

Missed nursing care in area chirurgica: l'esperienza del Dipartimento chirurgico dell'Azienda ULS di Piacenza

Fabio Mozzarelli¹, Giovanna Casella², Sara Posla³, Elisa Stefanoni⁴

¹Infermiere, Azienda USL Piacenza

²Infermiere, Azienda USL Piacenza

³Infermiere, Azienda USL Piacenza

⁴Infermiere, Azienda USL Piacenza

Corrispondenza: fabio.mozzarelli@gmail.com

INQUADRAMENTO GENERALE

Missed nursing care (MNC), è una denominazione che in lingua italiana assume il significato di cure perse. Esse indicano tutte quelle attività assistenziali che parzialmente o totalmente non vengono svolte oppure risultano erogate con ritardo (Sist & Cortini et al., 2012).

Sono fenomeni con una magnitudo Internazionale come testimoniato da molti lavori di ricerca che sono stati pubblicati negli ultimi anni (Aiken & Clarke et al 2001; Sochalski 2004; Kalish 2006; Nappo & Di Lorenzo 2015; Maloney & Fencl et al. 2015; Palese & Bassi et al. 2018; Bagnasco & Catania et al. 2020).

Secondo Kalish (2006), le cure infermieristiche mancate si riferiscono alla deambulazione del paziente, alla mobilitazione nel letto, alla cura e all'igiene del cavo orale, al ritardo o alla mancata consegna del pasto, alla somministrazione della terapia nel giusto orario e alla valutazione della sua efficacia.

Si aggiungono anche il supporto all'assistito ed al caregiver, l'istruzione e l'educazione al paziente e la pianificazione della dimissione.

In uno studio di Palese e colleghi (2015), viene approfondito il rapporto fra la composizione quali/quantitativa dello staff in relazione ad alcuni esiti assistenziali come il tasso di infezioni, l'insorgenza di lesioni da pressione, le cadute dei pazienti, i tempi di degenza ospedaliera, l'emersione di eventi avversi e di complicanze post chirurgiche.

Altro aspetto indagato, ha riguardato le ricadute sui professionisti, evidenziando una correlazione fra MNC e soddisfazione lavorativa, turn over e intenzione di lasciare la professione, infatti nelle unità operative in cui il personale risultava soddisfatto del proprio lavoro, il numero di cure mancate, si è dimostrato significativamente inferiore (Kalish & Tschannen et al., 2011; Friese & Kalisch et al., 2013; Karlsson & Gunningberget et al., 2019; Sasso & Bagnasco et al., 2019).

Altri lavori di ricerca che hanno approfondito la relazione fra MNC e i differenti setting di cura, hanno indicato come tale fenomeno, sembrava essere maggiormente presente nelle unità di area medico-chirurgica, rispetto a quelle di terapia intensiva e materno infantili (Duffy & Culp et al., 2018; Parise & Rosi et al., 2021).

Secondo Currie e colleghi (2005), le cause favorenti le MNC, dipendono da ritardi ed omissioni per mancanza di tempo, di personale, per scarsità di risorse materiali, per l'aumento del fabbisogno assistenziale, per il cattivo lavoro di squadra e per una delega inefficace.

Si registrano ulteriori importanti lavori di approfondimento scientifico come ad esempio una partecipata consensus conference in cui sono stati discussi i risultati del progetto RANCARE e dello studio RN4CAST in cui venivano suggeriti alcuni interventi per minimizzare le missed care come ad esempio il riconoscimento del valore delle prassi infermieristiche, la valutazione di eventuali attività non assistenziali che tendevano a sottrarre tempo ai professionisti e la necessità di implementare percorsi formativi nell'ottica di una appropriata attribuzione degli interventi assistenziali agli operatori di supporto (Aiken & Schwendimann, 2014).

Fra le esperienze Italiane, emerge una ricerca di Bagnasco e colleghi (2020) in cui è stato indagato il fenomeno MNC nelle aree chirurgiche, mediche e miste di 40 ospedali del nostro Paese dislocate in 13 regioni con il coinvolgimento di 3.666 infermieri.

Le attività maggiormente omesse, sono risultate essere l'igiene orale, l'educazione verso il paziente e la sua famiglia, il conforto e la comunicazione con l'assistito mentre la prassi meno tralasciata, figurava essere la gestione del dolore.

Non sono state riscontrate differenze rilevanti fra i diversi setting assistenziali e si rilevava che le suddette cure mancate, avvenivano principalmente nel turno del mattino.

Per la misurazione delle MNC, si ritrovano in letteratura, diversi scores, fra cui la task undone scale (Sochalski, 2004), la basel extent of rationing of nursing care (Schubert & Glass et al., 2007), la perceived implicit rationing of nursing care (Jones, 2014).

La più utilizzata, risulta però essere la Misscare Survey (Kalish & Williams 2009), di cui ne esiste anche una versione tradotta e validata in lingua italiana (Sist & Cortini et al., 2012).

CONTESTUALIZZAZIONE DELL'ESPERIENZA

Nel lavoro proposto, ci si è dati l'obiettivo di valutare ed analizzare l'eventuale presenza di missed nursing care e di approfondirne le cause all'interno del dipartimento chirurgico dell'Azienda USL di Piacenza coinvolgendo le unità operative di degenza ma escludendo le aree ambulatoriali e di day surgery.

Il suddetto dipartimento, è situato all'interno di una azienda sanitaria pubblica a valenza provinciale con setting di degenza che si trovano nel presidio ospedaliero hub Guglielmo Da Saliceto di Piacenza ed in quello periferico spoke di Castel S. Giovanni.

Dal 2020, in conseguenza alle riorganizzazioni dovute alla pandemia covid 19, le aree di ricovero nel presidio ospedaliero di Piacenza, erano state suddivise in traumatologia e ortopedia dotata di 40 posti letto, in chirurgia linea d'urgenza a contenuto multispecialistico costituita da 34 posti letto, in chirurgia di linea programmata di tipo polispecialistico con una dotazione di 32 posti letto di cui 6 di essi, riservati ai pazienti SARS-cov-2 positivi.

Presso l'ospedale di Castel S. Giovanni, erano presenti 24 posti letto di chirurgia programmata anch'essi multi specialistici ed un'ulteriore area di 19 posti letto di week surgery a medio/bassa complessità.

I professionisti dell'area assistenziale che componevano i setting di cura, erano rappresentati da 103 infermieri clinici, 52 operatori socio sanitari, 4 fisioterapisti e 5 infermieri coordinatori.

Il modello assistenziale in uso presso le suddette unità operative nel periodo precedente alla pandemia covid, era di tipo focused patient centred e a piccole equipe (Nicastro & Liguori et al., 2019), che rappresenta la modalità di cura a cui si è tentato di ritornare dopo la prima e la seconda ondata pandemica.

La realizzazione dello studio, è stata discussa e concordata con la direzione delle professioni sanitarie attraverso la rete di ricerca per le professioni sanitarie dell'azienda USL di Piacenza.

Il lavoro di ricerca, ha escluso professionisti con esperienza professionale inferiore a sei mesi in ambito chirurgico e/o che non svolgessero la propria attività lavorativa in setting di degenza.

L'indagine si è sviluppata attraverso un approccio multi metodo con disegno sequenziale esplicativo (Mik-Meyer2020; Paturzo & Colaceci et al., 2016) e si è articolato in due parti distinte. La prima, denominata studio di fase 1, attraverso un approccio quantitativo osservazionale trasversale, in accordo con le linee guida per studi trasversali (STROBE) (Cuschieri, 2019) (appendice 1), somministrando la Misscare Survey ad un campione consecutivo di convenienza di infermieri del suddetto dipartimento.

La seconda parte della indagine, denominata studio di fase 2, si è avvalsa di un disegno di ricerca qualitativo esplorativo descrittivo (Crowe & Inder et al., 2015; Vaismoradi & Turunen et al., 2013; Sandelowski & Leeman 2012) si è svolta in linea con i criteri di reporting della ricerca qualitativa (COREQ) (Tong et al., 2007) (appendice 2), prevedendo un campione di convenienza propositivo di "informatori chiave" rispetto gli argomenti trattati fino a saturazione dei dati (Ghirotto, 2016; Mortari & Zannini, 2021).

Nell'approfondimento di fase 2, oltre agli infermieri, il campione ha incluso anche il personale di supporto e gli infermieri coordinatori dove a questi ultimi, sono stati riservati alcuni momenti ad hoc.

Per il suddetto approccio, ci si è avvalsi di cinque incontri di focus group (Corrao, 2013; Migliorini & Rania, 2001) a cui se ne aggiunto uno successivo allo scopo di sviscerare maggiori informazioni rispetto ad elementi emersi durante le discussioni di gruppo.

I partecipanti, attraverso uno specifico modulo di consenso, sono stati informati sugli scopi dell'indagine e sulle modalità dello svolgimento della stessa.

Il documento di consenso, dettagliava le finalità della ricerca adottando le misure di mantenimento dell'anonimato richieste dalla normativa sulla privacy e sul trattamento dei dati personali espresse nella legge n. 675 del 31 dicembre 1996, nel Decreto Legislativo n. 196 del 2003 e nel Decreto Legislativo n. 101 del 2018.

Per i professionisti che hanno partecipato alla fase 2 con utilizzo della tecnica di focus group, è stato somministrato un secondo modulo di consenso informato.

I dati raccolti con la survey somministrata in fase 1, sono stati analizzati ed elaborati da un soggetto terzo (ES) mentre la conduzione degli incontri dei focus group della fase 2, è stata guidata da due professionisti esterni al contesto in studio ed esperti sulla specifica metodologia (GC, SP), dichiarando che i colloqui sarebbero stati audio registrati per permettere di esaminare con dettaglio il materiale raccolto e cancellarlo dopo il suo utilizzo.

OBIETTIVI

La domanda generativa di questo studio, era rivolta ad approfondire la presenza di eventuali fenomeni di cure perse o ritardate e la corrispondente intensità del fenomeno nell'area di degenza chirurgica dell'azienda USL di Piacenza. Lo sviluppo del lavoro di ricerca, è avvenuto in modo sequenziale esplicitivo, iniziando dall'approccio quantitativo o di fase 1 che è stato avviato nel mese di marzo del 2021, per poi approfondire alcuni temi emersi dalla survey, attraverso un approfondimento di tipo qualitativo che ha impegnato un arco temporale fra giugno e settembre 2021.

RISULTATI

Per quanto riguarda le caratteristiche socio demografiche dei rispondenti allo studio di fase 1 (Tabella 1), emerge che l'82,3%, erano di genere femminile, con un'età media lavorativa in ambito chirurgico di 12,8 anni ($\pm 11,9$; Range 0,5-40).

Gli infermieri che si sono diplomati attraverso una scuola regionale, sono stati il 30,9%, quelli con diploma di laurea, sono risultati il 13,2% mentre coloro che hanno conseguito la laurea di primo livello, erano il 55,9%.

In merito alle unità operative di appartenenza, il 25% di essi, erano assegnati a chirurgia d'urgenza, il 26,5% a chirurgia programmata, il 30,9% a ortopedia e traumatologia mentre il 17,6% a chirurgia Castel S Giovanni.

Tabella 1. – Caratteristiche sociodemografiche dei rispondenti alla Misscare Survey.

	Genere		Media età lavorativa in ambito chirurgico	Formazione			Rappresentatività
	Maschi	Femmine		Diploma regionale	Diploma di laurea	Laurea 1° livello	
Chirurgia in urgenza	4 (23,5%)	13 (76,5%)	12,3 ($\pm 10,2$; range 1-30)	7 (41,2%)	3 (17,6%)	7 (41,2%)	25%
Chirurgia programmata	4 (22,2%)	14 (77,8%)	8,7 ($\pm 13,1$; range 0,5-40)	4 (22,2%)	2 (11,1%)	12 (66,7%)	26,5%
Ortopedia e traumatologia	4 (19,1%)	17 (80,9%)	11,1 ($\pm 10,7$; range 1-32)	5 (23,8%)	2 (9,5%)	14 (66,7%)	30,9%
Chirurgia Castel S Giovanni	0	12 (100%)	18,9 ($\pm 13,1$; range 1-35)	5 (41,7%)	2 (16,6%)	5 (41,7%)	17,6%

La Misscare Survey, è stata somministrata al solo personale infermieristico perché specifica per quella professionalità ed è stata proposta in formato cartaceo e raccolta in apposite urne non manomissibili, totalizzando un tasso di compilazione del 66% rispetto a tutta popolazione in studio.

Essa è composta da due parti in cui la prima, è riferita ad una specifica batteria di domande riferite alle cure mancate o ritardate che si concretizzano in 23 items che spaziano dalla deambulazione, alla mobilitazione passiva del paziente, alla somministrazione del pasto e all'aiuto ad assumere il cibo.

Vi è anche un gruppo di domande riferite al monitoraggio delle funzioni biologiche e dei parametri vitali, proseguendo verso l'igiene della persona assistita, alla rivalutazione delle condizioni del paziente e dei suoi bisogni fino ai tempi impiegati dal personale per la risposta al campanello, alla somministrazione della terapia al controllo di medicazioni e delle lesioni da decubito.

Compagno altresì una quota di domande dedicate agli aspetti di relazione ed approccio con i pazienti e con i caregivers.

Per la graduazione della survey, è stata utilizzata una scala Likert a 5 passi, con variazioni per partivano da un valore denominato cure sempre mancate o ritardate fino a un livello definito cure mai mancate.

Nell'analisi dei dati aggregati per dipartimento, la deambulazione per almeno tre volte al giorno o come da pianificazione, appariva occasionalmente mancata nel 37% dei casi con livelli più elevati per ortopedia e traumatologia.

Allo stesso modo anche la mobilitazione nel letto ogni due ore, risultava essere frequentemente mancata pari al 30,9%, con prevalenza in ortopedia e traumatologia.

L'item riferito alla partecipazione alle riunioni multidisciplinari, appariva come raramente mancata, equivalente ad un valore del 25,9% anche se emergeva come attività disattesa in ortopedia e traumatologia e in chirurgia programmata.

La domanda riguardante la risposta al paziente con bisogni fisiologici entro cinque minuti, appariva come raramente mancata per il 41,7% dei casi, mentre tutte le restanti attività riportate nella Misscare Survey, risultavano come mai mancate (Tabella 2).

Tabella 2. – Risultati Misscare Survey 1° parte.

	Sempre Mancata	Frequentemente mancata	Occasionalmente mancata	Raramente mancata	Mai mancata
Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione	9 (14,5%)	15 (24,1%)	23 (37,1%)	12 (19,4%)	3 (4,9%)
Mobilizzazione passiva ogni 2 ore	8 (12,4%)	20 (30,9%)	17 (26,2%)	17 (26,2%)	3 (3,2%)
Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con cibo caldo	7 (11%)	4 (6,2%)	15 (23,4%)	17 (26,5%)	21 (32,7%)
Preparazione del pasto e dell'ambiente per i pazienti autosufficienti	8 (12,5%)	3 (4,6%)	12 (18,7%)	17 (26,5%)	24 (37,5%)
Somministrazione della terapia 30 minuti prima o dopo l'orario prescritto	1 (1,5%)	0	16 (24,3%)	22 (33,3%)	27 (40,9%)
Rilevazione dei parametri vitali come da pianificazione	1 (1,5%)	1 (1,5%)	3 (4,5%)	19 (28,8%)	42 (63,7%)
Monitoraggio del bilancio idrico	3 (4,5%)	1 (1,5%)	11 (16,6%)	15 (22,6%)	36 (54,4%)
Compilazione della documentazione infermieristica	2 (3%)	2 (3%)	7 (10,6%)	21 (31,8%)	34 (51,6%)
Educazione al paziente e ai loro familiari	2 (2,9%)	5 (7,5%)	16 (23,9%)	20 (29,8%)	24 (35,9%)
Igiene personale del paziente e controllo della cute (presenza o meno di LDD)	2 (3,1%)	4 (6,3%)	17 (26,5%)	21 (32,8%)	20 (31,3%)
Cura del cavo orale	3 (4,7%)	10 (15,7%)	14 (21,7%)	27 (42,2%)	15,7%
Lavare le mani	3 (4,8%)	10 (15,8%)	14 (22,2%)	18 (28,6%)	18 (28,6%)
Discutere con il paziente il piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio	1 (1,5%)	4 (6%)	18 (27,3%)	19 (28,8%)	24 (36,4%)
Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	1 (1,6%)	1 (1,6%)	1 (1,6%)	8 (12,4%)	53 (82,8%)
Valutazione dell'evoluzione dei pazienti almeno una volta per turno	1 (1,5%)	1 (1,5%)	1 (1,5%)	12 (18,2%)	51 (77,3%)
Rivalutazione del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel turno	1 (1,5%)	1 (1,5%)	4 (6,1%)	14 (21,3%)	46 (69,6%)
Valutazione del sito di inserzione del CVC secondo protocollo	1 (1,6%)	2 (3,2%)	6 (9,4%)	20 (32%)	35 (54,6%)
Risposta al campanello entro 5 minuti dalla chiamata	1 (1,5%)	2 (3%)	14 (21,2%)	17 (25,8%)	32 (48,5%)
Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta	1 (1,5%)	1 (1,5%)	9 (13,7%)	25 (37,8%)	30 (45,5%)
Valutazione dell'efficacia della terapia	1 (1,5%)	3 (4,5%)	7 (10,5%)	26 (39,4%)	29 (44%)
Partecipazione alle riunioni multidisciplinari	14 (22,6%)	8 (12,9%)	9 (14,5%)	16 (25,9%)	15 (24,3%)
Assistenza al paziente con bisogni fisiologici entro 5 minuti dalla richiesta	1 (1,5%)	2 (3%)	15 (23,1%)	27 (41,7%)	20 (38,8%)
Cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	1 (1,5%)	1 (1,5%)	7 (10,6%)	23 (34,9%)	34 (51,5%)

La seconda sezione del questionario, è focalizzata sulla cause delle eventuali cure perse ed è costituita da 17 items riferiti alla caratteristiche quali/quantitative del personale, agli elementi caratterizzanti i pazienti, fino agli aspetti organizzativi dei processi di cura.

Non mancano alcune domande riferite alle relazioni fra l'equipe e alle attività ad esse attribuite, infine compaiono anche un gruppo di items che dettagliano gli aspetti di fornitura e funzionamento dei materiali sanitari e tecnologici. La graduazione dei motivi di missed care, sono stati declinati con scala Likert a 4 passi, distribuiti fra le affermazioni definite causa significativa, fino a non causa.

Come causa rilevante, è stata riportata la mancanza di personale con una prevalenza pari al 53,7%, questo dato è stato riportato da tutte le unità operative.

Sempre come motivo importante, è emerso il numero inadeguato di operatori di supporto, con un valore del 36,8% specialmente in chirurgia programmata e in chirurgia di Castel S Giovanni.

Ed ancora, l'assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere, era ritenuta una causa significativa da tutte le unità operative con un valore del 58,2%.

Motivo rilevante, risultava il tema dell'elevato numero di ricoveri e dimissioni durante il turno, equivalente al 55,9% per chirurgia di Castel S Giovanni, ortopedia e traumatologia e per chirurgia in urgenza.

Il 41,2%, riteneva come causa moderata di missed care, la presenza di pazienti urgenti, mentre al 40,3%, è stato evidenziato l'aumento inatteso del numero o delle condizioni critiche di pazienti.

Altra causa moderata pari al 44,1%, è sembrata essere la non disponibilità di alcuni farmaci quando necessari, mentre al 31,9% si attestava la mancata esecuzione di compiti specifici da parte di altri reparti o operatori.

I restanti items, sono stati giudicati come cause minori o assenti (Tabella 3).

	Causa significativa	Causa moderata	Causa minore	Non Causa
Inadeguato numero di personale sanitario	36 (53,7%)	20 (29,8%)	7 (10,5%)	4 (6%)
Pazienti urgenti (es. un paziente peggiorato)	23 (33,8%)	28 (41,2%)	13 (19,1%)	4 (5,9%)
Aumento inatteso del numero o delle condizioni critiche di pazienti	23 (34,3%)	27 (40,3%)	12 (17,9%)	5 (7,5%)
Numero inadeguato di personale sanitario (es. OSS)	25 (36,8%)	22 (32,3%)	15 (22%)	6 (8,9%)
Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	39 (58,2%)	19 (28,4%)	5 (7,4%)	4 (6%)
Farmaci non disponibili quando necessario (es. la farmacia non è arrivata)	13 (19,1%)	30 (44,1%)	17 (25%)	8 (11,8%)
Inadeguate consegne infermieristiche del turno precedente	8 (11,8%)	18 (26,4%)	23 (33,8%)	19 (28%)
Altri reparti o operatori non hanno eseguito i propri compiti	14 (29,2%)	22 (31,9%)	22 (31,9%)	11 (16%)
Forniture/apparecchiature non disponibili quando necessario (es. elettrocardiografo)	8 (12,1%)	12 (18,2%)	28 (42,4%)	18 (27,3%)
Forniture/apparecchiature non funzionanti correttamente	8 (12,1%)	20 (30,3%)	28 (42,4%)	10 (15,2%)
Mancanza di supporto/aiuto da parte del team	10 (14,9%)	15 (22,4%)	24 (35,8%)	18 (26,9%)
Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra personale infermieristico e operatori di supporto	9 (13,2%)	19 (28%)	24 (35,3%)	16 (23,5%)
Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale infermieristico	6 (8,7%)	10 (14,5%)	24 (34,8%)	29 (42%)
Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra il personale medico e infermieristico	20 (29,8%)	13 (19,4%)	21 (31,4%)	13 (19,4%)
Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto delle cure non fornite (ad es. paziente non mobilitato)	10 (14,9%)	22 (32,8%)	26 (38,8%)	9 (13,5%)
Caregiver non rintracciabile/disponibile	4 (6,2%)	11 (16,9%)	31 (47,7%)	19 (29,2%)
Elevato numero di ricoveri/dimissioni durante il turno	38 (55,9%)	14 (20,6%)	14 (20,6%)	2 (2,9%)

Dalla valutazione dei dati emersi dalla survey, si sono voluti approfondire alcuni aspetti che sono stati ritenuti significativi per ulteriori indagini.

Ci si è indirizzati verso una metodologia di analisi di tipo qualitativo descrittivo, servendosi di alcuni incontri di focus group.

Sono stati scelti venticinque professionisti di cui sette operatori di supporto, tredici infermieri e cinque coordinatori infermieristici con maggior rappresentanza del genere femminile ed una età anagrafica media di 45,7 anni.

Sono stati preparati cinque momenti di discussione di gruppo dove ognuno di essi era dedicato ad ogni singola unità operativa mentre un incontro è stato riservato solo agli infermieri coordinatori.

Per il confronto fra i partecipanti, si è proceduto come da struttura dei focus group dove il conduttore, ha proposto alcune domande, (tabella 4), dapprima per aprire il dibattito e successivamente per entrare nel dettaglio degli argomenti.

Domanda 1	Quale definizione dareste al concetto di assistenza?
Domanda 2	Cosa pensate che siano le cure mancate, fateci esempi di cure mancate nella vostra Unità Operativa?
Domanda 3	Partendo dal risultato del questionario, vi rispecchiate in queste attività/cure mancate?
Domanda 4	Quali pensate possano essere le cause?
Domanda 5	Quali strategie pensate possano essere implementate per favorire un recupero delle cure mancate?

A conclusione della prima serie di incontri, si è pervenuti ad un primo livello di astrazione e dopo triangolazione del team di ricerca, si è deciso di effettuare un ulteriore focus group con gli infermieri coordinatori che ha permesso di sviscerare in modo esaustivo tutte le tematiche in studio, permettendo anche di raggiungere la saturazione dei dati. Per ogni incontro, è stata tracciata una mappa concettuale su supporto cartaceo e sono state riportate le note di campo.

I racconti dei partecipanti, sono stati sbobinati con trascrizione verbatim e sono stati poi esaminati con il metodo di analisi tematica di Schilling (2006).

In merito alla trascrizione dei dati, ogni rispondente, è stato identificato con la lettera R associata ad un numero assegnato casualmente.

La verifica della correttezza della trascrizione dei colloqui, è stata realizzata attraverso una restituzione dei contenuti ai partecipanti come da tecnica di member checking.

Successivamente alla codifica iniziale, il team di ricerca, ha esaminato i dati raccolti in forma indipendente per poi giungere ad una condivisione dei raggruppamenti delle unità di senso in temi e sotto temi

Sono emersi venticinque sottotemi poi raccolti in sei temi principali denominati ovvero “caratteristiche dell’equipe, relazioni di cura, modalità assistenziali, meccanismi organizzativi e tecnico/operativi, ruolo del coordinatore e caratteristiche strutturali” (Figura 1).

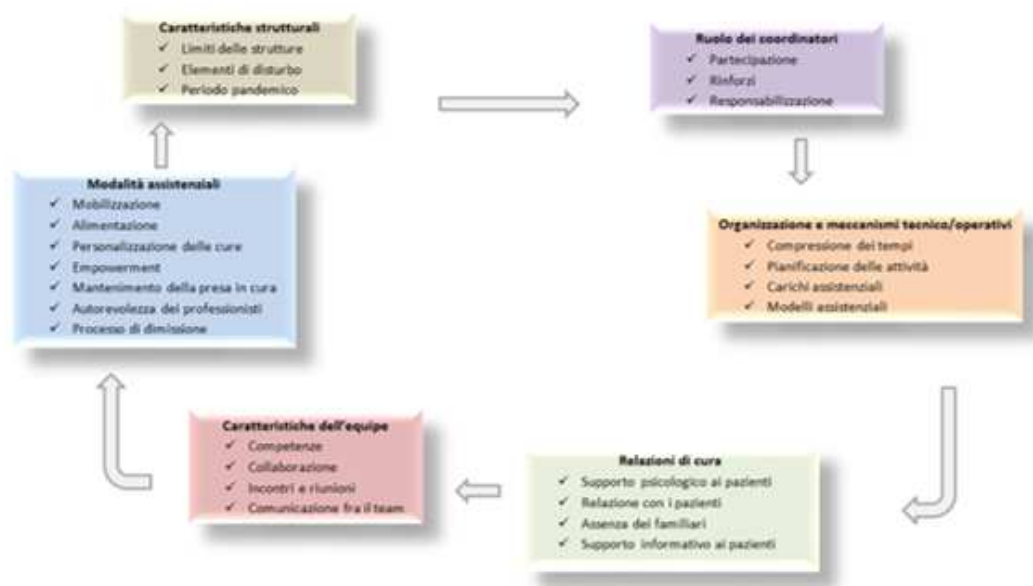


Figura 1. – Mappa dei principali temi e sottotemi.

1. Caratteristiche dell’equipe

Fra gli elementi che sono emersi, risaltava l’elevato indice di turnover del personale che impegna molte energie sul fronte della formazione e dell’affiancamento.

Era sentita la necessità di prevedere un adeguato periodo di tutoraggio anche in ragione dei diversi tempi di apprendimento dei professionisti.

Inoltre l’aumentato fenomeno del ricambio di personale non ha favorito il clima organizzativo.

Di contro alcuni professionisti, sentivano di godere di ampia autonomia nell’assistenza ai propri pazienti.

Altro elemento emergente, riguardava la richiesta di una maggiore interazione fra infermieri ed operatori di supporto come un bisogno avvertito da entrambe le figure.

I rispondenti, riportavano anche alcuni aspetti difficoltosi sulla diffusione delle informazioni sia a livello interprofessionale dove la mole di lavoro inciderebbe la catena del passaggio di notizie sia fra i professionisti che nell'intera organizzazione e sono sembrate utili le nuove piattaforme di comunicazione attraverso messaggistica tipo WhatsApp.

2. Relazione di cura

Il supporto psicologico ai propri assistiti, è stato un elemento riportato nelle discussioni di gruppo dove i diversi momenti di contatto con il paziente, venivano sfruttati per approcciarli.

Di contro veniva rilevato che talvolta, i suddetti aspetti supportativi, erano tralasciati per dedicarsi ad attività a maggior contenuto tecnico/pratico.

Nelle priorità assistenziali, rimaneva sempre di primo piano, l'aspetto relazionale con i degenti ed in più occasioni, è stato rimarcata la volontà di un contatto empatico.

Nel contempo, sembrava anche affiorare una mancata volontà di contatto fra il personale e gli assistiti che veniva descritta come indice di poca attenzione o di pigrizia.

Si è avvertita l'assenza dei familiari accanto ai degenti per restrizioni legate alla pandemia, sia come supporto psicologico ma anche come facilitatori della comunicazione fra il paziente e l'equipe di cura.

Il supporto informativo e comunicativo a favore dei pazienti, veniva più volte riportato dai rispondenti come carente e insufficiente come ad esempio, la scarsa informazione verso gli utenti della linea chirurgica programmata e si evidenziava la necessità di ripristinare le brochure informative che venivano fornite prima della pandemia.

Si è ravvisata anche la necessità di disporre di metodiche strutturate per la comunicazione con i degenti specificando che alcune informazioni, dovrebbero essere fornite da personale esperto, Tuttavia, alcuni rispondenti, riferivano che l'approccio che alcuni operatori utilizzavano verso i propri assistiti, talvolta è caratterizzato da tempi e modi inappropriati.

3. Modalità assistenziali

L'assistenza al paziente, è stato un argomento dibattuto, alimentato da ulteriori otto sotto temi.

In merito all'igiene al paziente, è stata evidenziata l'attenzione riservata alla cura della persona a cui si dedicava tempo anche se sarebbe auspicabile una maggiore collaborazione fra infermieri ed operatori di supporto.

La pulizia del cavo orale, l'igiene dei capelli e delle mani, è stata riportata come una prassi spesso mancata.

È altresì emerso che i tempi dell'organizzazione, non sempre si adattano alle esigenze dei pazienti specialmente in alcuni momenti dell'assistenza come ad esempio nel momento del pasto.

La mobilitazione del paziente, è stato ritenuto un principio fondamentale del nursing nel paziente chirurgico, al quale è riservata molta attenzione.

I gruppi di discussione si sono confrontati sul tema della personalizzazione delle cure, che è apparso come una condizione da riprendere e perseguire.

Il mantenimento della presa in cura degli assistiti da parte dello stesso professionista nel tempo, è stato un altro elemento ripetuto da più partecipanti e ritenuto come circostanza critica nelle prassi dell'organizzazione.

Dai rispondenti, era sentita anche la limitata autorevolezza della figura infermieristica perché essa si presta ad assolvere numerosi compiti spesso non aderenti alle attività tipiche del ruolo e che quindi restituiscono all'utenza, una immagine di un professionista poco riconoscibile e con obiettivi poco chiari rispetto al proprio profilo professionale.

Il processo di dimissione, è stato identificato come una fase importante dell'assistenza che non si esauriva con la sola consegna di un documento, ma era costituito da un forte aspetto relazionale in cui si articolano momenti di comunicazione, di educazione e di rassicurazione.

4. Meccanismi organizzativi e tecnico/operativi.

L'elemento che è emerso con maggior forza, è risultato essere la mancanza di tempo durante il turno di lavoro per adempiere a tutte le attività richieste al personale assistenziale.

Questa argomentazione, appariva trasversale a tutti i gruppi indagati e in molti ambiti dell'assistenza.

Il fenomeno della compressione dei tempi, era prevalente durante gli interventi di nursing soprattutto nel turno del mattino e secondo i rispondenti, il problema descritto, influenzava anche gli aspetti relazionali con gli assistiti.

Per quanto concerne la pianificazione del lavoro, da alcuni è stata riportata la necessità di disporre di un piano di lavoro dettagliato che però, secondo altri, sarebbe difficilmente applicabile nei reparti con elevato indice di turn over di pazienti.

Alcuni rispondenti, auspicavano che gli orari del giro visita con i medici, venissero prestabiliti e rispettati.

La distribuzione dei pazienti nelle varie cellule di cura e i conseguenti carichi assistenziali, sono stati argomenti dibattuti in molti incontri di gruppo.

Viene riportata una disomogeneità di peso assistenziale nella distribuzione dei pazienti ed era sentita la necessità di disporre di uno strumento validato che permettesse di misurare la complessità degli assistiti in modo che potessero essere meglio distribuiti all'interno delle unità di cura.

Il modello assistenziale, era un altro argomento preso in considerazione dai partecipanti, in cui è emersa l'esigenza e il bisogno di ritornare alle prassi precedenti alla pandemia.

5. Ruolo del coordinatore

La presenza in reparto del coordinatore infermieristico, sia con funzioni di supervisione che di osservazione dei meccanismi operativi e dei flussi di lavoro, è stata una occorrenza sentita dai coordinatori ma anche dal personale di assistenza.

Vi era consenso fra i partecipanti circa le modalità di rinforzo da parte dei coordinatori ed era un comportamento ritenuto efficace oltre che necessario allo sviluppo di buone pratiche assistenziali.

Lo stile di leadership degli infermieri coordinatori, è stato ritenuto rilevante per porre le condizioni di sviluppo di un ambiente favorevole.

Sul piano relazionale, viene altresì riportato che la buona conoscenza del personale assegnato al coordinatore, permetterebbe comunicazioni più efficaci.

6. Caratteristiche strutturali

I gruppi di discussione, hanno dibattuto anche sugli aspetti logistici e strutturali, dove alcuni rilevavano la scarsità di attrezzature ed anche la mancanza di luoghi ricreativi e di incontro per i degenti ma una delle problematiche maggiormente sentite che in effetti è restituita dalla gran parte dei partecipanti, riguardava gli elementi di disturbo che insistono nel contesto di cura.

Fra tutti, emergeva la questione dei telefoni e dei citofoni posti all'ingresso dei reparti, dove i rispondenti auspicavano di poter fruire di un filtro alle chiamate in ingresso o di disporre di personale ad hoc per tali attività.

CONCLUSIONI

Il fenomeno delle cure perse, è divenuto un tema di interesse per le comunità dei pratici e dei rispettivi stakeholders, perché coinvolge profondamente gli ambiti assistenziali, informa i decisori sulle priorità di azione per fronteggiare le varie problematiche e pone degli interrogativi ai professionisti sul piano etico e deontologico rispetto al proprio agire nei confronti degli assistiti.

I dati raccolti, risultano essere in linea con la letteratura internazionale e nel contesto in esame, emerge come dogmatica l'importanza della mobilitazione dei pazienti nell'immediato periodo post operatorio.

Sono principalmente gli aspetti relazionali, comprendenti vari momenti dell'iter clinico assistenziale a sembrare in sofferenza sia dal momento dell'accoglienza, alle informazioni fornite durante il ricovero e non da ultimo alla fase di dimissione dell'assistito.

L'analisi in profondità, ha offerto l'opportunità di esaminare non solo gli aspetti legati alla cura dei pazienti ma anche quelli riferiti ai meccanismi organizzativi come ad esempio il disturbo ambientale, la mancanza di tempo, la distribuzione disomogenea dei pazienti nelle varie cellule di cura, che appaiono influenti sulla qualità assistenziale. Viene riconosciuto il valore del modello assistenziale adottato nel periodo pre pandemico ovvero di personalizzazione delle cure.

Il coordinatore assistenziale, risalta come elemento aggregante e tendente ad uniformare e a performare le prassi e come figura di riferimento, con la sua presenza nei setting di cura, accompagna i professionisti verso livelli efficaci di performance in coerenza con le buone pratiche di assistenza.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi. Gli autori hanno condiviso i contenuti dello studio, la stesura dell'articolo e approvano la versione finale dello stesso.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano tutti i partecipanti al progetto di studio, la dottoressa Mirella Gubbelini direttrice assistenziale dell'azienda USL di Piacenza e i colleghi della direzione delle professioni sanitarie. La professoressa Cinzia Merlini direttrice del corso di studi in infermieristica dell'università di Parma, sede formativa di Piacenza che hanno favorito la realizzazione della ricerca.

Bibliografia

- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. (2001) *Nurses' reports on hospital care in five countries*. Health Aff(Millwood). 20(3):43-53.
- Aiken LH; Schwendimann R. RN4CAST consortium (2014). *Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multi country crosssectional RN4CAST study*, BMJ Qual Saf, (23):126-135.
- Bagnasco AM, GL Catania, Aiken LH, et al. (2020) *Le cure infermieristiche mancate (missed nursing care) sono un dato utile ai leader infermieristici?* L'infermiere (6):1-13.
- Corrao S. *Il focus group 2013* Milano Franco Angeli.
- Crowe M, Inder M, Porter R. (2015) *Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analysis*. Aust NZJ Psychiatry 49(7):616-623.
- Currie V, Harvey G, West E, et al. (2005) *Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review*. J Adv Nurs. 51(1):73-82.
- Cuschieri S. (2019). *The STROBE guidelines*. Saudi journal of anaesthesia, 13(Suppl 1), S31-S34.
- Duffy JR, Culp S, Padrutt T. (2018) *Description and factors associated with missed nursing care in acute care community hospital*. The journal of nursing administration 48(7/8):361-367.
- Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. (2013) *Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units*. Cancer Nurs. 36(6):E51-E57.
- Ghirotto L. *Gli elementi chiave della ricerca qualitativa* in Sasso L, Bagnasco AM, Ghirotto L. *La ricerca qualitativa 2016* Milano EDRA.
- Jones TL. (2014). *Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument* Nursing forum 49(2):77-87.
- Kalisch BJ. (2006) *Missed nursing care: a qualitative study*. J Nurs Care Qual. 21(4):306-313.
- Kalish BJ, Williams RA. (2009) *Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care*. Journal of nursing administration; 39(5):211-219.
- Kalish BJ, Tschannen D, Lee KH. (2011) *Do staffing levels predict missed nursing care?* Int J Qual Health Care (23):302-308.
- Karlsson AC, Gunningberg L, Bäckström J, et al. (2019) *Registered nurses' perspectives of work satisfaction, patient safety and intention to stay - A double-edged sword*. J Nurs Manag. 27(7):1359-1365.
- Maloney S, Fencil JL, Hardin SR. (2015) *Is Nursing Care Missed? A Comparative Study of Three North Carolina Hospitals*. Medsurg Nurs. 24(4):229-35.
- Migliorini L, Rania N. (2001) *I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa*. La ricerca sociale (2):82-88.
- Mik-Meyer, N. (2020) *Multimethod qualitative research*. In: D. Silverman (ed.) *Qualitative Research*. London: SAGE, pp. 357- 374.
- Mortari L, Zannini L. *La ricerca qualitativa in ambito sanitario 2021* Roma Carocci.
- Nappo A, Di Lorenzo D. (2015) *Missed nursing care, dotazione organica ed esiti del lavoro in ambito onco-ematologico*. L'infermiere (3):1-8.
- Nicastro M, Liguori P, Mozzarelli F. (2019) *Primary nursing e clima organizzativo: l'esperienza dell'area Chirurgica dell'AUSL di Piacenza*. L'infermiereonline (5):1-6.
- Palese A, Bassi E, Tommasini C, et al. (2018) *Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: risultati preliminari di una consensus conference*. Assist Inferm Ric 37(3):164-171.
- Palese A, Ambrosi E, Prosperi L. et al. (2015) *Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting*. Intern Emerg Med (10):693-702.
- Parise E, Rosi MR, Rancati S, et al. (2021) *Missed nursing care: studio descrittivo sulla percezione degli infermieri di un grande ospedale milanese*. Italian Journal of Nursing (35):30-35.
- Paturzo M, Colaceci S, Clari M, et al. (2016). *I disegni di ricerca con metodo misto: un approccio metodologico innovativo per la ricerca infermieristica*. AIR, 35(2), 82-86.
- RANCARE – CA 15208 *Rationing – Missing Nursing Care. An International and Multidimensional care problem 2021*. RANCARE COST Action. Consultato 1/9/2021, disponibile da: <https://www.rancare-action.eu/call-for-participation/conferences-2/>.
- Sandelowski M, Leeman J. (2012) *Writhing usable qualitative health research findings*. Qual Health res. 22(10):1404-1413.
- Sasso L, Bagnasco A, Catania G, et al. (2019) *RN4CAST@IT Working Group. Push and pull factors of nurses' intention to leave*. J Nurs Manag. 27(5):946-954.
- Schilling J. (2006) *On the pragmatics of qualitative assessment: designing the process for content analysis* European Journal of psychological assessment 22(1):28-37.
- Schubert M, Glass TR, Clarke S, et al. (2007). *Validation of the basel extent of rationing of nursing care instrument*. Nursing Research 55(6):416-424.
- Sist L, Cortini C, Bandini A. (2012) *Il concetto di missed nursing care: una revisione narrativa della letteratura* Assist Inferm Ric 31(4):234-239.
- Sochalski J. (2004) *Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals*. Med Care 42:1167-1173.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups*. International journal for quality in health care : Journal of the International Society for Quality in Health Care, 19(6), 349-357.
- Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. (2013) *Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study*. Nursing & Health sciences 15(3):398-405.

Appendice 1 – STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of cross-sectional studies.

	Item No	Recommendation	Check
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	✓
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	✓
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	✓
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	None
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	✓
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	✓
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	✓
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	None
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	✓
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	✓
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	✓
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	✓
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	None
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	None
		(c) Explain how missing data were addressed	None
		(d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	✓
		(e) Describe any sensitivity analyses	None
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	✓
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	None
		(c) Consider use of a flow diagram	None
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	✓
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	None
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures	✓

Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	None
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	None
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	None
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	None
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	✓
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	✓
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	✓
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	✓
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	✓

Appendice 2 – COREQ (Consolidated criteria for Reporting Qualitative research) Checklist. A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal characteristics			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	Phase two study
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	Title and affiliations
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	affiliations
Gender	4	Was the researcher male or female?	N/A
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	Affiliations
Relationship with Participants			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	N/A

Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	Methods
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	Phase two study
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Phase two study
Participant selection			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	Methods
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	Methods
Sample size	12	How many participants were in the study?	Methods
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	N/A
Setting			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	Phase two study
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	Methods, Phase one study, Phase two study
Data collection			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Phase two study
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	Phase two study
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Phase two study
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	Phase two study
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	Phase two study
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	Phase two study
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	Phase two study
Domain 3: analysis and findings			

Data analysis			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	Results
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	Results
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	N/A
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	N/A
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	Phase two study
Reporting			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	Results
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	Discussion
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	Discussion
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Discussion

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357.