



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI TRA INFERMIERI
IN PSICHIATRIA:
L'IMPORTANZA DI UNA COMUNICAZIONE EFFICACE**

Relatrice: Dott.ssa Calgaro Valentina

Laureanda: Grandesso Anna

Matricola: 1196827

Anno Accademico: 2020-2021

ABSTRACT

Tema: Il passaggio di consegne è definito come lo scambio di informazioni specifiche su un paziente da un professionista sanitario a un altro, accompagnato da un trasferimento di responsabilità, con lo scopo di garantire la continuità e la sicurezza della cura. A volte, a causa della fretta, delle distrazioni o della complessità assistenziale, rischia di essere inefficace e comportare così una perdita di informazioni che può essere dannosa e aumentare il rischio di eventi avversi.

Nell'ambito della salute mentale il contenuto dei passaggi di consegna ha delle peculiarità rispetto alle altre unità operative. Le persone affette da un disturbo mentale hanno necessità e bisogni diversi, con un rischio maggiore di episodi d'aggressività auto e/o eterodiretta; risulta importante quindi per l'infermiere prevenire queste situazioni definendo quali strumenti utilizzare e quali informazioni trasferire.

Scopo: Lo scopo di questo elaborato è determinare quali informazioni sono fondamentali da trasmettere durante la consegna infermieristica in psichiatria, quale metodologia e strumenti possono considerarsi più efficaci e completi.

Materiali e metodi: Revisione della letteratura, attraverso la consultazione di articoli provenienti da PubMed, Cochrane Library, BMC Psychiatry.

Risultati: Dall'analisi della letteratura selezionata sono emersi tre principali outcome: la comunicazione, con particolare riferimenti ai contenuti trasmessi, alle modalità, al setting, l'introduzione di uno strumento strutturato e il coinvolgimento dei pazienti durante la consegna.

Conclusioni: Si valorizza l'importanza dell'utilizzo del metodo SBAR adattato al contesto della salute mentale e l'individuazione degli elementi di rischio da comunicare durante la consegna. Inoltre, il trasferimento delle informazioni in presenza del paziente può portare a una maggiore inclusione dello stesso nel progetto di cura personalizzato, rafforzando l'alleanza con il personale.

Parole chiave: Consegna infermieristica, consegna del paziente, consegna del paziente psichiatrico, reparto psichiatrico, psichiatria, salute mentale, paziente psichiatrico.

Key words: Nursing handover, patient handover, nursing handoff, patient handoff, psychiatric patient handoff, psychiatric department, psychiatry, mental health, psychiatric patient.

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 1
CAPITOLO 1: PROBLEMA.....	pag. 3
1.1 Il passaggio di consegne tra professionisti sanitari.....	pag. 3
1.2 La comunicazione efficace: fattori e modalità che la influenzano.....	pag. 4
1.3 Gli strumenti per il passaggio di consegna.....	pag. 6
1.4 La responsabilità professionale.....	pag. 7
1.5 L'ambito della salute mentale.....	pag. 8
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI.....	pag. 11
2.1 Obiettivo della ricerca.....	pag.11
2.2 Strategie di ricerca.....	pag. 11
2.3 Criteri di selezione.....	pag. 11
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA.....	pag. 13
3.1 La comunicazione: contenuti, modalità e setting.....	pag. 13
3.2 La necessità di uno strumento strutturato.....	pag. 17
3.3 Il coinvolgimento dei pazienti.....	pag. 20
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	pag. 27

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

La trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni sulla situazione del paziente, da un operatore a un altro, è definita *handover*. Trasferendo informazioni, è trasferita anche la responsabilità del paziente e garantita la sua sicurezza (1). Attualmente il metodo SBAR (Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazioni) è una *best practice* nel passaggio di consegne. Nasce in ambito militare dove è fortemente presente la necessità dal parte del personale militare, a bordo dei sottomarini, di comunicare tempestivamente e senza errori le informazioni. L'utilizzo in ambito sanitario è riconducibile al medico anestesista statunitense Michael Leonard, il quale si era interrogato su come migliorare le cure mediche e le informazioni trasmesse (2).

L'idea di sviluppare questo argomento di tesi è nata dopo aver svolto il tirocinio nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e cura (SPDC) dell'ospedale di Santorso. Qui ho potuto avvicinarmi alla realtà della salute mentale, ho iniziato a conoscere e a relazionarmi con i pazienti e con il personale; in questo contesto, con necessità e bisogni peculiari, è nato il mio interesse di approfondire il momento del passaggio di informazioni tra infermieri. Ho avuto la possibilità di partecipare a numerosi passaggi di consegne differenti tra loro nella forma e nella modalità. A volte l'ambiente risultava troppo affollato, altre volte i pazienti interrompevano e quando c'era la possibilità veniva effettuata nell'ufficio della coordinatrice a porta chiusa, ma in questo modo non tutti potevano partecipare poiché doveva esserci sempre un infermiere a disposizione degli utenti. Non era presente una vera e propria scheda strutturata, come ho potuto osservare in altri contesti, e questo limitava gli infermieri che avevano bisogno costantemente della cartella clinica informatizzata. Da qui la necessità di indagare attraverso un'analisi della letteratura, il momento del passaggio delle informazioni infermieristiche nelle unità di psichiatria, per identificare i punti critici, gli aspetti da migliorare e ricercare proposte innovative.

La tesi è composta da quattro capitoli: il primo affronta l'argomento della consegna infermieristica, gli aspetti della comunicazione efficace, delle metodologie, della responsabilità professionale e infine l'ambito della salute mentale. Nel secondo capitolo si spiega l'obiettivo di ricerca effettuata, con particolare riferimento ai

quesiti, le strategie e i criteri di selezione degli articoli. Nel terzo capitolo si identificano i risultati della ricerca divisi per outcome: la comunicazione, (analizzando il contenuto, le modalità e il setting), la necessità di uno strumento strutturato e il coinvolgimento dei pazienti durante la consegna infermieristica. Nell'ultimo capitolo si analizzano e discutono i risultati ottenuti, evidenziando i limiti della revisione.

CAPITOLO 1: PROBLEMA

1.1 Il passaggio di consegne tra professionisti sanitari

Definiamo un passaggio di consegne come lo scambio di informazioni specifiche su un paziente da un professionista sanitario a un altro, o da un team di professionisti sanitari a un altro, accompagnato dal trasferimento di responsabilità per quel paziente con lo scopo di garantire la continuità e la sicurezza della cura del paziente (3).

Nella professione infermieristica il passaggio di consegne è un momento di importanza fondamentale, poiché permette la continuità assistenziale da un turno all'altro; deve essere il più dettagliato possibile per evitare di perdere informazioni importanti sul paziente. È una comunicazione a due vie, in cui chi riceve le informazioni deve partecipare attivamente, al fine di comprendere ciò che viene trasmesso (4). In media, i passaggi di consegna infermieristica avvengono tre volte al giorno per ogni paziente (3).

A volte, a causa della fretta, delle distrazioni o della complessità degli utenti, il momento del passaggio delle consegne rischia di essere inefficace e comportare così una perdita di informazioni che può essere dannosa e aumentare il rischio di eventi avversi, come un ritardo nella diagnosi, un trattamento inadeguato o un'omissione delle cure (4). Si parla, quindi, di "rischio clinico", ovvero della possibilità che un paziente subisca un "danno o disagio involontario, imputabile, alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (5).

L'infermiere annota la sua assistenza; le caratteristiche essenziali di tale documentazione sono la completezza, concisione, precisione, chiarezza/leggibilità, organizzazione, logicità e sistematicità. La cartella clinica è l'insieme di documenti che registrano un complesso eterogeneo di informazioni sanitarie, anagrafiche, sociali, aventi lo scopo di rilevare il percorso diagnostico-terapeutico di un paziente al fine di predisporre gli opportuni interventi sanitari e di poter effettuare indagini scientifiche, statistiche e medico-legali (6).

Da quando i passaggi di consegne sono stati individuati come momento di comunicazione primario, molte organizzazioni, istituzioni e ospedali hanno avviato progetti di qualità per migliorare i passaggi di consegna. Nel "*Project High 5s*",

promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2006, uno dei cinque problemi di sicurezza del paziente presi in considerazione era rappresentato dalle "Disfunzioni della comunicazione durante il trasferimento dei pazienti" (3).

Inoltre, l'OMS nel 2007 con il "*Communication during patient handovers*" ha messo in evidenza il processo di trasmissione delle informazioni, relative all'utente, tra professionisti, con lo scopo di assicurare la continuità e la sicurezza delle cure. Per supportare ciò, la ricerca negli ultimi 10 anni ha dimostrato che con l'ausilio di metodi standardizzati c'è un notevole incremento qualitativo delle informazioni trasmesse. Le prospettive per un miglioramento del processo di assistenza infermieristica passano attraverso due aspetti fondamentali: da una parte l'aumento della consapevolezza da parte del professionista infermiere sull'importanza del passaggio di informazioni al fine di assumere responsabilmente decisioni per i pazienti e dall'altra la necessità di ricercare la massima efficacia negli strumenti di comunicazione e trasmissione delle consegne (7).

Gli infermieri sono fondamentali per garantire la continuità delle cure 24 ore su 24, 7 giorni su 7, non solo perché sono presenti sia di giorno che di notte, ma anche perché sono visti come un partner di comunicazione per tutti gli operatori sanitari e sono spesso i coordinatori (in)formali delle cure sempre più complesse che vengono fornite all'interno degli ospedali (3).

1.2 La comunicazione efficace: fattori e modalità che la influenzano

Un buon passaggio di consegne prevede l'utilizzo di alcune regole della comunicazione, come una preparazione adeguata, una comunicazione a circuito chiuso (figura 1.1) ed evitare abbreviazioni.

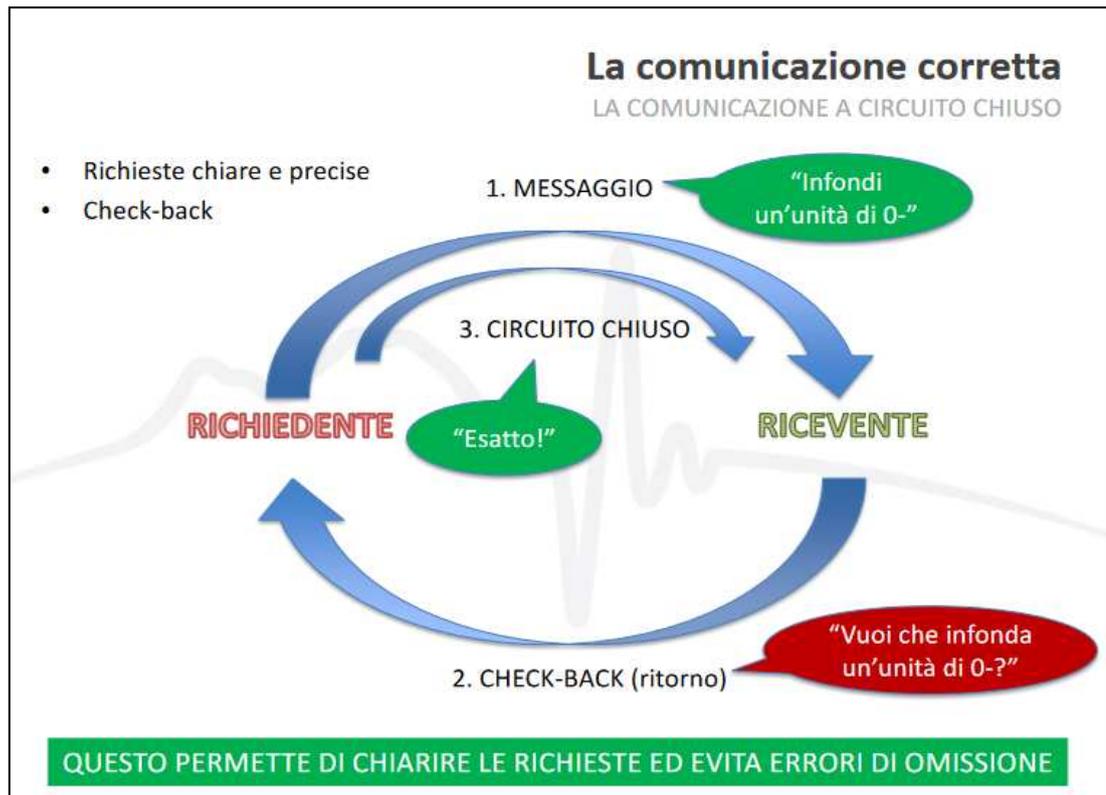


Figura 1.1 Tratto da “Comunicazione del trauma team” (8)

I problemi frequenti che influiscono sull'efficacia della consegna sono:

- fattori individuali: uso di una comunicazione non gergale, esperienza professionale, formazione ricevuta sulle consegne, affaticamento, capacità di memorizzare;
- fattori interpersonali: qualità della relazione tra gli operatori;
- fattori organizzativi: interruzioni, distrazioni, gerarchia troppo pressante impedisce una comunicazione aperta (1).

Le interruzioni nella comunicazione sono state implicate come una delle principali cause di eventi avversi segnalati alla Joint Commission negli USA tra il 2004 e il 2010 (3).

Nella pratica quotidiana i passaggi di consegne o “handover” possono essere effettuati in vari modi. In primis attraverso passaggi verbali (*verbal handover*) in cui l'infermiere responsabile di un gruppo di pazienti scambia informazioni rilevanti documentate, oppure non verbali o solo scritta (*nursing shift record*) in cui l'infermiere si informa leggendo la cartella clinica, che include note sui progressi, piani di assistenza, tabelle di farmacoterapia e tabelle di osservazione. Avviene anche

a letto del paziente, promuovendo l'interazione faccia a faccia tra paziente e infermiere, e incoraggiando la partecipazione verbale, mettendo l'utente al centro delle informazioni (3)

Tradizionalmente, la consegna infermieristica non ha incluso il paziente; tuttavia, l'aumento delle aspettative dei degenti e delle politiche in merito al coinvolgimento dei pazienti in tutti gli aspetti dell'assistenza ha portato all'introduzione della "consegna al posto letto". Quest'ultima è ora considerata una parte vitale del processo di consegna infermieristica in molti contesti (9).

La consegna può essere trasmessa attraverso una registrazione, in cui l'infermiere incaricato raccoglie i dati rilevanti e li registra su una cassetta in modo che il turnista in arrivo li possa ascoltare in un momento opportuno (3).

1.3 Gli strumenti per il passaggio di consegne

Negli anni si sono sviluppate metodologie strutturate per un efficace passaggio di consegne, univoche ed utilizzabili in numerosi contesti.

Lo strumento a oggi più conosciuto ed utilizzato è il metodo S.B.A.R., soprattutto nel passaggio di consegne dall'ambito extra-ospedaliero all'ambito intraospedaliero.

L'acronimo S.B.A.R. indica:

S – situation, situazione: è la situazione clinica del paziente, l'identificazione del paziente e del problema;

B – background, anamnesi: è la storia clinica del paziente, che comprende eventuali allergie ed interventi pregressi;

A – assesment, valutazione: è il “cosa è stato fatto fino ad ora” e cosa si sta facendo; comprende i parametri vitali e le indagini diagnostiche in atto;

R – recommendation, raccomandazioni: gli interventi che devono essere fatti a breve e come (4).

Questo strumento, sostiene la standardizzazione della comunicazione, promuove uno scambio chiaro e tempestivo di informazioni riguardanti i pazienti durante il trasferimento delle cure e incentiva la responsabilità del trattamento nei momenti del passaggio di consegne tra un turno e l'altro con riassunti efficienti e di alta qualità delle esigenze degli utenti (10). Il metodo ha l'obiettivo di migliorare il passaggio di consegne, utilizzando un sistema schematico che evita la dispersione delle

informazioni e permette di focalizzarsi solamente su quelle realmente essenziali (4); riduce notevolmente la possibilità di un linguaggio prolisso o sintetico, garantendo di arrivare al focus del problema (11), crea un modello adatto a tutti i pazienti e a tutte le situazioni sia di routine che di criticità e riduce il tempo per la trasmissione delle consegne.

Oltre il metodo SBAR, negli ultimi anni sono emersi diversi strumenti; questi includono iSoBAR (Identify, Situation, Observations Background, Agreedplan, Read back) e REED (Record, Evidence, Enquire, Discuss). Questi esempi condividono l'intenzione di strutturare il passaggio di informazioni in modo da trasferire notizie cliniche standardizzate e l'uso di formati con tale caratteristica sono stati approvati in Australia (12).

1.4 La responsabilità professionale

La responsabilità può essere interpretata in un'ottica negativa, ossia essere chiamati a rendere conto del proprio operato ed essere valutati da parte di un giudice; oppure positiva, cioè avere coscienza degli obblighi connessi con lo svolgimento di un incarico, un impegno dell'operatore sanitario (6).

Per quanto concerne la qualità e la sicurezza delle cure è indubbio che una necessità è quella di evitare errori, danni, complicanze per il paziente in modo tale da ridurre i contenziosi e i risarcimenti economici. A questo va aggiunta l'introduzione della Legge dell'8 marzo 2017 n. 24, conosciuta come Legge Gelli "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", che ha posto l'attenzione da parte di tutti gli esercenti le professioni sanitarie alla sicurezza tramite l'uso di buone pratiche cliniche e linee guida e attraverso un radicale cambiamento delle modalità della prassi infermieristica che deve essere congruente rispetto all'evidenza scientifica (Evidence based nursing, EBN) e alla pratica clinica (Evidence based practice, EBP) (7).

L'infermiere ha l'imperativo di dover dimostrare gli esiti delle sue azioni e per farlo necessita di una sistematica raccolta dati, di una congruente analisi da cui trarre informazioni assolutamente indispensabili per tutti i processi di ricerca, sperimentazione, sviluppo e miglioramento continuo della qualità di cure (7).

Nel Codice Deontologico dell'infermiere troviamo l'articolo 33 in materia di documentazione clinica: "L'infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico"(13). È preciso dovere del professionista sanitario la compilazione della documentazione sanitaria, la cui violazione comporta il reato di rifiuto o omissione di atti d'ufficio (art. 328 C.P.) (7).

1.5 L'ambito della salute mentale

Negli ultimi decenni, i servizi di salute mentale hanno subito una profonda trasformazione che ha coinvolto il setting, gli obiettivi, le pratiche e la visione dei pazienti. Nonostante la loro importanza universalmente riconosciuta, l'utilità dei passaggi di consegne è stata raramente studiata all'interno di contesti psichiatrici (14).

Come anticipato, le informazioni sui pazienti vengono trasferite da un turno all'altro per garantire la continuità e la coerenza della cura. In particolare, nei passaggi di consegne verbali, le informazioni vengono trasferite tra tutto il personale dei reparti psichiatrici, esclusi i medici, circa tre volte al giorno, mentre i giri di reparto si svolgono una volta al giorno e coinvolgono il personale psichiatrico e talvolta anche psicologi e assistenti sociali. Durante le visite mediche con lo psichiatra solitamente l'infermiere presenta le problematiche e i comportamenti osservati, che vengono poi discussi tra i sanitari presenti in quel momento (15).

Nei luoghi dove vengono assistite persone affette da un disturbo mentale in fase acuta, il personale e i pazienti sono comunemente esposti ad ambienti che danno luogo a una serie di rischi clinici, come l'autolesionismo, il suicidio e l'aggressività. Un'attività fondamentale dell'infermiere che opera nell'ambito della salute mentale è la valutazione e, in una certa misura, la prevenzione di incidenti dove si verificano danni e lesioni. Mentre studi precedenti hanno analizzato i metodi di valutazione del rischio e le pratiche attuali, pochissimi hanno posto l'attenzione sulla comunicazione delle informazioni riguardanti il rischio o il modo in cui i risultati di tali valutazioni vengono utilizzati per evitare il ripetersi di situazioni spiacevoli. La conoscenza dei fattori di rischio noti per il suicidio e l'autolesionismo è fondamentale per

un'accurata valutazione; tuttavia, queste informazioni devono essere comunicate tra i turni infermieristici per facilitare la prevenzione di tali comportamenti (16).

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo della ricerca

Determinare quali informazioni sono fondamentali da trasmettere durante la consegna infermieristica nell'ambito della salute mentale.

Indicare quale metodologia comunicativa può considerarsi più efficace/completa nel trasmettere adeguatamente le informazioni.

Individuare un possibile strumento da utilizzare nell'ambito psichiatrico.

Quesito di ricerca:

- Quali informazioni assistenziali sono utili/essenziali agli infermieri nella presa in carico dei pazienti ricoverati in psichiatria?
- Quale metodo per il passaggio di informazioni può considerarsi più efficace e completo per l'infermiere?
- Esistono strumenti specifici?

2.2 Strategia di ricerca

Keywords:

- nursing handover, patient handover
- nursing handoff, patient handoff, psychiatric patient handoff
- psychiatric department, psychiatry, mental health, psychiatric patient

Per la revisione mi sono avvalsa di articoli provenienti da PubMed, Cochrane Library, BMC Psychiatry.

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state realizzate attraverso più combinazioni di parole chiave con relativi operatori booleani. La stringa di ricerca che ha portato al maggior numero di risultati è (nursing handover) AND (psychiatric department).

Sono stati applicati i filtri pubblicazioni degli ultimi 10 anni, età +19 anni, specie umana.

2.3 Criteri di selezione

Sono stati selezionati articoli, in lingua inglese e italiana, riguardanti il passaggio di informazioni infermieristiche nell'ambito della salute mentale. Sono stati presi in

considerazione studi osservazionali e revisioni sistematiche di letteratura, inoltre, ho consultato taluni articoli tratti dalla bibliografia di alcuni studi.

CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA

Dopo un'analisi della letteratura selezionata (Allegato 1), sono stati identificati tre principali outcome condivisi dagli studi revisionati: la comunicazione, l'introduzione di uno strumento strutturato e il coinvolgimento dei pazienti durante il passaggio delle consegne infermieristiche.

3.1 La comunicazione: contenuti, modalità e setting

Le unità operative di psichiatria sono ambienti dinamici e complessi che forniscono assistenza a pazienti con età, diagnosi e livelli di acuzia differenti. Nonostante approfondite ricerche sulla valutazione, previsione e gestione del rischio, nessuno studio ha analizzato come le informazioni sul rischio vengano comunicate al momento della consegna nei contesti della salute mentale (16). I danni ai pazienti e al personale sono una conseguenza frequente e indesiderabile dell'aggressività e possono comportare costi significativi per il clima, l'equilibrio psichico e il funzionamento del reparto. Anche l'identificazione di comportamenti suicidi e autolesionisti è una componente fondamentale (16). I passaggi di consegna infermieristici, quindi, assumono una grande importanza essendo una pratica fondamentale nella cura del paziente: sono stati segnalati problemi di comunicazione, incompletezza o errori che portano a complicazioni o negligenza, ritardi nella diagnosi o nel trattamento, aumento dei costi e della durata del ricovero (14).

Lo studio di Millar et al. (16) è stato condotto in un'unità psichiatrica ospedaliera a Melbourne (Australia) per pazienti in fase acuta, dove sono stati diretti tre passaggi di consegna ogni giorno, ciascuno gestito dal responsabile infermieristico di turno che conduceva il passaggio di informazioni di tutti i degenti del reparto. Durante la revisione clinica, è stata assegnata a ogni paziente una categoria di rischio, con un punteggio di rischio basso, medio o alto. Si è osservato che le informazioni sul rischio erano più probabilmente trasmesse tramite il metodo scritto, in cui la categoria di rischio dei pazienti era bassa. La comunicazione di tutti gli elementi di rischio sembrava diminuire con l'aumentare della durata del ricovero del paziente. Inoltre, è stato riscontrato che i passaggi di consegna riguardanti i pazienti ricoverati contro la loro volontà hanno maggiori probabilità di contenere più informazioni sul

rischio comunicate sia verbalmente che in forma scritta rispetto a coloro che sono stati ricoverati volontariamente. È stato osservato che utilizzando i fogli di consegna durante il passaggio di informazioni tra un turno e l'altro, sono stati più frequentemente comunicati gli elementi di rischio con il comportamento maggiormente presentato, seguito dal pensiero, umore, percezione, "PRN" ("secondo necessità, bisogno" o "a discrezione dell'infermiere") e la storia del paziente, rispetto ai casi in cui non è stato utilizzato un foglio di consegna. Ogni elemento di rischio aveva almeno il 10% di probabilità in più di essere comunicato verbalmente quando veniva utilizzato un foglio di consegna.

Sono stati individuati gli elementi di rischio più frequentemente comunicati al turno di mattina, pomeriggio e notte (figura 3.1).

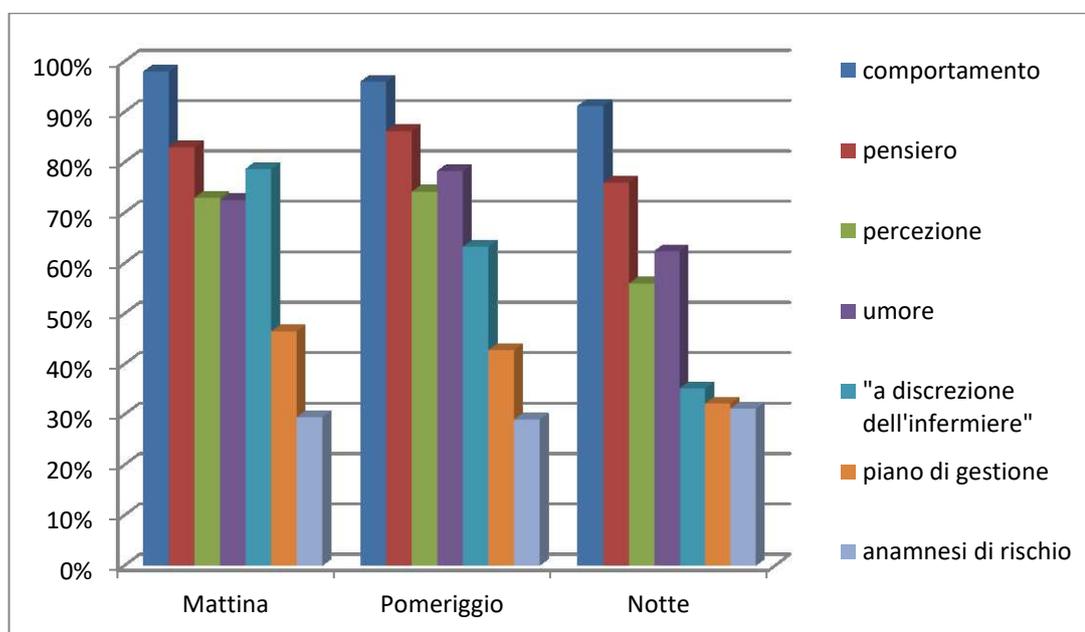


Figura 3.1 Elementi di rischio

Si può notare che il comportamento, l'uso di PRN e la gestione del rischio sono stati comunicati maggiormente nel passaggio di consegne della mattina. Mentre, il contenuto del pensiero, umore e percezione sono stati comunicati di più nel pomeriggio. L'anamnesi di rischio dei pazienti (fattore che si è dimostrato molto utile nella previsione della violenza e dell'aggressività), invece, era stata comunicata maggiormente nei passaggi di consegna notturni. In particolare, lo studio aveva notato che gli infermieri che cominciano il turno di notte ricevevano poche informazioni perché volevano sapere solo l'indispensabile per "trascorrere la notte",

ricevendo una breve consegna. Di conseguenza, quando la mattina dopo trasmettevano la consegna ai colleghi del turno successivo, era probabile che dessero notizie incomplete a causa della quantità minima di informazioni che avevano ricevuto. Quindi, sono state individuate tre variabili significative che incidevano sul contenuto del passaggio di consegna: il tipo di turno (mattina, pomeriggio o notte), il metodo di consegna (l'uso di un foglio o note di consegna) e se l'infermiere trasferiva le informazioni dei pazienti che aveva assistito oppure no.

Un risultato chiave di questo studio è l'identificazione dell'omissione dal passaggio di consegna di elementi come l'anamnesi di rischio. Da ciò, lo studio si poneva l'interrogativo su quale effetto ha tale mancanza sulla cura del paziente psichiatrico e sulla sicurezza del personale.

Come nello studio di Millar et al.(16), anche lo studio di Waters et al. (17) aveva indagato quali informazioni sul rischio venivano maggiormente comunicate durante i passaggi di consegna. Tuttavia, i soggetti sono differenti, in quanto il trasferimento delle informazioni avveniva tra il Team di Valutazione e Trattamento delle crisi (CATT) e l'Unità Psichiatrica Ospedaliera (IPU) in Australia. Il personale coinvolto comprendeva medici e infermieri. I risultati hanno mostrato che la storia psichiatrica dei pazienti, lo stato mentale e le informazioni riguardanti l'assistenza sono state costantemente comunicate, nel 100% dei passaggi di consegne. La storia dei rischi e lo stato sociale dei pazienti sono stati comunicati nel 84% dei passaggi di consegna. Le preferenze dei pazienti sono state comunicate meno frequentemente (35%). Tre temi importanti sono emersi da questo studio: l'ambiente dove vengono comunicate le informazioni, il profilo del personale e la considerazione delle preferenze dei pazienti. L'ambiente per la consegna era un'area comune del personale, considerata ristretta ed estremamente affollata durante il cambio turno. Inoltre, il personale dell'IPU era costituito, per una buona percentuale, di infermieri junior, che lavoravano sotto la guida e il tutoraggio degli infermieri senior. Tuttavia non è specificata la differenza tra le due figure in merito all'esperienza.

Mentre, Millar et al (16) e Waters et al. (17), hanno indagato gli elementi che maggiormente venivano condivisi tra il personale infermieristico, lo studio di Eivergard et al. (15) aveva come obiettivo quello di descrivere come il personale psichiatrico parlava dei pazienti attraverso l'analisi dei passaggi di consegna

infermieristici e delle visite giornaliere con i medici e infermieri. Lo studio ha avuto luogo in alcuni reparti psichiatrici in Svezia. I pazienti non erano mai presenti durante i passaggi di consegne verbali. Un infermiere tendeva a condurre le consegne verbali, che si concentravano in genere sull'esplicitare se i pazienti stessero bene o male, se il loro comportamento fosse accettabile e se dovessero essere dimessi. I risultati sono stati organizzati in tre temi: pazienti buoni/desiderabili, pazienti cattivi/indesiderabili e restare o essere dimessi. In particolare, quando il personale parlava dei degenti identificandoli come cattivi, la discussione spesso si riferiva al loro comportamento, mentre quelli buoni, per esempio, accettavano le cure offerte e si comportavano adeguatamente, seguivano le regole e la routine. Anche il fatto di essere o no dimessi era spesso espressa come una conseguenza del comportamento, e non dello stato mentale.

Lo studio di Papageorgiou et al. (19) aveva come obiettivo quello di rivedere l'efficacia della formazione delle abilità comunicative per i professionisti, infermieri e psichiatri, della salute mentale che lavoravano con persone con gravi malattie mentali. Lo studio è stato condotto in una clinica psichiatrica ambulatoriale universitaria dell'Est di Londra (Regno Unito). L'evidenza della ricerca suggerisce che sia i professionisti della salute mentale che i pazienti trovano difficile comunicare efficacemente i sintomi, i trattamenti farmacologici e i loro effetti collaterali e raggiungere una comprensione condivisa su diagnosi, prognosi e trattamento. Tuttavia l'uso efficace delle abilità comunicative nelle interazioni nell'ambito della salute mentale potrebbero essere associate a una maggiore soddisfazione del paziente e a una maggior adesione al trattamento. Riguardo a ciò, sono state identificate due variabili che giocano un ruolo importante: una solida alleanza terapeutica e delle buone abilità comunicative.

Un altro studio considerato esplorava in modo più approfondito il contenuto e la qualità delle interazioni personale-paziente, che per Papageorgiou et al. (19) erano associate a una maggior soddisfazione del degente e dei sanitari. Lo studio di Myklebust et al. (20) aveva lo scopo di valutare la qualità e la quantità delle interazioni personale-paziente attraverso le note di assistenza infermieristica; esso è stato condotto in due unità psichiatriche norvegesi. I risultati mostrano che un terzo degli estratti delle note di assistenza non contenevano alcuna descrizione delle

aspettative dei pazienti. Tuttavia, il risultato più rilevante è stato che solo il 7,6% degli estratti descriveva come il personale aveva risposto a ciò (il 92,4% era impossibile da valutare). I ricercatori hanno anche descritto una correlazione positiva tra una relazione terapeutica staff-paziente e l'adesione al trattamento medico e alla psicoterapia. I pazienti hanno sottolineato l'importanza di essere compresi dagli operatori, per quanto riguarda le proprie esperienze e sentimenti.

Nello studio di Accordini et al. (14) venivano considerati i passaggi di consegna infermieristici in forma scritta in una casa di cura italiana. I risultati hanno generato quattro fattori culturali: la routine quotidiana, momenti difficili, la notte e gli aspetti amministrativi e organizzativi.

Cluster 1: la routine quotidiana, sta a indicare la quotidianità degli ospiti nella casa di cura. La maggior parte delle parole che compaiono in questo elenco si riferiscono alle attività svolte dai pazienti o alla gestione di alcune mansioni.

Cluster 2: momenti difficili, qui l'attenzione è posta sugli individui e sui loro problemi, come stati emotivi negativi.

Cluster 3: la notte, che viene descritta dagli operatori di salute mentale come un momento estremamente critico, caratterizzata da un'atmosfera agitata. I pazienti sono percepiti come irritabili o arrabbiati, spesso urlano e disturbano gli altri ospiti.

Cluster 4: aspetti amministrativi e organizzativi, che si concentrano sulla gestione della casa di cura, come l'organizzazione del programma settimanale e la gestione dei documenti. Inoltre, contiene anche parole che suggeriscono l'importanza del lavoro di squadra e dello sviluppo di una rete integrata di servizi.

Lo studio indica un passaggio da un approccio orientato ai sintomi a uno orientato al recupero e offre un nuovo modo di concepire il passaggio di consegne in ambito psichiatrico.

3.2 La necessità di uno strumento strutturato

I principali fattori che rendono il passaggio di informazioni inefficace includono la mancanza di una comprensione di base dello svolgimento dei processi di consegna e l'assenza di una struttura comune. Sebbene la consegna infermieristica sia cruciale nella continuità di cura, pochissimi studi si sono focalizzati sul passaggio di

informazioni nei contesti psichiatrici (10). Struttura e contenuto della consegna sono elementi critici separati tra loro (12).

Lo studio di Dimech et al. (10) aveva lo scopo di incorporare lo strumento SBAR come struttura di comunicazione nelle pratiche di consegna infermieristica in diverse unità psichiatriche ospedaliere del Canada. Dato che c'era una presenza limitata nella letteratura dell'uso di questo strumento nell'ambiente psichiatrico, si era reso necessario lo sviluppo di una scheda SBAR specifico per tale contesto di cura. È stata sviluppata una scheda di riferimento rapido (QRC) (Allegato 2). Essa presenta il quadro SBAR (Situazione, Background, Valutazione e Raccomandazioni) con esempi di quali informazioni riportare nell'ambito psichiatrico sotto ogni voce. Inoltre, utilizzando il QRC, lo studio ha sviluppato una scheda per guidare le conversazioni con i medici durante le chiamate di emergenza, al fine di accelerare una risposta a una situazione di acuzia. Il modello include uno scenario psichiatrico e come le informazioni sarebbero state comunicate utilizzando il formato SBAR (Allegato 3). L'implementazione del metodo SBAR ha permesso di raggiungere diversi obiettivi: la standardizzazione del passaggio di consegna, una maggiore soddisfazione del personale e l'incremento delle buone pratiche di consegna. Lo studio ha dichiarato che non esisteva un insieme minimo di informazioni sul rischio stabilito dagli autori per sostenere l'uso di uno strumento di consegna standardizzato. Gli autori hanno concluso che, al fine di ridurre al minimo gli incidenti prevedibili in contesti psichiatrici, il formato SBAR per la consegna verbale potrebbe essere un'utile strumento per la comunicazione del rischio. Inoltre, hanno anche sottolineato l'importanza del passaggio di consegne a partire da un orario prestabilito con un limite di durata di 15 minuti. Tuttavia, in media circa un terzo di tutti i passaggi di consegne supera questa tempistica. Infine, gli autori suggeriscono di incorporare la tecnologia nelle pratiche di passaggio di consegne, la cosiddetta "cartella clinica elettronica".

Lo studio di Cowan et al. (12) aveva lo scopo di sviluppare una linea guida per favorire una struttura e un processo uniforme nel passaggio di consegne infermieristiche in ambito della salute mentale. L'analisi dei passaggi di consegna infermieristici verbali è stata condotta in due unità di degenza psichiatriche in Australia. Entrambe le unità di salute mentale hanno segnalato l'utilità dei fogli di

consegna che contenevano informazioni pertinenti a cui si poteva accedere rapidamente senza dover tornare alla cartella clinica dei pazienti. Questi fogli erano tipicamente usati al momento del passaggio di consegna e spesso gli infermieri aggiungevano le proprie annotazioni. Tuttavia non è specificato se cartacei o informatizzati. Anche la struttura del passaggio di consegne è stata citata e la scheda ISBAR (Identità, Situazione, Background, Valutazione e Raccomandazioni) è stata costantemente riconosciuta come una buona guida, in particolare per i giovani infermieri o per il nuovo personale (Allegato 4). Inoltre, i pazienti sono stati intervistati sulla loro comprensione dei vari aspetti della consegna, con lo scopo di capire quali fossero le informazioni che ritenevano che dovevano essere trasmesse su di loro e quali no. I risultati riguardo gli elementi specifici in ambito psichiatrico, la durata del ricovero e il ruolo del coordinatore nell'assistenza hanno ottenuto il punteggio più basso, con lo stato mentale che invece ha ottenuto il punteggio più alto. Il focus group che aveva come partecipanti gli infermiere delle due unità di salute mentale, hanno evidenziato differenti pareri in merito allo scopo del passaggio di consegne. Mentre alcuni pensavano che fosse un trasferimento breve e mirato di informazioni essenziali, altri lo consideravano un'opportunità per discutere del paziente una prospettiva più ampia, anche se il tempo è stato definito limitato. È stato osservato che a volte il personale omette informazioni sui pazienti "noti", sebbene alcuni possano sfuggire al controllo e aumentare il rischio di incidenti. Inoltre, è stato riconosciuto che la leadership era un fattore importante nel determinare l'utilità e l'efficienza del passaggio di consegne. Tuttavia, anche quando c'era qualcuno che guidava il passaggio di consegne, il personale non era sicuro di quale fosse il ruolo di quella persona. Ciò è coerente con la mancanza di chiarezza nella letteratura riguardo questo argomento. Quindi, la linea guida finale per il passaggio di consegne infermieristiche comprende tre sezioni: la struttura (ISBAR), la leadership e gli elementi di contenuto. Quest'ultimi comprendono il nome del paziente e dettagli rilevanti, lo stato clinico, la categoria di rischio per autolesionismo e aggressività e le strategie di gestione, le istruzioni per la cura, gli interventi infermieristici, le interazioni sociali, le richieste del paziente ed eventuali modifiche di trattamento. Anche riguardo il passaggio di consegne infermieristiche che coinvolge il paziente, lo studio di Van de Velde et al (21) ha proposto l'utilizzo di una scheda strutturata, la

ISBARRT (Introduzione, Situazione, Contesto, Valutazione, Raccomandazioni, Ripetizione e Ringraziamenti) (Allegato 5).

Nello studio di Millar et al. (16), citato in precedenza, si faceva inoltre riferimento a strumenti alternativi di consegna per trasmettere le informazioni, incluso l'uso di un registratore a nastro, sistemi elettronici o il tradizionale "foglio di consegna". Tuttavia lo studio aveva evidenziato come metodo principale la consegna verbale. Ciò può comportare un impatto negativo sulla cura del paziente, in quanto l'infermiere potrebbe non ricevere tutte le informazioni. Un esempio può verificarsi nel momento in cui il paziente è conosciuto dal personale. Questa situazione può portare l'infermiere a fare affidamento su informazioni vecchie e non aggiornate, e quindi all'attuazione di interventi non più adatti. Lo studio aveva riscontrato una preferenza per l'utilizzo di un foglio di consegna che contenesse alcune note sul paziente, contenuto determinato dall'autore del foglio. I vantaggi dal suo utilizzo sono molteplici, tra cui un facile accesso alle informazioni sul rischio. Tuttavia, si indica la necessità dell'introduzione del formato SBAR per la consegna verbale specifica per i passaggi di consegna infermieristici nei contesti di salute mentale.

Nonostante le linee guida e i vantaggi che, come nello studio di Dimech et al (10), può dare ad esempio la SBAR, lo studio di Waters et al. (17), citato in precedenza aveva rilevato che né il personale CATT né l'IPU hanno utilizzato strumenti di trasferimento strutturati durante la consegna.

3.3 Il coinvolgimento dei pazienti

La comunicazione inefficace è nota è una nota fonte di errori e danni ai pazienti. Una potenziale soluzione è l'introduzione della consegna infermieristica che coinvolga attivamente i pazienti nel processo di cura e supporti una pratica orientata al recupero. Il ruolo dei degenti può quindi essere quello di fornire agli infermieri informazioni aggiuntive, chiarirle e/o correggerle (21). La partecipazione offre quindi ai pazienti, ma anche ai famigliari, un'opportunità per un processo decisionale condiviso (22). Nonostante il nome, la consegna al letto del paziente non deve necessariamente avvenire al lato del letto, ma si riferisce piuttosto a qualsiasi trasferimento formale di informazioni tra il personale quando è presente un paziente indipendentemente dall'ubicazione (9). La consegna infermieristica che coinvolge i

pazienti è già stata implementata regolarmente nei reparti generali, ma la ricerca nell'assistenza in ambito psichiatrico è limitata (21).

Lo studio di Van de Velde et al. (21) aveva come obiettivo quello di mappare le esperienze dei degenti riguardo la consegna infermieristica che li coinvolgeva. La ricerca è stata svolta in un'unità di salute mentale in un ospedale del Belgio. I passaggi di consegne con i pazienti avvenivano tre volte alla settimana (lunedì, mercoledì, venerdì) durante il pomeriggio nella stanza dell'utente. Eventuali compagni di stanza venivano invitati a stare in soggiorno o fuori per il tempo necessario, per rispettare la privacy. Gli altri due giorni (martedì e giovedì), il feedback della riunione del team veniva dato al letto del paziente, in presenza degli infermieri e dello psichiatra. I pazienti hanno dichiarato di non volere un passaggio di consegne durante il fine settimana, in quanto la maggior parte di loro lo passava a casa o voleva godersi un po' di tempo libero in reparto. Sono stati stilati dei criteri di selezione per i degenti da includere nello studio, ossia coloro che venivano coinvolti durante la consegna infermieristica. Essi dovevano essere in grado di approvare consapevolmente la loro partecipazione allo studio e firmare un modulo di consenso informato. Inoltre, dovevano essere di età superiore ai 18 anni, ricoverati volontariamente e aver sperimentato il passaggio di consegne infermieristico che coinvolgeva i pazienti almeno tre volte, per avere un'idea di ciò che comportava. Sono stati esclusi i pazienti che si trovavano in uno stato fisico o mentale che non permetteva la partecipazione e quelli che avevano vissuto il passaggio di consegne piuttosto negativamente. La valutazione è stata eseguita dal coordinatore e dallo psichiatra del reparto.

I risultati dello studio hanno identificato tre temi principali: i primi momenti del ricovero, l'infermiere come alleato e l'informazione reciproca. Il primo tema si riferisce alle esperienze che i pazienti hanno avuto all'inizio del loro ricovero e le sfide che hanno affrontato. I sentimenti descritti dai pazienti sono di incertezza e paura, in quanto il ricovero rappresentava un momento di sofferenza o di difficoltà della loro vita. Per loro non era facile entrare in contatto con gli infermieri, ma ciò era di grande importanza per iniziare il loro processo di recupero. Durante il passaggio di consegne che li coinvolgeva, nei primi giorni di ricovero, hanno indicato che non avevano appreso pienamente cosa comportasse o il suo scopo, in quanto hanno

dichiarato che non stavano bene ed erano confusi. Il secondo tema rappresenta le opinioni dei pazienti sull'importanza di conoscere il team di infermieri e creare un legame con loro. Il coinvolgere i pazienti durante le consegne infermieristiche ha creato la sensazione che gli infermieri erano lì per loro, che sono ascoltati e che non sono soli con i loro problemi. I pazienti hanno dichiarato che si è creato un momento personale e confidenziale in cui condividere pensieri e preoccupazioni. Inoltre, hanno indicato un contatto maggiore con gli infermieri e quindi più tempo per conoscerli. Infine, si sentivano più consapevoli di ciò che gli infermieri comunicavano, riducendo le sensazioni di sospetto e rafforzando la fiducia nel team.

Il terzo, e ultimo, tema illustra il punto di vista dei pazienti sul fatto di tenere informati gli infermieri e di farlo nel modo più aperto e onesto possibile. I degenti hanno condiviso che per loro era importante sapere che le informazioni su di loro erano corrette e complete. Hanno sentito di avere spazio e fiducia per parlare e aggiungere altre informazioni. Inoltre, hanno avuto la sensazione di essere un partner alla pari nel processo di cura, essendo informato su ciò che veniva discusso tra gli infermieri e avendo l'opportunità di fare domande ed avere un riscontro immediato, oppure l'infermiere la annotava nel computer. Questo trasmetteva la tranquillità di sapere e vedere che l'operatore sanitario se ne occupava all'istante. Tutto ciò incoraggia l'impegno del paziente a prendere in mano il processo di recupero personale e aumenta l'autogestione.

Lo studio di Olasoji et al. (22) prendeva in esame un'unità di salute mentale per pazienti in fase acuta in Australia. Si focalizzava sulle opinioni degli infermieri riguardo il coinvolgimento dei pazienti durante il passaggio di consegne infermieristiche. La formazione degli infermieri è stata vista come una componente importante in questo particolare processo. I risultati suggeriscono che con l'aumentare dell'età anagrafica, gli infermieri erano più propensi a non essere d'accordo sull'inadeguatezza riguardo il coinvolgimento dei pazienti. Inoltre, gli operatori sanitari di sesso femminile e più giovani avevano maggiori probabilità di sostenere il coinvolgimento dei degenti durante la consegna infermieristica. È emerso, invece, che gli infermieri più anziani, che hanno lavorato meno anni nel campo della salute mentale e che non credevano al programma di formazione, che erano più propensi a sostenere i problemi di sicurezza nel coinvolgere i pazienti.

Quindi, i risultati dell'analisi mostrano che gli atteggiamenti negativi erano legati all'aumentare dell'età. Si è scoperto, inoltre, che la formazione ha avuto un'influenza significativa sugli atteggiamenti degli infermieri di salute mentale riguardo al coinvolgimento dei degenti nel passaggio di consegne. È stato riportato che questa pratica migliora la sicurezza degli stessi e ha un'influenza positiva sulla relazione terapeutica. È importante sottolineare che i pazienti erano in grado di comprendere l'importanza del passaggio di consegne, e che erano disposti e in grado di contribuire. Questo studio ha dimostrato che una formazione ben pianificata, innovativa e multimediale può influenzare l'atteggiamento degli infermieri riguardo il coinvolgimento dei degenti nei processi di passaggio di consegne infermieristico.

Come Olasoji et al.(22), anche lo studio di Mullen et al. (9) esplorava le opinioni degli infermieri sul coinvolgimento dei pazienti nel passaggio di consegne infermieristiche in cinque unità ospedaliere di salute mentale in Australia. In particolare, lo studio è stato intrapreso per comprendere meglio le difficoltà che incidono sull'attuazione del passaggio di consegne infermieristiche che coinvolgono i pazienti, attraverso dei focus group e delle interviste.

I risultati hanno identificato tre temi principali: il contesto della salute mentale è diverso, la tutela della privacy e della riservatezza dei pazienti. Nel primo tema gli infermieri descrivono il processo come non adatto per un ambiente di salute mentale e indicano che la direttiva aziendale non aveva considerato le sfide specifiche relative a tale contesto. Le sfide identificate includevano la percezione del bisogno di un passaggio di consegne lontano dagli utenti, poiché le conversazioni possono includere discussioni sui rischi o altri problemi di sicurezza. Tuttavia, gli ostacoli percepiti sono serviti a rafforzare la mancanza di fiducia sull'adeguatezza del processo e si è osservato che impediva lo sviluppo di qualsiasi soluzione a tali sfide logistiche. Anche le sfide ambientali, come la disposizione delle unità, la mancanza di spazio privato e le camere da letto condivise erano viste come forti limiti. Inoltre, gli infermieri hanno descritto che l'attuazione della consegna al posto letto non aveva ottenuto alcuna spinta durante il breve periodo di prova e che a volte aveva causato maggiori difficoltà agli stessi. Gli infermieri hanno anche affermato che il personale aveva bisogno di conoscere tutti i pazienti, di monitorare l'ambiente e di garantire

un'assistenza adeguata. Ciò ha richiesto loro di discutere apertamente informazioni sensibili, senza che i pazienti fossero presenti.

Nel secondo tema si indica che la consegna al letto del paziente è stata percepita dagli infermieri come problematica per la riservatezza, poiché altri utenti avrebbero sentito dettagli personali sulla salute mentale e sul trattamento. Gli infermieri prevedevano che la consegna sarebbe stata condotta in camere da letto potenzialmente condivise o nelle aree comuni e che non sarebbero stati in grado di avere il controllo su chi ascoltava. È stato proposto, quindi, l'utilizzo di stanze private, ma l'accesso ad esse è risultato difficoltoso, in quanto lo spazio era limitato e le stanze spesso erano occupate da altri professionisti. Infine gli operatori erano preoccupati di discutere contenuti delicati come informazioni su potenziali conflitti familiari o diagnosi cliniche, con la convinzione che potessero complicare la cura e non fosse necessario che i pazienti sentissero. Tuttavia, gli infermieri hanno capito che i pazienti vorrebbero essere coinvolti in tutte le conversazioni riguardanti le loro cure ed hanno riconosciuto che altrimenti potessero sentirsi esclusi.

Nel terzo tema gli infermieri hanno espresso preoccupazione, poiché l'inclusione dei pazienti nel passaggio di consegne poteva essere dannoso per loro benessere. Alcuni hanno identificato dei potenziali benefici, come il fatto che venissero tenuti informati. Tuttavia, molti infermieri erano dell'opinione che i rischi percepiti superassero qualsiasi beneficio. Si riteneva che discutere di tali informazioni potesse provocare disagio, causare reazioni ostili o suscitare angoscia.

I coordinatori hanno identificato che il personale infermieristico era riluttante a impegnarsi a questo progetto in quanto non avevano fiducia o abilità nel determinare cosa dovesse essere condiviso e adattare il loro linguaggio ai pazienti. Infine hanno riportato che le convinzioni di molti che la consegna al letto possa turbare i pazienti fossero esagerate e non basate sulla realtà.

Lo studio di Givens et al. (18) si è sviluppato in un'unità psichiatrica di degenza neuro-geriatrica nel Midwest. Tre infermieri si sono incontrati per discutere i componenti ottimali di uno scambio di conoscenze, in cui i pazienti sarebbero stati incoraggiati a partecipare alla discussione. Prima dell'implementazione, la maggior parte degli infermieri riteneva che i pazienti non fossero da coinvolgere e non venissero aggiornati e che il passaggio a più persone fosse la più grande barriera,

seguita dalla privacy e dal fatto che questo processo non fosse adatto al tipo di pazienti. I risultati mostrano come gli infermieri, impegnandosi con i degenti nel progetto, riferiscano un aumento generale della loro soddisfazione per la durata del passaggio di informazioni. C'è stata anche una diminuzione della preoccupazione per il passaggio di consegne a più persone e alla privacy del paziente. Anche se molti infermieri credevano ancora che questa pratica non avrebbe giovato al tipo di pazienti, hanno riconosciuto un maggiore coinvolgimento dei pazienti e una maggiore consapevolezza dei loro piani di cura.

Lo studio di Cowan et al (12), aveva inoltre intervistato i pazienti sulla pratica di consegna infermieristica, indagando quali informazioni dovrebbero essere trasferite su di loro, o al contrario, non trasferite. Si è rilevato che i pazienti avevano valutato le preferenze individuali, i farmaci, e le questioni di salute fisica come informazioni importanti per la consegna. Alcuni hanno espresso l'opinione di non voler essere presenti durante passaggio di informazioni, considerando ciò una fonte di ansia. Quando si è discusso della possibilità di rendere note le proprie preoccupazioni o richieste durante il passaggio di consegne condiviso con il paziente, è emerso che gli utenti si aspettavano che il "loro infermiere" avrebbe discusso con loro tali importanti questioni. È emerso chiaramente che i pazienti si identificavano fortemente esso. Nonostante le preoccupazioni rilevate dal personale infermieristico, come la mancanza di privacy o il disagio nel discutere di fronte ai pazienti, è chiaro che gli utenti dovrebbero avere l'opportunità di essere coinvolti nelle loro cure, compreso il coinvolgimento durante la consegna infermieristica. I professionisti della salute mentale hanno la responsabilità di fornire opportunità adattabili ai pazienti per raggiungere tale obiettivo.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

È appurato che il contenuto dei passaggi di consegna in ambito psichiatrico è differente rispetto a tutti gli altri reparti. I pazienti psichiatrici hanno necessità e bisogni diversi, con un rischio maggiore di aggressività auto ed eterodiretta. È importante per l'infermiere, quindi, prevenire queste situazioni utilizzando una comunicazione che metta in risalto, in particolar modo, gli elementi di rischio. Millar et al. (16), individuano il comportamento, il pensiero, la percezione, l'umore (stato mentale) e l'anamnesi di rischio come fondamentali. Tuttavia lo studio non specifica quali informazioni rientrino negli elementi dello stato mentale del paziente. Nello studio di Waters et al. (17) si dà importanza anche alla considerazione delle preferenze dei pazienti, come richieste di alimenti particolari, l'accesso al telefono per chiamare i familiari ed eventuali richieste di stanza singola rispetto a quella condivisa.

Millar et al. (16) evidenziano che nel turno di notte si può notare che complessivamente vengono comunicate meno informazioni rispetto al turno di mattina o del pomeriggio. Questo perché il personale spesso vuole sentire solo ciò che gli serve per "trascorrere la nottata". Questo è un grosso problema per gli infermieri che danno il cambio turno la mattina successiva, poiché ricevono una consegna scadente. È quindi fondamentale non sottovalutare la consegna data al turno notturno. Un altro fattore importante è l'ambiente di consegna, che è stato discusso da Waters et al. (17), spesso troppo affollato e ristretto durante il cambio turno. Mullen et al. (9) avevano proposto l'utilizzo di stanze private, come uffici, ma spesso erano occupate o troppo piccole.

Si può notare anche una differenza nell'organizzazione del personale rispetto al contesto italiano che noi conosciamo. Nel contesto australiano dello studio di Millar et al (16) è il responsabile infermieristico di turno che conduce il passaggio di consegne di tutti i pazienti del reparto, mentre nel contesto svedese di Eivergard et al (15), come in quello italiano, è l'infermiere che si occupa di un determinato numero di pazienti che trasmetterà le informazioni ai colleghi. In questa revisione è inoltre emerso un elemento poco conosciuto: la leadership come fattore importante nel determinare l'utilità e l'efficienza dei passaggi di consegne infermieristiche. La

letteratura non chiarisce questo ruolo e il personale era confuso su ciò che rappresentasse. Tuttavia, Cowan et al. (12) hanno dichiarato che il fatto di avere un infermiere di riferimento che guida il passaggio di consegne ha dimostrato di facilitare il processo.

Un altro aspetto che sta acquisendo molta importanza è l'interazione personale-paziente, ossia la relazione che si crea tra infermiere e assistito. Myklebust et al. (20) descrivono una correlazione positiva tra una relazione terapeutica staff-paziente e l'adesione al trattamento e sottolineano l'importanza del degente nell'essere compreso dall'infermiere riguardo ad aspettative e sentimenti. Tuttavia, lo studio ha raramente registrato gli sforzi del personale nel sintonizzarsi con i sentimenti del paziente. Anche Papageorgiou et al. (19) identificano una solida alleanza terapeutica come una componente importante nell'adesione al trattamento.

Un elemento condiviso da tutti gli articoli selezionati è la necessità di utilizzare uno schema strutturato specifico per la psichiatria durante il passaggio di consegne. Lo studio italiano di Bulfone et al. (1) ha dichiarato che l'approccio SBAR non lascia molto spazio alle informazioni sulle risorse sociali, culturali, famigliari del paziente e del suo punto di vista, elementi considerati fondamentali per la psichiatria. Pertanto è risultato più adatto nei reparti di medicina. Ma riguardo le unità di salute mentale non è presente uno schema strutturato condiviso. Dimech et al. (10) hanno introdotto la SBAR nel contesto psichiatrico, ritenuta utile per la comunicazione del rischio, mentre Cowan et al. (12) si rifanno a una scheda strutturata: la ISBAR, riconosciuta come una buona guida, in particolare per i giovani e per il nuovo personale. Anche lo studio di Van de Velde et al. (21) ha concordato l'utilizzo di una guida strutturata, la ISBARRT, specifica per la consegna infermieristica che coinvolge i pazienti. Questa pratica rende i degenti consapevoli di ciò che gli infermieri comunicano durante le consegne, aumentando la fiducia nei confronti del personale.

Viene inoltre citato da Millar et al. (16) e Cowan et al. (12) il termine "foglio di consegna", segnalato come uno strumento utile e veloce da consultare, dove gli infermieri aggiungevano le proprie annotazioni. Tuttavia, si deduce non sia provvisto di una struttura e che il contenuto dipenda unicamente dall'operatore che lo scrive. Questo può essere un limite, in quanto è il singolo professionista che decide che elementi del paziente inserire o meno.

Lo studio di Cowan et al. (12) riporta che alcuni infermieri pensano che l'obiettivo dei passaggi di consegna sia un trasferimento breve e mirato di informazioni essenziali, altri come un'opportunità per discutere dei pazienti. Ma il limite maggiore, per quest'ultimo, risulta essere il tempo.

Quest'ultimo aspetto è stato discusso in più studi. Dimech et al. (10) sottolineano l'importanza di avere degli orari prestabiliti, con un limite di 15 minuti. Tuttavia, la maggior parte delle consegne superava tale limite di tempo; forse sarà possibile raggiungere tale obiettivo trovando un equilibrio tra brevità, chiarezza e informazioni necessarie. Inoltre, Dimech et al. (10) e Millar et al. (16) suggeriscono di incorporare la tecnologia in questa pratica, utilizzare la "cartella clinica elettronica".

L'ambito della salute mentale ricerca nuove proposte per supportare una pratica orientata al recupero. Una possibile soluzione è rappresentata dall'introduzione del paziente come co-protagonista delle proprie cure. La consegna infermieristica che coinvolge il paziente in psichiatria è stata analizzata in diversi articoli. Nello studio di Van de Velde et al. (21) il passaggio di informazioni avveniva nella stanza del paziente. Eventuali compagni di stanza venivano invitati a stare in soggiorno o fuori per il tempo necessario. Al contrario, Mullen et al. (9) vedono le stanze condivise come un forte limite per questa pratica e aggiungono la difficoltà nel garantire la privacy, poiché chiunque potrebbe ascoltare la conversazione. Inoltre, gli infermieri erano preoccupati poiché dovevano discutere alcuni contenuti delicati davanti al paziente, con la paura di complicare il ricovero, provocando disagio o angoscia. Tuttavia, i degenti hanno espresso di voler essere coinvolti in tutte le conversazioni sulle loro cure, manifestando, quando ciò non accadeva, un senso di esclusione. Inoltre, Van de Velde et al. (21) sono stati gli unici a stilare dei criteri per i pazienti da includere durante i passaggi di consegna infermieristici, facendo intendere che non tutti sono adatti a prenderne parte, i degenti venivano valutati in base allo stato fisico e mentale dal coordinatore infermiere e dallo psichiatra, tuttavia non sono specificate le modalità. I pazienti hanno anche espresso le proprie difficoltà nel partecipare durante i primi giorni di ricovero, in quanto dichiaravano di non stare bene e di non comprendere appieno il passaggio di informazioni infermieristiche.

Come ultimo elemento, ma non meno importante, la formazione continua degli infermieri, fondamentale nel contesto della salute mentale. Davanti alla proposta di

un cambiamento, come il coinvolgimento dei pazienti durante la consegna infermieristica, l'operatore sanitario può adottare un atteggiamento ostile o negativo. Per questo motivo, lo studio di Olasoji et al. (22) prendeva in esame il parere degli infermieri, ed ha dimostrato che una formazione pianificata influenza significativamente gli atteggiamenti degli operatori riguardo il coinvolgimento dei pazienti nelle consegne, riportando che migliorava la sicurezza del degente e comportava un'influenza positiva sulla relazione terapeutica.

Alla luce della letteratura analizzata riguardo gli elementi di rischio identificati, quali il comportamento, il pensiero, l'umore e l'anamnesi di rischio come fondamentali, concordo sull'importanza di trasferire tali informazioni, in modo da prevenire eventuali episodi autolesionistici e di aggressività.

Secondo le ricerche, è fondamentale indagare e analizzare il linguaggio usato per descrivere i pazienti e prendere decisioni su di loro durante i passaggi di consegne verbali e le visite in reparto, soprattutto perché pochi studi hanno esaminato come il personale parla dei pazienti psichiatrici in questi scenari (15).

Le preferenze dei pazienti, citata da Waters et al. (17), come l'accesso al telefono ed eventuali richieste di stanza singola, devono essere prese in considerazione, tuttavia prima trovo necessario conoscere meglio il paziente per identificare, ad esempio, se fa un uso improprio del cellulare. L'infermiere è al centro del passaggio di informazioni alla fine e all'inizio di ogni turno. Tuttavia, lo studio di Millar et al. (16) fa riferimento a un capo turno che trasferisce le informazioni, e Cowan et al. (12) di un infermiere di riferimento, facendo emergente l'elemento leadership come importante nel processo di consegna. Nella letteratura considerata, tuttavia, non viene precisato se il capo turno infermieristico sia il coordinatore o un'altra figura.

L'utilizzo della SBAR adattata al contesto della salute mentale può risultare uno strumento efficace durante il passaggio di consegne, riducendo così i tempi di consegna. Il limite di 15 minuti posto da Dimech et al. (10) non sempre può essere rispettato, dipenderà dalla quantità di pazienti in carico e dalle interruzioni per esempio.

Nel contesto psichiatrico non sia possibile attuarla con tutti i pazienti. Come lo studio di Van de Velde (21) ha identificato, sono necessari dei criteri di selezione dei

pazienti idonei, tra cui essere maggiorenni, in grado di fornire un consenso, essere stati ricoverati in modo volontario e avere chiaro cosa comporta l'handover infermieristico. Sono invece da escludere, i pazienti che sono stati ricoverati in modo involontario e che non sono in grado di partecipare all'attività a causa dello stato fisico e/o mentale compromessi.

La psichiatria di Bassano del Grappa, facente parte dell'ULSS 7 Pedemontana, sta pensando di ricorrere all'utilizzo della scheda SBAR, su file Excel (gli infermieri si alternano su due turni da 12 ore ciascuno, 07:30/19:30 e 19:30/07:30). Presso l'Ospedale di Santorso, invece, non viene utilizzata una scheda strutturata durante il passaggio di consegna.

Il limite di questa revisione è rappresentato dalla scarsa quantità di letteratura trovata, (12 articoli), la maggior parte di provenienza australiana, un contesto lavorativo differente rispetto a quello italiano.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. G. Bulfone, M. Sumathy, S. Grubissa AP. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne revisione della letteratura. pensiero Sci Ed. 2012;
2. Asta ML. La consegna infermieristica. Consigli utili per scriverla correttamente, senza dimenticare nulla [Internet]. 2022. Available from: <https://infermieristicamente.it/articolo/15120/la-consegna-infermieristica-consigli-utili-per-scriverla-correttamente,-senza-dimenticare-nulla->
3. Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. Vol. 2014, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2014.
4. Vannini C. Scheda per il passaggio di consegne [Internet]. Nurse24.it. 2019. Available from: <https://www.nurse24.it/studenti/standard/scheda-passaggio-consegne-infermieri.html>
5. A. Ghirardini, R. Andrioli, R. Cardone, S. Ciampalini A De, Feo, G. Leomporra, C. Matera, M. Patisso, G. Murolo, C. SeraschiL. Lispi, P. Cacciatore, S. Amato, T. Bellandi, L. Bevilacqua, P. Derrico, S. Bergamasco, C. Capussotto, F. Giuliani, D. Tomaiuolo, I. Mastrobuono, G. Mirandola, A. Panà, C. Petrini, P. Polet MLV. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari [Internet]. Ministero della Salute. 2003. Available from: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
6. Pennini A. Il passaggio delle consegne e la trasmissione delle informazioni tra professionisti: sicurezza ed efficacia [Internet]. 2018. Available from: http://www.opisondrio.it/wp-content/uploads/2019/03/Relazione-PENNINI_OPI_SO_2018.pdf
7. Romigi G. Il passaggio di consegne infermieristiche: implicazioni assistenziali e prospettive nell'interesse di cura [Internet]. 2019. Available from: <https://www.dimensioneinfermiere.it/passaggio-consegne-infermieristiche-implicazioni-assistenziali-prospettive-nellinteresse-cura/>

8. Cambiaghi F. Comunicazione del trauma team [Internet]. 2016. Available from: <file:///C:/Users/grand/AppData/Local/Temp/Cambiaghi-1.pdf>
9. Mullen A, Harman K, Flanagan K, O'Brien B, Isobel S. Involving mental health consumers in nursing handover: A qualitative study of nursing views of the practice and its implementation. *Int J Ment Health Nurs*. 2020 Dec 1;29(6):1157–67.
10. Abela-Dimech F, Vuksic O. Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018 Oct 1;32(5):729–36.
11. Zerbinati M. Passaggi di consegne in corsia: come renderle efficaci e sicure [Internet]. 2018. Available from: <http://www.infermiereonline.it/passaggio-consegne-infermieri-corsia-efficaci-sicure/>
12. Cowan D, Brunero S, Luo X, Bilton D, Lamont S. Developing a guideline for structured content and process in mental health nursing handover. *Int J Ment Health Nurs*. 2018 Feb 1;27(1):429–39.
13. FNOPI. Codice deontologico delle professioni infermieristiche [Internet]. 2019. Available from: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice-deontologico_2019.pdf
14. Accordini M, Saita E, Irtelli F, Buratti M, Savuto G. Stories of change: the text analysis of handovers in an Italian psychiatric residential care home. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2017 May 1;24(4):232–42.
15. Eivergård K, Enmarker I, Hellzén O. The Talk About the Psychiatric Patient. *Issues Ment Health Nurs*. 2016 Oct 2;37(10):756–64.
16. Millar R, Sands N. “He did what? Well that wasn’t handed over!” Communicating risk in mental health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013 Apr;20(4):345–54.
17. Waters A, Sands N, Keppich-Arnold S, Henderson K. Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit. *Int J Ment Health Nurs*. 2015 Jun 1;24(3):193–202.
18. Givens SE, Skully C, Bromley G. Implementation of a Quality Improvement Project and Nurses’ Responses Earn Contact Hours. Vol. 54, *Journal of*

Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 2016.

19. Papageorgiou A, Loke YK, Fromage M. Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. Vol. 2017, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2017.
20. Myklebust KK, Bjørkly S. The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards. *BMC Psychiatry*. 2019 Aug 14;19(1).
21. Van de Velde E, Van Hecke A, Van Cleemput N, Eeckloo K, Malfait S. Nursing handover involving consumers on inpatient mental healthcare units: A qualitative exploration of the consumers' perspective. *Int J Ment Health Nurs*. 2021 Dec 1;30(6):1713–25.
22. Olasoji M, Cross W, Reed F, Wang W, Jacob S, Plummer V. Mental health nurses' attitudes towards consumer involvement in nursing handover pre and post an educational implementation. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Oct 1;28(5):1195–205.

ALLEGATI

Allegato 1

Autore	Titolo	Anno e luogo	Rivista	Tipo di studio	Campione	Metodo	Risultati	Conclusioni
D. Cowan, S. Brunero, X. Lou, D. Bilton, S. Lamont	Developing a guideline for structured content and process in mental health nursing handover	2018 New South Wales in Australia	International Journal of Mental Health Nursing	Studio qualitativo e descrittivo	20 passaggi di consegne, è stato coinvolto il personale infermieristico o di due unità di degenza per persone affette da malattie mentali in fase acuta e alcuni dei loro pazienti (8)	Osservazione, focus group, interviste	Sviluppo di una linea guida per il passaggio di consegne che incorpora i componenti chiave di struttura, contenuto e leadership	I dati raccolti hanno contribuito allo sviluppo di uno strumento di passaggio di consegne che incorpora i componenti chiave di struttura, contenuto e leadership. La ricerca ha indicato un legame dipendente tra questi componenti e ha inoltre rivelato la necessità di avere altri strumenti, come la supervisione e la revisione clinica, per garantire che il passaggio di consegne serva allo scopo previsto in modo efficiente

F. A. Dimech, O. Vuksic	Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff	2018 Ontario, Canada	Archives of Psychiatric Nursing	Studio qualitativo	27 unità psichiatriche ospedaliere	Audit e un sondaggio	L'uso di SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) nella pratica è aumentato dal 4% prima dell'intervento al 79% dopo l'intervento. La soddisfazione per le informazioni ricevute durante la consegna è aumentata dal 34% al 41%	I risultati di questo progetto dimostrano che la standardizzazione delle pratiche di passaggio di consegne e l'implementazione di un quadro di comunicazione coerente in tutta l'organizzazione può migliorare l'efficacia del passaggio di informazioni durante il cambio di turno, aumentare la soddisfazione del personale e migliorare la sicurezza sia del personale che dei pazienti
M. Olosoji, W. Cross, F. Reed, W. Wang, S. Jacob, V. Plummer	Mental health nurses' attitudes towards consumer involvement in nursing handover pre and post an	2019 Victoria, Australia	International Journal of Mental Health Nursing	Studio di intervento pre-post-test a gruppo singolo	Unità di degenza per pazienti con malattie mentali in fase acuta per adulti di un ospedale	Questionario	La formazione ha avuto un'influenza significativa sull'atteggiamento degli infermieri di salute mentale nei confronti del coinvolgimento dei	Questo studio ha dimostrato che un'informazione ben pianificata può influenzare l'atteggiamento degli infermieri riguardo al coinvolgimento dei pazienti nei processi di passaggio di consegne infermieristico

	educational implementation				Australiano		pazienti nel passaggio di consegne. L'impegno terapeutico è migliorato in seguito all'allenamento e la cattiva comunicazione è stata ridotta	
M. Accordini, E. Saita, F. Irtelli, M. Buratti, G. Savuto	Stories of change: analysis of handovers in an Italian psychiatric residential care home	2017 Italia	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	Studio qualitativo	Sono stati considerati 1392 passaggi di consegne di pazienti (quantità non nota) di una casa di cura psichiatrica per l'analisi	Analisi del testo emozionale (ETA) per analizzare i passaggi di consegne degli operatori di salute mentale (MHW) dal 1990 al 2011	L'analisi ha generato 4 gruppi e 3 fattori principali che illustrano il cambiamento nelle rappresentazioni degli MHW della casa di cura e dei suoi ospiti. I fattori hanno mostrato: il passaggio da una visione individualistica incentrata sui problemi a un approccio inclusivo e basato sulla comunità; la presenza di un linguaggio descrittivo oltre che	Si documentano i seguenti cambiamenti: un passaggio da un approccio basato sui sintomi a uno orientato al recupero; una modifica dei valori MHW verso una visione olistica del paziente; una crescente importanza assegnata alla responsabilità, all'integrazione dei servizi e al lavoro di squadra. I passaggi di consegne possono essere utilizzati diacronicamente per documentare il cambiamento organizzativo

							specializzato e la presenza di una doppia attenzione: pazienti e professionisti	
R. Millar, N. Sands	“He did what? Well, that wasn’t handed over!” Communicating risk in mental health	2013 Melbourne , Australia	Journal of Psychiatric and Mental health nursing	Studio osservazionale	Analisi di 500 passaggi di consegne di 25 pazienti in fase acuta in una unità ospedaliera per la salute mentale	Un disegno esplorativo e descrittivo che ha coinvolto osservazioni di 500 occasioni di passaggio di consegne infermieristiche sono state utilizzate per raggiungere gli obiettivi della ricerca. Questo studio utilizza uno strumento di audit clinico di 14 elementi derivato dai	È stato osservato che pochi elementi di informazione sui rischi venivano comunicati con qualsiasi metodo. La pratica di comunicazione del rischio era incoerente e una raccomandazione chiave dello studio è l’uso di strumenti di consegna standardizzati che assicurano che le informazioni sul rischio siano adeguatamente riportate	È probabile che qualsiasi modifica alla pratica corrente che mira a migliorare la comunicazione delle informazioni sui rischi sia vantaggiosa sia per i pazienti che per il personale. Un cambiamento a livello di sistema potrebbe fornire un servizio con un grande vantaggio ed efficacia in termini di costi, non solo migliorando la comunicazione tra turni infermieristici ma anche tra servizi e discipline, creando una disponibilità di servizi più fluida (sistemi di registrazione, reporting elettronici)

						principi di consegna delineati dall'OMS		
A. Waters, N. Sands, S. Keppich-Arnold, K. Henderson	Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit	2015 Australia	Journal of Psychiatric and Mental health nursing	Studio osservazionale	Sono state intraprese 19 osservazioni strutturate del passaggio di consegne da CATT (team di valutazione e trattamento delle crisi) a IPU (unità psichiatrica ospedaliera)	Le osservazioni del passaggio di consegna sono state effettuate su una IPU, che comprendeva 22 letti. Lo studio ha coinvolto le osservazioni del personale dell'IPU e del CATT. Quest'ultimo è composto da personale infermieristico, medico e sanitario che fornisce una	Le informazioni cliniche, compresa la storia psichiatrica e lo stato mentale, sono state consegnate in modo coerente; tuttavia, le informazioni sulle preferenze degli utenti sono state riportate in modo meno coerente	Il presente studio ha rilevato che né il personale CATT né l'IPU hanno utilizzato strumenti di riferimento strutturato durante la consegna (ISBAR), nonostante le linee guida. Le informazioni cliniche chiave (storia psichiatrica dell'utente, lo stato mentale, ecc) sono state costantemente comunicate al momento della consegna. Nel nuovo paradigma della cura della salute mentale incentrata sul recupero, una potenziale soluzione all'incapacità di segnalare adeguatamente le preferenze degli utenti al momento della

						valutazione psichiatrica basata sulla comunità e un trattamento precoce		consegna potrebbe essere quella di coinvolgere attivamente gli utenti nella consegna.
K. Eivergard, I. Enmarker, O. Hellzén	The Talk About the Psychiatric Patient	2016 Svezia	Issues in Mental Health Nursing	Studio qualitativo e quantitativo	39 pazienti di età compresa tra i 20 e gli 80 anni in 6 diversi reparti psichiatrici degli ospedali svedesi	I dati empirici sono stati raccolti da registrazioni audio delle discussioni del personale sui pazienti durante nove passaggi di consegne verbali e tre turni di reparto	I risultati hanno mostrato che per descrivere l'umore, le caratteristiche e il comportamento dei pazienti, gli infermieri usavano parole e concetti culturalmente comuni legati a tre temi: pazienti buoni, pazienti cattivi e restare o essere dimessi; sei sotto temi: guardare bene, guardare male, pazienti desiderabili, pazienti indesiderabili, proseguire il ricovero,	Poiché, le valutazioni e le decisioni sulle condizioni e le cure dei pazienti utilizzavano il linguaggio quotidiano e non implicavano la partecipazione dei pazienti, le opportunità per i pazienti di partecipare alle proprie cure erano rare

							ed essere dimessi	
E. Van de Velde, A. Van Hecke, N. Van Cleemput, K. Eeckloo, S. Malfait	Nursing handover involving consumers on inpatient mental healthcare units: A qualitative exploration of the consumers' perspective	2021 Belgio	International Journal of Mental Health Nursing	Studio qualitativo e fenomenologico	13 pazienti di un'unità di salute mentale	Interviste semi-strutturate con 13 ospiti che soggiornano in un'unità di salute mentale di un ospedale generale. Sono state utilizzate Checklist, una guida all'intervista in modo che i pazienti potessero sempre fornire il loro contributo	Dalle interviste sono stati generati tre temi: (i) i primi momenti del ricovero in un'unità di salute mentale, (ii) l'infermiere come alleato e (iii) l'informazione reciproca. Secondo i pazienti, la consegna infermieristica che coinvolge i pazienti ha avviato un cambiamento nel rapporto tra pazienti e infermieri	Grazie all'uso della consegna infermieristica che coinvolge i pazienti, essi hanno sperimentato l'opportunità di assumere un maggiore controllo del loro percorso sanitario e hanno assicurato che le informazioni siano corrette e complete

<p>A. Mullen, K. Harman, K. Flanagan, B. O'Brien, S. Isobel</p>	<p>Involving mental health consumers in nursing handover: a qualitative study of nursing views of the practice and its implementation</p>	<p>2020 Australia</p>	<p>International Journal of Mental Health Nursing</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>5 unità di ricovero di salute mentale</p>	<p>Sei focus group sono stati tenuti con il personale infermieristico (n = 22) e sono state condotte undici interviste individuali con i dirigenti infermieristici per esplorare le loro percezioni del passaggio di consegne al letto del paziente e le sue implicazioni per la pratica infermieristica</p>	<p>I risultati evidenziano la complessità degli approcci all'implementazione nei contesti di salute mentale e le difficoltà nell'integrare la pratica orientata al recupero nelle strutture di cura esistenti</p>	<p>Gli infermieri partecipanti hanno espresso forti preoccupazioni circa il coinvolgimento dei pazienti nel passaggio di consegne infermieristiche. Sebbene il coinvolgimento del paziente nell'assistenza sia sempre più indicato, senza la collaborazione degli infermieri nel processo, è improbabile che il coinvolgimento avvenga. Hanno anche evidenziato alcune sfide pratiche e concettuali che richiedono un'attenta considerazione in ogni tentativo di implementazione</p>
-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------------------------	---------------------------	----------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

S. E. Givens, C. Skully, G. Bromley	Psychiatric Inpatient Bedside Handoff: Implementation of a Quality Improvement Project and Nurses' Responses	2016 Midwest (USA)	Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services	Studio qualitativo	Pazienti di età compresa tra i 50 e i 90 anni con diagnosi di depressione, delirio, disturbo bipolare, psicosi e condizioni schizo- affettive freniche	Tre infermieri hanno sostenuto un progetto di 6 mesi per implementare una comunicazione più efficiente e centrata sul paziente, influenzare gli esiti del paziente e valutare le percezioni degli infermieri sulla soddisfazione del paziente	C'è stato un aumento generale della soddisfazione del personale infermieristico per quanto riguarda la durata del tempo trascorso durante il rapporto di scambio di conoscenze, di informazioni e l'attuale metodo di segnalazione	Questo progetto di miglioramento della qualità condotto dagli infermieri ha contribuito a mettere in luce le barriere percepite per l'implementazione del passaggio di consegne al letto del paziente e i cambiamenti nelle percezioni degli infermieri nel tempo
----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	------------------------------------------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>A. Papageorgiou, Y. K. Loke, M. Fromage</p>	<p>Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness</p>	<p>2017 Regno Unito</p>	<p>Cochrane Database Systematic Reviews</p>	<p>Revisione di letteratura</p>	<p>Incluso 1 studio. 21 professionisti e 97 pazienti sono entrati nello studio di una clinica psichiatrica ambulatorial e universitaria</p>	<p>Ricerca nel Cochrane Schizophrenia Trials Register che è compilato da ricerche sistematiche di principali fonti (tra cui AMED, MEDLINE, CINAHL, PubMed, ecc)</p>	<p>La ricerca elettronica ha trovato 5 riferimenti a 5 studi. Abbiamo escluso 4 studi con motivazioni. Solo uno studio randomizzato e controllato ha soddisfatto i criteri di inclusione per la revisione sistematica</p>	<p>L'evidenza disponibile proviene da uno studio pilota randomizzato e controllato, non è abbastanza adeguata per trarre delle conclusioni solide. Ci sono relativamente pochi dati di buona qualità e lo studio è troppo piccolo. Sono necessarie altre ricerche di alta qualità in quest'area</p>
<p>K. K. Myklebust, S. Bjørkly</p>	<p>The quality and quantity of staff-patient interactions as recorded by staff. A registry study of nursing documentation in two inpatient mental health wards</p>	<p>2019 Norvegia</p>	<p>BMC Psychiatry</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Un campione casuale di 3858 passaggi è stato selezionato dalle note di assistenza in 90 diari di pazienti in un'unità</p>	<p>È stata usata la Scala per la valutazione delle interazioni personale-paziente nelle note di assistenza (SEPSI) per valutare i passaggi delle</p>	<p>Solo il 7,6% del numero totale ha descritto le interazioni personale-paziente in modo sufficiente per analizzarle. Il reparto per acuti ha riportato più interazioni tra il personale e il paziente</p>	<p>I risultati presentano una visione unica della qualità e della quantità della documentazione infermieristica per la salute mentale. Questo è il primo studio che misura la documentazione infermieristica con il SEPSI, quindi sono necessari altri studi per convalidare i risultati</p>

					psichiatrica per acuti e in un centro psichiatrico distrettuale aperto (DPC)	note di assistenza		trovati. Una potenziale implicazione clinica di questa ricerca è lo sviluppo di una scala che il personale dei reparti psichiatrici può avere per valutare la qualità della loro pratica di segnalazione con enfasi sulle interazioni personale-paziente
--	--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Allegato 2

<p>Consegna con SBAR</p> <p>Situazione identificare l'attuale problema/rischio</p>	<p>Situazione "Cosa sta succedendo in questo momento!"</p>	<p>Nome paziente Anni Allergie Diagnosi, psichiatrica e medica Stato civile e moduli (date di scadenza) Stato della RCP (Rianimazione Cardio Polmonare) Preoccupazione immediata, a discrezione dell'infermiere</p>
<p>Contesto dichiararlo in modo conciso e incentrato sul paziente in modo che riceva le cure e porre gli obiettivi di trattamento del medesimo</p>	<p>Contesto "Cosa è successo"</p>	<p>Motivo del ricovero Rischi (autolesionismo, suicidio, violenza, cadute, assenze senza permesso, infezioni, accensione di un fuoco, uso di sostanze) Bisogni, Piano interprofessionale di cura (IPOC) avviato, piano di sicurezza e comfort Questioni mediche Famiglia, situazione del processo decisionale condiviso (SDM)</p>

<p>Valutazione fornire informazioni su ciò che è successo e non durante il tuo turno</p>	<p>Valutazione “Cosa ho trovato/quale credo che sia il problema”</p>	<p>Valutazione attuale, livello di dolore, esami di laboratorio Comportamento Rischi, cadute Punti di forza/interventi utilizzati e risultati Utilizzo di schede Progressi verso gli obiettivi/IPOC</p>
<p>Raccomandazione informare il personale ricevente su quali compiti devono essere portati avanti/successivi</p>	<p>Raccomandazioni “Cosa vorrei che fosse fatto/suggerimenti”</p>	<p>Ordini di chiarimento, ricezione, follow-up Stato attuale, qualsiasi rischio nuovo/urgente Necessità di sostegno del paziente Approccio con la famiglia Continuazione della cura, trattamento in sospenso, recupero dei farmaci in sospenso</p>

Tratta da Abela-Dimech F, Vuksic O. Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. Archives Psychiatric Nursing. 2018 Oct 1;32(5):729–36

Allegato 3

Situazione “Cosa sta succedendo in questo momento!”	Attualmente in isolamento chiuso a chiave Sotto costante osservazione a causa della crescente escalation nel reparto È passata un’ora dall’inizio della contenzione in isolamento
Contesto “Cosa è successo”	Prima dell’isolamento era: invadente con i suoi compagni, incapace di tollerare il programma del reparto, si pavoneggiava, urlava contro il personale, prendeva a pugni le pareti e lanciava la sedia quando il personale tentava di riorientarla Denominato codice bianco La madre è stata avvisata Piano interprofessionale di cura (IPOC) avviato, comportamento aggressivo/violento e coping inefficace
Valutazione “Cosa ho trovato/quale credo che sia il problema”	Sembra essere continuamente in difficoltà Nega di sentire la voce, anche se il team l’ha osservata urlare quando non è presente nessuno Ha continuato a esprimere pensieri sospetti sui membri del team che la spiavano Ancora sotto osservazione, continua a minacciare il personale, è agitata, irritata ed è consapevole che deve avere il controllo per poter essere sospeso l’isolamento
Raccomandazioni “Cosa vorrei che fosse fatto/suggerimenti”	Valutare la disponibilità a completare il debriefing del paziente Rivedere i criteri comportamentali e gli obiettivi per la sospensione del contenimento Aggiornamento IPOC, documentare gli interventi specifici per l’aggressione e gli interventi di abilità di coping

	<p>Valutare l'esame dello stato mentale prima e durante il periodo di prova della scontenzione</p> <p>Quando viene scontenuta, impegnarsi 1:1 con il team durante il turno serale in giochi da tavolo e altre attività di diminuzione dell'angoscia indicate nel suo piano di sicurezza e comfort</p> <p>Quando viene sospesa la contenzione, informare la madre del cambiamento</p> <p>Valutazione completa del rischio di suicidio</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tratta da Abela-Dimech F, Vuksic O. Improving the practice of handover for psychiatric inpatient nursing staff. Archives Psychiatric Nursing. 2018 Oct 1;32(5):729–36

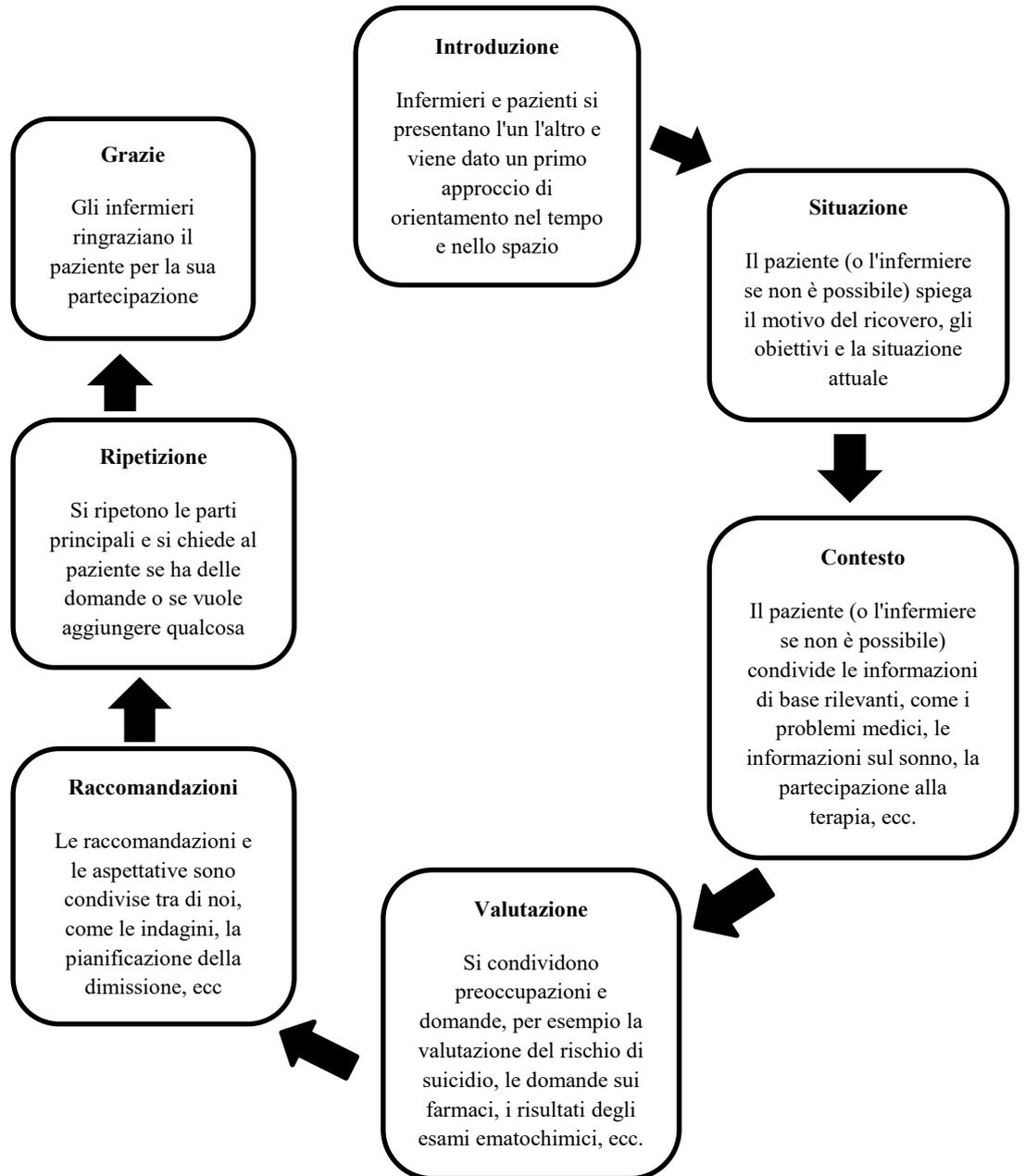
Allegato 4

Linee guida per l'handover clinico, unità di degenza di salute mentale		
<p>Istruzione del leader. Ogni handover dovrebbe avere un leader assegnato. Il ruolo principale è quello di mantenere l'attenzione sullo scopo e sull'efficienza del processo, usando il contenuto qui sotto come guida. Gli argomenti che esulano da questo dovrebbero essere limitati alla discussione durante il passaggio delle consegne e rinviati ad altre riunioni organizzative come la sorveglianza medica, le riunioni di valutazione medica o altre riunioni di gestione, a seconda dei casi. Il leader deve anche assicurarsi che l'ambiente sia favorevole a un passaggio di consegne efficace, cioè privato e privo di distrazioni, e che le risorse pertinenti siano presenti. Per esempio, cartelle dei pazienti, fogli di riepilogo, tabelle di percorso elettroniche, ecc. come usato da ogni unità.</p>		
Struttura: ISBAR	Elemento di consegna del contenuto (minimo)	
Introduzione	Introduzione. Nome del paziente e dettagli rilevanti per l'identificazione	Comune a tutte le forme di consegna infermieristica (età, sesso, numero di stanza)
Situazione		
Contesto	Stato clinico	Include la storia clinica rilevante, la diagnosi attuale e l'esame dello stato mentale
	Riassunto degli interventi infermieristici chiave	Include interventi completati e raccomandati
Valutazione	Livello di rischio e strategie di gestione	I livelli di rischio (es. zona di assistenza) sono utili solo se qualificati e includono strategie di gestione
	Interazioni sociali	Osservazioni e cambiamenti?

	Richieste dei pazienti/caregiver	Es. dieta, attività/programmi, visite. Qualche risultato di follow-up?
	Modifiche al piano di trattamento	Es. ha esaminato i risultati delle indagini per il follow-up; cambiamenti nei farmaci; cambiamenti nella pianificazione della dimissione
Raccomandazioni	Istruzioni per la cura	-stato civile -stato di permesso -livello di osservazione/cura

Tratto da Cowan D, Brunero S, Luo X, Bilton D, Lamont S. Developing a guideline for structured content and process in mental health nursing handover. *International Journal Mental Health Nursing*. 2018 Feb 1;27(1):429–39.

Allegato 5



Tratto da Van de Velde E, Van Hecke A, Van Cleemput N, Eeckloo K, Malfait S. Nursing handover involving consumers on inpatient mental healthcare units: A qualitative exploration of the consumers' perspective. *International Journal Mental Health Nursing*. 2021 Dec 1;30(6):1713–25