



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

**Fabbisogno delle risorse infermieristiche:
livelli minimi di assistenza e missed nursing care**

Candidata
Marinela Gjoshevaska

Relatore
Dott. Paolo Antognini

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

Indice

1. Introduzione	1
2. Background	3
2.1 La situazione italiana	5
2.2 Contesto legislativo nazionale e regionale	8
3. Le missed nursing care	11
3.1 Misurare le missed care	12
4. Obiettivo	14
5. Materiali e metodi	14
5.1 Fabbisogno assistenziale	14
5.2 Somministrazione questionario Misscare	15
6. Risultati	17
6.1 Quantum lavorativo	17
6.2 Coefficiente assegnazione posto letto	18
6.3 Minutaggio assistenziale: confronto tra reale e ideale	20
6.4 Infermieri	23
6.5 Partecipanti allo studio	23
6.6 Prevalenza delle cure mancate	25
6.7 Le cause d'omissione	26
6.8 Differenze tra setting assistenziali	27
7. Discussione	32
7.1 Limiti dello studio	38
8. Conclusioni	39
Bibliografia	41
Allegati	46

1. Introduzione

La disponibilità di risorse umane nelle organizzazioni sanitarie costituisce un elemento primario di valore e produzione di benessere e salute, per cui definire numericamente qual è lo staff ottimale e il giusto mix di competenze da assicurare per garantire cure costo-efficaci rappresenta una questione aperta e di grande interesse a livello internazionale.¹

Le norme di riferimento nazionali, per la quantificazione delle risorse assistenziali proposte, si basano sui soli “minuti di assistenza” rapportati al numero di posti letto disponibili nell’unità operativa: da tale calcolo derivano le piante organiche.

Tuttavia la scarsa disponibilità di risorse infermieristiche sul mercato e la necessità di assegnare un numero di operatori adeguato alla complessità clinica assistenziale dei pazienti impongono l’esigenza di definire degli standard di sicurezza.

Sebbene la definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, atto a garantire adeguati ed appropriati livelli assistenziali, rappresenta sicuramente un elemento centrale nel contesto di una programmazione sanitaria, le linee di comando dei sistemi sanitari e aziendali riservano una scarsa attenzione agli studi sui modelli previsionali del fabbisogno infermieristico e questo determina, oltre ad un aumento dei rischi per i pazienti, una crescente insoddisfazione degli infermieri per il proprio lavoro e un aumento delle spese sanitarie.

Questo porta, come diretta conseguenza non solo un carico di lavoro aumentato, ma anche inadeguatezza di alcuni fattori organizzativi, personali e professionali, e alla prioritizzazione arbitraria di alcune attività assistenziali a scapito di altre.

Gli infermieri spesso si ritrovano, quindi, a dover fare delle scelte sulle attività cui dare priorità e da queste scelte derivano le cosiddette “Missed Nursing care”, ovvero le cure infermieristiche non date.

Le cure perse possono essere considerate il più diretto indicatore della carenza di qualità, proprio perché hanno effetti sui risultati dei pazienti in termini di outcome.

Dunque per avere cure sicure e minimizzare gli errori è fortemente indicato avere livelli minimi di staff garantiti, ma qual è il limite di sicurezza accettabile e sostenibile per poter erogare assistenza infermieristica sicura e di qualità?

Da questi spunti nasce il seguente progetto di tesi iniziato durante il primo anno di tirocinio indagando il processo di autorizzazione sanitaria e accreditamento istituzionale, proseguito poi con un'analisi della dotazione organica nelle unità operative di degenza all'interno di determinate realtà dell'Area Vasta 3 e conclusosi con un'indagine riguardante la percezione infermieristica relativamente alle missed nursing care e le cause imputabili ad esse.

2. Background

La carenza di personale sanitario infermieristico, la scarsità di risorse disponibili e soprattutto le conseguenze di queste carenze sulla sicurezza dei pazienti hanno prodotto, negli ultimi anni, studi e ricerche atte a determinare e dimostrare relazioni e conseguenze tra queste variabili.

Le evidenze scientifiche disponibili ad oggi in letteratura mettono in luce, in modo univoco, che l'aumentato carico di lavoro infermieristico, la disponibilità di risorse e le caratteristiche dell'ambiente lavorativo hanno ricadute dirette sulla sicurezza e sulla qualità dell'assistenza in termini di esiti negativi.

A partire dal 1981 Aiken iniziò ad indagare le necessità numeriche di infermieri in rapporto al numero dei pazienti, per determinare la migliore assistenza infermieristica e i migliori risultati per gli assistiti.

Da questi studi emerse fin da subito che il rapporto numerico infermiere-paziente aveva ricadute dimostrabili sugli esiti, ma anche altri fattori giocavano un ruolo determinante quali la composizione, il livello di formazione e lo skill mix all'interno dell'equipe oltre la gratificazione e la soddisfazione lavorativa.

Il rapporto tra esiti in termini di salute e staff assistenziale è stato studiato a fondo da Aiken et al., che nel 2002 pubblicarono una pietra miliare del "nurse staffing"², con dati ripresi successivamente e continuati in ulteriori studi internazionali.

La letteratura scientifica ha ampiamente dimostrato il forte impatto del cosiddetto Nurse-to-patient Ratio sulla qualità delle cure erogate e sulla sicurezza del paziente.

Si definisce Nurse-to-Patient Ratio o Nursing Ratio (NR) il rapporto numerico tra il numero degli infermieri addetti all'assistenza presenti in turno di lavoro in un certo reparto ed il numero dei pazienti ricoverati nello stesso reparto durante quel turno di lavoro.

Le evidenze affermano che un rapporto infermiere – paziente non ottimale ha effetti negativi sulla sicurezza dello stesso³: vi è un rischio più elevato di lesioni da decubito, cadute, infezioni correlate alle pratiche assistenziali e un peggioramento dell'autonomia nelle attività di vita quotidiana.

Di conseguenza aumentano le giornate di degenza, peggiora la qualità della vita ed aumenta il rischio di mortalità.^{4,5,6}

Molti ricercatori si sono interrogati per definire un *cut off* di sicurezza che tenga conto della complessità clinico-assistenziale della persona e che non tralasci l'efficienza del sistema organizzativo.

Da queste premesse nacque lo studio Registered Nursing Forecasting (RN4CAST) finalizzato a ridefinire i modelli previsionali del fabbisogno infermieristico sulla base dell'ambiente di lavoro, dello skill mix degli infermieri e del loro impatto su esiti dei pazienti, turnover e burnout degli infermieri negli USA e in Europa.⁷

Lo studio RN4CAST dimostrò, in modo inequivocabile, che la carenza infermieristica influenza negativamente i sistemi sanitari e contribuisce ad un aumento generale dei costi.

In particolare, fu evidenziata l'associazione tra il numero appropriato medio d'infermieri in organico (1:6 pazienti) e la significativa riduzione della mortalità (-30%) e, più in generale, il raggiungimento di esiti migliori per i pazienti.⁸

I risultati dello studio RN4CAST conclusero che ogni volta che il rapporto infermiere – paziente è inferiore o uguale a 1:6 la mortalità diminuisce del 20% nelle medicine e del 17% nelle chirurgie.⁹

Inoltre, la riduzione della mortalità è pari al 30% quando almeno il 60% del personale assistenziale possiede una formazione specifica infermieristica.⁸

Nelle derivazioni scaturite dallo studio, merita una riflessione quanto pubblicato nel 2016 su *Aging Clinical and Experimental Research*:⁹ rispetto all'aumento della mortalità nelle unità mediche per adulti durante il fine settimana se lo *skill mix* viene modificato diminuendo l'offerta assistenziale infermieristica a favore del personale di supporto (OSS): i risultati raccomandano di garantire la stessa assistenza in termini quali-quantitativi tutti i giorni della settimana, per non aumentare il rischio di mortalità. La questione venne ripresa ulteriormente in altri studi, tra i quali merita citazione il rapporto del dipartimento della salute del Minnesota (USA)¹⁰ che analizzò le relazioni tra il nurse staffing e gli outcomes in termini di salute per persone assistite e che rimarcò la stretta connessione tra scarsa presenza di infermieri e aumento della mortalità, del

rischio clinico in generale, delle cadute accidentali e degli errori di somministrazione farmacologica.

Generalmente, quindi, si evidenzia un filone, scientificamente sostenuto, che dimostra quanto costa in termini di esiti negativi il perseguito risparmio economico determinato dall' *understaffing*: il rapporto infermiere - persona assistita, tipicamente rilevato in ambito chirurgico, non deve superare 1:6 – 1:7; diversamente la capacità di controllo degli eventi avversi è minacciata e, secondo anche altri studi ¹¹ oltre a quelli già citati, la probabilità di morte del paziente aumenta, sia nel contesto statunitense che in Europa, dove i sistemi sanitari sono più simili al nostro.

2.1 La situazione italiana

In linea con il protocollo di ricerca internazionale RN4CAST, nel 2015 la prof.ssa Sasso dell'Università degli Studi di Genova ha replicato lo studio con l'obiettivo di ridefinire il fabbisogno infermieristico in Italia sulla base di: staffing, ambiente di lavoro, skill mix, turnover e burnout degli infermieri e del loro impatto sugli esiti dei pazienti.

Per questo studio sono stati arruolati 40 presidi ospedalieri distribuiti su 13 regioni, raggiungendo un tasso di adesione medio tra il personale infermieristico e i pazienti ricoverati nelle unità operative coinvolte di circa l'80%. ¹²

Lo Studio RN4 CAST ha collocato l'Italia tra i peggiori paesi in Europa nel rapporto pazienti – infermiere.

Nel nostro Paese, nei reparti di medicina e chirurgia generale, il rapporto medio infermiere – paziente è 1 : 9,5 . La media europea è di 1 : 8 , dato che comunque supera il rapporto ottimale di 1 : 6 , indicato quale rapporto adeguato per garantire un'assistenza infermieristica sicura.

Il dato critico aumenta nelle RSA, nelle quali si ha un rapporto infermiere - persone assistite di 1:60, 1:100. Dagli stessi studi risulta che il 41% delle cure infermieristiche in Italia risulta incompleta, mancante o erogata solo in parte.

Questo dimostra come In Italia il numero di Infermieri ospedalieri rispetto al livello europeo è insufficiente a garantire un'assistenza sicura.

Ulteriore studio condotto a livello nazionale è stato l' E.S.A.Med "Esiti Sensibili dell'Assistenza in Medicina"¹³, che ha coinvolto dieci Aziende Sanitarie con il coordinamento scientifico di tre Università italiane (Udine, Bologna, Verona), i cui esiti sono stati diffusi attraverso un *position paper*¹⁴ dal titolo: «Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure». L'obbiettivo del lavoro punta a definire in modo scientifico il citato *cut off* di sicurezza al di sotto del quale l'assistenza erogata non può dirsi sicura per le persone assistite. Particolare rilevanza viene anche data allo *skill mix* atto a portare al risultato perseguito: erogazione di assistenza costo-efficace e sicura.

Lo studio rileva che le aree maggiormente in sofferenza sono quelle delle chirurgie e delle medicine generali, nelle quali è accolta la maggior parte dei pazienti e in cui la dotazione organica è maggiormente disomogenea e soffre di *understaffing*.

Tra le interessanti conclusioni dello studio, che riprende peraltro gli studi di Aiken, assume particolare rilevanza la raccomandazione di garantire 220 minuti di assistenza totali per persona assistita al giorno per poter assicurare la qualità delle prestazioni erogate. A 200 minuti di assistenza per persona al giorno troviamo il limite al di sotto del quale aumenta esponenzialmente il rischio clinico per gli assistiti.

Inoltre indagando lo *skill mix*, esso afferma che il rapporto tra infermieri e personale di supporto non deve superare il 30% del tempo assistenziale demandabile agli operatori socio sanitari (OSS), ovvero, nel caso dei citati 200 minuti, non più di 60 minuti per persona al giorno.

In questo contesto nazionale si colloca il progetto della Regione Emilia Romagna sul monitoraggio dei Nursing Sensitive Outcomes¹⁵, prima ricerca nazionale nell'ambito degli esiti correlati all'assistenza infermieristica. Si tratta della realizzazione di un osservatorio, in ambito ospedaliero, su un set di esiti (lesioni da pressione, cadute e contenzione) al fine di valutare la qualità dell'assistenza e promuovere il confronto nelle otto Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna coinvolte nello studio. Tale progetto consente di portare avanti la riflessione sulla qualità dell'assistenza e la sicurezza delle cure, consolidando la cultura della valutazione dei risultati tra i professionisti della salute e aumentare i dati disponibili per comprendere la correlazione *staffing- out come*.

Riprendendo i risultati forniti dagli studi nazionali ed internazionali, la SIDMI “Società Italiana per la direzione e il Management delle professioni infermieristiche” ha elaborato e pubblicato nel maggio 2021 un documento recante il titolo “Raccomandazioni per la determinazione dello staff per l’assistenza infermieristica”¹⁶ nel quale suggerisce standard di assistenza da utilizzare come valori soglia di riferimento per i decisori politici e manager sanitari nell’orientamento delle scelte organizzative. Più specificatamente le raccomandazioni contenute nel documento si pongono l’obiettivo di aumentare la sicurezza nella cura dei pazienti, ridurre il fenomeno delle cure infermieristiche mancate, aumentare la sicurezza dei professionisti e il benessere organizzativo.

Tra le indicazioni di tale documento si raccomanda di mantenere sempre, nelle aree di degenza ordinaria, la presenza minima di due infermieri per turno, al fine di garantire la continuità assistenziale. Inoltre è auspicabile ed indicata sempre alla luce dei risultati degli studi, una distribuzione equilibrata del personale tra turni diurni e notturni, giorni infrasettimanali e festivi.

In conclusione, si può affermare che tutti gli studi e gli articoli reperiti in letteratura confermano che un aumento del rapporto infermiere - paziente determina ripercussioni negative sulla qualità dell’assistenza erogata con un aumento considerevole delle cure mancate e di outcome in termini negativi.

2.1. La normativa nazionale e regionale

Il D.P.R. 128/1969 ¹⁷ “ *Ordinamento interno dei servizi ospedalieri*” fu la prima norma italiana che individuò uno standard di assistenza, identificandolo in 120 minuti medi per persona al giorno, e creando così le piante organiche ospedaliere sulla base dei posti letto presenti.

Successivamente il DM 13/09/1988 “ *Determinazione degli standard del personale ospedaliero* ” ¹⁸ stabilì i minuti assistenziali raggruppando le varie unità operative di degenza in aree omogenee per intensità di cura.

Con l'avvento della riforma del Sistema Sanitario Nazionale, ad opera dei D. Lgs 502/92 ¹⁹ e 517/93 ²⁰, il potere di definire le linee organizzative generali di organizzazione e funzionamento delle neonate Aziende Sanitarie viene demandato alle Regioni e, nell'ambito precipuo delle dotazioni organiche, si fa riferimento al D. Lgs 29/1993 “ *Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego* ” ²¹ che sancisce la necessità di determinare le piante organiche sulla rilevazione del carico di lavoro, inteso come “quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa”.

Le Regioni nel tempo hanno deliberato requisiti minimi di accreditamento delle strutture che sono stati assunti come standard di riferimento per le dotazioni del personale di assistenza.

Negli anni si sono susseguite varie leggi e decreti ministeriali che hanno fornito riferimenti e indicazioni organizzative ma non standard sulle risorse di personale da assegnare e gestire, non ultimo il D.M. 70/2015 “ *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* ” ²² , per cui allo stato attuale non esiste una normativa nazionale di riferimento che determini le dotazioni organiche.

Nell'analisi dello storico e valutazione del fabbisogno assistenziale il primo riferimento normativo, a livello regionale, che disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento è individuato nella L.R. n° 20/2000 “ *Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi*

contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.”²³ Il sistema regionale di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie è stato recentemente revisionato con la legge regionale n.21 del 30 settembre 2016 “*Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati*”.²⁴

Con il DGR 1669/2019²⁵ viene definito il nuovo Manuale di Autorizzazione delle strutture ospedaliere di cui al comma 1 dell’art.3 della L.R 21/2016 (parte A).

L’aggiornamento dei requisiti di autorizzazione delle strutture sanitarie considera e si adegua ai nuovi contenuti di cui alla L.R. 21/2016 e s.m.i., nonché al D.M. n. 70 del 02/04/2015 , ai nuovi LEA di cui al D.P.C.M. del 12 gennaio 2017²⁶ ed a tutta la normativa di settore definita in ambito nazionale. Tuttavia si evidenziano molte criticità, specialmente nella determinazione dei requisiti organizzativi e dotazione minime di unità di personale di assistenza infermieristica, ostetrica, riabilitazione e OSS diretta ai pazienti, addetti alle articolazioni di degenza ospedaliere.

Viene ripresentato nuovamente l’arcaico minutaggio di assistenza pro-die per posto letto sul tasso di occupazione calcolato al 90%.

Di seguito (tab. 1) viene riportato il confronto e i relativi tempi minimi considerati dalla DGR 358/2018.²⁷

Tab. 1 Minutaggio assistenziale secondo la DGR. 358/2018.

Tipologia	Vecchio Manuale	Nuovo Manuale	Percentuale minima assistenza infermieristica e/o ostetrica
Intensiva	600	Almeno 600	80%
Sub intensiva	360	Almeno 360	80%
Specialità di elevata assistenza	300	Almeno 300	65%
Specialità di media assistenza	180	Almeno 200	60%
Specialità di base	120	Almeno 180	60%
Riabilitazione	200	Almeno 160	50%
Lungodegenza	120	Almeno 160	50%

Tale DGR inoltre individua e stratifica diverse specialità cliniche in modo discutibile considerandole “di base” con medesimi 180 minuti di assistenza per posto/letto.

Unità operative quali medicina e chirurgia generale hanno setting assistenziali diversi ad elevata/media complessità, eppure sono considerate alla stessa stregua delle unità operative di diabetologia, dermatologia e medicina del lavoro.

In questo contesto, le cure assistenziali sono spesso ridotte o rimandate. Quando gli infermieri omettono o posticipano alcune cure, i pazienti non ricevono un’assistenza di qualità e quindi la loro sicurezza e i loro esiti clinici vengono compromessi. Tutto ciò conduce anche ad un certo esaurimento emotivo e a dilemmi etici che gli infermieri si trovano ad affrontare quotidianamente.

Per tale motivo, le cure infermieristiche perse rappresentano un indicatore importante della qualità dell’assistenza e tale fenomeno ha bisogno di essere misurato per valutarne l’entità, tracciarne i trend, nonché pensare interventi per prevenirlo.

3. Le Nursing Missed Care

Il primo ricercatore che fece riferimento alle “Missed care”, ovvero le cure perse, fu J. Sochalski che, nel suo studio ²⁸ del 2004 sulla correlazione tra personale infermieristico e qualità dell'assistenza, le definì come *tasks undone*, ovvero mansioni incompiute.

Tale concetto comprendeva diverse azioni quali ad esempio educare il paziente, fare counseling, eseguire l'igiene, documentare problemi e risultati.

Queste azioni non compiute risultarono essere un indicatore della qualità dell'assistenza inversamente proporzionale ad essa; le mansioni incompiute erano presenti in misura maggiore nelle Unità Operative ove la qualità dell'assistenza era percepita più bassa dagli infermieri stessi, mentre andavano a diminuire ove la qualità era percepita maggiore.

Tuttavia fu Kalisch che nel 2006 iniziò a fare delle ricerche specifiche relativamente a questo fenomeno, considerando carenti le conoscenze a riguardo.

Nel suo studio qualitativo ²⁹, eseguito mediante 25 focus group, che coinvolgevano infermieri di Unità Operative mediche e chirurgiche di due ospedali, individuò 9 elementi di omissione regolare di cure, quali deambulazione, mobilitazione passiva, aiuto nell'alimentazione, educazione, compilazione della documentazione, sostegno emotivo, esecuzione cure igieniche, registrazione bilancio idrico e sorveglianza agli assistiti. Inoltre individuò 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 rifiuto di eseguire un'attività.

Egli definì il concetto di “Missed Nursing Care” come *“qualsiasi aspetto dell'assistenza infermieristica considerato indispensabile per il paziente, ma che invece viene in parte o del tutto omesso o posticipato.”* ³⁰

Quindi, si tratta di un atto, o errore, di omissione.

L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) ha identificato due principali tipi di errori in medicina: ³¹

- gli “Errors of commission”, ovvero gli errori correlati ad atti commessi;
- gli “Errors of omission”, cioè gli errori correlati ad atti omessi.

Mentre gli errori commessi sono stati ampiamente studiati ed affrontati dalla letteratura scientifica internazionale, gli errori omessi, seppure più frequenti, hanno iniziato ad essere oggetto di studi a livello internazionale solo a partire dal 2006.²⁹

3.1 Misurare le Missed Care

Le cure perse sono un fenomeno attuale e percepito nella quotidianità ospedaliera, ma per dimostrare la loro effettiva presenza è necessario poterle quantificare e misurare empiricamente.

Il primo strumento apparso in letteratura con l'obiettivo di misurare le cure infermieristiche perse, intese come “*un insieme di compiti da fare*”, è il Tasks Undone, sviluppato da Aiken nel 2001.³²

In realtà, la TU-7 è considerata come una semplice checklist, composta da sette attività infermieristiche, che richiede una risposta di tipo dicotomico (si/no). Studi successivi hanno poi contribuito a modificare ed ampliare il numero degli items presenti originalmente.

Il secondo strumento apparso in letteratura è il Basal Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA), sviluppato da Schubert nel 2007³³ con lo scopo di misurare il fenomeno del razionamento delle cure infermieristiche. La scala BERNCA è basata sulla teoria dell' “implicit rationing”, ovvero un processo decisionale implicito che gli infermieri metterebbero in atto durante l'erogazione dell'assistenza, quando le risorse (umane, di tempo, ecc.) non sono sufficienti a soddisfare i bisogni dei pazienti. In risposta a questa situazione gli infermieri usano il loro giudizio clinico per dare delle priorità di intervento e decidere quale compito portare a termine.

La scala BERNCA nella sua versione originale include una lista di 20 attività infermieristiche : agli infermieri è chiesto di dichiarare la frequenza in cui hanno ommesso alcune attività infermieristiche negli ultimi sette turni lavorativi, utilizzando una scala di Likert a 4 punti (mai, raramente, a volte, spesso).

Successivamente anche questa scala ha subito delle modifiche, sia nel numero degli items, sia nella scala di valutazione.

Il terzo strumento di misurazione delle Missed Nursing Care è MISSCARE Survey, elaborato grazie allo studio psicometrico di Beatrice Kalisch con la collaborazione di Williams del 2009.³⁴

La scala MISSCARE è basata sul risultato di 25 focus groups condotti con gruppi di infermieri di unità mediche e chirurgiche ed è composta da due sezioni.

La prima con un elenco di 24 attività infermieristiche che rappresentano le cure perse. Agli infermieri si chiede di stabilire, secondo la loro percezione, la frequenza con cui tali azioni vengono omesse/posticipate nell'Unità Operativa in cui lavorano tramite una scala Likert a 5 punti (mai, raramente, occasionalmente, frequentemente, sempre).

La seconda sezione propone 17 item che rappresentano le cause delle cure perse e si chiede all'infermiere di assegnare ad ognuna un punteggio (per nulla, poco, abbastanza, molto) che rappresenta la rilevanza che essi gli attribuiscono nel provocare le cure perse.

Come gli altri strumenti, anche questa scala ha subito modifiche e adattamenti culturali in diversi Paesi, ma attualmente è l'unico strumento riportato in letteratura dove vengono indagate le probabili cause delle Missed Care.

4. Obiettivo

Gli obiettivi sono:

1. comprendere se i requisiti di autorizzazione richiesti alle unità operative ospedaliere, relative alle condizioni organizzative in merito alla dotazione organica del personale, siano rispettati nella programmazione del turno lavorativo in rapporto al numero di posti letto disponibili, al fine di garantire il minutaggio assistenziale come da normativa vigente;
2. eseguire un confronto con le più accreditate evidenze scientifiche riguardante il “Nurse to Patient Ratio” raccomandato dalla letteratura internazionale;
3. indagare il fenomeno delle missed nursing care all’interno delle Unità Operative protagoniste dello studio;
4. comprendere quali siano le più rilevanti cause che gli infermieri attribuiscono alle cure perse nelle stesse Unità Operative per cercare di identificare le possibili strategie da mettere in atto al fine di migliorare all’assessment per i pazienti.

5. Materiali e metodi

5.1 Fabbisogno assistenziale

In primo luogo è stata eseguita una ricerca bibliografica riguardante la correlazione tra nurse staffing ed esiti sensibili nei pazienti, indagando il concetto di “nurse to patient ratio”.

La ricerca è stata condotta interrogando banche dati quali Medline e Chocrane, utilizzando i riferimenti bibliografici degli articoli ricercati.

E’ stato utilizzato l’operatore booleano “AND” escludendo “OR” in quanto i risultati con quest’ultimo erano troppo estesi e non completamente adeguati alla mia ricerca.

Le parole chiave ricercate sono state “Nurse Staffing”, “Outcomes”, “Nurse to Patient ratio”, “Missed Care”, “Understaffing” e “Skill mix”.

Proseguendo, si è proceduto ad analizzare il percorso normativo legiferante gli standard assistenziali riguardanti le dotazioni organiche del personale, prima in ambito nazionale italiano e successivamente in ambito regionale.

E' stata effettuata una ricerca in siti internet governativi quali "gazzettaufficiale.it", "parlamento.it" e "regione.marche.it" per poter accedere alla versione integrale dei vari decreti legge, delibere e leggi regionali attinenti all'argomento di studio.

Successivamente, la ricerca è stata orientata con l'obiettivo di verificare se i requisiti di autorizzazione, relativi alla dotazione organica, siano stati raggiunti dall'unità operativa di riferimento, in che misura, e quali siano stati gli eventuali scostamenti dalle raccomandazioni internazionali.

Sono state prese in esame le unità operative di degenza dell'ospedale di Camerino, Matelica e San Severino Marche.

Per poter analizzare i dati, sono stati esaminati i turni lavorativi elaborati dalle coordinatrici infermieristiche di ogni reparto relativi ai mesi di marzo, aprile e maggio 2022.

5.2 Somministrazione questionario Misscare

In secondo luogo, per verificare la percezione infermieristica riguardante le cure mancate, nel mese di maggio 2022 è stata svolta l'indagine tramite la somministrazione del questionario "Misscare" all'interno delle unità operative di Medicina, Chirurgia e Ortopedia dell'ospedale di Camerino e dell'unità operativa di Medicina di San Severino Marche (vedi allegato 1).

Prima dell'avvio della ricerca ne è stata chiesta l'approvazione alla direzione aziendale che ha espresso il consenso allo studio.

I dati sono stati raccolti garantendo l'anonimato degli infermieri che hanno compilato la survey.

Il campione selezionato è un campione di convenienza ed è formato complessivamente da un gruppo di 53 infermieri.

Il questionario somministrato si compone di due parti: una prima sezione con domande di carattere generale in cui si indaga genere, età, titolo di studio, anni di esperienza lavorativa generale e specifica nell'Unità Operativa attuale, profilo orario, desiderio di cambiare reparto e numero di pazienti assistiti nell'ultimo turno lavorativo, in modo da avere una descrizione del campione selezionato.

A seguire, una seconda sezione nella quale si propone la versione italiana dello strumento "Misscare". All'infermiere viene chiesto di indicare secondo la propria percezione, la frequenza con cui le 24 azioni infermieristiche che vengono proposte, sono omesse/posticipate nella loro U.O., tramite un punteggio da 1 (mai omesso/posticipato) a 5 (sempre omesso/posticipato).

Successivamente si chiede di indicare l'importanza che attribuisce a ciascuna di esse nel provocare le cure perse, tramite il punteggio: per nulla rilevante, poco, abbastanza e molto.

I dati raccolti dal questionario sono stati inseriti in un foglio di calcolo Excel e sono stati elaborati utilizzando le funzioni del programma stesso che ha permesso la generazione di grafici e tabelle.

Sono state inoltre utilizzate misure di statistica descrittiva per la distribuzione delle cure mancate e per descriverne le cause. In accordo alla letteratura ³⁵ sono state considerate cure infermieristiche mancate quelle in cui il partecipante aveva risposto "sempre", "frequentemente" oppure "occasionalmente"; sono state invece considerate cure erogate quelle in cui l'operatore aveva risposto "raramente" o "mai". Anche i risultati inerenti le cause delle cure mancate sono stati dicotomizzati considerando le risposte "molto rilevante" o "abbastanza rilevante" come identificative di causa di omissione e quelle "poco rilevante" o "per nulla rilevante" come non identificative, come peraltro suggerito da precedenti studi. ³⁵

6. Risultati

6.1 Quantum lavorativo

Il calcolo dell'organico necessario è stato effettuato, per tutte le UO, moltiplicando il minutaggio assistenziale, previsto per la disciplina in questione, per i posti letto disponibili. Innanzitutto è stato eseguito un calcolo per determinare il quantum lavorativo di un operatore.

Ai giorni di lavoro lordi/anno (365) sono stati calcolati e sottratti i giorni di assenza (108) derivanti dalle metriche contrattuali (ferie, riposi, festività, permessi, ECM).

A tale conteggio sono stati successivamente sottratti altri 21 giorni per malattie e assenze brevi;

tale numero è stato individuato da medie aziendali e si riferisce specificatamente all'Area Vasta 3.

I giorni di lavoro netti (236) sono stati poi moltiplicati per le ore lavorative determinando così i minuti di assistenza netti annui (84960) e di conseguenza i minuti di assistenza giornalieri erogati da ciascun operatore (233) (tab.2).

Tab. 2 Quantum lavorativo netto per operatore.

Quantum lavorativo di un operatore:			
Giorni di lavoro lordi/anno			365
Giorni di assenza/anno:	ferie	36	
	riposi	52	
	festività	11	
	permessi retribuiti	1	
	ecm obbligatorio	8	
	assenze lunghe + malattie brevi	21	
	totale		
Giorni di lavoro netti/anno			236
Ore di lavoro nette/anno			1416
Minuti di lavoro netti/anno			84960
Minuti di lavoro netti al giorno			233

6.2 Coefficiente assegnazione posto letto

Successivamente sono stati calcolati i coefficienti di assegnazione del personale per posto letto (tab.3) , dividendo i minuti di assistenza che si devono erogare ad ogni paziente, in base al setting assistenziale, per i minuti di lavoro netto/ die per ogni operatore (233).

Tab 3. Coefficiente di assegnazione personale per posto letto.

Tabella coefficienti di assegnazione del personale per posto letto		
min.assistenza/pz	min.lavoro netti/operatore	coefficiente IP/paz
140	233	0,60
150	233	0,64
160	233	0,69
180	233	0,77
200	233	0,86
300	233	1,29
600	233	2,58

Una volta ottenuto il coefficiente di assegnazione si è proceduto al calcolo dell'organico necessario moltiplicando tale coefficiente per i posti letto disponibili in ogni unità operativa.

1)	U.O. CHIRURGIA CAMERINO (specialità di base 180')				
	Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
	180	233	0,77	16	12,4

4)	U.O. RIANIMAZIONE CAMERINO (intensiva 600')				
	Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
	600	233	2,58	4	10,3

2)	U.O. ORTOPEDIA CAMERINO (specialità di base 180')				
	Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
	180	233	0,77	21	16,2

5)	U.O. LUNGODEGENZA SSM (lungodegenza 160')				
	Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
	160	233	0,69	20	13,7

3) U.O. MEDICINA CAMERINO (specialità di base 180') *				
Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/ operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
180	233	0,77	26	20,1
160	233	0,69	4	2,7

6) U.O. HOSPICE SSM (180'inf + 180'oss fino PL<8, se PL>8 + 180' oss/PL) **				
Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/ operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
300	233	1,29	12	15,5

7) U.O. WEEK SURGERY SSM (specialità di base 180')				
Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/ operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
180	233	0,77	10	7,7

8) U.O. MEDICINA SSM (specialità di base 180')				
Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/ operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
180	233	0,77	28	21,6

* La medicina di Camerino dispone di 26 posti letto e altri 4 posti letto di DPA (degenza post-acuzie) con relativi 160 minuti assistenziali pro capite / die.

** L' U.O. Hospice di SSM presenta 12 posti letto per cui ai 180 minuti di assistenza infermieristica e 180 minuti di assistenza OSS per posto letto, sono stati aggiunti altri 180 minuti di assistenza OSS per posto letto ed eseguita una media di minutaggio al fine di calcolare l'organico totale..

9) U.O. RSA - C.I. MATELICA (160' cure intermedie/ 140' Rsa)***				
Minuti assistenza /pz	Minuti lavoro netti/ operatore	Coefficiente IP/pz	P.L.	Totale organico
160	233	0,69	12	8,2
140	233	0,60	8	4,8
150	233	0,64	20	12,9

*** L' U.O. RSA- Cure intermedie di Matelica dispone di 12 posti letto di cure intermedie con un minutaggio assistenziale da erogare di 160 minuti pro capite / die e di 8 posti di Rsa con un minutaggio di 160 minuti pro capite / die. Per facilitare il calcolo è stata eseguita una media dei minutaggi considerando 150 minuti pro capite/die.

6.3 Minutaggio assistenziale : confronto tra reale e ideale

In seguito si è proceduto a calcolare quanti minuti di assistenza vengono effettivamente erogati dagli operatori presenti in turno, eseguendo una differenziazione tra giorni feriali e giorni festivi.

Per eseguire tale calcolo sono stati moltiplicati i minuti lavorativi/die/operatore per gli operatori presenti in reparto nelle 24h ottenendo così i minuti di assistenza totali erogati al giorno.

Tale numero è stato poi diviso per i posti letto disponibili, ottenendo così i minuti di assistenza erogati/paziente (tab. 4).

Tab. 4 Minutaggio assistenziale erogato in ogni U.O. nei giorni feriali e festivi.

U.O. CHIRURGIA						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
10 infermieri 5 oss 1 ausiliario	2880	480	6	M 2+1 P 2+1 N 2 tot. 8 unità/die	M 2+1 P 2+1 N 2 tot. 7 unità/die	
Totale 16			unità ass./die	8	7	
			min / die	3840	3360	
			min / PL forniti	240	210	60 30

U.O. ORTOPEDIA						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
10 infermieri 5 oss 2 diurnisti	3780	480	8	M 3+2 P 3+2 N 2 tot. 12 unità/die	M 2+1 P 2+1 N 2 tot. 9 unità/die	
Totale 19			unità ass./die	12	9	
			min / die	5760	4320	
			min / PL forniti	274	206	94 26

U.O. RIANIMAZIONE						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
15 infermieri 1 diurnista 8 oss (condivisi PS)	2400	480	5	M 4 P 4 N 3 tot. 11 unità/die	M 3 P 3 N 3 tot. 9 unità/die	
Totale 16			unità ass./die	11	9	
			min / die	5280	4320	
			min / PL forniti	1320	1080	720 480

U.O. MEDICINA						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
16 infermieri 7 oss	4680	480	11	M 3+2 P 3+3 N 2 tot. 13 unità/die	M 3+2 P 3+2 N 2 tot. 12 unità/die	
DPA minuti	640		unità ass./die	13	12	
tot. Minuti	5320		min / die	6240	5760	
Totale 23			min / PL forniti	208	192	28 12

U.O. WEEK - SURGERY						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
7 infermieri 3 oss	1800	480	4	M 2+1 P 1+1 N 2 tot. 7 unità/die	/	
Totale 10			unità ass./die	7	/	
			min / die	3360	/	
			min / PL forniti	336	/	156 /

U.O. LUNGODEGENZA						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
6 infermieri 9 oss	3200	480	7	M 1+2 P 1+1 N 2 tot.7 unità/die	M 1+2 P 1+1 N 2 tot.7 unità/die	
Totale 15			unità ass./die	7	7	
			min / die	3360	3360	
			min / PL forniti	168	168	8 8

U.O. MEDICINA						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
11 infermieri 4 diurnisti 8 oss	5040	480	10,5	M 4+3 P 3+2 N 2 tot.14 unità/die	M 2+3 P 2+2 N 2 tot.11 unità/die	
Totale 23			unità ass./die	14	11	
			min / die	6720	5280	
			min / PL forniti	240	189	60 9

U.O. HOSPICE						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
8 infermieri 5 oss	3600	480	7,5	M 2+1 P 1+1 N 2 tot. 7 unità/die	M 1+1 P 1+1 N 2 tot. 6 unità/die	
Totale 13			unità ass./die	7	6	
			min / die	3360	2880	
			min / PL forniti	280	240	-20 -60

U.O. RSA / CURE INTERMEDIE						differenza
Organico	PL x Min ass.	(8hx60')	Unità assistenziali / die	Giorno feriale	Giorno festivo	
10 infermieri 5 oss	3040	480	6	M 1+2 P 2+1 N 2 tot. 8 unità/die	M 2+1 P 2+1 N 2 tot. 8 unità/die	
Totale 10			unità ass./die	8	8	
CURE INTERM.	1920		min / die	3840	3840	
RSA	1120		min / PL forniti	192	192	42 42

Infine è stata calcolata la differenza di minutaggio previsto dal manuale di autorizzazione rispetto all'effettivo erogato da ogni unità operativa e successivamente lo scarto tra l'erogato e l'auspicabile consigliato dalla letteratura scientifica (tab. 5).

Tab.5 Minutaggi assistenziali: confronto tra normativa, situazione reale e letteratura scientifica.

U.O.	MANUALE	REALTA' AV3		DIFFERENZA		LETTERATURA	DIFFERENZA	
		giorno FERIALE	giorno FESTIVO	giorno FERIALE	giorno FESTIVO		giorno FERIALE	giorno FESTIVO
1) CHIRURGIA	180	240	210	60	30	220	20	-10
2) ORTOPEDIA	180	274	206	94	26	220	54	-14
3) MEDICINA	180	208	192	28	12	200	8	-8
4) RIANIMAZIONE	600	1320	1080	720	480	600	720	480
5) LDG	160	168	168	8	8	210	-42	-42
6) HOSPICE	300	280	240	-20	-60	200	80	40
7) WEEK SURGERY	180	336	/	156	/	220	116	/
9) MEDICINA SSM	180	240	189	60	9	200	40	-11
8) RSA – CURE INTERMEDIE	150	192	192	42	42	210	-18	-18

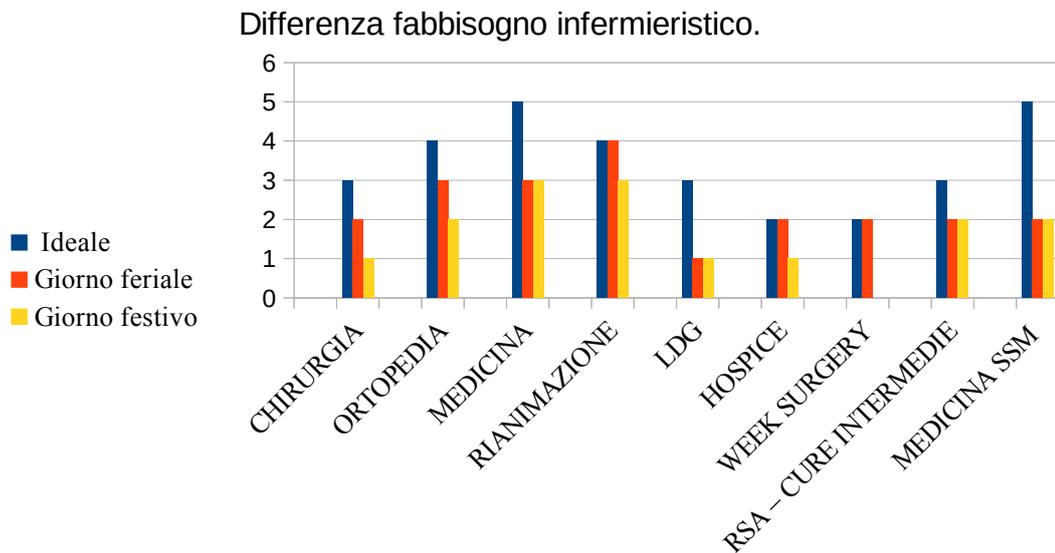
In verde sono indicati i reparti che erogano un surplus di minutaggio assistenziale e in rosso sono segnalati quelli che risultano scostanti dalle raccomandazioni.

6.4 Infermieri

Facendo riferimento al rapporto infermiere paziente 1: 6, come cut off di sicurezza per garantire un'assistenza di qualità, è stata eseguita una proiezione del personale infermieristico necessario rapportato ai posti letto disponibili di ogni unità operativa.

Tale numero è stato poi raffrontato alla situazione attuale di presenza infermieristica distinguendo nuovamente i giorni feriali dai giorni festivi. Per l'U.O. di Rianimazione è stato considerato il rapporto di 1 : 1 in quanto identificato come reparto intensivo ad alta specialità (grafico 1).

Grafico 1. Confronto numero infermieri.



6.5 Partecipanti allo studio

Dei 53 questionari distribuiti, ne sono stati raccolti 42 (79,3%) ed analizzati 40, escludendo quelli incompleti (ovvero che non riportavano tutti gli item compilati).

Le principali caratteristiche del campione sono illustrate in tabella 1.

La fascia di età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 31 ed i 40 anni (33%), con una netta prevalenza femminile (73%) e operanti su i tre turni M-P-N (93%).

Per quanto concerne il titolo di studio quello più diffuso è la laurea triennale (73%).

Mentre sempre in riferimento all'età, la maggior parte dei professionisti coinvolti ha dichiarato di avere un'esperienza nel ruolo < ai 14 anni (70%) e un'esperienza specifica nell'Unità Operativa attuale dai 2 ai 5 anni (28%).

Quasi la metà degli intervistati manifesta il desiderio di cambiare unità lavorativa (48%) e dichiara di aver avuto in carico più di 13 pazienti durante l'ultimo turno lavorato (50%).

Tab.6 Caratteristiche dei partecipanti

Variabili		Frequenza (%)
Presidio	Camerino	39 (72)
	San Severino	11 (28)
Unità Operativa	Chirurgica	20 (50)
	Medica	20 (50)
Genere, femminile		29 (73)
Titolo di studio	Diploma regionale	10 (25)
	Laurea triennale	29 (73)
	Laurea magistrale	0 (0)
	Master	1 (2)
Età	21 – 30	11 (28)
	30 – 40	13 (33)
	41 – 50	10 (25)
	51 - 60	5 (15)
	> 61	1 (2)
Profilo orario	Turnista	37 (93)
	Diurnista	3 (7)
Esperienza nel ruolo	< 5 anni	14 (35)
	5-14 anni	14 (35)
	15-24 anni	6 (15)
	> 25 anni	6 (15)
Reparto attuale	< 6 mesi	9 (22)
	6 mesi – 2 anni	8 (20)
	2 – 5 anni	11 (28)
	5 – 10 anni	5 (12)
	> 10 anni	7 (18)
Cambiare UO, no Carico assistenziale		21 (52)
	< 6 pazienti	1 (2)
	7 – 9 pazienti	3 (8)
	10 – 12 pazienti	16 (40)
	> 13 pazienti	20 (50)

6.6 Prevalenza delle cure mancate

Le attività infermieristiche omesse con maggior frequenza sono la mobilitazione passiva (83%), la deambulazione dei pazienti (80%) e l'educazione al paziente e al proprio familiare (60%). Di contro, il monitoraggio della glicemia (90%), l'igiene personale e il controllo della cute (87%), la cura delle ferite e delle lesioni da decubito (87%) rappresentano le cure omesse con minore frequenza.

Nella tabella 7 sono riportate nel dettaglio la frequenza delle cure infermieristiche mancate.

Tab.7 Prevalenza delle cure mancate

Cure infermieristiche mancate	n (%)
Mobilizzazione passiva del paziente	33 (83)
Deambulazione del paziente	32 (80)
Educazione al paziente e ai familiari	24 (60)
Partecipazione alle riunioni multidisciplinari	21 (53)
Sostegno al paziente e ai familiari	17 (43)
Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 minuti	16 (40)
Somministrazione della terapia 30 minuti prima o dopo l'orario prescritto	16 (40)
Discussione con il paziente del piano di dimissione	15 (38)
Cura del cavo orale	15 (38)
Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno	14 (35)
Valutazione dell'efficacia di terapia	13 (33)
Risposta al campanello entro 5 minuti dalla chiamata	13 (33)
Lavare le mani	13 (33)
Valutazione dell'evoluzione dei pazienti almeno una volta per turno	11 (28)
Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta	10 (25)
Monitoraggio del bilancio idrico	9 (23)
Valutazione del siti di inserzione CVC secondo protocollo	8 (20)
Preparazione del pasto e ambiente per i pazienti autosufficienti	8 (20)
Rilevazione dei parametri vitali come da pianificazione	7 (17)
Compilazione della documentazione infermieristica	6 (15)
Aiuto dei pazienti non autosufficienti ad alimentarsi	6 (15)
Cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	5 (13)
Igiene personale del paziente e controllo della cute	5 (13)
Monitoraggio della glicemia	4 (10)

6.7 Le cause di omissione

Le tre principali cause di cure mancate sono: inadeguato numero di personale sanitario (95%) , inadeguata assegnazione di un numero bilanciato di pazienti (90%) a ciascun infermiere e inadeguato numero di personale di supporto (88%).

Le cause riportate come meno significative sono: presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico (30%), inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente (35%), e forniture / apparecchiature non funzionanti correttamente (38%).

Nella tabella 8 sono riportate nel dettaglio la frequenza delle cause d'omissione.

Tab.8 Prevalenza delle cause d'omissione

Ragioni che motivano le cure infermieristiche mancate	n (%)
Inadeguato numero personale sanitario	38 (95)
Numero non bilanciato di pazienti per infermieri	36 (90)
Numero inadeguato operatori di supporto / ausiliari	35 (88)
Pazienti urgenti	27 (78)
Elevato numero ricoveri / dimissioni	29 (73)
Aumento inatteso del numero / condizioni critiche del paziente	30 (65)
Mancanza del supporto o aiuto da parte del team	25 (63)
Mancata segnalazione cure non fornite da parte dell'operatore di supporto	24 (60)
Tensioni / comunicazione interrotte infermieri / operatori di supporto	22 (55)
Tensioni / comunicazione interrotte infermieri / medici	22 (55)
Caregiver non rintracciabile o disponibile	20 (50)
Farmaci non disponibili	17 (43)
Forniture / apparecchiature non disponibili	17 (43)
Altri reparti non hanno eseguito quanto previsto	16 (40)
Forniture / apparecchiature non funzionanti	15 (38)
Inadeguate consegne infermieristiche dal turno precedente	14 (35)
Tensioni / comunicazione interrotte tra lo staff infermieristico	12 (30)

6.8 Differenze tra setting assistenziali

Al fine di eseguire un raffronto tra i diversi setting assistenziali, sono state prese in esame e confrontate le U.O. di Chirurgia e Medicina dell'ospedale di Camerino.

Nel trimestre marzo-maggio 2022, in chirurgia si sono registrati 180 ricoveri ordinari dei quali presi in esame 168 (93,3%) poiché dei restanti sono state inviate a fotocopiare le cartelle cliniche.

L'età media dei ricoverati è di 61 anni.

Durante l'accertamento infermieristico vengono somministrate le scale di Conley e Braden per rilevare rispettivamente il rischio di caduta accidentale e il rischio di sviluppo di lesioni da pressione. Da tali questionari sono 22 (12,2%) i pazienti risultati a rischio di caduta con un punteggio Conley ≥ 2 .

Relativamente alla scala di Braden, sono 13 i pazienti a rischio di sviluppare lesioni da pressione di cui 7 aventi un punteggio ≤ 13 per cui identificati con rischio grave.

E' fondamentale segnalare che 22 pazienti, con un risultato iniziale negativo per sviluppo di lesioni, hanno subito interventi di chirurgia maggiore (gastrectomia, emicolectomia, resezione del retto, posizionamento drenaggio toracico in poli-traumatizzato, amputazione arti inferiori).

Questo comporta, nell'immediato postoperatorio, una diminuzione dell'autonomia nell'esecuzione delle attività di vita quotidiana principalmente per quanto riguarda la mobilizzazione e la deambulazione. Per questo motivo si possono considerare un totale di 35 (19,5%) pazienti che presentano rischio di lesioni.

Nell'U.O. di medicina si sono registrati 97 ricoveri ordinari dei quali ne sono stati esaminati 73 (75,2%) per la medesima motivazione riportata nel caso della chirurgia.

L'età media dei pazienti è 81 anni.

Risultano 40 (54,8%) pazienti a rischio di caduta e in egual misura 40 pazienti con un punteggio Braden ≤ 17 di cui la metà a rischio grave.

I risultati sono riassunti nella tabella sottostante (Tab. 9).

Tab.9 Principali differenze tra i setting assistenziali

Periodo 01/03/2022 – 31/05/2022	Chirurgia	Medicina
Ricoveri, n	180	97
Cartelle cliniche disponibili, n (%)	168 (93,3)	73 (75,2)
Età, anni	61	81
Conley a rischio, n (%)	22 (12,2)	40 (54,8)
Braden rischio medio, n (%)	6 (3,5)	20 (27,4)
Braden rischio grave, n (%)	7 (4,2)	20 (27,4)

Secondo quanto rilevato vengono percepite un numero maggiore di missed care nell'area medica (media = 46%) rispetto all'area chirurgica (media = 29%) .

Nel reparto di chirurgia le azioni percepite come maggiormente omesse sono la “Mobilizzazione passiva” (100%), “Deambulazione del paziente” (80%) e “Cura del cavo orale” (80%) ; mentre le cure che non vengono mai omesse (0 %) sono “Rilevazione parametri vitali” , “Rilevazione glicemia”, “Valutazione dell'evoluzione del paziente” , “Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti” , “Compilazione della documentazione infermieristica” .

Nell'U.O. di medicina l'attività “ Deambulazione del paziente” viene indicata come omessa (100%), seguita dalla “Rivalutazione del paziente” (82%) e “ Valutazione dell'evoluzione del paziente” (82%). La cura meno omessa risulta essere la “Preparazione del pasto/ambiente per i pazienti autosufficienti” (9%) , seguita da “Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi” , “Igiene del paziente e controllo della cute”, “Monitoraggio della glicemia”, “Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti” e “ Somministrazione terapia entro 30 minuti dall'orario prescritto” tutte al 27% di omissione.

Per quanto riguarda le cause attribuibili alle omissioni, in chirurgia sono percepite più rilevanti “L 'inadeguato numero di personale sanitario” (100%) , “ L'inadeguato numero di personale di supporto” (80%) e “L'assegnazione non bilanciata di pazienti ad ogni infermiere” (70%).

Le cause meno rilevanti sono “ La presenza di tensioni tra i vari membri dell’equipe” (10%) , “Apparecchiature non disponibili/funzionanti” (10%) e “Mancanza di supporto da parte del team” (10%).

Nel caso della medicina, le cause percepite più importanti sono “L’inadeguato numero di personale di supporto” (100%) , “L’assegnazione non bilanciata di pazienti ad ogni infermiere” (100%) , “Inadeguato numero di personale sanitario” (91%) e “Aumento inatteso delle condizioni critiche del paziente” (91%); mentre le “Inadeguate consegne infermieristiche” (9%) e la “Presenza di tensioni tra il personale infermieristico (18%) sono state le meno rilevanti.

I risultati dei singoli item sono elencati nelle tabelle sottostanti (Tab 10 – 11).

Tab.10 Prevalenza omissioni differenziate per U.O.

U.O. Numero infermieri Elenco cure perse	n (%)	Chirurgia 10		n (%)	Medicina 11	
		media	varianza		media	varianza
1) Deambulazione 3 volte al giorno o da prescrizione	8 (80)	3,1	0,99	11 (100)	4	0,8
2) Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	10 (100)	3,6	0,27	7 (64)	2,8	0,96
3) Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con il cibo caldo	2 (20)	1,9	1,43	3 (27)	2,2	1,56
4) Preparazione del pasto e dell'ambiente (tavolino, vassoio) per i pazienti autosufficienti	6 (60)	2,9	3,21	1 (9)	1,5	0,87
5) Somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto	1 (10)	1,9	0,32	3 (27)	2,2	1,16
6) Rilevazione parametri vitali come da pianificazione	0 (0)	1	0	6 (55)	2,6	1,25
7) Monitoraggio bilancio idrico	2 (20)	1,8	1,51	5 (45)	2,5	0,67
8) Compilazione documentazione infermieristica	0 (0)	1,1	0,1	5 (45)	2,4	1,65
9) Educazione al paziente e ai familiari	3 (30)	1,9	1,21	7 (64)	2,6	1,25
10) Sostegno al paziente e familiari	4 (40)	2,2	1,07	4 (36)	2,3	1,22
11) Igiene personale del paziente e controllo della cute	1 (10)	1,6	0,49	3 (27)	2,3	1,44
12) Cura del cavo orale	8 (80)	3,3	1,57	4 (36)	2,3	0,82
13) Lavare le mani	4 (40)	2,4	2,93	4 (36)	2,3	1,62
14) Discutere con il paziente il piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio	5 (50)	2,4	1,82	7 (64)	3,1	1,29
15) Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	0 (0)	1,2	0,18	3 (27)	2,1	1,69
16) Valutazione dell'evoluzione del paziente almeno una volta per turno	0 (0)	1,3	0,23	8 (73)	2,9	1,29
17) Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno	1 (10)	1,5	0,94	9 (82)	3,2	1,36
18) Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo	2 (20)	2,1	0,32	5 (45)	2,5	1,27
19) Risposta al campanello entro 5 min dalla chiamata	4 (40)	2,3	0,9	6 (55)	2,8	0,76
20) Somministrazione terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta	0 (0)	1,4	0,27	3 (27)	2,1	1,69
21) Valutazione dell'efficacia della terapia	2 (20)	1,9	0,99	5 (45)	2,5	1,27
22) Partecipazione alle riunioni multidisciplinari	3 (30)	1,9	0,77	6 (55)	2,9	1,49
23) Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 min dalla richiesta	3 (30)	2,2	0,84	4 (36)	2,5	1,07
24) Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	1 (10)	1,8	0,4	4 (36)	2,1	1,89

Rosso : frequenza maggiore nell'U.O. Blu : frequenza più bassa nell'U.O.

Tab.11 Prevalenza cause d'omissione differenziate per U.O.

U.O. Numero infermieri	Chirurgia			Medicina		
	n (%)	media	varianza	n (%)	media	varianza
1) Inadeguato numero di personale sanitario	10 (100)	3	0	10 (91)	3,5	0,47
2) Pazienti urgenti	1 (10)	2,1	0,1	9 (82)	2,9	0,29
3) Aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti	5 (50)	2,7	0,68	10 (91)	3	0,2
4) Numero inadeguato di personale di supporto	8 (80)	3,1	0,99	11 (100)	3,8	0,16
5) Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	7 (70)	2,7	0,68	11 (100)	3,9	0,09
6) Farmaci non disponibili quando necessario	3 (30)	2	0,67	3 (27)	2,4	0,45
7) Inadeguate consegne infermieristiche	2 (20)	1,8	1,51	1 (9)	2	0,2
8) Altri reparti o operatori non hanno eseguito i loro compiti	1 (10)	1,7	0,46	5 (45)	2,4	1,25
9) Forniture/ apparecchiature non disponibili	1 (10)	1,5	0,5	4 (36)	2,3	0,42
10) Forniture/apparecchiature non funzionanti	1 (10)	1,6	0,93	4 (36)	2,3	0,42
11) Mancanza di supporto/aiuto da parte del team	1 (10)	1,4	0,49	10 (91)	3,2	0,36
12) Presenza di tensioni tra personale infermieristico e operatori di supporto	1 (10)	1,4	0,49	7 (64)	2,7	0,42
13) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico	1 (10)	1,4	0,93	2 (18)	2,3	0,42
14) Presenza di tensioni tra personale medico e infermieristico	1 (10)	1,5	0,5	7 (64)	2,7	0,42
15) Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto	3 (30)	1,7	0,9	7 (64)	2,6	0,45
16) Caregiver non rintracciabile/disponibile	2 (20)	2	0,44	4 (36)	2,2	0,56
17) Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno	4 (40)	2,5	0,5	9 (82)	3,1	0,49

Rosso : frequenza maggiore nell'U.O.

Blu : frequenza più bassa nell'U.O.

7. Discussione

In relazione ai livelli minimi di assistenza, quasi tutti i reparti sono risultati performanti ed in linea con quanto indicato dalla normativa vigente, seppure siano emerse differenziazioni in termini di minutaggio tra i giorni infrasettimanali e i giorni festivi. In quest'ultimi infatti viene erogato un minutaggio assistenziale inferiore rispetto al resto della settimana.

L'unica U.O. che si discosta e non risulta concorde agli standard previsti dal manuale è l' Hospice di SSM. Nel caso dell'Hospice , è stata riscontrata una difformità tra i minuti di assistenza da erogare secondo manuale e quelli effettivamente erogati allo stato attuale.

Secondo la DGRM 938/2020 ³⁶ l'hospice è identificato come una struttura residenziale extraospedaliera con una ricettività di 30 posti letto, ad ognuno dei quali è permessa l'assistenza continuativa di un caregiver, e a cui viene attuato un piano assistenziale personalizzato rivolto anche alla famiglia. Qui si evidenzia già la prima difformità in quanto ad oggi non vi sono nella Regione Marche realtà che accolgono un numero di 30 posti letto, come si evince dal documento "Rete Hospice/Cure Palliative domiciliari n° 259 del 6/4/2022". ³⁷

Risulta come modello organizzativo che non risponde al mandato clinico assistenziale e i consumi delle risorse umane afferenti all'area del comparto sono ampiamente discutibili.

Il soprammenzionato DGRM prosegue affermando che per strutture < 8 posti letto è necessario garantire 180 minuti d'assistenza infermieristica pro capite/die e 180 minuti d' assistenza OSS pro capite/die. Per strutture > 8 posti letto si ha un'assistenza OSS aggiuntiva di altri 180 minuti pro capite/die. La struttura di SSM presenta 12 posti letto. Per cui seguendo tale indicazione legislativa ed eseguendo una media di minutaggio tra personale infermieristico ed OSS, occorrerebbe erogare 300 minuti pro capite/ die. Con la turnazione attuale vengono erogati meno minuti assistenziali con uno scarto di -20 minuti nei giorni feriali e -60 minuti nei giorni festivi.

Pur rientrando nei minuti assistenziali indicati dalla normativa vigente e risultando quindi adempienti, si evidenzia un'altra peculiarità nell'U.O. residenziale di Matelica

che si compone di due moduli dotati di 12 posti letto di Cure Intermedie e 8 posti letto di RSA, rispettivamente con 160 e 140 minuti di assistenza da erogare pro capite/die, per un totale di 20 posti letto.

Eseguendo una media di minutaggio, dato i due setting assistenziali diversi, otteniamo 150 minuti pro capite/die da erogare.

Tuttavia il DGRM 938/2020, nell'ambito delle cure intermedie, suddivide i 160 minuti procapite/die da erogare in 106 minuti/ die di assistenza OSS e 54 minuti /die di assistenza infermieristica per posto letto; questo dato risulta fortemente sottostimato specialmente per quanto riguarda l'assistenza infermieristica, in quanto, eseguendo un rapido calcolo e moltiplicando i 54 minuti assistenziali infermieristici per i 20 posti letto otteniamo 2,25 infermieri /die che non riuscirebbero a garantire la continuità assistenziale infermieristica nei tre turni (MPN). Pertanto si può affermare che il modulo da 20 posti letto non risulta funzionale.

Inoltre l'ospedale di Matelica in seguito al DM 70/2015 ha convertito il PPI, punto di primo intervento, in PAT, punto di assistenza territoriale gestito da un MSA - mezzo di soccorso avanzato - con infermiere e medico dedicato che, se impegnati sul territorio, determina la gestione del presidio PAT da parte del personale infermieristico della struttura (specialistica ambulatoriale e C.I./RSA),per garantire una copertura h24 e 7 giorni su 7. Questa singolarità giustifica i 42 minuti assistenziali in esubero che vengono forniti dal personale di tale unità operativa.

La Rianimazione risulta l'unità operativa con uno scarto maggiore, in termini positivi , rispetto alle indicazioni normative. Pur non includendo nel calcolo gli operatori di supporto (in quanto gli stessi sono in condivisione con l'U.O. di Pronto Soccorso e per la maggior parte del tempo impiegati in quest'ultimo ambiente lavorativo e poiché l'assistenza del paziente critico è quasi esclusivamente garantita dall'infermiere a causa dell'alta instabilità clinica e complessità assistenziale) essa eroga un surplus assistenziale di +720 minuti nei giorni feriali e + 480 minuti nei giorni festivi, rispetto ai 600 minuti/die previsti dal manuale. Tuttavia questa condizione può essere giustificata poiché in caso di trasferimenti sanitari urgenti, è compito di un'infermiere dell'U.O. di Rianimazione eseguire tale trasferimento insieme al medico

rianimatore/anestesista, per cui in tal senso venendo a mancare un'unità infermieristica si riduce di conseguenza il minutaggio assistenziale erogato.

Se secondo il manuale di autorizzazione e accreditamento elaborato dalla Regione Marche risultiamo performanti in tutte le unità operative ad eccezione dell'hospice, ciò non accade qualora seguissimo le indicazioni provenienti dalla letteratura internazionale.

Per le unità operative mediche e chirurgiche, Saiani nel suo articolo "*Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference*"¹⁸ raccomanda di mantenere un'assistenza di 200 minuti/pro capite/die in area medica e di 220 minuti/pro capite/die in area chirurgica, malgrado ciò troviamo che tutte le unità operative mediche e chirurgiche esaminate risultano carenti nei giorni festivi e non rispondenti a tali raccomandazioni.

In quest'ottica, merita una riflessione quanto pubblicato da Ambrosi nel 2016 su *Aging Clinical and Experimental Research*³⁸ : i risultati di tale studio raccomandano di garantire la stessa assistenza in termini quali- quantitativi tutti i giorni della settimana, per non aumentare il rischio di mortalità.

Anche nell'ambito delle post-acuzie è stato eseguito un raffronto con le raccomandazioni più accreditate e nello specifico, per le unità operative di Cure Intermedie/Rsa e Lungodegenza, è stato preso come target di riferimento l'indicazione di 210 minuti pro capite/die, come indicato dal documento n°12 del progetto Mattone del SSN "Prestazioni residenziali e semi residenziali" elaborato nel 2007 , di cui capogruppo fu proprio la Regione Marche.³⁹

Anche in questo caso risultiamo inadempienti a tali indicazioni sia nei giorni feriali che nei giorni festivi.

Si nota come il minutaggio assistenziale raccomandato per un reparto di medicina generale sia inferiore rispetto ad un reparto di "post-acuzie", questo perché la prestazione "residenziale" non si distingue necessariamente da quella "ospedaliera" per un diverso gradiente di assistenza.

Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione,

nutrizione), nelle quali il livello assistenziale globale richiesto può risultare superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

Superando la logica dei minuti assistenziali e volendoci attenere a mantenere un rapporto infermiere - paziente 1 : 6, come raccomandato dalle ultime evidenze scientifiche, ci troveremmo di fronte a una realtà fortemente penalizzata.

Nei reparti di area medica vi è una carenza di 2 / 3 unità infermieristiche per turno lavorativo (M-P) , mentre in area chirurgica questo scarto diminuisce a 1 / 2 unità infermieristiche in meno rispetto al necessario. Inoltre in alcune realtà operative (Chirurgia, Lungodegenza e Hospice) proprio in vista dell'applicazione dei minutaggi assistenziali, il turno notturno resta in responsabilità di un solo infermiere, situazione inaccettabile, per la conseguente gestione deficitaria del risk management.

Solo l'U.O. di week surgery e l'U.O. di Rianimazione (nei giorni feriali) risultano completamente in linea con gli standard proposti.

Proseguendo lo studio e volendo analizzare la percezione infermieristica riguardante le cure mancate e avere un campione di popolazione omogeneo, sono stati presi in esame esclusivamente i reparti di degenza ordinaria dell'ospedale di Camerino e San Severino Marche, escludendo quindi la residenzialità (RSA / C.I Matelica e hospice), l'area critica (rianimazione) e la chirurgia breve (week - surgery).

Nelle unità operative oggetto d' indagine risulta essere presente in modo trasversale il fenomeno delle missed nursing care.

Il campione in studio presenta alcune differenze circa le caratteristiche socio – demografiche rispetto ad altri studi presenti in letteratura. Esso differisce principalmente per il titolo di studio che posseggono gli infermieri rispondenti: la maggior parte degli intervistati ha conseguito la laurea triennale, al contrario degli studi precedenti, la cui maggioranza possedeva una diploma di infermiere professionale ^{40, 41}.

Inoltre essi sono per il 93% turnisti. Questo tipo di turnazione permette una visione dell'assistenza erogata in reparto più completa, elemento non presente in molti studi internazionali, dove vi è un grande numero di personale che effettua principalmente il turno diurno ^{42, 43 , 44}

Questo elemento risulta di grande importanza poiché il personale che opera h24 è quello più a rischio per il verificarsi di missed care. ⁴⁵

Analizzando i dati, la deambulazione si pone al primo posto come intervento assistenziale più frequentemente omesso nel caso della medicina e al secondo posto nel caso della chirurgia. Questo dato è sovrapponibile ai risultati documentati dai precedenti studi.^{35, 46, 47}

Inoltre poiché anche la mobilitazione passiva risulta essere un intervento spesso omesso/posticipato è verosimile che gli infermieri decidano di penalizzare quelle attività che richiedono sia tempo che la presenza contemporanea di due operatori e le cui ricadute non sono immediatamente osservabili, anche in considerazione dei ridotti tempi di degenza, come nel caso dell'U.O. di Chirurgia.

Sempre nel caso dell'area chirurgica la cura del cavo orale, attività che di fatto necessita la presenza di un solo operatore, risulta essere il terzo intervento più omesso e ragionando sull'elevata frequenza con cui viene mancato/ritardato (80%) si potrebbero fornire diverse spiegazioni: essendo una attività di base, quindi percepita come di pertinenza di altri operatori sanitari, gli infermieri non necessariamente realizzano questo intervento e non sempre riescono a monitorare se è stato effettuato dagli operatori di supporto o dai caregiver che intervengono nelle cure dirette ai pazienti.

Le azioni che vengono omesse raramente invece sono quelle considerate proprie della professione ovvero tutte quelle inerenti il monitoraggio dei parametri vitali e della glicemia, la somministrazione entro 15 minuti della terapia farmacologica al bisogno e la compilazione della documentazione infermieristica. È quindi chiaro che le risorse presenti, per quanto riguarda il personale infermieristico, vengono impiegate in tutte quelle attività che sono considerate come di esclusiva pertinenza dell'infermiere.

Nel caso dell'U.O. di medicina, rispettivamente al secondo e terzo posto nella scala degli interventi assistenziali più omessi vi è la rivalutazione del paziente per verificarne miglioramenti/peggioramenti e la valutazione dell'evoluzione delle sue condizioni almeno una volta per turno. Probabilmente ciò è dovuto alla tipologia di paziente ricoverato in area medica, che spesso volte risulta essere un paziente anziano in stato di riacutizzazione di patologia cronica. Questi item differiscono in modo sostanziale nel reparto chirurgico in quanto risultano essere le attività infermieristiche meno omesse, dato facilmente interpretabile poiché il paziente chirurgico necessita di essere rivalutato

frequentemente nell'immediato post operatorio visto che le sue condizioni possono aggravarsi improvvisamente e determinare un'urgenza sanitaria.

Emerge inoltre un'ulteriore differenza, in termini di cure meno omesse, tra i due reparti analizzati poiché nell'U.O. di medicina le attività che vengono più spesso garantite sono la preparazione del pasto e dell'ambiente (tavolino/vassoio) per i pazienti autosufficienti e l'aiuto ad alimentarsi ai non autosufficienti, al pari merito con il monitoraggio della glicemia e la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta.

Questo dato può essere spiegato in quanto in suddetto reparto la causa di omissione attribuita alle cure mancate dall'unanimità degli intervistati riguarda l'inadeguato numero di personale di supporto a cui l'infermiere deve sopperire per poter garantire all'assistito le varie attività di base, quindi per cui anche l'alimentazione.

Le motivazioni fornite circa il verificarsi di missed nursing care sono abbastanza sovrapponibili a quelle indicate in letteratura come le più rilevanti^{40, 41, 42, 48}: sembra infatti essere presente un problema di risorse. La mancanza di personale e il numero non bilanciato di pazienti per infermiere sono le cause che in modo trasversale sembrano incidere sulla qualità dell'assistenza infermieristica erogata.

Mentre tra le cause reputate meno rilevanti sono emerse quelle legate alla comunicazione, in particolar modo le consegne inadeguate e le tensioni tra il personale, ciò si potrebbe ipotizzare dovuto a un buon clima di collaborazione tra l'equipe (infermieristica, di supporto e medica) nelle due realtà operative.

Da questa analisi, quindi, emerge che in area chirurgica non vengono garantite le attività di base mentre in area medica è l'attività clinica – assistenziale ad essere sacrificata.

E' indispensabile, innanzitutto, aumentare il minutaggio assistenziale da erogare pro capite / die, rispettando quelle che sono le ultime evidenze scientifiche^{12, 13, 14, 16}; inoltre risulta evidente come si manifesti necessario rivedere il rapporto percentuale tra presenza infermieristica e presenza di personale di supporto.

La normativa regionale, nel manuale di autorizzazione, classifica sia l'U.O. di chirurgia che l'U.O. di medicina come specialità di base, con i medesimi 180 minuti di assistenza da erogare e un rapporto infermiere – operatore di 60 – 40 per cento.

Ma suddette realtà hanno setting assistenziali completamente differenti a cui afferisce una tipologia di paziente diversificata (differenze significative da un punto di vista di

età media, grado di dipendenza nelle attività di vita quotidiana, decorso clinico – assistenziale).

Nelle sopracitate unità operative, al momento del ricovero vengono utilizzate principalmente la scala di Conley e la scala di Braden come strumenti di misurazione rispettivamente del rischio di caduta e di sviluppo di lesione da pressione, ma che non offrono una visione in toto del grado di dipendenza e complessità assistenziale del paziente.

Sarebbe opportuno, a completamento del sistema di valutazione, introdurre scale di misurazione che permettano di valutare la stabilità clinica e la complessità assistenziale in modo da determinare il livello di intensità di cura.

A tale scopo, si potrebbe proporre l'utilizzo sinergico della scala MEWS (Modified Early Warning Score) e della scala IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale) che insieme vanno a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui viene misurato il grado di gravità e di dipendenza del paziente (vedi allegati 2 – 3).

Per cui, sarebbe opportuno pianificare, come direzione delle professioni sanitarie, un monitoraggio dell' indice di complessità assistenziale periodico, al fine di sostenere e oggettivare, attraverso scale di misurazione e strumenti idonei, un assegnazione maggiore di personale rispetto agli standard di riferimento, in modo da giustificare la richiesta di integro di tale personale o modificarne il rapporto tra le diverse figure professionali.

7.1 Limiti dello studio

I limiti sono da attribuirsi alla natura fortemente esplorativa dello studio, al campionamento di tipo monocentrico e al campionamento di convenienza adottato. Inoltre lo studio è basato sulle percezioni degli infermieri che potrebbero avere sovra o sottostimato il fenomeno delle cure mancate.

8. Conclusione

Negli ultimi anni, anche nel contesto italiano, il crescente bisogno di salute dei cittadini e la stringente revisione della spesa che ha determinato azioni di riorganizzazione e downsizing con tagli alle risorse umane e materiali per garantire la sostenibilità complessiva del sistema, hanno reso difficile per gli infermieri la gestione dei bisogni dei pazienti sempre più anziani, fragili e complessi.

La soluzione adottata dal personale è quella della razionalizzazione delle cure, che consiste nell'effettuare solo le attività che sono considerate come prioritarie, tralasciando tutte quelle attività che sono considerate come meno rilevanti nell'immediato o che possono essere attribuite ad altro personale, se non al paziente stesso.

Il fenomeno delle cure mancate, noto anche come errori di omissione, rappresenta una problematica di interesse a livello internazionale poiché presente in contesti e sistemi sanitari diversi i cui esiti interessano tutti gli attori del processo di caring: utente, professionista ed organizzazione.

Appare evidente che limitare le missed nursing care sia un obiettivo da perseguire mediante l'elaborazione di una gestione dei professionisti che preveda la stesura di protocolli adeguati, attività formative e un organico nei reparti confacente.

Da un punto di vista della gestione delle risorse umane, i responsabili dovrebbero considerare la pianificazione del bisogno di risorse infermieristiche sulla base di dati certi e confrontabili con le altre realtà internazionali, nell'ottica della promozione del contenimento delle missed nursing care e degli esiti del lavoro.

Questo perché, come si evince dalla letteratura analizzata, per avere cure sicure e minimizzare gli errori è fortemente indicato avere livelli minimi di equipe garantiti, e disporre di personale preparato, motivato ed incentivato da un ambiente lavorativo stimolante e produttivo. Per ottenere ciò, è auspicabile disporre di linee guida per la qualità dell'assistenza e standard per la dotazione organica che garantiscano sicurezza.

Se le attuali condizioni di carico di lavoro non sempre consentono di erogare l'assistenza pianificata, potrebbe essere utile integrare l'attuale formazione di base/continua degli infermieri con l'analisi di strategie per la decisione su quali cure

rimandare, ad esempio preparandoli a strutturare un processo di decision making flessibile, consapevole di eventuali omissioni ma capace di tenerne traccia soprattutto negli interventi che hanno potenziali ricadute sugli esiti clinici.

Bibliografia

1. Ball J. Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. London RCN, RCN 2010. publication code 003 860.
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002; 288(16): 1987-93.
3. Scott C. Setting safe nurse staffing levels. Royal College of Nursing Institute 2003.
5. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association* 2002; 288 : 1987-93.
5. Cho SH. Nurse staffing and adverse patient outcomes: a systems approach. *Nursing Outlook* 2001; 49: 78-85.
6. Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, & Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine* 2011; 364 (11): 1037-1045.
7. Sermeus W, Aiken LH, Van denHeede K, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT et al. Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology. *BMC Nurs* 2011; 10, 6. doi: 10.1186/1472-6955-10-6.
8. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van denHeede K, Griffiths P, Busse R et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet* 2014; 383(9931),1824-30. doi: 10.1016/S0140- 6736(13)62631-8.
9. Griffiths P, Ball J, Murrells T, Jones S, Rafferty AM. Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016 Feb 9;6(2):e008751. doi:10.1136/bmjopen- 2015-008751. Erratum in: *BMJ Open*. 2016 May 05;6(5):e008751corr1.
10. Minnesota Department of Health. Hospital nurse staffing and patient outcomes: a report to the Minnesota Legislature, 2015.
11. Kelly L, Vincent D. The dimensions of nursing surveillance: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2011; 67: 652-61; <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05525.x> .

12. Sasso L, Bagnasco A, Zanini M, Catania G, Aleo G, Santullo A et al. The general results of the RN4CAST survey in Italy. *J Adv Nurs* 2017 Sep; 73(9):2028- 2030. doi: 10.1111/jan.13066. Epub 2016 Jul 26. PMID: 27399267.
13. STUDIO E.S.A.Med. (Esiti sensibili all'assistenza in medicina). Disponibile online su <http://www.evidencebasednursing.it/prova/Progetti/Ricerche/ESAMED>.
14. Saiani L, Chiari P, Palese A, et al. Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure. *Ig Sanità Pubbl* 2011; 67: 777-92.
15. Regione Emilia-Romagna. Progetto "Osservatorio regionale sui Nursing Sensitive Outcomes", 2014. Disponibile online su <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/progetto-rer-nso>.
16. Cavaliere B, Costamagna G, Laquintana D, Magon G, Porcelli B. Raccomandazioni per la determinazione dello staff per l'assistenza infermieristica. SIDMI Società Italiana per la direzione e il management delle professioni infermieristiche. Raccomandazione maggio 2021 1.0.
17. Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1969, n. 128 "Ordinamento interno dei servizi ospedalieri".
18. Decreto ministeriale del 13 settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero".
19. D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 42".
20. D. Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".
21. D. Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29 "Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego".
22. D.M. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
23. Legge regionale 16 marzo 2000, n. 20. "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".

24. Legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 - “Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati”.
25. DGR 1669 del 16/12/19 “L.R. 21/2016 art.3 comma 1 lettera b) – Manuale di Autorizzazione delle strutture ospedaliere (parte A).
26. D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 - “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.
27. DGR n. 358 del 26/03/2018 ad oggetto "Richiesta di parere alla competente Commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "L.R. n. 21/2016 art. 3 comma 1 letto b)" - Manuale Autorizzazione Strutture Ospedaliere (parte A).
28. Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care* 2004; 42 (2 suppl):1167-73.
29. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006; 21 (4): 306-13.
30. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65 (7): 1509-17.
31. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ PSNet patient safety network: glossary. Disponibile a: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>.
32. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H et al. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs* 2001; 20(3), 43-53.
33. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res.* 2007 Nov-Dec; 56(6):416-24. doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62. PMID: 18004188.
34. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission, *Nursing Outlook* Volume 57 Issue 1 2009; 3-9, ISSN 0029-6554, <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.05.007>.
35. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm* 2009 ; 39: 211-19.

36. DGR n. 938 del 20 luglio 2020 ad oggetto “LR n. 21/2016 art. 3 comma 1 lett. b) - Manuale Autorizzazione Strutture sanitarie extraospedaliere intensive e estensive, strutture socio-sanitarie di lungoassistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semi residenziale (parte C: Requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice-Malati HIV))”.
37. Rete Hospice / cure palliative domiciliari ASUR Marche delibera ASUR n. 259 del 6/4/2022.
38. Ambrosi E, Saiani L, Palese A, et al. In-hospital elderly mortality and associated factors in 12 Italian acute medical units: findings from an exploratory longitudinal study. *Aging Clin Exp Res* 2016; May 7.
39. Ministero della Salute, Progetto Mattoni SSN, “Mattone 12 – Prestazioni residenziali e semi residenziali” 2007.
40. Sist L, Contini C, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R et al. MISSCARE Survey – Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate, *Igiene e Sanità Pubblica* 2017; (73) 29-45.
41. Palese A, Ambrosi E, Prospero L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting, *Internal and Emergency Medicine* 2015; (10)693-702.
42. Hernandez-Cruz R, Moreno-Monsivais M, Cheverria-Rivera S, Diaz-Oviedo A. Factors influencing the missed nursing care in patients from a private hospital, *Revista Latino – Americana de Enfermagem* 2017; (25)28-77.
43. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals”, *Journal of Clinical Nursing* 2016; (26)170-81.
44. Hamilton P, Mathur S, Gemeinhardt G, Eschiti V, Campell M. Expanding What We Know About Off-peak Mortality in Hospitals, *The Journal Of Nursing Administration* 2010; 40(3), 124-8.
45. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C. et al. Factors influencing why nursing care is missed, *Journal of Clinical Nursing* 2014; (24) 47-56.
46. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE SURVEY-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics* 2012; 30(1):29-37.

47. Kalisch BJ. Errors of omission. How missed nursing care imperils patients. American Nurses Association, Silver Spring, Maryland, 2015.
48. Winsett RP, Rottet K, Schmitt A, Wathen E, Wilson D. Medical surgical nurses describe missed nursing care tasks – Evaluating our work environment, Applied Nursing Research 2016; (32)128-33.

Allegato 1 – Questionario

Caro Collega,

sono Marinela Gjoshevska, frequento il secondo anno del CdL Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e sto lavorando alla mia tesi di laurea che tratterà delle cure perse. All'interno degli ospedali, gli infermieri non riescono sempre a effettuare tutte le attività assistenziali che si propongono e che dovrebbero essere eseguite e a volte, per diversi motivi, alcune attività vengono posticipate o tralasciate. Queste prendono appunto il nome di cure perse (*missed nursing care*) e sono i cosiddetti errori di omissione, che si contrappongono a quelli commissivi, in quanto l'errore non scaturisce dall'aver fatto qualcosa, ma dall'averlo omesso, non eseguito. Ciò può portare a conseguenze gravi per la sanità e la sicurezza del paziente. Le chiedo di compilare il questionario a seguire, allo scopo di rilevare informazioni utili all'elaborazione della mia tesi di laurea che tratterà di questo argomento. Al fine di assicurare la privacy, nel pieno rispetto del GDPR (679/2016) il questionario sarà in forma anonima e non sarà possibile in alcun modo risalire all'identità del compilatore. Alla fine della compilazione le chiedo di riconsegnare il questionario nell'apposita busta al coordinatore di reparto.

Generalità

Presidio ospedaliero: Camerino San Severino Marche

Unità operativa: _____

Sesso: uomo donna

Titolo di studio: diploma regionale laurea triennale laurea magistrale

master _____ (indicare la tipologia)

Età in anni : _____

Profilo orario : turnista diurnista

Anni di servizio complessivi : meno di 5 anni da 5 a 14 anni da 15 a 24
anni oltre 25 anni

Da quanto tempo lavori nel reparto attuale?

< 6 mesi da 6 mesi a 2 anni da 2 a 5 anni da 5 – 10 anni >
10 anni

Hai intenzione di cambiare reparto?

sì no

Quanti pazienti hai in carico in questo turno o hai avuto nell'ultimo turno di lavoro? _____
 (indicare il numero)

Prima parte

Compili la tabella pensando a quello che avviene nel reparto in cui lavora, individuando (segnando nella casella) per ogni attività **la frequenza** con cui, secondo la sua percezione, viene omessa e/o posticipata nel suo reparto. Tenga presente che il punteggio ha il seguente significato:

1 = mai omessa e/o posticipata
 =frequentemente 2 = raramente 3 = occasionalmente 4

5= sempre omessa e/o posticipata

Quanto frequentemente tale azione viene omessa o posticipata ?	1	2	3	4	5
1) Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione					
2) Mobilizzazione passiva ogni 2 ore					
3) Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con il cibo caldo					
4) Preparazione del pasto e dell'ambiente (tavolino, vassoio) per i pazienti autosufficienti					
5) Somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto					
6) Rilevazione parametri vitali come da pianificazione					
7) Monitoraggio bilancio idrico (entrate/uscite)					
8) Compilazione documentazione infermieristica					
9) Educazione al paziente e loro familiari					
10) Sostegno al paziente e familiari					
11) Igiene personale del paziente e controllo della cute					
12) Cura del cavo orale					
13) Lavare le mani					
14) Discutere con il paziente il piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio					
15) Monitoraggio della glicemia come da prescrizione					
16) Valutazione dell'evoluzione del paziente almeno una volta per turno					
17) Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno					

18) Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo					
19) Risposta al campanello entro 5 min dalla chiamata					
20) Somministrazione terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta					
21) Valutazione dell'efficacia della terapia					
22) Partecipazione alle riunioni multidisciplinari					
23) Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 min dalla richiesta					
24) Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito					

Seconda parte

Considerando il reparto in cui lavora indichi per ciascuna delle motivazioni elencate **la rilevanza** che ritiene abbia nel causare le cure perse (attività elencate precedentemente) sbarrando la casella.

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

Allegato 2 – Scala Mews

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi di giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le flebocisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte
Punteggio totale: _____							

Allegato 3 – Scala IDA

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30	
Frequenza Cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130	
Pressione arteriosa sistolica	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura Corporea		< 35		35-38,4		> 38,5		
Comorbidità							Totale	