



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il passaggio di consegna infermieristica con  
implementazione del metodo S.B.A.R.  
(Situation, Background,  
Assessment, Recommendation):  
studio osservazionale**

Relatore:

Dott.ssa **Mara Marchetti**

Tesi di Laurea di:

**Ilaria Stacchetti**

Correlatore:

Dott. **Andrea Toccaceli**

A.A. 2019/2020

## **Sommario**

### **PREMESSA**

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>1. LA CONSEGNA INFERMIERISTICA</b> .....	3
1.1 Risk management e processo di handover .....	4
1.2 Fondamenti etici, giuridici e contrattuali della consegna infermieristica .....	7
1.3 Modalità di consegne infermieristiche .....	8
1.3.1 Consegna Verbale.....	9
1.3.2 Consegna a letto del paziente.....	10
1.3.3 Consegna audio registrata.....	11
1.3.4 Consegna scritta .....	11
1.4 I modelli di consegna infermieristica.....	12
1.4.1 Il modello delle 5P.....	12
1.4.2 L’approccio “I PASS THE BATON” .....	12
1.4.4 Il modello PVITAL .....	15
1.4.5 Il metodo SBAR .....	15
1.4.6 Varianti del metodo SBAR.....	17
<b>2. OBIETTIVI</b> .....	19
2.1 Obiettivo generale.....	19
2.2 Obiettivo specifico .....	19
<b>3. MATERIALI E METODI</b> .....	19
3.1 Disegno di studio .....	19
3.2 Partecipanti e setting .....	19
3.2.1 Criteri di inclusione ed esclusione.....	19
3.3 Periodo di studio .....	20
3.4 Strumento per la raccolta dati.....	20

3.5 Procedura di studio .....	22
3.6 Considerazioni Etiche .....	23
3.7 Analisi dei dati.....	23
<b>4. RISULTATI.....</b>	<b>24</b>
<b>5. DISCUSSIONE.....</b>	<b>30</b>
<b>6. CONCLUSIONI .....</b>	<b>37</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
<b>ALLEGATI</b>	
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	

## **PREMESSA**

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, un complesso insieme di attività nelle quali è possibile riconoscere una dimensione tecnica, ma anche e soprattutto una relazionale e educativa, che devono essere praticate in maniera continua dall'operatore allo scopo di permettere il soddisfacimento dei bisogni dell'assistito. La necessità di realizzare il processo continuativamente si identifica nel fatto che la condizione dannosa di cui è portatore il paziente per cause di malattia necessita di essere gestita senza interruzioni, considerando poi che questo stato molto spesso comporta un cambiamento importante nella capacità stessa del soggetto di comportarsi autonomamente rendendolo, almeno parzialmente, dipendente dalle cure dell'infermiere. Per questo motivo i vari operatori sanitari solitamente si susseguono l'uno a l'altro nell'arco della giornata così da permettere di coprire le necessità di assistenza delle 24 ore fornendo un servizio completo al paziente. Uno dei momenti più particolari della giornata per l'infermiere è rappresentato dal cambio turno, attimo in cui si realizza l'interruzione dell'attività di un lavoratore e l'inizio di quella del soggetto che subentrerà al suo posto. È proprio in questi momenti che si realizza un evento fondamentale per espletare l'attività infermieristica definito come "passaggio di consegne" (anche se questo può avvenire informalmente in altre occasioni di lavoro come nel trasferimento di un paziente ad altri livelli di cura o diversi reparti all'interno dell'ospedale). Per "passaggio di consegne" si intende quindi il trasferimento delle conoscenze necessarie all'espletamento di un'attività da un lavoratore che sta lasciando un posto di lavoro al suo successore. Si tratta di un processo molto importante per l'infermiere, rappresenta l'inizio del turno, dove il soggetto assumerà le informazioni per la gestione del paziente nelle ore future, e la fine, dove egli stesso trasmetterà al successivo lavoratore le informazioni di cui necessita per realizzare le attività. Gli elementi condivisi in tali frangenti riguardano le condizioni dell'assistito, le attività espletate nelle proprie ore lavorative, quelle a cui presumibilmente il successore dovrà adempiere nel turno seguente ma anche informazioni sull'organizzazione del lavoro, della documentazione del paziente ecc.

Realizzare il passaggio di consegne in maniera corretta è il presupposto per assicurare al paziente un'ottimale continuità assistenziale, intendendo come tale quel processo di cura

che nasce, si sviluppa e si modifica nel tempo, senza interrompersi mai, allo scopo di rispondere in maniera adeguata ai bisogni dell'assistito.

Se però la corretta realizzazione di questo evento è un imprescindibile fondamentale per garantire qualità e sicurezza delle cure una sua scorretta realizzazione può essere inefficace o addirittura dannosa soprattutto se le informazioni trasmesse sono incomplete o vengono omesse.

Nasce proprio da questa presa di coscienza la necessità di formalizzare un procedimento da seguire per far sì che il passaggio di informazioni nel cambio turno possa essere eseguito nella maniera più efficiente e completa possibile permettendo non solo di migliorare la qualità dell'assistenza fornita ma scongiurando anche tutti gli errori che potrebbero derivare da un meccanismo comunicativo non adeguatamente delineato.

## INTRODUZIONE

Nelle realtà assistenziali odierne, nazionali ed internazionali, grande importanza viene data agli interventi di miglioramento della comunicazione tra professionisti sanitari soprattutto nei momenti di passaggio consegne a fine turno ma anche nelle comunicazioni in caso di emergenza/urgenza o deterioramento recente delle condizioni cliniche dei pazienti (Haig, Sutton, & Whittington, 2006).

Il trasferimento di dati tra professionisti in ambito sanitario è condizione essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente. Se lo scambio di informazioni è approssimativo, incompleto o inefficace il rischio di eventi avversi aumenta in modo esponenziale. Il trasferimento e la condivisione delle informazioni cliniche/assistenziali tra un turno e quello successivo oppure tra un operatore ed un altro rappresenta infatti un momento critico per la sicurezza del paziente e deve essere praticato nel miglior modo possibile per evitare che informazioni fondamentali per la cura dell'assistito vengano perse (Haig et al., 2006).

È stato dimostrato che utilizzare modalità di trasmissione delle consegne strutturate permette di memorizzare più a lungo le informazioni da trasmettere al collega inoltre gli infermieri che adottano un metodo condiviso e strutturato per la trasmissione delle consegne hanno più tempo da dedicare alla pianificazione dell'assistenza (Journal of Advanced Nursing, 2014).

L'Organizzazione mondiale della sanità stessa nel 2007 con il “*communication during patient handovers*” ha messo in evidenza il processo di trasmissione delle informazioni, relative al paziente, tra professionisti, con lo scopo di assicurare la continuità e sicurezza delle cure. Per supportare questo, la ricerca ha dimostrato che con l'ausilio di metodi standardizzati c'è un notevole miglioramento qualitativo delle informazioni trasmesse.

La letteratura mette a disposizione un'ampia gamma di procedure che possono essere utilizzare come guida per realizzare un passaggio consegne sicuro e organizzato in relazione al fatto che ogni realtà di cura date le sue peculiarità può necessitare di strumenti più specifici o particolari: dipende quindi proprio dal contesto il metodo più ottimale da impiegare (Poletti, 2012).

Tra gli strumenti descritti come più efficaci si identifica (Poletti, 2012; Bakon et al., 2017):

- Il metodo “**5P**” (Patient, Problem, Pertinent Past History, Plan, Precautions/Potential Pitfalls);
- L’approccio “**I Pass The BATON**” (Identify, Patient, Assessment, Situation, Safety concerns, [the] Background, Action, Timing, Ownership, Next);
- Il modello “**REED**” (Record, Evidence, Enquire, Discuss);
- Il modello “**PVITAL**” (Patient, Vital signs, Input/Output, Treatment, Admission/Discharge, Legal Documentation);
- Il metodo “**SBAR**” (Situation, Background, Assessment, Recommendation) e le sue varianti “**ISBAR**” (Identify, Background, Assessment, Recommendation), “**ISOBAR**” (Identification of patient, Situation, Background history, Action plan, Risk Management ) e “**ISoBAR**” (Identify, Situation, Observation, Background, Agreed plan, Read back).

Tra tutte le tipologie di strumenti riportati spicca il metodo SBAR, un approccio alla consegna infermieristica dimostratosi valido nel favorire una corretta comunicazione tra i professionisti e generalmente ben accettato nelle diverse realtà di cura (Blom et al., 2015; Negammal et al., 2017; Muller et al., 2018).

Il presente studio ha lo scopo di valutare il miglioramento nella qualità delle consegne trasmesse durante il cambio turno dopo l’implementazione del metodo S.B.A.R. È stato sviluppato a partire da un lavoro conclusivo nel percorso di laurea magistrale in scienze infermieristiche dello studente ed infermiere Riccardo Rocchi, che ha implementato, in un progetto durato dal 2018 al 2020, il metodo S.B.A.R. arrivando alla creazione di una scheda tutt’ora utilizzata nel passaggio consegne nel reparto di Medicina Interna dell’Ospedale “Carlo Urbani” di Jesi. Si vuole quindi andare a valutare se vi è stato un miglioramento nella qualità delle informazioni trasmesse durante il processo di handover dopo questa introduzione rispetto ai dati raccolti da un altro progetto di tesi realizzato nel Luglio 2018 nello stesso reparto. La raccolta dati e la loro analisi mira quindi non solo a identificare se si è presentato un complessivo upgrade nel processo di handover, ma anche a verificare se da questa implementazione è stato possibile diminuire il rischio clinico per i pazienti ricoverati nell’unità operativa.

## **1. LA CONSEGNA INFERMIERISTICA**

Il termine consegna clinica viene utilizzato per indicare il trasferimento delle responsabilità per alcuni aspetti della cura di un paziente, o gruppo di pazienti, a un'altra persona o gruppo professionale per un periodo o per sempre (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2009; Australian Medical Association, 2006; United Kingdom National Patient Safety Agency, 2004). Si tratta di un momento delicato per la sua duplice valenza: fondamentale per un corretto passaggio di responsabilità nell'assistenza del paziente e per il realizzarsi del processo di continuità delle cure ed allo stesso tempo pericoloso in quanto può dare origine ad incomprensioni che possono provocare errori spesso fatali. Per la sua valenza e la sua importanza, al fine di erogare cure sicure, sta crescendo l'attenzione scientifica sulle consegne infermieristiche condizione evidenziabile dai sempre più numerosi studi in ambito che però per lo più indagano solo il come dare le consegne e non approfondiscono aspetti come i processi cognitivi, sociali e culturali del gruppo di lavoro (Mesaglio, et al., 2019).

La Joint Commission (2008) definisce come scopo principale della consegna quello di fornire informazioni sulla condizione clinica del paziente, sul trattamento in corso e le relative modifiche, sulle sue condizioni attuali e su ogni cambiamento prevedibile ma le potenzialità della consegna comunicativa sono molteplici: essa infatti consente di avere garanzie sulla realizzazione della continuità della cura, sulla protezione del paziente, favorisce l'apprendimento cooperativo e lo sviluppo della collaborazione nel gruppo fungendo da tecnica di sostegno per i membri dell'équipe e consente di mettere in atto un processo di formazione continua tra colleghi. Consente pertanto non solo di organizzare l'assistenza al paziente ma di coordinare e far crescere tutte le forze che attorno ad esso si muovono. Zach e Tversky (2001) infatti, suggeriscono di non trasmettere in consegna solo informazioni ma problemi, ipotesi e possibili conseguenze per favorire lo sviluppo del pensiero critico degli operatori e sviluppare opportunità di crescita per l'équipe.

Lo scambio consegne può essere realizzato in più momenti nella storia assistenziale di un paziente (Pennini, 2018). Ad esempio:

- al cambio turno;
- al rientro del professionista referente del paziente;
- al trasferimento del paziente in un altro contesto assistenziale;
- alla dimissione;



- nei momenti di briefing o debriefing multidisciplinari;

Il tempo dedicato alle consegne varia in base a numerosi parametri. Tra questi si identificano (Pennini, 2018):

- la modalità utilizzata (scritta, verbale, o combinata);
- il contesto (in luogo appartato o al letto del paziente);
- il numero di pazienti su cui comunicare;
- il livello di formazione ed esperienza del gruppo;
- il momento della giornata (In genere le consegne serali (per presentare i pazienti a chi inizia la notte) e quelle del mattino (per presentare i pazienti a chi inizia il mattino) durano meno);
- i modelli organizzativi (reparti con modelli orientati alla presa in carico hanno consegne più brevi e concentrate);

Genericamente parlando il tempo medio impiegato si assesta comunque attorno ai 21 minuti totali per le consegne scambiate al momento del cambio turno (Pennini, 2018).

Si possono anche identificare fattori che influiscono sulla qualità del processo di handover con potenzialità di favorirlo o renderlo più complesso (Tucker & Fox, 2014). I principali sono:

- lo stile di comunicazione dell'infermiere;
- le esperienze e le conoscenze di base dell'infermiere;
- la conoscenza del paziente da parte dell'infermiere;
- la continuità assistenziale;
- la natura delle condizioni del paziente;

### **1.1 Risk management e processo di handover**

Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi “danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte” (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 1999). Il rischio clinico, ovviamente presente nelle realtà sanitarie odierne, può essere arginato attraverso iniziative di risk management messe in atto a livello di singola struttura sanitaria, e a livello aziendale, regionale, nazionale. Queste iniziative

devono prevedere strategie di lavoro che includano la partecipazione di tutte le figure che operano in ambito sanitario in maniera tale da poter eliminare e dove non possibile ridurre il rischio di nuocere al paziente con azioni od omissioni.

Il Clinical Risk Management rappresenta proprio il sistema organizzativo che contribuisce a definire l'insieme delle regole aziendali e il loro funzionamento per consentire di creare e mantenere la sicurezza dei sistemi assistenziali e garantire la qualità dei relativi outcomes (Ministero della Salute, 2004).

L'errore in sanità viene definito dal ministero della salute (2004) come il "fallimento di una sequenza pianificata di azioni e attività nel raggiungere l'obiettivo desiderato che non può essere attribuito al caso", l'evento avverso come "lesione o morbosità procurata ai pazienti almeno in parte dai trattamenti medici" entrambi indesiderabili, non intenzionali e dannosi nei confronti del malato (Ministero della Salute, 2004) e l'evento sentinella come un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è condizione sufficiente per dare origine ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione" (Ministero della Salute, 2011).

Inizialmente nato come risposta ad esigenze di tipo economico-sanitario, a causa del crescente livello di contenziosità medico-legale il Risk management si è arricchito sempre più di valenze deontologiche, entrando a far parte degli interventi per il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie (Ministero della Salute, 2004).

Per poter ridurre il rischio di errori secondo il Ministero della Sanità (2004) è necessario:

- Individuare un modello organizzativo uniforme per la gestione del rischio clinico;
- Elaborare direttive e linee guida per la rilevazione uniforme degli errori e dei rischi di errori nelle strutture sanitarie;
- Promuovere eventi di formazione per diffondere la cultura della prevenzione dell'errore;
- Sperimentare a livello aziendale metodi e strumenti di segnalazione degli errori di raccolta e dell'elaborazione dei dati per ottenere informazioni sulle procedure ad alto rischio e sulla frequenza degli errori;

- Definire misure organizzative e appropriate tecnologie per la riduzione di errori evitabili;
- Favorire anche attraverso le opportune segnalazioni lo sviluppo di modelli organizzativi e supporti tecnologici innovativi per migliorare il livello di sicurezza;

Il sistema sanitario odierno è però un sistema a elevata complessità caratterizzato dall'interazione di molteplici soggetti e attività. La peculiarità dei professionisti sanitari è la loro autonomia (Damiani, 2002) rispetto alle scelte che riguardano il proprio ambito professionale; ciò favorisce la consuetudine a un approccio individualistico che nell'attuale organizzazione risulta limitante in termini di efficacia, sicurezza ed efficienza. Per rispondere ai bisogni degli utenti e del sistema è necessario che ciascun operatore possieda infatti, oltre alle competenze tecniche proprie della disciplina e del compito che svolge, anche la capacità di confrontarsi e di interagire in un gruppo di lavoro (Ministero della Salute, 2012). La letteratura disponibile a sostegno di questa tesi conferma la stretta connessione tra il funzionamento del gruppo di lavoro e la conseguente sicurezza del paziente (Moorman, 2007; Baker et al., 2006; Baker et al., 2005; Manser 2009). Alcuni studi, come quello di Zinn (1995) definiscono che l'11% degli eventi avversi che hanno causato in Australia, alla fine del secolo scorso, invalidità permanente nella popolazione sono riconducibili ad errori di comunicazione, altri ancora come quello del CRICO strategies (2016) hanno stimato che i fallimenti nella comunicazione negli ospedali sono stati almeno in parte responsabili per il 30% di tutte le denunce di malasanità degli Stati Uniti, provocando 1744 decessi e 1,7 miliardi di dollari in costi per negligenza nell'arco di cinque anni. I problemi di comunicazione clinica sono inoltre stati descritti come importanti fattori che contribuiscono nel 70% dei casi ad eventi sentinella con un aumentato rischio di eventi avversi (Smeulers, Van Tellinghen, Lucas, & Vermeulen, 2012). A tale proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella "Word Alliance for Patient Safety" nel 2007, sottolinea che il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team all'altro o dagli operatori al paziente e alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura (Poletti, 2012) e di garantire la sicurezza del paziente, ma che per realizzare questo scopo la comunicazione deve essere accurata.

Il database della Joint Commission che raccoglie dati sugli eventi sentinella ha avviato nel 2012 un importante progetto dal nome “Targeted Solutions Tool” proprio con lo scopo di aiutare le organizzazioni sanitarie a evitare di incappare in errori di comunicazione durante il processo di trasmissione delle informazioni. Il database ha raccolto segnalazioni di comunicazione inadeguata di consegne infermieristiche che possono provocare eventi avversi tra cui interventi sul sito sbagliato, ritardi nei trattamenti, cadute ed errori terapeutici (Joint Commission, 2012).

Per sua natura quindi, la consegna infermieristica potrebbe essere un momento rischioso per la sicurezza del paziente, in quanto la condivisione di informazioni poco chiare o errate potrebbe avere conseguenze pericolose per l’assistito. Identificare un metodo per rendere più sicuro questo processo dovrebbe essere un obiettivo delle aziende proprio nell’ottica di praticare un ottimale clinical risk management favorendo la sicurezza del paziente (Bakon, Wirihana, Christensen, & Craft, 2017).

## **1.2 Fondamenti etici, giuridici e contrattuali della consegna infermieristica**

Come già precedentemente definito per consegna clinica si intende il trasferimento della responsabilità professionale della cura del paziente o di un gruppo di pazienti ad un altro professionista (Department of Health WA, 2017; Poletti, 2012; Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2019). Tale processo è diventato in tutti i contesti sanitari ormai parte integrante dell’assistenza (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2009).

I principi etici che delineano la necessità di corrispondere al paziente tramite questa procedura possono essere ritrovati nei documenti cardine della professione: il Profilo Professionale e il Codice Deontologico dell’Infermiere. Nel primo testo è citato che “l’infermiere è l’operatore sanitario che ... è responsabile dell’assistenza generale infermieristica” e che questa assistenza “è di natura tecnica, relazionale, educativa”. È inoltre definito che l’infermiere “pianifica ... l’intervento assistenziale infermieristico” e che “agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali”. Pertanto, non solo l’attività del professionista va attentamente pianificata prima di procedere alla sua realizzazione, ma dovendo agire anche in collaborazione ad altri operatori l’infermiere dovrebbe saper condividere le informazioni essenziali riguardanti l’ambito clinico e assistenziale dell’assistito. Nel secondo documento invece, è scritto che

“L’Infermiere riconosce l’interazione e l’integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona” e ricorda ancora una volta, come l’elemento fondamentale per erogare un’assistenza di qualità sia la comunicazione, esercitata per lo più proprio nei momenti di handover.

Il bisogno di ricorrere alla pratica di un corretto passaggio di consegne trova valore legale nella cosiddetta “Posizione di Garanzia” di cui il professionista sanitario è portatore nei confronti del paziente. “Tutti gli operatori di una struttura sanitaria, siano essi medici o paramedici, sono infatti ex lege portatori di una posizione di garanzia, ovverosia di un obbligo di protezione nei confronti del paziente, la cui salute è ad essi affidata e che essi devono tutelare i pericoli che ne minaccino l’integrità, durante il tempo del loro turno di lavoro” come definito da Elena Bassan (2019) espressasi in merito alla sentenza 2031/2017. I riferimenti normativi di tale posizione possono essere invece identificati nell’Art. 1 della Legge n. 251/2000, dove è descritto che «gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche ... svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva».

Infine, il passaggio consegne è ormai legittimamente riconosciuto anche a livello contrattuale. Nel Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità del triennio 2016-2018 all’articolo 27 è definito che “Nelle unità operative che garantiscono la continuità assistenziale sulle 24 ore, ove sia necessario un passaggio di consegne, agli operatori sanitari sono riconosciuti fino ad un massimo di 15 minuti complessivi tra vestizione, svestizione e passaggi di consegne, purché risultanti dalle timbrature effettuate, fatti salvi gli accordi di miglior favore in essere”.

### **1.3 Modalità di consegne infermieristiche**

La consegna infermieristica può essere realizzata con modalità differenti a seconda della realtà assistenziale dove viene ad essere eseguita. In letteratura sono identificate (Messam & Pettifer, 2009):

- Consegna verbale;
- Consegna al letto del paziente;
- Consegna audio registrata su nastro;
- Consegna scritta.

Ogni tipologia di consegna che si considera presenta per sua natura vantaggi o svantaggi all'utilizzo, fattori che saranno illustrati nei successivi sotto capitoli (*Tabella 1, Tabella 2, Tabella 3, Tabella 4*). La scelta della modalità più idonea varia in base alle esigenze del personale e al contesto assistenziale (Friesen, White, & Byers, 2008).

### 1.3.1 Consegna Verbale

Punti di forza	Limitazioni
Permette un'interazione faccia a faccia	Potrebbero esservi delle discrepanze tra quanto riferito e il reale status del paziente
Permette allo staff di fare un resoconto e di discutere sulle situazioni	Può essere difficile accedere a tutte le informazioni per un resoconto dettagliato
Permette di chiarificare le informazioni	Richiede tempo

Tabella 1. Punti di forza e limitazioni della forma di consegna (Friesen et al., 2008)

La consegna verbale od orale nasce per permettere l'interazione attiva tra professionisti consentendo di discutere la situazione clinico-assistenziale del paziente, di chiarificare informazioni non comprese o mal comprese permettendo anche di realizzare un apprendimento dai colleghi più esperti. La cartella infermieristica o quella integrata sono spesso usate come documenti di supporto (Friesen et al., 2008). Il luogo per la consegna verbale deve essere quanto più silenzioso e appartato, permettendo di mantenere la riservatezza nelle informazioni condivise e garantendo protezione da possibili interruzioni, ecco perché il setting ideale è rappresentato dalle guardiole infermieristiche (Bulfone, Sumathy, Grubissa, & Palese., 2012).

### 1.3.2 Consegna a letto del paziente

Punti di forza	Limitazioni
Permette l'interazione faccia a faccia	Non tutti i pazienti desiderano partecipare
Coinvolge il paziente	La terminologia specifica può intimidire il paziente se non spiegata
L'infermiere può valutare il paziente	Gli infermieri possono essere interrotti
Consente di rimediare agli errori	

Tabella 2. Punti di forza e limitazioni della forma di consegna (Friesen et al., 2008)

La consegna a letto del paziente rappresenta una forma di consegna orale ma che consente, nei casi in cui il paziente risulti essere cosciente, di includere il soggetto stesso (e i suoi familiari) al momento dello scambio di informazioni, così da migliorarne il coinvolgimento nel processo di cura, in quanto il soggetto potrà esprimersi in prima persona, e aiutare i professionisti sanitari a pianificare e personalizzare l'assistenza (Saiani & Brugnoli, 2013; Kassean & Jagoo, 2005). La particolarità non marginale di questo metodo è che evita la stereotipizzazione del paziente, scoraggia i commenti inutili e consente quindi di risparmiare tempo (Bulfone et al., 2012).

Attenzione particolare va posta a quel genere di informazioni che non possono essere discusse al capezzale del paziente e che dovrebbero essere gestite privatamente subito prima o dopo in guardiola infermieri. Fondamentale anche testare la capacità del soggetto di gestire il peso delle informazioni che vengono condivise sul suo stato di salute in modo da rispettare il suo desiderio di conoscenza e la sua sensibilità (Chaboyer, et al., 2008)

### 1.3.3 Consegna audio registrata

Punti di forza	Limitazioni
Può essere un processo più conciso, efficiente e meno dispendioso	Può essere difficile ascoltare o comprendere la registrazione
La registrazione può essere ripetuta o riascoltata	Difficoltà nel chiarire le informazioni
L'infermiere che ha registrato la consegna può occuparsi del paziente mentre chi entra in turno ascolta il nastro	Non ci sono opportunità di insegnamento

Tabella 3. Punti di forza e limitazioni della forma di consegna (Friesen et al., 2008)

La consegna audio registrata è prodotta dall'infermiere in servizio mediante la raccolta delle informazioni rilevanti del paziente su nastro, possibilmente in un ambiente idoneo come uno scenario d'ufficio, che sarà poi riascoltato dagli infermieri del turno successivo (Dowding, 2001).

### 1.3.4 Consegna scritta

Punti di forza	Limitazioni
Miglioramento nella documentazione	Possono mancare informazioni essenziali se non documentate
Gestione efficace	La qualità della documentazione può variare
Permette al turno in arrivo di revisionare i dati	

Tabella 4. Punti di forza e limitazioni della forma di consegna (Friesen et al., 2008)

La consegna scritta è la forma di passaggio di informazioni più utilizzata nelle residenze per anziani dove gli infermieri apprendono le notizie riguardo lo stato di salute del soggetto leggendo la documentazione dell'assistito e le note circa i progressi fatti, la terapia in atto e i piani di assistenza infermieristica (Taylor, 2002). Anche questo tipo di consegna, come quella audio registrata, non permette di ottenere chiarimenti dal collega, che spesso non è presente al momento della lettura (Scovell, 2010). Vi è la possibilità di migliorare l'accuratezza del processo e l'affidabilità delle informazioni condivise nonché di ridurre i tempi di scrittura utilizzando una cartella informatizzata (Bulfone et al., 2012).



## 1.4 I modelli di consegna infermieristica

Per l'elevata complessità nell'esecuzione di un corretto e completo passaggio consegne è stato definito che l'applicazione e l'utilizzo di un modello strutturato e standardizzato risulta essere la migliore strategie attuabile al fine di preservare la sicurezza del paziente (Bakon et al., 2017).

Nel corso degli anni sono stati presentati in letteratura un numero sempre maggiore di modelli da poter utilizzare a discrezione del team professionale nelle differenti realtà lavorative sanitarie. Vengono successivamente presentati alcuni di quelli già precedentemente illustrati nell'introduzione del presente elaborato.

### 1.4.1 Il modello delle 5P

È un approccio sviluppato dal Sentara Health Care (H&HN, 2008), un'organizzazione sanitaria senza scopo di lucro che agisce tra la Virginia e la Carolina del Nord nord-orientale e che offre ai cittadini servizi sanitari organizzati in ospedali e ambulatori sparsi sul territorio. Questo modello esplicita le componenti fondamentali della consegna (Poletti, 2012):

P	"Patient" (Paziente)	Descrizione del paziente: nome, età, sesso, lavoro, famiglia, patologia collaterale, trattamenti
P	"Planning" (Pianificazione)	Diagnosi, trattamento, piano di cura, fasi successive
P	"Purpose" (Scopo)	Razionale della cura
P	"Problems" (Problemi)	Problemi in atto
P	"Precautions" (Precauzioni)	Precauzioni suggerite in base al quadro clinico

Tabella 5. Checklist 5P (Runy, 2008)

### 1.4.2 L'approccio "I PASS THE BATON"

L'approccio "I PASS THE BATON" (Introduction, Patient, Assessment, Situation, Safety Concerns [the], Background, Action, Timing, Ownership, Next), che tradotto in italiano riporta a "io passo il testimone" è stato sviluppato nel programma "TeamSTEPSTM", dell'agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria e il Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti allo scopo di migliorare la comunicazione e il lavoro di

squadra tra i professionisti sanitari basandosi sulle evidenze (Committee on Patient Safety and Quality Improvement, 2007). L'approccio è stato poi introdotto al Trinity Medical Center in Illinois e prevede le fasi riportate nella tabella 6 (Poletti, 2012).

I	"Introduction" (Presentazione)	Le persone coinvolte si presentano, ruolo e attività
P	"Patient" (Paziente)	Nome, codice, età, sesso e sede
A	"Assessment" (Accertamento)	Principali disturbi, parametri vitali e diagnosi
S	"Situation" (Situazione)	Situazione attuale e circostanze, livelli di certezza e incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti
S	"Safety concerns" (preoccupazioni circa la sicurezza)	Valori critici degli esami e altri dati clinici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta, per esempio, rischio cadute
The		
B	"Background" (Contesto)	Comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica in atto e storia familiare
A	"Action" (Azione)	Azioni prese o richieste e relativo breve razionale
T	"Timing" (Tempi)	Livelli di urgenza e tempi, priorità delle azioni
O	"Ownership" (Riferimenti)	Chi è responsabile (infermiere/medico/team), comprese le responsabilità del paziente e dei familiari
N	"Next" (prossime cose)	Cosa accadrà? Cambiamenti previsti? Qual è il piano? Piano contingente?

Tabella 6. Approccio I PASS THE BATON (Poletti, 2012)

### 1.4.3 Il modello REED

Il modello REED (Record, Evidence, Enquire, Discuss) è uno strumento utilizzato nel passaggio consegne allo scopo di migliorare l'intero processo agendo sulla compilazione della documentazione e concorrendo a raggiungere un miglior risultato in termini di sicurezza per il paziente (Tucker et al., 2014).

Tucker e Fox (2014) hanno individuato alcuni principi su cui basare il funzionamento del modello:

- Il turno di lavoro inizia con una riunione;
- Il leader del turno, identificato tra i professionisti che stanno per concludere la giornata lavorativa, ha l'elenco di tutti i pazienti del reparto ed è aggiornato riguardo tutte le questioni di sicurezza;
- Durante la consegna continua l'assistenza al paziente;
- L'infermiere che inizia il turno rileva i bisogni di assistenza del paziente leggendo la documentazione;
- Le condizioni del paziente sono comprese nel processo di consegna;
- Gli infermieri incontrano i parenti dei pazienti ad inizio turno;
- Si effettua un chiarimento verbale tra gli infermieri che hanno scritto la consegna e quelli che iniziano il turno di lavoro dopo che la consegna è stata letta.

Lo strumento REED è considerato molto funzionale in quanto pone al centro del processo di consegna la sicurezza del paziente, la responsabilità della presa in carico dell'assistito e anche la qualità della documentazione utilizzata (Bakon et al., 2017).

Tucker e Fox (2014) identificano nella tabella sottostante le caratteristiche del modello:

R	"Record" (Documentare)	Ogni dettaglio riguardo l'assistenza è inserito in una documentazione condivisa
E	"Evidence" (Attestare)	Durante il passaggio di consegna è necessario valutare l'assistenza erogata leggendo la documentazione
E	"Enquire" (Domandare)	Chiedere ai pazienti se hanno necessità o bisogni ed effettuare una valutazione dei pazienti all'inizio del turno che possa essere comparata con la documentazione infermieristica
D	"Discuss" (Parlare)	Comunicare tra infermieri per accertarsi di aver compreso tutto

Tabella 7. Il modello REED. (Tucker et al., 2014)

#### 1.4.4 Il modello PVITAL

Il modello PVITAL (Patient, Vital signs, Input/Output, Treatment. Admission/Discharge, Legal Documentation) è uno strumento per la standardizzazione del processo di consegna utilizzato principalmente nei contesti di emergenza che è stato elaborato presso il Sydney South West Area Health Service (NSW Health, 2009). È rappresentato dal passaggio di informazioni verbale unito ad una revisione fisica delle condizioni del paziente tenendo in considerazione anche la documentazione del paziente (Bakon et al., 2017).

Il modello si sviluppa con i seguenti contenuti (Poletti, 2012):

P	"Patient" (Paziente)	Presenta il paziente con nome, età e problemi attuali
V	"Vital Signs" (Parametri vitali)	Parametri vitali (con eventuale documentazione)
I	"Input/output"	Bilancio dei liquidi
T	"Treatment" (Trattamento)	Trattamenti (effetti attesi) e diagnosi: frequenza e tipo di osservazioni da effettuare (piano)
A	"Admission/Discharge" (Ammissioni/Dimissioni)	Piano di ammissione e dimissione del paziente
L	"Legal Documentation"	Documentazione e relativa completezza/aspetti giuridici

Tabella 8. Il modello PVITAL (Poletti, 2012).

#### 1.4.5 Il metodo SBAR

Il metodo SBAR che è l'acronimo di Situation-Background-Assessment-Recommendation (Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazioni) è una tipologia di modello utilizzato per il passaggio delle consegne, solitamente nella gestione del paziente critico. È stato sviluppato per la prima volta in ambito militare statunitense dove forte era la necessità del personale a bordo dei sottomarini, di comunicare tempestivamente e senza errori interpretativi le informazioni. L'applicazione del metodo all'ambito sanitario va invece attribuita al medico anestesista Michael Leonard, di fronte all'obiettivo di migliorare le cure mediche ed in particolare le informazioni trasmesse tra medici (Nagammal et al., 2017). L'OMS ha dato ampio risalto alla metodica, inserendola dal 2009 tra i Communication Tools per la sicurezza dei pazienti.

La letteratura disponibile definisce lo SBAR come la “best practice”, ossia la migliore strategia da attuare nell’evento del passaggio consegne affinché questo possa consentire di gestire adeguatamente le situazioni critiche delle realtà assistenziali (Riesenberg et al., 2009; Guise et al., 2006). L’utilizzo di questo strumento e dei suoi derivati ISBAR, SBAR-R, ISBARR e ISOBAR in numerose realtà sanitarie sembra connesso con un miglioramento del processo di comunicazione intra e interprofessionale (World Health Organization, 2007) con possibilità di incentivare il dialogo tra gli operatori della salute assicurando uno scambio di informazioni accurato basato proprio sulla traccia del modello (Randmaa, Martensson, & Leo Swenne, 2014). Questo strumento consente di focalizzarsi sul trasferimento di informazioni in modo da renderle concise, facili da comprendere e precise (Blom, Petersson, Hagell, & Westergren, 2015). Inoltre, la possibilità di organizzare il contenuto secondo una struttura ben precisa permette di istituire una sorta di promemoria per far sì che informazioni importanti non siano trascurate al momento della condivisione (Beckett & Kipnis, 2009). Randmaa, Martensson e Leo Swenne (2013) definiscono che dopo la sua implementazione il metodo SBAR ha consentito un significativo miglioramento della precisione nello scambio informazioni tra il gruppo di operatori con conseguente crescita dell’accuratezza nella comunicazione. Cornell, Gervis, Yates e Vardaman (2013) si sono espressi a favore dell’utilizzo di tale metodologia in relazione soprattutto al tempo di impiego per il passaggio di consegne che è notevolmente ridotto dall’introduzione del modello.

Il passaggio consegne con l’utilizzo del metodo SBAR può realizzarsi in forma verbale, scritta o telefonica (Haig et al., 2006; Poletti, 2012), ma anche nella forma elettronica considerata una strategia molto funzionale da Wentworth, Diggins e Johnson (2012) in quanto le trascrizioni possono così essere modificate senza sforzi.

La peculiarità di questo modello rispetto a quelli precedentemente presentati è che lo schema, che è disponibile in molteplici forme, dal modulo con soli titoli alla checklist, consente ai professionisti di comunicare in maniera rapida di fronte all’improvviso peggioramento delle condizioni dell’assistito con possibilità di ridurre il rischio di morti inaspettate (De Meester, Verspuy, Monsieurs, & Van Bogaert, 2013).

Achrekar, Murthy, Kanan, Shetty, Nair e Khattry (2016) sostengono che tramite questo strumento sia possibile superare le differenze comunicative tra infermiere e medico. A supporto di questa tesi Stewart (2016) attribuisce addirittura al metodo SBAR la capacità

di eliminare temporaneamente le gerarchie del sistema sanitario favorendo una comunicazione coesa. Poletti (2012) definisce altresì che per la sua capacità di concentrarsi sui problemi e non sulle persone, la tecnica SBAR è lo strumento di approccio alla consegna infermieristica più utilizzato.

S	“Situation” (Situazione)	Si presenta il paziente e la causa di ricovero, descrizione della situazione attuale
B	“Background” (Contesto)	Si riferisce brevemente la storia medica del paziente, allergie o ipersensibilità e il contesto sociale dell’assistito
A	“Assessment” (Valutazione)	Si espongono informazioni specifiche riguardo lo stato di salute del paziente: Parametri vitali, stato nutrizionale, stato di coscienza, ecc. Questa sezione può includere un’impressione delle condizioni del paziente
R	“Recommendation” (Raccomandaizione)	Si fornisce una raccomandazione basata sullo stato del soggetto, il contesto e la valutazione. Le esigenze vengono espone in maniera chiara e specifica incluso ciò che è necessario per affrontare il problema.

Tabella 9. Il metodo SBAR (Mueller et al., 2018; Blom et al., 2015)

#### 1.4.6 Varianti del metodo SBAR

Successivamente all’istituzione del metodo SBAR sono nate molte varianti del modello per poter adattare il suo utilizzo alle differenti realtà assistenziali (Bakon et al., 2017).

ISBAR non differisce molto dal modello originale: è stata aggiunta una “I” per “Identify” ossia “Identificazione del paziente” (Bakon et al., 2017).

Il modello ISOBAR invece differisce dal modello di riferimento in alcuni aspetti peculiari della consegna come osservabile nella Tabella 10.

I	“Identify” (Identificazione)	Identificazione del paziente
S	“Situation” (Situazione)	Breve descrizione del problema
O	“Observation” (Osservazioni)	Parametri vitali e valutazione clinica
B	“Background” (Contesto)	Informazioni pertinenti sul paziente
A	“Agree-plan,” (Piano concordato)	Accertamento della situazione
R	“Read-back” (Rileggere)	Verifica che vi sia stata comprensione corretta delle informazioni fornite

Tabella 10. Il modello ISOBAR (Porteous, Stewart-Wynne, Connolly, & Crommelin, 2009)

## **2. OBIETTIVI**

### **2.1 Obiettivo generale**

L'obiettivo generale di questo studio è quello di analizzare l'evento del passaggio consegne infermieristiche con la specifica finalità di valutare l'efficacia della comunicazione tra professionisti sanitari e la qualità delle informazioni condivise al momento del cambio turno, tenendo in considerazione gli elementi che potrebbero comprometterne la funzionalità.

### **2.2 Obiettivo specifico**

Specificatamente, lo studio mira a confrontare tramite un'analisi in vivo la qualità delle informazioni scambiate nel processo della consegna infermieristica con l'ausilio del metodo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) rispetto all'utilizzo di una forma di consegna libera, con metodologia quindi non strutturata.

## **3. MATERIALI E METODI**

### **3.1 Disegno di studio**

Il seguente progetto di tesi è uno studio osservazionale di tipo descrittivo

### **3.2 Partecipanti e setting**

È stato effettuato un campionamento di convenienza per individuare la popolazione partecipante allo studio. Il campione finale è composto da 13 infermieri appartenenti all'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna dell'Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi tutti individuati nell'U.O. di Medicina 5° livello, dell'ASUR Marche, Area Vasta 2.

#### **3.2.1 Criteri di inclusione ed esclusione**

Per costituire il campione sono stati inclusi tutti gli infermieri turnisti dell'unità operativa presenti nei turni di lavoro considerati nel periodo di osservazione. Sono stati esclusi dal campione gli infermieri che, in quel periodo, non erano presenti a causa di malattia, ferie



o aspettativa e tutti gli infermieri diurnisti, in quanto il loro operato non è completamente focalizzato sulla presa in carico assistenziale del paziente.

### **3.3 Periodo di studio**

La parte sperimentale dello studio è stata realizzata dal 6 Agosto al 5 Settembre 2020 mentre l'analisi dei dati, la loro elaborazione e successiva organizzazione è stata eseguita nel periodo tra Settembre ed Ottobre 2020.

### **3.4 Strumento per la raccolta dati**

Per poter permettere una corretta raccolta delle informazioni circa la qualità del processo di handover, obiettivo specifico di questo studio, è stato utilizzato uno strumento da poter impiegare per collezionare i dati relativi alle consegne ascoltate.

Lo schema, riportato a conclusione dell'elaborato come *Allegato 1 e Allegato 2*, è stato rielaborato a partire da una griglia presentata da Campaniello et al. (2014), dove venne utilizzato per produrre uno studio circa la sicurezza del passaggio consegne infermieristiche, e dell'integrazione con due checklist del metodo di consegna SBAR, la prima prodotta negli USA da Cornell et al. (2014) e la seconda in Svezia da Blom et al. (2015). La rielaborazione e l'adattamento degli strumenti che hanno permesso di effettuare la raccolta dati vanno attribuite a Caporicci (2018).

Analizzato più attentamente la griglia risulta composta da tre sezioni principali suddivise in sottosezioni (Caporicci, 2018):

1. Una prima parte dedicata alla raccolta generica delle informazioni, che include:
  - a) Una sezione introduttiva dove vanno riportati la struttura ospedaliera di riferimento, l'Unità operativa presa in analisi, la data dell'osservazione, e la modalità di trasmissione delle consegne;
  - b) Una sezione dove riportare le caratteristiche dell'unità operativa, quali il numero dei posti letto e di degenti, il numero di infermieri che trasmettono e che ricevono le informazioni, il numero di consegne di pazienti che ognuno degli infermieri che ha ultimato il proprio turno di lavoro espone e il numero di consegne che ogni infermiere del nuovo turno riceve;

- c) Una sezione relativa alle caratteristiche della documentazione infermieristica in uso nella relativa Unità operativa, a scelta tra cartella infermieristica cartacea, informatizzata, integrata cartacea o integrata informatizzata;
2. Una seconda parte dedicata all'analisi specifica del contenuto delle consegne, dove vengono riportati dati relativi all'orario di inizio e fine della trasmissione di informazioni e il numero identificativo della scheda di raccolta. Questa sezione è a sua volta suddivisa nei seguenti settori di indagine, riconducibili allo schema SBAR:
- a) Informazioni circa la situazione del paziente: elementi relativi all'identificazione dell'assistito, con specificazione riguardo i dati anagrafici, il posto letto e/o la camera di degenza e la data di ingresso di ricovero con diagnosi clinica;
  - b) Il background assistenziale: descrizione della relevant history, ossia l'insieme di dati circa la storia medica del paziente, le allergie riferite nonché il contesto sociale del paziente inclusa la presenza o meno del caregiver;
  - c) La valutazione delle condizioni cliniche: la rassegna dei parametri vitali, dello stato di coscienza, dell'ossigenoterapia, della nutrizione, dell'attività e/o riposo, della mobilizzazione, dell'eliminazione, delle medicazioni, delle terapie endovenose e linee infusive, delle procedure di esame di laboratorio eseguiti e/o alterati, dei segni e/o sintomi clinici;
  - d) Le raccomandazioni assistenziali: il planning delle cose da dover fare nel turno in entrata, gli esami di laboratorio e/o le procedure diagnostiche programmate e la pianificazione della dimissione;
3. Una parte conclusiva dedicata alle specifiche circa le caratteristiche della consegna (a), dei fattori che interferiscono nel processo di handover (b), e le dinamiche presenti tra infermieri nel momento di trasmissione (c):
- a) Le tempistiche relative al passaggio consegne, la presenza o meno sia per l'infermiere che trasmette che per l'infermiere che riceve di un foglietto con appunti o per appuntare le informazioni, se l'infermiere che trasmette le consegne si avvale della consultazione della documentazione infermieristica e/o altra documentazione, se l'infermiere che trasmette le consegne chiede

informazioni e/o remind al collega del suo stesso turno su aspetti assistenziali di uno o più pazienti;

- b) Se durante lo scambio di informazioni avvengono interruzioni a causa di campanelli, telefonate, familiari o pazienti, medici, rientri o necessità di accompagnamento dei pazienti presso servizi diagnostici, blocco operatorio o consulenze, ingresso di nuovi ricoveri, urgenze o conversazioni tra il personale. Nel caso di campanelli, telefonate, rientri o accompagnamenti di pazienti e ingresso di nuovi ricoveri deve essere specificato se vi è una persona addetta o se è a carico di chi trasmette o riceve le consegne, con ulteriore specificazione dell'azione messa in atto (provvede a rispondere, si accerta del grado di priorità, ove prevista la possibilità, o non provvede a rispondere);
- c) Se durante il processo sono presenti discussioni tra gli infermieri, se l'infermiere che ha ricevuto le informazioni chiede ulteriori dettagli al collega per comprendere meglio la situazione del paziente e se avviene un debriefing rispetto alle difficoltà vissute durante il turno di lavoro.

Infine, è presente anche una sezione dedicata all'aggiunta di note.

### **3.5 Procedura di studio**

Per la costruzione del seguente elaborato si è partiti, nel periodo tra Giugno e Luglio 2020, con l'esecuzione di una ricerca bibliografica allo scopo di raccogliere la letteratura disponibile e poter costituire una libreria di materiale di riferimento sul tema delle consegne infermieristiche e successivamente sulla metodologia SBAR. Gli articoli per la costituzione della libreria di riferimento sono stati individuati tramite la banca dati *Pubmed* e il motore di ricerca *Google Scholar* tramite l'inserimento di parole chiave come "Nursing Handover", "Nursing Handoff", "Communication tools", "SBAR communication tool" e "SBAR method", e l'ausilio degli operatori booleani AND e OR. Tra quelli disponibili ed evidenziati sono stati scelti gli articoli più inerenti al progetto applicando filtri che permettessero di ottenere testi completi con la selezione di *free full text*, e quelli inerenti alla specie umana.

Si è successivamente scelto di adottare lo strumento di raccolta dati elaborato dal Caporicci (2018) che è stato trasferito su un supporto elettronico, Ipad™, per facilitare la raccolta dati.

Dal 6 Agosto 2020 al 5 Settembre 2020 è stata frequentata l'unità operativa individuata per il setting dello studio con l'obiettivo di partecipare ai momenti di consegna infermieristica e raccogliere le informazioni circa le modalità con le quali queste avvenivano tramite compilazione dello strumento precedentemente presentato. Tra Settembre 2020 e Ottobre 2020 i dati sono stati analizzati e schematizzati per poterli presentare in modo organizzato.

### **3.6 Considerazioni Etiche**

Per poter mettere in atto questo studio, è stata richiesta ed ottenuta l'autorizzazione al Dirigente Medico Ospedaliero e al Direttore delle Professioni Sanitarie – Area Infermieristica e Ostetrica dell'Area Vasta 2, ASUR Marche – Ospedale “Carlo Urbani” di Jesi, a Luglio 2020.

I dati sensibili raccolti sia relativi ai pazienti che relativi agli infermieri inclusi nello studio sono stati registrati garantendo la privacy ai sensi di legge.

### **3.7 Analisi dei dati**

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

#### 4. RISULTATI

Le consegne ascoltate in totale sono state 641, per un totale di 27 turni di lavoro comprendenti mattine, pomeriggi e notti.

Nelle successive tabelle (*Tabella 11, Tabella 12, Tabella 13, Tabella 14, Tabella 15, Tabella 16, Tabella 17*) sono organizzati tutti i dati raccolti suddivisi a seconda della struttura del metodo di raccolta.

	<b>Variabili</b>	<b>Valore riscontrato/Frequenzazione</b>
<b>Struttura Ospedaliera</b>	Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi (AN)	27
<b>Unità operativa</b>	U.O.C. Medicina Interna Medicina 5° Livello	27
<b>Modalità di trasmissione delle consegne riguardanti i pazienti</b>	Verbale	27
	Scritta	0
	Al letto del paziente	0
	Registrata	0

Tabella 11. Raccolta generica delle informazioni: sezione introduttiva

	Variabili	Medicina 5° livello
<b>Caratteristiche dell'unità operativa</b>	Media posti letto per ogni turno	26
	Media degenti per ogni turno	23,5
	N° di infermieri che trasmette le consegne infermieristiche per ogni turno	2
	N° di infermieri che riceve le consegne infermieristiche per ogni turno	2
	N° di consegne di pazienti di cui ogni infermiere trasmette informazioni	
	Infermiere 1	378
	Infermiere 2	324
	N° di consegne di pazienti di cui ogni infermiere riceve informazioni	
	Infermiere 1	378
	Infermiere 2	324
<b>Caratteristiche della documentazione infermieristica in uso</b>	Tipologia di documentazione infermieristica	
	Cartella inf.ca cartacea	
	Cartella inf.ca informatizzata	
	Cartella integrata cartacea	27
	Cartella integrata informatizzata	

Tabella 12. Raccolta generica delle informazioni: caratteristiche dell'Unità Operativa e della documentazione infermieristica in uso.

Variabili		Si	No
Identificazione del paziente	Dati anagrafici	636	5
	Posto letto/ camera degenza	538	103
	Entrambi i parametri	0	641
Diagnosi clinica		621	20
Descrizione della Relevant history		85	556
Allergie		59	582
Caregiver/ aspetti sociali		19	622
Parametri vitali		198	443
Stato di coscienza		342	299
O2/ ventilazione		136	505
Alimentazione		321	320
Attività/riposo		188	453
Mobilizzazione		150	491
Eliminazione		332	309
Medicazioni		92	549
Terapie EV/ Linee infusive		327	314
Procedure ed esami eseguiti e/o alterati		185	456
Segni/sintomi clinici		78	563
Planning		100	541
Procedure ed esami programmati		199	442
Pianificazione dimissione		107	534

Tabella 13. Analisi specifica del contenuto delle consegne.

	Variabili	Medicina 5° livello
<b>Tempo di consegna medio</b>		0:20:06
<b>Tempo di consegna medio specifico per turno</b>	mattino	0:23:17
	pomeriggio	0:18:20
	notte	0:18:00
<b>Presenza di un foglietto in cui l'infermiere annota le consegne</b>		
<b>Infermiere 1</b>	Si	27
	No	0
<b>Infermiere 2</b>	Si	27
	No	0
<b>L'infermiere che trasmette le consegne si avvale della consultazione della cartella infermieristica e/o di altra documentazione</b>	Si	11
	No	16
<b>L'infermiere che trasmette le consegne chiede informazioni e/o remind al collega del suo stesso turno su aspetti assistenziali di uno o più pazienti</b>	Si	6
	No	21

Tabella 14. Specifiche circa le caratteristiche della consegna.



	Variabili	Medicina 5° livello
<b>Campanelli</b>	Si	10
	C'è una persona addetta	8
	E' a carico di chi trasmette/riceve le consegne (che risponde)	4
	No	17
<b>Telefoni</b>	Si	0
	C'è una persona addetta	0
	E' a carico di chi trasmette/riceve le consegne (che risponde)	0
	No	27
<b>Familiari/pazienti</b>	Si	4
	No	23
<b>Medici</b>	Si	6
	No	21
<b>Servizi diagnostici/ interventi chirurgici/ consulenze</b>	Si	0
	C'è una persona addetta	0
	È a carico di chi trasmette/riceve le consegne (che risponde)	0
	No	27
<b>Ingresso ricoveri</b>	Si	0
	C'è una persona addetta	0
	E' a carico di chi trasmette/riceve le consegne (che risponde)	0
	No	27
<b>Urgenze</b>	Si	0
	No	27
<b>Conversazioni del personale</b>	Si	7
	No	20

Tabella 15. Specifiche circa i fattori che interferiscono nel processo di handover.

	Variabili	Medicina 5° livello
<b>Discussioni tra il personale</b>	Si	3
	No	24
<b>L'infermiere che riceve le consegne ha chiesto ulteriori dettagli al collega per comprendere meglio la situazione del paziente?</b>		
<b>Infermiere 1</b>	Si	11
	No	16
<b>Infermiere 2</b>	Si	6
	No	21
<b>Debriefing circa difficoltà vissute in turno</b>	Si	3
	No	24

Tabella 16. Specifiche circa le dinamiche presenti tra infermieri.

Frequenza percentuale	Studio del 2018	Studio attuale
<b>S</b>	6%	13%
<b>B</b>	0,90%	1%
<b>A</b>	17%	17%
<b>R</b>	2%	3%

Tabella 17. Analisi della frequenza percentuale per ogni ambito del modello nello studio attuale rapportato allo studio del 2018

## 5. DISCUSSIONE

Il presente studio nasce dalla necessità di confrontare i dati registrati in un elaborato del 2018, prodotto da Sara Caporicci riguardante l'analisi sulle modalità d'esecuzione e il contenuto delle consegne infermieristiche, con dati più attuali raccolti nello stesso setting, ma successivamente all'introduzione della metodologia S.B.A.R.

L'analisi precedentemente sviluppata era stata improntata con lo specifico scopo di valutare le modalità con le quali le consegne infermieristiche venivano ad essere praticate, e mirava ad analizzare la durata di ogni evento, la tipologia di informazioni condivise riguardanti il paziente, i fattori che interferivano con il processo di handover e le dinamiche tra i professionisti, il tutto senza l'utilizzo di una metodologia standardizzata che potesse fungere da guida per il processo.

Il setting dello studio scelto, l'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna dell'Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi (AN), era già noto per precedenti esperienze di tirocinio realizzate al primo e terzo anno di Corso (CdL Infermieristica) e visto l'elevato interesse presentato da parte della Coordinatrice Infermieristica dell'U.O. stessa si è deciso di intraprendere un progetto di tesi che potesse evidenziare eventuali miglioramenti nel processo di handover a seguito dell'introduzione del metodo strutturato S.B.A.R. Nella realtà operativa presa in esame si è deciso di analizzare le consegne presso la Medicina del 5° livello (26 posti letto divisi tra critici, 8, e di medicina ordinaria con ricoveri programmati o provenienti dal pronto soccorso) e non in entrambi i livelli (4° e 5°) come invece era stato effettuato da Caporicci (2018). A seguito di questa scelta il confronto sarà eseguito prendendo in analisi le consegne ascoltate, nello studio del 2018, nello stesso livello.

Da una prima osservazione generale dei dati raccolti si può evincere che il reparto è risultato quasi sempre al completo per quanto riguarda i posti letto occupati con un rapporto medio infermiere/paziente di 1:12, dati che coincidono con le rilevazioni effettuate nel 2018; il rapporto è molto elevato se si considera che il valore ideale, che non è stato ancora regolamentato a livello legislativo se non dallo stato della California (USA), dovrebbe essere di 1:5 per questa tipologia di reparto (King University Online, 2019), ma tutti gli infermieri hanno dimostrato di saper gestire ed organizzare l'assistenza in maniera adeguata.

24 sono stati i pazienti che in media occupavano il reparto al momento del passaggio consegne e visto che essi venivano divisi in due gruppi per essere assegnati agli infermieri del cambio turno, ogni infermiere ha trasmesso e ricevuto a sua volta rispettivamente 341 e 300 consegne.

Per quanto concerne la tipologia di documentazione infermieristica in uso, all'interno dell'U.O. viene ad essere impiegata la cartella cartacea in forma integrata. Questa rappresenta quello strumento ormai indispensabile per gli operatori sanitari che quotidianamente intervengono nel percorso di cura del paziente perché accentra tutte le informazioni, mediche, infermieristiche e personali in un unico documento. La cartella clinica integrata rappresenta la principale fonte per l'identificazione, l'analisi, la gestione, la prevenzione e riduzione dell'errore in ambito sanitario. La registrazione sulla documentazione clinica e sulla documentazione infermieristica delle azioni, dei processi e degli avvenimenti relativi a un ricovero costituisce un'azione fondamentale per assicurare trasparenza e chiarezza nonché per legittimare le decisioni prese da parte di tutti gli operatori sanitari (Ministero della Salute, 2017). Frigeri et al. (2013) sostengono che questa tipologia di documento sia molto funzionale in ambito sanitario e che apporti beneficio all'assistenza piuttosto che gestire più cartelle divise per le varie professionalità. C'è tuttavia un'ulteriore possibilità di miglioramento, si potrebbe infatti predisporre la creazione di una cartella integrata di tipo informatizzato. Secondo uno studio di Kunz (2010) infatti compilare una cartella cartacea occupa molto del tempo a disposizione del professionista (il 10,5%), tempo che potrebbe essere ottimizzato dal trasferimento della stessa su un supporto elettronico (il tempo si abbasserebbe al 5,1%).

In termini di risultati, il secondo confronto che è stato eseguito è un'analisi generale mirata a riportare le frequenze percentuali nelle rilevazioni di dati rispetto al totale delle osservazioni suddivise per le quattro aree della metodologia (*Tabella 17*). Nella S (Situation) i dati raccolti nel 2018 erano il 6% del totale mentre nel 2020 il 13%, nella B (Background) si è invece passati dallo 0,9% del 2018 all'1% del 2020, nella A (Assessment) entrambi gli studi hanno registrato il 17% mentre per la R (Recommendation) dal 2% al 3% nello studio attuale. Questa prima osservazione ha permesso quindi di evidenziare il generale miglioramento nella qualità di consegne scambiate dopo l'introduzione del metodo.

Analizzando comunque, il vero e proprio contenuto dello scambio informazioni, possono essere identificate differenze più specifiche apportate dall'utilizzo del metodo S.B.A.R. I dati anagrafici del paziente infatti, che nello studio del 2018 non erano stati mai nominati nelle fasi del processo di handover, hanno assunto invece un ruolo centrale nell'identificazione del soggetto per lo studio attuale venendo nominati nel 99,2 % delle consegne. Affiancati a dati anagrafici vi sono il posto letto o la camera di degenza del paziente che sono espressi nell' 84% delle volte, dato leggermente inferiore rispetto al 100% registrato nel 2018. In realtà questa condizione è sicuramente da attribuire alla presenza nella guardiola infermieri di un grande tabellone a muro con i nominativi dei pazienti ed altre informazioni essenziali per la cura degli stessi, come la data di nascita, quella di ricovero, eventuali allergie e appunto, il posto letto attribuito, che potrebbe esser stato citato in minor frequenza proprio per questo motivo.

La diagnosi clinica di entrata del paziente all'interno del reparto, che nel primo studio era espressa solo nel 27% dei casi, è ora invece argomento fondamentale dello scambio informazioni e viene condiviso nel 97% delle volte. Una frequenza molto bassa è invece registrata sia per la descrizione della storia clinica del paziente, citata solo nel 13% delle consegne, ma comunque in aumento rispetto al 7% del 2018, che per le allergie, che crescono comunque dallo 0,3% (2018) al 9% (2020). È da sottolineare, per quanto riguarda le allergie, che nella quasi totalità dei casi non sono state espresse proprio perché assenti nel paziente e non per dimenticanze o errori. Va però ricordato che la pregressa storia del paziente è un elemento fondamentale per consentire una corretta pianificazione assistenziale e quindi elemento cardine per analizzare i bisogni del paziente e orientare gli interventi sulla persona ecco perché sarebbe auspicabile porre maggiore attenzione su questo aspetto.

Nel 97% dei casi non si è fatto riferimento al contesto sociale del paziente o all'eventuale presenza del caregiver dato che si era presentato già alto nel 2018 con un valore dell'87%. Questo suggerisce l'assoluta necessità di portare più attenzione sull'argomento soprattutto se si considera che numerosi studi come quello di Becchi del 2011, esprimono che attualmente il caregiver è una figura fondamentale per l'assistenza al paziente. Diminuzione importante anche per i Parametri vitali che dal 44% scendono al 31% mentre lo stato di coscienza ha raggiunto dal 40,7% il 53,3%. Non molto incoraggiante la frequenza con la quale vengono citati i parametri vitali, dati considerati fondamentali per

l'assistenza e la cura del paziente che consentono di inquadrare brevemente lo stato fisico del soggetto (Blom et al., 2015). Probabilmente la bassa frequenza nella condivisione di tali dati può essere attribuita alla presenza nel reparto di otto posti monitor, che consentivano l'analisi pressoché continua dei parametri del paziente riducendo la necessità di comunicare questa informazione.

Aumentate le frequenze nella condivisione di informazioni riguardanti l'alimentazione del paziente (dal 37% nel 2018 al 50% nello studio attuale), l'attività e/o riposo (dal 19% al 29%) e l'eliminazione (dal 51% al 52%), mentre restano basse quelle per la mobilitazione del paziente (dal 39% al 23%), per le medicazioni da effettuare (dal 20% al 14%) le terapie endovenose, le linee infusive del paziente (dal 64% al 51%) e i sintomi e/o segni clinici (dal 37% al 12%).

Nel 71,1% dei casi non si è parlato delle procedure o degli esami di laboratorio eseguiti e/o alterati del paziente dato discostante da quello registrato nel 2018 dove non si era trattato questo argomento nel 51% dei casi, mentre per gli esami e le procedure eseguiti questi non sono stati nominati nel 69% delle volte (63% nel 2018). È da ricordare che probabilmente gli argomenti sono stati poco affrontati perché possono semplicemente non esser stati richiesti e questo si è con facilità tradotto in una bassa registrazione.

Importanza maggiore è stata data al planning che in due anni è salito dal 5% al 16%, aumento molto importante se si considera che uno degli scopi dell'applicazione del metodo S.B.A.R. è proprio quella di consentire con dati alla mano una più accurata pianificazione del futuro assistenziale del paziente. Si tratta tuttavia di valori ancora irrisori che dovrebbero essere incrementati nel tempo.

La pianificazione della dimissione ha infine raggiunto un leggero incremento rispetto ai dati del 2018, dove era nominata nel 16% dei passaggi consegne ascoltati, assestandosi ora al 17%. Possono sembrare indici molto bassi, ma è da definire che spesso i pazienti presentavano nell'U.O. un periodo di degenza abbastanza lungo e si ipotizza che l'argomento dimissione fosse toccato saltuariamente proprio per questo motivo. Questo ovviamente non esime il personale dal valorizzare il processo della pianificazione della dimissione considerato importantissimo per aiutare il paziente nel momento del passaggio assistenziale. Assicurare una dimissione ben organizzata consente di evitare problematiche e criticità legate alle condizioni cliniche dell'assistito (Croso, 2014).

Per quanto riguarda il tempo impiegato nel passaggio consegne la media registrata è di 18 minuti, valore leggermente inferiore ai 19 registrati nel 2018. Questo significa che sono stati dedicati una media di 45 secondi a paziente, circa 4 secondi a persona guadagnati rispetto al dato del 2018. Analizzando il tempo medio specifico per turno si è evinto inoltre che la maggior differenza è stata riscontrata nel turno del pomeriggio che registra circa 3 secondi in meno rispetto al tempo impiegato nel primo studio. Tutti i guadagni sono sicuramente da attribuire all'introduzione del metodo S.B.A.R. come tecnica di consegna strutturata, condizione che ha permesso, potendo utilizzare uno schema organizzato per improntare il discorso, di risparmiare tempo per organizzare le idee sulle condizioni da comunicare.

Dopo l'introduzione del metodo tutti gli infermieri presentavano un supporto cartaceo (foglietto o quaderno) dove poter scrivere le informazioni che venivano man mano espresse dai colleghi, e nel reparto era stato anche messo a disposizione di chi volesse utilizzarla una tabella vuota, organizzata secondo l'acronimo del metodo, da poter riempire al momento del cambio turno. Nello studio del 2018 era risultato che l'11,5% degli infermieri non scriveva le consegne e quindi utilizzava solo la memoria per poter ricordare le informazioni essenziali, condizione fortemente sconsigliata dalla Joint Commission (2006) che è stata superata a favore di una tecnica che garantisca maggior sicurezza. L'utilizzo di un supporto cartaceo dove poter annotare i dati ottenuto dal processo di handover ha poi sicuramente contribuito a ridurre il ricorso alla consultazione della cartella o di altra documentazione del paziente, che è stato effettuato solo nel 40,7% dei casi (contro il 76,9% del 2018), e alla richiesta di informazioni o remind ai colleghi, praticati solo nel 22,2% delle volte (contro il 84,6%).

Per quanto concerne gli elementi di disturbo sono state riscontrate soprattutto interruzioni da parte di campanelli (37% delle registrazioni) o da parte dei medici (22,2%), mentre meno frequenti sono state quelle da parte di familiari o pazienti (14%). I campanelli sono comunque stati gestiti da personale addetto nell'80% dei casi, condizione che ha evitato di recare danno al processo di handover. Un dato importante è stato dato dalle conversazioni del personale che hanno interrotto o comunque disturbato il processo di passaggio consegne nel 25% dei casi, valore piuttosto elevato se si considera che i professionisti dovrebbero saper riconoscere l'importanza di questo momento mettendo in atto comportamenti volti a non aumentarne la complessità. Non si sono invece verificate

interruzioni per ingresso di ricoveri, telefonate, servizi diagnostici o consulenze e tantomeno per urgenze: dati in diminuzione rispetto a quelli presentati dallo studio del 2018 dove queste condizioni si erano verificate almeno una volta. Complessivamente parlando, grazie alla migliore gestione del momento della consegna, sono state riscontrate molte meno interruzioni rispetto ai dati riportati nel 2018. Questo è un indice di miglioramento molto importante in quanto come è risaputo anche in ambito letterario le interruzioni praticate durante lo scambio di consegne, che risultano esse un terzo di tutte le interruzioni al personale infermieristico (Dante, et al., 2016), possono avere impatti molto gravi sulla sicurezza dell'assistenza erogata portando ad errori potenzialmente pericolosi per i pazienti.

Nell'analisi delle dinamiche presenti tra gli infermieri nell'11% delle consegne registrate sono state rilevate discussioni tra il personale riguardo alle modalità di organizzazione e gestione del lavoro. Durante l'esecuzione dello studio il reparto stava però valutando di affrontare una radicale riorganizzazione dei piani di lavoro interni e tali confronti hanno sempre riguardato l'analisi delle modalità con le quali introdurre questo cambiamento. È comunque da sottolineare che eventi del genere andrebbero contenuti poiché potrebbero, a lungo andare, riflettersi sul clima interno tra i professionisti e causare complicanze nell'esecuzione del processo di handover.

Il 31% di tutti gli infermieri che ricevevano le informazioni hanno chiesto ai colleghi nel fine turno ulteriori chiarimenti o specificazioni rispetto ai dati forniti, valore in diminuzione rispetto all'84% registrato nel 2018; questa condizione potrebbe essere determinata dal fatto che l'utilizzo di una metodologia standardizzata per il passaggio consegne potrebbe facilitare anche la comunicazione e la comprensione delle informazioni scambiate rendendo così meno necessario il ricorso a domande aggiuntive. Infine, solamente in 3 occasioni, sulle 27 osservazioni totali, sono stati effettuati dei debriefing rispetto difficoltà o eventi vissuti durante il turno di lavoro. Come espresso da Siles et al. (2011) l'evento del debriefing aiuta i professionisti ad affrontare eventi traumatici o psicologicamente complessi sviluppando in essi una risposta efficace rispetto all'episodio verificatosi, ecco perché l'utilizzo di questa tecnica è supportato e attivamente consigliato anche dalla letteratura.

Lo studio effettuato presenta comunque per sua natura dei limiti; I dati raccolti infatti si riferiscono ad un periodo di tempo limitato e ad una sola unità operativa, si potrebbe



infatti continuare la raccolta dati ampliando il setting e il tempo di conduzione dello studio, inoltre, l'ascolto delle consegne è stato eseguito da un solo operatore.

## 6. CONCLUSIONI

Il metodo S.B.A.R. (Situation, Background, Assessment, Recommendation) per l'esecuzione del passaggio consegne infermieristico rappresenta uno strumento che fornisce un approccio strutturato e ordinato al processo comunicativo aiutando l'operatore a organizzare il contenuto delle informazioni che devono essere condivise con i colleghi (Manning, 2006).

L'applicazione del metodo all'interno del reparto di Medicina Interna del 5° livello dell'Ospedale "Carlo Urbani" di Jesi (AN) ha permesso di evidenziare i benefici che gli operatori sanitari ricevono dall'utilizzo di un modello strutturato per organizzare il processo di handover.

Numerosi studi in passato, come quello di Kesten (2011) o di Wang et al. (2015), si sono espressi a favore dell'impiego della metodologia S.B.A.R. riportando dati che esprimevano a seguito del suo utilizzo un significativo miglioramento delle consegne cliniche, e anche il seguente studio, dopo apposito confronto della qualità del processo di handover senza e con l'applicazione del modello, può dichiarare che le consegne risultano più complete a seguito dell'adozione dello stesso.

Come riportato nella sezione 5 infatti, dopo l'introduzione del modello le consegne comprendono parametri che precedentemente non erano quasi mai condivisi con i colleghi, dimostrando di avere un ruolo centrale soprattutto nella fase di identificazione del paziente.

Secondo uno studio effettuato da Blom et al. (2015) una delle considerazioni più frequenti fatte dal personale sanitario era che l'utilizzo del metodo S.B.A.R. rischiava di aumentare la durata del momento dello scambio informazioni, condizione che invece non emerge dall'attuale analisi, anzi, rispetto ai dati proposti da Caporicci (2018) il tempo impiegato risulta inferiore, probabilmente proprio in relazione al fatto che l'organizzazione del discorso è facilitata dallo schema e le informazioni possono essere espresse con meno tempo.

Sulla base di queste considerazioni, il presente studio può concludere che l'applicazione della metodologia S.B.A.R. alla realtà assistenziale dell'U.O. di Medicina Interna abbia apportato importanti cambiamenti sulla completezza e precisione delle informazioni scambiate all'atto della consegna infermieristica, concorrendo anche a ridurre il tempo

impiegato per il processo consentendo così sia di diminuire il rischio di errori di comunicazione che di concentrarsi maggiormente sull'assistenza al paziente.

Si propone unicamente all'O.U. di rafforzare l'attenzione verso i parametri della consegna che non sono stati approfonditi adeguatamente così da aumentare la completezza delle informazioni scambiate.

## BIBLIOGRAFIA

- Achrekar, M., Murthy, V., Kanan, S., Shetty, R., Nair, M., & Khattry, N. (2016). Introduction of Situation, Background, Assessment, Recommendation into Nursing Practice: a prospective study. *Asia Pac J Oncol Nurs*, 45-50.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2009). The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement .
- Australian Medical Association. (2006). *Safe Handover: safe patients guideline* .
- Baker, D., Gustafson, S., Beaubien, J., Salas, E., & Barach, P. (2005). Medical Teamwork and Patient Safety. *Agency for Healthcare Research and Quality, Center for Quality Improvement and Patient Safety*. Rockville, USA, MD.
- Baker, P., Day, R., & Salas, E. (2006). Teamwork as an essential component of high reliability organizations. *Health Serv Res*, 1576-1598.
- Bakon, S., Wirihana, L., Christensen, M., & Craft, J. (2017). Nursing handovers: An integrative review of the different models and rprocesses available. *Int J Nurs Pract*, 1-8.
- Bassan, E. (2019, 02 21). *La posizione di garanzia dell'infermiere nei confronti del paziente e la sua responsabilità professionale*. Tratto da Infermieriattivi.it: <https://www.infermieriattivi.it/leggi-e-normative/infermieri/4013-posizione-di-garanzia-dell-infermiere.html> [20 Ottobre 2020]
- Becchi, M. (2011). Il caregiver del paziente complesso ed il suo addestramento. *Manuale di Educazione Teraputica ad uso degli operatori sanitari e socio assistenziali. Edizioni Panorama della sanità*.
- Beckett, C., & Kipnis, G. (2009). Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *Journal of Healthcare Quality*, 31(5), 19-28.
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. (2015). The SBAR model for communication between health care professionals: A clinical interventation pilot study. *International Journal of caring Sciences* , 530-535.
- Bulfone, G., Sumathy, M., Grubissa, S., & Palese, A. (2012). Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review. *Assist Inferm Ric*, 31(2), 91-101.

- Caporicci, S. (2018). Il passaggio di consegna infermieristica e il metodo SBAR (situation, background, assessment, recommendation): studio osservazionale. Italia.
- Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., & Chu, F. (2008). Bedside Handover: Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside". *Journal of nursing care quality*.
- Committee on Patient Safety and Quality Improvement. (2007). Communication strategies for patient handoffs. *Obstet Gynecol*, 43(7), 422-428.
- Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. (Periodo 2016-2018). *Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro del comparto Sanità*.
- Cornell, P., Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *Journal of Nursing Administration*, 43(7), 422-428.
- Cornell, P., Gervis, M., Yates, L., & Vardaman, J. (2014). Impact of SBAR on Nurse Shift Reports and Staff Rounding. *Medsurg Nursing*, 23(5), 334-342.
- CRICO Strategies. (2016). *Malpractice risk in communication failures: 2015 Annual Benchmarking Report*. Harvard Medical Institutions, Boston, Massachusetts.
- Croso, A. (2014). Dimissioni difficili: dalla rilevazione di criticità alla costruzione di un'opportunità, il Care manager. *L'infermiere*, 3.
- Damiani, G. (2002). Azienda Sanitaria. *Care*, p. 24-25.
- Dante, A., Andriago, I., Baone, F., Bonamico, R., De Chiara, A., Nait, M., . . . Palese, A. (2016). Occurrence and Duration of Interruptions During Nurses' Work in Surgical Wards. *Journal of Nursing Care Quality*.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physicians communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196.
- Department of Health WA. (2017). *Clinical Handover Tool 0001*. Tratto da <https://ww2.health.wa.gov.au>
- Dowding, D. (2001). Examining the effects that manipulating information given in the change of shift report has on nurses' care planning ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33(6), 836-846.

- Friesen, M., White, S., & Byers, J. (2008). Handoffs: Implications for Nurses. In Hughes RG. (Ed.). *Patient safety and Quality An Evidence-based handbook for Nurse*, Ch 34, 2-285, 2-332.
- Frigeri, M., Brociero, M., Boarino, G., Contini, S., Baudino, M., Dellapiana, P., . . . Papalia, R. (2013). La cartella Sanitaria Integrata come strumento multidisciplinare finalizzato al processo clinico-assistenziale. *Evidence*, 5(6), 1-5.
- Guise, G., & Lowe, N. (2006). Do you speak SBAR? *Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35, 313-314.
- H&HN. (2008). *Reserach and Sentara Health Care* .
- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. 32, 167-157.  
doi:10.1016/S1553-7250(06)32022-3
- Joint Commission. (2008). *National patient safety goals handbook*.
- Joint Commission. (2012). *Joint Commission Prospectives*.
- Journal of Advanced Nursing. (2014). A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *Journal of Clinical Nursing* , Volume 23; 17-18.
- Kassean, H., & Jagoo, Z. (2005). Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover - a case study from Mauritius . *BMC Nursing*, 4(1), 1.
- Kerr, D., Klim, S., Kelly, A., & McCann, T. (2016). Impact Impact of a modified nursing handover model for improving nursing care and documentation in the emergency department: a pre- and post- implementation study. *Int J Nurs Prac*, 22(1), 89-97.
- Kesten, K. (2011). Role-Play Using SBAR Technique to Improve Observed Communication Skills in Senior Nursing Students. *Journal of Nursing Education*.
- King University Online. (2019, Dec 5). *Nurse-to-Patient Ratio: How Many is Too Many?* Tratto da Nursing Center:  
<https://www.nursingcenter.com/ncblog/december-2019/nurse-patient-ratio> [20 Ottobre 2020]

- Kohn, L., Corrigan, J., & Donaldson, M. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kunz, M. (2010). Embracing the electronic medical record: helping nurses overcome possible barriers. *Nursing for women's health*, 14(4), 290-300.
- Manning, M. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economics*, vol. 24, no. 5, 268.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the. *Acta Anaesthesiol Scand*, 143-151.
- Mesaglio, M., Vesca, R., Rossi, A., Narduzzi, B., Fregonese, F., Pestrin, R., . . . Palese, A. (2019). Guida operativa per la riprogettazione delle consegne tra turni. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 38(4), 212-220.
- Messam, K., & Pettifer, A. (2009). Understanding best practice within nurse intershift handover: what suits palliative care? *International Journal of Palliative Nursing*, 15(4):190-6.
- Ministero della Salute. (2004). *Risk management in Sanità: Il problema degli errori*.
- Ministero della Salute. (2011). *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella. 3° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2010)*.
- Ministero della Salute. (2012). *Manuale di formazione per il governo clinico: La sicurezza dei pazienti e degli operatori*.
- Ministero della Salute. (2017, luglio 6). *Cartella Paziente Inegrata - Ministero della Salute*. Tratto da salute.gov.it:  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1679\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1679_allegato.pdf) [20 Ottobre 2020]
- Moorman, D. (February 2007). Communication, Teams, and Medical Mistakes. *Annals of Surgery*, Volume 245, n2.
- Muller, M., Jurgens, J., Redaelli, M., & al., e. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *British Medical Journal*.
- Negammal, S., Abdulqadir, N., Sindhumole, N., & Anupama, S. (2017). Nurses'perception regarding usign the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar . *Journal of Nursing Education ad Practice*, 103-110.

- NSW Health. (2009, September). Implementation toolkit - Standard key principles for clinical handover.
- Pennini, A. (2018). Il passaggio delle consegne e la trasmissione delle informazioni tra professionisti: sicurezza ed efficacia., (p. 47-50). Sondrio.
- Poletti, P. (2012, 10 08). *Handover: Il passaggio delle consegne chiave della sicurezza*. Tratto da CARE: <https://careonline.it/2012/10/handover-il-passaggio-delle-consegne-chiave-della-sicurezza/> [20 Ottobre 2020]
- Porteous, J., Stewart-Wynne, E., Connolly, M., & Crommelin, P. (2009). iSoBAR: a concept and handover checklist the National Clinical Handover Initiative . *MJA*, 190(11), 152-156.
- Randmaa, M., Martensson, G., & Leo Swenne, C. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *British Medical Journal Open*, 1-8.
- Riesenberg, L., Leitzsch, J., & Little, B. (2009). Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual*, 24, 384-390.
- Runy, L. (2008). *Patient Handoffs*. H&Hn Hospitals & Health Networks .
- Saiani, L., & Brugnoli, A. (2013). *Trattato di cure infermieristiche*. Sorbona, II Edizione.
- Scovell, S. (2010). Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 24, 35-9.
- Sentenza, 2031/2017 (Corte suprema di Cassazione 01 2, 2018).
- Siles, A.-M., Laforet, N., & Costantino, C. (2011). Urgence institutionelle: l'institution face a l'evenement traumatique. *Cliniques*, 2, 164-185.
- Smeulers, M., Van Tellinghen, I., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2012). *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients*. Cochrane Database Syst Rev.
- Stewart, K. (2016). *SBAR communication and patient safety: an integrated literature review*. Chattanooga: University of Tennessee School of Nursing .
- Taylor, C. (2002). Assessing patients' needs: does the same information guide expert and novice nurses? *International Nursing Review* , 49(1), 11-9.
- Tucker, A., & Fox, P. (2014). *Evaluating nursing handover: the REED model*. Nurs Std.



- United Kingdom National Patient Safety Agency. (2004).
- Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A., & Greene, B. (2015). Improving Chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Education Today, Volume 35, Issue 7*, 881-887.
- Wentworth, L., Diggins, J., & Johnson, M. (2012). SBAR: Electronic Handoff Tool for Noncomplicated Procedural Patients. *J Nurs Care Qual, 27(2)*, 125-131.
- World Health Organization. (2007). *Communication During Patient Hand-Overs*. Patient Safety Solutions.
- Zacks, J., & Tversky, B. (2001). *Event structure in perception and conception* . Psychol Bull.
- Zinn, C. (1995). 14,000 preventable deaths in Australia. *British Medical Journal*, 310, 1487.

## ALLEGATI

SCHEMA RACCOLTA DATI HANDOVER		Note
STRUTTURA OSPEDALIERA:		
STRUTTURA OPERATIVA:		
DATA OSSERVAZIONE:		
Modalità di trasmissione delle consegne riguardanti i pazienti	<input type="checkbox"/> verbale <input type="checkbox"/> scritta <input type="checkbox"/> a letto del paziente <input type="checkbox"/> registrata	
Caratteristiche dell'unità operativa		
n° posti letto	n° degenti	
n° di infermieri che trasmette le consegne infermieristiche (clinico-assistenziali)		
n° di infermieri che riceve le consegne infermieristiche (clinico-assistenziali)		
n° di consegne di pazienti di cui ogni infermiere trasmette informazioni	n° di consegne di pazienti di cui ogni infermiere riceve informazioni.	
Infermiere n 1	Infermiere n 1	
Infermiere n 2	Infermiere n 2	
Infermiere n 3	Infermiere n 3	
Infermiere n 4	Infermiere n 4	
Infermiere n 5	Infermiere n 5	
Caratteristiche documentazione infermieristica in uso		
Tipologia di documentazione infermieristica	<input type="checkbox"/> Cartella infermieristica cartacea <input type="checkbox"/> Cartella infermieristica informatizzata <input type="checkbox"/> Cartella integrata cartacea <input type="checkbox"/> Cartella integrata informatizzata	

Ora inizio trasmissione consegne		Ora fine trasmissione consegne										Scheda n. _____		
Metodo SBAR		Contenuto delle consegne												
		Consegna 1	Consegna 2	Consegna 3	Consegna 4	Consegna 5	Consegna 6	Consegna 7	Consegna 8	Consegna 9	Consegna 10	Consegna 11	Consegna 12	Consegna 13
<b>SITUATION</b>	Identificazione del paziente	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> Anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso	<input type="checkbox"/> dati <input type="checkbox"/> anagrafici <input type="checkbox"/> posto letto/ <input type="checkbox"/> camera <input type="checkbox"/> degenza <input type="checkbox"/> data <input type="checkbox"/> d'ingresso
	Diagnosi clinica	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<b>BACKGROUND</b>	Descrizione della Relevant History	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Allergie	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<b>ASSESSMENT</b>	Caregiver/ contesto sociale	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Parametri vitali	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Stato di coscienza	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	O2/Ventilazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Alimentazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Attività/Riposo	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Mobilizzazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Eliminazione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Medicazioni	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Terapia <b>ev</b> / Linee intrusive	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<b>RECOMMEN- DATION</b>	Procedure ed esami di laboratorio eseguiti/alterati	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Sintomi e/o segni clinici	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<b>RECOMMEN- DATION</b>	Planning	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
	Esami di laboratorio/ Procedure diagnostiche programmate	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
<b>RECOMMEN- DATION</b>	Planificazione dimissione	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no

		Caratteristiche delle consegne					Note		
Presenza di un foglietto in cui l'infermiere che riceve le consegne annota appunti	Infermiere 1	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 3	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 5	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	Infermiere 2	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 4	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
	Infermiere 1	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 3	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 5	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	Infermiere 2	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 4	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
L'infermiere che trasmette le consegne si avvale della consultazione della cartella infermieristica e/o di altra documentazione	Infermiere 1	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 3	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 5	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no
	Infermiere 2	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 4	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
L'infermiere che trasmette le consegne chiede informazioni e/o remind al collega del suo stesso turno su aspetti assistenziali di uno o più pazienti	Infermiere 1	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 3	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
	Infermiere 2	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	Infermiere 4	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no			
<b>Fattori che interferiscono nel processo di handover</b>		<b>Intervento attuato</b>							
Campanelli	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> C'è una persona addeletta <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che provvede a rispondere) <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che si accerta del grado di priorità) <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che non provvede a rispondere) <input type="checkbox"/> C'è una persona addeletta <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che provvede a rispondere) <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che non provvede a rispondere)							
Telefono	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
Familiari/pazienti	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
Medici	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
Servizi diagnostici/interventi chirurgici/consulenze (il paziente deve essere accompagnato/trasportato oppure il paziente deve rientrare/è appena rientrato in reparto)	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> C'è una persona addeletta <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che provvede a gestire la situazione) <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che non provvede a gestire la situazione) <input type="checkbox"/> C'è una persona addeletta <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che provvede alla presa in carico) <input type="checkbox"/> È a carico di chi trasmette/riceve le "consegne" (che non provvede alla presa in carico)							
Ingresso ricoveri	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
Urgenza	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
Conversazioni del personale	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
<b>Dinamiche tra infermieri nel processo di handover</b>									
Ci sono state discussioni tra il personale infermieristico durante la trasmissione delle consegne?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								
		Infermiere n 1	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no					
		Infermiere n 2	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no					
		Infermiere n 3	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no					
		Infermiere n 4	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no					
	Infermiere n 5	<input type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no						
C'è stato un debriefing rispetto a difficoltà vissute nel turno di lavoro?	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no								

## RINGRAZIAMENTI

Credo di aver immaginato questo momento ogni giorno degli ultimi tre anni, e adesso che sono finalmente arrivata al punto mi rendo conto che tutto quello che invece mi ha reso più felice è stato nel mezzo. Questi anni sono stati un periodo indimenticabile, la routine che mi ha accompagnata nei mesi ha saputo regalarmi emozioni uniche, probabilmente insostituibili e mi ritengo estremamente fortunata che tutto si sia evoluto così.

*“Accadono cose che sono come domande. Passa un minuto, oppure un anno, poi la vita risponde”*

Ovviamente durante il percorso non sono stata sola, affatto, sono felice di aver così tante persone da inserire in questo capitolo.

Comincio ringraziando in primo luogo la mia famiglia che ha saputo accompagnarmi sulla strada che mi ha condotto fino a qui.

Grazie a mio padre, Michele, per avermi trasmesso la passione per la conoscenza, l'occhio critico di chi mette in discussione ogni cosa abbia attorno, la dedizione di chi crede in ciò che sta costruendo e perché no, anche per avermi portato qualche fetta di pizza quando lo studio era troppo intenso e non riuscivo ad uscire dalla mia stanza. Grazie papà per aver sempre saputo intuire i miei momenti e per aver rispettato i miei silenzi, per aver saputo quasi sempre trovare lo spazio giusto attorno a me, senza essere stato né poco né troppo, esattamente il giusto.

Grazie a mia madre, Ines, per avermi fatto aprire gli occhi sull'affascinante mondo della medicina, per avermi insegnato a rispettare ogni persona io abbia incontrato sul mio cammino, per avermi tirato fuori dal buco infernale della ripetizione preesame con “Ti porto a fare shopping” e per avermi insegnato che si può essere chiunque si voglia. Grazie mamma per aver saputo sopportare i nostri caratteri così opposti, per non esserti mai tirata indietro quando c'era bisogno di te ma soprattutto per aver sostenuto ogni mio passo.

Grazie a Lulu, piccolo Lord di casa, per aver aperto improvvisamente la porta tutte le volte che stavo studiando facendomi sobbalzare solo per stamparmi un delicato bacio sulla guancia o per aver cominciato a saltare sul mio letto l'unico giorno libero della settimana. Grazie piccolo per aver dato vita a casa nostra, sei un uragano di emozioni, uno stimolo continuo e anche se il tuo contributo alla mia laurea non è stato materiale sei stato indispensabile con i tuoi abbracci stritolatori per tutto il tempo.

E infine, ma non meno importante grazie a mio fratello Matteo. Simon sei stato una delle presenze più significative per me, non mento se dico che hai saputo insegnarmi più di tanti adulti. Con te ho imparato che la gentilezza, l'amore, il rispetto e l'educazione non sono comportamenti che la nostra generazione ha dimenticato, che essere buoni non significa essere deboli, che amare non è un punto d'arrivo ma la partenza di un lungo viaggio. Non troverò mai parole abbastanza belle per farti capire quanto tu abbia contato e conti per me e non esiste fortuna più grande che essere tua sorella. Ti sarò sempre grata per avermi sopportato e supportato in ogni istante.

Ringrazio anche i miei nonni: Assunta per avermi sempre trasmesso affetto con i suoi abbracci caldi, Rivano per tutti i sorrisi che mi regala ogni giorno, che è molto più di quanto mi aspetti, e Caterina per aver sempre trovato il tempo e il modo di pensare a me. Ma per fortuna la famiglia non è l'unica cosa bella che la vita ha saputo darmi, ci sono infatti molti altri che vorrei ringraziare.

Impossibile ovviamente non nominare Alessio. Spesso la vita ti mette davanti tante persone e non capisci quali valgano davvero il tuo tempo e tu sicuramente l'hai meritato tutto. Non c'è stato un singolo giorno da quando ci siamo incontrati in cui non abbia sentito di significare molto per te, e la cosa è rincuorante perché per me è lo stesso. Avrei tante cose per cui ringraziarti, ma la principale è sicuramente quella di aver saputo sempre farmi ridere. E non è stato facile, lo immagino, soprattutto quando uscivo da ore di tanto studio spesso la testa era un po' persa, ma tu hai sempre tirato fuori qualche idea, qualche posto in cui trascorrere la sera, qualche discorso originale per farmi svagare. Mentre tutto mi portava giù, per mesi interi hai saputo come tirarmi su. Sei stato il contatto più vero con la bellezza della vita, sei stato tutti i tramonti di questa estate, e tutte le albe. E ti ringrazio davvero perché, almeno per adesso, tutte le promesse che sono state fatte inizialmente sono state rispettate. Sei stato un regalo inaspettato, non immaginavo di volerti fino a quando non ti ho avuto e adesso mi accorgo che perderti sarebbe brutto come perdere qualcosa su cui hai puntato tanto. Ce la faremo? Chi lo sa, forse il bello sta proprio nel rischio di fallire che è pari a quello di essere irrimediabilmente felici.

Alle conclusioni però, ogni tanto bisogna arrivarci da soli senza che ci vengano sempre dette: per questo io sarei felice se continuassimo così, con altre albe e altri tramonti. Grazie a te che da caso sei diventato casa. *ADMV*.

Continuo dalla mia persona, la donna più importante della mia vita, la mia S. Il tempo ci aveva fatto incontrare molte volte in passato ma è servita l'UnivPM per farci avvicinare indissolubilmente. Da quel momento è cambiato tutto per me e il percorso universitario è stato colorato da momenti memorabili. Grazie per aver trasformato ogni singolo giorno in un'avventura, per aver sempre trovato tempo da dedicare all'ascolto delle mie fantastiche domande, per aver dato ogni volta la risposta che avevo bisogno di sentire, per aver tenuto la mano sulla mia spalla quando la vita pesava troppo, per aver portato luce quando la giornata era uggiosa ma soprattutto grazie per non aver fatto passare neanche un giorno senza che sapessi quanto ero importante per te. Sei stata la colonna portante di questo periodo, la presenza certa di ogni giorno ed ogni notte, l'abbraccio in cui mi sono rifugiata più volte, la persona che mi ha insegnato che non servono centinaia di amici, ne basta uno se quell'amico per te è famiglia. Hai ragione quando dici che non importa la forma, se S&I o B&V o ancora S&B, l'importante è che il centro non cambi. Questo perché tra tutte, solo tu fai al caos mio Se dovessi scegliere qualcuno a cui affidare mio fratello Matteo, sceglierei te.

Voglio ringraziare sinceramente anche le mie altre due compagne di avventure: Muni per la dolcezza infinita e la gentilezza usata con me ogni giorno (che ha anche provato a trasmettermi con scarsi risultati), anche per suo marito Giuseppe o Giammarco o Giuliano, e Kaur per aver sopportato l'esser chiamata per cognome per tre anni consecutivi, per tutte le sere trascorse nella sua umile dimora a divertirci ma soprattutto per aver smesso di rintronarci con "hai visto il mio dottore?".

Un ringraziamento speciale va a tutti i miei mates dell'Adrenalina: Frà, Anto, Ali, Sere, Desi, avete reso l'università un posto meno noioso, e la quarantena decisamente divertente.

Non dimentico ovviamente Luca, Lalo, Matteo e Jack. Grazie ragazzi per avermi fatto trovare tante buone scuse per fuggire dall'aula durante le lezioni noiose e per avermi fatto stare al freddo mentre fumavate per tre inverni consecutivi (e prego per le firme).

C'è chi è entrato a far parte delle mie giornate nelle battute finali del viaggio ma ha significato ugualmente molto.

Ringrazio per questo Manuel, sempre vicino a me nei momenti belli e in quelli duri con la sua forza e la sua positività indiscussa, grazie baby per aver allietato le mie giornate

con i “buongiorno” migliori e per aver sempre inventato qualcosa per farmi ridere stupidamente.

Ringrazio sentitamente anche tutti gli altri membri della squad:

Mirko, una delle persone più geniali e istruite che conosca grazie al quale ho potuto stampare una tesi stupenda; Ila, la mia immagine speculare, che c'è stata per me sin da subito con i suoi consigli; Maik, suo compagno di vita, che ha sempre trovato il modo di farmi divertire; Silvi, la compagna di giornate in palestra; Stè, che ho disturbato ogni giorno per farmi spiegare gli esercizi ma che ha sempre saputo come aiutarmi.

Una menzione doverosa è quella per i collaboratori dell'Università Politecnica delle Marche.

Innanzitutto, ringrazio la mia Relatrice, la Dottoressa Mara Marchetti, per avermi voluto accompagnare in questo percorso ed essere stata il mio faro negli anni che sono trascorsi e il mio Correlatore, il Dottor Andrea Toccaceli, per aver non solo reso l'unica materia al mondo che ho sempre odiato (statistica) interessante ma anche per avermi trasmesso il desiderio di essere una professionista migliore.

Affiancato ai miei professori ringrazio anche il Dottor Maurizio Mercuri per avermi permesso di studiare in un'università valida dove il conseguimento del titolo di studio non è meramente l'acquisizione di un foglio di carta ma la trasmissione di un principio etico nell'anima.

Un grazie particolare va a Federica di Sabatino e all'Unità Operativa di Medicina Interna per aver accolto il mio progetto, in particolare a Riccardo per tutto il supporto che ha saputo darmi e a Diego per avermi fatto sicuramente imparare a scrivere le etichette.

E per ultima, ringrazio me.

Per tutte le volte che hai temuto di non farcela, per tutti i giorni che hai sacrificato sapendo che il futuro un giorno sarebbe stato presente, per tutte le notti passate a ripetere un argomento non chiaro, per le decine di pennarelli con cui hai imbrattato fino alla morte la lavagna nel tentativo di far ordine di idee, per tutti i fogli scritti, accartocciati e poi gettati sapendo di dover ripartire da capo ma soprattutto per ogni momento in cui allo stremo hai guardato la scritta sul muro sapendo che era vera: *“Anche quando non ce la fai, alla fine, ce la fai sempre”*.

E oggi ce l'hai fatta.