

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

MISSED CARE: INDAGINE ESPLORATIVA

NELLE MEDICINE DELL'ULSS 15

Relatore: Prof . MIGOTTO Sandra

Laureanda: PEGORARO Sara

ANNO ACCADEMICO 2014-2015



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**MISSED CARE: INDAGINE ESPLORATIVA
NELLE MEDICINE DELL'ULSS 15**

Relatore: Prof . MIGOTTO Sandra

Laureanda: PEGORARO Sara

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	Pag. 1
I. PROBLEMA	Pag. 3
1.1 Le Missed Care: cosa sono?	Pag. 3
1.2 Il Missed Nursing Care Model	Pag. 4
<i>1.2.1 Gli antecedenti</i>	Pag. 4
<i>1.2.2 Il processo di Nursing</i>	Pag. 6
<i>1.2.3 I processi interni all'assistenza</i>	Pag. 6
1.3 Effetti delle Missed Nursing Care	Pag. 7
1.4 Misurare le Missed Care: lo strumento	Pag. 9
1.5 Le Missed Care in Italia, loro rilevanza e strategie per la professione ..	Pag. 11
II. OBIETTIVO DELLO STUDIO	Pag. 15
III. MATERIALI E METODI	Pag. 15
IV. RISULTATI DELLO STUDIO	Pag. 17
4.1 Le principali cure perse	Pag. 18
4.2 Le motivazioni alle cure perse	Pag. 21
V. DISCUSSIONE	Pag. 25
VI. CONCLUSIONI	Pag. 29
VII. BIBLIOGRAFIA	Pag. 31
ALLEGATI	Pag. 35

ABSTRACT

Problema. Le cure perse sono rappresentate da qualsiasi cura infermieristica necessaria al paziente che viene però omessa o rimandata. Sono presenti all'interno delle realtà sanitarie internazionali e rappresentano un indicatore della qualità delle cure offerte. Tale fenomeno è interpretato tramite il *Missed Nursing Care Model*, secondo cui contribuiscono al verificarsi di questa problematica gli antecedenti (risorse umane, materiali e comunicazione non adeguati), gli elementi del processo di nursing, le percezioni degli infermieri e il processo di decisione (valori, credenze, abitudini). Le cure perse portano allo sviluppo di conseguenze negative sui pazienti (es. allungamento degenza, disabilità, lesioni) e sugli operatori sanitari (es. insoddisfazione lavorativa, abbandono del lavoro, rabbia). Compito dell'infermiere è per questo cercare di limitarle il più possibile per garantire maggiore sicurezza ai pazienti.

Obiettivo. Lo studio indaga tale fenomeno nelle medicine dell'Azienda Ulss 15 (Alta Padovana) per identificare quali siano le cure perse più frequenti e capire quali siano, secondo gli infermieri, le cause più rilevanti.

Materiali e Metodi. L'indagine è stata condotta tramite la somministrazione di un questionario che riprende uno strumento validato, il *Missed Nursing Care Survey*, proposto agli infermieri delle Unità Operative di Medicina 1 e 2 del Presidio Ospedaliero di Cittadella e di Geriatria e Medicina generale del Presidio Ospedaliero di Camposampiero.

Risultati. Dai risultati è emerso che le cure perse ritenute più frequenti sono la deambulazione del paziente tre volte al giorno o come da pianificazione (90%) e la mobilitazione passiva ogni due ore (76%). Mentre le cause ritenute più rilevanti sono l'inadeguato numero di personale sanitario (92%) e l'elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno (92%). Tali risultati sono sovrapponibili a quelli di uno studio simile effettuato su alcuni ospedali del nord est italiano.

Conclusioni. Le cure perse sono una problematica effettiva e non ci sono ancora soluzioni comprovate, ma si possono attuare forme di presa di coscienza del fenomeno e di compensazione in attesa della creazione di standard nazionali e provvedimenti istituzionali per la risoluzione delle cause.

INTRODUZIONE

Negli ospedali gli infermieri purtroppo non riescono sempre ad eseguire in modo completo le attività che dovrebbero, quali prevenzione, assistenza, educazione sanitaria¹. Tali interventi non eseguiti o posticipati prendono il nome di cure perse. Le motivazioni che le causano possono essere le più svariate, come la mancanza di personale, la comparsa di emergenze, problemi comunicativi, apparecchiature non adeguate.

Le cure perse possono portare effetti avversi che minano seriamente la salute e la sicurezza del paziente ed è necessario essere a conoscenza della problematica, soprattutto nel contesto ospedaliero dove il paziente è o comunque dovrebbe essere il centro dell'assistenza stessa.

Lo stesso Codice Deontologico afferma che “l'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore”, e ancora “l'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera”².

Con questo elaborato si è voluto, prima di tutto, indagare il fenomeno analizzando la letteratura, cercando poi di approfondire l'argomento delle cure perse, per capire quali siano le più rappresentate e come misurarle.

Nella seconda parte si presenta lo studio eseguito nelle medicine dell'Azienda Ulss 15, utilizzando un questionario ripreso dallo strumento MISSCARE, per misurare la frequenza delle cure perse e le loro cause. Solamente andando a quantificarle empiricamente è possibile vedere dove siano le problematiche reali delle diverse Unità Operative e proporre delle soluzioni per risolverle.

Nell'ultima parte vengono presentati e discussi i dati raccolti e nelle conclusioni proposta qualche soluzione, consapevoli del fatto che solo ammettendo e identificando i propri errori si può progredire nella professione e migliorare il proprio lavoro.

I. PROBLEMA

1.1 Le Missed Care: cosa sono?

La prima persona che fece riferimento alle “Missed care” ovvero le cure perse fu J. Sochalski che, nel suo studio³ del 2004 sulla correlazione tra personale infermieristico e qualità dell'assistenza, le definì come *tasks undone* (ovvero mansioni incompiute). Tale concetto comprendeva una vasta serie di azioni come ad esempio educare il paziente, fare counseling, eseguire l'igiene, documentare problemi e risultati. Queste azioni incompiute risultarono essere un indicatore della qualità dell'assistenza inversamente proporzionali ad essa, esse erano presenti in quantità maggiore nelle Unità Operative dove la qualità dell'assistenza era percepita più bassa dagli infermieri stessi, mentre andavano a diminuire dove la qualità era percepita crescente.

Fu tuttavia B. Kalisch (2006) che iniziò a fare delle ricerche specifiche riguardo questo fenomeno, considerando carenti le conoscenze a riguardo. Nel suo studio qualitativo⁴, eseguito con interviste su 25 focus group, che coinvolgevano infermieri di Unità Operative mediche e chirurgiche di due ospedali, individuò 9 elementi di omissione regolare di cure, quali deambulazione, mobilitazione passiva, dar da mangiare, educare, compilare la documentazione, dare sostegno emotivo, eseguire l'igiene, documentare i bilanci e far sorveglianza. Individuò nelle interviste anche le cause attribuite a questo fenomeno quali: carenza di personale, aumento della richiesta di assistenza, utilizzo inappropriato o mancanza delle risorse materiali, sindrome del “non è il mio lavoro”, deleghe inefficaci, abitudini e negazione.

Definì le cure perse come qualsiasi cura infermieristica necessaria al paziente che viene però omessa (completamente o parzialmente) o rimandata⁵. Esse sono classificate come errori di omissione che si contrappongono agli errori di commissione, molto più conosciuti. L'AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality) afferma che tali errori omissivi sono più difficili da riconoscere ma rappresentano ugualmente un grosso problema⁶.

Gli errori di omissione (derivanti dal non fare qualcosa, come non far deambulare il paziente secondo lo schema prestabilito) sono un argomento meno trattato rispetto a quelli commissivi (errori derivanti dal compimento di una qualche azione, come ad esempio la somministrazione del farmaco sbagliato), sebbene gli infermieri siano consapevoli della loro esistenza. Un argomento di cui volontariamente si parla poco in quanto fa insorgere

sentimenti di colpa, rabbia e impotenza nei professionisti sanitari ⁵.

Sarebbe invece importante esserne a conoscenza e parlarne, perchè se gli infermieri restano in silenzio e non riescono a dichiarare la presenza di questo problema ai colleghi per vergogna o paura di conseguenze, l'opportunità per poter mettere in pratica un'azione correttiva nei turni successivi sfuma, portando di conseguenza all'aumento delle cure perse e dei risultati negativi sui pazienti ⁷.

1.2 Il Missed Nursing Care Model

Le cure perse sono un concetto complesso per cui è stato sviluppato da Kalisch nel 2009 un modello, il *Missed Nursing Care Model* (Figura 1), che raggruppando ed elaborando i risultati del precedente studio, illustra le diverse categorie di attributi riportate dagli infermieri che contribuiscono a creare il fenomeno ^{5, 8}: gli antecedenti che nell'ambiente delle cure facilitano o ostacolano l'assistenza (a), gli elementi del processo di nursing (b), le percezioni degli infermieri e il processo di decisione (valori, credenze, abitudini) (c), le cure che sono portate a termine come pianificato e quelle che vengono omesse o rimandate (le cure perse) (d) e gli esiti sui pazienti.

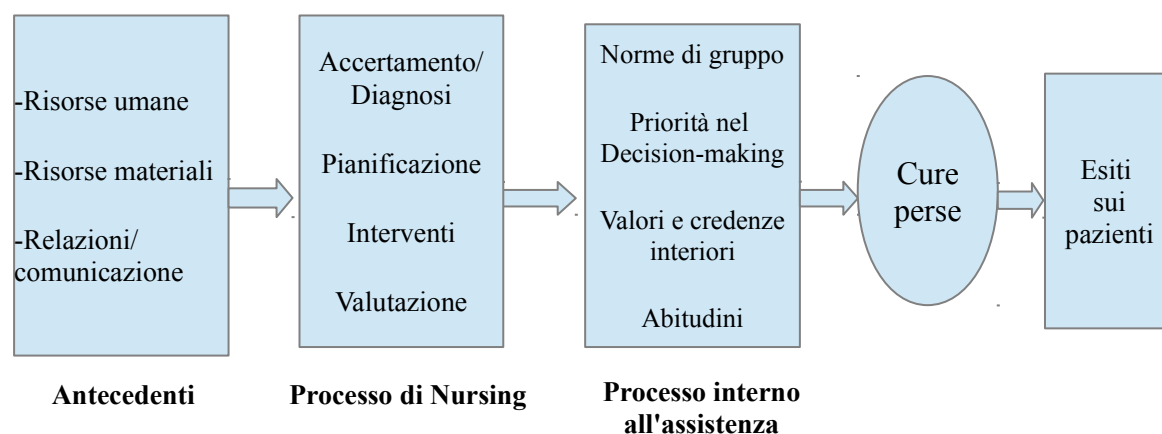


Figura1. Missed Nursing Care Model

(Tratta da Kalisch B.J., Landstrom G.L., Hinshaw A.S. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 2009; 65 (9): 1509–1517.)

1.2.1 Gli antecedenti

Gli antecedenti si suddividono in tre grandi categorie ovvero risorse umane, risorse

materiali e comunicazione, all'interno delle quali rientrano molteplici fattori. Prima di tutto la carenza di personale, con cui si intende un rapporto infermiere/paziente inadeguato per personale insufficiente o eccessivo carico di lavoro, ma anche turni con personale inferiore a quello preventivato per malattie o altro, presenza eccessiva di personale neoassunto o inesperto. Tutto ciò rende difficile erogare nel miglior modo l'assistenza nei tempi adeguati, porta a ritardi e impossibilità nello svolgere tutte le azioni di cura.

Sussiste poi l'aumento della richiesta di assistenza nei reparti, che si verifica quando le situazioni cliniche cambiano improvvisamente, ci sono emergenze, nuovi ingressi, dimissioni da organizzare e ne risulta che l'infermiere è portato a mettere da parte o a posticipare altre azioni infermieristiche che richiederebbero tempo e che vengono considerate non prioritarie ^{4, 9}.

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

Altro potenziale problema è rappresentato dalla mancanza di collaborazione e comunicazione nel team, per cui riuscire a delegare diventa difficile e il professionista si ritrova con un carico di lavoro superiore alle sue capacità e non riceve aiuto ¹⁰. In particolare è determinante in questo, il rapporto che sussiste tra infermieri e operatori di supporto all'interno del team. In uno studio negli USA del 2009 ¹¹ sono risultate esserci diverse tensioni che compromettono il buon rendimento lavorativo: gli infermieri ritengono spesso che gli operatori non abbiano conoscenze adeguate per riconoscere le priorità e non avendo tempo per supervisionarli gli attribuiscono pochi e semplici compiti. Il rischio diventa perciò quello di non riuscire a finire le attività assistenziali nel proprio turno. È risultato inoltre, che molti infermieri percepissero frequente il rifiuto da parte dell'operatore di eseguire quanto attribuito o di non dare un feedback in seguito. Dall'altra parte gli operatori hanno dichiarato di non riuscire sempre a fare tutto quello che dovrebbero, perchè spesso sovraccaricati. In più molti ritengono di dover eseguire compiti che l'infermiere potrebbe fare da solo e riconoscono la mancanza di comunicazione esistente nel gruppo. Tutto questo con effetti negativi sull'assistenza.

Il lavoro di squadra è quindi un importante fattore che contribuisce all'erogazione di una buona assistenza e alla limitazione delle cure perse¹². Essendo infatti l'ambiente

infermieristico molto complesso , pieno di attività da svolgere, a volte diventa impossibile per il professionista eseguire tutti i compiti da solo. Ma se è presente un team cooperativo che fa gioco di squadra, è molto più probabile che la cura non venga omessa. Ogni membro del team dovrebbe infatti credere nel fatto che il lavoro sia “nostro”, e non solo del singolo membro dello staff a cui è affidato quel paziente, facendo sì che la cooperazione e il gruppo diventino più importanti dei singoli componenti ¹².

1.2.2 Processo di Nursing

La perdita delle cure secondo Kalisch ^{5, 11}, come detto in precedenza, non è determinata solo da questi antecedenti, ma un importante ruolo è giocato anche dal processo stesso di nursing (accertamento, diagnosi, pianificazione, interventi e valutazione), un approccio scientifico e organizzato che porta a pianificare l'assistenza in un certo modo, in base al contesto e alla situazione che ci si trova davanti e che è ampiamente influenzato dai processi interni di pensiero.

1.2.3 I processi interni all'assistenza

Altri fattori influenzanti la comparsa delle cure perse, sono i processi interni all'assistenza stessa, con cui si intende: le norme del team, il processo di decision-making, i valori e le credenze personali e le abitudini ⁵.

Ogni gruppo ha infatti una serie di regole, esplicite ed implicite, che dividono i comportamenti tra accettabili e non accettabili, alcune in modo più ferreo altre meno. Ogni membro quando si integra impara presto queste norme a cui si attiene, imitando i comportamenti degli altri, ma questo non sempre è un bene in particolare se porta a eseguire azioni sulla base delle abitudini senza che l'individuo pensi e ponderi con la propria testa e la propria conoscenza. Collegato a ciò si presentano quindi le abitudini, intese come fenomeno per cui se un'azione non viene fatta per un certo periodo di tempo, sarà più facile dimenticarsi di farla e diventerà consuetudine non eseguirla ⁴. Ad esempio quando per un giorno non si fa camminare un paziente, perchè non c'è il tempo e si vede che nell'immediato non ci sono conseguenze negative, diventa più facile il giorno dopo non farlo di nuovo e così nei giorni a seguire, sapendo tuttavia che il paziente andrà a casa debilitato ⁵.

Il secondo fattore interno è la decisione riguardo le priorità. Gli infermieri, tramite il giudizio clinico, sono in grado di discernere quali cure possono essere ritardate, non eseguite o attribuite ad altri operatori. Non tutti gli infermieri giudicano però allo stesso modo, in particolare tra infermieri principianti ed esperti, avendo capacità diverse di vedere la realtà clinica, ci possono essere notevoli differenze nella presa di decisioni e di determinazione delle priorità.

Infine un ruolo decisamente importante è rappresentato da credenze e valori personali che in tale lavoro è difficile mettere da parte, e che contribuiscono a determinare quali azioni vengono fatte, quali omesse o rimandate.

1.3 Effetti delle Missed Nursing Care

Analizzare questo argomento è rilevante in quanto le cure perse hanno serie conseguenze negative sugli esiti nei pazienti, ma incidono fortemente anche sui professionisti.

Non sono stati fatti ancora degli studi approfonditi sulla relazione tra cure infermieristiche perse e risultati dei pazienti ¹³, ma esistono indagini riguardo gli effetti di alcune di esse.

La mobilitazione in particolare è stata spesso oggetto di studio e numerose ricerche ne attestano gli effetti positivi ^{14, 15}, porta a: sollievo dal dolore, minore incidenza di trombosi venose profonde, polmoniti e delirium, minor fatigue, minor sviluppo di infezioni del tratto urinario e aumentata compliance respiratoria, conducendo anche a un aumento della qualità di vita del paziente. Quindi, quando questa azione viene frequentemente omessa o rimandata, non ci sono più gli effetti benefici, ma al contrario le condizioni cliniche possono essere minacciate, in particolare nei pazienti più anziani, aumentando il rischio di sindrome da allettamento, il rischio di cadute, comparsa di lesioni e prolungando la degenza.

Altro punto importante è la nutrizione che, se non adeguata e se non segue un giusto programma, ha conseguenze quali aumento della lunghezza della degenza, dell'incidenza di infezioni, aumento della mortalità, maggiori prescrizioni, difficoltà nella guarigione.

Altro esempio riguarda il non educare i pazienti (sulla terapia o le raccomandazioni alla dimissione) che porta all'aumento delle riammissioni improprie in ospedale e comparsa di effetti collaterali dei farmaci.

Le cure perse possono essere considerate il più diretto indicatore della carenza di qualità,

proprio perché hanno effetti sui risultati dei pazienti in modo negativo e possono inoltre essere potenzialmente usate per identificare all'interno delle Unità Operative problemi emergenti prima che si verifichino con conseguenze avverse¹⁶.

E' necessario notare nel contesto attuale, dove diventa sempre più forte e importante l'empowerment del paziente e il suo diritto di decidere e controllare la propria salute, citare lo studio di Kalisch et al¹⁷ che affronta la problematica delle cure perse percepite dai pazienti stessi. In questo studio sono infatti stati intervistati alcuni pazienti per capire come essi percepivano le cure che ricevevano, tenendo naturalmente conto che non tutte le cure trovate nei precedenti studi sul *missed care*, potevano essere identificate dai pazienti che non conoscevano sufficientemente quali erano i compiti dell'infermiere. Emerse che una grande area delle cure poteva essere quantificata se i pazienti erano coscienti e in grado mentalmente e fisicamente di rispondere. I pazienti erano perfettamente consci di quali cure non gli venissero fornite e le maggiori risultarono essere l'igiene orale, la deambulazione, la pianificazione della dimissione, l'educazione e il dialogo.

Come detto in precedenza, le cure perse hanno effetti anche sui professionisti, in particolare sembrano essere collegate alla volontà o meno di lasciare il lavoro/cambiare Unità Operativa e alla soddisfazione lavorativa. Alcuni studi¹⁸ dimostrano infatti che le Unità Operative con percezione maggiore di cure perse hanno anche maggior numero di personale con intenzione di andarsene, e anche maggior turnover. D'altro canto un turnover basso risulta essere correlato a una minore mortalità e durata inferiore delle degenze. Si intuisce perciò come la presenza di cure perse porti a una catena di effetti negativi, in quanto aumenta la volontà di andarsene del personale, di conseguenza il turnover che incide sfavorevolmente sulla salute dei pazienti.

Tutto questo è anche collegato ai sentimenti di frustrazione, colpa, angoscia che emergono quando l'infermiere non è in grado di provvedere a tutte le cure necessarie e richieste dal paziente¹⁹. Ciò porta di conseguenza alla perdita della soddisfazione nel proprio lavoro, considerando quest'ultima come derivante dalla possibilità di fare la differenza per i pazienti e riuscire a vederne gli effetti. Lo studio considerato mostra come l'insoddisfazione lavorativa sia maggiore negli infermieri che riportavano la presenza di maggiori cure perse, mentre la soddisfazione aumentava in coloro che vedevano i propri pazienti ricevere le cure in modo adeguato e completo.

Non riuscire a completare le proprie attività nel turno conduce infine al loro posticipo e all'emergere di un effetto a cascata sugli infermieri del turno successivo. Questi ultimi, trovandosi a dover svolgere maggiori attività rispetto alla norma, sono costretti ad attivare sistemi di compensazione, andando a comprimere i tempi di esecuzione di altre attività o a posticiparle direttamente ai turni successivi ^{9, 13}.

Ci sono diversi studi riguardo la misurazione degli esiti di sicurezza ²⁰, dai quali è emerso che l'infermiere ha un ruolo protettivo verso i pazienti, e che se vi è una buona assistenza, con personale adeguato, si può giungere a una riduzione delle complicanze e degli errori ²¹. Aiken e colleghi affermano che il numero e l'esperienza degli infermieri fanno la differenza sui pazienti ²², è bene quindi impegnarsi per ridurre tutte quelle situazioni che possono indurre effetti negativi.

1.4 Misurare le Missed Care: lo strumento

Si è visto che le cure perse sono un fenomeno seriamente percepito nelle realtà degli ospedali, ma per dimostrare la loro concreta presenza è necessario anche poterle quantificare e misurare empiricamente. Inoltre solo identificandole e capendone le cause nel contesto si potrà intervenire per limitarle e garantire un miglior risultato e maggior sicurezza per i pazienti ^{8, 16}.

La letteratura presenta un unico strumento creato per far questo: il *Missed Nursing Care Survey* (strumento MISSCARE). Esso è stato sviluppato grazie allo studio psicometrico di Kalisch del 2009 ^{23, 24}. E' costituito da due parti: la prima misura la frequenza percepita delle cure perse e la seconda indaga la rilevanza delle cause attribuite.

Il MISSCARE è stato elaborato basandosi sullo studio qualitativo di Kalisch per la costruzione dei diversi item. Sono state inoltre condotte ulteriori interviste agli infermieri di altri contesti, per vedere se emergevano nuovi aspetti, con risultato però negativo.

All'inizio del test sono state inserite domande per raccogliere dati demografici e di background su coloro che rispondevano. Il test fu somministrato su un campione di 459 infermieri di tre ospedali del Midwest degli Stati Uniti che lavoravano in reparti di medicina, chirurgia, ostetricia, terapia intensiva, oncologia, urologia e riabilitazione.

Per dare validità al contenuto dello strumento, fu revisionato e analizzato da tre gruppi di infermieri esperti. Successivamente un test pilota fu somministrato a 25 infermieri. Alla

fine lo strumento rispondeva alle caratteristiche di accettabilità, validità e affidabilità ²³. L'accettabilità, ovvero la facilità di usare il test, risultò positiva visto il gran numero di test compilati interamente senza omettere parti. Per quanto riguarda la validità non sono presenti, come detto in precedenza, strumenti già validati e testati, per cui non si è potuto applicare il “gold standard”. Si è dovuto invece sviluppare un nuovo strumento, che è stato analizzato ampiamente ed è risultato aver validità nel suo contenuto e costruito. L'affidabilità è stata confermata in seguito a un test retest effettuato su uno degli ospedali dello studio e tramite il coefficiente alfa di Cronbach.

Il MISSCARE è composto da 2 parti. La prima con un elenco di 24 attività infermieristiche che rappresentano le cure perse. Agli infermieri si chiede di stabilire secondo la loro percezione, la frequenza con cui tali azioni vengono omesse/posticipate nell'Unità Operativa in cui lavorano tramite una scala likert a 5 punti (mai, raramente, occasionalmente, frequentemente, sempre). La seconda sezione propone 17 item che rappresentano le cause delle cure perse e si chiede all'infermiere di assegnare ad ognuna un punteggio (per nulla, poco, abbastanza, molto) che rappresenta l'importanza che essi gli attribuiscono nel provocare le cure perse.

Per dare maggiore validità al test, è stato somministrato successivamente su un campione di ospedali maggiore, ben dieci del Midwest ²⁵.

I risultati ottenuti nelle varie somministrazioni si dimostrarono simili. Le attività percepite infatti come maggiormente omesse o posticipate furono la deambulazione del paziente tre volte al giorno o come da pianificazione, la valutazione dell'efficacia della terapia, la mobilitazione passiva del paziente ogni due ore e l'igiene orale. Le azioni che al contrario risultarono essere omesse in minore quantità furono la valutazione del paziente almeno una volta per turno, il monitoraggio della glicemia come da prescrizione e il lavaggio delle mani. Per quanto riguarda la seconda parte del test le diverse cause sono state raggruppate nelle tre grandi categorie ovvero problemi di comunicazione, scarsità di risorse materiali e di risorse umane. La percentuale maggiore di cause attribuite fu data alla mancanza di risorse umane.

Una volta elaborato lo strumento è stato testato e validato tramite la somministrazione in diversi stati del mondo, quali Cina, Islanda, Corea, Portogallo, Spagna, Brasile, Turchia e Italia anche per poter così confrontare i livelli di qualità delle diverse sanità.

1.5 Le Missed Care in Italia, loro rilevanza e strategie per la professione

La questione delle cure perse, presentata nei diversi studi citati in precedenza, è una problematica concreta che gli infermieri stessi percepiscono molto, in particolare in tutti quei contesti con elevato turnover e numero di pazienti con consistente carico assistenziale^{4, 9, 12, 18}.

L'infermiere in tutto questo diventa un attore principale che “si impegna -nell'interesse primario degli assistiti- a compensare le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera”²⁶.

Nel Codice Deontologico dell'Infermiere all'articolo 29 si legge: “l'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore.[...]” . Perciò dal momento che le cure perse hanno come conseguenza effetti negativi sulla salute del paziente e sulla sua sicurezza, diventa necessario e d'obbligo conoscere questo argomento, analizzarlo e cercare di risolverlo per quanto possibile.

Recentemente in Italia, il Sistema Sanitario Nazionale ha dovuto affrontare notevoli tagli dovuti alla politica di contenimento, che ha colpito in modo particolare le unità mediche, riducendo le risorse assistenziali e i supporti necessari alla cura²⁷. Nello studio di Saiani et al²⁷ (2011) che ha coinvolto medicine e chirurgia di dieci Aziende Sanitarie ed Ospedaliere pubbliche, è risultato che 6 Medicine su 10 non arrivano a garantire quello che è stato individuato come livello soglia di sicurezza pari a 200 minuti totali di assistenza al giorno per paziente, con un rapporto infermiere-paziente minimo di 1:10. Nel 2012 un altro studio europeo ha indagato il rapporto paziente-infermiere nelle unità operative medico-chirurgiche di dodici Stati europei. L'Italia, esclusa dall'indagine considerando i risultati dello studio di Saiani, si sarebbe trovata tra le nazioni con il rapporto infermiere/paziente meno favorevole²⁸.

Lo studio di A. Palese et al, iniziato nel 2012 (pubblicato nel 2015)²⁶ applica lo strumento MISSCARE nella realtà italiana, coinvolgendo 314 persone tra infermieri e OSS che lavorano in Unità Operative mediche di 12 medi-grandi ospedali dell'Italia nord-orientale. Le Unità Operative mediche ammettono infatti molti pazienti, di varia età, ma principalmente anziani a causa dell'invecchiamento della popolazione, che presentano serie comorbidità e richiedono un carico assistenziale notevole, e spesso tali unità sono

sovraffollate. Dallo studio sono emersi risultati simili a quelli trovati negli studi precedenti: le cure perse più frequentemente infatti si sono rivelate la deambulazione del paziente, la mobilitazione passiva ogni due ore, seguite dalla somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto e l'educazione del paziente; quelle percepite meno frequenti invece sono l'igiene personale del paziente e controllo della cute, il lavaggio delle mani e il monitoraggio della glicemia come da prescrizione. Per quanto riguarda le cause, quelle percepite più rilevanti sono state: l'aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti, l'inadeguato numero di personale sanitario e l'elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno; quelle reputate meno importanti invece sono state: le consegne inadeguate del turno precedente e altri reparti o operatori non hanno eseguito i loro compiti.

Tale studio italiano ha indagato anche su alcuni fattori che possono portare alla manifestazione delle cure perse e se ne sono rivelati quattro di predittivi.

Il primo è il lavorare a tempo pieno che, in contrasto rispetto a studi americani precedenti, sembra aumentare di quattro volte il rischio di riportare cure perse rispetto a chi lavora part-time, ciò dovuto probabilmente alla maggiore esposizione lavorativa.

Secondo fattore sono le tensioni tra infermieri e operatori di supporto, già documentata ampiamente in precedenza.

L'esperienza lavorativa è il terzo fattore; infatti i partecipanti che hanno più esperienza lavorativa hanno riportato più cure perse, questo si può spiegare col fatto che questi professionisti non si sentano più capaci di offrire una buona assistenza come facevano un tempo.

Ultimo fattore di rischio corrisponde ai minuti di assistenza per paziente, diminuire il tempo dedicato alla persona assistita, infatti, aumenta il rischio di non assistere in modo adeguato il paziente.

In letteratura i metodi proposti per cercare di limitare e contenere la problematica delle cure perse, sono ancora limitati in numero ed efficacia.

Uno di questi^{29,30} è l'incoraggiamento all'uso della tecnologia esistente, come apparecchiature elettroniche personalizzate contenenti segnali di allerta e promemoria. Anche se, nel contesto italiano, vista la scarsa disponibilità di risorse, sarebbe difficile da applicare.

Una soluzione con buoni risultati sembra poi essere un intervento train-the-trainer ³¹ sperimentato in tre unità operative medico-chirurgiche di tre ospedali americani. Questo sistema è stato effettuato coinvolgendo tre infermieri da ogni unità, i quali venivano prima istruiti e dovevano poi riproporre quanto imparato ai colleghi, suddivisi in piccoli gruppi di 3-6 persone. L'intervento consiste in una breve presentazione didattica, scenari di giochi di ruolo con simulazione (interpretazione a turno di scene con paziente, infermiere e osservatore), debriefing e discussione. Ciò si è rivelato utile in situazioni dove prevalevano i problemi comunicativi, porta infatti all'aumento del lavoro di squadra e conseguente diminuzione delle cure perse.

Alcune attività proposte dallo strumento MISSCARE possono essere anche posticipate senza particolari conseguenze (ad esempio la partecipazione a un incontro multidisciplinare), recuperandole successivamente, altre potrebbero essere tralasciate sistematicamente in alcune situazioni critiche (ad esempio la deambulazione nei giorni festivi quando il personale è ridotto) o trovare una forma di compensazione (tramite la collaborazione del caregiver)¹³.

II. OBIETTIVI DELLO STUDIO

Gli obiettivi di questo studio sono:

1. comprendere se nelle Unità Operative dell'area delle Medicine del P.O. di Cittadella e Camposampiero (Ulss 15 Alta Padovana) è presente il fenomeno delle *missed nursing care*;
2. capire quali sono le più rilevanti cause che gli infermieri attribuiscono alle cure perse nelle stesse Unità Operative per cercare di identificare le possibili strategie da mettere in atto.

III. MATERIALI E METODI

L'indagine è stata condotta nel mese di agosto 2015, dopo aver raccolto il parere positivo da parte della Direzione e dei Direttori delle Unità Operative e dall'Azienda.

Le Unità Operative coinvolte sono state le U.O. di Medicina 1 e 2 di Cittadella e le U.O. di Geriatria e Medicina del P.O. di Camposampiero dell'Azienda ULSS 15 Alta Padovana.

L'U.O. di Medicina 1 del P.O. di Cittadella è composta di 32 posti letto con un organico infermieristico di 16 persone, i minuti di assistenza per paziente* sono in media 156 e il modello assistenziale è per piccole equipe.

L'U.O. di Medicina 2 dispone di 35 posti letto con 14 infermieri totali, i minuti di assistenza per paziente sono in media 174 e il modello assistenziale è per piccole equipe.

La presenza media** delle U.O.A di Medicina (Medicina 1 e 2) corrisponde a 65,4 mentre la degenza media a 9,1 giorni .

L'U.O. di Geriatria del P.O. di Camposampiero ha 54 posti letto (suddivisi nelle due sezioni maschile e femminile) con 30 infermieri, la presenza media corrisponde a 45,5, la degenza media a 9,3 giorni . Il modello assistenziale è per piccole equipe.

L'U.O. di Medicina generale dello stesso Presidio dispone di 27 posti letto e un organico con 15 infermieri, la presenza media dell'Unità Operativa corrisponde a 30,4 e la degenza media a 9,8 giorni (questi dati di degenza e presenza media sono relativi all'U.O.A. di

* I dati riguardo i minuti di assistenza media per paziente sono stati forniti dai Coordinatori dei relativi reparti.

** I dati riportati riguardo presenza e degenza media di tutti i reparti corrispondono al periodo del primo Semestre 2015.

Medicina generale, con 35 posti letto totali, comprendente anche la sezione di Nefrologia di 8 posti letto). I minuti d'assistenza per paziente* sono in media 117. Il modello assistenziale dell'Unità Operativa è per compiti.

Il campione complessivo individuato è formato così da un gruppo di 75 infermieri.

E' stato somministrato un questionario anonimo (Allegato 2) agli infermieri operanti nelle UUOO sopracitate, in modo tale da avere un campione pressoché uniforme per tipologia di Unità Operativa. Il questionario ripropone lo strumento MISSCARE nelle sue due parti tradotto in italiano.

Nella prima facciata vi è una breve presentazione per informare i partecipanti di cosa tratta il questionario e cosa siano le cure perse. Inizia poi il questionario vero e proprio con una sezione per raccogliere notizie generali su coloro che hanno risposto, dove si indaga genere, età, anni di esperienza lavorativa generale e specifica nell'Unità Operativa attuale, per avere una descrizione del campione selezionato. A seguire, la prima parte dello strumento MISSCARE, dove si chiede all'infermiere di indicare secondo la propria percezione, la frequenza con cui le 24 azioni infermieristiche che vengono proposte, sono omesse/posticipate nella loro U.O., tramite un punteggio da 1 (mai omesso/posticipato) a 5 (sempre omesso/posticipato). Poi la seconda parte con l'elenco delle cause, dove si chiede all'infermiere di indicare l'importanza che attribuisce a ciascuna di esse nel provocare le cure perse, tramite il punteggio: per nulla rilevante, poco, abbastanza e molto.

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

IV. RISULTATI

Il questionario era indirizzato a un totale di 75 infermieri, di questi hanno aderito alla compilazione un totale di 51 infermieri, pari a due terzi del campione teorico individuato, di cui 12 della Medicina 1 e 11 della Medicina 2 di Cittadella, 18 della Geriatria e 10 della Medicina di Camposampiero.

In tutte e quattro le Unità Operative la maggior parte dei professionisti è rappresentata da donne, con un totale di 40 (78%), mentre gli uomini risultano 11 (22%) . Ai fini dello studio, il campione è stato suddiviso in quattro fasce d'età, la maggioranza risulta avere tra i 20 e 29 anni, 16 persone hanno tra i 30 e 39 anni, 9 tra i 40 e 49, e solo una persona sopra i 50 anni.

La maggior parte dei partecipanti allo studio ha poi un'esperienza lavorativa complessiva di 1-5 anni (27 persone), 13 ce l'hanno tra i 6-10 anni, 10 persone superiore ai 10 anni, e solo una inferiore a 1 anno. Inoltre di questi infermieri, 26 lavorano nei reparti considerati da 1-5 anni, 11 da meno di 1 anno, 8 da 6-10 anni e 6 da più di 10 anni (Tabella I).

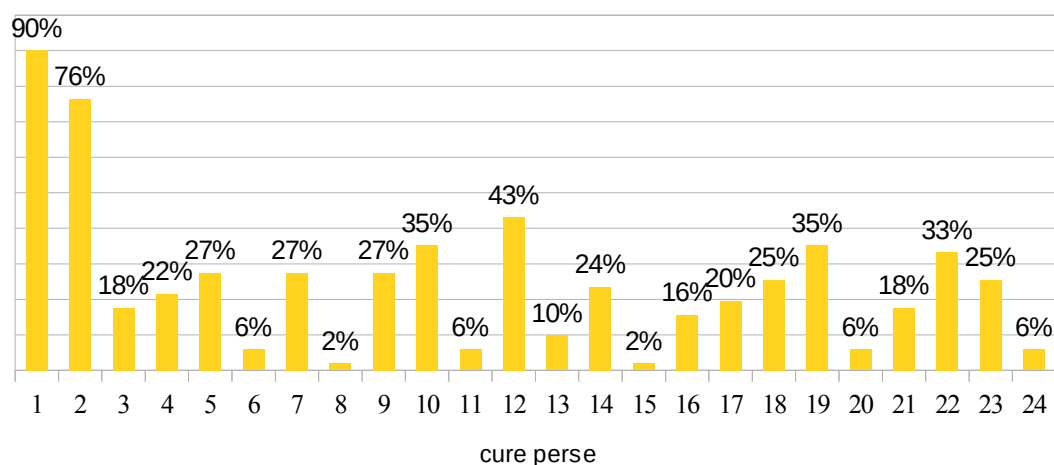
		Medicina 1	Medicina 2	Geriatria	Medicina	Dati totali
campione		12	11	18	10	51
sesso	maschi	3	2	6	0	11 (22%)
	femmine	9	9	12	10	40 (78%)
età	20-29	7	7	9	2	25 (49%)
	30-39	4	4	7	1	16 (31%)
	40-49	1	0	2	6	9 (18%)
	>50	0	0	0	1	1 (2%)
Anni di lavoro complessivi	<1	0	0	0	1	1 (2%)
	1-5	8	6	13	0	27 (53%)
	6-10	3	4	3	3	13 (25%)
	>10	1	1	2	6	10 (20%)
Anni di lavoro nel reparto	<1	4	1	4	2	11 (22%)
	1-5	6	6	12	2	26 (51%)
	6-10	2	4	1	1	8 (16%)
	>10	0	0	1	5	6 (12%)

Tabella I. Caratteristiche del campione.

4.1 Le principali cure perse

Nella prima parte dei questionari, i risultati riscontrati riguardo la percezione delle cure perse nelle diverse Unità Operative, hanno permesso di misurare la frequenza con cui queste si presentano. Tale frequenza è stata calcolata dicotomizzando la scala Likert in: “no missed care” (punteggi 1 e 2: mai o raramente omessa/posticipata) e “presente come missed care” raggruppando insieme le risposte “occasionalmente”, “frequentemente” e “sempre omessa e/o posticipata” come nello studio originale.

Grafico I. Distribuzione della frequenza delle cure perse nelle medicine dell'Ulss 15



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

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

Dall'analisi dei questionari compilati, dal punto di vista generale, emerge che le cure perse percepite più frequentemente nelle medicine dell'Ulss 15, sono: la deambulazione del paziente tre volte al giorno o come da pianificazione (46 persone, 90%), la mobilizzazione passiva ogni 2 ore (39 persone, 76%) e la cura del cavo orale (22 persone, 43%). Mentre le cure percepite meno omesse e/o posticipate si sono rivelate essere: la compilazione della documentazione infermieristica e il monitoraggio della glicemia (1 persona, 2%), la rilevazione dei parametri vitali, l'igiene personale del paziente e il controllo della cute, la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta e la cura delle ferite/controllo delle lesioni da decubito (3 persone, 6%). (Grafico I e Tabella II)

Elenco cure perse	Dati totali medicine Ulss 15	
	F (%)	Media
1) Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione	46 (90)	3,58
2) Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	39 (76)	3,43
3) Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con il cibo caldo	9 (18)	1,60
4) Preparazione del pasto e dell'ambiente (tavolino, vassoio) per i pazienti autosufficienti	11 (22)	1,66
5) Somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto	14 (27)	2,23
6) Rilevazione parametri vitali come da pianificazione	3 (6)	1,62
7) Monitoraggio bilancio idrico (entrate/uscite)	14 (27)	1,70
8) Compilazione documentazione infermieristica	1 (2)	1,33
9) Educazione al paziente e ai familiari	14 (27)	2,41
10) Sostegno al paziente e familiari	18 (35)	2,19
11) Igiene personale del paziente e controllo della cute	3 (6)	1,41
12) Cura del cavo orale	22 (43)	2,45

13) Lavare le mani	5 (10)	1,62
14) Discutere con il paziente il piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio	12 (24)	1,92
15) Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	1 (2)	1,25
16) Valutazione dell'evoluzione del paziente almeno una volta per turno	8 (16)	1,68
17) Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno	10 (20)	1,92
18) Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo	13 (25)	1,90
19) Risposta al campanello entro 5 min dalla chiamata	18 (35)	2,09
20) Somministrazione terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta	3 (6)	1,72
21) Valutazione dell'efficacia della terapia	9 (18)	1,98
22) Partecipazione alle riunioni multidisciplinari	17 (33)	2,35
23) Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 min dalla richiesta	13 (25)	2,09
24) Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	3 (6)	1,37

Tabella II. Risultati totali sulla frequenza delle cure perse.

Per quanto concerne il risultati delle singole Unità Operative (dettagli in Allegato 3, Tabella III), è emerso che:

- in Medicina 1 le azioni percepite come maggiormente omesse sono state la deambulazione (11 persone, 92%) con una media di punteggio di 3,92 e la mobilitazione passiva (9 persone, 75%) con una media di 3,17; mentre quelle percepite meno omesse (0 persone, 0%) sono la rilevazione dei parametri vitali con una media di 1,17, la compilazione della documentazione infermieristica e il monitoraggio della glicemia con una media di 1,25 e la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti con una media di 1,67 ;
- in Medicina 2 le maggiori cure perse si sono rilevate sempre la deambulazione (11 persone, 100%) con una media di punteggio di 3,91 e la mobilitazione passiva (10 persone, 91%) con una media di 3,73, al terzo posto la cura del cavo orale (7 persone, 64%) con punteggio medio di 2,81; quelle meno percepite (0 persone, 0%) invece: il monitoraggio della glicemia con media di 1, la compilazione della documentazione infermieristica con media 1,18, la rilevazione dei parametri vitali con media di 1,27, l'igiene personale e la cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito con media 1,36, la valutazione dell'evoluzione del paziente almeno

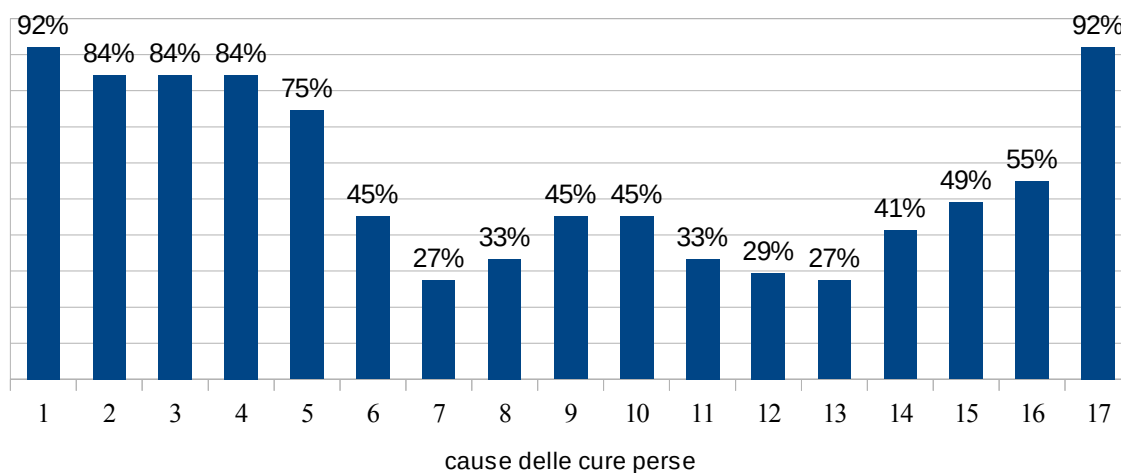
una volta per turno e la valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo con medie del 1,45, la rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno con media di 1,54 e la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti con media di 1,63 ;

- in Geriatria la deambulazione del pz con punteggio medio di 3,22 (16 persone, 89%), la mobilitazione passiva del paziente ogni due ore con media di 3,33 (12 persone, 67%) e la cura del cavo orale con 2,5 di media (11 persone, 61%) sembrano rappresentare le principali omissioni, mentre la compilazioni dei documenti, il monitoraggio della glicemia e la cura delle ferite/controllo delle lesioni da decubito con punteggi medi di 1,44, l'igiene personale e lavaggio delle mani con punteggio medio 1,5 sono quelle meno omesse (1 persona, 6%) ;
- in Medicina a Camposampiero risultano essere percepite come maggiori cure perse la mobilitazione passiva con media 3,6 e la deambulazione con media di 3,5 (8 persone, 80%), risultano essere meno frequenti (0 persone, 0%): la cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito con media di 1,1, il monitoraggio della glicemia con punteggio medio 1,2 , l'assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 min. dalla richiesta con media 1,3, la compilazione della documentazione infermieristica con media 1,4, la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta con media di 1,5, la rilevazione dei parametri vitali, la cura del cavo orale, la rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno e la valutazione dell'efficacia della terapia con punteggi medi di 1,7.

4.2 Le motivazioni alle cure perse

Per quanto concerne la seconda parte del questionario, la rilevanza attribuita alle cause delle cure perse dagli infermieri delle Unità Operative coinvolte, è stata calcolata raggruppando insieme le risposte “abbastanza” e “molto” come nello studio originale.

Grafico II. Distribuzione della rilevanza delle cause nelle medicine dell'Ulss 15



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

Nella seconda parte del questionario gli infermieri hanno ritenuto come cause più rilevanti delle cure perse: l'inadeguato numero di personale sanitario e l'elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno (47 persone, 92%), seguito da pazienti urgenti, aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti e numero inadeguato di personale (Oss, ausiliari...) (43 persone, 84%), e l'assegnazione di un numero non bilanciato di

pazienti a ciascun infermiere (38 persone, 75%). Le cause ritenute meno importanti sono state invece: inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente e presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico (14 persone, 27%), seguite da tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto (15 persone, 29%)(Grafico II e Tabella IV).

Elenco cause	Dati totali medicine Ulss 15	
	F (%)	Media
1) Inadeguato numero di personale sanitario	47 (92)	3,25
2) Pazienti urgenti	43 (84)	3,07
3) Aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti	43 (84)	3,15
4) Numero inadeguato di personale sanitario (ad es. mancanza di OSS, ausiliari..)	43 (84)	3,07
5) Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	38 (75)	2,96
6) Farmaci non disponibili quando necessario (la farmacia non è arrivata..)	23 (45)	2,41
7) Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente	14 (27)	2,13
8) Altri reparti o operatori non hanno eseguito i loro compiti (es. fisioterapista non ha fatto deambulare il paziente, ritardo in radiologia...)	17 (33)	2,37
9) Forniture/ apparecchiature non disponibili quando necessario	23 (45)	2,54
10) Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente	23 (45)	2,39
11) Mancanza di supporto/aiuto da parte del team	17 (33)	2,11
12) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto	15 (29)	2,03
13) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico	14 (27)	1,94
14) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale medico e infermieristico	21 (41)	2,52
15) Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (es. paziente non mobilizzato)	25 (49)	2,41
16) Caregiver non rintracciabile/disponibile	28 (55)	2,54
17) Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno	47 (92)	3,43

Tabella IV. Risultati totali sulla rilevanza delle cause.

I risultati riguardanti le singole U.O. (dettagli in Allegato 3, Tabella V) sono invece:

- in Medicina 1 le cause percepite più rilevanti sono state: l'inadeguato numero di personale sanitario con punteggio medio 3,17 (12 persone, 100%), il numero

inadeguato di personale sanitario (ad es. mancanza di OSS, ausiliari..) con media di 3,08 e elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno con media 3,25 (entrambi 11 persone, 92%); le cause ritenute meno importanti (1 persona) invece: le inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente e le forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente con medie di 1,58;

- in Medicina 2 tutti gli infermieri hanno ritenuto importanti come cause: l'inadeguato numero di personale sanitario, l'aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti, il numero inadeguato di personale sanitario (ad es. mancanza di OSS, ausiliari..) con punteggi medi di 3,63 e l'assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere con media di 3,54 (11 persone, 100%); mentre la presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto (media 1,45) e tra il personale infermieristico (media 1,63) sono state le meno rilevanti (1 persona, 9%);
- in Geriatria le cause più rilevanti emerse sono state: l'elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno con punteggio medio di 3,28 (17 persone, 94%), l'aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti con media 3,17 (16 persone, 89%), i pazienti urgenti con media di 3 (15 persone, 83%) e l'inadeguato numero di personale sanitario con punteggio medio pari a 3,11 (14 persone, 78%); le meno rilevanti invece sono state: le inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente con media di 1,83 (2 persone, 11%) e la presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto con media 1,89 (3 persone, 17%);
- in Medicina di Camposampiero tutti gli infermieri hanno dichiarato più rilevanti (10 persone, 100%): l'inadeguato numero di personale sanitario (media 3,2), i pazienti urgenti (media 3,4) e l'aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti (media 3,3) ; hanno ritenuto poco rilevanti (5 persone, 50%) invece: altri reparti o operatori non eseguito i loro compiti, le forniture/ apparecchiature non disponibili quando necessario (medie di 2,8) e la presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico (media di 2,6) .

V. DISCUSSIONE

Il campione risulta essere abbastanza omogeneo: la maggior parte degli infermieri appartiene infatti alla fascia d'età più giovane (20-29 anni), ha un'esperienza lavorativa tra i 1-5 anni e lavora nell'Unità Operativa sempre da 1-5 anni, l'unica che si discosta è l'U.O. di Medicina di Camposampiero, dove gli infermieri hanno un'età maggiore (40-49), più anni di esperienza lavorativa (>10) e lavorano da più anni nel contesto considerato (>10).

Il campione risulta essere differente da quello riscontrato nello studio italiano, nel quale infatti i partecipanti risultano avere per la maggioranza un'età più elevata, lavorano nel ruolo attuale da più di 5 anni e nell'Unità Operativa considerata sempre da più di 5 anni.

Per quanto riguarda la cura perse c'è da sottolineare che per tutte le unità operative quella più omessa risulta essere la deambulazione del paziente, con punteggi più alti nei due reparti di Cittadella, vicini al 4 (frequentemente omessa/posticipata) e più bassi vicini al 3 (occasionalmente omessa/posticipata) in quelli di Camposampiero. Inoltre nelle unità di Cittadella risulta essere sentito maggiormente dagli infermieri come problematica con percentuali di 92 in Medicina 1 e di 100 in Medicina 2.

Per la mobilitazione passiva ogni due ore, l'Unità Operativa in cui c'è stata una sensibilità maggiore è stata sempre la Medicina 2, con il 91%, mentre nelle altre U.O. la percentuale è dall'80% della Medicina di Camposampiero in giù.

Nell'U.O. di Medicina 2 e di Geriatria, è emersa al terzo posto come cura più omessa la cura del cavo orale, con una percentuale di 64 nel primo reparto e di 61 nel secondo, mentre negli altri due reparti è sentita meno sotto il 50%.

In tutte le Unità Operative vi è sempre un distacco tra la deambulazione del paziente e la mobilitazione passiva ogni due ore, ritenute le più omesse, e le altre cure perse che hanno invece tutte punteggi di frequenza bassi, con differenze minime e l'opinione su queste tra gli infermieri è più varia.

La compilazione della documentazione infermieristica e il monitoraggio della glicemia sono le cure perse che in tutte le Unità Operative hanno avuto la percentuale più bassa di frequenza, che per la Geriatria corrisponde al 6% (1 persona), mentre negli altri tre reparti allo 0%. Per quanto riguarda le altre cure perse che hanno ottenuto frequenza bassa, si è riscontrata invece diversità di percezione tra i quattro contesti, come si può notare dalla Tabella II (Allegato 3).

Da osservare, come le Unità Operative in cui gli infermieri hanno percepito una maggiore quantità di cure poco omesse/posticipate siano la Medicina 2 di Cittadella e la Medicina di Camposampiero.

Cure perse più omesse	Studio Palese	Studio Pegoraro
Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione	91.4%	90%
Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	74.2%	70%
Somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto	64.6%	27%
Cura del cavo orale	59.6%	43%
Cure meno omesse	Studio Palese	Studio Pegoraro
Igiene personale del paziente e controllo della cute	25.5%	3%
Lavare le mani	29.3%	10%
Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	30.3%	2%
Compilazione documentazione infermieristica	51.9%	2%
Somministrazione terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta	44.3%	3%
Rilevazione parametri vitali	35.4%	3%
Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	31.8%	3%

Tabella VI. Cure perse a confronto tra studi italiani.

Si può osservare che i risultati generali riscontrati si avvicinano molto a quelli emersi nello studio italiano (Tabella VI): deambulazione e mobilizzazione passiva sono le attività più omesse, sebbene dovrebbero essere garantite per la sicurezza, il comfort, la qualità della vita e la prevenzione dell'aumento della dipendenza nelle attività di vita quotidiane dopo la dimissione. Ciò probabilmente avviene perchè questi interventi necessitano spesso di due persone che stiano con lo stesso paziente contemporaneamente, considerata la tipologia di pazienti presenti nelle medicine, e non è sempre possibile in situazioni con risorse inadeguate.

Diversa è la situazione per la somministrazione della terapia entro 30 minuti prima o dopo l'orario prescritto, che in questo studio risulta essere omessa con frequenza del 27% e si trova al sesto posto, mentre nello studio nazionale è al terzo. Tale posto nello studio dell'Ulss 15 è occupato dalla cura del cavo orale che nello studio italiano si trova invece al quartultimo posto.

Se si osservano invece le cure percepite meno omesse/posticipate si notano delle differenze: nell'Ulss 15 infatti sono state la compilazione della documentazione infermieristica, che nello studio italiano aveva una percentuale di omissione sopra il 50, e il monitoraggio della glicemia, che si trovava dall'altra parte al terzo posto fra le meno omesse. Da sottolineare che le percentuali dello studio nell'Ulss 15 ha generalmente cure perse con percentuali più basse dello studio di Palese.

Per quanto riguarda le cause attribuite, emerge che le più rilevanti sono quelle legate alla scarsità delle risorse umane (87%), seguite da quelle connesse alla scarsità di risorse materiali (45%) e infine ai problemi di comunicazione (41%).

In particolare nelle Unità Operative, all'unanimità (100%), eccetto che in Geriatria (78%), è emersa come causa l'inadeguato numero di personale sanitario. Ciò potrebbe collegarsi ai tagli di organico ospedaliero effettuati negli ultimi anni, che come detto in precedenza hanno coinvolto medicine generali e geriatrie.

Le più citate cause nelle quattro unità operative sono poi l'elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno, l'aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti e i pazienti urgenti, ciò legato alla tipologia di utenti che vengono ammessi in questi contesti e all'elevato turnover che li caratterizza.

Tra le cause reputate meno rilevanti sono emerse quelle legate alla comunicazione, in particolare le consegne inadeguate e le tensioni tra il personale, ciò si potrebbe ipotizzare dovuto a un buon clima di collaborazione tra tutto il personale (infermieristico, di supporto e medico) nelle quattro realtà.

Grazie ai risultati ottenuti si può osservare che le cure perse presenti nelle Unità Operative coinvolte dell'Azienda Ulss 15 non siano strettamente dipendenti al personale infermieristico stesso, essendone le cause dovute invece alle caratteristiche dei pazienti accolti nell'Unità Operativa e al numero di professionisti, determinanti perciò di sistema, legati alla struttura organizzativa.

In ogni caso i risultati sono sovrapponibili a quelli dello studio italiano (Tabella VII), anche se è da notare come nello studio di Palese tutte le cause proposte risultino rilevanti per più del 50%.

Cause più rilevanti	Studio Palese	Studio Pegoraro
Aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti	95.2%	84%
Inadeguato numero di personale sanitario	94.9%	92%
Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno	93.3%	92%
Numero inadeguato di personale sanitario (ad es. mancanza di OSS, ausiliari..)	92.4%	84%
Pazienti urgenti	87.9%	84%
Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	73.9%	75%
Cause meno rilevanti	Studio Palese	Studio Pegoraro
Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente	52.2%	27%
Altri reparti o operatori non hanno eseguito i loro compiti	54.5%	33%
Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico	57%	27%
Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra infermieri e operatori di supporto	61.4%	29%
Mancanza di supporto/aiuto da parte del team	64.6%	33%

Tabella VII. Cause a confronto tra studi italiani.

Limiti dello studio

Bisogna osservare come tale studio abbia delle limitazioni: innanzitutto il campione risulta essere non molto grande, e i risultati ottenuti non sono generalizzabili, ma valevoli solo per le unità operative considerate; lo studio è basato sulle percezioni degli infermieri che potrebbero avere sovra o sottostimato il fenomeno; inoltre non c'è stato un adattamento degli items dello strumento MISSCARE alla realtà italiana, ma è stata utilizzata una semplice traduzione, per cui alcune voci potrebbero non essere del tutto adeguate. Si fa presente anche che le cure perse elencate nel questionario corrispondono a quelle dello strumento americano del 2009, che si rifaceva allo studio qualitativo del 2006, perciò a distanza di 6 anni, al riproporsi di uno studio simile, potrebbero o emergere di nuove o altre non essere più rilevabili.

VI. CONCLUSIONI

In conclusione si sottolinea l'interessamento dimostrato dal personale all'argomento visto la partecipazione di due terzi dei professionisti delle U.O. coinvolte e la sensibilità riscontrata nel rispondere che ha portato ad ottenere risultati sovrapponibili a quelli dello studio italiano. Ciò potrebbe portare a dire che il livello della qualità delle cure offerta nel Presidio ospedaliero sia corrispondente a quello degli altri presidi del nord-est.

Le cure perse sono un problema reale presente e riconosciuto negli ospedali a livello internazionale, sono stati fatti ampi studi sul concetto, i determinanti, lo strumento di misurazione e in parte sugli effetti, tuttavia non ci sono ancora strategie efficaci per risolvere la problematica, ciò forse collegato al fatto che la soluzione dipende dalla realtà specifica di ogni unità operativa.

Per poter migliorare la situazione è necessario intervenire sulle cause, ma dallo studio effettuato, sono risultate essere poche quelle su cui gli infermieri possono agire in prima persona, tuttavia è auspicabile lavorare anche su queste se possibile.

Per la realtà attuale, in accordo con gli studi citati in precedenza, un temporaneo espediente potrebbe essere cercare la forma di compensazione attraverso la collaborazione con i familiari e le badanti dei pazienti, tramite l'educazione a svolgere alcune attività, come potrebbero essere l'igiene o l'alimentazione. Ciò viene comunque già effettuato nelle Unità operative, dove se possibile si cerca sempre di coinvolgere familiari/caregivers. Tuttavia, ad ogni modo, quando tali attività non vengono eseguite nei tempi pianificati, dal punto di vista concettuale dovrebbero essere considerate sempre cure perse.

Questa strategia risulta essere solo un palliativo temporaneo e non una soluzione effettiva del problema, attuata in attesa che vengano presi dei provvedimenti istituzionali che puntino nelle unità mediche alla protezione del paziente fragile.

Sarebbe opportuno che gli infermieri delle medicine dell'Ulss 15 prendessero atto delle problematiche riscontrate, in particolare dell'omissione/posticipazione della deambulazione del paziente, della mobilitazione passiva e della cura del cavo orale, in modo tale da divenire consci riguardo a quali attività dovrebbero dedicare più tempo senza però tralasciare il resto.

Nel suo piccolo l'infermiere deve cercare di limitare il fenomeno, tramite la collaborazione e l'organizzazione più ottimale delle attività, per proteggere se stesso e i pazienti e cercare

di garantire la massima sicurezza possibile, poiché le “vittime” di questo fenomeno si è visto essere sempre il paziente e il professionista.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Decreto Ministeriale 14 Settembre 1994, n 739: Profilo Professionale dell'Infermiere.
2. Codice Deontologico dell'Infermiere. Federazione nazionale Collegio IPASVI. Deliberazione n. 1/09 del 10 gennaio 2009.
3. Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care*, 2004; 42 (2 suppl):1167-73.
4. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*, 2006; 21 (4): 306-13.
5. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*, 2009; 65 (7): 1509-17.
6. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ PSNet patient safety network: glossary. Disponibile a: <http://psnet.ahrq.gov/glossary.aspx>. Ultimo accesso 30 luglio 2015.
7. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*, 2015; 52 1121–37.
8. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res*, 2014; 36 (7) 875–90.
9. Kalish BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care?. *Int J Qual Health Care*, 2011; 23 (3): 302-8.
10. Gravlin G, Bittner NP. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Adm*, 2010; 40 (7/8): 329-35.
11. Kalisch BJ. Nurse and nurse assistant perceptions of missed care. *J Nurs Adm*. 2009; 39 (11): 485-93.
12. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nurs Outlook* , 2010; 58 : 233-41.
13. Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura. *Assist Inferm Ric*, 2012; 31: 234-39.
14. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. *J Clin Nurs*, 2013; 23: 1486–1501.
15. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls.

Nurs Care Qual, 2012 ; 27 (1): 6–12.

16. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. ‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Qual Saf*, 2013; 0: 1-10.

17. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. *Jt Comm J on Qual and Patient Saf*, 2012; 38 (4): 161-67.

18. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res*, 2010; 42 (4): 22–39.

19. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Does missed nursing care predict job satisfaction?. *J Healthc Manag*, 2011; 56:117–131.

20. Palese A. Effetti delle cure infermieristiche sugli esiti dei pazienti: è tempo di decisioni. *L'Infermiere* [internet], 2014; 4. Disponibile a: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-22-articolo-262.htm>. Ultimo accesso 8 agosto 2015.

21. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit. London: Kings College, 2008.

22. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al for the RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014; 383: 1824–30.

23. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*, 2009; 39 (5): 211-19.

24. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs Outlook* , 2009; 57:3-9.

25. Kalisch BJ, Tschannen D, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*, 2011; 26 (4): 291–299.

26. Palese A et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med*, 2015; 10: 693–702.

27. Saiani L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L et al. Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference. *Igiene E Sanità Pubblica*, 2011; 6.

28. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, and the RN4CAST Consortium. Nurses’ reports of working conditions and hospital quality of care in 12

countries in Europe. *Int J Nurs Stud*, 2013; 50 (2): 143–53.

29. Piscotty R, Kalisch, BJ. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. *Comput Inform Nurs*, 2014; 32 (10):475 -81.

30. Piscotty R, Kalisch BJ. Lost opportunities... the challenges of “missed nursing care”. *Nurs Manag*, 2014; 45 (10): 40 - 4.

31. Kalisch BJ, Xie B, Ronis DL. Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nurs Res*, 2013; 62 (6): 405–413.

Allegati

Indice

Allegato 1: Report di Ricerca.....	<i>Pag. I</i>
Allegato 2: Questionario.....	<i>Pag. IV</i>
Allegato 3: Tabella II e Tabella III.....	<i>Pag. VIII</i>

Allegato 1: Report di Ricerca

Banca Dati	Parole chiave	Risultati	Documenti selezionati
Cinhal	Missed nursing care 2000-2015	46	1. Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. Med Care, 2004; 42 (2 suppl):1167-73. 2. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. J Nurs Care Qual, 2006; 21 (4): 306-13. 3. Griffiths P, Jones S, Maben J, Murrells T. State of the art metrics for nursing: a rapid appraisal. National Nursing Research Unit. London: Kings College, 2008. 4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs, 2009; 65 (7): 1509-17. 5. Kalisch BJ. Nurse and nurse assistant perceptions of missed care. J Nurs Adm. 2009; 39 (11): 485-93. 6. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. J Nurs Adm, 2009; 39 (5): 211-19. 7. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. Nurs Outlook , 2009; 57:3-9. 8. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. Nurs Outlook , 2010; 58 : 233-41. 9. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. Can J Nurs Res, 2010; 42 (4): 22–39. 10 Kalish BJ, Tschannen D, Lee KH. Do staffing levels predict missed nursing care?. Int J Qual Health Care, 2011; 23 (3): 302-8. 10. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Does missed nursing care predict job satisfaction?. J Healthc Manag, 2011; 56:117–131.

			11. Kalisch BJ, Tschannen D, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. <i>Am J Med Qual</i>, 2011; 26 (4): 291–299. 12. Sist L, Cortini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Vesca R, Ferraresi A. Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura. <i>Assist Inferm Ric</i>, 2012; 31: 234-39. 13. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee KH. Missed nursing care, staffing, and patient falls. <i>Nurs Care Qual</i>, 2012 ; 27 (1): 6–12. 14. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW. Patient perceptions of missed nursing care. <i>Jt Comm J on Qual and Patient Saf</i>, 2012; 38 (4): 161-67. 15. Kalisch BJ, Lee S, Dabney BW. Outcomes of inpatient mobilization: a literature review. <i>J Clin Nurs</i>, 2013; 23: 1486–1501. 16. Ball JE, Murrells T, Rafferty AM, Morrow E, Griffiths P. ‘Care left undone’ during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. <i>BMJ Qual Saf</i>, 2013; 0: 1-10. 17. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W, and the RN4CAST Consortium. Nurses’ reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. <i>Int J Nurs Stud</i>, 2013; 50 (2): 143–53. 18. Kalisch BJ, Xie B, Ronis DL. Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. <i>Nurs Res</i>, 2013; 62 (6): 405–413. 19. Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. <i>West J Nurs Res</i>, 2014; 36 (7) 875–90. 20. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al for the RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. <i>Lancet</i>, 2014; 383: 1824–30.
--	--	--	--

			21. Piscotty R, Kalisch, BJ. The relationship between electronic nursing care reminders and missed nursing care. <i>Comput Inform Nurs</i>, 2014; 32 (10):475 -81. 22. Piscotty R, Kalisch BJ. Lost opportunities... the challenges of “missed nursing care”. <i>Nurs Manag</i>, 2014; 45 (10): 40 - 4. 23. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. <i>Int J Nurs Stud</i>, 2015; 52 1121–37. 24. Palese A et al. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. <i>Intern Emerg Med</i>, 2015; 10: 693–702.
Cinhal	Patient outcomes AND missed nursing care 2000-15	11	1. Gravlin G, Bittner NP. Nurses’ and nursing assistants’ reports of missed care and delegation. <i>J Nurs Adm</i> , 2010; 40 (7/8): 329-35.
Cinhal	Quality of care AND Missed nursing care	27	0
Ipasvi	Cure infermieristiche perse	2	1. Palese A. Effetti delle cure infermieristiche sugli esiti dei pazienti: è tempo di decisioni. <i>L’Infermiere</i> [internet], 2014; 4 . Ultimo accesso 8 agosto 2015 da http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-22-articolo-262.htm

Allegato 2: Questionario

Gentile infermiere, sono Sara Pegoraro, studente di infermieristica del terzo anno e sto lavorando alla mia tesi di laurea che tratterà delle cure perse.

All'interno degli ospedali, gli infermieri non riescono sempre a effettuare tutte le attività assistenziali che si propongono e che dovrebbero essere eseguite, ma a volte per diversi motivi, alcune attività vengono posticipate o tralasciate. Queste prendono appunto il nome di cure perse (*missed nursing care*) e sono i cosiddetti errori di omissione, che si contrappongono a quelli commissivi, in quanto l'errore non scaturisce dall'aver fatto qualcosa, ma dall'averlo omesso, non eseguito. Ciò può portare a conseguenze gravi per la sanità e la sicurezza del paziente.

Le chiedo di compilare il questionario a seguire, allo scopo di rilevare informazioni utili all'elaborazione della mia tesi di laurea che tratterà di questo argomento. Tale questionario è in forma anonima e si assicura la massima riservatezza.

Alla fine della compilazione le chiedo di riconsegnare il questionario nell'apposita busta al coordinatore di reparto.

QUESTIONARIO

Generalità

Presidio ospedaliero: ☐ Cittadella ☐ Camposampiero

Unità operativa:

Età:

Sesso: ☐ maschio ☐ femmina

Anni di esperienza lavorativa complessivi:

Anni di esperienza lavorativa in questo reparto:

Prima parte

Istruzioni: compili la tabella pensando a quello che avviene nel reparto in cui lavora, individuando (segnando nella casella) per ogni attività la **frequenza** con cui, secondo la sua percezione, viene omessa e/o posticipata nel suo reparto.

Tenga presente che il punteggio ha il seguente significato:

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

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

dalla richiesta					
24) Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito					

Seconda parte

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

Rilevanza:	Per nulla	poco	abbastanza	molto
1) Inadeguato numero di personale sanitario				
2) Pazienti urgenti				
3) Aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti				
4) Numero inadeguato di personale sanitario (ad es. mancanza di OSS, ausiliari..)				
5) Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere				
6) Farmaci non disponibili quando necessario (la farmacia non è arrivata..)				
7) Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente				
8) Altri reparti o operatori non hanno eseguito i loro compiti (es. fisioterapista non ha fatto deambulare il paziente, ritardo in radiologia...)				
9) Forniture/ apparecchiature non disponibili quando necessario				
10) Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente				
11) Mancanza di supporto/aiuto da parte del team				
12) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto				
13) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico				

14) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale medico e infermieristico				
15) Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (es. paziente non mobilizzato)				
16) Caregiver non rintracciabile/disponibile				
17) Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno				

Allegato 3: Tabella III e Tabella V

Tabella III. Risultati dei questionari prima parte: frequenza delle cure perse.

Reparti:	Medicina 1			Medicina 2			Geriatria			Medicina		
N° infermieri:	12			11			18			10		
Elenco cure perse	F ¹ (%)	media ²	X ² ³	F(%)	media	X ²	F(%)	media	X ²	F(%)	media	X ²
1) Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione	11 (92)	3,92	1,57	11 (100)	3,91	0,81	16 (89)	3,22	0,62	8 (80)	3,5	1,25
2) Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	9 (75)	3,17	0,63	10 (91)	3,73	0,74	12 (67)	3,33	1,22	8 (80)	3,6	1,44
3) Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con il cibo caldo	3 (25)	1,75	0,68	1 (9)	1,27	0,74	4 (22)	1,83	1,14	1 (10)	1,4	0,44
4) Preparazione del pasto e dell'ambiente (tavolino, vassoio) per i pazienti autosufficienti	2 (17)	1,67	1,39	2 (18)	1,45	0,61	4 (22)	1,61	0,9	3 (30)	2	1,2
5) Somministrazione della terapia entro 30 min prima o dopo l'orario prescritto	1 (8)	1,83	0,31	2 (18)	2,09	0,27	8 (44)	2,61	0,57	3 (30)	2	0,4
6) Rilevazione parametri vitali come da pianificazione	0 (0)	1,17	0,14	0 (0)	1,27	0,19	3 (17)	2,11	0,87	0 (0)	1,7	0,21
7) Monitoraggio bilancio idrico (entrate/uscite)	2 (17)	1,75	0,52	3 (27)	2,09	1,09	6 (33)	2,17	0,92	3 (30)	2	1,6
8) Compilazione documentazione infermieristica	0 (0)	1,25	0,18	0 (0)	1,18	0,15	1 (6)	1,44	0,91	0 (0)	1,4	0,24
9) Educazione al paziente e ai familiari	3 (25)	1,83	0,64	1 (9)	1,72	0,74	7 (39)	2,28	0,65	3 (30)	2	0,6
10) Sostegno al paziente e familiari	4 (33)	2,25	0,68	4 (36)	2,27	1,1	8 (44)	2,22	0,84	2 (20)	2	0,4
11) Igiene personale del paziente e controllo della cute	1 (8)	1,42	0,74	0 (0)	1,36	0,23	1 (6)	1,5	0,58	1 (10)	1,3	0,14
12) Cura del cavo orale	4 (33)	2,58	0,24	7 (64)	2,81	1,24	11 (61)	2,5	0,36	0 (0)	1,7	0,21

13) Lavare le mani	1 (8)	1,67	0,39	2 (18)	1,72	0,93	1 (6)	1,5	0,58	1 (10)	1,6	0,44
14) Discutere con il paziente il piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio	3 (25)	2,17	0,64	3 (27)	1,81	0,69	5 (28)	2,1	0,88	1 (10)	1,4	0,44
15) Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	0 (0)	1,25	0,18	0 (0)	1	0	1 (6)	1,44	0,58	0 (0)	1,2	0,16
16) Valutazione dell'evoluzione del paziente almeno una volta per turno	3 (25)	1,83	0,64	0 (0)	1,45	0,24	4 (22)	2,39	1,46	1 (10)	1,4	0,44
17) Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno	3 (25)	2	1,33	0 (0)	1,54	0,25	7 (39)	2,22	0,95	0 (0)	1,7	0,27
18) Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo	4 (33)	2	1,33	0 (0)	1,45	0,24	7 (39)	2,33	1,11	2 (20)	1,5	0,65
19) Risposta al campanello entro 5 min dalla chiamata	3 (25)	1,92	0,58	5 (45)	2,63	1,32	8 (44)	2,17	0,92	2 (20)	1,6	0,64
20) Somministrazione terapia al bisogno entro 15 min dalla richiesta	0 (0)	1,67	0,22	0 (0)	1,63	0,23	3 (17)	1,94	0,83	0 (0)	1,5	0,25
21) Valutazione dell'efficacia della terapia	3 (25)	2,17	0,97	3 (27)	1,9	0,63	3 (17)	2,05	0,49	0 (0)	1,7	0,19
22) Partecipazione alle riunioni multidisciplinari	3 (25)	2,17	2,31	2 (18)	1,72	1,47	8 (44)	2,67	1	4 (40)	2,7	1,41
23) Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 min dalla richiesta	4 (33)	2,17	0,47	4 (36)	2,45	0,79	5 (28)	2,28	0,87	0 (0)	1,3	0,21
24) Cure delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	2 (17)	1,5	0,58	0 (0)	1,36	0,23	1 (6)	1,44	0,35	0 (0)	1,1	0,09

¹ F calcolata raggruppando insieme il punteggio molto, abbastanza e occasionalmente.

² Media dei punteggi di tutti i questionari compilati dell'Unità Operativa.

³ Varianza.

Rosso : frequenza maggiore nell'U.O.

Blu : frequenza più bassa nell'U.O.

Tabella V. Risultati dei questionari seconda parte: rilevanza delle cause.

Reparti	Medicina 1			Medicina 2			Geriatria			Medicina		
N° Infermieri	12			11			18			10		
Elenco cause	F (%) ¹	media ²	X^2 ³	F(%)	media	X^2	F(%)	media	X^2	F(%)	media	X^2
1) Inadeguato numero di personale sanitario	12(100)	3,17	0,14	11(100)	3,63	0,23	14 (78)	3,11	0,54	10(100)	3,2	0,16
2) Pazienti urgenti	9 (75)	2,83	0,31	9 (82)	3,18	0,51	15 (83)	3	0,33	10(100)	3,4	0,24
3) Aumento inatteso del numero e/o condizioni critiche dei pazienti	7 (58)	2,58	0,25	11(100)	3,63	0,23	16 (89)	3,17	0,36	10(100)	3,3	0,21
4) Numero inadeguato di personale sanitario (ad es. mancanza di OSS, ausiliari..)	11 (92)	3,08	0,25	11(100)	3,63	0,23	12 (67)	2,67	0,54	9 (90)	3,2	0,36
5) Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	9 (75)	2,75	1,18	11(100)	3,54	0,25	11 (61)	2,78	0,73	7 (70)	2,9	0,89
6) Farmaci non disponibili quando necessario (la farmacia non è arrivata..)	3 (25)	2	0,17	3 (27)	2	0,54	9 (50)	2,61	0,68	8 (80)	3	0,80
7) Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente	1 (8)	1,58	0,41	2 (18)	2,09	0,63	2 (11)	1,83	0,58	9 (90)	3,4	0,43
8) Altri reparti o operatori non hanno eseguito i loro compiti (es. fisioterapista non ha fatto deambulare il paziente, ritardo in radiologia...)	3 (25)	2,08	0,41	2 (18)	2,18	0,51	7 (39)	2,44	0,35	5 (50)	2,8	0,76
9) Forniture/ apparecchiature non disponibili quando necessario	6 (50)	2,5	0,58	3 (27)	2,18	0,69	9 (50)	2,67	0,56	5 (50)	2,8	1,16
10) Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente	1 (8)	1,58	0,41	8 (73)	2,81	0,33	8 (44)	2,44	0,91	6 (60)	2,8	0,96
11) Mancanza di supporto/aiuto da parte del team	3 (25)	1,92	0,58	2 (18)	1,72	0,56	5 (28)	2,05	0,72	7(70)	2,9	0,89

12) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto	4 (33)	2,17	0,47	1 (9)	1,45	0,79	3 (17)	1,89	0,43	7 (70)	2,8	0,36
13) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico	2 (17)	1,83	0,47	1 (9)	1,63	0,77	6 (33)	1,94	0,62	5 (50)	2,6	0,44
14) Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale medico e infermieristico	4 (33)	2	0,67	3 (27)	2,36	0,52	6 (33)	2,22	0,39	8 (80)	3,2	0,56
15) Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (es. paziente non mobilitato)	6 (50)	2,42	0,41	3 (27)	2,09	0,81	8 (44)	2,39	0,57	8 (80)	2,8	0,56
16) Caregiver non rintracciabile/disponibile	4 (33)	2,25	0,35	7 (64)	2,72	0,38	11 (61)	2,61	0,23	6 (60)	2,6	0,64
17) Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno	11 (92)	3,25	0,35	10 (91)	3,63	0,42	17 (94)	3,28	0,31	9 (90)	3,7	0,41

¹ F calcolata raggruppando insieme il punteggio molto, abbastanza e occasionalmente.

² Media dei punteggi di tutti i questionari compilati dell'Unità Operativa.

³ Varianza.

Rosso : frequenza maggiore nell'U.O.

Blu : frequenza più bassa nell'U.O.