



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed
Ostetriche

STUDIO DESCRITTIVO SULLE CONSEGNE IN UTILIZZO
NELLE AREE DI DEGENZA DELL'AST ANCONA E
COMPARAZIONE CON IL METODO RACCOMANDATO
iSoBAR:

Descrizione della situazione attuale e proposta di un nuovo
metodo uniforme.

Relatrice:

Chiar.ma Prof.ssa Donatella Giovannini

Tesi di Laurea di:

Gloria Clauser

A.A. 2022/2023

ABSTRACT

Introduzione: La consegna infermieristica o “handover” rappresenta un elemento cardine dell’assistenza infermieristica in quanto da essa dipendono continuità assistenziale, qualità e sicurezza. In letteratura emergono diversi aspetti da promuovere in relazione ad essa, come la comunicazione faccia a faccia e l’informatizzazione. Lo standard di riferimento raccomandato da OMS e Joint Commission in relazione al processo del passaggio di informazioni è il metodo iSoBAR (identification - situation - observation - background - assessment - recommendation).

Obiettivi: L’obiettivo dello studio è descrivere la situazione attuale in relazione alle consegne infermieristiche nelle aree di degenza dei Presidi Ospedalieri dell’AST Ancona e dei setting ad essi afferenti, l’obiettivo specifico è la strutturazione e proposta di un nuovo metodo uniforme basato sulle migliori evidenze.

Materiali e metodi: È stato eseguito un campionamento di convenienza includendo tutte le aree di degenza dei Presidi Ospedalieri dell’AST Ancona e dei setting ad essi afferenti per un totale di 54 questionari (14 a Fabriano, 23 a Jesi e 17 a Senigallia). A setting campionati è stato somministrato un questionario strutturato sulla base delle migliori evidenze identificando nel rappresentante per la raccolta dati il coordinatore o facente funzione. Il questionario era composto da una prima parte di raccolta dati generale e una seconda parte di confronto con lo standard raccomandato dalla letteratura ossia il metodo iSoBAR.

Risultati: Dallo studio emergono, in relazione alle consegne infermieristiche, aspetti di forte positività come la conduzione faccia a faccia, lo spazio lasciato per domande e chiarimenti e il passaggio di consegna durante i cambi di setting ed elementi di forte negatività come la mancanza di informatizzazione, di metodi strutturati e le interruzioni. In relazione al confronto con lo strumento iSoBAR risulta un corretto rispetto degli elementi chiave che compongono tale metodo.

Conclusioni: Dallo studio si rilevano sia elementi di criticità su cui lavorare che elementi di positività da fortificare in relazione alla consegna infermieristica. In ultima analisi emerge che i professionisti già rispettano quasi tutti i campi del metodo raccomandato iSoBAR, dunque hanno un corretto approccio alla consegna

infermieristica ma non posseggono gli strumenti adeguati, fattore su cui è possibile lavorare per promuovere una consegna, e di conseguenza un'assistenza, di maggiore qualità.

Parole chiave: consegna infermieristica, handover, setting di degenza, SBAR, iSoBAR

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
LA CONSEGNA INFERMIERISTICA	4
1.1 COS'È LA CONSEGNA INFERMIERISTICA?	4
1.2 I METODI DI CONSEGNA INFERMIERISTICA	8
1.3 IL METODO SBAR E LE SUE VARIANTI.....	10
OBIETTIVI.....	12
2.1 OBIETTIVO GENERALE	12
2.2 OBIETTIVO SPECIFICO.....	12
MATERIALI E METODI.....	12
3.1 DISEGNO DELLO STUDIO	12
3.2 PARTECIPANTI E SETTING	13
3.3 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE.....	15
3.4 PERIODO DI STUDIO	15
3.5 STRUMENTI PER RACCOLTA DATI.....	15
3.6 PROCEDURA DI STUDIO.....	16
3.7 CONSIDERAZIONI ETICHE	17
3.8 ANALISI DEI DATI	17
RISULTATI	18
DISCUSSIONE	24
CONCLUSIONI.....	28
IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA.....	29
BIBLIOGRAFIA	30
ALLEGATI	33

INTRODUZIONE

Al giorno d'oggi il mondo della sanità diventa sempre più complesso ed articolato, ed è compito di tutti i professionisti sanitari, tra cui gli infermieri, sapersi destreggiare al suo interno.

All'interno del settore sanitario la comunicazione riveste un ruolo di importanza essenziale in quanto essa si pone alla base di tutte le relazioni interpersonali che si possono creare tra cui:

- Comunicazione tra paziente e professionista.
- Comunicazione tra paziente e caregiver.
- Comunicazione tra sanitari.
- Comunicazione tra caregiver e professionista.

La comunicazione risulta quindi essere un aspetto quotidiano del lavoro per i professionisti sanitari e l'abilità del "saper comunicare" diventa quindi una skill necessaria.

La comunicazione ha un ruolo significativo in tutti gli ambiti della promozione della sicurezza per i pazienti, infatti costituisce un processo che determina efficacia, efficienza e produttività dell'organizzazione, contribuendo, se non appropriata, completa o trasmessa nei tempi e nei modi non opportuni, all'insorgenza di fattori di rischio.

A differenza della comunicazione in senso generale, quella che si viene a creare all'interno dei setting sanitari è particolare poiché attraverso di essa non si vuole solamente comunicare, verbalmente o non verbalmente, un fatto, una necessità o una richiesta; la comunicazione della sanità presuppone delle relazioni di parità/disparità, conoscenza/non conoscenza, emozioni positive e negative allo stesso tempo, ossia comprende una serie di sfaccettature peculiari.

Il paziente, ad esempio, comunica una serie di dati/fatti importanti anche quando non vuole comunicare ed è compito del sanitario saper cogliere tutte le sfaccettature che appaiono in quanto ognuna di esse è importante ed essenziale. Non si tratta solo di empatia poiché oltre alla componente emotiva di trasferimento di emozioni da l'uno all'altro, è preponderante anche la responsabilità di saper comunicare e di saper leggere bene la comunicazione stessa.

Si può tranquillamente sostenere che la comunicazione sia parte integrante del lavoro del sanitario e che da essa ne dipendano una moltitudine di fattori, sia più semplici quale la raccolta di informazioni alle più complesse come i risvolti economici o gli outcome del percorso clinico assistenziale del paziente e dei caregivers.

Una delle molteplici responsabilità comunicative dell'infermiere è il passaggio di consegna che, nonostante possa sembrare una semplice "chiacchierata a fine turno" per chi non è del mestiere, rappresenta invece uno dei fulcri dell'assistenza infermieristica e da essa dipendono molti fattori tra cui qualità e sicurezza.

Durante il passaggio di consegna vengono trasferite al turno successivo informazioni essenziali per l'organizzazione dell'assistenza e delle priorità cliniche e non. Fa infatti parte delle competenze infermieristiche il saper dare priorità ai propri compiti e saper quindi articolare il lavoro e gestire al meglio il tempo. Senza le informazioni relative ai propri assistiti, alle loro necessità ed al loro percorso clinico-assistenziale l'infermiere è come una barca che naviga al buio; le informazioni sanitarie e non, di qualunque tipo esse siano, sono necessarie per l'organizzazione del lavoro stesso e per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Durante le consegne, l'infermiere responsabile del turno precedente non ha solo il compito di spiegare ciò che è stato fatto durante il proprio orario lavorativo ma in realtà tutto ciò che spiega nasce dalla presa in carico della persona e corrisponde al cammino che si sta facendo insieme per giungere a degli obiettivi condivisi.

In stretta connessione a quanto detto sopra ci sono anche la sicurezza e la qualità delle cure ed è responsabilità dell'infermiere mettere in atto tutte le azioni che portino ad un miglioramento di questi due aspetti fondamentali dell'assistenza infermieristica.

La Joint Commission sostiene che la comunicazione efficace tra i sanitari, i pazienti ed i loro caregivers è essenziale per la sicurezza e la qualità delle cure ed alcuni studi hanno chiaramente mostrato come la comunicazione "povera" o la mancanza di informazioni tra i sanitari e i pazienti possa arrecare danno al paziente o addirittura causarne la morte [1].

Ma partendo dal concetto stesso cos'è la consegna infermieristica?

La consegna è il trasferimento e l'accettazione della responsabilità della cura del paziente raggiunta attraverso la comunicazione efficace. È un processo di passaggio, in tempo

reale, delle informazioni specifiche riguardanti il paziente da un sanitario all'altro o da un team ad un altro con l'obiettivo di garantire la continuità e la sicurezza delle cure [2].

Dalla definizione sopra citata emergono tre concetti fondamentali:

1. Trasferimento.
2. Responsabilità.
3. Continuità.

Il concetto di trasferimento è essenziale poiché fa capire come la consegna non sia solamente una lettura dei dati relativi al paziente ma presuppone la presa in carico della persona. I dati infatti sono utilizzati come mezzo e non come fine poiché attraverso di essi l'infermiere dà vita ad un discorso strutturato facendo emergere le aree di bisogno, di monitoraggio e di intervento. Dall'altra parte l'infermiere che riceve tale trasferimento non riceve solo dati, informazioni e compiti bensì la responsabilità del paziente e del suo percorso. Dunque, il passaggio di consegna prevede un'accettazione implicita non di una serie di attività (come può avvenire invece per altri lavori) ma di un elemento in continua evoluzione e modifica ossia il paziente ed il suo percorso.

L'ultimo elemento è la continuità, figuratamente è come se ci fosse un ponte che collega i due infermieri e che permette che il percorso clinico assistenziale del malato avvenga in modo armonioso. È infatti noto come l'infermiere non rappresenti più un semplice e mero esecutore di compiti ma sia diventato un professionista con propria responsabilità, ed è grazie a ciò che esegue il suo lavoro con senso critico rendendosi conto non solo di ciò che sta facendo ma anche del perché lo stia facendo e quale sia l'obiettivo finale.

Dopo aver analizzato la definizione di consegna infermieristica viene dunque spontaneo capacitarsi che essa presuppone potenziali danni per il paziente, da quelli meno gravi a quelli più gravi; Questi sono possibili quando il professionista riceve informazioni che sono inaccurate, incomplete, non tempestive o che non sono realmente necessarie. Quando la consegna di informazioni fallisce, vengono coinvolti molti fattori, come la formazione e le aspettative dei professionisti della sanità, le barriere linguistiche, culturali o le considerazioni etniche, e la documentazione inadeguata, incompleta o non presente [2].

Risulta quindi di fondamentale importanza che ogni professionista si impegni nel portare avanti una comunicazione adeguata, strutturata ed efficace per ridurre al minimo il rischio per il paziente e gestire al meglio il suo percorso clinico-assistenziale.

LA CONSEGNA INFERMIERISTICA

1.1 Cos'è la consegna infermieristica?

La consegna infermieristica è definita come l'attività infermieristica che consente lo scambio di informazioni tra i componenti del team riguardo a un paziente, che implica il trasferimento del controllo e della responsabilità per quel paziente, con lo scopo di garantire la continuità assistenziale e la sicurezza dell'assistito [3]. La pratica di trasferire informazioni sulla salute di un paziente è riconosciuta come un importante fattore per migliorare la sua sicurezza, il flusso del lavoro e la qualità delle cure, ma se effettuata impropriamente può costituire un'importante fonte di errore con inevitabile ricaduta sulla sicurezza delle cure erogate al paziente, che invece l'infermiere dovrebbe promuovere (Articolo 29 del Codice Deontologico 2009) [4].

La traduzione letterale dall'inglese del termine in questione "handover" ossia "mano sopra" fa capire come la consegna infermieristica abbia un'importanza notevole per il paziente ed il suo decorso clinico; è sottinteso infatti come l'infermiere "consegna" dalle proprie mani il paziente, la sua storia, i suoi problemi e i suoi vissuti al collega del turno successivo per permettere una presa in carico a 360 gradi non dimenticando nessun dettaglio.

In letteratura sono frequentemente identificati i seguenti stili di consegna infermieristica: a letto del paziente, verbale, non verbale e registrata [5].

Bedside: praticata al letto del paziente, che promuove l'interazione faccia a faccia infermiere-paziente e incoraggia la partecipazione verbale, questo pone il paziente al centro del processo dello scambio di informazioni [6].

Verbale: localizzata in un ufficio, l'infermiere responsabile di un gruppo di pazienti scambia con il collega del turno successivo una serie di rilevanti e documentate informazioni [7].

Non verbale: allocata in un ufficio, gli infermieri si auto-informano attraverso la lettura della cartella clinica, soffermandosi sulle note rispetto all'avanzamento del percorso clinico-assistenziale, la parte relativa alle medicine, le scale osservazionali e il piano di cura [8].

Registrate: allocata in un ufficio, l'infermiere che ha in carico i pazienti registra su un nastro le principali informazioni relative ai pazienti che ha in carico così che l'infermiere successivo possa ascoltarle quando ne ha necessità [9].

Dopo aver condotto una ricerca sulla letteratura esistente in merito agli stili di consegna e a quale risulti il migliore rispetto agli altri si può affermare che non ci sia un sistema da privilegiare rispetto agli altri in quanto tutti presentano aspetti positivi e negativi.

Nonostante ciò, la revisione della letteratura di Vermier P. [10] ha rivelato che la comunicazione faccia a faccia è raccomandata e, nella pratica, la comunicazione scritta rimane quella utilizzata maggiormente tra i professionisti della salute. Inoltre, esiste un consenso riguardo ai particolari vantaggi della comunicazione scritta rispetto a quella faccia a faccia.

Nella pratica comune non esiste un metodo privilegiato o meno poiché dipende dalla formazione degli infermieri, dalle loro preferenze e dal setting in cui si opera.

Le consegne dovrebbero essere eseguite per ogni "passaggio di responsabilità" dunque non solo tra i vari turni infermieristici (mattino-pomeriggio-notte) ma anche al trasferimento del paziente in altro reparto o setting di cura e alla dimissione. Spesso negli ultimi due momenti in cui dovrebbe instaurarsi un passaggio di informazioni esso manca o è meramente lasciato al solo trasferimento della documentazione cartacea/informatizzata senza però un trasferimento vero e proprio della presa in carico. È chiaro, dunque, che questo può creare danni al paziente come il ritardo della somministrazione di un farmaco, errori veri e propri nell'assistenza, mancanza di rilevanti informazioni e tantissimi altri.

Tutto ciò, al giorno d'oggi, è reso più complesso dall'intensificazione delle cure e dal conseguente aumento di necessità di tempo per l'assistenza che comporta il taglio delle attività giudicate come meno necessarie; spesso e volentieri la consegna viene giudicata esattamente in questo modo e viene dunque sottostimata ed eseguita con meno rigore con tutti i rischi che ne conseguono.

La consegna, oltre a quella monoprofessionale, può anche essere multidisciplinare poiché nei setting di cura il paziente non è preso in carico da un solo specialista ma spesso viene seguito da diverse figure che integrano e arricchiscono il piano di cure, questo tipo di comunicazione, secondo Bulfone G. et al [11], andrebbe incoraggiata.

Un altro elemento negativo caratteristico delle consegne infermieristiche sono le interruzioni che avvengono quotidianamente per molteplici ragioni: telefonate, campanelli, urgenze, interruzioni da parte di altro personale, commenti non appropriati, divergenza del discorso... Esse rappresentano una vera e propria minaccia alla sicurezza del paziente poiché spesso comportano la mancanza del passaggio di informazioni fondamentali.

Secondo Smith [12] le consegne dovrebbero essere date in un luogo non disturbato da interruzioni e sufficientemente appartato per assicurare la riservatezza.

Secondo altri, invece, il contesto migliore è al letto del paziente perché promuove il coinvolgimento, assicura un'interazione diretta tra professionisti e paziente per chiarire e concordare il piano di assistenza. [13].

È dunque chiaro che la comunicazione, di cui fa parte la consegna infermieristica, riveste un ruolo fondamentale nel lavoro dei professionisti della salute. È infatti noto come nei setting sanitari i lavoratori utilizzino molto tempo nel comunicare e che questo abbia molteplici influenze su vari aspetti. La figura 1 evidenzia come ci sia un'interconnessione profonda tra tutti gli aspetti del lavoro sanitario ed è noto che, la “cattiva” comunicazione o la comunicazione errata, possano avere un importante impatto su tutti gli aspetti citati, sia in modo diretto che in modo indiretto.

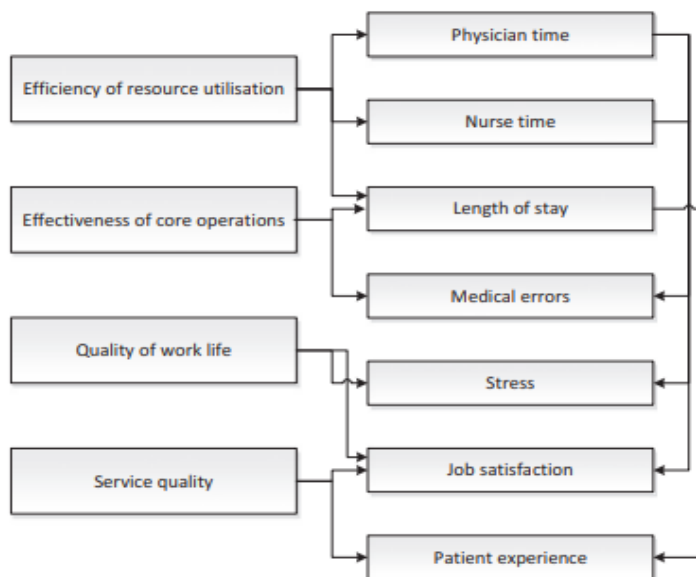


Figura 1. Modello concettuale degli outcomes della comunicazione in un ospedale [14].

Investire sulla comunicazione risulta dunque un passo strategico fondamentale nel mondo della sanità poiché una comunicazione “povera” può davvero portare ad outcome negativi quali la discontinuità delle cure, la compromissione della sicurezza del paziente, l’inefficiente utilizzo di importanti risorse, la non soddisfazione del paziente, professionisti sanitari oberati di lavoro e conseguenze economiche spesso nascoste [10]. È comprovato in letteratura scientifica che utilizzare modalità strutturate per il passaggio delle consegne permette di memorizzare più a lungo le informazioni da comunicare al collega e gli infermieri che adottano un metodo condiviso e strutturato per la trasmissione delle consegne hanno più tempo da dedicare alla pianificazione dell’assistenza [15].

La JCAHO (figura 2) con una comunicazione del 2006 ha sostenuto che le organizzazioni devono implementare un approccio standardizzato al passaggio di consegna, utilizzando un approccio che permetta di fare domande e dare risposte. Inoltre ha elencato le caratteristiche che il passaggio di consegna dovrebbe sempre avere ossia:

- Ascoltare senza interrompere o parlare sopra a chi sta dando le informazioni.
- Permettere domande e commenti per definire bene la situazione.
- Fare tutti i controlli di sicurezza, anche valutando ogni errore fatto durante le cure.
- Descrivere potenziali problemi.
- Verificare le informazioni ripetendole o rileggendole, soprattutto se la consegna non è faccia a faccia.
- Minimizzare le interruzioni.
- Fornire l’opportunità di rivedere i dati dello storico del paziente.



Figura 2. JCHAO gli 8 elementi per consegne di alta qualità.

1.2 I metodi di consegna infermieristica

Dalla nascita della professione infermieristica si sono alternate moltissime varianti della consegna che si è evoluta di pari passo alla figura dell'infermiere e trova oggi un importante bagaglio scientifico a suo sostegno. La divisione inizia identificando le tipologie utilizzate in due macroaree, ossia la forma verbale e la forma scritta. Esistono infatti realtà in cui la consegna viene trasferita al turno successivo verbalmente ossia quando l'infermiere che ha in carico i malati descrive oralmente al collega i pazienti ed i loro problemi.

In altri reparti invece la consegna avviene tramite un lascito scritto, più o meno organizzato in tabelle o altri metodi di raccolta informazioni, accompagnato da una descrizione orale.

Passando allo step successivo possiamo affermare che nel mondo della sanità sono in uso molteplici forme di consegna infermieristica riconducibili alle seguenti aree ossia agli approcci utilizzati [11]:

1. Narrativo.
2. Orientato ai problemi.
3. Focalizzato sugli esiti.
4. Focalizzato sugli scostamenti dalla normalità.
5. Orientato alla globalità del paziente.

Di seguito una breve descrizione dei vari approcci tratta dall'articolo sopracitato.

Approccio narrativo

È la descrizione delle condizioni del paziente e dell'assistenza erogata: nella narrazione, di norma le informazioni sono organizzate in senso temporale da quando il paziente è entrato al momento in cui le consegne sono date, enfatizzando alcuni aspetti ma senza una struttura e un criterio formale per selezionare ciò che è importante da ciò che non lo è e che è affidato alla valutazione clinica di ciascun infermiere.

Approccio orientato ai problemi

Definito anche Problem Oriented Medical Care (POMC) assicura anche il punto di vista soggettivo del paziente e la sua percezione rispetto ai problemi che via via emergono, una continua revisione della pianificazione e della sua efficacia e la continuità dell'assistenza. Ne è un esempio la metodologia di consegna Subjective, Objective, Analysis and Plan (SOAP) e le sue varianti SOAPIE e SOAPIER.

Approccio per focalizzazione

Molto simile all'approccio per problemi si specifica per il focus sugli esiti raggiunti o da raggiungere.

Approccio per scostamenti

È basato su un sistema di standard, protocolli e parametri di valutazione: se il paziente rientra in questi parametri non viene documentato, mentre sono documentate o riferite solo variazioni o eccezioni alla norma.

Approccio per cure globali

Esso avviene sulla base del modello SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) supportato dalla JCAHO ed efficace soprattutto nella trasmissione

delle informazioni verbali e nei briefing multiprofessionali quando è discussa la situazione del paziente.

1.3 Il metodo SBAR e le sue varianti

Il metodo SBAR (figura 3) che è l'acronimo di Situation-Background-Assessment-Recommendation (Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazione) pone le sue radici nel settore militare, più nello specifico è tratto da un programma per impartire ordini in modo rapido durante il cambio turno dei sottomarini nucleari. Il primo ad utilizzarlo a livello sanitario fu Micheal Leonard, anestesista che lavorava presso l'ospedale Kaiser Permanente a Denver in Colorado. Il metodo SBAR è al giorno d'oggi conosciuto come uno strumento comunicativo che aumenta la sicurezza del paziente ed è identificato come la "best practice" per il passaggio di informazioni in situazioni critiche [16].

Il metodo SBAR ed i suoi derivati ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISoBAR sono ampiamente utilizzati in diversi servizi come uno strumento di comunicazione e di passaggio di consegna sia interprofessionale che multiprofessionale [17].

Figura 3. Strumento di comunicazione SBAR – schema tratto dal sito del "Institute for Healthcare Improvement"

		Questions	Description	Example
S	Situation	What is going on with the patient? What is the situation you are calling/communicate about?	First, the speaker presents the situation, by identifying himself, stating the patient's name and briefly describing the problem	'Dr Preston, I'm calling about Mr Lakewood, who's having trouble breathing'
B	Background	What is the background or context on this patient?	The speaker then provides the background, such as the patient's diagnosis or reason for admission, medical status and relevant history. The patient's chart is reviewed and questions the other care provider may have are anticipated	'He's a 54 year old man with chronic lung disease who has been sliding downhill, and now he's acutely worse'
A	Assessment	What is the problem?	Then specific information on vital signs, recent laboratories and other quantitative or qualitative data related to the patient's current state are provided. This section can include a provisional diagnosis or clinical impression	'I don't hear any breath sounds in his right chest. I think he has a pneumothorax'
R	Recommendation	What is the next step in the management of the patient?	An informed suggestion for the continued care of the patient has to be made by the speaker. The immediate need is explained clearly and specifically, including what is necessary to address the problem	'I need you to see him right now. I think he needs a chest tube'

Numerosi studi hanno esaminato obiettivi definibili "soft" come la soddisfazione dei dipendenti e la comunicazione interdisciplinare in relazione allo SBAR. Sono state rilevate risposte positive dei dipendenti dopo l'introduzione della SBAR con

miglioramenti della percezione della comunicazione e del lavoro di squadra interdisciplinare, nonché della qualità della comunicazione [18] [19] [20].

Nella loro sperimentazione clinica controllata, Randmaa et al [21] ha riportato che il sistema di reportage degli incidenti clinici (CIRS) ha mostrato che gli eventi/errori causati da problemi nella comunicazione nei dipartimenti di anestesiologia di due cliniche sono diminuiti dal 31% al 11%, mentre lo studio pre-post eseguito in un ospedale da parte di Christie e Robinson [22] ha mostrato una riduzione della mortalità intraospedaliera (-11%), delle infezioni da MRSA (-83%), di eventi avversi (-65%) e di arresti cardiaci (-8%) dopo l'implementazione del metodo SBAR.

Dal metodo SBAR sono poi state create alcune varianti che ne differiscono solamente in parte e per minimi aspetti. Nella ISBAR viene aggiunto lo step "identify", prima dell'utilizzo del metodo tradizionale SBAR, che rappresenta la fase di identificazione ossia la specificazione di chi sta dando le informazioni e di chi è il paziente di cui si sta parlando.

La variante SBAR-R aggiunge invece una R finale che significa "read back" ossia il ripetere gli interventi da mettere in atto per avere un ulteriore feedback.

La ISBAR aggiunge entrambe le modifiche sopra descritte mentre la ISoBAR aggiunge la O che sta per "observation" ossia la rilevazione dei parametri vitali e l'assessment sul paziente e, rispetto alla SBAR iniziale, toglie la R di "response" per lasciare posto solo alle R di "read back" già sopra descritta.

Sia l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e la Joint Commission (JCHAO) raccomandano il metodo guida SBAR per migliorare il passaggio di consegne tra gli operatori sanitari [23].

OBIETTIVI

2.1 Obiettivo generale

L'obiettivo generale dello studio è analizzare la situazione delle consegne infermieristiche utilizzate nelle degenze dei vari presidi ospedalieri dell'AST Ancona (Fabriano, Jesi e Senigallia) e nei setting territoriali afferenti.

2.2 Obiettivo specifico

L'obiettivo specifico dello studio è proporre un metodo uniforme, costruito sulla base delle migliori evidenze disponibili, quale base personalizzabile da utilizzare in ogni setting per il relativo processo di handover. Tale metodo strutturato dovrebbe contribuire al miglioramento del momento della consegna infermieristica, ridurre il più possibile il rischio clinico e promuovere il miglioramento delle pratiche cliniche.

MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

Il quesito posto alla base del seguente studio è nato dalla necessità di capire la situazione attuale relativamente ai metodi di consegna utilizzati nelle aree di degenza dei vari presidi ospedalieri dell'AST Ancona e setting afferenti.

Una volta posto il quesito, è stata eseguita un'analisi preliminare della letteratura nell'ambito delle consegne infermieristiche, con lo scopo primario di avere una panoramica generale dei metodi di consegna esistenti, ed uno scopo secondario di capire se esista o meno un metodo raccomandato come "gold standard".

Da tale analisi è emersa in primo luogo la paucità di studi specifici in ambito nazionale, di scarso valore scientifico perché generici e/o con numerosità del campione molto bassa. Esistono altresì alcuni "studi pilota" sull'utilizzo di alcuni tipi di consegna (SBAR e a letto del paziente) in setting specifici.

È stato anche condotta una ricerca relativamente alla presenza di questionari già validati ed utilizzati in merito; tale ricerca non ha condotto ad alcun questionario idoneo a raccogliere informazioni specifiche per quanto riguarda il quesito posto.

Preso atto della citata situazione, il passo successivo è stato quello di creare un questionario strutturato sulla base delle migliori evidenze disponibili.

Tale questionario, sottoposto nei vari setting di studio, ha permesso di indagare allineamenti e discrepanze in materia di consegna infermieristica (o nursing handover) tra il “gold standard” e la “pratica in uso”.

Il seguente progetto di tesi è uno studio descrittivo di tipo osservazionale trasversale multicentrico.

3.2 Partecipanti e setting

Visto il quesito dello studio si è deciso di attuare un metodo di selezione del campione “intenzionale”, ossia scegliendo un campione non probabilistico selezionato in base alle caratteristiche della popolazione e all'obiettivo dello studio. Questo ha portato alla selezione di tutti i reparti di degenza dei tre presidi ospedalieri di Fabriano, Jesi e Senigallia e dei setting di degenza ad essi afferenti, utilizzando come fonte dei dati i relativi coordinatori. Sono dunque stati campionate le seguenti U.O. e i seguenti setting afferenti alle tre aree di Fabriano, Jesi e Senigallia.

Fabriano	<ul style="list-style-type: none"> - Nefrologia e Dialisi - Oncologia - Anestesia e Rianimazione - Riabilitazione Ospedaliera - Cure domiciliari - Medicina interna - Hospice Fabriano - ORL - Cardiologia/UTIC - SRR/CSM - Ortopedia e Oculistica - Cure intermedie e RSA Sassoferrato - Medicina d'Accettazione e d'Urgenza, OBI e MURGE - Chirurgia e Urologia
Jesi	<ul style="list-style-type: none"> - Day Surgery e dermatologia

	<ul style="list-style-type: none"> - Medicina Interna e Degenza Post-Acuzie - Neurologia e Stroke Unite - Chirurgia e Urologia - RSA Montecarotto - Oculistica e ORL - Cardiologia e UTIC - Pediatria - RSA Cupramontana - SPDC - Medicina d'Accettazione e d'Urgenza, OBI e MURGE - Ortopedia e traumatologia - Ostetricia e Ginecologia - Dialisi - Anestesia e Rianimazione - Pneumologia - Cure intermedie e DPA Cingoli - RSA Filottrano - CSM - Medicina oncologica - SRR - Degenza Post-Acuzie e OBI - Cure domiciliari
Senigallia	<ul style="list-style-type: none"> - Pediatria e neonatologia - Oncologia - Medicina d'Accettazione e d'Urgenza, OBI e MURGE - CSM/SRR - Anestesia e Rianimazione - Ginecologia e Ostetricia - Dialisi - Oculistica - SPDC

	<ul style="list-style-type: none"> - RSA Corinaldo - Medicina Interna e Degenza Post-Acuzie - Neurologia e Gastroenterologia - Cardiologia, UTIC e nefrologia - Cure domiciliari - RSA Arcevia - chirurgia generale - Ortopedia e traumatologia
--	---

3.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Nello studio sono stati incluse le varie U.O. di degenza ed afferenti alle tre aree di Fabriano, Jesi e Senigallia con turnistica sulle 24 ore o sulle 12 ore o che comunque prevedessero dei momenti di passaggio di consegna tra i vari turni o tra i vari operatori. Sono state escluse le U.O ed i servizi che non prevedevano momenti di consegna e che non contemplassero necessità del passaggio di informazioni relative ai pazienti tra un operatore e l'altro.

3.4 Periodo di studio

Lo studio bibliografico è stato condotto tra Settembre 2023 ed Ottobre 2023 con la descrizione del background e l'identificazione degli standard di confronto emersi dalla letteratura scientifica in materia di consegna infermieristica.

La costruzione del questionario è avvenuta nel mese di Dicembre 2023, mentre la raccolta dati è avvenuta tra Gennaio e Febbraio 2024. I dati sono stati poi inseriti nelle apposite tabelle redatte ed elaborati nel mese di Febbraio 2024.

3.5 Strumenti per raccolta dati

La raccolta dati è stata effettuata nel mese di Febbraio 2024 ed è stato utilizzato un questionario non validato, somministrato in forma anonima a tutti i coordinatori dei setting presi in considerazione per questo studio, nel rispetto della normativa dell'Ue 2016/679.

Il questionario (allegato n° 1) appositamente costruito sulla base delle migliori evidenze scientifiche disponibili, comprende 17 quesiti a risposta chiusa, di cui alcuni con possibilità di risposta multipla.

Esso si struttura su una prima parte che va ad indagare in generale che tipo di consegne vengono utilizzate nei setting scelti, i tempi, i luoghi e le modalità; la seconda parte confronta invece il metodo di consegna “gold standard”, ossia la iSoBAR, alle pratiche in utilizzo nei setting campionati.

Il questionario è stato inviato tramite e-mail a tutti i coordinatori delle varie U.O.

I dati ricavati sono stati presentati in forma anonima, differenziati solamente per area di riferimento ossia Fabriano, Jesi o Senigallia.

3.6 Procedura di studio

Il presente studio è stato strutturato in 5 fasi:

1. Analisi della letteratura.
2. Campionamento della popolazione dello studio.
3. Predisposizione del questionario sulla base delle miglior evidenze disponibili.
4. Somministrazione del questionario e raccolta dati.
5. Elaborazione dei dati.

1. La prima fase ha riguardato una specifica ricerca nella letteratura delle migliori evidenze disponibili in materia di consegna infermieristica. Tale ricerca è stata condotta nei mesi di Settembre e Ottobre 2023. La ricerca condotta aveva due fini specifici, quello di individuare il background dell’argomento in questione per poterne analizzare tutte le specificità e poi quello di determinare le migliori evidenze in materia per poter poi utilizzarle in un secondo momento quale termine di paragone per la raccolta dati.

Sono state utilizzate come banche dati per la ricerca degli articoli la Cochrane Library e Pubmed utilizzando come parole chiave “Nursing handover”, “Nursing handoff”, “SBAR method” e “SBAR” con l’ausilio degli operatori booleani AND e OR. La ricerca è inoltre stata indirizzata attraverso il filtro “free full text” che ha portato all’attenzione solo gli articoli di cui era disponibile il testo completo in forma gratuita.

2. In un secondo momento è stato poi condotta una valutazione della popolazione da campionare in relazione ai dati da raccogliere. Tale valutazione ha portato alla scelta di eseguire un campionamento intenzionale non probabilistico coinvolgendo tutte le U.O. di

degenza ed i setting afferenti alle tre aree di Fabriano, Jesi e Senigallia con turnistica sulle 24 ore o sulle 12 ore o che comunque prevedessero dei momenti di passaggio di consegna tra i vari turni o tra i vari operatori. Nello stesso momento sono stati inoltre decisi il disegno di ricerca, il metodo più idoneo alla raccolta dati e le tempistiche di somministrazione dei questionari.

3. In seguito, nel mese di Dicembre 2023, a seguito della ricerca bibliografica, della stesura del background e l'individuazione del "gold standard" raccomandato in materia di consegna infermieristica è stato predisposto il questionario non validato, costruito specificatamente per eseguire una comparazione tra la pratica in atto e le miglior evidenze disponibili.

4. Successivamente al rilascio dell'autorizzazione per la somministrazione del questionario, nel mese di Febbraio 2024, lo stesso è stato consegnato a tutti i coordinatori dei reparti campionati per lo studio. La scadenza per la raccolta dei questionari compilati è stata individuata in data 14 Febbraio 2024.

5. In seguito i dati raccolti sono stati inseriti nelle apposite tabelle redatte con il supporto di Microsoft Excel 2019 ed analizzati criticamente.

3.7 Considerazioni Etiche

Per poter realizzare il seguente studio è stata richiesta e ottenuta l'autorizzazione al Dirigente Sanitario e del Dirigente delle Professioni Sanitarie – Area Infermieristica ed Ostetrica dell'AST Ancona.

I dati sensibili relativi ai vari setting inclusi nello studio sono stati registrati garantendo la privacy ai sensi della legge.

3.8 Analisi dei dati

I dati che saranno presentati di seguito sono stati analizzati mediante fogli di calcolo informatizzati sul supporto "Microsoft Excel 2019".

L'analisi dei risultati è stata condotta suddividendo le risposte per macro-area di provenienza. Tale criterio è apparso obbligatorio data la decisione di mantenere anonima l'U.O. di provenienza (scelta guidata dalla priorità di avere elevata partecipazione allo studio).

RISULTATI

Sono stati consegnati in totale 54 questionari, 14 a Fabriano, 23 a Jesi e 17 a Senigallia. Sono stati poi ritirati in totale 47 questionari compilati in forma anonima, 11 per i setting campionati a Fabriano, 20 per i setting campionati a Jesi e 16 per i setting campionati a Senigallia raggiungendo l'87% di risposta totale. Nello specifico, la percentuale di risposta raggiunta è stata del 78,5% per Fabriano, dell'86,9% per Jesi e del 94,1% per Senigallia (Figura 4)

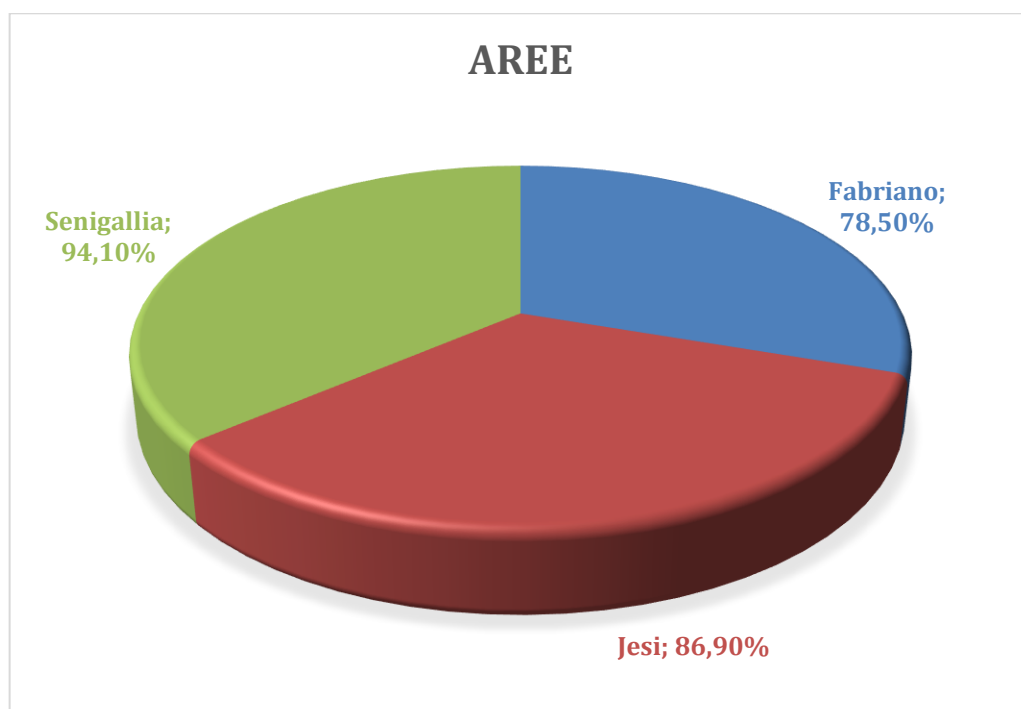


Figura 4. Percentuale di risposta al questionario nelle varie aree

Nelle tabelle successive (Tabella 1-2-3-4) sono riportati fedelmente tutti i dati raccolti nella prima parte del questionario, ossia quella che aveva l'obiettivo di descrivere in generale le consegne infermieristiche utilizzate nei setting campionati in riferimento a modalità, tempistiche, interruzioni, utilizzo di supporti informatici, personale coinvolto e luoghi.

Le tabelle sono divise per tipologie di domanda, ossia quelle che prevedono una risposta dicotomica (Tabella 2) oppure quelle con possibilità di risposta multipla (Tabella 1-3-4).

Sede	Variabili	Qual è la tipologia si consegna utilizzata nel vostro reparto? (%)
Jesi	Verbale	1 (5)
	Scritta	4 (20)
	Registrata	1 (5)
	Bedside	0
	verbale + scritta	14 (70)
Fabriano	Verbale	1 (9,1)
	Scritta	4 (3,4)
	Registrata	0
	Bedside	0
	Verbale + scritta	6 (54,5)
Senigallia	Verbale	1 (6,2)
	Scritta	6 (37,5)
	Registrata	0
	Bedside	0
	Verbale + scritta	5 (31,2)
	Scritta + registrata	2 (12,5)
	verbale + scritta + bedside	1 (6,2)
	Nulla	1 (6,2)

Tabella n 1. Tipologia di consegna utilizzata per sede di riferimento (item 1)

Le consegne vengono passate da un turno al successivo attraverso un passaggio diretto (faccia a faccia) tra i professionisti?		
	Si (%)	no (%)
Jesi	19 (95)	1 (5)
Fabriano	11 (100)	0 (0)
Senigallia	14 (87,5)	1 (6,2)
Le consegne vengono passate anche tra diverse figure professionali o sono “monoprofessionali”?		
	monoprofessionali (%)	multiprofessionali (%)
Jesi	9 (45)	11 (55)
Fabriano	2 (18,2)	9 (81,8)
Senigallia	6 (37,5)	8 (50)
Le consegne sono scritte al computer?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	3 (15)	15 (75)
Fabriano	1 (9,1)	10 (90,9)
Senigallia	7 (43,7)	10 (62,5)
Le consegne avvengono in un luogo appartato, lontano da fonti di disturbo?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	8 (40)	12 (60)
Fabriano	7 (63,6)	4 (36,4)
Senigallia	9 (56,2)	6 (37,5)
Nel vostro reparto è utilizzato un metodo strutturato di consegna (es. SBAR – POMS-SOAP)		
	Si (%)	No (%)
Jesi	3 (15)	17 (85)
Fabriano	/	11 (100)
Senigallia	1 (6,2)	14 (87,5)
Durante la consegna viene lasciato spazio a commenti e domande?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	20 (100)	/
Fabriano	11 (100)	/
Senigallia	14 (87,5)	/
Le consegne vengono date anche al cambio di setting del paziente (es. trasferimento)?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	14 (70)	6 (30)
Fabriano	9 (81,8)	2 (18,2)
Senigallia	12 (75)	3 (18,7)

Tabella n° 2 Tabella riassuntiva domande generali dicotomiche (item 2-3-4-6-7-9-10)

Sede	Variabili	Durante le consegne avvengono momenti di interruzione delle stesse per eventi esterni? (%)
Jesi	Mai	1 (5)
	A volte	15 (75)
	Spesso	4 (20)
Fabriano	Mai	2 (18,2)
	A volte	5 (45,5)
	Spesso	3 (27,3)
Senigallia	Mai	/
	A volte	11 (68,7)
	Spesso	3(18,7)

Tabella n° 3 Interruzioni durante le consegne (item 5)

Sedi	Variabili	In quale dei seguenti approcci inserireste il vostro metodo di consegna? (%)
Jesi	1. Narrativo	4 (20)
	2. Orientato ai problemi	5 (25)
	3. Per cure globali	6 (30)
	4. Focalizzato sugli esiti	2 (10)
	5. Per scostamenti dalla norma	/
	2 + 3 + 4	1 (5)
	1 + 3	1 (5)
Fabriano	1. Narrativo	2 (18,2)
	2. Orientato ai problemi	1 (9,1)
	3. Per cure globali	4 (36,4)
	4. Focalizzato sugli esiti	1 (9,1)
	5. Per scostamenti dalla norma	/
	2 + 3	2 (18,2)
	1 + 2	1 (9,1)
Senigallia	1. Narrativo	2 (12,2)
	2. Orientato ai problemi	3 (18,7)
	3. Per cure globali	5 (31,2)
	4. Focalizzato sugli esiti	1 (6,2)
	5. Per scostamenti dalla norma	/
	1 + 3	1 (6,2)
	2 + 5	1 (6,2)
	2 + 3	1 (6,2)
2 + 4 + 5	1 (6,2)	

Tabella n° 4 Tipologie approcci alla consegna (item 8)

La tabella n° 5 espone i dati della seconda parte del questionario, quella specifica di confronto con lo standard migliore emerso dalla letteratura, ossia il metodo strutturato iSoBAR. Le domande relative a questa parte del questionario erano tutte con tipologia di risposta dicotomica, è stato possibile riunirle tutte all'interno della stessa tabella.

Durante la consegna viene detto/scritto il nome e il cognome del paziente?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	18 (90)	2 (10)
Fabriano	11 (100)	/
Senigallia	15 (93,7)	/
Durante la consegna viene detta/scritta la data di nascita/età del paziente?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	3 (15)	15 (75)
Fabriano	4 (36,4)	6 (54,6)
Senigallia	5 (31,2)	10 (62,5)
Nelle consegne vengono chiaramente dichiarati i rischi e i problemi in atto infermieristici/clinici/collaborativi del paziente?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	17 (85)	3 (15)
Fabriano	11 (100)	/
Senigallia	14 (87,5)	1 (6,2)
Durante la consegna viene fatto cenno alle patologie di base del paziente ed al "percorso" che lo ha portato nel vostro setting?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	18 (90)	2 (10)
Fabriano	11 (100)	/
Senigallia	13 (81,2)	1 (6,2)
Durante la consegna sono dichiarati chiaramente gli interventi messi in atto in relazione ai problemi del paziente?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	18 (90)	2 (10)
Fabriano	11 (100)	/
Senigallia	15 (93,7)	/
Vengono date chiare informazioni in merito alle aree da presidiare/monitorare?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	19 (95)	1 (5)
Fabriano	11 (100)	/
Senigallia	15 (93,7)	/

Vengono utilizzate tecniche di feedback/ripetizione per capire se i concetti sono stati recepiti in modo corretto?		
	Si (%)	No (%)
Jesi	7 (35)	13 (65)
Fabriano	5 (45,4)	6 (54,6)
Senigallia	8 (50)	7 (43,7)

Tabella n° 5 Tabella riassuntiva comparazione con iSoBAR (item 11-12-13-14-15-16-

17)

DISCUSSIONE

I dati raccolti con il presente studio fanno emergere elementi di forte negatività ed elementi di forte positività in relazione alle consegne infermieristiche nei setting campionati. Questo è un forte segnale che sottolinea la necessità di lavorare in sinergia sull'argomento in questione per poter migliorare gli elementi critici e fortificare quelli positivi.

Analizzando la figura n° 4 (percentuale di risposta al questionario nei vari setting) è possibile sostenere che l'argomento del presente elaborato risulta sensibile alla maggior parte dei coordinatori dei setting di studio in quanto, nonostante l'anonimato, la percentuale di risposta è stata alta in tutte e tre le macroaree (87% di risposta totale) raggiungendo addirittura il 94,1% nella sede di Senigallia. Questo è un elemento fondamentale che sottolinea l'esigenza di lavorare criticamente sulle consegne infermieristiche, poiché da esse dipendono numerosi outcome connessi sia alla struttura sanitaria (efficienza, efficacia e budget) che al paziente ed al suo percorso clinico (risk management).

Dalla tabella n° 1 (tipologia di consegna utilizzata per sede di riferimento) emerge che il metodo di consegna maggiormente utilizzato è quello misto verbale + scritto, rispettivamente nel 70% a Jesi, 54,5% a Fabriano e 31,2% a Senigallia. Il secondo metodo più utilizzato risulta essere quello solo scritto, mentre la metodica di consegna "bedside" ossia a letto del paziente viene utilizzata in un solo caso a Senigallia (verbale + scritto + bedside). In assenza di uno standard di riferimento presente in letteratura tale risultato non può essere discusso. Dati preliminari indicano che il metodo a letto del paziente è potenzialmente vantaggioso.

Nella tabella n° 2 sono esposte le domande con risposte dicotomiche della parte generale del questionario. Per quanto riguarda il primo item dalle risposte emerge che la maggior parte avviene tramite un passaggio faccia a faccia con una media generale del 94,2% raggiungendo la percentuale massima a Fabriano con il 100%. Il dato raccolto rappresenta dunque un aspetto positivo in quanto esiste una crescente parte di evidenza che sostiene che la comunicazione faccia a faccia incrementi l'efficacia e la soddisfazione nel processo di consegna [24].

In relazione all'utilizzo di un supporto informatico per la presentazione e il passaggio delle consegne i dati sono chiari, in tutte e tre le macroaree la risorsa del computer è scarsamente utilizzata con il 25% a Jesi, il 9,1% a Fabriano e il 37,5% a Senigallia.

Questo dato è in forte contrasto con la tendenza della società all'utilizzo del supporto elettronico, ma probabilmente scaturisce dal fatto che la maggior parte degli infermieri vede l'informatizzazione come un ostacolo anziché una risorsa. A tal proposito lo studio di Maree Johnson et al sostiene che molte ricerche che hanno comparato le consegne eseguite attraverso un software elettronico e quelle scritte a mano hanno rivelato che le consegne elettroniche contenevano molte più informazioni e permettevano una maggiore qualità del passaggio di informazioni [25]. Concordi con tale evidenza, è nostro avviso che, a dispetto di una curva di apprendimento iniziale, una volta acquisita dimestichezza la risorsa informatica risulta di semplice utilizzo, di più facile consultazione e riduce i tempi di lavoro; in sintesi permette un miglioramento globale del processo della consegna e delle attività connesse.

Alla domanda: "Nel vostro reparto è utilizzato un metodo strutturato di consegna (es. SBAR – POMS - SOAP)", le risposte sono state dello stesso tipo in tutte le aree di studio sottolineando una forte mancanza di consegne strutturate all'interno dei presidi ospedalieri campionati e delle aree ad essi afferenti; la percentuale di risposta negativa ha raggiunto l'85% a Jesi, il 100% a Fabriano e l'87,5% a Senigallia.

Come già specificato nel background, esistono numerose tipologie di consegne strutturate che possono essere facilmente adattate ad ogni realtà sanitaria; il fatto che nel 90,8% del totale dei setting campionati non venga utilizzato un metodo di consegna strutturato è un elemento di forte criticità, perché in contrasto con numerosi studi e raccomandazioni (quali quelle dell'OMS e della Joint Commission), che sostengono l'utilizzo di metodi strutturati per il miglioramento della pratica clinica e per un corretto approccio al risk management. Sayani Ghosh et al, nel loro studio, promuovono l'implementazione di consegne infermieristiche strutturate poiché più efficaci in termini di soddisfazione e accettazione dell'equipe infermieristica ed inoltre hanno dimostrato che le consegne di tipo strutturato riducono gli errori di comunicazione all'interno e tra le organizzazioni sanitarie e migliorano la sicurezza e la cura del paziente perché le informazioni critiche trasmesse sono più accurate e gli interventi sono messi in atto più facilmente [26].

Un elemento di forte positività è rappresentato dalle risposte all'item numero 9 che riguarda lo spazio lasciato durante le consegne alle domande ed ai chiarimenti. Tutte e tre le aree raggiungono percentuali soddisfacenti di risposte affermative con una media generale del 95,8%.

In riferimento all'ultima domanda della prima parte del questionario ossia: "Le consegne vengono date anche al cambio di setting del paziente (es. trasferimento)?", le risposte maggiormente raccolte sono quelle affermative in tutte e tre le aree di studio con una media del 75,6%.

Non emergono dati rilevanti in relazione al luogo della consegna lontano da fonti di disturbo e all'utilizzo di consegna mono/multi professionale (item n° 3 e 6).

La tabella n° 3 riporta le risposte all'item n 5: "Durante le consegne avvengono momenti di interruzione delle stesse per eventi esterni?", la percentuale di risposta più alta, in tutte e tre le macroaree di studio, è stata "a volte" (63,1% totale) mentre la risposta "mai" è stata la minore sia a Jesi (5%) che a Fabriano (18,2%) ed è stata addirittura pari allo 0 a Senigallia. Questi dati descrivono una situazione ben chiara in cui le interruzioni durante il processo di consegna infermieristica sono frequenti e, come già dimostrato in letteratura, correlate ad altrettante conseguenze negative. Popovich, nel 2011, dimostrava come l'eccesso di distrazioni ed interruzioni derivate da concorrenti priorità durante la consegna, incrementino il rischio di errore e lesioni nella popolazione ospedalizzata, dunque già vulnerabile [27]. Limitare le interruzioni e le distrazioni e cercare di spostarsi in un luogo più silenzioso, sarebbe auspicabile durante i momenti del passaggio di informazioni. [28].

Nella tabella n° 4 sono descritte le tipologie di approccio alla consegna in cui ogni coordinatore reputava di inserirsi; le percentuali di risposta sono ben distribuite e non emerge alcun dato di forte impatto rispetto agli altri.

Le risposte relative alla seconda parte del questionario, ossia la comparazione con il metodo raccomandato iSoBAR, sono descritte tutte nella tabella n 5 (item n° 11-12-13-14-15-16-17) in quanto tutte le domande erano a risposta dicotomica.

Per quanto riguarda gli item n° 12: "Durante la consegna viene detta/scritta la data di nascita/età del paziente?", e n° 17: "Vengono utilizzate tecniche di feedback/ripetizione

per capire se i concetti sono stati recepiti in modo corretto?”, non sono stati raccolti dati di forte rilevanza.

Sia a Jesi, che a Senigallia, che a Fabriano (94,3% totale) ad eccezione di 2 setting a Jesi, vengono riportati il nome e il cognome del paziente di cui viene data la consegna, elemento di forte positività poiché aspetto cardine della consegna strutturata iSoBAR.

Anche per quanto riguarda la dichiarazione dei rischi/problemi del paziente sono emersi dati con valenza positiva in quanto in tutti e tre i setting la percentuale è \geq all'85% raggiungendo il 100% nella sede di Fabriano.

È stata registrata anche una tendenza alta, rispettivamente del 90% a Jesi, 100% a Fabriano e 87,7% a Senigallia, nel riportare durante la consegna le patologie di base ed il percorso che ha portato il paziente nei vari setting, indice di attenzione alla cura del paziente e alla presa in carico non solo dei problemi ma della globalità dell'assistito.

Un altro dato da sottolineare è che nel 94,5% dei setting di studio vengono chiaramente esplicitati gli interventi messi in atto in reazione ai problemi/rischi del paziente; questo dato è di fondamentale rilevanza in quanto esprime l'importanza data al percorso clinico-assistenziale ed al monitoraggio dell'evoluzione della situazione clinica per erogare un'assistenza di qualità.

Allo stesso modo, anche la risposta all'item 16 rispecchia tale tendenza e modo di agire: in tutti i setting testati vengono date chiare informazioni in merito alle aree da presidiare con una media totale del 96,2%.

Tutti i dati registrati attraverso la tabella n° 5 descrivono una situazione di buona applicazione del metodo iSoBAR con il raggiungimento di percentuali soddisfacenti nel confronto tra le pratiche in uso e il metodo raccomandato.

Le informazioni derivanti dall'analisi delle risposte al questionario, e discusse nel presente studio, sono decisamente positive ed incoraggianti: dal confronto con lo standard di riferimento raccomandato da OMS e Joint Commission emerge che nelle aree di degenza dei presidi ospedalieri dell'AST Ancona e dei setting ad essi afferenti vengono rispettati quasi tutti gli elementi presenti nella consegna strutturata iSoBAR.

Molti studi, tra cui quello di Xiaoxuan et al, sostengono che lo strumento di comunicazione SBAR (e le sue varianti) possa fornire agli infermieri informazioni accurate, e che l'efficienza del passaggio di informazioni tra un operatore e l'altro risulti migliore. Utilizzando il metodo SBAR per la trasmissione del piano infermieristico, le

informazioni trasmesse sono più sistematiche, condizione che aiuta ad evitare una diffusione caotica di informazioni e migliorare notevolmente l'efficienza lavorativa del team sanitario [29].

Infine, ad una lettura globale delle risposte, emerge che i vari setting utilizzano normalmente delle consegne simil-strutturate senza averne consapevolezza: alle domande dirette sull'utilizzo o meno di consegne strutturate, la gran parte dei coordinatori ha dichiarato di non utilizzarle; questo dato contraddice l'alta aderenza a quasi tutti gli elementi costruttivi del metodo strutturato iSoBAR.

Tale evidenza risulta ad ogni modo positiva, e renderà più facile l'adattamento al format proposto, una volta che i professionisti prenderanno coscienza di doversi cimentare in un upgrade puramente formale.

CONCLUSIONI

I dati emersi dal presente studio mettono in evidenza come, nell'ambito della consegna infermieristica, a fronte di numerose caratteristiche da migliorare ed implementare, oltre la metà degli item esplorati si allineano al metodo di riferimento.

L'alta percentuale di risposta al questionario da parte dei coordinatori dei setting campionati dimostra che vi sia discreto interesse alla tematica trattata; questa prerogativa dovrebbe rendere più agevole l'aderenza ad eventuali interventi correttivi o nuove soluzioni volte al miglioramento del processo di handover.

Nella seguente tabella vengono sintetizzati gli aspetti positivi e negativi delineati dallo studio:

Aspetti positivi
1. Consegne faccia a faccia;
2. Spazio per domande e chiarimenti;
3. Consegne al cambio setting del paziente;
4. Confronto con consegna strutturata e raccomandata iSoBAR.

Aspetti negativi
1. Scarsa informatizzazione del passaggio di informazioni;

2. Basso utilizzo di consegne strutturate nei vari setting;
3. Interruzioni durante i passaggi di consegna.

L'analisi degli aspetti sopra riportati ha fatto emergere le aree da presidiare ed in cui proporre interventi di miglioramento; sarebbe infatti auspicabile lavorare in sinergia con i coordinatori dei setting campionati con lo scopo di introdurre delle azioni migliorative quali:

- Rendere le consegne più strutturate.
- Limitare il più possibile le interruzioni, ad esempio, individuando delle aree più idonee al passaggio di consegna o utilizzando cartelli di “non disturbo” durante i momenti di passaggio di informazioni.
- Proporre modelli di consegna informatizzati di semplice utilizzo.

A tal proposito è stato creato un modello di consegna strutturato, informatizzato (attraverso l'utilizzo di Word 2011) ed elaborato sulla base della consegna raccomandata iSoBAR, proponibile ai vari setting campionati come intervento di miglioramento e di gestione del rischio clinico (Allegato n° 2).

Tale strumento verrà messo a disposizione dei vari setting, che potranno utilizzarlo come base da personalizzare in relazione alle proprie specifiche esigenze.

In linea con quanto dichiarato, questa implementazione dovrebbe tradursi in buona parte nella standardizzazione uniforme di aspetti già presenti nella pratica d'uso.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Sarebbe necessario approfondire l'argomento della consegna infermieristica con ulteriori ricerche in quanto i dati riportati hanno fatto emergere una tendenza positiva nella metodica del passaggio di informazioni ma alcuni dati negativi rispetto a degli aspetti di fondamentale importanza per il corretto sviluppo della stessa (interruzioni, informatizzazione, consegne strutturate).

In conclusione lo studio ha delineato una situazione in cui i professionisti, nella maggior parte senza rendersene conto, si applicano con metodica e rigore all'atto del passaggio di consegna.

È quindi importante diffondere i dati rilevati affinché i professionisti prendano coscienza che il loro metodo di agire è corretto ma che, se sostenuti e spronati da risorse migliori e più idonee, potrebbero garantire un processo di handover di maggiore qualità.

BIBLIOGRAFIA

- [1] J. C. International, «Communicating Clearly and Effectively to Patient How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care» Joint Commission International 2018
- [2] «Improving transition care: Handoff communication» The Joint Commission, Oakbrook Terrace - Illinois, 2014
- [3] Cohen MD, Hilligoss BP «The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review» Quality Safe Health care 2010; 19(6): 493-7
- [4] IPASVI Codice Deontologico dell'infermiere 2009
- [5] Messam K, Pettifer A «Understanding best practice within nurse intershift handover: what suits palliative care?» International Journal of Palliative Nursing 2009; 5(4) 190-6
- [6] Kassean HK, Jagoo ZB «Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover – a case study from Mauritius» BMC Nursing 2005; 4(1)
- [7] Bourne C «Intershift report: A standard for handovers» Nursing Times Research 2000; 5(6)
- [8] Taylor C «Assessing patients' needs: does the same information guide expert and novice nurses?» International Nursing Review 2002; 49(1) 11-19

- [9] Dowding D «Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability» *Journal of Advanced Nursing* 2001; 33(6) 836-46
- [10] Vermier P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, Hallaert G, Van Daele S, Buylaert W, Vogelaers D «Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations» *The International Journal of Clinical Practice* 2015 69(11) 1257-67
- [11] Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S, Palese A «Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura» *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2012; 31 91-101
- [12] Smith CE «Upgrade your shift reports with the three R's» *Nursing* 1986; 16(2) 62-4
- [13] Kerr MP «A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective» *Journal of advanced Nursing* 2002; 37(2) 125-34
- [14] Agarwal R, Sands DZ, Schmeider JD «Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in US hospital» *Journal of Healthcare Management* 2010; 55(4) 265-81
- [15] Holly C, Poletick EB «A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care» *Journal of Clinical Nursing* 2014; 23 17-18
- [16] Dunsford J., «Structured Communication: improving patient safety with SBAR» *Nurse Womens Health* 2009; 13(5) 384-90
- [17] Von Dossow V, Zwissler B «Recommendations of the German Association of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI) on structured patient handover in the perioperative setting: the SBAR concept» *Anaesthetist* 2016; 65(1) 1-4
- [18] Albert B, Messina C, Parker MM, Panesar R «759: the effect of an electronic medical record with SBAR documentation of patient events in a paediatric intensive care unit» *Crit Care Med* 2012; 40(12) 1-328

- [19] García-Sánchez MJ, Fernandez-Guerrero C, Lopez-Toribio P, Bueno-Cavanillas A, Prieto-Cuellar M, Guzman-Malpica EM, Cuevas-Valenzuela P, Moreno-Abril E, Lara-Ramos P «Quality of the anaesthesiologist written record during the transfer of postoperative patients: influence of implementing a structured communication tool» National Institute of health 2014; 61(1) 6-14
- [20] Zhu H, Mccrea N, Kelsall W «Improving the paediatric handover: quality, safety and SBAR» Archives of Disease in Childhood 2014; 99(1) 82
- [21]] Randmaa M, Martenson G, Swenne CL, Engstrom M «SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study» BMJ Open 2014; 4(1)
- [22] Christie P, Robinson H «Using a communication framework at handover to boost patient outcomes» Nurse Times 2009; 105(47) 13-5
- [23] Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S, Palese A «Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura» Assistenza Infermieristica e Ricerca 2012; 31 91-101
- [24] Vergales J, Addison N, Vendittelli A, Nicholson E, Jeannean Carver D, Stemland C, Hoke T and Gangemi J «Face-to-Face Handoff: Improving Transfer to the Pediatric Intensive Care Unit After Cardiac Surgery» American Journal of Medical Quality 2015; 30(2) 119-25
- [25] Johnson M, Sanchez P, Zhen C «Reducing Patient Clinical Management Errors Using Structured Content and Electronic Nursing Handover» Journal of Nursing Care Quality 2016; 31(3) 245–53
- [26]. Ghosh s, Ramamoorthy L and Pottakat B «Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction» Journal of Patient Experience 2021; 1-6
- [27] Popovich D «Cultivating safety in handoff communication» Pediatric Nursing 2011; 37(2) 55-60

[28] Brown PM, Davis D, Walsham C, Calleja J, Nielsen P and Mitchell M «Handover practices of nurses transferring trauma patients from intensive care units to the ward: A multimethod observational study» Australian Critical Care 2020; 33(6) 538-45

[29] Li X, Zhao J and Fu S «SBAR Standard and Mind Map Combined Communication Mode Used in Emergency Department to Reduce the Value of Handover Defects and Adverse Events» Journal of Healthcare Engineering 2022

ALLEGATI

Allegato n° 1: questionario

Salve, sono Gloria Clauser, una studentessa della magistrale di Scienze infermieristiche ed ostetriche presso l'Università di Ancona. Ho scelto di focalizzare il mio progetto di tirocinio nonché la mia tesi di laurea sulla **consegna infermieristica**. Nel seguente questionario troverete delle domande inerenti all'argomento con lo scopo di indagare che tipo di consegne vengono utilizzate nei setting in cui lavorate prendendo come base di confronto la tipologia di consegna infermieristica raccomandata da diversi enti tra cui l'OMS e la Joint Commission.

Il questionario vi porterà via solo 10 minuti del vostro tempo con lo scopo però di attuare degli interventi di miglioramento, clinico ed organizzativo, sulla consegna infermieristica nell'AST Ancona.

Grazie della collaborazione.

PARTE GENERALE				
Qual è la tipologia di consegna utilizzata nel vostro reparto? <i>PS. È possibile barrare più metodi qualora ne vengano utilizzati diversi in combinazione.</i>	verbale	scritta	registrata	Al letto del paziente
Le consegne vengono passate da un turno al successivo attraverso un passaggio diretto (faccia a faccia) tra i professionisti?	si			no
Le consegne vengono passate anche tra diverse figure professionali o sono "monoprofessionali"?	monoprofessionali		multiprofessionali	

Le consegne sono scritte al computer?	si			no	
Durante le consegne avvengono momenti di interruzione delle stesse per eventi esterni?	mai	a volte		spesso	
Le consegne avvengono in un luogo appartato, lontano da fonti di disturbo?	si			no	
Nel vostro reparto è utilizzato un metodo strutturato di consegna (es. SBAR – POMS-SOAP)?	si			no	
In quale dei seguenti approcci inserireste il vostro metodo di consegna?	narrativo	orientato ai problemi	per cure globali	focalizzato sugli esiti	per scostamenti dalla norma
Durante la consegna viene lasciato spazio a commenti e domande?	si			no	
Le consegne vengono date anche al cambio di setting del paziente (es. trasferimento)?	si			no	
PARTE DI CONFRONTO CON IL METODO iSBAR					
Durante la consegna viene detto/scritto il nome e il cognome del paziente?	si			no	
Durante la consegna viene detta/scritta la data di nascita/età del paziente?	si			no	
Nelle consegne vengono chiaramente dichiarati i rischi e i problemi in atto infermieristici/clinici/collaborativi del paziente?	si			no	
Durante la consegna viene fatto cenno alle patologie di base del paziente ed al "percorso" che lo ha portato nel vostro setting?	si			no	
Durante la consegna sono dichiarati chiaramente gli interventi messi in atto in relazione ai problemi del paziente?	si			no	
Vengono date chiare informazioni in merito alle aree da presidiare/monitorare?	si			no	

Vengono utilizzate tecniche di feedback/ripetizione per capire se i concetti sono stati recepiti in modo corretto?	si	no
--	----	----

Allegato n° 2 nuovo metodo proposto

NOME/COGNOME – DATA DI NASCITA MARIO ROSSI - 01/01/1934		ALLERGIE: Non riferite		1
ETA 90 anni		ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA Entra per recidiva di scompenso cardiaco con dispnea		
ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA Diabete tipo I in metformina Asma bronchiale Scompenso cardiaco Infarto del miocardio 1990		PROBLEMI ATTUALI Eccesso di liquidi: lassici diuretici 3/die, ossigenoterapia 2 L/min con cannule nasali, in attesa rx torace IVU: disuria e pollaccchiuria post posizionamento CV, eseguire urinocoltura		
ESAMI RICHIESTI Rx torace Urinocoltura	STATO COGNITIVO Vigile ed orientato	ELIMINAZIONE URINARIA CV	MOBILIZZAZIONE Al tavolo	PRESIDI MAD O2 2 L/min
ANNOTAZIONI				



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

**Al Direttore sanitario/generale dell'AST
Ancona: Dott. Giovanni Sroppa
Al Direttore /Dirigente Area Professioni dell'AST
Ancona: Dott.ssa Donatella Giovannini**

Oggetto: Richiesta autorizzazione per la raccolta dati finalizzata al progetto di Tesi finale per la laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche relativa alle consegne infermieristiche in utilizzo nei presidi ospedalieri nell'AST Ancona

In merito all'oggetto, la Sottoscritta Clauser Gloria, iscritta al 2° anno del CdL in Scienze infermieristiche ed ostetriche dell'Università Politecnica delle Marche sede di Ancona

CHIEDE

La Vs autorizzazione a condurre uno studio descrittivo dal titolo "Studio descrittivo sulle consegne infermieristiche in utilizzo nei presidi ospedalieri dell'AST Ancona – comparazione dello stato attuale alle migliori evidenze disponibili" con la finalità di valutare la situazione in atto e proporre un fac-simile da personalizzare che ogni U.O possa utilizzare come base per un miglioramento del passaggio di consegna.

L'indagine avverrà tramite la somministrazione di questionari ai caposala dei reparti dei presidi ospedalieri di Jesi-Senigallia e Fabriano. Il questionario è costruito sulla base delle migliori evidenze disponibili in materia.

Le informazioni ottenute tramite i questionari saranno trattate in maniera da garantire la privacy, e saranno oggetto del progetto di tesi di laurea dello studente Clauser Gloria del Corso di Laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università Politecnica delle Marche.

La raccolta dati è prevista per il periodo di febbraio 2024

Si allega copia del questionario basato sulle migliori evidenze in materia.

Al termine del lavoro di tesi sarà restituito un report all'Azienda che riassumerà le principali conoscenze desunte dallo studio stesso.

Ringraziando anticipatamente per la Vs attenzione, si porgono i più cordiali saluti.

Ancona, 01/02/2024

Il relatore

Lo studente

Data 01/02/2024	Approvazione	Direttore Direzione generale	
Data 01/02/2024	Approvazione	Dirigente APS	