

UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in

Scienze Infermieristiche e Ostetriche

L'intensità della degenza ospedaliera e le speranze dei portatori di interesse nel setting Urologico: la qualità percepita come Core Outcome Measures in Effectiveness

Hospital stay intensity and stakeholder expectations in the urology setting: perceived quality as a core outcome measure of effectiveness

Candidato:

Dott.sa Beatrice Teresa Di Tuccio

Relatore:

Dott. Stefano Marcelli

Correlatore:

Dott.sa Gloria D'Angelo

Anno Accademico 2025/2026

Indice

Abstract

Introduzione.....7

Capitolo 1. I Nursing Sensitive Outcomes.....10

1.1 Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche.....10

1.2 Nursing Sensitive Outcomes nell'assistenza infermieristica.....20

1.3 La Patient's satisfaction.....27

Capitolo 2. Obiettivi.....32

Capitolo 3. Materiali e Metodi.....33

3.1 Disegno di studio.....33

3.2 Setting.....33

3.3 Timing.....33

3.4 Campione.....33

3.4.1 Criteri d'inclusione.....33

3.4.2 Criteri d'esclusione.....34

3.5 Campionamento.....34

3.6 Strumento di raccolta dati.....34

3.7 Procedura di studio.....36

3.8 Analisi statistica.....38

3.9 Considerazioni etiche.....38

Capitolo 4. Risultati.....39

4.1 Associazioni con le variabili socio-cliniche.....47

Capitolo 5. Discussione.....50

5.1 Limiti dello studio.....56

Capitolo 6. Conclusione.....57

Bibliografia.....59

Ringraziamenti.....65

Allegati.....67

"Io penso che i sentimenti di una persona si sprechino nelle parole,

debbono tutti essere distillati in azioni, ed in azioni che portino risultati."

Florence Nightingale

Abstract

Introduzione: Il 21esimo secolo, oltre ad innovazioni tecnologiche, porta con sè caratteristiche socio-demografiche, come l'invecchiamento della popolazione, aumento di malattie non trasmissibili, disabilità. L'infermiere è una delle prime figure che entra a stretto contatto con questi importanti problematiche del cittadino e gli esiti del suo operato sono motivo di ricerca e di studio della qualità erogata, tra cui la soddisfazione del paziente.

Obiettivo: L'obiettivo di questo studio consiste nell'osservare le caratteristiche principali di pazienti in regime di ricovero e misurare, in seguito, il livello di soddisfazione del paziente.

Materiali e metodi: Si tratta di uno studio di tipo trasversale, cross-sectional, eseguito dal 1° Marzo 2025 al 31 Luglio 2026 nella U.O. di Urologia dell'ospedale "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, con reclutamento su base volontaria rispettando le normative vigenti e seguendo dei criteri di inclusione ed esclusione specifici. Per la raccolta dati è stata utilizzata la versione italiana della Patient Satisfiction Scale, un questionario di 11 domande diviso in 3 domini principali con uso di Punteggio Likert da 1 a 4 per le risposte.

Risultati: Sono stati analizzati 444 pazienti, con un'età media di 65,82 anni, di genere prevalentemente maschile (72,52%). Il PSS raggiunge una fascia medio alta, in particolare sui bisogni tecnico-scientifici relativi all'assistenza infermieristica mentre risultano relativamente inferiori per le informazioni ricevute e per la preparazione dei familiari alla dimissione.

Discussione: La letteratura conferma l'utilità della Patient Satisfaction Scale quale strumento di supporto al monitoraggio della qualità, al confronto tra servizi clinico-assistenziali e la valutazione degli esiti di governance sanitaria.

Conclusione: Lo studio ha evidenziato un elevato livello di soddisfazione dei pazienti per l'assistenza infermieristica, con particolare apprezzamento per professionalità e modalità di presa in carico assistenziale. Futuri studi multicentrici e longitudinali potranno approfondire i fattori associati alla soddisfazione.

Abstract

Introduction: In addition to technological innovations, the 21st century brings with it socio-demographic characteristics such as an aging population, a rise in non-communicable diseases, and disability. Nurses are among the first professionals to come into close contact with these significant issues facing citizens, and the outcomes of their work are a subject of research and study regarding the quality of care provided, in particular patient's satisfaction.

Objective: The aim of this study is to observe the key characteristics of inpatients and subsequently measure their level of patient's satisfaction.

Materials and methods: This is a cross-sectional study conducted from March 1, 2025, to July 31, 2026, at the Urology Unit of the "C. & G. Mazzoni" Hospital in Ascoli Piceno. Participant recruitment was voluntary, in compliance with current regulations and based on specific inclusion and exclusion criteria. Data collection utilized the Italian version of the Patient Satisfaction Scale, an 11-item questionnaire divided into three main domains, with responses rated on a 1-to-4 Likert scale.

Results: A total of 444 patients were analyzed, with a mean age of 65.82 years and a predominantly male population (72.52%). The PSS showed medium-to-high satisfaction levels, particularly in the technical-scientific domain related to nursing care, while relatively lower scores were observed for the information provided to patients and the preparation of family members for discharge.

Discussion: Literature confirms the usefulness of the Patient Satisfaction Scale as a tool to support quality monitoring, comparisons between clinical care services, and the evaluation of healthcare governance outcomes.

Conclusion: The study showed a high level of patient satisfaction with nursing care, with particular appreciation for the professionalism of the nursing staff and the overall approach to patient care. Future multicentre and longitudinal studies may further investigate the factors associated with patient satisfaction.

Introduzione

Il ventunesimo secolo, insieme ad un'importante aumento delle innovazioni tecnologiche, culturali, scientifiche ecc... si caratterizza anche per la presenza di una sempre più forte richiesta nel campo della salute. Non solo perchè il cittadino, avendo più accesso a molte più conoscenze rispetto al passato, percepisce molto più consapevolmente i suoi bisogni e ne richiede adeguata assistenza sanitaria, ma anche e soprattutto per la presenza di ulteriori caratteristiche che lo definiscono.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei suoi recenti report, ha stimato che il numero e la percentuale di persone di età pari o superiore a 60 anni nella popolazione sono in aumento. Nel 2019, il numero di persone di età pari o superiore a 60 anni era di 1 miliardo. Questo numero aumenterà a 1,4 miliardi entro il 2030 e a 2,1 miliardi entro il 2050. Tale aumento sta avvenendo a un ritmo senza precedenti e accelererà nei prossimi decenni, in particolare nei paesi in via di sviluppo.

Inoltre, le malattie non trasmissibili, patologie croniche, come le malattie cardiovascolari, i tumori, il diabete e le malattie respiratorie croniche, sono responsabili del 74% dei decessi a livello globale e richiedono cure continuat6ive per il resto della vita di chi ne è afflitto. Si aggiunge ulteriormente la stima di 1,3 miliardi di persone – circa il 16% della popolazione mondiale che convivano attualmente con una disabilità significativa.

La presenza di un contesto socio-demografico sempre più complesso e critico e l'aumento dei costi a livello sanitario stanno favorendo, per di più, un crescente disagio all'interno della popolazione, la quale presenta un forte bisogno di essere sostenuta ed assistita in maniera quanto più benefica possibile.

Tra le varie figure professioniste coinvolte che per prime entrano a stretto contatto con il cittadino spicca quella dell'infermiere. Il profilo professionale dell'infermiere, istituito con il D.M. n.739/1994, individua in questa figura il professionista sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica, identificata come preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa e che si realizza tramite attività di natura tecnica, relazionale, educativa, richiamando tra le principali funzioni la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria. L'elemento caratterizzante del ruolo infermieristico sta nella possibilità di intervenire lungo tutto il percorso di vita e di salute

della persona, in differenti contesti assistenziali e attraverso molteplici occasioni di contatto; questa trasversalità permette all'infermiere di interagire nei diversi ambiti della sua pratica professionale, visti come componenti che possono e devono intrecciarsi nella presa in carico (Nuti et al., 2026).

Nel contesto socio-demografico proprio il costante coinvolgimento degli infermieri rappresenta un punto focale per la salvaguardia della sicurezza dei pazienti e per il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, anche in funzione della spinta propulsiva innescata dal rapporto "To Err is Human" del 2000, che ha posto l'attenzione sulle performance degli operatori sanitari, infermieri compresi. L'evoluzione della professione infermieristica in Italia, così come in molti paesi del resto d'Europa, ha portato gli infermieri ad una maggiore consapevolezza della loro responsabilità nell'ambito del percorso di cura e ad interrogarsi sul contributo che essi possono apportare in termini di esiti per il paziente (Mongardi et al., 2014).

L'interesse crescente proprio verso gli esiti all'interno della ricerca infermieristica e dei servizi sanitari sembra risiedere nell'accountability intesa come la responsabilità diretta, il dover/voler "rendere conto". Gli esiti, per lo più noti come outcome, sono finiti sotto i riflettori perché l'accountability è diventata una "pretesa" importante da parte del sistema sanitario; il buon esito del percorso di cura rappresenta la prova che i professionisti coinvolti hanno agito con responsabilità e che hanno saputo valorizzare l'assistenza infermieristica (Mongardi et al., 2014)(Alshammari et al., 2023).

L'utilizzo di strumenti e metodologie che rendono misurabili e documentabili le modalità adottate dai professionisti sanitari nell'affrontare i problemi assistenziali posti dai pazienti e i risultati di salute ottenuti rientrano nella serie di attività che vede coinvolti numerosi dei fondamentali indicatori, denominati "esiti sensibili alle cure infermieristiche".

Poiché gran parte della spesa sanitaria è attribuibile ai costi del personale e gli infermieri costituiscono la maggioranza degli operatori sanitari, è fondamentale comprendere la relazione tra costi e qualità. L'evidenza relativa alla qualità dell'assistenza è sempre più oggetto di esame critico e gli infermieri, al pari di tutti gli altri professionisti sanitari, sono chiamati a dimostrare il valore del proprio operato. In tale contesto, la ricerca infermieristica ha sollevato interrogativi su quale sia l'effettivo impatto degli infermieri sull'assistenza al paziente, in cosa consista tale contributo e come sia possibile potenziarlo

sulla base delle evidenze disponibili;l'analisi degli indicatori assistenziali rappresenta un prerequisito fondamentale per la valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica. (Alshammari et al., 2023) In particolare, uno tra tali esiti sensibili alle cure infermieristiche che può esprimere al meglio la qualità data dal personale infermieristico e dalle organizzazioni sanitarie è la soddisfazione del paziente.

La soddisfazione del paziente è un indicatore fondamentale della qualità dei servizi sanitari, configurato come un fenomeno complesso e multifattoriale che comprende la valutazione soggettiva delle reazioni cognitive ed emotive del paziente sull'esperienza ospedaliera, dove l'infermiere svolge un ruolo talmente cruciale che la letteratura converge nell'identificare l'assistenza infermieristica come suo principale fattore determinante. (Tomietto et al., 2011). Perciò la comunità internazionale manifesta sempre più ampio consenso nel considerare la soddisfazione del paziente come un indicatore di esito della qualità e dell'efficacia del sistema sanitario e un esito sensibile alle cure infermieristiche.

Capitolo 1. Nursing Sensitive Outcomes

1.1 Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche

Nel corso della storia e dell'evoluzione dell'assistenza infermieristica ha assunto sempre più valore ed importanza l'esito, l'outcome della pratica infermieristica, che oggi costituisce proprio il nucleo del “nursing care”.

Secondo la Iowa Outcome Project, l'outcome infermieristico viene definito come "condizione, comportamento o percezione misurabile della persona e della sua famiglia, concettualizzata come variabile e sensibile alle cure infermieristiche", così come la International Classification for Nursing Practice (ICNP) che lo descrive come "status di una diagnosi infermieristica dopo un intervento assistenziale" (Germini et al, 2010).

Si tratta del risultato atteso dall'attività infermieristica, il suo termine ultimo, ciò che si vuole ottenere e che si ottiene, in senso positivo o negativo, per e sul paziente.

L'esito è la fase finale della pianificazione assistenziale, un processo decisionale ben preciso, dettagliato e sistematico eseguito dall'infermiere e il cui risultato finale dipende principalmente da esso. Può essere influenzato da molteplici fattori ma viene raggiunto dai professionisti sanitari con l'intenzione di ottenere il miglior beneficio possibile per il paziente.

Il concetto di risultato non è stato analizzato in ambito infermieristico, il che ha portato a una molteplicità di termini o variazioni del termine di base; infatti, oltre al termine "risultato", in letteratura si utilizzano comunemente otto termini per definire un risultato: risultato per il paziente, risultato sensibile all'infermiere, risultato desiderato, risultato efficace, risultato atteso, risultato previsto, risultato proiettato e risultato effettivo. I risultati possono essere definiti come gli esiti finali dell'assistenza, tuttavia, quando si misura la qualità dell'assistenza, i risultati sono collegati alle diagnosi. Da questa prospettiva, i risultati sono indicatori della risoluzione del problema o del progresso verso la sua risoluzione (Gordon M., 1998).

La sua importanza è ampiamente cresciuta negli anni e ad oggi si sta riflettendo su come sia necessario il bisogno di renderlo misurabile e comprensibile; prima tra tutti ad aver dato al risultato un valore così consistente è stata, durante la Guerra di Crimea, nel 1860,

Florence Nightingale, la prima infermiera, che oltre ad aver dato una svolta fondamentale alla figura e al ruolo dell'infermiere e a pratiche sanitarie che oggi sono parte del nostro quotidiano, con l'esecuzione o meno di determinate attività ha osservato, registrato ed analizzato le condizioni di salute dei soldati, da lei e dalle altre infermiere assistiti, se erano poi deceduti, guariti o non alleviati , sviluppando così degli studi sulla morbidità del paziente, la mortalità e la formazione infermieristica (Germini et al., 2010) (Hakami et al., 2023).

Questo evento in sè porta a riflettere su come sia fondamentale la figura infermieristica, che oggi costituisce una enorme frazione di professionisti che lavorano nel mondo della sanità, ma anche di come le loro azioni siano decisive ed impattanti nella guarigione e nel miglioramento dei loro assistiti. L'infermiere è, difatti, una figura essenziale nel mondo della sanità e determina contributi in termini di qualità dell'assistenza sanitaria, garantendo dei risultati ai suoi pazienti, ma anche al suo staff di lavoro e all' organizzazione sanitaria di cui ne è parte (Visintini & Palese, 2023).

Tra il 1960 e il 1980 vennero pubblicati diversi studi in cui si proponevano differenti modelli di valutazione delle attività sanitarie, sviluppando sempre nuovi indicatori di valutazione degli effetti delle prestazioni sanitarie erogate e sistemi di classificazione degli esiti assistenziali, enfatizzando, dunque, la necessità di rendere l'esito un elemento scientifico, standardizzato e più facilmente misurabile (Germini et al., 2010).

Nel suo manoscritto *"Sistema di sviluppo della nomenclatura e classificazione infermieristica"* del 1998, Marjory Gordon esegue un piccolo excursus storico: Aydelotte, nel 1962, è stata una delle prime pioniere nella misurazione degli esiti dei pazienti, la prima in ambito infermieristico a utilizzare i cambiamenti nelle caratteristiche dei pazienti per valutare l'erogazione dell'assistenza infermieristica. Nel 1988 Heater, Becker e Olson completarono una metanalisi di studi che suggeriva un crescente interesse per gli obiettivi e gli esiti infermieristici nel corso del decennio precedente, tenendo presente che gli esiti considerati in quel periodo erano di carattere generale, come ad esempio "le capacità di auto-cura del paziente". Johnson e Maas hanno invece riassunto i numerosi report sulla generazione di risultati che caratterizzavano gli anni '80 e i primi anni '90 e hanno concluso che l'identificazione dei risultati si basava principalmente su revisioni della letteratura ed esperienza pratica piuttosto che su ricerche o quadri

concettuali. Questi autori notarono anche che i risultati infermieristici differivano per contenuto dai risultati medici. L'assistenza infermieristica comprende la conoscenza e i comportamenti del paziente, la sicurezza, l'uso delle risorse, la manutenzione della casa e lo stato del caregiver. In un ampio progetto finanziato, Johnson e Maas e un team di ricercatori dell'Università dell'Iowa svilupparono una serie di risultati e ne proposero i collegamenti con le diagnosi infermieristiche, portando così, successivamente, a determinare che i risultati e i loro indicatori sono i concetti, o elementi, da utilizzare nella classificazione (Gordon M., 1998).

L'American Nurses Association (ANA) ha riconosciuto come standard la Nursing Outcomes Classification (NOC), introdotta inizialmente dalla University of Iowa, è una classificazione completa e standardizzata degli esiti a livello di paziente, famiglia e comunità, sviluppata per valutare l'impatto degli interventi forniti da infermieri o altri professionisti sanitari (Gormley et al., 2024).

Gli esiti in essa contenuti sono stati generati per essere fruibili in tutti i contesti clinici e con tutte le popolazioni di pazienti, lungo tutto il percorso assistenziale e, come anticipato in precedenza, essi sono un'importantissima fase del processo assistenziale, denominata "pianificazione dell'assistenza", dove l'infermiere, seguendo tutte le fasi (intervista al paziente e raccolta dati, esecuzione diagnosi infermieristica, pianificazione obiettivi, pianificazione interventi, valutazione) pianifica, organizza, gestisce e valuta tutto il percorso di caring di ogni singolo paziente.

Si arriva, dunque, a parlare dei Nursing Sensitive Outcomes; la American Nurse Association li definisce come "quegli indicatori che catturano l'assistenza o sono i più affetti dall'assistenza infermieristica" (Wong. Et al, 2020) (Hakami et al., 2023). Sono i criteri riguardo i cambiamenti dello stato di salute del paziente, che possono essere direttamente o indirettamente influenzati dall'assistenza infermieristica, misure che riflettono la qualità dell'assistenza infermieristica e il suo contributo sugli esiti dei pazienti (Feller et al, 2023).

Patricia Minnock, nel suo studio *"Nursing sensitive outcomes in patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review"*, li definisce come condizione, comportamento o percezione di un individuo, famiglia o comunità che si misura continuamente, in risposta agli interventi infermieristici, risolvendosi tra l'altro nella definizione che lo

studio gli affida, *"i cambiamenti misurabili nella condizione del paziente, attribuiti alla cura infermieristica ricevuta"* (Mongardi et al., 2017).

Riassumendo alcune delle diverse affermazioni rilevate nella letteratura scientifica, gli "esiti sensibili alle cure infermieristiche" (NSO) sono un insieme di indicatori, dei criteri influenzabili e influenzati dalla pratica infermieristica, misurabili ed oggettivi, che evidenziano come l'assistenza infermieristica incida sulla persona nel suo complesso e può determinare degli esiti di salute positivi o negativi; la loro rilevazione all'interno dei contesti di cura si può considerare di cruciale importanza.

Primo tra tutti permette di valutare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata, in maniera scientifica ed oggettiva, specialmente nel contesto storico in cui siamo ora, dove molti fattori concatenanti, sociali, culturali, economici e politici si stanno intrecciando e dove la popolazione, sempre più anziana, è sempre più fragile e sensibile e necessitante di un'assistenza che dia loro supporto e miglioramento delle loro condizioni di vita (Gormley et al.,2024).

Il bisogno di dimostrare l'impatto dell'assistenza infermieristica, come anticipato in precedenza, era già cominciato grazie alle importanti rilevazioni statistiche effettuate da Florence Nightingale nel 1860, riguardo le condizioni dei soldati nella guerra di Crimea, e che poi fu la prima ad ipotizzare misure di esito tipiche della medicina, la mortalità e la morbidità, anche per l'infermieristica (Mongardi et al., 2014). Facendo un salto temporale, si arriva, inoltre, nel periodo compreso tra il 1970 e il 1980, dove il Dipartimento di Salute e Servizi Umani degli Stati Uniti percepiva forte pressione sul bisogno di valutare la qualità dei servizi sanitari, poichè i costi stavano aumentando e problemi come limitato accesso alle prestazioni di cura e l'assistenza erogata in maniera frammentata, stavano causando insoddisfazione pubblica e proteste (Gormley et al., 2024).

L'American Nurses Association ha adottato indicatori sensibili all'assistenza infermieristica per descrivere tutti gli aspetti infermieristici che influenzano l'assistenza al paziente, utilizzando il modello di Donabedian per illustrare le strutture, i processi e i relativi esiti del *nursing care* (Gormley et al., 2024). Donabedian, nel 1966, propose tre parametri chiave che, assieme, permettevano la valutazione della qualità dell'assistenza sanitaria:

- Indicatori di struttura, ovvero i mezzi fissi e le risorse per poter erogare le cure (es. Risorse umane, materiali, organizzazione);
- Indicatori di processo, ovvero le attività pratiche dei professionisti sanitari (attività cliniche, appropriatezza, tempestività);
- Indicatori di esito, gli effetti finali delle cure sul paziente (stato di salute, impatto sociale, soddisfazione).

Dall'origine di questi parametri, in particolare il terzo sopra indicato, viene introdotto dunque l'esito nella terminologia che i ricercatori sanitari potevano utilizzare, i quali cercavano di identificare i fattori che nelle organizzazioni sanitarie influivano sul paziente (Mongardi et al., 2014).

Nel testo "Evaluating the Quality of Medical Care" (1966), Donabedian afferma*:" Tuttavia, diverse considerazioni limitano l'uso degli esiti come indicatori della qualità dell'assistenza. La prima riguarda la questione se l'esito dell'assistenza costituisca, di fatto, la misura pertinente. Ciò accade perché gli esiti riflettono sia la capacità della scienza medica di ottenere determinati risultati in date condizioni, sia il grado in cui la "medicina scientifica", così come attualmente concepita, è stata applicata nei casi in esame. Tuttavia, l'obiettivo potrebbe essere proprio quello di distinguere questi due effetti. A volte un particolare esito può risultare irrilevante: si pensi, ad esempio, alla scelta della sopravvivenza come criterio di successo in una situazione non letale, ma suscettibile di determinare condizioni di salute subottimali o esiti invalidanti. Anche laddove gli esiti siano rilevanti e quello pertinente sia stato scelto come criterio, è necessario tener conto di alcune limitazioni. Molti fattori diversi dall'assistenza medica possono influenzare l'esito; occorre pertanto adottare precauzioni per mantenere costanti tutti i fattori significativi estranei all'assistenza medica, al fine di trarre conclusioni valide. In alcuni casi, possono trascorrere lunghi periodi di tempo — talvolta decenni — prima che gli esiti rilevanti si manifestino. In tali circostanze, i risultati non sono disponibili nel momento in cui servirebbero per la valutazione e le difficoltà nel garantire la comparabilità risultano notevolmente amplificate. Inoltre, la tecnologia medica non è pienamente efficace e il livello di successo prevedibile in una specifica situazione è spesso ignoto con precisione. Per questo motivo, è necessario ricorrere a studi comparativi sugli esiti condotti in condizioni controllate"* (Donabedian A., 1966).

Nell'esito dei pazienti, come accennato in precedenza, dipendono una serie di differenti fattori, anche esterni all'assistenza infermieristica in senso stretto, come l'organizzazione del lavoro, ad es. rapporto numerico infermiere/pazienti, la pianificazione delle attività..., la gestione del personale sanitario per quanto riguarda turnover, ore di lavoro, formazione post-base...e il benessere lavorativo, ad es. Il burn-out e i costi per il reclutamento del personale (Mongardi et al., 2017) (Oner et al., 2020).

In altri casi spesso i risultati di un processo di cura derivano dalle attività di un gruppo multidisciplinare di professionisti, rispetto ad una singola tipologia di operatore sanitario; nel 2003, Il ONS Project Team definisce gli NSO come il risultato direttamente attribuibile all'assistenza infermieristica e all'erogazione di servizi infermieristici oppure conseguiti in collaborazione con altri professionisti sanitari (Visintini & Palese, 2023). Nonostante sia stato uno studio principalmente del campo oncologico, esso funge da esempio anche per gli attuali e differenti contesti di cura odierni, in setting di cura acuti e non solo, affiancati tra l'altro da altri e numerosi esiti sensibili, come ad esempio la soddisfazione del paziente. Dalla commissione di questo progetto, infatti, in cui è stato chiesto a ricercatori infermieristici una serie di riassunti basati sulle evidenze su specifici NSO tipici del campo oncologico, un gruppo di ricercatori ha selezionato 5 domini principali di esiti sensibili, contenenti indicatori centrati sia sui pazienti e sia sugli infermieri, ovvero presenza di sintomi(dolore, fatigue, insonnia, nausea, costipazione, anoressia, affanno, diarrea, mucositi), stato funzionale (ADL e IADL, tolleranza alle attività, stato nutrizionale), sicurezza (infezioni, cadute, lesioni da decubito, stravasi), stress psicologico (ansia, depressione) e spese (durata di degenza, riammissioni, visite d'urgenza, costi del paziente al giorno..) (Visintini & Palese, 2023).

Tra gli autori dell'odierno contesto sanitario, Daine Doran e Peter Griffiths hanno cercato di dare una visione globale della letteratura sui NSO. Doran definisce i nursing sensitive outcome come gli esiti rilevanti e pertinenti dell'assistenza infermieristica per i quali esistono prove di efficacia empirica che evidenziano la relazione tra il contributo apportato dagli infermieri e i risultati sul paziente. Rappresentano, quindi, la conseguenza o gli effetti degli interventi erogati dagli infermieri e si manifestano con cambiamenti nello stato di salute, nel comportamento o nella percezione del paziente e/o con la risoluzione del problema attuale per il quale l'assistenza infermieristica è stata prestata. Griffiths descrive i nursing sensitive outcome come aspetti dell'esperienza, del

comportamento e dello stato di salute del paziente che sono determinati in tutto o in parte dall'assistenza infermieristica ricevuta, con variazioni che dipendono dalla qualità e dalla quantità dell'assistenza stessa (Morgandi et al., 2014).

Diane Doran, come vedremo in seguito, ha eseguito una sintesi qualitativa degli esiti correlati all'attività infermieristica, mentre Peter Griffiths ha classificato gli outcome/indicatori in tre gruppi: quelli relativi alla sicurezza che si riferiscono agli eventi avversi dell'assistenza, quelli relativi all'efficacia che si riferiscono ai benefici apportati dall'assistenza e quelli della "compassione" che riguardano aspetti relativi all'esperienza del paziente, come la dignità percepita, il rispetto e la qualità della comunicazione.

Secondo Griffiths gli eventi avversi risultano essere gli outcome prevalentemente indagati nei lavori di ricerca relativi ai nursing sensitive outcome, mentre la maggior parte degli outcome afferenti all'area dell'efficacia originano dalla decisione di interpretare come tali le caratteristiche dello staff o altri indicatori relativi all'esperienza degli operatori, anche se questi outcome potrebbero ugualmente essere identificati come misure di sicurezza poiché gran parte delle evidenze disponibili correla le caratteristiche dello staff con la sicurezza dei pazienti (Griffiths P., 2008). Misurare esiti "positivi" sottolinea, di conseguenza, il ruolo di prevenzione o contributo positivo apportato dagli infermieri nell'ambito del percorso di cura del paziente, mentre invece misurare esiti "negativi" fornisce indicazioni alle politiche manageriali e di gestione del personale perché evidenzia che cosa accade ai pazienti quando gli infermieri sono pochi o vengono sostituiti con personale meno preparato (Mongardi et al., 2014).

Molti sistemi ed organizzazioni sanitarie nel mondo si sono spinte, data la presenza dei diversi fattori influenzanti sopra specificati, ad implementare gli NSO per misurare la qualità dell'assistenza infermieristica e le correlazioni tra esiti e la strutturazione dei contesti di cura; rilevare, normalmente, le performance è di per sè il cuore delle attività dell'amministrazione, una componente essenziale per garantire la qualità nei vari sistemi lavorativi e specialmente nel campo sanitario costituisce un fattore rilevante per capire e di conseguenza superare il gap tra la cura che si vorrebbe ottenere e la cura che, invece, si ottiene veramente. L'Institute Of Medicine, nel 1999, definisce la qualità della cura come "la giusta cura garantita dalla giusta persona nella giusta maniera", e di un'assistenza

che sia sicura, effettiva, centrata sul paziente, efficiente, in tempo ed equa (VanFosson et al., 2016).

A partire dalla fine degli anni ‘90, sono stati istituiti a livello internazionale dei veri e propri osservatori sui Nursing Sensitive Outcomes con l’obiettivo di monitorare gli esiti attraverso un set di indicatori prestabiliti e misurare la performance assistenziale. Le esperienze più significative a questo riguardo sono state inizialmente quella dell’American Nurse Association che nel 1994 l'American Nurses Association (ANA) lanciò la Nursing Safety and Quality Initiative, un’iniziativa che mirava ad esaminare l’impatto delle variabili di processo e di struttura dell’assistenza infermieristica in setting di cura acuti (Visintini & Palese, 2023). Successivamente, nel 1996 ha istituito il National Database of Nursing Quality Indicators. Nel 1997 l’istituzione del Military Nursing Outcomes Database (MilNOD) e nel 1999 il progetto canadese fondato dal Ministry of Health and Long-Term Care della regione dell’Ontario denominato Health Outcomes for Better Information and Care (HOBIC). Nel 2010 un gruppo di ricercatori inglesi ha pubblicato un set di indicatori sui Nursing Sensitive Outcomes, con il benestare del National Health Service, i quali si focalizzano sul miglioramento della qualità ed hanno come obiettivo la misurazione del contributo infermieristico agli esiti dell’assistenza (Mongardi et al., 2014).

Il National Quality Forum richiede che gli indicatori siano importanti, scientificamente fondati, utilizzabili e realizzabili, pertanto, come specificato da Peter Griffiths, gli indicatori infermieristici devono essere misurabili a costi ragionevoli utilizzando i dati disponibili, la codifica e la registrazione devono essere coerenti e complete, e le misurazioni devono essere valide. Affinché un indicatore possa rappresentare la qualità dell'assistenza infermieristica, esso deve essere riconducibile all'attività infermieristica sotto diversi aspetti, tra cui:

- evidenza della sensibilità verso l'assistenza infermieristica;
- riconoscimento dell'importanza del fenomeno;
- riconoscimento come contributo infermieristico (di pertinenza degli infermieri e riconosciuto da altri);
- riconoscimento come responsabilità degli infermieri in termini di autorità legittima, percezione di sé e ambito di pratica (Griffiths P., 2008).

La misurazione degli esiti si dimostra essere un efficace strumento per avere dei feedback da chi usufruisce dell'assistenza, orientando così pratiche di miglioramento in contesti dove gli esiti positivi sono risultati scarsi, rafforzando lo standard delle performance ed incrementando l'efficacia degli interventi e, inoltre, portando alla riduzione del periodo di ricovero e dei costi complessivi sanitari (Choi H., 2026). Infatti, ad oggi, un ampio problema che si sta riscontrando e per il quale rilevare gli esiti risulta fondamentale, è il cosiddetto "missed care", dove l'assistenza e le cure vengono rimandate dal personale oppure risultano addirittura inadeguate o anche razionate, incomplete e il cui impatto sulla salute dei pazienti può comportare una minaccia per la loro sicurezza (Recio-Saucedo et al., 2017).

Cadute, lesioni da pressione, infezioni nosocomiali, sicurezza del paziente, errore nella somministrazione di farmaci, dolore... Sono alcuni degli esiti correlati all'assistenza infermieristica più comuni in ambito sanitario e che possono comportare, qualora manifestati, un prolungamento del periodo di degenza medio nelle unità operative e quindi un aumento dei costi di gestione, di terapie e di cura dei pazienti; nei casi più critici, anche al decesso.

Gli NSO offrono, dunque, delle valide ed affidabili informazioni su come stimare l'efficacia e l'efficienza del "care", e possono fornire supporto nella presa di decisioni importanti sull'organizzazione e sulla fornitura dell'assistenza infermieristica, oltre che essere rilevanti per i pazienti stessi e nel valutare il miglioramento della pratica stessa infermieristica e in questa maniera viene data la possibilità agli utenti di poter selezionare un ospedale, una struttura... In base anche alla qualità delle cure che offre (Veldhuizen Et al., 2021).

Nel suo *"Evaluating the Quality of Medical care"* (1966), Donabedian afferma che gli esiti, in linea di massima, rimangono i parametri fondamentali per validare l'efficacia e la qualità dell'assistenza (Donabedian A., 1966).

Maria Morgandi ed i suoi collaboratori, nello studio "Osservatorio regionale sui nursing sensitive outcomes" (2014), hanno mostrato il Modello dell'Efficacia del ruolo del Nursing - Nursing Role Effectivenes Model dove i tre parametri chiave, proposti dal sistema di Donabedian, vengono declinati nel contesto infermieristico per poter valutare l'efficacia degli interventi infermieristici:

- Indicatori di struttura: paziente (età, genere, educazione), infermiere (educazione, esperienza), organizzazione (staff, composizione dello staff, ambiente lavorativo, carichi di lavoro);
- Indicatori di processo: attività in autonomia (interventi infermieristici), cure mediche correlate all'assistenza infermieristica, attività interdipendenti;
- Indicatori di esito: Nursing Sensitive Outcomes (stato funzionale, self-care, controllo sintomatologia, sicurezza, eventi avversi, soddisfazione del paziente) (Mongardi et al., 2014).

Oltre ad un'assistenza che risulti mirata, efficace e di qualità, un altro aspetto fondamentale che viene annoverato tra i NSO è la soddisfazione del paziente; elemento centrale nel percorso in qualsiasi campo nella sanità, parametro spesso non considerato ma che, come vedremo in seguito, può fare la differenza nei processi di cura e nell'organizzazione aziendale.

1.2 Nursing Sensitive Outcomes nell'assistenza infermieristica

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche sono fondamentali per l'infermiere; come accennato in precedenza, svolge il suo operato seguendo un percorso di cura che segue i bisogni del paziente, partendo dalla definizione delle diagnosi infermieristiche specifiche per le condizioni del paziente, definendo degli obiettivi e degli interventi fino ad ottenere dei risultati finali.

Con questo approccio olistico il professionista punta a garantire un'assistenza che, con approccio scientifico, cerca di superare le problematiche dell'assistito e riportandolo ad un recupero pieno o ad una consapevole gestione delle sue necessità. Gli infermieri che lavorano in ospedale hanno il compito di favorire il benessere e di fornire assistenza al paziente con compassione e rispetto; inoltre, essi rappresentano la categoria professionale in prima linea nell'assistenza diretta al paziente e, di conseguenza, hanno notevoli possibilità di influenzare gli atteggiamenti e i comportamenti dei pazienti in relazione alle cure, alla riabilitazione e al processo di guarigione. (Kasa et al., 2019).

Da qui nasce l'importanza di verificare se con il percorso di cura erogato si sono ottenuti dei risultati, più o meno soddisfacenti per il paziente ma anche per il personale stesso.

Capire a che tipologia di esiti si è arrivati nell'assistere un paziente permette di capire dove ci sono state eventuali mancanze, problematiche, avversità così da riconsiderare nuovamente il percorso e puntare ad un'assistenza ancora più favorevole al benessere del paziente. Inoltre gli esiti non sono sempre frutto di un percorso assistenziale inadeguato, spesso vi confluiscono una serie di fattori esterni o interni, direttamente o indirettamente, divenendo dunque spiacevoli o addirittura infausti per molti pazienti.

La performance infermieristica può essere intesa come il risultato dell'interazione tra tre sottosistemi. Il primo sottosistema riguarda l'acquisizione, l'impiego e il mantenimento delle risorse infermieristiche; esso è definito dagli attributi del sistema infermieristico che incidono sulla sua capacità di soddisfare i bisogni sanitari, quali le caratteristiche del personale infermieristico e la stabilità delle risorse finanziarie. Il secondo sottosistema consiste nella trasformazione delle risorse infermieristiche in servizi infermieristici, includendo le attività degli infermieri e le caratteristiche del contesto operativo, come i processi assistenziali. Il terzo sottosistema riguarda la generazione di cambiamenti nelle

condizioni dei pazienti, comprendendo lo stato di salute o gli esiti derivanti dall'assistenza infermieristica, quali la sicurezza del paziente, il suo stato funzionale e la durata della degenza (Afaneh et al., 2024).

Gli NSO costituiscono uno strumento per valutare in modo sistemico la qualità dell'assistenza infermieristica e il loro monitoraggio consente di individuare aree significative in cui migliorare la qualità dell'assistenza e di concentrare gli interventi di miglioramento sulle aree prioritarie (Afaneh et al., 2024) . Negli ultimi decenni infatti, diversi quadri di riferimento nazionali e accademici hanno istituzionalizzato la misurazione sistematica di tali esiti sensibili all'assistenza infermieristica, fornendo approcci standardizzati per valutare le prestazioni infermieristiche e gli esiti nei diversi contesti sanitari. Queste iniziative hanno contribuito all'integrazione sistematica degli NSO nella pratica clinica, nei programmi di miglioramento della qualità e nelle politiche sanitarie e fungono da misure affidabili della qualità e dell'efficacia dell'assistenza infermieristica, supportando la pratica basata sulle evidenze e i processi decisionali in ambito di politiche sanitarie. Non sono solamente indicatori di esiti clinici, ma anche come misure strettamente legate all'utilizzo e ai costi delle risorse sanitarie (Choi H., 2026).

In un recente studio sono stati individuati cinque temi fondamentali che definiscono la struttura contemporanea della ricerca NSO:

- miglioramento della qualità e sulla gestione del rischio per il paziente, ponendo l'accento sulle attività infermieristiche volte a ottimizzare i processi e gli esiti assistenziali;
- l'infermieristica diagnostica e il processo decisionale clinico, riflettendo l'applicazione degli NSO a supporto dei processi diagnostici;
- la valutazione del sistema sanitario e sull'ottimizzazione dei flussi di lavoro, sottolineando l'uso degli NSO per valutare le prestazioni del sistema, il flusso dei pazienti e la pianificazione delle dimissioni, spesso in combinazione con strumenti digitali di supporto alle decisioni;
- l'assistenza infermieristica territoriale e oncologica, valorizzando il ruolo autonomo degli infermieri e la crescente necessità di indicatori di esito in grado di rilevare il contributo infermieristico anche al di fuori dei contesti istituzionali;

- la sicurezza del paziente e sugli eventi avversi, evidenziando indicatori NSO consolidati, quali lesioni da pressione, cadute e mortalità (Choi H., 2026) .

Nel 1995, l'American Nurses Association (ANA) ha elaborato degli indicatori di qualità dell'assistenza infermieristica e, successivamente, il National Quality Forum (NQF) ha approvato 15 standard nazionali basati su un consenso volontario. L'Università dell'Iowa ha ulteriormente contribuito a tale iniziativa sviluppando un sistema di classificazione degli esiti infermieristici; attualmente, l'Università del Kansas gestisce e cura il National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI), basato su questi modelli di riferimento; di conseguenza, sono stati introdotti strumenti quali la Nursing Outcomes Classification (NOC) (Head et al., 2004), la Nursing Interventions Classification (NIC) e il Minimum Data Set 2.0. Nel corso del tempo, gli NSO sono diventati strumenti sempre più affidabili per misurare la qualità e le prestazioni dell'assistenza infermieristica in ambito ospedaliero, fornendo prove fondamentali a sostegno dello sviluppo di banche dati per pratiche assistenziali basate sulle evidenze, in particolare nel contesto delle riforme dei sistemi sanitari e della definizione delle politiche. (Choi H., 2024).

Gli NSO utilizzano un linguaggio standardizzato per identificare i risultati; questi riguardano le fasi di pianificazione e valutazione dell'assistenza infermieristica e integrano indicatori e scale che consentono di valutare le condizioni del paziente sulla base del giudizio clinico dell'infermiere lungo un percorso continuo. Sono altamente specifici sull'assistenza infermieristica e sono essenziali per comprendere processi del nursing e per stabilire appropriati costi per le attività infermieristiche (Choi H., 2024).

Negli ultimi decenni ,oltre istituzioni nazionali ed accademiche hanno istituzionalizzato la misurazione degli NSO per poter garantire approcci standardizzati e valutare performance ed esiti infermieristici in tutti i setting di cura (Choi H., 2026). Questo fenomeno sta accadendo anche a causa di un complesso e cronico problema che sta interessando il professionista infermiere, ovvero la carenza di personale all'interno delle strutture.

La presenza dell'infermiere all'interno di tutti i setting di cura, come lo dimostra la letteratura, è fondamentale per garantire un'assistenza completa e la sua carenza porta ad

una serie di fattori negativi sotto molteplici aspetti. Scarso staffing, aumento del turnover, elevato carico di lavoro, inadeguate condizioni di lavoro, alto tasso di assenteismo... sono stati correlati negativamente ad alcuni importanti esiti del paziente, nonchè portano ad una disfunzione sull'assistenza infermieristica; uno studio di Dubois ha specificato come ad esempio, 40 ore di lavoro a settimana sono state associate significativamente ad eventi avversi per il paziente come gestione erronea dei farmaci, cadute con lesioni, infezioni nosocomiali e "near miss". Ha individuato 3 principali tipologie di intervento infermieristico associate agli esiti infermieristici: il primo consiste nella prevenzione e nella promozione della salute, dove sono stati rilevati positivi esiti tra cui miglioramento delle capacità funzionali, aumento soddisfazione del paziente e miglioramento della qualità di vita; il secondo invece riguarda la pianificazione alla dimissione, nei quali è stata rilevata un'associazione tra durata del ricovero, riammissione ospedaliera non pianificata e soddisfazione del paziente; infine il terzo riguarda la gestione di sintomatologia come dolore e fatigue. Sono state inoltre rilevate positive associazioni tra interventi infermieristici (es. Educazione, controllo e attività di leadership) e ulcere da pressione e tra attività quali sorveglianza, gestione.. Che hanno aiutato a ridurre la durata della cateterizzazione riducendo così il rischio di infezione urinaria catetere-correlata (Dubois et al., 2017).

Alcuni esiti, come durata del ricovero e riammissione, non sono sempre legati all'attività infermieristica ma possono dipendere dalla composizione del team sanitaria e, in particolare per quanto riguarda la riammissione, possono essere riducibili qualora si attuino interventi interdisciplinari con infermiere con ruolo predominante. Esiti che riguardano la gestione delle risorse infermieristiche, come quantità e intensità, composizione team assistenziale, numero ore continuative lavorate.. Sono necessarie per giudicare quanto personale sia effettivamente necessario; ridotto numero di infermieri è stato inoltre associato a molte attività lasciate indietro e di conseguenza al cosiddetto "missed care" (Dubois et al., 2017).

Per cure mancate si intende, sotto gli aspetti clinici, emotivi o amministrativi, tutte quelle cure assistenziali che sono state rimandate, parzialmente o non portate a termine, considerate dal National Institute for Care and Health Excellence vere e proprie "red flag" di inadeguata presenza di personale e potenziale indicatore di qualità di servizi infermieristici. Costituiscono una vera e propria minaccia per la sicurezza dei pazienti e

numerose sono state le associazioni rilevate in letteratura su esiti dei pazienti impattanti negativamente. Esiti di pazienti associati con le missed care e la qualità di cura analizzati più frequentemente sono mortalità, infezioni ospedaliere, cadute, mobilizzazione, alimentazione, supporto emotivo e psicologico; tutte le attività infermieristiche legate alla sorveglianza sono tra le prime cinque task non svolte rilevate più frequentemente e si è visto come più infermieri in servizio riducono rischio di peggioramento, arresti cardiaci e mancato soccorso. Le cure mancate sono spesso associate ad altri esiti, anche combinati tra loro, come infezioni del torrente circolatorio, polmoniti, infezioni del tratto urinario, ulcere da pressione, incidenti critici, sicurezza del paziente e soddisfazione del paziente; un ulteriore collegamento è stato, inoltre, analizzato tra cure mancate con ricoveri in ospedali in meno di 30 giorni dal precedente e mortalità e tra mancata esecuzione di attività come adeguata sorveglianza, pulizia, igiene del cavo orale, gestione del dolore, gestione del tempo delle medicazioni, esecuzione di procedure, cambi frequenti della posizione del paziente... e tra formazione dei familiari e amici (Recio-Saucedo et al., 2017).

Uno studio invece eseguito da Fawzi Al-Hammouri ha analizzato una positiva associazione tra soddisfazione del paziente e alcuni comportamenti comunicativi del personale infermieristico: alcuni pazienti infatti hanno affermato di aver rimasti soddisfatti con la cortesia e il rispetto che il personale ha loro garantito, di come gli infermieri somministravano le terapie, la velocità di risposta alle chiamate, alle risposte date su dubbi, trattamenti, esami, sulle loro condizioni e sull'averli coinvolti nelle decisioni di cura, dando importante supporto emotivo e comprensione, dando valore al loro punto di vista e alle loro decisioni (Al-Hammouri et al., 2024).

Altri NSO segnalati nella letteratura, spesso con minor frequenza rispetto ai precedenti, sono shock/arresti cardiaci, trombosi vene profonde, embolia polmonare, livello di educazione, infezioni delle ferite, incidenza di eventi avversi e complicazioni, livello appropriato di skill all'interno del gruppo infermieristico, durata del ricovero, controllo accessi vascolari, profilassi meccanica, valutazione stato di dipendenza del paziente, condizioni di lavoro e uso di contenzioni. L'uso di contenzioni è stato associato a negativo impatto verso il paziente, come perdita della propria autonomia, libertà e declino funzionale, dovuto ad aumento del numero di pazienti per infermiere e alternativa ad altri interventi come osservazione e comunicazione purtroppo non eseguibili per la carenza di

personale. L'aumentato carico di lavoro rilevato nelle attività dell'infermiere risulta anch'esso molto impattante, dove incidono anche stress, fatigue e viene compromessa l'abilità e le competenze del personale nel garantire appropriati standard di cura, oltre che a provocare elevato turnover, è stato rilevato di conseguenza che meno ore dedicate al paziente al giorno erano significativamente associate a cadute, anche con lesioni, e ulcere da decubito manifestate in ospedale oltre a mortalità ospedaliere, ricoveri in meno di 30 giorni dai precedenti e aumento della durata del periodo di degenza. (Hakami et al., 2023) (Afaneh et al., 2024)(Chau et al., 2024).

Molti NSO, come cadute, mortalità, infezioni nosocomiali, lesioni da pressione, polmoniti, infezioni del tratto urinario, dolore, soddisfazione del paziente, stato funzionale.. Sono tra i più rilevati all'interno della letteratura internazionale, in particolare negli ultimi decenni. Sono alcuni però dei tanti che spesso si manifestano, anche con minor frequenza, che caratterizzano le mancate cure e riflettono su come siano fondamentali da considerare all'interno dell'assistenza e della ricerca infermieristica. Gli outcomes assistenziali, nel proprio significato intrinseco, devono includere conoscenze del paziente, comportamenti, uso delle risorse, benessere, qualità della vita, socializzzione, rapporto in armonia con l'ambiente; la Iowa Outcome Project li definisce come " condizione, comportamento, percezione variabile e sensibile alle cure infermieristiche" (Germini et al., 2010).

Come già ci aveva dimostrato Florence Nightingale che nel 1930 analizzava fattori come morbidità, mortalità ed educazione dell'infermiere, la ricerca infermieristica ad oggi risulta così molto importante per valorizzare la leadership infermieristica, per considerare i costi effettivi sulla cura del paziente e gli esiti di qualità all'interno dei professionisti e del sistema, così da poter dare un significativo impatto clinico (Hakami et al., 2023).

Negli ultimi decenni molte istituzioni nazionali ed accademiche hanno istituzionalizzato la misurazione dei nursing sensitive outcomes, dimodochè si possano garantire approcci standardizzati, grazie anche al loro linguaggio standardizzato che ci permette di identificare tutti i risultati, relativi sia alla forza lavoro sia ai pazienti stessi. Gli NSO, essendo anche critici indicatori di performance, sono stati sempre più incorporati all'interno di linee guida e linee di condotta sanitarie (Choi H., 2024)(Choi H., 2026).

Esiti legati sia al personale infermieristico sia ai pazienti, seppur ben differenziati, sono strettamente legati tra loro e negli ultimi decenni è stato analizzato come l'uno dipenda dall'altro e viceversa, in un flusso continuo tale per cui ci permette di riflettere su quanto sia importante considerare ogni risultato ottenuto in tutto il suo complesso, per capire da cosa è derivato, perchè e come poterlo migliorare nel futuro.

Come detto prima, indicatori come composizione dello staff infermieristico, presenza di diversificate competenze, turnover del personale, soddisfazione del lavoro, burn-out, carico di lavoro, n. paziente/infermiere sottolineano la costante ricerca della composizione della forza lavoro, tra cui anche la preparazione e formazione del personale infermieristico; è stato dimostrato infatti che il crescente impiego di personale privo di abilitazioni o con qualifiche inferiori ha determinato cambiamenti importanti nella composizione generale del team e delle loro competenze, causando esiti negativi nei confronti dei pazienti. Invece, la presenza di personale altamente qualificato, con elevato livello di formazione all'interno di un gruppo di lavoro con competenze diversificate è stato positivamente associato a risultati migliorativi nei confronti dei pazienti, come ridotte: mortalità, cadute, errori nella somministrazione dei farmaci, infezioni nosocomiali, lesioni da pressione, uso di contenzioni, riammissioni ospedaliere in meno di 30-60 giorni, durata di ricovero (Oner et al., 2020)(Chau et al., 2024)(Choi H., 2026).

Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche sono importanti per comprendere il valore del contributo infermieristico sulla presa in carico e cura del paziente. Un punto di riferimento oggettivo utile a chi eroga assistenza su cosa bisogna migliorare e come per garantire una cura soddisfacente e utile al cittadino e alla comunità.

1.3 Patient's satisfaction

Ad oggi, si è osservato come gli individui vivono e possono vivere più a lungo, come evidenziato dall'aumento dell'indicatore demografico sulla speranza di vita alla nascita, tuttavia, anche se il periodo di vita è prolungato, spesso questi anni "extra" sono considerati "non-salutari" (Goes M. et al., 2023). Difatti in parallelo è aumentata una forte prevalenza di soggetti con patologie croniche, multiple e complesse, che provocato di conseguenza a disabilità e diversi gradi di dipendenza nelle attività quotidiane. A seguito di tali circostanze, questa tipologia di persone presenta un importante bisogno di cure che siano garantite a lungo termine, con assistenza continuativa e la presenza di un team multidisciplinare che li segua in molteplici aspetti.

In particolare, viene richiesta urgentemente la presenza proprio dell'infermiere.

La figura dell'infermiere costituisce una grande parte dell'organico dei professionisti sanitari; è un'arte e una scienza, la quale è in grado di mantenere in salute individui, famiglie, comunità nonchè la popolazione tutta, seguendo una serie di principi che garantiscono un'assistenza olistica (Kasa & Gedamu, 2019). Sono i primi professionisti che si interfacciano col paziente, fungono da ponte tra lui e le altre professioni sanitarie e, specialmente nelle strutture ospedaliere, sono le figure che il paziente stesso vede maggiormente in tutto il periodo di degenza, provvedendone a dare assistenza diretta, organizzandola e coordinandola insieme agli altri servizi sanitari (Charalambous & Adamakidou, 2012)

La stessa Virginia Henderson definiva la professione infermieristica come "*quella di assistere l'individuo, sano o malato, nello svolgimento di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo recupero (o a una morte serena) – attività che egli compirebbe autonomamente se disponesse della forza, della volontà o delle conoscenze necessarie – e di farlo in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile*". (Henderson V., 1960)

Zane Robinson Wolf afferma che l'essere umano manifesta una varietà di risposte dalla sua assistenza infermieristica: fisiche (comfort, cura di sé..), emotive (sicurezza, speranza, responsabilizzazione...), sociali, spirituali e cognitive (soddisfazione verso l'assistenza ricevuta, motivazione...) (Wolf Z.R. 2024).

Proprio per questa stretta connessione che c'è tra infermiere e paziente, ad oggi un fondamentale elemento di qualità di una struttura è diventato proprio la soddisfazione del paziente.

Molti studi lo definiscono proprio come un indicatore fondamentale della qualità di cura sanitaria erogata, essenziale nell'evidenziare l'efficienza e l'idoneità dell'assistenza erogata, rendendo possibile comprendere fino a che punto tale tipo di assistenza possa provvedere cambiamenti effettivi e positivi nello stato di salute di un paziente (Goes et al., 2023).

La soddisfazione del paziente è considerata uno dei più importanti esiti sensibili alle cure infermieristiche, oltre che un fenomeno complesso e multifattoriale che riflette la percezione che il paziente ha in base all'assistenza infermieristica ricevuta, un delicato equilibrio tra il care che l'individuo vorrebbe avere (aspettative di elevata qualità su ambiente organizzativo, fisico, su competenza dei professionisti, su relazione con il personale, il bisogno di informazione e di coinvolgimento) e quello che poi effettivamente ottiene (Tomietto et al., 2011) (Charalambous & Adamakidou, 2012) (Alhussin et al., 2024) (Smerat et al., 2025) .

Si tratta dunque dell'esito dell'esperienza soggettiva che il paziente ha vissuto all'interno di alcuni contesti di cura e proprio per questo motivo viene considerato una componente di vitale importanza per la valutazione della qualità di cura della sanità. Caratteristiche, attitudini, esperienze precedenti in altre strutture formano nel paziente un set di aspettative riguardo la propria assistenza e questo costituisce il loro metro di giudizio sull'assistenza che ricevono o riceveranno (Charalambous & Adamakidou, 2012) (Goes et al., 2023). Le opinioni dei pazienti di per sè sono molto importanti, proprio perché sono la miglior fonte di informazione che si può avere su tutte le attività sanitarie pianificate ed eseguite, permettendo di capire diversi aspetti legati non solo al rapporto infermiere-paziente, ma anche sull'organizzazione stessa delle unità operative, del team di lavoro, della tipologia di servizi offerti e della loro utilità.

La soddisfazione del paziente può essere utilizzata per valutare, ad esempio, il contributo dei professionisti sanitari come riferimento e valore di sostenibilità dei sistemi di cura, ma anche per capire quali sono i bisogni dei pazienti nel pianificare l'assistenza infermieristica e le organizzazioni (Alhussin et al., 2024). Diane Doran considera la

soddisfazione del paziente uno dei tre assi del sistema di outcomes, insieme agli eventi avversi e al benessere del paziente; nel suo lavoro sullo stato dell'Arte dei Nursing sensitive Outcome, esegue una sintesi qualitativa sugli esiti rilevati nella letteratura e correlati all'assistenza infermieristica, ovvero: attività di vita, self-care, gestione dei sintomi, dolore, esiti avversi, sofferenza psicologica del paziente, mortalità, soddisfazione del paziente (Mongardi et al., 2014).

ha riportato gli esiti di uno studio in cui, all'interno del Nursing Care Performance Framework, composto di 3 sottoinsiemi di indicatori correlati alle funzioni dell'organizzazione infermieristica, il terzo sottoinsieme era composto da 4 indicatori unicamente legati alla soddisfazione del paziente, ovvero il comfort e la qualità di vita legata alla cura del paziente, la responsabilizzazione del paziente, lo stato funzionale e la sicurezza del paziente (Goes et al., 2023).

La soddisfazione del paziente comprende differenti punti di vista importanti: etico, poiché include c la dimensione umana e le percezioni del paziente, clinico e gestionale, dato che in base al grado di soddisfazione ottenuta a seguito di percorsi di cura seguiti, il paziente potrebbe usufruire nuovamente in futuro dei servizi sanitari erogati e ad aderire di più ai regimi terapeutici raccomandati (Tomietto et al., 2011).

Secondo uno studio, gli aspetti chiave del concetto di "soddisfazione del paziente" sono:

- Qualità dell'assistenza (professionisti competenti, adeguate infrastrutture e servizi, appropriate procedure diagnostiche e terapeutiche);
- Equità di accesso agli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici;
- Partecipazione del paziente e dei familiari alle decisioni di cura;
- Spere ragionevoli per l'assistenza e sistemi assicurativi accessibili e sostenibili;
- Informazioni adeguate sul disturbo e sul trattamento;
- Tempi di attesa accettabili (Rodella & Botturi, 2014).

Peter Griffiths, nel suo *"State of the art metrics for nursing"* considera la soddisfazione del paziente uno degli esiti legati al paziente, insieme agli outcomes legati alla conoscenza e funzionalità (IADL, continenza), nutrizione, esperienza, assistenza preventiva, sintomatologie, esiti relativi all'uso dei servizi sanitari e legati alle caratteristiche della forza lavoro (Griffiths P., 2008).

L’infermiere presenta un ruolo cruciale, tanto che l’assistenza che esso eroga viene considerata il fattore determinante che possa influenzare la soddisfazione del paziente (che nel contesto odierno di cure è considerato sia cliente che consumatore), grazie al ruolo cruciale che hanno la comunicazione, la responsività e l’attenzione nel cambiare la percezione dei pazienti (Tomietto et al., 2011) (Smerat et al., 2025). Perciò la soddisfazione del paziente è ritenuta un vero e proprio esito sensibile alle cure infermieristiche, la cui implicazione può avere un ruolo fondamentale all’interno di pratiche e politiche sanitarie. Viene considerata il grado tramite il quale l’assistenza infermieristica incontra le aspettative del paziente, in termini di esperienza, qualità tecnica, ambiente fisico, disponibilità, continuità ed efficacia/esito (Alhussin et al., 2024).

La problematica legata alla soddisfazione del paziente deriva tuttavia da una serie di elementi che, purtroppo, inficiano la stessa qualità della cura, e non sempre sono meramente legati all’assistenza infermieristica data.

Qualità di cura è un concetto che definisce come i servizi sanitari raggiungano o meno gli esiti di salute desiderati ed incontrino le evidence of practice, e si possono valutare considerando la presenza di servizi efficaci, sicuri, centrati sul paziente ed equi. Una bassa qualità di assistenza sanitaria provoca una serie di conseguenze negative per il paziente e per l’organizzazione stessa, come ad esempio problematiche fisiche e mentali e ridotta fiducia nel sistema, causando il declino della qualità di vita e della soddisfazione del paziente ai trattamenti ricevuti (Al-Hammouri et al., 2024); tale termine include in maniera ampia diversificati aspetti dell’assistenza infermieristica (Alshammari et al., 2023).

Le stesse missed care, ovvero tutte le prestazioni che non sono state somministrate oppure sono risultate inadeguate o addirittura incomplete definiscono un livello di qualità piuttosto basso, data anche la loro pericolosità che provocano verso la sicurezza del paziente (infezioni, cadute, decesso, riammissione del paziente presso unità di emergenza...) (Recio-Saucedo et al., 2018).

In strutture con poche risorse, con personale ridotto, inadeguata formazione e rapporto infermiere/paziente molto elevato, la qualità delle cure erogate viene messa a dura prova, incidendo negativamente anche in questo caso sulle condizioni di vita e sulla

soddisfazione poi dei pazienti; scarsa qualità di cure sanitarie comporta a sempre più ridotta soddisfazione del paziente (Smerat et al., 2025).

La soddisfazione del paziente è dunque un fenomeno complesso e multifattoriale, punto focale per la valutazione della qualità della cura, esito che misura tale qualità nei servizi sanitari e fornisce il punto di vista, soggettivo e oggettivo, di coloro che usufruiscono di tali servizi e ne può contribuire ad una valutazione più bilanciata, nei processi e nei risultati (Charalambous & Adamakidou, 2012).

Implicazioni sulla pratica e sulle politiche sanitarie includono: prioritizzazione di modelli centrati sul paziente, miglioramento della formazione infermieristica, integrazione di meccanismi di raccolta di dei feedback, il cui obiettivo finale è perfezionare costantemente i servizi erogati (Smerat et al., 2025).

Rilevare la soddisfazione del paziente quindi è molto importante all'interno di tutti i contesti di cura e delle organizzazioni sanitarie, perché oltre ad ottenere enormi benefici a livello di qualità della vita, di aderenza alle terapie, di collaborazione e di cooperazione, di senso di fiducia e speranza che ne deriva, lo stesso sistema sanitario viene considerato come importante punto di riferimento a cui affidarsi e in cui seguire i vari percorsi di cura e assistenza, dato che il paziente stesso che ne ha ottenuto beneficio instaurerà una rete di comunicazione tra familiari, amici, comunità in cui trasmetterà feedback principalmente positivi.

Capitolo 2. Obiettivi

L'obiettivo principale di questo studio consiste nell'osservare le caratteristiche principali di pazienti in regime di ricovero: età, data di nascita, luogo di nascita, genere, stato occupazionale, diagnosi medica d'ingresso, comorbilità, grado d'istruzione, periodo di ricovero, tipologia di ricovero, eventuali ricoveri precedenti il periodo di studio.

Secondariamente, in questo contesto, lo studio intende misurare la soddisfazione del paziente mediante un questionario validato.

Infine, sensibilizzare la professione infermieristica ad indagare di più sul fenomeno, stimolando la volontà di fare più ricerca.

Capitolo 3. Materiali e metodi

3.1 Disegno di studio

Lo studio eseguito è uno studio osservazionale trasversale di tipo cross-sectional.

3.2 Setting

Lo studio è stato eseguito nella U.O. di Urologia dell'Ospedale "C.&G. Mazzoni" dell'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno.

3.3 Timing

Il periodo in cui è stato eseguito lo studio è coinciso con il 1° marzo 2025 ed è terminato il 31 Luglio 2026.

3.4 Campione

I partecipanti di questo studio sono stati i pazienti della U.O. Urologia di Ascoli Piceno, in regime di ricovero sia programmato che urgente e la cui diagnosi d'ingresso doveva unicamente essere di tipo urologico e non di altro tipo, poiché spesso erano presenti pazienti di altre unità operative in appoggio e quindi non selezionati per lo studio.

3.4.1 Criteri d'inclusione

I criteri d'inclusione che tali partecipanti dovevano rispettare sono:

- Età >18 anni;
- In regime di ricovero da più di 48 ore;
- Assenza di dolore secondo la scala di valutazione numerica Nursing Rating Scale (NRS) o eventualmente (NRS<7);
- Stato di coscienza nella norma (GCS= 15).

3.4.2 Criteri d'esclusione

Motivo di esclusione dal suddetto studio è stato stabilito dalla presenza di alcuni criteri qui sotto riportati:

- Dolore >7 secondo la NRS;
- Deficit cognitivi e alterazioni dello stato di conoscenza (GCS<15);
- Incapacità nel comprendere e nel parlare bene la lingua italiana.

3.5 Campionamento

Il campionamento scelto è stato di convenienza.

3.6 Strumento di raccolta dati

Prima della somministrazione del questionario per lo studio, è stato somministrato un iniziale documento di raccolta di dati considerati sensibili (Allegati n.1), comprensivo sia del consenso al "Trattamento dei dati personali" (D. Lgs. 196/2003; Regolamento Europeo UE n.679/2016; D, Lgs. N. 101/2018), sia di una serie di informazioni di tipo clinico, sociale demografico del paziente, ovvero:

- Età;
- Sesso (maschio/ femmina);
- Data di nascita;
- Luogo di nascita;
- Diagnosi medica d'ingresso (solamente urologica);
- Professione svolta (lavoratore/pensionato);
- Grado d'istruzione (Scuola primaria/Licenza media/Diploma scuola superiore/Università);
- Tipologia di ricovero (programmato/urgente);
- Data ingresso ricovero;
- Comorbilità;

- Ricoveri precedenti (No/Sì, e in caso di risposta affermativa specificare Motivo del ricovero, periodo del ricovero, UO di degenza, durata del ricovero).

legato proprio alla soddisfazione del paziente, ovvero la Patient Satisfaction Scale (PSS), uno strumento che a livello nazionale ed internazionale ha avuto ampio utilizzo, validato in lingua italiana. Si compone di 11 item, suddivisi in 3 sezioni principali e a cui ogni partecipante deve dare un punteggio secondo la scala Likert (1= molto insoddisfatto, 4= molto soddisfatto) dove più il valore è alto e più il paziente è risultato soddisfatto dell'assistenza ricevuta.

La prima sezione, denonimata "bisogni tecnico-scioentifici", si compone dei seguenti 3 item:

- Professionalità del personale infermieristico;
- Come il personale infermieristico si è occupato di me;
- Tempo che il personale infermieristico mi ha dedicato.

La seconda sezione, "bisogni di informazione", presenta 5 item:

- Informazioni che mi sono state formite dagli infermieri;
- Come gli infermieri mi hanno spiegato le cose;
- Come gli infermieri mi hanno preparato alla degenza;
- Come gli infermieri mi hanno preparato alla dimissione;
- Come i miei familiari sono stati preparati alla mia dimissione.

Infine, la terza sezione, "bisogni di interazione e supporto", contiene 3 item:

- Livello di assistenza di questo ospedale;
- Tipo di assistenza che mi è stata offerta;
- Qualità di assistenza che ho ricevuto.

3.7 Procedura di studio

Prima di procedere con l'esecuzione del suddetto studio, è stata inizialmente eseguita una revisione della letteratura incentrata sugli NSO e sulla soddisfazione del paziente, dove sono state consultate le banche dati PubMed e Elsevier ScienceDirect, grazie al servizio ExProxy messo a disposizione dall'Università Politecnica delle Marche che ha permesso di esaminare numerosi articoli, ed il cui PIO impostato per eseguire la ricerca è stato:

P: pazienti adulti

I: rilevazione e misurazione degli indicatori di qualità infermieristica

O: evidenziare l'importanza degli NSO

La ricerca dei diversi studi è avvenuta utilizzando nella stringa di ricerca la combinazione di differenti parole chiave, combinate tra loro con l'ausilio dell'operatore booleano AND, di seguito riportate:"nursing outcomes","nursing sensitive outcomes","healthcare quality indicators"," patient satisfaction", "quality ofcare","nursing sensitive quality indicators","nursing sensitive patient outcomes".

In base alla banca dati selezionata sono stati applicati specifici filtri che hanno permesso di includere ed escludere alcuni elementi e restringere il campo della ricerca.

Nella banca dati PubMed i filtri applicati sono i seguenti:

- Studi pubblicati negli ultimi 15 anni (2010-2025);
- Esseri umani;
- Adulti di età maggiore ai 19 anni;
- Full text e Free full text;
- Lingua inglese.

Nella banca dati Elsevier sono stati utilizzati i seguenti filtri:

- Studi pubblicati negli ultimi 10 anni (2015-2026);
- Open access;
- Lingua Inglese;
- Nursing and Healthcare Professions.

Sono stati esclusi:

- Neonati, bambini e adolescenti (0-18 anni);
- Setting di cura dell'area neonatale, pediatrica e psichiatrica;
- Studi pubblicati prima del 2010.

Sono state inoltre seguite le linee guida PRISMA per eseguire il resoconto in questo studio. Gli studi finali selezionati, ritenuti idonei in base sia ai criteri d'inclusione ed esclusione sia agli obiettivi di studio applicati, sono stati n=17 e tra di essi sono evidenziabili alcune principali caratteristiche, come la tipologia di studio, la popolazione di studio e il setting.

Sono state analizzate:

- n.5 revisioni sistematiche;
- n.2 revisioni narrative;
- n.6 studi cross-sectional;
- n.1 umbrella review;
- n.1 scoping review;
- n.2 studi qualitativi con metodo Delphi.

In questi studi, 3 hanno visionato come popolazione principale la figura stessa dell'infermiere, i cui anni di servizio andavano dai 5 ai 40 anni e con o meno formazione post diploma di laurea; 11 articoli, invece, hanno avuto come protagonisti un'ampia popolazione di pazienti ricoverati in differenti setting di cura (in 8 studi principalmente ospedaliero, sia di emergenza che chirurgico che medico, mentre in 4 studi distrettuale) e con un'ampia fascia di età (dai 16-18 ai 101 anni di età). In ognuno di essi sono stati riportati diversi NSO, alcuni molto frequentemente individuati, altri in minor presenza ma non considerati di meno importanza. L'outcome più individuato negli studi è la soddisfazione del paziente: 11 di essi ne analizzano la sua influenza, seguito da altri come lo stato funzionale e di autocura, decesso, qualità della vita, livello di educazione, infezioni nosocomiali, errori di medicazioni, dolore, ulcere da pressione. Per poter eseguire lo studio all'interno della U.O. Urologia e poter di conseguenza pubblicare i dati è stato necessario chiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria dell'AST di Ascoli Piceno, dopo i quali, una volta concessa, è stato possibile procedere.

3.8 Analisi Statistica

Le variabili quantitative sono state descritte mediante media, deviazione standard, mediana e intervallo interquartile, mentre quelle qualitative attraverso frequenze assolute e percentuali. La normalità della distribuzione del punteggio PSS è stata valutata mediante test di Shapiro-Wilk. Per l'analisi delle associazioni tra punteggio PSS e variabili socio-demografiche e cliniche sono stati utilizzati test non parametrici, con livello di significatività fissato a $p < 0,05$. Per il controllo dei confronti multipli è stata applicata la correzione FDR secondo Benjamini-Hochberg.

3.9 Considerazioni etiche

La natura di questo studio è definita da una base volontaria di partecipazione, senza alcun obbligo di aderenza, ed è stato eseguito nel rispetto della privacy, della confidenzialità e del trattamento dei dati personali di ogni singolo partecipante, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (Decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997) e da quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, precedentemente citati (D. Lgs. 196/2003; Regolamento Europeo UE n.679/2016; D, Lgs. N. 101/2018).

Capitolo 4. Risultati

Durante il periodo dello studio, dal 1 Marzo 2025 al 31 Luglio 2026 sono stati arruolati 475 pazienti in fase di dimissione, dei quali 31 si sono rifiutati di compilare il questionario (circa il 6,52%) mentre i restanti 444 hanno partecipato volontariamente (circa il 93,47%).

Dei 444 partecipanti, il 27,47 % erano di genere femminile (122 pazienti) mentre il 72, 52% di genere maschile (322 pazienti); l'età media del campione preso in esame è di circa 66 anni (65,82) dove il paziente più giovane aveva 21 anni mentre quello più anziano 93 anni. Per quanto riguarda il livello d'istruzione, circa il 12,16% aveva ottenuto la licenza elementare, il 29, 05% il diploma di terza media, il 36,48% la licenza di scuola superiore e il 22,29% il diploma universitario. Nel campione in esame 207 pazienti erano in pensione (circa il 46,6%), mentre i restanti erano lavoratori di differenti tipologie d'impiego (Tabella 1).

Caratteristiche paziente	**n**	**%**
Genere femminile	122	27,47
Genere maschile	322	72,52
Licenza elementare	54	12,16
Diploma di terza media	129	29,05
Diploma scuola superiore	162	36,48
Diploma universitario	99	22,29
Pensionati/e	207	46,6
Lavoratori/trici	237	53,37

Tabella 1. Caratteristiche del campione

Inoltre, circa 250 persone hanno affermato di avere delle comorbidità ulteriori alla patologia urologica per la quale sono stati ricoverati nella Unità Operativa e tra questi le varie comorbilità presentate consistono ne: il 67,2% di tipo cardiologico, il 9,6% di tipo

neurologico, l'11,6% oncologico, il 48% medico-ematologiche-metaboliche, il 13,2% presenta comorbilità urologiche e il 7,2% ostetrico-ginecologiche.

Vengono differenziate ulteriori caratteristiche del campione in esame. Il 52,70% (234 pazienti) dei partecipanti è entrato nella Unità Operativa in regime di ricovero programmato, mentre il restante 47,29 % circa (210 pazienti) è entrato come ricovero di tipo urgente, facendo prima accesso alla Unità Operativa di Pronto Soccorso dello stesso presidio ospedaliero. Il 49,77% (221 pazienti) del campione in studio ha affermato che nei periodi precedenti al loro attuale ricovero hanno effettuato altri ricoveri, in questo presidio ospedaliero o in altri, per problematiche legate all'ambito urologico e non solo. La durata media dei giorni di ricovero dei 444 pazienti è circa 4,54 giorni, dove il numero minimo di giorni di ricovero sono stati 2 giorni, mentre il massimo di 20 giorni. Infine, l'83,10 % dei pazienti (369 individui) sono stati ricoverati all'interno dell'Unità Operativa meno di 7 giorni, mentre il restante 16,89% (75 pazienti) è stato ricoverato per più di 7 giorni (Tabella 2).

Informazioni pazienti	**n**	**%**
Ricovero programmato	234	52,70
Ricovero urgente	210	47,29
Periodo di degenza<7 giorni	369	83,10
Periodo di degenza >7 giorni	75	16,89

Tabella 2. Informazioni pazienti nella U.O.

Item	Risposte	Frequenze assolute (n)	Percentuale (%)
Professionalità del personale infermieristico	Molto insoddisfatto	2	0,45
	Insoddisfatto	29	6,53
	Soddisfatto	69	15,54
	Molto soddisfatto	344	77,47
Come il personale infermieristico si è occupato di me	Molto insoddisfatto	0	0
	Insoddisfatto	0	0
	Soddisfatto	89	20,04
	Molto soddisfatto	355	79,95
Tempo che il personale infermieristico mi ha dedicato	Molto insoddisfatto	2	0,45
	Insoddisfatto	11	2,47
	Soddisfatto	105	23,64
	Molto soddisfatto	326	73,42
Informazioni fornite dagli infermieri	Molto insoddisfatto	3	0,67
	Insoddisfatto	21	4,72
	Soddisfatto	130	29,27
	Molto soddisfatto	290	65,31
Come il personale infermieristico mi ha spiegato le cose	Molto insoddisfatto	3	0,67
	Insoddisfatto	18	4,05
	Soddisfatto	119	26,80
	Molto soddisfatto	304	68,46
Come il personale infermieristico mi ha preparato alla degenza	Molto insoddisfatto	3	0,67
	Insoddisfatto	15	3,37
	Soddisfatto	107	24,09
	Molto soddisfatto	319	71,89
Come il personale infermieristico mi ha preparato alla dimissione	Molto insoddisfatto	5	1,12
	Insoddisfatto	2	0,45
	Soddisfatto	124	27,92
	Molto soddisfatto	308	69,36
Come i miei familiari sono stati	Molto insoddisfatto	5	1,12
	Insoddisfatto	11	2,47

preparati alla mia dimissione	Soddisfatto	140	31,53
	Molto soddisfatto	274	61,71
Livello di assistenza dell'ospedale	Molto insoddisfatto	3	0,67
	Insoddisfatto	20	4,50
	Soddisfatto	130	29,27
	Molto soddisfatto	291	65,54
Tipo di assistenza ricevuta	Molto insoddisfatto	3	0,67
	Insoddisfatto	18	4,05
	Soddisfatto	115	25,90
	Molto soddisfatto	308	69,36
Qualità di assistenza che ho ricevuto	Molto insoddisfatto	3	0,67
	Insoddisfatto	17	3,82
	Soddisfatto	108	24,32
	Molto soddisfatto	316	71,17

Tabella 3. Frequenze assolute (n) e percentuali (%) delle risposte alle domande della PSS

Nel grafico 1, relativo al primo dominio, "Bisogni tecnico-scientifici" sono state analizzate le medie di ogni singola risposta. Come possiamo evincere, il livello medio di soddisfazione risulta essere medio-alto, oscillando tra il 3,70 e il 3,80, con un picco elevato proprio relativo alla domanda su come il personale infermieristico si è occupato del paziente, seguito a breve distanza dalla professionalità del personale infermieristico (Graf. 1). Come si evince dalle immagini, ogni grafico riporta le oscillazioni delle medie di ogni dominio: nel grafico 1 è rappresentato l'andamento delle risposte del primo dominio, sui bisogni tecnico scientifici dove il punteggio più alto è 3,80, mentre quello più basso è 3,70.

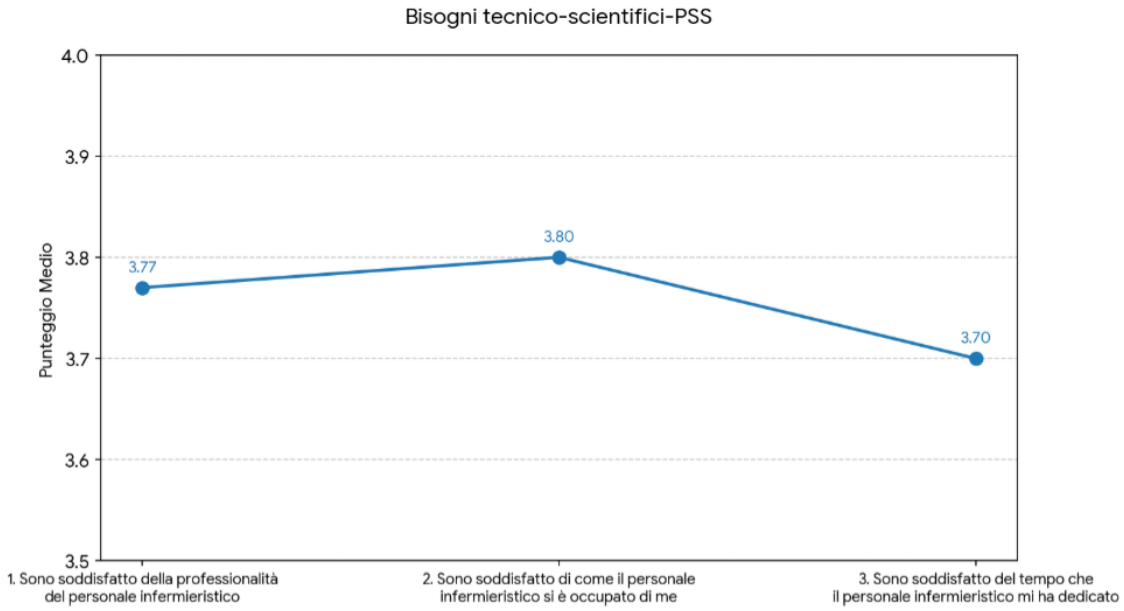


Grafico n. 1. Medie dei punteggi del dominio "Bisogni tecnico-scientifici"

Sono state poi analizzate le medie delle risposte del secondo dominio, "Bisogni di informazione", alla domanda n.4, "Sono soddisfatto delle informazioni che mi sono state fornite dagli infermieri" corrisponde a 3,59, alla domanda n.5 "Sono soddisfatto di come il personale infermieristico mi ha spiegato le cose" risulta 3,63, alla n.6 "Sono soddisfatto di come gli infermieri mi hanno preparato alla degenza" è uguale a 3,67, alla n.7"Sono soddisfatto di come gli infermieri mi hanno preparato alla dimissione" corrisponde a 3,67 e infine all'ultima del dominio, "Sono soddisfatto di come i miei familiari sono stati preparati alla mia dimissione" coincide con 3,47 (Grafico 2). Nel grafico 2 invece è riportato l'andamento delle risposte del secondo dominio, sui bisogni di informazione, dove il valore massimo riscontrato è di 3,67 mentre quello più basso è di 3,47.

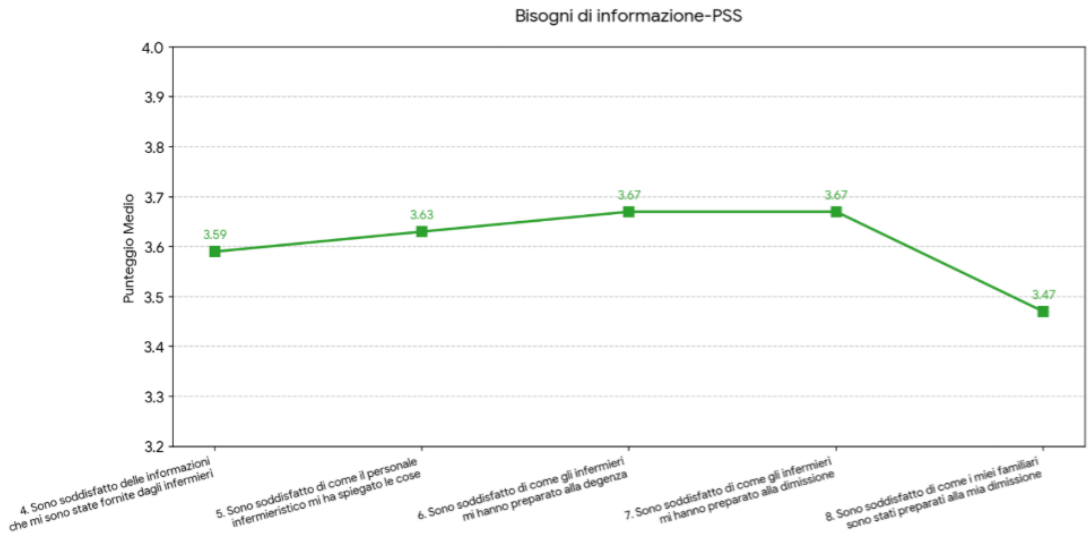


Grafico n. 2. Medie dei punteggi del dominio "Bisogni di informazione"

Le medie invece delle risposte del terzo dominio, “Bisogni di interazione e supporto”, sono state le seguenti: per la domanda n.9 “Sono soddisfatto del livello di assistenza in questo ospedale” il risultato è 3,59, per la domanda n.10 “Sono soddisfatto del tipo di assistenza che mi è stata offerta” è uguale a 3,64 e alla domanda n.11 “Sono soddisfatto della qualità di assistenza che ho ricevuto” coincide con 3,66 (Grafico 3). Infine, nel grafico 3 sono riportati i punteggi del terzo dominio, sui bisogni di interazione e supporto, il cui valore di oscillazione massimo è 3,66 mentre il minimo 3,59.

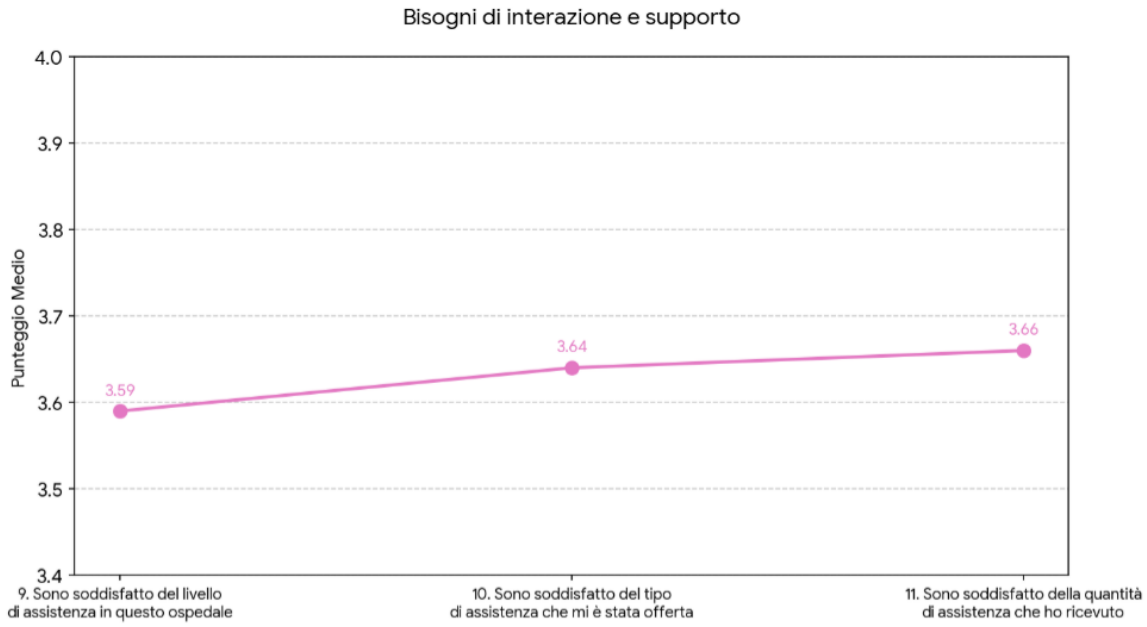


Grafico n. 3. Medie dei punteggi del dominio "Bisogni di interazione e supporto"

Nel grafico 4 invece sono riportate tutte le medie di tutte le risposte del questionario PSS, dove si possono osservare più nettamente le differenti oscillazioni di ogni singolo item; si può osservare infatti come le prime due domande rappresentino il picco della linea grafica, andando a scendere dalla terza domanda, con una lieve risalita verso la 7 domanda e presentando invece un picco in discesa all'ottava domanda, fino a risalire in una curva più costante dalla nona fino all'undicesima domanda. Alle prime due domande, riguardanti la professionalità e la capacità tecnica del personale, il campione di pazienti ha manifestato un livello di soddisfazione molto alto, specialmente all'item "come l'infermiere si è occupato di me" si è quasi raggiunto il valore di 4, che sarebbe il punteggio più alto di tutte le medie, rimanendo comunque abbastanza alto anche sulla prima e sulla terza domanda. A livello del secondo dominio i degenti in dimissione invece hanno espresso un livello di soddisfazione discretamente più basso, in particolare riguardo la domanda " come i miei familiari sono stati preparati alla mia dimissione" dove si raggiunge il picco più basso e all'item " informazioni che mi sono state date dagli infermieri", il cui picco è invece abbastanza in alto ma comunque resta il primo tra i due a presentare un calo. Anche nel terzo dominio, per quanto i valori rappresentati dal grafico

di presentano in risalita, non raggiungono lo stesso livello delle risposte del primo dominio ma rimanendo nella stessa fascia di oscillazione della quinta, sesta e settima domanda. Considerando i valori dei punteggi Likert del questionario e considerando quelli raccolti attraverso l'esecuzione di questo studio, si può affermare che il campione di pazienti ha presentato un elevato livello di soddisfazione riguardo la propria assistenza ricevuta, in tutti gli ambiti specifici, comprendenti la professionalità, la capacità tecnico-pratica, comunicativa ed organizzativa, garantendo una qualità di cura che si può ritenere buona, che segue lo standard e che lascia un segno positivo in chi ha usufruito di tali servizi (Grafico 4).

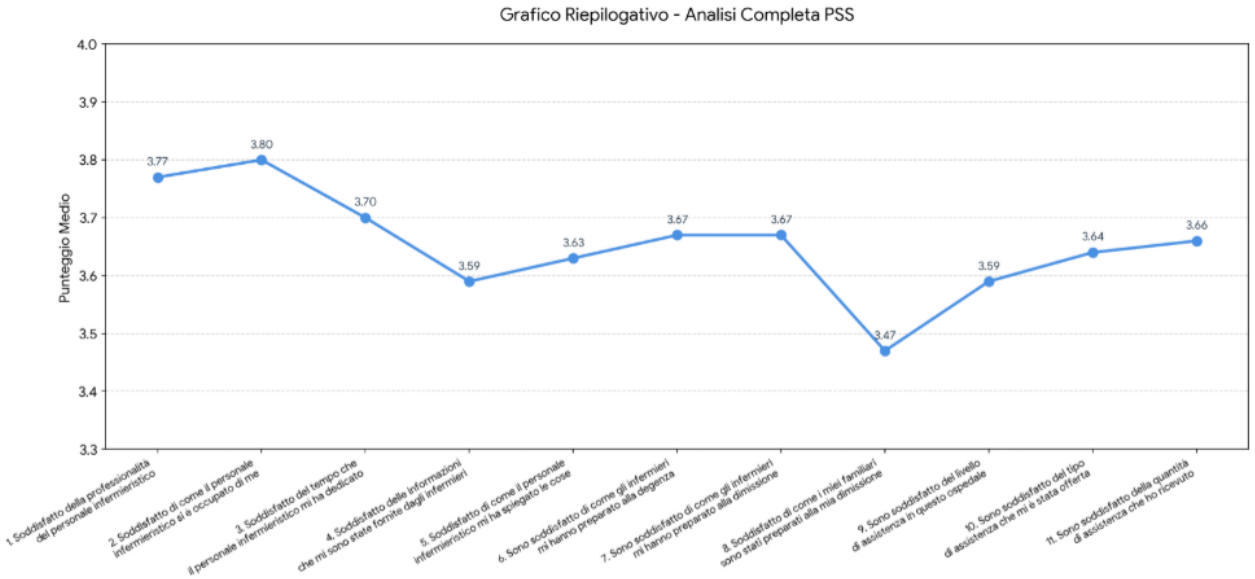


Grafico 4. Media delle risposte PSS

Nel grafico 5 infatti si evidenzia come ogni dominio del questionario, anche se non ha raggiunto un valore molto più vicino al 4, ovvero al massimo della soddisfazione del paziente, è comunque rimasto su dei valori molto alti, non scendendo di fatto mai sotto al 3 e nè mai avvicinandosi al valore 1, dove invece i dati si sarebbero dimostrati più preoccupanti. Nonostante in alcuni ambiti la soddisfazione del paziente si è dimostrata un po' inferiore rispetto alle altre, come ad esempio alla domanda "informazioni ricevute" o a quella "i miei familiari sono stati preparati alla mia dimissione", sono rimasti tuttavia

in un range di parametri considerabili “buoni”, rimanendo al di sopra del valore 3 senza mai scendere al di sotto (Grafico 5).

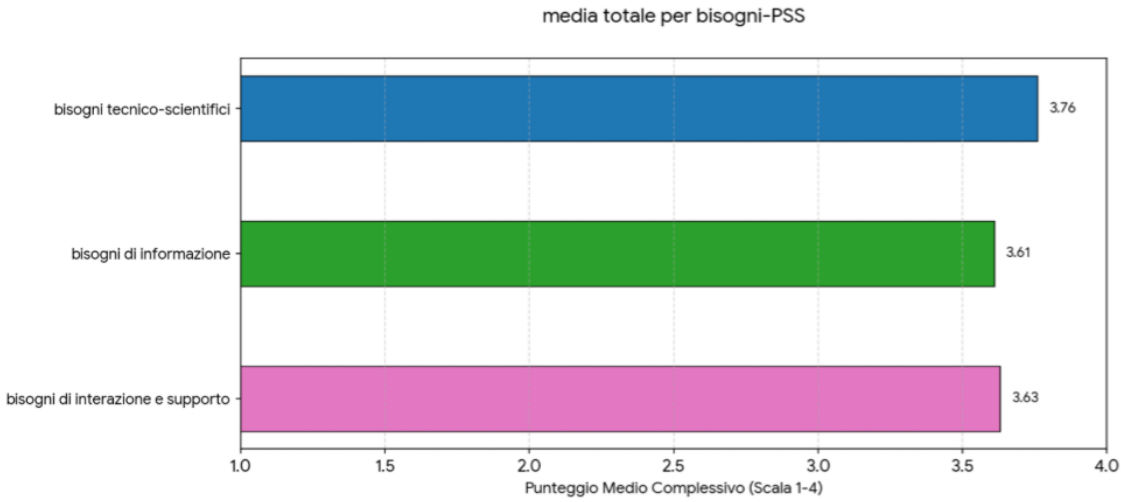


Grafico n. 5 Media dei domini della PSS

4.1 Associazioni con le variabili socio-cliniche

Considerata la distribuzione non normale del punteggio PSS, le associazioni con le variabili socio-cliniche sono state valutate mediante test non parametrici: correlazione di Spearman per le variabili quantitative, test di Mann-Whitney per i confronti tra due gruppi e test di Kruskal-Wallis per il livello di istruzione. Per tenere conto dell’esecuzione di confronti multipli è stata inoltre applicata la correzione FDR di Benjamini-Hochberg. Dopo la correzione per confronti multipli, nessuna delle variabili considerate mostra un’associazione statisticamente significativa con il punteggio PSS totale. In particolare, non emergono relazioni significative con età, durata del ricovero e numero di comorbilità. Analogamente, non vengono rilevate differenze robuste in relazione al genere, alla tipologia codificata, al livello di istruzione, alla presenza complessiva di comorbilità o alle specifiche categorie di comorbilità considerate.

La variabile relativa ai precedenti ricoveri mostra, nell’analisi non corretta, un valore di p pari a 0,023 e un effect size rank-biserial pari a 0,120. Tuttavia, dopo la correzione FDR il valore q risulta pari a 0,327 e l’associazione non è più statisticamente significativa. Il

dato può pertanto essere considerato un segnale esplorativo, ma non costituisce un'evidenza sufficientemente robusta per affermare che l'esperienza di ricoveri precedenti sia associata al livello di soddisfazione nel campione studiato. Nel complesso, gli effect size osservati sono generalmente molto piccoli. Questo risultato suggerisce che, oltre all'assenza di significatività statistica dopo la correzione, le differenze di soddisfazione riconducibili alle caratteristiche socio-cliniche considerate appaiono limitate. Occorre tuttavia considerare che il marcato effetto soffitto della PSS può avere ridotto la capacità delle analisi di mettere in evidenza eventuali differenze tra gruppi. Di seguito, vengono riportati in primis la distribuzione percentuale del fenomeno in oggetto (Grafico n.6) e secondariamente il boxplot, dopo correzione con FDR (Grafico n.7).

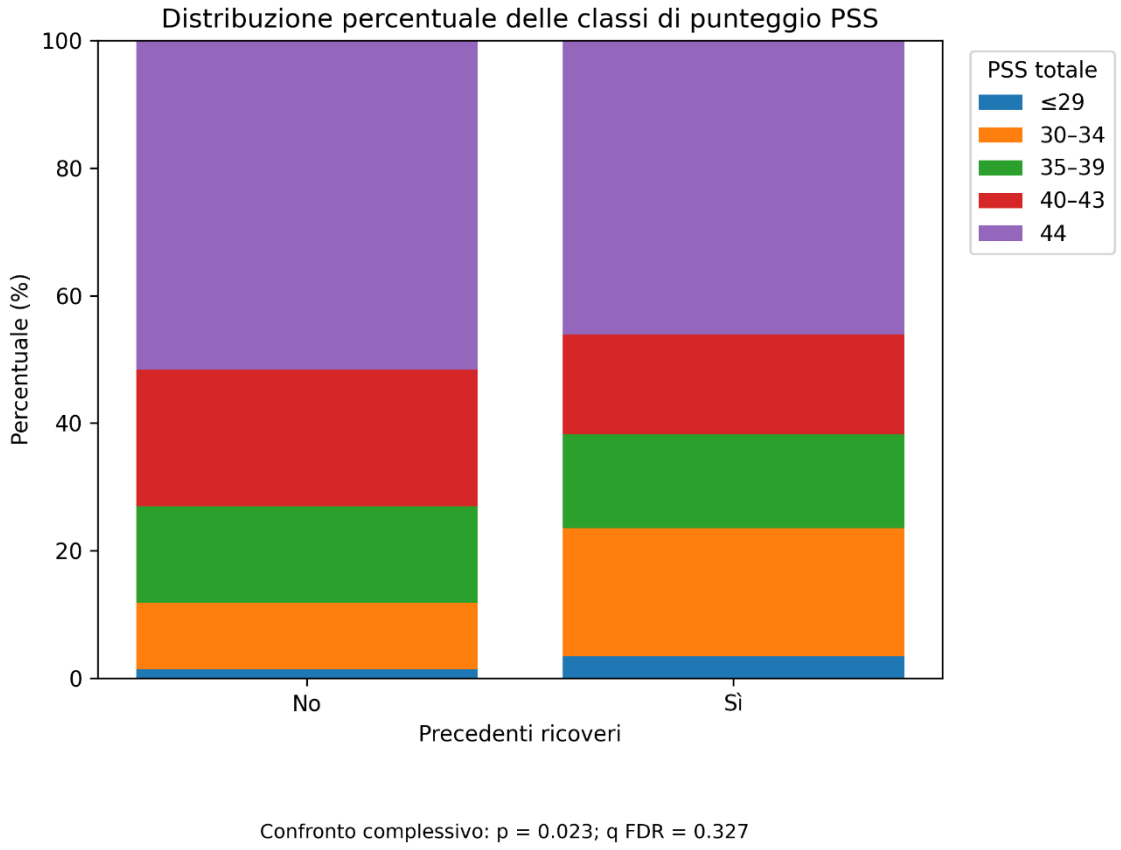


Grafico n. 6 Distribuzione % classi PSS

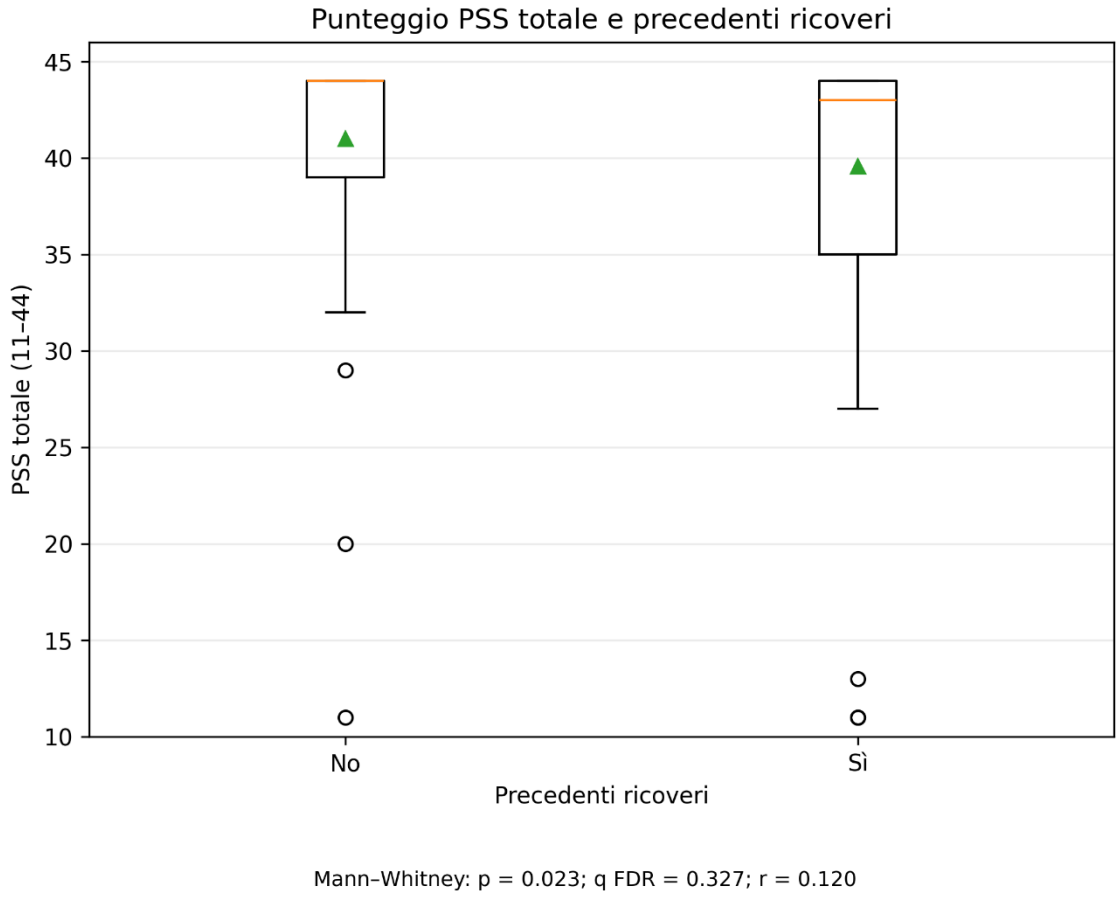


Grafico n. 7 Boxplot Score PSS e precedenti ricoveri

Capitolo 5. Discussione

Nella seconda metà del Novecento viene formato e coniato un nuovo concetto, la "patient centeredness", ad oggi di uso comune a livello internazionale e nazionale e il cui scopo principale è quello di catturare l'attenzione dei clinici e dei sistemi sanitari e spostarne il focus dai disturbi e dalle malattie al paziente e alla sua famiglia; tale termine era stato pensato infatti per sottolineare l'importanza di capire l'esperienza di malattia dei pazienti e quali fossero i loro bisogni (Rodella & Botturi, 2014). In uno studio di Rodella e Botturi sono state ricostruite le diverse definizioni che sono state date a questo termine dal 1993 al 2013 e queste, riassumendo, comprendevano: rispetto per i valori, le preferenze e i bisogni del paziente, condividendo assieme responsabilità e presa delle decisioni ("Through The Patient's Eyes"), coordinazione ed integrazione dell'assistenza, informazione, comunicazione ed educazione, comfort fisico, supporto emotivo, coinvolgimento della famiglia e degli amici, transizione e continuità (Rodella & Botturi, 2014).

Il paziente viene dunque messo al centro dell'assistenza e viene visto, rispettato, ascoltato e assistito in tutti i suoi bisogni, con un approccio più olistico e riconoscendone la sua individualità, coinvolgendolo in ogni fase del percorso di cura.

Nel 2000 la Food and Drug Administration propone un altro termine che si può considerare il passaggio successivo della patient centeredness, ovvero il patient-reported outcome. Il PRO nasce nell'ambito di un processo di ricognizione e revisione delle varie misure di esito, riferito direttamente dal paziente o da una persona a lui vicina, e nel 2001 un gruppo di membri del PRO Harmonization Group si è riunito con il compito di formulare dei criteri per valutare , nel contesto delle indicazioni terapeutiche relative ai prodotti farmaceutici, l'impiego di misure di qualità della vita associata alla salute (health-related quality of life) e di qualsiasi altra misura di esito rilevata direttamente dal paziente. Una delle loro affermazioni, in particolare, riguardava il fatto che all'interno del Patient-reported outcome rientrano la qualità di vita associata alla salute, i sintomi, lo stato funzionale, il benessere psicologico e la soddisfazione del paziente per il trattamento ricevuto (Rodella & Botturi, 2014).

Nel campo della misurazione degli esiti numerosi studi si sono posti il quesito riguardo le varie sfide, criticità e rischi legati all'utilizzo di misure degli esiti nella ricerca, nella

pratica clinica e nella valutazione delle performance; nello studio di Rodella e Botturi vengono posti in particolare alcune questioni rimaste aperte e da approfondire, in particolare:“che cosa” e “come” misurare e valutare l’impatto dell’uso delle misure di esito riferito dal paziente sulla performance delle organizzazioni e dei sistemi sanitari;“come” verranno integrate le informazioni riguardo gli esiti riferiti dai pazienti dai decision maker delle organizzazioni e dei sanitari insieme alle altre informazioni di esito sulle cure (Rodella & Botturi, 2014).

La Patient Satisfaction Scale utilizzata in questo studio è stata in origine sviluppata nel 1991 da Heesok Suzie Kim e che in ambito Europeo la sua prima validazione è stata eseguita in Finlandia e successivamente in Cipro, Cechia, Grecia e Ungheria, fino ad arrivare nel contesto italiano (suhohen et al., 2007)(Tomietto et al., 2011)(Marcelli et al., 2016). Questa scala nasce con l'obiettivo di raccogliere il punto di vista del paziente sull'assistenza infermieristica ricevuta, comparando la sua soddisfazione su differenti ambiti del care, ma anche come esito per particolari interventi infermieristici; si focalizza quindi unicamente sul rapporto infermiere-paziente e permette di valutarne la qualità dell'interazione e se le aspettative del paziente siano state o meno soddisfatte (Suhohen et al., 2007)(Tomietto et al., 2011).

L'elevata aderenza che è stata manifestata per l'esecuzione di questo studio,444 pazienti su 475 coinvolti, fa subito riflettere su quanto i pazienti percepiscono forte il bisogno di avere un'assistenza che sia mirata, soddisfacente e di qualità. Lo stesso Donabedian in "The Quality of Care-How Can It Be Assessed?" affermava che :" [...] *potrebbe essere utile spendere qualche parola sulla soddisfazione del paziente come misura della qualità dell'assistenza. La soddisfazione del paziente può essere considerata uno degli esiti auspicati dell'assistenza, o addirittura un elemento dello stato di salute stesso. L'espressione di soddisfazione o insoddisfazione rappresenta anche il giudizio del paziente sulla qualità dell'assistenza in tutti i suoi aspetti, ma in particolare per quanto riguarda la relazione interpersonale. Interpellando i pazienti, è possibile ottenere informazioni sulla soddisfazione complessiva, nonché su quella relativa a specifici aspetti della relazione interpersonale, a singole componenti dell'assistenza tecnica e agli esiti dell'assistenza stessa"* (Donabedian A., 1988). La PSS, infatti, ha avuto parimenti un enorme riscontro positivo all'interno del campione, non solo per la tematica trattata ma

anche per la sua facilità e rapidità d'uso, nonchè la sua praticità nel discernere ogni singola caratteristica dei pazienti in esame.

Considerando il campione nel suo insieme, composto del 93,45% dei pazienti favorevoli alla partecipazione allo studio, ciò che si evince dai risultati è che in questo specifico contesto, quello dell'ambito urologico, i livelli di soddisfazione dei pazienti sono sempre stati mediamente alti, tra la soddisfazione di livello medio-alto (punteggio Likert=3) e una soddisfazione di livello più elevato (punteggio Likert=4). In particolare ciò che i pazienti hanno apprezzato maggiormente è stata la professionalità del personale infermieristico, nell'ambito della sua capacità di sapere e saper fare e di come sono riusciti a gestire il percorso di cura nell'Unità Operativa, dato l'elevato livello di soddisfazione che hanno espresso nel questionario, come si evince dalle medie precedentemente analizzate. Per quanto concerne la parte della comunicazione, dell'educazione e della qualità i degenti sono rimasti comunque soddisfatti ma inferiormente rispetto al primo dominio del questionario, in particolare riguardo le informazioni ricevute dal personale e la preparazione dei familiari alla dimissione, restando su un livello di soddisfazione medio-alto (con una media del 3,61 contro il 3,78 della media del primo dominio).

Come evidenziato prima riguardo alla patient centeredness, i bisogni del paziente non sono legati unicamente alla propria patologia e capacità di essere autonomo o meno; la persona ha la necessità di sentirsi coinvolta e accompagnata nel suo percorso di cura e per farlo occorre darle tutte le informazioni che la possano aiutare ad avere completa chiarezza e, di conseguenza, attuare le proprie capacità decisionali (Rodella & Botturi, 2014). Saper informare, nell'ambito della cura, è la base della relazione clinica e assistenziale, eppure spesso è una delle questioni che più si ha difficoltà a fare. Anche coinvolgere i propri familiari nelle decisioni, qualora pazienti orientati e in grado di intendere e di volere ne siano consenzienti, può avere un importante impatto sia da un punto di vista emotivo sia da un punto di vista pratico nel percorso di cura. Il familiare coinvolto si sente, infatti, parte del processo decisionale e può essere un fondamentale sostegno psicologico ma anche di caring, assistendo direttamente il degente. In particolare in fase di dimissione, informare il familiare del ritorno del paziente nel proprio nucleo residenziale può essere molto utile sia per garantire assistenza continuativa anche al di fuori del contesto ospedaliero, contribuendo ad esempio alla riorganizzazione della casa, alla gestione delle terapie da svolgere, al prendersi cura degli aspetti fisici ed emotivi, al

controllo del mantenimento dell'aderenza alle indicazioni fornite dai sanitari, sia per prevenire possibili ricadute e quindi riospedalizzazioni (Chou KR, 2000) (Nemcikova et al., 2023)

Per quanto riguarda il terzo dominio, legato ai bisogni di interazione e supporto, i partecipanti allo studio hanno riferito livelli di soddisfazione medio alti, con una media totale che raggiunge il 3,63, meno rispetto al primo dominio ma in risalita per quanto concerne il secondo. Qui si evidenzia soprattutto come la qualità dell'ospedale e dell'Unità Operativa sia stata percepita e se la tipologia di assistenza ricevuta sia stata idonea ai propri bisogni ed aspettative o meno. Proprio su quest'ultimo aspetto i pazienti hanno espresso un più alto grado di soddisfazione rispetto agli altri due, ritenendo che ciò di cui avevano veramente bisogno è stato rispettato, accolto e valorizzato, oltre al fatto di esser stato individuato un percorso di cura che li abbia riportati a delle condizioni di vita e salute più gestibili e vicine ad uno stato di benessere. La Patient Satisfaction Scale permette di mettere in evidenza quanto sia importante sentire il punto di vista dei nostri pazienti, come si vede in questo studio, affinchè in ogni organizzazione sanitaria possa esser garantita la qualità (Tomietto et al., 2011).

Anche nella letteratura odierna è stata dimostrata la sua notevole incidenza sulla valutazione della qualità assistenziale. Negli studi dove ne è stata provata l'efficacia, risulta che oltre il 90% dei pazienti coinvolti ha scelto di aderire alla compilazione del questionario; e in particolare gli studi di Marcelli Stefano e Suhohen Riitta hanno dimostrato come questo strumento possa avere una maggior variabilità rispetto agli altri strumenti di rilevazione della soddisfazione. Anche nel loro caso è stata evidenziata una notevole differenza con i bisogni di informazione dei pazienti, che nel questionario hanno ottenuto minor punteggio rispetto agli altri ambiti, concludendo che nella pratica infermieristica per raggiungere l'obiettivo di cura non bastano soltanto le conoscenze e le capacità tecniche ma anche quelle relazionali, e per il paziente un livello di informazione insufficiente è una delle più comuni cause di insoddisfazione verso la propria esperienza di cura (Suhohen et al., 2007)(Marcelli et al., 2016).

Nello studio di Charalambous Andreas e di Adamakidou Theodula è stata rilevata una piccola difficoltà nel far comprendere la differenza tra l'assistenza puramente infermieristica e le altre professioni nel loro percorso di cura; essendo stata svolta in

ambito oncologico, un contesto multidisciplinare o interdisciplinare, i pazienti hanno incontrato difficoltà a isolare l'assistenza infermieristica dall'esperienza sanitaria complessiva. Di conseguenza, tale aspetto solleva dubbi sul fatto che la percezione di soddisfazione o insoddisfazione dei pazienti fosse stata effettivamente basata sugli interventi e sulle interazioni di natura infermieristica. La scarsa sensibilità e la difficoltà dei pazienti nel distinguere l'assistenza infermieristica dall'esperienza sanitaria globale rappresentano una minaccia per la validità di tali misurazioni, anche se non si tratta di un problema nuovo, bensì di un aspetto che le scale di soddisfazione non sono riuscite ad affrontare nel corso del tempo (Charalambous & Adamakidou, 2022).

Donabedian nelle sue pubblicazioni sottolinea che un professionista, affinchè possa garantire qualità nelle cure, debba possedere due elementi di performance: uno è la prestazione tecnica, legata alle conoscenze e le capacità di giudizio che creino strategie di cura e le relative abilità nell'implementarla; l'altro è la gestione delle relazioni interpersonali, di vitale importanza poichè il paziente comunica i suoi bisogni , così da poter scegliere il metodo di assistenza più appropriato e funge da veicolo per il primo elemento (Donabedian A., 1988). Essendo però la qualità un fattore multidimensionale, può essere misurata attraverso degli indicatori che egli stesso classificò in indicatori di struttura, di processo e di esito (Donabedian A., 1988)(Mongardi et al., 2014). Negli ultimi anni, infatti, si è sempre più diffusa la tendenza a valutare e documentare il livello di qualità in ambito sanitario, grazie all'uso di indicatori che possono essere utilizzati per monitorare la qualità dell'assistenza in una singola istituzione o nell'intero sistema sanitario, per promuovere attività di miglioramento continuo, per effettuare confronti tra istituzioni (benchmarking) o per supportare i cittadini nello scegliere dove farsi curare; consentono quindi, ai professionisti e alle organizzazioni, di osservare e valutare cosa accade ai pazienti come conseguenza delle competenze agite e del sistema organizzativo messo in atto per rispondere ai bisogni assistenziali dell'utenza (Tomietto et al., 2011). Griffiths aggiunge inoltre che la loro rilevazione possa essere utile per supportare l'analisi delle politiche e il processo decisionale strategico, inclusi il commissioning, i sistemi di rimborso e l'accreditamento e per studiare il ruolo dell'assistenza infermieristica nel determinare gli esiti relativi alla sicurezza del paziente, esaminando le relazioni struttura-esito, processo-esito e struttura-processo-esito (Griffiths P., 2008).

L'aspetto più complesso della ricerca sulla soddisfazione consiste nell'applicare i risultati alla pratica clinica e al miglioramento della qualità della stessa. L'interpretazione e l'applicazione pratica dei risultati risultano più agevoli se è chiaro se l'obiettivo della ricerca sia acquisire conoscenze sulla struttura dell'organizzazione, sui processi o sugli esiti dell'assistenza. Gli ospedali e i sistemi sanitari che investono in programmi volti ad analizzare e valutare la percezione che i pazienti hanno della propria esperienza disporranno di informazioni preziose per attuare cambiamenti trasformativi nell'erogazione dell'assistenza e nei servizi (Suhohen et al., 2007).

La Patient Satisfaction Scale si è dimostrata essere un valido strumento di raccolta dati ed analisi della soddisfazione del paziente verso l'assistenza infermieristica ricevuta, rispettando pienamente quelli che Lorenzo Grilli nel suo testo "La valutazione delle performance cliniche" aveva affermato, ovvero: riflettere le conoscenze scientifiche disponibili acquisite, essere pertinente agli aspetti assistenziali che si intende valutare, essere condivisi, essere traducibili in indicatori sufficientemente validi, comprendendo la misurabilità e riproducibilità, la sensibilità al cambiamento, facile comprensione, di semplice utilizzo e a basso costo (Grilli R., 2014).

Inoltre, nella pratica clinica e gestionale, sia per la singola struttura, sia per il complesso aziendale, sia a livello direzionale, dimostra di essere validamente utilizzabile per valutare e monitorare gli effetti della carenza di risorse o dei cambiamenti organizzativi che modificano la qualità e la frequenza del rapporto infermieri – pazienti (ad esempio, quando sono riviste le dotazioni organiche sostituendo posizioni infermieristiche con personale di supporto, oppure quando aumenta il nurse to patient ratio); verificare gli effetti delle strategie di formazione continua orientate allo sviluppo e rinforzo di abilità relazionali, educative e informative degli infermieri e infine monitorare o confrontare servizi o strutture che erogano cure infermieristiche, al fine di valorizzare le eccellenze o verificare, a risorse omogenee e su gruppi di pazienti altrettanto omogenei, eventuali differenze (Tomietto et al., 2011).

5.1 Limiti dello studio

Una prima criticità rilevata all'interno del campione, non correlata alla tipologia di questionario selezionato, è stato far comprendere la differenza tra assistenza infermieristica e il trattamento clinico chirurgico che i degenti hanno ricevuto, poichè spesso vi era tendenza a sovrapporre le due dimensioni e ad assegnare un punteggio che tenesse conto del generale trattamento ricevuto e non sullo specifico settore infermieristico.

In secondo luogo, l'uso di questa tipologia di questionario prevedeva una tipologia di pazienti in grado di intendere e di farsi intendere, andando ad escludere un'ampia fetta di popolazione la cui opinione in un futuro sarebbe interessante considerare.

Ad oggi, infine, esistono ancora pochi studi europei ed in particolare italiani eseguiti che prendano in considerazione la PSS e la soddisfazione del paziente come indicatore di qualità; confrontare e comprendere le differenze tra i setting di cura, non unicamente chirurgici e urologici, e tra le varie strutture e aziende sanitarie di tutto il territorio nazionale e internazionale potrebbe essere importante nonchè rilevante affinchè si possano definire nuovi approcci migliorativi della qualità di cura rispetto alla nostra attuale popolazione ed alle sue esigenze.

Capitolo 6. Conclusioni

La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica rappresenta un elemento fondamentale nei processi di miglioramento dei servizi sanitari, poiché consente di integrare agli esiti clinici anche la percezione e l'esperienza dell'assistito. In tale prospettiva, la Patient Satisfaction Scale (PSS) costituisce uno strumento utile per rilevare in maniera strutturata la soddisfazione del paziente nei confronti dell'assistenza infermieristica ricevuta. L'obiettivo dello studio, volto a valutare il livello di soddisfazione dei pazienti rispetto all'assistenza infermieristica, può considerarsi raggiunto in quanto i risultati hanno evidenziato un livello complessivamente elevato di soddisfazione, con un punteggio medio totale della PSS pari a 40,31 su 44 e una mediana di 43 punti. Quasi la metà dei partecipanti ha inoltre raggiunto il punteggio massimo previsto dalla scala, confermando una percezione ampiamente positiva dell'assistenza ricevuta. L'analisi dei singoli item ha mostrato che gli aspetti maggiormente apprezzati riguardavano la professionalità del personale infermieristico e le modalità con cui gli infermieri si sono presi cura del paziente. Pur mantenendosi su valori elevati, punteggi relativamente inferiori sono stati invece osservati negli aspetti relativi alla preparazione dei familiari alla dimissione, alle informazioni fornite dagli infermieri e, più in generale, alla valutazione complessiva dell'assistenza ospedaliera. Tali risultati non configurano vere e proprie aree di insoddisfazione, ma possono rappresentare ambiti nei quali concentrare ulteriori interventi di miglioramento, in particolare sul piano comunicativo, informativo e del coinvolgimento della famiglia nel percorso assistenziale. Le analisi effettuate sulle principali caratteristiche socio-demografiche e cliniche non hanno evidenziato associazioni statisticamente significative con il livello di soddisfazione dopo la correzione per confronti multipli mentre la presenza di precedenti ricoveri ha mostrato un'associazione significativa esclusivamente nell'analisi non corretta, non confermata dopo l'applicazione della correzione FDR. I dati derivanti dalla valutazione della soddisfazione del paziente possono quindi rappresentare una risorsa utile non soltanto per descrivere la qualità percepita dell'assistenza, ma anche per orientare i processi decisionali clinici e organizzativi. La loro raccolta sistematica permette di individuare possibili aree di miglioramento, monitorare nel tempo la qualità assistenziale e promuovere interventi maggiormente rispondenti ai bisogni degli assistiti. Pertanto, l'impiego di strumenti standardizzati come la PSS può pertanto costituire un valido

supporto per professionisti e organizzazioni sanitarie nell'ambito dei processi di valutazione e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza infermieristica. Futuri studi potranno contribuire ad approfondire ulteriormente il fenomeno, ampliando la numerosità e l'eterogeneità del campione, coinvolgendo differenti contesti assistenziali e adottando disegni multicentrici e longitudinali. Tali approfondimenti potrebbero consentire di comprendere con maggiore precisione i fattori associati alla soddisfazione del paziente, verificarne l'andamento nel tempo e valutare l'impatto di specifici modelli organizzativi e assistenziali sulla qualità percepita delle cure infermieristiche.

Bibliografia

Afaf Hakami, Fazal Hussain, Anas Bakheet, Khalid Alghamdi, Khalid AlAtrash, Nursing Research Priorities based on the Nurse-sensitive Indicators: Scoping Review,The Open Nursing Journal,Volume 17,2023,ISSN 1874-4346.

Afaneh T, Abu-Moghli F, Mihdawi M. (2024), Identifying Nursing-Sensitive Indicators for Hospitals: A Modified Delphi Approach. Cureus. May 1;16(5):e59472. doi: 10.7759/cureus.59472. PMID: 38826975; PMCID: PMC11142459.

Al-Hammouri F, Hamdan KM, Haymour AM, Ibrahim MO, Malkawi A, Al-Hiary SS, Albqoor MA, Shaheen AM. (2024), Quality of nursing care: Predictors of patient satisfaction in a national sample. Nurs Open. Aug;11(8):e2252. doi: 10.1002/nop2.2252. PMID: 39166287; PMCID: PMC11336376.

Alshammari, S.M.K.,Aldabbagh, H.A., Al Anazi, G.H., Bukhari,A.M., Al Sayed Mahmoud, M. and Mostafa, W.S.E.M. (2023) Establishing Standardized Nursing Quality Sensitive Indicators. Open Journal of Nursing , 13, 551-582.https://doi.org/10.4236/ojn.2023.138037

Amato, L. (2016), L'importanza degli esiti, Forward, 2, 20-21

Bharadwaj A, Oliver DP, Washington KT, Benson J, Pitzer K, White P, Demiris G. (2024), Family Caregiver Communication and Perceptions of Involvement in Hospice Care. J Palliat Med. May;27(5):614-621. doi: 10.1089/jpm.2023.0576. Epub 2024 Jan 24. PMID: 38271546; PMCID: PMC11322618.

Carr A.J., Higginson I.J. (2001), Are quality of life measures patient centered?, BMJ Volume 322, June 2nd

Charalambous A., Adamakidou T., (2022), Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients, BMC Nurs. Nov 29;11:27. doi: 10.1186/1472-6955-11-27. PMID: 23190625; PMCID: PMC3531274.

Chau JPC, Lo SHS, Choi KC, Tong DWK, Kwok AML, Butt L, Chan ELS, Lee IFK, Lee DTF, Mchugh MD, Thompson DR. (2025), Associations between nurse-to-patient ratio, nurse educational level, and nurse-sensitive patient outcomes: A 12-month prospective

observational study. Int Nurs Rev. Mar;72(1):e13091. doi: 10.1111/inr.13091. PMID: 39784291; PMCID: PMC11714340.

Choi, H. (2026). Analysis of research trends on nursing-sensitive outcomes using text mining and topic modeling. Nursing Economic$,44(3), 165-178. https://doi.org/10.62116/NEC.2026.44.3.165

Chou KR. (2000), Caregiver burden: a concept analysis. J Pediatr Nurs. Dec;15(6):398-407. doi: 10.1053/jpdn.2000.16709. PMID: 11151480.

Donabedian A. (1966), Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly; 44(Suppl.):166-206.

Donabedian A. (1980), The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press; 163 p. (His Explorations in quality assessment and monitoring).

Donabedian A. (1988), The quality of care. How can it be assessed? J Am Med Assoc; 260:1743–1748.

Doran DM, Harrison MB, Laschinger HS, Hirdes JP, Rukholm E, Sidani S et al. (2006), Nursing-Sensitive Outcomes Data Collection in Acute Care and Long-Term-Care Settings. Nursing Research; 55(2).

Dubois, C.A., D'Amour, D., Brault, I., Dallaire, C., D´ery, J., Duhoux, A., Lavoie-Tremblay, M., Mathieu, L., Karemere, H., Zufferey, A. (2017), Which priority indicators to use to evaluate nursing care performance? A discussion paper. J. Adv. Nurs. 73 (12), 3154–3167

Esraa Mohammed Alhussin, Sahar A. Mohamed, Amel A. Hassan, Ahmad R. Al-Qudimat, Alaa M. Doaib, Raniah M. al jonidy, Lina I. al harbi, Eman D. Alhawsawy (2024), Patients' satisfaction with the quality of nursing care: A cross-section study,International Journal of Africa Nursing Sciences, Volume 20,100690,ISSN 2214-1391

Germini F, Vellone E, Venturini G, Alvaro R. (2010), Gli outcomes del nursing: strumenti per rendere visibile l'efficacia dell'assistenza infermieristica [Nursing outcomes:

instruments for visualizing the effectiveness of nursing care]. Prof Inferm. Oct-Dec;63(4):205-10. Italian. PMID: 21266129.

Goes M, Oliveira H, Lopes M, Fonseca C, Pinho L, Marques M. (2023), A nursing care-sensitive patient satisfaction measure in older patients. Sci Rep. May 10;13(1):7607. doi: 10.1038/s41598-023-33805-9. PMID: 37165074; PMCID: PMC10172317.

Gordon, M. (30 settembre 1998): Sviluppo del sistema di nomenclatura e classificazione infermieristica. Online Journal of Issues in Nursing . Vol. 3, n. 2, manoscritto 1.

Gormley E, Connolly M, Ryder M. (2024), The development of nursing-sensitive indicators: A critical discussion. Int J Nurs Stud Adv. Jul 24;7:100227.

Griffiths P. (2008),State of the Art Metrics for Nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit at King's College London.

Grilli R. (2014), La valutazione delle performance cliniche, Vol. 4, Il Pensiero Scientifico Editore.

Juvé-Udina ME, Adamuz J, González-Samartino M, Tapia-Pérez M, Jiménez-Martínez E, Berbis-Morello C, Polushkina-Merchanskaya O, Zabalegui A, López-Jiménez MM.(2025), Association Between Nurse Staffing Coverage and Patient Outcomes in a Context of Prepandemic Structural Understaffing: A Patient-Unit-Level Analysis. J Nurs Manag. Feb 24;2025:8003569. doi: 10.1155/jonm/8003569. PMID: 40223888; PMCID: PMC11985225.

Kasa AS, Gedamu H. Predictors of adult patient satisfaction with nursing care in public hospitals of Amhara region, Northwest Ethiopia. BMC Health Serv Res. 2019 Jan 21;19(1):52. doi: 10.1186/s12913-019-3898-3. PMID: 30665400; PMCID: PMC6341709.

Maier CB, Gurisch C, Köppen J, Kleine J, Aiken LH (2024), Nurse-sensitive quality and benchmarking in hospitals striving for Magnet® or Pathway® designation: A qualitative study. J Adv Nurs. 2025 Sep;81(9):5484-5496. doi: 10.1111/jan.16245. EpubMay 27. PMID: 38803125; PMCID: PMC12371794.

Marcelli S. et al. (2016), Il benessere del paziente come indicatore della qualità delle cure. Indagine conoscitiva attraverso la Patient Satisfaction Scale (PSS). TEME (Tecnica ed Economia Sanitaria);1/2:39-44

McEvoy NL, Kalvas LB, Walsh K, Curley MAQ. The identification and characterization of nurse-sensitive outcomes in acute and critical care: A systematic review. Nurs Outlook. 2025 Mar-Apr;73(2):102379. doi: 10.1016/j.outlook.2025.102379. Epub 2025 Feb 24. PMID: 39999613.

Minnock P, McKee G, Kelly A, Carter SC, Menzies V, O'Sullivan D, Richards P, Ndosi M, van Eijk Hustings Y. Nursing sensitive outcomes in patients with rheumatoid arthritis: A systematic literature review. Int J Nurs Stud. 2018 Jan;77:115-129. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.09.005. Epub 2017 Sep 12. PMID: 29080437.

Mongardi M., Bassi E., De Palma R., Peghetti A., Seligardi M., Di Ruscio E. (2014), Osservatorio regionale sui nursing sensitive outcomes, Servizio Presidi Ospedalieri – DGSPS, Regione Emilia Romagna.

Mongardi M., Sciolino L., Seligardi M., Fortuna D., Guglielmi D. (2017), Gli esiti sensibili alle cure infermieristiche e il contributo del personale: uno studio regionale, IPASVI

Nemcikova M, Katreniakova Z, Nagyova I. (2023) Social support, positive caregiving experience, and caregiver burden in informal caregivers of older adults with dementia. Front Public Health. Jan 25;11:1104250. doi: 10.3389/fpubh.2023.1104250. PMID: 36761127; PMCID: PMC9905841.

Ngune I, Myers H, Cole A, Palamara P, Redknap R, Roche M, Twigg D. (2023), Developing nurse-sensitive outcomes in acute inpatient mental health settings-A systematic review. J Clin Nurs. Sep;32(17-18):6254-6267. doi: 10.1111/jocn.16679. Epub 2023 Mar 13. PMID: 36915223.

Nuti S., Taddeucci L., Spezia N., Durante A., Vainieri M., Arigoni F., Salviati L., Trinchese D.,Agostini S., Cornara A., Corti D., Draoli N., Gagliano C., Mazzoleni B., Rossi S. (2026), Rapporto Professioni Infermieristiche, Edizione 2026, FNOPI, Interdisciplinary Center Sant'Anna, MES.

Oner B, Zengul FD, Oner N, Ivankova NV, Karadag A, Patrician PA. (2021), Nursing-sensitive indicators for nursing care: A systematic review (1997-2017). Nurs Open. May;8(3):1005-1022.

Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P. (2018), What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. J Clin Nurs. Jun;27(11-12):2248-2259. doi: 10.1111/jocn.14058. Epub 2017 Oct 16. PMID: 28859254; PMCID: PMC6001747.

Rodella S., Botturi D., (2014), Esiti riferiti dal paziente. Patient reported Outcome. Concetti, metodi, strumenti. Dossier n.238-2014, Agenzia sanitaria e sociale regionale, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna

Smerat H, Abu Ejheisheh M, Ayed A, Aqtam I, Batran A. (2025), Patient satisfaction with the quality of nursing care in critical care units and medical wards in West Bank Hospitals, Palestine: A cross-sectional study. PLoS One. Apr 29;20(4):e0322804. doi: 10.1371/journal.pone.0322804. PMID: 40299966; PMCID: PMC12040242.

Stalpers D, Kieft RAMM, van der Linden D, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. (2016), Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. BMC Health Serv Res. Apr 6;16:120. doi: 10.1186/s12913-016-1372-z. PMID: 27052745; PMCID: PMC4823846.

Suhonen R, Leino-Kilpi H, Välimäki M, Kim HS. (2007), The Patient Satisfaction Scale--an empirical investigation into the Finnish adaptation. J Eval Clin Pract. Feb;13(1):31-8. doi: 10.1111/j.1365-2753.2006.00643.x. PMID: 17286721.

Tomietto M, Papastavrou E., Suhonen R., Leino-Kilpi H., Palese A.(2011), Misurare la soddisfazione del paziente: validazione della versione italiana della Patient Satisfaction Scale, Ann Ig 2011; 23: 1

VanFosson CA, Jones TL, Yoder LH. (2016), Unfinished nursing care: An important performance measure for nursing care systems. Nurs Outlook. Mar-Apr;64(2):124-136. doi: 10.1016/j.outlook.2015.12.010. Epub 2016 Jan 4. PMID: 26850334.

Veldhuizen JD, Hafsteinsdóttir TB, Mikkers MC, Bleijenberg N, Schuurmans MJ. (2021), Evidence-based interventions and nurse-sensitive outcomes in district nursing care: A systematic review. Int J Nurs Stud Adv. Nov 23;3:100053. doi: 10.1016/j.ijnsa.2021.100053. PMID: 38746719; PMCID: PMC11080545.

Veldhuizen JD, Schuurmans MJ, Mikkers MC, Bleijenberg N. (2022), Exploring nurse-sensitive patient outcomes in Dutch district nursing care: A survey study. Health Soc Care Community. Nov;30(6):e5624-e5636. doi: 10.1111/hsc.13988. Epub 2022 Sep 11. PMID: 36089814; PMCID: PMC10087021.

Visintini, C.; Palese, A. (2023), What Nursing-Sensitive Outcomes Have Been Investigated to Date among Patients with Solid and Hematological Malignancies? A Scoping Review. Nurs. Rep., 13,1101–1125. https://doi.org/10.3390/ Nursrep13030096 Academic Editor: Athina

Wolf Z.R. (2024), Outcomes Assessment: Identifying Nurse-Caring Sensitive Outcomes, *International Journal for Human Caring*, 28 (1), 1-3

Wong E. Y. H. ,Nursing Sensitive Outcome Indicators, Chapter Twelve, 120-139

Ringraziamenti

Nel corso del mio percorso di lavoro e di studi dare soddisfazione ai miei pazienti è sempre stato uno dei miei primi obiettivi a cui avrei dovuto dare la massima importanza, in tutte le sue meravigliose sfaccettature. Ascoltare, capire, anche solo essere un solido supporto a chi sta soffrendo per me costituisce la base della relazione di cura, senza la quale essa non potrebbe in alcun modo esistere. Una richiesta di aiuto, anche piccola, accontentata e un "grazie" per aver risolto un dubbio o aver sollevato una persona dal dolore per me costituisce già una vittoria. Aver avuto quindi la possibilità di esplorare questo meraviglioso elemento per me è stato un grande pregio ed onore del quale sono veramente soddisfatta.

Ringrazio il mio relatore, il Dott. Stefano Marcelli e la mia correlatrice, Dott.ssa Gloria D'Angelo per avermi accompagnato in questo percorso ed avermi permesso di vedere ancora meglio quanto sia profondo questo aspetto nella nostra professione.

Ringrazio mio marito Mattia, da anni mia solida spalla di sostegno, di gioia e di avventure, che mi accompagna e mi sostiene in tutte le mie e le nostre decisioni e nel nostro cammino di vita insieme.

Ringrazio tutta la mia famiglia, dai miei genitori Sandro e Greta, i miei fratelli Edoardo e Pietro, ai miei nonni, zii, cugini e a mia cognata Benedetta, per essere anche a distanza un sostegno in tutte le mie scelte e un porto di amore e affetto sicuro a cui tornare.

Ringrazio la famiglia di Mattia, coi miei suoceri Maria Luisa ed Antonio, mia cognata Aurora, a Rita, Angela e alla sua famiglia, che con il loro affetto e la loro cura, vicinanza, mi hanno supportata in questi anni dove siamo diventati parte di un nucleo più grande.

Ringrazio tutti i miei più cari amici ed amiche, miei compagni di avventure e disavventure con cui ho condiviso e condivido tutt'ora gioie, momenti di spensieratezza e di gioco, di allegria, anche di dolori ma sempre col sorriso e la voglia di stare sempre insieme.

Ringrazio tutti gli altri studenti e studentesse del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e la direttrice prof. Isabella Baglioni, insieme a tutti voi questo percorso, vissuto così serenamente nonostante i numerosi impegni e turni di lavoro, non sarebbe stato possibile.

Ringrazio i miei colleghi dell'Unità Operativa di Medicina Interna di San Benedetto del Tronto, con i quali condivido ogni giorno la bellezza e la crudezza di questa meravigliosa professione, portando ogni giorno vita ai nostri pazienti e sollievo alla morte in chi non riesce più.

Ringrazio gli studenti del corso di Laurea Triennale di Infermieristica della sede di Ascoli Piceno, il futuro della nostra professione, che a breve, con coraggio e tanta forza di volontà, entreranno anche loro a far parte di questo meraviglioso gruppo.

Infine ringrazio questa meravigliosa professione, che negli ultimi anni sta subendo troppe sofferenze ma che, nonostante tutto, arriva sempre al cuore di chi ne ha bisogno, tendendo la mano e senza mai lasciarla andare.

"L'assistenza infermieristica è un'arte; e se deve essere realizzata come un'arte, richiede una devozione totale e una dura preparazione, come per qualunque opera di pittore o scultore; con la differenza che non si ha a che fare con una tela o un gelido marmo, ma con il corpo umano" Florence Nightingale

Allegati

ALLEGATO N.1: SCHEDA RACCOLTA DATI

Ai sensi della normativa in materia di "Trattamento dei dati personali" (D. Lgs. 196/2003; Regolamento Europeo UE n.679/2016; D, Lgs. N. 101/2018), La informiamo che i dati personali da Lei forniti all'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ascoli Piceno, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A:

_____

_

AUTORIZZA

al Trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente

lì ____/___/___ Firma_____

Età: ___ Sesso: M F

Data di nascita: _____ Luogo di nascita:_

Professione svolta_____

☐ Grado di istruzione: Scuola primaria

☐ Licenza media

☐ Licenza media sup

☐ Laurea

Tipologia del ricovero: Programmato / Urgente

Data d'ingresso: _____

Comorbilità: _____, _____, _____,

_____, _____

==========

==========

 Ricoveri precedenti: SI NO

Motivo del ricovero: _____ Durata del ricovero: _____

Periodo: _____ UOC: _____

	BISOGNI TECNICO SCIENTIFICI	MOLTO INSODDISFATTO	INSODDISFATTO	SODDISFATTO	MOLTO SODDISFATTO
1)	PROFESSIONALITA' DEL PERSONALE INFERMIERISTICO				
2)	COME IL PERSONALE INFERMIERISTICO SI E' OCCUPATO DI ME				
3)	TEMPO CHE IL PERSONALE INFERMIERISTICO MI HA DEDICATO				

	BISOGNI DI INFORMAZIONE	MOLTO INSODDISFATTO	INSODDISFATTO	SODDISFATTO	MOLTO SODDISFATTO
4)	INFORMAZIONI CHE MI SONO STATE FORNITE DAGLI INFERMIERI				
5)	COME IL PERSONALE INFERMIERISTICO MI HA SPIEGATO LE COSE				
6)	COME GLI INFERMIERI MI HANNO PREPARATO ALLA DEGENZA				

7)	COME GLI INFERMIERI MI HANNO PREPARATO ALLA DIMISSIONE				
8)	COME I MIEI FAMIGLIARI SONO STATI PREPARATI ALLA MIA DIMISSIONE				

	BISOGNI DI INTERAZIONE E SUPPORTO	MOLTO INSODDISFATTO	INSODDISFATTO	SODDISFATTO	MOLTO SODDISFATTO
9)	LIVELLO DI ASSISTENZA DI QUESTO OSPEDALE				
10)	TIPO DI ASSISTENZA CHE MI E' STATA OFFERTA				
11)	QUALITA' DI ASSISTENZA CHE HO RICEVUTO				