



Università degli Studi di Torino - Scuola di Medicina  
Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e pediatriche  
Corso di Laurea in Infermieristica

I Anno – Canali A-B-C

**UNIVERSITÀ**  
**DI TORINO**

**CURE MANCATE E CURE FONDAMENTALI**

Collaboratore: Dott.ssa ALEXANDRA DO NASCIMENTO

## Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici?

*Annamaria Bagnasco<sup>1</sup>, Gianluca Catania<sup>2</sup>, Linda H. Aiken<sup>3</sup>, Walter Sermeus<sup>4</sup>, Nicoletta Dasso<sup>5</sup>, Silvija Rossi<sup>6</sup>,  
Milko Zanini<sup>7</sup>, Loredana Sasso<sup>8</sup>*

Le **missed nursing care** esprimono quel fenomeno in cui alcune attività assistenziali proprie degli infermieri non sono erogate a causa di diversi fattori, quali carenza di risorse, di collaborazione nel team o di comunicazione, senza tuttavia che vi sia una esplicita intenzione del singolo professionista a tralasciare.

## **Le Cure Infermieristiche Mancate (Missed Nursing Care) sono un dato utile ai leader infermieristici?**

*Annamaria Bagnasco<sup>1</sup>, Gianluca Catania<sup>2</sup>, Linda H. Aiken<sup>3</sup>, Walter Sermeus<sup>4</sup>, Nicoletta Dasso<sup>5</sup>, Silvja Rossi<sup>6</sup>,  
Milko Zanini<sup>7</sup>, Loredana Sasso<sup>8</sup>*

L'obiettivo di questo studio era analizzare la frequenza e la distribuzione di 13 attività infermieristiche omesse nei reparti di medicina e chirurgia in Italia.

**L'infermiere, 2020;57:6:e100-e108**

Variabile	Area Medica N=2082	Area Chirurgica N=1448	Area mista N=60
Genere femminile, n (%)	1678 (80,6)	1124 (77,6)	51 (85)
Età media (ds)	40,73 (8,89)	41,99 (8,30)	40,98 (10)
Anzianità di servizio media (ds)	15,06 (9,22)	16,67 (8,86)	17,22
Formazione universitaria, n (%)	1156 (55,5)	695 (48)	22

Tabella 1. – Caratteristiche del campione (N=3666).

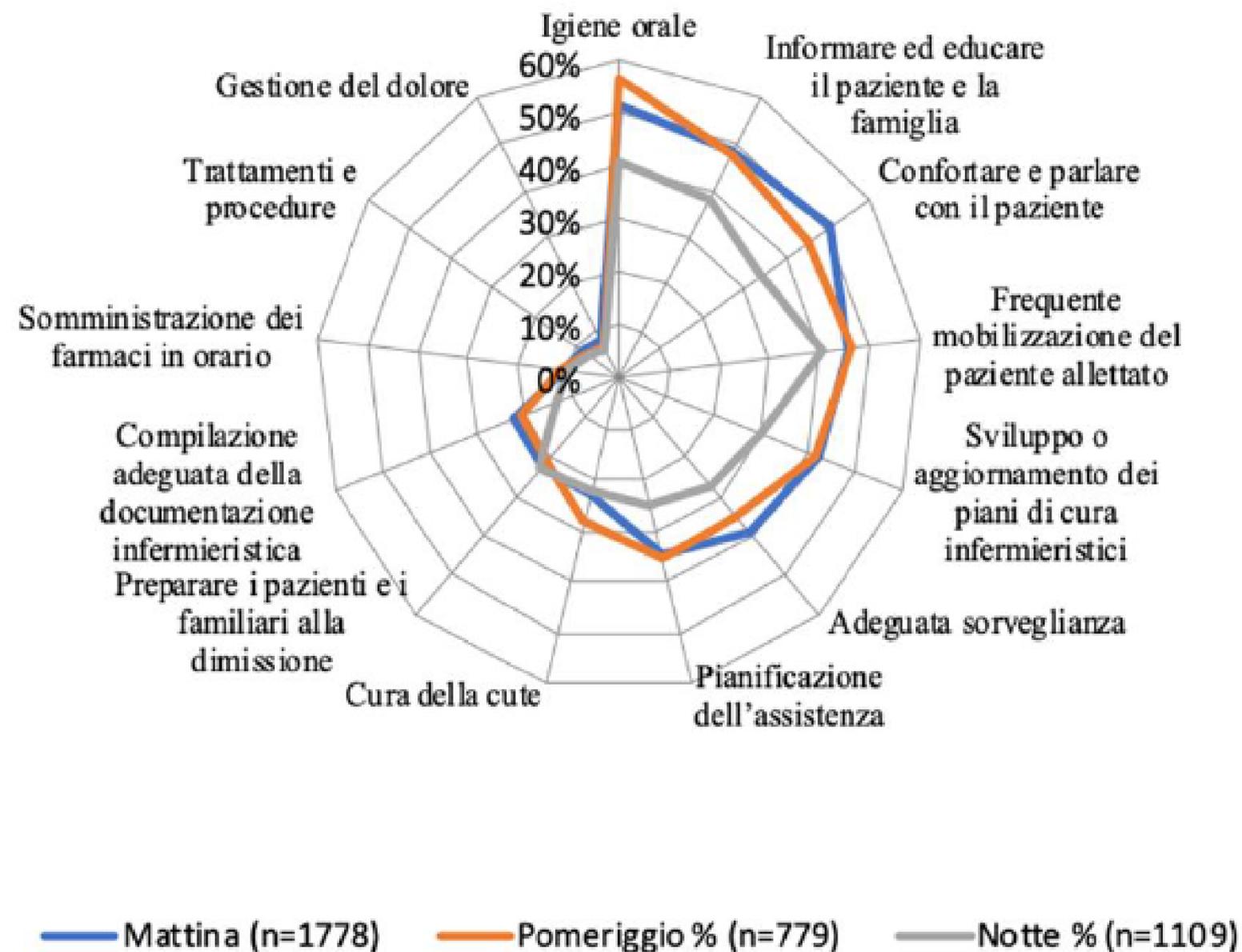


Figura 1. – Prevalenza di cure infermieristiche mancate stratificate per turno lavorato.

Figura 1. – Prevalenza di cure infermieristiche mancate stratificate per turno lavorato.

Cure infermieristiche	Generale (n=3666)	Mattina (n=1778)	Pomeriggio (n=779)	Notte (n=1109)	P value
Igiene orale	49,5%	51,7%	56,9%	40,9%	0,000
Informare ed educare il paziente e la famiglia	45,3%	48,6%	47,5%	38,4%	0,000
Confortare e parlare con il paziente	44,4%	50,4%	45,7%	33,7%	0,000
Frequente mobilitazione del paziente allettato	44,1%	45,5%	46,2%	40,4%	0,011
Sviluppo o aggiornamento dei piani di cura infermieristici	38,5%	42,3%	41,8%	30,1%	0,000
Adeguata sorveglianza	34,8%	39,1%	35,2%	27,6%	0,000
Pianificazione dell'assistenza	32%	34,9%	35,3%	25%	0,000
Cura della cute	23,7%	22,7%	28,2%	22,2%	0,004
Preparare i pazienti e i familiari alla dimissione	22,7%	23,1%	21,2%	23,2%	0,512
Compilazione adeguata della documentazione infermieristica	18,8%	21,9%	20,5%	12,6%	0,000
Somministrazione dei farmaci in orario	10,7%	10,6%	11,2%	10,4%	0,856
Trattamenti e procedure	8,2%	8,8%	7,8%	7,3%	0,322
Gestione del dolore	7%	8%	6,5%	5,7%	0,046

Tabella 2. – Prevalenza di cure infermieristiche mancate stratificata per turno lavorato.

<b>Cure infermieristiche</b>	<b>Area Medica (n=2082)</b>	<b>Area Chirurgica (n=1448)</b>	<b>Area Mista (n=60)</b>	<b>P value</b>
Igiene orale	47,6%	52,8%	46,7%	0.010
Informare ed educare il paziente e la famiglia	45,1%	45,9%	43,3%	0.833
Confortare e parlare con il paziente	45,8%	42,7%	40%	0.152
Frequente mobilitazione del paziente allettato	47,3%	39,5%	51,7%	0.000
Sviluppo o aggiornamento dei piani di cura infermieristici	38,4%	39,5%	36,7%	0.764
Adeguate sorveglianza	36,3%	32,5%	40%	0.047
Pianificazione dell'assistenza	32,9%	31,1%	30%	0.496
Cura della cute	23,7%	23,8%	25%	0.974
Preparare i pazienti e i familiari alla dimissione	22%	23,8%	20%	0.375
Compilazione adeguata della documentazione infermieristica	19,1%	18,7%	16,7%	0.876
Somministrazione dei farmaci in orario	11,9%	9%	8,3%	0.020
Trattamenti e procedure	7,9%	8,6%	11,7%	0.452
Gestione del dolore	8,5%	4,6%	6,7%	0.000

**Tabella 3. – Prevalenza di cure infermieristiche mancate stratificata per area clinico-assistenziale.**

Il fatto che attività come **l'educazione e la relazione con il paziente** risultino tra quelle maggiormente mancate evidenzia come i valori fondanti dell'Infermieristica stiano andando in crisi, e il non agire per porre rimedio a questa mancanza contribuisce ad aumentare **l'invisibilità delle cure essenziali infermieristiche**

Tutto questo, provoca malessere anche nell'infermiere aumentando l'insoddisfazione, e di seguito l'allontanamento dai fondamentali della professione.

# LA RIFLESSIONE ...

Le cure infermieristiche compromesse riflettono i valori dominanti:

- di un sistema (ciò che è accettabile 'tralasciare');
- di una formazione (ciò che è appreso come 'meno prioritario');
- di una professione (ciò che la professione 'accetta' nel suo necessario compromesso quotidiano tra il massimo delle cure erogabili e quello che effettivamente può essere assicurato).

La cura non viene culturalmente valorizzata.

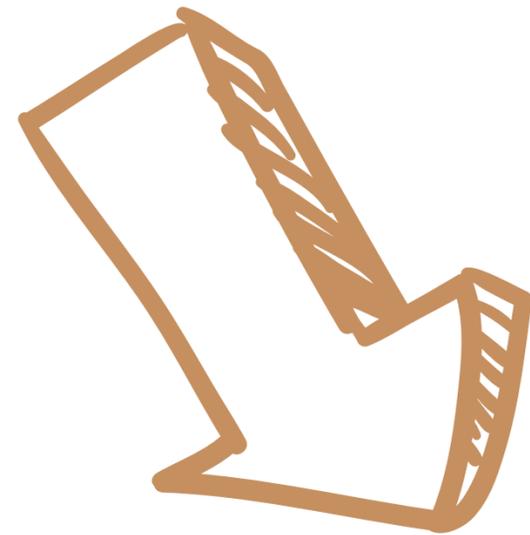
Alcuni aspetti fondamentali del caring rischiano così di passare in secondo piano rispetto ad altre pratiche assistenziali, con **ricadute negative sull'esito del paziente.**

Il concetto di 'Assistenza Infermieristica di Base' suggerisce qualcosa che si apprende all'inizio di una professione per le sue caratteristiche elementari, semplici, e quindi da sostituire con qualcosa di più complesso quando si procede nel corso degli studi o nella pratica.

In Italia

è diffuso il concetto di Assistenza di Base, in altri paesi quello di Essentials o Fundamentals

## La definizione di CURE FONDAMENTALI



Attività pratica dell'assistenza: aiutare il paziente gestire i propri bisogni fondamentali (di base) per esempio igiene personale, la mobilità, il sonno, il riposo, l'alimentazione, il comfort, sentirsi al sicuro, essere rispettato e avere una scelta

Le CURE FONDAMENTALI sono legate anche alla sicurezza della persona ed al miglioramento degli esiti e spesso della prognosi

# Why fundamental care matters to you

Nordic Nursing Research Conference



## Alison Kitson

### Le Fundamental of Care (FoC)

Movimento nato nel 2010

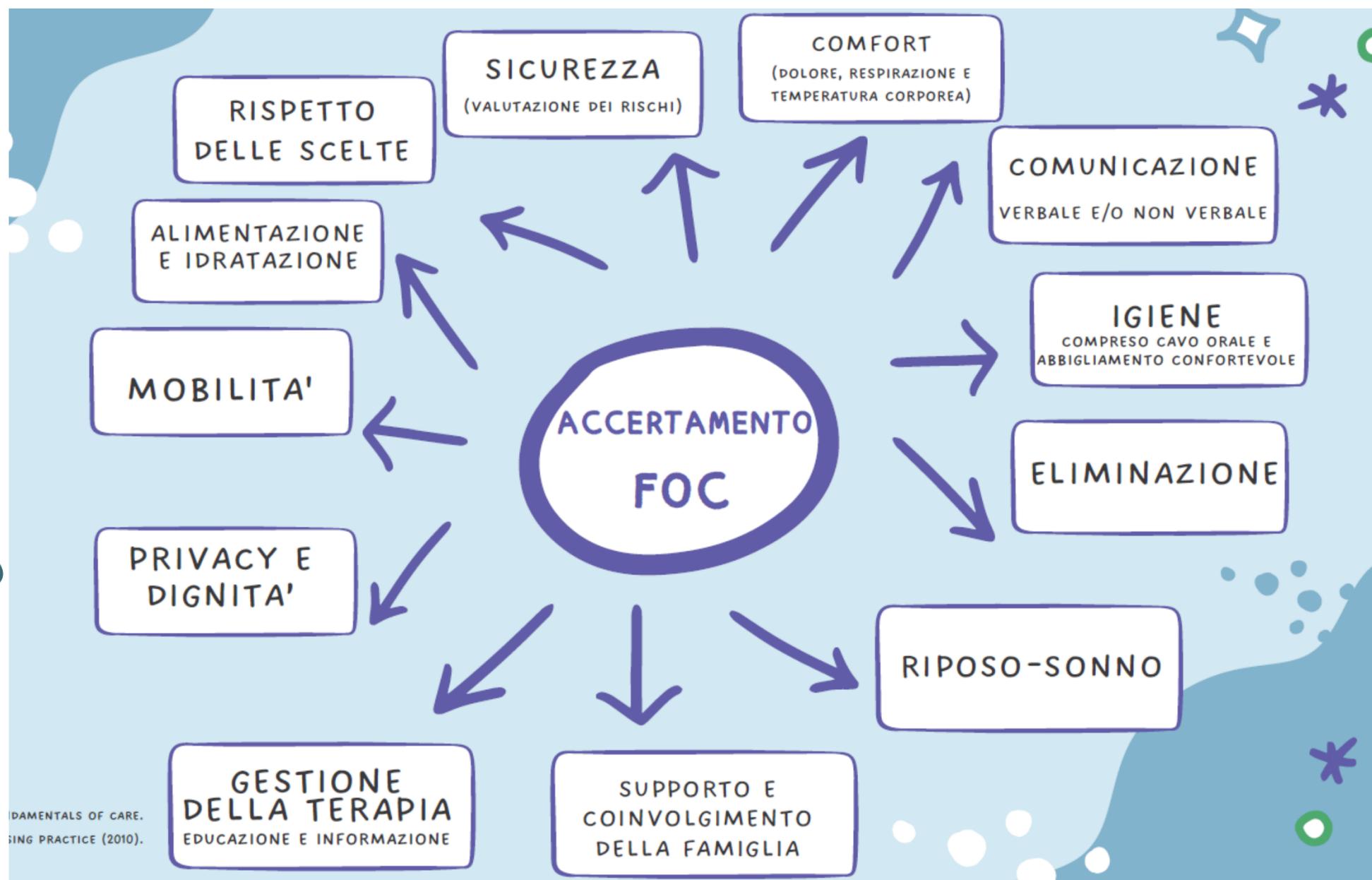
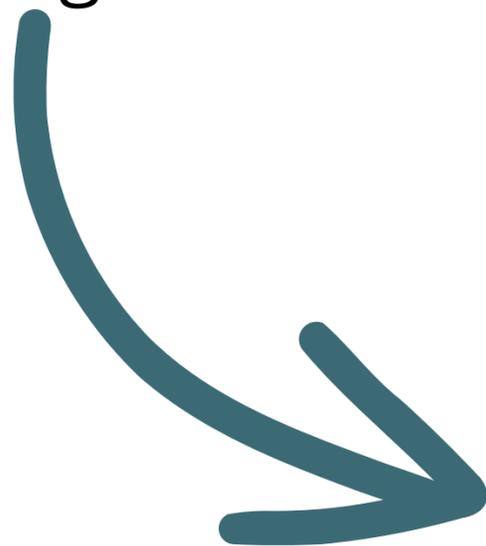
Riflette la centralità  
dell'erogare cure  
infermieristiche così come  
atteso dalle persone  
assistite quando non hanno  
la capacità di essere  
autonome

Implicano azioni infermieristiche  
capaci di rispettare e focalizzarsi sui  
bisogni fondamentali della persona  
assistita

# Le Fundamental of Care = fondamenti dell'assistenza

Nascono dai bisogni di Henderson

Il rispetto della "dignità" della persona assistita passa attraverso il soddisfacimento del bisogno



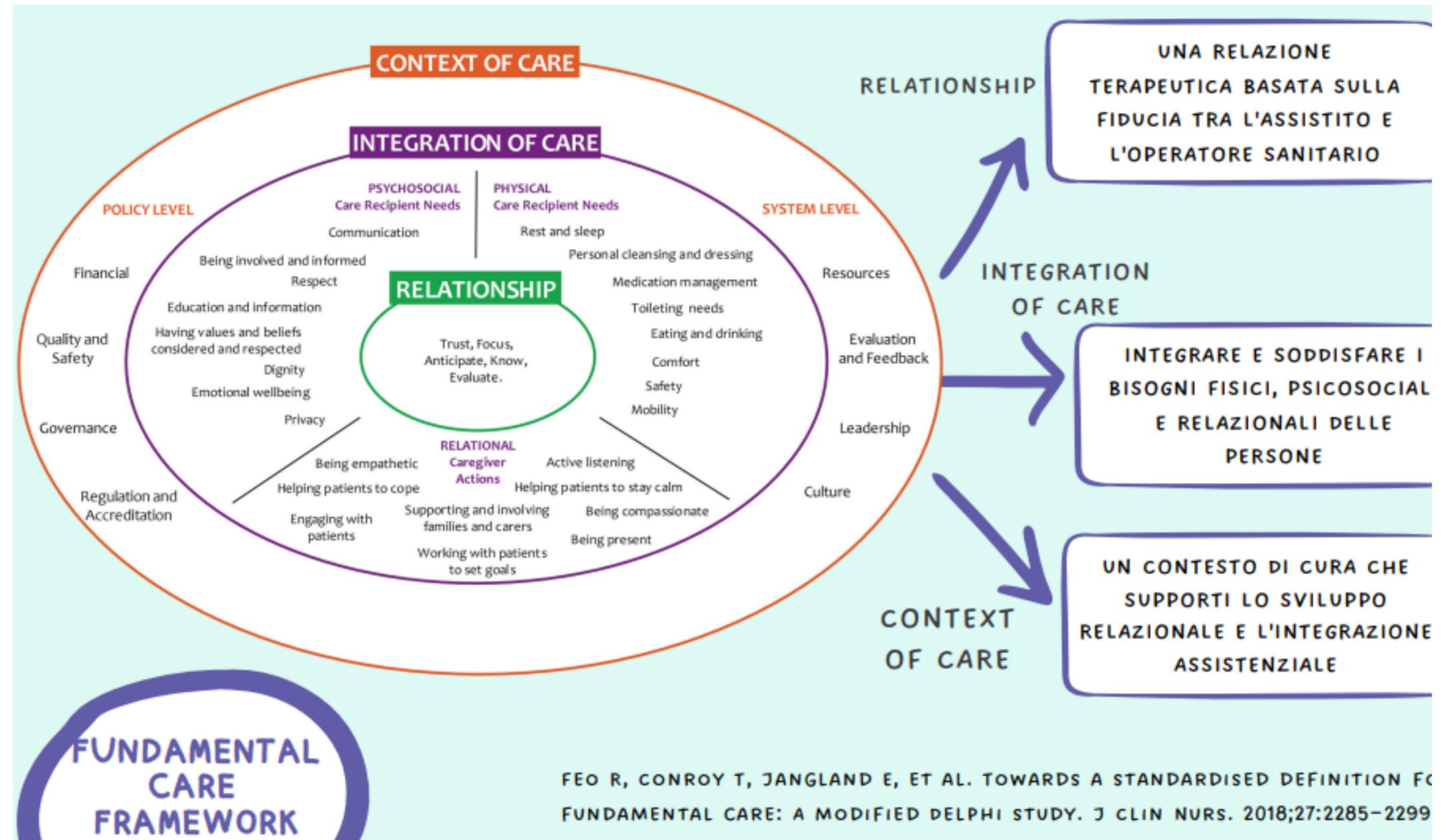
# Framework delle cure fondamentali



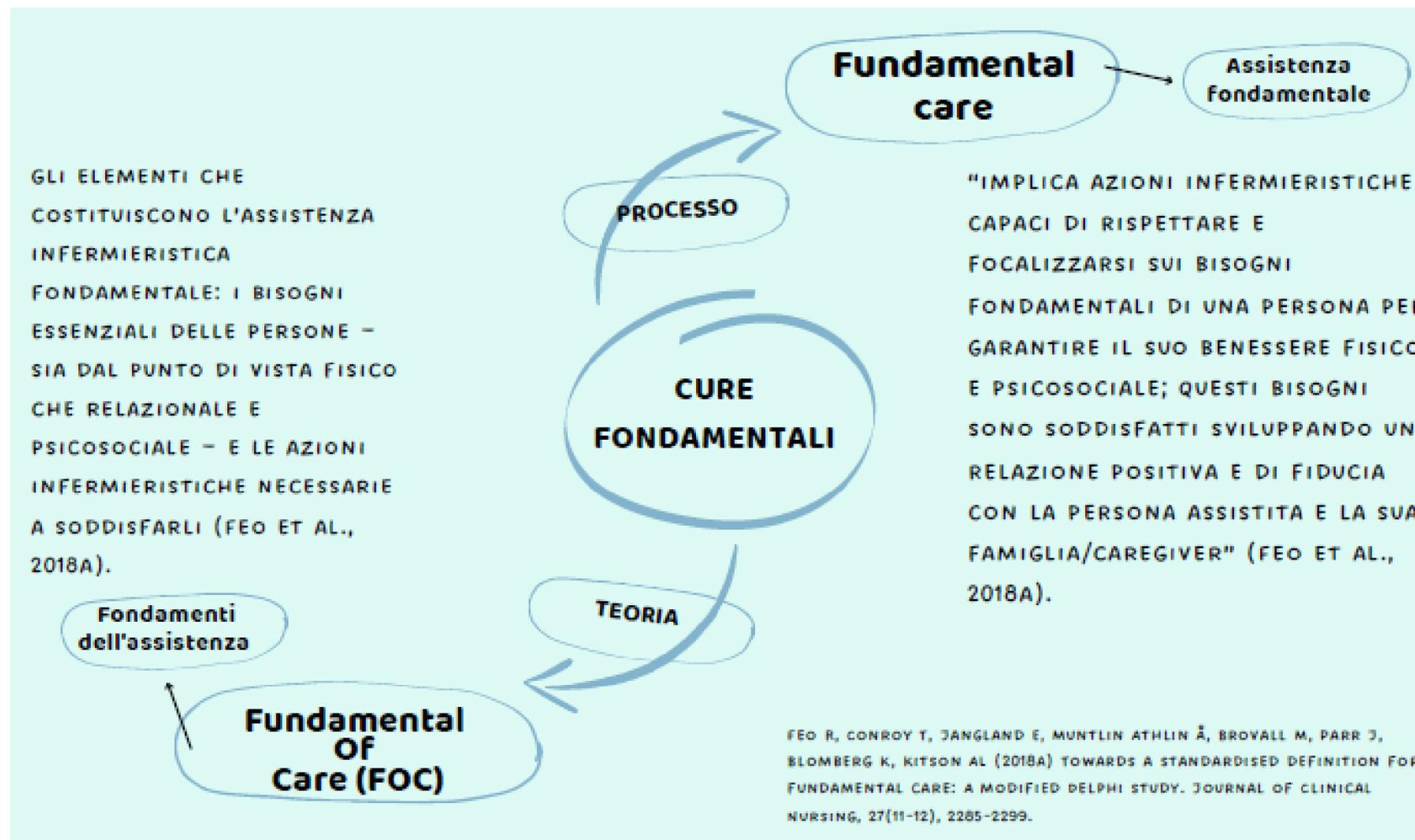
...in attesa della traduzione italiana...

# Framework delle cure fondamentali

LA **RELAZIONE** DI CURA E' VEICOLATA DAL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO



# Le FoC nella prevenzione delle Lesioni da Pressione





Review article

## Prevalence and economic cost of malnutrition in Italy: A systematic review and metanalysis from the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE)

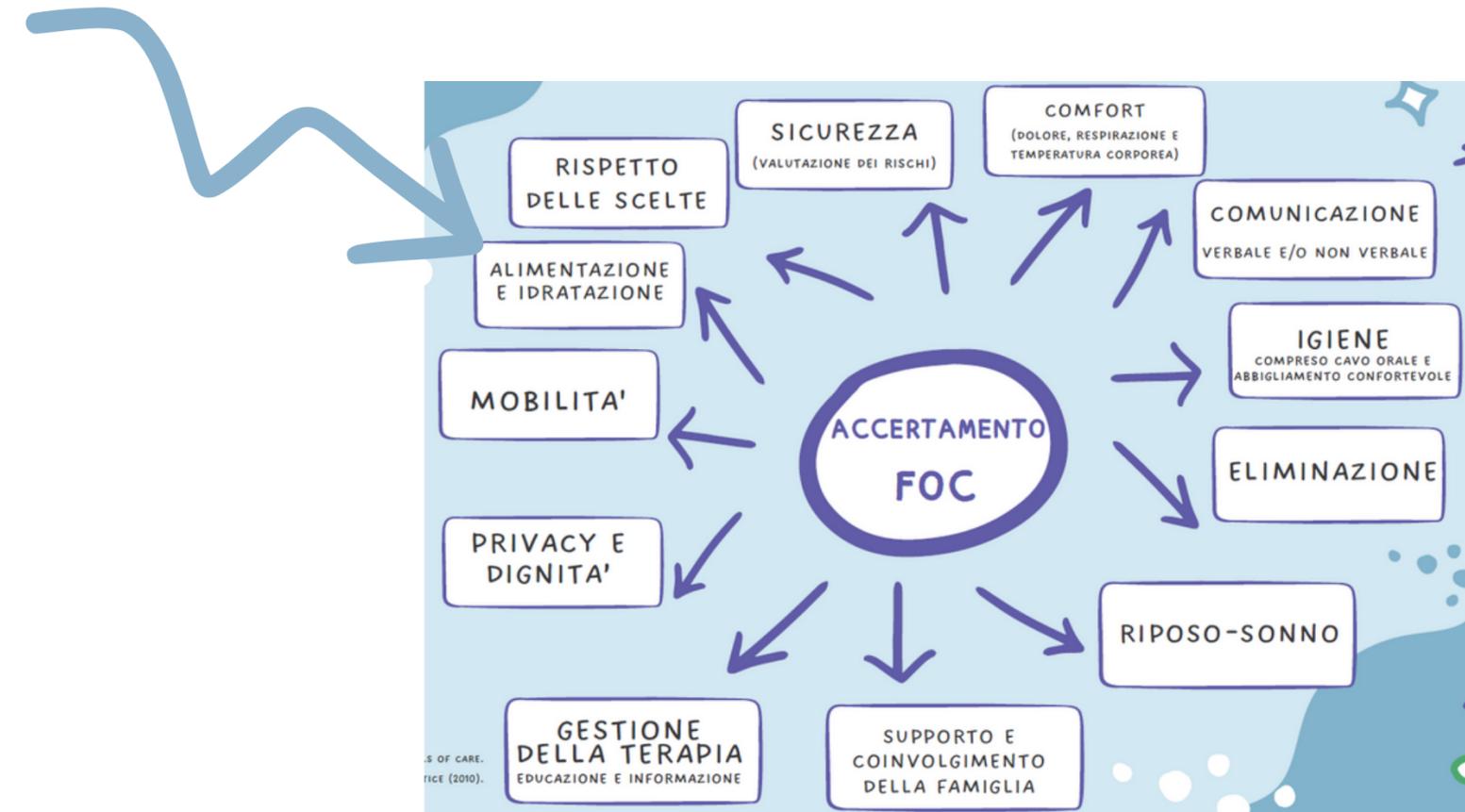
Lorenzo Pradelli M.D.<sup>a</sup>, Orietta Zaniolo Pharm.D.<sup>a</sup>, Alessio Sanfilippo Pharm.D.<sup>a</sup>, Antonella Lezo M.D.<sup>b</sup>, Sergio Riso M.D.<sup>c</sup>, Michela Zanetti M.D., Ph.D.<sup>d</sup>

Il rischio di malnutrizione è stimato al 49% nei pazienti ospedalieri e al 69% in quelli in assistenza a lungo termine



## 'The transit of the food trolley' – malnutrition in older people and nurses' perception of the problem

Loris Bonetti RN, MSN (PhD Student and Head Nurse), Annamaria Bagnasco RN, MEdSc, PhD (PhD Researcher), Giuseppe Aleo MA (Lecturer) and Loredana Sasso RN, MEdSc, MSN (Associate Professor)  
Department of Health Sciences, University of Genoa, Genoa, Italy



# Le FoC nella prevenzione delle Lesione da Pressione

Strategie per prevenire la malnutrizione nelle persone anziane istituzionalizzate

**Caring Sciences**  
EMPIRICAL STUDIES doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01043.x

**'The transit of the food trolley' – malnutrition in older people and nurses' perception of the problem**

Loris Bonetti RN, MSN (PhD Student and Head Nurse), Annamaria Bagnasco RN, MEdSc, PhD (PhD Researcher), Giuseppe Aleo MA (Lecturer) and Loredana Sasso RN, MEdSc, MSN (Associate Professor)  
Department of Health Sciences, University of Genoa, Genoa, Italy

## ALIMENTAZIONE RISCHIO MALNUTRIZIONE Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)

Alterato stato nutrizionale		Gravità della patologia (= aumento dei fabbisogni)	
Assente Score 0	Stato nutrizionale normale	Assente Score 0	Fabbisogni nutrizionali normali
Lieve Score 1	Perdita di peso >5 % in 3 mesi <i>oppure</i> Introiti alimentari tra 50-75% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Lieve Score 1	Frattura femore Paziente cronico, in particolare con complicazioni acute: cirrosi, COPD, emodialisi cronica, diabete, neoplasia
Moderato Score 2	Perdita di peso >5 % in 2 mesi <i>oppure</i> BMI 18,5-20 + alterate cond. generali <i>oppure</i> Introiti alimentari tra 25-50% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Moderato Score 2	Chirurgia addominale maggiore, Ictus, polmoniti gravi, onco-ematologia
Grave Score 3	Perdita di peso >5 % in 1 mese (>15% in 3 mesi) <i>oppure</i> BMI < 18,5 + alterate cond. generali <i>oppure</i> Introiti alimentari tra 0-25% dei normali fabbisogni nelle settimane precedenti	Grave Score 3	Trauma cranico, trapianto di midollo, pazienti della terapia intensiva (APACHE > 10)
Score: +		Score: = Score totale	
Età se ≥ 70 anni aggiungere 1 score allo score totale = Score corretto per età			
Score ≥ 3 il paziente è a rischio nutrizionale e si deve stendere un programma nutrizionale. Score < 3 rivalutazione settimanale del paziente. Se il paziente ha in programma un intervento di chirurgia maggiore deve essere steso un programma nutrizionale per prevenire un rischio nutrizionale			

Kondrup J et al. *Clin Nutr* 2003

Un primo aspetto fondamentale, dove gli infermieri possono svolgere un ruolo importante:

- l'identificazione precoce di coloro che sono a rischio di malnutrizione o già malnutriti;



Comparative Study > J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10):M665-71.  
doi: 10.1093/gerona/57.10.m665.

### Quality assessment in nursing homes by systematic direct observation: feeding assistance

Sandra F Simmons<sup>1</sup>, Sarah Babineau, Emily Garcia, John F Schnelle

Affiliations + expand  
PMID: 12242322 DOI: 10.1093/gerona/57.10.m665

# Le FoC nella prevenzione delle Lesioni da Pressione

Strategie per prevenire la malnutrizione nelle persone anziane istituzionalizzate

Comparative Study > J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002 Oct;57(10):M665-71.

doi: 10.1093/gerona/57.10.m665.

Quality assessment in nursing homes by systematic direct observation: feeding assistance

Sandra F Simmons<sup>1</sup>, Sarah Babineau, Emily Garcia, John F Schnelle

Affiliations + expand

PMID: 12242322 DOI: 10.1093/gerona/57.10.m665



Un altro aspetto fondamentale dell'assistenza nutrizionale è quello del monitoraggio della quantità di cibo effettivamente consumata dai pazienti

## ALIMENTAZIONE RISCHIO MALNUTRIZIONE

	Mangiato tutto	Mangiato quasi tutto	Mangiato metà	Mangiato poco	Mangiato quasi niente	Descr:
	100%	75%	50%	25%	<25%	
Primo piatto						.....
Secondo e contorno						.....
Dessert						.....

Food and Fluid Estimation Diagram (FEED)

L'immobilità può innescare una serie di malattie e problemi successivi negli individui più anziani che producono ulteriore dolore, insorgenza lesioni da pressione, disabilità e compromissione della qualità della vita.

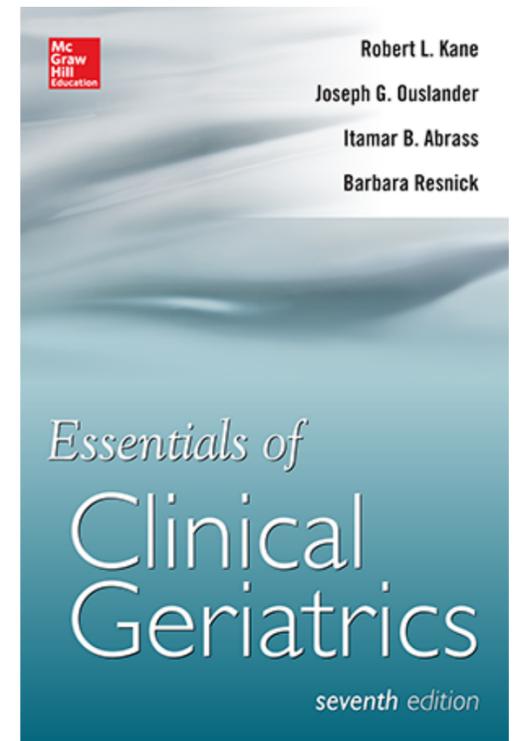
Review > Acta Med Indones. 2008 Oct;40(4):233-40.

## Management of immobilization and its complication for elderly

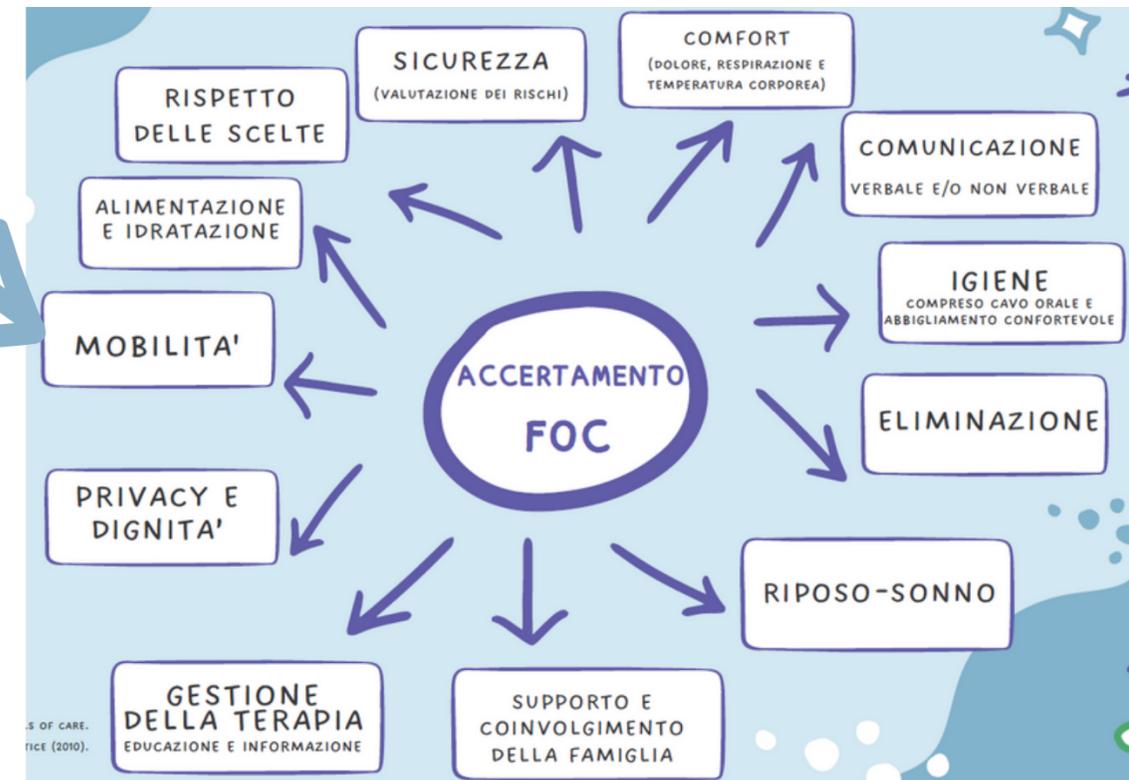
Purwita W Laksmi<sup>1</sup>, Kuntjoro Harimurti, Siti Setiati, Czeresna H Soejono, Wanarani Aries, Arya Govinda Roosheroe

Affiliations + expand

PMID: 19151453



Varie condizioni mediche e fattori esterni che possono fungere da fattori di rischio di immobilizzazione, nonché l'assunzione di farmaci che potrebbero aumentare l'immobilizzazione, dovrebbero essere valutati e gestiti in modo ottimale.



# Le FoC nella prevenzione delle Lesioni da Pressione

Review > Acta Med Indones. 2008 Oct;40(4):233-40.

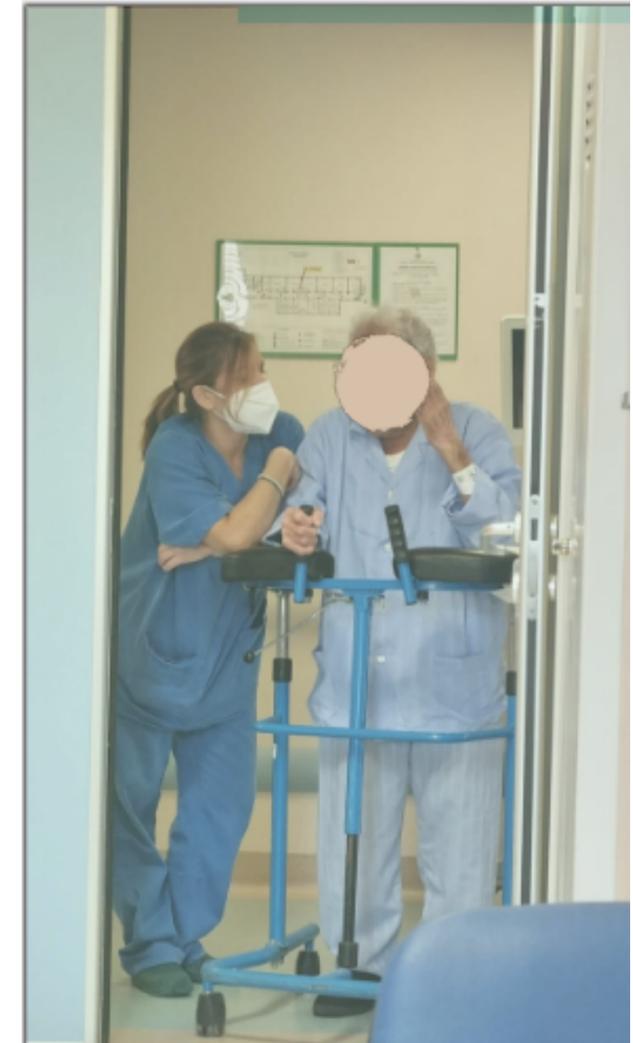
## Management of immobilization and its complication for elderly

Purwita W Laksmi<sup>1</sup>, Kuntjoro Harimurti, Siti Setiati, Czeresna H Soejono, Wananani Aries, Arya Govinda Roosheroe

Affiliations + expand

PMID: 19151453

La gestione può essere iniziata attraverso un approccio multidisciplinare (geriatra/medico/infermiere/fisioterapista), formulando obiettivi funzionali e costruendo un piano terapeutico



Ottimizzare la **mobilità** dovrebbe essere l'obiettivo di tutti i membri del team sanitario che lavora con gli anziani. Piccoli miglioramenti nella mobilità possono diminuire l'incidenza e la gravità delle complicanze, migliorare il benessere del paziente e diminuire i costi e l'onere dell'assistenza.

# Le FoC nella prevenzione delle Lesioni da Pressione

Esistono diverse soluzioni per attenuare l'immobilità del paziente negli ambienti di cura, tra cui:

Valutazione della mobilità funzionale: valutare la mobilità funzionale di ciascun individuo è fondamentale per comprendere come può contribuire alla propria mobilità

**VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ FUNZIONALI DELLA PERSONA ASSISTITA**

MAURIZIAN TORINO

### 1. CONTROLLO DEL BACINO

Se osservi un buon controllo favorisci la sua **partecipazione attiva**.

In assenza di controllo o deficit parziale del bacino (es. non solleva o non è in grado di cambiare posizione nel letto) probabilmente sarà una persona dipendente.

### 2. UTILIZZO DEI QUATTRO ARTI

Se conservato, coinvolgila nelle attività di **cura personale** e nelle attività di vita quotidiana.

Se ci sono difficoltà di coordinazione tra gli arti o non sono possibili alcuni movimenti, (es. deficit di prensione o manipolazione) considera la necessità di aiuto, di supervisione o utilizzo di idoneo ausilio.

### 3. POSIZIONE SEDUTA

Se mantenuta con regolarità, favorisce l'orientamento spazio-temporale, la regolarizzazione del ritmo sonno-veglia e il **benessere generale**.

Se osservi difficoltà nel mantenimento della posizione modula il sostegno (es. con cuscini o comodone) e dosa il tempo considerando l'affaticabilità.

Se non è possibile considera la posizione semiseduta nel letto.

### 4. VALUTO LA STAZIONE ERETTA E LA DINAMICA

Se raggiunge la stazione eretta e la controlla in autonomia assicurale un **ambiente sicuro** e libero da barriere.

In caso di limitazioni affiancala per valutare il cammino e la necessità di un eventuale ausilio.

### SE HAI DUBBI...

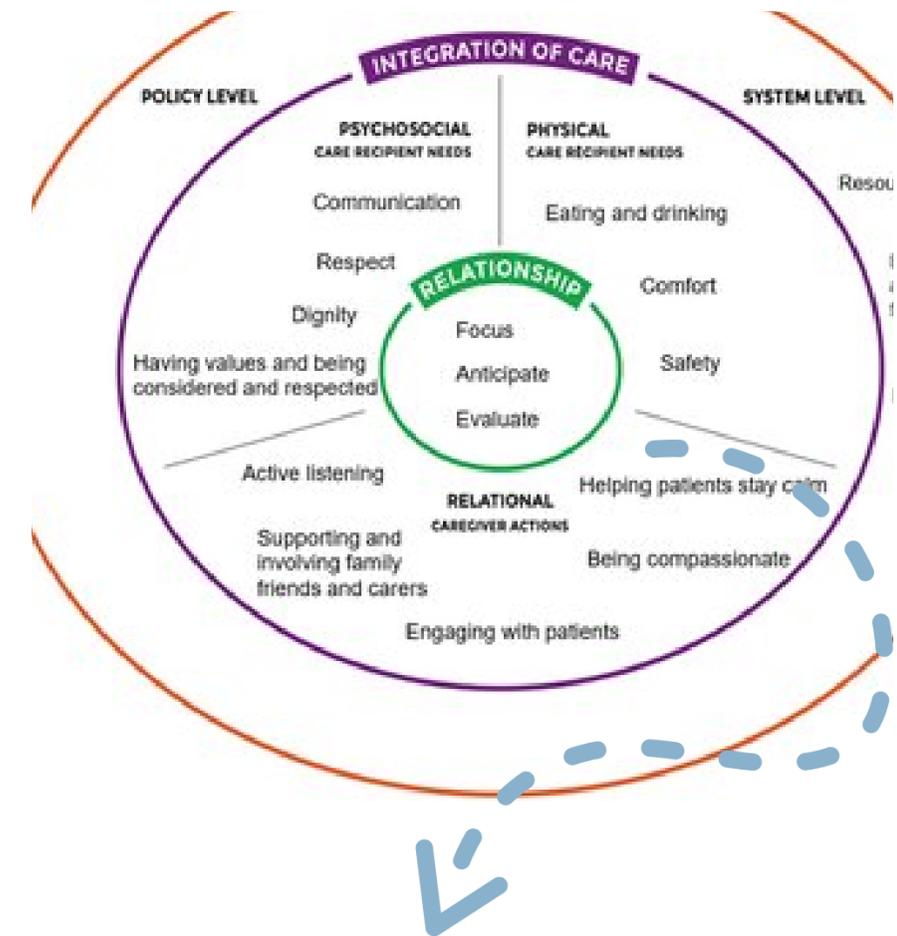
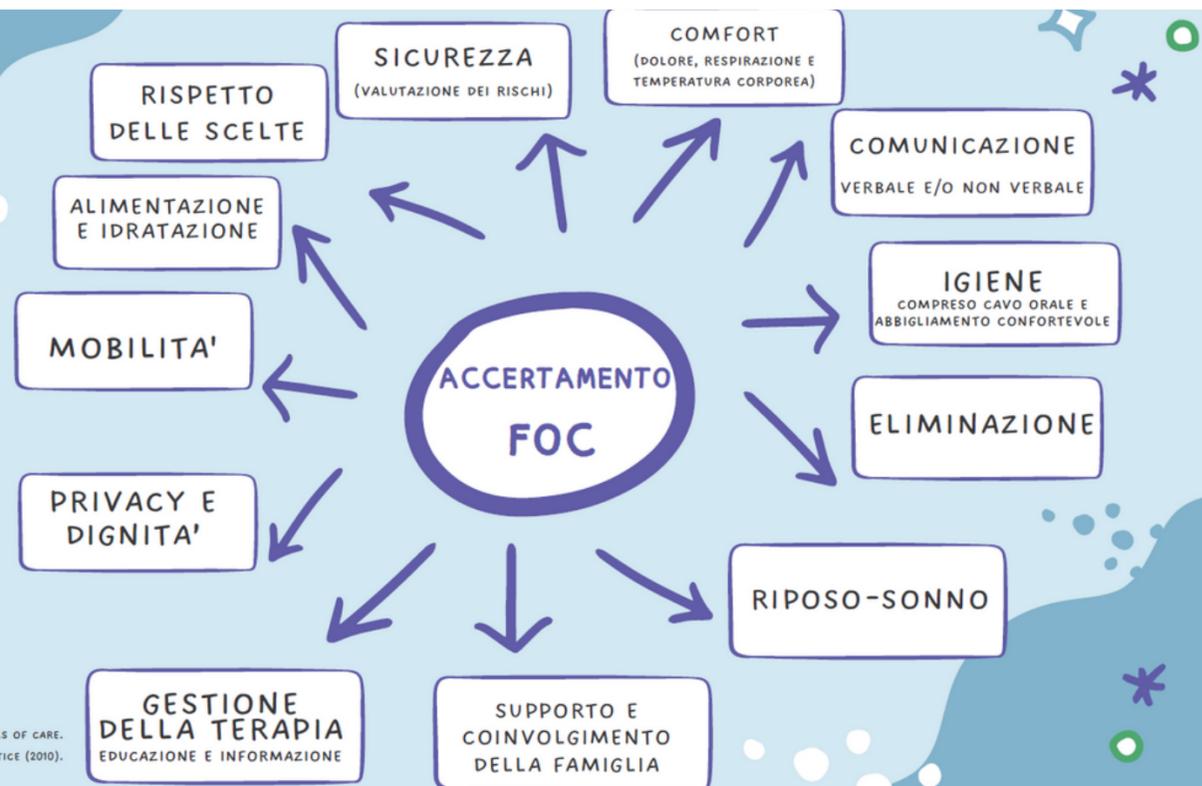
### 5. VALUTO LA NECESSITÀ DELLA CONSULENZA FISIOTERAPICA

Può avvenire attraverso:

**Valutazione fisioterapica** Analisi dati anamnestici, osservazione delle attività e delle abilità motorie residue, individuazione dei bisogni funzionali, stesura del piano di trattamento con definizione obiettivi a breve termine.

**e/o Counselling fisioterapico** iter educativo rivolto al paziente e/o caregiver o al personale di reparto per specifico quesito.

# Le FoC nella prevenzione delle Lesioni da Pressione



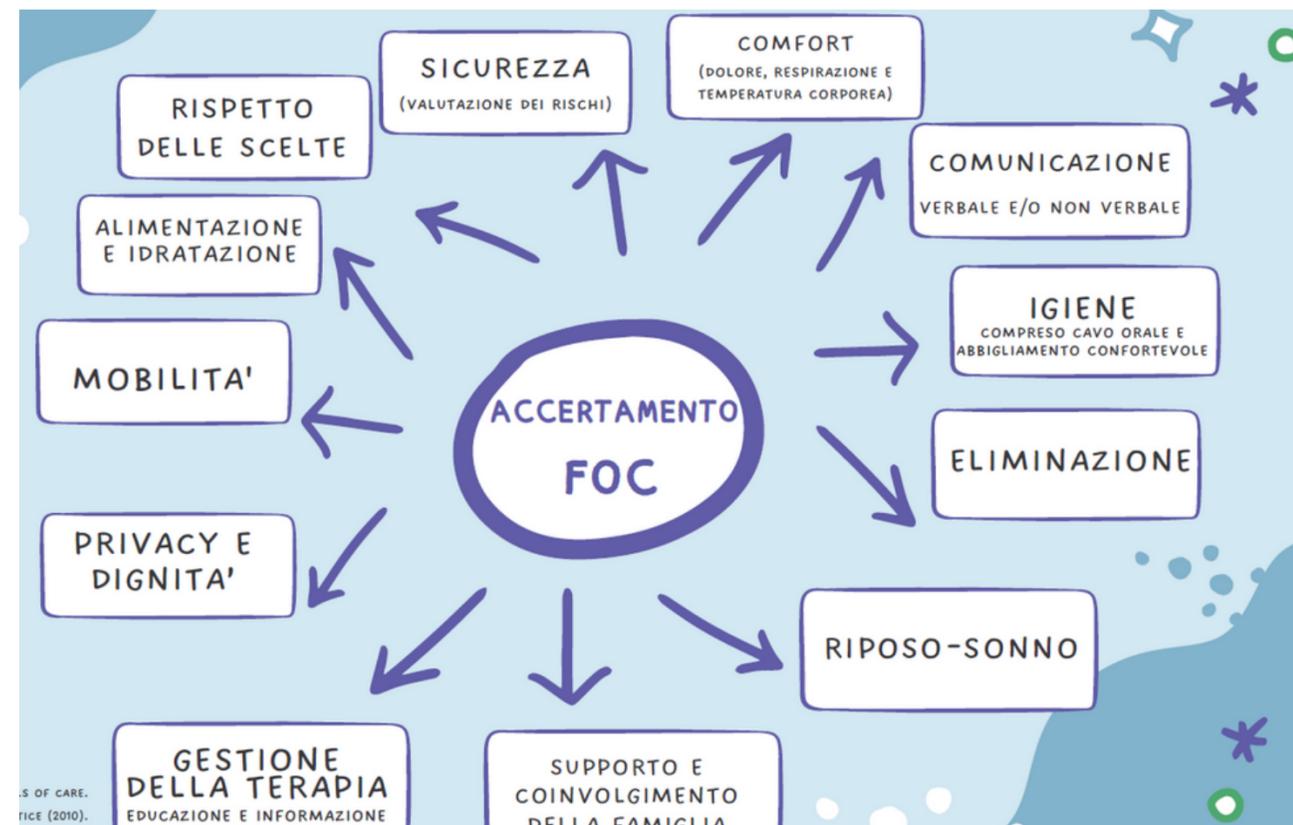
Aspetto importante che favorisce l'appetito è l'**ambiente** in cui le persone mangiano e le **interazioni sociali** che si sviluppano al suo interno.

La gestione dell'immobilizzazione richiede la cooperazione **interdisciplinare** del **lavoro di squadra**, dei pazienti e delle loro famiglie

Il movimento delle FoC è basato sul concetto person-centred care

Una cura che rispetta e soddisfa i bisogni, i valori e le preferenze della persona assistita

Le FoC si parlano nella prevenzione delle lesioni da pressione



# Conclusioni

## Le Fundamental of Care (FoC)

Definire le cure come i Fundamentals of Nursing Care significa affermare che esse costituiscono le “fondamenta”, il passaggio obbligato su cui si innesta ogni successivo atto di cura, capace di generare se “presidiato” nel quotidiano – cure sicure, competenti ed efficaci.

Strategie che influenzano gli **ESISITI** degli assistiti attraverso un contributo **POSITIVO**

