

Unfinished Nursing Care and their consequences as perceived by nurses: a descriptive qualitative study

Unfinished Nursing Care e le conseguenze percepite dagli infermieri: uno studio qualitativo descrittivo

Chiappinotto S.¹, Coppe A.², Palese A.³

Affiliazioni:

¹PhD Student, Università di Tor Vergata di Roma, Italia

²Direttore UOC Professioni Sanitarie, AULSS 2 Marca Trevigiana, Italia

³Professore Associato, Università degli studi di Udine, Italia

Keywords: *consequences, outcomes, effects, qualitative study, Unfinished Nursing Care*

Parole chiave: *conseguenze, esiti, effetti, studio qualitativo, Unfinished Nursing Care*

Abstract

Unfinished Nursing Care, which expresses the nursing care planned but not delivered or delivered late, is a phenomenon of growing interest in recent years resulting in several conceptual frameworks, each of which has defined what are the consequences of the phenomenon. However, outcomes established to date have not been re-assessed over time and from different perspectives, including also the nurse managers and directors. The aim of the study was to describe the consequences of Unfinished Nursing Care in daily practice as perceived by clinical nurses, nurse managers and directors. A descriptive qualitative study based on interviews was conducted in 2021; data has been analyzed through content analysis, and reported here in accordance with the Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) guidelines. The consequences of Unfinished Nursing Care have been set at three levels: outcomes for the nurse (increased frustration, anxiety, helplessness, work overtime), outcomes for the patient (increased risk of infections related to care practices, bed rest syndrome; loss of independence and quality of life, disorientation; increase episodes of in undefined care pathways, aggression towards staff, decrease in compliance and increased the length of in-hospital stay) and outcomes affecting the relationship with family caregivers (difficulties in the relationship, disappointment, increased risk of complaints). While the Unfinished Care outcomes that

emerged on patients and nurses are in line with available literature, the negative influences on family caregivers suggest the need to include their perspective in the systematic evaluation of the phenomenon.

Riassunto

Le Unfinished Nursing Care, che esprimono le cure infermieristiche pianificate, ma non erogate o erogate tardivamente, sono un fenomeno di crescente interesse negli ultimi anni esitato in diversi framework concettuali, ognuno dei quali si è soffermato a riflettere su quali sono le conseguenze. Tuttavia, gli esiti del fenomeno non sono stati ri-verificati nel tempo e da diverse prospettive, includendo anche l'esperienza dei coordinatori e dirigenti infermieri. L'obiettivo dello studio era descrivere le conseguenze delle Unfinished Nursing Care nella pratica quotidiana, così come percepite da infermieri clinici, coordinatori e dirigenti. È stato condotto nel 2021 uno studio qualitativo descrittivo basato su interviste, analizzate attraverso la content analysis e qui riportato in accordo alle linee guida Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). Le conseguenze delle Unfinished Nursing Care sono state stabilite a tre livelli: esiti per l'infermiere (aumento della frustrazione, dell'ansia, del senso di impotenza, dell'orario straordinario), esiti per la persona assistita (aumento del rischio di infezioni correlate alle pratiche assistenziali, della sindrome da allettamento; perdita dell'autonomia e della qualità della vita, disorientamento; aumento dei percorsi di cura non definiti, dell'aggressività nei confronti del personale, diminuzione della compliance e prolungamento del ricovero) e esiti sul rapporto coi familiari (difficoltà nel rapporto, delusione, aumento del rischio di reclami). Mentre per le persone assistite e per gli infermieri i risultati emersi sono in linea con la letteratura, le influenze negative sui familiari e caregiver suggeriscono l'esigenza di includere la loro prospettiva nelle valutazioni sistematiche del fenomeno.

Introduzione

Le Unfinished Nursing Care (UNC), denominate anche Task Undone (TU), Missed Nursing Care (MNC) o Implicit Rationing of nursing Care (IRC), sono un fenomeno che si è sviluppato nei primi anni del 2000 nell'ambito dello studio dei meccanismi che generano omissioni o ritardi nella erogazione delle cure influenzandone la qualità.^{1;2} Nel corso del tempo, i ricercatori hanno concentrato la loro attenzione anche sull'analisi delle conseguenze del fenomeno, ovvero sull'impatto delle Unfinished Nursing Care, al fine di documentarne la rilevanza e misurarne gli esiti, ma anche individuare strategie di intervento.^{3; 4}

Il primo approccio sviluppato è stato quello delle Task Undone (TU), elaborato da Sochalski e Lucero et al.^{5;6} Le TU furono descritte come "cose necessarie lasciate incompiute dagli infermieri" ("necessary "things" left undone by nurses").⁶ Lo strumento di misura utilizzato si componeva, infatti, di un elenco di attività per le quali veniva chiesto agli infermieri di indicare quella o quelle lasciate incompiute nell'ultimo turno a causa della mancanza di tempo.^{5;6} Poco si conosce dal punto di vista metodologico sul come i ricercatori hanno fatto emergere le conseguenze di questo fenomeno: tuttavia, in accordo alla letteratura che ha utilizzato questo approccio, sono stati documentati esiti sia sulla persona assistita (errori di somministrazione dei farmaci, cadute accidentali con

danno, infezioni ospedaliere, mortalità, ...), sia sull'organizzazione (durata della degenza, ri-ospedalizzazioni, ...)»^{5,6} (Figura 1).

Successivamente, Beatrice Kalisch⁷ esplorò il fenomeno, denominandolo Missed Nursing Care (MNC), descrivendolo come “ogni aspetto delle cure richieste dalla persona assistita che è omesso o ritardato significativamente che, nel linguaggio centrato sulla sicurezza, è un errore di omissione” (“Missed nursing care is defined as any aspect of required patient care that is omitted or significantly delayed, and in patient safety language, they are errors of omission”).⁸ Nel 2011, il gruppo di lavoro di Kalisch⁹ arrivò allo sviluppo del Missed Care Model, attraverso uno studio quali-quantitativo che prevedeva la somministrazione del MISSCARE Survey a 3143 infermieri e 943 operatori socio-sanitari. I ricercatori riuscirono a sottolineare come questo fenomeno comportasse conseguenze negative sia per la persona assistita, come cadute o lesioni da pressione, sia per lo staff, influenzando la soddisfazione, il turnover e l'intenzione di abbandonare il posto di lavoro. Proseguendo su questa linea di ricerca, nel 2014, Kalisch, Xie e Dabney,¹⁰ con uno studio trasversale descrittivo che coinvolse 729 persone assistite, rilevarono una associazione significativa tra la presenza di MNC e alcuni eventi avversi, tra i quali le lesioni da pressione, gli errori di terapia, le infezioni associate alle pratiche assistenziali, le flebiti o gli stravasi di farmaci (Figura 1).

Un ulteriore approccio fu sviluppato da Schubert et al.¹¹ denominato Implicit Rationing of nursing Care (IRC). Attraverso uno studio trasversale multicentrico, furono coinvolti otto ospedali per acuti nelle regioni tedesche e francesi della Svizzera, per un totale di 1338 infermieri e 779 assistiti. In particolare, venne dimostrato che elevati livelli di IRC sono associati a una più bassa soddisfazione delle cure da parte della persona assistita ed a un più alto tasso di errori farmacologici, cadute, infezioni nosocomiali, incidenti critici e lesioni da pressione. Inoltre, emerse che un elevato IRC era associato ad elevati livelli di esaurimento emotivo e insoddisfazione lavorativa tra gli infermieri.¹² Nel 2012, il gruppo di lavoro guidato da Schubert,¹³ arrivò a dimostrare che un più alto razionamento implicito delle cure infermieristiche poteva determinare anche un maggiore rischio di morte intraospedaliera (Figura 1).

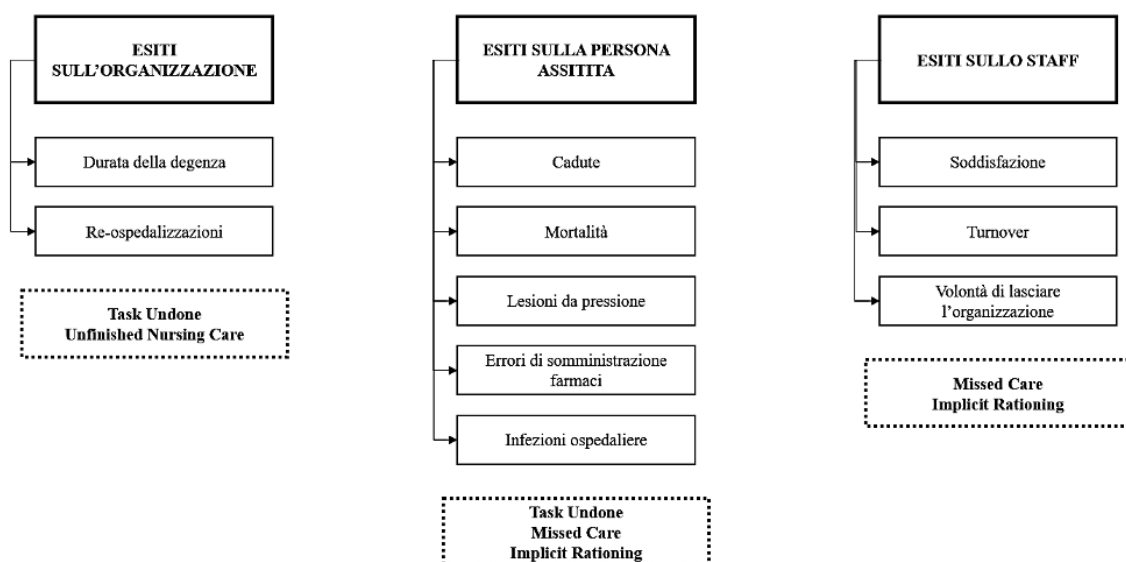
Più di recente, le Unfinished Nursing Care (UNC)¹⁴ sono state descritte per includere tutti i concetti precedenti e definirne uno unitario. Gli autori hanno identificato il fenomeno come un problema socio-economico complesso, collegato non solo ad una allocazione efficiente delle risorse, ma anche ai processi decisionali individuali di ciascun infermiere e influenzati dai valori del singolo e dalle policy del sistema. Dal punto di vista teorico, gli esiti riconosciuti da questo approccio unitario riguardano le persone assistite e gli infermieri, comprendendo in questi ultimi anche quelli legati all'organizzazione.

Lo sviluppo teorico sulla tematica delle Unfinished Nursing Care nelle sue diverse espressioni, è stato seguito da una ricca ricerca empirica: nel 2017, una revisione sistematica della letteratura condotta da Recio-Saucedo et al.¹⁵, ha riassunto i principali esiti delle Unfinished Nursing Care sulla persona assistita. Sono stati inclusi ¹⁴ studi che hanno documentato la relazione tra Unfinished Nursing Care e (1) diminuzione della soddisfazione per le cure ricevute, (2) peggiore qualità dell'assistenza, (3) esiti clinici (errori terapeutici, infezioni correlate a pratiche assistenziali - polmoniti, infezioni delle vie urinarie -, cadute, lesioni da decubito, incidenti critici e minore sicurezza della persona assistita) e (4) aumento delle riammissioni ospedaliere e della mortalità intraospedaliera. Inoltre, nella revisione integrativa di Alsubhi et al. del 2020¹⁶, che ha focalizzato gli esiti sugli infermieri, si è documentato come all'aumento della percezione di questo fenomeno,

corrisponda una maggiore volontà di cambiare il posto di lavoro da parte degli stessi.

Allo stato attuale della conoscenza, è stato pertanto documentato un set di esiti delle Unfinished Nursing Care che riguardano le persone assistite, gli infermieri e l'organizzazione.¹⁷ Tuttavia, tali esiti non sono stati recentemente verificati nella loro attualità. Inoltre, non sono disponibili studi italiani che abbiano fatto emergere, rispetto alla particolarità dei setting, esiti specifici, così come percepiti dagli infermieri nei loro diversi ruoli. In un contesto in rapida evoluzione, diventa importante analizzare le conseguenze delle Unfinished Nursing Care percepite dagli infermieri con una analisi a più livelli.¹⁸ Mentre gli infermieri clinici possono evidenziare le conseguenze più prettamente legate all'assistenza, gli infermieri coordinatori e dirigenti possono riferire le conseguenze organizzative o di sistema. Tuttavia questi ultimi ad oggi non sono mai stati coinvolti in processi di ricerca orientati a individuare gli esiti delle Unfinished Nursing Care. La finalità di questo studio è colmare questo gap di conoscenze.

Figura 1 Sintesi degli esiti delle Unfinished Nursing Care documentati in letteratura.



Obiettivo dello studio

L'obiettivo specifico dello studio era rilevare gli esiti delle Unfinished Nursing Care, così come percepiti nella pratica quotidiana dagli infermieri ai diversi livelli a cui si esprimono, con la finalità di (a) aggiornare il set di esiti documentati sino ad ora, in accordo alle percezioni dei professionisti e (b) avanzare le conoscenze disponibili, al fine di individuare nuovi sistemi di misurazione delle implicazioni delle Unfinished Nursing Care.

Materiali e metodi

Disegno

È stato utilizzato un disegno di studio descrittivo qualitativo, seguendo la metodologia di ricerca delineata da Sandelowski di documentata utilità per sistematizzare, aggiornare e/o ordinare le conoscenze disponibili.¹⁹ Lo studio è stato disegnato e viene qui riportato in accordo ai Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)²⁰ (Tabella 1).

Tabella 1. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)

| Item | Domanda/descrizione | Nello studio |
|---|---|--|
| <i>Dominio 1: Team di ricerca e riflessività</i> | | |
| <i>Caratteristiche personali</i> | | |
| 1. Intervistatore/facilitatore | Quale autore ha condotto l'intervista? | CS, vedi autori |
| 2. Credenziali | Quali erano le credenziali del ricercatore? | Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Dottoranda |
| 3. Occupazione | Qual era l'occupazione al momento dello studio? | Infermiere clinico |
| 4. Genere | Il ricercatore era uomo o donna? | Donna |
| 5. Esperienza e formazione | Quale esperienza o formazione aveva il ricercatore? | Esperienza clinica di 6 anni; nella ricerca quantitativa e nello sviluppo di revisioni sistematiche |
| <i>Relazione coi partecipanti</i> | | |
| 6. Relazione stabilita | La relazione era stata stabilita prima dell'inizio dello studio? | Era stata stabilita una relazione solo con gli infermieri coordinatori e gli infermieri dirigenti per presentare il protocollo di studio |
| 7. Conoscenza da parte dei partecipanti dell'intervistatore | Cosa sapevano i partecipanti riguardo l'intervistatore? Ad esempio obiettivi personali, motivazioni per fare questa ricerca | I partecipanti conoscevano la posizione lavorativa della ricercatrice e le motivazioni che l'hanno condotta a condurre la ricerca |
| 8. Caratteristiche dell'intervistatore | Che caratteristiche sono state riferite dell'intervistatore/ facilitatore? Ad esempio bias, assunzioni, ragioni e interessi nell'argomento della ricerca | Nessuna |
| <i>Dominio 2: Disegno di studio</i> | | |
| <i>Framework teorico</i> | | |
| 9. Orientamento metodologico e teoria | Quale orientamento metodologico è alla base dello studio? Ad esempio la grounded theory, la discourse analysis, l'etnografia, la fenomenologia, la content analysis | Ricerca qualitativa descrittiva. ¹⁹ L'orientamento metodologico alla base è la content analysis ²¹ |
| <i>Selezione dei partecipanti</i> | | |
| 10. Campionamento | Come sono stati selezionati i partecipanti? Ad esempio in maniera propositiva, di convenienza, consecutiva, a palle di neve | È stato realizzato un campionamento propositivo ²² |
| 11. Metodo di approccio | Come sono stati approcciati i partecipanti? Ad esempio di persona, al telefono, per email | Email |
| 12. Grandezza del campione | Quanti partecipanti sono stati inclusi nello studio? | Sono stati inclusi 29 partecipanti: 19 infermieri clinici, 7 coordinatori e 3 dirigenti infermieri |
| 13. Non partecipazione | Quante persone hanno rifiutato di partecipare o hanno abbandonato lo studio? Per quali ragioni? | 9 infermieri clinici e 2 infermieri coordinatori non hanno partecipato in quanto non hanno risposto alla e-mail per la richiesta di partecipazione |

| <i>Setting</i> | | |
|---|---|--|
| 14. Setting della raccolta dei dati | Dove sono stati raccolti i dati? Ad esempio a casa, nella clinica, nel luogo di lavoro | Sono state svolte interviste su piattaforme on line (prevalentemente Google Meet) |
| 15. Presenza di non partecipanti | Era presente qualcun altro oltre ai partecipanti e ai ricercatori? | No |
| 16. Descrizione del campione | Quali erano le caratteristiche importanti del campione? Ad esempio i dati demografici | Vedere Tabella 3 |
| <i>Raccolta dei dati</i> | | |
| 17. Intervista guida | Le domande, le richieste e i manuali sono stati forniti dagli autori? Erano stati testati prima? | L'intervista a domande aperte è stata sviluppata dai due ricercatori. Le domande sono state testate su cinque infermieri, esclusi successivamente dallo studio |
| 18. Interviste ripetute | Sono state svolte interviste ripetute? Se sì, come? | No |
| 19. Registrazione audio/video | La ricerca ha utilizzato registrazioni audio o video per raccogliere i dati? | La ricerca ha utilizzato registrazione audio |
| 20. Note di campo | Sono state fatte note di campo durante e/o dopo l'intervista o il focus group? | Le note di campo sono state inserite dopo le interviste dai ricercatori |
| 21. Durata | Qual era la durata delle interviste o dei focus group? | 20-25 minuti, in media |
| 22. Saturazione dei dati | La saturazione dei dati è stata discussa? | I ricercatori hanno discusso tra di loro per decidere il raggiungimento della saturazione dei dati |
| 23. Restituzione delle trascrizioni | Le trascrizioni sono state restituite ai partecipanti per commenti e/o correzioni? | No |
| <i>Dominio 3: Analisi e risultati</i> | | |
| <i>Analisi dei dati</i> | | |
| 24. Numero di persone che hanno codificato i dati | Quante persone hanno codificato i dati? | Due ricercatrici, vedi autori |
| 25. Descrizione dell'albero dei codici | Gli autori hanno fornito una descrizione dell'albero dei codici? | Vedere Figura 2 |
| 26. Derivazione dei temi | I temi sono stati identificati in anticipo o sono stati derivati dai dati? | I temi sono derivati dai dati |
| 27. Software | Che software, se applicabile, è stato utilizzato per gestire i dati? | Nessuno |
| 28. Controllo dei partecipanti | I partecipanti hanno dato un feedback sui risultati? | Le trascrizioni delle interviste non sono state riconsegnate ai partecipanti per eventuali commenti o correzioni |
| <i>Reporting</i> | | |
| 29. Citazioni presentate | Sono state presentate citazioni dei partecipanti per illustrare i temi e i risultati? Ogni citazione è stata identificata? Ad esempio col numero del partecipante | Sono state riportate citazioni, ognuna identificata col numero identificativo del partecipante |
| 30. Dati e risultati consistenti | C'era consistenza tra i dati presentati e i risultati? | Le ricercatrici hanno rilevato consistenza |
| 31. Chiarezza dei temi maggiori | I temi maggiori sono stati presentati chiaramente nei risultati? | I temi maggiori sono stati descritti |
| 32. Chiarezza dei temi minori | C'è una descrizione dei diversi casi o una discussione dei temi minori? | Sono stati descritti temi minori o casi specifici |

Setting

È stata coinvolta una grande Azienda Sanitaria, situata in Veneto, composta da sei presidi ospedalieri che offrono cure a 888309 cittadini, per un totale di 2390 posti letto²³ e circa 9332 unità di personale, di cui 3868 infermieri.²⁴ In particolare, il setting scelto comprendeva i tre Dipartimenti Strutturali di Area Medica, in cui sono state selezionate 10 Unità Operative di medicina generale.²³

Partecipanti

È stato utilizzato un campionamento di tipo propositivo²² organizzato su tre livelli: clinico, organizzativo di middle management e dirigenziale. A livello clinico, sono stati coinvolti infermieri che: lavoravano in Medicina generale; dedicati all'assistenza diretta; con profilo part-time e full-time; con un'esperienza di almeno sei mesi nell'unità e, se neoassunti, dopo aver concluso con esito positivo il periodo di prova.²⁵ Pertanto, sono stati esclusi infermieri neoassunti, che svolgevano ruolo amministrativo/organizzativo e che non avevano dato il consenso all'intervista. A livello di middle management e dirigenziale, sono stati coinvolti tutti gli infermieri coordinatori e dirigenti del Dipartimento Medico, che avevano almeno un anno di esperienza nel loro ruolo e avevano dato il consenso allo studio.

Questa ricerca ha previsto l'inclusione progressiva di partecipanti fino al raggiungimento della "saturazione", ovvero fino a quando i dati dimostravano ricorrenza e non ne emergevano altri nelle successive raccolte,²⁶ così come valutato da due ricercatori (vedi autori). Sono stati complessivamente contattati 40 infermieri; non hanno risposto alla e-mail per la richiesta di partecipazione nove infermieri clinici e due coordinatori.

Strumento e procedura di raccolta dati

È stata sviluppata un'intervista (Tabella 2) con domande aperte, testate in una fase pilota su cinque infermieri, esclusi successivamente dallo studio e che hanno offerto indicazioni per aumentarne la comprensibilità. A ciascun partecipante eleggibile, è stata inviata una e-mail riportante gli obiettivi dello studio e le sue procedure, nonché il fenomeno oggetto di studio (=Unfinished Nursing Care); quindi, una volta ottenuto il consenso anche alla video-registrazione, è stata individuata insieme al/alla partecipante la data e l'ora della intervista, che è stata condotta con piattaforma virtuale in accordo alle preferenze dell'intervistato (prevalentemente Google Meet).

Le interviste si sono svolte nel 2021 e la durata media di ogni singola intervista è stata di circa 20-25 minuti. Mentre per gli infermieri clinici la saturazione dei dati è stata raggiunta con la diciannovesima intervista, per gli infermieri coordinatori la saturazione è stata raggiunta alla settima e per i dirigenti alla terza intervista.

Tabella 2. Domande guida dell'intervista per gli infermieri

| | |
|---|--|
| 1 | Dati demografici e professionali: età, titolo di studio, unità operativa di appartenenza, profilo lavorativo (tempo pieno o part-time) ed esperienza lavorativa |
| 2 | Ha mai sentito parlare di Unfinished Nursing Care? Che cosa ha compreso di questo fenomeno? Me lo può descrivere? |
| 3 | Ricorda un particolare episodio in cui può affermare di aver assistito e/o deciso di non completare le cure infermieristiche? Me lo può descrivere? |
| 4 | In accordo alla sua esperienza, quali sono le conseguenze delle Unfinished Nursing Care? Nello specifico dell'episodio che ha raccontato, quali sono state le conseguenze del fenomeno che ha percepito? |

Aspetti etici

Sono state ottenute le autorizzazioni necessarie, e ciascun partecipante ha espresso il suo consenso informato scritto. Prima della audio-registrazione, tutte le persone potenzialmente eleggibili hanno ricevuto informazioni complete sullo studio. Per la registrazione, è stato ottenuto il consenso al trattamento dei dati personali in forma anonima ed aggregata.

I dati sono stati raccolti in maniera anonima e le persone intervistate sono state identificate da un codice al fine di garantire la tutela della privacy. La lista di decodifica del codice è stata creata esclusivamente ad uso dei ricercatori.

Analisi

Le interviste sono state analizzate secondo il framework della content analysis di Elo & Kyngäs²¹, un approccio sistematico che permette di ottenere una descrizione dettagliata del fenomeno, composto di tre fasi: preparazione, organizzazione e reporting.

Nella prima fase (preparazione), il primo ricercatore, che aveva somministrato e audio-registrato le interviste, le ha trascritte letteralmente. Le trascrizioni non sono state riconsegnate ai partecipanti per eventuali commenti o correzioni. Successivamente, i ricercatori hanno letto le interviste più volte individualmente, per ottenere una comprensione generale e globale dei dati. In seguito, sempre individualmente, i ricercatori hanno evidenziato le “unità di analisi”, ossia parole o frasi che avevano un significato nel contesto dello studio.

La seconda fase (organizzazione) ha previsto un approccio di tipo induttivo. Essa ha incluso un primo passaggio di “open coding”, ossia di codifica delle informazioni ottenute, attraverso l'utilizzo di etichette. Il secondo passo è stato quello del “grouping”, ossia un raggruppamento delle etichette simili sotto un'unica categoria, con l'intento di ridurre il numero di etichette simili. L'ultimo passaggio ha previsto l'“abstraction”, ossia l'astrazione e la formulazione di una descrizione generale della tematica con l'utilizzo delle categorie trovate.

L'ultima fase (reporting) ha previsto la stesura dei risultati di ricerca, seguendo i Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ).²⁰

Risultati

Partecipanti

Sono stati coinvolti 19 infermieri clinici, sette coordinatori e tre dirigenti (Tabella 3). I partecipanti erano prevalentemente di sesso femminile, in possesso di laurea triennale in infermieristica e impegnati nel ruolo a tempo pieno. Per quanto riguarda gli infermieri clinici, l'età media era 35.6 anni (dev std 9.2), con un'esperienza media di 11.2 anni (dev std 8.5) e in area medica di 5.8 anni (dev std 6.5). Gli infermieri coordinatori avevano una età media di 48.1 anni (dev std 5.7), con un'esperienza media nella gestione di 12.2 anni (dev std 10.4) e in area medica di 4.3 anni (dev std 3.4). Gli infermieri dirigenti avevano una età media di 50 anni (dev std 3), con un'esperienza media nell'area del management di 16.3 anni (dev std 1.5) e un'esperienza di dirigente del servizio professioni sanitarie di ospedale media di 7.7 anni (dev std 7.2).

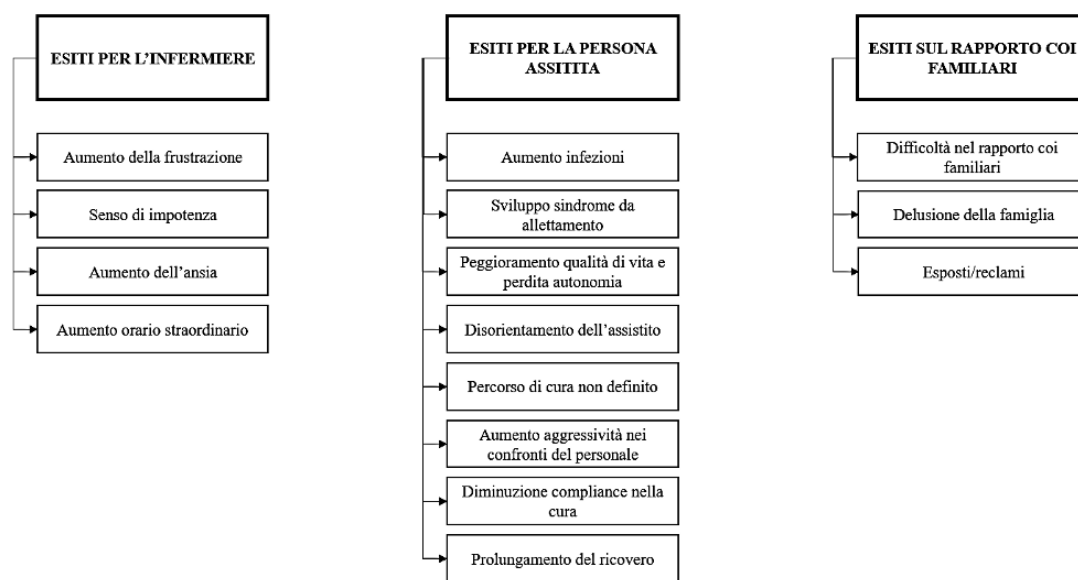
Tabella 3. Caratteristiche dei partecipanti

| ID | Genere | Età | Formazione | Profilo lavorativo | Esperienza come infermiere, anni | Esperienza come coordinatore/dirigente, anni | Esperienza Dipartimento attuale, anni |
|--------------------------------|--------|-----|-------------------|--------------------|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| Infermieri clinici | | | | | | | |
| 1 | D | 41 | Diploma | Tempo pieno | 19 | - | 3 |
| 2 | D | 26 | Laurea triennale | Tempo pieno | 3 | - | 1.5 |
| 3 | D | 56 | Laurea triennale | Tempo pieno | 33 | - | 2 |
| 4 | U | 27 | Laurea triennale | Tempo pieno | 5 | - | 1.5 |
| 5 | D | 29 | Laurea triennale | Tempo pieno | 5 | - | 1.5 |
| 6 | D | 33 | Laurea triennale | Tempo pieno | 5 | - | 0.5 |
| 7 | D | 43 | Laurea triennale | Part-time | 16 | - | 11 |
| 8 | D | 26 | Laurea triennale | Tempo pieno | 3 | - | 1 |
| 9 | D | 25 | Laurea triennale | Tempo pieno | 3 | - | 1 |
| 10 | D | 33 | Laurea triennale | Tempo pieno | 9 | - | 3 |
| 11 | D | 34 | Diploma | Part-time | 12 | - | 11 |
| 12 | D | 33 | Laurea triennale | Tempo pieno | 9 | - | 2 |
| 13 | D | 53 | Laurea triennale | Tempo pieno | 10 | - | 4 |
| 14 | D | 40 | Laurea triennale | Part-time | 18 | - | 18 |
| 15 | D | 37 | Laurea triennale | Part-time | 14 | - | 9 |
| 16 | D | 46 | Diploma | Tempo pieno | 27 | - | 22 |
| 17 | D | 25 | Laurea triennale | Tempo pieno | 3.5 | - | 3 |
| 18 | D | 31 | Laurea triennale | Tempo pieno | 4 | - | 1 |
| 19 | D | 39 | Laurea triennale | Tempo pieno | 15 | - | 14 |
| Infermieri coordinatori | | | | | | | |
| 1 | D | 46 | Laurea triennale | Tempo pieno | 27 | 9 | 9 |
| 2 | D | 54 | Laurea triennale | Tempo pieno | 34 | 22 | 2 |
| 3 | D | 45 | Laurea triennale | Tempo pieno | 13 | 3 | 3 |
| 4 | D | 42 | Laurea triennale | Tempo pieno | 14 | 3 | 3 |
| 5 | D | 45 | Laurea triennale | Tempo pieno | 27 | 9.5 | 9.5 |
| 6 | D | 58 | Laurea triennale | Tempo pieno | 40 | 31 | 2 |
| 7 | D | 47 | Laurea triennale | Tempo pieno | 26 | 8 | 2 |
| Infermieri dirigenti | | | | | | | |
| 1 | D | 53 | Laurea magistrale | Tempo pieno | 33 | 15 | 3 |
| 2 | U | 47 | Laurea magistrale | Tempo pieno | 25 | 16 | 16 |
| 3 | D | 50 | Laurea magistrale | Tempo pieno | 31 | 18 | 4 |

Legenda: U=uomo; D=donna.

Sono emersi esiti a livello degli infermieri, della persona assistita e del rapporto coi familiari (Figura 2).

Figura 2 Esiti delle Unfinished Nursing Care emersi



Esiti per l'infermiere

I partecipanti che svolgevano il ruolo di infermieri clinici hanno evidenziato conseguenze delle Unfinished Nursing Care su di sé, sia in termini personali che professionali, facendo emergere sentimenti negativi e potenziali ripercussioni organizzative sul proprio lavoro. In particolare, hanno sottolineato come la percezione di questo fenomeno provochi un aumento della *frustrazione*. Nonostante tutti gli sforzi per erogare un'assistenza completa, percepiscono di non “fare abbastanza” per le persone che assistono:

“Però è una cosa che mi ferisce davvero tanto, il fatto di non poterli sollevare almeno un po', anche dal punto di vista psicologico, diciamo. Essergli d'aiuto anche in questo senso.” (inf 5)

Questo sentimento può esitare nel senso di impotenza e provocare sofferenza morale:

“Mi sono sentita un po' impotente.” (inf 9)

Gli infermieri hanno anche riferito l'aumento dell'ansia quando si accorgono di non essere in grado di portare a termine tutte le attività necessarie alla persona assistita, un'ansia sia legata alle dimensioni etico/professionali, che riflettono gli imperativi che guidano a soddisfare i bisogni della persona assistita e della sua famiglia, sia rispetto alle potenziali implicazioni legali:

“Allora sempre questa “ansia” di avere le cose sempre tutte sistemate al punto giusto dal punto di vista legale, che ci sia sempre tutto in ordine.” (inf 3)

Dal punto di vista professionale, invece, gli infermieri hanno riportato che la percezione di non aver completato tutte le attività necessarie li costringe a rimanere oltre l'orario

ordinario per tentare di concludere tutte le attività:

“Parlo personalmente, credo siano rare le volte che esco dal reparto in orario. La maggior parte delle volte esco anche dopo un’ora per cercare di finire le cose che devo fare e non esco soddisfatta.” (inf 5)

Esiti per la persona assistita

In accordo ai partecipanti, gli esiti riguardano anche la salute fisica ed emotiva della persona assistita, i quali possono esitare in ripercussioni anche sul sistema sanitario. Gli infermieri hanno sottolineato come le Unfinished Nursing Care possano generare un aumento delle infezioni correlate alle pratiche assistenziali e uno sviluppo della sindrome da allettamento:

“E dopo compromette anche tutte le cure, perché se tu non garantisci un’igiene adeguata e una sterilità adeguata e di corsa vai da uno all’altro, ecco che porti quello che sappiamo, infezioni etc.... e di conseguenza aumenti terapie, aumenti antibiotici come sappiamo tutti.” (inf 3)

“Proprio oggettivamente, non c’è il tempo di poterlo fare e quindi rischiamo di allettare una persona che avrebbe tutto sommato ancora delle potenzialità.” (coor 1)

Inoltre, hanno affermato di occuparsi molto spesso di attività prioritarie o emergenziali, tralasciando completamente quegli aspetti assistenziali che potrebbero assicurare una rieducazione funzionale delle abilità residue attraverso cui l’assistito riacquisisce le abilità precedenti alla fase acuta:

“Dopodiché quando è ora di restituire alla vita normale con esiti più o meno importanti, o anche neanche uno, in realtà viene a mancare tutto quel pezzetto per cui restituisci al paziente e alla sua famiglia quella persona che era prima del ricovero. Cosa vuol dire. Vuol dire mettersi in piedi, mettersi seduto, vuol dire riappropriarsi della capacità di alimentarsi da solo. Cioè tutti quegli aspetti normali di quotidianità. Questo mi colpisce molto, perché ha una ricaduta importantissima sul paziente, che ha degli esiti che non c’entrano niente con la malattia. Ha una ricaduta sulla famiglia, che quando gli parli di dimissione e cerchi di restituire ai loro familiari in maniera completamente diversa da come lo hanno portato, sono disorientati e non sanno come affrontare questa novità.” (coor 6)

Un’altra conseguenza riguarda la relazione e la dimensione psicologica. In particolare, gli intervistati hanno affermato che quando sono elevate, le Unfinished Nursing Care possono generare episodi di disorientamento dell’assistito: in un ambiente frenetico, dove le cure sono frammentate, centrate sulle prestazioni e non attinenti ai bisogni del singolo (ad esempio, sui bisogni fondamentali) gli assistiti:

“..si trovano disorientati. Se non ci sono sempre le stesse persone e se non si lavora sempre nello stesso modo...si sentono...no disorientati. Non curati, non assistiti.” (inf 3)

Concentrandosi, inoltre, solamente sulla prestazione e non sulla persona assistita, il percorso di cura non appare pianificato e strutturato nelle sue priorità e tappe; diventandolo tardivamente o rimanendo incompleto, il percorso di cura preclude il raggiungimento di risultati di salute attesi:

“Quindi c’è tutta una serie di azioni che devono poi essere attivate, la dimissione protetta con il distretto, piuttosto che altri tipi di azioni che non vengono messe in atto, vengono messe in atto alla fine con la conseguenza che comunque il paziente non viene preso in carico nel modo corretto.” (coor 3)

Questi eventi stimolano episodi di aggressività nei confronti del personale, in quanto le persone assistite percepiscono che le loro richieste e bisogni non sono presi in considerazione:

“Ha iniziato ad esserci proprio una situazione di ricatto.” (inf 6)

In un contesto di scarsa fiducia, la persona assistita non trova le motivazioni per seguire le indicazioni e i consigli forniti dal personale infermieristico. In un ambiente in cui l'assistito non si sente ascoltato, anche la compliance subisce un drastico abbassamento, come affermato di seguito:

“Quindi avresti anche le carte giuste per far la differenza. Nel senso che se poi loro ti ascoltano e c'è questa corrispondenza, cioè tu ascolti loro, magari loro ascoltano te, quindi diventa anche un po' più, non so, non dico complianti nelle cure, ma magari anche sì. O comunque riesci un po' ad entrare di più nel loro mondo.” (inf 2)

Per queste conseguenze, che hanno un effetto cumulativo in quanto non sono isolate, gli infermieri riferiscono che le Unfinished Nursing Care generano anche un prolungamento del ricovero, che a sua volta origina ulteriore rischio di cure perse, stimolando altre conseguenze negative (ad esempio, ulteriori infezioni ospedaliere), ma anche effetti sull'organizzazione come ad esempio sui costi:

“Questo vuol dire un protrarsi della degenza media dell'ospedale, perché chiaramente cerchi di venire incontro e lo tieni di più nella speranza che migliori.” (coor 6)

Esiti sul rapporto coi familiari

Le Unfinished Nursing Care influenzano negativamente anche il rapporto coi familiari delle persone assistite, generando un doppio effetto negativo non solo sul rapporto con il malato, ma anche con i caregiver che hanno un importante ruolo durante e dopo le cure ospedaliere. Alla percezione di insoddisfazione per le cure ricevute dalla persona assistita, ne consegue un effetto anche sui caregiver

“Poi coi familiari adesso abbiamo ancora più problemi...” (inf 5)

tanto da generare la percezione di familiari delusi per le cure infermieristiche erogate dagli infermieri:

“Anche la famiglia è rimasta molto delusa ...” (inf 1)

Proprio per l'accumularsi di episodi di Unfinished Nursing Care, tra un turno e l'altro, l'effetto sulla relazione si accumula sino ad esitare in esposti e segnalazioni/reclami, minacciando la fragile relazione non solo con gli infermieri ma anche con il team multidisciplinare:

“Non so cosa sia successo effettivamente in quel frangente, con il medico di reparto, con gli infermieri. Ci devono essere state delle incomprensioni. Per cui alla dimissione questa figlia scrive all'URP (Ufficio Relazioni col Pubblico) una lettera che era proprio uno sfogo. Uno sfogo incredibile. In cui si parlava della freddezza del reparto, del personale, che non aveva seguito la mamma.” (coor 3)

Discussione

Sono stati inclusi tre livelli professionali per cogliere uno sguardo complessivo sul fenomeno indagato; gli studi disponibili^{15; 27} non hanno incluso ad oggi infermieri con ruoli organizzativi, mentre hanno compreso gli operatori di supporto.⁹ Il profilo dei partecipanti riflette quello della professione infermieristica italiana, per età, genere e formazione. Tuttavia, gli infermieri intervistati hanno riportato una consistente esperienza in area medica, suggerendo una certa stabilità in questo setting assistenziale, spesso minacciato da elevato turnover, anch'esso considerato una conseguenza delle Unfinished Nursing Care.²⁸

Gli esiti delle Unfinished Nursing Care riflettono in parte quanto già emerso in studi precedenti: in particolare, alcuni studi hanno sottolineato come il fenomeno generi conseguenze sulla sfera personale dell'infermiere, soprattutto provocando sentimenti di frustrazione, impotenza, ed ansia che possono condurre alla volontà di abbandonare il luogo di lavoro.²⁹ Considerata la diffusione delle Unfinished Nursing Care anche nel contesto italiano,^{30;31} è possibile immaginare il carico emotivo generato sugli infermieri, che potrebbe essere gestito dagli stessi tramite un lavoro di "normalizzazione",³² ovvero dal progressivo convincimento che non è possibile assicurare tutte le richieste dalle persone assistite. Il carico emotivo da una parte e la tensione verso la normalizzazione, dall'altra, potrebbero influenzare negativamente il clima del gruppo, la formazione degli studenti, rendere più complesso il coordinamento e l'integrazione con gli altri professionisti.³³

Tuttavia, le conseguenze sugli infermieri sono state riferite solo da coloro che lavoravano nella clinica. Da una parte questo risultato suggerisce la consapevolezza che gli stessi hanno delle Unfinished Nursing Care, evidenziando pertanto che il fenomeno non è ancora "normalizzato", soprattutto per quanto riguarda gli aspetti di comunicazione e relazione con la persona assistita, spesso percepiti come mancanti o incompleti.³⁴ Dall'altra, una volta usciti dalla clinica, i coordinatori e i dirigenti potrebbero a loro volta vivere una dimensione emotiva, che rende meno evidente quella vissuta dagli infermieri; nel tentativo di gestire tale dimensione emotiva, potrebbero considerare solo le priorità organizzative.³⁵ In generale, tuttavia, il malessere individuale e professionale emerso può esitare in implicazioni organizzative che non appaiono immediatamente emergere dalle interviste, come invece in precedenti studi (Figura 1), suggerendo che gli esiti organizzativi sono mediati dall'impatto diretto delle Unfinished Care sugli infermieri. Inoltre, poiché in epoca post-pandemica, il malessere individuale e professionale potrebbe essersi accresciuto,^{36;37} vi è maggiore esigenza di porre gli infermieri nelle condizioni organizzative ottimali in cui possano dedicare il tempo necessario alle persone grazie a dotazioni organiche adeguate.

Gli esiti sulle persone assistite riflettono quanto è stato già ampiamente documentato in letteratura. Nel tempo i ricercatori hanno dedicato molta attenzione alle conseguenze di questo fenomeno sugli assistiti, come ad esempio alle infezioni correlate alle pratiche assistenziali, alla sindrome da allettamento, al disorientamento ed all'aggressività, indicando in maniera chiara che le cure perse sono rischiose per le persone assistite.^{10; 27; 38; 39} Anche le ripercussioni sul sistema sanitario, quali l'insoddisfazione delle cure ricevute, la diminuzione della compliance, la mancata riabilitazione funzionale e il prolungamento del ricovero sono state studiate in letteratura, evidenziando come il fenomeno abbia conseguenze anche a livello di sistema.^{15; 40; 42} Da questo punto di

vista, tenere traccia degli esiti delle Unfinished Nursing Care sulle persone assistite e realizzare una successiva valorizzazione economica, potrebbe dare una misura ancora più concreta del fenomeno e dimostrare che i costi necessari per una adeguata dotazione organica infermieristica delle strutture non superano quelli richiesti per gestire gli esiti avversi.

Le conseguenze sui familiari e caregiver della persona assistita riflettono, invece, un'area innovativa rispetto alla letteratura esistente. Fino ad ora, gli studi si sono concentrati sulla diade infermiere/persona assistita, o al massimo sull'organizzazione, senza evidenziare effetti delle Unfinished Nursing Care sulle persone di riferimento per il malato. In un'epoca in cui l'emergenza pandemica dovuta al SARS-CoV-2 ha tenuto distanti i familiari dai luoghi di cura, i rapporti e le relazioni con i caregiver hanno ricevuto un'attenzione diversa, portando ad una profonda rivalutazione della loro importanza. Le Unfinished Nursing Care minacciano il rapporto tra queste tre figure (infermiere, persona assistita, familiare), che si basa su un sistema di attese: da una parte, quelle della persona assistita e del familiare, che si aspettano cure assistenziali di qualità; dall'altra, tuttavia, quelle degli infermieri che sono stati formati e si aspettano di essere messi nelle condizioni di erogare cure di qualità, in accordo alle evidenze scientifiche ed ai modelli di caring appresi. Nella triade, mai evidenziata sino ad oggi nella letteratura che riguarda le Unfinished Nursing Care, gli infermieri percepiscono la delusione dei famigliari e riferiscono le difficoltà di un rapporto che, a livelli crescenti di complessità richiede tempi adeguati di gestione, un 'tempo di relazione'⁴³ che va dedicato ma che rischia di sottrarre tempo ad altri aspetti assistenziali.

I famigliari sono percepiti come coloro che formalizzano le Unfinished Nursing Care attraverso i reclami. Questo suggerisce che nei sistemi di misura delle Unfinished Care, accanto ai diversi strumenti già implementati⁴⁴ e quelli in fase di implementazione⁴⁵ devono essere considerati con sistematicità anche i reclami dei caregiver.

Limiti

Lo studio ha coinvolto infermieri dell'area medica, un ambito molto complesso e omogeneo rispetto ad alcune problematiche (ad esempio, età delle persone assistite, carico di lavoro²³). Studi simili potrebbero essere condotti in altri setting assistenziali, ad esempio di area chirurgica, per rilevare similitudini o differenze. Inoltre, il campione propositivo di infermieri scelti apparteneva a una stessa azienda e questo può aver messo in risalto aspetti specifici non rilevabili altrove.

Infine, pur avendo coinvolto i diversi livelli in cui si esprime la professione infermieristica, clinico ed organizzativo, sarebbe opportuno considerare nei futuri studi anche il coinvolgimento di altri professionisti su cui le cure mancate possono avere conseguenze sino ad ora non investigate.⁴⁶ Il coinvolgimento delle persone assistite e degli studenti infermieri, nonché dei loro caregiver e formatori, potrebbe completare la lettura delle conseguenze delle Unfinished Nursing Care.

Conclusioni

Dopo una prima fase di studio sugli esiti delle Unfinished Nursing Care ed una ricca ricerca empirica esitata anche in revisioni sistematiche, in letteratura non si sono

documentati tentativi di ri-verificare le conseguenze delle cure perse, così come percepite dal sistema infermieristico nel suo complesso. In accordo ai risultati del nostro studio, che hanno coinvolto infermieri clinici, coordinatori e dirigenti, gli esiti delle Unfinished Nursing Care sono rintracciabili al livello degli infermieri, delle persone assistite e dei familiari/caregiver. Mentre sulle persone assistite e sugli infermieri i risultati emersi sono in linea con la letteratura esistente, le influenze negative sui familiari e caregiver suggeriscono l'esigenza di includere la loro prospettiva nelle valutazioni sistematiche del fenomeno.

Diversamente da quanto documentato in letteratura, non sono emerse, invece, conseguenze dirette sull'organizzazione, suggerendo che il fenomeno agisce direttamente sulla triade (persona assistita/infermiere/famigliare), i cui esiti mediano gli effetti sull'organizzazione, non solo come singola conseguenza (ad esempio la percezione di frustrazione degli infermieri), ma anche come conseguenza delle complesse interazioni (ad esempio le reciproche influenze tra la frustrazione degli infermieri e la delusione dei familiari). Questa prospettiva suggerisce una profonda revisione dei modelli di ricerca in questo campo che, oltre a considerare i familiari, deve individuare sistemi di valutazione che considerino la complessità del fenomeno anche per le interne relazioni tra i soggetti che ne sono più colpiti.

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.* 2011;20(3):43-53. doi:10.1377/hlthaff.20.3.43
2. Jones T, Drach-Zahavy A, Amorim-Lopes M, Willis E. Systems, economics, and neoliberal politics: Theories to understand missed nursing care. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):586-592. doi:10.1111/nhs.12700
3. Moura ECC, Lima MB, Peres AM, Lopez V, Batista MEM, Braga FDACSAG. Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *J Nurs Manag.* 2020;28:2103-2112. doi:10.1111/jonm.12846
4. Longhini J, Papastavrou E, Efstathiou G, Andreou P, Stemmer R, Ströhm C, Schubert M, de Wolf-Linder S, Palese A. Strategies to prevent missed nursing care: An international qualitative study based upon a positive deviance approach. *J Nurs Manag.* 2021;29(3):572-583. doi:10.1111/jonm.13176
5. Sochalski J. Is more better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care.* 2004;42(2):II67-73. doi:10.1097/01.mlr.0000109127.76128.aa
6. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in Nursing Care Quality across Hospitals. *J Adv Nurs.* 2009;65(11):2299-2310. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05090.x
7. Kalisch BJ. Missed Nursing Care. A Qualitative Study. *J Nurs Care Qual.* 2006 Oct;21(4):306-316. doi:10.1097/00001786-200610000-00006
8. 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
9. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *Am J Med Qual.* 2011;26(4):291-9. doi:10.1177/1062860610395929
10. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual.* 2014;29(5):415-22. doi:10.1177/1062860613501715
11. 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):416-24. doi:10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62
12. Schubert M, Schaffert-Witvliet B, De Geest S, Glass T, Aiken L, Sloane DS, et al. RICH-Nursing Study: Rationing of Nursing Care in Switzerland. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patient' and Nurses' Outcomes (Final report Grant, Swiss Federal Office of Public Health, Bern, Switzerland). 2005. Basel, Switzerland: Institute of Nursing Science, University of Basel
13. Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, De Geest S. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care.* 2012;24(3):230-8. doi:10.1093/intqhc/mzs009
14. Jones T, Willis E, Amorim-Lopes M, Drach-Zahavy A; RANCARE Consortium COST - CA 15208. Advancing the science of unfinished nursing care: Exploring the benefits of cross-disciplinary knowledge exchange, knowledge integration and transdisciplinarity. *J Adv Nurs.* 2019;75(4):905-917. doi:10.1111/jan.13948
15. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P. 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
16. Alsubhi H, Meskell P, Shea DO, Doody O. Missed nursing care and nurses' intention to leave: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1830-1840. doi:10.1111/jonm.13069
 17. Bassi E, Tartaglini D, Palese A. Termini, modelli concettuali e strumenti di valutazione delle cure infermieristiche mancate: una revisione della letteratura. *Assist Inferm Ric.* 2018;37:12-24.
 18. Sist L, Contini C, Bandini A, Bandini S, Massa L, Zanin R, Maricchio R, Giancesini G, Bassi E, Tartaglini D, Palese A. MISSCARE Survey-Italian Version: findings from an Italian validation study. *Ig Sanita Pubbl.* 2017;73(1):29-45.
 19. Sandelowski M. Focus on Research Methods. *Whatever Happened to Qualitative Description?* *Res Nurs Health.* 2000;23(4):334-340. doi:10.1002/1098-240x(200008)23:4<334::aid-nur9>3.0.co;2-g
 20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mxm042
 21. Elo S., Kyngäs SH. *The qualitative content analysis process.* *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107-115. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
 22. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods (4th edition).* Thousand Oaks, CA: SAGE; 2015
 23. Regione del Veneto. *Deliberazione del Direttore Generale 29/10/2020, n. 1867 "Atto Aziendale - Presa d'atto del decreto n.103 del 28 Settembre 2020 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale di approvazione".* 2020. AULSS 2 Marca Trevigiana. Disponibile in: <https://www.aulss2.veneto.it/documents/6017636/14188833/Deliberazione+del+Direttore+Generale+n.+1867+del+29-10-2020/41a01f02-82bc-49af-8113-a9ee87dd4e31?version=1.1>
 24. Regione del Veneto. *Deliberazione del Direttore Generale 28/01/2021, n. 107 "Approvazione del Piano delle Performance 2021-2023 e Documento Direttive 2021 dell'Azienda ULSS N. 2 Marca Trevigiana."* 2021. AULSS 2 Marca Trevigiana. Disponibile in: <https://www.aulss2.veneto.it/documents/6017636/6074298/Piano+Performance+2021-2023+DDG+n.107+del+28-01-2021/89ac74b1-8012-4d08-95b3-36736f9422bf?version=1.3>
 25. ARAN. *CCNL relativo al personale del comparto sanità. Triennio 2016-2018.* 2018. Disponibile in: https://www.aranagenzia.it/attachments/article/9016/CCNL%20comparto%20SANITA%27%20definitivo_sito%20.pdf.
 26. Morse JM. The significance of saturation. *Qual Health Res.* 1995;5(2):147-149. doi:10.1177/104973239500500201
 27. Kalánková D, Kirwan M, Bartoníčková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R. Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *J Nurs Manag.* 2020;00:1-15. doi:10.1111/jonm.12978
 28. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed Nursing Care: The Impact on Intention to Leave and Turnover. *Can J Nurs Res.* 2010;42(4):22-39.
 29. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67(10):2065-2071. doi:10.1111/jgs.16051

30. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P, Allegrini E, Bazoli L, Casson P, Marin M, Padovan M, Picogna M, Taddia P, Salmaso D, Chiari P, Marognoli O, Canzan F, Gonella S, Saiani L. Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med.* 2015;10:693–702. doi:10.1007/s11739-015-1232-6
31. 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;26:33–41. doi:10.1111/jonm.12514
32. Vaughan DS, Gleave EP, Welser HT. Controlling the evolution of corruption: Emulation, sanction, and prestige. 2005. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association; Philadelphia, PA
33. Palese A, Chiappinotto S, Canino E, Martinenghi G, Sist R, Milani L, Marcomini I, Grassetti L, Destrebecq A. Unfinished Nursing Care Survey for Students (UNCS4S): A multicentric validation study. *Nurse Educ Today.* 2021;102:104908. doi:10.1016/j.nedt.2021.104908
34. Avallin T, Muntlin Athlin Å, Björck M, Jangland E. Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2091-2102. doi:10.1111/jonm.12963
35. Bagnasco A, Catania G, Zanini M, Dasso N, Rossi S, Aleo G, Timmins F, Sermeus W, Aiken LH, Sasso L. Are data on missed nursing care useful for nursing leaders? The RN4CAST@IT cross-sectional study. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2136-2145. doi:10.1111/jonm.13139
36. Martella S. La pandemia ha colpito la salute mentale di medici e infermieri [Pandemic affected mental health of doctors and nurses]. *Assist Inferm Ric.* 2021;40(2):112-114. Italian. doi: 10.1702/3634.36150.
37. A Cura Della Redazione. Ci dicevano “andrà tutto bene” ma avevamo paura [We were told “everything will be all right”, but we were afraid]. *Assist Inferm Ric.* 2020 Oct-Dec;39(4):201-204. Italian. doi: 10.1702/3508.34953.
38. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud.* 2009;46(7):884-93. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008
39. Nelson ST, Flynn L. Relationship between missed care and urinary tract infections in nursing homes. *J Geriatr Nurs.* 2015 Jan;36:126-130. doi:10.1016/j.gerinurse.2014.12.009
40. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):240–252. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.04.007
41. Papastavrou E, Andreou P, Efsthathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: A systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plan Manag.* 2014;29(1):3–25. doi:10.1002/hpm.2160
42. Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JPH, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are staffing, work environment, work stressors, and rationing of care related to care workers’ perception of quality of care? A cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(10):860–866. doi:10.1016/j.jamda.2015.04.012
43. FNOPI. Codice deontologico delle professioni infermieristiche. Disponibile in: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf.

44. Palese A, Navone E, Danielis M, Vryonides S, Sermeus W, Papastavrou E. Measurement tools used to assess unfinished nursing care: A systematic review of psychometric properties. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):565-582. doi:10.1111/jan.14603
45. Costa C, Fanton E, Roncoroni E, Stevanin S, Franco MG, Bonesso P, Allegrini E, Casson P, Capirossi G, Di Falco A, Schiavon L, Palese A, Saiani L, Mantoan D. Misurare gli esiti dell'assistenza infermieristica nelle Aziende Ospedaliere e Socio Sanitarie Locali della Regione del Veneto: sintesi dell'esperienza di sviluppo di una policy regionale [Measuring nursing sensitive outcomes in publicly funded hospitals in the Veneto Region, Italy: the development of a regional policy]. *Ig Sanita Pubbl*. 2018;74(6):547-564.
46. Palese A, Bassi E, Tommasini C, Vesca R, Di Falco A, De Lucia P, Mulloni G, Paoletti F, Rissolo R, Sist L, Sanson G, Guardini I, Bressan V, Mesaglio M, Papastavrou E, Blackman I. Developing policies and actions in response to missed nursing care: A consensus process. *J Nurs Manag*. 2019;27(7):1492-1504. doi:10.1111/jonm.12835

Corresponding author

Chiappinotto Stefania, infermiere clinico
Ospedale Ca' Foncello di Treviso, AULSS 2 Marca Trevigiana,
Via Sant'Ambrogio di Fiera, 37, 31100, Treviso;
stefania.chiappinotto@aulss2.veneto.it