

INDICE

Abstract	
Introduzione	pag.1
Capitolo 1 – Il passaggio delle consegne infermieristiche	pag.2
1.1 Problematiche nel dipartimento di Emergenza	pag.3
Capitolo 2 – La metodologia e rassegna della letteratura disponibile	pag.5
2.1 Quesito di revisione	pag.5
2.2 Ricerca degli studi	pag.6
2.3 La metodologia PRISMA	pag.7
Capitolo 3- Obiettivo	pag.8
Capitolo 4 – Materiali e metodi	pag.9
4.1 Strategia di ricerca	pag.9
Capitolo 5 – Risultati	pag.10
5.1 Gli articoli selezionati	pag.10
5.2 PRISMA Flow Chart	pag.10
5.3 Valutazione critica	pag.11
Capitolo 6 – Discussione	pag.23
6.1 Interpretazione dei dati	pag.23
Capitolo 7 – Conclusione	pag.27
Bibliografia	pag.29
Allegati	pag.31
Ringraziamenti	pag.37

ABSTRACT

Introduzione: il passaggio delle consegne o handover è una trasmissione di informazioni cliniche e di responsabilità professionale. Non a caso la comunicazione è di fondamentale importanza, in quanto è definita come una sorta di relazione in cui avviene uno scambio di pensieri, opinioni, esperienze, sensazioni e sentimenti tra due o più soggetti, aumentando la conoscenza condivisa. Ma nonostante l'handover sia stato descritto come un metodo formale ed organizzato per condividere le informazioni, tutto questo non accade in Pronto Soccorso e questo può portare ad una scorretta compilazione dei documenti. Quindi l'obiettivo è il miglioramento dell'Handover Infermieristico nell'U.O di Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Ancona".

Materiali e Metodi: lo studio prevede una revisione sistematica della letteratura su banche dati come PubMed, SCOPUS e Cinhal. Sono inclusi studi osservazionali e quasi sperimentali. Si è utilizzato il framework PICO (P: partecipanti = infermieri del pronto soccorso, I: interventi = introduzione di modelli standardizzati, C: comparison = consegna infermieristica classica senza l'utilizzo di modello standardizzato, O: outcomes = miglioramento della trasmissione delle consegne infermieristiche tale da garantire un maggior livello di sicurezza degli assistiti).

Risultati: dagli studi è emerso che gli interventi infermieristici più efficaci si basavano sull'utilizzo di processi standardizzati che facilitavano la trasmissione delle consegne infermieristiche.

Analisi: gli articoli hanno sottolineato l'importanza di migliorare l'abilità dei professionisti nella comunicazione interprofessionale, utilizzando processi strutturati e situazioni simulate; soprattutto all'interno del dipartimento di emergenza.

Discussione e conclusioni: all'interno dell'unità operative non è presente un metodo standardizzato efficace che permette di far acquisire sicurezza agli operatori soprattutto durante il passaggio delle consegne

infermieristiche. Si rende perciò necessario progettare uno strumento strutturato che uniformi tale processo tra i professionisti. Parole chiave: Handover. Infermieri. Consegne Infermieristiche. Pronto Soccorso

INTRODUZIONE

Il passaggio di consegne o handover è una trasmissione di informazioni cliniche e di responsabilità professionale. Non a caso la comunicazione è di fondamentale importanza, in quanto è definita come una sorta di relazione in cui avviene uno scambio di pensieri, opinioni, esperienze, sensazioni e sentimenti tra due o più soggetti, aumentando la conoscenza condivisa. Dunque, una comunicazione imprecisa durante il cambio turno potrebbe aumentare il rischio di eventi avversi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2007 ha diffuso un documento "Communication during patient handovers" in cui viene sottolineato che il processo 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 residenze protette, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza.

Quindi nonostante l'handover sia stato descritto come un metodo formale per condividere informazioni, i passaggi di consegna avvengono in maniera affrettata ed incompleta, soprattutto all'interno dei Dipartimenti di Emergenza.

Inoltre, gli infermieri del pronto soccorso sono soggetti ad un continuo ricambio di pazienti; un variabile numero di questi ultimi ed una maggiore imprevedibilità del carico di lavoro, può comportare una scorretta compilazione dei documenti con aumentato rischio che l'infermiere possa ricevere o fornire un passaggio di consegna inadeguato.

Sono stati sviluppati dei modelli che ottimizzano il processo di handover in pronto soccorso attraverso l'utilizzo dei sistemi informatici che garantiscono un monitoraggio dei pazienti contribuendo ad aumentare l'efficacia e la coerenza del passaggio di consegne; tuttavia, queste strategie non sono state applicate in maniera corretta e quindi hanno avuto un successo limitato per quanto riguarda la standardizzazione delle consegne. Non a caso in letteratura sono presenti numerosi studi che analizzano le metodiche utilizzabili come strumenti strutturati per il passaggio delle consegne. Questo dimostra che non esiste una sola soluzione valida per tutti i contesti, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo al tipo di contesto.

CAPITOLO 1 – IL PASSAGGIO DELLE CONSEGNE INFERMIERISTICHE

La consegna clinica si riferisce alla presa in carico del cliente e al trasferimento delle responsabilità attraverso il passaggio delle informazioni riguardanti alcuni aspetti della cura di un paziente, o gruppo di pazienti, ad un'altra persona o gruppo professionale, allo scopo di salvaguardare la sicurezza del paziente.

Handoff tra il personale infermieristico rappresenta un processo ospedaliero comune nell'aiutare a garantire l'effettiva consegna e la gestione della continuità assistenziale (Maxson, Derby, Wroblewski & Fossi, 2012, citato da Gu & Itoh, 2020). In questo processo, il trasferimento delle informazioni è considerato una parte essenziale per una corretta presa in carico del paziente.

I passaggi di consegne infermieristiche forniscono informazioni critiche sul paziente, che richiedono efficacia abilità e tecniche di comunicazione tra l'infermiere uscente e quello entrante. Il fattore umano è un elemento importante dei passaggi di consegne perché ha un valore di vitale impatto sui comportamenti e sulle relazioni interpersonali tra colleghi, e sull'ambiente di lavoro (Holly & Poletick, 2013, citato da Rikos et al., 2019).

Sono considerati momenti vulnerabili della transizione assistenziale per la sicurezza del paziente; quindi, il coordinamento e la comunicazione adeguata tra gli operatori sanitari sono essenziali per garantire la qualità e la sicurezza della cura del paziente. (Bergs et al., 2018)

Nella pratica quotidiana gli infermieri non utilizzano una metodica comune per trasmettere le informazioni ricorrendo a metodi personalizzati e questo fa sì che le informazioni importanti siano tralasciate o sostituite da altre non fondamentali. Non a caso le consegne inefficaci possono portare ad omissioni nella cura del paziente e ad una violazione delle norme di sicurezza (Kear, 2016; citato da Rikos et al., 2019).

Come afferma l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): il fattore di cattiva comunicazione può causare danni al paziente (WHO, 2007, citato da Athanasakis, 2013).

1.1 Problematiche nel Dipartimento Emergenza-Urgenza

Il passaggio di consegne infermieristiche nel pronto soccorso viene effettuato all'interno di un contesto totalmente differente rispetto agli altri reparti.

Il pronto soccorso ha un turnover di pazienti più elevato comportando anche un flusso imprevedibile di questi ultimi, inoltre le condizioni cliniche dei pazienti non sono stabili e questo porta ad un maggior numero di interventi infermieristici.

Quindi questa situazione può portare a un rischio elevato di un trasferimento inadeguato di informazioni tra gli operatori sanitari durante il passaggio delle consegne (Kerr et al., 2014).

Sono stati chiariti molti altri fattori che portano agli incidenti tra cui procedure e linee guida inadeguate, reparti affollati, scarsa pianificazione o utilizzo di tempo, complessità dei casi, elevato carico dei casi, elevato carico di lavoro, mancanza di informazione, interruzione e stanchezza (Riesenberg, Leitzsc & Cunningham, 2010, citato da Gu & Itoh, 2020)

Molto spesso i pazienti che si trovano in pronto soccorso richiedono decisioni sanitarie rapide e sono spesso assistiti da più operatori che, come hanno affermato Kerr e McKay (2014), provano paura e ansietà mentre eseguono il passaggio delle consegne al letto del paziente, in quanto alcuni infermieri interpretano il passaggio delle consegne come un'esperienza negativa. Infatti, molto spesso gli infermieri sono preoccupati per la privacy e la riservatezza delle informazioni sui pazienti durante il passaggio delle consegne vicino al letto del paziente in un ambiente estremamente caotico ed affollato.

Inoltre, l'affollamento dei dipartimenti di emergenza è un problema ampiamente riconosciuto sia al livello nazionale che internazionale, con effetti dannosi sulla durata della degenza dei pazienti, sugli errori medici, sulla mortalità, sulla soddisfazione dei pazienti e sul benessere degli operatori (Tasi et al., 2021)

Un altro problema in pronto soccorso è legato alla mancata standardizzazione nel metodo di handover con cui trasferire le informazioni.

Quindi si sono attuate diverse strategie per prevenire l'insorgenza degli eventi avversi: la tecnologia, come la documentazione elettronica, i dispositivi di documentazione al letto del paziente e altre tecnologie per l'assistenza. (Thomson et al., 2018)

Inoltre, è stato riferito che il passaggio di consegne verbale faccia a faccia fornisce agli infermieri l'opportunità di chiarire le informazioni e porre delle domande (Friesen et al., 2008, citato da Thomson et al, 2018). Questa tipologia di consegna offre agli infermieri in entrata e in uscita l'opportunità di assicurarsi che tutte le informazioni rilevanti siano comunicate.

L'inclusione del paziente durante la comunicazione del passaggio di consegne ha reso più facile per gli infermieri entranti di assumersi la responsabilità, poiché hanno avuto l'opportunità di visualizzare i pazienti (Anderson & Mangino, 2006, citato da Thomson et al, 2018).

Non a caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene l'attuazione di approcci standardizzati, la formazione del personale in modo tale da sviluppare delle modalità strategiche da applicare durante il passaggio delle informazioni: negli ultimi anni si è rilevata la preoccupazione degli operatori sanitari per la scarsa conoscenza dei protocolli o linee guida per il passaggio di consegne, dovuta anche ad uno inefficace coordinamento dell'equipe, alla scarsità di tempo e alla insufficiente comunicazione tra gli operatori.

CAPITOLO 2 – LA METODOLOGIA E LA RASSEGNA DELLA LETTERATURA DISPONIBILE

Per quanto riguarda il presente lavoro di tesi si è deciso di realizzare una revisione sistematica della letteratura concernente all'argomento indicato nel titolo; ovvero Handover Infermieristico in Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Ancona". La scelta di utilizzare una revisione sistematica, in quanto ci permette di effettuare una acquisizione delle migliori informazioni disponibili, ossia delle evidenze scientifiche, di visionare tutto il materiale trovato, di valutare quale tra i diversi articoli è affidabile e quindi di raggiungere una sintesi. Le revisioni sistematiche sono dei compendi di tutte le ricerche precedentemente effettuate nell'ambito di un tema clinico di interesse e rappresentano dei veri e propri studi scientifici di letteratura secondaria, dato che utilizzano lo stesso rigore delle ricerche primarie, che si realizzano direttamente sulla popolazione studiata.

Le revisioni sistematiche identificano, valutano e sintetizzano tutte le evidenze empiriche che corrispondono a criteri di idoneità predefiniti per rispondere a una domanda di ricerca predefinita.

2.1. Quesito della revisione

Il quesito di una revisione sistematica deve essere relativo a un tema importante per la pratica clinica.

Il quesito della revisione sistematica deve essere sufficientemente dettagliato da permettere di identificare i criteri di inclusione e di esclusione degli studi che saranno reclutati per cercare di rispondere a esso.

Quindi in questo caso il framework PICO:

P (partecipanti): infermieri che lavorano presso UU.OO di Pronto Soccorso e figure professionali coinvolte nel passaggio di consegne infermieristiche.

I (interventi): introduzione di modelli standardizzati per il passaggio delle consegne infermieristiche in pronto soccorso.

C (comparison): consegna infermieristica classica senza utilizzo di modello standardizzato.

O (outcomes): miglioramento della trasmissione infermieristiche delle consegne infermieristiche tale da garantire un maggior livello di sicurezza degli assistiti e delle figure professionali coinvolte nel processo clinico-assistenziale.

Attraverso il PICO si definisce la stringa di ricerca, formata da delle parole chiave come “handover”, “handoff”, “emergency”, “department”, “nurs*”. Tramite i termini booleani è stato possibile risalire alla seguente stringa di ricerca: ((Handover OR Handoff)) AND (emergency AND Department) AND Nurs*)

2.2. Ricerca degli studi

L’obiettivo della ricerca bibliografica è quello di identificare tutti gli studi sull’argomento di interesse.

Una componente molto importante nell’ambito della ricerca è quella che si realizza all’interno dei database elettronici.

Per quanto riguarda questo studio le banche dati utilizzate sono state PubMed, SCOPUS, Cinhal. Sono inclusi studi osservazionali e quasi-sperimentali.

I filtri da applicare alla ricerca sono i seguenti: testi disponibili in full text e data di pubblicazione (ultimi dieci anni).

Si effettua una revisione a più passaggi: il primo passaggio si valuta esclusivamente il titolo e l’abstract. Successivamente si valutano gli interni sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione stabiliti a priori: pubblicati in lingua inglese, articoli riguardanti infermieri che lavorano in Pronto Soccorso ed articoli che prevedono l’introduzione di un modello o di un intervento rivolto alla standardizzazione del processo di assistenza infermieristica.

Infine, viene effettuata una valutazione degli studi inclusi attraverso delle scale: la scala di NICE per gli studi qualitativi e osservazionali, la scala MERSQI (Medical Education Study Quality Instrument) per gli studi quasi-sperimentali e la scala NOS (Newcastle Ottawa) per gli studi osservazionali.

I punteggi delle scale vengono convertiti in percentuale; sono da includere nella revisione gli articoli che ottengono un punteggio in percentuale maggiore di 50%.

2.3 La metodologia PRISMA

Il PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses Statement) è stato progettato per aiutare i revisori sistematici a riportare in modo trasparente perché la revisione è stata eseguita, cosa hanno fatto gli autori e cosa hanno trovato.

Quindi per garantire una revisione sistematica utile, gli autori devono preparare un resoconto trasparente, completo ed accurato di ciò che hanno fatto e dei risultati.

Per questo motivo si è deciso di utilizzare il PRISMA che ha permesso la pianificazione adeguata nell'esecuzione della revisione sistematica consentendo di non trascurare nessuna delle informazioni disponibili.

CAPITOLO 3 – OBIETTIVI

Il passaggio delle consegne è considerato in letteratura uno dei momenti critici dell'assistenza.

Inoltre, la comunicazione efficace tra gli operatori sanitari è la chiave per garantire un'assistenza di qualità (Hendri et al.,2019).

Quindi l'obiettivo di questa revisione sistematica della letteratura è individuare strumenti e metodi che possano migliorare la qualità delle informazioni nello specifico contesto; come in questo caso nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti di Ancona", individuando gli elementi essenziali per effettuare una comunicazione efficace, descrivere le caratteristiche del trasferimento di informazioni, riconoscere luoghi e tempi più idonei ed analizzare approcci e metodi per selezionare e trasferire le informazioni cliniche.

CAPITOLO 4 - MATERIALE METODI

Questo lavoro di tesi prevede una revisione della letteratura su banche dati internazionali come PubMed, SCOPUS e Cinhal.

L'obiettivo è il miglioramento dell'Handover Infermieristico nell'U.O di Pronto Soccorso.

4.1 Strategia di ricerca

Partendo dall'obiettivo è stata svolta una ricerca all'interno delle banche dati, la quale ha permesso di individuare degli articoli validi che trattavano questo argomento. L'obiettivo era quello di reperire articoli che prendessero in esame la standardizzazione delle consegne infermieristiche in Pronto Soccorso tale da garantire un maggior livello di sicurezza degli assistiti e delle figure professionali coinvolte nel processo clinico-assistenziale.

Quindi si è utilizzato il framework PICO:

P (partecipanti): infermieri che lavorano presso UU.OO di Pronto Soccorso e figure professionali coinvolte nel passaggio di consegne infermieristiche.

I (interventi): introduzione di modelli standardizzati per il passaggio delle consegne infermieristiche in pronto soccorso.

C (comparison): consegna infermieristica classica senza utilizzo di modello standardizzato.

O (outcomes): miglioramento della trasmissione infermieristiche delle consegne infermieristiche tale da garantire un maggior livello di sicurezza degli assistiti e delle figure professionali coinvolte nel processo clinico-assistenziale.

Attraverso il PICO si definisce la stringa di ricerca, formata da delle parole chiave come "handover", "handoff", "emergency", "department", "nurs*". Tramite i termini booleani è stato possibile risalire alla seguente stringa di ricerca:

((Handover OR Handoff)) AND (emergency AND Department) AND Nurs*)

CAPITOLO 5 – RISULTATI

5.1 Gli articoli selezionati

La ricerca è partita nell'individuare la stringa di ricerca sulla banca dati PubMed, CINHAL e SCOPUS:

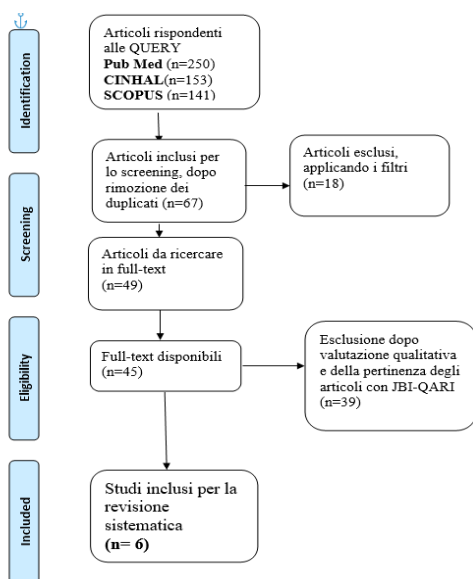
((Handover OR Handoff)) AND (emergency AND Department) AND Nurs*)

Da questa ricerca sono stati individuati 544 articoli, successivamente si è applicato uno screening individuando gli articoli inclusi, dopo la rimozione dei duplicati 67 articoli da questi sono stati esclusi, applicando i filtri, 18 articoli. Quindi gli articoli da ricercare in full-text sono 49, i full-text disponibili sono 45 che attraverso l'utilizzo delle scale: NOS, NICE e MERSQI sono stati inclusi per la revisione sistematica, fino ad arrivare a considerare 6 articoli.

5.2 PRISMA Flow Chart

PRISMA è difatti l'acronimo di *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*; una guida che graficamente descrive il processo di inclusione ed esclusione degli articoli. Permette agli autori di effettuare una descrizione dell'intero lavoro a partire dal titolo fino ad arrivare alle conclusioni.

Tabella 1



5.3 Valutazione critica

La valutazione critica inizierà quando si sono selezionati tutti gli studi che corrispondono ai requisiti definiti e che rientrano all'interno dei criteri di inclusione, in quanto è necessario valutarli prima di poterli includere definitivamente.

La valutazione viene effettuata attraverso delle scale: scala NICE per gli studi qualitativi, NOS per gli studi osservazionali e MERSQI per gli studi quasi-sperimentali.

Inoltre, i punteggi che abbiamo ottenuto attraverso l'utilizzo di queste scale verranno convertiti in percentuale utilizzando il Methodical Quality Summary, e sono state escluse le pubblicazioni con punteggio di qualità inferiore al 50%.

AUTORI, DATA, TIPOLOGIA DI STUDIO	TITOLO	RIVISTA	SETTING	RISULTATI PRINCIPALI
Bernice Redleya,, Mari Botti , Beverley Woodc, Tracey Bucknall 2017 An observation study	Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study	College of Emergency Nursing Australasia. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved.	Australia	Lo scopo di questo studio è stato quello di identificare e descrivere i modelli e i processi di comunicazione interprofessionale. Dopo una attenta analisi sono emersi tre temi relativi alle pratiche rischiose ed efficaci per sostenere la comunicazione interprofessionale nelle quattro fasi del passaggio di consegna in ED: processi e pratiche standard, lavoro di squadra e interazioni e attività e pratiche di comunicazione.
Paul C. Mullan, MD, MPH, Charles G. Macias, MD, MPH, Deborah Hsu, MD, Med, Sartaj Alam, MS, MSCE, and Binita Patel, MD 2015 An observation study	A Novel Briefing Checklist at Shift Handoff in an Emergency Department Improves Situational Awareness and Safety Event Identification	Pediatric Emergency Care	Washington	I passaggi di turno nei dipartimenti di emergenza (ED) sono fonti di potenziali errori medici, ritardi nelle cure e responsabilità medicolegali. Dopo un anno di utilizzo delle checklist per il passaggio delle consegne è stato utilizzato un sondaggio per individuare la percezione degli utenti. Su 732 passaggi di consegne, il 98% ha utilizzato la lista di controllo e l'89% è stata completata. Gli utenti hanno concordato che la lista di controllo ha promosso una migliore comunicazione, sicurezza, efficienza, cure efficaci e consapevolezza della situazione.
Cidália Maria da Cruz Silva Patacas de Castro, Maria do Céu Mendes Pinto Marques, Célia Rodrigues de Oliveira Tavares de Vaz 2022 An observation, descriptive, cross-selection, quantitative study	Communication in the transition of nursing care in an emergency department in portugal	Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior, CRL, Escola Superior de Saúde Egas Moniz. Almada, Portugal. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus. Évora, Portugal.	Portogallo	Questo studio si concentra nell'individuare le opinioni degli infermieri sulla transizione dell'assistenza e le loro conoscenze sulla sicurezza dei pazienti. Confrontando le opinioni degli infermieri sulla transizione dell'assistenza al cambio turno è emerso che l'uso di uno strumento standardizzato nella transizione delle cure come la metodologia ISBAR contribuisce a un rapido processo decisionale e promuove il pensiero critico.

<p>Jochen Berghs, Frank Lambrechts, Ines Mulleneers, Kim Lenaerts, Caroline Hauquier, Geert Proesmans, Sarah Creemers, Dominique Vandijck</p> <p>2017</p> <p>A quasi-experimental study</p>	<p>A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover</p>	<p>Elsevier Ltd. All rights reserved</p>	<p>Belgio</p>	<p>Il passaggio delle consegne infermieristiche è un processo fondamentale per l'erogazione di cure sicure e di alta qualità. Quindi l'obiettivo è stato quello di migliorare la qualità del passaggio. È stato progettato un intervento su misura per migliorare l'implementazione di un modulo e di una procedura di passaggio delle consegne esistenti. I risultati: hanno partecipato 130 infermieri, 66 prima e 64 dopo l'intervento. Le domande sono state strutturate su 3 dimensioni: qualità delle informazioni, interazione, supporto e pertinenza delle informazioni. Dopo l'intervento gli infermieri del pronto soccorso hanno percepito un miglioramento della qualità del passaggio di consegna. L'intervento ha avuto degli effetti positivi sul lavoro di squadra e sulla compressione tra operatoti.</p>
<p>Mary Boyde, Emily Cooper, Hannah Putland, Rikki Stanton, Christie Harding, Ben Learmont, Clare Thomas, Jade Porter, Andrea Thompson, Louise Nicholls</p> <p>2018</p> <p>A quasi-experimental study</p>	<p>Simulation For Emergency Nurses (Siren): A Quasi Experimental study</p>	<p>Elsevier Ltd. International Journal for Health Care Education</p>		<p>Questo articolo afferma che la simulazione è stata riconosciuta come una strategia di apprendimento efficace. Non a caso è stata realizzata una simulazione ad alta fedeltà incentrata sulla valutazione infermieristica. Sono stati compilati dei questionari prima e dopo la simulazione. La soddisfazione dei partecipanti e l'autostima nell'apprendimento sono state valutate dopo la simulazione. Inoltre, i punteggi dell'ansia sono diminuiti notevolmente, c'è stato un aumento statisticamente significativo dei punteggi di autoefficacia. Gli infermieri ED erano molto soddisfatti della loro formazione in simulazione e concordavano con le affermazioni sulla fiducia nell'apprendimento.</p>

Denise Campbell, DNP, RN, ACNS-BC, CEN, and Katherine Dontje, PhD, RN, FNP-BC, FAANP, Royal Oak, MI, Flint, MI, and East Lansing, MI 2018 An observation study	Implementing bedside handoff in the emergency department: a practice improvement project	Elsevier Inc. All rights reserved.	Midwest	Lo scopo di questo progetto era quello di migliorare il passaggio di consegne a cambio turno. Il passaggio di consegne nel reparto di emergenza è considerato un periodo ad alto rischio di errori medici. Quindi sono stati analizzati dei punteggi pre- e post- implementazione attraverso un questionario sul passaggio di consegne tra infermieri. I risultati hanno dimostrato che gli infermieri hanno trovato il metodo SBAR per la segnalazione al letto facile da usare e che ha impedito la perdita di informazioni sul paziente in modo efficace rispetto alla pratica pre-intervento.
--	--	------------------------------------	---------	---

L'articolo di Redley et al. sottolinea che la scarsa comunicazione interprofessionale rappresenta un rischio per la sicurezza dei pazienti soprattutto all'interno dei dipartimenti di emergenza come il Pronto Soccorso. Gli infermieri e il personale ausiliario si occupano di un'ampia gamma di pazienti in contesti di incertezza, dove i vincoli di tempo e di risorse possono influire sull'efficacia della comunicazione. Il passaggio di consegne cliniche implica il trasferimento della responsabilità professionale e/o della responsabilità della cura del paziente a un'altra persona o a un altro professionista.

Lo scopo di questo studio osservazionale è quello di generare strategie che potessero migliorare la qualità della comunicazione e la sicurezza dei pazienti. Inoltre, il ruolo di questo studio è stato quello di descrivere i modelli e i processi di comunicazione interprofessionale che hanno avuto un impatto sul trasferimento della responsabilità.

Gli obiettivi erano: identificare i rischi per l'efficacia della comunicazione e di descrivere pratiche utilizzate per migliorare la qualità e la sicurezza delle comunicazioni interprofessionali per supportare i passaggi di consegne al cambio turno in ED.

Sono stati osservati 66 passaggi di consegne al cambio turno in due ED di ospedali per acuti. I focus group con 34 infermieri partecipanti hanno integrato le osservazioni. L'analisi del contenuto ha identificato quattro componenti strutturali che hanno un

impatto sulla comunicazione interprofessionale durante i passaggi di consegne, riassunte nel quadro del processo “ABCD” (Antecedenti, Comportamenti durante le interazioni, Contenuto, Delegazione). Sono emersi tre temi relativi alle pratiche rischiose ed efficaci per sostenere la comunicazione interprofessionale nelle quattro fasi del passaggio di consegne in ED: 1) Processi e pratiche standard, 2) Interazioni di lavoro in team e 3) Attività e pratiche di comunicazione.

Gli antecedenti comprendevano le routine organizzative preesistenti, i fattori contestuali e ambientali che hanno dato forma all’opportunità di comunicazione interprofessionale per sostenere i passaggi di consegne al cambio turno. Quindi gli osservatori hanno notato alcuni fattori che potevano ostacolare le comunicazioni interprofessionali al cambio turno. Ad esempio, i luoghi utilizzati per archiviare le informazioni sui pazienti e le cartelle cliniche multiple specifiche per ogni disciplina. Inoltre, si è spesso osservato che i processi di lavoro e i passaggi di consegne condotti al capezzale offrivano opportunità di interazioni e comunicazioni *ad hoc* con i pazienti o altri medici.

I comportamenti durante le interazioni: gli infermieri dei gruppi di discussione hanno sottolineato l’importanza di buone interazioni interpersonali per una comunicazione interprofessionale efficace a supporto dei passaggi di consegne cliniche. In alcune occasioni si è notato che gli infermieri evitano le interazioni con i medici durante il passaggio delle consegne, limitando, quindi, di affrontare le lacune nelle informazioni dei pazienti durante il passaggio delle consegne.

Contenuto: gli osservatori hanno notato che i rischi per la sicurezza del paziente erano spesso legati all’incertezza al momento del trasferimento delle cure e alle lacune irrisolte che riguardavano l’omissione di informazioni sul paziente. Le strategie osservate per colmare queste lacune informative nella comunicazione interprofessionale comprendevano un facile accesso a più fonti di informazioni sul paziente durante i passaggi di consegne e l’uso dei suggerimenti visivi dalle cartelle cliniche. Durante il focus group gli infermieri partecipanti hanno riferito che l’inclusione dei pazienti e dei loro accompagnatori può migliorare il contenuto e l’accuratezza delle informazioni durante il passaggio delle consegne.

Delegazione: i processi utilizzati per la delega al fine di migliorare il trasferimento delle responsabilità e della responsabilità per l’assistenza continua al paziente. La qualità e la

disponibilità dei documenti di cura sono emerse come un importante contributo alla qualità dei processi di delega per la responsabilità dell'assistenza continua e per affrontare eventuali lacune. Le pratiche di delega ritenute efficaci dai partecipanti e dagli osservatori comprendono: utilizzare documenti di routine, interrogazione interattiva e processi di verifica, coinvolgere attivamente il paziente e discussioni per risolvere problemi complessi nell'erogazione delle cure.

Quindi processi standardizzati e adeguati al contesto possono ridurre i rischi di errore di comunicazione, sostenere la comprensione condivisa e la consapevolezza della situazione del team per promuovere un'atmosfera di lavoro positiva.

Il metodo SBAR è stato scarsamente utilizzato dai partecipanti di questo studio che hanno preferito seguire la struttura dei documenti di cura utilizzati da ciascuna disciplina. Quindi è fondamentale ristrutturare il flusso dei documenti di cura per supportare la standard desiderato per l'erogazione dei contenuti può essere utile per migliorare la comunicazione.

L'articolo Mullan et al. sottolinea che i passaggi di consegna all'interno dei dipartimenti di emergenza possono creare dei potenziali errori medici, ritardi nelle cure e responsabilità medicolegali. Quindi l'obiettivo di questo studio è descrivere l'implementazione di una lista di controllo standardizzata per migliorare i passaggi di consegne.

Si tratta di uno studio osservazionale, è stato utilizzato un sondaggio sulla percezione degli utenti e dopo un anno tutti gli utenti della checklist sono stati sottoposti a un sondaggio anonimo per valutare l'usabilità della checklist. Su 732 passaggi di consegne, il 98% ha utilizzato la lista di controllo e l'89% è stata completata. Nel complesso gli utenti hanno mostrato un miglioramento significativo.

Per migliorare la consapevolezza della situazione e la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti dell'ED, si è utilizzato la metodologia QI per sviluppare e implementare una lista di controllo per il briefing da utilizzare durante i turni di consegna. La lista utilizzata è quella PASSED è stata adottata dagli utenti dell'ED; nella maggior parte dei casi la lista di controllo ha identificato componenti di sicurezza che altrimenti non sarebbe stati discussi dall'equipe. Come misura di equilibrio, l'identificazione dei componenti di

sicurezza durante la checklist di briefing non ha aumentato il tempo medio necessario per consegnare i pazienti.

Quindi la creazione di pratiche standard ha contribuito a migliorare l'adozione del processo.

L'articolo De Castro et al. individua le opinioni degli infermieri sulla transizione dell'assistenza e le loro conoscenze sulla sicurezza dei pazienti. La sicurezza dei pazienti è una preoccupazione mondiale, in questo contesto è stato emanato uno standard sulla comunicazione efficace nella transizione sanitaria, che mira a standardizzare le buone pratiche per una comunicazione efficace tra professionisti, sul paziente in transizione sanitaria, garantendo una comunicazione accurata e tempestiva, riducendo gli effetti avversi e, di conseguenza, la mortalità. Questa comunicazione dovrebbe essere standardizzata, utilizzando la tecnica ISBAR: I (identificare); S (situazione); B (sfondo) e R (raccomandazione). Lo strumento per la raccolta dei dati era un questionario auto compilato, adattato da un questionario esistente; era composto da tre parti: la prima riguardava la caratterizzazione sociodemografica, la seconda riguardava l'opinione sulla transizione dell'assistenza al cambio turno, composta da una scala Likert con 25 proposizioni e quattro posizioni, ovvero totalmente d'accordo, parzialmente d'accordo, parzialmente in disaccordo e totalmente in disaccordo. Nella terza parte, anche essa composta da una scala Likert con dieci proposizioni e le stesse quattro posizioni, abbiamo cercato di valutare le conoscenze del campione sul tema della sicurezza del paziente.

Uno degli aspetti negativi con il maggior consenso nel campione è l'esistenza di rumore durante la transizione delle cure, con al primo posto il riferimento al fatto che il cambio turno è soggetto ad interruzioni per altri eventi e/o attività di servizio.

Per quanto riguarda le informazioni trasmesse, concordano sul fatto che durante il cambio turno vengono trasmesse informazioni irrilevanti per la cura del paziente, mentre altri concordano sul fatto che non vengono trasmesse informazioni importanti.

Mentre per quanto riguarda la tempistica della transizione delle cure riferiscono che durante il cambio turno sono costretti a finire in fretta e concordano sull'importanza di riprogettare la struttura del cambio turno.

Relativamente alla sicurezza del paziente, il campione ha mostrato un certo consenso, in particolare sulla conoscenza delle linee guida e sulla comunicazione efficace nella transizione delle cure.

Quindi si sottolineano i benefici dell'uso di uno strumento standardizzato nella transizione delle cure, la maggior parte del campione concorda sul fatto che la metodologia ISBAR contribuisce a un rapido processo decisionale e promuove il pensiero critico.

Inoltre, la maggioranza riferisce che durante il passaggio di consegne si sente sotto pressione per finire in fretta, che vengono trasmesse informazioni irrilevanti per la cura del paziente, così come l'esistenza di informazioni importanti che non vengono trasmesse. La metà del campione concorda sull'importanza di riformulare la struttura del cambio turno e la maggior parte ritiene che metodologia ISBAR, in quanto standardizzato, contribuisca al processo decisionale e al pensiero critico, garantendo l'efficacia della comunicazione.

Questo studio ha dimostrato che la formazione dei professionisti e l'uso di uno strumento standardizzato sono strategie fondamentali per la sicurezza del paziente nella transizione delle cure, principi di base dell'assistenza sanitaria e infermieristica.

Gli infermieri di questo studio ritengono che le informazioni trasmesse durante la transizione delle cure nel reparto di emergenza siano facili da seguire, aggiornate, e adeguatamente strutturate. Riconoscono che i momenti di transizione con il paziente sono fondamentali. La maggior parte del campione è d'accordo con l'uso di un documento standardizzato basato sulla metodologia ISBAR, che consente di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica, essendo fondamentale per la sicurezza del paziente.

L'articolo di Bergs et al. afferma che il passaggio di consegne infermieristiche è un processo fondamentale per l'erogazione di cure sicure e di alta qualità. L'obiettivo di questo studio è quello di migliorare la qualità del passaggio di consegne. Non a caso è stato applicato uno studio quasi-sperimentale di gruppo di controllo non equivalente pre-test e post-test. La qualità del passaggio di consegne è stata misurata utilizzando la Handover Evaluation Scale (HES). È stato progettato un intervento su misura ispirato

all'indagine conoscitiva, per migliorare l'implementazione di un modulo e di una procedura di passaggio esistenti.

La qualità del passaggio di consegne è stata misurata utilizzando una versione tradotta della Handover Evaluation Scale (HES) che esamina vari aspetti del passaggio di consegne infermieristiche; tra cui la pertinenza e la completezza delle informazioni e la tempestività e l'efficienza del processo.

Per quanto riguarda i risultati sono divise in due sezioni: la prima parte descriverà l'analisi fattoriale di conferma della scala di valutazione del passaggio di consegne. L'altra parte discuterà le caratteristiche degli intervistati, la qualità del passaggio di consegne infermieristiche, per poi formulare le conclusioni relative all'intervento di miglioramento.

Quindi l'obiettivo di questo studio era migliorare l'implementazione di un modulo standardizzato per il passaggio di consegne infermieristiche.

Ma i risultati di questo studio mostrano che l'intervento su misura non ha portato a un miglioramento sensibile della qualità percepita del lavoro.

L'articolo Boyed et al. prende in esame il processo di simulazione che è considerata come una modalità educativa in molte discipline e viene sempre più riconosciuta come uno strumento utile in ambito sanitario.

Nell'ambito della formazione infermieristica la simulazione è stata riconosciuta come una strategia di apprendimento efficace, in quanto offre un miglioramento delle abilità psicomotorie, delle capacità di valutazione, del processo decisionale e del pensiero critico. Inoltre, la simulazione permette agli infermieri di sintetizzare e applicare le loro conoscenze in scenari reali. L'inserimento della simulazione all'interno delle unità cliniche può fornire ulteriori vantaggi rispetto all'apprendimento, offrendo l'opportunità di esercitarsi e ottimizzare le prestazioni all'interno del luogo di lavoro attuale dei partecipanti.

Quindi questo studio si proponeva di implementare e valutare un'esperienza di simulazione innovativa per gli infermieri registrati in un dipartimento di emergenza; è stato utilizzato un disegno quasi sperimentale pre-test e post-test a gruppo unico.

I partecipanti interessati si sono presentati nella sala di simulazione situata nell'ED e hanno ottenuto il consenso informato prima della partecipazione. Successivamente è stata sviluppata una simulazione didattica basata sul modello di Jeffries che è formato da cinque componenti: insegnante, studente, pratiche educative, caratteristiche del progetto, simulazioni e risultati (conoscenza, abilità, prestazioni, soddisfazione dell'allievo, pensiero critico e fiducia in sé stesso).

In questo senso, è stato sviluppato uno scenario clinico standardizzato per supportare gli obiettivi di apprendimento, le competenze e i risultati dell'apprendimento.

Lo scenario si è concentrato sullo sviluppo delle competenze relative alla valutazione del paziente in ED e alla documentazione necessaria nella cartella clinica elettronica del paziente.

Per quanto riguarda la documentazione clinica è stata verificata utilizzando un processo basato su criteri stabiliti per valutare la qualità della documentazione. Per assegnare un punteggio alla documentazione di valutazione è stato sviluppato un foglio di lavoro di valutazione basato su criteri. Hanno identificato sette componenti critiche all'interno di un quadro che racchiude il complesso e continuo processo di valutazione infermieristica in ED. Questi processi comprendono l'anamnesi, i segnali di allarme, la valutazione, gli interventi, la diagnostica, la rivalutazione e la comunicazione. È stata sviluppata una scheda di valutazione appositamente concepita, utilizzando questi processi per guidare l'identificazione di cinque componenti dell'assistenza infermieristica in ED (passaggio di consegne cliniche iniziali, indicatori di malattia urgente, valutazione primaria, assistenza al paziente). Queste cinque componenti, sopra citate, sono state analizzate separatamente utilizzando il t-test a campioni appaiati e si è registrato un aumento statisticamente significativo in due componenti: il passaggio di consegne cliniche iniziali e gli indicatori di malattia urgente.

Questo studio ha dimostrato il successo dell'implementazione di una simulazione ad alta fedeltà all'interno dell'unità clinica. I risultati supportano l'esperienza positiva dell'apprendimento mediante simulazione sull'ansia, l'autoefficacia nelle prestazioni cliniche, la soddisfazione e la fiducia nell'apprendimento e il miglioramento della documentazione clinica.

Questo studio ha dimostrato un miglioramento della documentazione da parte degli operatori nelle cartelle cliniche dei pazienti in seguito alla partecipazione alla simulazione. La ricerca sulla simulazione ha dimostrato un miglioramento degli esiti clinici, come la riduzione degli errori di medicazione e la riduzione delle infezioni legate ai cateteri.

Quindi scenari simulati permettono un maggior apprendimento degli operatori, riducono l'ansia dovuto al miglioramento dell'autoefficacia e hanno permesso di migliorare la documentazione clinica dei pazienti.

Infine, lo scopo dell'articolo di Campbell et al. è quello di migliorare il passaggio di consegne infermieristiche all'interno del dipartimento di emergenza.

Il passaggio di consegne nel reparto di emergenza è considerato un periodo ad alto rischio di errori. Quindi in risposta alle preoccupazioni sull'efficacia del passaggio di consegne nel reparto di emergenza, è stato attuato un progetto di miglioramento della pratica.

La modifica del processo prevedeva che il passaggio di consegne al cambio turno venisse effettuato al letto del paziente, utilizzando uno strumento di comunicazione SBAR (situation, background, assesment, recommendation).

L'efficacia dell'intervento è stata misurata utilizzando i punteggi pre- e post- implementazione di un questionario sul passaggio di consegne tra infermieri.

Gli infermieri hanno notato che l'implementazione del passaggio di consegne al letto ha contribuito a ridurre il numero di esiti sfavorevoli per i pazienti legati a una segnalazione incompleta.

Dopo l'intervento, gli infermieri hanno constatato che il metodo SBAR per il passaggio delle consegne era facile da usare e impediva la perdita di informazioni sui pazienti. Inoltre, gli infermieri hanno affermato che il passaggio di consegne al letto del paziente li ha portati ad essere responsabili l'uno nei confronti dell'altro. Durante il completamento del passaggio di consegne al letto, sia l'infermiere uscente che quello entrante hanno avuto l'opportunità di promuovere la consapevolezza della situazione osservando il paziente e l'ambiente costante, rivedendo gli ordini e discutendo il piano di cura con i pazienti.

Il problema principale individuato durante le osservazioni è stato il mancato utilizzo dell'EMR (Electronic Medical Record) da parte degli infermieri, in quanto avevano difficoltà ad usare i computer. Anche se il problema è stato identificato e la metodologia è stata determinata, non è stato facile sbloccare il vecchio processo. C'è stata, e continua ad esserci, molta resistenza al cambiamento.

CAPITOLO 6 – DISCUSSIONE

6.1 Interpretazione dei dati

Considerando la scelta di tale argomento, la sua complessità e l'esiguo numero di articoli pubblicati in letteratura, si vuole porre attenzione agli articoli selezionati per questo studio, in quanto sottolinea i punti di forza e di criticità dell'Handover infermieristico all'interno dei dipartimenti di emergenza come il pronto soccorso.

Sono state utilizzate diverse scale per analizzare gli articoli come: la scala NICE, la scala NOS e la scala MERSQI.

Successivamente i punteggi che abbiamo ottenuto attraverso queste scale sono stati convertiti in percentuale utilizzando il Methodical Quality Summary, e sono state escluse le pubblicazioni con punteggio di qualità inferiore al 50%.

Per l'articolo di Bergs et al. si è utilizzata la scala MERSQI convertito in una percentuale del 70%. La qualità del passaggio di consegne è stata misurata utilizzando una versione tradotta della Handover Evaluation Scale (HES) che esamina la qualità delle informazioni, interazione e supporto ed efficienza. I dati sono stati raccolti in due periodi di misurazione: prima dell'intervento (gennaio 2016) e due mesi dopo l'intervento (marzo 2016). I sondaggi sono stati messi a disposizione presso la postazione infermieristica e agli infermieri è stato chiesto di completarlo una sola volta.

Il campione finale comprendeva 130 infermieri intervistati: 66 prima e 64 dopo. Il punteggio del fattore "qualità delle informazioni" da parte del personale infermieristico del pronto soccorso era leggermente superiore.

Anche per l'articolo di Boyde et al. si è utilizzata la scala MERSQI convertito in una percentuale del 78% dove è stata realizzata una simulazione ad alta fedeltà sulla valutazione infermieristica condotto con 50 infermieri registrati in un Dipartimento di Emergenza sono stati compilati dei questionari prima e dopo la simulazione. Dopo la simulazione i punteggi dell'ansia sono diminuiti significativamente da prima (M=38.56, SD=9.87) a dopo (M=33.54, SD=8.99), c'è stato un aumento statisticamente significativo dei punteggi di autoefficacia da prima (M=195.16, SD=28.09) a dopo (M=214.12, SD=25.77). Inoltre, si è constatato un aumento statisticamente significativo in due

componenti dei punteggi della documentazione da ($M=7.88$, $SD=1,76$) a dopo ($M=8.79$, $SD=1.22$).

I punti di forza di entrambi gli articoli sono l'uso dei sondaggi basati su questionari costruiti su misura e che sono stati somministrati prima e dopo l'implementazione.

Mentre per quanto riguarda lo studio di Redley è stata utilizzata la scala NICE convertendo in percentuale un punteggio di 65%: sono stati selezionati medici ed infermieri che lavoravano regolarmente nei dipartimenti di emergenza sono stati informati dello studio e hanno avuto la possibilità di "rinunciare", tuttavia hanno accettato 34 infermieri.

I trasferimenti di responsabilità per la cura di 315 pazienti sono stati osservati durante 66 eventi di passaggio di consegne, la durata della raccolta dei dati è stata di 5 giorni.

L'analisi del contenuto ha identificato quattro componenti strutturali che hanno un impatto sulla comunicazione interprofessionale, riassunte in "ABCD". Inoltre, sono emersi tre temi relativi per sostenere il passaggio delle consegne in ED: processi e pratiche standard, interazioni di lavoro in team e attività e pratiche di comunicazione.

Quindi questo documento ha individuato tutti gli elementi necessari per una comunicazione efficiente, soprattutto all'interno dei dipartimenti di emergenza attraverso l'utilizzo di processi standardizzati che possono ridurre i rischi di errore di comunicazione, sostenere la comprensione condivisa e la consapevolezza della situazione. Le opportunità di migliorare la qualità delle comunicazioni interprofessionali per supportare il cambio di turno nell'ED possono essere raggiunte attraverso una "standardizzazione flessibile" basata su processi, pratiche e strategie di contenuto che già esistono e funzionano bene nell'ambiente dell'ED.

Per la valutazione dell'articolo di Mullan et al. si è utilizzata la scala NICE punteggio convertito in percentuale 94% si tratta di uno studio osservazionale descrittivo, è stato utilizzato un sondaggio sulla percezione degli utenti. Dopo un anno, tutti gli utenti della checklist sono stati sottoposti ad un sondaggio anonimo formato dalla frequenza Linkert.

Su 732 passaggi di consegne, il 98% ha utilizzato la lista di controllo l'89% è stato completato. Gli utenti hanno concordato che la lista di controllo ha promosso una migliore comunicazione, sicurezza, efficienza, cure efficaci e consapevolezza della situazione.

L'articolo De Castro et al. è stata utilizzata la scala NICE convertita con un punteggio del 86%, l'obiettivo è individuare le opinioni degli infermieri sulla transizione dell'assistenza per analizzare le loro conoscenze sulla sicurezza dei pazienti.

Metodo: quantitativo, descrittivo, studio trasversale condotto in un dipartimento di emergenza.

Su 70 questionari consegnati, ne sono stati restituiti 50. Nel dominio "uno degli aspetti negativi con il maggior consenso nel campione" è l'esistenza di rumore durante la transizione delle cure (92%), durante il cambio turno i professionisti sono interrotti da altri professionisti (86%) e durante il cambio turno c'è rumore che interferisce (84%). Il 52% concorda sul fatto che durante il cambio turno vengono trasmesse informazioni irrilevanti, il 50% è costretto a finire in fretta.

Nel dominio "valutazione del paziente al momento della transizione dell'assistenza infermieristica" il campione è d'accordo sull'importanza di avere il turno finito con il paziente (84%), di essere in grado di valutarlo durante il passaggio da un sistema all'altro (84%) e che possibile farlo (68%).

Nel dominio "gestione delle informazioni ottenute nella transizione dell'assistenza infermieristica" la maggior parte del campione (78%) ha difficoltà ad organizzare le informazioni da trasmettere sui pazienti con una storia sanitaria più complessa.

Nella terza parte del questionario sono stati raggruppati tre domini: conoscenza delle linee guida sulla comunicazione efficace nella transizione delle cure, benefici dell'utilizzo di uno strumento standardizzato nella transizione delle cure e formazione sulla sicurezza del paziente.

Per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti il campione ha mostrato una particolare conoscenza delle linee guida sulla comunicazione efficace. Le maggiori divergenze di opinione riguardano la conoscenza degli obiettivi internazionali per la sicurezza dei pazienti, la maggior parte del campione non ha ricevuto alcuna formazione nel dipartimento.

L'articolo Campbell et al. è stato valutato con la scala NOS convertito in un punteggio di 93%. Le prospettive del personale infermieristico riguardano il processo di trasferimento e sono state valutate prima e dopo l'implementazione. Circa il 63% del personale

infermieristico prima dell'implementazione e 70% post implementazione ha completato il questionario. I risultati prima dell'implementazione: il 43% degli infermieri era d'accordo con l'item "credo che tutti gli infermieri del personale forniscono passaggi di consegne completi e accurati" contro il 77% del questionario post-implementazione.

Dopo l'implementazione è stato chiesto agli infermieri quali fossero le loro preferenze per quanto riguarda i metodi di segnalazione; il 62% ha preferito il passaggio al letto ad altri metodi.

Gli infermieri hanno notato che l'implementazione del passaggio di consegne al letto ha contribuito a ridurre il numero di esiti sfavorevoli. Dopo l'intervento, gli infermieri hanno constatato che il metodo SBAR per il passaggio delle consegne fosse più facile, inoltre si sottolinea che il passaggio vicino al capezzale del paziente sia più vantaggioso, in quanto può aumentare la comunicazione e ha fornito un tempo adeguato alla chiarificazione.

CAPITOLO 7 – CONCLUSIONE

Con il termine “consegna clinica” (Handover), nella letteratura scientifica si intende il trasferimento della presa in carico e della responsabilità della cura di un paziente.

Secondo il Codice Deontologico l’infermiere è il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica, per questo motivo è responsabile della corretta trasmissione delle informazioni e della redazione accurata della documentazione.

La letteratura suggerisce di raggruppare diverse strategie di intervento per effettuare un corretto passaggio di consegne; pertanto, gli amministratori dovrebbero prendere in considerazione l’implementazione di approcci su più fronti. (Thomason et al., 2018).

Le consegne infermieristiche devono contenere informazioni importanti e di qualità sul paziente sottoposto ad assistenza infermieristica, promozione della continuità assistenziale, raggiungimento degli obiettivi terapeutici e miglioramento della salute del paziente (Mardis, 2017, citato da Rikos et al., 2019).

Il passaggio di consegne infermieristiche è considerato un modello di comunicazione che viene applicato nella pratica clinica quotidiana, al fine di raggiungere gli obiettivi di organizzazione, continuità, coerenza e sicurezza dell’assistenza che gli infermieri forniscono ai pazienti (Athanasakis, 2013).

Quindi per quanto riguarda il passaggio di consegne all’interno dei dipartimenti di emergenza, la gestione dei pazienti diventa più complessa; si sottolineano gli aspetti negativi come la presenza di rumore proveniente da altri professionisti che interferisce con la transizione, così come la trasmissione di informazioni irrilevanti.

Il passaggio di consegne dei pazienti all’interno dei Dipartimenti di Emergenza ha il potenziale per identificare gravi eventi di sicurezza. Gli ausili cognitivi, come le liste di controllo, sono stati studiati come mezzo per migliorare la cognizione dell’operatore, che può essere compromessa da stress, fattori ambientali e fattori umani. (Mullan et al., 2015).

L’analisi delle fasi del passaggio delle consegne porta a identificare i comportamenti positivi da adottare come standardizzare i processi, migliorare le interazioni tra i vari team e utilizzare attività e pratiche di comunicazione efficaci che sono utili per ridurre il

rischio di errori di comunicazione e migliorare la qualità e la sicurezza della comunicazione interprofessionale.

Non a caso l'OMS consiglia di utilizzare dei processi standardizzati per migliorare la comunicazione tra professionisti; utilizzando il metodo SBAR (situazione, background, valutazione e raccomandazione) che permette di avere una chiara visualizzazione del problema e indica le questioni urgenti da trattare nell'immediato.

Inoltre, si è riscontrato che la simulazione ad alta fedeltà può far aumentare le conoscenze agli operatori, in quanto vengono trattati dei casi realistici in modo tale che gli operatori implementino le loro conoscenze, ma allo stesso tempo si diminuisce il livello di ansia e acquisiscano l'abilità di completare in maniera corretta e chiara le cartelle cliniche.

Dallo studio affiora un bisogno formativo mirato attraverso la progettazione sia dei processi standardizzati sia di formazione basata sulla simulazione, in modo tale da effettuare una corretta presa in carico del paziente, diminuendo la percentuale degli eventi avversi.

BIBLIOGRAFIA

- Rikos, N., Linardakis, M., Economou, C., Rovithis, M., & Philalithis, A. (2019). The nurses' own views about the inter-shift handover process. *Contemporary nurse*, 55(1), 83–94. <https://doi.org/10.1080/10376178.2019.1606723>
- Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenaerts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., Creemers, S., & Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International emergency nursing*, 36, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.005>
- Gu, X., & Itoh, K. (2020). Inter-shift handoff: Changes over a 6-year interval. *Journal of advanced nursing*, 76(12), 3418–3428. <https://doi.org/10.1111/jan.14537>
- Athanasakis, E. (2013). Synthesizing Knowledge about Nursing Shift Handovers: Overview and Reflections from Evidence-Based Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3)
- Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, A. M., & McCann, T. (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of clinical nursing*, 23(11-12), 1685–1693. <https://doi.org/10.1111/jocn.12308>
- Tasi, M. C., Baymon, D. E., Temin, E. S., Zheng, H., Lehman, K. M., Baccari, B., Tubridy, A., Conly, B., & Yun, B. J. (2021). Evaluation of Process Improvement Interventions on Handoff Times between the Emergency Department and Observation Unit. *The Journal of emergency medicine*, 60(2), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.10.002>
- Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L., & Puts, M. (2018). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 876–886. <https://doi.org/10.1111/jan.13499>
- Redley, B., Botti, M., Wood, B., & Bucknall, T. (2017). Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study. *Australasian emergency nursing journal : AENJ*, 20(3), 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.05.003>
- Mullan, P. C., Macias, C. G., Hsu, D., Alam, S., & Patel, B. (2015). A novel briefing checklist at shift handoff in an emergency department improves situational awareness and

safety event identification. *Pediatric emergency care*, 31(4), 231–238.
<https://doi.org/10.1097/PEC.000000000000194>

Castro, C., do Céu Marques, M., & Tavares Vaz, C. (2021). Nursing communication handover in emergency department. *Annals of Medicine*, 53(Supp1),S5–S6.
<https://doi.org/10.1080/07853890.2021.1896174>

Campbell, D., & Dontje, K. (2019). Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project. *Journal of emergency nursing*, 45(2), 149–154. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.09.007>

Boyde, M., Cooper, E., Putland, H., Stanton, R., Harding, C., Learmont, B., Thomas, C., Porter, J., Thompson, A., & Nicholls, L. (2018). Simulation for emergency nurses (SIREN): A quasi-experimental study. *Nurse education today*, 68, 100–104.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.030>

Hendri, H., Nursalam, N., Muhammad, H. (2019) Developing Sbar Effective Communication Instrument in Emergency Handover at Emergency Department of Hajj Hospital in Surabaya. A research design. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, Volume 10, Issue 10, October 2019, Pages 688-691. doi: 10.5958/0976-5506.2019.02893.6

ALLEGATI

Allegato 1

Tabella NICE

Section 1: theoretical approach		
<p>1.1 Is a qualitative approach appropriate?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>Does the research question seek to understand processes or structures, or illuminate subjective experiences or meanings (in social care this would apply to how care and support is organised and service user or carer experience)? Or could a quantitative approach better have addressed the research question?</p>	<p>Appropriate</p> <p>Inappropriate</p> <p>Not sure</p>	<p>Comments:</p>
<p>1.2 Is the study clear in what it seeks to do?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>Is the purpose of the study discussed – aims/objectives/ research question(s)?</p> <p>Are the values/assumptions/theory underpinning the purpose of the study discussed?</p>	<p>Clear</p> <p>Unclear</p> <p>Mixed</p>	<p>Comments:</p>
Section 2: study design		
<p>2.1 How defensible/rigorous is the research design/ methodology?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>Are there clear accounts of the rationale/justification for the sampling, data collection and data analysis techniques used?</p>	<p>Defensible</p> <p>Not defensible</p> <p>Not sure</p>	<p>Comments:</p>
Section 3: data collection		

<p>3.1 How well was the data collection carried out? <i>For example:</i> Are the data collection methods clearly described? Were the data collected appropriate to address the research question?</p>	Appropriate Inappropriate Not sure/ inadequately reported	Comments:
Section 4: validity		
<p>4.1 Is the context clearly described? <i>For example:</i> Are the characteristics of the participants and settings clearly defined? Were observations made in a variety of circumstances and from a range of respondents? Was context bias considered (that is, did the authors consider the influence of the setting where the study took place)?</p>	Clear Unclear Not sure	Comments:
<p>4.2 Were the methods reliable? <i>For example:</i> Were data collected by more than 1 method? Were other studies considered with discussion about similar/different results?</p>	Reliable Unreliable Not sure	Comments:
Section 5: analysis		
<p>5.1 Are the data 'rich'? <i>For example:</i> How well are the contexts of the data described? Has the diversity of perspective and content been explored? Has the detail of the data that were collected been demonstrated? Are responses compared and contrasted across groups/sites?</p>	Rich Poor Not sure/not reported	Comments:

<p>5.2 Is the analysis reliable?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>Did more than 1 researcher theme and code transcripts/ data?</p> <p>If so, how were differences resolved?</p> <p>Were negative/discrepant results addressed or ignored?</p> <p>Is it clear how the themes and concepts were derived from the data?</p>	<p>Reliable</p> <p>Unreliable</p> <p>Not sure/not reported</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.3 Are the findings convincing?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>Are the findings clearly presented?</p> <p>Are the findings internally coherent (that is, are the results credible in relation to the study question)?</p> <p>Are extracts from the original data included (for example, direct quotes from participants)?</p> <p>Are the data appropriately referenced so that the sources of the extracts can be identified?</p> <p>Is the reporting clear and coherent?</p>	<p>Convincing</p> <p>Not convincing</p> <p>Not sure</p>	<p>Comments:</p>
<p>5.4 Are the conclusions adequate?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>How clear are the links between data, interpretation and conclusions?</p> <p>Are the conclusions plausible and coherent?</p> <p>Have alternative explanations been explored and discounted?</p> <p>Are the implications of the research clearly defined?</p> <p>Is there adequate discussion of any limitations encountered?</p>	<p>Adequate</p> <p>Inadequate</p> <p>Not sure</p>	<p>Comments:</p>
<p>Section 6: ethics</p>		

<p>6.1 Was the study approved by an ethics committee?</p>	<p>Yes</p> <p>No</p> <p>Not sure/not reported/not applicable</p>	<p>Comments:</p>
<p>6.2 Is the role of the researcher clearly described?</p> <p><i>For example:</i></p> <p>Has the relationship between the researcher and the participants been adequately described?</p> <p>Is how the research was explained and presented to the participants described?</p>	<p>Clear</p> <p>Not clear</p> <p>Not sure/not reported</p>	<p>Comments:</p>
<p>Section 7: Overall assessment</p>		
<p>As far as can be ascertained from the paper, how well was the study conducted (see guidance notes)</p>	<p>++</p> <p>+</p> <p>-</p>	<p>Comments</p>

Allegato 2

Tabella MERSQI

Domain: item	Response options: scores ^b	Operational definitions
MERSQI^c		
Study design	<ul style="list-style-type: none"> Single-group cross-sectional or single-group posttest only: 1 Single-group pretest and posttest: 1.5 Nonrandomized, 2 group: 2 Randomized controlled trial: 3 	<ul style="list-style-type: none"> Survey studies are cross-sectional. Case-control and cohort studies (2 or more defined cohorts) are considered 2-group nonrandomized.
Sampling: institutions	<ul style="list-style-type: none"> 1 institution: 0.5 2 institutions: 1 3 or more institutions: 1.5 	<ul style="list-style-type: none"> Number of institutions refers to origin of study participants (not study authors).
Sampling: response rate	<ul style="list-style-type: none"> Not applicable < 50% or not reported: 0.5 50%–74%: 1 ≥ 75%: 1.5 	<ul style="list-style-type: none"> Response rate is the proportion of those eligible who completed the posttest or survey. For intervention studies, this is the proportion of those enrolled who completed the intervention evaluation. Use "not applicable" only if a response rate truly does not apply (e.g., data obtained from a medical record or professional organization database).
Type of data	<ul style="list-style-type: none"> Assessment by study participant: 1 Objective: 3 	<ul style="list-style-type: none"> Observer ratings are considered objective.
Validity evidence for evaluation instrument scores	<ul style="list-style-type: none"> Not applicable Content: 1 Internal structure: 1 Relationships to other variables: 1 	<ul style="list-style-type: none"> Relevant content evidence would include using theory, guidelines, experts, and existing instruments to identify or refine the instrument. Relevant internal structure evidence would include all reliability (internal consistency, interrater, interstation, and test-retest) and factor analysis. Relevant evidence of relationships to other variables would include expert-novice comparisons and concurrent or predictive correlation with other variables. Use "not applicable" only if the study does not measure a psychological construct <i>and</i> there is no instrument to rate (e.g., gender as the sole outcome); should be used very rarely.
Data analysis: sophistication	<ul style="list-style-type: none"> Descriptive analysis only: 1 Beyond descriptive analysis: 2 	<ul style="list-style-type: none"> Descriptive analyses include frequency, mean, and median. Any test of statistical inference is considered "beyond descriptive."
Data analysis: appropriate	<ul style="list-style-type: none"> Data analysis appropriate for study design and type of data: 1 	<ul style="list-style-type: none"> Considered "no" if there is a statistical error or if authors failed to analyze data at all.
Outcome	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction, attitudes, perceptions, opinions, general facts: 1 Knowledge, skills: 1.5 Behaviors: 2 Patient/health care outcome: 3 	<ul style="list-style-type: none"> General facts include participant demographics. Knowledge/skills are in a test setting (paper, computer, simulation, or patients in a nonauthentic setting). Behaviors are physician actions with real patients in a clinical context, or other activities in a real context. Patient/health care outcomes are actual effects on real patients, programs, or society.

Allegato 3

Tabella NOS

NEWCASTLE-OTTAWA SCALE

(Fonte: Wells GA, Shea B, O'Connell D, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Nonrandomised Studies in Meta-analyses. Ottawa: Ottawa Hospital Research Institute. Available at http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp accessed 17 feb 2014).

Traduzione in italiano a cura del Dipartimento di Epidemiologia, SSR Lazio

Checklist per studi di coorte

1. Rappresentatività della coorte degli esposti:

- A adeguata: rappresentativa della popolazione di soggetti nella comunità
- I inadeguata: gruppo selezionato non rappresentativo della popolazione di soggetti nella comunità
- N non chiaro: non descrizione della popolazione di provenienza da cui il campione è stato selezionato

2. Selezione della coorte di non esposti:

- A adeguato: estratto dalla stessa popolazione degli esposti
- I inadeguato: estratto da una popolazione diversa
- N non chiaro: non descrizione della popolazione di provenienza da cui il campione è stato selezionato

3. Accertamento della esposizione:

- A adeguato: dati oggettivi (cartelle cliniche, parametri biochimici); interviste strutturate
- I inadeguato: dati self report
- N non chiaro: non descrizione della modalità di accertamento della esposizione

4. Dimostrazione che l'outcome non era presente all'inizio dello studio

- A adeguato: sì
- I inadeguato: no

5. Confrontabilità delle coorti

- A adeguato: aggiustamento per importanti fattori prognostici
- I inadeguato: aggiustamento non effettuato

6. Rilevazione misure di risultato

- A adeguato: valutazione indipendente e in cieco rispetto all'esposizione; misure oggettive
- I inadeguato: valutazione non indipendente e dati self report
- N non chiaro: non descrizione della modalità di rilevazione

7. Completezza follow up

- A adeguato: follow up completo per tutti i soggetti arruolati; persi al follow up $\leq 5\%$
- I inadeguato: persi al follow up $< 5\%$
- N non chiaro: non descrizione della percentuale di persi

Checklist per studi caso-controllo

1. Definizione dei casi

- A adeguato, con validazione indipendente , record linkage o self report
- N non chiaro

2. Rappresentatività dei casi

- A adeguato: casi consecutivi o serie di casi chiaramente rappresentativi
- I inadeguato : rischio di bias di selezione
- N non chiaro: non descrizione della modalità di selezione dei casi

3. Selezione dei controlli

- A adeguato controlli di comunità
- A adeguato: controlli ospedalieri
- N non chiaro: non descrizione della modalità di selezione dei controlli

4. Definizione dei controlli

- A adeguato: non presenza di malattia o della misura di esito sconsiderata
- N non chiaro: non descrizione della fonte dei controlli

5. Confrontabilità dei casi e dei controlli sulla base del disegno di studio o dell'analisi

- A adeguato: aggiustamento per importanti fattori prognostici
- I inadeguato: aggiustamento non effettuato

6. Accertamento dell'esposizione

- A adeguato: cartelle cliniche, interviste strutturate in cieco rispetto allo stato di caso o controllo
- I inadeguato: intervista non in cieco; dati self report scritti
- N non chiaro: non descrizione della modalità di accertamento dell'esposizione

7. Stesso metodo di accertamento dell'esposizione pe casi e controlli

- A adeguato: sì
- I inadeguato: no

8) Tasso di non risposta

- A adeguato : stesso tasso per entrambi i gruppi
- I inadeguato: tassi differenti e no descrizione dei non rispondenti
- N non chiaro: tassi di risposta non riportati

RINGRAZIAMENTI

Mi è doveroso dedicare questo spazio del mio elaborato alle persone che hanno contribuito alla realizzazione dello stesso.

Ringrazio la Prof.ssa Pelusi, per avermi guidato e supportato durante la stesura della tesi e nella fase più importante del mio percorso accademico.

Un sentito grazie al Dott.ssa Galli per i suggerimenti e per i preziosi insegnamenti ricevuti in questi mesi indispensabili per la realizzazione della tesi.

Un ringraziamento speciale alla mia famiglia: mamma e papà, al loro costante sostegno appoggiando ogni mia decisione e soprattutto grazie per l'infinita pazienza che avete mostrato. Questa tesi la dedico a voi che mi avete permesso di arrivare fino a qui.

A mia sorella Michela, spalla solida su cui contare, grazie per volermi bene per quella che sono, sei sempre stata al mio fianco nonostante le mille paure e ansie che avevo incoraggiandomi sempre. Questa laurea è anche un po' tua, ti voglio bene.

A Laura, la migliore compagna di avventure, grazie per avermi fatto imparare che essere ordinati certe volte potrebbe aiutare, grazie per avermi sostenuto ed incoraggiato in questi tre anni ed esserci stata nei traguardi più importanti della mia vita.

A Ilaria con cui ho condiviso l'intero percorso universitario facendo ore e ore di videochiamate per prepararci agli esami e grazie per avermi fatto riscoprire il thè al limone.

A Samuele che ha contribuito con le sue idee e intuizioni a dare un tocco di originalità al mio percorso universitario.

A Riccardo che mi ha dato consigli fondamentali nell'intraprendere questo percorso universitario, grazie per avermi sempre supportata e spronata anche nei momenti difficili.

A Marco, ogni volta che succede qualcosa la prima cosa a cui penso è dirtelo. Grazie per essere sempre stato al mio fianco ed essere così presente nella mia vita.

Vorrei ringraziare tutti i miei amici: da quelli che ho incontrato all'infanzia che sono sempre al mio fianco a quelli che ho incontrato durante il cammino, grazie per aver

alleggerito i miei momenti più pesanti, grazie perché ognuno di voi a modo suo ha avuto un peso determinante nella mia vita sostenendomi nei momenti belli e anche in quelli più complicati della carriera universitaria.

