



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**UNA COMUNICAZIONE EFFICACE COME
OBIETTIVO PER LA SICUREZZA DEL
PAZIENTE: STUDIO QUALITATIVO
SULL'HANDOVER INFERMIERISTICO**

Relatore:
Dott. Daniele Messi

Tesi di Laurea di:
Costanza Bartoccio

Correlatore:
Prof.ssa Erica Adrario

A.A. 2020/2021

INDICE

Introduzione	1
La comunicazione nel setting sanitario.....	2
Epidemiologia degli eventi avversi in relazione alla comunicazione infermieristica ..	6
La percezione degli infermieri sulla consegna infermieristica	8
Strategie formative nei reparti di emergenza	9
Bisogno di formazione.....	14
Obiettivo	16
Materiali e metodi.....	17
Disegno di ricerca	17
Campione e campionamento.....	17
Setting	18
Variabili	18
Strumenti.....	18
Periodo di analisi	19
Metodi di analisi	19
informativa sul trattamento dei dati, consenso alla registrazione, consenso al trattamento di dati:.....	19
Risultati.....	20
Caratteristiche del campione.....	20
Focus Group: analisi del contenuto	23
Discussione	35
Conclusioni	39
Bibliografia e Sitografia.....	40
Allegati.....	42

ABSTRACT

Background: In ambito sanitario la comunicazione è quel processo attraverso il quale le informazioni vengono scambiate in modo chiaro tra i componenti del team. La trasmissione di informazioni sulla situazione del paziente da un professionista sanitario ad un altro, è definita handover. L'handover infermieristico si modula a seconda della tipologia di setting assistenziale e molti fattori contribuiscono a diversificare stili diversi di consegna. Una comunicazione errata potrebbe portare l'avvento di eventi avversi e recare danno al paziente, alla qualità dell'assistenza e una poca gratificazione al professionista. Molti fattori determinano una bad-comunication e la formazione dell'infermiere in relazione all'handover potrebbe ridurre notevolmente il rischio di recare danno.

L'obiettivo dell'elaborato è quello di identificare ed esplorare attraverso il vissuto dei professionisti con metodo qualitativo quale Focus Group, le dinamiche che si legano all'handover infermieristico con particolare riferimento alle caratteristiche della comunicazione, agli esiti prodotti e al ruolo dell'esperienza clinica e alle strategie formative orientate al miglioramento della pratica clinica.

Materiali e metodi: È stata effettuata una revisione della letteratura messa in pratica con l'analisi di diversi database. In un secondo momento si è svolto un Focus Group di infermieri abilitati all'esercizio nelle strutture di degenza sia dell'area critica che di degenza ordinaria, su base volontaria. Le tematiche del Focus Group sono state delineate da una traccia di intervista semi-strutturata, i dati relativi all'interazione tra i partecipanti sono stati raccolti attraverso due griglie di osservazione. Prima di iniziare il Focus Group è stato somministrato un questionario dove sono stati raccolti dati generici. L'ultima fase è stata l'analisi dei contenuti grazie ai quali è stato possibile rielaborare le informazioni.

Risultati: Lo studio ha coinvolto 11 infermieri ed esplorando il vissuto dei professionisti emergono tre aree tematiche principali con relative sottocategorie. (I) Differenti modalità di consegna infermieristica e tre sottocategorie: Limiti e vantaggi, criticità della consegna infermieristica, peculiarità tra l'area critica e la degenza ordinaria. (II) Tempo dedicato alla consegna infermieristica e due sottocategorie: Interferenze e possibilità di eventi

avversi. (III) Formazione con le due relative sottocategorie: Formazione ricevuta e bisogno di formazione

Discussione: Dall'analisi dei contenuti e dalla revisione della letteratura svolta precedentemente emergono delle linee comuni che confermano i dati ottenuti dalle revisioni. Dall'analisi effettuata emerge una diversificazione sulle modalità di trasferimento dati, l'assenza o l'uso erraneo di un metodo standardizzato, la presenza di aspetti critici che determinano una errata comunicazione come la numerosità delle interferenze, l'assenza di un linguaggio comune e la mancanza di tempo per effettuare un buon passaggio di consegna. Emergono però dei vantaggi come la face to face communication, l'utilizzo di fogli prestampati con informazioni riassuntive e la presa di appunti durante la fase orale. Per quanto riguarda la formazione, molto sentita dai partecipanti, emerge un bisogno formativo espresso dagli infermieri già a partire dalla formazione di base approfondendo poi la tematica in ambito di formazione continua. I partecipanti danno come soluzione l'utilizzo di simulazioni ad alta fedeltà. Dall'analisi dei risultati e dei contenuti è evidente la corrispondenza con quanto affermato dagli autori in letteratura in tutte e tre le tematiche.

Conclusioni: Dallo studio emerge che il 100% dei partecipanti ritiene l'handover infermieristico un aspetto fondamentale della pratica infermieristica a conferma del fatto che il 100% ritiene essenziale una metodologia standardizzata di comunicazione durante il passaggio di consegna che manca, ciò è convalidato dal fatto che essi stessi ne hanno avuto esperienza nella pratica clinica. Nonostante ciò, non sono state implementate delle strategie e degli aspetti formativi allo scopo di migliorare la pratica dell'handover e quindi l'insoddisfazione dei professionisti permane. Data la numerosità delle criticità e la mancanza di formazione che viene confermata dal 100% dei partecipanti, è necessario agire implementando gli eventi formativi sia nel percorso di base, sia in materia di formazione continua così come emerge dai bisogni espressi dai partecipanti al fine di ridurre ogni incertezza e migliorare la propria gratificazione e la propria performance lavorativa garantendo un miglioramento della qualità infermieristica

Parole chiavi individuate: handover, hand-off, trasferimento di informazioni, formazione continua

INTRODUZIONE

In ambito sanitario la comunicazione è quel processo attraverso il quale le informazioni vengono scambiate in modo chiaro tra i componenti del team. Così come recita il Codice Deontologico degli infermieri del 2009, l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica e riconosce che "l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito". L'infermiere quindi "collabora con i colleghi e gli altri operatori" e inoltre, "garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi". In questo modo "L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore". Egli per far ciò "partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico".

La sicurezza nella continuità della cura dei pazienti è l'obiettivo della "consegna infermieristica". Il passaggio delle consegne è un momento di fondamentale importanza all'interno del processo di cura dell'assistito, che garantisce la continuità assistenziale. Questo diventa un processo continuo e condiviso durante tutta la degenza e non, della persona assistita. Le persone assistite sono prese in carico da numerosi infermieri che lavorano a stretto contatto con altri professionisti, garantendo il lavoro in team multidisciplinare.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la campagna 'Alliance for Patient Safety', iniziata nel 2004 aveva lo scopo di mettere i pazienti e i loro familiari al centro del movimento internazionale per il miglioramento della sicurezza in campo sanitario, per bilanciare le attività di ricerca; nel 2007 ha diffuso una specifica soluzione 'Communication during patient handovers', in cui viene sottolineato 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 e con le residenze protette, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza. Una comunicazione imprecisa e con minor dati durante il cambio turno, durante il cambio di reparto, aumenta il rischio che insorgano eventi avversi. Le

conseguenze possono quindi recare danno per il paziente e aumentare il disagio comunicativo tra operatori sanitari.

LA COMUNICAZIONE NEL SETTING SANITARIO

Il sistema sanitario è un sistema ad elevata complessità, caratterizzato dall'interazione di molteplici elementi umani, tecnologici ed organizzativi. (Federico Fioretto, 2015) Per rispondere ai bisogni dell'utente è importante utilizzare una comunicazione efficace ed è importante che ogni professionista possieda la capacità di confrontarsi con un gruppo di lavoro, mantenendo una propria autonomia professionale. Per un efficace ed efficiente funzionamento del gruppo, nonché per il raggiungimento degli obiettivi di cura è fondamentale una buona comunicazione. (Federico Fioretto, 2015)

La comunicazione è il processo per mezzo del quale messaggi, opportunamente codificati, vengono scambiati tra due o più soggetti attraverso un canale. (Federico Fioretto, 2015)

In ambito sanitario la comunicazione è il processo attraverso il quale le informazioni vengono scambiate in modo chiaro ed accurato tra i componenti del team, incluso il paziente. Affinché la comunicazione sia efficace deve essere completa, chiara, concisa e tempestiva. (Michael D Cohen, 2010) La trasmissione di informazioni sulla situazione del paziente da un professionista sanitario ad un altro, è definita handover. In italiano il passaggio di informazioni tra medici e infermieri o tra famiglie professionali omogenee è definito "consegna". (Giampiera Bulfone, 2012)

Trasferendo le informazioni, si trasferisce anche la responsabilità del paziente garantendone la sua sicurezza. Il passaggio di consegne handover è divenuto nei sistemi sanitari sempre più frequente e costituisce un momento di rischio per la sicurezza del paziente. (Cinzia Pezzolesi, 2010)

Ciò che contraddistingue la consegna da altre tipologie di comunicazione è la tipologia del paziente e il trasferimento di responsabilità di esso da un professionista ad un altro. L'obiettivo primario della consegna è quello di fornire informazioni accurate riguardo alla presa in carico, al trattamento, alle condizioni attuali e qualsiasi recente o prevedibile cambiamento. (Michael D Cohen, 2010)

Il passaggio delle consegne avviene in molti ambiti durante il percorso di cure: accesso alle cure primarie, passaggio da un medico all'altro, cambio di turni degli infermieri, trasferimento da una unità operativa o struttura all'altra, passaggio dal Pronto Soccorso

al reparto, dimissione verso il domicilio o altra struttura residenziale. (World Health Organization, 2007). Tutto questo processo ha lo scopo di garantire la continuità assistenziale del paziente durante il suo processo di cura.

Parliamo di consegna infermieristica quando un infermiere cede la responsabilità della presa in carico del paziente ad un altro infermiere, ad esempio a fine turno. (Marian Smeulers, 2014) Le informazioni riguardo il processo di cura del paziente possono essere trasferite in qualsiasi momento: a fine turno, al trasferimento di un paziente in un altro contesto (da un reparto chirurgico ad un reparto di terapia intensiva), alla dimissione, al momento di briefing o in follow up. In letteratura possiamo individuare varie modalità per trasmettere le informazioni. Ci possono essere consegne infermieristiche in forma scritta, orale, registrata, con una combinazione di metodi (es. consegne scritte e verbali) o al letto del paziente. Perciò la modalità di comunicazione può essere face-to-face di coppia (l'infermiere che dà le consegne e l'infermiere che le riceve), di gruppo (chi ha preso in carico il paziente nel turno appena concluso e chi lo prenderà), ma anche senza alcuna sovrapposizione tra i turni come avviene con le consegne scritte, lette da chi inizia il turno senza alcun contatto con chi le ha scritte. (Giampiera Bulfone, 2012) La consegna orale consente l'interazione di più professionisti, la possibilità di discutere sul paziente e sul suo trascorso ospedaliero e la delucidazione su informazioni poco chiare. (Nancy Stagers, 2012)

Ad ogni modo una comunicazione puramente verbale, senza il sostegno di una documentazione scritta è rischiosa perché ci si affida alle capacità mnemoniche del professionista che passa le informazioni. (Nancy Stagers, 2012) Uno studio pilota ha utilizzato tre stili di consegna e la quantità di perdita di dati è stata registrata per ogni stile. Uno stile di consegna puramente verbale ha comportato la perdita di tutti i dati dopo tre cicli. Uno stile per prendere appunti (lo stile tradizionale utilizzato nella maggior parte dei reparti ospedalieri) ha comportato il trasferimento corretto solo del 31% dei dati dopo cinque cicli. Quando un foglio preparato in precedenza è stato incluso con la consegna verbale, la perdita di dati è stata minima ed ha dimostrato essere una buona strategia comunicativa. (Tobiano, 2018)

La consegna al letto del paziente è orale e lo pone al centro dello scambio di informazioni, coinvolgendolo a partecipare. Per coinvolgere i pazienti sono però richieste agli infermieri competenze di costruzione di relazioni, la capacità di individualizzare

l'assistenza e di considerare prospettive biopsicosociali. (Nancy Staggers, 2012) Nonostante l'approccio 'bed-side' ha molti lati positivi viene impiegata poco nella realtà italiana, rispetto ad altre realtà.

Durante la consegna scritta, non verbale, l'infermiere si informa leggendo direttamente i documenti componenti la cartella clinica del paziente. (Marian Smeulers, 2014) La documentazione viene scelta dall'azienda ospedaliera ma vengono comunque lasciati degli spazi liberi in cui annotare l'evoluzione del paziente e le informazioni importanti per garantire la continuità assistenziale. Nel caso della consegna scritta una cartella informatizzata assicura maggiore accuratezza e affidabilità delle informazioni e diminuisce i tempi per scrivere, leggere o recuperare i dati. (Giampiera Bulfone, 2012) Per garantire la continuità assistenziale nella documentazione è importante richiedere chiarimenti a chi ha scritto informazioni così da ridurre i rischi avversi in sanità.

Per selezionare e organizzare le informazioni da trasmettere in letteratura sono stati individuati differenti approcci. Uno degli approcci più comuni è quello narrativo, che consiste nella narrazione in ordine temporale delle informazioni da quando il paziente è stato preso in carico al momento della consegna. (Giampiera Bulfone, 2012)

Uno svantaggio della modalità narrativa è che richiede molto tempo per scrivere e leggere delle informazioni specifiche. (World Health Organization, 2007)

Esistono anche modelli più strutturati per quanto riguarda l'handover infermieristico:

Modello SOAP (Subjective, Objective, Analysis e Plan): modello orientato ai problemi. In questo acronimo la "S" si riferisce ai dati o sintomi espressi dal paziente (dati soggettivi); la "O" ai dati oggettivi e include i dati raccolti dall'infermiere; dopo aver analizzato sia i dati oggettivi che quelli soggettivi si ha l'Accertamento, che rappresenta una diagnosi, una impressione o un cambiamento delle condizioni; Infine si ha la Pianificazione degli interventi infermieristici correlati al problema identificato. (Giampiera Bulfone, 2012)

Focalizzato sugli scostamenti dalla normalità: è basato su un sistema di standard, protocolli e parametri di valutazione: se il paziente rientra in questi parametri non viene documentato, mentre sono documentate o riferite solo le variazioni. Potrebbe essere utilizzato, per esempio, in ambito chirurgico, dove il decorso postoperatorio è noto. (Giampiera Bulfone, 2012)

L'approccio per focalizzazione (focus charting): Si tratta di un approccio centrato sul paziente e sugli esiti, può essere adattato a qualsiasi contesto clinico e promuove la documentazione interdisciplinare. Le informazioni sono facilmente reperibili perché organizzate secondo gli esiti: siccome spesso gli esiti rappresentano il superamento di un problema (ad esempio la lesione da decubito), un sintomo (la nausea) o il miglioramento di un cambiamento delle condizioni (da dipendente nelle ADL a indipendente), questo approccio è ritenuto simile a quello orientato ai problemi. Dal punto di vista metodologico, l'aspetto che li differenzia è proprio nel focus: chi utilizza quest'approccio è più concentrato sugli esiti raggiunti che da raggiungere. Per selezionare e organizzare i dati si può utilizzare l'acronimo DAR (Data, Action and Response). (Giampiera Bulfone, 2012)

L'approccio globale del paziente: si basa sul modello SBAR (Situation, Background, Assessment e Recommendation) supportato anche da JCAHO ed efficace soprattutto nella trasmissione delle informazioni verbali e nei briefing multi professionali quando è discussa la situazione del paziente. (Giampiera Bulfone, 2012)

Questo approccio è un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche particolarmente adatto al contesto dell'emergenza. La caratteristica di questo metodo, oltre alla sua versatilità e semplicità, è quella di contribuire alla formazione di un modello mentale condiviso tra gli operatori che favorisca la comunicazione efficace e garantisca la sicurezza del paziente.

L'Organizzazione mondiale della Sanità nella specifica soluzione Communication during patient handovers sottolinea che le informazioni da comunicare durante una consegna sono la situazione attuale del paziente, piano terapeutico, terapia, direttive anticipate (advance directives) e qualsiasi cambiamento significativo delle condizioni del paziente. (World Health Organization, 2007)

Un altro argomento di spicco è la tempistica della durata della consegna infermieristica. Se un infermiere deve scrivere e comunicare le consegne per 10 pazienti e per ciascuno impegna almeno 5 minuti, e la mattina riceve consegne dalle 7.00 alle 7.30 (trenta minuti), complessivamente, il tempo-infermiere dedicato a ricevere ed a dare consegne è di circa 70 minuti/turno, il 16/17% del tempo lavorativo. (Giampiera Bulfone, 2012)

Nel 2006 la National Patient Safety Agency nelle linee guida "Consegne sicure: paziente sicuro" ha raccomandato consegne brevi.

Il tempo che viene dedicato alla consegna varia in base a:

- modalità utilizzata (scritta, verbale o combinata) (Giampiera Bulfone, 2012)
- Contesto (al letto del paziente, in luogo appartato) (Giampiera Bulfone, 2012)
- Numero di pazienti su cui comunicare e al numero di nuovi pazienti. (Giampiera Bulfone, 2012)
- Livello di formazione ed esperienza del gruppo infermieristico: Uno studio australiano, il cui scopo era quello di descrivere le attività intraprese dagli infermieri nei reparti medici per acuti, ha osservato che il tempo dedicato alla consegna andava dal 7% al 12% del turno lavorativo a seconda del livello di esperienza professionale dell'infermiere. (Chaboyer W, 2008)
- Momento della giornata (mattina, pomeriggio, sera): in genere le consegne serali e quelle del mattino durano di meno. (Giampiera Bulfone, 2012) In uno studio australiano, si è osservato che la consegna del mattino durava dai 15 ai 22 minuti, al pomeriggio dai 30 ai 50 minuti, mentre la sera dai 27 ai 40 minuti. (Amanda Sexton, 2004)
- Stile del gruppo infermieristico: se il gruppo tende a raccontarsi eventi personali o è focalizzato sui pazienti.

EPIDEMIOLOGIA DEGLI EVENTI AVVERSI IN RELAZIONE ALLA COMUNICAZIONE INFERMIERISTICA

La molteplicità di professionisti con cui viene a contatto il paziente durante il processo di cura è notevole e i momenti in cui ci si scambiano informazioni sono tanti. Detto ciò sappiamo che l'errore umano e l'errore professionale sono componenti che non si possono eliminare e proprio questi momenti diventano rischiosi per la sicurezza del paziente. È necessario tenere presente però che non tutti gli errori latenti producono un errore attivo e che non tutti provocano un danno. Affinché l'errore avvenga è necessario che superi tutte le barriere predisposte all'interno della struttura. Si parla quindi di quasi errori o 'near miss' quando vi sono situazioni di elevato potenziale di rischio ma che solo per ragioni accidentali o per l'intervento di un operatore non hanno causato un errore o un incidente. Secondo una revisione della Joint Commission sull'analisi delle cause più frequenti alla base degli eventi sentinella segnalati volontariamente negli Stati Uniti,

risulta che negli anni 2013-2014-2015 gli eventi segnalati sono riconducibili ad un problema di comunicazione rispettivamente per il 63%, 64% e 72% (Health, 2012)

Per quanto riguarda il contesto Italiano, invece, di 1918 eventi sentinella segnalati tra settembre 2005 e dicembre 2012, il 38% sono attribuibili a fattori legati alla comunicazione (Alessandro Ghirardini, 2013). Uno studio australiano, analizzando 241 incidenti relativi alla gestione clinica infermieristica, ha evidenziato che il 22% degli errori è attribuibile ad una inefficace comunicazione tra infermieri durante le consegne. (D T Tran, 2010)

Una inefficace comunicazione durante le consegne può avere conseguenze per la sicurezza del paziente sia a lungo termine che immediate. Nell'immediato una consegna inadeguata comporta una perdita di informazioni, ritardi nella formulazione di una diagnosi o nell'individuare cambiamenti delle condizioni del paziente, maggiore incidenza di eventi avversi che mettono in pericolo la vita del paziente. Invece, i potenziali effetti a lungo termine includono un aumento delle denunce da parte dei pazienti, un aumento dell'ospedalizzazione, un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria (Therese M Gardiner, 2015).

I fattori invece che determinano una consegna efficace e efficiente sono:

- La possibilità di prendere appunti durante la consegna (Catherine Amber Welsh, 2010), a tal proposito la Joint Commission indica al professionista sanitario che sta ricevendo le informazioni di scriverle su un foglio di carta (read-back).

- La Face-to-face communication: tra chi dà e chi riceve le informazioni, poiché permette di fare domande se si hanno dei dubbi.

- Avere delle check-list o un foglio pre-stampato (Catherine Amber Welsh, 2010) con alcune informazioni scritte come ad esempio i dati anagrafici, anamnestici, allergie, in cui aggiungere le informazioni che si ricevono.

- Avere una consegna strutturata (Catherine Amber Welsh, 2010) e definita e a tal proposito l'Organizzazione Mondiale della Sanità suggerisce di utilizzare la tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment e Background).

- Utilizzo di un sistema informatizzato per la raccolta globale dei dati del paziente che ha lo scopo supportare il processo della consegna.

LA PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI SULLA CONSEGNA INFERMIERISTICA

Per intraprendere lo studio si è reso necessario esplicitare quella che è la percezione degli infermieri partendo dalla letteratura rispetto al tema affrontato, capire quindi come viene vissuta e cosa effettivamente suscita la consegna infermieristica nel professionista infermiere.

Hans-Martin Hasselhorn, Madeleine Estryng-Behar, Olivier Nézet, Janusz Pokorski & Dinah Gould (2007) nello studio "Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study", hanno messo a confronto le varie opinioni degli infermieri sull'handover infermieristico a livello europeo. Lo studio si pone come obiettivo quello di valutare la percezione dei professionisti infermieristici sul passaggio di consegna e le possibili cause di insoddisfazione in 10 paesi europei. I paesi coinvolti nello studio sono: Belgio, Finlandia, Francia, Germania, Inghilterra, Italia, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia e Slovacchia. Sono stati distribuiti 77.681 questionari e circa il 51% delle risposte deriva da ospedali, case di cura e assistenza domiciliare. In totale, sono stati presi in considerazione 22.902 questionari con indice di inclusione quello dell'ambiente ospedaliero come ambito lavorativo. I dati sono stati ricavati da un'unica domanda a risposta chiusa "Sei soddisfatto del passaggio di consegna al cambio turno?". A chi ha risposto negativamente è stato chiesto di indicare uno o più dei seguenti motivi: mancanza di tempo; mancanza di spazio; atmosfera lavorativa povera; scambio insufficiente di informazioni; troppi disturbi e altri motivi. Questo studio risulta essere chiarificatore poiché 9000 infermieri sui 22902 presi in considerazione per lo studio, non sono soddisfatti, quindi il 39% del campione, circa 2 infermieri su 5 non sono soddisfatti della consegna infermieristica svolta a fine turno.

La causa che viene ripetutamente segnalata come grado di insoddisfazione per le consegne svolte al cambio turno era "troppi disturbi". Questo era un problema tra il 9% e il 44% degli intervistati. "Mancanza di tempo" era la ragione più consueta di insoddisfazione in Francia, Polonia e Slovacchia. "Scambio di informazioni insufficiente" durante i turni di consegna era motivo di insoddisfazione tra il 4% e il 19% degli intervistati. Anche la "mancanza di spazio" è emersa come importante problema tra il 5% e il 16%. La motivazione meno selezionata è stata quella "atmosfera lavorativa povera". L'alta prevalenza di infermieri insoddisfatti la troviamo in Germania (55%) e Italia (53%) dove la lamentela principale è stata "troppi disturbi". Al contrario, molti degli infermieri

ospedalieri in Polonia e Slovacchia si sono dichiarati soddisfatti della consegna al cambio di turno. Questa è una scoperta gradevole poiché in questi paesi le infermiere riportano le condizioni di lavoro più dure, poca salute fisica e psicologica. (Hans-Martin Hasselhorn, 2003). I risultati dello studio indicano che le modalità organizzative del lavoro sono i fattori chiave che determinano la soddisfazione degli infermieri con la consegna infermieristica svolta al cambio turno. Gli autori dell'articolo concludono dicendo che in molti paesi, i fattori organizzativi relativi alla consegna dovrebbero essere rivisti e soprattutto migliorati.

STRATEGIE FORMATIVE NEI REPARTI DI EMERGENZA

Errori prevenibili in sanità si verificano abitualmente e possono portare danno e fino ai casi più gravi alla morte del paziente. Il dipartimento di emergenza (ED) è chiaramente incline a tali errori e l'evidenza suggerisce che il potenziamento del lavoro di squadra è un aspetto importante per ridurre l'errore nelle strutture di cura per acuti. Sono in atto solo poche strategie per allenare le capacità di squadra e la comunicazione in situazioni interprofessionali. L'errore medico e dei professionisti che collaborano ha ricevuto molta attenzione da quando l'Institute of Medicine ha stimato che, solo negli Stati Uniti, fino a 98.000 pazienti muoiono ogni anno per errori medici prevenibili. Mentre i numeri esatti rimangono difficili da misurare, studi più recenti stimano che il numero di decessi attribuibili a errori medici sia di circa 250.000 all'anno solo negli Stati Uniti. (Dorothea Eisenmann, 2018)

L'interazione tra i professionisti dei dipartimenti di emergenza come può essere per il pronto soccorso può essere aumentata e un miglior coordinamento all'interno dei team in terapia intensiva è stato associato a una diminuzione della mortalità dei pazienti. Le situazioni di trasferimento delle cure, come il passaggio dal preospedaliero alle équipe ospedaliere, sono particolarmente suscettibili ad errori medici e infermieristici, dovuti a problemi di comunicazione e perdita di informazioni. Questi fattori, fortunatamente, sembrano essere suscettibili con la formazione. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha specificamente suggerito di migliorare la collaborazione interprofessionale come un modo importante per ridurre l'errore. Il recente "Call to Action for Emergency Medicine" di Wilbur sottolinea l'importanza di questa collaborazione, sostenendo l'attuazione della formazione interprofessionale e la sua valutazione in medicina d'urgenza allo scopo di migliorare la comunicazione interprofessionale e collegata all'handover del paziente per

garantirne la sua sicurezza. È dunque probabile che erogare interventi educativi precoci allo scopo di migliorare la comunicazione all'interno dei team sanitari risultino vantaggiosi per i pazienti. Tuttavia, i professionisti che dovrebbero collaborare di routine con gli altri in un ED interdisciplinare sono formati ed educati e formati separatamente in molti paesi, rendendo reale lo sviluppo di modelli mentali condivisi, un linguaggio comune o una chiara concezione dei reciproci ruoli. (Dorothea Eisenmann, 2018)

L'aumento della pressione sui dipartimenti di emergenza (ED) è stato ben documentato negli ultimi anni e pone sfide agli operatori sanitari lungo tutto il percorso del paziente. Una di queste sfide consiste nell'eseguire un passaggio documentato, sicuro ed efficiente dell'assistenza al paziente tra professionista sanitario in uscita e in arrivo. Molte volte il passaggio di consegne risulta incompleto o poco preciso e ciò è preoccupante se si considera anche l'impatto del lavoro negli ED e l'abbandono cognitivo alla fine del turno. L'avvento delle cartelle cliniche elettroniche (EMR) offre l'opportunità di standardizzare i passaggi di consegne, introdurre il controllo di qualità e allontanarsi da quello che era storicamente un processo informale e rischioso. In letteratura sono state documentate molteplici strategie per migliorare il processo di consegna e un tema comune è la standardizzazione dei processi di passaggio di consegne. (Mark Sykes, 2020)

La società SIARTI, ha voluto sollevare il problema sulla modalità di trasmissione delle informazioni dove si concentra il maggior rischio di errore. In uno studio del 2018 dal titolo: *Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli anestesisti rianimatori*, suggerisce delle linee guida per lo sviluppo di strumenti che possano migliorare il setting del momento di passaggio della presa in carico del paziente. Tra le metodologie che si sono mostrate efficaci per migliorare il processo del passaggio di consegne, il metodo "I-PASS" (Illness, Patient, Action, Situation, Synthesis) risulta di facile uso ai differenti contesti in cui operano gli Anestesisti Rianimatori italiani e gli operatori sanitari che lavorano a contatto con essi. In questo documento viene quindi proposto questo metodo per indicare uno strumento di lavoro finalizzato a promuovere la cultura della sicurezza nell'ambito dell'handover, migliorando la qualità dell'assistenza. Nel documento viene indicata la necessità di un supporto della comunicazione scritta a quella verbale. Il trattato riporta: " Sia quando si tratti di un intervento sincronico (es. team chirurgico) sia quando si tratti di un intervento diacronico di più professionisti (es. cambio di turno), la comunicazione, scritta e/o orale, dovrà essere":

- Concisa per evitare consumo inutile di tempo: ad esempio ponendo l'attenzione sulle parti anamnestiche più utili a spiegare le condizioni attuali evitando di effettuare riepiloghi inutili.
- Concreta mirata a far comprendere i problemi risolti e quelli ancora irrisolti, valutando la metodologia corretta insieme per poter risolverli insieme
- Corretta basata su dati oggettivi
- Completa (in grado di fornire un'informazione coerente e chiara relativamente allo stato clinico, al decorso ma anche alle attività svolte e da svolgere)
- Chiara senza fraintendimenti

Sulla qualità del processo informativo che costituisce il passaggio di consegna influiscono sensibilmente una serie di fattori (le relazioni tra i componenti del gruppo, l'esperienza, l'ambiente, il background culturale, la rilevanza della leadership) che, data la loro estrema variabilità in relazione al singolo contesto, rendono particolarmente difficile offrire raccomandazioni uniformi. Pur tenendo conto di questa variabilità e dei numerosi metodi offerti da vari autori per promuovere la cultura della sicurezza durante il passaggio di consegna, il metodo proposto nel presente documento fa riferimento alle 5 dimensioni essenziali: Illness, Patient, Action, Situation, Synthesis (I-PASS), facilitandone la memorizzazione ed il loro richiamo in fase operativa. Il metodo I-PASS costituisce una rielaborazione in chiave clinica di una tecnica standardizzata di trasmissione delle informazioni (SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation) e centrata sulle criticità. Nel metodo I-PASS (Tabella 1), si valuta la gravità del paziente, si fa una sintesi clinica, si comunica il programma operativo, le possibili evoluzioni e quali misure previste si debbano adottare. L'ultimo item è destinato al ricevente del messaggio che ripete i punti più importanti e pone, eventualmente, domande.

Tabella 1. Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli anestesisti rianimatori, Siarti, 2018

SBAR	I-PASS		
	FUNZIONE	NUCLEO INFORMATIVO	CONTENUTO
Situation	I - Illness (gravità)	Tipo e gravità della patologia	Stabile, da tenere in osservazione, instabile
Background	P - Patient (riassunto)	Anamnesi e sintesi clinica	Diagnosi principale. Motivi del ricovero. Percorso di cura. Accertamenti in corso.
Assessment	A - Action (programma)	Lista delle attività	Cose da fare. Programma. Priorità. Tempistica.
Recommendation	S - Situation (pianificare-allertare)	Conoscenza della situazione e pianificazione delle possibili evoluzioni	Condizioni del paziente al momento della consegna. Previsioni di possibili evoluzioni.
	S - Synthesis (dal ricevente)	Sintesi dei punti principali da parte di chi riceve le informazioni	Il ricevente riassume le priorità ed i prossimi passaggi operativi. Pone eventuali domande.

Nel documento viene inoltre inserito come procedere al passaggio di informazioni su ogni unità operativa e come migliorarla. In generale la SIARTI propone riunioni periodiche tra i vari professionisti, registro dei problemi, aggiornamento professionale continuo e valorizzare il lavoro in equipe, standardizzazione e condivisione di processi che possono essere ripetuti.

Il processo di trasmissione delle informazioni richiede tempo, che deve essere considerato tempo di assistenza e cura e quindi incluso nella pianificazione.

Nelle linee guida si parla anche del Pronto Soccorso come un luogo rumoroso e sovraffollato che si presta poco ad una comunicazione chiara e concisa. Il coinvolgimento contemporaneo di molti professionisti e l'elevato numero di pazienti, rende il passaggio di consegna più complesso ed esposto ad interruzioni e perdita di informazioni. Lo stesso si può dire dei sistemi di risposta all'emergenza, sul territorio e in ospedale. Per garantire la massima efficienza secondo la Siarti si devono adottare schemi rapidi e precisi di trasferimento delle informazioni con lo scopo di garantire una operatività sinergica tra tutti i professionisti.

L'adozione di un nuovo sistema per il passaggio di consegne deve essere percepito come un'opportunità di miglioramento nell'attività assistenziale, anche attraverso una crescita dell'abilità comunicativa tra gli operatori dei vari team e tra professionisti, pazienti e familiari. Come cita la Siarti nel documento "La "malpractice relazionale" rappresenta infatti il principale motivo di insoddisfazione dei pazienti e dei loro familiari, spesso alla base di contenziosi legali"

Tutto il personale dovrebbe quindi essere formato ad utilizzare metodologie di comunicazione strutturata, poiché queste aumentano la performance del team e

migliorano la soddisfazione sia degli utenti sia del personale, riducendo gli errori di comunicazione. Tra i vari protocolli elaborati a livello internazionale e i vari sistemi standardizzati, la Siarti propone l'adozione dell'I-PASS, adattabile ai vari contesti sia in ambito anestesiologicalo che intensivistico, la cui efficacia è stata dimostrata in diversi studi. È augurabile che la comunità scientifica ne riconoscano la rilevanza allo scopo di migliorare la sicurezza del paziente, a partire dalla formazione alla buona comunicazione, sia durante il percorso di studi accademico, sia nel percorso di formazione continua.

Oltre la metodologia I-PASS la letteratura è concorde nell'utilizzo del metodo SBAR nell'ambito dell'area critica in quanto entrambi aiutano ad organizzare il pensiero senza lasciare molto spazio alle risorse culturali, familiari del paziente. Tale metodo venne sviluppato dalla Marina degli Stati Uniti, usato come tecnica di comunicazione nei sottomarini nucleari e solo nel 1990 al Kaiser Permanente della California è stato adottato nell'ambito sanitario per promuovere una cultura di sicurezza del paziente. L'utilizzo di tale metodo in ambito sanitario è riconducibile al medico anestesista statunitense Michael Leonard, il quale come responsabile della sicurezza dei pazienti si era interrogato su come migliorare le cure mediche ed in particolare le informazioni trasmesse tra medici. Il metodo SBAR fornisce una sorta di check-list per presentare in modo chiaro, completo e rispettando una sequenza di dati importanti riferiti alla situazione del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire

La metodologia SBAR può essere utilizzata in tutti gli ambiti clinici, soprattutto è di particolare efficacia, in situazioni di reale o potenziale emergenza. La letteratura è concorde nel considerare la tecnica SBAR lo strumento più efficace da utilizzare in tutte le situazioni in cui vi sia un passaggio di presa in carico dell'assistito. Alcuni recenti studi in area critica, hanno dimostrato che l'utilizzo della SBAR favorisce lo sviluppo di schemi mentali, e velocizza il passaggio di informazioni tra operatori, migliora la qualità delle informazioni scambiate, senza compromettere la sicurezza e l'impatto emotivo che si può creare nella comunicazione orale. Molte volte il potere o il timore di non essere ascoltati può creare conflittualità nella comunicazione con il rischio di trasmettere le informazioni in modo incompleto o frammentario, SBAR e I-PASS invece vengono utilizzati come uno strumento di briefing dove viene condiviso un modello mentale e che consente al professionista che lo utilizza di agire come in un vero team multidisciplinare.

L'acronimo SBAR sta per S situation dove viene identificato il paziente e viene dato una rapida inquadratura della situazione, B Background ovvero il contesto, una panoramica sull'anamnesi del paziente, terapia, interventi e dati clinici più rilevanti; A assessment ovvero valutazione dove si evidenziano parametri vitali, presidi utilizzati e farmaci somministrati; R recommendation dove viene fatto un sunto su tutto ciò che deve essere fatto o richiesto.

Tabella 2. Nurse 24, 2018 il metodo SBAR per la consegna del paziente critico

SBAR	Significato	Cosa	Come
Situation	Situazione e status: attuale situazione clinica del paziente	Identificazione dello stato in cui è il paziente, della situazione acuta attuale, dell'ipotesi diagnostica. Rapido inquadramento della situazione	Elenco delle sintomatologie più rappresentative
Background	Background and history: anamnesi del paziente, storia precedente, comorbidità	Diagnosi già note, allergie, motivo della chiamata di soccorso, comorbidità, storia clinica e socio-familiare	Elenco dei quadri clinici più rappresentativi
Assessment	Assessment and actions: esiti patologici, risultati esami, accertamenti in corso	Segnalare i parametri vitali e le anomalie riscontrate, esporre i trattamenti già effettuati e le preoccupazioni con dati oggettivi a supporto	Schema dell'accertamento globale ABCDE
Recommendation	Responsability and risk management: rischi, raccomandazioni, responsabilità	Individuare i rischi attuali e potenziali e raccomandarsi su cosa presidiare. Formulare suggerimenti chiarendo i tempi e le modalità di attuazione	Elenco dei rischi attuali o potenziali a cui prestare attenzione

Attualmente lo SBAR risulta in uso routinario in Europa, negli Stati Uniti e in Australia, soprattutto in unità operative di anestesia e rianimazione, di pediatria e di ostetricia e ginecologia, reparti con un numero elevato di pazienti, dove il tempo dedicato alle consegne non è mai definito e spesso inadeguato per situazioni di urgenza/emergenza; dove avvengono interruzioni continue durante la comunicazione

BISOGNO DI FORMAZIONE

Dalla letteratura emerge dunque un chiaro bisogno formativo correlato all'handover infermieristico ma emerge anche una mancanza formazione. Dopo una rapida ricerca sui classici motori di ricerca si individua come sono stati svolti negli ultimi anni congressi che portano alla luce le difficoltà legate all'handover infermieristico, alla comunicazione interprofessionale come il corso di formazione ECM sul tema "Il passaggio delle

consegne: strumenti e metodi per migliorare l'efficacia e la qualità" organizzato dal collegio IPASVI nella Romagna, così come altri corsi ECM. Ma basta questo? I dati riportati in letteratura sembrano dire di no, sembra necessaria una formazione avanzata che metta in sicurezza il paziente e faccia lavorare in modo efficace ed efficiente il professionista sanitario.

In relazione a ciò, con il seguente studio nasce l'interesse di capire come gli infermieri percepiscano il momento della consegna nella realtà lavorativa valutando inoltre l'effettivo bisogno di formazione specifica sulla comunicazione interprofessionale contestualizzata all'handover.

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è identificare ed analizzare, attraverso il vissuto dei professionisti, le dinamiche che si legano all'handover infermieristico con particolare riferimento alle caratteristiche della comunicazione, agli esiti prodotti e al ruolo dell'esperienza clinica e alle strategie formative orientate al miglioramento della pratica clinica.

MATERIALI E METODI

Per analizzare il background che caratterizza lo studio di tipo qualitativo, si è visto necessario effettuare una revisione della letteratura messa in pratica con l'analisi di diversi database tra cui PUBMED, COCHRANE e l'utilizzo di riviste quali ANIARTI e SIARTI con l'individuazione di studi con requisiti adatti all'inclusione nello studio. La revisione della letteratura è stata condotta da febbraio 2021 a giugno 2021. Una volta effettuata la revisione riguardante l'argomento si è svolto un Focus Group di infermieri abilitati all'esercizio nelle strutture di degenza sia dell'area critica che di degenza ordinaria, su base volontaria. Il Focus Group è una tecnica qualitativa per la raccolta di informazioni. Il suo impiego si è esteso ed è utilizzato anche nel campo medico-sanitario.

DISEGNO DI RICERCA

Il disegno di ricerca è di tipo qualitativo realizzato attraverso il focus group.

Il Focus Group è una tecnica qualitativa per la raccolta di informazioni, si basa sulla generazione di dati attraverso la discussione di un gruppo costituito da hoc. La cosa essenziale è che i partecipanti abbiano le caratteristiche necessarie a soddisfare i criteri della ricerca.

CAMPIONE E CAMPIONAMENTO

Per la realizzazione del Focus Group sono stati scelti infermieri abilitati all'esercizio nelle strutture di degenza sia dell'area critica che di degenza ordinaria, su base volontaria.

SETTING

Il Focus Group si è svolto il 27 agosto 2021 ed è stato individuato come luogo per lo svolgimento dei Focus Group l'Università politecnica delle Marche, Polo Eustachio nell'aula M in quanto compatibile, per caratteristiche strutturali e strategiche con la natura del metodo di indagine e per il rispetto del distanziamento come dalle normative covid.

VARIABILI

Le variabili di cui si è tenuto conto per l'elaborazione dello studio sono gli anni lavorativi e il tipo di vissuto ed esperienza personale.

STRUMENTI

Sono stati svolti due Focus Group in orario concordato con gli infermieri partecipanti, con due sessioni, la prima in mattinata con gruppo misto online e in presenza, la seconda sessione è stata svolta nel pomeriggio con sei partecipanti in presenza nel rispetto delle normative Covid e uno online. Il collegamento online è stato garantito ed effettuato con il canale Microsoft Teams. Il collegamento online è stato adattato poi per far sì che chi era collegato riuscisse a vedere e sentire correttamente chi era in presenza e viceversa. Ciò è stato garantito con videoproiettore, microfono amplificatore e la webcam che dava la disponibilità a chi era nella sessione online di poter osservare tutti i partecipanti in presenza.

Entrambe le sessioni dei Focus Group sono stati svolti da un conduttore e da un osservatore deputato sia alla comunicazione verbale sia alla comunicazione non verbale. Le tematiche del Focus Group sono state delineate da una traccia di intervista semi-strutturata (Allegato 1) elaborata sulla base dell'obiettivo dello studio e sulle tematiche di interesse dello studio. I dati relativi all'interazione tra i partecipanti sono stati raccolti attraverso due griglie di osservazione allo scopo di esplorare il clima del gruppo, la comunicazione verbale e non verbale dei partecipanti (Allegato 2, Allegato 3).

Prima di iniziare il Focus Group è stato somministrato un questionario, elaborato attraverso Google moduli, dove sono stati raccolti i dati socio-demografici, i dati relativi alla formazione e all'ambito lavorativo dei partecipanti e dati generali sull'opinione dei partecipanti in relazione alla materia che si andava a trattare durante il Focus Group (Allegato 5).

PERIODO DI ANALISI

La revisione della letteratura è stata condotta da febbraio 2021 a giugno 2021. Una volta effettuata la revisione riguardante l'argomento, è stato elaborato un questionario ad hoc da somministrare prima delle interviste svolte nel Focus Group. Il 27 agosto 2021 si sono svolti i Focus Group, uno in sessione mattutina e uno in sessione pomeridiana e somministrati i questionari preparati in precedenza.

METODI DI ANALISI

Ogni Focus Group è stato audio-registrato previo consenso dei partecipanti e successivamente le interviste sono state trascritte ed elaborate allo scopo di estrapolare quanti più dati possibili. Nel lavoro di analisi dei dati, ad ogni partecipante è stato dato un codice alfanumerico al fine di mantenere l'anonimato e nel rispetto della privacy firmata. Sono state individuate delle aree tematiche principali. Le griglie compilate dall'osservatore della comunicazione verbale e non verbale hanno dato la possibilità di rielaborare i dati e analizzarne il significato andando ad esaminare le eventuali concordanze o discordanze tra il verbale e il non verbale, indentificando l'attenzione, il coinvolgimento e il grado di interazione in relazione all'argomento trattato.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI, CONSENSO ALLA REGISTRAZIONE, CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI:

Tutti coloro che hanno accettato di partecipare hanno compilato il consenso informato previsa illustrazione dello studio e delle finalità di esso, nonché sulle modalità di trattamento dei dati in conformità alle normative vigenti in Italia e per il consenso alla registrazione del Focus Group. (Allegato 5)

RISULTATI

CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE

Hanno partecipato al Focus Group 11 infermieri su base volontaria. Il campione ha un'età media di 28,4 anni. Di questi il 45,5% (n=5) è in possesso della laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, il 45,5% (n=5) è in possesso della laurea di 1 livello e il 9,1% (n=1) è in possesso di Master di 1 livello. I partecipanti lavorano in ospedale da un anno il 9,1% (n=1), da 1 anno e 5 mesi il 18,2% (n=2), da 3 anni il 18,2% (n=2), da 3 anni e 3 mesi il 9,1% (n=1), da 5 anni il 9,1% (n=1), da 5 anni e 6 mesi il 9,1% (n=1), da 7 anni il 9,1% (n=1), da 9 anni il 9,1% (n=1), da 16 anni il 9,1% (n=1).

La distribuzione dei partecipanti in relazione ai dipartimenti è raffigurata in Figura 1.

Figura 1. Distribuzione dei partecipanti per dipartimenti di appartenenza

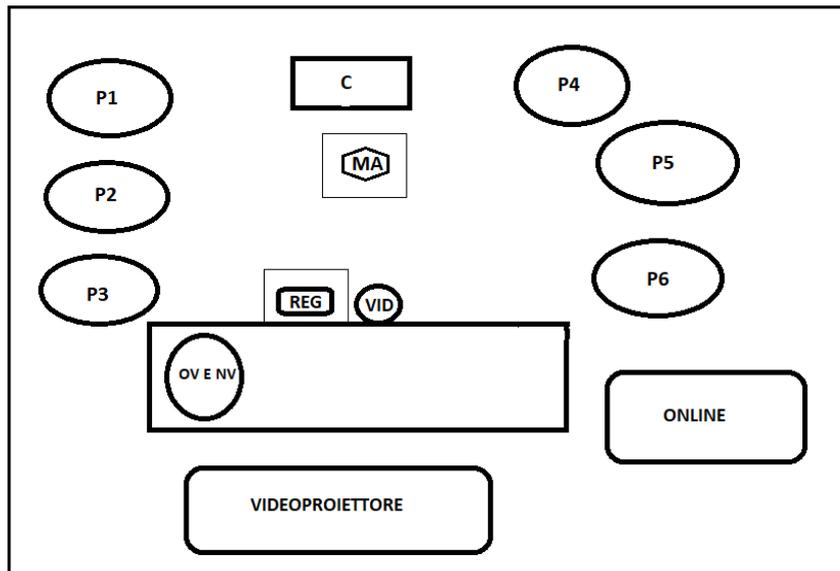


Inoltre 7 partecipanti su 11 che lavorano nell'area critica attestano di aver fatto esperienze nella degenza ordinaria.

Focus Group: setting e tipologia

I Focus Group sono stati realizzati presso l'Università politecnica delle Marche, Polo Eustachio, Aula M, ed ha previsto la disposizione dei partecipanti nel rispetto della normativa Covid in base al numero delle persone e le caratteristiche logistiche della stanza come da Figura 2. Le interviste hanno avuto una durata media di 55 minuti con una distribuzione per ogni fase descritta nella Figura 3 e nella Figura 4.

Figura 2. Setting del Focus Group



P= partecipante, C=conduttore, OV e NV= osservatore verbale e non verbale, REG= registratore, VID =videocamera, MA= microfono amplificatore

Figura 3. Distribuzione del tempo per ogni fase del primo Focus Group

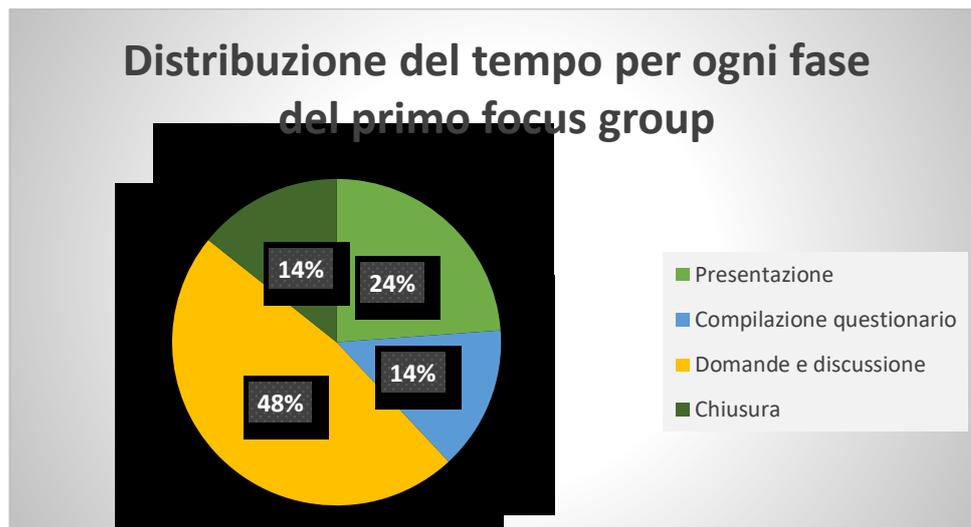
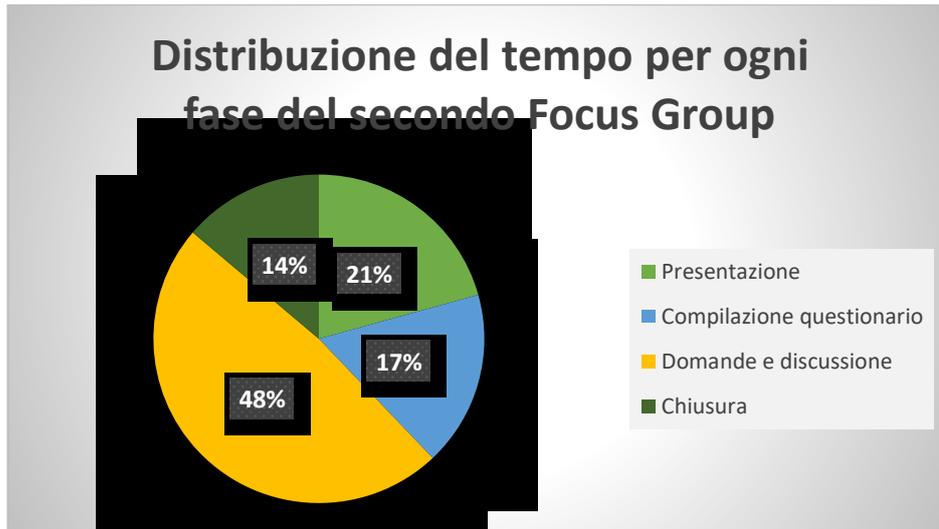


Figura 4. Distribuzione del tempo per ogni fase del secondo Focus Group



In precedenza erano state preparate delle domande da formulare durante la discussione. Queste, data l'evoluzione della conversazione e dallo stile del gruppo intervistato, hanno subito adattamenti o sono state aggiunte o non formulate poiché durante la discussione venivano risposte con i racconti degli intervistati senza il bisogno che il conduttore le formulasse (tabella 1).

Tabella 1. Domande formulate dal conduttore durante il Focus Group

Domande	Prevista	Modificata
Quali sono le maggiori problematiche, in base alla vostra esperienza, in relazione all'handover? Riportando una storia o un evento se volete	Si	No
Un aspetto importante che può essere tenuto in considerazione è proprio quello dell'esperienza lavorativa. Quindi l'esperienza fa la differenza?	Si	No
In materia di interferenze, capitano a tutti?	No	
Come è stata la prima volta che avete formulato una consegna?	No	
Il tirocinio clinico, la formazione di base vi ha aiutato?	No	
L'affiancamento al primo incarico vi ha aiutato?	No	
In materia di formazione continua? Sono necessari interventi formativi?	Si	Si

FOCUS GROUP: ANALISI DEL CONTENUTO

Analizzando il contenuto audio registrato dei Focus Group, è stato possibile individuare delle aree tematiche principali e delle relative sottocategorie

Tabella 2. Aree tematiche principali e relative sottocategorie.

Area tematica principale	Categoria per ogni area tematica
Differenti modalità di consegna infermieristica	<ul style="list-style-type: none">- Limiti e Vantaggi- Criticità della consegna- Peculiarità tra l'area critica e la degenza ordinaria
Tempo dedicato alla consegna infermieristica	<ul style="list-style-type: none">- Interferenze- Possibilità di eventi avversi
Formazione	<ul style="list-style-type: none">- Formazione ricevuta- Bisogno di formazione

Differenti modalità di consegna infermieristica

Dalle interviste effettuate ai professionisti, emerge un chiaro bisogno di standardizzazione della consegna infermieristica. Un'intervistata sostiene che la consegna infermieristica sia operatore-dipendente e che questo porti ad una probabilità più alta di perdere informazioni importanti durante la consegna infermieristica.

Viene ribadito il miglioramento dell'handover infermieristico in ogni suo lato con la cartella informatizzata in quanto scritta in tempo reale ed è ritenuta più semplice nel ricercare interventi o qualsiasi cosa legata al processo clinico assistenziale dell'assistito in confronto alla cartella infermieristica standard cartacea che vede invece un utilizzo maggiore della risorsa tempo. La cartella informatizzata vede i suoi punti forza come "il recupero delle informazioni" ma viene anche sottolineata l'importanza nell'evitare il "copia-incolla con quello scritto dal medico" perché "noi siamo infermieri e non medici". Per quanto riguarda l'utilizzo di un modello concettuale utile per l'handover infermieristico sia esso scritto, orale, nel trasferimento a cambio turno o nel trasferimento in un altro presidio ospedaliero o territoriale o sia esso un trasferimento da un'unità

operativa diversa, la maggior parte degli intervistati utilizzano la metodologia ABCDE, utilizzata nella valutazione del paziente critico, metodologia riadattata dai partecipanti per la consegna infermieristica sia nell'area critica sia nei reparti di ordinaria degenza.

“L'ABCDE ti dà organizzazione mentale, e se lo utilizzano tutti, si lavora in sintonia con i colleghi e si riduce il rischio di errore”.

Dai racconti sulle diverse esperienze lavorative, si evince che la consegna infermieristica rapportata 1:1 con metodologia standardizzata come metodologia SBAR nel reparto di Terapia Intensiva riduce notevolmente la perdita dei dati; poiché dare le consegne al gruppo che entra in toto con il gruppo che esce “è confusionario” se associato poi alle interferenze e alle interruzioni.

Nonostante si prediliga la consegna infermieristica rapportata 1:1, si evince la necessità di avere delle informazioni generali su tutti i pazienti perché “se c'è un paziente che ha bisogno di un intervento e l'infermiere di riferimento non c'è io non posso dire non conosco niente del paziente, alzo le mani”. Questo dà continuità assistenziale, la difficoltà che si ricava proprio da questo, è che se ogni giorno si cambia l'infermiere a cui dare la consegna orale, la perdita di informazioni aumenta perché “nel corso dei giorni le cose da dire aumentano non diminuiscono”.

Un'altra criticità che viene evidenziata è “cosa scrivo, quanto scrivo”, l'eterogeneità tra quello che viene scritto e quello che viene detto, la differenza tra il neo-laureato e l'infermieri anziano. Vengono poi identificate come criticità anche le numerose interferenze date dalla presenza dei monitor, dalla confusione che regna nel reparto di degenza ordinaria, dalla presenza del medico che lascia il lavoro da svolgere durante l'handover. (tabella 3)

Tabella 3. Momenti della conversazione che evidenziano la criticità maggiori della consegna infermieristica e le possibili soluzioni date dai professionisti

CRITICITA' MAGGIORI	SOLUZIONI RIPORTATE
“Delle volte vai a leggere delle consegne dove non c'è scritto niente e magari il paziente ha fatto duemila cose che ti vengono dette a voce ma non trovi scritte”.	
“se vuoi quindi un feedback non lo trovi scritto da nessuna parte”	“Io ho vissuto la differenza tra un posto dove c'era la standardizzazione della scrittura delle consegne e un posto dove non c'erano. Tutte e due rianimazioni e con la stessa tipologia di paziente. In un posto perdita di informazioni praticamente 0 e se cercavi un feedback nelle consegne scritte nel 90% c'era; altro posto sovrapponibile per popolazione e non strutturato andavi a leggere 3 righe, soprattutto io ho visto chi lavora da tanti più anni ha la mentalità di dire più scrivo e peggio è in realtà non è così perché la legge dice altro”
“la criticità maggiore che io trovo è l'interruzione proprio nel momento in cui c'è il passaggio soprattutto tra mattina e pomeriggio dove c'è sempre il medico che arriva lì, interrompe ti lascia le cose da fare”	“Noi cerchiamo sempre di isolarci in uno o due stanze”
“Nell'esperienza in reparto che ho fatto il 1:1 era un'arma a doppio taglio perché il reparto era diviso in 3 settori e la notte eravamo sempre 2 infermieri in turno quindi sempre che dovevamo sapere tutto di tutti”	“Se io ogni giorno cambio infermiere a cui dare le consegne la perdita di informazioni aumenta perché nel corso dei giorni le cose da dire aumentano non diminuiscono. Però dall'altra parte bisogna sapere un po' di tutti.”
“sono io che parlo e dico tutto a tutti gli infermieri il che va bene perché almeno tutti quanti fanno qualcosa dei pazienti. Il problema è che adesso trovo una maggior confusione perché far star zitte 9 persone tutte insieme è difficile quindi molte cose in questa maniera vengono perse”	

Per quanto riguarda l'aspetto "cosa scrivo" e quanto?", c'è chi preferisce dare attenzione su alcuni aspetti piuttosto che ad altri "Io magari ho dei colleghi che mi dicono che non è necessario scrivere se il pz è in pressione assistita e il numero degli atti e il volume cosa che per me è indispensabile ma magari si soffermano a scrivere il paziente fa l'npt quando c'è una grafica di terapia che lo riporta": molte informazioni secondo gli intervistati vengono date per scontate. C'è chi si limita a scrivere "paziente stabile, ma stabile rispetto a cosa?". C'è chi sostiene che informazioni come il cambio del catetere vescicale non andrebbero trasferite perché "un'informazione del genere poi, anche se trasferita verbalmente più di 2-3 cicli non dura"

Dall'analisi del contenuto si evince anche una notevole differenza tra il setting di area critica e il setting di degenza ordinaria (tabella 4) in particolare sull'aspetto della confusione, delle interferenze e del carico assistenziale.

Un luogo rumoroso e sovraffollato si presta poco ad una comunicazione chiara e precisa come potrebbe essere il pronto soccorso o il reparto di degenza ordinaria. La terapia intensiva, per convenzione, risulta essere un luogo apparentemente privo di confusione e da come si evince dall'analisi anche i partecipanti sottolineano proprio questa differenza dove il tempo per poter scrivere un'adeguata consegna e migliorare l'efficienza di quella orale c'è. Ma quello che è di comune accordo a tutti i partecipanti è che a prescindere dal setting assistenziale, bisogna garantire una comunicazione efficace allo scopo di ridurre eventi avversi di ogni genere perché "noi lavoriamo con le vite dei pazienti a prescindere dal setting". Da entrambi i setting assistenziali si evince un bisogno di standardizzazione anche se le modalità e i contenuti da trasferire saranno sicuramente differenti.

Tabella 4. Frasi che evidenziano le variabili mostrate dai partecipanti nei vari setting durante l'handover

AREA CRITICA	DEGENZA ORDINARIA
<p>"In pronto soccorso le consegne vengono date molto velocemente, nome del paziente e le cose principali che ha e che abbiamo fatto. Un mero elenco di nomi e di cose fatte, noi abbiamo anche la parte informatica però poi ce li perdiamo perché magari il paziente non ce l'hai sempre sotto"</p>	<p>"Il reparto ordinario è una buona scuola per le consegne, perché nell'area critica dai per scontate forse tante cose perché hai più tutto a portata d'occhio. Nell'ordinaria degenza tutto più vario e caotico"</p>

<p>“passaggio di consegne nel pronto soccorso è che quasi non esiste perché ti ritrovi un foglio con le tue consegne sul paziente ma effettivamente tu non hai nulla dove scriverla, fai appunti di note sul computer ma una consegna vera e propria sul quadro del paziente non ne hai”</p>	<p>“io se devo medicare 10 lesioni, 10 pazienti il tempo di trascrivere tutto non c'è. Cioè noi quando facciamo una medicazione abbiamo una scheda che per compilarla ci vuole un quarto d'ora. Cioè è impossibile scrivere tutte le medicazioni quando hai 30 pazienti sotto”</p>
<p>“Quando trasferisci il paziente dall'area critica ad un'altra unità operativa, io mi rendo conto che spesso diamo per scontato che l'infermiere di un altro reparto abbia lo stesso occhio che potremmo avere noi per esempio il paziente tracheostomizzato con tante secrezioni magari lo lasciamo e diciamo guarda ha la tracheo aspiralo, ma magari non penso che quell'infermiere ne ha altri 13 da guardare”</p>	

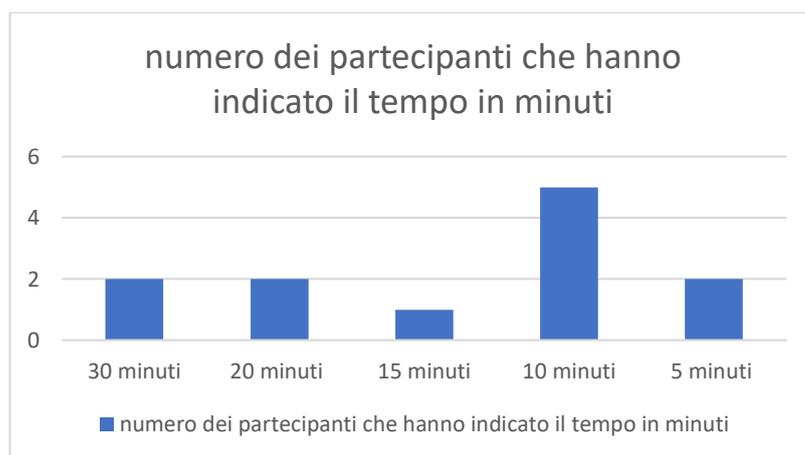
Tempo dedicato alla consegna infermieristica

Dall'analisi dei contenuti e dal questionario somministrato precedentemente alle interviste, è emerso come aspetto importante il tempo dedicato all'handover infermieristico e le relative conseguenze come interferenze che allungano il tempo di handover e conseguenti eventi avversi che potrebbero verificarsi per le interruzioni che porterebbero ad omettere delle informazioni importanti.

Sul questionario anonimo è stata in primis posta la domanda “Secondo la sua esperienza, quanto tempo pensa di dedicare mediamente per ogni turno nell'handover (in minuti)?”

Le risposte sono riportate nella figura 5.

Figura 5. Risposta dei partecipanti alla domanda “Secondo la sua esperienza, quanto tempo pensa di dedicare mediamente per ogni turno nell’handover (in minuti)?”



Da come si evince dal grafico per la maggioranza dei partecipanti l’handover infermieristico ha un tempo medio di 10 minuti.

Nonostante ciò i partecipanti al Focus Group sottolineano come le interferenze durante il passaggio di consegna siano un problema rilevante (tabella 5).

Tabella 5. Frasi significative che dimostrano come le interferenze siano un problema rilevante e come potrebbero sfociare in eventi avversi.

<p>“le interferenze esistono e purtroppo sono troppe da parte degli ausiliari, da parte del telefono, da parte degli infermieri stessi. Purtroppo perché non si dà tanta importanza al passaggio delle consegne e questo è un grave problema dal mio punto di vista”</p>
<p>“nel passaggio delle consegne la criticità maggiore che io trovo è l’interruzione proprio nel momento in cui c’è il passaggio. Noi cerchiamo sempre di isolarci in uno o due stanze, soprattutto tra mattina e pomeriggio dove c’è sempre il medico che arriva li interrompe ti lascia le cose da fare”</p>
<p>“La criticità è proprio l’interruzione. Infatti chi prima arriva prende il posto migliore anche per respirare un attimo tanto l’ambiente è frenetico quindi c’è confusione, i monitor che suonano. La fortuna è che riusciamo ad isolarci perché sennò ti vengono a cercare ovunque”.</p>
<p>“Il problema è che adesso trovo una maggior confusione perché far star zitte 9 persone tutte insieme è difficile, quindi molte cose in questa maniera vengono perse”</p>

“Mentre io stavo raccontando alla collega cosa aveva fatto il paziente, i riposizionamenti fatti il personale di supporto, ovvero l’ausiliaria, mentre io trasferivo le informazioni interrompe, entra nella stanza di degenza del paziente e facendo il segno dell’orologio mi dice “hai tanto ancora? perché se mi chiama il medico pensa che sto a perde tempo” Insomma... un’interferenza di basso livello anche perché io in quel momento ho perso il filo del discorso anche per la reazione rabbiosa che ho avuto in quel frangente, mi ha creato dei problemi che mi avranno impedito di trasferire informazioni importanti sia per il bene del paziente, ma anche in relazione al contesto in cui stavamo. Arrivato in reparto poi ho richiamato la collega per una consulenza telefonica nel caso in cui avesse avuto bisogno”

Non solo le interferenze risultano essere un aspetto critico della consegna infermieristica ma anche il poco tempo a disposizione. In un turno da otto ore, come potrebbe essere quello degli intervistati, oltre alla consegna infermieristica scritta e orale, è necessario attuare tutte le attività infermieristica designate dai piani di lavoro, ovvero il processo assistenziale in ogni suo lato ed “il tempo non basta per fare tutto” (Tabella 6).

Tabella 6. Frasi significative che individuano il problema del tempo

“il tempo è un aspetto critico per qualsiasi cosa”
“Se io devo arrivare a fine turno senza fare pipì per 8 ore, ci metto 10 minuti per scrivere le consegne, 10 minuti a darle e registrare le 800 mila cose con il computer che si impalla o con la cartella cartacea alla fine dico ok, basta”
“In pronto soccorso ultimamente con il sistema informatico perdiamo tempo a scrivere soprattutto nelle stanze di obi, di osservazione breve. Ma magari questo tempo lo togliamo a chi sta in pronto soccorso e aspetta di essere visitato. È sempre una lotta continua”

Formazione

Dall'analisi del contenuto è molto sentito il tema della formazione sia in termini di esigenza, di frequenza e di metodologia. L'attenzione è ricaduta sulla necessità di attuare degli interventi formativi sia nell'ottica della formazione di base, sia nell'ottica della formazione continua.

È stata rilevato poi una differenza tra la formazione ricevuta, esplorata anche attraverso il questionario e approfondita poi con le interviste, e il bisogno reale di formazione.

È importante andare a distinguere due percorsi separati nell'ambito della formazione: formazione ricevuta e bisogno di formazione esplorata sia attraverso il questionario (figura 6, figura 7, figura 8), sia attraverso il Focus Group.

Figura 6. Risposta dei partecipanti alla domanda: “Nel percorso di formazione base ha svolto corsi che hanno dato delucidazioni sulle diverse modalità esistenti sul passaggio di consegne?”

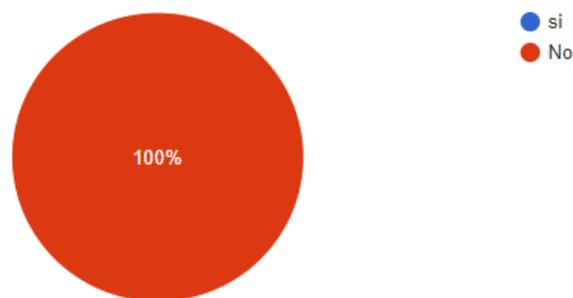


Figura 7. Risposta dei partecipanti alla domanda: “Nel corso della sua carriera ha partecipato a corsi formativi riguardanti l’handover infermieristico?”

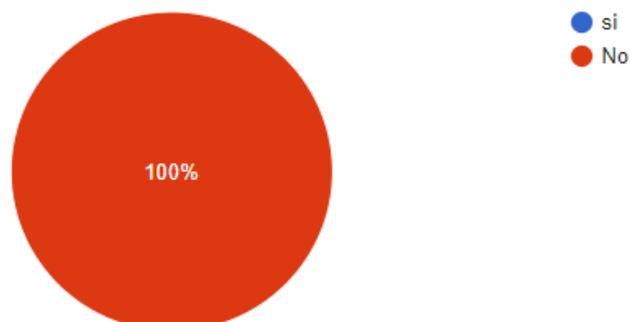
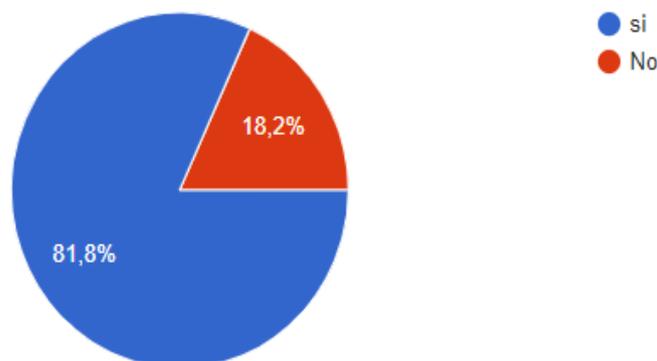


Figura 8. Risposta dei partecipanti alla domanda: “Ha svolto affiancamento durante il passaggio di consegna nelle prime esperienze lavorative?”



Dall’analisi dei questionari è emerso dunque che durante la formazione di base il 100% dice di non aver mai frequentato corsi sul passaggio delle consegne; in materia di formazione continua il 100% non ha mai partecipato a corsi formativi riguardanti l’handover infermieristico e l’81,8% dice però di aver svolto affiancamento durante il passaggio delle consegne nelle prime esperienze lavorative.

Dall’analisi dei contenuti si evince il problema della mancata formazione riguardo l’argomento nel percorso base che si riflette negativamente nelle prime esperienze lavorative. (tabella 7)

Tabella 7. Frasi significative che riportano effettivamente la mancata formazione ricevuta e l’esperienza del tirocinio clinico di base

“io mi ricordo quando facevo tirocinio mi mettevano sull’angolino e mi dicevano ascolta”
“tu eri quella che rispondevi ai campanelli per ridurre il disturbo”
“io se ripenso ai miei 3 anni di università ho proprio un buco sulle consegne”
“anche solo dire all’università dai ragazzi fate attenzioni alle consegne, tu quando inizi tirocinio ce l’hai quell’orecchio in più”

“nessuno ti insegna a dare le consegne e secondo me per lo studente è utile sapere i diversi metodi e quali puoi applicare”

“questo discorso delle consegne è una cosa che non percepisci perché non ti viene fatta percepire dall’università”

“dicevano ancora prima di dare le consegne va bene dai vai a casa, oppure io la mattina arrivavo che le consegne erano state già dette”

La difficoltà maggiore che viene evidenziata dagli infermieri manifestata nel periodo da studenti durante il percorso di base, è la mancanza della visione globale del paziente, molti infermieri sentono meno la mancanza di responsabilità da tirocinante.

“Quando sei tirocinante sei un po' tutelato, non ti senti la responsabilità del paziente. Quando sei infermiere le consegne le prendi più seriamente perché hai la responsabilità”.

I professionisti intervistati trovano negli studenti di oggi le stesse difficoltà che avevano loro e il 100% dei partecipanti è concorde nel metodo standardizzato, è concorde nell’implementare la formazione sia nel percorso base, sia in materia di formazione continua.

Per quanto riguarda la formazione continua, si evince dall’analisi del contenuto, un bisogno in materia di frequenza e di metodologia di interventi formativi basati sulla simulazione pratica. Nella prima esperienza lavorativa la consegna infermieristica viene definita “traumatica” per l’assenza di metodologia standard e perché “uscendo dall’università non hai quella cognizione del passaggio di consegna, un po' come la responsabilità perché quando esci dall’università non ti rendi conto della grande responsabilità che hai, nel momento in cui inizi a lavorare inizi a sentirla” e “non ci si rende conto da studenti cosa vuol dire passare tutto ciò che deve passare, è un momento di grande responsabilità perché si passa il testimone a chi viene dopo di te”.

Viene quindi identificato da tutto il gruppo il bisogno di formazione come una priorità. Richiedono interventi formativi che riescano a promuovere lo sviluppo di abilità allo

scopo di migliorare la comunicazione durante il passaggio delle consegne e lavorare in sintonia con tutti i colleghi. Viene fortemente richiamata l'attenzione su una metodologia didattica basata sulla simulazione al fine di ridurre gli errori, al fine di avere un'ottica globale e un focus preciso sul paziente già da studente (Tabella 8.)

Tabella 8. Frasi utilizzate e messaggi del canale non verbale che hanno espresso il bisogno di formazione

FRASI UTILIZZATE	ASPETTI DELLA COMUNICAZIONE NON VERBALE
“sarebbe bello farlo in maniera interattiva, visto che ci sono questi metodi strutturati ok la teoria e illustrare tutti i metodi quello alla fine basta aprire un libro. Ma proprio farlo esercitarsi praticamente, perché quando acquisisci un metodo giusto è fatta”	Tono di voce alto e acceso, gestualità accentuata, postura aperta. Interviene con entusiasmo, coinvolgimento, energia, spontaneità
“Nel momento in cui tu vai a fare formazione sul passaggio delle consegne in un reparto in cui un infermiere le passa in un modo, un infermiere che non le passa per niente, lì la formazione finisce, abbiamo assolutamente bisogno di formazione”	Tono di voce alto e acceso, gestualità accentuata, postura aperta. Interviene con entusiasmo, coinvolgimento, energia, spontaneità
“sì si assolutamente la simulazione”	Tono di voce alto e acceso, gestualità accentuata, postura aperta. Interviene con entusiasmo, coinvolgimento, energia, spontaneità
“la simulazione era la prima cosa che mi era venuta in mente in una possibile soluzione”	Tono di voce alto e acceso, gestualità accentuata, postura aperta. Interviene con entusiasmo, coinvolgimento, energia, spontaneità

Focus Group: analisi del canale non verbale

Il clima del gruppo dall'analisi dei messaggi non verbali rintracciati nella griglia di osservazione ha permesso di descrivere un andamento differente tra le fasi di presentazione e le fasi delle domande e della discussione come descritto dalla figura 9 e 10.

Figura 9. Messaggi trasmessi dal canale della comunicazione non verbale nella fase di presentazione

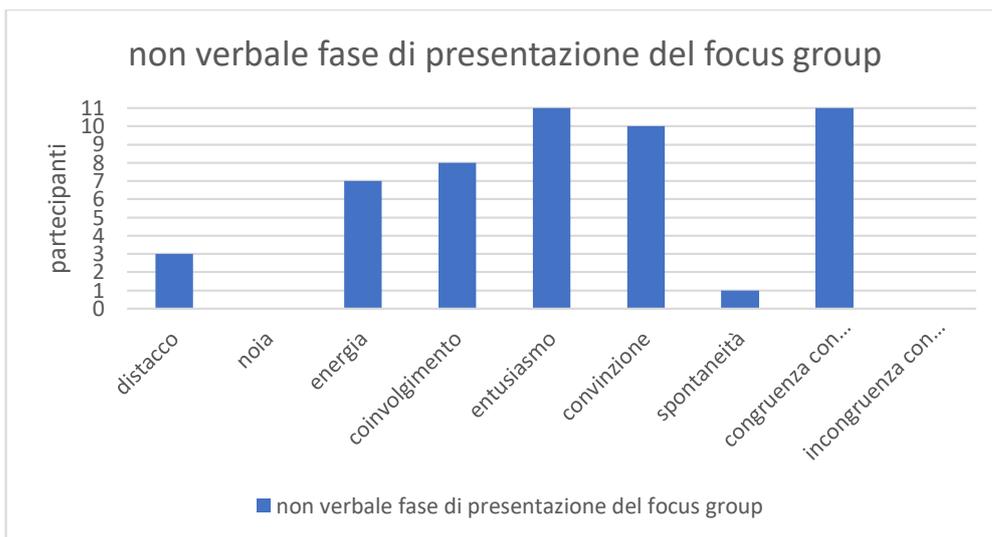
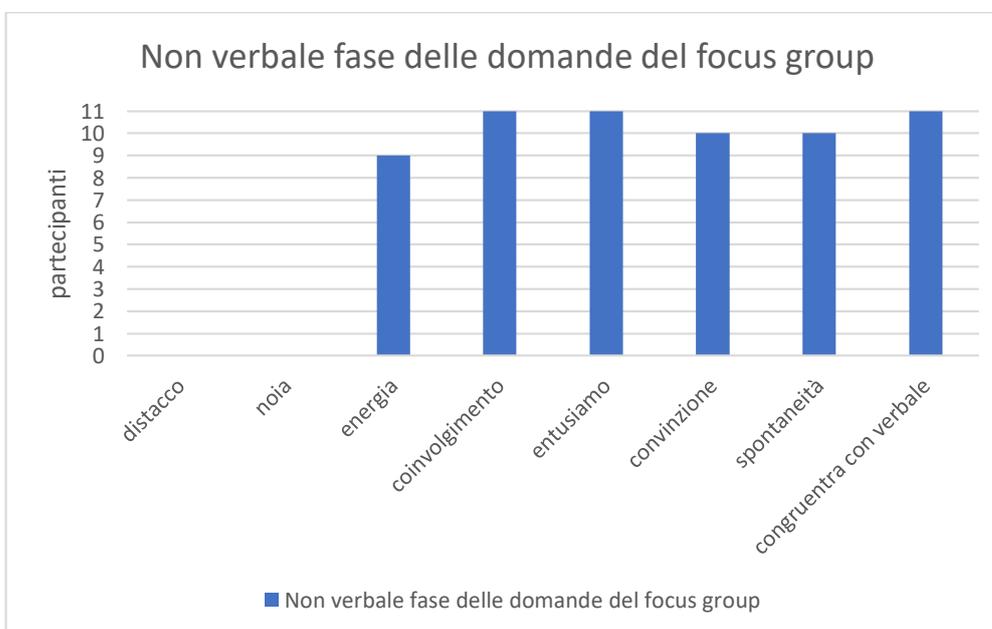


Figura 10. Messaggi trasmessi dal canale della comunicazione non verbale nella fase delle domande.



DISCUSSIONE

Lo scopo del presente studio era quello di identificare ed analizzare, attraverso il vissuto dei professionisti, le dinamiche che si legano all'handover infermieristico con particolare riferimento alle caratteristiche della comunicazione, agli esiti prodotti e al ruolo dell'esperienza clinica attraverso analisi qualitative effettuate attraverso il metodo del Focus Group, come metodologia efficace per rilevare strategie formative orientate al miglioramento della pratica clinica.

Dall'analisi dei contenuti delle interviste sono emerse tre aree tematiche principali e relative sottocategorie: (I) "Differenti modalità di consegna infermieristica", (II) "Tempo dedicato alla consegna infermieristica", (III) "Formazione".

Le categorie della prima area tematica riguardano gli aspetti relativi ai limiti e ai vantaggi delle differenti modalità di consegna, alle criticità che contraddistinguono il momento di handover e le principali peculiarità rilevate tra l'area critica e la degenza ordinaria. I risultati confermano quanto emerso dalla revisione della letteratura che hanno evidenziato diversi stili di consegna infermieristica per selezionare organizzare e trasmettere le informazioni ma l'assenza o l'uso erraneo di un metodo standardizzato.

Una delle criticità rilevate è cosa dover dire o dover scrivere, l'assenza di metodi organizzativi e metodi strutturati di handover. In questo caso la letteratura dà chiare linee guida e consiglia l'utilizzo di diverse modalità di consegna adattate ad ogni tipologia di setting. La letteratura inoltre indica dei criteri di qualità allo scopo di valutare la qualità delle informazioni trasmesse e per effettuare ciò viene consigliato l'utilizzo dell'acronimo CUBAN. (Currie, 2002) L'acronimo si traduce in: C (confidential) e dunque il rispetto della confidenzialità delle informazioni, U (uninterrupted) e quindi senza interruzioni/distrazioni, B (brief) di breve durata, A (accurate) accurate nel contenuto, N (Named Nurse) da chi è responsabile del paziente a chi dovrà assumerne la responsabilità.

Secondo lo studio qualitativo di Hans-Martin Hasselhorn, Madeleine Estryng-Behar, Olivier Nézet, Janusz Pokorski & Dinah Gould (2007) tra le criticità della consegna c'è la mancanza di metodo standardizzato, poca sintonia tra i colleghi, mancanza di tempo, di spazio e troppi disturbi date da interferenza; aspetti critici che si rilevano anche

dall'analisi dei risultati dello studio effettuato. I risultati dello studio di Hans-Martin Hasselhorn, Madeleine Estryn-Behar, Olivier Nézet, Janusz Pokorski & Dinah Gould (2007) indicano che le modalità organizzative del lavoro sono fattori chiave per la soddisfazione degli infermieri al cambio turno e per il trasferimento delle giuste informazioni. Indicano inoltre che i fattori organizzativi relativi alle consegne infermieristiche dovrebbero essere migliorati.

Per quanto riguarda i vantaggi, come evidenzia anche la letteratura, è prediletta dai partecipanti, la face to face communication con rapporto 1:1, così come la presa di appunti durante la fase orale soprattutto dove il numero di pazienti è maggiore ed è qui si ci si rifà all'utilizzo di fogli prestampati con informazioni riassuntive di ogni paziente.

Inoltre dall'analisi dei contenuti è apparso come la cartella informatizzata sia di facile utilizzo per tutti i partecipanti e si evince come il suo utilizzo semplifichi la raccolta e la ricerca di informazioni. In letteratura si evidenzia e si incoraggia l'utilizzo della cartella informatizzata poiché assicura maggiore accuratezza e affidabilità delle informazioni e diminuisce i tempi per scrivere, leggere o recuperare i dati. (Giampiera Bulfone, 2012).

Dall'analisi dei risultati emerge l'esigenza di avere una consegna strutturata, anche se la maggior parte degli intervistati utilizza la metodologia ABCDE nella consegna orale e poco nella consegna scritta. Nonostante ciò dall'analisi si ricava una condivisione mentale del modello ma uno scorretto utilizzo di esso soprattutto se adattato ad ogni professionista.

Si richiede quindi un linguaggio comune per un lavoro in sicurezza ed in sintonia.

Per quanto riguarda la terza categoria che tratta sulle principali peculiarità tra l'Area Critica e la degenza ordinaria, si evince l'aumento della pressione sui dipartimenti di emergenza che comporta una difficoltà nell'eseguire un passaggio documentato, chiaro ed efficiente.

Dall'analisi dei contenuti è emerso che i partecipanti che lavorano in Pronto Soccorso sono esposti, durante la consegna infermieristica, alla perdita di informazioni mentre chi lavora nel setting intensivistico sottolinea che il tempo per effettuare un buon passaggio di consegne è presente ma che manca un metodo standardizzato e condiviso e proprio a questo proposito la SIARTI nello studio effettuato nel 2018 dal titolo "*Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli anestesisti rianimatori*" dove suggerisce linee guida per lo sviluppo di strumenti che possano migliorare il momento del passaggio di

consegna, suggerisce metodologie come SBAR, I-PASS per aumentare l'efficacia durante il passaggio delle consegne allo scopo di promuovere sicurezza nell'ambito dell'handover. Anche la degenza ordinaria risulta avere lo stesso problema, la mancanza di tempo però è il fattore predominante.

La seconda area tematica si compone di due sottocategorie che riguardano le interferenze e la possibilità di eventi avversi correlati all'handover infermieristico.

Un problema rilevante dall'analisi dei contenuti, è la mancanza di tempo. La letteratura è concorde nel suggerire consegne brevi e da come si evince nella figura 5, per la maggioranza dei partecipanti l'handover infermieristico ha un tempo medio di 10 minuti. Uno studio riportato in letteratura riporta che il tempo di scrittura e di passaggio orale per 10 pazienti corrisponde al 16/17% del tempo lavorativo. La maggior parte dei partecipanti riportano proprio la mancanza di tempo per effettuare tutto in modo preciso e la possibilità che qualche informazione si perda soprattutto nel momento in cui nella consegna scritta non si trova un feedback chiaro e completo di quanto trasferito nella consegna orale.

Il fattore tempo si modula anche in base al setting assistenziale, al numero di pazienti, al livello di esperienza e di formazione dei professionisti e dello stile del gruppo. Tutto questo viene confermato dalla letteratura.

Per quanto riguarda la seconda categoria, dall'analisi dei risultati è stata dichiarata la potenzialità di eventi avversi causati un'inefficace comunicazione tra gli infermieri, ma nessun evento avverso è stato segnalato, d'altro canto è stata fatta presente la possibilità che questo possa avvenire.

La terza area tematica si compone di due sottocategorie relative alla formazione ricevuta e all'espressione dei bisogni formativi riconosciuti dagli stessi partecipanti. Dall'analisi dei risultati emerge un chiaro bisogno di formazione dettato dalla mancanza di eventi formativi nel percorso post-base e dall'assenza di formazione già dal percorso di base.

Dalla letteratura emerge quanto dichiarato sopra; da alcune rapide ricerche effettuate sui mezzi di ricerca classici quali Google Chrome e Safari non emergono significativi interventi formativi se non congressi o formazione ECM. Risulta quindi indubbia la corrispondenza con quanto ricercato in letteratura.

Per quanto riguarda la formazione ricevuta c'è una linea comune da cui si evince l'assenza della formazione già dal percorso universitario di base nell'ottica della pratica clinica e

dunque con il tirocinio formativo, dove di base manca la visione globale, da parte dello studente, del paziente. D'altro canto gli infermieri intervistati, sentivano il bisogno di essere spronati nel notare anche l'aspetto essenziale della consegna infermieristica. Anche nell'ambito della formazione continua si individua il bisogno formativo che si evidenzia già dalle prime esperienze lavorative dove la maggioranza dei partecipanti indica la presenza di un tutor che indicava il proprio metodo di trasferimento durante l'handover, ma che non veniva utilizzato come una linea comune con gli altri infermieri e si creavano comunque numerosi problemi comunicativi.

Le categorie emerse hanno evidenziato il bisogno di ricevere interventi formativi, in particolare i partecipanti fanno riferimento ad una metodologia di simulazione, allo scopo di far emergere le criticità che normalmente si riscontrano nelle situazioni reali e correggerle al fine di standardizzare una metodologia comune adattata ad ogni tipologia di setting. Questo metodo fa riferimento alla simulazione ad alta fedeltà. È quindi evidente la corrispondenza con quanto affermato da alcuni autori che hanno analizzato il bisogno formativo relativo alla formazione sulla tematica handover, dove si sottolinea come il passaggio di consegne non è inserito formalmente all'interno del percorso formativo universitario, pur essendo riconosciuto come un problema formativo importante. E il feedback da parte delle Università espresso con forza è proprio quello che indica che ciò, è un problema che dovrebbe essere affrontato nell'ambito della formazione post-laurea (Morris, 2013)

CONCLUSIONI

La trasmissione di informazioni sulle condizioni del paziente da un professionista sanitario ad un altro, è definita handover. Una buona comunicazione, rende sicuro il paziente, il suo percorso assistenziale e migliora l'efficienza della professione infermieristica.

I risultati del presente studio contribuiscono a delineare il problema rilevante dell'handover infermieristico, le criticità e i bisogni espressi dagli infermieri durante il passaggio di consegna. Questa indagine ha permesso di delineare quali potrebbero essere le ricadute assistenziali positive con l'ausilio di eventi formativi, negative continuando ad omettere l'importanza di questo aspetto nella pratica infermieristica.

Inoltre lo studio ha permesso di confermare l'efficacia del Focus Group per l'analisi dei bisogni formativi nonché uno degli obiettivi dello studio, da cui si evince la necessità di progettare una formazione orientata allo sviluppo di competenze specifiche al fine di favorire eventi formativi rivolti ai professionisti di ogni setting assistenziale in relazione all'handover infermieristico.

Inoltre, con i dati ottenuti attraverso questa metodologia potrà essere utile in futuro la creazione di scenari; ciò risulterebbe essere una formazione efficace perché è ciò che si evince dall'analisi dei bisogni espressi e il realismo aumenta quando si riporta fedelmente il vissuto dei partecipanti allo scopo di ridurre le varie incertezze. Per di più non è stato possibile affermare di aver raggiunto la saturazione in quanto non sono stati effettuati ulteriori Focus Group, sarebbe quindi utile effettuare studi di tipo quantitativo rivolti ad un campione più ampio. È auspicabile estendere lo studio ad una maggiore numerosità campionaria. Ci si augura inoltre, che già dal percorso universitario di base, sia data più importanza all'aspetto dell'handover rendendo quindi gli studenti partecipi sia all'interno del tirocinio clinico, sia inserendo come attività curricolari eventi, laboratori, corsi che diano delucidazioni riguardo l'argomento.

Ciò allo scopo di rendere più consapevoli gli studenti e migliorare il primo impatto con il mondo del lavoro al fine di ridurre ogni incertezza e migliorare la propria gratificazione e la propria performance lavorativa garantendo dunque un miglioramento, un'efficacia e un'efficienza dell'assistenza infermieristica erogata.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Alessandro Ghirardini, R. A. (2013). *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto*. DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA.
- Amanda Sexton, C. C. (2004). Nursing handovers: do we really need them? *Journal of Nursing Management* , 37-42.
- Catherine Amber Welsh, M. E. (2010). Barriers and facilitators to nursing handoffs: Recommendations for redesign. *Nursing outlook*, 148-154.
- Cavaliere, B., Piu , F., & Di Matteo, R. (2013). Metodology for determining the index for caring complexity (icc): prospective observational study in a stoke unit. *Professioni Infermieristiche*, 65(4), 208-17.
- Chaboyer W, W. M. (2008). A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in . *International Journal nurse student*, 1274-1284.
- Cinzia Pezzolesi, F. S. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 22, 396–401.
- Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emerg Nurse*.
- D T Tran, M. J. (2010). Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *International Nursing Review*, 454-62.
- Dorothea Eisenmann, F. S. (2018). Interprofessional Emergency Training Leads to Changes in the Workplace. *The western journal of emrgency medicine*, 185-192.
- Federico Fioretto, S. O. (2015, maggio 25). *salute.gov.it*. Tratto da ministero della salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2385_allegato.pdf
- Giampiera Bulfone, M. S. (2012). Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review. *Assistenza infermieristica e ricerca : AIR*, 91-101.

- Hans-Martin Hasselhorn, P. T. (2003). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*.
- Health, T. D. (2012). *Supporting patient safety, sentinel event program annual report 2010,2011*. State of Victoria: Victorian Government.
- Marian Smeulers, C. L. (2014, Giugno 24). *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients*. Tratto da Cochrane Database Syst rev: https://www.researchgate.net/publication/263397568_Effectiveness_of_different_nursing_handover_styles_for_ensuring_continuity_of_information_in_hospitalised_patients
- Mark Sykes, J. G. (2020). Assessment and improvement of junior doctor handover in the emergency department. *BMJ Open Qual* .
- Michael D Cohen, P. B. (2010). The published literature on handoffs in hospitals: deficiencies identified in an extensive review. *Quality & safety in health care*, 493–497.
- Morris, G. (2013). Training on handover of patient care within UK medical schools. *Medical Education Online*, 18.
- Nancy Staggars, L. C. (2012). Nurses' information management and use of electronic tools during acute care handoffs. *Western journal of nursing research*, 153–173.
- Therese M Gardiner, A. P. (2015). Clinical handover of the critically ill postoperative patient: an integrative review. *Australian Critical Care*, 226-34.
- Tobiano, G. B. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *International journal of nursing studies*, 77, 243–258.
- World Health Organization, T. J. (2007, Maggio). Communication During Patient Hand-Over. *Communication During Patient Hand-Over*.

ALLEGATI

Allegato 1. Intervista semi-strutturata del conduttore



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA
Corso di Laurea Triennale in Infermieristica
Presidente: Prof. Giampiero Macarri

GRIGLIE CONDUZIONE FOCUS GROUP

27 Agosto 2021

PROGETTO DI TIROCINIO TERZO ANNO

Una comunicazione efficace come chiave per la sicurezza del paziente: studio
qualitativo sull'handover infermieristico

Progetto di tirocinio dello studente:

BARTOCCIO COSTANZA

Anno accademico
2020-2021

Focus Group INFERMIERI
GRIGLIA CONDUTTORE Metodologia e Strategie didattiche Approfondimento di indagine su alcuni aspetti riguardanti l'handover infermieristico Strategie Metodologie Obiettivi
SETTING
<p>The diagram illustrates the layout of the focus group. It features six participants labeled P1 through P6 arranged in a circle. At the top center is a box labeled 'C' (Conduttore). Below 'C' is a box with the 'MA' logo. At the bottom center is a box labeled 'VIDEOPROIETTORE'. To the left of the videoproiettore is a box labeled 'ONLINE'. To the right of the videoproiettore is a box labeled 'ONLINE'. In the center, there are two small boxes labeled 'REG' and 'VID'.</p>

PRESENTAZIONE DEL FOCUS	
Check list STRUTTURA	ESEMPIO E NOTE
<p>PRESENTAZIONE DEL FOCUS AL GRUPPO DEI PARTECIPANTI (spuntare quanto affrontato)</p> <p>Aprire la sessione spiegando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o le ragioni e lo scopo del focus o l'argomento o il compito del conduttore o il compito dell'/degli osservatore/i o le ragioni dell'utilizzo del registratore. o QUESTIONARIO 	<p>Come ben sapete il sistema sanitario è un sistema ad alta complessità dove si relazionano numerosi professionisti. Per rispondere ai bisogni dell'utente è importante instaurare una buona comunicazione tra l'equipe. Questa comunicazione prende il nome di handover. Il passaggio di consegne handover è divenuto nei sistemi sanitari sempre più frequente e costituisce un momento di rischio per la sicurezza del paziente. Ciò che contraddistingue la consegna da altre tipologie di comunicazione è la tipologia del paziente e il trasferimento di responsabilità. In letteratura sono state individuate diverse modalità di handover scritta, orale, registrata, con una combinazione di metodi (es. consegne scritte e verbali) o al letto del paziente. Uno stile di consegna puramente verbale ha comportato la perdita di tutti i dati dopo tre cicli. Quando un foglio preparato in precedenza è stato incluso con la consegna verbale, la perdita di dati è stata minima ed ha dimostrato essere una buona strategia comunicativa. Esistono anche modelli più strutturati di consegna infermieristica come il metodo shar, isobar, soap ecc.</p> <p>Un altro aspetto fondamentale è il tempo che si dedica alla consegna infermieristica, la letteratura è concorde nell'utilizzo di consegne chiare e brevi. Quello che modula il tempo di consegna è dato da diversi aspetti come la tipologia di paziente, la modalità di consegna, il livello di esperienza del professionista, il momento della giornata e lo stile del gruppo che riceve e dà le consegne.</p> <p>Una inefficace comunicazione durante le consegne può avere conseguenze per la sicurezza del paziente sia a lungo termine che immediate. Nell'immediato una consegna inadeguata comporta una perdita di informazioni, ritardi nella formulazione di una diagnosi o nell'individuare cambiamenti delle condizioni del paziente, maggiore incidenza di eventi avversi che mettono in pericolo la vita del paziente. Invece, i potenziali effetti a lungo termine includono un aumento delle denunce da parte dei pazienti, un aumento dell'ospedalizzazione, un aumento dei costi dell'assistenza sanitaria. Molti sono gli aspetti che rendono una consegna efficace mantenendo la sicurezza del paziente: La face to face communication.</p>

	<p>Il mio compito è quello di farvi domande, il vostro di dare risposte su cui poi conversare. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ciò che a noi interessa è sapere quello che voi pensate veramente riguardo all'argomento.</p> <p>Per darvi la possibilità di esprimervi liberamente è garantito l'anonimato, infatti che, come osservatore, ha il compito di prendere nota delle risposte, non scriverà nei suoi appunti il nome di chi interviene.</p> <p>Per evitare che ci sfugga qualcosa di quello che si dirà, registreremo la conversazione, registrazione che sarà utilizzata solo dal conduttore per completare gli appunti.</p> <p>E' garantito l'anonimato, perciò bisogna stare attenti a non pronunciare i vostri nomi durante il focus.</p> <p>Per rendere proficua la conversazione c'è qualche regola da rispettare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - parlare uno alla volta; - aspettare il proprio turno d'intervento; - non interrompere chi sta parlando; - non criticare; - non giudicare il pensiero degli altri, ma rispettarlo anche se non lo si condivide; - attenersi a quanto richiesto dalla domanda; - tenere spenti i cellulari. <p>C'è qualche domanda di chiarimento?</p> <p>La traccia della presentazione va contestualizzata con uno stile conversazionale, possibilmente non direttivo</p>
DOMANDE	
<p>Suggerimenti per il conduttore:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Porre le domande, possibilmente, in modo non direttivo > Ricordare alla traccia eventuali divagazioni > Evitare, se possibile, di annotare i contenuti durante il focus (ci pensa l'osservatore), ma concentrarsi sull' interazione, appuntando eventuali ambiguità di risposta, variazione di contenuti, non corrispondenza tra verbale e non verbale... per eventuali domande di chiarimento > Porre attenzione agli interventi generativi: non solo risposte, ma apertura a nuove sollecitazioni e approfondimenti. 	

DOMANDE <i>(Le domande vanno poste, possibilmente, in modo conversazionale non diretto)</i>	NOTE
<p align="center"><i>(a registrazione aperta)</i></p> <p>Facciamo un giro di presentazioni per conoscerci.</p> <p>oppure</p> <p>Adesso ditemi di voi: come vi chiamate, da quanto tempo siete infermieri, da quanto tempo siete in questa azienda, se avete già partecipato a focus group, in contesti professionali o in altri contesti, se c'è qualcosa di voi che volete farci sapere</p>	
<p align="center"><i>(a registrazione chiusa)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Quali sono le maggiori problematiche, in base alla vostra esperienza, in relazione all'00000000? 2- Pensate servano delle competenze specifiche per effettuare una consegna sicura ed efficiente? 3- Quali sono le vostre esperienze? 4- Credete necessario interventi formativi mirati all'00000000? 5- Siete soddisfatti delle consegne che date e ricevete? Se no perché? 6- L'esperienza lavorativa conta per effettuare consegne? <p>A. _____ _____ _____</p> <p>B. _____ _____ _____</p> <p>C. _____ _____ _____</p> <p>D. _____ _____ _____</p>	

<p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Siamo giunti alla conclusione del focus group. Adesso provate a ripensare a tutto quello che si è detto, fate le vostre riflessioni sugli argomenti trattati.</p>	

Allegato 4. Questionario

4/10/2021 questionario anonimo focus group

questionario anonimo focus group

Le chiedo di rispondere in modo totalmente anonimo a queste brevi domande al fine di raccogliere dei dati generali che mi serviranno per l'elaborazione della mia tesi.

1. 1. ETÀ
- _____
2. 2. SESSO
- Contrassegna solo un ovale.
- maschio
- Femmina
3. 3. PERCORSO FORMATIVO SVOLTO
- Contrassegna solo un ovale.
- Diploma Regionale
- Diploma universitario
- Laurea di 1 livello
- Master 1 livello
- Laurea Magistrale in Scienze infermieristiche ed Ostetriche
- Master 2 livello
- Dottorato
- Altro

4. 4. Da quanti anni lavora in ospedale?
- _____

https://docs.google.com/forms/d/1hM8GUpwv417_Dqy7EGQ2Fjy0zPr0S6e5qyW4/edit

4/10/2021 questionario anonimo focus group

10. 10. Se sì, in che modo?

11. 11. Quanto ritiene influente la formazione continua nell'handover infermieristico?

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5

per niente tantissimo

12. 12. Quanto si ritiene soddisfatto delle consegne al cambio turno?

Contrassegna solo un ovale

1 2 3 4 5

poco molto

13. 13. Secondo la sua esperienza, quanto tempo pensa di dedicare mediamente per ogni turno nell'handover (in minuti)?

https://docs.google.com/forms/d/1hM8GUpwv417_Dqy7EGQ2Fjy0zPr0S6e5qyW4/edit

4/10/2021 questionario anonimo focus group

5. 5. Indichi le esperienze lavorative, indicando le unità operative e gli anni di servizio per ciascuna (senza specificare città o presidio ospedaliero)

6. 6. Nel corso della sua carriera ha partecipato a corsi formativi riguardanti l'handover infermieristico?
- Contrassegna solo un ovale.
- sì
- No

7. 7. Se la risposta alla domanda precedente è sì, a quali tipologie di corsi formativi ha partecipato?
- _____

8. 8. Nel percorso di formazione base ha svolto corsi che hanno dato delucidazioni sulle diverse modalità esistenti sul passaggio di consegne?
- Contrassegna solo un ovale.
- sì
- No

9. 9. Ha svolto affiancamento durante il passaggio di consegna nelle prime esperienze lavorative?
- Contrassegna solo un ovale.
- sì
- No

14

https://docs.google.com/forms/d/1hM8GUpwv417_Dqy7EGQ2Fjy0zPr0S6e5qyW4/edit

24

4/10/2021 questionario anonimo focus group

14. 14. Che metodo usate per la raccolta di informazioni del paziente al cambio turno?

Contrassegna solo un ovale.

Scritto (diario infermieristico) + orale

scritto

A letto del paziente

Orale + foglio per appunti

Metodo standardizzato come SBAR, I PASS, FOCUS CHARTING, SOAP ecc.

Altro: _____

15. 15. Ritiene essenziale una metodologia standardizzata in relazione all'handover?

Contrassegna solo un ovale.

sì

No

Questi contenuti non sono creati né ospitati da Google.

Google Moduli

24

https://docs.google.com/forms/d/1hM8GUpwv417_Dqy7EGQ2Fjy0zPr0S6e5qyW4/edit

44

Allegato 5. Modulo informativo e di consenso



Università Politecnica delle Marche
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

MODULO INFORMATIVO E DI CONSENSO

UNA COMUNICAZIONE EFFICACE COME OBIETTIVO PER LA SICUREZZA DEL PAZIENTE: STUDIO QUALITATIVO SULL'HANDOVER INFERMIERISTICO

Gentile Infermiere,
chiedo la sua disponibilità a partecipare ad un'intervista per la realizzazione di un progetto di tesi di Laurea in Infermieristica finalizzato a identificare ed analizzare, attraverso il vissuto dei professionisti, le dinamiche che si legano all'handover infermieristico con particolare riferimento alle caratteristiche della comunicazione, agli esiti prodotti e al ruolo dell'esperienza clinica e alle strategie formative orientate al miglioramento della pratica clinica.

I dati ottenuti verranno poi confrontati con materiale presente in letteratura nazionale ed internazionale ed i risultati verranno utilizzati a scopi didattici, per la stesura dell'elaborato ed eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.

OBIETTIVO: Il focus Group a cui le propongo di partecipare mira ad esplorare la vostra esperienza professionale, allo scopo di analizzare le dinamiche relazionali legate all'handover infermieristico valutando eventuali implicazioni per la pratica clinica.

METODI E STRUMENTI: Lo studio prevede la partecipazione ad un focus Group, della durata di 1/2 ore, durante la quale potrà raccontare la propria esperienza e fornire le sue considerazioni in merito all'argomento trattato, ovvero l'handover infermieristico.

Previo suo consenso, l'attività potrà essere audio-registrata e successivamente trascritta e soggetta ad elaborazione attraverso il metodo dell'analisi dei contenuti, nel rispetto dell'anonimato in ogni sua considerazione.

RISCHI: La sua adesione a tale attività non la espone ad alcun rischio.

COSTI: La sua partecipazione a questo studio non comporterà alcun costo.

RISERVATEZZA E INFORMAZIONI PERSONALI: Ai sensi del D.lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del "Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali (2016/679)" la informiamo che i suoi dati personali verranno utilizzati in forma anonima e solamente per scopi di ricerca. L'accesso ai suoi dati personali sarà acconsentito solo al personale di ricerca. I risultati della ricerca verranno utilizzati a fini didattici, per l'elaborazione del progetto di tesi, eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto _____

Nato/a il _____ il _____

Dichiaro:

- Di essere stato esaurientemente informato in merito al progetto di ricerca;
- Di permettere l'utilizzo dei risultati di ricerca a fini didattici, per l'elaborazione del progetto di tesi, eventualmente inseriti in pubblicazioni, presentati a congressi, convegni e seminari;
- Di partecipare liberamente al progetto;
 - Acconsento alla registrazione audio
 - Non acconsento alla registrazione audio

Firma dell'infermiere: _____

Luogo e data: _____

Qualora lei avesse delle domande inerenti qualsiasi aspetto dello studio, prima del suo inizio o nel corso dello stesso, può contattare:

- Bartoccio Costanza: 3474539226
- Daniele Messi: 3392727085