

## Introduzione e Background

Il Servizio Infermieristico Aziendale nel 2016 ha promosso e avviato una ricerca multimetodo e multifase finalizzata a documentare le cure perse nelle aree mediche dell'Azienda e a prevedere un set di standard assistenziali qualitativi volti a implementare un piano di miglioramento che preveda, se necessario, anche la revisione dei modelli organizzativi assistenziali.

### Che cosa si intende per cure perse?

Si parla di Missed nursing care intendendo qualsiasi intervento infermieristico, considerato dall'infermiere necessario al paziente che, in seguito, rispetto a quanto pianificato, viene parzialmente o completamente omesso o ritardato (Kalish BJ 2006).

### Background

Nella pratica quotidiana i professionisti infermieri sono chiamati a svolgere, per ogni singolo assistito, una molteplicità di attività che per essere considerate di qualità, richiederebbero maggiore disponibilità di tempo, risorse umane e materiali. Ciò non è sempre possibile per la riduzione del turn-over degli operatori sanitari e per la razionalizzazione delle risorse materiali. **Generalmente al fine di garantire la migliore assistenza possibile**, le attività assistenziali vengono programmate secondo priorità, **generando ritardo o omissione delle cure** o fornendo standard assistenziali minimali o spesso non garantendo gli standard minimi di sicurezza delle cure, e **generando esiti clinici potenzialmente negativi come ad esempio l'aumento della degenza ospedaliera, l'incremento delle infezioni urinarie, delle lesioni da decubito e delle cadute; ma anche sugli infermieri in relazione ai quali possiamo evidenziare ad esempio l'insoddisfazione lavorativa, il burn out, con conseguente ricaduta negativa sull'ambiente lavorativo** (Palese et al., 2013), **riduzione della produttività e conseguente aumento dei costi** (Lancia et al. 2011).

2017	2018	2019
DOCUMENTAZIONE SITUAZIONE ATTUALE LIVELLO ORGANIZZATIVO E DELL'ATTIVITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE: STUDIO CROSS SECTIONAL (T0)	INDIVIDUAZIONE DEGLI STANDARD QUALITATIVI E QUANTITATIVI SUB-OTTIMALI ATTRAVERSO FOCUS GROUP E DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE FINALIZZATE ALL'EROGAZIONE DEGLI STANDARD DI RIFERIMENTO	PIANO DI MIGLIORAMENTO PER GARANTIRE GLI STANDARD QUALI-QUANTITATIVI (CONSENSUS) SPERIMENTAZIONE PILOTA IMPLEMENTAZIONE PIANO DI MIGLIORAMENTO A REGIME MISURAZIONE ESITI IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI MIGLIORAMENTO DOCUMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE

## Obiettivi

**Obiettivo generale:** implementare nelle aree mediche un modello assistenziale basato su standard assistenziali quali-quantitativi volti a garantire cure sicure e di qualità.

**Obiettivi specifici:** identificare le cure infermieristiche perse e individuare gli standard assistenziali quali-quantitativi; definire un Piano di Miglioramento per raggiungere lo standard; misurare gli effetti del Piano di Miglioramento su Cure Infermieristiche Perse/esiti Assistenziali.

## Materiali e metodi

### Il Focus Grup (FG)

Con l'approccio focus si è passati alla seconda fase dello studio che prevedeva l'individuazione degli standard quali-quantitativi sub-ottimali attraverso la metodologia del focus group (fc).

I dati distinti per le 4 aree mediche sono indicate nella tabella di cui infra:

	MED 1	MED 2	MED 3	MED 4	Legenda
MOBILIZZAZIONE	45,8 % L.BASSO	58,2 % L.MEDIO	53,5 % L. MEDIO	49 % L. BASSO	PERCENTUALE RAGGIUNGIMENTO IN RELAZIONE A DUE FATTORI: - QUOTIDIANAMENTE - % COPERTURA SUI PAZIENTI IDENTIFICATI
ELIMINAZIONE	30 % L. BASSO	54,4 % L. MEDIO	57,75 % L.MEDIO	53 % L. MEDIO	LIVELLO ASSISTENZIALE BASSO INF 50%
NUTRIZIONE/IDRATAZIONE	55 % L. MEDIO	73,3 % L. MEDIO	59,4 % L. MEDIO	53 % L. MEDIO	LIVELLO ASSISTENZIALE MEDIO 50%-80%
CURA DE SÈ	52 % L. MEDIO	73 % L. MEDIO	61,8 % L. MEDIO	69 % L. MEDIO	LIVELLO ASSISTENZIALE ALTO 80%-100%

### La consensus conference

La **metodologia di lavoro** scelta non è quella della della revisione sistematica formale, ma quella della conferenza di consenso in considerazione della difficoltà di tradurre in rigida evidenza scientifica i risultati dei focus group (ricchi di percepito professionale) ritenendo quindi preferibile la creazione del documento di consenso che esprime l'opinione di estensori da sottoporre a revisori esterni nell'ambito delle differenti discipline che ne hanno concorso alla stesura.

I **principali obiettivi** della consensus conference sono stati l'individuare la migliore assistenza possibile, condivisa, calibrata e calata nella realtà operativa di ogni singola Struttura e lo Staff satisfaction.

Le **raccomandazioni** emerse dalla Consensus Conference di GRACEFFA-SANSON e Collaboratori illustrano un set di indicatori e dati, perfezionato al fine di giungere a una definizione operativa omogenea e specifica per le Aree Mediche. Il Set sarà validato, valutando per sei mesi i risultati derivanti dall'applicazione del piano di miglioramento -tracciante MOBILIZZAZIONE- nelle Aree Mediche Aziendali. Sulla base dei dati emersi, confrontando le fluttuazioni analizzate anche alla luce di standard quantitativi assistenziali, di variabili organizzative e di contesto nonché della casistica dei pazienti accolta nelle strutture in analisi, verranno individuati gli Standard di Sicurezza. Tali standard quali-quantitativi minimi, costituiscono "livello di garanzia di una buona assistenza nelle aree mediche".

## Piano di miglioramento

**ASPETTI STRUTTURALI/LOGISTICA:** lean organization e proposta acquisti ausili dotazione minima.

**PROCESSO:** La soddisfazione (intrinseca-estrinseca) al lavoro presenta costantemente valori più bassi laddove si lavora per settori/compiti (studio cross sectional Moretto G. - "Standard Assistenziali AAS2 Isontina. Report rilevazione dati 08/05/2014").

Oltre che sugli assistiti (riduzione esiti negativi, favorevole determinati esiti positivi), l'organizzazione dell'assistenza infermieristica può avere un impatto diretto sugli stessi infermieri in termini di soddisfazione lavorativa, ed indiretto sulle performances economiche delle aziende sanitarie.

Inoltre, la soddisfazione si modifica in relazione ai possibili eventi avversi, all'indice di turn over del personale infermieristico ed è strettamente connessa alla qualità dell'ambiente di lavoro.

**ATTIVITÀ:** tra le attività svolte di routine, individuare quelle che NON impattano fortemente sugli esiti e successiva rimodulazione delle stesse sulla base delle priorità.

**STRUMENTI OPERATIVI:** introdurre il processo di mobilitazione anche come prescrizione infermieristica.

## Risultati

### Implementazione progetto miglioramento e sperimentazione sul tracciante: MOBILIZZAZIONE

Le recenti disposizioni normative adottate a livello regionale e indirizzate al contenimento della spesa sanitaria (diminuzione dell'1% del personale, blocco dei turn over) rendono perciò inderogabile una sistematica analisi organizzativa volta a verificare la congruità della dotazione organica in funzione dell'intensità di cura gestita abitualmente nelle diverse Unità Organizzative al fine di stabilire la sussistenza ed il rispetto degli standard di sicurezza dell'assistenza infermieristica.

A livello di Direzione Infermieristica

1. Verificare i livelli dotazione organica attuale in funzione dell'intensità di cura in tutti gli ambiti aziendali.
2. Identificare gli standard di sicurezza assistenziale in ASS2 Isontina e verificare lo scostamento della situazione attuale rispetto gli standard identificati.
3. Adottare un sistema di reporting che consenta di confrontare le performance assistenziali di U.O. diverse e attuare eventuali compensazioni.
4. Gettare le basi culturali per nuovi modelli assistenziali professionalizzanti ed un nuovo sistema di incentivazione del personale.

A livello di Coordinamento di U.O.

1. Valutare il carico assistenziale complessivo delle U.O. coordinate in una giornata campione mediante lo strumento TRICO (Confronto con SIPI? - progetto con Università);
2. Valutare l'adeguatezza dell'organico rispetto al carico assistenziale complessivo;
3. Identificare il set di esiti assistenziali riferibili alle U.O. coordinate ed il relativo sistema di indicatori;
4. Verificare lo scostamento dall'atteso e impostare i progetti di miglioramento (audit).

AUDIT 1: Lo stato dell'arte: TRACCIANTE MOBILIZZAZIONE (APRILE 2019)				
	MED1 81 presenti	MED2 76 presenti	MED3 69 presenti	MED4 76 presenti
Prescrizioni n°	58 (16 autonomi 65 da mobilitare) 90%	60 (16 autonomi, 60 da mobilitare) 98%	58 (11 autonomi, 58 da mobilitare) 98%	63 (13 autonomi, 63 da mobilitare) 82%
Piani di mobilitazione implementati	17-18 persone mobilitate 30%	55-56 persone mobilitate 90%	53 persone mobilitate 90%	23-24 persone mobilitate 38%

AUDIT 2: Lo stato del l'arte: TRACCIANTE MOBILIZZAZIONE (SETTEMBRE 2019)				
	MED 1 (81 posti letto)	MED 2 (76 posti letto) chiusura estiva 01-15/09	MED 3	MED 4 (79 + 6 OBI)
	65.5 PZ ricoverati (media)	61.2 - 68 PZ ricoverati (media)		70 PZ ricoverati (media)
Prescrizioni n°	(15 autonomi; 50 da mobilitare) 100%	(16 autonomi; 45-52 da mobilitare) 100%	Dati non pervenuti	(15 autonomi; 55 da mobilitare)
Piani di mobilitazione implementati	48 persone mobilitate 84.75%	40-46 persone mobilitate 92%	Dati non pervenuti	51 persone mobilitate 91%

## Conclusioni e discussione

Il modello organizzativo proposto ha effetti diretti positivi sulla qualità organizzativa e la qualità clinica (così come l'organico infermieristico, l'ambiente di lavoro, il processo di nursing) con ricadute su:

**ESITI SUGLI INFERMIERI** (riduzione insoddisfazione, burn-out, incidenti-malattie, assenteismo, turnover)

**ESITI ECONOMICO FINANZIARI** (aumento della produttività, riduzione dei costi)

**ESITI SUI PAZIENTI** nel caso del tracciante mobilitazione riduzione rischio di insorgenza polmoniti, diminuzione del livello di dolore, diminuzione rischio declino nelle capacità di esecuzione delle attività di vita quotidiana)

La mancata erogazione di alcune cure infermieristiche è un forte predittore negativo degli *outcomes* del paziente quali: insoddisfazione, eventi avversi, deficit educativi, durata del ricovero, re-ospedalizzazione.

## Gruppo di lavoro

Cecchini Francesco (francesco.cecchini@as2.sanita.fvg.it)
Ampolo Carla, Compassi Susanna, Fregonese Francesca, Ganzini Claudia, Giacomini Luisa, Graceffa Giuseppina, Grassi Patrizio, Magrin Patrizia, Masala Orietta, Molli Debora, Moretto Gloria, Spessot Tiziana

## Bibliografia

- Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T, Sermeus W; RN4CAST consortium. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. 2014 May 24;383(9931):1824-30.
- Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm*, 2009a; 39:211-19.
- Lancia L. I determinanti della qualità dell'assistenza infermieristica. Atti del Congresso "L'evoluzione del nursing italiano negli ultimi 150 anni". Collegio IPASVI L'Aquila, 2011.
- Palese A, Dante A, Tonzar L, Balboni B. The N2N instrument to evaluate healthy work environments: an Italian validation. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014 Feb;87(2):217-28.
- 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, Palmaso 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 Sep;10(6):693-702.
- Quirke S, Coombs M, McEldowney R. Suboptimal care of the acutely unwell ward patient: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2011 Aug;67(8):1834-45.