

Cure infermieristiche perse: risultati di uno studio osservazionale condotto nelle chirurgie dell'ASLBI

Camilla Zanone¹, Simona Milani², Manuela Ferrari³, Antonella Croso⁴

¹Infermiera, Nefrologia e Neurologia, ASL NO Novara, Italia

²Coordinatore CDS Infermieristica Università del Piemonte Orientale Polo formativo di Biella, ASL BI Biella, Italia

³CDS Infermieristica Università del Piemonte Orientale Polo formativo di Biella, ASL BI Biella, Italia

⁴Direttore Struttura Complessa Direzione Professioni Sanitarie (DI.P.SA), ASL BI Biella, Italia

Corrispondenza: zanone.camilla1012@gmail.com

RIASSUNTO

Introduzione La promozione delle cure fondamentali garantisce un miglioramento della qualità dell'assistenza. Con il termine cure mancate si indicano tutti gli interventi pianificati che vengono omessi, totalmente o parzialmente, dall'infermiere.

Obiettivi Esplorare la percezione degli infermieri sulle cure mancate e valutare l'entità del fenomeno attraverso l'analisi della documentazione clinica.

Materiali e metodi Si tratta di uno studio osservazionale condotto nei mesi di agosto e settembre 2020 tramite la somministrazione del questionario MISSCARE Survey agli infermieri che operano in tre reparti chirurgici dell'ASLBI. L'analisi delle cure perse è stata effettuata consultando la documentazione clinica relativa alla pianificazione dell'assistenza in prima giornata post-operatoria.

Risultati Secondo il percepito dagli infermieri le principali cure perse sono la deambulazione del paziente (81%), la mobilizzazione passiva (78%) e la cura del cavo orale (58%); dall'analisi della documentazione, invece, le cure pianificate e non attuate sono: cura del cavo orale (72%), valutazione del sito di inserzione dei cateteri venosi periferici e centrali (49%), lavaggio delle mani dei pazienti (46%) e compilazione completa della documentazione infermieristica (36%). Complessivamente la percentuale di cure perse è del 24%.

Discussione e conclusioni I risultati del nostro studio evidenziano come il fenomeno delle cure perse sia presente e come il percepito degli infermieri non sempre corrisponde a ciò che emerge dall'analisi della documentazione infermieristica.

Parole chiave: Cure infermieristiche, qualità dell'assistenza sanitaria, studio osservazionale, indagini e questionari, post- chirurgico.

Missed Nursing Care: results from an observational study conducted in the surgical wards of Biella Hospital

ABSTRACT

Introduction The promotion of fundamental care ensures an improvement in the quality of care. The term missed care refers to all planned interventions that are omitted, totally or partially, by the nurse.

Objectives To explore nurses' perceptions of missed care and assess the extent of the phenomenon through analysis of clinical documentation.

Materials and methods This was an observational study conducted in August and September 2020 through administering the MISSCARE Survey questionnaire to nurses working in three surgical wards of Biella Hospital. The analysis of missed care was conducted by consulting clinical records related to postoperative care planning on the first day.

Results According to nurses' perceptions, the main care missed were patient ambulation (81%), passive mobilization (78%), and oral care (58%); from the analysis of the documentation, however, the planned care

that was not implemented were: oral care (72%), evaluation of peripheral and central venous catheter insertion site (49%), patient handwashing (46%), and complete completion of nursing documentation (36%). Overall, the percentage of missed care is 24%.

Discussion and conclusions The results of our study show how the phenomenon of missed care is present and how the nurses' perceptions do not always match what emerges from the analysis of nursing documentation.

Key words: Nursing care, quality of health care, observational study, surveys and questionnaires, post operative periods.

INTRODUZIONE

Con il termine "cure infermieristiche mancate" si indicano tutti quegli interventi dell'assistenza infermieristica che vengono omessi, totalmente o parzialmente, rispetto a quanto pianificato (Bassi et al., 2018; Kalisch e Williams, 2009). In letteratura vengono definite anche come: "missed care", "missed nursing care" e "omitted care" (Jones et al., 2015).

Sul tema delle cure infermieristiche mancate vi sono tre principali approcci: *Tasks Undone (TU)* dell'*International Hospital Outcomes Research Consortium (IHORC)* sviluppato dalla *University of Pennsylvania School of Nursing's Center for Health Outcomes and Policy Research (USA)*. Lo IHORC, nel 2001, ha prodotto il primo report sulle cure mancate usando il termine "care left undone". Gli autori hanno identificato le cure mancate come una componente del processo assistenziale; il presupposto concettuale che viene proposto è che quando non vengono soddisfatti i bisogni di assistenza infermieristica si possono verificare esiti negativi sui pazienti (Sochalski, 2004); *Implicit Rationing (IR)*, questo modello concettuale ha preso avvio col progetto di ricerca *Rationing of Nursing Care* condotto in Svizzera e composto da un sottogruppo dello IHORC presso l'Università di Basilea. Questo modello rileva che la causa della mancata erogazione delle cure infermieristiche sia imputabile al potere decisionale degli infermieri. La decisione è "implicita", frutto di scelte del singolo infermiere e dettata dalla necessità. In mancanza di tempo e risorse, gli infermieri devono decidere quale priorità attribuire alle attività assistenziali. In questo modello sono stati ritenuti importanti sia i bisogni dei pazienti, sia le competenze decisionali degli infermieri. Gli esiti del processo di razionamento implicito delle cure sono stati identificati sia sui pazienti che sul personale infermieristico (Schubert et al., 2007); *Missed Care (MC)*, ha avuto origine presso la *School of Nursing University of Michigan (USA)*. Il modello concettuale teorizzato dalle MC si basa sulla presa in esame dei fattori che influenzano i processi decisionali degli infermieri. Gli esiti delle MC sono stati identificati sia sui pazienti che sul personale infermieristico (Kalisch, 2006).

In base ai tre approcci sulle cure mancate, sono stati sviluppati altrettanti strumenti di

valutazione: per l'approccio TU, il *Tasks Undone Survey*, per l'approccio IR, il *Basel Extent of Rationing of Nursing Care Survey-BERNCA*, mentre per l'approccio MC, il *MISSCARE Survey* (Sist et al., 2017). Ad oggi, il questionario MISSCARE Survey è il principale strumento che indaga le cure mancate (Castner e Dean-Baar, 2014).

Gli ambiti in cui le cure mancate si manifestano sono principalmente: deambulazione, mobilitazione, nutrizione, educazione al paziente ed ai suoi famigliari, pianificazione della dimissione, supporto emotivo, igiene, sorveglianza e compilazione della documentazione infermieristica (Kalisch, 2006). La percentuale di cure mancate rappresenta un importante indicatore della qualità dell'assistenza infermieristica (Basso et al., 2018).

Dagli studi condotti dal Consorzio RN4CAST la percentuale di cure infermieristiche mancate varia dal 75% in Inghilterra (Ball et al., 2014) al 93% in Germania (Zander et al., 2014), ad un totale dell'88% in 12 Paesi europei (Griffiths et al., 2014) e all'81% in Corea del Sud (Cho et al., 2016). L'educazione ai pazienti e ai suoi familiari viene percepita mancante dal 53% degli infermieri di dodici Paesi europei (Belgio, Inghilterra, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Spagna, Svezia e Svizzera) (Ausserhofer et al., 2014), dal 44% degli infermieri italiani (Sasso et al., 2017) e dal 65% degli infermieri del Regno Unito (Aiken et al., 2018). La discussione assieme al paziente del piano di dimissione è percepita mancante rispettivamente dal 41% (Ausserhofer et al., 2014), dal 45% (Sasso et al., 2017) e dal 52% (Aiken et al., 2018). Dallo studio italiano condotto nel 2015 dal Consorzio RN4CAST, l'attività maggiormente omessa risulta essere l'igiene orale, l'educazione al paziente e ai suoi familiari e la discussione assieme al paziente del piano di dimissione, risultano rispettivamente al secondo e al terzo posto tra le attività maggiormente omesse (Bagnasco et al., 2020).

La presenza di un'alta percentuale di cure mancate determina delle conseguenze sia sui pazienti che sugli infermieri (Basso et al., 2018). Negli infermieri determina una ridotta soddisfazione riguardo al ruolo lavorativo, portando a burnout e turnover (Cleary-Holdfort, 2019). Nei pazienti è stato dimostrato che vi è

un legame statistico tra mortalità e cure mancate (Ball et al., 2018; Schubert et al., 2012; Tesoro et al., 2018), soprattutto in pazienti sottoposti a procedure chirurgiche (Ball et al., 2018). L'ambito chirurgico emerge in letteratura come un setting assistenziale in cui le cure mancate risultano essere particolarmente elevate (Villamin et al., 2019).

Nel corso della prima ondata pandemica l'attività chirurgica dell'ASLBI è stata quasi completamente sospesa e i reparti chirurgici sono stati convertiti in degenza COVID. Nel mese di Agosto 2020 vi è stata un'intensa ripresa delle attività per far fronte alle esigenze che si erano accumulate nei mesi precedenti. L'organizzazione ha dovuto mettere in atto degli adattamenti e ci sono stati dei grandi cambiamenti negli assetti e nel turnover del personale assistenziale. Per tali motivi, si ritiene opportuno indagare le cure mancate in questo contesto temporale per raccogliere dei dati utili a valutare la qualità dell'assistenza infermieristica in seguito ai cambiamenti avvenuti.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale di questo studio è quello di esplorare la percezione degli infermieri sulle cure infermieristiche mancate e di valutare l'entità del fenomeno attraverso una raccolta dati condotta sulla documentazione clinica.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio osservazionale condotto presso tre Unità Operative (U.O.) facenti parte del Dipartimento di Chirurgia del polo ospedaliero "Nuovo Ospedale degli Infermi" dell'Azienda Sanitaria Locale di Biella (ASLBI): U.O. di Polispecialistica (18 posti letto, 12 infermieri, 1 coordinatore infermieristico, 7 operatori socio-sanitari), nella quale sono presenti le specialità di Dermatologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria e Gastroenterologia; U.O. di Ortopedia e Traumatologia (27 posti letto, 18 infermieri, 1 coordinatore infermieristico, 10 operatori socio-sanitari); U.O. di Alta Intensità Chirurgica e Chirurgia Vascolare (16 posti letto, 14 infermieri, 1 coordinatore infermieristico, 6 operatori socio-sanitari).

Raccolta dati

La raccolta dati è avvenuta dal 01 agosto al 30 settembre 2020 ed è stata condotta da un ricercatore esterno all'equipe assistenziale in due fasi.

Fase 1 – raccolta dati relativa al percepito degli infermieri. Il percepito degli infermieri è stato indagato con il questionario MISSCARE Survey (Kalisch, 2006). Il questionario è composto da: una prima sezione in cui sono elencate 24 attività infermieristiche e agli infermieri è

richiesto di stimare la frequenza con cui tali attività vengono omesse su una scala Likert a 5 punti; una seconda sezione in cui vi sono elencate 17 possibili cause di cure perse e agli infermieri è richiesto di indicare il loro accordo su una scala Likert a 4 punti. Il questionario è stato distribuito e raccolto da un ricercatore esterno.

Fase 2 – analisi della documentazione infermieristica. Le cure infermieristiche perse sono state indagate tramite l'utilizzo di una scheda di raccolta dati elaborata ad hoc che racchiude 17 item corrispondenti alle cure infermieristiche mancate presenti nel questionario MISSCARE Survey. Per ogni cura infermieristica pianificata è stato indagato se fosse stata erogata o mancante. Per garantire una completa raccolta dei dati si è proceduto ad un'analisi completa della cartella integrata: piano assistenziale individuale, scheda terapia, decorso infermieristico, e delle seguenti schede: medicazioni, parametri vitali e sorveglianza cateteri venosi centrali. L'analisi della documentazione infermieristica è stata effettuata direttamente nei reparti tramite consultazione della stessa il giorno successivo alla dimissione del paziente. I dati raccolti sono relativi alla prima giornata post-operatoria.

Analisi dei dati

Tutti i dati sono stati inseriti in un database realizzato con Microsoft Excel e sono stati elaborati usufruendo delle funzioni del programma stesso. L'analisi dei dati ha previsto una valutazione descrittiva delle variabili; per quanto concerne le variabili quantitative si è proceduto al calcolo della media e della deviazione standard, mentre i dati qualitativi sono stati indicati in termini di frequenza assoluta e percentuale.

Considerazioni etiche

È stato garantito l'anonimato e la riservatezza a tutti i partecipanti. Lo studio non ha in alcun modo interferito con i percorsi assistenziali dei pazienti; i dati raccolti sono stati utilizzati unicamente a fini statistici ed elaborati esclusivamente in forma aggregata senza alcun tipo di possibilità di diffusione nominativa, nel rispetto del codice di deontologia e di buona condotta, in accordo con l'articolo 20, comma 4, del D.Lgs 10 agosto 2018, n° 101. Lo studio è stato autorizzato dalla Direzione delle Professioni Sanitarie e dalla Direzione Medica di Presidio.

RISULTATI

Il questionario MISSCARE Survey è stato proposto a un totale di 47 infermieri, inclusi i coordinatori infermieristici di reparto, i rispondenti sono stati in totale 36 infermieri (77%): Polispecialistica 100% (13 infermieri),

Ortopedia 68% (13 infermieri) e Alta Intensità Chirurgica 67% (10 infermieri). Il campione è composto maggiormente da donne e con un'età compresa tra i 25 e i 44 anni, il titolo di studio

risulta essere in prevalenza la Laurea in Infermieristica (Tabella 1).

Tabella 1. - Caratteristiche del campione del questionario.	
	(N = 36)
Sesso	
Femmine, n (%)	29 (81)
Maschi, n (%)	7 (19)
Età	
< 25, n (%)	1 (3)
25-34, n (%)	11 (31)
35-44, n (%)	11 (31)
45-54, n (%)	10 (28)
55-64, n (%)	3 (8)
> 65, n (%)	0 (0)
Titolo di studio	
Diploma in infermieristica, n (%)	10 (28)
Laurea in infermieristica, n (%)	15 (42)
Laurea in infermieristica + master, n (%)	11 (31)
Laurea in infermieristica + magistrale, n (%)	0 (0)
Ruolo	
Infermiere, n (%)	33 (92)
Coordinatore di reparto, n (%)	3 (8)
Anni/mesi di lavoro complessivi	
Fino a 6 mesi, n (%)	0 (0)
6 mesi – 2 anni, n (%)	4 (11)
2 anni – 5 anni, n (%)	6 (17)
5 anni – 10 anni, n (%)	9 (25)
> 10 anni, n (%)	17 (47)
Anni/mesi di lavoro in reparto	
Fino a 6 mesi, n (%)	4 (11)
6 mesi – 2 anni, n (%)	5 (14)
2 anni – 5 anni, n (%)	11 (31)
5 anni – 10 anniversario, n (%)	8 (22)
> 10 anni, n (%)	8 (22)

Il livello di soddisfazione rispetto al ruolo occupato risulta essere molto elevato, in particolare l'89% del campione risulta essere soddisfatto o molto soddisfatto. Solo il 3% del campione ha indicato di essere insoddisfatto nell'essere infermiere. Inoltre, il 77% del campione è molto soddisfatto o soddisfatto del lavoro di gruppo svolto all'interno delle Unità Operative. Il 33% esprime il desiderio di cambiare reparto (Tabella 2).

Per quanto riguarda il rapporto infermiere/pazienti risulta essere di 1:8; il

numero di accessi durante il turno è in media di 1,6 (DS=1,3) e il numero di dimissioni è in media di 1,4 (DS=1,2).

In generale, le principali cure infermieristiche percepite mancanti sono: la deambulazione del paziente, la mobilitazione passiva e l'esecuzione delle cure del cavo orale. Le principali cure infermieristiche percepite non mancanti sono: la rilevazione dei parametri vitali e la valutazione e rivalutazione dell'evoluzione dei pazienti (Tabella 3).

Tabella 2. – Livello di soddisfazione degli infermieri.

	Polispecialistica	Ortopedia	Alta intensità	Totale
	N=13	N=13	N=10	N=36
Soddisfazione del ruolo occupato attualmente				
Molto soddisfatto, n (%)	3 (23)	3 (23)	3 (30)	9 (25)
Soddisfatto, n (%)	9 (69)	9 (69)	5 (50)	23 (64)
Né soddisfatto né insoddisfatto, n (%)	1 (8)	1 (8)	1 (10)	3 (8)
Insoddisfatto, n (%)			1 (10)	1 (3)
Molto insoddisfatto, n (%)				
Soddisfazione nell'essere un infermiere				
Molto soddisfatto, n (%)	6 (46)	5 (38)	5 (50)	16 (44)
Soddisfatto, n (%)	5 (38)	7 (54)	4 (40)	16 (44)
Né soddisfatto né insoddisfatto, n (%)	1 (8)	1 (8)	1 (10)	3 (8)
Insoddisfatto, n (%)	1 (8)			1 (3)
Molto insoddisfatto, n (%)				
Lavoro di gruppo				
Molto soddisfatto, n (%)	2 (15)	3 (23)	2 (20)	7 (19)
Soddisfatto, n (%)	7 (54)	9 (69)	5 (50)	21 (58)
Né soddisfatto né insoddisfatto, n (%)	3 (23)	1 (8)	2 (20)	6 (17)
Insoddisfatto, n (%)	1 (8)		1 (10)	2 (6)
Molto insoddisfatto, n (%)				
Cambiare reparto				
Sì, nei prossimi 6 mesi, n (%)	2 (15)	1 (8)	2 (20)	5 (14)
Sì, nei prossimi 12 mesi, n (%)	2 (15)	3 (23)	2 (20)	7 (19)
Non ho intenzione di cambiare reparto, n (%)	9 (69)	9 (69)	6 (60)	24 (67)

Tabella 3. – Frequenze e percentuali delle cure infermieristiche mancate percepite dagli infermieri.

	Polispecialistica	Ortopedia	Alta intensità	Totale
	N=13	N=13	N=10	N=36
Numero infermieri	N=13	N=13	N=10	N=36
Cure infermieristiche perse				
Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione, n (%)	8*(62)	13*(100)	8*(80)	29*(81)
Mobilizzazione passiva del paziente ogni 2 ore, n (%)	8*(62)	11*(85)	9*(90)	28*(78)
Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi, n (%)	3*(23)	4*(31)	4*(40)	11*(31)
Somministrazione della terapia 30 minuti prima o dopo l'orario indicato, n (%)	4*(31)	0*(0)	3*(30)	7*(19)
Rilevazione dei parametri vitali come da prescrizione, n (%)	0*(0)	0*(0)	0*(0)	0*(0)
Monitoraggio del bilancio idrico, n (%)	4*(31)	1*(8)	2*(20)	7*(19)
Compilazione completa della documentazione infermieristica, n (%)	6*(46)	3*(23)	2*(20)	11*(31)
Educazione ai pazienti e ai loro famigliari, n (%)	1*(8)	4*(31)	0*(0)	5*(14)
Soddisfare l'igiene personale del paziente e controllo della cute, n (%)	2*(15)	3*(23)	1*(10)	6*(17)
Esecuzione delle cure del cavo orale, n (%)	4*(31)	11*(85)	6*(60)	21*(58)
Lavaggio delle mani, n (%)	1*(8)	1*(8)	2*(20)	4*(11)
Discussione assieme al paziente del piano di dimissione, n (%)	3*(23)	2*(15)	2*(20)	7*(19)

Monitoraggio della glicemia come da prescrizione, n (%)	2*(15)	0*(0)	0*(0)	2*(6)
Valutazione dell'evoluzione dei pazienti almeno 1 volta per turno, n (%)	1*(8)	0*(0)	0*(0)	1*(3)
Valutazione del sito di inserzione dei CVP e CVC, n (%)	1*(8)	2*(15)	1*(10)	4*(11)
Valutazione dell'efficacia della terapia farmacologia somministrata, n (%)	1*(8)	0*(0)	1*(10)	2*(6)
Cura delle ferite e controllo delle lesioni da pressione, n (%)	1*(8)	1*(8)	2*(20)	4*(11)
Preparazione del pasto e del setting per i pazienti autosufficienti, n (%)	1*(8)	1*(8)	2*(20)	4*(11)
Supportare emotivamente i pazienti e i loro famigliari, n (%)	2*(15)	4*(31)	3*(30)	9*(25)
Rivalutazione specifica del paziente nel corso del turno, n (%)	1*(8)	0*(0)	0*(0)	1*(3)
Risposta del campanello entro 5 minuti dalla chiamata, n (%)	1*(8)	3*(23)	2*(20)	6*(17)
Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta, n (%)	0*(0)	0*(0)	2*(20)	2*(6)
Partecipazione alle riunioni di reparto o aziendali, n (%)	1*(8)	1*(8)	2*(20)	4*(11)
Assistenza al paziente con bisogni di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata, n (%)	2*(15)	2*(15)	1*(10)	5*(14)

* La frequenza è data dalla somma dei campi sempre, occasionalmente e frequentemente mancante.

Le principali cause delle cure mancate, secondo gli infermieri sono: il numero inadeguato di personale di supporto e infermieristico, il peggioramento repentino delle condizioni cliniche dei pazienti, l'elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno. La raccolta dati sulla documentazione infermieristica dei pazienti è stata condotta complessivamente su 90 cartelle, 30 per ogni Unità Operativa presa in esame; la documentazione è relativa a un campione costituito per il 51% da maschi; l'età media è di 73 anni (DS = 16) e i giorni medi di degenza sono 8,7 giorni (DS = 5,6). Dalla documentazione le cure infermieristiche perse risultano essere: l'esecuzione delle cure del cavo orale, pianificata 65 volte, non erogata 47, la valutazione del sito di inserzione dei cateteri venosi periferici e centrali, pianificata 86 volte, non erogata 42, il lavaggio delle mani dei pazienti, pianificato 65 volte, non erogato 30 e la compilazione completa della documentazione infermieristica, pianificata 90 volte, non erogata 32. Le cure infermieristiche mai omesse sono: la mobilitazione passiva, l'aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi, la rilevazione dei parametri vitali, il monitoraggio del bilancio idrico, il monitoraggio della glicemia, la valutazione dell'evoluzione dei pazienti, la valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica somministrata e la cura

delle ferite e il controllo delle lesioni da pressione.

Dall'analisi della documentazione, la cura del cavo orale risulta essere mancante nel 72% dei casi in cui è stata pianificata, mentre è percepita mancante dal 58% degli infermieri.

Il lavaggio delle mani dei pazienti, dalla documentazione, risulta mancante nel 46% dei casi, mentre solo l'11% degli infermieri la percepisce come tale.

Il 49% degli infermieri ritiene cura persa la valutazione del sito di inserzione dei cateteri venosi periferici e cateteri venosi centrali prevista dal protocollo aziendale, mentre dalla documentazione è mancante solo nell'11% dei casi.

Inoltre, il 78% degli infermieri percepisce come mancante la mobilitazione passiva, ma dall'analisi della documentazione non lo è; anche la deambulazione dei pazienti viene percepita come mancante dall'81% degli infermieri, ma risulta mancante dalla documentazione solo nel 5% dei casi.

Per quanto riguarda la compilazione della cartella infermieristica in tutte le sue parti, è risultata mancante nel 36% delle cartelle esaminate e il 31% degli infermieri la percepisce come tale (Tabella 4).

Tabella 4. –Confronto tra le cure percepite come mancanti percepite dagli infermieri e quelle non erogate.

	Polispecialistica	Ortopedia	Alta Intensità	Totale
Deambulazione del paziente Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	8(62) 2 (13)	13(100) 0(0)	8(80) 0(0)	29(81) 2(5)
Mobilizzazione passiva del paziente ogni 2 ore Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	8(62) 0(0)	11(85) 0(0)	9(90) 0(0)	28(78) 0(0)
Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	3(23) 0(0)	4(31) 0(0)	4(40) 0(0)	11(31) 0(0)
Somm. della terapia 30 minuti prima o dopo l'orario indicato Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	4(31) 1(3)	0(0) 1(3)	3(30) 0(0)	7(19) 2(2)
Rilevazione dei parametri vitali come da prescrizione Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	0(0) 0(0)	0(0) 0(0)	0(0) 0(0)	0(0) 0(0)
Monitoraggio del bilancio idrico Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	4(31) 0(0)	1(8) 0(0)	2(20) 0(0)	7(19) 0(0)
Compilazione completa della documentazione infermieristica Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	6(46) 7(23)	3(23) 15(50)	2(20) 10(33)	11(31) 32(36)
Educazione ai pazienti e ai loro famigliari Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	1(8) 0(0)	4(31) 3(10)	0(0) 1(3)	5(14) 4(4)
Soddisfare l'igiene personale del paziente e controllo della cute Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	2(15) 1(3)	3(23) 0(0)	1(10) 0(0)	6(17) 1(1)
Esecuzione delle cure del cavo orale Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	4(31) 6(32)	11(85) 23(92)	6(60) 18(86)	21(58) 47(72)
Lavaggio delle mani Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	1(8) 7(37)	1(8) 4(16)	2(20) 19(90)	4(11) 30(46)
Discussione assieme al paziente del piano di dimissione Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	3(23) 0(0)	2(15) 3(10)	2(20) 1(3)	7(19) 4(4)
Monitoraggio della glicemia come da prescrizione Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	2(15) 0(0)	0(0) 0(0)	0(0) 0(0)	2(6) 0(0)
Valutazione dell'evoluzione dei pz almeno 1 volta per turno Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	1(8) 0(0)	0(0) 0(0)	0(0) 0(0)	1(3) 0(0)
Valutazione del sito di inserzione dei CVP e dei CVC Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	1(8) 10(34)	2(15) 23(85)	1(10) 9(30)	4(11) 42(49)
Valutazione dell'efficacia della terapia farmacologia somm. Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	1(8) 0(0)	0(0) 0(0)	1(10) 0(0)	2(6) 0(0)
Cura delle ferite e controllo delle lesioni da pressione Percepito come mancante, n (%) Non erogato, n (%)	1(8) 0(0)	1(8) 0(0)	2(20) 0(0)	4(11) 0(0)

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Complessivamente dalla nostra indagine, la percentuale di cure mancate è del 24%, risultando particolarmente inferiore rispetto ai risultati riportati nello studio RN4CAST che riportava una percentuale del 41% (Sasso et al., 2019). Con questo studio si è cercato di oggettivare il fenomeno analizzandolo sulla base della documentazione e del percepito dagli infermieri, al fine di metterne in luce le discrepanze.

La mancata cura del cavo orale risulta sia dal percepito degli infermieri sia dall'analisi della documentazione clinica, in disaccordo con lo studio di Villamin et al. (2019) che ha indagato l'ambito oncologico mettendolo a confronto con quello medico e chirurgico. Nell'ambito oncologico la cura del cavo orale non risulta tra le cure perse (Villamin et al., 2019). La trascuratezza di questa cura può portare a gravi conseguenze, tra cui lo sviluppo di polmoniti (Ausserhofer et al., 2013; Tesoro et al., 2018). Dalla documentazione si evince che gli infermieri ritengono fondamentale la valutazione del cavo orale e la pianificazione degli interventi di igiene. Spesso la cura viene attribuita al personale di supporto per cui è possibile che il problema sia da ricercare nella non rivalutazione dell'intervento attribuito o nella non comunicazione tra infermieri e personale ausiliario. Il 42% degli infermieri, infatti, lamenta la mancata segnalazione, da parte degli operatori di supporto, delle cure non fornite al paziente. Nella letteratura che coinvolge i pazienti la carenza nella cura personale riguarda anche la sfera del rispetto della privacy e del riconoscimento del contesto culturale. Gli assistiti riferiscono il fatto che molte volte la loro privacy è stata violata e che le diversità culturali non venivano comprese e valorizzate (Palese et al., 2011).

La valutazione del sito di inserzione dei cateteri venosi periferici e centrali risulta mancante nel 49% dei casi, ma viene percepita mancante solo dal 31% degli infermieri. Tale differenza può trovare spiegazione nel fatto che l'infermiere esperto effettua una valutazione complessiva dell'assistito ogni qualvolta ne viene a contatto. Nella prima giornata post operatoria spesso è prevista la somministrazione di farmaci per via endovenosa, per cui tale mancanza potrebbe riflettere una dimenticanza nella compilazione della documentazione infermieristica.

La mobilitazione viene percepita come frequentemente mancante dal 78% degli infermieri e questo aspetto è in accordo con quanto emerge da una recente revisione (Bagnasco et al., 2020). I risultati del nostro studio evidenziano come la deambulazione sia stata ritenuta spesso mancante nell'81% degli infermieri, ma è risultata omessa solo nel 5%

dei casi. Questa discordanza può essere spiegata tenendo in considerazione che gli interventi di mobilitazione vengono spesso eseguiti dagli operatori sanitari di supporto o, in caso di situazioni più complesse, dai fisioterapisti. Gli infermieri prescrivono l'intervento, ma, in condizioni cliniche stabili, lo attribuiscono, e dunque potrebbero percepirlo mancante più di quanto in realtà sia. Ulteriori studi potrebbero chiarire se queste cure vengono percepite come perse dagli infermieri per l'importanza che essi continuano ad attribuirgli pur in organizzazioni che prevedono che siano attuate da altre figure. La mancata deambulazione e mobilitazione del paziente è correlata alla comparsa di polmoniti, lesioni da pressione e delirio; inoltre può causare un ritardo nella guarigione delle ferite, una diminuzione del tono muscolare, l'aumento dell'affaticamento e un aumento dei giorni di ricovero (Palese et al., 2015). Negli studi che hanno preso in considerazione il percepito dei pazienti, la mobilitazione è una delle cure che viene percepita come spesso carente (Palese et al., 2011). Sarebbero necessari ulteriori studi per chiarire se viene percepita carente perché effettivamente lo è o perché non viene effettuata quanto l'assistito desidera. Se un paziente è abituato a domicilio a deambulare numerose volte al giorno, farlo anche solo 3 volte al giorno potrebbe risultare per lui insufficiente.

La sorveglianza del paziente non emerge come mancante, infatti la valutazione del paziente, la rilevazione dei parametri vitali, della glicemia, il monitoraggio del bilancio idrico e la valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica somministrata risultano essere sempre attuati. Questo risulta sia dall'analisi della documentazione che dai questionari compilati dagli infermieri. Tale aspetto garantisce la qualità dell'assistenza, in particolare nel paziente post-chirurgico ove la sorveglianza in prima giornata è essenziale per rilevare segni o sintomi di complicanze (Khanna et al., 2019).

Una precoce individuazione di segni di peggioramento e una tempestiva comunicazione permette di prevenire le complicanze cardiocircolatorie e diminuisce la mortalità dei pazienti (Beaumont et al., 2008; Smith, 2010). Nel contesto dell'ASL BI l'uso della scheda di rilevazione parametri del "Piano Regionale Integrato Monitoraggio e Allertamento" (P.R.I.M.A), elaborata nel 2017 all'interno del Progetto della Regione Piemonte per l'Emergenza Intraospedaliera, aiuta il professionista ad avere una visione generale sulle condizioni del paziente e quindi ad individuare in modo immediato la presenza di parametri vitali alterati.

La non completezza nella documentazione emerge nel 36% delle cartelle analizzate, ma

anche il 31% degli infermieri ritiene che spesso sia un'attività omessa. Gli infermieri, quindi, sono consapevoli di non compilare adeguatamente la documentazione. La mancata compilazione potrebbe dipendere dal fatto che, in carenza di tempo, viene data maggiore priorità agli interventi sui pazienti. Tuttavia, essendo la cartella infermieristica formalmente riconosciuta dall'art. 69 del D.P.R. 384/90 e giuridicamente atto pubblico, sarebbe importante che le organizzazioni tenessero in considerazione il tempo necessario alla sua completa redazione. Dalla letteratura emerge che la completezza della documentazione infermieristica migliora gli esiti di cura sui pazienti (Borsato et al., 2011; Mykkänen et al., 2012; Prideaux, 2011). L'infermiere fa molto, ma talvolta tende a non documentarlo (Bompan et al., 2020). Ulteriori studi potranno chiarire quanto la tecnologia possa essere utile in questo senso e se le cartelle informatizzate possano essere più accurate rispetto a quelle cartacee nell'identificazione dei problemi e degli esiti assistenziali.

Per quanto riguarda il tema dell'educazione ai pazienti e ai familiari, la discussione assieme al paziente del piano di dimissione e l'insegnamento delle cure da seguire a domicilio, sono state individuate come omesse da circa il 15% degli infermieri e sono risultati mancanti solo nel 4% delle documentazioni analizzate. Dunque, nella maggior parte dei casi, il paziente sottoposto a intervento chirurgico è coinvolto in un percorso educativo in pianificazione della dimissione. Inoltre, vista la brevità del periodo di ricovero, l'educazione comincia già nel periodo pre-operatorio e si protrae in modo continuo durante tutta la degenza per garantire un apprendimento graduale e personalizzato. In più, il modello di cura del Primary Nursing prevede che già dal momento del ricovero siano individuati e pianificati gli obiettivi educativi per instaurare una relazione educativa stabile (Manthey, 2002). Per le persone assistite la comunicazione è un aspetto spesso sottovalutato. Una corretta comunicazione permette di stabilire una relazione terapeutica che garantisce un'assistenza infermieristica realmente percepita dalla persona come di qualità (Bagnasco et al., 2020). I pazienti sentono il bisogno di sviluppare un rapporto con gli infermieri, di approfondire la conoscenza del loro piano di cura, delle procedure a cui devono essere sottoposti, della terapia farmacologica e sono ritenuti importanti anche gli aspetti riguardanti l'organizzazione del reparto e le regole interne (Alasad et al., 2015). Un ulteriore aspetto percepito dai pazienti come carente è l'educazione finalizzata alla gestione in maniera autonoma della patologia. Pazienti e familiari evidenziano uno scarso coinvolgimento nel

piano terapeutico ed assistenziale e ciò influisce anche sull'aspetto decisionale che viene percepito quasi nullo. Tale carenza può far sentire la persona poco libera di gestirsi autonomamente e di non avere il pieno controllo della vita. Per quanto riguarda l'aspetto dell'educazione in previsione della dimissione, i pazienti si sentono in difficoltà a gestire la propria salute e la carenza di informazioni produce loro sentimenti di angoscia ed ansia (Kalisch et al., 2012).

Per quanto riguarda il livello di soddisfazione degli infermieri, da questo studio si evince che più dell'80% degli infermieri è soddisfatto del ruolo che ricopre all'interno del reparto, di essere un infermiere e del lavoro di gruppo all'interno dell'equipe. Inoltre, il 67% degli infermieri non esprime l'intenzione di cambiare reparto. Tale aspetto risulta importante considerando il momento storico in cui i dati sono stati raccolti, va evidenziato inoltre che il rapporto infermiere-paziente in questo studio risulta di 1:8. Secondo il Registered Nursing Forecasting (RN4CAST), condotto a livello nazionale nel 2015, il rapporto infermiere-pazienti è di 1:9, il rapporto ottimale è di 1:6 ed è dimostrato che per ogni paziente in più si producono esiti negativi, per i pazienti in termini di aumento della mortalità, per gli infermieri un aumento del burnout (Aiken et al., 2014). Un minor rapporto infermiere - paziente contribuisce ad una migliore condizione professionale e dunque ad un più alto livello di soddisfazione (Sasso et al., 2019).

Nello studio sono evidenziabili alcuni limiti, quali il campione ridotto che riduce la possibilità di generalizzare i risultati; l'analisi della documentazione infermieristica si limita ad una sola giornata di degenza e il tasso di risposta ai questionari è stato del 77%. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è quello di Kalisch (2006), in questi anni potrebbero essere emerse nuove cure infermieristiche mancate non intercettate dallo strumento. Inoltre, sono state sollevate numerose perplessità sulle modalità di misurazione e sul contenuto delle rilevazioni da strumenti self-report. I dati devono essere interpretati con estrema attenzione. Dalla letteratura emerge infatti che gli attuali sistemi di raccolta dati tendono a decontestualizzare quanto non viene fatto dalla situazione reale rendendo così difficile la comprensione del dato, la sua rilevanza e l'eventuale impatto sugli esiti. È molto importante, dunque, che quando le rilevazioni vengono fatte a livello di reparto, vengano distinte le omissioni occasionali da quelle ripetute poiché è normale che non sempre sia possibile fare tutto quello che viene pianificato. Dal punto di vista organizzativo è bene distinguere le attività essenziali da quelle non strettamente essenziali, le attività dilazionabili e

quelle non dilazionabili (Saiani e Di Giulio, 2018). Un ulteriore limite è che non è stato indagato il percepito dei pazienti.

Una valutazione completa delle cure infermieristiche mancate non può prescindere dall'analisi della documentazione clinica attraverso la quale è possibile definire le condizioni dell'assistito e le conseguenze che le possibili omissioni potrebbero avere sulla sua sicurezza.

Concludendo, i nostri risultati mostrano che il percepito degli infermieri, rispetto alle cure mancate, a volte è sovrastimato e altre volte sottostimato. Sarebbe utile sviluppare strumenti di misurazione non basati esclusivamente sul self report. Un monitoraggio periodico delle cure mancate permetterebbe di intercettare situazioni critiche e attivare interventi volti a migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata.

Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Direzione delle Professioni Sanitarie e la Direzione Medica di Presidio, per aver autorizzato questo studio. Inoltre, si ringraziano i coordinatori e gli infermieri, per aver collaborato all'indagine.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & Griffiths, P., (2018). *Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: An observational study*. British Medical Journal Open. 118(1), e019189. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019189>.
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., Van Achterberg, T., Sermeus, W. e RN4CAST consortium, (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet (London, England). 383(9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
- Alasad, J., Abu Tabar, N. e AbuRuz, M. E., (2015). *Patient satisfaction with nursing care: measuring outcomes in an international setting*. The Journal of nursing administration. 45(11), 563–568.
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Desmedt, M., Blegen, M. A., De Geest, S., & Schwendimann, R., (2013). *The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey*. International journal of nursing studies. 50(2), 240–252. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007>.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., & Rafferty, A. M. ... RN4CAST Consortium, (2014). *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: Results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study*. BMJ Quality and Safety. 23, 126–135. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002318>.
- Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P., & RN4Cast Consortium, (2018). *Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study*. International journal of nursing studies. 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>.
- Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P., (2014). *'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care*. BMJ quality & safety. 23(2), 116–125. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001767>.
- Bagnasco, A., Dasso, N., Rossi, S., Galanti, C., Varone, G., Catania, G., Zanini, M., Aleo, G., Watson, R., Hayter, M. e Sasso, L., (2020). *Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: a scoping review of patients' perspectives*. Journal of clinical nursing. 29(3-4), 347–369. <https://doi.org/10.1111/jocn.15089>.
- Bassi, E., Tartaglini, D. e Palese, A., (2018). *Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura*. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 37(1), 12–24. doi 10.1702/2890.29148.
- Basso, I., Bonaudo, M., Dimonte, V. e Campagna, S., (2018). *Le Missed Care negli ospiti delle residenze sanitarie per anziani: risultati di uno studio pilota*. Assistenza Infermieristica e Ricerca. 37(3), 136–143. doi 10.1702/2996.29982.
- Beaumont, K., Luettel, D., & Thomson, R., (2008). *Deterioration in hospital patients: early signs and appropriate actions*. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain)) : 1987. 23(1), 43–48. <https://doi.org/10.7748/ns2008.09.23.1.43.c6653>.
- Bompan, A., Piazzalunga, M., Ausili, D., Alberio, M., Sironi, C., Di Mauro, S., (2020). *Accuracy of hospital nursing documentation: a multi-center observational study*. Prof Inferm. 73(2), 81–8.

- Borsato, F. G., Rossaneis, M., Haddad, M. C. F. L., Vannuchi, M. T. O., & Vituri, D. W., (2011). *Assessment of quality of nursing documentation in a University Hospital*. *Acta Paul Enferm.* 24(4), 527-533. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000400013>.
- Castner, J. e Dean-Baar, S., (2014). *Measuring nursing error: psychometrics of MISSCARE and practice and professional issues items*. *Journal of nursing measurement.* 22(3), 421–437.
- Cho, E., Lee, N. J., Kim, E. Y., Kim, S., Lee, K., Park, K. O., & Sung, Y. H., (2016). *Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care and care left undone in hospitals: A cross-sectional study*. *International Journal of Nursing Studies.* 60, 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.05.009>.
- Cleary-Holdforth, J., (2019). *Missed nursing care: a symptom of missing evidence*. *Worldviews on evidence-based nursing.* 16(2), 88–91. <https://doi.org/10.1111/wvn.12351>.
- Griffiths, P., Ball, J. E., Drennan, J., James, L., Jones, J., Recio-Saucedo, A., & Simon, M., (2014). *The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements*. London, UK: NICE, NICE Evidence review.
- Jones, T. L., Hamilton, P., & Murry, N., (2015). *Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review*. *International journal of nursing studies.* 52(6), 1121–1137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012>.
- Kalisch, B. J., (2006). *Missed nursing care: a qualitative study*. *Journal of nursing care quality.* 21(4), 306–315. <https://doi.org/10.1097/00001786-200610000-00006>.
- Kalisch, B. J., McLaughlin, M. e Dabney, B. W., (2012). *Patient perceptions of missed nursing care*. *Joint Commission journal on quality and patient safety.* 38(4), 161–167.
- Kalisch, B. J. e Williams, R. A., (2009). *Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care*. *The Journal of nursing administration.* 39(5), 211–219. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5>.
- Khanna, A. K., Ahuja, S., Weller, R. S., & Harwood, T. N., (2019). *Postoperative ward monitoring - Why and what now?*. *Best practice & research. Clinical anaesthesiology.* 33(2), 229–245. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2019.06.005>.
- Manthey, M., (2002). *The practice of primary nursing (2nd ed.)*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management.
- Mykkänen, M., Saranto, K., & Miettinen, M., (2012). *Nursing audit as a method for developing nursing care and ensuring patient safety*. *NI 2012 : 11th International Congress on Nursing Informatics, June 23-27, 2012, Montreal, Canada. International Congress in Nursing Informatics (11th : 2012 : Montreal, Quebec).* 2012, 301.
- Palese, A., Ambrosi, E., Prosperi, L., Guarnier, A., Barelli, P., Zambiasi, P., Allegrini, E., Bazoli, L., Casson, P., Marin, M., Padovan, M., Picogna, M., Taddia, P., Salmaso, D., Chiari, P., Marognolli, O., Canzan, F., Gonella, S. e Saiani, L., (2015). *Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting*. *Internal and emergency medicine.* 10(6), 693–702.
- Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C. e Balogh, Z., (2011). *Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: a descriptive and correlational study in six European countries*. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing.* 43(4), 341–350.
- Prideaux A., (2011). *Issues in nursing documentation and record-keeping practice*. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing).* 20(22), 1450–1454. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.22.1450>.
- Saiani, L. e Di Giulio, P., (2018). *La misurazione delle missed care: problemi e criticità*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca.* 37(3), 144–148.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Catania, G., Zanini, M., Santullo, A., Watson, R., Sermeus, W. e Aiken, L., (2019). *Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti alcuni dati italiani dello studio m4cast per una riflessione condivisa*. *L'infermiere.* 56(3), e43–e50.
- Sasso, L., Bagnasco, A., Zanini, M., Catania, G., Aleo, G., Santullo, A., Sermeus, W., (2017). *The general results of the RN4CAST survey in Italy*. *Journal of Advanced Nursing.* 73(9), 2028–2030. <https://doi.org/10.1111/jan.13066>.
- Schubert, M., Clarke, S. P., Aiken, L. H., & de Geest, S., (2012). *Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals*. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care.* 24(3), 230–238. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs009>.
- Schubert, M., Glass, T. R., Clarke, S. P., Schaffert-Witvliet, B. e De Geest, S., (2007). *Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument*. *Nursing research.* 56(6), 416–424. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62>.
- Sist, L., Contini, C., Bandini, A., Bandini, S., Massa, L., Zanin, R., Maricchio, R., Ganesini, G., Bassi, E., Tartaglioni, D., Palese, A. e Ferraresi, A., (2017). *MISSCARE Survey - Versione Italiana: risultati dello*

studio di validazione di uno strumento per la rilevazione delle cure infermieristiche mancate [MISSCARE Survey - Italian Version: findings from an Italian validation study]. *Igiene e sanità pubblica*. 73(1), 29–45.

Smith G. B., (2010). *In-hospital cardiac arrest: is it time for an in-hospital 'chain of prevention'?*. *Resuscitation*. 81(9), 1209–1211. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.04.017>.

Sochalski, J., (2004). *Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals*. *Medical care*. 42(2), 67-73. *care in hospitals*. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109127.76128>.

Tesoro, M., Peyser, D. J., & Villarente, F., (2018). *A Retrospective Study of Non-Ventilator-Associated Hospital Acquired Pneumonia Incidence and Missed Opportunities for Nursing Care*. *The Journal of*

nursing administration. 48(5), 285–291. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000614>.

Villamin, C., Anderson, J., Fellman, B., Urbauer, D. e Brassil, K., (2019). *Perceptions of missed care across oncology nursing specialty units*. *Journal of nursing care quality*. 34(1), 47–53. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000324>.

Zander, B., Dobler, L., Bäumler, M., & Busse, R., (2014). *Implizite Rationierung von Pflegeleistungen in deutschen Akutkrankenhäusern - Ergebnisse der internationalen Pflegestudie RN4Cast [Nursing tasks left undone in German acute care hospitals - results from the international study RN4Cast]*. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 76(11), 727–734. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1364016>.