Missed Nursing Care

Studio osservazionale

Lucia Dignani[1]
Elisabetta Giacomoni[2]
Andrea Toccaceli[1,3]
Milena Giovanna Guarinoni[4]
Susi Girotti[1]

Background

Un indicatore di qualità recentemente identificato per l'assistenza infermieristica e la sicurezza degli assistiti sono le *Missed Nursing Care*, definite "omissioni di assistenza infermieristica" ossia qualsiasi intervento infermieristico necessario al paziente, ma omesso parzialmente o completamente oppure rimandato[1].

Il fenomeno risulta generato principalmente da un aumento della richiesta di assistenza a fronte di risorse limitate. La letteratura evidenzia che le *Missed Care* sono determinate da carenza di risorse umane e materiali, da problemi comunicativi, dalla presenza di un lavoro a turni. Numerosi studi evidenziano, inoltre, che le cure omesse dipendono dalla percezione delle priorità da parte del personale infermieristico, dai carichi di lavoro, dai livelli di comunicazione, dal lavoro di squadra, dai rapporti con gli operatori di supporto, dallo stile di *leadership*[2,3].

Le ripercussioni del fenomeno delle *Missed Nursing Care* sull'*outcome* assistenziale sono notevoli, poiché determinano una riduzione della sicurezza degli assistiti, della qualità dell'assistenza, della soddisfazione percepita, un aumento dei costi, degli eventi avversi, della mortalità[1,3]. Sul personale provocano insoddisfazione lavorativa e influiscono sull'*intention to leave*.

Poiché le *Missed Nursing Care* sono fenomeni generalizzati a molteplici situazioni clinico-assistenziali, con importanti ripercussioni sugli assistiti, appare rilevante comprendere quali siano le attività principalmente omesse dal personale infermieristico e le possibili cause che le determinano, in *setting* clinici differenti.

[1] Professore a contratto, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche, Ancona
[2] Neolaureata, Corso di Laurea in Infermieristica, Università Politecnica della Marche, Ancona
[3] Coordinatore infermieristico Dipartimento di Medicina Interna, A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona *toccaceli1969@gmail.com*
[4] Professore a contratto, Dipartimento di Specialità medico-chirurgiche, scienze radiologiche e sanità pubblica, Università degli Studi di Brescia

Obiettivi

Lo studio aveva gli obiettivi di valutare quali fossero gli interventi assistenziali omessi con maggiore frequenza dal personale infermieristico, di *setting* medico e di area critica, nonché di indagare le principali cause del fenomeno.

Metodi

È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo nel periodo giugno-ottobre 2018. Per l'indagine è stato arruolato il personale infermieristico di 9 unità operative appartenenti al *setting* medico e di area critica di un ospedale marchigiano, secondo una modalità di convenienza.

Per la raccolta dati è stato utilizzato il MISSCARE *Survey Questionnaire*[4], nella versione validata in italiano[5]. Si tratta di uno strumento di valutazione che indaga la percezione del personale infermieristico riguardo la frequenza delle cure mancate e le possibili cause. È articolato in 3 sezioni: quella iniziale è finalizzata a raccogliere le variabili socio-demografiche del campione. Nella seconda sezione vengono studiati 24 interventi infermieristici rispetto alla frequenza di omissioni, mediante una scala Likert a 5 punti (sempre, frequentemente, occasionalmente, raramente, mai mancante). La terza sezione, infine, esplora 17 possibili cause di omissione, tramite una scala Likert a 4 punti (ragione significativa, ragione moderatamente significativa, ragione poco significativa, non è una ragione significativa).

I dati sono stati elaborati mediante Microsoft Excel. In accordo con la letteratura sono state considerate cure infermieristiche mancate quelle in cui il partecipante ha risposto "sempre", "frequentemente" oppure "occasionalmente"; sono state invece considerate cure erogate quelle in cui l'operatore ha risposto "raramente" o "mai". Anche i risultati inerenti le cause delle cure mancate sono stati aggregati considerando le risposte "ragione significativa" o "moderatamente significativa" come identificative di causa di omissione e quelle "ragione poco significativa" o "non significativa" come non identificative[5].

Risultati

Hanno aderito allo studio 186 infermieri, con un *response rate* dell'82,4%. Il campione era prevalentemente di sesso femminile (70,4 %), con un'età media di 37,8 anni (DS 8), un'esperienza lavorativa media di 12,7 anni (DS 8,5) e un'esperienza media nell'unità operativa di appartenenza di 7 anni (DS 6,8). Il titolo abilitante prevalente era la laurea (69,9%).

Rispetto ai risultati del MISSCARE *Survey Questionnaire*, è emerso che le cure infermieristiche omesse con maggiore frequenza erano la deambulazione degli assistiti 3 volte al giorno o come da pianificazione (76,3%) e la mobilizzazione passiva ogni 2 ore (67,2%).

Le attività infermieristiche omesse con minor frequenza erano: monitoraggio della glicemia come da prescrizione (4,8%) e la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta (7%). Nella Tabella 1 sono riportate le cure infermieristiche mancate.

Tra le principali cause del *Missed Care* sono emerse: l'aumento inatteso del numero o delle condizioni critiche degli assistiti nell'unita operativa (86%) e la situazione dei pazienti in condizioni di urgenza (83,3%). Nella Tabella 2 sono riportate le ragioni delle cure infermieristiche mancate.

Non sono emerse differenze rilevanti tra i due *setting* per quanto riguarda le cure infermieristiche omesse e le relative cause,

	ITEM	MNC TOTALI (%)	MNC AREA CRITICA (%)	MNC *SETTING* MEDICO (%)
1	Deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione	**76,3**	60,1	67,6
2	Mobilizzazione passiva del paziente ogni 2 ore	**67,2**	57	49,3
3	Aiuto ai pazienti non autosufficienti ad alimentarsi con il cibo caldo	37,6	29,7	32,4
4	Preparazione del pasto e del *setting* per i pazienti autosufficienti	**42,5**	36,1	31,0
5	Somministrazione della terapia 30 minuti prima o dopo l'orario indicato	36	31,6	23,9
6	Rilevazione dei parametri vitali come da pianificazione	11,3	7,0	14,1
7	Monitoraggio del bilancio idrico (entrate/uscite)	13,4	11,4	9,9
8	Compilazione della documentazione infermieristica in tutte le sue parti	18	12,7	16,9
9	Educazione ai pazienti e ai loro familiari	29	29,1	11,3
10	Supportare emotivamente i pazienti e i loro familiari	25,8	22,2	18
11	Soddisfare l'igiene personale del paziente e controllo della cute	10,2	9,5	5,6
12	Esecuzione delle cure del cavo orale	40,9	34	32,4
13	Lavaggio delle mani	8,6	8	4,2
14	Discussione assieme al paziente del piano di dimissione e insegnamento delle cure da seguire a domicilio	39,8	34,8	26,8
15	Monitoraggio della glicemia come da prescrizione	4,8	3,2	5,6
16	Valutazione dell'evoluzione dei pazienti almeno una volta per turno	11,8	7,6	9,9
17	Rivalutazione specifica del paziente per verificare miglioramenti o peggioramenti nel corso del turno	13,4	12,0	8,5
18	Valutazione del sito di inserzione dei cateteri venosi periferici e centrali secondo protocollo aziendale	13,4	13,3	5,6
19	Risposta al campanello entro 5 minuti dalla chiamata	16,7	12,7	15,5
20	Somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta	7	5,7	5,6
21	Valutazione dell'efficacia della terapia farmacologica somministrata	14,5	8	7,0
22	Partecipazione alle riunioni multidisciplinari di reparto o aziendali ogni volta che veniva richeisto	29,6	25	22,5
23	Assistenza al paziente con bisogni di eliminazione entro 5 minuti dalla chiamata	20,4	17,1	12,7
24	Cura delle ferite e controllo delle lesioni da decubito	13,4	12,7	7

Tabella 1. Cure infermieristiche mancate (MNC). Evidenziate in grassetto le cure infermieristiche omesse con maggiore frequenza.

anche se mediamente il *setting* di area critica ha ottenuto punteggi più alti in tutte le aree per entrambe le sezioni dello strumento.

Discussione

Lo studio ha indagato le principali attività infermieristiche omesse nei *setting* di area critica e area medica, nonché le relative cause. Tra le *Missed Nursing Care* a maggior frequenza sono emerse la deambulazione del paziente 3 volte al giorno o come da pianificazione e la mobilizzazione passiva del paziente ogni 2 ore. Tali risultati sono in linea con quanto evidenziato dalla letteratura internazionale. Queste due attività sono infatti particolarmente gravose per il personale a causa del tempo che richiedono e della frequente necessaria presenza di più di un operatore per la loro esecuzione. È inoltre possibile che queste attività di cura siano percepite dal personale infermieristico come meno importanti rispetto alle altre, nonostante la loro forte correlazione con gli *outcome* assistenziali.

	ITEM	MNC TOTALI (%)	MNC AREA CRITICA (%)	MNC *SETTING* MEDICO (%)
1	Inadeguato numero del personale sanitario	**80,1**	66,5	44
2	Situazione dei pazienti urgenti	**83,3**	65,8	51
3	Aumento inatteso del numero /o condizioni critiche di pazienti nell'unità operativa	**86**	66,5	55
4	Numero inadeguato di personale sanitario	73,7	57	47
5	Assegnazione di un numero non bilanciato di pazienti a ciascun infermiere	31,2	47,5	39
6	Farmaci non disponibili quando necessario	50,5	34,2	40
7	Inadeguate consegne infermieristiche da parte del personale del turno precedente	28,5	17,7	23
8	Altri reparti non hanno eseguito i propri compiti	47,3	34,8	33
9	Forniture / apparecchiature non disponibili quando necessario	59,7	48,7	32
10	Forniture / apparecchiature non funzionanti correttamente quando necessario	63,4	52,5	35
11	Mancanza di supporto/aiuto da parte dei membri del *team*	50	38	33
12	Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra *staff* infermieristico e operatori di supporto / ausiliari	44,1	24,7	29
13	Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra i membri dello *staff* infermieristico	42	32,3	27
14	Presenza di tensioni o comunicazioni interrotte tra *staff* medico e *staff* infermieristico	51,1	40,5	31
15	Mancata segnalazione da parte dell'operatore di supporto riguardo le cure non fornite al paziente	41,4	29,7	30
16	*Caregiver* non rintracciabile/ disponibile	40,3	32,9	23
17	Elevato numero di ricoveri / dimissioni durante il turno lavorativo	79,6	55,7	45

Tabella 2. Ragioni delle cure infermieristiche mancate (MNC). Evidenziate in grassetto le cause emerse con maggiore frequenza.

SimpleFoto

Altro dato di rilievo è che la mobilizzazione passiva del paziente ogni 2 ore viene maggiormente omessa nell'area critica, nonostante sia una pratica fondamentale per permettere il mantenimento dell'integrità cutanea, soprattutto date le situazioni di immobilità in cui l'assistito si trova.

Tra le motivazioni delle *Missed Nursing Care* ci sono l'aumento inatteso del numero /o condizioni critiche di pazienti nell'unità operativa, le situazioni con pazienti urgenti e l'inadeguato numero del personale sanitario. Anche questi risultati appaiono coerenti con quanto emerso da altri studi nazionali e internazionali. Nello scenario italiano, infatti, c'è la tendenza a ridurre la durata dei ricoveri e a massimizzare l'occupazione dei posti letti. Questo fenomeno comporta continue ammissioni e dimissioni degli assistiti che devono essere gestiti dal personale infermieristico con aggravio del carico di lavoro.

Tra le strategie che vengono proposte in letteratura per contenere il fenomeno delle *Missed Nursing Care* ci sono il lavoro di squadra, la comunicazione efficace, un organico infermieristico adeguato e un flusso di assistiti appropriato.

Limiti

I principali limiti dello studio sono rappresentati dalla ridotta numerosità campionaria e dal campionamento monocentrico.

Conclusioni

Le *Missed Nursing Care* rappresentano rilevanti indicatori di qualità assistenziale e determinano un notevole impatto sull'*outcome* dell'utente in termini di sicurezza, efficienza e soddisfazione percepita.

Lo studio ha fatto emergere le principali attività omesse e le relative cause nel *setting* medico e di area critica, evidenziando criticità analoghe, in linea coi risultati della letteratura.

La conoscenza dell'entità del fenomeno in contesti assistenziali differenti può consentire l'adozione di adeguati correttivi.

Bibliografia

1) Sist L, Cortini C, Bandini A, et al. *The concept of missed care: a literature review*. Assist Inferm Ric 2012;31:234-9.
2) Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, et al. *Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting*. Internand Emerg Med 2015;10:693-702.
3) Kalisch BJ. *Missed nursing care. A qualitative study*. J Nurs Care Qual 2006;21:306-13.
4) Kalish BJ, Williams RA. *Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care*. J Nurs Adm 2009;39:211-9.
5) Sist, L, Contini C, Bandini A, et al. *MISSCARE Survey – Italian version: findings from an italian validation study*. Ig Sanita Pubbl 2017;73:29-45.