



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

**Dipartimento di Medicina Traslationale**  
**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE**  
**IN SCIENZE INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**  
**Presidente: Prof. Massimiliano Panella**

**TESI DI LAUREA**

***“Le Missed Nursing Care:  
uno studio osservazionale prospettico monocentrico presso ASST  
Rhodense”***

**Relatore:**

Prof. Auletta Gaetano

**Candidato:** Leo Elena

Matricola: 20053435

**Correlatore:**

Dott.ssa Sappa Barbara

**Anno Accademico 2023/2024**

# SOMMARIO

<b>ABSTRACT</b> .....	2
<b>1. Background</b> .....	3
<b>2. Obiettivo</b> .....	8
<b>3. Materiali e metodi</b> .....	8
<b>3.1 Disegno di studio</b> .....	8
<b>3.2 Popolazione in studio</b> .....	8
<b>3.3 Modalità di raccolta dati</b> .....	8
<b>3.4 Considerazioni statistiche</b> .....	9
<b>3.5 Considerazioni etiche</b> .....	10
<b>4. Risultati</b> .....	11
<b>4.1 Caratteristiche sociodemografiche</b> .....	11
<b>4.2 Cure Mancate</b> .....	14
<b>4.3 Cause delle cure mancate</b> .....	16
<b>4.4 Confronto tra variabili dicotomiche</b> .....	18
<b>4.4.1 Confronto tra le cure mancate e le variabili sociodemografiche</b> .....	18
<b>4.4.2 Confronto tra le cause di cure mancate e le variabili sociodemografiche</b> .....	20
<b>5. Discussione dei risultati</b> .....	22
<b>6. Conclusioni</b> .....	25
<b>7. Bibliografia</b> .....	29
<b>Allegati</b> .....	34
<b>Ringraziamenti</b> .....	45

## **ABSTRACT**

**INTRODUZIONE.** Le "missed nursing care" (cure infermieristiche compromesse) si riferiscono a quegli interventi che il personale infermieristico non riesce a completare o che posticipa durante l'assistenza ai pazienti. Questo fenomeno sta acquisendo sempre maggiore rilevanza, poiché numerosi studi hanno evidenziato una correlazione tra la presenza di cure mancate e un aumento degli esiti negativi per i pazienti e per gli infermieri.

**OBIETTIVO.** L'obiettivo di questo studio è stato esplorare la frequenza e le tipologie di cure mancate secondo il personale infermieristico, identificando le cause di tali omissioni e le eventuali differenze tra i vari setting assistenziali quali RSA, medicina e chirurgia.

**MATERIALI E METODI.** È stato condotto uno studio di tipo descrittivo osservazionale tramite la somministrazione della "Misscare survey" agli infermieri delle degenze per adulti dell'ASST Rhodense nel periodo tra dicembre 2024 e gennaio 2025.

**RISULTATI.** Dei 416 infermieri coinvolti, 226 pari al 54.32%, hanno partecipato allo studio. Le principali cure mancate rilevate riguardano le attività di assistenza di base e la comunicazione con i pazienti. Le cause segnalate come "fattore significativo" sono "inadeguate consegne" (41.7%), tensioni all'interno dello staff infermieristico" (36.2%), "mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite" (34.9%), "altri reparti non eseguono quanto previsto" (33.9%), "caregiver non rintracciabile, non disponibile" (32.1%), "mancanza di supporto/aiuto da parte del team" (31.2%). Dallo studio emerge anche che non esistono significative differenze nella tipologia e nella frequenza delle cure mancate nei setting coinvolti anche se l'area medica è quella maggiormente rappresentata nel campione esaminato.

**CONCLUSIONI.** I risultati suggeriscono che gli infermieri riconoscono l'esistenza del fenomeno delle missed nursing care nell'ambiente lavorativo studiato. Possibili soluzioni per ridurre questo fenomeno potrebbero essere l'introduzione di un modello organizzativo quale il primary nursing e strategie mirate a migliorare la comunicazione a livello trasversale nelle equipe.

Parole chiave: "Cure infermieristiche omesse", "cure mancate", "missed nursing care".

## 1. Background

La promozione della sicurezza dei pazienti è tra gli obiettivi e le sfide più importanti dei sistemi sanitari di tutto il mondo. Il modello Struttura-Processo-Risultato di Donabedian implica che la sicurezza del paziente è influenzata da fattori organizzativi infermieristici ospedalieri e dal processo di assistenza infermieristica. Tuttavia, gli studi sono indispensabili per una chiara comprensione dei meccanismi con cui la sicurezza del paziente è influenzata per guidare la pratica. (Liu *et al.*, 2018)

Le Missed Nursing Care (MNC) o cure infermieristiche compromesse rappresentano un fenomeno crescente e preoccupante nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Con questo termine si fa riferimento a quelle attività infermieristiche essenziali che non vengono eseguite, vengono ritardate o lasciate incomplete a causa di diversi fattori organizzativi, gestionali o umani. (Wakefield, 2014)

Tali carenze possono influire negativamente sugli esiti di salute dei pazienti aumentando il rischio di complicanze, degenze prolungate e mortalità, sull'efficienza delle strutture sanitarie e sul benessere degli operatori sanitari stessi. (Kalisch *et al.*, 2009) (Kalisch, Tschannen and Lee, 2012)

La mancata assistenza infermieristica è definita come l'omissione o il ritardo di qualsiasi aspetto dell'assistenza richiesto dal paziente. In letteratura ci si riferisce anche all'assistenza infermieristica mancata utilizzando i termini razionamento dell'assistenza infermieristica, assistenza infermieristica lasciata incompiuta e assistenza infermieristica omessa. Gli elementi delle cure regolarmente mancate includono la deambulazione, la mobilitazione, l'alimentazione, l'educazione del paziente, la pianificazione delle dimissioni, il supporto emotivo, l'igiene orale, l'igiene, la documentazione di assunzione di terapia e la sorveglianza. (Villamin *et al.*, 2019)

Negli ultimi quindici anni il numero di ricerche sulle cure infermieristiche mancate o perse,

ovvero la situazione in cui le cure infermieristiche pianificate non sono erogate, è aumentato evidenziando le dimensioni globali di questo fenomeno. (Bassi, Tartaglino and Palese, 2018)

Secondo alcuni studi i principali impatti delle mancate cure negli ambienti adulti sono l'aumento della mortalità e degli eventi avversi. Gli stessi studi hanno anche

identificato una serie di fattori causali legati all'ambiente lavorativo, ai livelli di personale inadeguati e al mix di competenze.(Griffiths *et al.*, 2018)

La mancata assistenza infermieristica può anche influenzare il burnout degli infermieri e il desiderio di abbandonare la professione. (Jafari-Koulaee *et al.*, 2024)

Misurare l'associazione tra la quantità di assistenza infermieristica e gli esiti dei pazienti, oltre a valutare come le MNC siano percepite da infermieri e pazienti nel contribuire a ostacolare o aumentare il rischio di determinati esiti, può fornire un insieme di prove utili per informare le politiche sanitarie, sia a livello nazionale che internazionale. Inoltre, identificare e condividere buone pratiche emergenti in grado di prevenire o ridurre le MNC, implementandole in altre unità con alti livelli di cure perse e valutandone l'efficacia, può anch'esso contribuire a orientare le politiche di sanità pubblica. (Di Falco *et al.*, 2021)

Nonostante i sistemi sanitari e i regimi di finanziamento nettamente diversi, il fenomeno dell'assistenza infermieristica mancata sembra essere comune in tutti i paesi europei. In tutti gli ospedali europei, gli infermieri si confrontano con il dilemma su quali cure infermieristiche necessarie eseguire e quali omettere. Le loro attività prioritarie sono quelle che, se omesse, possono avere conseguenze negative immediate per la salute fisica dei pazienti (p.es., somministrare farmaci in tempo); il loro valore più basso è costituito da attività che richiedono tempo o per le quali è difficile stimare l'impegno in termini di tempo richiesto (p. es., "assistenza psicosociale" e "pianificazione e documentazione dell'assistenza").(Chaboyer *et al.*, 2021) Lasciare incompiute le attività di assistenza infermieristica crea potenzialmente situazioni di conflitto morale e di ruolo, che possono aumentare il burnout legato al lavoro e ridurre la fidelizzazione degli infermieri. Gli sforzi della direzione per migliorare gli ambienti di lavoro degli infermieri e ridurre i compiti non infermieristici degli infermieri offrono un certo potenziale per ridurre l'assistenza infermieristica omessa. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare l'impatto dell'assistenza infermieristica non fatta sugli esiti dei pazienti, in particolare sulla soddisfazione dei pazienti e sui tassi di riammissione ospedaliera. Infine, per quanto riguarda la crescente carenza di infermieri qualificati, è necessaria una ricerca sull'associazione tra l'assistenza infermieristica non fatta, il burnout degli infermieri e il rischio più elevato di turnover degli infermieri.(Aiken *et al.*, 2002) (Aiken *et al.*, 2013)

Una comprensione approfondita delle ragioni della mancata assistenza infermieristica è essenziale per impedire che ciò accada negli ospedali. Le percezioni degli infermieri sulle ragioni della mancata assistenza infermieristica negli ospedali sono correlate all'ambiente di cura, come i livelli del personale, il carico di lavoro degli infermieri, i livelli di esperienza e competenze, la comunicazione incompleta e lo scarso lavoro di squadra. Le ragioni sono molteplici ed è necessario sintetizzare prove qualitative sulle percezioni degli infermieri sulle ragioni della mancata assistenza infermieristica negli ospedali. (Ellehave *et al.*, 2024)

Secondo un rapporto dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), le cure infermieristiche mancate sono considerate un indicatore importante della qualità assistenziale e del carico di lavoro degli infermieri. Studi condotti in contesti ospedalieri e territoriali hanno dimostrato che le attività più frequentemente trascurate includono la somministrazione tempestiva dei farmaci, il monitoraggio regolare dei parametri vitali, l'educazione sanitaria e la cura emotiva dei pazienti. (Ball *et al.*, 2013) Numerose indagini internazionali e nazionali indicano che le cure infermieristiche mancate sono un problema diffuso, particolarmente nelle aree di degenza per adulti. (Willis and Brady, 2022) (Parise *et al.*, 2021)

La prevalenza delle cure infermieristiche mancate varia notevolmente tra i diversi contesti sanitari e geografici. Studi condotti in Europa e Nord America hanno riportato tassi di cure mancate superiori al 30%, mentre in contesti a basso reddito la situazione è ancora più critica. (Dall'Ora *et al.*, 2022) Una ricerca condotta su ospedali di vari paesi ha riportato che fino al 75% degli infermieri ha sperimentato episodi di cure mancate almeno una volta durante il proprio turno. (Aiken *et al.*, 2013)

In Italia, le indagini hanno evidenziato che il fenomeno è spesso legato a una combinazione di fattori, tra cui carenza di personale, alto carico di lavoro e scarsa disponibilità di risorse. (Palese *et al.*, 2015)

I fattori che contribuiscono alle cure compromesse possono essere raggruppati in tre categorie principali:

- Fattori organizzativi quali mancanza di dispositivi medici e materiale di consumo, di personale qualificato, turni prolungati, elevato rapporto paziente-infermiere. (Luisa Sist, 2012)

La relazione tra l'incremento del carico di lavoro e le cure mancate è ben documentata. Quando il numero di pazienti per infermiere aumenta, cresce anche il rischio di omissioni nelle cure. (Palese *et al.*, 2018)

Un clima organizzativo positivo, il supporto dei colleghi e la supervisione infermieristica influenzano la qualità dell'assistenza erogata. (Aiken *et al.*, 2002)

- Fattori individuali: stress, burnout, mancanza di competenze specifiche o formazione insufficiente. (White, Aiken and McHugh, 2019)
- Fattori legati al paziente: complessità clinica, alta dipendenza assistenziale e cambiamenti improvvisi nelle condizioni di salute. (Twigg *et al.*, 2021)

La disponibilità di personale qualificato, di dispositivi medici e materiali di consumo, un clima organizzativo favorevole, il supporto dei colleghi e la supervisione infermieristica influenzano la qualità dell'assistenza erogata. (Twigg *et al.*, 2021)

Le soluzioni includono la formazione continua, la riprogettazione del reparto e del lavoro e un livello di competenza appropriato. (Willis and Brady, 2022)

Le cure infermieristiche mancate sono fortemente correlate a esiti negativi per i pazienti. Ad esempio, studi hanno dimostrato un aumento significativo del rischio di infezioni nosocomiali, errori nella somministrazione dei farmaci, lesioni da pressione e mortalità ospedaliera. ((Jones, Hamilton and Murry, 2015)

Inoltre, l'omissione delle cure può compromettere la qualità percepita dell'assistenza, influenzando sulla soddisfazione del paziente e sul suo coinvolgimento nei percorsi di cura. (Kalisch, Tschannen and Lee, 2012)

Il fenomeno non ha ripercussioni solo sui pazienti ma anche sugli stessi operatori sanitari. Gli infermieri che si trovano nell'impossibilità di erogare cure complete spesso sviluppano sentimenti di frustrazione, senso di colpa, insoddisfazione lavorativa e burnout. Questo può portare a un aumento del turnover e a una riduzione della motivazione professionale. (Griffiths *et al.*, 2018)

Per affrontare il problema delle cure infermieristiche mancate è necessario un approccio multidisciplinare che coinvolga i professionisti sanitari, i responsabili delle politiche sanitarie e i decisori organizzativi.

Alcune strategie efficaci includono:

- Aumento del personale infermieristico: riducendo il rapporto paziente-infermiere. (Dello *et al.*, 2024)
- Formazione continua: per migliorare le competenze e la resilienza degli operatori.
- Ottimizzazione dei processi: implementazione di sistemi di gestione del tempo e tecnologie di supporto come i sistemi di allerta precoce. (Kalisch, Landstrom and Hinshaw, 2009)
- Contrastare lo svolgimento di attività non infermieristiche (di supporto, amministrative, ausiliarie) che possono sottrarre tempo necessario ai pazienti.
- Sviluppare e consolidare attraverso percorsi formativi di base e continui, la competenza dell'attribuzione delle attività non infermieristiche, mantenendo elevata l'attenzione non soltanto sulla scelta di cosa attribuire, a chi, e quando, ma soprattutto sulla supervisione e verifica della effettiva erogazione degli interventi. (Willis and Brady, 2022)
- Sostenere lo sviluppo della pratica basata sull'evidenza al fine di assicurare pianificazioni assistenziali appropriate e basate su prove di efficacia.
- Allenare gli infermieri a prioritizzare ciò che è necessario/irrinunciabile al paziente e/o ad un gruppo di pazienti avendo particolare attenzione agli esiti di sicurezza e di efficacia perseguiti nel proprio contesto assistenziale. (Bagnasco, Catania, Aiken, *et al.*, 2020)
- Incoraggiare gli infermieri a condurre "giri di sorveglianza" sulla base delle esigenze dei pazienti, senza quindi trasformarli in obblighi aggiuntivi che possono ulteriormente compromettere le cure infermieristiche.
- Sviluppare metodi e approcci di consegne che aiutino gli infermieri a superare problemi comunicativi interni ed esterni al gruppo. (Palese *et al.*, 2018)

Alla luce di quanto presente in letteratura si è deciso di condurre uno studio osservazionale presso ASST Rhodense coinvolgendo tutte le degenze per adulti.

Gli studi osservazionali monocentrici rappresentano una metodologia essenziale per approfondire il fenomeno in contesti specifici. Essi permettono di raccogliere dati dettagliati sui fattori determinanti, sulle attività mancate e sulle percezioni del personale. Questo tipo di ricerca, seppur limitato nella generalizzabilità, offre una base solida per interventi mirati e per lo sviluppo di linee guida istituzionali.

## **2. Obiettivo**

Indagare il fenomeno delle Missed Nursing Care nelle degenze per adulti in ASST RHODENSE, le cause e le possibili differenze, secondo il percepito del personale infermieristico, nei diversi setting di cura, area medica, area chirurgica, area intensiva e RSA.

## **3. Materiali e metodi**

### **3.1 Disegno di studio**

Studio osservazionale prospettico monocentrico.

Le fasi dello studio sono state due, uno di raccolta dati ed una di elaborazione dei dati. La raccolta è stata eseguita somministrando il questionario MISSCARE survey al personale infermieristico delle degenze per pazienti adulti in ASST RHODENSE compresa RSA aziendale.

### **3.2 Popolazione in studio**

Tutti gli infermieri che lavorano all'interno di degenze per adulti in ASST RHODENSE, l'invito a partecipare è stato recapitato tramite mail aziendale. Il campione era costituito da 416 infermieri.

Criteri di inclusione:

- Infermieri che lavorano in degenza in ASST Rhodense compresa RSA aziendale
- Aver fornito consenso di partecipazione

Criteri di esclusione:

- Infermieri operanti in degenze pediatriche.

### **3.3 Modalità di raccolta dati**

I dati sono stati raccolti somministrando il questionario MISSCARE SURVEY predisposto su piattaforma online e fruibile nel periodo di tempo compreso tra il 6/12/2024 ed il 31/01/2025.

La Misscare survey è stata sviluppata da kalisch nel 2009 e ricerca sia la frequenza percepita dall'infermiere delle cure omesse sia la rilevanza delle cause attribuite.

Il questionario è stato costruito utilizzando la versione validata in italiano dello strumento. (Sist et al, 2017)

Sono state inserite, inoltre, una richiesta di acquisizione del consenso al trattamento dei dati e alcune domande iniziali finalizzate alla raccolta di dati anagrafici e di contesto.

Il questionario prevedeva quindi la compilazione di tre sezioni così strutturate:

- Prima sezione costituita da 7 item per indagare dati anagrafici e di contesto.
- Seconda sezione costituita da un elenco di 24 attività infermieristiche. È stato richiesto preliminarmente all'infermiere di indicare a quale turno faceva riferimento e poi, secondo la sua percezione, la frequenza con cui nella sua Unità Operativa tali azioni venivano omesse o posticipate, indicando la risposta su una scala Likert a cinque punti (sempre, frequentemente, occasionalmente, raramente, mai).
- Terza sezione costituita da 17 item che mirano ad indagare le possibili cause delle cure compromesse. È stato richiesto all'intervistato di assegnare ad ognuna un punteggio su una scala Likert a 4 punti (fattore significativo, fattore moderato, fattore minore, non è una ragione) rappresentativo dell'importanza che tale fattore può avere nel provocare una Missed Care.

### **3.4 Considerazioni statistiche**

I dati sono stati raccolti e sintetizzati in un file Excel utilizzando un processo di aggregazione e garantendo l'anonimato. Gli stessi sono stati analizzati avvalendosi dell'aiuto di uno statistico.

Le variabili categoriche sono state descritte con conteggi assoluti e percentuali. Per procedere alla valutazione delle risposte all'interno dei gruppi determinati dalle variabili demografiche e di contesto, queste sono state dicotomizzate e, la valutazione delle eventuali correlazioni tra variabili è stata condotta con il test del Chi quadro o con il test esatto di Fisher nel caso in cui almeno una frequenza attesa di cella risultasse minore di 10. Un P-value di 0.05 è stato considerato come limite di significatività statistica. Tutte le analisi sono state effettuate con il software STATA 18.

### **3.5 Considerazioni etiche**

Il promotore dello studio si impegna alla tutela dei dati dei soggetti coinvolti nello studio secondo quanto previsto dalla legislazione europea (Regolamento UE 2016/679) e secondo la normativa nazionale (Decreto legislativo 10 agosto 2018, n.101 in modifica al codice in materia di protezione dei dati personali di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196). I partecipanti hanno esplicitato il loro consenso attraverso apposita richiesta di consenso inserita all'avvio della compilazione della survey.

Tutte le informazioni raccolte durante l'indagine sono state gestite in forma strettamente riservata.

L'utilizzo dei dati è stato autorizzato dal Direttore Sanitario e dal Direttore DAPSS dell'Azienda.

Il gruppo di lavoro sarà responsabile della pubblicazione dei dati derivanti dallo studio. La diffusione dei dati tramite pubblicazioni scientifiche e/o presentazione in congressi, convegni e seminari avverrà in forma anonima e aggregata.

Visto la tipologia di studio non è stato necessario sottoporre il protocollo al Comitato Etico di riferimento.

## 4. Risultati

### 4.1 Caratteristiche sociodemografiche

La Misscare Survey è stata somministrata al solo personale infermieristico perché specifica per quella professionalità. Gli infermieri reclutati erano 416, rispondenti 226, con un tasso di risposta quindi del 54.32%. Otto questionari sono stati esclusi dall'analisi perché gli intervistati non hanno fornito il consenso al trattamento dei dati. Per quanto riguarda le caratteristiche sociodemografiche degli infermieri rispondenti al questionario emerge che la maggioranza del campione è di sesso femminile, con n.177 partecipanti pari all'81%, mentre 41 partecipanti sono di sesso maschile pari al 19%. (Fig.1) Questo riflette la predominanza femminile nella professione infermieristica.

La distribuzione per età mostra una prevalenza di infermieri più adulti: la fascia di età >40 anni è la più numerosa con 122 risposte, pari al 56%. La fascia 31-35 anni segue con 35 risposte, pari al 16%. Le fasce 26-30 anni e 36-40 anni sono rispettivamente 32 (15%) e 24 (11%); la fascia <25 anni è la meno rappresentata con 5 risposte, pari al 2.2%.

In sintesi, la maggior parte del campione è composta da infermieri di età superiore ai 30 anni, con una predominanza di quelli con più di 40 anni.

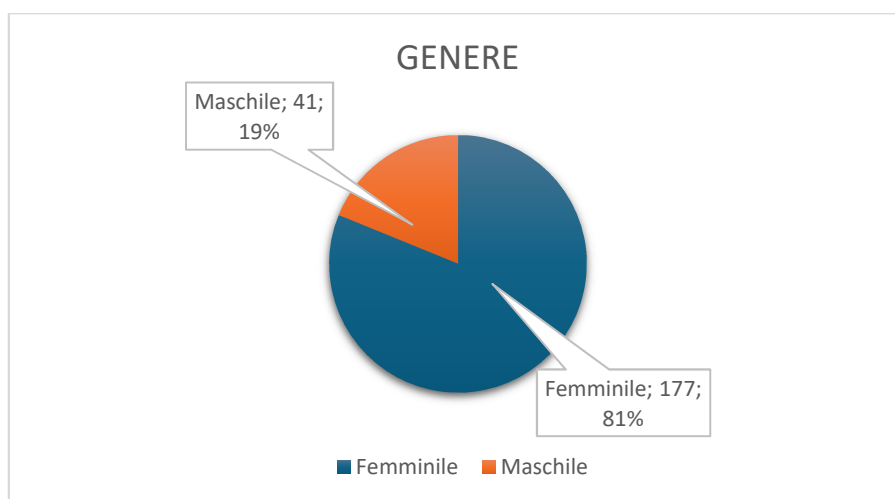


Fig.1 Distribuzione del genere nel campione

La distribuzione dei titoli di istruzione è la seguente: n.199 (91.28%) intervistati, che rappresentano la maggioranza delle risposte, dichiarano di aver conseguito una laurea

triennale o titolo equipollente; n.37 (16.97%) partecipanti hanno conseguito un Master di I livello; n.1 (0.46%) ha un Master di II livello; n.5 (2.29%) hanno una Laurea Magistrale e nessuno il Dottorato. (Fig.2)

Si può affermare quindi che solo una piccola percentuale possiede una formazione post base.

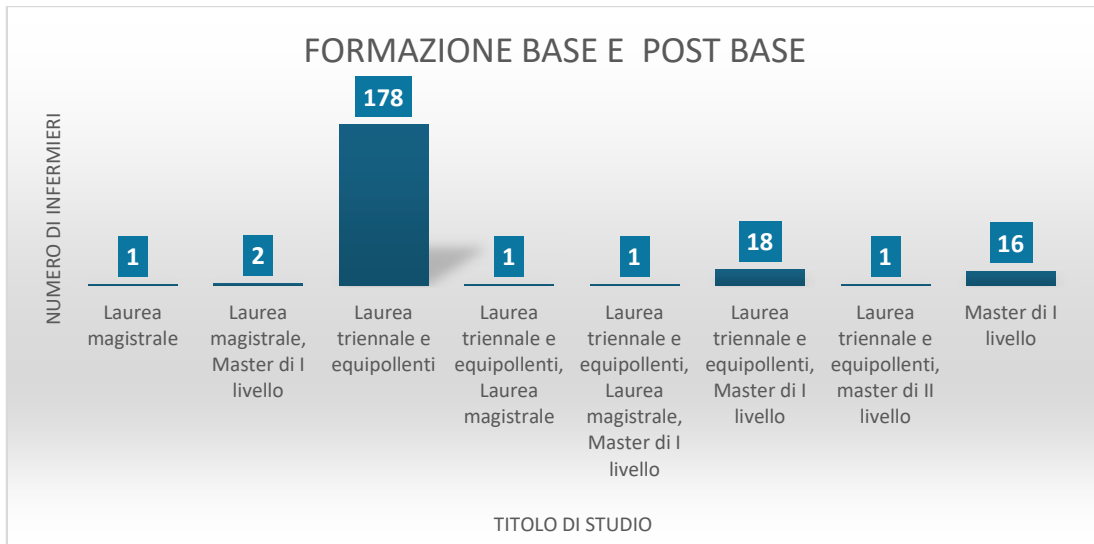


Fig.2 Formazione base e post base

La distribuzione per setting di lavoro indica una maggiore adesione all'indagine in area medica con n.145 (66%) partecipanti, n.37 (17%) partecipanti in area chirurgica, seguita da area di emergenza con n.34 (16%) e in ultimo n.2 (1%) risposte in RSA. (Fig.3)

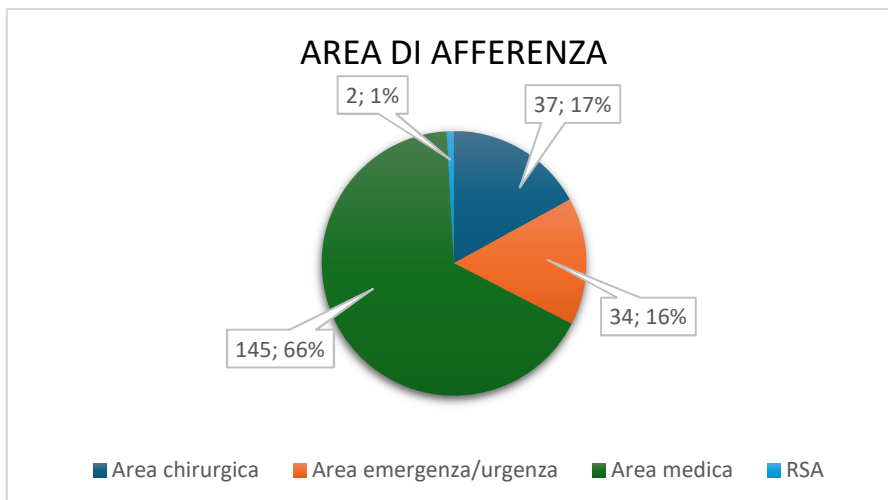


Fig.3 Distribuzione per Area di appartenenza

La maggioranza del campione, n.194 pari al 89%, lavora su turni.

Riferendosi all'esperienza maturata nel profilo si osserva che la maggior parte degli infermieri n. 136 (62.4%) ha più di 10 anni di esperienza, seguito da n.37 (17%) infermieri con esperienza tra 5 e 10 anni, n.29 (13.3%) con esperienza tra 3 e 5 anni e solo n.16 (7.3%) con esperienza inferiore a 2 anni.

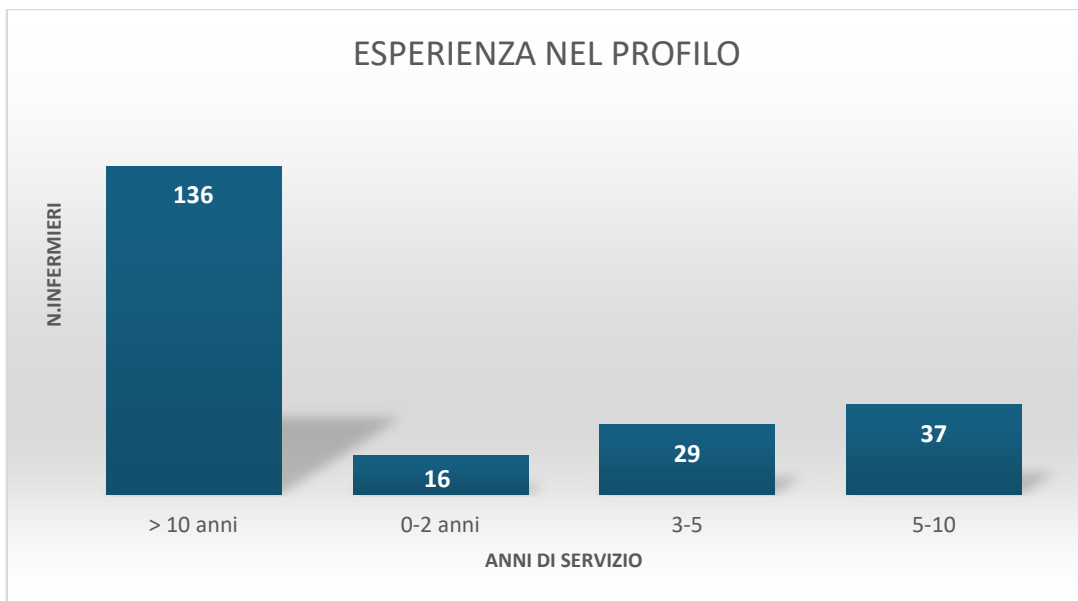


Fig.4 Esperienza nel profilo

Un numero elevato di infermieri, 154 pari al 71%, dichiara di aver compilato il questionario riferendosi al mattino quale ultimo turno lavorato. (Fig.5)

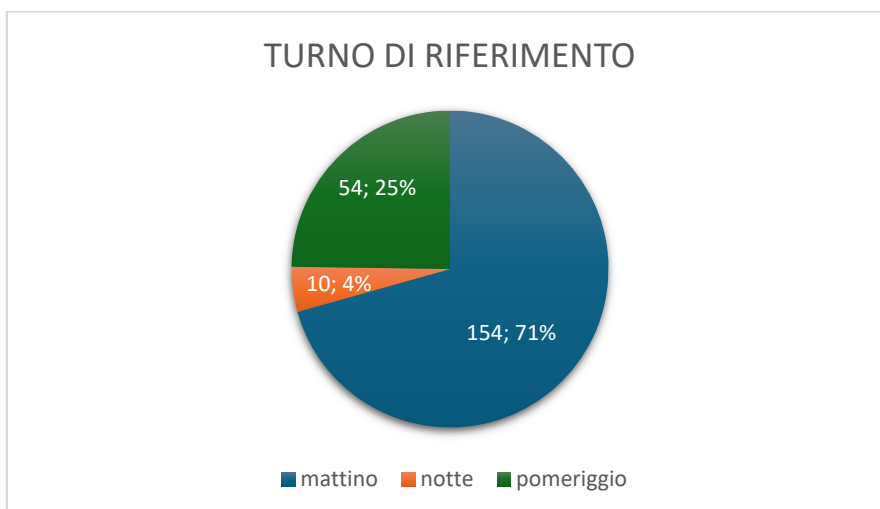


Fig.5 Turno di riferimento

In relazione al modello organizzativo in uso nelle Unità Operative interessate emerge che il modello modulare è quello maggiormente rappresentato con n.118 risposte (54.1%), seguito dal modello funzionale o per compiti n. 55 (25.2%), per piccole equipe n.34 (15.6%) e primary nursing n.11 (5%).

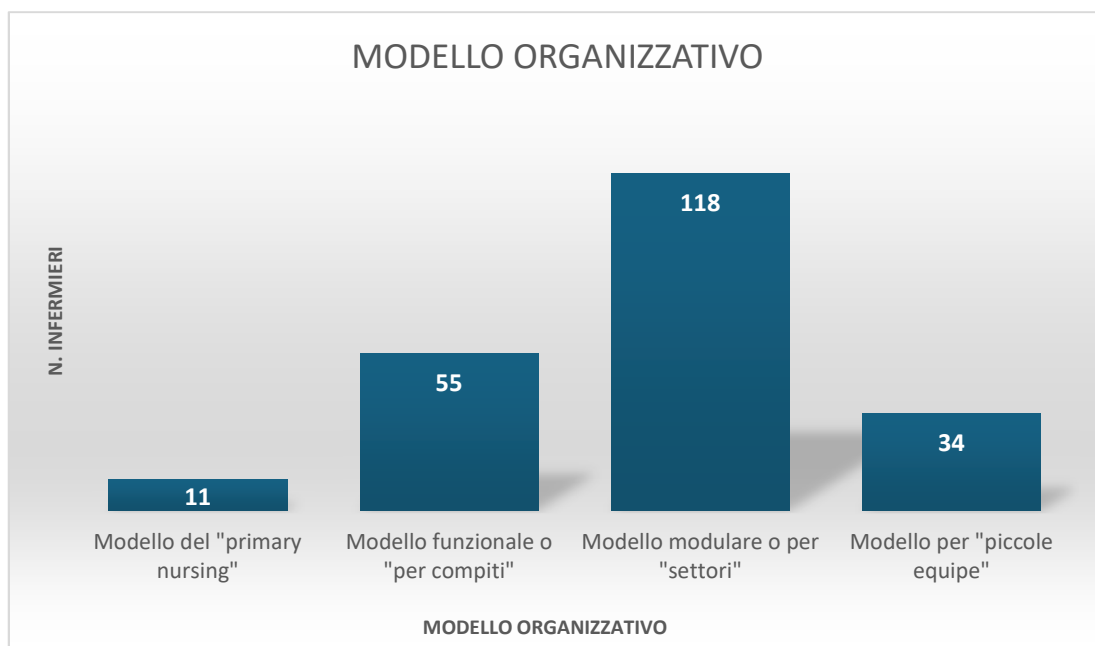


Fig.6: Distribuzione del modello organizzativo

#### 4.2 Cure Mancate

I risultati relativi alla seconda parte del questionario in cui sono state indagate le cure mancate, sono stati raccolti all'interno di tabelle sottoforma di frequenze percentuali (Fig7a e Fig7b).

I dati mostrano come le attività maggiormente omesse o ritardate siano state la “compilazione della documentazione infermieristica (sempre 32.6%), rilevazione dei parametri come da programmazione (sempre 32.1%), lavaggio delle mani (sempre 39%), “valutazione della condizione dei pazienti almeno una volta per turno” (sempre 33.5%); seguite da “educazione al paziente e familiari” (frequentemente 31.7%), “terapia entro 30 min dalla prescrizione” e “supporto emotivo a paziente e familiari” (frequentemente 29.8%), controllo di CVP/CVC (sempre 28.4%), mobilitazione passiva (frequentemente 27.5%), deambulazione del paziente (frequentemente

27.1%), “assistenza al paziente con bisogno di eliminazione entro 5min dalla chiamata” (frequentemente 26.1%).

Le attività rimandate o omesse meno frequentemente invece sono risultate essere “valutazione della condizione dei pazienti almeno una volta per turno” (mai 36.2%), “lavaggio delle mani” (mai 34.9%), “controllo della glicemia” (30.3%), “preparazione del pasto e dell’ambiente (tavolino/vassoio) per pazienti autosufficienti” (mai 27.1%), “risposta al campanello di chiamata entro 5 minuti” (mai 23.9%).

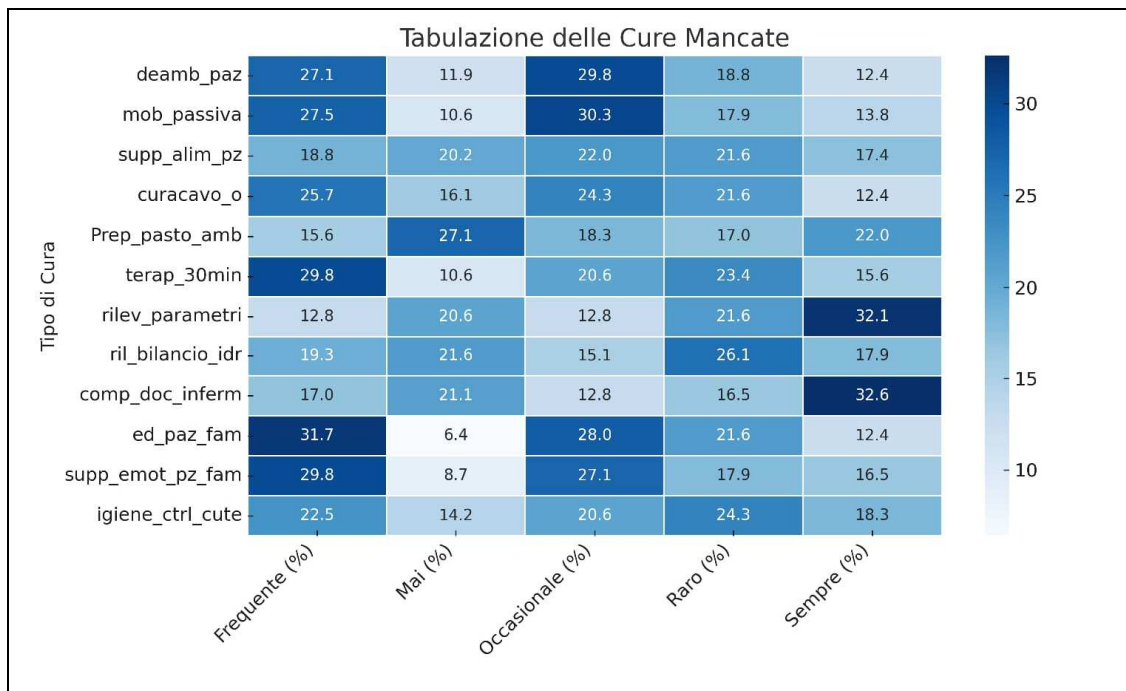


Fig.7a Tabulazione delle Cure Mancate parte I

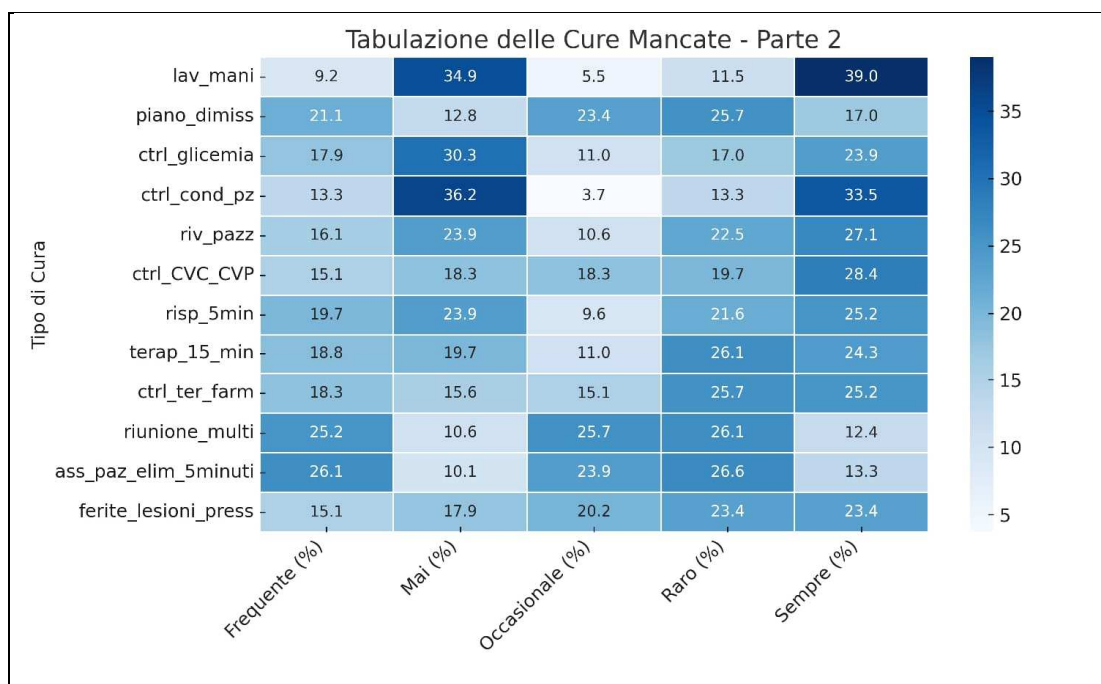


Fig.7b Tabulazione delle Cure Mancate parte I

### 4.3 Cause delle cure mancate

I risultati della terza parte del questionario e relativi ai fattori percepiti dagli infermieri quali cause di cure compromesse sono stati raccolti in tabelle sinottiche (Fig. 8a e Fig. 8b).

Le cause segnalate come “fattore significativo” sono “inadeguate consegne” (41.7%), tensioni all’interno dello staff infermieristico” (36.2%), “mancata segnalazione da parte dell’operatore di supporto delle cure non fornite” (34.9%), “altri reparti non eseguono quanto previsto” (33.9%), “caregiver non rintracciabile, non disponibile” (32.1%), “mancanza di supporto/aiuto da parte del team” (31.2%).

A seguire come fattore moderato si trova “Forniture/apparecchiature non disponibili” (39.4%), “farmaci non disponibili” (37.2%), “apparecchiature non funzionanti” (37.2%), “situazione pazienti urgenti” (32.1%), “Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte infermieri/medici” (31.7%), “caregiver non rintracciabile, non disponibile” (31.2%).

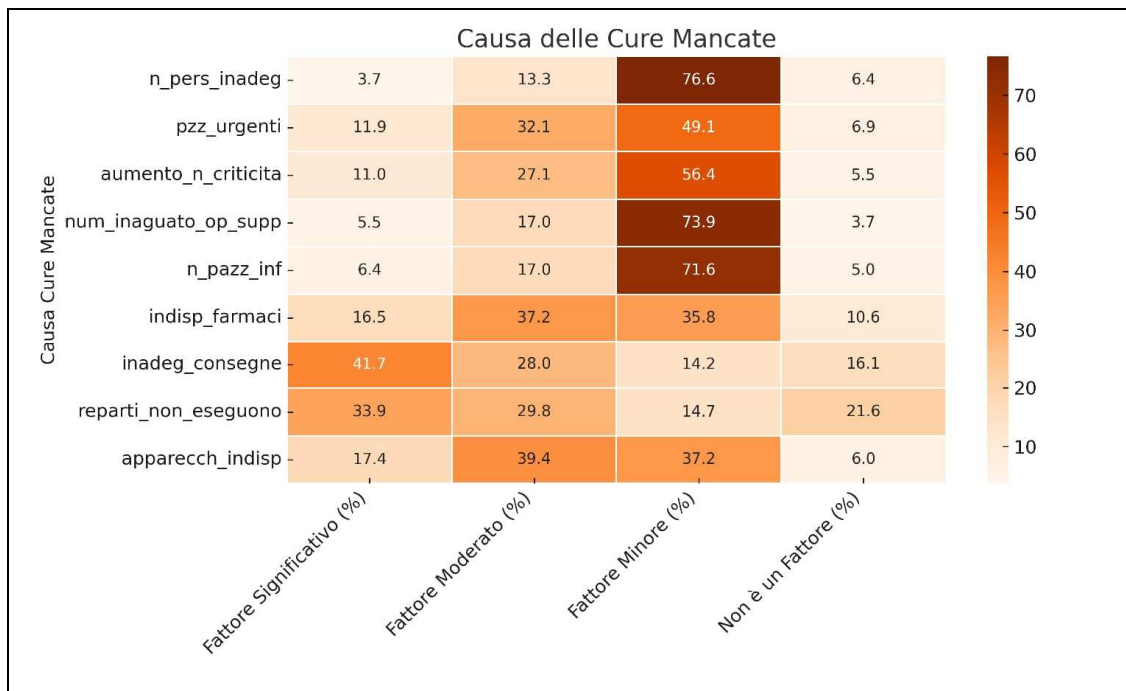


Fig.8a Tabulazione delle Cause di Cure Mancate parte A

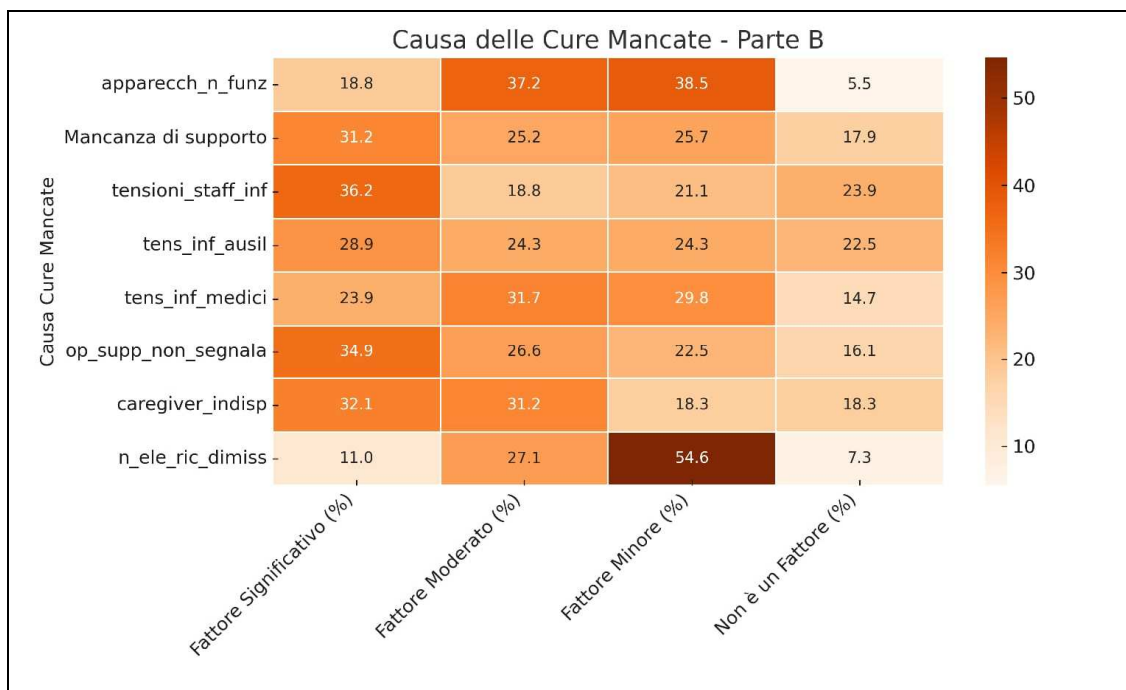


Fig.8b Tabulazione delle Cause di Cure Mancate parte B

#### **4.4 Confronto tra variabili dicotomiche**

Esaminate le risposte alla survey in frequenze assolute e percentuali, si è poi proceduto a dicotomizzare le variabili di contesto (v. Allegato 2) e verificare eventuali correlazioni statisticamente significative tra le suddette variabili, le cure mancate e le loro cause.

##### **4.4.1 Confronto tra le cure mancate e le variabili sociodemografiche**

**Personale turnista e cure mancate:** tra tutte le associazioni, l'unica con un p-value < 0.05 è risultata essere “essere turnista” con “turno di riferimento lavorato”. In particolare, dei 218 intervistati, 24 in totale (24 al mattino, 0 alla notte, 0 al pomeriggio) hanno dichiarato di non essere turnisti, i restanti 194(130 al mattino, 10 alla notte, 54 al pomeriggio) sono turnisti. Il p-value associato (Pr = 0.004) inferiore a 0.05 e il p-value di Fisher pari a 0.001, anch'esso molto basso, indicano che c'è una relazione significativa tra le due variabili; esiste una maggiore concentrazione di cure mancate nel turno del mattino.

**Personale con esperienza e cure mancate:** tra tutte le associazioni, quattro sono risultate avere un p-value < 0.05. In particolare:

- “Somministrazione della terapia entro 30 minuti dall'orario indicato” (p-value 0.048): per il gruppo con meno di 10 anni di esperienza n. 29 hanno risposto “frequentemente”, n.23 “occasionalmente” e n.10 “sempre”; per il gruppo con più di 10 anni di esperienza, n.36 partecipanti hanno risposto “frequentemente”, n.22 “occasionalmente” e n.24 “Sempre”. Il p-value <0.05 indica una relazione statisticamente significativa, si potrebbe ipotizzare, quindi, che gli infermieri con maggiore esperienza tendano a superare i 30 minuti dall'orario indicato.
- “Cura del cavo orale” (p-value 0.047:) per il gruppo con meno di 10 anni di esperienza n. 29 hanno risposto “frequentemente”, n.20 “occasionalmente” e n.5 “sempre”; per il gruppo con più di 10 anni di esperienza, n.27 partecipanti hanno risposto “frequentemente”, n.33 “occasionalmente” e n.22 “Sempre”. Il p-value <0.05 indica una relazione statisticamente significativa e si potrebbe

ipotizzare che gli infermieri che hanno acquisito maggiori competenze tendano a mancare questa cura più dei colleghi con minore esperienza.

- “Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta” (p-value 0.005). L'analisi suggerisce che gli anni di esperienza influenzano in modo significativo la frequenza con cui gli infermieri somministrano la terapia entro 15 minuti, gli infermieri con più di 10 anni di esperienza hanno una maggiore probabilità di rispondere "Mai" o "Raramente" rispetto a quelli con meno esperienza.
- “Assistenza al paziente con bisogni di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata” (p-value 0.015). Anche in questo vi è una correlazione statisticamente significativa, si può ipotizzare che il professionista con maggiore esperienza risponda prima a questo bisogno di quanto possa fare un collega con minore esperienza.

***Settore di lavoro e cure mancate:*** da queste correlazioni 5 sono risultate essere statisticamente significative. Nella fattispecie:

- “turno di lavoro riferito” (p-value 0.006)
- “deambulazione del paziente” (p-value 0.035)
- “cura cavo orale” (p-value 0)
- “Somministrazione della terapia entro 30 minuti dall’orario indicato” (p-value 0.049)
- “Compilazione della documentazione infermieristica” (p-value 0.019)

***Genere e cure mancate:*** una correlazione statisticamente significativa è stata riscontrata solo riguardo due cure mancate studiate in relazione al genere maschile o femminile. Le due omissioni riguardano:

- “Preparazione del piano di dimissione con coinvolgimento del paziente” (p-value 0.043)
- “Valutazione dell’efficacia della terapia farmacologica” (p-value 0.01)

***Titolo di studio e cure mancate:*** riguardo questa correlazione non sono emerse associazioni statisticamente significative per nessuno dei quesiti indagati nei 25 item della seconda parte del questionario.

***Età e cure mancate:*** una relazione è stata riscontrata solo per tre cure mancate come di seguito specificato:

- “Educazione ai pazienti e ai familiari” (p-value 0.023)
- “Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta” (p-value 0.004)
- “Assistenza al paziente con bisogni di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata” (p-value 0.003)

#### ***4.4.2 Confronto tra le cause di cure mancate e le variabili sociodemografiche***

***Personale turnista e cause delle cure mancate:*** non sono emerse correlazioni statisticamente significative in questo ambito.

***Personale con esperienza e cause delle cure mancate:*** in questo confronto si possono osservare due cause che mostrano un p-value < 0.05, in particolare:

- “Inadeguato numero di personale sanitario” (p-value 0.004)
- “Mancata segnalazione da parte dell’operatore di supporto delle cure non fornite” (p-value 0.01)

***Settore di lavoro e cause delle cure mancate:*** dall’analisi si riscontra che la correlazione del settore di lavoro mostra un p-value < 0.05 quindi accettabile con due delle cause:

- “Farmaci non disponibili” (p-value 0.024)
- “Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente” (p-value 0.012)

***Genere e cause delle cure mancate:*** cercando una correlazione tra il genere e le cause di cure compromesse potrebbe esserci una associazione per due fattori:

- “Numero inadeguato paziente/infermiere” (p-value 0.008)
- “Mancata segnalazione da parte dell’operatore di supporto delle cure non fornite” (p-value 0.006)

***Titolo di studio e cause delle cure mancate:*** correlando il titolo di studio con le cause l’unica correlazione statisticamente significativa emerge per “Numero inadeguato di personale di supporto” con un p-value pari a 0.04.

***Età e cause delle cure mancate:*** ipotizzando una correlazione dell'età anagrafica con le cause di cure mancate è risultato un dato statisticamente significativo per due fattori, in particolare:

- “Inadeguato numero di personale sanitario” (p-value 0.004)
- “Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente” (p-value 0.019)

In ultimo le variabili demografiche e di contesto dicotomizzate sono state suddivise per area di afferenza, medica, chirurgica e di emergenza (v. Allegato 3), e successivamente correlate con le i dati delle “Cure mancate” e delle “Cause di cure mancate”. Sono emerse due correlazioni statisticamente significative e relative a due “cause di cure compromesse” e cioè “Forniture/apparecchiature non disponibili” con un p-value pari a 0.041 e “Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente” con un p-value pari a 0.011.

## 5. Discussione dei risultati

Dall'analisi è emerso come anche nel contesto dell'ASST Rhodense sia presente il fenomeno delle Missed Nursing Care e che questo è percepito dal personale infermieristico.

Il campione è composto principalmente da donne di età superiore ai 40 anni, con una formazione prevalentemente di laurea triennale. Questo depone per un campione costituito da professionisti relativamente esperti e una presenza limitata di personale neolaureato nei diversi ambiti. La maggior parte lavora in contesti medici e riferisce di utilizzare modalità organizzative modulari. Una bassa percentuale di infermieri turnisti ha partecipato alla survey.

Tra le cure compromesse quelle maggiormente omesse o ritardate risultano essere la "compilazione della documentazione infermieristica" (32.6%), la "rilevazione dei parametri come da programmazione" (32.1%), il "lavaggio delle mani" (39%), la "valutazione dei pazienti una volta per turno (33.5%). Tali omissioni sono in linea con quanto emerge dagli studi citati e con il resto delle correlazioni effettuate in questo studio. Il professionista infermiere, di fronte al poco tempo disponibile, stabilisce delle priorità nelle cure. (Bassi et al, 2018)

Dall'analisi dei singoli item emerge anche quanto non ci siano delle grosse polarizzazioni nelle risposte, ciò ad indicare probabilmente che c'è margine di miglioramento nelle prestazioni. Ad esempio, per la deambulazione la maggior parte degli infermieri ha segnalato che la deambulazione dei pazienti è stata garantita "Occasionalmente" (29.8%) e "Frequentemente" (27.1%). Tuttavia, c'è una percentuale significativa di cure non erogate, con il 12.4% che afferma di non aver mai effettuato questa pratica; o ancora per la "Mobilizzazione Passiva", anche in questo caso, è stata segnalata come non erogata "Occasionalmente" (30.3%) e "Frequentemente" (27.5%). La percentuale di chi non ha mai effettuato questa cura è relativamente bassa (10.6%).

Le donne sembrerebbero maggiormente propense ad omettere "la valutazione della terapia farmacologica" e la "preparazione della dimissione del paziente" ma questo può essere ricondotto alla composizione fortemente femminile del campione.

Dai dati emerge, inoltre, una correlazione statisticamente significativa tra l'età e "l'educazione ai pazienti e familiari" che può essere ricondotto all'atteggiamento di prioritizzazione precedentemente trattato. Va ricordato, però, quanto questo possa influire negativamente sul rientro al domicilio del paziente e sulla sua possibilità di precoce riammissione ospedaliera. (Sinn *et al.*, 2016)

Tra le cause di cure compromesse, "la mancanza di supporto" (31.2%) e "tensioni nel gruppo infermieristico" (36.2%) emergono come fattori significativi, suggerendo che le dinamiche interpersonali e il supporto organizzativo anche da parte di coloro che rappresentano la leadership infermieristica (coordinatori e dirigenti) sono cruciali per garantire cure adeguate. Anche le "inadeguate consegne" (41.7%) e "la mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto" (34.9%) sono fattori significativi, evidenziando ancora una volta l'importanza della comunicazione e del passaggio di informazioni all'interno delle strutture sanitarie. (Hessels *et al.*, 2015) (Kalisch and Lee, 2010)

Fattori come "tensioni infermieri-medici" e "indisponibilità del caregiver" mostrano una distribuzione equilibrata tra significatività e minore rilevanza, suggerendo che non sono determinanti sebbene possano influenzare le cure.

È interessante notare che la letteratura descrive come determinanti alcuni fattori quali l'aumento "del rapporto numero di pazienti/infermiere" e del carico di lavoro, dovuto al "cambiamento delle condizioni critiche del paziente" o "all'aumentare di ricoveri e dimissioni" (Griffiths *et al.*, 2018) e come, invece, all'interno del campione analizzato questi aspetti non vengano percepiti come tali. Dall'analisi dei confronti tra variabili di contesto dicotomizzate, si potrebbe ipotizzare che l'età e la maggiore esperienza lavorativa abbiano contribuito a far sviluppare strategie lavorative efficaci e una resilienza che permette di affrontare meglio le difficoltà nella pratica lavorativa, che gli infermieri agiscano, quindi, come ci dice la letteratura prioritizzando le loro attività.

Il personale ha scelto di seguire un approccio basato sulla razionalizzazione delle cure, come suggerito da vari studi. Questo significa che si è concentrato esclusivamente sulle attività

affidate ad altri membri del team, o addirittura al paziente stesso. (Kalisch et al, 2009)

Gli infermieri si trovano a dover attribuire sempre più le procedure di assistenza di base agli operatori sociosanitari, per questo è importante che ci sia una buona supervisione e comunicazione tra le diverse figure professionali per ottimizzare l'assistenza e rispondere al meglio ai bisogni dei pazienti. Il professionista infermiere con maggiore esperienza attribuisce dei compiti agli operatori di supporto, di conseguenza diventa significativa la “mancata segnalazione di cure non fornite” da parte degli operatori cui la cura è stata attribuita.

Anche la correlazione “titolo di studio” con la causa “numero inadeguato di personale di supporto” è in linea con gli studi letteratura secondo cui gli infermieri con formazione da laureati tendono ad attribuire attività di assistenza di base ad altre figure per potersi meglio dedicare ad attività prettamente infermieristiche come la rivalutazione dei pazienti critici, la somministrazione di terapia, la ricerca.(Parise et al, 2021)

Dall'analisi delle cause di cure mancate rapportate con l'area di lavoro è interessante notare come in tutti gli ambiti sia emerso il dato di apparecchiature non disponibili o mal funzionanti, che seppur grave è comunque un ambito su cui si può intervenire più facilmente rispetto ad altre azioni che prevedano interventi sui professionisti.

Lo studio presenta dei limiti da attribuirsi alla natura squisitamente esplorativa dell'indagine, al campionamento monocentrico di convenienza adottato e alla modalità di somministrazione del questionario, forse poco fruibile vista l'età del campione, solitamente sono i giovani più propensi alla survey su piattaforma digitale.

## 6. Conclusioni

La sicurezza dei pazienti rappresenta una priorità fondamentale nell'erogazione dei servizi sanitari, con gli infermieri che svolgono un ruolo cruciale in ogni fase dell'assistenza e nella riduzione degli eventi avversi (OMS, 2019). Tuttavia, i tagli alle risorse umane e materiali, uniti alla crescente complessità dei pazienti ospedalizzati, stanno determinando un significativo incremento del carico di lavoro per i professionisti sanitari. Questa situazione è ulteriormente aggravata dalla carenza di personale infermieristico, che comporta un impoverimento dell'equipe assistenziale, sia sotto il profilo numerico (rapporto infermieri/pazienti), sia per quanto riguarda il mix di competenze (skill mix).

Le Missed Nursing Care, ovvero le cure infermieristiche compromesse, si riferiscono a quelle attività assistenziali che vengono somministrate in modo incompleto o ritardato. Negli ultimi quindici anni, numerosi studi hanno approfondito questo fenomeno (Kalisch et al, 2009; Palese *et al.*, 2015; Willis *et al.*, 2024) e sebbene questi studi siano stati realizzati in tempi, contesti e da ricercatori differenti, i risultati mostrano analogie significative, sia per quanto riguarda le MNC sia per le cause identificate.

Le MNC, che possono essere considerate come errori nell'assistenza infermieristica, sono un fenomeno diffuso a livello mondiale, che compromette la sicurezza dei pazienti, non solo in ambito ospedaliero, ma anche in altri contesti di cura, contribuendo ad aumentare i costi del sistema sanitario. (Willis and Brady, 2022)

Oltre agli effetti diretti sulla sicurezza di pazienti e operatori, le cure infermieristiche compromesse possono influenzare negativamente gli outcomes clinici. Diversi studi hanno dimostrato che attività come la mobilizzazione del paziente e la deambulazione, se non eseguite, possono portare a problemi come il delirio, polmoniti, prolungamento della degenza e quindi ritardi nelle dimissioni, un aumento del dolore, del disagio e della disabilità fisica e del rischio di mortalità. (Kalisch and Xie, 2014)

L'obiettivo di questo studio è stato indagare se il fenomeno delle Missed Nursing Care fosse presente anche nei reparti per adulti di area medica e chirurgica, compresa l'RSA aziendale dell'Azienda ASST Rhodense. Utilizzando lo strumento MISSCARE Survey, è stato possibile analizzare quali fossero le cure più frequentemente omesse

dagli infermieri e quali cause venissero percepite come responsabili del verificarsi di tali omissioni o dei relativi ritardi. I risultati hanno evidenziato che il fenomeno è effettivamente presente, senza sostanziali differenze tra i vari ambiti e senza rilevanti variazioni in base all'esperienza professionale o all'anzianità lavorativa.

Le MNC più frequentemente segnalate sono poco in linea con quelle riportate in letteratura, in particolare in altri studi europei e italiani. Le attività più spesso omesse sono state: la compilazione della documentazione infermieristica, la rilevazione dei parametri come da pianificazione, la partecipazione a riunioni multidisciplinari, la cura dell'igiene orale, supporto emotivo a paziente e familiari e l'educazione al paziente e caregiver in fase di dimissione. Le cause identificate come più significative sono legate a problemi di comunicazione e relazionali che vanno dai rapporti all'interno dell'equipe infermieristica alla mancata comunicazione con gli operatori di supporto.

Un elemento influente, e riportato in letteratura (Swiger et al., 2016), è l'aumento del carico di lavoro dovuto alle condizioni cliniche dei pazienti, che si prevede possa crescere ulteriormente con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della domanda di assistenza sanitaria. Tuttavia, lo studio condotto non ha evidenziato una forte incidenza di questa problematica. In generale, se i pazienti ricoverati non ricevono tutte le cure necessarie, qualunque ne sia la causa, il rischio di una riammissione aumenta notevolmente. Poiché le MNC sono legate a fattori organizzativi e istituzionali, esse possono essere ridotte attraverso l'intervento dei professionisti sanitari e delle direzioni aziendali, a condizione che si sia consapevoli del problema e vengano promosse politiche adeguate. (Bagnasco et al., 2020)

Gli interventi da attuare non possono essere standardizzati, ma ci sono alcuni aspetti comuni alla maggior parte degli ambienti sanitari su cui concentrare gli investimenti. Innanzitutto, è fondamentale regolare i livelli di personale infermieristico in base a scelte basate sull'evidenza, per evitare di esporre i pazienti a rischi altrimenti inevitabili. Successivamente, è necessario adottare modelli organizzativi che si adattino alle caratteristiche dei pazienti, dell'ambiente e delle risorse disponibili. (Aiken et al., 2013) (Sermeus et al., 2011) (Bagnasco, Catania, Zanini, et al., 2020)

Le MNC potrebbero essere utilizzate come uno degli indicatori principali per monitorare il benessere organizzativo all'interno dell'Azienda. Un aumento delle

MNC potrebbe riflettere una carenza di risorse, problemi di organizzazione del lavoro o difficoltà nella gestione del personale. Insieme ad altri indicatori, come la qualità percepita dal paziente e il tasso di turnover degli operatori (inteso come numero di professionisti che decidono di cambiare azienda), le MNC potrebbero fornire dati utili per identificare aree critiche da migliorare e per attuare strategie di intervento mirate. (di Falco *et al.*, 2021)

Nelle more di quanto emerso, il lavoro condotto potrebbe rappresentare la base per la promozione di progetti aziendali quali ad esempio:

- *Formazione specifica rivolta agli infermieri*

Attuare una formazione specifica rivolta agli infermieri, finalizzata a sensibilizzare sulle conseguenze cliniche e medico-legali delle cure compromesse. La mancata gestione di una nutrizione adeguata, ad esempio, può favorire lo sviluppo di lesioni da pressione, aumentare il rischio di infezioni e compromettere il metabolismo dei farmaci a causa di una ridotta sintesi proteica. Inoltre, la letteratura suggerisce che una comunicazione interdisciplinare efficace e il supporto tra colleghi possono ridurre l'incidenza di cure mancate, migliorando la qualità assistenziale. (Bragadóttir, Kalisch and Tryggvadóttir, 2017)

Oltre agli effetti clinici, le cure compromesse possono configurarsi come eventi avversi prevenibili, con possibili implicazioni legali per gli operatori sanitari. L'omissione di cure essenziali, infatti, può essere interpretata come negligenza o imprudenza, elementi fondamentali per la configurazione della responsabilità professionale infermieristica. Pertanto, una formazione mirata dovrebbe includere anche un approfondimento sugli aspetti deontologici e giuridici, al fine di promuovere una maggiore accountability tra gli infermieri.

In sintesi integrare una formazione strutturata sulle cure compromesse rappresenterebbe un valore aggiunto per il miglioramento della qualità assistenziale, con ricadute positive sulla sicurezza dei pazienti e sulla tutela professionale degli infermieri. L'adozione di strategie basate sull'evidenza, come il potenziamento delle competenze gestionali e la sensibilizzazione sull'importanza delle cure fondamentali,

potrebbe contribuire a ridurre l'incidenza delle omissioni assistenziali e a garantire un'assistenza più efficace e sicura.

- *Lavorare sulla leadership infermieristica.*

Investire sulla formazione della leadership infermieristica rappresenta un intervento strategico per migliorare la qualità delle cure e ridurre le MNC. Una leadership forte e competente è essenziale per motivare il personale, migliorare la comunicazione tra i membri del team e promuovere un ambiente di lavoro collaborativo. L'infermiere con una leadership efficace può monitorare e supportare l'attuazione delle cure in modo più attento, affrontando tempestivamente le difficoltà operative e organizzative.

- *Variazione del modello organizzativo nelle degenze.*

È fondamentale rivedere e adattare il modello organizzativo dei reparti per ottimizzare la distribuzione dei carichi di lavoro tra gli infermieri. L'introduzione di modelli flessibili che tengano conto delle specificità dei reparti e delle caratteristiche dei pazienti potrebbe favorire una gestione più equilibrata del personale e ridurre il rischio di MNC. Un approccio organizzativo più dinamico potrebbe migliorare la capacità di risposta ai bisogni assistenziali, minimizzando le carenze nella cura.

- *Inserimento dell'Operatore Socio-Sanitario (OSS) nelle ore notturne in tutte le degenze.*

L'introduzione dell'OSS durante il turno notturno potrebbe contribuire a ridurre il carico di lavoro degli infermieri, permettendo loro di concentrarsi maggiormente sulle attività infermieristiche critiche e di garantire una maggiore attenzione e assistenza al paziente. L'inserimento di questa figura professionale nelle ore notturne consentirebbe di migliorare l'efficienza dei servizi, riducendo così la possibilità di MNC, specialmente per attività non direttamente infermieristiche ma comunque essenziali, come l'assistenza di base ai pazienti.

Questi interventi mirano a migliorare l'efficienza e la qualità delle cure infermieristiche, ridurre il fenomeno delle MNC e garantire una maggiore soddisfazione sia per i pazienti che per gli operatori sanitari.

## 7. Bibliografia

Aiken, L.H. *et al.* (2002) *Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction*. Available at: [www.jama.com](http://www.jama.com).

Aiken, L.H. *et al.* (2013) ‘Nurses’ reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe’, *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), pp. 143–153. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>.

Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., *et al.* (2020) ‘Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The RN4CAST@IT cross-sectional study’, in *Journal of Nursing Management*. Blackwell Publishing Ltd, pp. 2136–2145. Available at: <https://doi.org/10.1111/jonm.13139>.

Bagnasco, A., Catania, G., Aiken, L.H., *et al.* (2020) *Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici? ITALIA*.

Ball, J.E. *et al.* (2013) ‘“Care left undone” during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care’, *BMJ* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs>.

Bassi, E., Tartaglioni, D. and Palese, A. (2018) ‘Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: A literature review’, *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. Il Pensiero Scientifico Editore s.r.l., pp. 12–24. Available at: <https://doi.org/10.1702/2890.29148>.

Bassi *et al.* (2018) *Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura ASSIST INFERM RIC 2018; 37: 12-24*.

Bragadóttir, H., Kalisch, B.J. and Tryggvadóttir, G.B. (2017) ‘Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals’, *Journal of Clinical Nursing*, 26(11–12), pp. 1524–1534. Available at: <https://doi.org/10.1111/jocn.13449>.

Chaboyer, W. *et al.* (2021) ‘Missed nursing care: An overview of reviews’, *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. John Wiley and Sons Inc, pp. 82–91. Available at: <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>.

Dall’Ora, C. *et al.* (2022) ‘Nurse staffing levels and patient outcomes: A systematic review of longitudinal studies’, *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>.

Dello, S. *et al.* (2024) ‘Prevalence, predictors and outcomes of physician care left undone in acute care hospitals across six European countries during COVID-19: A cross-sectional study’, *European Journal of Internal Medicine*, 121, pp. 95–102. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.10.021>.

Ellehave, S.M. *et al.* (2024) ‘Nurses’ perceptions of reasons for missed nursing care in hospitals: a qualitative systematic review protocol’, *JBIE Evidence Synthesis*. Lippincott Williams and Wilkins, pp. 1594–1600. Available at: <https://doi.org/10.11124/JBIES-23-00367>.

di Falco, A. *et al.* (2021) ‘Evaluating the effects of policies on nursing care as promoted by the Veneto region: the research protocol and its implications for public health’, *Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunita*, 33(4), pp. 322–331. Available at: <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2394>.

Griffiths, P. *et al.* (2018) ‘The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review’, *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd, pp. 1474–1487. Available at: <https://doi.org/10.1111/jan.13564>.

Hessels, A.J. *et al.* (2015) ‘The impact of the nursing practice environment on missed nursing care’, *Clinical Nursing Studies*, 3(4). Available at: <https://doi.org/10.5430/cns.v3n4p60>.

Jafari-Koulaee, A. *et al.* (2024) ‘Missed Nursing Care and Relationship to Burnout and Leave the Profession’, *Critical Care Nursing Quarterly*, 47(3), pp. 193–201. Available at: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000508>.

Jones, T.L., Hamilton, P. and Murry, N. (2015) ‘Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review’, *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd, pp. 1121–1137. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>.

- Kalisch, B.J., Landstrom, G.L. and Hinshaw, A.S. (2009) 'Missed nursing care: A concept analysis', *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), pp. 1509–1517. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x>.
- Kalisch, B.J. and Lee, K.H. (2010) 'The impact of teamwork on missed nursing care', *Nursing Outlook*, 58(5), pp. 233–241. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.06.004>.
- Kalisch, B.J., Tschannen, D. and Lee, K.H. (2012) 'Missed nursing care, staffing, and patient falls', *Journal of Nursing Care Quality*, 27(1), pp. 6–12. Available at: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318225aa23>.
- Kalisch, B.J. and Xie, B. (2014) 'Errors of Omission: Missed Nursing Care', *Western Journal of Nursing Research*, 36(7), pp. 875–890. Available at: <https://doi.org/10.1177/0193945914531859>.
- Kalisch et al (2009) 'Missed nursing care: Errors of omission', *Nursing Outlook*, 57(1), pp. 3–9. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.OUTLOOK.2008.05.007>.
- Liu, X. *et al.* (2018) 'Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse burnout as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis', *International Journal of Nursing Studies*, 86, pp. 82–89. Available at: <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2018.05.005>.
- Luisa Sist, 1 Carla Cortini, 1 Anna Bandini, 1 Stefania Bandini, 1 Licia Massa, 1 Roberta Zanin, 1 Roberta Vesca, 2 Annamaria Ferraresi (2012) '14\_sist\_concetto', *ASSIST INFERM RIC 2012*, 31, pp. 234–239.
- Palese, A. *et al.* (2015) 'Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting', *Internal and Emergency Medicine*, 10(6), pp. 693–702. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1232-6>.
- Palese, A. *et al.* (2018) 'Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: <BR>risultati preliminari di una consensus conference', *Assistenza infermieristica e ricerca: AIR*, 37(3), pp. 164–171. Available at: <https://doi.org/10.1702/2996.29986>.

Parise et al (2021) *Missed nursing care: studio descrittivo sulla percezione degli infermieri di un grande ospedale milanese Missed nursing care: a descriptive study about nurses' perception in a large hospital in Milan Pubblicazioni. italia.*

Sinn, C.L.J. *et al.* (2016) 'Predicting adverse outcomes after discharge from complex continuing care hospital settings to the community', *Professional Case Management*, 21(3), pp. 127–136. Available at: <https://doi.org/10.1097/NCM.000000000000148>.

Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R, Giancesini G, Bassi E, Tartaglini D, Palese A, Ferraresi A. MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate [MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study]. *Ig Sanita Pubbl.* 2017 Jan-Feb;73(1):29-45. Italian. PMID: 28428643.

Swiger, P.A., Vance, D.E. and Patrician, P.A. (2016) 'Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload', *Nursing Outlook*, 64(3), pp. 244–254. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.01.003>.

Twigg, D.E. *et al.* (2021) 'The impact of nurse staffing methodologies on nurse and patient outcomes: A systematic review', *Journal of Advanced Nursing*. John Wiley and Sons Inc, pp. 4599–4611. Available at: <https://doi.org/10.1111/jan.14909>.

Villamin, C. *et al.* (2019) 'Perceptions of missed care across oncology nursing specialty units', *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), pp. 47–53. Available at: <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000324>.

Wakefield, B.J. (2014) 'Facing up to the reality of missed care', *BMJ Quality and Safety*. BMJ Publishing Group, pp. 92–94. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002489>.

White, E.M., Aiken, L.H. and McHugh, M.D. (2019) 'Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes', *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), pp. 2065–2071. Available at: <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>.

Willis, E. *et al.* (2024) ‘An integrative review of missed nursing care and the general practice nurse’, *Australian Journal of Primary Health*. CSIRO. Available at: <https://doi.org/10.1071/PY23127>.

Willis, E. and Brady, C. (2022) ‘The impact of “missed nursing care” or “care not done” on adults in health care: A rapid review for the Consensus Development Project’, *Nursing Open*. John Wiley and Sons Inc, pp. 862–871. Available at: <https://doi.org/10.1002/nop2.942>.

## **Allegati**

### **ALLEGATO 1**

#### **SURVEY: CURE INFERMIERISTICHE COMPROMESSE**

Gentile collega,

ti chiediamo di compilare il presente questionario che ha l'obiettivo di valutare la tua percezione in tema di cure compromesse riferendoti al tuo ultimo turno lavorativo.

Le Missed Nursing Care sono intese come *“attività assistenziali, proprie degli infermieri, necessarie al paziente, che a causa di diversi fattori non vengono erogate, vengono erogate parzialmente oppure rimandate rispetto a quanto pianificato”* (Kalisch, 2009).

Il termine che meglio riflette nel contesto italiano le Missed Care è risultato essere “Cure Infermieristiche Compromesse”. Il presente questionario si compone di 3 sezioni (dati anagrafici e di contesto, cure infermieristiche mancate, cause delle cure mancate) la cui compilazione richiederà solo pochi minuti.

I dati personali forniti saranno trattati per le finalità di gestione nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza di cui al Regolamento (UE) n.679/2016 e del D.lgs. n.196 del 30 giugno 2003. Conferma se accetti di partecipare all'indagine.

- SI
- NO

#### **DATI ANAGRAFICI E DI CONTESTO**

1. Quanti anni hai?
  - < 25 anni
  - Da 31 a 35 anni
  - Da 36 a 40 anni
  - > 40 anni
  
2. Qual è il tuo sesso?
  - Maschile
  - Femminile
  
3. Qual'è il tuo titolo di studio?

- Laurea triennale ed equipollenti
  - Laurea magistrale
  - Master di I livello
  - Master di II livello
  - Dottorato
4. Quanti anni hai di esperienza nel profilo?
- 0-2 anni
  - 3-5 anni
  - 5-10 anni
  - > 10 anni
5. Dove lavori?
- Area medica
  - Area chirurgica
  - Area emergenza urgenza
  - RSA
6. Sei un dipendente turnista?
- SI
  - NO
7. Qual modello organizzativo è in uso nella tua U.O.?
- Modello funzionale o “per compiti”
  - Modello per “piccole equipe”
  - Modello modulare o per settori
  - Modello del primary nursing

### **CURE INFERMIERISTICHE MANCATE**

Quale delle seguenti attività hai dovuto posticipare o non sei riuscito a completare nell'ultimo turno di lavoro e perché?

8. Indica a quale turno fai riferimento
- Mattino
  - Pomeriggio
  - Notte
9. Deambulazione del paziente
- Sempre
  - Frequentemente
  - Occasionalmente

- Raramente
- Mai

10. Mobilizzazione passiva del paziente

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

11. Supporto ad alimentarsi a pazienti non autosufficienti

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

12. Cura del cavo orale

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

13. Preparazione del pasto e dell'ambiente (tavolino/vassoio) per pazienti autosufficienti

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

14. Somministrazione della terapia entro 30 min dall'orario indicato

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

15. Rilevazione dei parametri come da pianificazione

- Sempre
- Frequentemente

- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

16. Monitoraggio del bilancio idrico

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

17. Compilazione della documentazione infermieristica

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

18. Educazione ai pazienti e ai familiari

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

19. Supporto emotivo a pazienti e familiari

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

20. Effettuazione pratiche igieniche e controllo della cute

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

21. Lavaggio delle mani

- Sempre

- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

22. Preparazione del piano di dimissione con coinvolgimento del paziente

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

23. Monitoraggio della glicemia

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

24. Valutazione della condizione dei pazienti almeno una volta per turno

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

25. Rivalutazione mirata dei pazienti secondo la loro condizione /per turno

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

26. Valutazione del sito di inserzione del CVC/CVP

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

27. Risposta al campanello entro 5 minuti dalla chiamata

- Sempre

- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

28. Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

29. Valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

30. Partecipazione alle riunioni multidisciplinari

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

31. Assistenza al paziente con bisogni di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

32. Cura delle ferite e delle lesioni da decubito

- Sempre
- Frequentemente
- Occasionalmente
- Raramente
- Mai

## **CAUSE DELLE CURE MANCATE**

33. Inadeguato numero di personale sanitario
- Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore
  - Non è una ragione per cure infermieristiche mancate
34. Situazione pazienti urgenti
- Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore
  - Non è una ragione per cure infermieristiche mancate
35. Aumento inatteso del numero o condizioni critiche dei pazienti
- Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore
  - Non è una ragione per cure infermieristiche mancate
36. Numero inadeguato di operatori di supporto/ausiliari
- Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore
  - Non è una ragione per cure infermieristiche mancate
37. Numero non bilanciato di pazienti/infermiere
- - Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore
  - Non è una ragione per cure infermieristiche mancate
38. Farmaci non disponibili
- Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore
  - Non è una ragione per cure infermieristiche mancate
39. Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente
- Fattore significativo
  - Fattore moderato
  - Fattore minore

- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

40. Altri reparti non hanno eseguito quanto previsto

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

41. Forniture/apparecchiature non disponibili

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

42. Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

43. Mancanza di supporto/aiuto da parte del team

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

44. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra i membri dello staff infermieristico

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

45. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte infermieri/ausiliari

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

46. Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte infermieri/medici

- Fattore significativo
- Fattore moderato

- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

47. Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

48. Caregiver non rintracciabile/non disponibile

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

49. Elevato numero di ricoveri/dimissioni

- Fattore significativo
- Fattore moderato
- Fattore minore
- Non è una ragione per cure infermieristiche mancate

## ALLEGATO 2

**Tab 1. Schema di dicotomizzazione**

### **SCHEMA DI DICOTOMIZZAZIONE**

TURNISTA	0	no
	1	si
ESPERIENZA NEL PROFILO	0	<10 anni
	1	>10 anni
SETTING LAVORATIVO	0	area medica
	1	area chirurgica
SEX	0	Femmina
	1	Maschio
TITOLO DI STUDIO	0	Laurea triennale
	1	Oltre
ETA'	0	<40 anni
	1	>40 anni

### ALLEGATO 3

**Tab.2 Variabili demografiche suddivise per area di lavoro**

<b>VARIABILI DEMOGRAFICHE DI CONTESTO<sup>1</sup> SUDDIVISE PER AREA DI LAVORO</b>					
variabile	valori	area di lavoro <sup>2</sup>			p-value <sup>3</sup>
		C	E	M	
TURNISTA	No	4	2	18	0.645
	Si	33	32	129	
ESPERIENZA NEL PROFILO	< 10 anni	8	13	61	0.083
	> 10 anni	29	21	86	
GENERE	Femmina	32	21	124	0.012
	Maschio	5	13	23	
TITOLO DI STUDIO	Laurea Triennale	35	29	135	0.364
	Oltre L. Triennale	2	5	12	
ETA'	< 40 anni	10	16	70	0.072
	>40 anni	27	18	77	

1 - Le Variabili demografiche e di contesto sono state dicotomizzate  
2 - C area Chirurgica; E area Emergenza; M area Medica (nelle colonne frequenze osservate)  
3 - P-value from Fisher's Exact Test

## **Ringraziamenti**

Desidero esprimere la mia profonda gratitudine a tutte le persone che mi hanno supportata e accompagnata in questo percorso di studi, che ha rappresentato una sfida importante e allo stesso tempo un'opportunità di crescita personale e professionale.

Un ringraziamento speciale va al mio piccolo Tommaso, che con la sua presenza gioiosa e il suo amore incondizionato ha reso ogni difficoltà più leggera e ogni sacrificio più significativo. La tua energia e il tuo sorriso, i tuoi abbracci sono stati una fonte inesauribile di motivazione.

Ringrazio il mio compagno Marco, che mi ha sempre sostenuta con affetto, pazienza e comprensione aiutandomi a mantenere l'equilibrio tra studio, lavoro e famiglia.

Ringrazio i miei genitori che tra mille sacrifici quotidiani, mi hanno insegnato il coraggio e la resilienza per affrontare le sfide della vita.

Un sincero ringraziamento va ai miei relatori per la loro disponibilità e per avermi guidato con professionalità e passione.

Un pensiero di gratitudine a tutti i miei familiari, gli amici e colleghi della vecchia e nuova Azienda, che mi hanno accompagnata con incoraggiamenti, ascolto e sostegno in questo percorso che mi ha permesso di crescere tanto sotto ogni aspetto della mia vita.

Infine, un grazie a tutti i colleghi universitari con cui ho condiviso ansie, paure e piccoli successi...Filomena, Federica, Stefania, Lorenzo...GRAZIE!!!

**Relatore:**

Prof. Auletta Gaetano



**Candidato:** Leo Elena

Matricola: 20053435

