



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Le “cure mancate”:  
analisi delle percezioni  
degli studenti ed infermieri**

Relatrice: Chiar.ma  
Prof.ssa  
**VALENTINA  
SIMONETTI**

Tesi di Laurea di:  
**CHIARA  
SETTIMI**

A.A. 2018/2019

*Troppo spesso sottovalutiamo il potere di un tocco,  
di un sorriso, di una parola gentile, di un po' di simpatia,  
di un complimento sincero o del più piccolo gesto d'amore,  
tutte cose che potrebbero trasformare radicalmente  
la vita di qualcuno.*

*Leo Buscaglia*

# INDICE

<b>1. Missed nursing care .....</b>	<b>1</b>
1.1. Background.....	1
1.2. Evoluzione storia della professione infermieristica.....	3
1.3. Da Infermiere diplomato a Infermiere laureato .....	5
1.4. Dal mansionario all'autonomia.....	7
1.5. Missed Nursing Care: confronto tra competenze di base e competenze avanzate.....	10
<b>2. Lo studio.....</b>	<b>14</b>
2.1. Introduzione.....	14
<b>3. Obiettivo.....</b>	<b>19</b>
<b>4. Materiali e Metodi.....</b>	<b>20</b>
4.1. Disegno di studio .....	20
4.2. Setting.....	20
4.3. Campione.....	20
4.3.1. Criteri di inclusione.....	20
4.3.2. Criteri di esclusione.....	20
4.4. Procedure di studio .....	21
4.5. Campionamento.....	21
4.6. Descrizione dello strumento di raccolta dati.....	21
4.7. Analisi statistiche.....	22
4.8. Considerazioni etiche.....	22
<b>5. Risultati .....</b>	<b>23</b>
5.1. Risultati relativi ai dati socio-anagrafici.....	23
5.2. Risultati relativi la frequenza delle cure perse.....	26
5.3. Risultati relativi alle ragioni delle cure perse .....	31
<b>6. Discussione .....</b>	<b>34</b>
6.1. Limiti .....	37
<b>7. Conclusione .....</b>	<b>38</b>
7.1. Implementazioni per la pratica clinica.....	38
7.2. Implementazioni per le future ricerche.....	40
<b>8. Bibliografia .....</b>	<b>41</b>

<b>9. Allegati.....</b>	<b>45</b>
9.1. Allegato 1-Questionario.....	45
9.1.1. Questionario somministrato agli infermieri .....	45
9.1.2. Questionario somministrato agli studenti.....	49
9.2. Allegato 3-Autorizzazione Dirigenti .....	53
9.3. Allegato 4-Autorizzazione Presidente di corso .....	55
<b>10. Ringraziamenti.....</b>	<b>57</b>

# 1. MISSED NURSING CARE

## 1.1 BACKGROUND

Negli ultimi anni, a causa della crisi finanziaria globale, nel tentativo di attenersi a rigide politiche di revisione della spesa, “Spending Review”, la classe dirigenziale ospedaliera si è vista costretta a risparmiare denaro, contenendo le spese e congelando l'assunzione di nuovi infermieri, aumentando di fatto il carico assistenziale dei professionisti sanitari in forza presso le strutture: in Italia, infatti, il rapporto infermiere-paziente è di 1/9, molto più elevato rispetto al resto d'Europa (1/6) (Sasso et al., 2016).

L'esame delle spese sostenuto dall'Ente ospedaliero per il funzionamento dei suoi uffici e per la fornitura di servizi ai cittadini, allo scopo di ridurre gli sprechi e di apportare miglioramento al bilancio, ha portato inesorabilmente delle gravi conseguenze come un aumentato rischio di complicanze per gli utenti, l'aumento degli esiti negativi per i pazienti fra cui incremento della mortalità, oltre che conseguenze ostili per gli infermieri come insoddisfazione lavorativa, elevato stress e/o burnout, turnover e abbandono del posto di lavoro (Sist et al. 2016).

Tutto ciò porta a “*Missed Nursing Care*” o “*Care Left Undone*”; la prima persona a parlare di “*Missed Nursing Care*” fu Kalish (2006), il quale le definì come “qualsiasi aspetto della cura del paziente richiesta che viene omessa (in parte o nel suo insieme) o ritardata”.

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha dichiarato che le “*Missed Nursing Care*” sono errori di omissione. Queste cure sono state oggetto di interesse a livello internazionale e, negli ultimi anni, è cresciuto anche nel contesto italiano grazie a diversi fattori tra i quali la partecipazione al progetto RN4CAST insieme a 28 paesi Europei e non (Sist et al., 2016). Nel 2009 Kalisch elaborò il cosiddetto, Missed Nursing Care Model (MNC), un modello che si basa sulla teoria degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione della qualità in ambito sanitario di Donabedian (Nappo & Di Lorenzo, 2015). Il modello del MNC mette in relazione le caratteristiche degli ospedali e delle unità operative, il *Missed Nursing Care*, con gli effetti sullo staff assistenziale e sul paziente. Quando una o più di queste risorse mancano da un'organizzazione o durante un periodo di lavoro, gli infermieri devono dare la priorità alle loro attività di cura e questo porta ad un'attività infermieristica ritardata o omessa.

Le “*Missed Nursing Care*” esprimono un fenomeno in cui alcune attività assistenziali proprie degli infermieri non sono erogate a causa di diversi fattori, quali carenze di risorse, di collaborazione nel team o di comunicazione, senza tuttavia che vi sia una esplicita intenzione del singolo professionista a tralasciarle.

Il fenomeno è ad oggi identificato con termini diversi, ognuno dei quali presenta specifiche sfumature in accordo al contesto culturale, formativo, assistenziale, sanitario e politico di riferimento. In Italia, non è ancora disponibile una terminologia univoca anche se appare prevalere quella di cure infermieristiche perse; tuttavia quello che meglio riflette nel contesto italiano le “*Missed Nursing Care*” è il termine cure infermieristiche compromesse, ossia “cedere qualche aspetto, qualche parte di quanto promesso (pianificato, necessario, concertato) per gestire una controversia”, ovvero il contrasto tra quello che sarebbe necessario al paziente e quello che effettivamente può essere erogato (Palese et al., 2018).

I dati italiani riportati nello studio RN4CAST, rispetto alle cure mancate, mostrano che la percentuale media di cure mancate è pari al 41% (Sasso et al.,2019).

Queste cure omesse riducono la qualità dell’assistenza, causano errori, complicanze ospedaliere e in definitiva portano a risultati negativi per il paziente come insoddisfazione delle cure e riammissione/riospedalizzazione (Kim et al., 2017); inoltre le “*Missed Nursing Care*” rappresentano un importante problema per la sicurezza del paziente in quanto aumentano la mortalità, morbilità, infezioni, ulcere da pressione e cadute (Ball et al., 2014). Infatti, lo studio RN4CAST condotto in Italia nel 2015 mostra che le cure infermieristiche omesse limitano la possibilità degli infermieri di erogare assistenza di qualità e impediscono ai pazienti di ottenere prestazioni sicure ed esiti migliori (Sasso et al.,2019).

Le cure infermieristiche mancate essendo una minaccia all’assistenza di qualità vanno misurate, identificate le cause e gestite attraverso interventi di prevenzione. Non ci sono, però, ad oggi degli strumenti gold standard per la misurazione di queste cure compromesse. Valutare qualcosa che di fatto non esiste è un’operazione complessa la cui accettabilità scientifica è ancora in discussione.

Tuttavia, la misura periodica delle cure infermieristiche è un’opportunità per migliorare la qualità dell’assistenza ed aumentare la sicurezza dei pazienti, identificare precocemente il fenomeno e tracciarne i trend, nonché disegnare interventi per prevenire il fenomeno.

## 1.2 EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Il concetto di “ad-sistere”, ovvero stare accanto, viene storicamente legato a figure differenti.

Con l’avvento del cristianesimo i fornitori di assistenza infermieristica erano: donne consacrate, vergini laiche e le cristiane; successivamente nel medioevo l’assistenza veniva assicurata soprattutto dal clero all’interno di conventi, monasteri e lungo le vie di pellegrinaggio.

Verso la fine del ‘400 si iniziò a distinguere i malati in base alle loro condizioni e alle loro necessità assistenziali. Gli infermieri, religiosi e laici, dovevano conoscere non più solo le sacre scritture, ma le varie malattie e i medicinali con i quali trattarle.

In seguito sarà il periodo dell’umanesimo che porterà l’accostamento dei concetti di salute e malattia secondo un approccio scientifico.

La vera svolta per la figura infermieristica fu legata a Florence Nightingale (1820-1910), nobildonna inglese dalla forte vocazione religiosa, a lei è possibile attribuire propriamente il titolo di “infermiera”. La Nightingale durante la guerra di Crimea, applicò un nuovo metodo organizzativo per garantire, l’igiene dell’ambiente e un’assistenza personalizzata. Riuscì a ridurre in maniera formidabile, il tasso di mortalità e fu tra i primi a comprendere l’importanza dell’epidemiologia e statistica medica, per interpretare le informazioni sull’evoluzione di una malattia e sull’efficacia delle prestazioni fornite. Tornata in patria, la Nightingale offrì il suo principale contributo nell’ambito della formazione, istituendo nel 1860 la “*Nightingale school*”, prima scuola-convitto dalla durata di un anno.

Il sistema formativo della Nightingale aveva come obiettivo la padronanza, da parte dell’infermiera diplomata, di competenze tecniche e dell’irreprensibilità di carattere e condotta.

Successivamente nel corso dello sviluppo della scienza infermieristica si sono susseguiti differenti elaborazioni concettuali che, a partire dalla metà del ventesimo secolo, si sono tradotte in paradigmi e teorie dell’assistenza. Tutte basate sul cosiddetto metaparadigma dell’infermieristica, la cornice filosofica del sapere professionale. Esso racchiude quindi al suo interno, tutto ciò che è pertinente alla scienza infermieristica, ed è formato da quattro concetti fondamentali: uomo/assistito, salute/malattia, ambiente/contesto sociale e assistenza infermieristica. L’insieme di questi elementi rappresenta quindi un interesse per la globalità dell’essere umano e dei suoi bisogni (visione olistica), del modo in cui la singola persona vive la salute e la malattia e si prende cura di sé durante l’infermità, non dimenticando mai la continua interazione dell’uomo con l’ambiente in cui si trova.

Ad oggi, la disciplina infermieristica possiede tutti gli attributi ritenuti più importanti per essere considerata una professione: il possesso di una base di conoscenze scientifiche e tecniche ed il perseguimento di un interesse di natura collettiva, una formazione tecnica formale ed istituzionalizzata, l’esistenza di associazioni professionali, una forma di riconoscimento giuridico da parte dello Stato e l’adozione di un codice deontologico.

Possiamo quindi definire che l'assistenza infermieristica è l'uso del giudizio clinico nell'erogazione di cure che va a rendere la persona capace di migliorare, mantenere o di recuperare la salute affinché sia garantita la miglior qualità di vita possibile.

Quindi possiamo affermare che attualmente l'infermiere è quella figura professionale che, utilizzando un pensiero critico, ovvero un'analisi scientifica e sistematica del quadro complessivo del paziente, identifica il problema di salute collaborando con il medico, valuta il bisogno di assistenza infermieristica e pianifica gli interventi e successivamente valuta criticamente i risultati dell'assistenza erogata sulla base delle conoscenze, dell'esperienza, dell'intuito e delle preferenze del paziente.

Questo processo viene definito "piano di assistenza", ovvero lo strumento che rende visibile il ragionamento dell'infermiere.

Per raggiungere questo livello, la scienza infermieristica ha subito un processo di evoluzione che ha coinvolto il mondo della formazione e dell'esercizio professionale, contribuendo a consolidare l'identità professionale dell'infermiere che oggi risulta essere il responsabile dell'assistenza infermieristica generale.



### **1.3 DA INFERMIERE DIPLOMATO A INFERMIERE LAUREATO**

In Italia, l'istituzionalizzazione della formazione infermieristica si è realizzata molto lentamente. Il primo passo che ha dato inizio a questo processo fu segnato dal R.D.L. n. 1832 del 25 agosto 1925 che istituisce le prime scuole professionali convitto per gli infermieri, di durata biennale e con requisito di accesso, ma non di esclusione, la licenza di scuola elementare.

Successivamente con la Legge 1046 del 1954 nascono le scuole per infermieri generici.

Nel 1956 con la Legge 1420 divenne obbligatorio il possesso della licenza di scuola media inferiore, per accedere alle scuole convitto.

L'evoluzione formativa infermieristica è stata segnata dall'accordo di Strasburgo siglato nel 1969, che stabilì i requisiti di accesso minimi alle scuole-convitto e unificò i contenuti della formazione infermieristica a livello Europeo.

La Legge n. 124 del 1971 ha apportato fondamentali cambiamenti, quali la trasformazione delle scuole-convitto in scuole per infermieri professionali, l'ammissione di allievi maschi, il possesso del diploma di scuola media inferiore come requisito di ingresso e l'età minima di accesso di 16 anni.

Successivamente con la Legge 795 del 1973 l'Italia ha ratificato l'accordo di Strasburgo, applicando gran parte delle disposizioni previste.

In particolare, a decorrere dall'anno scolastico 1975/76 il corso di studio è stato suddiviso in tre anni e l'insegnamento infermieristico di base è stato fissato ad un minimo di 4600 ore di cui 1750 di teoria e 2850 di tirocinio. Lo studente è stato affiancato da un infermiere diplomato durante tutto il suo percorso e sono stati revisionati i programmi di studio. Per l'ammissione occorre aver superato il secondo anno di scuola media superiore.

Il pieno sviluppo della formazione infermieristica inizia negli anni 90, con la Legge 341 del 1990, ovvero la "prima riforma universitaria". Nasce così, il diploma universitario triennale di primo livello in scienze infermieristiche, la prima indispensabile tappa che ha portato gli infermieri nel sistema universitario del nostro Paese.

Successivamente la Legge n. 421 del 1992 ha regolamentato il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per la specializzazione post-laurea.

I D.lgs n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, hanno previsto la soppressione della formazione regionale e a decorrere dal gennaio 1996 l'obbligo della formazione universitaria per tutte le figure professionali sanitarie. Inoltre viene atteso come requisito di accesso il possesso del diploma di scuola secondaria superiore quinquennale.

Le successive tappe nell'evoluzione della formazione infermieristica sono state sancite dalla legge 509 del 1999, la "seconda riforma universitaria".

Quest'ultima si è resa necessaria con l'obiettivo di abbreviare i tempi di conseguimento del titolo di studio e ridurre gli abbandoni, per creare un sistema di studi articolato su due livelli e facilitare la mobilità degli studenti a livello nazionale e internazionale con la creazione del sistema di crediti formativi universitari.

Va così a delinarsi il percorso universitario con la laurea di 1° livello e la formazione post-base (Master di 1° livello) e/o il diploma di specializzazione post laurea. Al 2° livello si colloca la Laurea Specialistica, il cui percorso si propone sostanzialmente di sviluppare le seguenti competenze: visione di sistema, sviluppo organizzativo e professionale, elevate capacità di pianificazione, conduzione e programmazione, elevate capacità di negoziazione e integrazione multi-professionale. Il percorso formativo si conclude con i Master di 2° livello, il Dottorato di ricerca e/o il diploma di specializzazione post specializzazione.

Successivamente il Decreto Ministeriale 2-4-2001 istituisce formalmente i Corsi di Laurea infermieristici; inoltre suddivide le professioni sanitarie in 4 classi di laurea: professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche, professioni sanitarie della riabilitazione, professioni sanitarie tecniche e professioni sanitarie della prevenzione.

Il percorso di cambiamento continua con la Legge 270 del 2004, ovvero la “terza riforma universitaria” che va a modificare le denominazioni dei corsi di laurea. Si parlerà quindi di laurea e laurea magistrale e non più di diploma di laurea e di laurea specializzazione.

Nel 2006 in Italia si istituiscono i primi dottorati in Scienze infermieristiche, è questa la tappa che completa il percorso formativo della professione infermieristica nel nostro Paese.

Quanto ricordato non è avvenuto solo e principalmente per rispondere alle esigenze della professione infermieristica, ma perché i bisogni sanitari, la domanda espressa dai cittadini e la cultura dell'organizzazione sanitaria sono progressivamente cambiate. L'Università offre il valore aggiunto di una docenza costantemente vincolata alla ricerca, alla rivisitazione dei contenuti disciplinari, al diffuso utilizzo del pensiero critico, alla capacità/possibilità di assumere responsabilità assistenziali, alla condivisione dell'interdipendenza come valore e come strumento per affrontare i problemi assistenziali, all'atteggiamento di ricerca, allo status riconosciuto dalla società.

Inoltre questo processo di cambiamento della formazione è stato accompagnato dall'evoluzione dell'esercizio della professione infermieristica.

## 1.4 DAL MANSIONARIO ALL'AUTONOMIA

Sotto il profilo dell'esercizio professionale, l'evoluzione normativa ha contrassegnato, con tappe precise, il passaggio dalla logica mansionaria a quella dell'autonomia.

Partiamo dal 1940 con il D.R. 1310 quando viene approvato il primo mansionario, un atto regolamentare fortemente esecutivo, in cui vi erano elencate tutte le attività a cui l'infermiere doveva attenersi. Questo strumento normativo ha caratterizzato il ruolo dell'Infermiere per diversi anni, mettendo in evidenza prevalentemente un ruolo di mero esecutore, imponendo quindi una responsabilità molto limitata.

Successivamente nasceva l'esigenza di un organo giuridico che fosse in grado di assumere la legale rappresentanza per la difesa e la tutela della categoria. Con la Legge n. 1049 del 29 ottobre 1954, infatti, vengono istituiti i Collegi delle infermiere professionali, delle assistenti sanitarie visitatrici e delle vigilatrici d'infanzia (IPASVI). L'istituzione dei Collegi è stato indice di un grosso fervore e vivacità della professione.

L'approvazione della legge, sopra citata, viene considerata "precoce" rispetto al processo di professionalizzazione dell'infermiere, in quanto quest'ultimo è da considerarsi ancora nella sua fase "germogliativa".

Successivamente nel 1974 con la Legge 225 il mansionario subì delle modifiche, in quanto cresceva negli infermieri la necessità di un proprio profilo professionale.

Prima di poter vedere sanciti la responsabilità e l'autonomia della professione devono trascorrere venti anni di totale immobilità normativa in campo infermieristico, e solo con il D.M. 739 del 14 settembre 1994, viene definito il nuovo profilo professionale dell'Infermiere che attribuisce allo stesso la piena titolarità e responsabilità dell'assistenza generale infermieristica.

L'art.1 decreta che l'infermiere è l'operatore professionale responsabile dell'assistenza generale infermieristica. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale ed educativa. Compete all'Infermiere agire sul piano della relazione e dell'educazione, oltre che della tecnica, allargando il quadro delle proprie competenze e delle proprie responsabilità. L'Infermiere partecipa attivamente all'identificazione dei bisogni di salute della persona, identifica i bisogni di assistenza, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale.

Con il D.M. 739/94 il professionista cambia la metodologia di lavoro e modifica il proprio ruolo nell'assunzione responsabile di un processo assistenziale, legato al raggiungimento di specifici risultati. Il professionista diventa a pieno titolo un componente dell'équipe multidisciplinare, come definito nel comma 3/e dove si stabilisce che l'infermiere agisce sia individualmente che in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. Come stabilito nel comma 3/f per l'espletamento delle sue funzioni può avvalersi dell'opera delle figure di supporto.

Con il comma 3/g si afferma che l'infermiere svolge la sua attività in strutture pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o libero professionale. Inoltre nel comma 4 e 5 si stabilisce che l'infermiere è l'operatore professionale che contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre all'aggiornamento personale e della ricerca, il comma 5 definisce le competenze avanzate.

Successivamente, la Legge 42/99 cancella definitivamente dalla normativa la definizione di "professione sanitario ausiliario", abroga il mansionario e sancisce 3 criteri guida, ovvero profilo professionale, formazione base e post-base e codice deontologico, e 2 criteri limite, ossia le competenze mediche e quelle delle altre professioni sanitarie.

L'evoluzione continua con l'emanazione e l'entrata in vigore della Legge 251/2000, che sancisce definitivamente la legittimità dell'agire professionale dell'Infermiere. Al primo comma dell'art.1 si legge testualmente: "gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza".

I criteri di riferimento della responsabilità infermieristica attengono quindi, ai contenuti dell'assistenza stessa acquisiti durante la formazione, ai doveri etico morali, alla pianificazione, attuazione e documentazione del processo di nursing nella realtà organizzativa.

Inoltre la Legge 251/2000 viene comunemente indicata anche come "Legge della dirigenza" in quanto nell'art. 5 prevede l'istituzione delle lauree specialistiche, per la dirigenza della professione.

Un altro passo importante per l'evoluzione dell'esercizio della professione infermieristica è segnato dalla Legge 43 del 2006. Essa definisce che, le professioni sanitarie, in possesso di un titolo abilitante, rilasciato dallo Stato svolgono attività di prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; inoltre definisce l'iter formativo e abilitate alla professione, i luoghi di formazione autorizzati, l'obbligo di iscrizione all'albo e della formazione continua in medicina (ECM). Stabilisce inoltre che i collegi professionali dovranno essere trasformati in ordini professionali e infine suddivide i professionisti in: Professionista (laureato o equipollente), Professionista specialista (con master), Professionista coordinatore (con master in coordinamento o management e almeno tre anni come dipendente), Professionista dirigente (con laurea specialistica/magistrale e cinque anni come dipendente).

Come sopra detto, i Collegi dovevano essere trasformati in ordini e questo è avvenuto definitivamente con la legge "Lorenzin" numero 3 del 2018.

Così si è completato il percorso di valorizzazione della professione, rafforzando ulteriormente gli obiettivi dell'autonomia e della diretta responsabilità di tali attività.

Quando si parla di responsabilità conviene definire dapprima il concetto, trae le sue origini dal latino "respondeo", che sta a significare l'atto di assicurare, presentarsi, comparire, garantire, rispondere all'appello o alla citazione. Tradizionalmente, la responsabilità professionale viene suddivisa in tre ambiti: responsabilità penale (obbligo di rispondere per azioni che costituiscono un reato), è personale, non trasferibile a terzi; responsabilità civile (obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato); responsabilità disciplinare che per i liberi professionisti diventa responsabilità ordinistico-disciplinare. È personale, non trasferibile a terzi.

## **1.5 MISSED NURSING CARE: CONFRONTO TRA COMPETENZE DI BASE E COMPETENZE AVANZATE**

Il risultato di questa evoluzione, ha portato nel tempo allo sviluppo di due differenti competenze, quelle di base e quelle avanzate. Le cure di base come le cure infermieristiche avanzate riflettono due dimensioni non necessariamente sempre presenti. Devono essere pensate, ovvero basarsi sul ragionamento clinico e possono quindi richiedere livelli diversi di competenza ed intervento tecnico in accordo alla loro complessità. Ad esempio alimentare un paziente disfagico è un'elevata complessità e richiede un ragionamento clinico (valutazione della disfagia, comprensione della gravità e scelta del miglior intervento) (Palese et al., 2019).

Il consiglio internazionale degli infermieri (ICN) stabilisce che per competenza si intende "l'applicazione effettiva di una combinazione di conoscenze, abilità e giudizio, dimostrata da un individuo nella pratica quotidiana o nella prestazione lavorativa" (Kalden et al., 2019).

Per conoscenze di base si intende l'assistenza infermieristica che si apprende all'inizio di una professione per le sue caratteristiche semplici, elementari e quindi successivamente da sostituire con qualcosa di più complesso. Si intende quindi, l'insieme delle attività che favoriscono il soddisfacimento dei bisogni fondamentali dell'assistito, essendo finalizzata al recupero, al mantenimento e allo sviluppo del livello di benessere e di autonomia dell'individuo stesso. Soddisfare i bisogni fondamentali di una persona è altro, rispetto al semplice soddisfacimento dei bisogni fisici, vuol dire, anche, soddisfare i bisogni psicosociali e relazionali. Inoltre le cure infermieristiche fondamentali riflettono occasioni per prendersi cura dell'altro, assicurando confort e dignità, entrare in relazione oltre che raccogliere dati clinici e prendere decisioni (Palese et al., 2019).

Le cure di base sono un passaggio chiave su cui poi si articola ogni successivo atto di cura.

Sebbene l'assistenza di base è un concetto consolidato, negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione verso i modi in cui tale assistenza viene erogata nella pratica dagli infermieri (Vollman, 2009). In particolare, questa attenzione, è data da un aumento della popolazione anziana, dalla migrazione globale, dalle condizioni di salute complesse caratterizzate da co-morbilità e dallo sviluppo di malattie croniche e incurabili.

Tuttavia, la rinnovata attenzione per l'assistenza di base è sostenuta principalmente dalla crescente evidenza di ricorrenti insuccessi nel soddisfare le esigenze di assistenza delle persone, con conseguente scarsa sicurezza dei pazienti e qualità delle cure. Alcuni studi di contesti sanitari hanno riportato un deficit in numerosi fondamenti dell'assistenza, tra cui l'alimentazione e l'idratazione, ma anche riguardo l'eliminazione (Feo & Kitson, 2016). Gli infermieri segnalano la mancanza regolare di cure di deambulazione e di lesione da pressione.

Anche l'igiene personale, compresa la cura orale, viene regolarmente persa; gli infermieri di uno studio statunitense riportano che i pazienti non venivano lavati per due o tre giorni. Anche i bisogni psicosociali e culturali dei pazienti vengono sistematicamente trascurati (Feo & Kitson, 2016).

La comunicazione di base, ossia come presentarsi a pazienti e alle famiglie, spesso non si verifica. Molti pazienti, insieme alle loro famiglie, segnalano la mancanza di informazioni adeguate da parte dei professionisti sanitari, che spesso non spiegano gli aspetti dell'assistenza in modo che, gli assistiti possono comprenderli a pieno (Feo & Kitson, 2016). Inoltre pazienti che hanno necessità di un interprete, molto spesso non lo ricevono.

Il supporto emotivo, in particolare, è un'altra area in cui irregolarità e incoerenze sono comuni. I pazienti in ospedale dichiarano di non essere in grado di trovare un membro del personale con cui parlare delle loro preoccupazioni; mentre gli infermieri riferiscono di non occuparsi costantemente dei bisogni emotivi o psicosociali dei pazienti (Feo & Kitson, 2016).

Questa scarsa considerazione delle cure di base ha creato una divisione nell'assistenza, con infermieri più istruiti ed esperti che svolgono azioni tecniche e curative come la somministrazione di farmaci e la cura delle ferite chirurgiche, mentre infermieri meno qualificati si stanno concentrando sulle cure fondamentali (Feo & Kitson, 2016).

In molte organizzazioni sanitarie, l'assistenza di base è ora fornita da assistenti sanitari. Questa riorganizzazione dell'erogazione delle cure non solo riflette una strategia di riduzione dei costi (un minor numero di infermieri laureati significa meno soldi spesi per gli stipendi) ma è anche scaturita dalla convinzione di molti infermieri, che fornire cure di base non fa più parte del loro lavoro.

Nel tentativo di scoprire i motivi alla base di queste mancanze, alcuni studiosi, clinici e responsabili politici stanno osservando gli ambienti in cui si svolgono le cure sanitarie, incolpando la carenza di personale, una scarsa combinazione di competenze e tagli ai finanziamenti per l'impossibilità degli infermieri di erogare cure fondamentali (Aiken et al., 2014).

Sebbene il tempo e le pressioni economiche facciano senza dubbio la loro parte, si sostiene che la causa principale del problema risiede nel modo in cui viene percepita l'assistenza fondamentale.

I fondamenti dell'assistenza sono resi "invisibili" e successivamente considerati contributi marginali degli esiti dei pazienti, di conseguenza vengono forniti da personale di livello inferiore.

Pertanto, problemi di sistema più ampi, come il numero di infermieri, costituiscono solo una parte del problema - e solo una parte della soluzione (Feo & Kitson, 2016).

Allo stesso tempo, per cura avanzata si intende la pratica infermieristica avanzata che si occupa principalmente di migliorare le capacità, le conoscenze e il ruolo dell'infermiere oltre i tradizionali confini professionali.

A causa dei diversi titoli e ruoli ricoperti dall'infermiere specialista in ambito europeo, si può affermare che non esiste un definitivo chiarimento del concetto di pratica infermieristica avanzata.

Al contempo il Consiglio Internazionale degli Infermieri (ICN) nel 2009 definisce l'*advanced practice nurse* (APN) come segue: "un'infermiere laureato con conoscenze specialistiche, complesse capacità decisionali e competenze cliniche necessarie per la pratica".

La principale differenza tra un APN e un infermiere laureato è la capacità dell'APN di assumere casi più complessi e gestirli con maggiore indipendenza, giudizio e responsabilità.

Nell'ultimo decennio, la Commissione Europea, attraverso il processo di Bologna, ha istituito un sistema di qualifiche, comparabili in tutta Europa, che ha aggiornato l'istruzione infermieristica istituendo un percorso accademico superiore, che comprende una laurea triennale, la magistrale, master e programmi di dottorato. Quindi si può affermare che la professione infermieristica avanzata definisce un livello di pratica che utilizza capacità, esperienza e conoscenze estese e ampliate nella valutazione, pianificazione, attuazione e diagnosi delle cure richieste.

Tutto ciò, viene applicato all'interno della relazione infermiere-paziente / cliente per ottenere risultati ottimali attraverso l'analisi critica, la risoluzione dei problemi e il processo decisionale basato sull'evidenza.

La pratica avanzata ha un impatto positivo sulla sicurezza del paziente, diminuisce gli eventi avversi, previene la sindrome da burnout grave, riduce i tassi di logoramento e minimizza il carico di lavoro degli infermieri. Inoltre la presenza di APN ha un impatto positivo sulla qualità delle cure, sulla durata del soggiorno, mortalità, soddisfazione del paziente e sui costi.

Nonostante i progressi nei programmi educativi infermieristici e nella pratica professionale, la regolamentazione legale e il riconoscimento dei nuovi ruoli APN non sono stati ancora sviluppati. Ciò crea confusione, minando il loro pieno potenziale, che può essere raggiunto solo se si arrivasse al loro riconoscimento e all'attuazione. L'attuale mancanza di riconoscimento e quadro giuridico portano, l'APN e gli infermieri specializzati, nell'impegnarsi in una pratica infermieristica avanzata frammentaria e incompleta, aumentando le barriere e la confusione sui ruoli di entrambe le figure lavorative (Guerra et al., 2018).

Nonostante l'esistenza di queste competenze, sopra definite, si rilevano delle mancanze nel processo di assistenza, portando così all'erogazione di prestazioni di scarsa qualità.

Molti sono gli studi che analizzano le cause di queste perdite. Tra queste troviamo: gli infermieri compiono atti o attività non infermieristiche (*non nursing task*) caratterizzate da un'assistenza non diretta alla persona che potrebbe essere erogata da altre figure (demansionamento).



Come definito anche dallo studio RN4CAST, il professionista si adopera per il 54% in attività non correlate all'assistenza e il 74% ad attività di tipo burocratico-amministrativo (Sasso et al., 2016).

Inoltre la maggior parte degli infermieri svolge quotidianamente attività considerate non infermieristiche per un tempo che equivale ad 1/3 del turno lavorativo.

Dal punto di vista degli infermieri, svolgere attività 'non infermieristiche' aumenta la loro insoddisfazione personale, la percezione di 'sprecare il proprio tempo', il rischio di burnout e di conflitti all'interno del team (Grosso et al., 2019).

La FNOPI (2018) ha suggerito che gli infermieri non devono chiedere alle organizzazioni di evitare gli atti 'demansionanti' quanto piuttosto, di insistere sulla necessità di poter esprimere la propria professionalità.

Un'altra possibile causa di erogazione di prestazione di bassa qualità, e di conseguenza esiti negativi sul paziente, è dato dal rapporto numerico infermiere-paziente, oltre che dalla composizione del gruppo di assistenza (*staffing*), il livello di formazione raggiunta da ciascun membro del gruppo, la composizione tra varie professionalità all'interno del gruppo (*skill mix*), il modo di ognuno di "stare" nel gruppo, ovvero la gratificazione, la soddisfazione o addirittura l'intenzione di cambiare ospedale (*turnover*) o lasciare la professione di infermiere, e il burnout (Sasso et al., 2019).

Come dimostrato dai risultati dello studio RN4CAST, ogni volta che il rapporto pazienti-infermiere è inferiore o uguale a 6:1 la mortalità diminuisce del 20% nelle medicine e del 17% nelle chirurgie. Inoltre, la riduzione della mortalità è pari al 30% quando almeno il 60% del personale assistenziale possiede una formazione specifica infermieristica (Sasso et al., 2019).

La svalutazione dell'assistenza è stata identificata anche da parte degli studenti infermieri. Le prove, suggeriscono che gli studenti infermieri percepiscono i compiti di cura come facenti parte di una gerarchia, con l'assistenza infermieristica di base posizionata in basso rispetto alle abilità tecniche, più complesse che fanno parte delle competenze avanzate (Feo & Kitson, 2016).

Questo è causato anche dal fatto che, gli studenti osservano regolarmente gli infermieri intraprendere solo lavori tecnici considerati più nobili, come effettuare la terapia o le medicazioni, piuttosto che le cure fondamentali. Quest'ultime generalmente vengono erogate da personale di supporto e non da infermieri (Feo & Kitson, 2016). Alcuni studenti hanno persino lamentato che intraprendere compiti di assistenza di base limita le loro opportunità di apprendimento.

Così gli studenti, iniziano a equiparare l'assistenza infermieristica al lavoro tecnico piuttosto che alla cura olistica della persona, portandoli a ritenere l'assistenza fondamentale non più come il cardine del ruolo dell'infermiere.

## 2. LO STUDIO

### 2.1 INTRODUZIONE

Attualmente, gli infermieri non riescono sempre ad eseguire in modo completo, le attività a cui sono tenuti, quali prevenzione, assistenza e educazione sanitaria. Tali interventi non eseguiti o posticipati prendono il nome di “*Missed Nursing Care*”, ovvero cure mancate/perse.

Negli ultimi 15 anni questo concetto è stato molto esaminato, con crescente interesse soprattutto negli ultimi 5 anni. Il primo ricercatore che fece riferimento alle “*Missed Care*”, fu Sochalski (2004) che le definì come “*tasks-undone*”, ovvero mansioni incompiute. Tale concetto comprendeva una vasta serie di azioni come ad esempio educare il paziente, eseguire l'igiene, documentare problemi e risultati. Queste azioni incompiute risultarono essere un indicatore della qualità dell'assistenza inversamente proporzionali ad essa

Le cure perse possono generare effetti avversi che minano la salute e la sicurezza del paziente ed è necessario essere a conoscenza della problematica, saperla valutare e anticipatamente prevenirla.

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha dichiarato che le “*Missed Nursing Care*” sono errori di omissione (Sist et al., 2016).

La responsabilità di tipo omissivo dell'infermiere è del tutto autonoma. Tutti gli operatori di una struttura sanitaria, sono infatti “*ex-lege*” ovvero portatori di una posizione di garanzia, un obbligo di protezione nei confronti del paziente, la cui salute è ad essi affidata e che essi devono tutelare dai pericoli che ne minaccino l'integrità.

L'infermiere, quindi è una figura professionale autonoma e titolare di una specifica posizione di garanzia a tutela del paziente. Questo principio, è ben esplicitato anche nel codice deontologico laddove, all'art. 9, si afferma che “l'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere”. Questo “non nuocere” non può comprendere unicamente condotte commissive, giacché anche nel “non fare” l'infermiere ha la possibilità di arrecare danno.

Inoltre l'art. 29 ribadisce che “l'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari”. Proprio per questa norma, il professionista deve essere in grado di approntare la giusta sorveglianza sul paziente, affinché quest'ultimo non sia esposto a pericoli generati anche dalle cure mancate.

Il concetto di cure mancate fu ripreso e messo a fuoco da Kalisch (2006) che iniziò a fare delle ricerche più approfondite riguardo questo fenomeno. Definì le cure perse come qualsiasi cura infermieristica necessaria al paziente che viene però omessa (completamente o parzialmente) o rimandata.

Nel suo studio qualitativo, eseguito con interviste su 25 focus group, che coinvolgevano infermieri di Unità Operative mediche e chirurgiche di due ospedali, le cure infermieristiche omesse con maggior frequenza erano: la deambulazione, la mobilizzazione passiva, l'igiene del cavo orale, la corretta compilazione della documentazione, dare sostegno emotivo, documentare i bilanci e fare sorveglianza. Inoltre identificò anche le cause attribuite a questo fenomeno quali: carenza di personale, aumento della richiesta di assistenza, utilizzo inappropriato o mancanza delle risorse materiali, sindrome del "non è il mio lavoro", deleghe inefficaci, abitudini e negazione (Kalish, 2006); quindi si può affermare che maggiormente vengano omesse attività che distinguono le competenze infermieristiche da quelle di altre professioni della salute (Sasso et al., 2016).

Nel 2009 Kalish sviluppò un modello, il "*Missed Nursing Care Model*", che raggruppando ed elaborando i risultati del precedente studio, illustra le diverse categorie di elementi che contribuiscono a generare il fenomeno.

Questo modello è formato da: gli antecedenti che nell'ambiente delle cure facilitano o ostacolano l'assistenza, gli elementi del processo di nursing, le percezioni degli infermieri e il processo di decisione come valori, credenze e abitudini, le cure che sono portate a termine come pianificato e quelle che vengono omesse o rimandate (le cure perse) e gli esiti sui pazienti.

Gli antecedenti si suddividono in tre grandi categorie ovvero risorse umane, risorse materiali e comunicazione. Prima fra tutto è la carenza di personale, con cui si intende, il rapporto infermiere-paziente inadeguato per personale insufficiente o eccessivo carico di lavoro, ma anche turni con personale inferiore a quello preventivato a causa di malattie, ferie o altro e infine la presenza eccessiva di personale neoassunto o inesperto.

La letteratura dimostra che ogni volta si aumenti 1 paziente per ciascun infermiere, rispetto al consentito 1:7, aumenta del 23% l'indice di burnout, del 7% la mortalità dei pazienti e del 7% il rischio che l'infermiere non si renda conto delle complicanze a cui il paziente sta andando incontro.

Sussiste poi l'aumento della richiesta di assistenza nei reparti, che si verifica quando le situazioni cliniche cambiano improvvisamente, ad esempio in caso di emergenze, nuovi ingressi, dimissioni da organizzare e ne risulta che l'infermiere è portato a mettere da parte o a posticipare altre azioni infermieristiche che richiederebbero tempo e che vengono considerate non prioritarie (Kalish et al., 2006, 2011).

Altro antecedente delle cure perse è la carenza o l'utilizzo inappropriato delle risorse, come la mancanza di presidi, di farmaci o di attrezzature che devono perciò essere, ad esempio, richieste ad altri reparti, allungando i tempi di attesa.

Un'ulteriore potenziale problema è rappresentato dalla mancanza di collaborazione e comunicazione nel team. Il lavoro di squadra è un importante fattore che contribuisce all'erogazione di un'assistenza di qualità e alla limitazione delle cure perse. Essendo infatti l'ambiente infermieristico molto complesso, pieno di attività da svolgere, diventa impossibile per il professionista eseguire tutti i compiti da solo. Se è presente un team cooperativo che fa gioco di squadra, è molto più probabile che la cura non venga omessa. Ogni membro del team, dovrebbe infatti credere che il lavoro sia “nostro”, e non solo del singolo membro dello staff a cui è affidato quel paziente, facendo sì che la cooperazione e il gruppo diventino più importanti dei singoli componenti (Kalish, 2009b).

Le cure perse, secondo Kalisch, non sono solo determinate da questi antecedenti, ma un importante ruolo è giocato anche dal processo di nursing (accertamento, diagnosi, pianificazione, interventi e valutazione), un approccio scientifico e organizzato che porta a pianificare l'assistenza.

Altri fattori che generano le cure perse, sono i processi interni all'assistenza stessa, ossia: le norme del team, il processo di decision-making, i valori e le credenze personali e le abitudini (Kalish et al., 2009).

Ogni gruppo ha infatti una serie di regole, che dividono i comportamenti tra accettabili e non accettabili, alcune in modo più ferreo altre meno. Ogni membro quando si integra impara queste norme a cui si attiene, imitando i comportamenti degli altri. Questo non sempre è un bene soprattutto se porta a eseguire azioni sulla base delle abitudini, senza che l'individuo pensi e ponderi con la propria testa e la propria conoscenza.

Le abitudini quindi, sono intese come fenomeno per cui, se un'azione non viene fatta per un certo periodo di tempo, sarà più facile dimenticarsi di farla e diventerà consuetudine non eseguirla (Kalish, 2006). Questo accade anche per l'integrazione degli studenti infermieri.

Le cure perse possono essere considerate il più diretto indicatore della carenza di qualità e possono inoltre essere potenzialmente usate per identificare all'interno delle Unità Operative i problemi emergenti prima che si verifichino con conseguenze avverse (Ball et al., 2013).

Le cure mancate riducono la qualità dell'assistenza, causano errori, complicanze ospedaliere e in definitiva portano a risultati negativi per il paziente come insoddisfazione delle cure e riammissione/riospedalizzazione (Kim et al., 2018); inoltre le “*Missed Nursing Care*” rappresentano un importante problema per la sicurezza del paziente in quanto aumentano la mortalità, morbilità, infezioni, ulcere da pressione e cadute (Ball et al., 2013). Oltre a ciò hanno anche un impatto negativo sulla qualità e sui costi delle cure (Kalish et al., 2009).

Le cure perse hanno effetti anche sui professionisti, in particolare sembrano essere collegate alla volontà o meno di lasciare il lavoro/cambiare Unità Operativa.

A tutto questo si aggiungono anche sentimenti di frustrazione, colpa, angoscia che emergono quando l'infermiere non è in grado di provvedere a tutte le cure necessarie e richieste dal paziente (Kalish et al., 2011b). Ciò porta alla perdita della soddisfazione nel proprio lavoro.

Nello studio RN4CAST italiano il 36% degli infermieri riportano che, se avessero avuto l'opportunità, avrebbero abbandonato la loro professione nei prossimi 12 mesi e la principale età di questi infermieri era di 41 anni e non di quelli vicino alla pensione (Sasso et al., 2016).

Non riuscire a completare le attività nel proprio turno conduce infine al loro posticipo e all'emergere di un effetto a cascata sugli infermieri del turno successivo. Questi ultimi, trovandosi a dover svolgere maggiori attività rispetto alla norma, sono costretti ad attivare sistemi di compensazione, andando a comprimere i tempi di esecuzione di altre attività o a posticiparle direttamente ai turni successivi (Kalish et al., 2011).

Recentemente in Italia, il Sistema Sanitario Nazionale ha dovuto affrontare notevoli tagli dovuti alla politica di contenimento dei costi, che hanno colpito in modo particolare le unità mediche, riducendo le risorse assistenziali e i supporti necessari alla cura.

Nello studio di Saiani et al., (2011), che ha coinvolto medicine e chirurgie di dieci Aziende Sanitarie ed Ospedaliere pubbliche, è risultato che 6 Medicine su 10 non arrivano a garantire quello che è stato individuato come livello soglia di sicurezza pari a 200 minuti totali di assistenza al giorno per paziente, con un rapporto infermiere-paziente minimo di 1:10.

I dati riportati nello studio RN4CAST, rispetto alle cure mancate, mostrano che la percentuale media di cure mancate in Italia è pari al 41% (Sasso et al., 2019).

L'infermiere, in tutto questo, diventa un attore principale che “si impegna -nell'interesse primario degli assistiti- a compensare le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera” (Palese et al., 2015). Perciò dal momento che le cure perse hanno come conseguenza effetti negativi sulla salute del paziente e sulla sua sicurezza, diventa necessario e d'obbligo conoscere questo argomento, analizzarlo e cercare di risolverlo per quanto possibile.

Mentre molta attenzione è stata prestata all'esame di tali cure perse e potenziali azioni correttive, poco interesse è stato prestato alla potenziale, o effettiva, conseguenza sugli studenti infermieri nella pratica (Bagnasco et al., 2017).

Ad oggi, non sono stati riportati studi empirici sull'impatto delle cure mancate sugli studenti (Gibbon et al., 2014). Di conseguenza, è ragionevole presumere che gli studenti siano esposti a episodi di mancata assistenza durante il loro tirocinio e quindi è possibile che ciò possa contribuire negativamente alla loro professionalizzazione (Bagnasco et al., 2017).

Proprio per questo, gli educatori dovrebbero considerare l'effetto, sull'apprendimento e sullo sviluppo professionale degli studenti infermieri quando assistono a cure incomplete durante i loro tirocini.

Recenti rapporti hanno identificato gli studenti come: "gli occhi e le orecchie del servizio oggi" (Department of Health, 2015, p. 26).

Inoltre, gli universitari sono: "esposti quotidianamente a situazioni reali in cui possono assistere a incidenti riguardanti la sicurezza pubblica e dei pazienti. Sono quindi, in una posizione particolarmente favorevole per individuare cose che potrebbero andare storto. Sono un nuovo paio di occhi, desiderosi di apprendere e fornire sfide costruttive basate sull'apprendimento e la ricerca attuali. Il loro senso comune, la cura e la compassionevole natura non sono ancora ammaccati dalle cicatrici delle precedenti esperienze" (Francis, 2015: 178).

Forse, attribuire questo ruolo di sorveglianza agli studenti infermieri non è realistico e li imposta per essere coinvolti in situazioni di cui non possono prevederne le conseguenze e lo stress che ciò comporta, può portarli a lasciare il loro posto di studio o addirittura a lasciare del tutto la loro istruzione (Bagnasco et al., 2017).

Gli studenti sono parte integrante, anche se temporanea, del team clinico e avranno quindi un potenziale per l'esposizione e partecipazione ad aspetti delle cure mancate (Bagnasco et al., 2017). Infatti, gli studenti durante la loro esperienza formativa clinica, entrano in un periodo di formazione (Melia, 1987) durante il quale assumono le caratteristiche di coloro che li circondano (Bagnasco et al., 2017). Si potrebbe sostenere che tali influenze negative potrebbero far divenire le cure mancate come normalità (Gibbon et al., 2018). Questo perché il personale più esperto considera le cure perse come routine, dando un cattivo esempio. Di conseguenza, è probabile che i neoassunti o gli studenti infermieri replicheranno le cure mancate come routine. Una volta che diventa comune omettere determinati aspetti dell'assistenza, anche gli infermieri che non sono d'accordo con questo atteggiamento, si sentiranno probabilmente sotto pressione per comportarsi in modo simile.

Lo scopo della presente indagine è quello di comprendere se nelle Unità Operative, prese in considerazione, è presente il fenomeno delle "*Missed Nursing Care*", capire quali sono le cure che vengono perse con maggior frequenza e indagare le rilevanti cause che gli infermieri attribuiscono alle cure perse.

Inoltre si indagherà se gli studenti infermieri, che hanno effettuato tirocinio nelle Unità Operative prese in considerazione, osservano il fenomeno delle cure perse e quali di queste vengono maggiormente lasciate.

Infine, si effettuerà una comparazione tra la percezione dello studente con quella dell'infermiere. Questo confronto ci permetterà di valutare l'eventuale esistenza di un "circolo vizioso" per la formazione dell'universitario.

### **3. OBIETTIVI DELLO STUDIO**

Gli obiettivi del presente studio sono:

- Indagare, attraverso una valutazione della percezione degli infermieri e degli studenti, quali sono le cure che vengono omesse con maggior frequenza e ricercare le relative ragioni per cui vengono perse.
- Effettuare una comparazione tra la percezione dello studente con quella dell'infermiere.

## **4. MATERIALI E METODI**

### **4.1 DISEGNO DI STUDIO**

Il disegno di studio utilizzato è di tipo osservazionale, trasversale (cross-sectional).

### **4.2 SETTING**

L'indagine è stata condotta dal 12 marzo al 19 agosto 2019, dopo aver raccolto il parere positivo da parte della Direzione Sanitaria, dai Direttori delle Unità Operative e del Presidente della Sede Universitaria. La ricerca si è svolta interessando sia il personale infermieristico che gli studenti, presso l'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno e il corso di Laurea in Infermieristica con sede ad Ascoli Piceno. Sono state coinvolte le Unità operative di: Medicina Donne, Medicina Uomini, Pneumologia, Chirurgia e Rianimazione. Per l'università sono stati coinvolti i ragazzi del secondo e terzo anno di studi.

### **4.3 CAMPIONE**

#### **4.3.1 CRITERI DI INCLUSIONE**

Sono stati inclusi nello studio:

- Infermieri
- che prestano servizio sia come full-time che part-time, presso le Unità Operative sopra citate;
- studenti del secondo e terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica
- che hanno effettuato tirocinio nelle Unità Operative precedentemente elencate;
- infermieri e studenti che, resi edotti circa la finalità dello studio, hanno accettato di partecipare, rispondendo al questionario;
- che, rispondendo al questionario, abbiano dato più del 50% delle risposte;

#### **4.3.2 CRITERI DI ESCLUSIONE**

Dallo studio sono stati esclusi:

- Studenti del primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica
- gli infermieri che, nel periodo di somministrazione del questionario non erano presenti nelle Unità Operative per ferie, malattia, infortunio e congedo parentale;
- studenti e infermieri che non hanno accettato di partecipare;



#### **4.4 PROCEDURE DI STUDIO**

Prima di iniziare tutto il lavoro è stata richiesta l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria, per la somministrazione dei questionari all'interno dell'Ospedale Mazzoni, e al Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica.

Successivamente, sono stati informati sia i Coordinatori che i Direttori delle Unità Operative prese in esame, circa le modalità e finalità dello studio. Solo dopo il loro consenso e secondo le modalità da loro fornite, è stato avviato lo studio ed è stato somministrato il questionario.

In ogni questionario è stata riportata una breve introduzione illustrando gli obiettivi dello studio e le modalità con cui si sarebbero raccolti i dati, sottolineando che sarebbe stato garantito l'anonimato. A disposizione di tutti i partecipanti vi era inoltre il progetto di tesi per un eventuale approfondimento in merito al presente studio. I questionari sono stati somministrati in forma cartacea in modalità "face to face" sia agli infermieri che agli studenti, dando loro un tempo per la compilazione di massimo 20 minuti. I questionari compilati sono stati successivamente riconsegnati in busta chiusa per garantire l'anonimato.

#### **4.5 CAMPIONAMENTO**

Il reclutamento è avvenuto mediante campionamento di convenienza. Tutti gli infermieri e studenti che, nel periodo di riferimento, hanno espresso la volontà a partecipare allo studio sono stati arruolati consecutivamente.

#### **4.6 DESCRIZIONE DELLO STRUMENTO DI RACCOLTA DATI**

Lo strumento di raccolta dati, MISSCARE Survey (All.1/2), è stato ripreso dallo studio di Sist et al. (2016), e modificato in base al contesto. È un questionario anonimo ed è composto da 3 parti.

Nella prima parte troviamo una sezione anagrafica per raccogliere notizie generali su coloro che hanno partecipato allo studio, dove si chiede genere, età, anni di esperienza lavorativa, tipo di formazione, anno di corso universitario, anni di esperienza di tirocinio e specifica nell'Unità Operativa attuale, per avere una descrizione del campione selezionato.

A seguire, si trova la seconda parte dello strumento dove si chiede ai partecipanti di indicare, secondo la propria percezione, la frequenza con cui le 21 azioni infermieristiche vengono omesse/posticipate nella loro U.O., tramite una scala Likert da raramente omissa/posticipato a sempre omissa/posticipato.

Infine nella terza parte troviamo l'elenco delle cause, dove si chiede ai partecipanti di indicare l'importanza che attribuisce a ciascuna di esse nel provocare le cure perse, tramite una scala che va da fattore significativo, moderato, minore e non una ragione per cure infermieristiche omesse.

#### **4.7 ANALISI STATISTICHE**

I dati raccolti, sono stati inseriti in un foglio di calcolo Excel e successivamente elaborati utilizzando le funzioni del programma stesso che ha permesso la generazione dei risultati.

I dati sono stati analizzati attraverso una valutazione descrittiva, in cui le variabili qualitative sono state esaminate attraverso l'utilizzo della percentuale e della frequenza; mentre le variabili quantitative sono state analizzate anche attraverso la media e la deviazione standard.

#### **4.8 CONSIDERAZIONI ETICHE**

Lo studio è stato intrapreso solo dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte del Direttore Sanitario ASUR AV5 di Ascoli Piceno, Dott.ssa D. Sansoni, e del Dirigente delle Professioni Sanitarie ASUR AV5, dott.ssa M.R. La Rocca (All.2). Inoltre l'autorizzazione è stata chiesta al Presidente del Corso di Laurea in Infermieristica, il Prof. G. Barbatelli (All.3).

L'indagine verrà condotta secondo quanto previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica e di Etica in ambito della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (D. L.vo 196/2003).

## **5. RISULTATI**

Su un campione di 68 infermieri, hanno aderito alla compilazione del questionario un totale di 65 professionisti. Di questi 65, solo 2 questionari non sono stati considerati validi, in quanto metà delle domande erano prive di risposta. I 63 moduli sono così suddivisi, 36 dell'area medica, 11 dell'area chirurgica e 16 di quella critica.

Per quanto riguarda gli studenti, hanno aderito alla compilazione del questionario un totale di 60 studenti.

Il totale complessivo di 123 questionari compilati rappresentano la fonte di elaborazione dei seguenti risultati definitivi.

### **5.1 RISULTATI RELATIVI AI DATI SOCIO-ANAGRAFICI**

Dei 123 questionari che costituiscono il campione, la maggioranza è rappresentata da infermieri (52%) e il 48% da studenti.

Date le risposte dagli infermieri, si evincono i seguenti risultati. Tra gli operatori che hanno aderito alla compilazione troviamo 46 donne (73%) e 17 uomini (27%). L'età media degli intervistati è di circa 44 anni, considerata una fascia di età che va da 25 a 61. La distribuzione delle risposte per quanto riguarda gli anni di servizio è così riportata: <1 anno solo il 2%, tra 1-5 anni il 14%, tra 6-10 il 24% e >10 il 60%. Per quanto riguarda l'Unità Operativa di appartenenza, i risultati mostrano che il 57% degli interrogati appartiene all'area medica che include: Medicina Donne, Medicina Uomini e Pneumologia; il 17% appartiene all'area chirurgica e il 25% a quella di area critica. Il 49% degli intervistati ha dichiarato di possedere il diploma infermiere; il 44%, invece, ha affermato di fruire della Laurea in Infermieristica e solo il 5% ha espresso di essere in possesso della formazione post base, Laurea Magistrale.

Tutto ciò viene rappresentato nella tabella numero 1.

Tabella 1 - Caratteristiche socio-demografiche del campione – infermieri (n = 63)

Variabili	Totale campione
<i>Genere,</i>	%
Maschi	27
<b>Femmine</b>	<b>73</b>
Età media (SD)	43.59 (9.76)
25-34	22
35-44	21
<b>45-54</b>	<b>41</b>
55-64	16
<i>Anni di Servizio,</i>	%
<1	2
1-5	14
6-10	24
<b>&gt;10</b>	<b>60</b>
<i>Unità Operativa di appartenenza,</i>	%
<b>Medica</b>	<b>57</b>
Chirurgica	18
Critica	25
<i>Formazione,</i>	%
<b>Diploma Infermiere</b>	<b>49</b>
Laurea Infermieristica	44
Laurea Magistrale	5
Diploma Universitario	2
DDSI/DAI	0
Dottorato di Ricerca	0

In base alle risposte date dagli studenti, si evincono i seguenti risultati. Gli aderenti alla compilazione risultano essere 51 donne (85%) e 9 uomini (15%). L'età media degli intervistati è di circa 24 anni, considerata una fascia di età che va da 20 ai 40 anni. Gli interrogati, hanno dichiarato di frequentare il seguente anno di studio, così come riportato: il 35% degli alunni, che hanno partecipato alla compilazione del questionario, frequenta il secondo anno di università; il 58% frequenta il terzo anno e solo il 7% dichiara di essere fuori corso. Gli universitari intervistati hanno espresso di avere la seguente esperienza di tirocinio: il 21% ha esperienza nel primo e secondo anno; il 39% in tutti e 3 gli anni universitari e nessuno ha espresso di non avere esperienza o di averla solo nel primo anno. Gli studenti infine, hanno espresso di aver effettuato tirocinio nelle seguenti unità operative: il 42% degli allievi interrogati ha effettuato tirocinio in area medica; il 20% in area chirurgica e infine il 38% in area critica. Tutto ciò viene rappresentato attraverso la tabella numero 2.

**Tabella 2 - Caratteristiche socio-demografiche del campione – studenti (n = 60)**

<b>Variabili</b>	<b>Totale campione</b>
<i>Genere,</i>	%
Maschi	15
Femmine	<b>85</b>
Età media (SD)	23.93 (5.12)
20-26	<b>83</b>
27-33	8
34-40	8
<i>Anno di corso,</i>	%
Primo anno	0
Secondo anno	35
<b>Terzo anno</b>	<b>58</b>
Fuori corso	7
<i>Esperienza di tirocinio,</i>	%
Nessuna	0
Primo anno	0
Primo e secondo anno	35
<b>Primo, secondo e terzo anno</b>	<b>65</b>
<i>Unità Operativa,</i>	%
<b>Medica</b>	<b>42</b>
Chirurgica	20
Critica	38

## 5.2 RISULTATI RELATIVI LA FREQUENZA DELLE CURE PERSE

Nella seconda parte del questionario, è stato chiesto agli intervistati di indagare la loro percezione delle cure perse, nelle Unità Operative prese in considerazione. Questo ha permesso di misurare la frequenza con cui queste cure si verificano.

Tale frequenza è stata calcolata attraverso una scala Likert suddivisa in: raramente (la cura non viene omessa), occasionalmente, frequentemente, sempre (la cura è sempre omessa/posticipata) e non applicabile (quando la cura non viene effettuata del tutto in quella Unità Operativa o se viene effettuata da un'altra figura professionale).

Dall'analisi dei questionari compilati, dal punto di vista degli infermieri, emerge che le cure perse percepite più frequentemente sono: il monitoraggio del bilancio idrico (21 persone, 33%), la cura del CVP/CVC e valutazione dello score secondo politica ospedaliera (19 persone, 30%), la deambulazione del paziente tre volte al giorno o come da pianificazione (18 persone, 29%).

Mentre le cure percepite meno omesse e/o posticipate si sono rivelate essere: il lavaggio delle mani (40 persone, 63%), il monitoraggio della glicemia come programmato (39 persone, 62%) e infine la valutazione dei segni vitali (37 persone, 59%).

Dall'osservazione delle schede compilate dagli studenti, risulta che le cure perse percepite più frequentemente sono: la cura del cavo orale (18 persone, 30%) e il monitoraggio del bilancio idrico (13 persone, 22%). Inoltre dall'analisi delle risposte, ottenute dagli studenti, è evidente che, più frequentemente il paziente non viene girato ogni due ore (16 persone, 27%).

Al contrario le cure che vengono percepite come raramente perse sono: il monitoraggio della glicemia come programmato (55 persone, 92%), valutazione segni vitali come programmato (54 persone, 90%), il lavaggio mani (52 persone, 87%), la cura delle ferite e lesioni da decubito (48 persone, 80%) e la cura del CVP/CVC e valutazione dello score secondo politica ospedaliera (48 persone, 80%).

Oltre a ciò, dalle risposte degli universitari, emerge che cure come la preparazione del pasto e del setting per pazienti autosufficienti (33 persone, 55%), l'insegnamento al paziente i piani per la propria cura dopo la dimissione e quando chiamare dopo la dimissione (22 persone, 37%), la deambulazione 3 volte al giorno o come programmato (22 persone, 37%) e il supporto ad alimentarsi per pz non autosufficienti (21 persone, 35%) sono state valutate come "non applicabili", in quanto ritenute effettuate da altri professionisti o proprio non effettuate nell'Unità Operativa.

Quanto enunciato sopra, viene riportato nella tabella 3 che segue.

**Tabella 3. Percezione degli infermieri relative alla frequenza delle cure perse**

Item	% di risposte espresse dagli infermieri	% di risposte espresse dagli Studenti
<b>1. Deambulazione 3 volte al giorno o come programmato</b>		
1) Sempre	29	8
2) Frequentemente	26	17
3) Occasionalmente	6	30
4) Raramente	14	8
5) Non applicabile	25	37
<b>2. Girare il paziente ogni 2 ore</b>		
1) Sempre	8	13
2) Frequentemente	38	27
3) Occasionalmente	28	32
4) Raramente	13	18
5) Non applicabile	13	10
<b>3. Cura del cavo orale</b>		
1) Sempre	19	30
2) Frequentemente	17	13
3) Occasionalmente	19	20
4) Raramente	40	33
5) Non applicabile	5	4
<b>4. Valutare efficacia della terapia farmacologica</b>		
1) Sempre	14	2
2) Frequentemente	21	10
3) Occasionalmente	27	20
4) Raramente	32	57
5) Non applicabile	6	11
<b>5. Insegnamento al paziente di procedure test e altri studi diagnostici</b>		
1) Sempre	1	5
2) Frequentemente	21	5
3) Occasionalmente	32	23
4) Raramente	19	32
5) Non applicabile	27	35
<b>6. Compilazione corretta della documentazione infermieristica</b>		
1) Sempre	19	8
2) Frequentemente	21	18
3) Occasionalmente	17	27
4) Raramente	41	47
5) Non applicabile	2	0

<b>7. Supporto ad alimentarsi per pz non autosufficienti</b>		
1) Sempre	10	5
2) Frequentemente	19	7
3) Occasionalmente	24	8
4) Raramente	25	45
5) Non applicabile	22	35
<b>8. Somministrazione terapia entro 30 minuti dall'orario stabilito</b>		
1) Sempre	22	8
2) Frequentemente	16	8
3) Occasionalmente	19	22
4) Raramente	40	62
5) Non applicabile	3	0
<b>9. Assistenza al pz con bisogno di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata</b>		
1) Sempre	8	3
2) Frequentemente	24	3
3) Occasionalmente	25	25
4) Raramente	22	35
5) Non applicabile	21	34
<b>10. Risposta alla chiamata entro 5 minuti</b>		
1) Sempre	16	0
2) Frequentemente	11	3
3) Occasionalmente	16	12
4) Raramente	30	55
5) Non applicabile	27	30
<b>11. Supporto emotivo al paziente e/o ai familiari</b>		
1) Sempre	22	3
2) Frequentemente	25	10
3) Occasionalmente	18	40
4) Raramente	35	35
5) Non applicabile	0	12
<b>12. Cura delle ferite e lesioni da decubito</b>		
1) Sempre	27	3
2) Frequentemente	9	5
3) Occasionalmente	3	12
4) Raramente	59	80
5) Non applicabile	2	0



<b>13. Cura del CVP/CVC e valutazione dello score secondo politica ospedaliera</b>		
1) Sempre	30	3
2) Frequentemente	6	3
3) Occasionalmente	2	14
4) Raramente	62	80
5) Non applicabile	0	0
<b>14. Insegnare al paziente i piani per la propria cura dopo la dimissione e quando chiamare dopo la dimissione</b>		
1) Sempre	9	0
2) Frequentemente	16	12
3) Occasionalmente	29	18
4) Raramente	22	33
5) Non applicabile	24	37
<b>15. Rivalutazione del paziente ad ogni turno e in base a modifiche delle condizioni generali del paziente</b>		
1) Sempre	17	8
2) Frequentemente	30	10
3) Occasionalmente	19	40
4) Raramente	24	39
5) Non applicabile	10	3
<b>16. Preparazione del pasto e del setting per pazienti autosufficienti</b>		
1) Sempre	16	5
2) Frequentemente	25	3
3) Occasionalmente	8	14
4) Raramente	24	23
5) Non applicabile	27	55
<b>17. Valutazione segni vitali come programmato</b>		
1) Sempre	25	3
2) Frequentemente	11	3
3) Occasionalmente	3	4
4) Raramente	59	90
5) Non applicabile	2	0
<b>18. Lavaggio mani</b>		
1) Sempre	25	12
2) Frequentemente	10	1
3) Occasionalmente	0	0
4) Raramente	63	87
5) Non applicabile	2	0

<b>19. Monitoraggio della glicemia come programmato</b>		
1) Sempre	27	5
2) Frequentemente	10	1
3) Occasionalmente	0	0
4) Raramente	62	92
5) Non applicabile	1	2
<b>20. Monitoraggio bilancio idrico</b>		
1) Sempre	33	22
2) Frequentemente	21	10
3) Occasionalmente	6	5
4) Raramente	38	62
5) Non applicabile	2	1
<b>21. Somministrazione terapia al bisogno</b>		
1) Sempre	28	5
2) Frequentemente	10	3
3) Occasionalmente	13	17
4) Raramente	48	70
5) Non applicabile	1	5

### 5.3 RISULTATI RELATIVI ALLE RAGIONI DELLE CURE PERSE

Per quanto concerne l'ultima parte del questionario, è stato chiesto agli intervistati di indagare la loro percezione sulle ragioni che scaturiscono le cure perse, nelle Unità Operative prese in considerazione. Questo ha permesso di misurare le cause da cui queste cure si generano.

Tale ricerca è stata effettuata attraverso una scala Likert suddivisa in: fattore significativo (la ragione scatena una cura persa), fattore moderato, fattore minore e non una ragione (la causa non scatena le cure perse).

Gli infermieri hanno ritenuto come ragioni più rilevanti delle cure perse: l'inadeguato numero di personale (44 persone, 70%), l'inadeguato numero di personale assistenziale (43 persone, 68%), la fornitura di attrezzatura non disponibile quando necessario (31 persone, 49%), l'apparecchiatura non funzionante quando necessario (29 persone, 46%), seguito da farmaci non disponibili quando necessario e la tensione o interruzione della comunicazione nella squadra infermieristica (27 persone, 43%).

Le cause ritenute meno importanti sono state invece: inadeguate cure fornite dalle altre Unità Operative (20 persone, 32%), incarichi per i pazienti non equilibrati (20 persone, 32%), seguite dalla presenza di tensione o comunicazione interrotta tra le altre Unità Operative (19 persone, 30%), i caregivers che sono fuori Unità Operative (18 persone, 29%) e infine tensione o comunicazione interrotta con lo staff medico (17 persone, 27%).

Al contrario, gli studenti hanno espresso come ragioni più significative delle cure perse le seguenti: l'inadeguato numero di personale (38 persone, 63%), l'inadeguato numero di personale assistenziale (33 persone, 55%), le situazioni urgenti per i pazienti (24 persone, 40%), a seguire troviamo la tensione o interruzione della comunicazione all'interno della squadra infermieristica (19 persone, 32%) e infine troviamo la tensione o interruzione della comunicazioni con le altre Unità Operative (18 persone, 30%).

Le cause valutate, dagli studenti, meno importanti sono state: gli incarichi per i pazienti non equilibrati (31 persone, 52%), i caregivers che sono fuori dall'Unità Operative (21 persone, 35%), la mancanza di supporto da parte dei membri del team, aumentato imprevisto dell'acuità del paziente e infine inadeguate cure fornite dalle alte unità operative (14 persone, 23%).

Le risposte espresse dagli intervistati sono espresse nella tabella 4.

**Tabella 4. Percezione degli intervistati relative alle ragioni delle cure perse**

Item	% di risposte espresse dagli infermieri	% di risposte espresse dagli studenti
<b>1. Tensione o interruzioni della comunicazione all'interno della squadra infermieristica</b>		
1) Fattore significativo	43	32
2) Fattore moderato	18	43
3) Fattore minore	22	10
4) Non una ragione	17	15
<b>2. Mancanza di supporto da parte dei membri del team</b>		
1) Fattore significativo	24	20
2) Fattore moderato	36	40
3) Fattore minore	24	23
4) Non una ragione	16	17
<b>3. L'infermiere non ha comunicato che la cura non è stata fatta</b>		
1) Fattore significativo	37	27
2) Fattore moderato	27	40
3) Fattore minore	19	18
4) Non una ragione	17	15
<b>4. I caregivers sono fuori unità operative o non disponibili</b>		
1) Fattore significativo	25	10
2) Fattore moderato	32	40
3) Fattore minore	29	35
4) Non una ragione	14	15
<b>5. Tensione o comunicazione interrotta con lo staff medico</b>		
1) Fattore significativo	30	25
2) Fattore moderato	33	47
3) Fattore minore	27	13
4) Non una ragione	10	15
<b>6. Tensione o comunicazione interrotta con le altre unità operative</b>		
1) Fattore significativo	27	30
2) Fattore moderato	30	40
3) Fattore minore	30	17
4) Non una ragione	13	13
<b>7. Le altre unità operative non hanno fornito le cure necessarie</b>		
1) Fattore significativo	29	27
2) Fattore moderato	25	40
3) Fattore minore	32	23
4) Non una ragione	14	10

<b>8. Incarichi per i pazienti non equilibrati</b>		
1) Fattore significativo	19	13
2) Fattore moderato	30	23
3) Fattore minore	32	52
4) Non una ragione	19	12
<b>9. Fornitura attrezzature non disponibile quando necessario</b>		
1) Fattore significativo	49	13
2) Fattore moderato	21	63
3) Fattore minore	19	15
4) Non una ragione	11	9
<b>10. L'apparecchiatura non funziona correttamente quando necessario</b>		
1) Fattore significativo	46	20
2) Fattore moderato	18	47
3) Fattore minore	22	22
4) Non una ragione	14	11
<b>11. I farmaci non sono disponibili quando necessario</b>		
1) Fattore significativo	46	23
2) Fattore moderato	27	53
3) Fattore minore	21	14
4) Non una ragione	6	10
<b>12. Inadeguato numero di personale</b>		
1) Fattore significativo	70	63
2) Fattore moderato	11	23
3) Fattore minore	9	2
4) Non una ragione	10	12
<b>13. Inadeguato numero di personale di assistenza</b>		
1) Fattore significativo	68	55
2) Fattore moderato	11	25
3) Fattore minore	14	8
4) Non una ragione	7	12
<b>14. Situazioni urgenti per il paziente</b>		
1) Fattore significativo	29	40
2) Fattore moderato	44	37
3) Fattore minore	17	18
4) Non una ragione	10	5
<b>15. Aumento imprevisto del volume e dell'acuità del paziente sull'unità</b>		
1) Fattore significativo	33	23
2) Fattore moderato	37	44
3) Fattore minore	16	23
4) Raramente	14	10

## 6. DISCUSSIONE

Le cure mancate sono state esaminate negli ultimi 15 anni, con crescente interesse soprattutto negli ultimi 5 anni.

Data l'attualità del concetto, il presente studio aveva gli obiettivi di indagare, quali fossero le cure omesse con maggior frequenza e ricercare, le ragioni per cui questo fenomeno si verificasse attraverso la valutazione degli infermieri che effettuano il loro servizio nelle Unità Operative prese in considerazione.

Inoltre, data l'assenza di studi sulla percezione degli studenti infermieri, rispetto alle cure mancate, la presente indagine aveva lo scopo di effettuare una comparazione tra la percezione dello studente con quella del professionista.

I principali risultati di questo studio spiegano, almeno in parte, cosa sta accadendo all'interno del processo di assistenza infermieristica. Rivelano infatti, che alcuni aspetti dell'assistenza non vengono completati.

Per quanto riguarda i risultati sulla frequenza delle cure mancate, gli infermieri hanno mostrato che le cure maggiormente perse riguardano il monitoraggio del bilancio idrico, la cura del CVP/CVC e la valutazione dello score secondo politica ospedaliera e la deambulazione del paziente tre volte al giorno o come da pianificazione.

A differenza dei risultati degli studi precedentemente analizzati, nei quali il monitoraggio del bilancio idrico e la cura del CVP/CVC risultavano cure effettuate quotidianamente in questo studio, invece, risultano essere cure completamente omesse. Non vi è però la possibilità di paragonare questi risultati con altri studi; certo è, che l'omissione di queste cure va a compromettere la sicurezza del paziente.

Al contrario, la deambulazione del paziente è una cura omessa presente anche in diversi studi sia a livello nazionale (Sist et al., 2016) che internazionale (Kalish et al. 2009). Questa omissione comporta risultati negativi per i pazienti come ad esempio delirio, polmonite, ritardo nella guarigione delle ferite, ulcere da decubito, aumento della durata della degenza e dimissione ritardata, aumento del dolore e del disagio, deperimento muscolare e affaticamento. Ciò probabilmente avviene perché questi interventi, per essere effettuati, richiedono sia del tempo sia la presenza contemporanea di due persone che stiano con lo stesso paziente e questo risulta non sempre possibile in situazioni con risorse inadeguate.

In accordo con gli studi di Sist et al. (2016) e Kalish et al. (2009), la valutazione del paziente ad ogni turno, girare il paziente ogni due ore, il supporto emotivo e la preparazione del pasto per i pazienti non autosufficienti, risultano cure che vengono omesse con frequenza dal 20 al 40%.

Si tratta di cure in cui gli infermieri hanno un ruolo centrale; nello specifico il supporto emotivo e la rivalutazione del paziente ad ogni turno rappresentano azioni strategiche per favorire la ripresa dell'assistito, ridurre le probabili complicanze e aumentare il coping del cliente.

Per quanto riguarda la preparazione del pasto e la movimentazione passiva, essendo esse cure di base, gli infermieri non necessariamente riescono a realizzarle e neppure a monitorare se queste cure sono state effettuate dagli operatori di supporto o dai caregivers.

Le cure percepite, dagli infermieri, omesse in minor misura risultano essere: il lavaggio delle mani, il monitoraggio della glicemia come programmato e la valutazione dei segni vitali. Al contrario di quanto riportato nello studio della Sist et al (2016), dove il monitoraggio della glicemia e la valutazione dei segni vitali rappresentano cure omesse.

Come riportato dai risultati sopra indicati, gli infermieri tralasciano attività distintive dell'infermieristica e specifiche per le competenze del professionista e, prevalentemente, preferiscono erogare attività pratiche come la somministrazione di farmaci e/o la cura delle ferite, in accordo con quanto emerso dallo studio di Sasso et al. (2016).

Di conseguenza si potrebbe affermare che i professionisti stanno tralasciando i *fundamental of care*, ovvero quelle cure di base riconosciute e affrontate dagli infermieri sotto la lente della relazione assistenziale persona-infermiere, della dimensione fisica e psicosociale dell'assistenza centrata sulla persona come ad esempio nutrizione, idratazione, eliminazione, comfort (inclusa la gestione del dolore) e il rispetto per la dignità e le scelte della persona.

Andando invece ad analizzare i risultati scaturiti dalla percezione degli studenti, si può osservare che le cure perse percepite più frequentemente sono: la cura del cavo orale e il monitoraggio del bilancio idrico. Inoltre dall'analisi delle risposte, si evince che, cure come il supporto emotivo al paziente, la rivalutazione dello stesso ad ogni turno, girarlo ogni due ore ed assisterlo nel bisogno di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata, sono cure perse con minore frequenza.

Al contrario le cure che vengono percepite, dagli studenti, come raramente perse sono: il monitoraggio della glicemia come programmato, valutazione segni vitali come programmato, il lavaggio mani, la cura delle ferite e lesioni da decubito e la cura del CVP/CVC e la valutazione dello score secondo politica ospedaliera.

Però non esistono studi che permettono il confronto di questi risultati, ma si può affermare che i seguenti esiti siano conformi con quanto riportato negli studi di Sist e Kalish.

Per quanto concerne, invece, le possibili cause scatenanti le cure omesse, emerge che, secondo gli infermieri, le più rilevanti sono: l'inadeguato numero di personale, la carente fornitura di risorse materiali come farmaci e/o attrezzature e infine i problemi di comunicazione.

La ridotta presenza di risorse umane e materiali potrebbe collegarsi, come detto in precedenza, ai tagli sanitari effettuati negli ultimi anni.

Come stabilito dallo studio RN4CAST, quando non si garantisce un organico adeguato e sufficiente di professionisti qualificati, viene negato il diritto di esercitare appieno la propria professione e la possibilità di mettere pienamente a frutto le proprie competenze. Di conseguenza: si mette a rischio la sicurezza del paziente, si generano outcomes negativi per i pazienti, si genera moral di-stress e burnout nei professionisti, aumentano i costi per la gestione degli esiti negativi e si crea un'immagine negativa per l'organizzazione

L'adeguatezza del personale ha un impatto positivo sulla sicurezza, mortalità ospedaliera e sul periodo di ricovero. Affinché questa venga garantita è necessario gestire al meglio il mix di competenze e il turnover. L'insieme di competenze rappresenta la composizione del personale infermieristico che può influire direttamente sugli esiti dei pazienti. Altrettanto un elevato turnover causa mancanza di infermieri qualificati, con un impatto negativo sull'adeguatezza del personale.

Pertanto, un mix di competenze improprio causato da un elevato turnover dovrebbe essere gestito affinché porti al miglioramento della qualità delle cure infermieristiche e a prevenire le cure infermieristiche mancate.

La carenza di risorse materiali, può portare alla manifestazione di cure omesse in quanto l'infermiere per erogare la cura nel miglior modo cerca di procurarsi il necessario chiedendo alle altre Unità Operative; ciò comporta un ritardo nell'erogazione della cura necessaria, un dispendio di energia ed errori nell'erogazione della terapia.

Un'ulteriore attenzione, però, va rivolta anche ai problemi di comunicazione che potrebbero essere causati da una mancanza di supporto dai membri del team, un'omessa segnalazione da parte dell'operatore di supporto alle cure non fornite e la presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto ma anche tra gli infermieri stessi o tra infermieri e staff medico sono anch'esse tra le cause di perdita di cure.

In aggiunta, secondo gli studenti, l'omissione delle cure può essere anche causata da situazioni urgenti per i pazienti e da un aumento imprevisto del volume e della criticità dell'assistito, come riportato anche nei risultati dello studio di Sist et al. del 2016.

Inoltre questi dati sono simili a quelli ricondotti nello studio di Kim et al del 2018, dove i partecipanti riportano che una delle principali cause delle cure omesse sono le emergenze. Questo avviene perché un'emergenza imprevista e il conseguente ritardo del lavoro di routine è un fattore responsabile delle Missed Nursing Care.

Tutto questo porta a erogare assistenza di scarsa qualità ed espone il paziente e il professionista stesso ad elevati rischi.



Infine, effettuando il confronto tra la percezione degli studenti con quella degli infermieri, rispetto al fenomeno delle “*Missed Nursing Care*”, si deduce, che in linea generale i risultati sono simili.

Gli studenti, però, hanno apprezzato lo studio, eseguendo minuziosamente il questionario posto, attuando una valutazione meticolosa delle cure e delle relative cause.

Si può quindi constatare che, anche se, le “*Missed Nursing Care*” non vengono trattate come argomento didattico nel Corso di Laurea, gli universitari, durante il tirocinio nelle Unità Operative hanno toccato con mano il fenomeno, permettendo loro di rilevare la gravità del problema.

Di conseguenza i risultati di questo studio sostengono la tesi espressa da B. Gibbon nella sua ricerca del 2018, in cui il ricercatore afferma che gli studenti sono esposti a episodi di “*Missed Nursing Care*” e ciò può contribuire negativamente alla loro formazione.

## **6.1 LIMITI**

Bisogna affermare che tale studio presenti delle limitazioni: innanzitutto il campione risulta essere molto piccolo, e i risultati ottenuti non sono generalizzabili, ma valevoli solo per le unità operative considerate. Inoltre il campione è sottoposto ad un’unica Azienda Ospedaliera.

Lo studio è basato sulle percezioni degli infermieri e degli studenti che potrebbero avere sovra o sottostimato il fenomeno.

Si fa presente anche che le cure perse elencate nel questionario corrispondono a quelle dello strumento tradotto dalla Sist nel 2016, che si rifaceva allo strumento utilizzato da Kalish nel 2006, perciò a distanza di 3 anni, potrebbero essere emerse nuove cure o altre potrebbero non essere più rilevabili.

## 7. CONCLUSIONI

Il fenomeno del “*Missed Nursing Care*”, conosciuto anche come errori di omissioni, rappresenta una problematica universale e generalizzabile sia a livello nazionale ma anche internazionale poiché presente in diversi contesti e sistemi sanitari.

A livello sopranazionale, sono stati fatti ampi studi sul concetto, i determinanti, lo strumento di misurazione e sugli effetti, tuttavia non ci sono ancora strategie efficaci per risolvere la problematica. Le conseguenze della mancata assistenza infermieristica presentano minacce alla sicurezza del paziente e non solo, perciò dovrebbero essere prese in considerazione per lo sviluppo di politiche statali e nazionali a livello globale.

### 7.1 IMPLEMENTAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Attraverso questo studio si potrebbe affermare che le cure perse sono un problema reale, presente e riconosciuto nell'ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno.

Gli interventi che vengono percepiti come omessi con maggiore frequenza sono quelli in cui il professionista potrebbe agire con maggiore autonomia e che rappresentano aspetti fondamentali dell'infermieristica stessa. Per quanto riguarda invece le ragioni delle cure mancate, quelle riferite con maggiore frequenza sono l'inadeguata quantità di personale, l'aumento inatteso delle condizioni critiche del paziente e la carenza di risorse materiali.

Con le attuali politiche sanitarie di contenimento dei costi e del blocco del turnover del personale ne consegue che è in aumento il numero dei pazienti a carico di ciascun infermiere; così come è in aumento il numero di attività e interventi assistenziali necessari ad ogni paziente. Indispensabile, quindi una programmazione delle attività definendo le priorità. Per fare ciò potrebbe essere utile integrare la formazione di base degli infermieri e degli studenti con l'analisi di strategie per stabilire quali cure rimandare strutturando un processo di decision-making.

In particolare, gli infermieri e gli studenti infermieri devono acquisire maggiore familiarità con l'analisi della cura mancata e valutare il disagio interiore (dissonanza) che ne deriva dall'omissione di un'attività di cura, pur sapendo che ciò è incompatibile con i valori dell'assistenza infermieristica.

Se riflettono in modo critico e ripristinano la cura in modo ottimale si sentiranno meglio e dovrebbero quindi essere fortemente motivati a seguire questo percorso.

Tuttavia, se i livelli di cura non possono essere ripristinati, il conflitto interiore tende a sostituirsi con giustificazioni, scuse, diniego, banalizzazione e ricerca di distrazione.

Se questo diventa pratica comune, l'assistenza mancata diventa endemica.

Pertanto, tutto il personale sanitario, gli infermieri, gli studenti, gli educatori e le organizzazioni sanitarie possono aumentare le probabilità di ripristino delle cure promuovendo la consapevolezza del processo di dissonanza e la promozione dei valori.

Mentre il ruolo di studenti e degli educatori come critici del sistema sanitario può essere significativo nel processo, inoltre è probabile che attraverso una più stretta collaborazione e riflessione critica sulla pratica possono emergere cambiamenti reali.

Ciononostante, nella pratica, è inevitabile che alcune attività infermieristiche subiscano dei ritardi o vengano omesse.

In altre circostanze, invece, alcune attività vengono attribuite al personale di supporto. In particolar modo, le cure maggiormente attribuite sono le attività assistenziali di base (igiene del paziente, mobilizzazione, aiuto nell'alimentazione) questo, però, comporta una minore capacità di supervisione da parte degli infermieri dell'operato svolto dal personale di supporto aumentando il rischio di perdita delle cure.

Al contrario, gli infermieri invece di dedicarsi ad attività di assistenza infermieristica sono costretti a compiere atti o attività non infermieristiche (*non nursing task*) caratterizzate da un'assistenza non diretta alla persona che potrebbe essere erogata da altre figure (demansionamento).

Infine, valutando il confronto tra la percezione degli studenti con quella degli infermieri, rispetto al fenomeno delle "*Missed Nursing Care*", si può affermare che gli universitari, anche se, non avendo mai trattato l'argomento nell'ambito universitario, si sono dimostrati interessati e partecipativi alla ricerca.

Da questo si evince che durante il tirocinio, gli studenti entrano in contatto con le "*Missed Nursing Care*", permettendo loro di descriverle e valutarle.

Di conseguenza, si può affermare che l'universitario percepisce le cure omesse come normalità e perciò la sua formazione è influenzata negativamente. Questo comporta un aumentato divario tra la teoria e la pratica in quanto, inserendo lo studente in un contesto di tirocinio dove le cure fondamentali dell'assistenza non vengono effettuate dagli stessi infermieri di conseguenza l'alunno si sentirà "perso" perché osserva un modo di erogare l'assistenza completamente differente, contrario a quanto stabilito dalla teoria.

Gli stessi educatori formativi, presenti nei corsi di Laurea, dovrebbero prendere coscienza di questo fenomeno ed esporlo allo studente prima che quest'ultimo effettui tirocinio nelle Unità Operative. Successivamente, durante i colloqui post tirocinio, gli insegnanti dovrebbero dare la possibilità, agli studenti, di esprimere quanto osservato nella pratica così da permettere il miglioramento.

Si potrebbe infine, suggerire l'utilizzo dello strumento MISSCARE Survey, impiegato per sviluppare questa ricerca, attraverso il quale lo studente può stimare l'eventuale presenza di "*Missed Nursing Care*" nelle Unità Operative, una volta ricevuta la giusta formazione sull'argomento.

## **7.2 IMPLEMENTAZIONI PER LE FUTURE RICERCHE**

Dai dati della letteratura disponibile ad oggi, sono scarse le evidenze sul confronto tra la percezione degli studenti e dei professionisti. Perciò, i risultati emersi da questa indagine non possono essere confrontati con la ricerca disponibile.

Pertanto, è fondamentale che ulteriori ricerche, in merito a questo argomento, siano svolte sia a livello nazionale che internazionale.

## 8. BIBLIOGRAFIA

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne IS, Smith HL & Kutney-Lee A, (2012) “Patient safety, satisfaction and quality of hospital care: cross selection surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States”, *British Medical Journal*; 344, e1717.

Bagnasco A, Timmins F, De Vries JMA, Aleo G, Zanini M, Catania G & Sasso L, (2017), “Understanding and addressing missed care in clinical placements – implications for nursing students and nurse educators”, *Nurse Education Today*; 56, 1-5.

Ball EJ, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E & Griffiths P, (2013), “‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care”, *BMJ Quality & Safety*, 23,2 pp: 116-125.

Bassan E, 21 Febbraio (2019), “La posizione di garanzia dell’infermiere nei confronti del paziente e la sua responsabilità professionale”, visitato il 23 settembre (2019), < <https://www.infermieriativi.it/leggi-e-normative/infermieri/4013-posizione-di-garanzia-dell-infermiere.html> >

Feo R & Kitson A, (2016) “Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems”, *International Journal of Nursing Studies- Elsevier*; 57, pp: 1-11.

Gibbon B & Crane J, (2018), “The impact of 'missed care' on the professional socialisation of nursing students: A qualitative research study”, *Nurse Education Today*, 66, pp: 19-24.

Grosso S, Tonet S, Bernard I, De Marchi D, Dorigo L, Funes G, Gandin P, Lussu M, Oppio N, Tissot S, Pais dei Mori L & Palese A, “Strategie per prevenire le attività 'non infermieristiche': risultati di uno studio descrittivo”, *Rivista L’Infermiere N°1* (2019), visitato il 19 settembre (2019), <<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-49-articolo-581.htm>>

Guerra SS, Salmerón JM & Zabalegui A, (2018) “Profile of advanced nursing practice in Spain: A cross-sectional study”, *Nursing & Health Sciences*; 20, (1) pp: 99-106.

Guidotti C, Cianfrocca C, Blancato S & Tartaglini D, “L'appropriatezza nell'assistenza di base in un servizio di medicina”, *Rivista L'Infermiere* N°2 (2018), visitato l'11 settembre (2019), <<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-44-articolo-526.htm> >

Jones TL, Hamilton P & Murry N, (2015), “Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review”, *International Journal of Nursing Studies*; 52, 6, pp: 1121-1137.

Kalden G, Nordentoft S, Herling SF, Larsen A, Thomsen T & Egerod I, (2019), “Evidence characterising skills, competencies and policies in advanced practice critical care nursing in Europe: a scoping review protocol”, *BMJ Open*; 9(9): e031504.

Kalish BJ, (2006), “Missed nursing care: a qualitative study”, *Journal of Nursing Care Quality*; 21, 4, pp: 306-313.

Kalish BJ, Landstrom GL & Hinshaw AS, (2009), “Missed nursing care: a concept analysis”, *Journal of Advanced Nursing*, 65, 7, pp: 1509-1517.

Kalish BJ., (2009b), “Nurse and nurse assistant perceptions of missed nursing care: what does it tell us about teamwork?”, *Journal of Advanced Nursing*, 39,11 pp: 485-493.

Kalisch BJ, Tschannen D & Lee KH, (2011), “Do staffing levels predict missed nursing care?”, *International Journal for Quality in Health Care*”, 23, 3, pp: 302-308.

Kim KJ, Yoo MS & Seo EJ (2018) “Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea”, *Asian nursing Research*; pp: 121-126.

Nappo A & Di Lorenzo D, “Missed nursing care, dotazione organica ed esiti del lavoro in ambito onco-ematologico”, *Rivista l'Infermiere* N°3, (2015), visitato l'11 settembre (2019) <<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-27-articolo-314.htm>>

NT Contributor, (2014), “Advanced nursing practice 1: understanding advanced nursing practice”, visitato il 18 settembre (2019), <<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/leadership/advanced-nursing-practice-1-understanding-advanced-nursing-practice-27-06-2014/>>

Palese A, Bassi E, Tommasini C, Vesca R, Di Falco A, De Lucia P, Mulloni G, Paoletti F, Rissolo R, Sist L, Sanson G, Guardini I, Bressan V, Mesaglio M & Blackman I (2018) “Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: risultati preliminari di una consensus conference”, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*; 37, pp: 164-171.

Palese A, Ambrosi E, Prospero L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P, Marognolli O, Canzan F, Gonella S & Saiani L, (2015), “Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting”, *Internal and Emergency Medicine*, 10,6, pp: 693-702.

Palese A, Mattioli E, Fabris S, Caruzzo D, Achil I, (2019) “Il Movimento ‘Back to the Basic’: un ritorno al passato o indicatore di un’infermieristica ‘matura’?”, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*; 38, pp: 49-52.

Pasqua D, 28 agosto (2018), “Profili di responsabilità dell’infermiere nel suo agire professionale”, visitato il 23 settembre (2019), < <https://www.nursetimes.org/profili-di-responsabilita-dellinfermiere-nel-suo-agire-professionale/54429> >

Saiani L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Marognolli O, Bazoli L, Casson P, Magon G, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P & Palese A, (2011), “Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference”, *Igiene e Sanità Pubblica*, 67, pp: 777-792.

Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A, Spandonaro F, Icardi G, Watson R & Sermeus W (2016) “The general results of the RN4CAST survey in Italy”, *Jan: editorial*; 73, 9, pp: 2028-2030.

Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Santullo A, Watson R, Sermeus W & Aiken L, “Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell’assistenza e la sicurezza dei pazienti. Alcuni dati italiani dello studio RN4CAST per una riflessione condivisa”, *Rivista L’Infermiere N°3* (2019), visitato il 11 settembre (2019), <<http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-51-articolo-606.htm>>

Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R, Giancesini G, Bassi E, Tartaglioni D, Palese A & Ferraresi A (2016) “MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate”, *Igiene e Sanità Pubblica*; 73, 31, pp: 29-45.

Sochalski J (2004) “Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals”, *MedCare*, 42, 2, pp: 67-73.



## 9. ALLEGATI

### 9.1 ALLEGATO 1 – QUESTIONARIO

#### 9.1.1 QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AGLI INFERMIERI

Salve futura collega/o, sono Chiara Settimi una studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche con sede in Ascoli Piceno. Sto elaborando la mia tesi di Laurea sul fenomeno chiamato "Missed Nursing Care" ovvero quelle cure che l'infermiere si trova a omettere o posticipare per svariate ragioni.

Le chiedo di compilare questo questionario, del tutto anonimo, per valutare successivamente le cure che vengono omesse con più frequenza e le possibili ragioni per cui questo fenomeno avviene.

#### INFORMAZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE

**Ospedale:** \_\_\_\_\_

**Unità operativa:** \_\_\_\_\_

**Età:**\_\_ **Iniziali nome e cognome:**\_\_\_\_\_

**Sesso:** Maschio Femmina

**Anni di servizio:**

<1

1-5

6-10

>10

**Formazione:**

Diploma Infermiere

Diploma Universitario

Laurea Infermieristica

DDSI/DAI

~~Laurea Magistrale~~

~~Dottorato Ricerca~~

**Indichi con quale frequenza (mettendo una crocetta nella casella corrispondente) queste cure infermieristiche sono perse, facendo riferimento all'unità operativa in cui sta facendo servizio.**

Missed care	Sempre	Frequentemente	Occasionalmente	Raramente	Non applicabile
Deambulazione 3 volte al giorno o come programmato					
Girare il paziente ogni 2 ore					
Cura del cavo orale					
Valutare efficacia della terapia farmacologica					

Insegnamento al paziente di procedure test e altri studi diagnostici					
Compilazione corretta della documentazione infermieristica					
Supporto ad alimentarsi per pz non autosufficienti					
Somministrazione terapia entro 30 minuti dall'orario stabilito					
Assistenza al pz con bisogno di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata					
Risposta alla chiamata entro 5 minuti					
Supporto emotivo al paziente e/o ai familiari					
Cura delle ferite e lesioni da decubito					
Cura del CVP/CVC e valutazione dello score secondo politica ospedaliera					
Insegnare al paziente i piani per la propria cura dopo la dimissione e quando chiamare dopo la dimissione					
Rivalutazione del paziente ad ogni turno e in base a modifiche delle condizioni generali del paziente					
Preparazione del pasto e del setting per pazienti autosufficienti					
Valutazione segni vitali come programmato					
Lavaggio mani					
Monitoraggio della glicemia come programmato					

Monitoraggio bilancio idrico					
Somministrazione terapia al bisogno					

<b>Indichi, secondo lei, la motivazione per cui queste cure vengono mancate</b>				
<b>Ragioni</b>	<b>Fattore significativo</b>	<b>Fattore moderato</b>	<b>Fattore minore</b>	<b>Non una ragione per cure infermieristiche non soddisfatte</b>
Tensione o interruzioni della comunicazione all'interno della squadra infermieristica				
Mancanza di supporto da parte dei membri del team				
L'infermiere non ha comunicato che la cura non è stata fatta				
I caregivers sono fuori unità operative o non disponibili				
Tensione o comunicazione interrotta con lo staff medico				
Tensione o comunicazione interrotta con le altre unità operative				
Le altre unità operative non hanno fornito le cure necessarie				
Incarichi per i pazienti non equilibrati				
Fornitura attrezzature non disponibile quando necessario				
L'apparecchiatura non funziona correttamente quando necessario				
I farmaci non sono disponibili quando necessario				

Inadeguato numero di personale				
Inadeguato numero di personale di assistenza				
Situazioni urgenti per il paziente				
Aumento imprevisto del volume e dell'attività del paziente sull'unità				

## 9.1.2 QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AGLI STUDENTI

Salve collega/o, sono Chiara Settimi una studentessa del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche con sede in Ascoli Piceno. Sto elaborando la mia tesi di Laurea sul fenomeno chiamato "Missed Nursing Care" ovvero quelle cure che l'infermiere si trova a omettere o posticipare per svariate ragioni.

Le chiedo di compilare questo questionario, del tutto anonimo, per valutare successivamente le cure che vengono omesse con più frequenza e le possibili ragioni per cui questo fenomeno avviene.

### INFORMAZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE

Università: \_\_\_\_\_

Sede di: \_\_\_\_\_

Età: \_\_\_\_\_ Iniziali nome e cognome: \_\_\_\_\_

Sesso:  Maschio  Femmina

Anni di corso:  I  II  III  Fuori Corso  
 Esperienza tirocinio clinico:  nessuna  I anno  I-II anno  I-II-III anno

Indicare le unità operative in cui è stato effettuato il tirocinio clinico:  Dipartimento medico  Dipartimento chirurgico  Dipartimento di area critica

**Indichi con quale frequenza (mettendo una crocetta nella casella corrispondente) queste cure infermieristiche sono perse, facendo riferimento all'ultima unità operative in cui ha effettuato tirocinio clinico**

Missed care	Sempre	Frequentemente	Occasionalmente	Raramente	Non applicabile
Deambulazione 3 volte al giorno o come programmato					
Girare il paziente ogni 2 ore					
Cura del cavo orale					
Valutare efficacia della terapia farmacologica					
Insegnamento al paziente di procedure test e altri studi diagnostici					

Compilazione corretta della documentazione infermieristica					
Supporto ad alimentarsi per pz non autosufficienti					
Somministrazione terapia entro 30 minuti dall'orario stabilito					
Assistenza al pz con bisogno di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata					
Risposta alla chiamata entro 5 minuti					
Supporto emotivo al paziente e/o ai familiari					
Cura delle ferite e lesioni da decubito					
Cura del CVP/CVC e valutazione dello score secondo politica ospedaliera					
Insegnare al paziente i piani per la propria cura dopo la dimissione e quando chiamare dopo la dimissione					
Rivalutazione del paziente ad ogni turno e in base a modifiche delle condizioni generali del paziente					
Preparazione del pasto e del setting per pazienti autosufficienti					
Valutazione segni vitali come programmato					
Lavaggio mani					
Monitoraggio della glicemia come programmato					
Monitoraggio bilancio idrico					

Somministrazione terapia al bisogno					
--	--	--	--	--	--

<b>Indichi, secondo lei, la motivazione per cui queste cure vengono mancate</b>				
<b>Ragioni</b>	<b>Fattore significa- tivo</b>	<b>Fattore moderato</b>	<b>Fattore minore</b>	<b>Non una ragione per cure infer- mieristiche non soddisfatte</b>
Tensione o interruzioni della comunicazione all'interno della squadra infermieristica				
Mancanza di supporto da parte dei membri del team				
L'infermiere non ha comunicato che la cura non è stata fatta				
I caregivers sono fuori unità operative o non disponibili				
Tensione o comunicazione interrotta con lo staff medico				
Tensione o comunicazione interrotta con le altre unità operative				
Le altre unità operative non hanno fornito le cure necessarie				
Incarichi per i pazienti non equilibrati				
Fornitura attrezzature non disponibile quando necessario				
L'apparecchiatura non funziona correttamente quando necessario				
I farmaci non sono disponibili quando necessario				
Inadeguato numero di personale				

Inadeguato numero di personale di assistenza				
Situazioni urgenti per il paziente				
Aumento imprevisto del volume e dell'acuità del paziente sull'unità				



## 9.2 ALLEGATO 2 - AUTORIZZAZIONE DIRIGENTI

Al Direttore Sanitario ASUR AV 5

Dott.ssa D. Sansoni

Alla Dirigente delle Professioni Sanitarie

Dott.ssa M. La Rocca

e p.c.: Al Direttore e/o Coordinatore delle U.O. di Area  
Medica del PO CG Mazzoni di Ascoli Piceno

Al Direttore e/o Coordinatore delle U.O. di Area Medica del  
PO Madonna del Soccorso di S.Benedetto del Tr.

Al Direttore e/o Coordinatore delle U.O. di Area Chirurgica  
del PO CG Mazzoni di Ascoli Piceno

Al Direttore e/o Coordinatore delle U.O. di Area Chirurgica  
del PO Madonna del Soccorso di S.Benedetto del Tr.

Al Direttore e/o Coordinatore delle U.O. di Area Intensiva del  
PO CG Mazzoni di Ascoli Piceno

Al Direttore e/o Coordinatore delle U.O. di Area Intensiva del  
PO Madonna del Soccorso di S.Benedetto del Tr.

**OGGETTO:** Domanda autorizzazione raccolta dati a scopo di dissertazione Tesi di Laurea

Luogo e Data, ASCOLI PICENO 04/03/2019

La sottoscritta Chiara Settimi iscritta al III anno del Corso di Laurea in Infermieristica, presso la sede di Ascoli Piceno della Facoltà di Medicina e Chirurgia (Università Politecnica delle Marche).

### CHIEDE

di essere autorizzata a poter svolgere la raccolta dati a scopo di dissertare la tesi di laurea dal titolo:

“Le missed care percepite dagli studenti e dagli infermieri”

Il lavoro di tesi avrà lo scopo di indagare quali sono le attività infermieristiche che vengono maggiormente “tralasciate” o “omesse” e le motivazioni per cui le stesse non vengono eseguite dagli infermieri. L'indagine prevede la semplice somministrazione di un questionario (in allegato) validato di Kalish et a. (2009) a tutti gli infermieri che accetteranno di partecipare, sottoscrivendo il consenso informato. La raccolta dati avverrà

presso le unità operative di Medicina, Chirurgia, Ortopedia e Rianimazione del PO CG Mazzoni di Ascoli Piceno e il PO Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto. La stessa avverrà nel periodo che intercorre il 01/03/2019 al 30/09/2019.

Si sottolinea che si tratta di un'indagine osservazionale, dal disegno cross-sectional e non prevede modalità terapeutiche/cliniche/assistenziali diverse da quelle in uso, verrà realizzato secondo la vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997) nonché a quelle per la tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (D.L. vo 196/2003) e non esporrà i pazienti a nessun rischio.

I dati raccolti dal presente lavoro, saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali, successivamente soggetti ad elaborazione statistica e quindi trasformati in forma totalmente anonima e, in questa forma, eventualmente inseriti in pubblicazioni e/o presentati in congressi, convegni e seminari a carattere scientifico.

Al fine di chiarire maggiormente gli scopi dello studio si allega la scheda di raccolta dati/questionario ecc. per la rilevazione dei dati.

Distinti saluti

La Studentessa Settimi Chiara firma

La relatrice Dott.ssa V. Simonetti firma

Si autorizza: timbro e firma

Dott.ssa D. Sansoni

Dott.ssa M. La Rocca

DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA  
OSPEDALE "C. e G. MAZZONI"

Dott. Giancarlo Viviani

Dott.ssa MARIA ROSA LA ROCCA  
PROFESSIONI SANITARIE  
DIRIGENTE DIPARTIMENTO  
A.S.U.R. MARCHE - AREA VASTA N.5

## 9.3 ALLEGATO 3-AUTORIZZAZIONE PRESIDENTE DI CORSO

Al Presidente Corso di Laurea in Infermieristica

UNIVPM - Sede di Ascoli Piceno

Prof. G. Barbatelli

**Oggetto: richiesta autorizzazione per studio osservazionale su un campione di studenti di infermieristica universitari italiani**

La sottoscritta, Settimi Chiara, studentessa iscritta al III anno, presso l'Università Politecnica delle Marche, Corso di Laurea in Infermieristica, polo di Ascoli Piceno, ai fini della realizzazione di una tesi di laurea, relatore Dott.ssa Valentina Simonetti, docente a contratto, in metodologia della ricerca EBM,

CHIEDE

Alla S.V. l'autorizzazione a svolgere un'indagine conoscitiva dal titolo "*le missed care percepite dagli studenti e dagli infermieri*" all'interno del Polo Didattico di Ascoli Piceno. Lo strumento d'indagine, un questionario validato ((MISSCARE Survey) è composto da tre sezioni: una parte iniziale per la raccolta dei dati socio-demografici, una seconda parte contenente la valutazione delle missed care e un'ultima parte contenente le ragioni per le cure mancate. Lo strumento, verrà somministrato agli studenti del I-II-III anno del CdL in Infermieristica di Ascoli Piceno e permetterà di esplorare le conoscenze, le opinioni e il modo di approcciarsi degli studenti infermieri riguardo al tema delle "missed care", in particolare ha lo scopo di valutare se già a partire dall'esperienza di tirocinio, gli studenti infermieri accettano e inglobano le missed care. L'analisi dei dati potrà essere utile per programmare eventi formativi/informativi qualora si dovessero riscontrare delle criticità. L'indagine verrà condotta secondo quanto previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica e di Etica in ambito della Ricerca (Decreto Ministero della Salute 14/07/1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti, secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (D. L.vo 196/2003). Inoltre, la distribuzione del test avverrà in orari concordati con i Coordinatori dei Poli Didattici, in modo da non interferire con le attività didattiche. I dati raccolti saranno successivamente soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima. In tale forma, verranno utilizzati a fini didattici, per la discussione della Tesi di Laurea ed eventuali pubblicazioni scientifiche.

Si allega, il questionario, strumento dell'indagine

In attesa di riscontro, si porgono Cordiali Saluti.

**Firma studente**

Chiara Settimi



**Firma relatore**

Valentina Simonetti

Si autorizza/ non si autorizza la somministrazione dello strumento di indagine fra gli studenti iscritti presso Corso di Laurea in Infermieristica UNIVPM



Firma



## 10. RINGRAZIAMENTI

*A termine di questo lavoro, che completa il mio percorso universitario, ci tengo a fare alcuni ringraziamenti.*

*In primis vorrei ringraziare la Prof.ssa. Valentina Simonetti, relatrice di questa tesi di laurea, per aver accettato fin da subito il mio progetto di tesi che successivamente insieme abbiamo plasmato. Grazie per la sua disponibilità e attenzione dimostrate durante tutto il periodo di stesura.*

*Senza di Lei questo lavoro non avrebbe preso vita!*

*Un'ulteriore grazie a Lei per le sue lezioni sulla ricerca, a cui mi ha fatto follemente appassionare.*

*Un grazie speciale va a tutta la mia grande famiglia, dai più piccoli ai più grandi e a quelli che ora non ci sono più.*

*Grazie a tutti loro perché sono sempre stati presenti e non mi hanno mai fatto mancare il sostegno nei momenti più difficili di questo percorso universitario.*

*Un ringraziamento speciale va a, papà, che con i suoi "potevi fare di più" mi ha spinto a dare sempre il massimo.*

*Un grazie va a "Pat", per tutto ciò che ha fatto e per aver letto e corretto ogni riga di questa tesi con pazienza e abnegazione!*

*Meriterebbe giustamente una laurea ad honorem solo per questo.*

*Ringrazio il "DJ" che con amore, pazienza e fiducia mi ha sopportata, supportata, calmata, spronata e incoraggiata durante questi anni, con la speranza però che continui a farlo.*

*Grazie per essere stato sempre al mio fianco in ogni momento e anche oggi, in questo giorno importante, sei qui con me a festeggiare insieme questo mio traguardo.*



*Un grazie va a tutti gli amici, quelli di vecchia data e  
quelli che ho incontrato in questo percorso  
perché grazie alla loro presenza, alla condivisione di un sorriso,  
hanno reso il cammino universitario più leggero e spensierato.  
Un grazie speciale va a Monia e Isabella, per essere le sorelle  
che non ho mai avuto e sempre presenti anche se lontane.*

*Vi voglio bene.*

*Un ringraziamento particolare va a Giulia,  
la migliore compagna di avventure che abbia mai avuto in questi anni  
perché è sempre stata presente senza essere né invadente né inopportuna e  
che mi ha consigliata e sopportata e apprezzata per come sono,  
con i miei pregi e soprattutto i miei difetti.  
Grazie per ogni momento trascorso insieme.*

*Sei speciale.*

*Ringrazio poi tutti quelli che ho incontrato durante questo cammino universitario: i compagni di  
università che hanno iniziato con me questo percorso per prendere poi altre strade, le tutor, gli in-  
fermieri incontrati in questi tre anni e infine un grazie speciale va a tutti i pazienti che mi hanno  
permesso di diventare quella che sono oggi.*

*Infine ringrazio, Chiara Settimi.*