

*«Se un paziente ha freddo,
se un paziente ha la febbre,
se un paziente è svenuto,
se è malato dopo aver assunto cibo,
se ha male a causa del letto,
generalmente non è colpa della malattia,
ma dell'assistenza infermieristica».*

Florence Nightingale

INDICE

| | |
|---|--------------|
| 1. INTRODUZIONE | 1 |
| 3. MATERIALI E METODI | 6 |
| 3.1 Limiti..... | 9 |
| 4. RISULTATI | 10 |
| 4.1 La sintesi delle risposte date | 10 |
| 4. DISCUSSIONE..... | 20 |
| 5.1 Fattori individuali..... | 20 |
| 5.2 Fattori di sistema | 24 |
| 5.3 Fattori professionali..... | 26 |
| 5.4 Interventi più soggetti al fenomeno MNC | 28 |
| 5.5 Ancora la questione di sistema: la fabbrica della salute | 30 |
| 6. CONCLUSIONI..... | 32 |
| 6.BIBLIOGRAFIA | |
| SITOGRAFIA | |

ABSTRACT

Introduzione: il fenomeno delle *missed nursing care* è un argomento attuale che si verifica in diverse aree d'intervento con l'influenza di diversi fattori che determina la presenza delle cure mancate, incomplete o rimandate.

Obiettivo: lo scopo dello studio è identificare le situazioni dove avviene maggiormente il fenomeno delle *missed nursing care* tenendo conto di alcuni fattori, e quali attività infermieristiche sono maggiormente colpite.

Materiali e metodi: per lo studio sono state selezionate 12 persone con campionamento propositivo laureate da massi tre anni, alle quali è stata proposta un'intervista semi-strutturata con la somministrazione di due domande aperte, dove il colloquio è stato registrato e successivamente trascritto.

Risultati: dalle interviste effettuate è risultato che la maggior parte degli intervistati hanno attribuito la percentuale maggiore ai fattori di sistema, la percentuale intermedia a quelli individuali e quella più bassa ai fattori professionali.

Discussione: sono stati presi in considerazione alcuni elementi che sono racchiusi in ciascun fattore, successivamente sono stati analizzati e approfonditi.

Conclusioni: le *missed nursing care* non sono promosse solo da un fattore, ma è il risultato di un rapporto sinergico tra loro in quanto tutti i fattori sono interconnessi.

1. INTRODUZIONE

Il lavoro sanitario è un campo molto vasto ed estremamente complesso, dove si intersecano molti operatori, con competenze differenti tra loro, i quali assolvono a vari mandati professionali quali: educazione, promozione alla salute, diagnosi e trattamento delle patologie e di prestare assistenza e cura ai pazienti. In questo campo lavorano numerose figure medici, infermieri, farmacisti, tecnici di laboratorio, terapeuti fisici e occupazionali, psicologi e molti altri. Quindi all'interno di un'azienda ospedaliera o di una qualsiasi altra struttura ogni professionista della salute ha delle specifiche competenze, conoscenze e abilità che condivide nel lavoro di squadra per garantire la miglior assistenza che si possa dare, andando a erogare delle prestazioni e quindi degli interventi, tenendo conto della visione olistica del paziente.

In tal senso uno dei modelli maggiormente utilizzati da circa un secolo, proprio di ogni sistema fabbrica, è quello denominato fordismo, modello organizzativo con lo scopo di incrementare l'efficienza di una determinata produzione mediante l'utilizzo della tecnologia della catena di montaggio, qualora questo venga applicato all'interno delle strutture ospedaliere *“le modalità di intervento generate da questo approccio e le pressioni da esso collegate sembrano ben congeniate alle esigenze burocratiche di rendicontazione e alla crescita di una cultura corporativa, orientata a trasformare l'erogazione dei servizi welfare in un business, a spese di una professione di cura che è invece un'attività morale esercitata dal beneficio degli altri”* (Trentin, 1997, p.36), con questo modello si va a rappresentare ogni singola figura sanitaria con un anello di tale catena andando a raffigurare l'infermiere nel mezzo del processo andando ad annullare la capacità intellettuale dell'infermiere lasciando spazio ad errori e sviste nell'assistenza dei pazienti.

L'infermiere, come recita il DM del 739/94 “[...] è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.” (M. della sanità, 1994). Al riguardo in un punto del profilo professionale, ovvero il concetto espresso dal comma 3 articolo 1 in quanto “l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività”, passaggio che sottolinea egregiamente il ruolo fondamentale ricoperto in quanto proprio per il suo mandato professionale, l'infermiere si interfaccia maggiormente con il paziente e, per tale ragione, deve essere in grado di identificare i bisogni assistenziali per poi scegliere gli interventi più adatti e la loro esecuzione, andando a considerare in maniera olistica il singolo. Una visione assistenziale che, a volte, non sempre viene applicata, per i più svariati motivi, giustificabili o meno e, in qualche caso anche in maniera quasi inconscia. Ad esempio: focalizzarsi esclusivamente sulla gestione delle problematiche fisiche del paziente, senza tenere in considerazione il suo benessere generale, compresi gli aspetti sociali, emotivi e psicologici.

Nella gestione delle prestazioni sanitarie seguendo un modello fordista, la rappresentazione che ne fa Foucault in termini di “fabbrica della salute”. È possibile trovare alcune similitudini fra il sistema sanitario e i principi organizzativi del fordismo nelle attività di amministrazione e gestione dei servizi sanitari, creando quei presupposti per i quali si potrebbe instaurare una modalità di lavoro routinario, altamente macchinoso che ha uno sguardo più incentrato sui risultati che sul paziente stesso, concorrendo allo sviluppo di un fenomeno al quale solamente di recente si è dato un nome: le *missed nursing care* (MNC).

Il fenomeno delle MNC è stato rilevato, studiato, analizzato e meglio ancora categorizzato negli ultimi anni come – seguendo la traduzione letterale dall'inglese – delle cure infermieristiche mancate. A tale proposito sono state condotte numerose ricerche e studi per approfondire e analizzare questo fenomeno in rapida espansione nel territorio italiano e a livello internazionale. Le *missed nursing care* per la precisione sono definite come un: “qualsiasi intervento infermieristico necessario al paziente ma omissso completamente, parzialmente o rimandato” (Sist et al.,2012), secondo la definizione maggiormente utilizzata in Italia; lungo però uno sguardo d'insieme in cui ancora non si è giunti ad una definizione unica omnicomprensiva derivata dalla letteratura scientifica.

Kalisch (2009) ha però, presto declinato ulteriori specificazioni del concetto, utilizzando vicino alla definizione MNC i seguenti termini: cure infermieristiche non soddisfatte (*unmet*), inadeguate (*inadequate*), incompiute (*unfinished*), incomplete (*incomplete*) o evitate (*avoided*). Palese (2018, p.165) successivamente ha definito in maniera diversa le MNC ovvero:

“dal punto di vista etimologico il fenomeno è stato sino ad oggi identificato con termini diversi, ognuno dei quali presenta specifiche sfumature in accordo al contesto culturale, formativo, assistenziale, sanitario e politico di riferimento. Ad esempio, per cura infermieristica:

- a) persa (“missed”) si intende qualcosa che viene tralasciato;*
- b) per cura mancata/omessa invece, l’assenza di un intervento che avrebbe dovuto essere eseguito;*
- c) incompleta, quando l’insieme di attività assistenziali non sono portate a termine;*
- d) subottimale, nel caso di attività erogate a livelli inferiori a quelli ottimali/auspicabili;*
- e) razionata, quando le attività sono ridotte all’essenziale da un processo di efficientamento;*
- f) mentre per violazione, si intende il mancato rispetto o la trasgressione di “regole” (ad esempio, l’esecuzione di pratiche non conformi a linee guida, regole legali, sociali o morali)”*

Parise (2021) di recente ha fatto uno studio dove ha preso come riferimento un ospedale di una grande città (Milano). L’obiettivo del lavoro è stata l’identificazione delle cause che generano le MNC, quali le aree più colpite e quali le principali attività soggette al fenomeno. Il risultato finale ha dimostrato che le MNC sono presenti in tutte le strutture ospedaliere dove le unità più colpite sono quelle medico-chirurgiche rispetto alle unità operative riferite all’ area critica e quelle riferite alla maternità e che le attività più omesse sono legate all’assistenza di base.

Va detto inoltre che si può analizzare le *missed nursing care* quale fenomeno che, oltre ad andare ad incidere sulla qualità e sulla sicurezza delle cure erogate nei confronti del paziente, ha anche un risvolto psicologico che va ad incidere proprio sull' infermiere stesso, “*Gli infermieri dimostrano di essere coscienti e consapevoli delle attività assistenziali non erogate, seppur necessarie ai pazienti, e riescono ad identificarle se viene loro richiesto. Consapevolmente, quindi, spesso si ritrovano a dover fare delle scelte sulle attività cui dare priorità a scapito di altre. Tuttavia, salvo che non gli sia espressamente richiesto, non ne parlano e non ne discutono, per diverse motivazioni, quali il sentirsi colpevoli o il sentirsi impotenti*” (Bagnasco et al., 2020, p. e100 – e108).

Va ricordato inoltre che Kalisch (2006) aveva già individuato sette principali fattori che influiscono, quali: troppo poco personale, tempo richiesto per l'intervento infermieristico, scarso utilizzo delle risorse del personale, “*It's not my job syndrome*”¹, delega inefficace, rifiuto e abitudine (Kalisch et al., 2006). Le cause sopra elencate da Kalisch si possono riassumere in fattori individuali, fattori di sistema e fattori professionali. Tutti questi fattori possono influire sulla somministrazione delle cure infermieristiche e sugli standard di qualità dei servizi erogati.

In merito a quanto detto Kalisch (2012) condusse uno studio dove veniva trattato il tema delle MNC per valutare se il tasso di *missed care* tra gli ospedali magneti (strutture che sono caratterizzate per l'attrazione di personale infermieristico) e ospedali non magneti risultasse differente. Nello studio prese in considerazione l'ambiente di lavoro fornito al personale infermieristico, la soddisfazione lavorativa e l'esaurimento emotivo. Quindi se consideriamo le MNC analizzando il fenomeno possiamo affermare che sono legate ad una pluralità di fattori: lavorativi (sociali e relazionali), ambiente di lavoro per il personale infermieristico e quindi, culturali (tecnici) e organizzativi (strutturali e spaziali), ad esempio tutto ciò che riguarda l'organizzazione del reparto dove si lavora e la probabilità che potrebbero presentarsi limitazioni di risorse. Mentre dal punto di vista psicosociale potremmo riscontrare dei fattori individuali e professionali in riferimento alla singola persona in base al suo vissuto e alle sue caratteristiche ad esempio come l'infermiere affronta le situazioni nel proprio contesto lavorativo, il carico emotivo, la reazione a situazioni di stress e quindi incentrato sulla soddisfazione personale e la gestione dell'esaurimento emotivo.

¹ It's not my job syndrom: mansioni che alcuni infermieri non considerano competenze infermieristiche.

2. Obiettivo

L'obiettivo principale che ha guidato lo studio è capire quali sono gli elementi condizionanti nella pratica quotidiana dell'infermiere nell'originare il fenomeno delle *missed nursing care*.

3. MATERIALI E METODI

Il lavoro svolto rientra nello studio fenomenologico qualitativo con una visione retrospettiva. La ricerca qualitativa è la descrizione di un fenomeno che si sviluppa in maniera deduttiva, che da un'interpretazione di eventi dal punto di vista del partecipante mediante interviste, osservazioni e con il supplemento di racconti scritti o registrati. Per quanto riguarda la ricerca fenomenologica è stato scelto il modello di Cohen (2000) in quanto è un processo dialogico che richiede una riflessione da parte del ricercatore oltre la mera rilettura delle interviste fatte, con lo scopo di capire il significato dell'esperienza vissuta dal partecipante in un determinato contesto.

È stata utilizzata la tipologia del campione propositivo in cui il ricercatore sceglie in maniera intenzionale i soggetti che parteciperanno allo studio per ottenere il miglior contributo possibile nel raccogliere dati per la propria ricerca. L'anonimato degli intervistati è stato assicurato attraverso l'attribuzione ad ognuno di un codice alfanumerico. Come criterio di inclusione dei soggetti da intervistare si è scelto il limite massimo di anni 3 dalla laurea al fine di ottenere così un campione maggiormente omogeneo, sia sul piano della preparazione di base sia su quello dell'età e quindi della propensione al lavoro ancora non erosa da meccanismi di eventuale burnout sviluppatisi negli anni. Alla fine il numero di infermieri intervistati è stato di dodici.

In tal senso sono state categorizzate in tre macro-aree di riferimento i servizi di provenienza del campione, relativi all'area critica, a quella di degenza e ad un'area mista relativa a servizi sanitari di vario genere non rientranti nelle prime due, per avere uno sguardo più generale del fenomeno delle MNC, senza categorizzare l'evento ad un'area specifica.

È stata poi effettuata un'intervista semi-strutturata, metodologia di raccolta dati facente parte della ricerca qualitativa dove il ricercatore ha il controllo sull'argomento trattato, non ci sono delle risposte prestabilite per ogni domanda, in quanto l'intervistato può spaziare e rispondere alle questioni poste argomentando come meglio ritiene. Questo

metodo di raccolta dati consiste nel porre a tutti gli intervistati le stesse domande, il conduttore del colloquio, nel suo svolgimento può cambiare l'ordine delle domande, purché si mantengano le stesse. (Bagnasco, 2015) Si è scelto poi di somministrare due domande, dove la prima domanda l'intervistato doveva rispondere, strutturandola però in modo che questi potesse articolare al meglio il suo pensiero. La seconda domanda consisteva in una classificazione di quattro interventi infermieristici, l'intervistato doveva classificarli in ordine decrescente dall'intervento più omesso a quello meno.

Prima della somministrazione del primo quesito scelto è stata fornita la definizione del fenomeno delle *missed nursing care* come un: “*qualsiasi intervento infermieristico necessario al paziente ma omesso completamente, parzialmente o rimandato*” (Sist et al., 2012). La domanda somministrata è stata la seguente:

“Secondo la tua esperienza lavorativa in che misura (assegnare un punteggio percentuale e descrivere schematicamente la modalità) influiscono i seguenti fattori sul fenomeno delle missed nursing care?”

- Fattori individuali (Fi), propri dell'operatori come persona;
- Fattori di sistema (Fs), relativi a fattori strutturali e organizzativi del servizio;
- Fattori professionali (Fp), correlati al percorso formativo e alle competenze professionali acquisite.

Il secondo quesito consisteva in:

“in quale ordine (decrescente) classifichereesti i seguenti interventi: cura e igiene del paziente, deambulazione, mobilizzazione passiva ogni 2 ore e rilevazione dei parametri vitali ad orari in base alla frequenza di omissione?”

I fattori causali messi in rilievo derivano dalla categorizzazione operata dalla letteratura scientifica. Al riguardo viene riportato un esempio di uno studio (Chaboyer et al., 2020) dove uno degli obiettivi del progetto è stato l'individuazione dei fattori che influenzavano le MNC, rilevati tra i determinanti come limitazioni di risorse, carenza di personale, competenze professionali, lavoro in equipe.

La visione delle aree micro-sociale, macro-sociale e meso-sociale in quanto le domande sono che sono state fatte con la consapevolezza di sondare un'unica grande dimensione perché tutti i fattori sono interconnessi. I tre livelli sociali riguardano aspetti della dimensione:

- **micro-sociale** relativa ai processi di interazione sociale che implicano la presenza di persone;
- **meso-sociale** riguarda invece i contesti sociali nei quali la vita sociale è organizzata ed i processi d'interazione si svolgono;
- **macro-sociale**, infine, riguarda la società nel suo complesso, che ricopre sia i contesti che le interazioni” (Giarelli, 2009)

Applicato in un contesto sanitario il livello micro-sociale può essere considerato quello relativo alle interazioni che l'infermiere ha con il paziente stesso in cui viene chiamata in causa la sua stessa personalità di individuo; il livello meso sociale è quello rapportabile alle dinamiche organizzative e relazionali esistenti nei servizi sanitari (reparto, ambulatorio, territorio, etc.), in cui entrano maggiormente in gioco conoscenze e competenze, strettamente correlate ai percorsi formativi ed esperienziali; il livello macro-sociale è la dimensione istituzionale del sistema sanitario, l'organizzazione dello stesso e il complesso dei fattori componenti le risorse umane e costituenti.

L'intervistato per ogni fattore ha dato un punteggio percentuale facendo riferimento alla propria esperienza lavorativa, a quella formativa e personale di vita, argomentando le sue scelte. Inoltre è stato chiesto di fare una classificazione di alcuni interventi infermieristici che sono più soggetti al fenomeno, in termini di frequenza, ossia: mobilitazione passiva ogni due ore del paziente allettato, mobilitazione attiva, igiene e cura della persona e rilevazione dei parametri vitali ad orario, successivamente sono stati costruiti dei grafici a torta dove ogni grafico rappresenta un intervento infermieristico. Alcuni intervistati poi hanno messo alla luce secondo loro quale era la *missed nursing care* più frequente riferendosi alla loro esperienza lavorativa.

Dopo la somministrazione delle domande è stata illustrata la modalità in cui si sarebbe svolta l'intervista dando un tempo massimo di 20 minuti per l'esposizione delle relative risposte ai quesiti, successivamente venne registrata per poi essere trascritta per

consentirne l'analisi e l'estrapolazione dei dati. Per quanto riguarda l'estrapolazione dei dati sono state riascoltate e rilette le interviste eseguite, prendendo le percentuali date per ogni fattore della prima domanda con le rispettive motivazioni date, per poi individuare e soffermarsi sui temi emergenti messi in luce dagli intervistati. Attraverso alla rilettura degli elaborati di ogni intervistato per ciascun fattore sono state attribuite delle parole chiavi relative alle tematiche in comune riportate dal campione. Pertanto, il processo di analisi dei dati può essere sintetizzato in tre fasi, come descritte nel lavoro di Miles (1994):

1. **Condensazione dei dati:** In questa fase, si riducono i dati grezzi per ottenere una rappresentazione più gestibile e comprensibile.
2. **Visualizzazione dei dati:** Qui, i dati condensati vengono presentati in un formato che facilita la comprensione e la visualizzazione dei modelli e delle tendenze.
3. **Estrazione di Conclusioni e Risultati:** Nell'ultima fase, si estraggono le conclusioni e i risultati dall'analisi dei dati condensati e visualizzati.

L'intervistato I006 ha fornito due testimonianze in quanto riteneva che le percentuali riferite per ciascun fattore fossero diverse riferendosi a due esperienze lavorative differenti, perciò sono state divise in intervistato I006a e I006b.

3.1 Limiti

Svolgendo lo studio non sono emersi particolari limiti da prendere in considerazione, fatta eccezione per la dimensione dello studio qualitativo in quanto tale che consente di conoscere a fondo un fenomeno, ma ne dà una rappresentazione che non è generalizzabile, data la limitatezza numerica del campione di riferimento. (Bagnasco, 2015). Va sottolineata inoltre la dimensione comunque generica dei fattori causali presi in considerazione che andrebbero maggiormente definiti nei vari aspetti costitutivi e rapportati poi a vari ambiti articolati di intervento sanitario.

4. RISULTATI

Facendo riferimento allo svolgimento dell'intervista, la reazione degli intervistati è stata varia da persona a persona, alcuni intervistati dopo la somministrazione della domanda sono rimasti sorpresi non aspettandosi una domanda così complessa nella sua esecuzione, alcuni non conoscevano il fenomeno o non avevano collegato l'evento con il suo nome, altri intervistati invece hanno affrontato il quesito con più sicurezza in quanto conoscevano già il fenomeno delle MNC.

Dallo studio eseguito, dalle interviste effettuate è emerso che il maggior fattore che influisce sul fenomeno delle *missed nursing care* è quello di sistema il quale racchiude tutto ciò che riguarda l'organizzazione della struttura o reparto. Al fattore individuale - tutto ciò che è intrinseco all'infermiere come persona - è stato attribuito un valore percentuale intermedio, mentre il fattore che secondo gli intervistati influirebbe di meno è il fattore professionale facente riferimento a percorso formativo e competenze professionali. Di seguito verranno riportate le risposte date dagli intervistati, seguite da una tabella riassuntiva del quadro generale.

4.1 La sintesi delle risposte date

Intervistato I001: L'intervistato ha affermato che avendo un numero elevato di pazienti assegnati conseguentemente si ritrova costretto ad accorciare il tempo di cura per ciascun paziente aumentando la probabilità che il fenomeno delle *missed nursing care* si presenti. Secondo l'intervistato questi tre fattori influiscono in maniera negativa andando ad incrementare il fenomeno delle MNC ripercuotendosi sulla qualità delle cure erogate. Le percentuali attribuite sono le seguenti:

- (Fi): 30% principalmente dovuto alla mancanza di motivazione dell'infermiere nello svolgere il proprio lavoro.
- (Fs): ha attribuito 60% dovuto principalmente per il rapporto infermiere: paziente non adeguato, assegnazione di turni con cadenza non regolare e mancanza di materiale.
- (Fp): ha attribuito 10% perché la formazione ricevuta dal corso di laurea triennale di scienze infermieristiche, permette di svolgere in maniera consona ed appropriata la professione, ed eventuali carenze vengono compensate con uno studio individuale.

intervistato I002:

- (Fi): ha attribuito 30%, ritiene che la gratificazione e la motivazione influenzino in maniera considerevole l'operato dell'infermiere e svolgere mansioni che non competono alla figura professionale dell'infermiere influenzando sul senso di gratificazione e motivazione.
- (Fs): ha attribuito 60% dovuto principalmente alla carenza di personale e assegnazione di turni a cadenza irregolari.
- (Fp): ha attribuito 10% perché la formazione ricevuta è sufficiente per svolgere il proprio lavoro.

Intervistato I003:

- (Fi): ha attribuito 35% ritenendo che il lavoro in team sia molto importante quindi, il carattere e la gestione delle emozioni influiscono su gli altri membri dell'equipe.
- (Fs): ha attribuito 50% in quanto la problematica principale è dovuta dalla scarsità di presidi e materiali compresa la loro disposizione spaziale che non permettono di svolgere gli interventi assistenziali in maniera tempestiva; assegnazione di turni con cadenza irregolari.
- (Fp): 15 % perché la formazione ricevuta è sufficiente se presa seriamente per svolgere il proprio lavoro.

Intervistato I004:

- (Fi): ha attribuito 40% prevalentemente per mancanza di motivazione e frustrazione da parte degli infermieri.
- (Fs): ha attribuito 40% prevalentemente per la mancanza di personale di supporto e rapporto infermiere: paziente inadeguato.
- (Fp): ha attribuito 20% perché la formazione ricevuta è sufficiente a svolgere il proprio lavoro.

Intervistato I005: ha messo in luce l'atteggiamento di alcuni infermieri che ritenevano superflui degli interventi e quindi venivano deliberatamente omessi, ha fatto l'esempio della mobilitazione passiva ogni due ore per cui non si fa particolarmente attenzione ma è una attività che fa la differenza per il recupero e la degenza del paziente.

- (Fi): ha attribuito 40% in quanto spesso gli infermieri non riescono a gestire la sfera emotiva sia all'interno del contesto lavorativo sia fuori che si ripercuote sul lavoro.
- (Fs): ha attribuito 40% l'organizzazione di ogni infermiere cade in una fossilizzazione schematica dei compiti che deve eseguire in turno non rendendo difficile rispondere in maniera adeguata ai bisogni assistenziali dei pazienti.
- (Fp): ha attribuito 20% in quanto la formazione ricevuta gli ha permesso di svolgere il suo lavoro sottolineando però l'importanza di un buon corso di laurea e la serietà con cui si studia al suo interno.

Intervistato I006a: alla domanda quale è una missed nursing care più frequente, ha messo in luce avvolta la mancanza di un adeguato supporto e educazione al paziente nonostante sia molto importante e che quindi si potrebbe migliorare questo aspetto.

- (Fi): ha tribuito 10% prevalentemente per il poco coinvolgimento emotivo con i pazienti.
- (Fs): ha attribuito 60% ritenendo che per una buona assistenza sia fondamentale l'organizzazione interna in maniera più globale.

- (Fp): ha attribuito 30% in quanto le competenze acquisite attraverso il corso di laurea triennale non sono state sufficienti per lavorare in un particolare ambito e quindi ha effettuato uno studio individuale e un buon affiancamento.

Intervistato I006b:

- (Fi): ha attribuito 20% in quanto in questo ambito si sentiva più coinvolta e quindi questo fattore influiva di più.
- (Fs): ha attribuito 70% in quanto ritiene che l'organizzazione generale deve essere ben fatta supportata da un coordinatore competente.
- (Fp): ha attribuito 10% in quanto il percorso formativo di laurea triennale da dato le competenze sufficienti e adeguate, per svolgere il lavoro.

Intervistato I007: afferma che in base alla sua esperienza lavorativa gli interventi più soggetti al fenomeno delle missed nursing care sono gli interventi dell'assistenza di base dove alcuni professionisti li vedono demansionanti, quindi tendono a rimandare nel tempo lo svolgimento di tale intervento.

- (Fi): ha attribuito 20% prevalente in quanto anche se c'è un coinvolgimento con il paziente questo non influisce sulle cure, inoltre attribuisce questo punteggio in quanto sia importante avere un buon rapporto con i colleghi.
- (Fs): ha attribuito 60% prevalentemente per la distribuzione dei piani di lavoro e avvolte mancanza di presidi idonei.
- (Fp): ha attribuito 20% in quanto la formazione del corso laurea triennale ha fornito le competenze adeguate, affermando di non vedere differenza tra l'intervistato e i colleghi con più anzianità di servizio.

Intervistato I008: ha affermato che le missed nursing care più frequenti sono l'educazione al paziente, igiene del cavo orale e mobilitazione passiva del paziente ogni 2 ore.

- (Fi): ha attribuito 20% in quanto afferma di essere sottoposta a livelli di stress lavorativi non indifferenti.
- (Fs): ha attribuito 70% in quanto afferma che in un ambiente lavorati molto frenetico è importanti una buona organizzazione generale e la distribuzione di turni di lavoro con cadenza regolare compresi turni di riposo.
- (Fp): ha attribuito 10% in quanto il percorso di studi di laurea triennale ha fornito le competenze per lavorare in quel contesto non vedendo differenza tra l'intervistato e colleghi con più anzianità di servizio.

Intervistato I009: l'intervistato afferma che la missed nursing care più frequente è prestare attenzione al paziente dal punto di vista emotivo e psicologico andando ad incidere sul recupero fisico e sull'autostima.

- (Fi): ha attribuito 50% in quanto l'atteggiamento dell'infermiere verso il suo lavoro, i pazienti e i colleghi, incidano molto sull'operato.
- (Fs): ha attribuito 20% in quanto non ha riscontrato situazioni che incidano in maniera rilevante, in quanto è soggetto a turni a cadenza regolare e strumentazione e dispositivi all'avanguardia.
- (Fp): ha attribuito 30% in quanto il corso di laurea triennale è sufficiente per svolgere il lavoro ma incide molto anche il percorso di affiancamento del neoassunto in quanto pensa che il neo assunto acquisisca l'atteggiamento e la modalità di lavoro dell'infermiere incaricato per il percorso di affiancamento.

Intervistato I010:

- (Fi): ha attribuito 30% in quanto sostiene che l'atteggiamento e la fossilizzazione in alcune pratiche con la filosofia del "si è sempre fatto così" incidano sul fenomeno.
- (Fs): ha attribuito 50% prevalentemente per il rapporto paziente : infermiere non adeguato avendo un numero di pazienti molto elevato per ogni singolo infermiere.
- (Fp): ha attribuito 20% in quanto il percorso formativo svolto è sufficiente per svolgere in maniera appropriata il lavoro eventuali carenze vengono sopperite da uno

studio individuale o dalla spiegazione di colleghi con un grado di anzianità professionale maggiore.

Intervistato I011:

- (Fi): ha attribuito 10% in quanto incida molto la motivazione e l'atteggiamento dell'infermiere nello svolgere il proprio lavoro.
- (Fs): ha attribuito 45% prevalentemente incide molto su questo fattore la mancanza di organico infermieristico, il materiale e presidi forniti dalla struttura.
- (Fp): ha attribuito 45%, ritiene che la formazione del percorso di laurea sia importante ma non sufficiente in alcuni ambiti specialistici.

Intervistato I012:

- (Fi): ha attribuito 30% in quanto è importante trovarsi in un ambiente di lavoro con colleghi competenti e collaboranti.
- (Fs): 50% in quanto l'organizzazione generale influisce molto sul fenomeno delle missed nursing care.
- (Fp): ha attribuito 20% in quanto ritiene sia sufficiente la laurea triennale che dà le giuste competenze rafforzata anche dall'esperienza professionale per svolgere il proprio lavoro al meglio.

Il quadro riassuntivo dei fattori causali considerati è quello rappresentato dalla Tab. 1 seguente:

Tab. 01 – Quadro riassuntivo dei fattori causali delle MNC (nostra elaborazione)

| INTERVISTATI | FATTORI INDIVIDUALI | FATTORE DI SISTEMA | FATTORI PROFESSIONALI |
|---------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| I001 | 30 % | 60 % | 10 % |
| I002 | 30 % | 60 % | 10 % |
| I003 | 35 % | 50 % | 15 % |
| I004 | 40 % | 40 % | 20 % |
| I005 | 40 % | 40 % | 20 % |
| I006a | 10 % | 60 % | 30 % |
| I006b | 20 % | 70 % | 10 % |
| I007 | 20 % | 60 % | 20 % |
| I008 | 20 % | 70 % | 10 % |
| I009 | 50 % | 20 % | 30 % |
| I010 | 30 % | 50 % | 20 % |
| I011 | 30 % | 45 % | 45 % |
| I012 | 30 % | 50 % | 20 % |

È stato inoltre chiesto agli intervistati di classificare degli interventi infermieristici che sono: misurazione dei parametri vitali ad orario, igiene e cura del paziente, mobilitazione passiva ogni due ore del paziente allettato e la deambulazione; dall'intervento più omesso a quello meno omesso in termini di frequenza. I dati sono stati inseriti in un grafico a torta. Alcuni intervistati hanno affermato che alcuni interventi sono allo stesso livello e quindi a quest'ultimi è stato attribuito la dicitura "non valutabile".

Grafico 01 – MNC relativo alla deambulazione (nostra elaborazione)

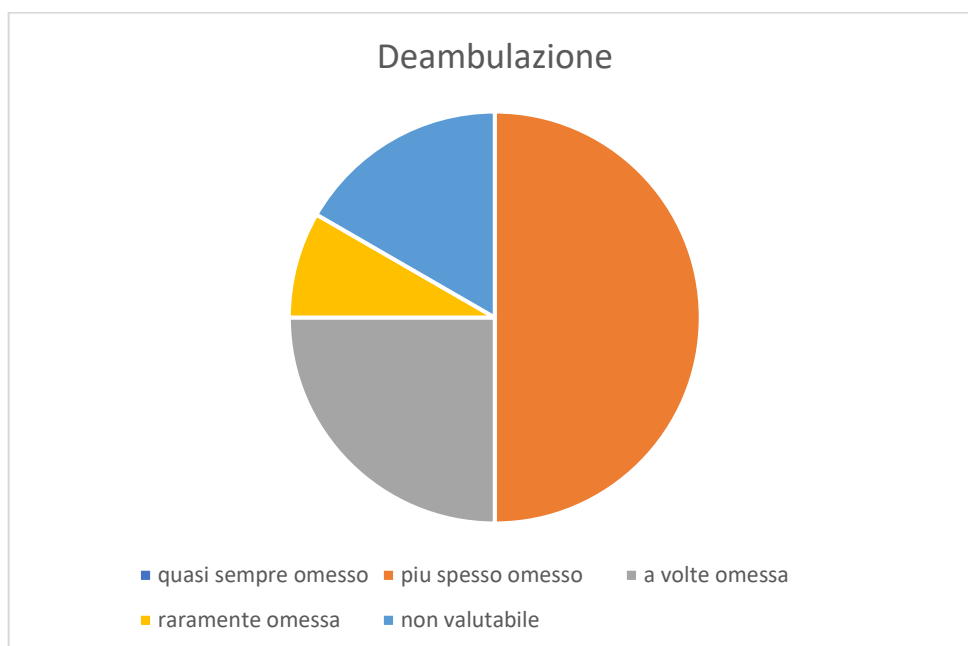


Grafico 02 – MNC relativo alla rilevazione dei parametri vitali ad orario (nostra elaborazione)

Rilevazione dei parametri vitali ad orario

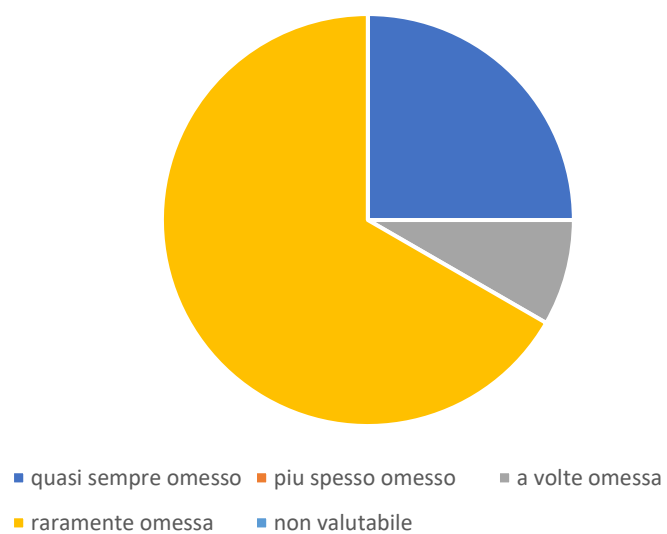
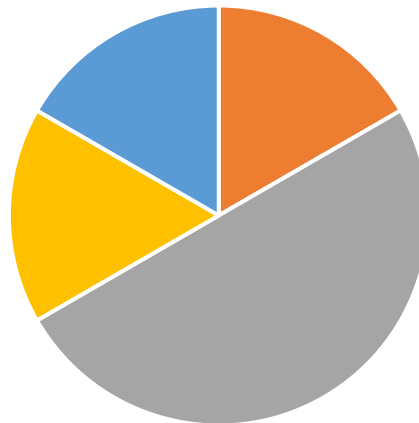


Grafico 03 – MNC relativo all'igiene e cura della persona (nostra elaborazione)

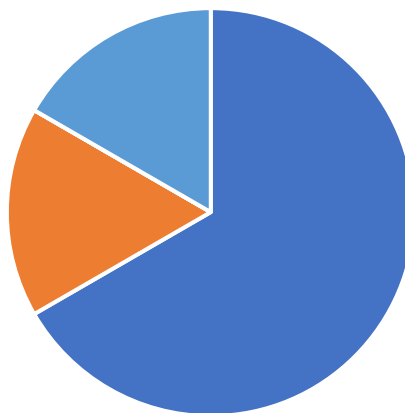
Igiene e cura della persona



■ quasi sempre omesso ■ più spesso omesso ■ a volte omessa
■ raramente omessa ■ non valutabile

Grafico 04 – MNC relativo alla mobilitazione passiva (nostra elaborazione)

Mobilizzazione passiva



■ quasi sempre omessa ■ più spesso omessa ■ a volte omessa
■ raramente omessa ■ non valutabile

Vengono di seguito riportate le tabelle raggruppanti le parole chiave rilevate dalle risposte.

Tab. 02 – relativa a parole chiave comuni sui fattori individuali (nostra elaborazione)

| Intervistati | Parole chiave |
|----------------------------------|---|
| I001 – I002 – I004 – I009 – I010 | Atteggiamento, gratificazione, motivazione, frustrazione |
| I003 – I007 – I012 | Collaborazione, lavoro in team |
| I003 – I005 – I008 | Carico emotivo, gestione emozioni |
| I006 – I007 | Coinvolgimento, rapporto con i pazienti, coinvolgimento emotivo |

Tab. 03 – relativa a parole chiave comuni sui fattori di sistema (nostra elaborazione)

| Intervistati | Parole chiave |
|----------------------------------|--|
| I001 – I002 – I004 – I010 – I011 | Organico infermieristico, rapporto numerico infermieri: pazienti, carenza di personale |
| I001 – I002 – I003 – I009 | Turnazione, turnazione irregolare |
| I005 – I006 – I007 – I008 – I012 | Organizzazione generale, piani di lavoro |
| I003 – I007 – I009 – I0011 | Strumentazione presidi materiali |
| I002 – I007 | Demansionamento |

Tab. 04 – relativa a parole chiave comuni sui fattori professionali (nostra elaborazione)

| Intervistati | Parole chiave |
|--|--|
| I001 – I002 – I003 – I004 – I005 – I006 – I007 – I008 – I009 – I010 – I012 | Formazione efficace, formazione adeguata |
| I006 – I009 | Affiancamento |
| I001 – I006 – I010 | Studio individuale |

Riassumendo nelle tabelle soprastanti è stata eseguita una condensazione dei risultati prendendo in considerazione gli elementi comuni degli intervistati sintetizzando i contenuti delle interviste in delle parole chiave.

4. DISCUSSIONE

Prendendo in considerazione i dati riferiti dal campione in oggetto, sono emerse molte tematiche interessanti da cui prendere spunto per delle riflessioni e approfondire gli argomenti emergenti riscontrati nelle interviste. È importante soffermarsi su alcuni aspetti che interessano le cure assistenziali, in particolar modo le situazioni e le dinamiche che si creano indipendentemente dalla tipologia di reparto o di struttura in cui si lavora, che influiscono o lasciano spazio all'instaurarsi del fenomeno delle MNC, in quanto è un evento da sempre esistito in qualsiasi ambito o contesto lavorativo in cui l'infermiere è immerso, solamente di recente è stato opportunamente codificato. Le riflessioni e gli approfondimenti non sono stati fatti con un'accezione negativa, bensì cercando di approcciarsi con maggiore attenzione e riflessione su degli aspetti che riguardano le cure infermieristiche assistenziali, per sostenere il miglioramento e il raggiungimento di alti standard di cure. Di seguito dunque verranno ripresi i vari elementi emersi in relazione ai fattori causali sottolineati dagli intervistati, utilizzando le parole chiavi costruite dalle tematiche in comune tra le interviste eseguite per discutere e approfondire questi elementi.

5.1 Fattori individuali

In riferimento alla Tab. 02, le dichiarazioni di cinque intervistati, sono state riassunte utilizzando le seguenti parole chiavi: Atteggiamento, gratificazione, motivazione, frustrazione; di seguito mi sono concentrata nello sviluppo delle precedenti. Il 41% degli intervistati ha affermato, riguardo i fattori individuali, che la motivazione personale nello svolgere il proprio lavoro e la gratificazione, influiscono in maniera particolare sul fenomeno delle MNC, in quanto le componenti che sono intrinseche agli infermieri come

esseri umani si riflettono sulla sfera emotiva e psicologica dell'individuo andando a sua volta a rispecchiarsi, giocoforza, sul lavoro assistenziale e sul rapporto che si ha con i propri colleghi e con i pazienti. Riflettendo su questo aspetto mi sono chiesta se il fenomeno delle MNC può essere influenzato sia in maniera positiva che in maniera negativa dai fattori individuali e la ragione per cui gli infermieri si sentano poco motivati e poco gratificati nello svolgere il proprio lavoro.

Un elemento che può influire e che influisce sulla motivazione e la gratificazione degli infermieri è il demansionamento, anche se questo termine non ha un corrispettivo giuridico relativo ad interventi specifici classificati demansionanti rispetto all'ambiente sanitario, fatto salvo alcune eccezioni particolari come ad esempio il *mobbing*, in quanto il demansionamento, la dequalifica e la stigmatizzazione fanno parte delle fasi del mobbing secondo Leyman, riportato nei documenti di Galeotti (2004). A volte il termine demansionamento viene utilizzato in modo improprio, ad esempio riferendosi ad alcuni interventi e prestazioni sostenute da altre figure lavorative, ma che rientrano anche delle competenze infermieristiche, come le attività legate all'assistenza di base (es. cura e igiene della persona). Nel caso specifico alcuni compiti vengono quindi percepiti come non propri della figura professionale, facilitando l'insorgere di stati d'animo condizionati da frustrazione e insoddisfazione nello svolgere il proprio lavoro. In tal senso l'OPI di Torino² ha prodotto un'interessante riflessione e approfondimento dove, riportando anche riferimenti giuridici precisi, ha messo a confronto il concetto di demansionamento con quello di dequalifica, sottolineando la facile confusione che spesso si crea fra i due termini. Sebbene ci sono casi dove gli infermieri svolgono realmente compiti che non rientrano nelle proprie competenze professionali come ad esempio la distribuzione del vitto, rifacimento letti sanificazione degli ambienti ecc..., talvolta però, questo termine viene utilizzato come una scusante, come suggerisce la risposta dell'intervistato I007: *“per quanto riguarda il demansionamento il discorso è che i professionisti fanno a scaricabarile su chi deve fare cosa e secondo me molti infermieri ci marciano un po' e quindi tendono a posticipare, tendono a non fare, delegare qualcun altro”*. Ovviamente non è il solo questo elemento che porta gli infermieri a questo senso di insoddisfazione, si tratta di una sinergia di eventi che influiscono sulle caratteristiche del professionista

² <https://admin.opi.torino.it/download/file/Demansionamento%20ultimo.pdf>

come individuo, aspetto molto spesso ignorato, malgrado sia un elemento importante. Va ricordato a proposito, quanto già presente in molta letteratura scientifica relativo agli studi condotti sulla qualità di vita e di lavoro della categoria generale degli *health workers*, mostrano una stretta correlazione fra la presenza di forti livelli di stress e di un perenne senso di insoddisfazione, come accade ad esempio nella sindrome di burnout, e l'incremento delle MNC (Friganović *et al.*,2019):

“La sindrome del burnout è estremamente diffusa in ambito sanitario e tutta la letteratura in materia conferma questa tesi. Gli infermieri rappresentano il gruppo più numeroso di operatori sanitari ed è quindi ragionevole aspettarsi un’elevata incidenza di burnout. I reparti ad alta dipendenza sono ambienti molto stressanti e possono portare a una maggiore incidenza di burnout, soprattutto sotto forma di esaurimento emotivo e scarsa realizzazione personale”. La sindrome di burn out ha un’altissima incidenza sia su infermieri che medici e determina una delle principali motivazioni dell’abbandono della professione. Dallo studio condotto da White (2019) si è dimostrato che le *missed care* sono molto più frequenti in infermieri che sperimentano la sindrome di *burnout* e insoddisfazione professionale, e quindi incrementano il fenomeno delle MNC. Come riportato nella Tab. 02, le dichiarazioni di tre intervistati, sono state riassunte e definite con le seguenti parole chiavi: carico emotivo e gestione delle emozioni. L’intervistato I008 e hanno affermato che nel loro ambito lavorativo si è sottoposti a un elevato livello di stress, che va ad incidere sulla qualità del lavoro e sulla loro stessa salute sia fisica che psichica infatti grazie alla letteratura, anche precedentemente citata, possiamo affermare che gli alti livelli di stress lavoro correlato influiscano notevolmente sulla modalità con cui si svolge le proprie attività.

Altre tematiche sono emerse nei fattori individuali come la gestione delle emozioni e l’importanza della collaborazione in team, influenzando il lavoro che si svolge nell’assistenza infermieristica prestata e quindi eventuali interventi mancati. Al riguardo uno studio fenomenologico, ha dimostrato che le risposte emotive negative da parte degli infermieri influenzano le *missed nursing care*, nel caso dello studio si prese in considerazione la reazione emotiva negativa a seguito di violenza verbale perpetuata da parte dei pazienti. (Bayram *et al.*, 2023) Perciò anche in relazione a quanto scritto da Bayram è estremamente importante la gestione delle emozioni che gli infermieri provano, si potrebbe far affidamento su figure di supporto come ad esempio gli psicologi, che

mettono a disposizione le aziende ospedaliere, per aiutare nella corretta gestione degli stati emotivi. I fattori individuali quindi influenzano il fenomeno delle *missed nursing care*, ma mettendoli a confronto con gli altri fattori presi in considerazione, secondo l'esperienza lavorativa dei partecipanti allo studio, influisce molto meno, sebbene sia un aspetto altrettanto importante, ma spesso viene tralasciato o sottovalutato.

Nella consapevolezza quindi che lo stress lavoro correlato, la scarsa motivazione e l'esaurimento emotivo incidono in maniera negativa sul fenomeno, non stupisce che, fattori opposti, quali il buon rapporto che si instaura tra paziente e infermiere e un'ottima collaborazione in team, abbiano una influenza positiva, riducendo l'instaurarsi delle MNC, come ricorda anche Beiboer (2023) in un suo lavoro: "*Studi precedenti sulle cure infermieristiche mancate hanno identificato il lavoro di squadra e le capacità di leadership clinica come fattori promettenti nelle cure ospedaliere che possono influenzare positivamente la qualità delle cure e ridurre le cure infermieristiche mancate*".

Quindi è estremamente importante il buon rapporto con gli altri membri del team o con altri colleghi, ricordato in questo dall'intervistato I006: "*è un lavoro di equipe quindi quello che si fa non dipende solo esclusivamente da me, io sono solo un piccolo tassello dell'equipe però il mio lavoro influisce su una mancanza di cure o un'assistenza fatta bene, ma non al 100 %*", ed anche dall'intervistato I005: "*l'infermiere non lavora da solo, lavora in un'equipe dentro un sistema estremamente complesso dove si intrecciano diverse professionalità e diverse figure*".

La dimensione micro-sociale, cui si riferisce la Tab. 2, quindi introduce ad una lettura del fenomeno delle MSN di tipo relazionale, legata alle caratteristiche sia individuali dei soggetti in gioco sia del contesto di riferimento, in questo caso relativo genericamente ai luoghi di cura. Ciò nonostante queste caratteristiche meritano una attenzione maggiormente approfondita in studi che, nella fase attuale, risultano insufficienti per evidenziare in maniera funzionale il peso dei fattori individuali.

5.2 Fattori di sistema

Questo fattore rispecchia la dimensione macro-sociale essendo la somma sia delle componenti relazionali sia ambientali. Per quanto riguarda questi fattori gli intervistati, secondo la loro esperienza lavorativa, hanno attribuito loro una percentuale compresa fra il 45% e il 70%, definendone così l'importanza prevalente sul prodursi delle MNC. Il sistema in generale influisce molto sulle *missed nursing care*, mettendo in evidenza il fatto che l'ambiente lavorativo incida in maniera significativa sulla qualità delle cure e delle prestazioni assistenziali. Le parole chiave prese in considerazione della Tab. 03 quali: organico infermieristico, rapporto infermieri, pazienti e carenza di personale, sono state tratte in sintesi dalle dichiarazioni di cinque infermieri.

Una problematica emersa viene rappresentata dal rapporto numerico tra infermieri e pazienti in quanto molto spesso questo è non appropriato alle esigenze assistenziali ed organizzative e i professionisti vengono a trovarsi oberati di lavoro, costretti ad "razionare" il tempo di cura per ciascun paziente. In merito l'intervistato I001 ha dichiarato: *"se...mi trovo ad avere un numero di pazienti elevato, dovrò tendere a diminuire il tempo di cura per ogni paziente quindi tenderò a saltare degli interventi necessari che lì per lì mi sembrano superflui, ma che in realtà sono di vitale importanza"*.

Al riguardo ci si può riferire ad uno studio dove, appunto a causa della mancanza di un numero adeguato di infermieri, gli stessi si ritrovano ad assumere un atteggiamento nei confronti delle cure da prestare definito come *"razionamento implicito"* (Schubert *et al.*, 2007), confermando quindi che esiste una stretta correlazione tra lo *staffing*³ e le MNC.

Un'altra componente che influisce molto sui fattori di sistema è l'organizzazione dei turni, stabiliti e assegnati a ciascun infermiere. Questa dovrebbe essere a cadenza regolare, consentendo i necessari tempi di riposo, di distanziamento fra un turno e l'altro, di poter usufruire di giorni di ferie o di permesse e prevedere, all'interno della stessa organizzazione del personale del reparto, eventuali assenze per malattia, o situazioni impreviste. In caso contrario, legato al cronico problema della carenza di personale, in particolare infermieristico e di supporto (OSS), le ricadute si registrano anche in questo caso sulle cure mancate, come sottolineato da Costa (2013, p.307):

³ *Staffing*: personale inteso anche come numero di individui facente parte del personale.

“Costituiscono, pertanto, un fattore imprescindibile dell’organizzazione del lavoro, sulla quale pongono importanti condizionamenti sia in termini di prestazione lavorativa che di salute del personale. Essi, infatti, causano una significativa interferenza sulle diverse componenti (biologiche, comportamentali, sociali) della vita umana e alterano l’equilibrio psico-fisico della persona, con particolare riferimento a:

a. la perturbazione dell’assetto ritmico giornaliero (“circadiano”) delle funzioni biologiche, dovuta allo sconvolgimento del normale ciclo sonno/veglia;

b. la riduzione della vigilanza e della performance, con conseguente maggior rischio di errori, incidenti e infortuni;

c. il deterioramento delle condizioni di salute sia a breve (disturbi del sonno, digestivi, psichici e mestruali) che a medio-lungo termine (prevalenza di patologie gastrointestinali, neuropsichiche, metaboliche e cardiovascolari, oltre al probabile rischio di tumori);

d. le difficoltà nel mantenere le consuete relazioni interpersonali, con conseguenze negative su rapporto di coppia, cura dei figli e rapporti sociali”.

Numerosi studi condotti hanno preso in considerazione la correlazione fra la cadenza di turni irregolari e la qualità delle cure erogate, dimostrando che i turni degli infermieri soprattutto, se a cadenza non regolare, comporterebbero sia dei sintomi somatici sia disturbi relativi al sonno che a lungo andare esporrebbero gli infermieri a livello esponenziale al rischio della sindrome di burnout. È il caso dello studio svolto in Svezia condotto da Anna Dahlgren (2022) che ha dimostrato la correlazione citata, sottolineando come il riposo sia un elemento fondamentale per la salute degli infermieri, la cui mancanza influisce sulla svegliatezza e la motivazione. La turnazione disfunzionale quindi influenza sullo stimolo a svolgere il proprio lavoro. Un fatto che, sotto gli aspetti emotivi e gestionali, è stato ribadito sia da quattro intervistati (vedi Tab. 3) sia, in una certa misura come elementi individuali di cui si è già precedentemente trattato. L’intervistato I003 disse: *“se devo fare tutte mattine consecutive, senza giorni di riposo, di conseguenza arriverò alla fine che qualcosa tralascierò, è tutta una conseguenza dove i fattori di sistema si riversano su quelli individuali”.*

Un altro elemento messo in evidenza dagli intervistati è che può influenzare le MNC è la mancanza di presidi o di presidi idonei e la loro disposizione spaziale all’ interno del

reparto. Uno studio condotto da Rabin (2019), riguardo alle MNC in area oncologica, ha affermato che il materiale e i presidi che si utilizzano nell'assistenza hanno molta influenza nel prestare cure tempestive, sicure e di alta qualità, quindi non avere a disposizione presidi o strumentazione adeguata promuove il fenomeno delle *missed nursing care*. Il quadro di sintesi mostra, come già accennato in precedenza, come i fattori individuali e quelli di sistema sostanzialmente interagiscano nel produrre ricadute negative sull'assistenza erogata.

5.3 Fattori professionali

Infine restano da trattare i fattori professionali correlati alle parole chiave che rimandano alla Tab 04 e relativi a tutto ciò che riguarda la formazione di base degli infermieri riguardo al percorso di laurea triennale ed altri corsi post laurea. Tutti gli intervistati, tranne uno hanno affermato come questi fattori incidano poco sul fenomeno delle *missed nursing care*, in quanto un corso di studi se preso seriamente e studiato con dedizione, ed organizzato con risorse adeguate (conoscenze e personale) è potenzialmente in grado di fornire tutte le competenze necessarie per svolgere la professione dell'infermiere; grazie alle lezioni teoriche, alle certificazioni dei laboratori guidati e alle ore di tirocinio effettuate, dove già uno studente può fare esperienza sul campo andando ad arricchire le conoscenze, mettendo in pratica la teoria e accrescendo il bagaglio esperienziale.

Unica voce “fuori dal coro” quella dell'intervistato I006a che ha affermato: *“nonostante io mi sia laureata tre anni fa, quindi le mie conoscenze siano più che fresche, quello che ho studiato in università non è sufficiente se si lavora in un reparto tanto specialistico, le cose che ho imparato in università non mi sono bastate per quello che faccio adesso, quindi c'è stata una ricerca individuale delle nozioni”*, ha affermato in sintesi che il percorso di studi è importante e sufficiente il lavoro nella maggior parte dei contesti, ma non è sufficiente nel caso in cui ci si trovi a lavorare in un servizio estremamente specialistico, in quanto il corso di studi ti fornisce un'infarinata in tutti gli ambiti non soffermandosi su uno in particolare, perciò, poi sta all'infermiere come singolo individuo documentarsi in maniera autonoma oppure chiedere ai colleghi con un

anzianità di servizio maggiore con lo scopo di assorbire più informazioni possibili. In questo caso il percorso di affiancamento risulta indispensabile. In merito allo studio individuale, la figura dell'infermiere è un professionista che è tenuto ad aggiornare le sue conoscenze in quanto la scienza medica si evolve, di conseguenza si evolve e si modifica anche l'assistenza infermieristica, e se il sistema non si preoccupa di fornire formazione aggiornata, quindi non ti dà modo di aggiornarti, questo non giustifica l'infermiere che non si aggiorna.

L' intervistato I009 ha aggiunto poi, sottolineando l'importanza della formazione: *“sicuramente la formazione vuol dire tanto perché se non sai quello che stai facendo al paziente, te non potrai mai dare una prestazione ottimale [...] se vai a lavorare in una struttura e te dal primo giorno vieni affiancato da un infermiere che reputa delle cose superficiali indubbiamente secondo me inizi ad assumere lo stesso atteggiamento”*, perciò ritiene che il livello di preparazione dell'infermiere sia fondamentale e il percorso di affiancamento indispensabile in quanto afferma che l'infermiere che affianca il neoassunto deve essere scelto in maniera meticolosa perché il neoassunto, inconsapevolmente oltre che le nozioni che riguardano prettamente il lavoro, recepisce anche la modalità con cui il lavoro viene svolto ad esempio. Ritorna in questo la dimensione organizzativa ed individuale dove forse i fattori professionali dovrebbero fornire maggiore abilità nel far fronte a situazioni potenzialmente a rischio di MNC.

Infatti nell'elaborato di Palese (2018) si parla anche di come si potrebbe contrastare il fenomeno e uno degli elementi chiave, è in merito alla formazione, insegnare agli infermieri di nuova generazione a riconoscere le MNC e saper gestire la situazione la dove ci sono *missed care*. Perciò la formazione risulta lo strumento fondamentale per prevenire il fenomeno.

Al riguardo Cavanese (2022) si sofferma in particolare sulla capacità dell'esperienza di tirocinio di fornire risorse o, al contrario definire criticità, inerenti alla costruzione della soggettività professionale: *“Quindi anche gli studenti non sono esenti sia perché frequentando il loro tirocinio clinico osservano, apprendono contenuti, si modellizzano su esempi di tutor clinici, sia perché sono al tempo stesso fruitori e attori di un percorso formativo.”*. Quanto scritto da Cavanese è il principio a cui si rivolge l'intervistato I009. Sotto a questo punto di vista l'affiancamento rientra tra i fattori professionali, ma fa parte anche dei fattori di sistema in quanto rientra tra le responsabilità della struttura fornire il

percorso di inserimento di un neoassunto in maniera più appropriata possibile, in relazione alla realtà operativa dove ci si trova.

Prendendo in considerazione solamente il fattore formazione professionale, in linea teorica, tanto più l'infermiere avrà una formazione adeguata e appropriata tanto più si riduce l'incidenza dell'instaurarsi delle MNC, in quanto la conoscenza adeguata insieme al "saper fare" non creerebbero situazioni dove le cure assistenziali verrebbero meno. La formazione infermieristica in Italia, va ricordato, è ritenuta elevata e molto apprezzata in molti paesi dell'Unione Europea.

5.4 Interventi più soggetti al fenomeno MNC

Il fenomeno delle MNC dunque, è un avvenimento, purtroppo, in rapida espansione. Sono stati condotti numerosi studi che vanno ad analizzare questo fenomeno dove lo scopo era l'identificazione degli interventi con la percentuale di omissione più alta, cercando di capire quale fosse la ragione di tale omissione, ad esempio uno studio predittivo condotto da Palese (2015) in territorio italiano utilizzando la MISSCARE Survey, questo strumento di valutazione esamina le omissioni degli interventi in base alla frequenza. Lo studio ha rilevato che gli interventi omessi: mobilitazione passiva del paziente costretto a letto ogni 2 ore (documentato dal 74,2% degli intervistati; punteggio medio: 3,4 su 5), somministrazione dei farmaci nelle corrette tempistiche (documentato dal 64,6% degli intervistati; punteggio medio: 2,7 su 5), educazione del paziente (documentato dal 63,1% degli intervistati; punteggio medio 2,6 su 5).

Lo strumento utilizzato da Palese è quello più utilizzato nell'evento delle MNC. La *missed care survey* è strutturato in tre parti: la prima parte relativa alle variabili demografiche, la seconda parte formata da 17 item relativi alla motivazione degli interventi infermieristici omessi e la terza parte relativa alla motivazione degli interventi mancati. (Zeleníková, 2019) Questo strumento è il più utilizzato nella valutazione e monitoraggio delle MNC.

Un altro studio (Kalisch, 2019), condotto negli Stati Uniti, ha utilizzato lo stesso metodo di valutazione, ha raccolto la percentuale di interventi più frequentemente omessi, i risultati hanno mostrato: assistenza alla deambulazione (84%), valutazione dell'efficacia dei farmaci somministrati (83%), mobilitazione passiva a letto (82%), cura del cavo

orale (82%), educazione del paziente (80%) e somministrazione della terapia ad orario (80%). D'altra parte le *missed care* meno rilevate sono risultate: valutazione del paziente eseguita ogni turno (17%) e monitoraggio della glicemia a letto del paziente come prescritto (26%).

Prendendo spunto anche da articoli simili, riflettendo sulla mia esperienza di tirocinio clinico ho individuato quattro interventi che sono stati inseriti nello studio, i suddetti sono: igiene e cura della persona, rilevazione dei parametri vitali ad orario, mobilizzazione passiva del paziente allettato ogni 2 ore e la mobilizzazione attiva. Agli intervistati è stato chiesto di classificare questi interventi, dalla più frequentemente omessa a quella raramente omessa. Come riportato nel grafico 01 riguardante la deambulazione, 6 infermieri su 12 degli intervistati ha collocato la mobilizzazione attiva come quasi sempre omessa, 3 infermieri su 12 a volte omessa, 1 infermiere su 12 raramente omessa e 2 infermieri su 12 hanno messo questo intervento al pari di altri e quindi non è stato possibile valutarlo.

Come riportato nel Grafico 02 riferendosi, alla rilevazione dei parametri vitali ad orario: 8 infermieri su 12 hanno definito questo intervento con raramente omesso, 1 infermiere su 12 come a volte omesso e 3 infermieri su 12 come quasi sempre omesso. Nel Grafico 03, riferito all'igiene e alla cura della persona: 6 infermieri su 12 lo hanno collocato come a volte omesso, 3 infermieri su 12 più spesso omesso, 3 infermieri su 12 raramente omesso, mentre gli altri 3 infermieri hanno riferito che questo intervento è allo stesso livello di altri. Infine nel Grafico 04, relativo alla movimentazione passiva del paziente allettato: 8 infermieri su 12 lo hanno collocato con quasi sempre omesso, 2 infermieri su 12 più spesso omessa, un infermiere ha affermato che non ci sono pazienti allettati dove si trova e l'altro infermiere lo ha collocato al pari di altri interventi; gli ultimi 2 infermieri quindi gli è stata attribuita la dicitura non valutabile. La pratica più spesso omessa come si può evincere dai dati, risulta la mobilizzazione passiva del paziente allettato ogni due ore, ne consegue la deambulazione, igiene e cura del paziente e in fine la rilevazione dei parametri vitali ad orario. Facendo riferimento a quanto detto riguardo alla tendenza di non effettuare la mobilizzazione passiva del paziente allettato, che risulta la *missed care* più frequente, si deve considerare che il paziente può incorrere nel rischio di sviluppare lesioni da pressione. *“Una lesione da pressione è un danno localizzato alla pelle e ai tessuti molli sottostanti, solitamente sopra una prominenza ossea o correlato a*

un dispositivo medico o di altro tipo. La lesione può presentarsi come pelle intatta o ulcera aperta e può essere dolorosa. La lesione si verifica a seguito di una pressione intensa e/o prolungata o di una pressione combinata con taglio. La tolleranza dei tessuti molli alla pressione e al taglio può essere influenzata anche dal microclima, dalla nutrizione, dalla perfusione, dalle condizioni di comorbidità e dalle condizioni dei tessuti molli” (Edsberg et al.,2016 p.586). Alcune tipologie di pazienti, sono più a rischio di altri nello sviluppare questa tipologia di lesione, come ad esempio i pazienti anziani avendo perso elasticità della barriera cutanea. In uno studio italiano dell’analisi del fenomeno delle MNC è risultato che il 15% dei pazienti è a rischio di insorgenza di lesioni da pressione a causa della mancata mobilizzazione passiva del paziente allettato. (Sasso, 2019).

L’infermiere essendo la figura che si interfaccia maggiormente con i pazienti, in linea teorica è il professionista che si dovrebbe preoccupare di più nel curare aspetti delle cure assistenziali come il supporto al paziente, nella sfera emotiva, psicologica e l’educazione del paziente, dallo studio precedentemente citato di Zeleníková (2019) dove hanno analizzato la percentuale delle cure omesse in base alla frequenza, è emerso che l’educazione al paziente riveli una percentuale di omissione molto alta, ha un tasso di omissione pari al 80%. Dalle interviste effettuate, tre infermieri su dodici hanno menzionato che a causa dei ritmi frenetici del loro ambiente di lavoro, l’educazione e il supporto del paziente a volte vengono meno. L’educazione del paziente è un intervento quindi molto importante, quasi definibili come fattore influente a parte rispetto a quelli codificati, ed è molto importante anche per assicurarsi il buon *follow up* delle cure e per evitare ricadute, specie in termini di presa in carico, in particolare nei pazienti cronici lungo il percorso della continuità delle cure. In questo è importante incoraggiare la persona in maniera da spronarla a fare dei miglioramenti, in questa tipologia di pazienti la scarsità di autostima data da un mancato o inadeguato supporto inficiano il loro processo di guarigione; quindi al riguardo si dovrebbe fare più attenzione a questo aspetto.

5.5 Ancora la questione di sistema: la fabbrica della salute

L’intervistato I005 ha affermato: *“ciascuno ha la propria organizzazione del lavoro tante volte delle singole richieste del paziente non si riesce a rispondere in maniera*

corretta perché la nostra impostazione del lavoro come infermieri, il fatto è che siamo organizzati per fare certe cose in un determinato momento ci impedisce di rispondere alle singole richieste in maniera puntuale”

A volte la formazione che riceviamo e l'ambiente di lavoro dove ci si trova, insegnano a fare degli interventi in un determinato modo, in un momento preciso, focalizzando e fossilizzandosi su degli schemi già preimpostati della modalità di lavoro da svolgere, così facendo l'infermiere va a perdere la componente emozionale o/e quella emotiva comportandosi come un anello di una catena di montaggio dove il lavoro diventa estremamente macchinoso e routinario, a causa di ciò, ovviamente capita di avere delle sviste e perdersi qualche richiesta che il paziente potrebbe fare, o cogliere la richiesta ma non riuscire a soddisfarla in maniera tempestiva, rimandando il disagio del paziente ad un momento in cui l'infermiere sarà “libero”. Nel libro “Utopiae finis?”, nella sezione scritta da Vagnetti, si afferma: *“tutto l'ospedale doveva risultare una specie di utopico mulino a vento, una macchina igienica, un'industria della salute, un organismo ordinato e sorvegliabile.”* (De Magistris, 2018 p. 110), Questa citazione suscita profonda riflessione, poiché mette in luce come gli ospedali, pur essendo luoghi di cura, talvolta vengano equiparati a fabbriche. Questo approccio simile al lavoro fordista favorisce le aziende multinazionali, ma può comportare la trascuratezza di piccoli ma significativi elementi che sono essenziali e gratificanti nella professione infermieristica. Questa professione si basa sulla relazione con il paziente, un aspetto cruciale che contribuisce ad arricchire l'infermiere sia come individuo che come professionista.

6. CONCLUSIONI

In conclusione in merito a questo studio possiamo affermare che non esiste un unico fattore che incide nel generare il fenomeno delle MNC, o un elemento che incida più dell'altro, analizzando tutti i tre fattori che sono stati presi in questo progetto quindi: fattori professionali, fattori individuali e fattori di sistema è merso che i gli elementi trattati che sono racchiusi all' interno di questi determinanti, si influenzano e hanno ripercussione gli uni sugli altri, quindi le MNC sono il risultato del rapporto sinergico tra tutti loro. Se prendiamo in considerazione i fattori individuali quindi tutte quelle componenti che l'infermiere racchiude come individuo, possiamo affermare che la motivazione dell'infermiere nello svolgere il proprio lavoro e il grado di soddisfazione che reca la professione, incida significativamente sia sui fatto si sistema come il rapporto che l'infermiere instaura con i pazienti che con i colleghi di lavoro andando ad inficiare il lavoro in team, oltre alla ripercussione che i fattori individuali reca ai fattori professionali, nel momento in cui va ad incidere anche sulla formazione professionale; un infermiere poco motivato nello svolgere la propria professione nel momento in cui si dovrà interfacciare ad esempio con i tirocinanti che stanno svolgendo il proprio tirocinio clinico oppure infermieri in formazione in quanto facente parte del programma di inserimento riguardante il neo assunto in un determinato ambiente di lavoro, trasmetterà la stessa modalità di lavoro, l'infermiere oltre ad essere un professionista della salute ricopre anche il ruolo di educatore che va ad incidere sulla formazione delle “nuove leve”. Il fattore professionale viene influenzato da gli altri fattori.

Se prendiamo in considerazione i determinanti presi in causa singolarmente non avremo una significativa influenza sulle MNC in quanto elementi che sono inseriti nei fattori, presi singolarmente sono gestibili dall'operatore ma se sommiamo tutti i fattori in un singolo momento non sono gestibili anzi, a lungo termine oltre che abbassare lo *standard* delle cure assistenziali il fenomeno andrà a logorare gli operatori che sono inseriti nel contesto. Quindi se dovessimo attribuire a una causa il fenomeno delle MNC

non troveremo mai una risposta a cui si può attribuire al 100%, perché questo fenomeno è generato da una pluralità di fattori e di situazioni che si vanno a creare che sono molto più grandi degli infermieri in sé per sé e non sta a loro risolverle, sebbene stia all'infermiere cercare di ridurre al minimo questo fenomeno là dove è possibile.

Il fenomeno delle *missed nursing care* è un evento che si auto alimenta, causato da un ciclo continuo di situazioni e fattori dove per eradicarlo, si dovrebbe spezzare il ciclo apportando modifiche importanti su tutti gli elementi presi in considerazione da questo progetto.

6.BIBLIOGRAFIA

- Bagnasco, A., Catania, G., Aiken, L. H., Sermeus, W., Dasso, N., Rossi, S., ... & Sasso, L. (2020). Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici?. *L'Infermiere*, 57(6).
- Bagnasco, A., Ghirotto, L., & Sasso, L. (2015). *La ricerca qualitativa: Una risorsa per i professionisti della salute*. Edra Masson.
- Bayram, A., Özsaban, A., & Torun Kiliç, Ç. (2023). Verbal violence and missed nursing care: A phenomenological study. *International nursing review*.
- Beiboer, C., Andela, R., Hafsteinsdóttir, T. B., Weldam, S., Holtrop, T., & van der Cingel, M. (2023). Teamwork, clinical leadership skills and environmental factors that influence missed nursing care-A qualitative study on hospital wards. *Nurse education in practice*, 103603.
- Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali* (pp. 192-192). Carocci.
- Cavanese, M. C., & Romano, C. L'analisi del caso clinico e la formazione infermieristica: back to the future.
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung journal of medical sciences*, 37(2), 82-91.
- Cohen, M. Z., Kahn, D. L., & Steeves, R. H. (2000). *Hermeneutic phenomenological research: A practical guide for nurse researchers*. Sage Publications.
- Costa, G. (2013). Organizzazione del lavoro a turni e problemi di staffing.
- Dahlgren, A., Tucker, P., Epstein, M., Gustavsson, P., & Söderström, M. (2022). Randomised control trial of a proactive intervention supporting recovery in relation to stress and irregular work hours: effects on sleep, burn-out, fatigue and somatic symptoms. *Occupational and Environmental Medicine*, 79(7), 460-468.

- De Magistris, A., & Scotti, A. (2018). Utopiae finis?: percorsi tra utopismi e progetto. *Utopiae finis?*, 1-284.
- Della Sanità, M. Decreto 14 settembre 1994, n. 739. *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, (6).
- Edsberg, L. E., Black, J. M., Goldberg, M., McNichol, L., Moore, L., & Sieggreen, M. (2016). Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 43(6), 585.
- Friganović, A., Selič, P., & Ilić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(suppl. 1), 21-31.
- Galeotti R., Fustini M. (2004). Quando è mobbing?
- Giarelli, G., & Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina: manuale per le professioni mediche, sanitarie e sociali*. Francoangeli.
- Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009 Jan-Feb;57(1):3-9.
- Kalisch, B. J. (2006). Missed nursing care: a qualitative study. *Journal of nursing care quality*, 21(4), 306-313.
- Kalisch, B. J., & Lee, K. H. (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nursing outlook*, 60(5), e32-e39.
- Kalisch, B. J., & Williams, R. A. (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-219.
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. sage.
- Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., ... & Saiani, L. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Internal and emergency medicine*, 10, 693-702.
- Palese, A., Bassi, E., Tommasini, C., Vesca, R., Di Falco, A., De Lucia, P., ... & Blackman, I. (2018). Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: risultati preliminari di una consensus conference. *Assist Inferm Ric*, 37, 164-71.

- Parise, E., Rosi, I. M., Randall, M. K., & Rancati, S. (2021). Missed nursing care: studio descrittivo sulla percezione degli infermieri di un grande ospedale milanese. *Italian Journal of Nursing (IJN)*, (35).
- Rabin, E. G., Silva, C. N. D., Souza, A. B. D., Lora, P. S., & Viegas, K. (2019). Application of the MISSCARE scale in an Oncology Service: a contribution to patient safety. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Santullo, A., Watson, R., ... & Aiken, L. (2019). 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. *L'Infermiere*, 56(3).
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B., & De Geest, S. (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing research*, 56(6), 416-424.
- Sist, L., Cortini, C., Bandini, A., Bandini, S., Massa, L., Zanin, R., ... & Ferraresi, A. (2012). Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura. *Assist Inferm Ric*, 31(4), 234-9.
- Trentin, B. (1997). *La città del lavoro: sinistra e crisi del fordismo* (Vol. 227). Feltrinelli Editore.
- White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071.
- Zeleníková, R., Gurková, E., & Jarošová, D. (2019). Missed nursing care measured by MISSCARE survey—the first pilot study in the Czech Republic and Slovakia. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(1), 958.

SITOGRAFIA

1. <https://admin.opi.torino.it/download/file/Demansionamento%20ultimo.pdf>.
2. <https://www.fnopi.it/>

RINGRAZIAMENTI

Un grazie al mio relatore il Dott. Giordano Cotichelli per avermi accompagnato nell'ultima parte del mio lungo e travagliato percorso, ma al contempo bellissimo, un grazie va anche a tutti gli infermieri e le infermiere che hanno partecipato al progetto, permettendomi di essere qui oggi.