

Sommario

<i>Abstract</i>	1
<i>Abstract (English version)</i>	2
<i>Introduzione</i>	4
<i>Il paziente chirurgico</i>	7
<i>Report MedMal</i>	11
<i>Metodi di trasmissione delle informazioni</i>	13
<i>Obiettivo</i>	15
<i>Materiali e metodi</i>	16
<i>Autorizzazione</i>	18
<i>Etica</i>	18
<i>Risultati</i>	19
<i>Conclusioni</i>	25
<i>Discussione</i>	26
<i>Bibliografia</i>	28
<i>Ringraziamenti</i>	31

Indice delle figure

Figura 1: Cause di eventi sentinella.....	6
Figura 2: numero di eventi sentinella.	6
Figura 3:luoghi dell' evento sentinella -.....	10
Figura 4: tipologia di evento sentinella.....	10
Figura 5: fattori contribuenti -	11
Figura 6:costo medio per sinistro.....	12
Figura 7:distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato	12
Figura 8:aree di rischio	12

Indice delle tabelle

Tabella 1: Cronoprogramma di GAANT.....	16
Tabella 2: numerosità campionaria.....	18
Tabella 3-Analisi demografica.....	20
Tabella 4: conoscenza del fenomeno	22
Tabella 5: informazioni che la sala operatoria desidera ricevere dal reparto di degenza	23
Tabella 6: informazioni che la degenza desidera ricevere dal blocco operatorio	24

Abstract

Introduzione

Il processo di handover, o passaggio di consegne, implica il trasferimento di informazioni e responsabilità tra operatori sanitari, che avviene durante il cambio di turno o tra due diversi contesti assistenziali o strutture sanitarie. È quindi di fondamentale importanza, per garantire la continuità assistenziale e la qualità dell'assistenza al paziente, che questo processo avvenga in modo efficace senza perdita di informazioni. Diversi studi hanno evidenziato come handover condotti in modo non ottimale o in presenza di elementi di disturbo possano causare una perdita significativa in termini di quantità e qualità delle informazioni. Gli errori nella comunicazione tra operatori sanitari rappresentano una delle principali cause di eventi avversi in ambito sanitario, che frequentemente portano a risarcimenti da parte del SSN ai pazienti. Sono stati ampiamente esplorati e in alcuni casi implementati, metodi per migliorare l'efficacia del processo di handover, anche attraverso la digitalizzazione che facilita una trasmissione più efficace delle informazioni tra operatori sanitari. Lo studio si pone come obiettivo quello di valutare la conoscenza degli infermieri rispetto all'handover e l'efficienza degli strumenti attualmente utilizzati nelle degenze chirurgiche e dalla sala operatoria.

Obiettivi

Lo studio si pone come obiettivo quello di valutare la conoscenza degli infermieri rispetto all'handover e l'efficienza degli strumenti attualmente utilizzati nelle degenze chirurgiche e dalla sala operatoria

Materiali e metodi

E' stato somministrato un questionario anonimo a partecipazione volontaria per valutare la conoscenza generale del fenomeno dell'handover e la percezione degli infermieri rispetto agli strumenti attualmente utilizzati. Per la costruzione del questionario è stata utilizzata la metodologia Focus Group invitando le Coordinatrici dei reparti presi come campione. La revisione della letteratura è stata effettuata consultando le seguenti Banche dati: PubMed e ricerca libera su Google.

Risultati e conclusioni

La sensibilità e l'importanza data all'handover è stata riscontrata in tutti gli infermieri che hanno partecipato allo studio; gli strumenti attualmente in uso sono valutati in generale

sufficienti o buoni, ma hanno espresso la necessità di un miglioramento per una maggiore facilità di utilizzo.

Parole chiave

Handover, Surgical patient, Communication, Operating theatre

Abstract (English version)

Introduction

The handover process involves the transfer of information and responsibility between healthcare professionals, which occurs during shift changes or between different care settings or healthcare facilities. It is therefore crucial to ensure continuity of care and high-quality patient care that this process is carried out effectively without any loss of information. Several studies have shown that suboptimal handovers or those conducted in the presence of disruptive factors can lead to significant losses in both the quantity and quality of information. Communication errors between healthcare professionals are one of the leading causes of adverse events in healthcare, often resulting in compensation claims by patients against the National Health Service (NHS). Various methods to improve the effectiveness of the handover process, including digitalization, which facilitates more efficient information transfer between healthcare providers, have been widely explored and, in some cases, implemented.

Objectives

The aim of this study is to assess nurses' knowledge of the handover process and the efficiency of the tools currently used in surgical wards and operating rooms.

Materials and Methods

An anonymous, voluntary questionnaire was administered to evaluate the general knowledge of the handover process and the perception of nurses regarding the tools currently in use. A Focus Group methodology was used to design the questionnaire, inviting the ward coordinators from the selected departments as a sample. A literature review on the handover process was conducted using PubMed and free web searches on Google.

Results and Conclusions

All nurses who participated in the study demonstrated awareness of and the importance attributed to the handover process. The tools currently in use were generally rated as

adequate or good, although participants expressed the need for improvement to enhance ease of use.

Keywords

Handover, Surgical patient, Communication, Operating theatre

Introduzione

Il passaggio di consegne, o Handover, consiste nel trasferimento di informazioni e responsabilità relative ad un paziente con lo scopo di garantire la continuità delle cure e la sicurezza per lo stesso. Questo processo si svolge in modo continuo tra operatori sanitari che lavorano in équipe coinvolti nel processo assistenziale, tra infermieri durante il cambio turno, tra differenti contesti assistenziali (ad esempio, durante il trasferimento dal pronto soccorso al reparto o nel percorso perioperatorio del paziente) e persino con il paziente e la sua famiglia. È quindi essenziale che l'handover sia eseguito correttamente, adottando una metodologia standardizzata, per prevenire la perdita di informazioni ritenute essenziali, sia in termini di qualità che di quantità. Nonostante esistano diverse modalità e strumenti per garantire un corretto passaggio di consegne, adattati al contesto organizzativo della struttura assistenziale, gli errori continuano a essere frequenti, spesso dipendenti da fattori che possono influenzare negativamente il processo di handover.

Questi errori possono portare a carenze nella qualità delle cure, ad un aumento del rischio di incidenti e ad una perdita di fiducia del paziente nei confronti degli operatori sanitari. (Poletti, 2012)

Nel 2007 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha redatto un report relativo all'andamento di progetti realizzati per aumentare la sicurezza del paziente ed il miglioramento delle cure; uno di questi verte sulla creazione delle checklist di sala operatoria, (Sign In, Time Out, Sign Out) da dover rispettare per la prevenzione degli errori. Un altro progetto, denominato "The 5s initiative", ha come obiettivo quello di individuare 5 aree fondamentali da implementare con la creazione di protocolli standard, per migliorare la sicurezza del paziente: corretta procedura nel corretto sito, migliore igiene delle mani, comunicazione durante l'handover del paziente, gestione dei farmaci concentrati, accuratezza della terapia nel paziente dimesso. Da questo momento diventa quindi sempre più importante la standardizzazione del passaggio di consegna (World Health Organization, 2008).

Nello studio condotto da Ernst et al., è stata esaminata la percezione degli infermieri riguardo alle modalità di conduzione dell'handover, alle possibili cause che ostacolano una comunicazione efficace e l'impatto che ciò ha sul loro lavoro all'inizio del turno. Nello

studio sopra citato è stata utilizzata la metodologia Focus Group¹, che ha fatto emergere le problematiche che possono causare errori di comunicazione durante l'handover. Il cattivo lavoro di squadra è la principale causa di errori: l'infermiere del cambio arriva in ritardo, domande che interrompono la comunicazione, interazioni troppo lunghe con i familiari del paziente, non disponibilità di supporti per avere una traccia del turno, le differenti modalità con cui viene eseguito l'handover. Gli infermieri intervistati hanno messo in evidenza che il passaggio di consegne viene svolto in maniera frettolosa, senza un ordine preciso e le informazioni condivise sono poco accurate. Lo studio propone di inserire un handover strutturato ed utilizzare una terminologia comune a tutti gli operatori per evitare fraintendimenti, interruzioni e diminuire la durata del passaggio di consegna (Ernst et al., 2018).

Secondo i report della Joint Commission, gli errori nella comunicazione rappresentano una delle principali cause degli eventi avversi² o sentinella³ segnalati, i quali costituiscono solo una parte di quelli effettivamente accaduti. Per evento sentinella vengono considerati la morte, danno permanente (indipendentemente dalla severità) e danno severo (indipendentemente dalla durata del danno). Gli eventi maggiormente segnalati sono: cadute (42 %), ritardo nel trattamento, ritenzione involontaria di oggetti, chirurgia sbagliata, suicidio, aggressioni, incendi, eventi perinatali, autolesionismo, gestione delle medicazioni (The Joint Commission, 2023) (The Joint Commission, 2016).

¹ Il Focus Group è una tecnica di ricerca creata da due sociologi americani, avente lo scopo di focalizzare un argomento e far emergere le relazioni tra i partecipanti. Ha una durata di circa 100 minuti e viene condotto generalmente da due persone: un animatore che conduce la discussione ed un osservatore che esamina le dinamiche di relazione del gruppo. Il numero di partecipanti va da un minimo di 6 persone ad un massimo di 13.

² Gli eventi avversi sono sono eventi inattesi correlati al processo assistenziale che comportano un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile

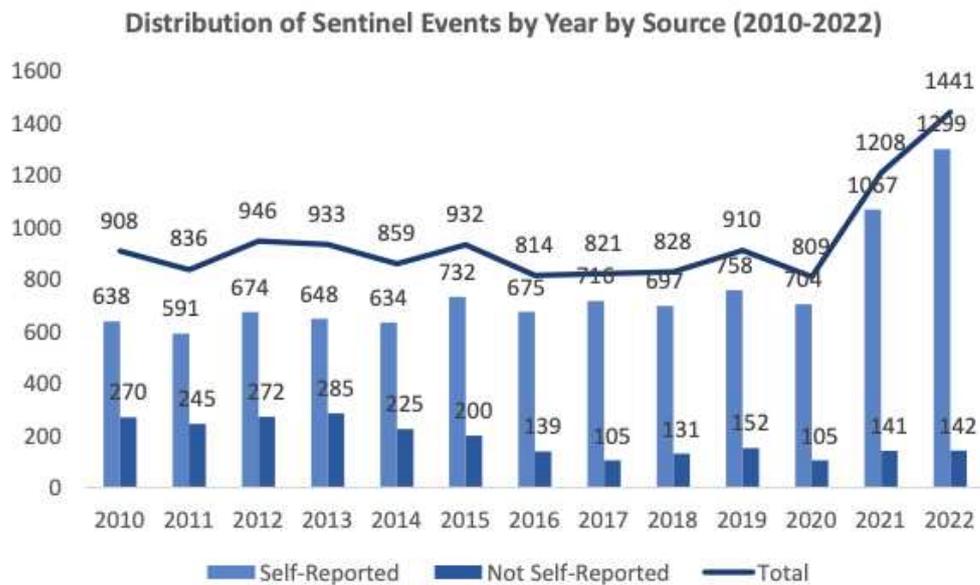
³ Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario. Il verificarsi di un solo caso è sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione

Figura 1: Cause di eventi sentinella

2013 (N=887)		2014 (N=764)		2015 (N=936)	
Human Factors	635	Human Factors	547	Human Factors	999
Communication	563	Leadership	517	Leadership	849
Leadership	547	Communication	489	Communication	744
Assessment	505	Assessment	392	Assessment	545
Information Management	155	Physical Environment	115	Physical Environment	202
Physical Environment	138	Information Management	72	Health information technology-related	125
Care Planning	103	Care Planning	72	Care Planning	75
Continuum of Care	97	Health Information Technology-related	59	Operative Care	62
Medication Use	77	Operative Care	58	Medication Use	60
Operative Care	76	Continuum of Care	57	Information Management	52

(FONTE: "The Joint Commission-Sentinel Event Data Root Causes By Event Type 2004-2015")

Figura 2: numero di eventi sentinella.



(FONTE: "The Joint Commission-Sentinel Event Data Annual Review 2023")

Il paziente chirurgico

Il paziente chirurgico è una persona che, affetta da una patologia, necessita di un trattamento di tipo chirurgico come unico rimedio terapeutico; il paziente dovrà quindi seguire un percorso perioperatorio, che si compone di 3 fasi: a) fase preoperatoria che inizia nel momento in cui viene definita la necessità dell'intervento. Il paziente esprime il consenso informato alla procedura, vengono eseguiti gli esami diagnostici specifici e necessari per determinare la classe di priorità e per analizzare i rischi associati all'intervento ed alle procedure anestesilogiche; b) fase intraoperatoria, che inizia nel momento in cui il paziente entra in sala operatoria, fino al trasferimento nel reparto di degenza. Questa fase comprende preparazione del paziente, monitoraggio dei parametri vitali, posizionamento sul tavolo operatorio, presa in carico nelle fasi del risveglio; c) fase post operatoria che si riferisce al periodo che va dal rientro del paziente in reparto fino alla dimissione dall'ospedale.

Ciascuna fase comprende una serie di attività assistenziali, con livelli di complessità variabili, che richiedono uno scambio di informazioni tra gli operatori dello stesso contesto assistenziale o tra contesti differenti.

Per questo motivo il paziente chirurgico è particolarmente vulnerabile agli errori di comunicazione lungo tutto il suo percorso perioperatorio, in ciascuna delle sue fasi. Il percorso chirurgico si distingue per il trasferimento del paziente attraverso numerosi setting assistenziali, entrando in contatto con diversi professionisti sanitari. Questi, nel proprio contesto lavorativo, possono utilizzare metodi differenti, non condivisi e spesso non standardizzati per l'handover. Nella fase intraoperatoria, ad esempio, il momento del cambio turno degli infermieri e dei chirurghi, rappresenta un momento cruciale perché è necessario garantire il corretto passaggio delle informazioni riguardante l'andamento dell'intervento chirurgico, senza interrompere la procedura in atto. Durante il trasferimento del paziente verso la sala operatoria ed il suo ritorno in reparto, sono comuni errori di comunicazione e conseguente perdita di informazioni. Questo accade poiché, in alcuni casi, il trasporto è effettuato da personale di supporto con competenze cliniche limitate, e spesso le informazioni vengono trasmesse verbalmente senza invece l'ausilio di strumenti codificati e condivisi tra la sala operatoria e il reparto di degenza (Williams et al., 2007). Nello studio di Salzwedel C et al. è stato analizzato il processo di passaggio di consegne in ambito chirurgico, in particolare tra l'anestesista della sala operatoria e

l'infermiere della PACU (Post Anesthesia Care Unit), focalizzandosi sulle informazioni relative al paziente e al suo decorso intraoperatorio. Lo studio si è svolto in tre fasi: 1) analisi di prevalenza, mirata a fornire una visione d'insieme delle procedure attualmente in uso; 2) studio sperimentale in cui è stata introdotta una checklist scritta con specifici item; 3) fase finale per valutare l'efficacia dello strumento. Gli autori concludevano affermando che dopo l'introduzione della checklist, il numero di informazioni trasmesse erano aumentate in maniera significativa, permettendo così all'infermiere che prendeva in carico il paziente dopo l'intervento chirurgico di fornire un'assistenza adeguata garantendo la continuità assistenziale (Salzwedel et al., 2013). Nello studio di Sandelin et al., condotto su un gruppo di infermieri che lavoravano in sala operatoria, è emerso che le informazioni assistenziali relative al paziente erano spesso insufficienti, compromettendo così la preparazione preoperatoria del paziente e causando carenze nel flusso informativo all'interno del percorso perioperatorio; queste informazioni, contenute all'interno di un sistema informatico, si concentravano su aspetti clinici o specifici dell'intervento chirurgico, trascurando dettagli importanti di natura puramente assistenziale come la posizione del paziente durante l'intervento chirurgico o sui dispositivi necessari per l'intervento (ad esempio, catetere vescicale o monitoraggi), ritenuti dagli operatori sanitari particolarmente importanti da trasmettere ai colleghi del setting di degenza.

Gli infermieri compresi all'interno dello studio suggerivano di condurre dei briefing pre-chirurgici con l'intero team, offrendo l'opportunità di colmare eventuali lacune o omissioni nelle informazioni.

È quindi essenziale migliorare la comunicazione e garantire una completa disponibilità delle informazioni, permettendo a tutta l'equipe operatoria di essere ben preparata già dal giorno prima dell'intervento.

Questi aspetti rendono il percorso assistenziale più fluido e privo di interruzioni ed ostacoli, migliorando così la qualità delle cure, riducendo l'insorgenza di errori causati da omissione o cattiva trasmissione di informazioni, ottimizzando i tempi operativi ed una migliore governance delle liste di attesa per interventi chirurgici, e minimizzando gli sprechi di tempo per il team. (Sandelin et al., 2019).

La letteratura sottolinea che la qualità dell'handover e la quantità di informazioni da trasmettere possono dipendere dalle caratteristiche del setting assistenziale e da quelle

intrinseche del paziente. Inoltre, possono emergere significative differenze legate alle caratteristiche degli operatori che effettuano l'handover e alle loro modalità di esecuzione del passaggio di consegne (Haltermann et al., 2019).

Bruno et al. hanno messo in luce che, nel trasferimento di un paziente da un contesto assistenziale ad uno completamente diverso, può verificarsi l'interruzione e la discontinuità delle cure rivolte al paziente. La grande differenza nelle modalità di lavoro dei vari reparti ed il numero elevato di operatori sanitari che prendono in carico il paziente senza un passaggio di consegna strutturato, portano alla perdita di informazioni riguardanti eventi accaduti al paziente durante l'intervento o durante lo stazionamento in PACU (Bruno & Guimond, 2017).

Nello studio di Milby et al. del 2014, si stima che circa il 60% delle informazioni considerate importanti vengano perse durante il processo di handover dalla sala operatoria alla PACU. Tra le informazioni più frequentemente omesse vi sono: il bilancio idrico, la terapia antibiotica, la gestione del dolore intraoperatorio, gli orari di somministrazione dei farmaci e la presenza di dispositivi medici installati in sala per il monitoraggio (Milby et al., 2014). Secondo la Joint Commission, le inadeguatezze relative alla comunicazione durante il passaggio di consegne, sono responsabili del 60 % degli eventi avversi che si verificano nelle strutture ospedaliere. (Misseri et al., 2020).

Nel 6° rapporto derivato dal protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella per il periodo 2005-2020, pubblicato dal Ministero della Salute, emerge che la segnalazione di eventi avversi è sottostimata rispetto al numero reale di eventi. I setting in cui questi eventi si verificano più frequentemente sono le degenze chirurgiche e la sala operatoria. Il documento segnala inoltre una diminuzione di circa 3 punti percentuali negli eventi avversi che si verificano in sala operatoria rispetto al rapporto precedente, un segnale dell'attenzione crescente rivolta alla sicurezza del paziente nel percorso perioperatorio (Ministero della Salute, 2015), (Ministero della Salute, 2023).

Figura 3:luoghi dell' evento sentinella -

Luogo	N.	%
Reparto di Degenza	3683	41.04
Sala Operatoria	1395	15.54
Bagni	594	6.62
Ambulatorio	565	6.30
Corridoio	336	3.74
Non Specificato	273	3.04
Terapia Intensiva	215	2.40
Ambulanza	162	1.81
Scale	105	1.17
Altro	1646	18.34
Totale	8974	100

(FONTE: Ministero della salute. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 6° Rapporto (Gennaio 2005 - Dicembre 2020))

Figura 4: tipologia di evento sentinella

Tipologia di Evento *	N.	%
Morte o grave danno per caduta di paziente	2984	33.25
Ogni altro Evento avverso che causa morte o grave danno al paziente	1253	13.96
Atti di violenza a danno di operatore	1245	13.87
Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale	967	10.78
Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richieda un successivo intervento o ulteriori procedure	507	5.65
Morte o grave danno imprevisto conseguente ad intervento chirurgico	473	5.27
Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	337	3.76
Morte, coma o gravi alterazioni funzionali derivati da errori in terapia farmacologica	287	3.20
Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità AB0	168	1.87
Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	168	1.87
Errata procedura su paziente corretto	164	1.83
Violenza su paziente in ospedale	100	1.11
Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)	94	1.05
Procedura in paziente sbagliato	91	1.01
Morte o grave danno conseguente ad inadeguata attribuzione del codice triage nella centrale operativa 118 e/o all'interno del pronto soccorso	80	0.89
Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)	56	0.62
Totale	8974	100

(FONTE: Ministero della salute. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 6° Rapporto (Gennaio 2005 - Dicembre 2020))

Figura 5: fattori contribuenti -

Fattori Contribuenti	N.	%
Cause e Fattori Legati alle Tecnologie Sanitarie, Farmaci, Linee-Guida e Barriere	4855	71.82
Cause e Fattori Legati alla Comunicazione	3943	58.33
Cause e Fattori Umani	2987	44.19
Cause e Fattori Ambientali	1818	26.89

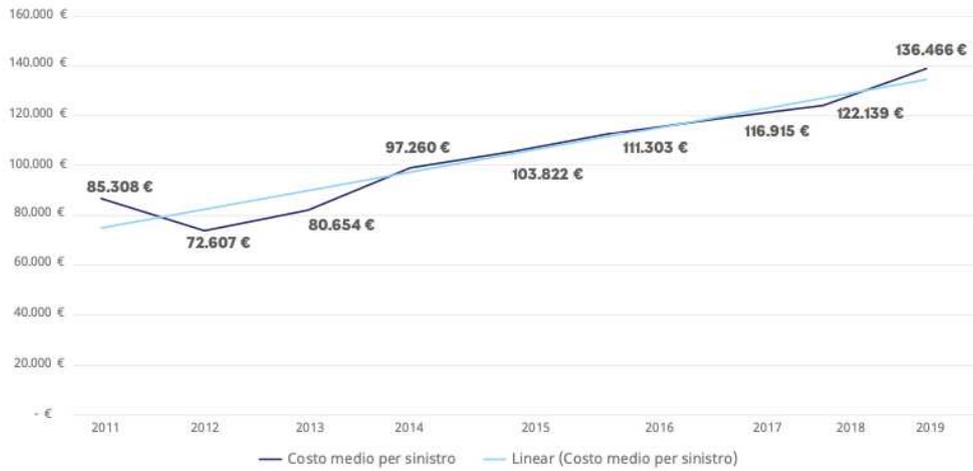
(FONTE: Ministero della salute. Protocollo di Monitoraggio degli Eventi Sentinella 6° Rapporto (Gennaio 2005 - Dicembre 2020))

Report MedMal

Ogni anno Marsh, leader mondiale in consulenze per risk management, presenta al mondo della sanità una fotografia dei sinistri di un campione di Aziende Sanitarie pubbliche e private. I benefici attesi da tale studio sono sia di carattere quantitativo, nella misura in cui vengono presentati i dati relativi alle richieste risarcitorie, sia qualitativo ponendosi dunque come strumento per supportare le aziende a definire il proprio profilo di rischio e ad orientare le scelte strategiche nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti, della prevenzione di eventi avversi che possono compromettere la sicurezza dei pazienti e generare contenziosi, del contenimento del rischio con specifiche azioni di clinical risk management e/o del suo trasferimento al mercato assicurativo.

La dodicesima edizione del Report MedMal sugli ospedali del territorio italiano, mostra che la principale causa di apertura di sinistri ospedalieri deriva da eventi che si verificano in ambito chirurgico. Il documento inoltre enfatizza il danno economico che una struttura sanitaria può subire: considerando che il costo medio per ogni sinistro supera i 100.000 € ogni struttura sanitaria paga in media circa 1.650.000 € annui in relazione ai sinistri. I sinistri incusi nel report vanno dal 2004 al 2020 e sono pari a 30.930, dei quali c'è da specificare, non tutti hanno avuto un rimborso da parte della struttura. Si evidenzia inoltre come la maggior parte delle tipologie di evento denunciato derivino da un errore chirurgico; infatti le aree chirurgiche, data la tipologia di attività che svolgono, sono da considerarsi delle aree con maggiore rischio (Araldi, 2021).

Figura 6: costo medio per sinistro



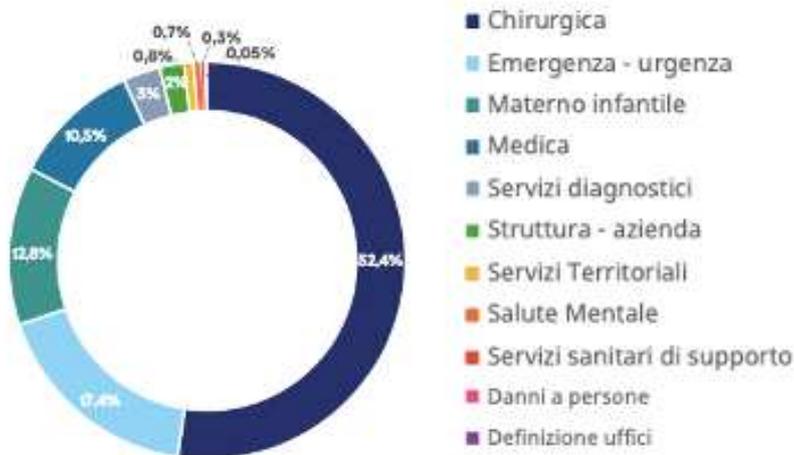
(FONTE: “12° Report MedMal”)

Figura 7: distribuzione percentuale delle tipologie di evento denunciato



(FONTE: “12° Report MedMal”)

Figura 8: aree di rischio



(FONTE: “12° Report MedMal”)

Metodi di trasmissione delle informazioni

Numerosi studi, di seguito illustrati, sono stati condotti per sviluppare e migliorare il processo di handover, con particolare attenzione alla fase postoperatoria, considerata il momento più critico a causa dell'alto rischio di eventi avversi derivanti dall'omissione di informazioni. Queste ricerche hanno ispirato l'elaborazione di protocolli specifici per sistematizzare il trasferimento delle informazioni del paziente chirurgico dalla sala operatoria all'area di ricovero. I risultati hanno portato ad un miglioramento qualitativo delle informazioni condivise, contribuendo così a un calo nel numero di eventi avversi.

Si cita in particolare lo studio condotto da Ghosh et al. che ha valutato l'impatto dell'implementazione del protocollo standardizzato SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) sul processo di handover infermieristico a letto del paziente, sulla soddisfazione dei pazienti e sull'accettazione del protocollo da parte degli infermieri, determinando se la standardizzazione del processo di handover potesse migliorare la qualità della comunicazione, la continuità dell'assistenza e la sicurezza del paziente. I risultati dello studio mostrano che l'implementazione del protocollo standardizzato SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) ha avuto un impatto positivo sul processo di handover infermieristico al letto del paziente. Dopo l'introduzione del protocollo SBAR i punteggi relativi all'efficacia del passaggio di consegne e alla soddisfazione dei pazienti sono migliorati in modo significativo rispetto ai periodi pre-intervento. Infatti i punteggi mediani relativi al passaggio di consegne infermieristico sono aumentati da 7 (pre-intervento) a 13 (post-intervento), e la soddisfazione dei pazienti è cresciuta da 11 a 12 punti su una scala di valutazione. Inoltre, i risultati hanno evidenziato un'alta accettazione del protocollo SBAR da parte degli infermieri, che ne hanno apprezzato la struttura standardizzata e la chiarezza nella comunicazione. Il protocollo si è dimostrato efficace nel migliorare la trasmissione delle informazioni e nel ridurre gli errori di comunicazione, contribuendo a una maggiore sicurezza del paziente (Ghosh et al., 2021).

Si cita inoltre lo studio condotto da Nagpal et al. il quale ha evidenziato che l'adozione di un processo strutturato di handover tra la sala operatoria e la PACU ha ridotto significativamente la quantità di informazioni omesse durante il trasferimento del paziente. Inoltre, ha determinato una notevole diminuzione degli errori e un

miglioramento del lavoro di squadra, aumentando anche la soddisfazione percepita dagli operatori sanitari (Nagpal et al., 2013).

Reine et al. hanno evidenziato che l'handover postoperatorio varia in funzione della durata dell'intervento chirurgico e della tipologia di paziente. In particolare, se l'intervento è stato complesso e prolungato, o se il paziente è in condizioni critiche, il passaggio di consegne risulta essere più dettagliato e approfondito. Gli autori concludono che, per garantire un passaggio di consegne ottimale, era necessario adattare il processo in modo condiviso e standardizzato, al fine di ridurre l'impatto di variabili che ostacolavano la trasmissione delle informazioni, come le condizioni del paziente, le circostanze situazionali e la scarsa conformità allo strumento utilizzato (Reine et al., 2021).

Viene citato un ulteriore studio che ha sperimentato l'introduzione di una checklist denominata PATH (Postanaesthesia Team Handover), utilizzata dall'anestesista di sala operatoria per il passaggio di consegne agli infermieri della PACU. Lo strumento utilizzato (PATH Checklist) includeva una serie di elementi chiave che dovevano essere gestiti durante il trasferimento del paziente per garantire la sicurezza e la continuità delle cure. La checklist comprendeva informazioni critiche sul paziente, come identità, allergie, storia clinica rilevante, tipo di intervento chirurgico e anestesia, score ASA (American Society of Anesthesiologists), gestione delle vie aeree, accessi vascolari, gestione dei fluidi, analgesia intraoperatoria, e risultati di laboratorio. E' emerso come aspetto importante della checklist PATH, l'inclusione di fattori organizzativi e umani come la leadership del team, la comunicazione a circuito chiuso e la gestione del carico di lavoro, che miravano a ridurre gli eventi avversi e a prevenire la perdita di informazioni durante il passaggio di consegne. L'implementazione della checklist ha migliorato l'efficacia del processo di handover, riducendo le interruzioni e garantendo che tutti i membri del team avessero l'opportunità di fare domande e chiarire eventuali dubbi (Jaulin et al., 2021).

Nello studio di Mukhopadhyay et al., è stato implementato un processo di handover con l'ausilio di una checklist postoperatoria. Anche in questo caso si è riscontrato un miglioramento nella comunicazione, con un maggiore trasferimento di informazioni riguardanti l'intervento chirurgico. Inoltre, è stata migliorata anche la comunicazione preoperatoria in merito all'anestesia (Mukhopadhyay et al., 2018).

Numerosi studi hanno implementato un sistema informatizzato per garantire il processo di handover. Questo fenomeno ha portato a una maggiore precisione, completezza e rapidità della trasmissione delle informazioni che erano estratte direttamente dai flussi informativi interni della struttura. La standardizzazione di tale processo ha contribuito a ridurre l'incidenza di errori nella trasmissione delle informazioni e, soprattutto, a diminuire gli eventi avversi causati da una comunicazione inefficace tra gli operatori sanitari (Cheah et al. 2005, Van Eaton et al. 2005, Hertzum & Simonsen, 2008, Raptis et al., 2009).

L'analisi delle evidenze scientifiche ha incluso due studi che hanno confrontato il passaggio di consegne tra l'uso della carta stampata e un supporto elettronico (E-Handover) nei reparti di degenza chirurgica. Oltre alla riduzione del contatto diretto tra il personale, con conseguente diminuzione della trasmissione di microrganismi patogeni tra i pazienti, gli studi hanno evidenziato numerosi vantaggi derivanti dall'informatizzazione completa del processo. L'uso dell'E-Handover ha permesso di ridurre significativamente il tempo necessario per il passaggio di consegne, migliorando l'efficacia e standardizzando la quantità di informazioni trasmesse (Jacob et al., 2021, Sun et al., 2018)

Obiettivo

Obiettivo primario

Osservare la percezione degli infermieri coinvolti nella presa in carico del paziente chirurgico rispetto al fenomeno dell'handover nel percorso perioperatorio.

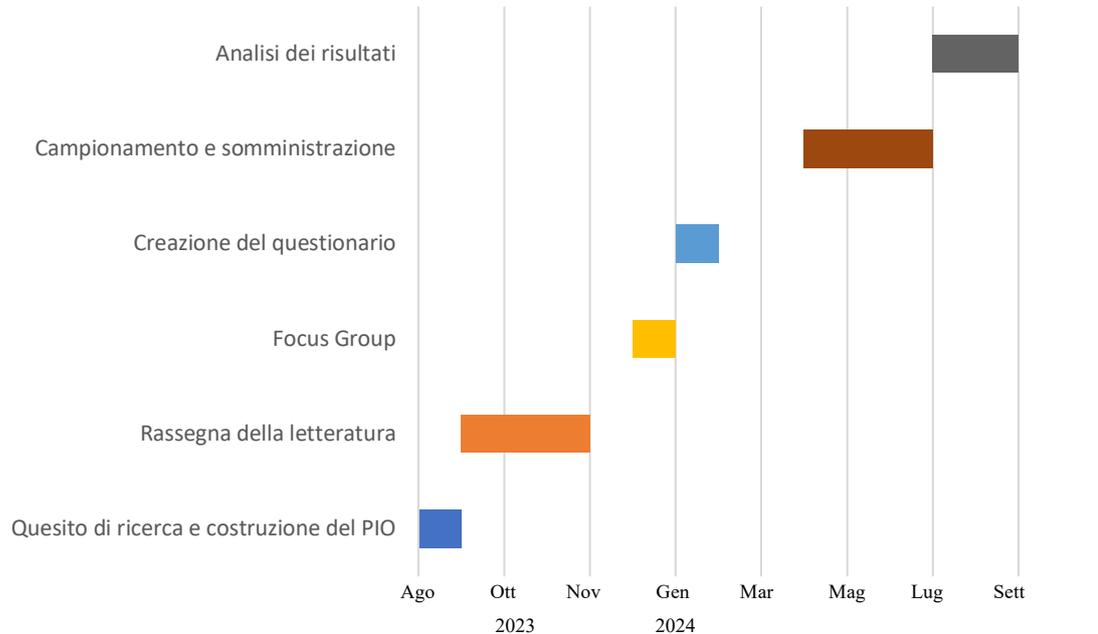
Obiettivo secondario

Identificare un set di informazioni che gli infermieri, coinvolti nella presa in carico del paziente chirurgico, considerano fondamentali nel processo di trasmissione delle informazioni relative ai pazienti.

Materiali e metodi

Fasi del progetto

Tabella 1: Cronoprogramma di GAANT



Quesito di ricerca

Per la rassegna della letteratura è stato costruito il quesito di ricerca secondo la metodologia PIO:

P (problema) = scarso passaggio di informazioni tra sala operatoria e reparto di degenza

I (intervento) = questionario di valutazione conoscenza del fenomeno

O (outcome) = percezione infermieristica sull'attuale passaggio di consegne

Focus Group

Il questionario è stato sviluppato sulla base delle evidenze scientifiche e con l'ausilio della tecnica del Focus Group. Questo metodo è stato utilizzato per raccogliere informazioni qualitative tramite una discussione guidata tra un gruppo di persone ritenute esperte (panel di esperti), con l'obiettivo di esplorare opinioni, esperienze, atteggiamenti e percezioni su un tema specifico. Il Focus Group ha offerto diversi vantaggi: (a) ha permesso di approfondire le opinioni dei partecipanti ed esperti, (b) ha raccolto una varietà di prospettive, facendo emergere punti di vista diversi che hanno arricchito l'analisi e la strutturazione del questionario, (c) ha stimolato nuove idee e soluzioni

creative attraverso l'interazione tra i partecipanti, (d) ha consentito l'analisi di concetti chiave, (e) ha fornito un contesto più ampio e una maggiore profondità ai dati, integrando le evidenze scientifiche con le percezioni reali.

Il team del focus group comprendeva:

- 2 coordinatrici delle degenze chirurgiche
- 1 coordinatrice del blocco operatorio
- 1 incarico di funzioni organizzative di dipartimento
- 1 studente della triennale

Questionario

Si è proceduto alla costruzione dei questionari, o survey, da somministrare agli infermieri dei reparti presi come campione, per valutare il livello di conoscenza del fenomeno dell'handover e la loro percezione dello stesso nella realtà lavorativa.

Il questionario ha esplorato diverse dimensioni: I) analisi sociodemografica, condotta attraverso un processo di raccolta e valutazione dei dati che riguardavano le caratteristiche sociali e demografiche del gruppo oggetto di sperimentazione. Questa analisi ha permesso di ottenere informazioni utili per comprendere meglio il contesto e le variabili che potevano influenzare il fenomeno; II) analisi di contesto introdotto per verificare il livello di conoscenza del campione rispetto al fenomeno; III) Analisi qualitativa in cui veniva presentata una serie di attività assistenziali specifiche per il setting assistenziale esaminato, valutando il livello di concordanza nell'inserire tali attività nel processo di handover. È stata prevista una sezione finale in cui il partecipante aveva la possibilità di inserire liberamente delle proposte.

Il questionario è stato distribuito in modalità web. Il link di collegamento per la compilazione telematica del questionario è stato distribuito tra le coordinatrici dei rispettivi reparti inclusi nel progetto di ricerca. La compilazione era anonima e volontaria. Sono stati sviluppati due questionari distinti, differenti solo nella sezione dedicata all'analisi qualitativa. Una versione era destinata agli infermieri di degenza, mentre l'altra era rivolta agli infermieri del blocco operatorio. I questionari differivano poiché includevano attività assistenziali specifiche per ciascuno dei due setting.

La raccolta dei dati è avvenuta nell'arco temporale Aprile-Luglio 2024.

Criteria di inclusione e campionamento

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Infermieri con almeno 6 mesi di esperienza nel reparto Infermieri che lavorano presso setting chirurgici	Infermieri fuori turno

Campionamento di convenienza non probabilistico in cui i partecipanti sono stati selezionati sulla base della loro disponibilità e accessibilità al ricercatore. Questo metodo è stato utilizzato in quanto c'erano tempo, costi e altre risorse limitate, permettendo così di raccogliere dati in modo rapido e più semplice.

Tabella 2: numerosità campionaria

NUMEROSITA' CAMPIONARIA	
Infermieri di degenza	N = 92 (N = 19 S.O.D. Clinica di Urologia, N = 44 S.O.D. Ortopedia, N = 17 S.O.D. Chirurgia Toracica, N = 12 S.O.D. Clinica di Senologia)
Infermieri del Blocco Operatorio	N = 60 [N = 27 Gruppo 1 (Ortopedia, Chirurgia della Mano e Chirurgia Plastica), N = 33 Gruppo 2 (Chirurgia Epatica, Urologia, Clinica Chirurgica, Maxillo Facciale, Chirurgia Toracica, Odontostomatologia, Senologia)]

Autorizzazione

È stata richiesta formale di autorizzazione indirizzata ai vertici aziendali (Dirigene Area Infermieristica ed Ostetrica - Direttore Medico di Presidio). L'autorizzazione alla somministrazione delle survey è stata firmata ad Aprile 2024 e si è proceduto alla diffusione tramite le coordinatrici delle SOD.

Etica

Il questionario era anonimo e la partecipazione allo studio era del tutto volontaria. Il partecipante poteva ritirarsi in qualunque momento, interrompendo la compilazione della survey.

Le risposte fornite e i dati richiesti non riconducevano alla identità del partecipante.

Risultati

Sono stati raccolti un totale di 132 questionari rispetto ad una numerosità campionaria teorica di 152 con un tasso di partecipazione pari all'86 %, in particolare 50 risposte (38 %) compilate dagli infermieri del blocco operatorio, 82 (62 %) compilate dagli infermieri delle degenze chirurgiche.

Analisi demografica

Il campione presenta un'età media di 42 anni, suggerendo una popolazione adulta prevalentemente nella fase centrale della propria vita lavorativa e personale. L'età minima di 24 anni e l'età massima di 61 anni indicano una buona dispersione anagrafica, comprendendo sia giovani adulti che soggetti prossimi alla pensione. Questa ampiezza potrebbe offrire una visione articolata del fenomeno in esame su diverse fasce di età. L'età più frequente nel campione (moda 37 anni) è relativamente giovane rispetto alla media; questo potrebbe indicare una leggera prevalenza di persone nella fascia 30-40 anni. La mediana di 51 anni evidenzia che il 50% del campione ha un'età inferiore o uguale a 51 anni. Tale valore, che è superiore alla media, potrebbe suggerire la presenza di un gruppo di individui più anziani che "spinge" la mediana verso l'alto.

Il campione è nettamente sbilanciato a favore delle donne, con una prevalenza dell'80% (105 soggetti femminili) rispetto al 20% di maschi (26 soggetti).

La distribuzione demografica del campione, con una preponderanza di donne e una leggera concentrazione di soggetti nella fascia adulta, potrebbe essere rilevante per interpretare le conclusioni dell'indagine. Le future analisi statistiche dovranno tenere in considerazione queste caratteristiche del campione per verificare eventuali differenze significative tra i gruppi di età e di genere.

Tabella 3-Analisi demografica

Dati aggregati		
Età		
Variabile statistica	Anni	
Media	42	
Min.	24	
Max.	61	
Moda	37	
Mediana	51	
Prevalenza genere		
Variabile statistica	n.	%
Maschio	26	20
Femmina	105	80
Esperienza lavorativa		
Variabile statistica	Anni	
Media	14	
Min.	1	
Max.	40	
Moda	2	
Mediana	11	
Livello formativo		
Variabile statistica	n.	%
Laurea Triennale	94	71.2
Master 1° livello	27	20.5
Laurea Magistrale	11	8.3
Master 2° livello	\	\
Dottorato di ricerca	\	\

Blocco Operatorio		
Età		
Variabile statistica	Anni	
Media	42	
Min.	24	
Max.	61	
Moda	37	
Mediana	51	
Prevalenza genere		
Variabile statistica	n.	%
Maschio	26	20
Femmina	105	80
Esperienza lavorativa		
Variabile statistica	Anni	
Media	14	
Min.	1	
Max.	40	
Moda	7	
Mediana	11	
Livello formativo		
Variabile statistica	n.	%
Laurea Triennale	31	62
Master 1° livello	14	28
Laurea Magistrale	5	10
Master 2° livello	\	\
Dottorato di ricerca	\	\

Degenza Chirurgica		
Età		
Variabile statistica	Anni	
Media	42	
Min.	24	
Max.	61	
Moda	37	
Mediana	51	
Prevalenza genere		
Variabile statistica	n.	%
Maschio	26	20
Femmina	105	80
Esperienza lavorativa		
Variabile statistica	Anni	
Media	14	
Min.	1	
Max.	40	
Moda	4	
Mediana	12	
Livello formativo		
Variabile statistica	n.	%
Laurea Triennale	63	76.8
Master 1° livello	13	15.9
Laurea Magistrale	6	7.3
Master 2° livello	\	\
Dottorato di ricerca	\	\

Analisi del contesto

Si sono evidenziate alcune criticità riguardanti il processo di trasferimento delle informazioni tra la sala operatoria e il reparto di degenza. La totalità dei rispondenti (100%) ha riconosciuto l'importanza di un efficace trasferimento di informazioni nella gestione del paziente, dimostrando una consapevolezza diffusa della rilevanza di questo aspetto per garantire la continuità delle cure. Tuttavia, l'attuale processo di trasmissione delle informazioni appare insufficiente. Solo il 6% dei partecipanti ha valutato il sistema in uso come "molto efficace", mentre la maggioranza relativa (46%) lo considera "abbastanza efficace". Il 40% dei rispondenti, tuttavia, lo giudica "poco efficace", e un ulteriore 8% lo ritiene "per niente efficace". Questi dati indicano che, sebbene esistano alcuni aspetti positivi, una parte consistente del campione percepisce importanti lacune nel sistema attuale. Inoltre, il 94% dei partecipanti ha espresso la necessità di implementare uno strumento condiviso per il trasferimento di informazioni assistenziali tra la sala operatoria e il reparto di degenza. Questo dato riflette una chiara richiesta da parte degli operatori per soluzioni che possano migliorare l'efficienza e l'affidabilità del processo comunicativo, suggerendo che un sistema strutturato di scambio di dati clinici potrebbe ridurre gli errori e migliorare la qualità dell'assistenza. L'analisi del contesto evidenzia un terreno fertile per l'adozione di nuovi strumenti tecnologici e metodologici volti a migliorare la gestione delle informazioni cliniche, rendendo il trasferimento tra i diversi setting di cura più fluido e sicuro.

Tabella 4: conoscenza del fenomeno

Dati aggregati				
Variabile statistica	n.		%	
Ritieni che un efficace trasferimento di informazioni sia fondamentale per la gestione del paziente?	132		100	
Scala Likert	4	3	2	1
Come valuti il processo di trasmissione delle informazioni tra la sala operatoria e il reparto di degenza attualmente in uso nel tuo ambiente di lavoro?	8 (6 %)	61 (46 %)	52 (40 %)	11 (8 %)
Credi sia utile implementare uno strumento condiviso per il trasferimento di informazioni assistenziali tra il reparto di degenza e la sala operatoria?	124		94 %	

Blocco operatorio				
Variabile statistica	n.		%	
Ritieni che un efficace trasferimento di informazioni sia fondamentale per la gestione del paziente?	50		100	
Scala Likert	4	3	2	1
Come valuti il processo di trasmissione delle informazioni tra la sala operatoria e il reparto di degenza attualmente in uso nel tuo ambiente di lavoro?	2 (4 %)	22 (44 %)	24 (48 %)	2 (4 %)
Credi sia utile implementare uno strumento condiviso per il trasferimento di informazioni assistenziali tra il reparto di degenza e la sala operatoria?	47		94 %	

Degenza chirurgica				
Variabile statistica	n.		%	
Ritieni che un efficace trasferimento di informazioni sia fondamentale per la gestione del paziente?	82		100	
Scala Likert	4	3	2	1
Come valuti il processo di trasmissione delle informazioni tra la sala operatoria e il reparto di degenza attualmente in uso nel tuo ambiente di lavoro?	6 (7 %)	39 (48 %)	28 (34 %)	9 (11 %)
Credi sia utile implementare uno strumento condiviso per il trasferimento di informazioni assistenziali tra il reparto di degenza e la sala operatoria?	77		94 %	

L'ultima analisi condotta (tabelle 9 e 10) si è concentrata sulla possibilità di alimentare un Nursing Minimum Data Set, considerato uno strumento importante per il trasferimento di informazioni tra diversi setting assistenziali. Nello specifico, è stata presentata una serie di attività infermieristiche tipicamente svolte nelle unità di degenza e nel blocco operatorio. Data l'eterogeneità dei due setting e la diversità delle attività eseguite, sono stati creati due questionari distinti: uno somministrato al personale di degenza e l'altro al personale del blocco operatorio, per rispecchiare le peculiarità di ciascun contesto.

Tabella 5: informazioni che la sala operatoria desidera ricevere dal reparto di degenza

Domanda	n.	%
Consideri importante essere informato/a riguardo la valutazione dello stato di coscienza effettuata nella fase pre-operatoria?	46	92
Ritieni rilevante essere informato/a sulla valutazione del grado di autonomia del paziente nella fase pre-operatoria?	47	94
Consideri importante essere informato sulle procedure di acquisizione del consenso informato e su eventuali difficoltà incontrate nel suo ottenimento?	46	92
Ritieni importante essere informato sulla presenza della marcatura del sito chirurgico, sulla sua eventuale assenza e sulle possibili difficoltà incontrate durante la procedura?	49	98
Ritieni utile ricevere informazioni sul tipo di documentazione sanitaria che accompagna il paziente nel trasferimento dalla degenza al blocco operatorio, inclusi dettagli su eventuali difficoltà nella raccolta o mancanza di documenti?	46	92
Ritieni utile essere informato/a sull'esito della valutazione pre-operatoria del patrimonio venoso del paziente?	47	94
Consideri importante ottenere informazioni riguardo la presenza di allergie o intolleranze del paziente e, se presenti, conoscere il tipo specifico di condizione?	50	100
Ritieni utile essere informato/a sull'esito della valutazione pre-operatoria del rischio di trombosi venosa profonda e sui protocolli di trattamento prescritti?	46	92
Ritieni utile ottenere informazioni sul tipo di terapia farmacologica prescritta al paziente, come premedicazione o antibiotico profilassi e sulla sua effettiva somministrazione, inclusi orario e modalità?	50	100
Pensi sia utile essere informato/a se il paziente ha ricevuto il colloquio preoperatorio (anticipazione delle strategie assistenziali)?	41	82
Pensi sia utile essere informato/a sull'eventuale presenza di protesi (dentiere, protesi acustiche, ecc)?	47	94
Pensi sia utile essere informato/a sulla presenza di eventuali situazioni di comorbidità o condizioni mediche concomitanti?	49	98
Ritieni utile essere informato/a sull'eventuale attivazione del processo di trasfusione (presenza di braccialetto)?	48	96

Tabella 6: informazioni che la degenza desidera ricevere dal blocco operatorio

Domanda	n.	%
Ritieni importante essere informato/a sul tipo di anestesia somministrata al paziente?	82	100
Credi sia importante essere informato/a riguardo la valutazione dello stato di coscienza del paziente durante le fasi intra-operatorie?	71	86
Ritieni importante sapere quale posizione è stata assunta dal paziente sul tavolo operatorio durante l'intervento chirurgico e se sono stati impiegati dei posizionatori?	65	79
Ritieni utile includere informazioni sulla presenza di drenaggi, sulla loro posizione anatomica e modalità di gestione?	80	97
Pensi sia utile includere informazioni relative alla presenza del catetere vescicale, modalità di gestione e tipologia di dispositivo utilizzato?	77	94
Consideri importante ricevere dettagli sulla presenza di accessi vascolari, inclusi i tipi di dispositivi utilizzati e le indicazioni per il loro impiego?	79	96
Ritieni utile ricevere informazioni riguardanti la presenza del SNG, modalità di gestione e il tipo di dispositivo utilizzato?	76	92
Ritieni utile ricevere informazioni sulla valutazione e il monitoraggio dell'ipotermia effettuati in fase intra-operatoria, o su eventuali indicazioni per continuare tale monitoraggio?	71	86
Ritieni utile essere informato/a se è stata effettuata una trasfusione in sala operatoria, se è ancora in corso e le modalità di gestione del percorso?	81	99
Ritieni utile ricevere informazioni su come è stato gestito il dolore nella fase intra-operatoria e ricevere indicazioni su come proseguire tale gestione?	79	96

I risultati evidenziati nella Tabella 5 mostrano una forte preferenza degli infermieri del blocco operatorio nel ricevere informazioni dettagliate e specifiche dai reparti di degenza prima dell'intervento. La maggior parte delle variabili proposte riceve un tasso di risposta positiva superiore al 90%, riflettendo una chiara consapevolezza dell'importanza di disporre di dati completi per garantire la sicurezza e la continuità assistenziale. In particolare, il 100% dei rispondenti ritiene fondamentale ricevere informazioni riguardanti la presenza di allergie o intolleranze del paziente e il tipo di terapia farmacologica prescritta, inclusa la sua effettiva somministrazione. Altre informazioni considerate importanti includono l'effettiva esecuzione della marcatura del sito chirurgico (98%), la presenza di situazioni di comorbidità (98%) e l'applicazione del protocollo per le TVP (92%). Questi dati sottolineano la necessità di ricevere un quadro completo delle condizioni pre-operatorie del paziente, soprattutto per evitare complicazioni intra-operatorie. È interessante notare che, anche se rilevante, il dato che ha ricevuto il tasso di risposta positiva più basso (82%) riguarda l'informazione sul colloquio pre-operatorio. Questo potrebbe riflettere una minore percezione di urgenza per questo tipo di informazioni, rispetto a dettagli clinici e operativi più strettamente legati alla sicurezza del paziente.

Nelle analisi condotte invece sul campione “Informazioni che gli infermieri di degenza desiderano ricevere dall’infermiere del blocco operatorio” riassunte nella tabella 6, emerge quanto segue: anche in questo caso le risposte mostrano una chiara preferenza per dati operativi dettagliati, con la totalità dei partecipanti (100%) che desidera essere informata sul tipo di anestesia somministrata. La gestione dei dispositivi post-operatori sembra essere un'altra area di notevole interesse, con il 99% che desidera conoscere i dettagli relativi all'eventuale trasfusione e il 97% che considera utile sapere della presenza di drenaggi e della loro gestione. Un'importante area di interesse è la gestione del dolore e dell'ipotermia, con il 96% degli infermieri di degenza che ritiene utile ricevere informazioni sulla gestione del dolore intra-operatorio e su come gestirlo in degenza proprio per garantire una continuità delle cure. Anche la gestione dei dispositivi medici post-operatori, come cateteri vescicali (94%), accessi vascolari (96%) e sondini nasogastrici (92%), viene considerata altamente rilevante per garantire una continuità assistenziale senza intoppi tra i due setting. È interessante notare che, sebbene tutte le informazioni siano ritenute importanti, vi è una variazione nel grado di urgenza percepito. Ad esempio, la posizione del paziente sul tavolo operatorio e l'uso di posizionatori viene ritenuta utile dall'79% dei partecipanti, un valore leggermente inferiore rispetto ad altre informazioni. Questo potrebbe riflettere la percezione che tali dettagli siano meno critici rispetto alle informazioni cliniche o terapeutiche dirette. Le analisi condotte nei due gruppi assistenziali mostrano un forte allineamento tra il personale del blocco operatorio e quello della degenza riguardo la necessità di informazioni precise e tempestive per assicurare una gestione sicura e continuativa del paziente. Tuttavia, la diversa natura delle attività svolte nei due setting spiega la variazione nelle priorità informative, con il blocco operatorio che si focalizza maggiormente sulle condizioni pre-operatorie del paziente e la degenza che dà più importanza alla gestione post-operatoria di dispositivi e terapie. Queste differenze evidenziano la necessità di strumenti strutturati e condivisi per facilitare un trasferimento delle informazioni efficace, in grado di rispondere ai bisogni specifici di ciascun setting assistenziale.

Conclusioni

I risultati ottenuti tramite il questionario somministrato confermano la sensibilità tra tutti gli operatori sanitari partecipanti rispetto al fenomeno dell'handover e dell'importanza

della sua corretta esecuzione per una migliore assistenza, indipendentemente dagli anni di esperienza maturati all'interno di un reparto o dal livello formativo raggiunto durante la carriera. Questo a conferma che il passaggio di consegna è un fenomeno in continua evoluzione e sempre di enorme rilevanza nel lavoro quotidiano degli infermieri.

Le modalità del passaggio di consegna attualmente in uso è valutato positivamente dalla maggior parte degli infermieri, esprimendo comunque la necessità di un miglioramento degli strumenti, per rendere più semplice, fluido e fruibile il passaggio delle informazioni riguardante il paziente nel suo percorso perioperatorio.

Il secondo obiettivo intendeva raccogliere una serie di informazioni, inserite all'interno del questionario, che potessero essere ritenute essenziali dagli infermieri per un efficace passaggio di informazioni riguardanti il paziente chirurgico, le quali per la maggior parte sono state accolte con parere positivo da parte dei partecipanti. E' stato inoltre lasciato uno spazio libero dove gli infermieri hanno avuto la possibilità di proporre altri item più specifici per ogni specialità, per andare a completare ed ampliare l'insieme di informazioni che intendono ricevere per poter eseguire un'ottimale passaggio di consegne.

Discussione

Dalle informazioni che gli infermieri hanno ritenuto essenziali per un corretto passaggio di consegne, è possibile prendere spunto per ricerche future sulla creazione di una check list integrata e condivisa tra sala operatoria e le degenze chirurgiche, in formato elettronico, che può facilitare e rendere più intuitiva la comunicazione tra gli operatori sanitari coinvolti nel percorso perioperatorio del paziente, come suggerito dalla letteratura. Il formato digitale può aiutare inoltre ad alimentare la banca dati del Nursing Minimum Data Set (NMDS) che viene definito come un insieme di informazioni essenziali, con definizioni e categorie specifiche, che cerca di soddisfare l'esigenza del reperimento di informazioni riguardanti l'assistenza infermieristica; si compone di elementi fondamentali quali Diagnosi Infermieristiche, Interventi Infermieristici, Outcome del paziente ed Intensità di cure, dati demografici dei degenti e da alcuni elementi riguardanti l'erogazione del servizio. Il NMDS è nato negli Stati Uniti e l'ultimo insieme di informazioni, è stato creato ad hoc per il sistema sanitario privato; tuttavia alcuni dati possono essere utili come l'identità dell'infermiere Case Manager, cause del ricovero, data di dimissione. È un sistema progettato per la raccolta di dati infermieristici

essenziali, uniformi, standard, comparabili da utilizzare in vari tipi di contesti e gruppi di pazienti; la banca dati è utile anche a professionisti sanitari e ricercatori, per spunti e riflessioni su ricerche future. Gli scopi del NMDS sono:

- stabilire la comparabilità dei dati infermieristici tra popolazioni, contesti, aree geografiche differenti;
- descrivere l'assistenza infermieristica agli utenti e alle loro famiglie in una varietà di contesti;
- dimostrare o progettare novità relative all'assistenza infermieristica fornita e distribuzione delle risorse infermieristiche ad individui o popolazioni in base ai loro problemi di salute o alle diagnosi infermieristiche;
- stimolare la ricerca infermieristica utilizzando solo gli elementi NMDS, nonché attraverso collegamenti a dati più dettagliati esistenti nei sistemi informativi infermieristici e sanitari;
- fornire dati sull'assistenza infermieristica per influenzare e facilitare il processo decisionale della politica sanitaria.(Werley et al., 1991)

Bibliografia

- Bruno, G. M., & Guimond, M. E. “Betsy”. (2017). Patient Care Handoff in the Postanesthesia Care Unit: A Quality Improvement Project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(2), 125–133
- Cheah, L.-P., Amott, D. H., Pollard, J., & Watters, D. A. K. (2005). Electronic medical handover: Towards safer medical care. *Medical Journal of Australia*, 183(7), 369–372
- Ernst, K. M., McComb, S. A., & Ley, C. (2018). Nurse-to-nurse shift handoffs on medical–surgical units: A process within the flow of nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6)
- Ghosh, S., Ramamoorthy, L., & Pottakat, B. (2021). Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*,
- Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 834–841
- Hertzum, M., & Simonsen, J. (2008). Positive effects of electronic patient records on three clinical activities. *International Journal of Medical Informatics*, 77(12), 809–817
- Jacob, N., Chaudhary, O., Darwish, N. M., Vijay, V., & Pardoe, H. (2021). E-Handover in Surgery Improves Clinical Efficiency and Adherence to COVID-19 Infection Control Measures. *Cureus*.
- Jaulin, F., Lopes, T., & Martin, F. (2021). Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: The Postanaesthesia Team Handover trial. *British Journal of Anaesthesia*, 127(6), 962–970
- Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen, M. U., Joppich, R., & Wappler, F. (2014). Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: A prospective analysis: Post-operative patient handover in the PACU. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(2), 192–197
- Misseri, G., Cortegiani, A., & Gregoretti, C. (2020). How to communicate between surgeon and intensivist? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 33(2), 170–176

- Mukhopadhyay, D., Wiggins-Dohlvik, K. C., MrDutt, M. M., Hamaker, J. S., Machen, G. L., Davis, M. L., Regner, J. L., Smith, R. W., Ciceri, D. P., & Shake, J. G. (2018). Implementation of a standardized handoff protocol for post-operative admissions to the surgical intensive care unit. *The American Journal of Surgery*, *215*(1), 28–36
- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., Vincent, C., & Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: A prospective observational study. *The American Journal of Surgery*, *206*(4), 494–501
- Raptis, D. A., Fernandes, C., Weiliang Chua, & Boulos, P. B. (2009). Electronic software significantly improves quality of handover in a London teaching hospital. *Health Informatics Journal*, *15*(3), 191–198.
<https://doi.org/10.1177/1460458209337431>
- Reine, E., Aase, K., Ræder, J., Thorud, A., Aarsnes, R. M., & Rustøen, T. (2021). Exploring postoperative handover quality in relation to patient condition: A mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing*, *30*(7–8), 1046–1059
- Salzwedel, C., Bartz, H.-J., Kühnelt, I., Appel, D., Haupt, O., Maisch, S., & Schmidt, G. N. (2013). The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: A randomized controlled trial. *International Journal for Quality in Health Care*, *25*(2), 176–181
- Sandelin, A., Kalman, S., & Gustafsson, B. Å. (2019). Prerequisites for safe intraoperative nursing care and teamwork—Operating theatre nurses’ perspectives: A qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing*, *28*(13–14), 2635–2643
- Sun, Y.-K., Shih, W.-C., & Cheng, K.-H. (2018). An Electronic Handover System to Improve Information Transfer for Surgical Patients. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, *36*(12), 610–614
- Van Eaton, E. G., Horvath, K. D., Lober, W. B., Rossini, A. J., & Pellegrini, C. A. (2005). A randomized, controlled trial evaluating the impact of a computerized rounding and sign-out system on continuity of care and resident work hours. *Journal of the American College of Surgeons*, *200*(4), 538–545
- Werley, H. H., Devine, E. C., Zorn, C. R., Ryan, P., & Westra, B. L. (1991). The Nursing Minimum Data Set: Abstraction tool for standardized, comparable, essential data. *American Journal of Public Health*, *81*(4), 421–426.

- Williams, R. G., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J. B., Sutyak, J., Horvath, K. D., Van Eaton, E. G., Azzie, G., Potts, J. R., Boehler, M., & Dunnington, G. L. (2007). Surgeon Information Transfer and Communication. *Annals of Surgery*, 245(2), 159–169

Sitografia

- Araldi, M. (2021). Tratto da <https://www.simlaweb.it/report-medmal-marsh-2021/>
- Ministero della Salute. (2015). Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=2353>
- Ministero della Salute. (2023). Tratto da <https://www.salute.gov.it/portale/sicurezzaCure/dettaglioPubblicazioniSicurezzaCure.jsp?lingua=italiano&id=3356>
- Poletti, P. (2012). Tratto da careonline.it: <https://careonline.it/2012/10/handover-il-passaggio-delle-consegne-chiave-della-sicurezza/>
- The Joint Commission. (2016). Tratto da <https://hcupdate.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/02/2016-02-se-root-causes-by-event-type-2004-2015.pdf>
- The Joint Commission. (2023). Tratto da www.jointcommission.org: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-data-summary/>
- World Health Organization. (2008). Tratto da <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-PSP-2008.03>

Ringraziamenti

Il significato letterale della parola «gràzie» è propriamente il plurale di grazia, dal latino *gratia*, derivato da *gratus* (gradito riconoscente), ma non riesco a ritenerla una parola adeguata ed all'altezza per esprimere le mie emozioni e gratitudine alle persone che mi sono state accanto in questo percorso.

GRAZIE a Benni, compagna di libri fin dal primo esame con cui ho condiviso gioie, paure, delusioni, arrabbiate, scherzi, ore di lezione interminabili ed un solo tirocinio purtroppo.

GRAZIE a Vale, apparsa all'inizio dell'ultimo anno, un po' disperata e stanca, compagna preziosa, sincera, leale, disponibile.

In voi ho trovato delle persone splendide, con cui vorrei condividere tanto altro negli anni a venire e con cui so che potrò sfogarmi nei momenti bui della carriera; sappiate che potete sfogarvi anche voi per qualsiasi cosa, con un messaggio, una chiamata, ma preferisco davanti ad uno Spritz.

GRAZIE al Professor Lombardi Fortino Domenico, mi ha insegnato tantissimo durante la stesura della tesi e farò tesoro di tutto. La ringrazio soprattutto per avermi mostrato l'amore e la dedizione verso la professione infermieristica che metteva in ogni sua lezione; è stato di grande ispirazione vedere la cura e la passione con cui esponeva gli argomenti anche quando in aula eravamo in 10 compreso lei!!

GRAZIE a Mara; mi hai accompagnato dal test di ingresso fino a questo momento tanto atteso. Sei stata la spalla su cui contare sempre per qualsiasi problema e la principale fonte di gossip durante questi anni. Mi mancheranno le conversazioni nel tuo ufficio, ma so che potrò contattarti in qualsiasi momento per qualsiasi cosa e tu potrai fare lo stesso con me.

GRAZIE a tutta la mia famiglia che mi ha costantemente sostenuto e spronato in questa scelta tutt'altro che scontata. Avere il vostro appoggio e la certezza che qualsiasi scelta avessi fatto vi avrebbe reso comunque felici, ha permesso di godermi questi anni universitari al meglio.

GRAZIE a mia moglie Francesca, per avere compreso il mio bisogno di voltare pagina dopo una grossa delusione lavorativa, di avermi preso per mano ed avermi infuso coraggio per affrontare il percorso universitario. Sei stata sempre al mio fianco in ogni scelta, senza rimpianti.

L'ultimo GRAZIE va a Mamma per avermi fatto innamorare piano piano della professione infermieristica; i tuoi racconti quando tornavi dal lavoro erano sempre gioiosi e mostravano solo la parte più bella e piena di soddisfazioni. Non hai mai portato a casa arrabbiature o storie tristi, anche se hanno fatto parte del tuo lavoro quotidiano. Spero anch'io di portare a casa solo le belle esperienze che farò durante la mia carriera.

“Il vero modo di essere felici è quello di procurare la felicità agli altri. Cercate di lasciare questo mondo un po' migliore di quanto non l'avete trovato e, quando suonerà la vostra ora di morire, potrete morire felici nella coscienza di non avere sprecato il vostro tempo, ma di avere fatto del vostro meglio. ESTOTE PARATI”

B.P.