

Integrazione del framework “Fundamentals Of Care” nella pratica assistenziale di un ospedale Hub italiano: l’esperienza dell’Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino

**Graziella Costamagna¹, Alessio Rizzo², Antonio Valenti³, Silvia Bagnato⁴, Elga Ghironi⁵,
Gianluca Catania⁶, Annamaria Bagnasco⁷, Loredana Sasso⁸, FOC Working Group***

¹S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie – AO Ordine Mauriziano – Torino, Italia

²Area Qualità, Rischio clinico, Ricerca, Esiti - S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie - AO Ordine Mauriziano - Torino, Italia

³S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie – AO Ordine Mauriziano - Torino, Italia

⁴S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie – AO Ordine Mauriziano – Torino, Italia

⁵S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie – AO Ordine Mauriziano - Torino, Italia

⁶Professore Associato, Dipartimento di Scienze della Salute - Università di Genova, Italia

⁷Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze della Salute - Università di Genova, Italia

⁸Già Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze della Salute - Università di Genova, Italia

* (Alexandra Do Nascimento, Oscar Testa, Cristina Garza, Cristiana Cerri, Laura Perretta, Riccardo Sperlinga, Maddalena Stuardi, Andrea Ricotti)

Corrispondenza: gcostamagna@mauriziano.it

INTRODUZIONE

Nel secolo scorso, la medicina e le professioni sanitarie sono state guidate verso un contesto ipertecnologico e iperspecializzato, spesso concentrato sull'efficienza più che sull'efficacia, con un rischio concreto di una medicina frammentata e di un'organizzazione centrata sulle prestazioni piuttosto che sul paziente (Bertin, 2015). Feo e colleghi (2016) descrivono come gli atti sanitari possono svolgersi in contesti in cui l'attenzione è rivolta al completamento delle attività, alla riduzione dei costi e all'aumento della produttività.

A questo riguardo si sono sviluppati negli ultimi anni diversi filoni di ricerca per esplorare i meccanismi che garantiscono la sicurezza dei pazienti, la qualità delle cure, la loro continuità e gli esiti correlati. Vari studi, in ambito infermieristico, hanno descritto che le cure erogate per gli ambiti educativi, per la mobilitazione o l'igiene della persona sono carenti e che gli eventi avversi possono associarsi alla mancata assistenza (Bagnasco et al, 2020; Chaboyer et al, 2021), anche in percorsi di cura specialistici (Valenti et al, 2024).

Vari autori, a livello internazionale, hanno sviluppato diversi costrutti teorici sulle cure infermieristiche mancate/ritardate o omesse con l'obiettivo di studiare il loro impatto sulla sicurezza del paziente (Kalisch et al, 2009; Kitson et al, 2013; Feo et al, 2016). Tra i quadri teorici di riferimento che hanno acquisito maggiore rilevanza emerge il FoC framework, (Kitson et al, 2013). L'International Learning Collaborative (ILC), nel 2016, ha definito le cure fondamentali come “le azioni infermieristiche capaci di rispettare e focalizzarsi sui bisogni fondamentali della persona”. Attorno a questo modello teorico vi è una crescente attenzione da parte della comunità scientifica sia nazionale che internazionale, con l'obiettivo di identificare le cure fondamentali che gli infermieri dovrebbero fornire

e i meccanismi che ne regolano l'attuazione. Grealish e colleghi (2021), tuttavia, hanno osservato in contesti medici e chirurgici per acuti una percentuale ridotta di attività infermieristiche riconducibili alle FOC, la priorità per gli infermieri era il completamento delle attività programmate e descrivevano la difficoltà di assistere prontamente i propri pazienti.

Il quadro concettuale delle FOC è stato sviluppato per garantire che i bisogni relazionali, fisici e psicosociali dei pazienti siano incorporati nella pratica assistenziale e nei processi di pensiero, riflessione e valutazione degli infermieri (Kitson et al, 2014; Kitson, 2018).

La conseguente riconcettualizzazione del modo in cui l'assistenza dovrebbe essere erogata e implementata nella pratica clinica, nella ricerca e formazione infermieristica (Kitson et al, 2024) richiede tempi, risorse e cambiamenti sicuramente importanti. Le evidenze a riguardo sono ridotte ma varie esperienze, anche in ambito universitario, sono in fase di implementazione (Savoie et al, 2023). Grande attenzione è rivolta inoltre alle strategie e le iniziative di leadership necessarie per la sua implementazione con successo.

Leadership che nell' implementazione del FoC framework non possono essere assunte solo dai vertici delle organizzazioni sanitarie ma necessitano di più figure che agiscono su vari livelli con strategie condivise. La letteratura descrive diversi stili di leadership che possono fortemente influenzare il personale infermieristico, l'ambiente di lavoro e il benessere lavorativo.

Modelli come il passivo/evitante o di sfruttamento/tirannico apportano pochi risultati al contrario di modelli come il supportivo (Niinihuhta et al, 2022) o la capacità di fungere da esempio e di mettersi a completa disposizione (Bobbio et al, 2015).

Questi stili, incentrati sulla relazione e sulla condivisione, hanno mostrato risultati positivi nel porre la fiducia nelle risorse dei dipendenti e nell'istituire delle procedure organizzative mirate a potenziare le loro capacità. Relazione cardine del rapporto infermiere-paziente come prerequisito di quella leadership clinica che si concentra sulla promozione della salute e dell'autocura ottimizzando il coinvolgimento del paziente, prevenendo un futuro declino proprio nell'ottica delle FOC (Bahlman-van Ooijen et al, 2023). Conciliare le esigenze dell'organizzazione, del paziente e degli infermieri, oltre alla pressione a fornire un'assistenza di alta qualità, rappresenta comunque una sfida per i leader infermieristici formali e informali, a tutti i livelli. Tuttavia, uno dei presupposti perché le FOC possano essere implementate è proprio il benessere degli infermieri; senza un investimento organizzativo nella cura del personale è improbabile che i fondamenti dell'assistenza migliorino (Pattison et al, 2023). I manager infermieristici possono e dovrebbero influenzare l'allocazione delle risorse e promuovere la qualità dell'assistenza attraverso stili di leadership efficaci e possono facilitare un approccio basato sulle cure fondamentali, in collaborazione con le altre istituzioni (Lombardi Fortino et al, 2024).

Kitson e colleghi (2023), a riguardo, hanno definito i punti d'azione riguardo alle FOC:

- Incorporarla in tutti i sistemi sanitari e assistenziali, a tutti i livelli.
- Costruire e rafforzare le competenze di leadership del personale infermieristico.
- Co-progettare i sistemi che assistono e supportano il nostro personale.
- Migliorare la scienza e le metodologie di rendicontazione e misurazione delle FOC.

L'implementazione del modello teorico, in virtù della letteratura presentata, non può tuttavia prescindere da due elementi fondamentali: l'adeguamento dello staffing infermieristico con il suo corretto impiego nell'assistenza e un adeguato skill-mix. Ampia è la letteratura a supporto di questi due elementi, ripresi con forza dall'ILC (Aiken et al, 2018) e nella revisione di Griffith e colleghi (2023).

Lo studio RN4CAST ha documentato come gli esiti positivi per i pazienti si correlino con l'adeguamento degli staffing infermieristici (Aiken et al, 2014) e la situazione italiana è stata descritta riprendendo i risultati dello studio ed evidenziando le criticità legate al rapporto infermieri-pazienti (media 9,5 ($\pm 4,92$) pazienti per infermiere), allo skill-mix (56%) e alle missed nursing care (media 41%) (Sasso et al, 2019). Successivamente lo studio Bene ha messo in luce che la carenza di personale era il motivo principale delle cure mancate (50%) (Bagnasco et al, 2023) e nel periodo COVID-19, Costamagna e colleghi (2021) hanno evidenziato l'importanza dell'ambiente di lavoro, di una leadership consolidata, della formazione dei professionisti, oltre, che di staffing e skill-mix adeguati per la sicurezza delle cure.

Nel nostro contesto ospedaliero, nel periodo post- covid, abbiamo evidenziato un modello teorico di riferimento per l'assistenza infermieristica "debole" non in linea con le reali necessità dei nostri pazienti, familiari e *care giver* e dopo un attenta revisione della letteratura in materia e confronto con altre realtà, si è valutata l'opportunità

dell'implementazione strutturata del modello *Fundamentals of care (FoC framework)* all'interno dell'Azienda con lo scopo di migliorare gli esiti sulle persone assistite, aumentare la motivazione e il benessere lavoro-correlato degli infermieri e favorire un approccio diffuso di assistenza centrata sul paziente e sulla sua famiglia.

OBIETTIVI

Descrivere il percorso/programma di implementazione del FoC framework a livello aziendale all'interno dell'Azienda Ospedaliera Mauriziano di Torino, i processi e le variabili che ne hanno consentito l'inserimento all'interno dei setting operativi e le collaborazioni interistituzionali attivate.

METODI

L'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino è un ospedale Hub (ex. D.M. 70/2015) per acuti, situato in un contesto metropolitano ed è centro di riferimento per numerosi bisogni di salute. La struttura è dotata di 450 posti letto di cui 400 per ricovero in regime ordinario, di 18 Sale Operatorie e dispone di una dotazione organica di circa 700 infermieri, 300 Operatori Socio-Sanitari e 340 medici afferenti a 33 discipline. Mediamente l'Ospedale gestisce un volume di più di 23.000 ricoveri all'anno, di cui circa il 70% in regime ordinario. Mediamente accedono al Dipartimento Emergenza e Accettazione circa 55.000 persone all'anno.

Azioni preliminari

a) Processo di organizzazione della Partnership Interistituzionale.

L'Azienda ha intrapreso una collaborazione strutturata con l'Università di Genova per il progetto denominato "Nursing FOC". Questa partnership è stata pianificata e avviata a partire da febbraio 2023. Durante diversi incontri sono state definite le fasi, gli strumenti e le tempistiche del progetto. L'obiettivo principale di questa collaborazione è stato quello di promuovere e sottoporre a valutazione scientifica l'implementazione del *FoC framework* all'interno di un setting ospedaliero per acuti attraverso il *know how* dell'Università, fornito tramite consulenza, formazione e supporto metodologico e le competenze tecniche e disciplinari, nonché organizzative dell'Azienda Ospedaliera. Lo scopo della sinergia tra le due istituzioni, inoltre, è stato quello di uniformare linguaggi e *background* di base e mettere in comunicazione "teoria" e "pratica" assistenziale, mondi molto spesso immaginati come binari paralleli lungo la via della professionalizzazione infermieristica.

b) Costituzione Gruppo di progettazione strategica.

In ragione dell'obiettivo all'inizio del 2023 è stato istituito un gruppo di lavoro di progettazione strategica aziendale (Figura 1) che si è occupato di elaborare e di mettere in atto l'idea progettuale secondo quattro fasi.

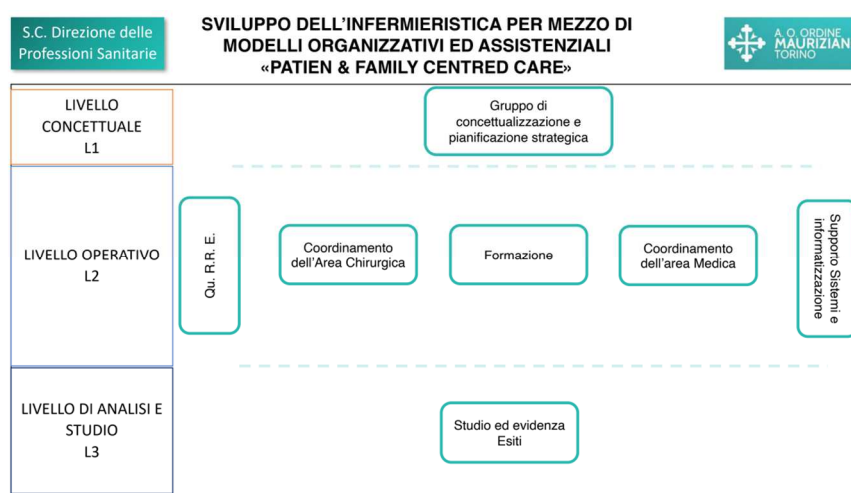


Figura 1 – Rappresentazione grafica del Gruppo di Progetto e dei livelli concettuale, operativo e di analisi.

Tale gruppo comprende, oltre al direttore delle professioni sanitarie, i responsabili assistenziali di area medica e chirurgica, i coordinatori infermieristici dei reparti individuati come sede di sperimentazione, il referente sviluppo

organizzativo e professionale delle professioni sanitarie, il responsabile e i collaboratori del settore Qualità, Rischio, Ricerca ed Esiti (Qu.R.R.E.), uno statistico e il responsabile della qualità dell'area formazione aziendale. Il gruppo ha condiviso la revisione della letteratura sul tema delle FOC e sono stati istituiti momenti di confronto e dibattito sulle tematiche emerse per definire l'idea progettuale (Figura 2).

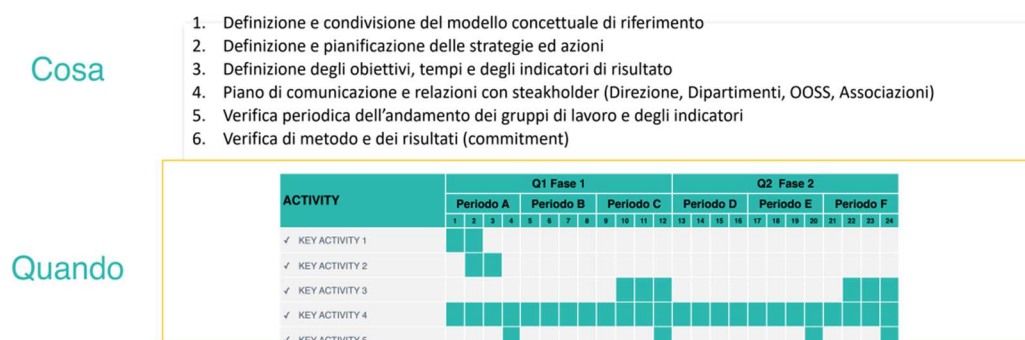


Figura 2 – Rappresentazione grafica del cronoprogramma delle Attività Chiave del Progetto.

Il progetto sviluppato è stato approvato dalla Direzione Strategica e Sanitaria aziendale e condiviso con i Direttori di Dipartimento con successiva presentazione plenaria, nel mese di marzo 2023, a tutta la Comunità professionale Mauriziana.

Le scelte e le azioni per l'avvio del percorso/programma

Step 1) Individuazione dei setting ed analisi del contesto "As Is"

All'interno dell'Azienda sono state individuate tre Unità Operative nelle quali implementare il *FoC framework* in maniera prioritaria e completa. Tali reparti hanno svolto, all'interno del progetto complessivo, due importanti funzioni: quella di "setting sperimentale" all'interno del quale l'impatto dell'implementazione del *FoC framework* sarà studiato con approccio scientifico, e quella di "facilitatori" per l'implementazione del *FoC framework* negli altri contesti di cura dell'Azienda.

Le Unità Operative sperimentali di cui sopra sono tre, due di area chirurgica (S.C. Cardiochirurgia e S.C. Chirurgia Vascolare) e una di area medica (S.C. Medicina Interna), selezionate in base a diverse caratteristiche, tra le quali i volumi di attività e la tipologia di persone assistite ricoverate. Per ogni servizio si sono nominati due infermieri facilitatori, con il compito di partecipare attivamente a tutte le fasi di sviluppo del progetto e supportare la diffusione capillare del lavoro. È stata condotta un'analisi di contesto delle tre unità operative in termini di *outcome* assistenziali significativi per la qualità dell'assistenza infermieristica: incidenza e prevalenza delle cadute, delle infezioni correlate all'assistenza e delle lesioni da pressione.

Tali esiti fanno parte del monitoraggio del rischio clinico e vengono periodicamente rilevati dal gruppo del settore *qualità esiti ricerca* (Qu.R.R.E) aziendale attraverso la cartella infermieristica informatizzata. A questi esiti si è aggiunta la raccolta dati relativa agli aspetti organizzativi e strutturali comprensivi degli *staffing*, dello *skill-mix* e dei volumi di attività.

Si è successivamente svolta una fase di rilevazione delle richieste/esperienze/vissuti di pazienti/*caregiver* e degli infermieri dei reparti sperimentali dello studio attraverso la metodologia qualitativa del *focus group*. Tali momenti sono stati condotti da personale Aziendale non afferente alle *line* organizzative e funzionali delle strutture coinvolte, con esperienza pregressa nella gestione di questa metodologia di indagine qualitativa (un conduttore, un osservatore e un moderatore). Previo consenso informato scritto, le sessioni sono state registrate per facilitarne la rielaborazione e i dati sono stati analizzati dall'Università di Genova. I temi affrontati sono stati il valore del ruolo e della professione infermieristica, della fiducia nelle relazioni e dei vissuti personali, delle FOC e delle cure mancate nel proprio contesto di cura.

Istituzione dei Gruppi di lavoro istituzionali

A seguito dell'analisi dei *focus group* sono stati attivati dei gruppi di lavoro di miglioramento formati dai coordinatori, dagli infermieri e dai facilitatori, distinti per area medica e chirurgica, per discutere i temi da mettere in priorità nel

processo di cambiamento. L'obiettivo di questi gruppi di miglioramento è stato quello di individuare che cosa modificare a livello organizzativo, e quali variazioni adottare nella pratica assistenziale, come farlo attraverso la scelta degli strumenti necessari al cambiamento e quando farlo. I gruppi hanno lavorato attraverso momenti di discussione svoltisi prevalentemente nel *setting* di lavoro, guidati dai facilitatori e dai coordinatori dei servizi. Il Gruppo di Progettazione Strategica ha mantenuto durante tutto questo processo un attento e costante coordinamento e supervisione.

Step 2) Le scelte e la definizione delle priorità (che cosa)

In questa fase particolare enfasi è stata posta sul ruolo di facilitazione e propulsione del cambiamento che un approccio *bottom-up* svolge all'interno di progetti complessi e di rilevante impatto sulla pratica clinico-assistenziale. La scelta di attivare meccanismi decisionali *bottom-up* è stata dettata dalla volontà di coinvolgere attivamente i professionisti infermieri, i quali, attraverso la loro esperienza diretta e quotidiana, sono in grado di fornire contributi essenziali per l'identificazione delle aree di miglioramento e per la formulazione di soluzioni efficaci. Tale approccio si prefigge infatti di valorizzare le conoscenze e le competenze specifiche del personale infermieristico, promuovendo un processo di cambiamento organico e sostenibile che sia il risultato di una condivisione trasversale delle *best practices* e di un impegno collettivo verso l'eccellenza nella cura del paziente.

In questo senso, come precedentemente descritto, la scelta è ricaduta sulla metodologia del *focus group*, attraverso una matrice fornita dall'Università di Genova.

Ai *focus group* hanno partecipato tutti gli infermieri dei tre servizi interessati e una rappresentanza di pazienti e *caregiver*.

In totale sono stati svolti undici *Focus Group*, di cui sette relativi al personale e due con i pazienti e due con i *caregivers*, della durata di circa due ore ciascuno. Sono emersi vari spunti di riflessione sui bisogni percepiti come solitamente soddisfatti e su quelli più frequentemente omessi o ritardati, sulle relazioni tra infermieri e pazienti e su quelle interprofessionali, sulla fiducia nei rapporti e sulle problematiche di contesto lavorativo. Sono inoltre emerse le correlazioni e tra tali spunti. La sintesi è descritta nella Figura 3.

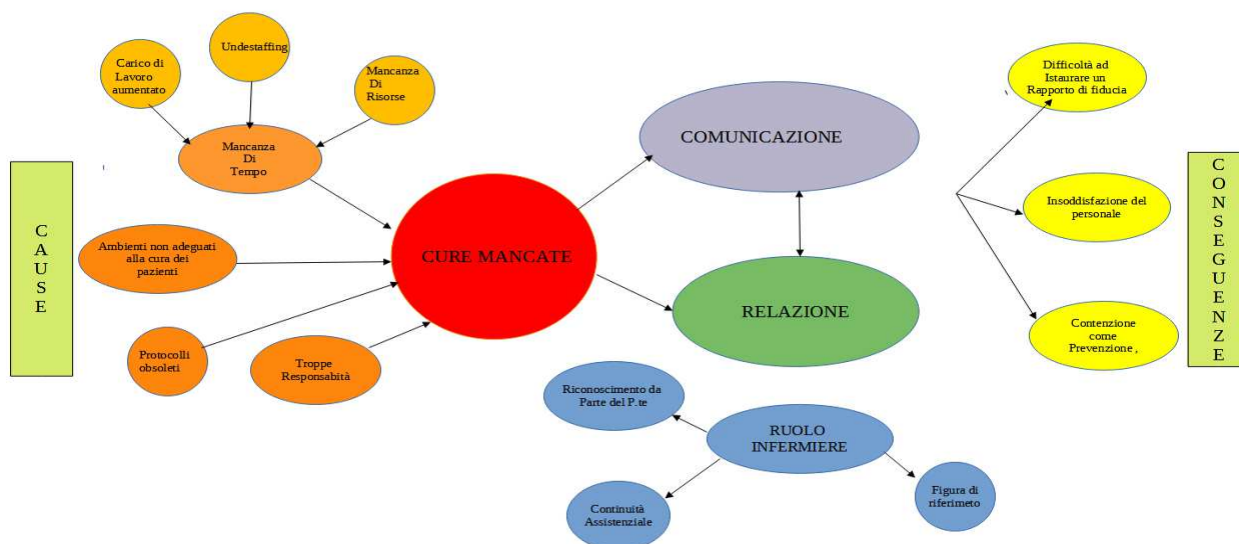


Figura 3 – Rappresentazione grafica dell'analisi dei Focus Group.

Una volta raccolti gli esiti dei *focus group*, i risultati di quelli relativi agli infermieri, raggruppati per area tematica sono stati confrontati con quelli relativi ai gruppi di pazienti e *caregivers* evidenziando i punti di convergenza e le dissonanze rispetto al percepito dei tre gruppi sui temi discussi.

Tale dibattito è avvenuto all'interno di quattro momenti di rielaborazione strutturati e condotti da alcuni componenti del gruppo di progetto in collaborazione con i Coordinatori infermieristici delle strutture coinvolte e di due infermieri facilitatori di processo.

Le criticità rilevate hanno portato alla costituzione di quattro sottogruppi di lavoro interni al Gruppo di progettazione strategica che si sono occupati rispettivamente di:

1. Focalizzazione della componente assistenziale sulle Cure Fondamentali rilevate come prioritarie.
2. Adeguamento degli *staffing* e dello *skill-mix* (comprensivo dei rapporti istituzionali con le Rappresentanze Sindacali e la Direzione Strategica).
3. Approvvigionamento di dispositivi e presidi.
4. Miglioramento degli ambienti.

In particolare, relativamente al punto 1, il dibattito ha portato alla luce necessità di miglioramento in ambiti differenti per le due aree assistenziali. Per questo motivo si è deciso di lavorare in modo parallelo ma distinto tra area medica e chirurgica in modo da concentrare il lavoro dei gruppi di miglioramento sulle specificità delle singole unità operative, valutando gruppi di lavoro misti nel caso in cui le tematiche o le aree di lavoro avessero punti in comune o condivisibili. Di seguito sono riportati i risultati relativi alle due aree:

Area medica

Il gruppo ha scelto di lavorare sui bisogni assistenziali maggiormente trascurati secondo il percepito di infermieri, pazienti e caregivers. Tali bisogni riguardano l'alimentazione, la mobilitazione, la comunicazione e l'eliminazione, di seguito riassunti:

1. Alimentazione:

La gestione del bisogno di alimentazione veniva completamente affidato al personale di supporto. L'attività infermieristica era limitata alla prescrizione della tipologia di dieta da far assumere al paziente attraverso la cartella informatizzata, sul portale della ristorazione per effettuarne l'ordine e sull'elenco delle diete per la distribuzione del pasto. In genere la valutazione da parte dell'infermiere della tipologia di dieta, di eventuali preferenze o allergie/intolleranze alimentari, avveniva all'accettazione del paziente in reparto. La distribuzione del pasto, la sua somministrazione e quindi la rilevazione di eventuali problematiche, necessità o variazioni del tipo di dieta era interamente affidata al personale di supporto che si faceva anche carico di applicare eventuali interventi di prescrizione, di valutare e di riferire agli infermieri quanto osservato durante la somministrazione del pasto stesso. L'unico modo per monitorare l'ingesta del pasto consisteva nella compilazione di un diario alimentare cartaceo che veniva sempre prescritto dal medico o dalla dietista, tale strumento veniva compilato frequentemente dall'infermiere che si rivolgeva agli operatori di supporto senza quasi mai la valutazione diretta sul paziente. Inoltre, l'orario di apertura del reparto ai congiunti non coincideva con l'orario di somministrazione dei pasti e i caregivers partecipavano alla somministrazione del vitto soltanto se indicato dalle logopediste per un addestramento in caso di rientro al domicilio di pazienti con problematiche di disfagia.

2. Mobilitazione:

La mobilitazione dei pazienti ricoverati veniva molto frequentemente prescritta previa valutazione medica, anche nei casi nei quali non vi sarebbero impedimenti di natura clinica per far sedere o alzare i pazienti. Molto spesso veniva coinvolto il servizio di fisioterapia per una prima valutazione del paziente e raramente veniva considerato dall'infermiere come un bisogno fondamentale da valutare e per il quale effettuare interventi in autonomia. Si riscontravano comunque notevoli difficoltà anche per la mancanza di ausili appropriati per far mobilitare i pazienti in sicurezza, per accompagnarli ai servizi igienici o per farli sedere a tavola. La scarsa autonomia dei pazienti che afferivano alle degenze di medicina e la carenza di personale di assistenza sono tutti fattori segnalati come influenti negativamente sulla presa in carico di questo bisogno.

3. Eliminazione:

Il bisogno di eliminazione veniva valutato e riconosciuto da infermieri e operatori sanitari ma frequentemente non soddisfatto nel momento effettivo della richiesta da parte dell'assistito. La testimonianza forte dei pazienti, proveniente dai focus group, ha messo in luce come tale bisogno sia soddisfatto "ad orario", facendolo rientrare all'interno di pratiche riconducibili a modelli per funzioni e compiti ed inserito nelle necessità funzionali dell'organizzazione di reparto piuttosto che in quelle fisiologiche dell'assistito. Inoltre, le modalità di soddisfacimento di tale bisogno spesso non risultavano adeguate e gli assistiti venivano invitati ad utilizzare i presidi assorbenti piuttosto che essere accompagnati in bagno. Sistematicamente venivano rilevate le evacuazioni e segnalate in cartella infermieristica con la programmazione di eventuali interventi per risolvere i problemi riguardanti

l'eliminazione intestinale, ma il soddisfacimento del bisogno dopo l'effettuazione di tali interventi (lassativi, clisteri evacuativi...) spesso non veniva registrato.

4. Comunicazione:

Nell'ambito della comunicazione è emersa la necessità di agire sia nella comunicazione tra gli operatori che sulla comunicazione tra operatori, pazienti e caregivers. Per il primo aspetto è emerso come vi fosse una difficile condivisione delle informazioni tra equipe per la mancanza di uno strumento comune che facilitasse il passaggio delle informazioni. La documentazione assistenziale e soprattutto il diario infermieristico erano scarsamente standardizzate sia nella trascrizione in cartella sia nella comunicazione orale al momento del cambio turno. Inoltre, non venivano messi in evidenza i bisogni fondamentali dei pazienti e la pianificazione degli interventi per il loro soddisfacimento.

Per quanto riguarda il secondo aspetto è fortemente emerso dai focus group come al paziente e ai caregivers arrivassero informazioni discordanti, parziali e che il processo di cura e di assistenza non venisse condiviso tra medico, infermiere, assistito e caregiver.

Area chirurgica

Nel contesto chirurgico venivano rilevate problematiche differenti di seguito riassunte:

- Carico di lavoro elevato.
- Understaffing.
- Difficile reperimento di ausili e strumenti.
- Mancanza di tempo.
- Ambienti non adeguati alla presa in cura dei pazienti.
- Carico di responsabilità giuridiche ed etico-deontologiche elevato.
- Carenza di competenze e di strumenti comunicativi efficaci con il paziente ed a livello interdisciplinare.
- Relazione di cura inefficace.
- Bilanciamento vita-lavoro non soddisfatto.
- Frammentazione delle informazioni al paziente e alla sua famiglia.

Durante la discussione plenaria, il gruppo di lavoro di area chirurgica, ha riconosciuto l'importanza di alcuni aspetti rispetto ad altri e ha valutato la necessità di sviluppare un programma di priorità funzionali con l'obiettivo di focalizzarlo sulle *Fundamentals of Care* e sulla centralità del paziente e della sua rete familiare, tenendo conto delle risorse disponibili.

In particolare, si è valutato, di concentrare gli sforzi di questo gruppo di lavoro su item che avessero un impatto rilevante e tangibile sulle cure fondamentali principalmente carenti in questi specifici contesti e nello specifico:

- Comunicazione.
- Educazione terapeutica e informazione.
- Aumento dell'incidenza di *missed nursing care* in momenti specifici dei turni di lavoro (ad esempio: cambi turno, pause pasti, visita medica) relative alle FOC di tipo fisico e relazionale.

Riprogettazione Organizzativa

Confrontando i risultati emersi in area medica e in area chirurgica sono stati dunque definiti alcuni obiettivi prioritari:

- Comunicazione interprofessionale: con lo scopo di migliorare la soddisfazione della persona assistita evidenziando nella documentazione clinico-assistenziale i suoi bisogni sia fisici che relazionali e psico-sociali. Al fine di ottenere una trasmissione efficace delle informazioni rilevate dall'individuazione dei bisogni assistenziali, è apparsa utile una strutturazione ottimale della cartella clinica integrata che permettesse inoltre una riduzione dei tempi nella compilazione e maggior tempo da poter dedicare alla relazione con la persona assistita.
- Understaffing: all'interno del quale sono stati ricompresi i temi dello scarso bilanciamento vita-lavoro, del rapporto infermiere/pazienti e dello skill-mix.
- Disponibilità non ottimale di presidi necessari per la mobilitazione e per la deambulazione assistita in termini sia quantitativi che qualitativi.

Sono emersi inoltre in maniera congiunta dai focus group degli infermieri e degli utenti, in entrambe le aree, temi relativi alla necessità di modificare gli ambienti delle zone comuni di soggiorno dei reparti di degenza rendendoli più confortevoli e fruibili, della continuità di cura e di una necessità di maggiore apertura all'orario di visita dei parenti. Tutti e tre i gruppi infermieristici hanno altresì segnalato la necessità di valutare scientificamente l'impatto dell'implementazione delle *FOC framework* nei loro contesti.

Step 3) Le azioni e gli interventi (come e quando)

Questa fase è stata condotta e valutata in itinere, dal gruppo di pianificazione strategica, con la collaborazione dei Coordinatori infermieristici e dei professionisti afferenti alle equipe infermieristiche delle Unità Operative coinvolte anche attraverso il supporto metodologico dei facilitatori d'area e dell'Università di Genova. Il gruppo di lavoro ha evidenziato le criticità emerse dalla fase di mappatura, ha definito le cause che hanno reso tali gli aspetti critici, definito le priorità di azione e pianificato, supervisionato e valutato gli interventi specifici (Tabella 1).

Tabella 1 – Scelte operative intraprese in esito dei meccanismi bottom-up e delle criticità rilevate nei contesti di cura.

CRITICITÀ PRIORITARIE EMERSE	POSSIBILI CAUSE DETERMINANTI	PROBABILI CONSEGUENZE RELATIVE ALLE CRITICITÀ	SCELTE OPERATIVE ATTUATE DAL GRUPPO DI PIANIFICAZIONE
Scarsa presa in carico infermieristica dei bisogni relativi ad alimentazione, eliminazione e mobilitazione	Scarsa attenzione agli aspetti specifici / eccessiva delega al personale di supporto	Cure mancate per mancata presa in carico	Intervento formativo su tutto il personale; Miglioramento della documentazione clinico-assistenziale in termini di semplicità di utilizzo, di riduzione delle ridondanze e di facilitazione nel reperimento delle informazioni; Utilizzo sistematico di una metodologia rapida ed efficace di trasmissione delle informazioni intra-equipe; Approvvigionamento qualitativamente e quantitativamente adeguato di ausili per la mobilitazione dei pazienti
Rapporto infermiere / paziente inadeguato	Scarsa attenzione agli aspetti specifici / eccessiva delega al personale di supporto	Cure mancate per mancata presa in carico	Modifica rapporto infermiere/pazienti 1 a 6
Difficoltosa comunicazione intra-equipe	Scarsa attenzione agli aspetti specifici / eccessiva delega al personale di supporto	Dilatazione del tempo necessario per la documentazione degli atti assistenziali; difficile reperimento delle informazioni; Mancato tracciamento di alcune attività assistenziali	Miglioramento della documentazione clinico-assistenziale in termini di semplicità di utilizzo, di riduzione delle ridondanze e di facilitazione nel reperimento delle informazioni; Utilizzo sistematico di una metodologia rapida ed efficace di trasmissione delle informazioni intra-equipe
<i>Work-life balance</i> non soddisfacente per i professionisti	Scarsa motivazione	Cure mancate per mancata presa in carico; Aumentato rischio di esiti negativi; Aumentato rischio di <i>intention to leave</i> da parte degli infermieri	Attivazione di turnistica a 12h nei reparti sperimentali (su richiesta dei professionisti)
Inadeguato <i>skill-mix</i> all'interno dei contesti di cura con maggior numero di operatori di supporto	Scarsa attenzione agli aspetti specifici / eccessiva delega al personale di supporto; Scarsa motivazione	Cure mancate per mancata presa in carico; Aumentato rischio di esiti negativi;	In Area Medica +30% Infermieri, -30% Operatori Socio-Sanitari; In Area Chirurgica +15% Infermieri, -7% Operatori Socio-Sanitari
Ambienti di vita delle persone assistite e dei professionisti non ottimali, scarsa disponibilità di ausili necessari per l'assistenza	Scarsa attenzione agli aspetti specifici / eccessiva delega al personale di supporto	Cure mancate per mancata presa in carico; Aumentato rischio di esiti negativi	Ristrutturazione degli ambienti di vita; Potenziamento delle aree verdi e dei giardini, "umanizzazione" degli ambienti di degenza

Di seguito saranno esplicitate singolarmente le azioni operative e gli interventi manageriali messi a sistema per il raggiungimento dell'obiettivo:

1. Intervento formativo.

La formazione è stata e continua ad essere un elemento cruciale nel processo di cambiamento, agendo come propulsore e alimento di tale evoluzione.

Nel 2023, sono state erogate 100 ore di formazione e consulenza scientifica specifica per gli obiettivi del progetto a 80 infermieri, integrando ad esse un affiancamento continuo sul campo da parte di colleghi esperti.

Nel 2024, il programma è attualmente in corso e prevede 100 ore di formazione sul campo e ricerca per 170 infermieri, mantenendo l'importante pratica dell'affiancamento continuo.

Guardando al 2025, è previsto un impegno di 30 ore di formazione sul campo per 50 infermieri, continuando a sostenere la crescita professionale attraverso l'affiancamento costante. Questo approccio multidimensionale non solo rafforza le competenze individuali ma alimenta anche una cultura di miglioramento continuo e adattabilità alle nuove sfide del settore sanitario. Tutta la formazione è stata accreditata ECM.

2. Miglioramento della documentazione clinico-assistenziale.

Con il supporto dei Sistemi Informativi Aziendali e della Direzione Sanitaria è stata riprogettata la cartella clinico-assistenziale integrata informatizzata impostando la stessa sul *FoC framework*. In particolare è stata migliorata l'interfaccia grafica in termini di semplicità di utilizzo, riduzione delle ridondanze e facilitazione nel reperimento delle informazioni, convogliando tutte le informazioni necessarie alla pianificazione assistenziale in un'unica pagina e sono state ripensate le interfacce all'accertamento e al diario infermieristico in modo da ridurre i tempi necessari alla loro compilazione e migliorare l'aderenza al loro utilizzo da parte dei professionisti in modo da poter tracciare anche questa rilevante attività di progettazione degli interventi assistenziali secondo il *FoC framework*.

3. Utilizzo sistematico di una metodologia rapida ed efficace di trasmissione delle informazioni intr-equipe.

In collaborazione con l'Università di Genova, sono state ricercate in letteratura metodologie efficaci di trasmissione di informazioni scritte tra professionisti in relazione alla loro efficacia in termini di completezza, semplicità ed efficacia. Al termine della ricerca non sono stati individuati strumenti già validati che fossero utilizzabili per le specifiche finalità relative ai contesti in esame. A tal proposito il gruppo di progettazione, in accordo con l'Università, ha valutato l'adattamento di uno strumento validato in italiano nei contesti di emergenza, ai setting di degenza per acuti (il metodo S.B.A.R.).

In particolare, nei setting medici e chirurgici si è scelto di declinare tale metodologia come segue:

- **Situation (S):** Inquadramento rapido del paziente rispetto alle capacità funzionali nella gestione delle attività di vita quotidiana, al grado di autonomia/dipendenza, a determinate caratteristiche specifiche e relative a momenti particolari del percorso clinico-assistenziale.
- **Background (B):** Anamnesi assistenziale/sociale e dati rilevanti relativi alla storia clinica e del contesto specifico del paziente prima del ricovero.
- **Assessment (A):** Accertamento mirato, valutazione e interventi assistenziali.
- **Recommendation (R):** Indicazioni e raccomandazioni al collega che prenderà in carico il paziente nel turno successivo.

Lo strumento, dopo una fase di test e un periodo di affiancamento fruito dagli infermieri dei reparti coinvolti da parte dei facilitatori, è stato progressivamente inserito e adottato per la trasmissione delle informazioni e per la redazione del diario assistenziale per tutti i pazienti delle Unità Operative coinvolte.

4. Adeguamento dello *staffing* e *skill-mix*.

Aumento della dotazione organica di infermieri attraverso inserimento di personale neo assunto o trasferito da altre unità operative, passando a un rapporto medio infermiere paziente di 1 a 6 in tutti i reparti di degenza coinvolti, in ragione dei precedenti rapporti che andavano da 1/9,5 per l'Area medica a 1/7 per l'Area Chirurgica. Nel contesto di area medica si è provveduto a una conversione del 30% del personale di supporto in infermieri e in area chirurgica a una riduzione del 7% del personale di supporto e un aumento del 15% di personale infermieristico.

5. Modifica dell'orario di lavoro.

Su richiesta unanime degli infermieri afferenti alle Unità Operative coinvolte, in ragione di concetti legati alla continuità di cure e al bilanciamento vita-lavoro, previo confronto con le Organizzazioni Sindacali e con le Direzioni Generale, Sanitaria e del Personale, è stata adottata, in tutti i reparti coinvolti, una turnazione a 12h, garantendo costantemente quanto previsto dal vigente Contratto Nazionale Collettivo del Lavoro.

6. Miglioramento dell'ambiente di vita dei degenti.

Nel corso dell'ultimo anno, sono stati realizzati interventi significativi volti a migliorare la qualità della vita dei pazienti attraverso la ristrutturazione delle aree di soggiorno. Questi interventi hanno incluso la colorazione vivace e terapeutica di alcune aree dei reparti, l'allestimento di spazi dedicati al relax e la creazione di giardini terapeutici. Tali miglioramenti sono stati resi possibili grazie alla stretta collaborazione con l'ufficio tecnico, che ha svolto un ruolo fondamentale nella pianificazione e realizzazione dei progetti. Questi cambiamenti strutturali e ambientali mirano a creare un ambiente più accogliente e stimolante per i pazienti, favorendo il benessere psicofisico e migliorando complessivamente l'esperienza di degenza. Al fine di migliorare la qualità della degenza anche sotto gli aspetti relazionali è stato ampliato l'orario di accesso di visita ai pazienti da parte dei loro cari ad almeno 8h al giorno ed è stato attivato, attraverso la collaborazione con le Associazioni di volontariato un progetto che ne prevede la presenza nelle aree di degenza per 4-6 ore giornaliere.

7. Aumento della disponibilità di presidi.

Previo censimento delle risorse disponibili e delle necessità emergenti, sono stati acquisite dotazioni qualitativamente idonee di carrozzine, deambulatori e dispositivi per la movimentazione, nonché di presidi atti al mantenimento della privacy.

8. Reinserimento del personale delle associazioni di volontariato.

In tutti i reparti FOC sono nuovamente presenti i volontari dell'Associazione AVO per circa 6 ore die in tre momenti della giornata.

Step 4) Stesura e avvio del protocollo di ricerca

Al fine di misurare gli esiti relativi all'implementazione del *FoC framework* è stato predisposto, in partnership con l'Università di Genova, uno studio quasi sperimentale pre-post, monocentrico, no-profit. Lo studio, denominato CONFORM è stato sottoposto al Comitato Etico competente geograficamente e approvato in data 16 aprile 2024. La ricerca è attualmente in corso e avrà una durata di 24 mesi. L'impatto dell'implementazione del *FoC framework* sarà valutato in termini di differenza nella lunghezza della media della degenza nei reparti coinvolti pre-post intervento. Secondariamente saranno valutati i risultati relativi ai seguenti obiettivi:

- Valutare l'impatto dell'intervento in termini di differenze negli indicatori sensibili all'assistenza infermieristica riferiti ai bisogni di eliminazione, alimentazione, mobilitazione, educazione terapeutica e alla comunicazione intra-equipe tra il pre- e il post-intervento.
- Descrivere l'impatto dell'integrazione del *FoC framework* in termini di soddisfazione della persona assistita e dei familiari.
- Descrivere l'impatto dell'integrazione del *FoC framework* in termini di soddisfazione degli infermieri.
- Descrivere l'impatto dell'integrazione del *FoC framework* sull'impegno nel lavoro (work engagement) e sull'intenzione di abbandonare il lavoro (*intention to leave*) degli infermieri.
- Valutare l'impatto sulle dimissioni a domicilio.

Dal mese di gennaio 2024 è in atto, alla luce dei primi report, l'implementazione del *FoC framework* in altre aree di degenza dell'ospedale. In questi primi sei mesi del 2024 il progetto è stato ampliato e sono stati arruolati le 3 aree intensive (Rianimazione, Rianimazione cardio, UTIC), le 2 semi-intensive di area medica e chirurgica, l'area a rapido recupero di Ortopedia e un'altra degenza di medicina interna in ragione della presenza di condizioni organizzative favorevoli legate agli *staffing* e allo *skill-mix*. Nel secondo semestre 2024 verrà arruolato il pronto soccorso (aree di osservazione pre-ricovero) e l'area di oncematologia. Per arrivare entro fine 2025 a raggiungere tutti i reparti dell'Ospedale.

Contributi e iniziative istituzionali

È stata posta una particolare enfasi sulla comunicazione efficace con le parti interessate esterne e interne all'Azienda, inclusi gli *stakeholders*, le parti sociali e le istituzioni politiche, sindacali, politico-professionali, disciplinari e scientifiche.

L'obiettivo principale è stato quello di annunciare l'avvio del progetto e di informare costantemente la comunità professionale, scientifica, i volontari e gli utenti su ogni progresso significativo. Inoltre, si è cercato in questo modo di favorire che l'interesse e l'impegno dei colleghi coinvolti rimanessero elevati. Per raggiungere questi scopi sono stati organizzati momenti di presentazione e dibattito, nonché seminari e congressi scientifici che hanno visto la

partecipazione di ospiti e relatori anche di valenza internazionale. Sono state presentate comunicazioni e poster a congressi di carattere nazionale e internazionale. Questi eventi hanno offerto piattaforme per la discussione aperta, il confronto di idee e la disseminazione delle conoscenze, contribuendo a creare un ambiente collaborativo e stimolante. La partecipazione attiva e l'interazione continua hanno rafforzato il senso di appartenenza al progetto e hanno mantenuto viva l'attenzione su di esso, assicurando che ogni membro del team fosse pienamente informato e coinvolto nel percorso collettivo.

Il primo momento di condivisione plenaria è avvenuto a marzo 2023, all'interno dell'Azienda e alla presenza dei vertici della Direzione Strategica, della Direzione Sanità della Regione Piemonte e dei Direttori delle Professioni Sanitarie di diverse altre Aziende, nonché di una rappresentanza degli Ordini delle Professioni Infermieristiche della Rete Regionale e del mondo Accademico. Successivamente, a un anno dall'avvio del processo, in un altro incontro condotto con le stesse modalità sono stati resi noti i risultati preliminari, che sono stati condivisi anche all'interno di un *workshop* disciplinare sulle *Fundamentals Of Care* organizzato dall'università di Genova in collaborazione con l'*Italian Chapter* della *Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing* a Genova a maggio 2024. Nello stesso mese l'ospedale ha ospitato, come Visiting Professor, Alison Kitson della Flinders University di Adelaide in Australia, fondatrice del *FoC framework* e vicepresidente dell'ILC, che a conoscenza dei risultati preliminari, ha voluto osservare di persona il processo di cambiamento in corso di evoluzione durante una giornata strutturata in due momenti, uno di condivisione scientifica e uno di visita ai contesti di cura. La stessa ha espresso grande apprezzamento per il lavoro svolto da tutti gli Infermieri ai vari livelli, sottolineando la capacità di individuare la prospettiva per il paziente e per gli infermieri.

RISULTATI

A 15 mesi dall'avvio della progettualità descritta dal progetto di miglioramento si può evidenziare come il governo della dimensione del *Context of care* del *FoC framework* abbia permesso l'attuazione concreta della relazione di fiducia nel percorso di cura e della risposta ai bisogni fisici e psico-sociali in contesti clinici, nonché la diffusione della cultura infermieristica. L'azione a livello di sistema e politica aziendale ha consentito, attraverso l'adozione di una *leadership* diffusa, partecipata con processi di bottom up continui, coinvolgimento degli *stakeholder* e creando condizioni organizzative differenti, di consolidare l'integrazione del *FoC framework* nelle tre realtà arruolate nel 2023 e in altre 7 nel primo semestre del 2024. Elementi che saranno resi oggettivamente evidenti dai risultati degli obiettivi secondari della ricerca CONFORM, attualmente in corso.

CONCLUSIONI

Il progetto si è focalizzato sul ruolo cruciale dell'infermieristica, degli infermieri e delle persone assistite. La formazione di legami tra enti e leader, sia formali che informali, nel settore organizzativo e assistenziale, ha portato a significativi avanzamenti nella diffusione di una cultura professionale, di un "pensiero infermieristico" che mette realmente al centro il paziente e la famiglia, liberando tempo agli infermieri per costruirla. I leaders sono stati, a nostro giudizio, determinanti nella relazione tra pari, nella continuità e sistematicità degli interventi programmati e nella condivisione continua. Questo aspetto ha rappresentato certamente uno dei punti di forza della progettualità e ne rappresenta il valore aggiunto. Riteniamo che un metodo *top-down* non avrebbe infatti raggiunto il livello di partecipazione osservato né avrebbe permesso di preservare i risultati ottenuti a lungo termine. L'introduzione di sistemi che ingaggiano direttamente gli operatori nelle decisioni gestionali e nella scelta di metodi e strumenti per la realizzazione dell'infermieristica ha semplificato l'attuazione del processo e potrebbe essere determinante per mantenere la concentrazione sulle cure essenziali in futuro.

L'alleanza strutturata e la condivisione tra università ed Azienda in tutto il percorso hanno consentito metodo e rigore scientifico e offriranno ai ricercatori dati per studi futuri. Tale strategia potrebbe tradursi in un miglioramento concreto degli esiti dell'assistenza ed è oggetto di studio. Tuttavia, l'aspetto che più ci ha significato in questa esperienza, è la rinnovata gioia degli infermieri nel loro lavoro. Assistiamo ogni giorno al rinnovarsi del legame tra pazienti e infermieri, un rapporto che sembrava "svanito". Nelle parole scritte nella documentazione clinica, nei racconti dei pazienti e caregiver e nelle pratiche quotidiane, si percepisce un'autentica considerazione per i bisogni fondamentali per i pazienti. Stiamo partecipando attivamente alla "R-(evolution)" citata dalla fondatrice del movimento internazionale FOC. Questa è l'essenza dell'assistenza infermieristica e dell'essere infermiere.

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 avere avuto alcuna forma di finanziamento.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano tutti coloro che hanno contribuito al progetto per il loro supporto e la partecipazione attiva.

Bibliografia

- Aiken LH, Fagin CM (2018). Evidence-based Nurse Staffing: ICN's New Position Statement *Int Nurs Rev.* Dec;65(4):469-471.
- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet.*;383(9931):1824-30.
- Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, Hayter M., Sasso L (2020). Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 347–369.
- Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Musio ME, Mangiacavalli B, Aiken L, Sasso L (2023). Benessere professionale dell'infermiere e sicurezza delle cure in epoca pandemica. *L'Infermiere* 2023, 60:4, e164– e177.
- Bahlman-van Ooijen W, van Belle E, Bank A, Janneke de Man-Van Ginkel, Huisman-de Waal G, Maud Heinen M (2023). Nursing leadership to facilitate patient participation in fundamental care: An ethnographic qualitative study. *J Adv Nurs* . Mar;79(3):1044-1055.
- Bertin G. (2015). Social innovation e politiche di welfare. *Salute e società*; (1), 37-50.
- Bobbio A, Manganelli AM (2015). Antecedents of hospital nurses' intention to leave the organization: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1180–1192.
- Chaboyer W, Harbeck E, Lee B. O, Grealish L (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37, 1–10.
- Costamagna G, Dasso N, Ottonello G, Zanini M, Catania G, Sasso L, Bagnasco A; Collaboration Group ASO Mauriziano, Turin (2021). COVID 19: Nursing Leadership and innovations on the field to face the pandemic. *Prof Inferm.* Jan-Mar;74(1):21-30.
- Feo R, Kitson A (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 1–11.
- Grealish L, Ranse K, Todd JA, Armit L, Billett S, Collier L, Bail K, Moyle W (2023). Barriers and enablers to embedding fundamental nursing care for older patients-Implications of a mixed methods study for nursing leadership *J Adv Nurs.* Mar;79(3):1162-1173.
- Griffiths P, Saville C, Ball J, Dall'Ora C, Meredith P, Turner L, Jones J (2023). Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill-mix in acute hospitals: A systematic review. *Int J Nurs Stud.* Nov;147:104601.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis (2009). *J Adv Nurs.* Jul;65(7):1509-17.
- Kitson A, Conroy T, Kulski K, Locock L, Lyons R (2013) Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs. Adelaide, South Australia: School of Nursing, the University of Adelaide.
- Kitson A (2018). The fundamentals of care framework as a point-of-care nursing theory. *Nursing Research*, 67, 99–107.
- Kitson A, Muntlin Athlin Å, Conroy T (2014). Anything but basic: Nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 331–339.
- Kitson A, Carr D, Feo R, Conroy T, Jeffs L (2024). The ILC Maine statement: Time for the fundamental care [r]evolution. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1–14.
- Kitson A, Conroy T, L Jeffs L, Carr D, J Huisman-Dewaal G, Muntlin A, Jangland E, Grønkaer M, Parr J (2023). 'No more heroes': The ILC Oxford Statement on fundamental care in times of crises. *J Adv Nurs.* Mar;79(3):922-932.
- Lombardi Fortino D, Galazzi A, Chiappinotto S, Palese A (2024). Nurse managers' strategies promoting a Fundamentals of Care-based approach among nurses: A scoping review *Ann Ig.* Jan-Feb;36(1):26-40.
- Niinihuhta M, Häggman-Laitila A (2022). A systematic review of the relationships between nurse leaders' leadership styles and nurses' work-related well-being. *Int J Nurs Pract.* Oct;28(5):e13040.
- Pattison N, Corser R (2023). Compassionate, collective or transformational nursing leadership to ensure fundamentals of care are achieved: A new challenge or non-sequitur? *J Adv Nurs* Mar;79(3):942-950.
- Sasso L, Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Santullo A, Watson R, Sermeus W, Aiken L. 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 RN4CAST per una riflessione condivisa. *Rivista L'Infermiere* N° 3 – 2019.

Savoie C, Rey S, Yokota S, Dallaire C, Kimura S, Takatani S, Yano Y (2023). Fundamental Care's state of knowledge around the world: Where are we now? A scoping review J Adv Nurs . Mar;79(3):865-884.

Valenti A, Ricotti A, Rizzo A, Zamprogno M; Missed Nursing Care AIOSS group (2024). Missed nursing care and stoma care: an Italian survey. Br J Nurs. Mar 21;33(6):S12-S19.