incremento del lavoro in team e una diminuzione delle missed care nel tempo.
- Da gennaio 2013 il Governo Metropolitano di Seoul ha implementato una nuova politica di incremento del personale in alcune unità medico-chirurgiche di un ospedale governativo della città. In queste unità è passati da una media di 17 pazienti per infermiere + 1 membro del personale di supporto durante i turni diurni a una condizione caratterizzata da una media di 7 pazienti per infermiere + 1 membro del personale di supporto durante ogni turno. Gli infermieri dell'ospedale sono stati arruolati in uno studio ai fini di verificare i livelli di missed care nelle unità operative con personale infermieristico standard (17 pazienti per infermiere) e in quelle con personale aumentato. I risultati dello studio hanno mostrato che i livelli di missed care sono significativamente più bassi nelle unità operative con maggior personale infermieristico.^[46]

- In un ospedale del Brasile, dopo l'applicazione del modello di Primary Nursing, è stato condotto uno studio predittivo con misurazioni a quattro e a sette mesi dall'implementazione. Le missed care si sono ridotte per il 78,5%.^[47]
- Un panel-study è stato condotto su dati secondari da 23650 infermieri intervistati nel 2006 e 14935 infermieri intervistati nel 2016 su un totale di 458 ospedali degli Stati Uniti. Negli ospedali con miglioramenti nell'ambiente lavorativo o aumento del numero del personale infermieristico la prevalenza e la frequenza di omissioni infermieristiche si sono ridotte significativamente. In particolare si è osservato gli effetti dei cambiamenti nell'ambiente lavorativo sulle missed care sono stati maggiori di quelli prodotti dall'aumento del personale.^[48]

La consultazione della letteratura disponibile ha evidenziato un gran numero di pubblicazioni sul tema delle missed nursing care e l'elevato numero di studi inclusi in questa revisione rappresenta un dato importante. Nonostante il volume di informazioni notevole si segnala un bias che è emerso nel corso della realizzazione del presente lavoro: nonostante sia stato evidenziato che siano tre i principali filoni metodologici relativamente alla concettualizzazione del problema, la stringa di ricerca per la consultazione delle banche-dati ha sposato uno solo di questi approcci, quello delle *Missed Care*. Ciononostante l'inclusione di alcuni lavori [.....] di revisione e la consultazione dei loro riferimenti bibliografici [.....] ha permesso di esplorare, almeno in parte, anche le metodologie *Tasks Undone* e *Implicit Rationing*.

Gli articoli inclusi nel primo gruppo (**Tabella 2**) consegnano una visione sfaccettata del problema ma sufficientemente chiara. Le cure infermieristiche si definiscono “compromesse” quando vengono erogate in maniera parziale o del tutto omesse, che sia un processo inconsapevole o un razionamento ragionato delle risorse disponibili. Le terminologie e gli approcci in uso per la definizione del problema comune sono molteplici, tuttavia si riscontra unitarietà del fenomeno con sottolineature e modalità di impostazione diverse a seconda del filone di riferimento. Non sono mancati tentavi di integrazione che sono tuttavia ancora in corso. Le missed care definiscono in generale il fenomeno di non piena adesione delle risposte infermieristiche ai bisogni di pazienti, il “missed” ci testimonia la presenza di un gap tra domanda e offerta, tra ideale e reale.

Tuttavia proprio quest'ultima chiave di lettura vuole essere evidenziata: è fondamentale conoscere verso dove deve tendere l'assistenza della migliore qualità possibile perché si possa cercare di conformare le realtà particolari verso tale orizzonte. Metro principe di misurazione dell'assistenza infermieristica restano i bisogni dei pazienti: senza una persona con il suo carico di bisogni di salute non vi sarebbe un infermiere che eroga delle cure. [.....]

Gli studi che rientrano nel secondo gruppo (**Tabella 3**) offrono una panoramica dei fattori correlati alle missed care. Su alcuni campioni di infermieri si è riusciti a esprimere il valore predittivo di singole variabili a conferma dell'esistenza di una relazione di causalità. Le variabili che risultano apportare un contributo più significativo nella comprensione del fenomeno della compromissione delle cure sono le caratteristiche positive dell'ambiente lavorativo, l'adeguatezza dei livelli di personale infermieristico, la collaborazione tra i membri del team, un'efficace comunicazione e la responsabilità personale degli infermieri. [.....]

D'altra parte le missed care non sarebbero fin qui state definite un problema se non si fossero trovate nel corso degli anni correlazioni significative con il peggioramento degli esiti. Seppure risulta difficile esplicitare il valore predittivo delle singole variabili, a singole omissioni infermieristiche si riescono ad associare particolari complicanze e in generale a maggiori livelli di missed care risultano associati maggiori tassi di eventi avversi e di esiti indesiderati (**Tabella 4**). Per i pazienti ciò significa aumento dei tassi di infezioni correlate all'assistenza, lesioni cutanee, cadute, errori nella somministrazione della terapia e quindi anche aumenti dei tassi di mortalità, morbidità e prolungamento dei tempi di degenza. Per quanto riguarda gli infermieri, tassi maggiori di cure compromesse sono associati a maggiore insoddisfazione lavorativa, aumento dei tassi di turnover, abbandono della professione e burnout. Sia per i pazienti che per i membri del personale infermieristico si è evidenziato quindi un impatto importante del problema.

Gli studi compresi nel quarto gruppo (**Tabella 5**) ci indicano che non sono mancati tentativi di fronteggiare la questione. Tuttavia solo pochi interventi sono stati implementati e nessuno di essi è risultato parte di un'azione strategica globale che tenesse conto della multifattorialità delle cure infermieristiche compromesse. Sono state proposte azioni strategiche strutturate per meglio gestire il fenomeno nella sua complessità tuttavia

non sono ancora disponibili evidenze a supporto dell'efficacia di tali azioni. Poiché tuttavia il problema è urgente, si ritiene ragionevole e forse anche eticamente doveroso replicare quegli interventi che, seppur presi singolarmente, sono riusciti ad avere un impatto significativo sui livelli di missed care. Accanto a ciò, appare ugualmente ragionevole e eticamente doveroso implementare quelle strategie globali di gestione del problema che sono sorte a partire dai dati empirici e che, stando ad inferenze condotte rigorosamente e condivise della comunità scientifica e professionale, sembrano promettere una gestione più efficace delle missed care. Il progredire della ricerca in questo ambito potrà aiutare a costruire strategie sempre più efficaci ed efficienti per gestire il fenomeno e limitare le sue conseguenze negative.

5. CONCLUSIONI

Probabilmente quello delle missed care resterà un problema aperto ma questo non significa che esso non possa essere gestito in maniera migliore.

Le esigenze economiche e gestionali dovrebbero influenzare l'operato soltanto fin quando esse rispettano il core dell'assistere. Altrimenti che ne sarebbe dell'identità professionale dell'infermiere? E se si sceglie di sottostare comunque ad esigenze organizzative che risultano corrompere il centro della professione infermieristica che è il prendersi cura, forse si sta già perdendo parte dell'identità professionale. Non è forse così?

6. BIBLIOGRAFIA

(3.1. 2.) Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009 Jan-Feb;57(1):3-9.

[1] Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000.

(3) Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0#glossary-heading-term-73780>. Consultato il 20-03-2023

(4) Agency for Healthcare Research and Quality. <https://psnet.ahrq.gov/glossary-0#glossary-heading-term-837113>. Consultato il 20-03-2023

(3.1. 10.) Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care*. 2004 Feb;42(2 Suppl):II67-73.

(3.1. 1.) Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006;21(4):306-15.

(3.1. 2.) Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009 Jan-Feb;57(1):3-9.

(3.1. 3.) Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009 May;39(5):211-9.

(3.1. 4.) 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.

(3.1. 5.) Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P,

Marognolli O, Canzan F, Gonella S, Saiani L. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med*. 2015 Sep;10(6):693-702. Epub 2015 Apr 4

(3.1. 6.) Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2012 Apr;38(4):161-7.

(3.1. 7.) Kalisch BJ, Lee KH. Congruence of perceptions among nursing leaders and staff regarding missed nursing care and teamwork. *J Nurs Adm*. 2012 Oct;42(10):473-7.

(3.1. 8.) Habermann M, Stemmer R, Suhonen R. Missed nursing care as experienced by undergraduate nursing students. *Pflege*. 2022 Feb;35(1):15-21. Epub 2021 Oct 29.

(3.1. 9.) 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. Epub 2015 Feb 23.

(3.1. 10.) Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care*. 2004 Feb;42(2 Suppl):II67-73.

(3.1. 11.) Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs*. 2009 Nov;65(11):2299-310. Epub 2009 Sep 8.

(3.1. 12.) 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 Nov-Dec;56(6):416-24.

(3.1. 13.) Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, De Geest S. 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 Aug;20(4):227-37. Epub 2008 Apr 24.

(3.1. 14.) Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009 Jul;65(7):1509-17. Epub 2009 May 9.

(3.1. 15.) Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res*. 2014 Aug;36(7):875-90. Epub 2014 Apr 29.

- (3.1. 16.) Hamilton P, Willis E, Jones T, McKelvie R, Blackman I, Toffoli L, Harvey C. Evaluating the Performance of a Single-Item, Global, Estimate of Missed Nursing Care. *J Nurs Meas.* 2017 Apr 1;25(1):121-141.
- (3.1. 17.) Palese A, Bassi E, Tommasini C, Vesca R, Di Falco A, De Lucia P, Mulloni G, Paoletti F, Rissolo R, Sist L, Sanson G, Guardini I, Bressan V, Mesaglio M, Blackman I. Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: risultati preliminari di una consensus conference. *Assist Inferm Ric.* 2018 Jul-Sep;37(3):164-171.
- (3.1. 18.) Willis E, Zelenikova R, Bail K, Papastavrou E. The globalization of missed nursing care terminology. *Int J Nurs Pract.* 2021 Feb;27(1):e12859. Epub 2020 Jul 12.
- (3.1. 19.) Harvey C, Thompson S, Pearson M, Willis E, Toffoli L. Missed nursing care as an 'art form': The contradictions of nurses as carers. *Nurs Inq.* 2017 Jul;24(3). Epub 2017 Jan 18.
- (3.1. 20.) Albsoul RA, FitzGerald G, Hughes JA, Ahmed Alshyyab M. Missed nursing care and complexity theory: a conceptual paper. *J Res Nurs.* 2021 Dec;26(8):809-823. Epub 2021 Nov 8.
- [3.2. 1.] Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura. *Assist Inferm Ric.* 2012 Oct-Dec;31(4):234-9.
- [3.2. 2.] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 2011 Jul-Aug;26(4):291-9. Epub 2011 Jun 3.
- [3.2. 3.] Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D; Missed Nursing Care Collaborative Group. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks – Evaluating our work environment. *Appl Nurs Res.* 2016 Nov;32:128-133. Epub 2016 Jun 23.
- [3.2. 4.] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care? *Int J Qual Health Care.* 2011 Jun;23(3):302-8. Epub 2011 Apr 11.
- [3.2. 5.] Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook.* 2010 Sep-Oct;58(5):233-41.

- [3.2. 6.] He M, Zhu X, Dong Y, Zhang S, Fang S, Wang W, Zhang M, Sun J. Exploring the role of communication in missed nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2022 Dec;78(12):4019-4033. Epub 2022 Sep 12.
- [3.2. 7.] Srulovici E, Drach-Zahavy A. Nurses' personal and ward accountability and missed nursing care: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2017 Oct;75:163-171. Epub 2017 Aug 16.
- [3.2. 8.] Drach-Zahavy A, Srulovici E. The personality profile of the accountable nurse and missed nursing care. *J Adv Nurs*. 2019 Feb;75(2):368-379. Epub 2018 Nov 12.
- [3.2. 9.] Hessels AJ, Paliwal M, Weaver SH, Siddiqui D, Wurmser TA. Impact of Patient Safety Culture on Missed Nursing Care and Adverse Patient Events. *J Nurs Care Qual*. 2019 Oct/Dec;34(4):287-294.
- [3.2. 10.] Rahmani P, Molaei Tavani F, Sheikhalipour Z, Behshid M, Khodayari MT, Zadi Akhuleh O. The relationship between attitude of nurses toward the patient safety and missed nursing care: A predictive study. *J Healthc Qual Res*. 2022 May-Jun;37(3):138-146. Epub 2021 Nov 29.
- [3.2. 11.] Labrague LJ, De Los Santos JAA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, Firmo CN. The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2020 Nov;28(8):2257-2265. Epub 2019 Dec 4.
- [3.2. 12.] Gabay G, Shafran Tikva S. Sexual harassment of nurses by patients and missed nursing care-A hidden population study. *J Nurs Manag*. 2020 Nov;28(8):1881-1887. Epub 2020 Mar 10.
- [3.3. 1.] Mynaříková E, Jarošová D, Janíková E, Plevová I, Polanská A, Zeleníková R. Occurrence of hospital-acquired infections in relation to missed nursing care: A literature review. *Cent Eur J Nurs Midwifery* 2020;11(1):43-49.
- [3.3. 2.] Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual*. 2014 Sep-Oct;29(5):415-22. Epub 2013 Sep 4.

- [3.3. 3.] Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. *J Nurs Care Qual.* 2012 Jan-Mar;27(1):6-12.
- [3.3. 4.] Willis E, Brady C. The impact of "missed nursing care" or "care not done" on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project. *Nurs Open.* 2022 Mar;9(2):862-871. Epub 2021 Jun 16.
- [3.3. 5.] Kalisch B, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc Manag.* 2011 Mar-Apr;56(2):117-31; discussion 132-3.
- [3.3. 6.] Bragadóttir H, Burmeister EA, Terzioglu F, Kalisch BJ. The association of missed nursing care and determinants of satisfaction with current position for direct-care nurses-An international study. *J Nurs Manag.* 2020 Nov;28(8):1851-1860. Epub 2020 Aug 25.
- [3.3. 7.] Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res.* 2010 Dec;42(4):22-39.
- [3.3. 8.] Alsubhi H, Meskell P, Shea DO, Doody O. Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2020 Nov;28(8):1830-1840. Epub 2020 Jul 22.
- [3.4. 1.] Palese A, Bassi E, Tommasini C, Vesca R, Di Falco A, De Lucia P, Mulloni G, Paoletti F, Rissolo R, Sist L, Sanson G, Guardini I, Bressan V, Mesaglio M, Papastavrou E, Blackman I. Developing policies and actions in response to missed nursing care: A consensus process. *J Nurs Manag.* 2019 Oct;27(7):1492-1504. Epub 2019 Sep 5.
- [3.4. 2.] Palese A, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C, De Reggi A, Rossi A, Mesaglio M, Longhini J. Interventi attuati da infermieri con ruoli manageriali nella pratica quotidiana per prevenire e minimizzare le Missed Nursing Care: risultati di uno studio qualitativo italiano. *Ig Sanita Pubbl.* 2020 May-Jun;76(3):173-186.
- [3.4. 3.] Kalisch BJ, Xie B, Ronis DL. Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nurs Res.* 2013 Nov-Dec;62(6):405-13.
- [3.4. 4.] Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev.* 2015 Jun;62(2):267-74. Epub 2015 Mar 12.

[3.4. 5.] 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. Epub 2019 Oct 17.

[3.4. 6.] Lake ET, Riman KA, Sloane DM. Improved work environments and staffing lead to less missed nursing care: A panel study. J Nurs Manag. 2020 Nov;28(8):2157-2165. Epub 2020 Mar 10.

7. SITOGRAFIA

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

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

8. RINGRAZIAMENTI

Questo elaborato è l'ultima tappa del Corso di Laurea in Infermieristica. Per me che scrivo è stato un cammino lungo, con molte svolte e diversi ostacoli. Tutto sommato però la conclusione è finalmente arrivata e questo è estremamente importante per me. Molte persone mi hanno accompagnato e sostenuto in questo percorso e se sono dove sono oggi lo devo a tutte queste persone. Non mi dilungherò a citarle uno per uno, vorrei tuttavia sottolineare una cosa. Mi piace pensare che quello che sono e che ho oggi sia il frutto di una moltiplicazione i cui fattori sono: 1) il mio impegno, le mie forze, il mio tempo, le mie energie, ... e 2) i sacrifici, le parole gentili, la presenza silenziosa, la costanza, la perseveranza, il sostegno, la fiducia di chi mi è stato accanto tutti questi anni o di chi è stato solo di passaggio per un momento. Ricordo bene dalle elementari che qualunque numero moltiplicato per 0 dà come risultato 0. Ecco, penso che sia esattamente così. Se non avessi avuto qualcosa da moltiplicare, nonostante tutti i miei sforzi, il risultato sarebbe stato comunque 0. Io ho dato molto, ma chi mi è stato vicino mi ha dato qualcosa di più: qualcosa da cui partire, qualcosa da cui ricominciare quando mi sono ritrovato a mani vuote, qualcosa in più, sempre. E io ho fatto mio e moltiplicato quello che ho ricevuto. Senza queste persone non sarei la persona che sono oggi e questo percorso forse non si sarebbe concluso e questo lavoro non sarebbe stato scritto. Quindi ora mi rivolgo idealmente proprio a queste persone. Grazie per il vostro piccolo o enorme contributo. Se non avessi ricevuto tutto questo da voi, alla fine il risultato sarebbe stato comunque 0, nonostante tutto. Quindi grazie, grazie mille davvero! Quello che sono e ho oggi, di cui vado tanto fiero, ecco, io lo devo a tutti voi. Grazie.

Simone