

## **Interventi attuati da infermieri con ruoli manageriali nella pratica quotidiana per prevenire e minimizzare le Missed Nursing Care: risultati di uno studio qualitativo italiano**

Alvisa Palese <sup>a</sup>, Evridiki Papastavrou <sup>b</sup>, Georgios Efstathiou <sup>b, c</sup>, Panayiota Andreou <sup>d</sup>, Renate Stemmer <sup>e</sup>, Christina Ströhm <sup>e</sup>, De Reggi Alessandra <sup>f</sup>, Antonietta Rossi <sup>g</sup>, Maura Mesaglio <sup>g</sup>, Jessica Longhini <sup>a</sup>

*a Department of Medical Sciences, University of Udine, Udine, Italy b Department of Nursing, School of Health Sciences, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus c Nursing Services, Ministry of Health, Cyprus d University of Nicosia Medical School, Cyprus e Catholic University of Applied Sciences, Mainz, Germany f Coordinamento Nazionale, Sezione Friuli Venezia Giulia, Italy g Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine, Italy*

**Parole chiave:** Missed Nursing Care, coordinamento infermieristico, dirigenza infermieristica, leadership, sicurezza del paziente

**Introduzione:** Le Missed Nursing Care sono ampiamente riconosciute nella loro capacità di minacciare la sicurezza del paziente e gli esiti delle cure. Mentre i framework teorici sulle Missed Care, gli antecedenti e le loro conseguenze sono stati largamente studiati, gli interventi per prevenirle e minimizzarle sono ancora poco documentati. Gli infermieri coordinatori e dirigenti ricoprono un ruolo cruciale nel prevenire e minimizzare le Missed Nursing Care; tuttavia, sono disponibili poche evidenze per supportare le loro decisioni. L'obiettivo di questo studio era far emergere gli interventi applicati nella pratica quotidiana per prevenire e/o minimizzare le Missed Nursing Care, percepiti come efficaci dagli infermieri coordinatori e dirigenti.

**Metodi:** È stato condotto uno studio qualitativo descrittivo basato sul 'positive deviance approach'. Sono stati condotti due focus groups per intervistare 12 infermieri coordinatori e dirigenti appartenenti a setting diversi, pubblici o privati, reclutati con campionamento propositivo. Le interviste sono state audio-registrate ed analizzate utilizzando il metodo dell'analisi tematica condotta da due ricercatori.

**Risultati:** Gli interventi percepiti come efficaci per prevenire e/o minimizzare le Missed Nursing Care sono (a) Espandere la capacità delle cure infermieristiche, (b) Assicurare gli standard di cura e la precoce rilevazione delle failures, (c) Presidiare i processi assistenziali, (d) Promuovere le decisioni condivise, (e) Ripensare al layout del sistema, (f) Promuovere la cultura dell'attenzione 'Missed Nursing Care', e (g) Riavvicinare il management infermieristico alla clinica.

**Discussione:** Molteplici interventi sono applicati quotidianamente da infermieri coordinatori e dirigenti per prevenire e/o minimizzare le Missed Nursing Care; influenzano soprattutto i processi, con natura per lo più preventiva. Misurare l'effetto di tali interventi sull'occorrenza delle Missed Nursing Care attraverso studi rigorosi potrebbe contribuire ad espandere le evidenze disponibili per contrastare un fenomeno che minaccia la sicurezza dei pazienti.

## ***Effective interventions enacted by Nurse Managers in daily practice to prevent and/or minimize the missed nursing care: findings from an Italian qualitative study***

**Key words:** Missed Nursing Care; nursing management, leadership, patient safety

**Introduction:** Missed Nursing Care is widely recognized as affecting patient safety and healthcare outcomes. Theoretical frameworks, antecedents and consequences have been extensively studied while interventions aimed at preventing the Missed Nursing Care remain little investigated to date. Nurse Managers and Nurse Directors play a main role in promoting interventions at the unit, hospital and at the policy levels. However, few evidences are available to date, thus limiting an evidence-based approach. The aim of this study was to emerge interventions used on a daily basis by Nurse Managers and Directors to prevent and/or minimize Missed Nursing Care.

**Methods:** A qualitative descriptive study design based upon a positive deviance approach was adopted. Twelve Nurse Managers and Nurse Directors were purposefully selected, working at Hospital, Healthcare Trust or Nursing Home levels, in Italy. Participants were interviewed in two focus group sessions. A thematic analysis of the audio-recorded interviews was performed by two researchers.

**Results:** The following interventions have been reported as effective in preventing and/or minimizing the Missed Nursing Care: (a) Expanding the nursing care capacity; (b) Ensuring the standard of care and an early detection of failures; (c) Monitoring the processes of care; (d) Promoting a shared decision-making; (e) Redesigning the layout of the hospital systems; (f) Promoting a culture towards the Missed Nursing Care prevention, and (g) Realigning the nurse management to the care of patients.

**Discussion:** Several interventions based mainly on process dimension and with preventive intents are daily enacted by Nurse Managers and Directors to prevent and/or minimize Missed Nursing Care. Measuring the effect of these interventions through rigorous studies could help in expanding the evidence available to contrast a phenomenon that threatens patient safety.

### **Introduzione**

Da circa un ventennio il fenomeno delle Missed Nursing Care (MNC) viene studiato con interesse dai ricercatori di tutto il mondo per la sua influenza sulla sicurezza dei pazienti e sugli esiti delle cure infermieristiche (29). Il concetto nasce principalmente per enfatizzare gli esiti sui pazienti causati da errori di omissione (16); successivamente, sono emerse numerose definizioni (1; 18; 37), e quella più accreditata ad oggi esprime le cure infermieristiche che il paziente necessita ma che non sono erogate, in parte o del tutto, oppure che sono posticipate (3;18; 20).

Nel framework teorico concettualizzato come Missed Nursing Care Model (17), le ‘cure perse’ vengono identificate come quel processo, influenzato anche da elementi di struttura come ad esempio la quantità di risorse, che ha conseguenze sia sul paziente che sullo staff (17). Gli antecedenti indicati nel modello teorico fanno riferimento a tre principali cause (18) rilevate nello studio condotto da Kalisch e colleghi (16) in tre ospedali nel Michigan (USA) coinvolgendo 459 infermieri. In accordo ai risultati dello studio, le MNC sono associate per oltre l’80% degli infermieri, all’aumento improvviso della complessità assistenziale, alle situazioni d’urgenza nonché alla limitata disponibilità di risorse umane (=labour resources); circa il 56% degli infermieri ha indicato quale causa la mancanza o il malfunzionamento delle risorse materiali (=material resources) mentre il 38% problemi di comunicazione (=communication issues) (16). A tali cause (20), sono stati via via aggiunti altri fattori organizzativi e legati all’ambiente lavorativo quali, ad esempio, la dimensione dell’unità, il teamwork e la soddisfazione lavorativa (23).

Una revisione della letteratura ha documentato che gli studi disponibili documentano una elevata frequenza del fenomeno: dal 55% al 98% degli infermieri riferiscono di non portare a termine almeno una attività nel proprio turno di lavoro (14) quali, tra le più frequenti, educare, supportare emotivamente, pianificare le cure e le dimissioni, compilare la documentazione, somministrare la terapia al bisogno e accertarne l'efficacia, come pure mobilitare ogni due ore i pazienti per prevenire i decubiti e assicurare la cura del cavo orale (6; 14; 16; 20). Nel contesto italiano, le survey realizzate hanno evidenziato tra le cure infermieristiche perse la deambulazione, le cure igieniche, la somministrazione dei farmaci in orario e la sorveglianza/monitoraggio delle condizioni cliniche dell'assistito (33).

La perdita di cure infermieristiche genera un impatto negativo sui pazienti ma anche sull'organizzazione riducendo la soddisfazione lavorativa degli infermieri ed aumentandone il turnover (14). A livello internazionale è stata documentata una frequenza più elevata di cadute, lesioni da pressione, errori nella somministrazione di farmaci, infezioni ospedaliere, e insoddisfazione tra i pazienti esposti a più elevate MNC (32). Nel contesto italiano si sono inoltre evidenziati un aumento del declino funzionale, degli episodi di delirium iperattivo, di flebiti da catetere venoso periferico, fino all'aumentato rischio di morte (28). Per queste ragioni, prevenire e/o minimizzare le Missed Nursing Care è anche un imperativo etico. Tuttavia, le evidenze disponibili rispetto agli interventi manageriali più efficaci sono ancora limitate: è stata documentata l'importanza della qualità dell'ambiente lavorativo, della comunicazione, del lavoro di gruppo, e dell'adeguata quantità di risorse umane e materiali (19; 38); inoltre, anche la leadership è stata indicata come rilevante (30) e, pertanto, un'area su cui investire (13; 27). I leader della professione assumono infatti un ruolo cruciale nel guidare la prioritizzazione delle cure e nel facilitare una efficace organizzazione del lavoro nonché un clima positivo. Tuttavia, interventi manageriali specifici e propri dell'attività dei coordinatori e/o dei dirigenti infermieristici per prevenire e/o minimizzare le MNC, non sono stati documentati ad oggi nella loro efficacia.

Allo scopo di contribuire a colmare il gap di conoscenze, è stato sviluppato nel 2019 un progetto internazionale denominato *Strengthening knowledge and competencies of Nurse Managers for a Safe care environment* (NM4SAFETY) che include Cipro, Germania, Italia e Svizzera. Tale progetto prevedeva uno studio qualitativo basato sull'approccio del 'positive deviance cases' (7) in cui sono emerse e analizzate le pratiche riconosciute come 'buone' e/o 'efficaci' ed attuate sulla base del sapere prassico, ovvero sulle conoscenze tacite: queste ultime sono sviluppate dal singolo attraverso l'esperienza e soprattutto nei momenti di maggiore difficoltà o quando si affrontano problemi per assicurare i migliori risultati e, per questo, hanno una natura 'pratica' e 'contestuale' (24). L'obiettivo di questo studio era, pertanto, far emergere le pratiche già implementate nel quotidiano dagli infermieri dirigenti e coordinatori e percepite come efficaci/utili nel prevenire e/o minimizzare le MNC.

## **Materiale e metodi**

### **Disegno di studio**

È stato condotto uno studio qualitativo descrittivo (21) basato sul 'positive deviance approach' (7) da dicembre 2019 a febbraio 2020.

e costruito secondo l'approccio "One Health"<sup>11</sup>. Nell'adozione di tale documento hanno sicuramente giocato un ruolo i documenti dell'Agenzia statunitense CDC<sup>12</sup> ed europea ECDC<sup>13</sup> ma soprattutto il cosiddetto "Rapporto O'Neill". Secondo la versione finale di questo allarmante Rapporto, elaborato su commissione del governo britannico, la resistenza antimicrobica, se non affrontata, ucciderà entro il 2050 circa 10 milioni di persone all'anno (circa 300 milioni nei prossimi 35 anni), lasciando il prodotto lordo mondiale al di sotto di 2-3,5 punti percentuali rispetto a ciò che sarebbe potuto essere (Figura 1).<sup>14</sup>

### Partecipanti e setting

E' stato attuato un campionamento propositivo (31) selezionando infermieri con ruoli manageriali ed interesse verso il fenomeno delle MNC e di cui i ricercatori principali ne erano a conoscenza per contatti personali, oppure sulla base delle indicazioni di esperti, nonché dell'Associazione Coordinamento Nazionale Coordinatori Caposala (Sezione Friuli-Venezia Giulia). Venivano inclusi infermieri che, al momento dello studio: (a) occupavano il ruolo di coordinatore o dirigente infermieristico in contesto pubblico o privato, (b) in Friuli-Venezia Giulia, (c) e che avevano dato la disponibilità a partecipare. Il processo di reclutamento si è concluso quando la saturazione dei dati (8) valutata da due ricercatori è stata raggiunta.

### Raccolta dei dati

Un ricercatore esperto nel metodo (AP, vedi autori) ha condotto due focus groups semi-strutturati (12). La guida all'intervista è stata progettata sulla base della letteratura disponibile sul tema (5; 6; 11; 18; 20; 22; 29; 38; 39; 41) da parte dei ricercatori appartenenti al progetto internazionale; successivamente, è stata valutata per fattibilità, durata, accettabilità e capacità di acquisire le informazioni previste in una fase pilota da un partner dello studio internazionale; dopo aver apportato le modifiche necessarie suggerite nella fase pilota, la guida all'intervista è stata utilizzata (Tabella 1). I focus groups sono stati audio-registrati, previo consenso dei partecipanti.

**Tabella 1. Focus groups: guida all'intervista semi-strutturata**

a) **Profilo dei partecipanti:** età, genere, formazione; ruolo (infermiere coordinatore/dirigente); esperienza professionale come infermiere e nel ruolo attuale; mission della struttura (pubblica/privata; Ospedale/Casa di Riposo), numerosità del personale gestito e/o facente parte del team.

b) **Interventi attuati nella pratica quotidiana per prevenire e/o ridurre le MNC** a livello di struttura o di processo (9), di singola micro-unità o macro-sistema (es. Ospedale/Casa di Riposo).

Nella tua pratica quotidiana, in qualità di infermiere coordinatore/dirigente per prevenire e/o minimizzare le MNC:

- quali tipi di interventi diretti (nella tua unità) o indiretti (in altre unità, ad es. a livello ospedaliero) stai implementando o sono stati implementati? Puoi condividere la tua esperienza?
- puoi descrivere quali interventi sono stati efficaci nel tuo contesto? Quando e da chi sono stati progettati e realizzati questi interventi? A quale livello (unità, Ospedale) tali interventi erano stati progettati?
- in base alla tua esperienza, perché ritieni che questi interventi siano stati efficaci?
- sei a conoscenza di interventi attuati in altri contesti che sono stati considerati e/o che si sono dimostrati efficaci?
- in base alla tua esperienza hai suggerimenti rispetto ad altri interventi che potrebbero essere efficaci nel prevenire/minimizzare le MNC?

Legenda. MNC, Missed Nursing Care

### **Analisi dei dati**

I dati quantitativi sono stati riassunti e analizzati in un foglio Excel e descritti come frequenze assolute o espressi in termini di mediana e range interquartile (IQR), o valori minimo e massimo, in accordo alla distribuzione non normale delle variabili. I dati qualitativi raccolti con i focus groups sono stati trascritti fedelmente e sottoposti ad una analisi tematica (10): è stato dapprima individuato un sistema di codifica su un foglio Excel, e successivamente identificate le principali categorie di interventi attraverso un processo di lettura e riletture delle trascrizioni delle interviste da parte di due ricercatori, in una prima fase in modo indipendente e poi attraverso il confronto. Oltre alla categorizzazione degli interventi, sono stati identificati i livelli a cui sono stati attuati (es. a livello micro - ad esempio, unità/reparto; o macro - ad esempio, intero Ospedale/Casa di Riposo), la loro natura (preventiva - ovvero finalizzati a prevenire le MNC; o reattiva - ovvero finalizzati a minimizzarle) e la dimensione che hanno influenzato maggiormente (in accordo al modello di Donabedian, ovvero gli elementi di struttura o di processo del sistema organizzativo) (9).

### **Considerazioni etiche**

L'Internal Review Board del Dipartimento di Area Medica dell'Università di Udine ha approvato il protocollo di ricerca (n. protocollo 04/2020\_IRB).

### **Risultati**

#### **Popolazione**

Complessivamente sono stati intervistati 12 infermieri, 10 coordinatori e due dirigenti di strutture pubbliche con età media di 49 anni (mediana, 44.7 - 51.7 IQR), un'esperienza clinica di 17.5 anni (mediana, 11.7 - 27 IQR) e manageriale di 8.5 anni (mediana, 5.2 - 10.1 IQR) di cui 6.5 (mediana, 2.75-7.75 IQR) nell'attuale posizione. Dieci partecipanti hanno riportato una formazione universitaria al ruolo. Al momento dello studio, i coordinatori gestivano mediamente 22 infermieri (da 4 a 45), mentre gli infermieri dirigenti mediamente 1517 (da 970 a 2064) (Tabella 2).

**Tabella 2. Caratteristiche dei partecipanti**

<b>Variabili demografiche</b>	<b>Totale (=12)</b>
Genere, <i>femminile</i>	8/12
Età (anni), mediana (range interquartile)	49 (44.7-51.7)
<b>Variabili formative</b>	
Titolo professionale come infermiere	
Diploma di infermiere	7/12
Laurea triennale	5/12
Con Master clinico	1/12
Titolo professionale come coordinatore/dirigente	
Master I livello	7/12
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche	3/12
Abilitazione alle Funzione Direttive	2/12
Formazione ricevuta durante la preparazione manageriale su	
Sicurezza dei pazienti	8/12
Missed Nursing Care	-
Strategie per migliorare la qualità dell'assistenza	7/12
<b>Variabili lavorative</b>	
Ruolo svolto al momento dello studio	
Coordinatore	10/12
Dirigente	2/12
Livello di responsabilità ricoperta attualmente	
Unità Operativa	10/12
Azienda	2/12
Contesto	
Ospedale per acuti	8/12
Casa di Riposo/Residenza Sanitaria Assistenziale	1/12
Azienda Sanitaria	2/12
Esperienza lavorativa (anni), mediana (range interquartile)	
Infermiere clinico	17.5 (11.75-27)
Infermiere coordinatore	8.5 (5.25-10.12)
Nell'attuale posizione	6.5 (2.75-7.75)

**Tabella 2. Caratteristiche dei partecipanti**

<b>Variabili demografiche</b>	<b>Totale (=12)</b>
Genere, <i>femminile</i>	8/12
Età (anni), mediana (range interquartile)	49 (44.7-51.7)
<b>Variabili formative</b>	
Titolo professionale come infermiere	
Diploma di infermiere	7/12
Laurea triennale	5/12
Con Master clinico	1/12
Titolo professionale come coordinatore/dirigente	
Master I livello	7/12
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche	3/12
Abilitazione alle Funzione Direttive	2/12
Formazione ricevuta durante la preparazione manageriale su	
Sicurezza dei pazienti	8/12
Missed Nursing Care	-
Strategie per migliorare la qualità dell'assistenza	7/12
<b>Variabili lavorative</b>	
Personale nel team/struttura	
Infermieri	
Coordinatoria, mediana (min-max)	22 (4-45)
Dirigentia, mediana (min-max)	1517 (970-2064)
Operatori Sociosanitari	
Coordinatoria, mediana (min-max)	17 (1-22)
Dirigentia, mediana (min-max)	585 (371-799)
Medici	
Coordinatoria, mediana (min-max)	13.5 (1-22)
Dirigentia, mediana (min-max)	1169 (270-2069)
Altre figure professionali	
Coordinatoria, mediana (min-max)	3 (0-9)
Dirigentia, mediana (min-max)	390 (241-539)

*Legenda: min, valore minimo; max, valore massimo*

*Coordinatoria, Dirigentia: abbiamo distinto il personale componente il team e/o la struttura gestita dagli Infermieri Coordinatori e dagli Infermieri Dirigenti partecipanti considerato che di norma il ruolo si riferisce ad una complessità diversa*

### Interventi per prevenire e/o minimizzare le MNC

Dall'analisi dei dati emersi attraverso i focus groups, sono stati identificati sette interventi principali utilizzati dagli infermieri coordinatori e dirigenti per prevenire e/o minimizzare l'incidenza delle MNC e percepiti come efficaci/utili nella pratica quotidiana (Tabella 3).

**Tabella 3. Interventi attuati dagli infermieri coordinatori per prevenire e/o minimizzare le MNC**

Intervento	Livello	Natura/finalità	Dimensione (9)	Interventi
Espandere la capacità	Micro		Struttura/Processo	Aumentare la quantità di cure infermieristiche in settori critici/o ad elevata richiesta Modulare il personale sui carichi assistenziali, riducendo l'orario di lavoro quando carichi in riduzione e/o programmando turni aggiuntivi quando carichi crescenti Coinvolgere i familiari/caregiver ad esempio nell'assistenza notturna Coinvolgere volontari su semplici attività di supporto Estendere le competenze degli infermieri o degli operatori di supporto
Assicurare gli standard di cura e la precoce rilevazione delle failures	Micro / Macro	Preventiva/ Reattiva	Struttura	Adottare procedure e protocolli, piani di lavoro standard Implementare un sistema di documentazione strutturata e informatizzata, anche multiprofessionale Implementare sistemi di allerta per le attività non svolte o in scadenza (ad esempio, rivalutazione del rischio di cadute) Utilizzare sistematicamente strumenti di rilevazione dei problemi, quali es. incident reporting Partecipare a sistemi di accreditamento verso l'eccellenza per promuovere la continua tensione al miglioramento Attivare sistemi di raccolta dati sulle MNC e momenti di discussione dei risultati
Presidiare i processi	Micro	Preventiva	Processo	Monitorare quotidianamente la traiettoria del paziente introducendo un referente giornaliero e/o Case Manager Individuare il responsabile del team (esempio in ciascun turno) in un infermiere clinico esperto Assicurare la supervisione dei processi clinici da parte del coordinatore Negoziare maggiore supporto dai servizi di rischio clinico ad esempio incaricando infermieri su specifici processi es. link professionali
Promuovere le decisioni condivise	Micro / Macro	Preventiva	Processo	Definire collegialmente le priorità nei momenti di elevata complessità (es. elevato turnover dei pazienti) Realizzare brevi incontri di briefing e debriefing, anche multiprofessionali (fisioterapista, palliativista ecc..) per discutere priorità e problemi dei pazienti Rivedere le attività programmate ed i piani assistenziali in modo congiunto quando vi sono picchi di attività

Intervento	Livello	Natura/finalità	Dimensione (9)	Interventi
Ripensare al layout del sistema	Macro	Preventiva	Struttura	Rivedere la logistica delle unità e dei dipartimenti al fine di facilitare i processi assistenziali Individuare aree di sosta breve in cui gli infermieri possano realizzare l'accertamento e/o preparare il paziente per la dimissione, riducendo pertanto il carico delle strutture di degenza
Promuovere la cultura dell'attenzione Missed Nursing Care	Macro	Preventiva	Processo	Rinforzare il concetto di presa in carico su obiettivi assistenziali comuni nel team Assicurare aggiornamento sulle MNC, valorizzando i fondamenti di assistenza che costituiscono gli elementi di cura spesso compromessi e/o trascurati
Riavvicinare il management	Micro / Macro	Preventiva	Processo	Sviluppare nei coordinatori una funzione clinica non solo gestionale, anche attraverso aggiornamento/ formazione Promuovere un coordinamento non staccato dalla clinica ma capace di incorporarla; nelle strutture ad elevata complessità, introdurre due funzioni di coordinamento, una maggiormente orientata all'organizzazione, l'altra alla clinica Promuovere incontri tra coordinatori e dirigenti per condividere soluzioni e avere una vision comune alla clinica

Legenda. MNC, Missed Nursing Care

Una prima categoria fa riferimento agli interventi finalizzati ad espandere la capacità di erogare assistenza infermieristica. La riduzione del personale è stata identificata come uno dei problemi prioritari che determinano le MNC che richiederebbe un aumento del numero di risorse umane: tuttavia, i partecipanti hanno riferito che non è sempre possibile aumentare la quantità di assistenza. Pertanto, nella loro esperienza, sono necessari continui interventi di rimodulazione, ad esempio, ripartendo l'orario lavorativo sulla base dei bisogni assistenziali e del carico di lavoro attraverso meccanismi di compensazione: gli infermieri sono congedati prima della fine del turno se tutte le attività sono state svolte e le frazioni di tempo non lavorate vengono utilizzate in turni aggiuntivi per massimizzarne l'efficacia. Familiari e volontari sono coinvolti con orari di accesso più flessibili ed estesi, promuovendo la loro partecipazione nelle attività di base. Tuttavia, è stata riportata anche l'occasionale estensione dei ruoli, sia da parte degli operatori sociosanitari che degli infermieri, dove ai primi sono richiesti interventi propri dei secondi e viceversa.

Per assicurare gli standard di cura attesi e il precoce riconoscimento delle failures, è stata riferita efficace l'introduzione di protocolli, procedure e linee guida soprattutto nei contesti ad elevato turn over perché capaci di guidare ed aumentare la sicurezza delle cure erogate, con finalità prevalentemente preventiva; sono stati introdotti anche i piani di lavoro e resi noti a tutti i professionisti del team, lasciando libertà di personalizzazione degli interventi per ciascun assistito. Sono stati realizzati sforzi per assicurare accuratezza nella trasmissione delle informazioni introducendo strumenti informatizzati e strutturati capaci di documentare agilmente gli interventi erogati. A tal fine, sono stati sperimentati anche sistemi informatizzati che permettono l'impostazione di alert per le cure non erogate evitando in questo modo la mancata assistenza. Il supporto informatizzato è stato riferito importante anche nei momenti del passaggio verbale di informazioni tramite le consegne perché evita la ripetizione di dati che sono invece richiamati elettronicamente, riducendo così il tempo necessario per accedere alle informazioni.

Tuttavia, in accordo all'esperienza dei partecipanti, i quasi errori, gli errori, le criticità, devono essere presidiati da un sistema costante di incident reporting; questo consente di intercettare anche le Missed Nursing Care, attivare la successiva discussione ed analisi critica dell'evento, e decidere le strategie di miglioramento. A tal fine, è stata riconosciuta la rilevanza dei processi di accreditamento aziendali per la loro capacità di promuovere la tensione verso il miglioramento continuo e la sicurezza dei pazienti.

Con la finalità di presidiare i processi assistenziali nei sistemi turbolenti e ad elevato turn over, è stata considerata essenziale la presenza di un infermiere clinico esperto per ciascun team, per monitorare con attenzione la traiettoria del paziente e/o di guidare nella scelta delle priorità, assumendo pertanto il ruolo di 'regista' - così come definito dai partecipanti. A tal fine, è stata indicata l'utilità di infermieri coordinatori che assicurano supervisione e guida del team sul percorso clinico ed assistenziale. Dall'altro lato, sono stati riferiti essenziali i servizi di Rischio Clinico aziendale con cui negoziare il supporto e/o l'introduzione di funzioni (esempio, link professional) capaci di identificare i near miss e/o gli eventi avversi, permettendo una analisi e una riprogettazione immediata dei processi malfunzionanti.

Nell'esperienza dei coordinatori e dei dirigenti coinvolti, i processi assistenziali sono inoltre fortemente migliorati da una buona collaborazione e da un decision-making condiviso. La definizione collegiale delle priorità assume un ruolo cruciale in particolare nelle situazioni di crisi, caratterizzate ad esempio da una marcata differenza nei livelli di competenze del personale (junior, esperti), da un rapido cambiamento della complessità clinica degli assistiti e/o da picchi di attività. La comunicazione e la collaborazione del team giocano un ruolo fondamentale, le quali devono essere promosse presidiando tempi e spazi di briefing e debriefing, mono- e multi- disciplinari, a cadenza quotidiana specialmente nei servizi per acuti, o ad intervalli settimanali/mensili nelle strutture con accoglienza a lungo termine. La cooperazione facilita l'apprendimento reciproco, utile sia ai coordinatori per apprendere nuove soluzioni ai problemi, che allo staff: ad esempio, gli infermieri di neonatologia possono educare i colleghi in assistenza domiciliare che potrebbero non conoscere le specificità dell'assistenza pediatrica.

Modificazioni nel layout della struttura sono state riferite come capaci di aumentare la sicurezza e ridurre le potenziali Missed Nursing Care: la logistica assume un ruolo fondamentale nel garantire il percorso di cura dell'assistito e l'integrazione dei diversi processi. Aggregare nello stesso dipartimento unità che si occupano di momenti diversi del percorso del paziente, nonché creare zone dedicate per l'assistenza durante il trasferimento, l'ammissione o la dimissione per liberare i reparti di questi processi che sono ad alta imprevedibilità e complessità, sono stati segnalati come capaci di prevenire la perdita di cure infermieristiche.

La prevenzione e la minimizzazione dell'incidenza delle MNC è perseguita nella pratica anche attraverso una cultura di attenzione verso il fenomeno: in particolare, con il continuo rinforzo del valore dei fondamenti dell'assistenza e della presa in carico; e l'educazione sul concetto, sugli strumenti di rilevazione nonché sulle strategie di prevenzione delle MNC. Azioni formative hanno aumentato la consapevolezza del problema nei professionisti. I partecipanti, infine, hanno riferito come le Missed Nursing Care possano essere minimizzate e/o contrastate da un management che si riavvicina alla clinica: negli ultimi anni è stata incoraggiata una visione meramente organizzativa della funzione di coordinamento degli infermieri. Diversamente, un solido background clinico è indispensabile per lo svolgimento delle funzioni di coordinamento: l'inesperienza clinica ostacola una leadership efficace nella guida del team, nella definizione delle priorità, nonché nella prevenzione delle MNC. Tuttavia, nelle unità complesse è stata sperimentata con efficacia anche la suddivisione delle funzioni di management clinico da quello organizzativo, individuando due figure affiancate, capaci di assicurare vicinanza al team, supporto nella definizione delle priorità e supervisione. Per bilanciare l'orientamento verso gli obiettivi di cura clinici ed organizzativi, è indispensabile promuovere una vision comune tra i diversi livelli della leadership infermieristica attraverso una comunicazione e condivisione efficace degli obiettivi a livello istituzionale.

## Discussione

Nonostante da diversi anni il fenomeno delle MNC sia studiato anche nel contesto italiano (28), non vi sono ancora evidenze che possano guidare interventi a livello manageriale. Questo studio ha tentato di colmare il gap di conoscenza documentando le strategie che gli infermieri coordinatori e dirigenti hanno disegnato e messo in atto nel tempo per affrontare il fenomeno. In particolare, abbiamo fatto emergere le loro conoscenze tacite (24), raccogliendole attraverso la narrazione di buone pratiche o di esperienze percepite come efficaci/utili per prevenire o minimizzare le MNC: queste si riferiscono principalmente alle abilità di gestione delle risorse umane e dei processi lavorativi, alla promozione della sicurezza e degli standard di cura ed allo sviluppo di alcuni valori organizzativi. Nel primo caso gli interventi adottati sono mirati ad aumentare la capacità di erogare le cure infermieristiche, non solo negoziando risorse o rimodulando le presenze degli infermieri ma anche coinvolgendo risorse esterne allo staff (familiari, volontari). Il coinvolgimento dei familiari può costituire un processo importante di empowerment per la successiva gestione delle problematiche croniche; la presenza dei volontari è stata segnalata come importante anche nella prevenzione delle contenzioni (4): tuttavia, il loro coinvolgimento nelle cure di base richiede una formazione specifica ed una attenta supervisione nella loro esecuzione considerate le improvvise variazioni cliniche dei pazienti. Diversamente, sistemi di compensazione tra profili professionali (Infermieri e Operatori di Supporto) devono considerare le possibili ricadute non solo sui pazienti (=svolgere una attività senza essere autorizzati e avere ricevuto l'adeguata preparazione) ma anche sugli operatori stessi.

In secondo luogo, è emersa una attenzione a definire strumenti capaci di rendere trasparenti gli standard assistenziali (es. procedure, piani di lavoro) per individuare precocemente i potenziali errori (es. con sistemi informatizzati di documentazione e di allerta) che dovrebbero essere riferiti sistematicamente attraverso sistemi tipo incident reporting. In questo ambito, è emersa la rilevanza dei sistemi informatizzati al fine di ridurre il tempo dedicato alla documentazione infermieristica da trasformare in cure al letto del paziente; e dei sistemi di allerta per ricordare i tanti aspetti peculiari delle cure infermieristiche da erogare (26).

In terzo luogo, è emersa l'esigenza di presidiare i processi assistenziali attraverso la progettazione di un sistema di supervisione in cui un leader clinico (infermiere esperto o lo stesso coordinatore), guida ed orienta il gruppo. A fianco di tale intervento che richiede una riprogettazione interna delle posizioni, è stata segnalata anche l'esigenza di un supporto esterno, ad esempio da parte delle strutture di Rischio Clinico aziendale per la formazione e la crescita di competenze specifiche. Gli interventi emersi riflettono il tentativo di indebolire alcuni antecedenti documentati solo da pochi anni come associati alle MNC, quali la carenza di personale, di supervisione e di altre risorse strutturali che favoriscono ambienti di lavoro poco sicuri e supportivi (14; 23; 36).

La promozione di processi comunicativi condivisi riportata dai partecipanti per la definizione delle priorità, dei percorsi di cura e di una vision istituzionale comune è già stata documentata come efficace nella prevenzione delle MNC (15; 25; 30). Questi processi assumono un ruolo cruciale nel favorire lo sviluppo di una 'comunità di pratica' che per definizione include professionisti che condividono interessi e obiettivi comuni e il loro lavorare insieme produce apprendimenti situati, individuali e collettivi (40). Questi ultimi si sviluppano attraverso l'acquisizione di pratiche che contribuiscono ad espandere il corpo di conoscenze tacite (24) e che, a loro volta, caratterizzano l'agire contestualizzato (40). L'apprendimento reciproco è, infatti, riportato come strategia di compensazione delle lacune formative dei professionisti, ed utile per costruire una conoscenza condivisa.

Sono stati infine riferiti tre ultimi interventi, uno strutturale, che attiene alla riprogettazione della struttura dell'ospedale, e due di rilevanza culturale. Disegnare ospedali capaci di sostenere i processi affinché non impattino negativamente gli uni sugli altri riflette un elemento nuovo nel dibattito sulle MNC. Promuovere una cultura che valorizza le cure fondamentali infermieristiche, l'attenzione a non 'dimenticarle' o 'perderle' può prevenire e/o minimizzare le MNC perché attraverso la comune condivisione di valori, i comportamenti del singolo e del gruppo possono essere orientati (34; 35). Nello sviluppare questa cultura, un ruolo importante è assunto dalla leadership (34; 35) che deve essere rinforzata non solo nella funzione di guida manageriale ma anche clinica, prevenendo la sbilanciata attenzione su aspetti meramente organizzativi che si è registrata negli ultimi anni nel contesto Italiano e che può facilitare le MNC (25; 30).

Lo studio ha molti limiti: ha raccolto esperienze prassiche di un gruppo limitato di infermieri, di una stessa Regione, con funzioni di coordinamento e dirigenziali ed in cui le influenze del contesto e formative possono aver giocato un ruolo importante suggerendo l'esigenza di proseguire nella ricerca in questo campo; inoltre, la raccolta dati è stata condotta immediatamente prima della pandemia COVID-19 che ha senza dubbio modificato le prassi organizzative (2). La guida all'intervista dei focus groups è stata sottoposta a prova pilota ma non a processi di validazione; inoltre, sono state raccolte esperienze di 'buone' pratiche percepite come efficaci: la loro misurazione oggettiva non è stata condotta.

Dai risultati sono emersi diversi interventi percepiti come efficaci per contrastare le Missed Nursing Care. Tali interventi hanno una natura prevalentemente preventiva e riflettono una tendenza proattiva degli infermieri con funzioni manageriali, in cui sono attivate strategie volontarie e anticipatorie al fine di migliorare la pratica. Inoltre, gli interventi emersi riflettono azioni a livello micro (di singola unità) e macro (a livello di ospedale/struttura), suggerendo che per contrastare le Missed Nursing Care è necessaria una azione di sistema.

Al fine di rispondere ad un problema ancora poco misurato ma largamente presente non solo a livello ospedaliero ma anche territoriale, il ruolo dei coordinatori e dei dirigenti va sostenuto e potenziato attraverso una adeguata formazione sul fenomeno durante il percorso formativo alle funzioni manageriali, per assicurare conoscenze e strumenti che consentano proattività verso le MNC. La progressiva diffusione di una cultura di attenzione a questo problema può contribuire ad aumentare la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente ma anche la soddisfazione lavorativa degli infermieri, fattori rispettivamente determinanti e conseguenti delle Missed Nursing Care. Inoltre, misurare l'effetto degli interventi emersi attraverso studi rigorosi potrebbe contribuire ad espandere le evidenze disponibili per contrastare un fenomeno che minaccia la sicurezza dei pazienti.

## Bibliografia

1. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM, Shamian J. Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(3):43-53. doi:10.1377/hlthaff.20.3.43
2. Ambrosi E, Canzan F, Di Giulio P, Mortari L, Palese A, Tognoni G, Saiani L. L'emergenza covid-19 nelle parole degli infermieri [The covid-19 emergency in the words of the nurses]. *Assist Inferm Ric*. 2020;39(2):66-108. doi:10.1702/3409.33934
3. Bassi E, Tartaglino D, Palese A. Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura [Missed nursing care terminologies, theoretical concepts and measurement instruments: a literature review]. *Assist Inferm Ric*. 2018;37(1):12-24. doi:10.1702/2890.29148
4. Bicego L, Mislej M, Benedetto L, Guidi V. Il contributo delle associazioni di volontariato nel percorso di eliminazione della contenzione meccanica in ambito ospedaliero [The contribution of voluntary associations in the process of eliminating mechanical restraint in hospitals]. *Assist Inferm Ric*. 2020;39(1):24-30. doi:10.1702/3371.33473
5. Blackman I, Henderson J, Weger K, Willis E. Causal links associated with missed residential aged care. *J Nurs Manag*. October 2019. doi:10.1111/jonm.12889
6. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E. Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *J Nurs Manag*. 2018;26(1):33-41. doi:10.1111/jonm.12514
7. Bradley EH, Curry LA, Ramanadhan S, Rowe L, Nembhard IM, Krumholz HM. Research in action: using positive deviance to improve quality of health care. *Implement Sci*. 2009;4:25. doi:10.1186/1748-5908-4-25
8. Bryman A. How many qualitative interviews is enough? In: Baker SE, Edwards R, eds. *Nat Centre Res Methods Rev Paper*. 2012; 18-20 (Unpublished)
9. Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, NY: Oxford University Press; 2003
10. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3:77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
11. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(7):1474-1487. doi:10.1111/jan.13564
12. Hennink MM. *International Focus Group Research: A Handbook for the Health and Social Sciences*. Rollins School of Public Health, Emory University, United States; 2007. doi:10.1017/CBO9780511619458
13. Institute of Medicine (US) Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. (Page A, ed.). Washington (DC); 2004. doi:10.17226/10851
14. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(6):1121-1137. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.012
15. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
16. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009;57(1):3-9. doi:10.1016/j.outlook.2008.05.007
17. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual*. 2011;26(4):291-299. doi:10.1177/1062860610395929
18. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):211-219. doi:10.1097/NNA.0b013e3181a23cf5
19. Kalisch BJ, Xie B, Ronis DL. Train-the-trainer intervention to increase nursing teamwork and decrease missed nursing care in acute care patient units. *Nurs Res*. 2013;62(6):405-413. doi:10.1097/NNR.0b013e3182a7a15d
20. Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):305-306. doi:10.1097/00001786-200610000-00006
21. Kim H, Sefcik JS, Bradway C. Characteristics of Qualitative Descriptive Studies: A Systematic Review. *Res Nurs Health*. 2017;40(1):23-42. doi:10.1002/nur.21768
22. Lake ET, French R, O'Rourke K, Sanders J, Srinivas SK. Linking the work environment to missed nursing care in labour and delivery. *J Nurs Manag*. August 2019. doi:10.1111/jonm.12856

23. Mandal L, Seethalakshmi A, Rajendrababu A. Rationing of nursing care, a deviation from holistic nursing: A systematic review. *Nurs Philos*. 2020;21(1):e12257. doi:10.1111/nup.12257
24. Mcadam R, Mason B, McCrory J. Exploring the dichotomies within the tacit knowledge literature: Towards a process tacit knowing in organizations. *J Knowl Manag*. 2007;11:43-59. doi:10.1108/13673270710738906
25. McCauley L, Kirwan M, Riklikiene O, Hinnso S. A SCOPING REVIEW: the role of the nurse manager as represented in the missed care literature. *J Nurs Manag*. March 2020. doi:10.1111/jonm.13011
26. Mesaglio M, Vesca R, Rossi A, Narduzzi B, Fregonese F, Pestrin R, Fadone A, Cadorin L, Bressan V, Palese A. Guida operativa per la riprogettazione delle consegne tra turni [Practical guide to improve the quality of nursing handovers between shifts]. *Assist Inferm Ric*. 2019;38(4):212-220. doi:10.1702/3273.32398
27. World Health Organization. Patient Safety: Making Health Care Safer. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
28. Palese A, Ambrosi E, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmasso D, Chiari P, Frison T, Marognolli O, Canzan F, Grassetti L, Saiani L, per il gruppo ESAMED. Esiti dell'assistenza infermieristica in medicina: risultati di uno studio longitudinale multicentrico (studio ESAMED) [Nursing outcomes in medical wards (ESAMED Study): the results of a multicenter longitudinal study]. *Assist Inferm Ric*. 2020;39(1):35-46. doi:10.1702/3371.33475
29. Palese A, Bassi E, Tommasini C, et al. Missed nursing care e pratica infermieristica italiana: risultati preliminari di una consensus conference [Missed nursing care and Italian nursing practice: preliminary finding of a consensus conference]. *Assist Inferm Ric*. 2018;37(3):164-171. doi:10.1702/2996.29986
30. Papastavrou E, Andreou P, Tsangari H, Schubert M, De Geest S. Rationing of nursing care within professional environmental constraints: a correlational study. *Clin Nurs Res*. 2014;23(3):314-335. doi:10.1177/1054773812469543
31. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. 4th ed. Thousand Oaks, California: SAGE Publishing; 2015
32. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs*. 2018;27(11-12):2248-2259. doi:10.1111/jocn.14058
33. Saiani L, Di Giulio P. La misurazione delle missed care: problemi e criticità [The measurement of missed care: problems and pitfalls]. *Assist Inferm Ric*. 2018;37(3):144-148. doi:10.1702/2996.29983
34. Schein EH. *Cultura d'azienda e Leadership*. Trad.it. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2018.
35. Schein EH. *Culture d'impresa. Come Affrontare Con Successo Le Transizioni e i Cambiamenti Organizzativi*. Trad.it. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000
36. Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: a cross sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):230-239. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.09.016
37. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res*. 2007;56(6):416-424. doi:10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62
38. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *West J Nurs Res*. 2018;40(6):779-798. doi:10.1177/0193945917734159
39. Warshawsky N, Cramer E. Describing Nurse Manager Role Preparation and Competency: Findings From a National Study. *J Nurs Adm*. 2019;49(5):249-255. doi:10.1097/NNA.0000000000000746
40. Wenger E. *Comunità Di Pratica. Apprendimento, Significato e Identità*. Trad.it. Milano: Cortina Raffaello; 2006
41. Zhao Y, Ma D, Wan Z, Sun D, Li H, Sun J. Associations between work environment and implicit rationing of nursing care: A systematic review. *J Nurs Manag*. November 2019. doi:10.1111/jonm.12895

#### **Funding statement**

With the support of the Erasmus+ programme of the European Union - NM4SAFETY - KA203 - Strategic Partnerships for higher education

#### **Disclaimer**

The European Commission support for the production of this publication does not constitute endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.