



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**CURE INFERMIERISTICHE COMPROMESSE:
UNA SFIDA PER IL MIGLIORAMENTO
DELL'ASSISTENZA**

Relatore: Prof.ssa Andriago Margherita

Laureando: Simone Putoto

Matricola n° 2011304

Anno Accademico 2022-2023

ABSTRACT

Background: Per cure infermieristiche compromesse (CuIC) si intendono tutte quelle attività assistenziali proprie degli infermieri che, per varie ragioni, vengono posticipate e/o omesse compromettendo così la qualità assistenziale, organizzativa e professionale. Le CuIC sono un fenomeno diffuso a livello mondiale e in Italia sono oggetto crescente di studio e interesse professionale. In contesti ospedalieri internazionali la prevalenza delle CuIC è stata quantificata tra il 55% e il 98% dei casi. In Italia, da uno studio, che ha interessato 40 ospedali, è emerso che la frequenza di omissioni nelle attività è risultata variare dal 7% al quasi 50%, mostrando differenze statisticamente significative tra i diversi turni lavorativi (mattina, pomeriggio, notte) e tra diverse aree clinico-assistenziali.

Obiettivo: indagare la frequenza, la tipologia, le cause e le possibili differenze delle CuIC come percepite dagli infermieri delle aree di geriatria, medicina e neurologia in un ospedale universitario di terzo livello nell'ottica di fornire dati potenzialmente utili ai fini manageriali, organizzativi e formativi.

Materiali e metodi: Il disegno dello studio condotto è stato di tipo osservazionale (Cross-Sectional), descrittivo, monocentrico. Si è applicata la tecnica del campionamento di convenienza non probabilistico. Il campione è costituito dagli infermieri e coordinatori di 10 unità operative dell'area medica dell'ospedale di Padova. I dati sono stati raccolti in modalità telematica tramite un questionario strutturato e validato sul modello "The Unfinished Nursing Care Survey (UNCS; Bassi et al., 2020)". La raccolta dei dati è avvenuta tra settembre e ottobre 2023. Per le analisi sono stati utilizzati statistiche descrittive, il test del Chi Quadro o il test esatto di Fisher, a seconda dell'appropriatezza, il test non parametrico di Mann-Whitney, per le variabili continue.

Risultati: Hanno partecipato alla survey 178 infermieri su 232 (76,7%) e 9 coordinatori su 10. La frequenza d'omissione delle 36 attività varia da un minimo di 7,3% fino ad un massimo del 73,6%. Le CuIC più omesse sono: "Mobilizzazione passiva del paziente" 131 (73,6%); la "Deambulazione del paziente" 117 (65,7%); la "Mobilizzazione in poltrona" 113 (63,5%); la "Cura del cavo orale" 105 (59%); "Coinvolgere le persone assistite e i caregivers nella pianificazione della dimissione"

98 (55,1%). Le ragioni più frequenti di CuIC sono: “Le ripetute interruzioni delle attività assistenziali” (100%); “Elevato numero di ricoveri/dimissioni durate i turni (88%); “Prestazioni attese non assicurate da altre strutture” (88%); “Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff medico e staff infermieristico” (78%); “Numero insufficiente di operatori di supporto” (66%)

C'è una differenza statisticamente significativa tra le percezioni dei coordinatori che riportavano alcune cure infermieristiche come omesse meno frequentemente quelle degli infermieri.

Conclusioni: Il quadro che emerge sembra indicare che le CuIC siano presenti trasversalmente e in modo omogeneo in tutte le unità operative. Sembra anche che il personale infermieristico quando si trova in uno stato di difficoltà orienti le risorse disponibili verso quelle prestazioni urgenti, a carattere diagnostico e terapeutico, considerate prioritarie e comunque non trasferibili o delegabili ad altre figure. Le cause addotte alle CuIC sono in prevalenza legate a ragioni organizzative e alla comunicazione. Misurare con regolarità le CuIC, attuare degli interventi organizzativi di prevenzione e mitigazione delle stesse, investire in formazione e ricerca per garantire il raggiungimento dei migliori risultati alle persone assistite sono i passi futuri suggeriti.

Parole chiave: Cure infermieristiche compromesse, infermiere, assistenza, organizzazione; Unfinished nursing care, nurse, assistance, organisation

INDICE

INTRODUZIONE.....

CAPITOLO 1-QUADRO TEORICO.....

1.1 Definizione del problema.....

1.2 Revisione della letteratura.....

1.3 Le cause delle CuIC.....

1.4 Gli effetti delle CuIC sul paziente, sul personale infermieristico e sull'organizzazione.....

1.5 La prevalenza delle CuIC a livello internazionale e in Italia.....

1.6 La misurazione delle CuIC.....

1.7 Rilevanza per la professione.....

CAPITOLO 2 – L'INDAGINE.....

2.1 Scopo dello studio e quesiti di ricerca.....

2.2 Materiali e metodi.....

2.2.1 Disegno.....

2.2.2 Campionamento.....

2.2.3 Modalità di raccolta dati.....

2.2.4 Strumenti di misura.....

2.2.5 Modalità di analisi statistica.....

CAPITOLO 3- I RISULTATI.....

3.1 Descrizione del campione.....

3.2 Risultati dello studio in base ai quesiti.....

CAPITOLO 4- DISCUSSIONI E CONCLUSIONI.....

4.1 Discussione dei risultati.....

4.2 Limiti dello studio.....

4.3 Raccomandazioni per la ricerca futura.....

4.4 Implicazioni per la pratica clinica.....

4.5 Conclusioni.....

BIBLIOGRAFIA.....

ALLEGATI.....

INTRODUZIONE

Questa tesi si focalizza sul tema delle "Cure Infermieristiche Compromesse" (CuIC), un problema che riguarda quelle prestazioni di assistenza, essenziali e specifiche, fornite dagli infermieri per la cura e il supporto ai pazienti. Le CuIC si verificano quando tali prestazioni vengono omesse, razzionate o erogate in modo inadeguato. Questo fenomeno può essere attribuito a diversi fattori, tra cui carenze di personale, risorse limitate o ostacoli organizzativi, e può avere impatti negativi sulla salute dei pazienti, sul benessere degli infermieri e sul funzionamento complessivo dell'organizzazione sanitaria. L'ispirazione ad affrontare questo argomento nasce dalle riflessioni maturate durante le esperienze di tirocinio pratico nei reparti. In diversi frangenti ho osservato come alcuni infermieri, di fronte a situazioni cliniche e assistenziali che richiedono interventi secondo protocolli prestabiliti, tendano a rimandare, posticipare, o nel peggiore dei casi, omettere o eseguire in maniera incompleta tali interventi. La complessità dei pazienti da gestire, la gestione della turnistica, la molteplicità e la diversità delle figure sanitarie che ruotano attorno al malato, la dimensione della comunicazione, la pressione a fare molto in poco tempo, mi hanno spinto a considerare l'importanza dell'organizzazione dell'assistenza infermieristica come una possibile prospettiva di lettura del fenomeno CuIC.

Oltre all'esperienza pratica, legata al tirocinio, è stata fondamentale anche una lezione teorica ricevuta nel corso di filosofia del nursing nel terzo anno di studi, dove è stato affrontato, tra i tanti temi, anche il fenomeno delle Cure Infermieristiche Compromesse. Grazie a questa lezione molte domande che mi ero posto durante il tirocinio hanno potuto trovare un orizzonte di riferimento. Dopo una rapida revisione della letteratura, vista la diffusione delle CuIC a livello internazionale ed in Italia, la scelta di questo tema è stata condivisa con la relatrice, che ha immediatamente compreso l'importanza di indagare un fenomeno spesso nascosto, ma significativo nel contesto infermieristico locale. Sono stati quindi delineati gli obiettivi, i materiali e metodi dello studio. Lo scopo della tesi è stato di investigare la prevalenza delle CuIC e delle ragioni sottostanti in 10 unità operative di tre aree omogenee dal punto di vista assistenziale, quali: l'area della geriatria, della medicina e della neurologia. Per raggiungere questo obiettivo, è stato utilizzato un questionario basato sul modello MISSCARE ma validato per il contesto italiano. La sezione A del questionario indaga

la frequenza di omissione di 38 attività assistenziali mentre la sezione B con 27 domande investiga la frequenza delle ragioni sottostanti le CuIC. Una riunione telematica è stata organizzata con la relatrice, il dirigente infermieristico dell'area medica e i coordinatori dei reparti coinvolti, durante la quale ho presentato il progetto di tesi e sono state date istruzioni per la compilazione del questionario. Per stimolare la partecipazione, mi sono recato personalmente in ciascun reparto per incontrare i coordinatori e incoraggiare gli infermieri a compilare il questionario. Anche il dirigente infermieristico ha contribuito in maniera decisiva a motivare il personale. Durante tutto il periodo della raccolta dati sono stati mantenuti contatti con i coordinatori per fare il punto della situazione e dirimere problemi di varia natura. Terminata la fase di compilazione, i dati sono stati raccolti, accorpati, aggiornati e successivamente analizzati. I risultati ottenuti sono sostanzialmente in linea con quelli della letteratura.

Questa esperienza ha fatto emergere diverse lezioni. Una riguarda l'importanza di affrontare un problema complesso secondo un metodo rigoroso basato sui dati e sulle evidenze. Questo mi servirà anche per il futuro. Una seconda, ancora più rilevante, è stata di aver partecipato attivamente ad un lavoro di equipe dove persone con responsabilità e competenze diverse hanno dato un contributo fondamentale alla realizzazione dello studio. Una terza lezione è di considerare l'organizzazione come una dimensione chiave della professione. Va conosciuta e curata bene al pari del paziente.

Si auspica che i risultati di questo studio siano utili al servizio infermieristico per intraprendere quella serie di azioni di prevenzione e mitigazione delle CuIC contribuendo in questo modo alla crescita professionale degli infermieri e al miglioramento della qualità delle cure a favore dei pazienti.

Capitolo 1 - Quadro teorico

1.1 Definizione del problema

L'Organizzazione Mondiale della Sanità identifica sei dimensioni della qualità delle cure: l'efficacia, l'efficienza, l'accessibilità, l'accettabilità/centralità del paziente, l'equità e la sicurezza [1].

In generale, le prestazioni assistenziali che non corrispondono a standard definiti di qualità, comportano una serie di conseguenze negative a carico del malato, dell'operatore sanitario e dell'organizzazione sanitaria. Nel processo di cura al paziente, l'assistenza infermieristica svolge un ruolo fondamentale e rappresenta uno snodo critico affinché vengano soddisfatte tutte o gran parte delle dimensioni della qualità. Negli ultimi anni, tuttavia, sono emerse diverse evidenze che documentano una grave compromissione della qualità delle prestazioni infermieristiche: è il fenomeno della cosiddetta "Unfinished Nursing Care" [2].

Tale fenomeno è noto nella letteratura scientifica anche con differenti denominazioni quali: "Implicit Rationing of Nursing Care", "Tasks Left Undone", "Missed Nursing Care", ad indicare una pluralità di approcci esistenti sul piano concettuale ed interpretativo [3] ma il termine più usato è sicuramente "Missed Nursing Care (MNC)" legato ai lavori di Kalisch che per primo ha elaborato il quadro concettuale e ne ha sviluppato anche lo strumento di misurazione (allegato 1) [4;5].

Queste diverse espressioni, usate fra loro in modo spesso intercambiabile, fanno riferimento a tutte quelle prestazioni di assistenza, essenziali e specifiche, proprie degli infermieri volte alla cura e al supporto del paziente, che non vengono fornite adeguatamente per una serie di ragioni. Secondo l'Agency for Healthcare for Research and Quality le "Missed Nursing Care" rientrano in quella categoria d'errori in medicina chiamata "errors of omission": errori correlati ad atti omessi; l'altra categoria d'errori sono gli "errors of commission": errori correlati ad atti commessi [6]. La stessa Kalisch definisce la MNC come "un'assistenza infermieristica ritardata, incompleta o omessa interamente" [4].

In Italia non esiste una terminologia univoca, ma secondo una consensus conference nazionale l'espressione che meglio racchiude ogni sfaccettatura delle MNC è quella definita come "Cure Infermieristiche Compromesse" (CuIC) [7]. Compromesso significa cedere qualche parte di quanto promesso (concordato, pianificato, necessario). Questa definizione sarà quella usata in questa tesi.

Questa tesi di laurea si iscrive nell'ambito di questo percorso ponendosi come obiettivo quello di misurare le CuIC nelle unità operative di tre aree omogenee dell'Azienda Ospedale Università di Padova.

1.2 Revisione della letteratura

In questo paragrafo, la revisione della letteratura analizza le cause e gli effetti delle CuIC, fornisce delle stime sulla prevalenza delle medesime presenti a livello internazionale e italiano e infine conclude con alcune sintetiche considerazioni sulle caratteristiche, i limiti e le prospettive future dei diversi metodi di misurazione.

Le CuIC costituiscono una sfida complessa e interconnessa all'interno del contesto sanitario, influenzando profondamente sia i professionisti sanitari che operano al suo interno, sia la struttura organizzativa che, in definitiva, i pazienti che ricevono le cure. Dalle prospettive di questi attori chiave e dai livelli di cura analizzati, emergono cause e conseguenze distintive delle CuIC.

1.3 Le cause della CuIC.

Le cause delle CuIC sono state indagate a livello di unità di cura e di sistema sanitario [8]. Per quanto riguarda l'unità di cura sembrano interagire tra di loro diversi aspetti: organizzativi, comunicativi e culturali [4] Per gli aspetti organizzativi, la carenza di personale, la sua composizione interna, la penuria di risorse materiali, insieme alla crescente complessità dei casi trattati e al peso progressivo di compiti di natura non assistenziale, spesso costringono gli infermieri ad effettuare scelte "omissive" sulle attività assistenziali da svolgere come prioritarie. Anche le modalità e l'intensità della comunicazione tra il team di infermieri e l'equipe interprofessionale influenzano la prevalenza e la tipologia delle CuIC. Assenza o inadeguatezza di feedback, cambi di turno non presidiati, documentazione clinica insufficiente favoriscono prassi di assistenza tardiva o omessa.

Infine, fattori culturali come le abitudini, le credenze e i valori associati dagli infermieri alle pratiche assistenziali di routine o emergenziali, sono stati individuati come determinanti o favorevoli all'insorgenza e alla gravità delle CuIC.

A livello di sistema sanitario, le ricerche più recenti attribuiscono tra le cause delle CuIC anche le scelte sull'allocazione delle risorse. Quest'ultime avvengono sia in contesti stabili che di risposta a cambiamenti legati alla riforma del sistema o a improvvise necessità dovute per esempio a emergenze sanitarie, come l'epidemia di COVID-19). Scelte orientate ad una eccessiva razionalizzazione delle risorse, tendono a generare negli operatori stati di stress fino ad un esaurimento emotivo e ad un'erosione della soddisfazione lavorativa.

Anche le modalità e l'intensità della comunicazione tra il team di infermieri e l'equipe interprofessionale influenzano la prevalenza e la tipologia delle CuIC. Assenza o inadeguatezza di feedback, cambi di turno non presidiati, documentazione clinica insufficiente favoriscono prassi di assistenza tardiva o omessa.

Infine, fattori culturali come le abitudini, le credenze e i valori associati dagli infermieri alle pratiche assistenziali di routine o emergenziali, sono stati individuati come determinanti o favorevoli all'insorgenza e alla gravità delle CuIC.

1.4 Gli effetti delle CuIC sul paziente, sul personale infermieristico e sull'organizzazione.

Gli effetti delle CuIC sono stati documentati da una serie di studi di diversa tipologia, consistenza metodologica e moderata validità (associazioni non correlazioni causa effetto) e comunque non conclusivi (vedi paragrafo su misurazione delle CuIC). Diverse revisioni hanno messo in evidenza un'associazione tra CuIC e una ridotta qualità assistenziale complessiva rivolta al paziente accompagnata da un'insufficiente soddisfazione del paziente stesso. Altri aspetti da cui è emersa un'associazione con le CuIC sono quelli relativi alla sicurezza del paziente. Sono state rilevate associazioni tra CuIC e errori nel trattamento, infezioni ematiche, polmoniti, infezioni urinarie, cadute e infine ulcere da decubito. Nessuna correlazione invece è stata evidenziata con la mortalità del paziente [9;10].

CuIC tendono ad essere associate con l'insoddisfazione e le condizioni di burnout del personale infermieristico [11]. Il senso di impotenza e frustrazione che ne conseguono possono minare il benessere psicologico degli operatori sanitari, influenzando la loro capacità di interagire in modo positivo con i pazienti. Questo può portare a una diminuzione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata e alla possibile riduzione della motivazione professionale, influenzando negativamente anche la soddisfazione, il turnover nonché l'intenzione di rimanere nella professione.

Le ricadute sul piano dell'organizzazione riguardano in particolare i costi. Le CuIC sono correlate all'aumento della degenza media, dei ricoveri ripetuti e del conseguente aumento dei costi

In sintesi, le CuIC rappresentano un complesso intreccio di cause ed effetti che coinvolgono i professionisti sanitari, le strutture organizzative e i pazienti stessi. Affrontare questo problema richiede un approccio multifattoriale che comprenda soluzioni politiche e tecniche che vanno da un'allocazione adeguata delle risorse, ad una migliore comunicazione associata a strategie organizzative (formazione, innovazione dello skill mix, altre) per prevenire e affrontare le CuIC al fine di garantire la qualità delle cure e il benessere di tutti gli attori coinvolti.

1.5 La prevalenza delle CuIC a livello internazionale e in Italia

In contesti ospedalieri internazionali la prevalenza delle CuIC è stata quantificata tra il 55% e il 98% dei casi. [12].

Per quanto i dati differiscano sulla base del contesto o della diversa prospettiva di analisi (le CuIC come percepite dagli infermieri vs le CuIC come percepite dai pazienti) o della eterogeneità degli strumenti di misurazione utilizzati, la prevalenza delle CuIC appare costante per alcuni tipi di prestazioni indipendentemente dal tipo, dimensione e locazione dell'ospedale e dalle caratteristiche degli infermieri (es. età, genere, anni di esperienza lavorativa, titolo professionale)

Secondo la percezione degli infermieri le attività assistenziali più spesso omesse comprendono il comfort e la comunicazione con i pazienti, l'educazione di pazienti e familiari. Altri studi hanno segnalato tuttavia anche altre componenti classificabili

come CuIC riguardanti la gestione dei sintomi, la sorveglianza del paziente e la somministrazione del trattamento [13].

Secondo invece la percezione o la prospettiva del paziente, le CuIC segnalate in alcune ricerche appaiono più frequentemente ricadere nell'ambito della cura fisica (igiene, alimentazione, movimento ecc.) e dell'assistenza psicologica, emozionale e spirituale [9].

In Italia, gli studi sulle CuIC sono riconducibili ad una serie di iniziative o progetti promossi da diversi soggetti istituzionali (AGENAS, Regioni, Università) e professionali (FNOPI). Di seguito si riportano in sintesi le ricerche più significative.

L'analisi più strutturata e importante sulle CuIC è stata realizzata nell'ambito del consorzio europeo RN4CAST e ha coinvolto i reparti di medicina e di chirurgia di 40 ospedali italiani [14]. Ai partecipanti è stato somministrato un questionario online, che indagava non solo la presenza di omissioni in 13 attività assistenziali riscontrate nell'ultimo turno di lavoro, ma anche altri aspetti come le caratteristiche lavorative (ambiente di lavoro, burnout, intenzione di dimissioni, soddisfazione lavorativa, personale e mix di competenze) e dati demografici (età, genere, esperienza, livello di istruzione, ultimo turno lavorato). La partecipazione ha visto coinvolti oltre tremila infermieri. La frequenza di omissioni nelle attività è risultata variare dal 7% al quasi 50%, mostrando differenze statisticamente significative tra i diversi turni lavorativi (mattina, pomeriggio, notte) e tra diverse aree clinico-assistenziali. Simili risultati sono stati ottenuti in altri studi condotti su singole realtà ospedaliere [15;16].

Sempre nell'ambito dello stesso consorzio, è stato condotto uno studio simile denominato RN4CAST@IT-Ped sulle CuIC in 12 ospedali pediatrici che ha coinvolto 399 infermiere. Delle 13 prestazioni indagate, il valore medio nazionale di cure mancate per singolo infermiere in ambito pediatrico è risultato essere di 5,1 in linea con i trend internazionali [17]

Di rilievo, lo studio sulle CuIC riscontrate a livello di 50 Residenze Sanitarie Assistenziali del Nord Italia, che si occupano di pazienti anziani, con multimorbilità e non autosufficienti. Le 266 infermiere coinvolte nei tre turni di assistenza, hanno palesato CuIC soprattutto nell'ambito della somministrazione dei trattamenti. Tra i

fattori associati sono stati rilevati il carico di lavoro pesante e la mancanza di tempo per le cure [18].

Significativo per la sua originalità, è anche lo studio che analizza le CuIC di 22 unità di medicina e chirurgia della Regione Veneto registrate nel corso della seconda ondata dell'epidemia di Covid-19 [19]. In quel frangente, la missione assistenziale venne profondamente cambiata e le unità si trasformarono in reparti non intensivi di ricovero di pazienti Covid positivi e reparti di degenza per pazienti non Covid con patologie mediche, geriatriche, medico-chirurgiche e ortopediche. I risultati della ricerca indicano che le CuIC tra i due gruppi analizzati non differiscono in modo sostanziale, mentre le CuIC percepite dai 266 infermieri coinvolti nell'indagine risultano essere simili ma più frequenti rispetto alla fase antecedente l'epidemia. Tra le cause riportate come più frequenti: una diversa impostazione prioritaria dell'assistenza e la carenza di risorse umane.

1.6 La misurazione delle CuIC

La letteratura riporta sostanzialmente tre diversi metodi e strumenti per misurare le CuIC.

La TASK Undone Scale (TU-7) [20], consiste in un elenco di sette attività infermieristiche, che sono identificate dagli infermieri attraverso la tecnica del focus group. L'approccio prevede quattro fasi sequenziali: a). Identificazione delle attività. Compilazione di una lista di attività assistenziali essenziali e proprie dell'ambito assistenziale in oggetto.

Queste attività spaziano dalla somministrazione di farmaci, alla gestione delle ferite, dalla somministrazione di alimenti, alla mobilitazione dei pazienti, dalla comunicazione con i pazienti, all'igiene personale e altre ancora) Valutazione. Il team degli infermieri che sono stati coinvolti in un turno di lavoro verificano l'omissione o il ritardo con cui sono state erogate queste attività. La valutazione in questo caso di avvale di un questionario o di una scala di valutazione. c) Registro delle Omissioni: Gli infermieri annotano le attività che non sono state svolte o sono state posticipate, insieme alle ragioni per queste omissioni. Le ragioni possono variare dalla carenza di tempo, alla prioritizzazione di altre attività, alla mancanza di risorse. d) Analisi dei

Dati: è la fase di elaborazione dei dati e delle variabili analizzate per determinare con precisione la frequenza e il tipo di attività che sono state omesse o ritardate. Questo passaggio finale definisce un quadro delle aree in cui le CuIC si verificano più spesso e delle ragioni sottostanti.

La scala Basel Extent of Rationing of Nursing Care [21] si concentra, invece, sulle prestazioni assistenziali infermieristiche che sono oggetto di razionamento implicito. Di fronte ad una situazione di carenza di risorse, gli infermieri, in base alle evidenze e alla loro esperienza, identificano le prestazioni prioritarie da mantenere. Le 20 prestazioni sono organizzate in cinque aree: (a) Attività quotidiane; (b) Assistenza e supporto; (c) Riabilitazione, educazione e istruzione; (d) Monitoraggio e sicurezza; (e) Documentazione. procedura è simile alla precedente. Gli infermieri vengono invitati a indicare le prestazioni più frequentemente omesse nei sette turni di lavoro precedenti, utilizzando una scala di valutazione Likert a quattro punti (mai, raramente, a volte, spesso). Questo strumento è stato modificato e adattato più volte a contesti assistenziali diversi., Pur misurando la tipologia e la prevalenza delle prestazioni infermieristiche omesse ha il limite importante che non ne identifica le cause.

Missed Nursing Care Survey [9]. È il più diffuso a livello internazionale di cui esistono diverse versioni validate e il più utilizzato anche in ambito italiano. Ad esso si rifà per esempio la versione modificata elaborata da Bassi [22]. Il modello concettuale che lo sottintende tiene in considerazione non solo le risorse disponibili e la dimensione temporale ma anche i valori, le consuetudini, la coesione del team assistenziale e le abilità individuali degli infermieri.

Degli strumenti disponibili è l'unico infine che misura anche le cause delle cure infermieristiche omesse e che possiede elevate proprietà psicometriche. Ne esistono diverse versioni con items variabili da 27 a 13. Comprende due sezioni. La sezione "A" che consiste di un elenco variabile di attività infermieristiche, per le quali viene richiesto agli infermieri di valutare con quale frequenza tali attività sono state omesse nel corso delle loro attività lavorative, usando una scala di valutazione Likert a 5 punti. La sezione "B" è invece costituita da una lista variabile di possibili motivi per le carenze di cure, e gli infermieri sono chiamati a esprimere il loro grado di accordo utilizzando una scala Likert a 4 punti.

Diversi sono i limiti concettuali e metodologici riscontrati nelle CuIC [13]. Quest'ultimi sono stati organizzati in 6 categorie: 1) l'uso di questionari basati sulle percezioni e non sulla misurazione effettiva delle prestazioni infermieristiche; 2) il carattere trasversale (cross sectional) che limita la dimensione quantitativa del disegno della ricerca e non considera la componente qualitativa; 3) la natura multidimensionale delle MNC i cui esiti di salute non vengono correlati alle MNC; 4) il carattere multidisciplinare e collaborativo dell'assistenza sanitaria per cui non sono coinvolti altri soggetti che intervengono nell'assistenza ; 5) la validità dei contenuti e degli strumenti di misurazione; 6) la molteplicità delle definizioni concettuali che necessita di un processo di armonizzazione e validazione a livello internazionale

In prospettiva, le CuIC saranno sempre più utilizzate e perfezionate sotto il profilo metodologico. Studi longitudinali e l'inserimento di studi qualitativi permetteranno di indagare meglio i rapporti di causa effetto tra le CuIC, il carico (workload) e le diverse abilità (skill mix) dell'assistenza con gli esiti di salute del malato, variamente definiti. Infine, il coinvolgimento di altri operatori che intervengono nella cura del malato come gli operatori socio-sanitari e gli stessi studenti di infermieristica contribuirà ad avere un quadro più completo delle CuIC [23].

1.7 Rilevanza per la professione

La rilevanza delle CuIC per la professione è cresciuta esponenzialmente nel tempo per la loro diffusione geografica, per ragioni tecniche legate al management infermieristico e infine per ragioni politiche legate per lo più alla valutazione degli strumenti di governo della qualità delle prestazioni infermieristiche.

Diffusione geografica. Le CuIC stanno assumendo sempre più una dimensione "globale". Non interessano solo i paesi occidentali ad alto reddito come Stati Uniti, Canada, Australia, Regno Unito, paesi dell'Unione Europea per i quali sono disponibili in letteratura diverse revisioni sistematiche, ma cominciano ad essere documentate anche nei paesi a medio e basso reddito, Africa inclusa [24]. Le CuIC sono inoltre indagate in modo trasversale nei diversi livelli del sistema sanitario: negli ambienti ospedalieri in particolare nelle unità di chirurgia, medicina, pediatria, terapia intensiva e pronto soccorso e negli ambienti extra ospedalieri, ad esempio, nelle strutture

intermedie come le Residenze Sanitarie Assistenziali (nursing home), nelle case di riposo per anziani e in prospettiva anche nell'assistenza domiciliare integrata.

Management infermieristico. Già gli studi della Aiken sullo staffing infermieristico in Europa, Stati Uniti, Australia e Cile hanno posto in evidenza come la compromissione o il miglioramento della qualità, degli esiti e dei costi dell'assistenza siano strettamente correlati alla numerosità e al mix di competenze (skill mix) del personale infermieristico più ad una serie di altri elementi di carattere organizzativo quali l'autonomia, la soddisfazione lavorativa e la collaborazione interprofessionale [25]. In questo ambito, la conoscenza delle CuIC diventa uno strumento tecnico di "nursing management" importante per chi ha la responsabilità di programmare e gestire l'assistenza infermieristica a livello di unità di cura (es. i coordinatori) e di servizio (es. le Direzioni delle professioni sanitarie) al fine di conoscere i "gaps interni" di qualità e tentare di porvi rimedio secondo il mandato ricevuto.

Valutazione degli strumenti di governo della qualità. Lo strumento di misurazione della CuIC ha anche una valenza "politica", quando viene usato dalle istituzioni preposte alla Governo delle politiche sanitarie (esempio albi professionali, regioni, agenzie, ministeri della salute) per la valutazione di iniziative di sistema riguardanti la promozione della qualità dell'assistenza infermieristica.

Al riguardo, un esempio emblematico è quello offerto dalla Regione del Veneto (RdV). Quest'ultima, mediante una serie di deliberazioni, ha fissato degli standard minimi obbligatori per l'assistenza infermieristica ospedaliera e ha definito una serie di indicatori di esito della qualità infermieristica (Nursing Sensitive Outcomes) [26]. Al fine di valutare l'impatto di queste politiche assistenziali la RdV ha elaborato un protocollo di ricerca in cui un ruolo preminente spetta alla misurazione delle CuIC. Misurare l'associazione tra la quantità di cure infermieristiche e gli esiti dei pazienti, nonché valutare il ruolo delle CuIC sugli esiti clinici può fornire un insieme di prove in grado di informare future politiche di salute pubblica.

CAPITOLO 2-L'INDAGINE

2.1 Scopo dello studio e quesiti di ricerca

Lo scopo dello studio è di indagare la frequenza, la tipologia e le cause delle CuIC come percepite dagli infermieri di 10 unità operative comprendenti l'area di geriatria, medicina e neurologia in un ospedale universitario di terzo livello nell'ottica di fornire dati e informazioni utili ai fini organizzativi e formativi.

Obiettivo secondario è di valutare eventuali differenze tra le tipologie e cause di CuIC sulla base dell'area di appartenenza dell'infermiere e del coordinatore.

Il quesito di ricerca è il seguente: qual è la prevalenza delle CuIC come percepite dagli infermieri e la prevalenza delle ragioni delle CuIC come percepite dai coordinatori nelle 10 unità operative ospedaliere in cui sono curati pazienti critici di natura internistica?

2.2 Materiali e metodi

2.2.1 Disegno

Considerata la letteratura internazionale in materia e gli studi realizzati nel contesto ospedaliero italiano, il disegno dello studio utilizzato è di tipo osservazionale (Cross-Sectional), descrittivo monocentrico con approccio quantitativo ed è stato condotto durante i mesi di settembre e ottobre 2023.

2.2.2 Campionamento

Date le caratteristiche del lavoro degli infermieri turnisti e la complessità operativa di raggiungere un numero molto ampio di loro in un breve tempo, lo studio ha applicato la tecnica del campionamento di convenienza non probabilistico.

I criteri di inclusione del campione hanno compreso: infermieri turnisti ed infermieri coordinatori delle unità operative nel periodo di raccolta dati. I criteri di esclusione hanno considerato: gli infermieri non turnisti o assenti per diversi motivi durante la raccolta dati e non aver dato il consenso all'utilizzo dei dati.

La popolazione bersaglio è rappresentata da: 232 Infermieri turnisti e 10 coordinatori di 10 unità operative, tra le quali: Geriatria 1, Geriatria 2 e Ospedale di Comunità (Area

geriatrica); Clinica Medica 1, 3 e 5, Medicina Generale OSA, Medicina di Urgenza OSA (Area medica); Neurologia OSA e Clinica Neurologica (Area neurologica) dell'Azienda Ospedale-Università Padova.

2.2.3 Modalità di raccolta dati

Nella fase di arruolamento dei centri è stata ottenuta l'autorizzazione da parte della Dirigenza delle Professioni Sanitarie tramite il dirigente di coordinamento dell'area medica e dei Direttori delle unità operative coinvolte tramite i rispettivi infermieri coordinatori. La survey è stata proposta a tutto lo staff infermieristico turnista dedicato all'assistenza diretta in 10 unità operative di degenza ordinaria di geriatria, medicina e neurologia. I coordinatori infermieristici di ogni unità operativa coinvolta erano i responsabili del reclutamento di tutti gli eleggibili. Inoltre, prima dell'inizio dello studio sono stati organizzati diversi incontri di coordinamento, plenari e per singola unità operativa, da parte del dirigente infermieristico dell'area medica e lo scrivente, a cui erano stati invitati i coordinatori, per illustrare l'obiettivo dello studio, fornire le istruzioni per la compilazione del questionario e infine facilitare il reclutamento. Il feed-back sui problemi riscontrati, sulle possibili soluzioni e sull'andamento dell'arruolamento avveniva su base giornaliera via mail o per via telefonica. Aspetti etici. Al fine di garantire l'anonimato dei partecipanti, sono state messe in atto strategie che prevedevano l'assegnazione di codici alfa-numeriche e il trattamento dei dati in forma aggregata. I partecipanti, al momento dell'accesso alla survey, avevano la possibilità di prestare il proprio consenso informato alla partecipazione allo studio, a seguito della lettura delle istruzioni. Coloro che rifiutavano di fornire il consenso, erano rinviati ad una nota di ringraziamento e non potevano accedere alla compilazione della survey.

2.2.4 Strumenti di misura

Lo strumento di misura applicato mediante web survey è il questionario, validato e strutturato della Bassi,2020 [22] basato sul modello concettuale della MISSED CARE della Kalisch[22]. L'affidabilità complessiva del questionario è alta con un coefficiente Cronbach's α .806.

Il questionario somministrato è costituito da due sezioni, A e B (Allegato 2).

La sezione A è riservata agli infermieri turnisti e ai coordinatori ed è costituita da 38 domande che investigano le diverse componenti delle CuIC. Le risposte sono misurate secondo una scala Likert a 5 passi (sempre omessa, frequentemente omessa, occasionalmente omessa, raramente omessa, mai omessa).

La sezione B invece è riservata agli infermieri con funzioni di coordinamento, provvista di 27 domande che investigano le ragioni delle CuIC. Le risposte sono misurate con una scala Likert con un gradiente di 4 possibili risposte (ragione molto significativa, moderatamente significativa, poco significativa e per niente significativa).

Ogni questionario raccoglie, inoltre, variabili socio-demografiche, di organizzazione del lavoro e di percezione sulle risorse e la soddisfazione professionale, tra le quali: età, genere, titolo di studio, esperienza nel ruolo, esperienza nell'unità operativa di appartenenza, profilo orario di lavoro (ultimo turno), ore straordinarie, turni di lavoro persi e cambiati, persone in carico, accessi e dimissioni gestiti, intenzione di cambiare unità operativa, adeguatezza del personale infermieristico e di supporto e infine il grado di soddisfazione dell'infermiere in merito alla professione infermieristica, al ruolo e al lavoro di gruppo.

2.2.5 Modalità di analisi statistica

La raccolta dei questionari è stata realizzata via web e si è svolta tra settembre e ottobre 2023. I dati sono stati raccolti ed organizzati in un database in Excel e analizzati tramite il programma statistico Jamovi [27] per il controllo di qualità e il calcolo delle prevalenze.

Durante la fase di data entry i casi con valori anomali (outliers), che potevano influenzare le analisi, sono stati eliminati, inoltre è stata identificata e valutata la presenza di dati mancanti al fine di ottenere dati completi.

Sono state condotte analisi di statistica descrittiva del campione, e per la rappresentazione della frequenza delle variabili analizzate per area assistenziale omogenea. Le CuIC con punteggi da 1 a 3 della scala Likert sono state considerate come omesse e da 4 a 5 come non omesse.

Inoltre, eventuali differenze significative nel punteggio medio di risposta sulla scala Likert di ogni item sulla base dell'area di provenienza sono state valutate attraverso l'analisi della varianza (ANOVA). Nella sezione risultati, per ottenere una rappresentazione in percentuale delle CuIC, si sono sommate le prestazioni sempre omesse, spesso omesse e occasionalmente omesse. Le prestazioni infermieristiche non omesse risultano dalla somma di quelle raramente omesse e mai omesse. Circa le ragioni percepite delle CuIC, si è provveduto a sommare le ragioni molto significative con quelle moderatamente significative e le ragioni poco significative con quelle per niente significative.

All'interno delle tre aree clinico-assistenziali si è valutata la presenza di differenze statisticamente significative per età anagrafica, anzianità di servizio e titolo di studio dei partecipanti attraverso il test del Chi Quadro o il test esatto di Fisher, a seconda dell'appropriatezza, e attraverso il test non parametrico di Mann-Whitney, per le variabili continue.

CAPITOLO 3-I RISULTATI

3.1 Descrizione del campione

Sono stati reclutati 232 infermieri. 180 sono state le risposte ottenute di cui 2 sprovviste di consenso, pertanto escluse dal conteggio finale, per un totale di 178 (76,7%) infermieri che hanno compilato il questionario A in modo valido, 169 (94,9%) sono infermieri e 9 (5,1%) coordinatori. I coordinatori che hanno risposto al questionario B sono stati 9 (90%).

3.1.2 Caratteristiche socio-demografiche

In questo campione, la classe di età maggiormente rappresentata è quella tra i 23 e i 30 anni (39%), seconda quella dai 41 ai 60 anni (35%) seguita dalla classe di età tra i 31 e i 40 anni (26%). 156 (87%) rispondenti è di genere femminile e 22 (13%) di genere maschile. Degli infermieri intervistati 112 (62,9%) possiedono come titolo di studio la laurea triennale, 35 (19,7%) invece la laurea magistrale o altra formazione post base e 31 (17,4%) un diploma regionale di infermiere. In media, sono 13 gli anni di lavoro spesi nell'ambito della professione infermieristica e 6,6 quelli trascorsi nel reparto attuale. A tempo pieno risultano essere 163 infermieri (91%), mentre a part time 15 (9%)

La distribuzione delle caratteristiche socio-demografiche principali degli infermieri tra le aree clinico assistenziali è la seguente (Tabella 1)

Tabella. 1 Caratteristiche socio-demografiche per area omogenea

Variabile	Area geriatrica	Area medica	Area neurologica
Genere femminile	40 (87%)	100 (87%)	16 (94%)
Età media	41,7	35	39,4
Anzianità media di servizio	17	11,2	16,1
Formazione universitaria	30 (65%)	115 (89%)	14 (82%)

3.1.3 Caratteristiche dell'organizzazione del lavoro

Come profilo orario, la maggior parte degli infermieri intervistati 131 (73,6%) è risultata essere turnista sulle 24h. Il 72% ha effettuato l'ultimo turno feriale con una distribuzione quasi omogenea tra mattino (38,8%), pomeriggio (26,4%) e notte (34,8%)

In media, le ore di straordinario ammontano a 18,9; le persone assistite in carico a 10,1; gli accessi gestiti a 1,8; le dimissioni gestite a 0,7.

I giorni o turni lavorativi persi risultano essere: nessuno (137); 1 turno (17); da 2 a 3 turni (14); da 4 a 6 turni (4); oltre 6 turni (6). I turni cambiati per esigenza di servizio variano da meno di 3 turni (160); da 3 a 5 turni (15); più di 5 turni (3)

Tabella. 2 Caratteristiche dell'organizzazione del lavoro per area omogenea

Variabile	Area geriatrica	Area medica	Area neurologica
Ore di straordinario	14,7	20,4	18,8
Persone in carico	9,8	10,5	8,7
Gli accessi gestiti	1,7	1,9	1
Le dimissioni gestite	0,7	0,7	0,8

3.1.4 Percezione sulle risorse e la soddisfazione lavorativa

Sulla intenzione di cambiare unità operativa i no sono stati 151; i sì, negli ultimi 6 mesi, 14; i sì, negli ultimi 12 mesi, 13.

Sulla percezione relativa alla adeguatezza del personale infermieristico nella propria unità 110 si sono espressi positivamente quasi sempre e sempre; 50 la metà delle volte e 18 mai o quasi mai.

Sulla percezione relativa alla adeguatezza del personale di supporto nella propria unità 80 si sono espressi sempre e quasi sempre; 71 la metà delle volte e 27 quasi mai e mai.

Circa la soddisfazione relativa alla professione infermieristica, al ruolo e al lavoro di gruppo le distribuzioni sono state le seguenti: a) professione infermieristica: 26,4%

indifferenti, 40,4% tra soddisfatti e molto soddisfatti, 33,2% tra insoddisfatti e molto insoddisfatti; b) ruolo: 30,3% indifferenti, 42,1% tra soddisfatti e molto soddisfatti, 27,4% tra insoddisfatti e molto insoddisfatti; c) lavoro di gruppo: 31,5% indifferenti, 43,8% tra soddisfatti e molto soddisfatti, 24,7% tra insoddisfatti e molto insoddisfatti.

Tabella. 3 Percezione sulle risorse e la soddisfazione per area omogenea

Variabile		Area Geriatrica	Area Medica	Area Neurologica
Intenzione di cambiare U.O		8 (17%)	14 (12%)	5 (30%)
Adeguatezza del personale infermieristico	Si	36 (78%)	62 (54%)	12 (70%)
	Forse	9 (18%)	36 (31%)	5 (30%)
	No	1 (2%)	17 (15%)	0 (0%)
Adeguatezza del personale di supporto	Si	13 (28%)	59 (51%)	8 (48%)
	Forse	26 (56%)	40 (35%)	5 (30%)
	No	7 (16%)	16 (14%)	4 (22%)
Soddisfazione professionale	Soddisfatto	19 (41%)	48 (42%)	5 (30%)
	Indifferente	8 (18%)	32 (28%)	7 (42%)
	Insoddisfatto	19 (41 %)	35 (30%)	5 (30%)
Soddisfazione del ruolo nel reparto	Soddisfatto	20 (43%)	50 (43%)	5 (30%)
	Indifferente	9 (20%)	37 (33%)	8 (48%)
	Insoddisfatto	17 (37%)	28 (24%)	4 (22%)
Soddisfazione dell'equipe	Soddisfatto	22 (49%)	48 (42%)	8 (48%)
	Indifferente	11 (23%)	42 (36%)	3 (17%)
	Insoddisfatto	13 (28%)	25 (22%)	6 (35%)

Nel campione non c'erano differenze di sesso del partecipante sulla base dell'area di appartenenza ($p=0.539$). I partecipanti dell'area geriatrica avevano un'età significativamente maggiore (mediana=43.5aa) rispetto a quelli dei Neurologia (mediana=37aa) e dell'area Medica (mediana=32aa, $p=0.007$). I partecipanti di area geriatrica avevano più spesso come titolo di studio "diploma" rispetto alle altre aree ($p=0.002$). Non c'erano differenze tra aree sulla base degli anni di anzianità ($p=0.219$), sul tipo di turno di lavoro ($p=0.918$) né sul numero di persone in carico ($p=0.245$).

3.2 Prevalenza delle CuIC in tutte le Unità Operative

Le 10 attività maggiormente omesse e/o posticipate sono state in ordine decrescente la “Mobilizzazione passiva del paziente” 131 (73,6%); la “Deambulazione del paziente” 117 (65,7%); la “Mobilizzazione in poltrona” 113 (63,5%); la “Cura del cavo orale” 105 (59%); “Coinvolgere le persone assistite e i caregivers nella pianificazione della dimissione” 98 (55,1%); “Dedicare tempo alle persone e ai loro caregivers” 95 (53,4%); “Effettuare le cure igieniche alle persone che lo necessitano” 91 (51,1%); “Effettuare il giro delle persone assistite ad inizio turno” 89 (50%); “Aiutare ad alimentare le persone con non sono autonome” 87 (48,9%); “ Educare le persone assistite e i caregivers alla gestione delle cure a domicilio 86 (48,3%).

Le 10 attività che risultano essere meno omesse e/o posticipate sono in ordine crescente: “Informare adeguatamente sulla situazione delle persone assistite il team infermieristico del turno successivo” 13 (7,3%); “Monitorare la glicemia” 15 (8,4%); “Monitorare i parametri vitali” 19 (10,7%); “Informarsi adeguatamente sulla situazione dei pazienti all’inizio del turno” 21 (11,8%); “Prevenire le ICA” 21 (11,8%); “Somministrare la terapia farmacologica al bisogno entro 15 minuti” 29 (16,3%); “Monitorare il dolore come da pianificazione” 29 (16,3%); “Sorvegliare più intensamente i pazienti critici” 31 (17,4%); “Sorvegliare gli effetti farmacologici delle terapia somministrata” 34 (19,1%); “Effettuare la valutazione fisica/obiettiva delle persone” 36 (20,2%).

3.3 Prevalenza delle ragioni delle CuIC in tutte le Unità Operative.

Nella sezione B del questionario, le 10 ragioni maggiormente segnalate dai coordinatori come molto e abbastanza significative delle CuIC sono risultate essere in ordine decrescente “Le ripetute interruzioni delle attività assistenziali” (100%); “Elevato numero di ricoveri/dimissioni durate i turni (88%); “Prestazioni attese non assicurate da altre strutture” (88%); “Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff medico e staff infermieristico” (78%); “Numero insufficiente di operatori di supporto” (66%); “Aumento inatteso del numero delle persone assistite in condizioni critiche” (66%); “Inadeguata revisione delle priorità durante il turno” (56%); “Numero di infermieri insufficienti” (56%); “Assegnazione di un numero non bilanciato di persone assistite per ciascun infermiere” (56%); “Errata attribuzione delle priorità” (56%);

“Farmaci prescritti non disponibili” (56%); “Tecnologia necessaria non disponibile o non utilizzabile quando necessario” (55%); “Consegne infermieristiche incomplete” (55%).

Non sono state riscontrate differenze significative delle CuIC tra le aree omogenee stratificate (Fig.1) e neppure delle ragioni delle CuIC.

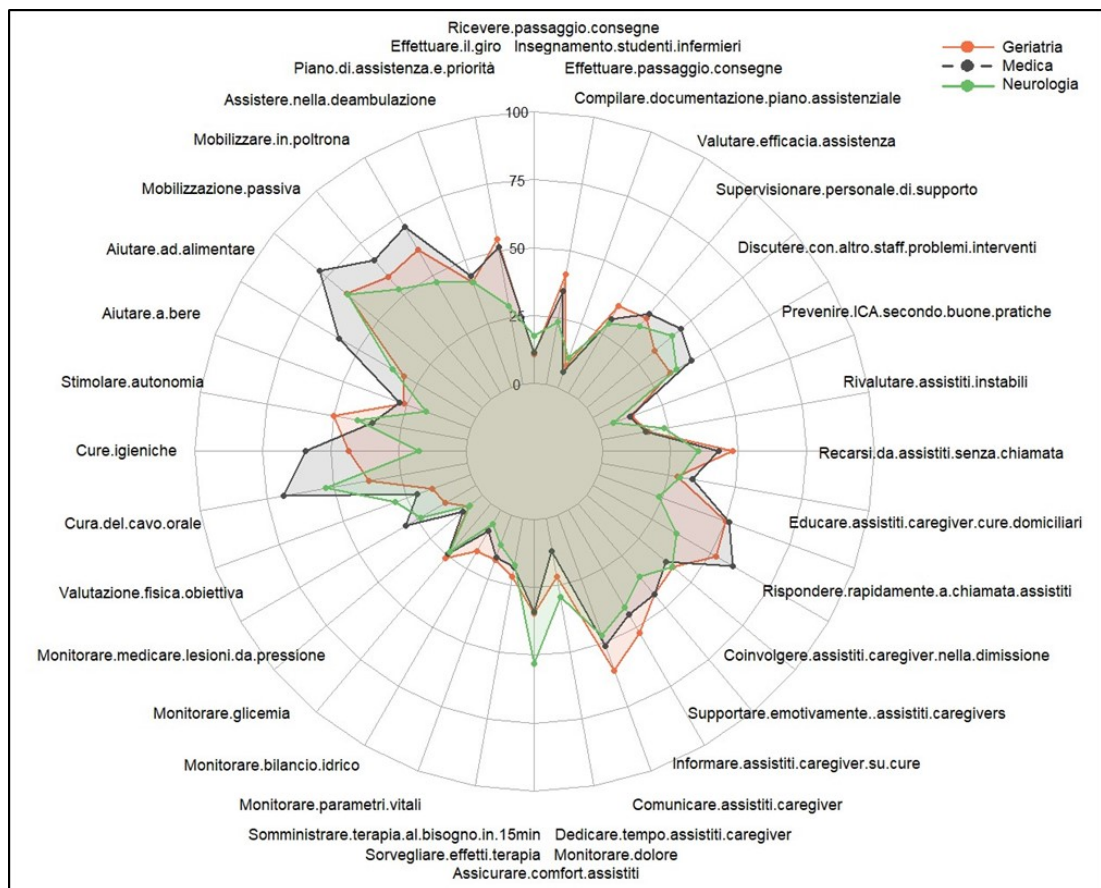


Figure 1 – Percentuale di infermieri che hanno definito omessa l’attività per i 38 item del questionario A stratificato per area omogenea.

3.4 Analisi della varianza

I coordinatori presentavano un punteggio medio maggiore, quindi un minore livello di omissione, rispetto agli infermieri nelle seguenti azioni: Mobilizzazione passiva ($p=0.028$), Cure igieniche ($p=0.028$), Cura del cavo orale ($p=0.031$), Coinvolgere assistiti/caregiver nella pianificazione della dimissione (0.008), Educare assistiti/caregiver gestione cure domiciliari (0.046).

All'aumentare dell'età aumentava il punteggio medio alla scala Likert, indicando quindi un minore livello di omissione, per le seguenti azioni: cura del cavo orale ($p < 0.001$), Somministrare terapia farmacologica al bisogno entro 15 minuti ($p = 0.022$), Coinvolgere assistiti/caregiver nella pianificazione della dimissione ($p = 0.005$), Educare assistiti/caregiver gestione cure domiciliari ($p = 0.010$), Supervisionare attività del personale di supporto ($p = 0.012$). Differenze statisticamente significative, sempre relativamente al punteggio medio della scala Likert, si palesavano per l'area medica mostrando un maggiore livello di omissione per le seguenti attività: aiutare ad alimentare ($p = 0,005$); cura del cavo orale ($p = 0,008$); cure igieniche ($p = 0,018$) e assistere nella deambulazione ($p = 0,020$).

Non c'erano differenze in nessun'azione omessa sulla base del titolo di studio.

Nella Tabella Ia è possibile consultare la media e la deviazione standard delle CuIC stratificate per aree clinico assistenziali. Il p-value è stato evidenziato per valori inferiori a 0.05. (Allegato 3).

Nella Tabella IIa è possibile consultare la media e la deviazione standard delle ragioni delle CuIC stratificate per aree clinico assistenziali. (Allegato 3).

CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Nelle aree assistenziali coinvolte in questo studio le CuIC risultano essere presenti in modo trasversale e sostanzialmente omogeneo. Le caratteristiche socio – demografiche del campione esaminato differiscono su alcuni aspetti rispetto a studi simili disponibili in letteratura. La differenza principale riguarda il titolo di studio: la maggior parte degli infermieri rispondenti (62,9%) ha conseguito la laurea triennale, mentre negli studi precedenti la maggioranza degli infermieri intervistati possedeva un diploma di infermiere professionale [28]. Altra caratteristica importante riguarda il turno di lavoro sulle 24h, con il 73,6% di turnisti, al contrario di quanto riportato in molti studi internazionali, dove prevale il turno diurno. Questo è un punto importante dal momento che le CuIC sono più frequenti nelle turnazioni delle 24h [29].

In media, le prestazioni più omesse nelle tre aree omogenee riguardano le cure di base, in particolare il movimento, l'igiene e l'alimentazione del paziente, tra cui: la "Mobilizzazione passiva del paziente" (73,6%); la "Deambulazione del paziente" (65,7%); la "Mobilizzazione in poltrona" (63,5%); la "Cura del cavo orale" (59%); "Effettuare le cure igieniche alle persone che lo necessitano" (51,1%); "Effettuare il giro delle persone assistite ad inizio turno" (50%); "Aiutare ad alimentare le persone che non sono autonome" (48,9%). Trattasi di prestazioni che tendenzialmente sono considerate dagli infermieri di pertinenza o attribuibili ad altri operatori sanitari.

Anche le attività inerenti alla comunicazione e all'educazione con l'assistito e i familiari mostrano una frequenza rilevante di omissioni, quali: "Coinvolgere le persone assistite e i caregivers nella pianificazione della dimissione" (55,1%); "Dedicare tempo alle persone e ai loro caregivers" (53,4%); "Educare le persone assistite e i caregivers alla gestione delle cure a domicilio" (48,3%). Queste prestazioni sono per molti infermieri percepite come proprie e specifiche della professione infermieristica, ma non urgenti [30].

Le CuIC omesse raramente o del tutto, come le consegne, il monitoraggio dei parametri vitali e dei presidi, la somministrazione e la sorveglianza della terapia farmacologica, il controllo del dolore e dei pazienti critici, la prevenzione delle ICA rientrano invece nell'ambito professionale avvertito come più vicino alle priorità dell'infermiere, quello in definitiva delle procedure diagnostiche terapeutiche.

Il quadro che emerge sembrerebbe dunque indicare che il personale infermieristico orienti le risorse disponibili verso quelle prestazioni urgenti, a carattere diagnostico e terapeutico, considerate prioritarie e comunque non trasferibili o delegabili ad altre figure.

Interessante rilevare come all'analisi della varianza, per alcune delle prestazioni maggiormente omesse, c'è una differenza statisticamente significativa tra le percezioni dei coordinatori e quelle degli infermieri. I primi hanno una percezione ridotta delle CuIC rispetto ai secondi relativamente a: mobilitazione passiva ($p=0.028$), cure igieniche ($p=0.028$), cura del cavo orale ($p=0.031$), coinvolgere assistiti/caregiver nella pianificazione della dimissione ($p=0.008$), educare assistiti/caregiver gestione cure domiciliari ($p=0.046$).

Una possibile spiegazione di questa discrepanza potrebbe essere ricondotta ad una ridotta supervisione o monitoraggio di questi aspetti di base dell'assistenza infermieristica.

Altre differenze significative sono state riscontrate per alcune CuIC percepite come meno omesse al crescere dell'età quali Cura del cavo orale ($p<0.001$), Somministrare terapia farmacologica al bisogno entro 15 minuti ($p=0.022$), Coinvolgere assistiti/caregiver nella pianificazione della dimissione ($p=0.005$), Educare assistiti/caregiver gestione cure domiciliari ($p=0.010$), Supervisionare attività del personale di supporto ($p=0.012$). Infine, l'area medica, rispetto a quelle della geriatria e della neurologia, ha evidenziato in maniera sempre significativa una percezione più acuta rispetto alle prestazioni quali Aiutare ad alimentare ($p=0,005$); Cura del cavo orale ($p=0,008$); Cure igieniche ($p=0,018$) e Assistere nella deambulazione ($p=0,020$).

In questi casi, si potrebbe pensare che siano influenti nella percezione altri determinanti culturali e organizzativi non compresi o non sufficientemente catturati dal questionario. Un aspetto, questo, che potrebbe trovare delle risposte in una successiva indagine di tipo qualitativo.

Le ragioni fornite dai coordinatori circa il verificarsi delle CuIC appaiono abbastanza sovrapponibili a quelle riscontrate in letteratura [2] e mettono in evidenza un problema di risorse, di organizzazione e di comunicazione presenti a livello trasversale in tutte

le aree omogenee. La mancanza di personale di supporto e il numero non bilanciato di pazienti per infermiere assieme all'elevato numero di ricoveri e dimissioni e alle condizioni critiche dei pazienti ricoverati nelle unità operative sembrano incidere sulla qualità dell'assistenza infermieristica erogata. L'interruzione continua delle attività assistenziali, i ritardi di prestazioni dovute ad altre strutture, la mancata disponibilità di farmaci o di altre risorse materiali, le difficoltà di comunicazione interprofessionale appaiono contribuire anch'esse in modo rilevante all'omissione delle attività proprie dell'assistenza infermieristica [8]. Queste ragioni infine appaiono coerenti con i comportamenti adottati dal personale infermieristico e orientati nella direzione di un razionamento delle cure, che consiste nell'effettuare solo le attività che sono considerate come prioritarie, tralasciando tutte quelle attività che sono considerate come meno rilevanti nell'immediato o che possono essere delegate ad altro personale, se non al paziente stesso [5].

4.2 Limiti dello studio

Questo studio osservazionale presenta numerosi limiti, tra cui: il campionamento di tipo monocentrico e di convenienza, la mancanza di osservazioni dirette delle prestazioni infermieristiche omesse e la loro correlazione con gli esiti dei pazienti per stabilire un rapporto causa effetto, la combinazione con studi di qualità per approfondire le possibili spiegazioni delle ragioni delle cure omesse. Un altro limite è la mancata somministrazione della sezione B del questionario, relativa alle ragioni percepite delle CuIC agli infermieri turnisti.

4.3 Raccomandazioni per la ricerca futura

La valutazione periodica, annuale o semestrale, delle CuIC e delle ragioni sottostanti- allargata a tutti gli infermieri, agli studenti e al personale di supporto- attraverso lo strumento del questionario, permetterebbe ai coordinatori e ai dirigenti del servizio infermieristico di identificare con una certa precisione i gaps assistenziali e di avviare in modo proattivo percorsi di prevenzione e mitigazione delle cure omesse in ambito infermieristico. La discrepanza tra le percezioni di alcune CuIC da parte dei coordinatori rispetto agli infermieri, di quelle legate all'età e all'area medica potrebbe essere indagata attraverso una indagine di tipo qualitativo (questionari, interviste, focus group), al fine di individuare i determinanti organizzativi e culturali che ne

stanno alla base. Infine, l'avvio di studi longitudinali permetterebbe di identificare meglio i rapporti di causa effetto tra le CuIC, il carico (workload) e le diverse abilità (skill mix) dell'assistenza con gli esiti di salute del malato, variamente definiti.

4.4 Implicazioni per la pratica clinica

Considerata la natura multidimensionale del fenomeno, la letteratura suggerisce di considerare una molteplicità di interventi, tra i quali: (a) Espandere la capacità delle cure infermieristiche, (b) Assicurare gli standard di cura e la precoce rilevazione delle CuIC, (c) Presidiare i processi assistenziali, (d) Promuovere le decisioni condivise, (e) Ripensare al layout del sistema, (f) Promuovere la cultura dell'attenzione al CUIC, e (g) Riavvicinare il management infermieristico alla clinica (Palese e al, 2020). La misurazione di questi cambiamenti assieme alla formazione e alla conduzione di ricerche che includano gli esiti dei pazienti e la soddisfazione degli operatori medesimi, consentirebbe di fare risaltare il contributo dell'assistenza infermieristica all'avanzamento dell'agenda complessiva della qualità delle cure.

Conclusioni

In questo studio sono state indagate la prevalenza delle CuIC nelle aree omogenee di geriatria, medicina e neurologia di un grande ospedale caratterizzate dal ricovero di pazienti ad alta complessità. La loro frequenza e tipologia sono in linea con le evidenze suggerite dalla letteratura. Le ragioni identificate dai coordinatori sono attribuibili prevalentemente a fattori legati alla disponibilità/indisponibilità di risorse umane e materiali e all'organizzazione complessiva del lavoro infermieristico. Le strategie adottate dal personale infermieristico appaiono orientate a dare priorità alle azioni urgenti, non delegabili e basate principalmente sulle procedure diagnostiche e terapeutiche, al controllo del paziente critico, alla gestione del dolore e delle ICA.

Il fenomeno delle CuIC induce gli operatori a percepire una compromissione della qualità delle prestazioni erogate, che potrebbe influenzare gli esiti delle persone assistite e il livello di soddisfazione professionale.

È da sottolineare però come importanti cambiamenti della figura dell'infermiere siano avvenuti nel corso degli ultimi tempi, complice anche la pandemia di COVID-19. In molti contesti di cura le procedure relative all'assistenza di base sono state di fatto

trasferite alle figure di supporto dell'operatore socio – sanitario a cui va garantita la supervisione.

Il fattore organizzativo rimane un tema chiave da affrontare sia a livello di unità operativa che di dirigenza infermieristica. Misurare con regolarità le CuIC, attuare degli interventi di prevenzione e mitigazione, investire in formazione e ricerca per garantire il raggiungimento dei migliori risultati alle persone assistite sono i passi futuri da considerare.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Quality health services [Internet]. [citato 20/09/2023] Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>,
2. Chaboyer W, Harbeck E, Lee B, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci.* febbraio 2021;37(2):82–91.
3. Kalánková D, Žiaková K, Kurucová R. Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care - a literature review. *Cent Eur J Nurs Midwifery.* 30 marzo 2019;10(1):1005–16.
4. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs.* luglio 2009;65(7):1509–17.
5. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res.* agosto 2014;36(7):875–90.
6. PSNet. Missed Nursing Care [Internet]. [citato 19/09/2023]. Disponibile su: <https://psnet.ahrq.gov/primer/missed-nursing-care>; 17/09/2023
7. Palese A, Bassi E, Tommasini C, Vesca R, Di Falco A, De Lucia P, et al. Developing policies and actions in response to missed nursing care: A consensus process. *J Nurs Manag.* ottobre 2019;27(7):1492–504.
8. Chiappinotto S, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C, et al. Antecedents of unfinished nursing care: a systematic review of the literature. *BMC Nurs.* dicembre 2022;21(1):137.
9. Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, et al. Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.15089>
10. Recio-Saucedo A, Dall'ora C, Maurotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. *Journal of Clinical Nursing - 2017 - Recio-Saucedo - What impact does nursing care left undone.*
11. Stemmer R, Bassi E, Ezra S, Harvey C, Jojo N, Meyer G, et al. A systematic review: Unfinished nursing care and the impact on the nurse outcomes of job satisfaction, burnout, intention-to-leave and turnover. *J Adv Nurs.* agosto 2022;78(8):2290–303.
12. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud.* giugno 2015;52(6):1121–37.
13. Vincelette C, Thivierge-Southidara M, Rochefort CM. Conceptual and methodological challenges of studies examining the determinants and outcomes of

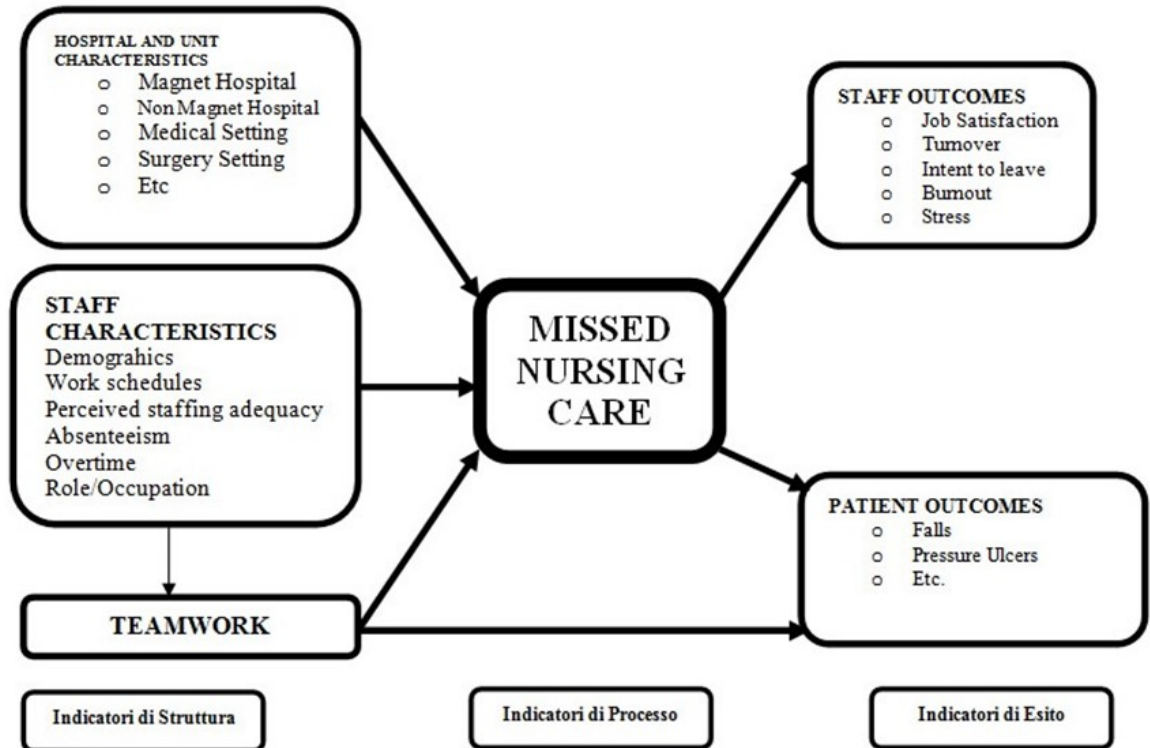
- omitted nursing care: A narrative review of the literature. *Int J Nurs Stud.* dicembre 2019;100:103403.
14. Bagnasco A, Catania G, Aiken LH, Sermeus W, Dasso N, Rossi S, et al. Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici? *Rivista L'Infermiere* N 6, 2020
 15. Parise E, Rosi IM, Millama KR, Rancati S. MNC Studio descrittivo sulla percezione degli infermieri, Milano, *IJN*, 2021.
 16. Zanone C, Milani S, Ferrari M, Croso A. Cure Infermieristiche Perse: Risultati Di Uno Studio Osservazionale Condotta Nelle Chirurgie Dell'aslbi. *Inferm Line - Suppl Sci Inferm.* 2023;55.
 17. Bagnasco A, Rossi S, Dasso N, Catania G, Zanini M, Aleo G, et al. Exploring Care Left Undone in Pediatric Nursing. *J Patient Saf.* settembre 2022;18(6):e903–11.
 18. Campagna S, Basso I, Vercelli E, Ranfone M, Dal Molin A, Dimonte V, et al. Missed Nursing Care in a Sample of High-Dependency Italian Nursing Home Residents: Description of Nursing Care in Action. *J Patient Saf.* dicembre 2021;17(8):e1840–5.
 19. Cengia MG, Di Falco A, Allegrini E, Ambrosi E, Brugnaro L, Zambon A, et al. *International Nursing Review - 2022 - Cengia - Occurrence and reasons for unfinished nursing care between COVID-19 and.pdf.*
 20. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs.* novembre 2009;65(11):2299–310.
 21. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care Instrument. *Nursing Research* [Internet]. Disponibile su: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/abstract/2007/11000/validation_of_the_basel_extent_of_rationing_of.7.aspx
 22. Bassi E, Tartaglini D, Valpiani G, Grasseti L, Palese A. Unfinished Nursing Care Survey: A development and validation study. *J Nurs Manag.* novembre 2020;28(8):2061–71.
 23. Palese A, Chiappinotto S, Bayram A, Sermeus W, Suhonen R, Papastavrou E. Exploring unfinished nursing care among nursing students: a discussion paper. *BMC Nurs.* 18 agosto 2023;22(1):272.
 24. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M. Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Hum Resour Health.* 14 marzo 2023;21(1):19.

25. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van Den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. maggio 2014;383(9931):1824–30.
26. Di Falco A, Costa C, Bottega M. Evaluating the effects of policies on nursing care as promoted by the Veneto region: the research protocol and its implications for public health. *Ann Ig Med Prev E Comunità* [Internet]. 2021 [citato 18 novembre 2023];(4). Disponibile su: <https://doi.org/10.7416/ai.2020.2394>
27. Jamovi [Internet]. 2023. Disponibile su: www.jamovi.org
28. Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, et al. MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate.
29. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, et al. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs*. gennaio 2015;24(1–2):47–56. doi: 10.1111/jocn.12688. Epub 2014 Sep 30.
30. Palese A, Ambrosi E, Stefani F, Zenere A, Saiani L, The activities/tasks performed by health care aids in hospital settings: a mixed-methods study *Assist Inferm Ric* . 2019 Jan-Mar;38(1):6-14. doi: 10.1702/3129.31103
31. Palese A, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Strohm C, De Reggi A, Rossi A, Mesaglio M, Longhini J Interventi attuati da infermieri con ruoli manageriali nella pratica quotidiana per prevenire e minimizzare le Missed Nursing Care: risultati di uno studio qualitativo italiano *Igiene e Sanità Pubblica* 2020; 75: 429-450

ALLEGATI

Allegato 1

Schema concettuale delle Missed Nursing Care (Kalisch, 2009)



Allegato 2

Questionario A e B (Bassi, 2020)

Rilevazione Infermieri

1. Unità operativa nella quale presta servizio: _____
2. Genere: _____ Femmina _____ Maschio
3. Anni compiuti: _____
4. è il reparto in cui ha prestato servizio per maggior tempo nella sua vita professionale? ____ Sì ____ No
5. Titolo di studio:
 - _____ Diploma Regionale
 - _____ Laurea Triennale in Infermieristica
 - _____ Laurea Triennale in Infermieristica + Master I livello (_____)
 - _____ Laurea Magistrale
 - _____ Laurea Magistrale + Master di II livello
6. Numero di ore lavorative settimanali in media:
 - _____ Tempo pieno
 - _____ Part time ____ 12h ____ 18h ____ 24h ____ 30h
7. Profilo orario:
 - _____ Lavoro in turno (mattina, pomeriggio, notte)
 - _____ Lavoro come diurnista (mattina, pomeriggio)
 - _____ Lavoro solo le notti
8. Da quanto tempo lavora come infermiere:
 - _____ < 1 anno
 - _____ anni
9. Da quanto lavora nel reparto attuale:
 - _____ < 1 anno
 - _____ anni
10. A quanto ammontano le ore di straordinario/eccedenza oraria che ha maturato negli ultimi 3 mesi? (indichi quante ore complessive): _____ ore
11. Quanti giorni o turni lavorativi ha perso (esclusi i giorni di assenza concordati) a causa di malattia/infortuni negli ultimi 3 mesi?
 1. _____ 0 (nessuno)
 2. _____ 1 giorno o un turno
 3. _____ 2-3 giorni o turni
 4. _____ 4-6 giorni o turni
 5. _____ sopra i 6 giorni o turni
12. Quanti cambi turno ha effettuato per esigenze di servizio rispetto all'orario programmato nell'ultimo mese?

1. ___ Meno di 3 turni

2. ___ Da 3 a 5 turni

3. ___ Più di 5 turni

13. Ha chiesto di cambiare unità operativa?

1. ___ No, non ho intenzione di cambiare Unità operativa

2. ___ Sì negli ultimi 6 mesi

3. ___ Sì, negli ultimi 12 mesi

14. Dal suo punto di vista, quanto spesso la sua unità operativa ha le risorse infermieristiche adeguate?

1. ___ 100% del tempo (sempre)

2. ___ 75% del tempo (quasi sempre)

3. ___ 50% del tempo (la metà delle volte)

4. ___ 0% del tempo (mai)

15. Rifletta sul suo ultimo turno lavorativo: indichi se si tratta di una giornata feriale o festiva e riporti il turno di lavoro svolto.

___ Feriale

___ Festivo

___ Mattino

___ Pomeriggio

___ Notte

16. Quante persone assistite aveva in carico nel turno di lavoro considerato? ___ (indichi numero)

17. Quanti accessi (nuove persone assistite ricoverate) ha gestito (compresi i trasferimenti da altri reparti) in questo turno? ___ (indichi numero)

18. Quante dimissioni ha gestito (compresi i trasferimenti verso le altre U.O) in questo turno? ___ (indichi un numero)

19. Risponda alle seguenti domande apponendo una crocetta, in base al suo livello di soddisfazione.

	Molto soddisfatto/a	Soddisfatto/a	Né soddisfatto/a né insoddisfatto/a	Insoddisfatto/a	Molto insoddisfatto/a
Indipendentemente dal contesto in cui lavora attualmente, quanto si sente soddisfatto/a di essere un infermiere?					
Quanto è soddisfatto/a del ruolo che occupa attualmente in questo reparto?					
Quanto si sente soddisfatto/a del					

lavoro di gruppo all'interno del reparto in cui presta servizio'					
--	--	--	--	--	--

Questionario Sezione A

Molto spesso, durante il turno di lavoro agli infermieri sono richieste simultaneamente diverse attività. Trovandosi nella condizione di dover dare priorità che ritengono più urgenti o prioritarie, gli infermieri sono talvolta costretti a tralasciare o posticipare delle attività assistenziali/infermieristiche. Considerando l'ultimo suo turno di lavoro, quanto spesso i seguenti interventi sono stati omessi o posticipati dallo staff infermieristico (incluso lei) (segnare solo una casella per ciascuna opzione)

		Sempre omesse	Frequentemente omessa	Occasionalmente omessa	Raramente omessa	Mai omessa
1	Informarsi adeguatamente sulla situazione delle persone assistite all'inizio del turno, attraverso il passaggio di consegne					
2	Effettuare il giro delle persone assistite ad inizio turno per presentarsi, conoscere ed approfondire la loro situazione (rispetto alle informazioni ricevute in consegna)					
3	Definire il piano di assistenza e le priorità per ciascun paziente.					
4	Assistere nella deambulazione le persone che lo necessitano					
5	Mobilizzare in poltrona le persone che lo necessitano					
6	Effettuare la mobilizzazione passiva nelle persone allettate					
7	Aiutare ad alimentare le persone che non sono in grado autonomamente e/o					

	hanno problematiche cliniche (es. disfagia)					
8	Aiutare a bere le persone che non sono in grado autonomamente e/o hanno problematiche cliniche.					
9	Stimolare la persona al mantenimento della propria autonomia o al recupero della stessa					
10	Effettuare le cure igieniche alle persone a che lo necessitano					
11	Effettuare cura del cavo orale alle persone che lo necessitano					
12	Effettuare la valutazione fisica/obiettiva delle persone assistite (es. valutare lo stato dell'integrità cutanea, i siti d'inserzione dei presidi)					
13	Monitorare e medicare le lesioni da pressione secondo i protocolli					
14	Monitorare la glicemia come da prescrizione.					
15	Monitorare il bilancio idrico (entrate/uscite) delle persone che lo necessitano.					
16	Monitorare i parametri vitali come da pianificazione					
17	Somministrazione le terapie farmacologiche entro 30 minuti rispetto all'orario indicato nella prescrizione					
18	Somministrare la terapia farmacologica al bisogno entro 15 minuti all'insorgere della problematica					
19	Sorvegliare gli effetti della terapia farmacologica somministrata					

20	Assicurare il comfort delle persone assistite (es. microclima, postura)					
21	Monitorare il dolore come da pianificazione					
22	Dedicare tempo alle persone assistite ed ai loro caregiver.					
23	Comunicare con le persone assistite ed i loro caregiver.					
24	Informare le persone assistite ed i loro caregiver sulle cure infermieristiche che stanno ricevendo					
25	Supportare emotivamente le persone assistite ed i caregivers prestando ascolto ai loro bisogni/preoccupazione					
26	Coinvolgere le persone assistite ed i caregiver nella pianificazione della dimissione					
27	Educare le persone assistite ed i caregiver alla gestione delle cure da proseguire a domicilio					
28	Rispondere rapidamente alla chiamata delle persone assistite (entro 5 minuti)					
29	Recarsi dalle persone assistite senza essere chiamati					
30	Sorvegliare più intensamente, rivalutando, le persone assistite instabili o che presentano un rischio di deterioramento delle condizioni					
31	Prevenire gli esiti negativi nelle persone individuate a rischio (es. cadute, lesioni da pressioni, malnutrizione)					

32	Prevenire le infezioni correlate all'assistenza rispettando le buone pratiche (es. lavaggio delle mani tra un paziente e l'altro, mantenimento del circuito chiuso nel catetere vescicale)					
33	Discutere con i medici e gli altri componenti dello staff i problemi e gli interventi necessari alle persone assistite.					
34	Supervisionare le attività assegnate al personale di supporto.					
35	Valutare l'efficacia delle attività assistenziali erogate, ad esempio recandosi dalle persone assistite per accertarsi che i loro bisogni siano stati presi in carico.					
36	Compilare/aggiornare in modo esaustivo la documentazione/il piano assistenziale.					
37	Informare adeguatamente sulla situazione delle persone assistite il team infermieristico del turno successivo attraverso il passaggio di consegne					
38	Assicurare l'insegnamento clinico verso gli studenti infermieri					

Questionario Sezione B-Ragioni delle cure infermieristiche compromesse

Prendendo in considerazione le Cure infermieristiche compromesse elencate nella sezione A, indichi le ragioni per le quali queste attività assistenziali/infermieristiche sono state tralasciate o posticipate (segni solo una casella per ciascuna opzione).

		Ragione molto significativa	Ragione moderatamente significativa	Ragione poco significativa	Ragione per niente significativa
1	Numero insufficiente di infermieri				
2	Numero di operatori di supporto				
3	Numero insufficiente di personale amministrativo				
4	Inadeguato skill-mix di personale (ad esempio eccessiva quantità di operatori di supporto rispetto alla quantità di infermieri)				
5	Inadeguato modello organizzativo di erogazione delle cure infermieristiche (es. modello per compiti, per settori)				
6	Assegnazione di un numero non bilanciato di persone assistite per ciascun infermiere.				
7	Inadeguato bilanciamento delle competenze infermieristiche presenti nel turno (es. eccessiva quantità di infermieri neo-inseriti o non esperti rispetto agli esperti).				
8	Aumento inatteso del numero delle persone assistite in condizioni critiche.				
9	Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante i turni				
10	Errata attribuzione delle priorità				

11	Inadeguata revisione delle priorità durante il turno				
12	Ripetute interruzioni delle attività assistenziali				
13	Farmaci prescritti non disponibili				
14	Tecnologia necessaria non disponibile/non funzionante quando necessario.				
15	Prestazioni attese non assicurate da altre strutture (es. ritardo nelle diagnostiche, nelle prestazioni professionali)				
16	Consegne infermieristiche incomplete da parte del personale del turno precedente				
17	Mancata o tardiva segnalazione da parte dell'operatore di supporto circa l'assistenza non erogata al paziente				
18	Inadeguata supervisione delle attività affidate agli operatori di supporto				
19	Presenza di tensioni tra staff infermieristico e operatori di supporto.				
20	Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff infermieristico e operatori di supporto				
21	Presenza di tensioni tra i membri dello staff infermieristico.				
22	Comunicazioni interrotte/incomplete tra i membri dello staff infermieristico				
23	Presenza di tensioni tra staff medico e staff infermieristico				
24	Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff medico e staff infermieristico.				
25	Mancanza di supporto/collaborazione da parte dei membri del team				
26	Caregiver non rintracciabile/non disponibile (es. per pianificare la dimissione o informarlo sulle cure da proseguire a domicilio)				
27	Tempo da dedicare agli studenti				

Allegato 3

Tabella Ia. Media e deviazione standard delle CuIC stratificate per aree clinico assistenziali. Il p-value è stato evidenziato per valori inferiori a 0.05.

	Geriatria	Medica	Neurologia	p-Value	Totale complessivo
Ricevere passaggio consegne	4,5 (0,8)	4,6 (0,9)	4,2 (1,2)	0.240	4,5 (0,9)
Effettuare il giro	3,1 (1,3)	3,4 (1,3)	3,8 (1,3)	0.226	3,3 (1,3)
Piano di assistenza e priorità	3,7 (1,2)	3,5 (1,2)	3,4 (1,2)	0.713	3,6 (1,2)
Assistere nella deambulazione	3,2 (1)	2,9 (1,1)	3,6 (1,1)	0.020	3 (1,1)
Mobilizzare in poltrona	3,2 (0,9)	3 (1,1)	3,4 (0,8)	0.241	3,1 (1,1)
Mobilizzazione passiva	2,9 (1,2)	2,6 (1,3)	2,6 (1,3)	0.237	2,7 (1,2)
Aiutare ad alimentare	3,8 (1)	3,2 (1,3)	3,8 (1,1)	0.005	3,4 (1,2)
Aiutare a bere	4 (1)	4 (1,1)	4,1 (1)	0.922	4 (1)
Stimolare mantenimento/recupero autonomia	3,5 (1)	3,8 (1)	3,7 (1,1)	0.445	3,7 (1)
Cure igieniche	3,6 (1,2)	3,3 (1,3)	4,1 (0,7)	0.018	3,4 (1,3)
Cura del cavo orale	3,6 (1,2)	3 (1,2)	3,3 (1)	0.008	3,2 (1,2)
Valutazione fisica/obiettiva	4,3 (0,9)	4,2 (0,9)	4 (0,9)	0.458	4,2 (0,9)
Monitorare e medicare le lesioni da pressione	4,4 (0,9)	4 (1)	4 (0,9)	0.135	4,1 (1)
Monitorare glicemia	4,7 (0,7)	4,6 (0,9)	4,7 (0,6)	0.578	4,6 (0,8)
Monitorare bilancio idrico	4 (1,2)	4,1 (1,2)	4,1 (1,1)	0.831	4,1 (1,2)
Monitorare parametri vitali	4,5 (0,8)	4,6 (0,9)	4,6 (0,6)	0.750	4,6 (0,9)
Somministrare le terapie farmacologiche entro 30 minuti dalla prescrizione	4,4 (0,9)	4,3 (1)	4,4 (0,8)	0.850	4,3 (0,8)
Somministrare terapia farmacologica al bisogno entro 15 minuti	4,4 (0,9)	4,4 (0,9)	4,5 (0,7)	0.880	4,4 (0,9)
Sorvegliare effetti della terapia farmacologica somministrata	4,1 (0,9)	4,2 (1)	4,1 (0,7)	0.804	4,2 (0,9)
Assicurare comfort persone assistite	3,8 (1)	3,8 (1)	3,4 (0,8)	0.262	3,8 (1)
Monitorare dolore	4,1 (1,1)	4,4 (0,9)	4,2 (0,9)	0.171	4,3 (1)
Dedicare tempo a assistiti/caregiver	3,3 (1,1)	3,5 (0,9)	3,5 (0,9)	0.539	3,4 (1)
Comunicare assistiti/caregiver	3,6 (1)	3,7 (1)	3,6 (1,1)	0.788	3,7 (1)
Informare assistiti/caregiver sulle cure	3,6 (1)	3,7 (1)	3,8 (0,8)	0.789	3,7 (1)
Supportare emotivamente assistiti/caregivers	3,7 (1)	3,7 (1)	3,7 (1)	0.908	3,7 (1)
Coinvolgere assistiti/caregiver nella pianificazione della dimissione	3,5 (1)	3,2 (1,2)	3,7 (1,2)	0.227	3,3 (1,2)
Rispondere rapidamente a chiamata assistiti	4 (1)	3,9 (1,1)	3,7 (1)	0.220	3,9 (1,1)
Educare assistiti/caregiver gestione cure domiciliari	3,4 (1,1)	3,4 (1,1)	3,9 (0,9)	0.565	3,4 (1,1)
Recarsi da assistiti senza chiamata	3,5 (0,9)	3,6 (1)	3,6 (1,1)	0.973	3,6 (1)
Rivalutare assistiti instabili	4,2 (0,8)	4,3 (1)	4,1 (0,8)	0.641	4,3 (0,9)
Prevenire gli esiti negativi nelle persone individuate a rischio (es. cadute, lesioni, lesioni da pressioni, malnutrizione)	4,2(0,9)	4(1,1)	4,1(0,8)	0.621	4,1 (0,9)
Prevenire ICA rispettando le buone pratiche	4,2 (0,8)	4,4 (0,8)	4,4 (0,8)	0.673	4,3 (0,8)
Discutere con medici e altro staff problemi/interventi	3,9 (1,1)	3,7 (1,1)	4,1 (0,9)	0.269	3,8 (1,1)
Supervisionare attività del personale di supporto	3,8 (0,8)	3,5 (1)	3,6 (0,8)	0.263	3,6 (1)
Valutare efficacia assistenza erogata	3,7 (1)	3,7 (1)	3,6 (0,6)	0.853	3,7 (1)
Compilare/aggiornare documentazione/piano assistenziale	3,8 (0,9)	3,8 (1,1)	3,7 (1)	0.880	3,8 (1)
Effettuare passaggio di consegne	4,5 (0,7)	4,6 (0,8)	4,2 (0,8)	0.096	4,5 (0,8)
Insegnamento clinico a studenti infermieri	3,8 (1,2)	3,8 (1,3)	4 (1,1)	0.771	3,8 (1,2)

Tabella IIa. Media e deviazione standard delle ragioni delle CuIC stratificate per aree clinico assistenziali, secondo i coordinatori. Il p-value è stato evidenziato per valori inferiori a 0.05.

	Geriatria	Medica	Neurologia	p.Value	Totale complessivo
Numero infermieri insufficiente	3,5 (0,7)	1,8 (0,8)	2,5 (0,7)	0,107	2,3 (1)
Numero operatori di supporto insufficiente	2,5 (0,7)	1,8 (1,1)	1,5 (0,7)	0,597	1,9 (0,9)
Numero personale amministrativo insufficiente	1,5 (0,7)	3,4 (1,3)	4 (0)	0,138	3,1 (1,4)
Inadeguato skill-mix di personale (ad esempio eccessiva quantità di OSS rispetto alla quantità di infermieri)	3(0,7)	1,8(0,8)	2(0,7)	0,471	2,1(0,7)
Inadeguato modello organizzativo cure infermieristiche	2,5 (0,7)	3 (1,2)	2,5 (0,7)	0,795	2,8 (1)
Numero non bilanciato assistiti/infermiere	2 (1,4)	2,8 (1,1)	2,5 (0,7)	0,7	2,6 (1)
Inadeguato bilanciamento competenze infermieristiche in turno	2 (1,4)	3,2 (1,1)	3,5 (0,7)	0,389	3 (1,1)
Aumento inatteso del numero assistiti critici	2 (1,4)	2 (1,2)	2,5 (0,7)	0,874	2,1 (1,1)
Elevato numero ricoveri/dimissioni	1,5 (0,7)	1,4 (0,5)	2,5 (0,7)	0,166	1,7 (0,7)
Errata attribuzione priorità	2,5 (0,7)	2,4 (0,9)	2 (0)	0,791	2,3 (0,7)
Inadeguata revisione priorità del turno	2,5 (0,7)	2,8 (0,8)	2 (0)	0,477	2,6 (0,7)
Ripetute interruzioni attività assistenziali	2 (0)	1,2 (0,4)	1,5 (0,7)	0,2	1,4 (0,5)
Farmaci prescritti non disponibili	2,5 (0,7)	3 (1)	2 (0)	0,422	2,7 (0,9)
Tecnologia necessaria non disponibile/funzionante	2 (1,4)	2,2 (1,3)	2,5 (0,7)	0,922	2,2 (1,1)
Prestazioni attese non assicurate da altre strutture	2,5 (0,7)	1,4 (0,5)	1,5 (0,7)	0,166	1,7 (0,7)
Consegne infermieristiche incomplete	2,5 (0,7)	2,4 (0,9)	2 (0)	0,791	2,3 (0,7)
Mancata/tardiva segnalazione da operatore di supporto su assistenza non erogata	3 (0)	2,8 (0,8)	2,5 (0,7)	0,8	2,8 (0,7)
Inadeguata supervisione attività operatori di supporto	2,5 (0,7)	3,2 (0,8)	3 (0)	0,562	3 (0,7)
Tensioni tra infermieri e operatori di supporto	2,5 (0,7)	3,4 (0,9)	3,5 (0,7)	0,432	3,2 (0,8)
Comunicazione interrotte/incomplete tra infermieri e operatori di supporto	2 (0)	3,2 (0,8)	3 (0)	0,188	2,9 (0,8)
Tensioni tra i membri dello staff infermieristico	2,5 (0,7)	3,4 (0,9)	3 (0)	0,433	3,1 (0,8)
Comunicazioni interrotte/incomplete tra i infermieri	2 (0)	3,4 (0,9)	3 (0)	0,152	3 (0,9)
Tensioni tra staff medico e infermieristico	2,5 (0,7)	3 (0,7)	3 (0)	0,648	2,9 (0,6)
Comunicazioni interrotte/incomplete tra staff medico e infermieristico	2 (0)	2,2 (1,1)	2,5 (0,7)	0,868	2,2 (0,8)
Mancanza di supporto/collaborazione da membri del team	3 (0)	2,8 (0,8)	3 (0)	0,911	2,9 (0,6)
Caregiver non rintracciabile/non disponibile	2,5 (0,7)	3 (1)	3 (1,4)	0,84	2,9 (0,9)
Tempo da dedicare agli studenti	2,5 (0,7)	2,8 (1,3)	3 (0)	0,902	2,8 (1)