



Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**“Analisi delle modalità più efficaci di passaggio delle
informazioni durante la consegna infermieristica, al fine di
garantire la continuità assistenziale”**

Relatore:
Prof.ssa a c. Elsa Labelli

Laureanda:
Sara Cicuto
matricola n. 1051254

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	pag. 1
---------------------	--------

CAPITOLO I : *PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA*

1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	pag. 3
1.2 – Lo scopo/obiettivi dello studio	pag. 3
1.3 – Quesiti di ricerca	pag. 3

CAPITOLO II : *TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO*

2.1 - Revisione della letteratura	pag. 5
2.1.1 La consegna di tipo orale	pag. 7
2.1.2 La consegna scritta	pag. 9
2.1.3 La electronic handover	pag. 12
2.1.4 La bedside handover	pag. 14

CAPITOLO III : *MATERIALI E METODI*

3.1 - Criteri di selezione degli studi	pag. 17
3.2 - Strategia di ricerca per individuare gli studi	pag. 18
3.3 - Selezione degli studi	pag. 19
3.4 - Descrizione degli studi inclusi nella revisione	pag. 19
3.5 - Descrizione degli studi esclusi nella revisione	pag. 22

CAPITOLO IV : *RISULTATI*

4.1 – Qualità metodologica degli studi	pag. 25
4.2 – Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti	pag. 25
4.2.1 Completezza nella trasmissione delle informazioni	pag. 25

4.2.2 Continuità assistenziale	pag. 26
4.2.3 Qualità dei dati trasmessi	pag. 26
4.2.4 Stress-ansia del paziente e professionista sanitario	pag. 27
4.2.5 Fiducia e trasparenza tra infermiere-assistito	pag. 27
4.2.6 Tempi di lavoro	pag. 28
4.2.7 Rischio di errore nella trasmissione delle informazioni	pag. 28

CAPITOLO V : *DISCUSSIONE*

5.1 – Discussione	pag. 31
5.2 - Limiti dello studio	pag. 35
5.3 – Raccomandazioni	pag. 36

CAPITOLO VI : *CONCLUSIONI*

6.1 – Implicazioni per la pratica	pag. 37
6.2 - Implicazioni per la ricerca	pag. 38

CAPITOLO VII: *POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE*

7.1 – Potenziali conflitti di interesse	pag. 38
---	---------

CAPITOLO VIII: *APPENDICE*

8.1 – Caratteristiche degli studi inclusi	pag. 39
8.2 – Caratteristiche degli studi esclusi	pag. 43

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ABSTRACT

PROBLEMA: La “consegna infermieristica” consiste nel passaggio di informazioni e nel trasferimento delle responsabilità relative al paziente da un turno di lavoro all’altro, da un infermiere all’altro. Numerosi studi dimostrano che questo momento finalizzato a garantire la continuità assistenziale, è molto delicato ed a rischio di errore. Infatti, talvolta si possono verificare riospedalizzazioni, ripetizione di procedure diagnostiche o trattamenti inadeguati. Nonostante l’importanza di questa fase, non si è giunti a trovare un accordo comune su come poter svolgere tale attività, infatti esistono vari tipi di consegna (consegna verbale, consegna scritta, consegna informatizzata (electronic handover) e la bedside handover).

SCOPO: Con l’elaborazione della tesi si intende identificare quale tra i vari tipi di consegna infermieristica riportati in letteratura sia il migliore per garantire la continuità assistenziale al paziente e ridurre il rischio di errore.

CAMPIONE: infermieri, medici, ostetriche, pazienti e famigliari di UU.OO. ospedaliere di base.

METODI E STRUMENTI: sono state consultate le banche dati Pubmed, Scopus, Cihnal e Google Scholar. Si è provveduto a ricercare articoli che trattassero esplicitamente delle varie modalità di consegna, con relative limitazioni e/o potenzialità. Ci si è focalizzati nell’analisi di studi il cui elemento centrale fosse il trasferimento delle informazioni presso UU.OO. ospedaliere di base, tralasciando quelli che trattavano l’argomento in ambito più specialistico, come nell’area critica o nella salute mentale, oltre che nell’ambito pediatrico. Non sono stati presi in considerazione quelli che analizzavano l’utilizzo per il trasferimento delle informazioni delle tecniche mnemoniche come ad esempio la SBAR.

RISULTATI: per la revisione sono stati utilizzati n. 14 articoli. La maggior parte di questi tratta i sistemi per la trasmissione delle informazioni singolarmente, mentre alcuni ne analizzano le caratteristiche a due a due.

DISCUSSIONE: la consegna scritta utilizzata singolarmente risulta a maggior rischio di errore in quanto è un sistema limitante, che non permette chiarificazioni e la electronic handover presenta le stesse controindicazioni in questo senso. Anche la consegna orale è rischiosa, in quanto spesso non vi sono condizioni che ne regolano l’andamento. Spesso, la consegna orale tradizionale viene preferita dagli infermieri, utilizzando quella scritta per dirigere la comunicazione.

Due sistemi che permettono il risparmio di tempo sono la bedside handover e la consegna informatizzata, anche se spesso manca il tempo materiale per poter completare la electronic handover.

Emerge un’importante apprezzamento per la bedside handover, sia per il risparmio di tempo che comporta, sia per la maggior sicurezza dei dati trasmessi, per la riduzione degli eventi avversi e per la possibilità di far intervenire il paziente nel trasferimento delle informazioni che lo riguardano. In questo modo si viene a creare un miglior rapporto di fiducia tra infermiere e assistito. Le controindicazioni che presenta riguardano la problematica relativa alla privacy e per questo la frammentazione del processo in due fasi, una nello studio degli infermieri e una a letto del paziente. Con questo sistema, inoltre, si ha un minor numero di interruzioni.

CONCLUSIONI: la modalità maggiormente consigliata per i vantaggi posseduti, in base ai quesiti di ricerca proposti per la stesura della tesi, è la bedside handover. Questa, permette di ridurre i tempi di consegna, aumentare la trasparenza e la fiducia tra infermiere e assistito, riduce il rischio di errore limitando le interruzioni. Inoltre, il paziente, in questo modo diviene membro attivo del processo assistenziale. Nonostante ciò, la bedside handover non è un sistema perfetto, ma possiede un minor numero di controindicazioni in confronto agli altri metodi.

Key words: verbal handover, oral handover, written handover, bedside handover, electronic handover, handoff, shift , continuity of care

Parole chiave: consegna orale, consegna scritta, consegna a letto del paziente, consegna informatizzata, consegna, turno, continuità assistenziale

INTRODUZIONE

Nel corso delle varie esperienze di tirocinio mi sono trovata di fronte a varie modalità di trasmissione delle informazioni cliniche riguardanti gli assistiti, comunemente chiamate “*consegne infermieristiche*”. Tali modalità potevano contemplare la forma scritta o orale, essere effettuate presso il domicilio dell’assistito quando in carico all’Assistenza Domiciliare Integrata, oppure a letto del paziente nelle UU.OO. ospedaliere, o in modo isolato negli studi infermieristici, venivano redatte in forma cartacea, oppure in forma informatica.

Questo aspetto mi ha incuriosito per tutta la durata del tirocinio e mi sono chiesta se esistesse una modalità di trasmissione delle informazioni che potesse essere utilizzata in modo ottimale, a beneficio degli assistiti e degli infermieri in tutte le Unità Operative.

Partendo dal presupposto che questo elaborato si focalizzerà principalmente sull’assistenza in ambito ospedaliero, in modo particolare nelle Unità Operative di degenza, quello in questione è un argomento molto importante in tutti gli ambiti assistenziali, medici, chirurgici, di salute mentale o dell’area critica; dato che è una fase del processo assistenziale che tutti gli infermieri si trovano ad affrontare nel corso di ogni turno di lavoro. È un momento che merita attenzione, sia per la sicurezza dell’assistito, sia per le implicazioni medico legali che comporta.

In molti articoli è dimostrato che, se tale attività viene eseguita in modo scorretto o incompleto, può comportare un rischio notevole per la salute del paziente, oltre che un aumento dei costi sanitari. (Hannaford N, Mandel C et. Al, 2013)

Mi ha stupito come un’attività così apparentemente semplice possa risultare talmente rischiosa e possa addirittura comportare dei danni al paziente.

Nell’assistenza infermieristica, l’elemento fondamentale che guida la pratica clinica è il “processo di assistenza infermieristica” o “processo di nursing”. È un metodo costituito da una sequenza di fasi organizzate finalizzate al problem-solving. Vi sono diverse interpretazioni di tale metodo, in quanto vari autori lo hanno definito in molti modi, ma quella maggiormente condivisa è quella dell’American Nursing Association, introdotta nel 1991 negli “Standard of Clinical Nursing Practise”. Tale metodo prevede sei fasi: accertamento, che si riferisce alla stima dello stato di salute della persona, diagnosi, ossia l’atto clinico che ha lo scopo di identificare i problemi dell’assistito e di fornirne una

definizione professionalmente accettata, identificazione dei risultati, pianificazione degli interventi, che consiste nella definizione degli obiettivi per l'assistito, i criteri di risultato e gli interventi infermieristici da mettere in atto. Vi è poi l'attuazione del piano assistenziale e la valutazione degli outcome ottenuti. Una delle abilità richieste agli infermieri per poter mettere in atto tale processo è quella di collaborare con i colleghi, di confrontarsi con loro, come durante le consegne, in modo tale da poter analizzare l'andamento del piano di assistenza. (Craven, Hirnle, 2011)

A causa dell'aumentata frammentazione dell'assistenza sanitaria venuta a verificarsi nel corso degli anni si è giunti ad un incremento nella necessità di mettere in atto le consegne, al fine di colmare le possibili fratture che si andrebbero a verificare. (Greenstein, E.A. 2013)

Ciò che contraddistingue la consegna dalle altre modalità di trasmissione delle informazioni consiste nel passaggio della responsabilità del paziente da un professionista sanitario all'altro, in concomitanza dei dati ad esso relativi. (Cohen, M.D. 2010)

Per questo motivo, è necessario che le informazioni vengano trasferite in modo completo da un operatore all'altro, così che tutti gli infermieri possano collaborare efficacemente nel processo di nursing, garantendo la continuità assistenziale al malato.

Sono questi aspetti che hanno stimolato la mia curiosità nel ricercare nelle fonti bibliografiche se esiste una modalità più efficace, veloce e vantaggiosa, rispetto ad altre, di trasmettere le informazioni sul malato e rendere il lavoro sicuro.

CAPITOLO I: PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 – Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

La Joint Commission si è preoccupata notevolmente della problematica relativa al “passaggio di consegna” tra gli operatori sanitari.

La suddetta organizzazione così definisce il processo di consegna: “*trasferimento e accettazione della responsabilità della cura del paziente raggiunta attraverso una comunicazione efficace. È un processo di passaggio delle informazioni specifiche da un caregiver ad un altro, o da un gruppo di caregiver a un altro, con lo scopo di garantire la continuità e la sicurezza nella cura del paziente*”. (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2006).

Nell’articolo “*Communication During Patient Hand-Overs*” del 2006 ha evidenziato che una consegna inefficace può comportare un prolungamento del ricovero ospedaliero, ritardi nel trattamento, eventi avversi, aumento dei costi, trattamenti inadeguati, riammissioni evitabili e danni veri e propri ai pazienti. Lo studio di Witherington del 2008, a tal proposito, ha evidenziato che a causa della scarsa comunicazione tra gli operatori al momento della dimissione dei pazienti, il 54% di essi è rientrato in ospedale dopo una media di 28 giorni. Tale dato è allarmante e dimostra, come affermato precedentemente, che il momento della trasmissione delle informazioni sul malato è fondamentale per garantire il ripristino della salute del paziente.

1.2 – Lo scopo/obiettivi dello studio

Lo scopo della tesi è quello di valutare quali tra le modalità di trasmissione delle informazioni di interesse infermieristico, pubblicate in letteratura, siano le migliori per garantire la continuità assistenziale del paziente, riconoscendone i limiti ed i vantaggi nella loro applicazione.

1.3 – Quesiti di ricerca

L’elaborato di tesi, intende determinare quale delle modalità di trasmissione dei dati tra gli infermieri, tra bedside handover, electronic handover, consegna tradizionale o orale e consegna scritta:

- permetta una più completa trasmissione delle informazioni;

- sia migliore per garantire una continuità assistenziale;
- possa aumentare la qualità dei dati trasmessi;
- possa contribuire alla riduzione dello stress-ansia del paziente e del professionista sanitario (infermiere)
- possa contribuire ad aumentare la fiducia e la trasparenza tra infermiere-assistito;
- permetta un'ottimizzazione dei tempi di lavoro;
- sia a minor rischio di errore/omissione nella trasmissione delle informazioni.

CAPITOLO II: TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 - Revisione della letteratura

La continuità nel possesso di informazioni è essenziale per ridurre il rischio clinico e mantenere alti livelli di sicurezza per i pazienti. (Ryan,S. 2011).

Durante la trasmissione delle informazioni non sempre tutti i membri dello staff partecipano attivamente e molto spesso si verificano delle interruzioni. Interruzioni che possono consistere in allarmi dei monitor, campanelli di chiamata, familiari o membri dell'èquipe che chiedono informazioni. A causa di questi “*fattori disturbanti*” possono verificarsi degli errori o la perdita di dati importanti.

La Joint Commission ha identificato l'incremento della sicurezza durante le consegne come un “*National Patient Safety Goal*” nel 2006, che si può raggiungere mediante una standardizzazione del passaggio di informazioni.

In un'era in cui l'assistenza sanitaria dipende prevalentemente dalle informazioni che vengono trasmesse da un professionista all'altro, l'importanza della consegna sta crescendo. Il fine è quello di creare un “*continuity bridge*”, un ponte che garantisca la continuità assistenziale in un momento vulnerabile, quale la malattia. (Wohlauer,M. 2012)
Talvolta la consegna viene svolta come un “rituale”, che prevede che ogni unità operativa abbia modalità diverse, diversi codici e comportamenti. (Staggers,N. 2013)

Per aiutare gli infermieri durante la trasmissione dei dati, è possibile l'utilizzo di diverse tipologie di sistemi mnemonici. Spesso si parla della SBAR (Situation, background, assessment, recommendations), per favorire un riordino delle informazioni trasmesse.

In virtù del fatto che l'infermiere è il “*responsabile dell'assistenza generale infermieristica*” come sancito dall'art. 1 del DM n. 739/1994, “Profilo Professionale dell'infermiere”, è essenziale che sia in possesso di tutte le informazioni e conoscenze che gli consentano di svolgere tale attività, in quanto, come “**responsabile**” non è più mero esecutore di compiti, come ai tempi del “*Mansionario*”, ma risulta parte integrante del processo assistenziale. Tenendo in considerazione questi principi, in relazione al passaggio delle informazioni, vi sono degli elementi del Profilo professionale presenti nell'art.3 che meritano attenzione, infatti cita: “*l'infermiere*:

a) *Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona [omissis...];*

- b) *Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona [omissis...] e formula i relativi obbiettivi;*
- c) *Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;*
- d) *Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche;*
- e) *Agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali [omissis...]*”

È evidente che per seguire quanto sopraccitato, è necessario essere in possesso di informazioni complete riguardo il paziente, che vengono fornite in modo particolare con il “passaggio di consegna”, che deve essere svolta in maniera ottimale. Oltre alla responsabilità clinica vista da un punto di vista giuridico, va tenuta in considerazione anche la responsabilità etico deontologica e disciplinare dell’infermiere per quanto riguarda quest’ambito, infatti, alcuni articoli del Codice Deontologico dell’infermiere del 2009 rimandano all’importanza della trasmissione delle informazioni. Secondo l’articolo 27, “*l’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi*”. La continuità assistenziale è un elemento fondamentale del rapporto tra paziente e coloro che forniscono cure e assistenza. Dato che il paziente, durante il ricovero si trova di fronte a varie figure professionali, ognuna delle quali entra a far parte del processo terapeutico-assistenziale, è essenziale che vi sia un interscambio completo di informazioni tra i vari membri dell’èquipe sanitaria, in modo tale che venga garantita la continuità assistenziale e la sicurezza per colui che riceve assistenza, che deve rimanere il focus di tutto il processo. Vi è la necessità, dunque, che i vari operatori collaborino efficacemente nella realizzazione delle varie attività, creando un unico corpus professionale con la finalità di integrare le attività e i risultati dei vari interventi per garantire il miglioramento o una stabilizzazione delle condizioni del paziente.

Sempre in relazione a quanto appena affermato, anche l’articolo 22 fa riferimento, anche se non esplicitamente, all’importanza della consegna infermieristica, in quanto è uno dei momenti principali in cui il professionista ottiene e trasmette i dati e le informazioni riguardanti il processo terapeutico. Così cita: “*L’infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l’assistito*”.

Come professionista sanitario, l'infermiere si fa garante della privacy degli assistiti, come sancito dagli articoli 26 e 28 del codice deontologico. L'articolo 26 afferma che l'infermiere tutela la riservatezza dei dati relativi all'assistito e si limita a trasmettere quelli necessari all'assistenza, mentre l'articolo 28 dice che l'infermiere deve garantire il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione, che regola il suo agire sanitario.

In merito a queste premesse è fondamentale conoscere quali tipi di consegna si trovano in letteratura e valutarne le singole peculiarità. Di seguito saranno presentate le diverse tipologie di consegna che nonostante siano argomento di vivace dibattito, al giorno d'oggi non hanno ancora permesso di raggiungere una modalità standard per la trasmissione dei dati. Infatti, vi sono varie modalità per poter svolgere tale processo, quali:

- la consegna di tipo tradizionale, ossia quella che avviene lontana dal paziente, solitamente nello studio degli infermieri, mediante un debriefing in cui vengono trasmesse le informazioni ritenute più importanti, permettendo di avviare un confronto sulla situazione del paziente;
- la consegna scritta, con la quale gli operatori sanitari iniziano il turno leggendo i documenti su cui vengono registrate le informazioni dei pazienti, ossia cartelle mediche, infermieristiche, piani di assistenza, ecc.
- la electronic Handover, che consiste in una tipologia di consegna registrata su di un foglio elettronico, può essere sia libera, quindi l'operatore registra le informazioni ritenute da lui più importanti, oppure strutturata, con dei campi prestabiliti da completare in maniera rigorosa;
- la consegna al letto del paziente, anche detta Bedside Handover, che prevede che la trasmissione dei dati avvenga di fronte al paziente, permettendo, anche un'interazione con lo stesso.

2.1.1 – La consegna di tipo tradizionale, o orale

La comunicazione verbale nel passaggio di consegna, ha lo scopo di creare un ambiente sicuro per l'assistito e l'erogazione delle sue cure, permettendo il trasferimento delle informazioni riguardanti le attuali condizioni del paziente e gli eventuali cambiamenti nello stato di salute. (Craven, Hirnle, 2011)

Tipicamente le informazioni che gli infermieri forniscono non riguardano la diagnosi o la storia clinica, ma gli eventi rilevanti relativi all'assistenza al paziente. L'attenzione si focalizza sugli aspetti che si modificano durante il turno o sugli avvenimenti che vengono a verificarsi, come ad esempio episodi di vomito o febbre oppure la necessità di monitorare i liquidi assunti dall'assistito. Ogni professionista ha diverse metodologie per riassumere le informazioni; può esserci il sistema che prevede che vengano fornite delle informazioni generali, tralasciando i dati clinici effettivi, come il valore della temperatura; oppure vengono forniti dei giudizi clinici come *“il paziente sta bene”*, oppure *“nulla da dire”*. In ogni caso questo tipo di consegna prevede una comunicazione *“a doppia via”*, in cui l'infermiere che ha finito il turno fornisce le informazioni e chi lo inizia pone domande. Spesso si nota che il momento della consegna viene considerato un momento informale e ciarliero, ma ad ogni modo consiste in un'occasione per poter confrontare le idee e discutere sull'assistenza fornita nelle ore precedenti e individuare eventuali errori nel processo assistenziale. (Randell, R. 2011).

La consegna verbale comprende il passaggio di informazioni usando diverse modalità che consistono nell'utilizzo di documenti informali o formali come le cartelle cliniche e l'utilizzo di sistemi paraverbali come l'intonazione, eventuali esitazioni, ecc. oppure il comportamento non verbale, quindi postura, orientamento corporeo, gesti, espressione facciale, ecc.. È stato studiato, in modo particolare, in che modo il comportamento non verbale vada ad influenzare l'efficacia del passaggio di consegna e ne sono state individuate quattro tipologie. Vi è il *“joint focus of attention”* che prevede che il professionista in entrata e quello in uscita condividano lo stesso focus d'attenzione, che può essere lo schermo di un computer, oppure la documentazione clinica. Vi è una maggior chiarezza e una comunicazione di maggior qualità se si utilizza questo sistema.

“The poker hand”, invece, prevede che il professionista in uscita utilizzi un documento per aiutarsi nella trasmissione orale delle informazioni, senza farlo consultare contemporaneamente al professionista in entrata, così come si fa con le carte da gioco. In questo modo aumenta il rischio di errore, in quanto non vi è la possibilità di effettuare un doppio controllo su ciò che viene descritto e su ciò che viene trascritto.

Vi è poi la *“parallel play”*, che consiste nella trasmissione di informazioni tra due soggetti che si trovano nello stesso spazio fisico, ma le attività che stanno mettendo in atto non condividono lo stesso focus di attenzione. Vi è quindi un maggior rischio di errore, in

quanto i soggetti svolgono due attività diverse nello stesso momento, dunque è possibile che alcune informazioni vengano perdute.

Infine vi è la “*kerbside consultation*”, in cui un professionista, solitamente colui che ha terminato il turno, sta in piedi, mentre l’altro è seduto accanto a lui. Spesso in questo modo vengono date consegne frettolose, senza la possibilità di porre domande di chiarimento. Il rischio, utilizzando questo modello è che delle informazioni importanti non vengano trasmesse e vengano perse. (Frankel, Richard M. 2012)

2.1.2 – La consegna scritta

Quando viene utilizzata la modalità scritta per la registrazione e il trasferimento delle informazioni, è importante tenere a mente che ogni singolo dato è essenziale per poter garantire che si crei un’immagine realistica del paziente, del suo stato di salute e delle prestazioni che gli sono state fornite. Se i dati registrati sono incompleti, si rischia di compromettere l’assistenza che il paziente ha diritto di ricevere, comportando dei rischi per la sua salute. (Craven, .Hirnle, 2011)

Per poter far sì che all’assistenza al paziente sia garantita una maggiore sicurezza è necessario che ogni attività sia documentata in Cartella Clinica, in quanto vi è l’obbligo per il professionista sanitario di registrare qualsiasi prestazione fornita all’assistito.

Il Ministero della Sanità nel 1992 così la definisce: “*Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero.*”

La legge regionale del Veneto del 14 Dicembre 2007 n.34, nell’art.2 definisce le funzioni insite nella documentazione clinica, quali:

- a) *documentare l’attività svolta in regime di ricovero ordinario, ambulatoriale, di pronto soccorso, di servizio di urgenza ed emergenza medica (SUEM) e di distretto;*
- b) *fornire una base informativa per le scelte assistenziali;*
- c) *identificare e consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte;*
- d) *garantire la continuità dell’assistenza;*
- e) *consentire l’integrazione di competenze polifunzionali;*
- f) *costruire la base informativa per la revisione degli atti, la valutazione delle modalità operative e la valutazione dell’attività svolta e della qualità dell’assistenza;*
- g) *tutelare gli interessi legali delle parti interessate.*

Una rilevanza particolare per quanto riguarda la consegna infermieristica la hanno i punti b, d, e, in quanto rinforzano l'idea che tale strumento sia fondamentale per trasmettere in modo ottimale le informazioni, sfruttandola come *“base informativa”*.

Nella gestione della cartella clinica, l'infermiere, come il medico, oltre a garantire il passaggio e trasmissione delle informazioni, deve tener conto di quanto prevede il Codice civile e il Codice Penale, infatti può andare incontro a due tipologie di reati: il falso materiale (476 c.p.) e il falso ideologico (art. 479 c.p.)

Il primo recita: *“Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.”*

L'articolo 479, invece dice: *“Il pubblico ufficiale, che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476”*.

Si tratta, quindi di un'attività molto delicata e a cui prestare attenzione, da eseguire in modo preciso, sia per un'importanza clinica per il bene dell'assistito, che legale.

Nella gestione della documentazione sanitaria, si può andare incontro anche all' *“rifiuto di atti d'ufficio o omissione”* Legge 328 del c.p. che così dice: *“il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni”*. Ciò per quanto concerne quest'ambito, si riferisce alla necessità di registrare accuratamente le attività svolte durante l'assistenza sanitaria, per permetterne la rintracciabilità e garantire la sicurezza del paziente, evitando l'insorgenza di errori.

Dato che con la sentenza del 1983 della Corte di Cassazione, *“la cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il primario, adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti rilevanti. Attesa la sua funzione di diario, i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi [...]”* è essenziale che il responsabile dell'assistenza sanitaria provveda alla registrazione di ogni attività erogata al

paziente in modo tale da permettere un aggiornamento delle conoscenze relative al processo assistenziale da parte di tutti gli operatori sanitari. In virtù del fatto che la cartella clinica è un “*atto pubblico fino a querela di falso*”, quindi assume rilevanza giuridica, nel caso in cui vi siano errori o omissioni nella compilazione di un documento così importante, il codice civile nell’art. 2043 regola l’obbligo di risarcire il danno per qualsiasi atto doloso o colposo che produca ad altri un danno ingiusto.

Gli operatori sanitari, nella registrazione dei dati, devono seguire alcuni principi: (Craven, Hirnle, 2011)

1. accuratezza, che prevede che i professionisti annotino solo quello a cui si sono trovati di fronte in prima persona;
2. completezza, quindi devono essere registrati tutti i dati necessari per garantire il processo assistenziale;
3. sinteticità, in quanto dati non necessari possono confondere gli argomenti maggiormente importanti. Sono permesse abbreviazioni, a patto che siano condivise da tutta l’*équipe* assistenziale;
4. oggettività, vanno registrati i dati in maniera tale che non siano interpretabili personalmente;
5. organizzazione, che prevede che venga garantito un filo logico nella registrazione delle informazioni;
6. tempestività, indicando l’ora di quando è avvenuta la documentazione, prevedendo che la registrazione avvenga il più velocemente possibile, evitando perdite di tempo;
7. leggibilità, essenziale per ridurre il rischio di errore, in modo particolare per quanto riguarda le annotazioni numeriche.

Tipicamente la consegna scritta viene attuata separatamente dai pazienti, cioè non in loro presenza, come quella orale. Utilizzando dei documenti scritti, quindi, vengono registrati i dati relativi all’assistenza fornita durante il turno che vengono consultati dall’infermiere in entrata. Questo tipo di consegna non permette di chiedere chiarimenti o fornire spiegazioni, inoltre le persone leggono a ritmi diversi, possiedono diverse modalità di scrittura, più o meno leggibili e alcuni dati salienti possono essere omessi. (Scovell, S. 2010)

Per quanto riguarda la modalità con cui la consegna viene documentata, nello studio di Jefferies et al. del 2012, emerge che gli infermieri tendono a fornire una vera e propria descrizione delle condizioni e dell’assistenza del paziente. Tali descrizioni provengono

dall'osservazione del paziente e le cure a lui fornite. Gli infermieri che leggono queste informazioni possono attingere alle loro conoscenze cliniche e prendere delle decisioni in merito all'assistenza da fornire durante il turno. Questo sistema è utile anche per identificare eventuali cambiamenti nello stato di salute del paziente. Infatti, se si procede alla documentazione di ciò che avviene nella pratica clinica, si può mettere in atto un confronto dei dati registrati e identificare se vi sia un miglioramento o un peggioramento delle condizioni cliniche del paziente.

2.1.3 – La electronic handover

Con l'avvento della tecnologia informatica, molte organizzazioni si stanno attivando per portare la registrazione delle informazioni in formato elettronico. Esistono vari studi che si sono occupati di creare dei database per poter incrementare l'efficacia della consegna di tipo elettronico, che ha varie sfaccettature. Può essere rappresentata da un foglio elettronico in cui l'infermiere registra i dati del paziente, oppure da un documento in cui viene trascritta parola per parola ciò che viene detto durante la consegna. In pratica, la modalità descritta prevede che l'infermiere che inizia il turno ottenga autonomamente le informazioni a lui necessarie.

Lo scopo della electronic handover, come sostiene Meum nel suo studio del 2011, è quello di risparmiare tempo durante la consegna, per permettere una riflessione nel caso in cui determinati pazienti presentino particolari condizioni che necessitano attenzione.

Questo tipo di strumento informativo può anche essere sfruttato durante i debriefing periodici che vengono attuati dal personale sanitario, ad esempio per parlare di un nuovo paziente, oppure di particolari problematiche assistenziali.

Ryan, nel suo studio del 2011 individua che per il passaggio delle informazioni si sfrutta un sistema di e-mail con intranet e ogni medico possiede un profilo account con una password di facile utilizzo. I dati relativi ai pazienti vengono inviati al personale prima che inizi il turno, in modo tale che possa conoscere i pazienti già prima di cominciare a lavorare. In associazione si prevede una consegna verbale all'inizio del turno. Ciò va a supportare l'idea che questo sistema di facile utilizzo, basso costo e efficace nel trasferimento delle informazioni sia ottimale nel raggiungimento dell'obiettivo di garantire la continuità assistenziale. (Ryan, S. 2011)

Uno studio di Khanna et al., è andato a indagare come l'introduzione di WhatsApp possa essere utile nel passaggio di consegna. WhatsApp è uno strumento che permette la trasmissione di messaggi attraverso internet. Prevede un costo annuale di 89 centesimi. I professionisti sanitari in una struttura interdipartimentale ortopedica hanno voluto sfruttare questo sistema per trattare le informazioni riguardanti i pazienti. Tutti i dispositivi in cui era installato WhatsApp sono stati protetti con un antivirus, una password per il telefono e una per l'app. Lo studio dimostra che vi è stata una riduzione della durata delle consegne scritte, da 25 a 14 minuti. Va tenuto presente, però, che questo sistema non deve andare a sostituire l'esame clinico del paziente, ma può essere sfruttato per innalzare il livello della cura degli assistiti. (Khanna,V. 2015)

Un altro sistema che prevede l'utilizzo della electronic handover è quello di sfruttare dei fogli prestampati su cui basare la comunicazione, prevedendo la presenza di un foglio elettronico in cui sono registrate le informazioni. (Johnson,M. 2012)

Sono stati evidenziati alcuni punti a favore dell'utilizzo del electronic handover: (Brebner,J. 2011)

1. maggior tutela dei dati dei pazienti, non vi è il rischio di dimenticare i documenti in luoghi accessibili da persone non appartenenti al personale sanitario;
2. la consegna "*si sposta con il paziente*", quindi se deve cambiare U.O. ospedaliera il paziente viene accompagnato dai dati a lui relativi;
3. evidenzia le responsabilità di coloro che prestano assistenza. Vi è l'archivio in cui viene registrato chi fa che cosa;
4. viene eliminato il problema relativo alla leggibilità delle modalità di scrittura degli operatori.

Può essere computerizzata tutta la cartella clinica di un paziente o solamente una parte e l'accesso può essere permesso in maniera completa o parziale, a seconda delle necessità.

Risulta importante il fatto che le informazioni, utilizzando questo sistema, possono essere accessibili contemporaneamente a più professionisti sanitari che si occupano dell'assistenza di un determinato paziente, mentre con la cartella clinica cartacea tale condizione non è possibile. Inoltre si ha la possibilità di ottenere rapidamente delle informazioni, sfruttando la capacità del computer di ricercarle con specifici comandi. (Craven, Hirnle 2011)

2.1.4 – La bedside handover

La bedside handover è un sistema per trasmettere le informazioni che negli ultimi anni sta prendendo molto piede. Si tratta di una modalità che prevede che il professionista sanitario che ha terminato il turno, si rechi nella stanza di degenza assieme a colui che invece lo inizia e provveda a “*passare consegna*”. In questo modo la trasmissione dei dati avviene in tempo reale, di fronte al paziente, che può intervenire per completarli o dichiarare eventuali problemi o dubbi. (Carlson, 2013)

Molto spesso i pazienti ricoverati in ospedale si ritrovano allettati o con delle limitazioni nel movimento che li costringono a letto o in sedia a rotelle. A causa di ciò, si verifica una diminuzione delle possibilità di comunicare con gli infermieri, di chiarire i propri dubbi o di chiedere informazioni riguardo il processo assistenziale. Con la bedside handover si dà l’opportunità al paziente di partecipare al proprio trattamento, ma anche gli si permette di esprimere i propri bisogni. (Kerr, D. 2014)

Tale metodologia è fondamentale nel permettere l’“*empowerment*” del paziente, che è uno dei compiti dell’assistenza infermieristica. (McMurray, A. 2011)

Secondo lo studio di Liu del 2012, talvolta la consegna infermieristica di questo tipo si verifica in due modi: inizialmente viene effettuata una riunione separatamente dal paziente, poi ci si reca nelle stanze di degenza e si svolge la consegna. La problematica relativa alla stanza in cui si verifica la prima parte della consegna riguarda il fatto che si verificano una notevole quantità di interruzioni, in quanto, nonostante si svolga privatamente, lontana dai pazienti e dagli utenti, tale struttura è accessibile al personale sanitario, che è proprio egli stesso il primo responsabile delle distrazioni. I partecipanti alla consegna sono gli infermieri che iniziano il turno e l’infermiere coordinatore. In questo caso si ha un passaggio di informazioni verso un’unica direzione, in cui gli infermieri che iniziano il turno si limitano ad ascoltare ciò che viene detto e raramente pongono delle domande, specie se sono neoassunti; talvolta il luogo in cui viene eseguita la bedside handover è azzardato, in quanto si possono riscontrare infermieri che la mettono in atto nel corridoio. È importante che prima di iniziare la bedside handover, l’infermiere posseda delle conoscenze riguardo il paziente, quindi che conosca la sua storia clinica e i trattamenti medici a cui si sottopone. (Liu, W. 2012)

Il problema principale emergente da questo tipo di sistema riguarda, però, la necessità per gli infermieri di essere informati riguardo le condizioni di tutti i pazienti dell’U.O. cosa che

tende ad essere tralasciata con la bedside handover. Tale problematica può essere risolta facendo sì che i professionisti sanitari prima di iniziare il turno, consultino le documentazioni scritte riguardanti tutti gli assistiti ricoverati, per poi focalizzare l'attenzione su coloro a cui devono prestare l'assistenza (Johnson,M. 2013) in questo modo possiedono una conoscenza, anche se generica, sugli assistiti, che può risultare utile nel caso in cui qualche altro paziente necessiti di aiuto.

Dallo studio effettuato da Chaboyer nel 2010, emerge che solitamente il numero di professionisti sanitari che partecipano alla bedside handover è di quattro persone: il team leader del turno precedente e i tre infermieri che entrano in turno.

Tipicamente le informazioni più sensibili vengono trattate precedentemente, in una sede separata, tra gli infermieri, oppure per via scritta. Per quanto riguarda la privacy durante questa procedura, i familiari vengono fatti uscire dalla stanza, a meno che il paziente non accetti di farli partecipare al passaggio di consegna. Nonostante ciò sia il paziente che i caregivers sono invitati ad apporre eventuali domande al termine della consegna. (Street,M. 2011)

Introducendo il bedside handover, le interruzioni che si verificano con gli altri metodi, medici che fanno domande o telefoni che suonano, vengono notevolmente ridotte. In questo modo si aumenta in modo rilevante l'efficienza di tale processo e , come afferma anche Carlson nel suo studio del 2013, la durata delle consegne diminuisce. (Reinbeck,D.M. 2013).

È importante, inoltre, che nella stanza ci sia un numero ristretto di infermieri, poichè nel caso contrario, si contribuisce ad incrementare l'ansia del paziente. (Chaboyer,W. 2009)

TIPOLOGIA DI TRASMISSIONE DELLE INFORMAZIONI	VANTAGGI	SVANTAGGI
1. consegna scritta	- tutela dal punto di vista legale; - rintracciabilità delle attività svolte; - base informativa per le scelte assistenziali; - precisione di ciò che viene registrato in quanto atto formale; - permette di avere una visione immediata sui cambiamenti clinici dei pazienti.	- diverse modalità di scrittura; - mancanza di confronto tra gli operatori sanitari; - impossibilità di chiarimenti;
2. consegna orale	- permette un confronto tra i membri dell'èquipe; - rinforza il corpus professionale; - doppio controllo delle informazioni trasmesse;	- spesso diventa un momento ciarliero; - l'efficacia viene influenzata dal comportamento non verbale; - rischio di perdita delle informazioni importanti; - frequenti interruzioni e distrazioni;
3. electronic handover	- risparmio di tempo, grazie alla possibilità di ottenere rapidamente le informazioni con i comandi del dispositivo elettronico; - sicurezza e privacy garantite grazie alle password; - basso costo; - rintracciabilità delle attività svolte e dei responsabili.	- necessità di tempo per registrare le informazioni; - mancanza di confronto tra gli operatori sanitari; - impossibilità di chiedere chiarimenti.
4. bedside handover	- centralità del paziente; - possibilità per l'assistito di intervenire nella discussione; - trasparenza; - empowerment del paziente; - nel complesso, riduzione delle interruzioni.	- mancanza della privacy; - interruzioni nella prima parte del processo; - frammentazione del processo; - possesso delle informazioni relative al paziente in carico e quindi mancanza di informazioni riguardo gli altri assistiti in U.O.

Tabella I: Vantaggi e svantaggi delle varie modalità di consegna.

3.1 – Criteri di selezione degli studi

Sono stati selezionati gli studi in free full text che parlavano di “*nursing handoff*” e “*clinical handover*”, quindi sia specifici dell’ambito infermieristico, che dell’ambito clinico in generale. Si è focalizzata l’attenzione sugli articoli riguardanti l’ambito medico-chirurgico di base, tralasciando quelli più specialistici, come l’area critica e quella psichiatrica. Anche se, a causa di scarsità di articoli in alcuni ambiti, sono stati analizzati anche quelli che trattavano queste specialità, ma non come argomento principale. Inoltre, sono stati esclusi gli articoli che analizzavano la situazione in ambito pediatrico e che trattavano la consegna quando un paziente veniva trasferito da un’U.O. all’altra, concentrandosi sulla trasmissione delle informazioni durante il cambio turno.

Il limite temporale di pubblicazione imposto è di 10 anni al massimo.

Sono stati esclusi gli studi aventi come focus principale le tecniche di trasmissione delle informazioni, mediante acronimi come la SBAR, HAND ME AN ISOBAR, ecc.

Inoltre, per quanto riguarda il disegno di studio, non sono state prese in considerazione le revisioni della letteratura. Si descrivono di seguito altri criteri seguiti per selezionare gli studi:

- **Tipologia di partecipanti:** infermieri responsabili degli assistiti nelle UU.OO. ospedaliere di base, che dovevano possedere informazioni per la continuità assistenziale. Non sono stati presi in considerazione gli articoli riguardanti le consegne effettuate dagli studenti di infermieristica e le loro percezioni in merito. Sono stati considerati anche alcuni studi riguardanti i medici e le ostetriche, ma non altri operatori sanitari.
- **Tipologia di intervento:** dichiarare le modalità di trasmissione delle informazioni da un turno all’altro tra infermieri, medici e ostetriche in un’U.O. ospedaliera.
- **Contenuto:** vantaggio o svantaggio nell’uso di un metodo di “consegna” rispetto ad un altro, quindi tra “*bedside handover*”, “*electronic handover*”, “*written handover*” e “*verbal handover*”.

3.2 - Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia utilizzata per individuare gli studi ha incluso la consultazione dei seguenti database elettronici: Pubmed, Cinahl, Scopus, Google Scholar.

Google Scholar è stato utilizzato per ottenere delle prime informazioni in merito all'argomento. È stata sfruttata la ricerca per parola libera e sono state impiegate "handover", "bedside handover", "electronic handover", "verbal handover" e "written handover". Tra gli articoli analizzati, n. 3 sono stati inclusi anche nella revisione bibliografica.

Per quanto riguarda Pubmed, è stata utilizzata la stringa di ricerca:

((("verbal handover") OR "electronic handover") OR bedside handover) OR "written handover") OR "Patient Handoff"[Mesh]) AND (("nursing"[MeSH Terms] OR "nursing"[Subheading] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR nurse[mh] OR "nurses"[MeSH Terms] OR "nursing care"[MeSH Terms] OR "nursing staff"[MeSH Terms] OR "Nurse-Patient Relations"[Mesh] OR "Family Nursing"[Mesh] OR "Nursing Assessment"[Mesh] OR "Rehabilitation Nursing"[Mesh] OR Nursing Staff, Hospital[mh])), che ha dato come risultato n. 110 articoli. Imponendo il filtro free full text 10 years e adult:19+years, sono risultati n. 21 articoli. Di questi, solo 11 erano disponibili in free full text e 2 sono stati utilizzati per questa revisione.

Con Cinahl è stata utilizzata la stringa di ricerca: "handover NOT intensive care NOT mental health NOT (paediatrics or children) NOT emergency Full Text; Published Date: 20050101-20141231". Che ha dato come risultato n. 330 articoli. In seguito sono stati applicati i vari filtri: full text, limite temporale 10 anni, all adults e hand off /patient safety/ come argomento principale, che hanno permesso di ridurre il numero a 10 articoli. Di questi, ne sono stati selezionati n. 6 da introdurre nell'analisi, in quanto più inerenti all'argomento affrontato.

Con la ricerca su Scopus, invece, si sono reclutati n. 71 articoli con la seguente stringa: KEY (**written handover**) OR KEY (**oral handover**) OR KEY (**electronic handover**) OR KEY (**bedside handover**) AND DOC TYPE (**ar** OR **re**) AND PUBYEAR >2004 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "**MEDI**") OR LIMIT-TO (SUBJAREA, "**NURS**")). Gli articoli disponibili in free full text erano n. 16, dei quali n. 10 sono stati utilizzati per l'analisi. N. 4 di questi erano presenti anche nella ricerca effettuata su Cihnal. Tra quelli esclusi, n. 3 erano presenti anche tra i risultati della ricerca su Pubmed e n. 2 da quella su Cinahl.

3.3 – Selezione degli studi

Inizialmente, per la stesura di questo elaborato, si volevano consultare articoli che mettessero in atto un confronto tra le varie modalità di consegna, per poter determinare quale di esse fosse la migliore. Dato che tale obiettivo non è stato raggiungibile, in quanto nella letteratura pervenuta non vi sono studi che comparino tutti i tipi di consegna, ma al massimo ne vengono confrontati due per volta, si è provveduto ad analizzare ogni modalità singolarmente, o a due a due, per poi fare un confronto tra di esse. Sono stati selezionati, dunque, gli articoli riguardanti le quattro modalità di consegna principali, ed è stata esclusa la modalità di consegna mediante registrazione vocale, a causa della scarsa letteratura disponibile su di essa.

Sono stati preferiti gli articoli che mettevano in evidenza le limitazioni e i punti a favore dell'utilizzo dei vari sistemi di consegna.

Sostanzialmente, quindi, al termine dell'interrogazione delle Banche dati sono stati reclutati complessivamente n. 27 studi, di cui n. 14 sono stati inclusi nella revisione bibliografica di questa tesi e n. 13 sono stati considerati esclusi.

3.4 – Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Gli studi reperiti ed inclusi sono stati esaminati utilizzando la seguente tabella:

Autore, Paese, anno di pubblicazione	Campione	Disegno di studio	Risultati
1. Maree Johnson, Leanne S. Cowin, Australia, 2013	30 registered e enrolled nurses	Studio retrospettivo	L'introduzione della bedside handover dovrebbe essere riflettuta in base all'U.O in cui ci si trova. È suggerito avere un debriefing tra gli operatori prima di andare a letto dei pazienti. È importante che le informazioni vengano trasmesse in modo corretto e questo dipende dalle singole capacità degli infermieri. Inoltre, l'utilizzo di sistemi a sostegno della comunicazione, come ad esempio la documentazione scritta o informatizzata, risultano essere efficaci.
2. S. Ryan, J.M. O'Riordan, S. Tierney, K.C. Conlon, P.F. Ridgway, Irlanda, 2011	Dati di ricovero dei pazienti ricoverati presso l'U.O. di chirurgia, passanti prima per il pronto soccorso.	Sperimentale	L'introduzione della consegna di tipo elettronico ha determinato una riduzione significativa della durata della degenza.

3. Torbjörg Meum and Gunnar Ellingsen, Norvegia, 2010	Infermieri dell' UU.OO psico-geriatrica.	Sperimentale	Il 77% dello staff era soddisfatto dall'utilizzo dell' electronic handover, mentre il 22% no. È stato dimostrato che le informazioni orali e scritte si completano a vicenda, mentre con il nuovo sistema, la consegna orale e quella elettronica sono dipendenti l'una dall'altra e in questo modo entrambi i tipi di consegna vengono rinforzati.
4. Alison Tucker, Regno Unito, 2009	Consegne scritte di 43 pazienti, ricoverati per più di 24 ore.	Sperimentale	Nell' U.O. in cui veniva messa in atto la nuova modalità di consegna si riscontrano degli standard più elevati per quanto riguarda la documentazione. Lo studio evidenzia, quindi, che gli standard della documentazione vengono influenzati dai sistemi di consegna utilizzati.
5. Diana Jefferies, Maree Johnson e Daniel Nicholls, Australia, 2013	Insieme di dati 1:67 esempi di document. Inferm.ca raccolta nel 2009. Insieme di dati 2:195 consegne di 9 diverse specialità cliniche, fino al 2010.	Studio retrospettivo	L'analisi dei dati dimostra che la maggior parte della documentazione scritta era una descrizione di ciò che l'infermiere osservava sulle condizioni del paziente e l'assistenza fornita.
6. David Pothier, Pedro Monteiro, Mutuzua Mooktiar, Alison Shaw, Gran Bretagna, 2005	5 infermieri volontari	Semi-sperimentale	Il gruppo che trasmetteva le informazioni per via solamente verbale era caratterizzato da una perdita importante di dati, quello che li trasmetteva mediante il sistema scritto in maniera minore e quello che associava l' utilizzo di documentazione scritta a supporto della comunicazione orale, in maniera molto limitata. È stato riscontrato che la storia clinica e i dati demografici e sociali hanno meno probabilità di subire una perdita rispetto alle informazioni di natura infermieristica.
7. Bradley e Mott, Australia, 2012	9 pazienti, 48 registred/enrolled nurses.	Semi sperimentale e qualitativo	È emerso che i pazienti preferiscono il metodo bedside handover rispetto agli altri sistemi di consegna messi in atto tra gli infermieri privatamente. Sia gli assistiti che gli infermieri ritengono che in questo modo i pazienti risultano maggiormente partecipi al loro processo di cura.
8. Debra Kerr, Sai Lu, Louise McKinlay, Christine Fuller, Australia, 2011	153 registered nurses di 23 UU.OO.	Descrittivo	Nelle UU.OO in cui veniva messa in atto la consegna verbale, associata alla documentazione scritta, il tempo impiegato era di 36,3 minuti circa, mentre nell'unica U.O. in cui veniva attuata la bedside handover, si impiegavano 20 minuti. Il 68% degli intervistati preferiva la consegna orale associata all'utilizzo della documentazione scritta, in una stanza privata, mentre non si riusciva a trovare un'idea comune su che dovesse metterla in atto. Ad ogni modo si riscontra un'opposizione al cambiamento da parte degli infermieri

9. Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D, Australia, 2011	Tutti gli infermieri dell'ospedale, ad eccezione di coloro che lavoravano nelle adolescent inpatient units, medical imaging e amb. in associazione a 10 pazienti scelti casualmente a settimana.	Qualitativo	Emergono grosse differenze tra le tecniche di consegna, per quanto riguarda il metodo, la durata, il luogo in cui vengono messe in atto e le informazioni scambiate.
10. Anne McMurray, Wendy Chaboyer, Marianne Wallis, Joanne Johnson, Tanya Gehrke, Australia, 2011	10 pazienti che hanno conosciuto la bedside handover durante il loro ricovero nel 2009	Descrittivo	I pazienti apprezzarono divenire parte del processo assistenziale, vedono la bedside handover come un' opportunità per correggere le inesattezze delle informazioni che vengono trasmesse. Emerge, poi che alcuni pazienti apprezzano il fatto di divenire dei membri attivi del passaggio di informazioni, mentre altri preferiscono attuare un comportamento passivo.
11. Juergen Wildner e Paola Ferri, Italia, 2012	Pazienti dell'hospice e i loro familiari, infermieri e OSS nel maggio e settembre 2009	Qualitativo	È stato evidenziato che secondo gli infermieri, sviluppando la bedside handover aumenta la sicurezza, migliora la comunicazione tra i professionisti sanitari e i pazienti e migliora la capacità di identificare i problemi. I pazienti a loro volta sostengono che sia un'ottima opportunità per essere coinvolti nelle decisioni assistenziali e per aumentare la loro sicurezza.
12. Kerr D, Lu S, McKinlay L, Australia, 2014	20 infermiere appartenenti alle UU.OO di medicina e chirurgia e 10 ostetriche, 12 mesi dopo l'introduzione della bedside handover	Qualitativo	Viene evidenziato che gli standard dell'assistenza, la continuità assistenziale, la documentazione e la collaborazione tra paziente e coloro che gli forniscono assistenza, sono migliorati dopo l'introduzione della bedside handover
13. Stacey Bradley and Sarah Mott, Australia, 2014	9 pazienti e 48 enrolled/registered nurses	Descrittivo	I pazienti intervistati preferiscono la bedside handover rispetto al metodo tradizionale a "porta chiusa". Inoltre, i membri dello staff credono che il coinvolgimento dei pazienti aumenta con questo nuovo sistema.
14. Deby Evans, Julie Crunawait Donna McClish, Winnie Wood e Christopher R. Friese, Michigan, 2012	Infermieri appartenenti alle UU.OO. di medicina e chirurgia.	Sperimentale	Si è riscontrato che dopo l'introduzione della bedside handover, molti pazienti tendevano a monopolizzare la conversazione ed è stata incoraggiata una maggior chiarezza nella discussione delle informazioni con gli assistiti e negli strumenti utilizzati per metterla in atto. Questo sistema ha incrementato la soddisfazione degli infermieri e ha ridotto la durata delle consegne da 45 min a 29. Si è evidenziata anche una riduzione dell' utilizzo di una terminologia non scientifica, con abbreviazioni non condivise da tutti i membri dello staff.

Tabella II- Studi inclusi: Efficacia nella trasmissione delle informazioni sui malati nei diversi metodi.

3.5 - Descrizione degli studi esclusi nella revisione

Sono stati esclusi gli studi che non analizzavano le caratteristiche, punti a favore e complicanze delle varie modalità di consegna. In modo particolare non sono stati presi in considerazione gli articoli che trattavano la consegna in ambito generale, non focalizzandosi su una tipologia specifica. Inoltre, gli elaborati che trattavano l'argomento in ambito specialistico, come nell'area psichiatrica o nell'area critica sono stati eliminati. Infine, sono stati esclusi quelli riguardanti l'ambito pediatrico e quelli che andavano ad analizzare le tecniche di comunicazione durante la trasmissione delle informazioni, come la SBAR, ecc..

Autore, Paese, anno di pubblicazione	Obiettivi	Campione	Setting	Disegno di studio
1. Stephen James, Sara Quirke and Karen McBride-Henry, Nuova Zelanda, 2013	Esplorare le esperienze degli infermieri nel processo di passaggio del paziente dalla terapia intensiva alle UU.OO. di base.	45 infermieri della Terapia Intensiva e 47 infermieri delle UU.OO. di base.	New Zealand Metropolitan hospital	Descrittivo
2. Anat Drach-Zahavy, Olga Shilman, Israele, 2014	Descrivere la qualità e il livello di partecipazione dei pazienti nel trasferimento delle informazioni che li riguardano, in relazione alle loro caratteristiche personali e a quelle di come viene svolto il processo di consegna.	100 passaggi di consegna infermieristici	5 UU.OO. di chirurgia.	Studio trasversale qualitativo e quantitativo.
3. Wendy Chaboyer, Anne McMurray, Marianne Wallis, Australia, 2010	Descrivere il processo e le percezioni della bedside handover in ambito infermieristico.	532 bedside handover e 34 interviste.	6 UU.OO. in due grandi ospedali australiani	Studio descrittivo.
4. Tina Cann, Anne Gardner, Australia, 2011	Valutare gli effetti sui pazienti e sugli operatori della "Practice Partnership Model of Care".	Dati provenienti da tutto il personale e i pazienti presenti nell'U.O. durante il periodo dello studio.	U.O. di chirurgia	Studio sperimentale.
5. David C Cone, Paul M Middleton, Sadaf Marashi Pour, USA, 2012.	Quantificare i ritardi nella trasmissione delle informazioni dal servizio di ambulanza e individuare i fattori associati con tali ritardi.	Documentazioni e relativa a tutti i pazienti trasportati in ambulanza in Gennaio, Aprile, Luglio e Ottobre 2009.	Ambulance Service of New South Wales	Studio retrospettivo.

6. Maureen Deacon, Michelle Cleary, 2012	Esplorare le attività degli infermieri in un'U.O. di salute mentale per acuti.	Pazienti e membri dell'equipe sanitaria in genere.	U.O. di salute mentale per acuti.	Studio osservazionale.
7. Dee Drew, Inghilterra, 2011	Studiare i processi di consegna messi in atto dagli infermieri di comunità.	Due team di infermieri di comunità	Ospedale di comunità nel West Midlands, Inghilterra	Studio qualitativo.
8. Robert Habicht, Lauren Block, Kathryn Novello Silva, Nora Oliver, Albert Wu, Leonard Feldman, USA, 2015	Studiare i limiti delle attuali pratiche di trasmissione delle informazioni.	212 consegne messe in atto da medici specializzandi	U.O. di medicina in due academic medical centres a Baltimora.	Studio osservazionale.
9. R. Millar, N. Sands, Australia, 2012	Identificare la frequenza e il tipo di rischio derivante dalla comunicazione nel corso dei turni di lavoro infermieristici e il modo in cui questa veniva messa in atto e identificare le pratiche di comunicazione efficaci e inefficaci.	500 consegne infermieristiche.	U.O. di psichiatria con 25 posti di degenza, 5 dei quali per pazienti in condizioni particolarmente gravi.	Studio osservazionale.
10. Donna M. Reinbeck, Virginia Fitzsimons, New Jersey, 2013	Istituire un sistema di trasmissione delle informazioni che permetta di garantire la sicurezza dei pazienti.	Infermieri e pazienti di un ospedale di comunità per acuti	Ospedale di comunità da 592 posti di degenza.	Studio sperimentale
11. Craig H. Gosdin, Lisa Vaughn, USA, 2012	Confrontare le percezioni di coloro che prestano assistenza al paziente tra la bedside handover e la consegna tradizionale	34 membri del'equipe sanitaria, tra cui medici, infermieri, studenti, ecc. e i famigliari dei pazienti	Liberty Campus of Cincinnati Children's Hospital Medical Center	Qualitativo
12. Stephen L. Murray, Robert Crouch, Mark Ainsworth-Smith, 2010	Valutare l'accuratezza delle informazioni trasmesse dal contesto extraospedaliero alla documentazione del pronto soccorso.	100 documentazioni scritte di pazienti che sono giunti al pronto soccorso in ambulanza.	Pronto Soccorso di un' University Teaching Hospital	Studio retrospettivo
13. Sharon Klim, Anne-Maree Kelly, Debra Kerr, Sallie Wood, Terence McCann, Australia, 2013	Studiare la percezione degli infermieri che lavorano in pronto soccorso riguardo le pratiche attuali di consegna e le componenti essenziali per una consegna infermieristica efficace	Registered nurses e enrolled nurses che fornivano assistenza ai pazienti in pronto soccorso nel periodo dello studio	Pronto soccorso	Descrittivo

Tabella III e Appendice: Studi esclusi dalla revisione.

4.1 – Qualità metodologica degli studi

La debolezza metodologica degli studi inclusi riguarda il fatto che sono molto eterogenei, condotti secondo un'impostazione quantitativa o qualitativa, inoltre, non esistono articoli che trattano insieme i vari tipi di consegna, confrontandone fattori positivi e negativi. Esistono però dei lavori che analizzano i vari sistemi a due a due, ad esempio l'utilizzo della bedside handover assieme alla consegna scritta, oppure la consegna scritta e orale. In molti articoli utilizzati, inoltre, emerge la necessità di approfondire la ricerca con ulteriori studi, determinando la controindicazione che le affermazioni riportate negli articoli non sono generalizzabili.

4.2 – Confronto tra studi selezionati in relazione ai quesiti

4.2.1 – Completezza della trasmissione delle informazioni

Nello studio di Jefferies del 2012, emerge che la consegna scritta permette di analizzare le condizioni del paziente, valutare se sono in miglioramento o meno con il passare del tempo, confrontando i dati registrati. Viene evidenziato come la consegna orale permette di avere una visione olistica del paziente, ottenendo le informazioni da varie fonti, oltre che permettere che egli partecipi direttamente alla trasmissione delle informazioni, mentre con la consegna scritta, come afferma anche Ryan nel suo studio del 2011 si può riscontrare un'importante perdita di dati.

Lo studio di Kerr et al. del 2014 e di Tucker et al. del 2009 fanno emergere come la bedside handover sia un sistema che favorisce la possibilità di porre domande, ma anche di far intervenire i famigliari ed il paziente, nella trasmissione delle informazioni, in modo tale da possederle in maniera più completa.

Pothier nel suo studio del 2005, evidenzia come la più alta percentuale di perdita di dati sia relativa al sistema di consegna verbale, seguito da quello scritto e orale associato alla documentazione scritta.

Nello studio di Street et al. del 2011, gli infermieri intervistati affermano che talvolta il passaggio di consegna risulta essere troppo breve, rischiando di determinare la perdita di

dati. Sostengono, inoltre, che la modalità orale, supportata da quella scritta, sia quella migliore, che consente un trasferimento ottimale delle informazioni.

Con il sistema informatizzato, si permette agli infermieri di confrontarsi e discutere sui vari assistiti e di utilizzare i fogli elettronici come base su cui dirigere il discorso o come controllo delle informazioni che vengono condivise oralmente. (Meum, 2011).

Utilizzando la bedside handover possono verificarsi perdite di informazioni a causa del sistema frammentato, che prevede che i dati vengano trasmessi sia separatamente dal paziente che nella stanza di degenza. Ad ogni modo, con la bedside handover, viene utilizzato un numero maggiore di sensi per la raccolta dati: vista, tatto, olfatto e udito; mentre con la consegna tradizionale si utilizza solamente l'udito. (Wildner, 2012).

4.2.2 – Continuità assistenziale

La bedside handover risulta essere un sistema utile per garantire la continuità assistenziale, in quanto, come affermato nello studio di Evans, del 2012, gli infermieri, oltre che ricevere le informazioni sul paziente da parte di un altro infermiere, possono raccogliere dati in prima persona sull'assistito.

Nello studio di Johnson, del 2013, emerge che la bedside handover non permette a tutti gli infermieri in turno di conoscere le condizioni dei pazienti ricoverati, ma fa sì che siano in possesso delle informazioni relative agli assistiti di cui sono responsabili. Lo studio evidenzia, inoltre, che l'utilizzo delle written handover sheet a sostegno della comunicazione è efficace per promuovere la continuità assistenziale.

Anche lo studio di Kerr et al. del 2014 evidenzia che la bedside handover è un sistema efficace per garantire la continuità assistenziale e aumentare gli standard assistenziali.

4.2.3 – Qualità dei dati trasmessi

Grazie alla bedside handover, i membri dell'equipe sanitaria sono più diretti e coincisi nella trasmissione delle informazioni assistenziali. (Bradley, Mott, 2012)

Evans et al. nello studio del 2012, scopre come l'introduzione della bedside handover abbia comportato una riduzione dell'utilizzo di abbreviazioni e acronimi non condivisi in maniera equa dai membri dello staff sanitario.

È stata riscontrata una riduzione della durata dei ricoveri grazie all'introduzione della electronic handover, in quanto le informazioni sono state liberate dalla possibilità di essere interpretate. (Ryan, 2011)

Meum, nel suo studio del 2011, afferma invece che nel caso in cui gli infermieri non abbiano tempo per completare la registrazione dei dati per via informatizzata, si limitano a dare una visione generale del paziente nelle "whiteboards".

4.2.4 – Stress-ansia del paziente e professionista sanitario

Nello studio di Bradley e Mott del 2014, emerge che gli assistiti apprezzano notevolmente la possibilità di conoscere per nome chi si prende cura di loro. Viene apprezzata anche la possibilità di essere coinvolti nel loro processo assistenziale e di conoscere ciò che viene trasmesso durante le consegne. È stata riscontrata, inoltre, una maggior soddisfazione da parte degli infermieri riguardo la bedside handover, in quanto sentivano di essere in grado di fornire un servizio più attento ai pazienti.

Lo studio di Evans del 2012, evidenzia che dopo l'introduzione della bedside handover è aumentata la soddisfazione sia degli infermieri che dei pazienti. I professionisti sanitari riuscivano a terminare il turno di lavoro in orario e avevano la possibilità di porre domande e confrontarsi, mentre gli assistiti utilizzavano meno i campanelli di chiamata, percepivano l'assistenza come maggiormente centrata su di essi e avevano maggior chiarezza riguardo a quali erano gli operatori che si prendevano cura di loro.

Anche Wildner nel suo studio del 2012, si è occupato di tale argomento e ha riscontrato che i pazienti percepiscono un maggior senso di sicurezza quando viene utilizzata la bedside handover.

4.2.5 – Fiducia e trasparenza tra infermiere-assistito

Con la bedside handover si dà l'opportunità ai pazienti di conoscere il piano assistenziale programmato e vi è la possibilità che gli infermieri pongano domande agli assistiti e viceversa. (Bradley e Mott, 2014)

McMurray nel suo studio del 2011, evidenzia come la bedside handover sia efficace nel permettere ai pazienti di collaborare nella trasmissione delle informazioni, di conoscere chi si prende cura di loro e di farsi conoscere. Gli assistiti, con questo sistema percepiscono di

essere trattati in modo sicuro e rispettoso, oltre che avere la possibilità di correggere eventuali affermazioni scorrette.

Anche nello studio di Wildner et al. del 2012, viene affermato che la bedside handover contribuisce ad incrementare la fiducia e la soddisfazione dei pazienti e dei loro famigliari.

4.2.6 – Tempi di lavoro

Nello studio di Bradley e Mott del 2012 emerge che nelle interviste a cui sono stati sottoposti gli infermieri dopo l'introduzione della bedside handover, vi fosse un'idea comune riguardo al fatto che questa fosse una modalità più rapida per il passaggio delle informazioni. E' stato riscontrato, infatti, che la differenza tra il sistema "*a porta chiusa*" vigente prima della bedside handover e quest'ultima era di circa mezz'ora.

Anche gli studi di Evans et al. del 2012 e Kerr et al. del 2012, evidenziano che con l'utilizzo della bedside handover, il tempo necessario per la trasmissione delle informazioni è minore rispetto agli altri metodi.

L'introduzione della electronic handover, secondo lo studio di Meum del 2011, è dovuta alla necessità di incrementare il tempo disponibile per la discussione e il confronto tra gli operatori sanitari. Permette di ottenere i dati necessari alla discussione in modo più rapido.

4.2.7 – Rischio di errore nella trasmissione delle informazioni

Bradley e Mott nel loro studio del 2012 hanno riscontrato nelle varie Unità Operative prese in esame, che il numero di incidenti dopo l'introduzione della bedside handover è significativamente diminuito.

Nello studio di Pothier del 2005, emerge che, utilizzando la consegna orale, si viene a verificare un rapido deterioramento della completezza delle informazioni.

Gli operatori coinvolti nello studio di Wildner et al. del 2012, affermano di aver riscontrato una riduzione degli errori, anche se in piccola scala, dopo l'introduzione della bedside handover.

	1. Bradley, Mott 2012 N:48	2. Bradley, Mott 2014 N: 9 +48	3. Evans et al. 2012 N:/	4. Jefferies et al. 2012 N: 195	5. johnson, Cowin 2013 N:30	6. Kerr et al. 2011 N: 153	7. Kerr et al. 2014 N: 30	8. McMurra y et al. 2011 N:10	9. Pothie r et al. 2005 N:21	10. Ryan et al. 2011 N:47+41	11. Street et al. 2011 N: 259	12. Meum, Ellingsen , 2011 N:14	13. Tucker et al. 2009 N:43	14. Wildner Ferri 2012 N:18+20
Doppio controllo	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Confronto e discussione tra operatori	NR	NR	P/b	P/v	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	P/b	P/e+v	NR	NR
Completezza informazioni	NR	NR	NR	P/v	NR	NR	P/b	NR	P/v+s	NR	P/v,s,b	P/e	P/v+s	P/b
soddisfazione	P/b	P/b	P/b	NR	P/b	P/v,s	P/b	P/b	NR	NR	NR	NR	NR	P/b
Visione immediata dei cambiamenti clinici	NR	NR	NR	P/s	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	P/b
Risparmio di tempo	P/b	NR	P/b	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	P/e	NR	P/e	NR	NR
sicurezza	P/b	NR	P/b	NR	P/b, v+s	NR	P/b	NR	NR	P/e	NR	NR	P/v+s	P/b
Basso costo	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	P/e	NR	NR	NR	NR
Centralità pz	NR	P /b	P/b	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	NR	P/b	P/b
Continuità assistenziale	NR	NR	NR	NR	P/s	NR	P/b	NR	NR	P/e	P/b	NR	P/v+s	P/b
Coinvolgimento pazienti	P/b	P/b	NR	NR	P/b	NR	P/b	P/b	NR	NR	NR	NR	P/b	P/b
Minori interruzioni e distrazioni	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Assenza di confronto	NR	NR	NR	NR	P/s	NR	NR	NR	NR	NR	NR	P/v,s	NR	NR
Distrazioni e interruzioni	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Perdita info	NR	NR	NR	P/s	P/s	NR	NR	P/v	P/v,s	P/s	NR	NR	NR	NR
Mancanza di privacy	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	P/b	P/b	NR	NR	P/b	NR	NR	NR
Tempo	P/v	NR	NR	NR	NR	P/v,s	NR	NR	NR	NR	P/v,s	P/v	NR	NR
Frammentazione processo	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	P/b	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	P/b
Inform.ni solo su pz assegnato	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	NR
Mancanza di coinvolgimento paziente	NR	NR	NR	NR	NR	P/v,s	NR	NR	NR	NR	P/b	NR	NR	NR
Informazioni scorrette	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	P/v	NR	NR	NR	NR	NR

Legenda: **P** = presente nel metodo s,v,e,b / **s** = consegna scritta **v** = consegna verbale, **e** = electronic handover **b** = bedside handover **NR** = non riportato nello studio.

5.1 – **Discussione**

In molti studi, come in quello di Johnson, M. del 2013 emerge che l'utilizzo di strumenti che abbiano lo scopo di supportare la comunicazione, tra cui schede, cartelle cliniche, ecc.. risultano efficaci al fine di rendere il passaggio di consegna più sicuro.

La consegna scritta utilizzata singolarmente risulta a maggior rischio di errore in quanto è un sistema limitante, che non permette chiarificazioni da parte di chi riceve le informazioni, e che può causare una perdita di dati importanti per la salute dei pazienti. Anche la consegna orale, senza l'utilizzo di sistemi che vadano a sostenere l'informazione, è rischiosa perché, in modo particolare quando avviene al telefono, non vi sono delle condizioni che ne regolano l'andamento e quindi vi è un elevato rischio di trasmissione incompleta delle informazioni. (Rabøl, L.I. 2011)

La consegna informatizzata viene indicata come un sistema che permette il risparmio di tempo. Si è scoperto che dopo l'introduzione di metodi informatizzati nel passaggio di consegna tra medici, in un ambito chirurgico la durata media delle degenze si è ridotta da 5 a 4 giorni. (Ryan, S. 2011)

Spesso, però, gli infermieri non hanno tempo per registrare le informazioni e quindi si limitano a fornire dei dati generali riguardo il paziente sulle “whiteboards” che consistono in una sorta di documento informatico che non appartiene precisamente al fascicolo strutturato del paziente e risulta di più veloce compilazione. Da questo studio emerge che l'utilizzo della consegna orale in associazione a quella elettronica comporta una trasmissione delle informazioni accurata, dato che i due sistemi vanno a completarsi a vicenda. (Meum, T. 2011)

Tucker evidenzia alcuni elementi a favore della consegna scritta, con l'introduzione di un nuovo modo per sfruttare questo tipo di metodologia. Innanzitutto i membri del team che iniziano il turno si riuniscono per mettere in atto un “*safety briefing*”, che ha lo scopo di permettere a tutti gli infermieri di cominciare il turno con le stesse informazioni. In seguito, gli infermieri leggono la documentazione scritta a letto del paziente, mentre l'infermiere che ha terminato il turno continua a prestare assistenza. Ciò permette all'infermiere di osservare direttamente le sue condizioni, dispositivi che utilizza e discutere dell'assistenza con il paziente o i suoi familiari. Con questo sistema migliorano la sicurezza dell'assistito e gli standard di tenuta della documentazione. (Tucker, A. 2009)

Ciononostante, confrontando le modalità con cui le informazioni vengono fornite utilizzando la consegna scritta e quella orale, emerge che l'infermiere nella consegna scritta fornisce una descrizione di ciò che osserva e verifica sul paziente durante il turno lavorativo, mentre nella consegna orale ottiene informazioni da diverse fonti. Includendo altre figure nella trasmissione delle informazioni, si viene a creare una visione più olistica del paziente. La consegna scritta rimane quindi una modalità vincolante e limitata, caratterizzata spesso omissioni di vario tipo. Per questo motivo la consegna orale tradizionale viene preferita dagli infermieri, utilizzando quella scritta come base su cui dirigere la comunicazione, che permetta l'integrazione delle informazioni mancanti (Jefferies, D. 2012). Tali affermazioni possono essere condivise con la electronic handover, in quanto anch'essa, nonostante permetta un sistema efficace per il controllo delle informazioni da trasmettere e garantisca la presenza di un sistema su cui basare il trasferimento dei dati, risulta una modalità statica, senza possibilità di confronto tra gli operatori.

Un altro studio che va a sostenere la metodologia scritta in associazione a quella orale è quello di Pothier et al. del 2005, in cui si confrontano la metodologia puramente orale, quella in cui gli infermieri prendono appunti durante la consegna e quella in cui chi trasmette le informazioni utilizza la documentazione scritta per dirigere il discorso, che poi resta a disposizione dei colleghi. Si è evidenziato che le prime due metodologie sono quelle che causano la maggior parte di perdita di dati, anche importanti, che possono influire sulla mortalità e morbilità dei pazienti presi in carico. (Pothier, D. 2005)

Nello studio di Bradley e Mott, è stato fatto un confronto tra gli incidenti e il tempo impiegato prima e dopo l'introduzione della bedside handover. Tutti gli intervistati dello studio erano concordi sul fatto che l'utilizzo della consegna a letto del paziente permetteva un risparmio di tempo del 48% rispetto a quella utilizzata precedentemente. Inoltre, si è evidenziato che è stata riscontrata una riduzione degli eventi avversi correlati alle consegne (lacerazioni della pelle, errori farmacologici, cadute dei pazienti, ecc...). (Bradley, Stacey 2012)

Anche lo studio di Kerr e colleghi del 2011, esamina i vari tipi di consegna trasmessi per via orale, sempre accompagnati da un foglio di consegna, emerge che per quanto riguarda la durata della trasmissione delle informazioni, vi siano delle differenze a seconda del luogo in cui viene messa in atto. Nel caso in cui venga messa in atto separatamente dal paziente, ad esempio nello studio degli infermieri, o in cucina, il tempo impiegato per metterla in atto completamente è di all'incirca 36.3 minuti, mentre se viene messa in atto a

letto del paziente, necessita di circa 20 minuti (Kerr,D. 2011). Ciò a discapito di quello che pensano molti infermieri, che vedono la bedside handover come un sistema che determina importanti perdite di tempo.

È interessante come, dallo studio di Street del 2011, emerga che nonostante questo sia un approccio centrato sul paziente, in meno della metà delle consegne osservate, i pazienti hanno partecipato attivamente a tale attività. La causa sembra essere ricollegata al fatto che gli infermieri coinvolgano scarsamente i pazienti a rendersi partecipi. Un'altra problematica che emerge dallo studio è che gli infermieri ricevono le informazioni solamente dei pazienti a loro in carico, mentre non conoscendo gli altri assistiti, nel caso in cui debbano contribuire alla loro assistenza, si verificano delle difficoltà. È stato riscontrato, inoltre che ad alcuni pazienti disturbi la presenza degli altri assistiti nella stessa stanza di degenza durante le consegne, dunque gli infermieri devono considerare attentamente il livello di sensibilità delle informazioni che vengono trasmesse.

Gli infermieri partecipanti allo studio affermano che la bedside handover risulta un modo efficace affinché il professionista che ha finito il turno eviti dimenticanze, mentre quello che inizia il turno lavorativo è stimolato a porre domande di chiarimento. La consegna a letto del paziente risparmia tempo e permette all'infermiere di ricollegare il volto del paziente al suo nome, associare le informazioni ricevute, porre domande e iniziare la valutazione del paziente. (Street, M. 2011)

Alcuni pazienti si rendono attivamente partecipi del passaggio delle informazioni, affermando di avere un ruolo di "correttore" o verifica di ciò che viene detto dagli infermieri; altri, invece si limitano ad assumere una posizione passiva di ascolto, in quanto ritengono di non avere le competenze e di andare in qualche modo a ostacolare la professionalità di coloro a cui sono affidati. Ad ogni modo, con questo sistema si sentono sicuri e protetti. È emerso, inoltre, che per la maggior parte dei pazienti la problematica più rilevante riguarda la privacy nel passaggio delle informazioni ma nelle interviste si rileva che i pazienti non si sono sentiti invasi nella loro privacy, in quanto sono state utilizzate delle tecniche di comunicazione appropriate. (McMurray,A. 2011)

Risulta difficile per alcuni infermieri individuare quali informazioni sia meglio trattare separatamente dal paziente e dai suoi familiari e quali possono essere discusse in loro presenza. Inoltre, talvolta questa necessità risulta rischiosa per la possibilità di comportare una perdita di informazioni importanti, necessarie all'assistenza del paziente. Nonostante ciò, la bedside handover è un sistema che determina maggior fiducia da parte degli assistiti,

maggior empatia e la possibilità di discutere direttamente con gli infermieri eventuali problematiche emergenti. (Wildner,J. 2012)

Lo studio di Kerr, del 2014, Ha lo scopo di individuare quali sono le percezioni e le idee degli infermieri e ostetriche riguardo la bedside handover. È stato sottoposto un questionario 12 mesi dopo l'introduzione della consegna a letto del paziente, che ne analizzava rischi, punti a favore e limitazioni. Come risultato si evidenzia l'idea che gli infermieri percepiscono tale metodologia come più sicura, permette di avere una visione globale del paziente all'inizio del turno e di fare domande e ottenere dei chiarimenti. Inoltre, emerge il fatto che talvolta risulta difficile riuscire a prestare attenzione per tutta la durata della consegna tradizionale, dunque una trasmissione delle informazioni maggiormente focalizzata su pochi pazienti viene apprezzata dagli operatori. Si riflette sulla problematica riguardante la privacy nel trattamento dei dati sensibili, come ad esempio la diagnosi del paziente oppure la presenza di una malattia infettiva; dati che si cerca di non trattare di fronte ad altri pazienti, ma che talvolta vengono discussi nei corridoi, o in zone che non sono adeguate. (Kerr,D. 2014)

Secondo lo studio di Bradley, del 2014, Mediante delle interviste fornite sia agli infermieri che ai pazienti, emerge l'apprezzamento per il fatto che gli infermieri spendano del tempo con loro, che possano imparare a conoscerli per nome e divenire partecipi delle informazioni che li riguardano, ottenendo la possibilità di fornire informazioni e opinioni riguardo i trattamenti a cui sono sottoposti. È stato riscontrato, inoltre, che le informazioni che vengono trasmesse sono maggiormente inerenti l'attività clinica e puramente centrate sul paziente. Questo studio, dimostra, quindi, che la bedside handover è una delle metodologie più efficaci per mettere in atto la consegna, fornendo un ottimo livello di beneficio per l'assistenza centrata sul paziente. (Bradley,S. 2014)

È dimostrato che questo nuovo processo permette agli infermieri di terminare il turno lavorativo in orario, in quanto non vi è più il tempo per socializzare, come se la consegna avvenisse separatamente dai pazienti. Di conseguenza vi è minor rischio di errore e gli infermieri possono iniziare prima a svolgere i loro compiti assistenziali. (Evans,D. 2012)

Si può pensare che tale sistema, che prevede un'interazione con l'assistito, necessiti che sia in grado di collaborare nella trasmissione delle informazioni e che possa comunicare efficacemente. In merito a ciò, i pazienti e familiari sottoposti a un questionario, dopo l'introduzione della bedside handover nell' hospice dell' ospedale "S.Maria Nuova", in Emilia Romagna, affermano che tale sistema ha incrementato il loro senso di sicurezza. Gli infermieri, a loro volta sostengono che sia aumentata la fiducia e la soddisfazione degli

assistiti. Nonostante il fatto che i pazienti in hospice tipicamente sono in uno stato di fatigue, sonnolenza farmaco-indotta o dormano, gli infermieri hanno una visione positiva di questa metodologia, in quanto anche solo il vedere il paziente durante la trasmissione delle informazioni che lo riguardano aiuta nel processo assistenziale. Li fa riflettere sulle priorità a cui prestare attenzione, come il presentarsi all'assistito e ai familiari, ascoltare le idee del paziente e osservarlo nei suoi cambiamenti. È emersa la problematica riguardante il fatto che vi sia la preoccupazione di perdere delle informazioni a causa della frammentazione del processo in due parti, in quanto, la scelta di quali informazioni trasmettere a letto del paziente e quali in una zona separata talvolta risulta difficile. (Wildner, J. 2012)

Un aiuto che può pervenire per ridurre il rischio di errore è l'utilizzo della consegna scritta in associazione alla bedside handover, in modo tale da possedere anche un documento in cui siano registrati i dati del paziente, consultabile in qualsiasi momento. Secondo lo studio di Johnson del 2013, però, tale strumento risulta maggiormente efficace se vengono registrate le informazioni riguardanti i pazienti dell'U.O. nel complesso, piuttosto che del singolo paziente preso in carico, in modo tale che gli infermieri leggano le informazioni su tutti i pazienti dell'U.O. ma che focalizzino l'attenzione sui pazienti che gli sono affidati. (Johnson, M. 2013)

La bedside handover risulta essere un sistema efficace per ridurre lo stress degli infermieri, in quanto si sentono maggiormente soddisfatti per riuscire a garantire un'assistenza maggiormente centrata sui pazienti (Bradley, Mott, 2014). Tale metodo, come sostiene Wildner, nel 2012, va anche ad incrementare la fiducia degli assistiti e dei loro famigliari, nei confronti di coloro che sono responsabili delle attività assistenziali.

5.2 - Limiti dello studio

I limiti dello studio riguardano il fatto che non sono stati analizzati solamente articoli che trattano l'argomento in ambito prettamente infermieristico, in quanto nelle banche dati non ve ne sono molti che lo analizzano in tale contesto, ma viene trattato nel campo sanitario in generale; prendendo in considerazione medici, ostetriche, ecc..

Per quanto riguarda più specificamente la bedside handover, non si fa riferimento alla complicità riguardante il fatto che prevalentemente i cambi turno avvengono ad orari "scomodi" per il paziente: alle 6 del mattino o alle 21/22 di sera; dunque può risultare un problema.

Un altro limite riguarda il fatto che nella ricerca bibliografica si ottiene un maggior numero di articoli riguardanti la bedside handover, rispetto alle altre strategie di consegna infermieristica.

Il limite fondamentale riguarda la mancanza di studi che vadano a fare un confronto tra le varie modalità di consegna in modo preciso. Non può essere messo in atto un confronto oggettivo tra i diversi sistemi, in quanto non vengono analizzati gli stessi elementi, positivi e negativi per ogni modalità di trasmissione dei dati. In questo modo, si può solamente supporre quale sia la modalità migliore, in base a ciò che viene evidenziato nei vari articoli analizzati.

Un altro limite riguarda la necessità di utilizzare solamente articoli in free full text, non analizzando quelli a pagamento, a causa dell'importante cifra economica che ne sarebbe risultata, visto la grande quantità di articoli disponibili nei vari database elettronici.

5.3 – Raccomandazioni

L'utilizzo di un sistema di trasmissione delle informazioni rispetto che un altro può comportare importanti differenze per quanto riguarda la sicurezza del paziente. L'utilizzo della bedside handover, rispetto alle altre modalità di consegna, risulta avere molti punti a favore. Nonostante ciò, non vi sono evidenze scientifiche che possano dimostrare che questa sia la modalità migliore in assoluto. Tenendo questo in considerazione, però, si può riflettere sul fatto che tale sistema possiede una caratteristica che le altre modalità di consegna non possiedono: la possibilità di coinvolgere il paziente. Sfruttare questo sistema permette quindi un rapporto migliore con il paziente e gli si consente di entrare a far parte come elemento attivo del processo assistenziale, non solo come soggetto passivo. In questo modo si va ad aumentare la fiducia nei confronti di coloro che se ne prendono cura e si riduce l'ansia associata al ricovero.

Ad ogni modo, nonostante sia un sistema sicuro, efficace nel trasferimento delle informazioni e apprezzato sia dai pazienti che dagli infermieri che lo hanno sperimentato, bisogna tenere in considerazione le controindicazioni al suo utilizzo, quali la problematica relativa alla privacy e alla frammentazione del processo in due fasi.

6.1 – Implicazioni per la pratica

Dall'analisi degli articoli risulta che per migliorare la pratica clinica sia necessario che i vari sistemi di passaggio delle informazioni siano influenzati gli uni dagli altri, in modo tale da rafforzare quelli che sono i punti a favore, limitando le caratteristiche negative degli stessi, se presi singolarmente. In questo modo si viene a creare la consegna orale assieme a quella scritta e la bedside handover, che è quella maggiormente consigliata per i maggiori vantaggi posseduti. Grazie a ciò, gli elementi negativi riescono a trovare soluzione, migliorando la pratica clinica e riducendo i fattori che possono essere causa di errore.

In base ai quesiti di ricerca proposti per la stesura della tesi si può presumere che la bedside handover sia la modalità più efficace e a minor rischio di errore tra quelle analizzate. Tale sistema, infatti, oltre che a ridurre il tempo necessario al trasferimento delle informazioni, favorisce la centralità del paziente nel processo assistenziale, permettendo che diventi un soggetto attivo, che possa intervenire per favorire l'attività degli infermieri. In questo modo viene garantita la trasparenza, aumenta la fiducia degli assistiti nei confronti degli operatori sanitari e si riduce il rischio di errore. Con questo sistema si verificano una quantità minore di interruzioni, permettendo che il processo divenga più sicuro. La possibilità di utilizzare dei documenti scritti per poter indirizzare la trasmissione delle informazioni, poi, contribuisce a ridurre ulteriormente gli errori.

Gli altri sistemi risultano richiedere dei tempi maggiori, comportano il rischio di perdere informazioni e, cosa fondamentale, non coinvolgono l'assistito. Questo fattore viene riscontrato essere molto importante, sia per ridurre il rischio di errore o dimenticanze, ma anche per far sì che il paziente diventi partecipe della sua assistenza, giocando un ruolo essenziale nel trasferimento delle informazioni. Altro fattore importante risulta il fatto che il vedere il paziente durante il passaggio delle informazioni che lo riguardano aiuta chi si prende cura di lui a focalizzare quali sono gli elementi principali e a ricollegare più facilmente il volto al nome dell'assistito. Tale sistema aiuta anche nel rapporto assistito-infermiere, in quanto viene notevolmente apprezzato il fatto che gli operatori sanitari spendano del tempo per discutere con i pazienti riguardo i problemi assistenziali andando a favorire l'interazione e la fiducia reciproca.

È da tener presente, però che la bedside handover non è un sistema perfetto, ma che a differenza di altri possiede un minor numero di controindicazioni. Infatti, la problematica

maggiormente rilevante riguarda la privacy nel trasferimento delle informazioni, elemento essenziale nel momento in cui vengono trattati dati sensibili dei pazienti e riguardanti il loro stato di salute. È importante che si tenga ben presente tale complicità, in modo tale da poter agire su questo problema ogniqualvolta si trattino informazioni delicate.

6.2 - Implicazioni per la ricerca

Dall'analisi degli articoli emerge la necessità di effettuare uno studio che vada ad analizzare ogni tipo di consegna, valutandone i pro e i contro e confrontandoli con un sistema oggettivo, che permetta di determinare quale sia la modalità migliore. Sarebbe necessario che per ogni fattore analizzato, come ad esempio il tempo impiegato, venga fatta un'analisi diretta per ogni modalità di trasmissione delle informazioni. In questo modo si potrebbe fare un confronto oggettivo su ogni item studiato, in modo tale da poter andare a determinare quale tra i sistemi confrontati risulti più efficace.

CAPITOLO VII: *POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSE*

7.1 – Potenziali conflitti di interesse

Non sono stati riscontrati conflitti di interesse, in quanto in nessuno studio emergono influenze di tipo economico o prodotte da interferenze da enti e/o associazioni di categoria, o case farmaceutiche.

CAPITOLO VIII: APPENDICE

8.1 Caratteristiche degli studi inclusi

Studio n. 1	Maree Johnson, Leanne S. Cowin, 2013
Obiettivi	Identificare le percezioni riguardo l'introduzione della bedside handover e l'utilizzo della documentazione scritta.
Metodologia	Studio retrospettivo
Setting	Unità Operative mediche e chirurgiche dei tre ospedali metropolitani principali a Sidney.
Partecipanti	Registered e enrolled nurses escludendo quelli che lavorano in aree specialistiche.
Interventi	Istituzione di sei focus group semi-strutturati, finalizzati a dirigere la discussione riguardo la comunicazione infermieristica, i punti di forza e le difficoltà.
Outcomes	Emergono delle idee sia positive che negative riguardo il cambiamento. C'è chi è a favore e chi ritiene che mantenere il metodo tradizionale sia la scelta migliore. Vengono evidenziate le problematiche riguardanti il rumore nelle UU.OO. che renderebbe il passaggio di consegna a letto del paziente maggiormente difficoltoso. Viene evidenziato che alcuni infermieri sono in grado di coinvolgere efficacemente i pazienti nel trasferimento delle informazioni, mentre altri no, attuando la consegna sulla porta della stanza di degenza, escludendo l'assistito. Una buona consegna dipende dalle capacità comunicative degli infermieri, dalla loro abilità nel riassumere i dati e di accentuare quelli più importanti, oltre che dall'assenza di barriere linguistiche. Si riflette sulle difficoltà emergenti dall'utilizzo di tre sistemi diversi di consegna. Sfruttando la verbal handover, written handover e gli appunti infermieristici, possono risultare tre diverse situazioni riguardanti il paziente. Emerge poi, l'efficacia dell'utilizzo di sistemi come la documentazione scritta o informatizzata a sostegno della comunicazione orale.
Note	/

Studio n. 2	S. Ryan, J.M. O'Riordan, S. Tierney, K.C. Conlon, P.F. Ridgway, 2011
Obiettivi	Verificare l'efficacia e l'efficienza del nuovo sistema di passaggio di consegna elettronico.
Metodologia	Studio prospettico.
Setting	Pronto soccorso e U.O. di chirurgia.
Partecipanti	Medici e medici chirurgici.
Interventi	Sono stati analizzati i dati riguardanti i ricoveri dei pazienti nel periodo di una settimana, prima dell'introduzione della electronic handover e una settimana, dopo l'utilizzo di questo sistema. È stata poi calcolata la durata della permanenza dei pazienti nei due periodi di ricerca. Si è confrontato l'ASA grade e la diagnosi di ricovero di ogni paziente e il tempo impiegato per mettere in atto il primo intervento.
Outcomes	Con l'introduzione della consegna elettronica è stata ottenuta una riduzione della durata dei ricoveri da 5 a 4 giorni, rispetto a quando veniva utilizzata la consegna scritta. Con questo sistema di semplice utilizzo, basso costo, efficace nel trasferimento delle informazioni, si va a favorire la continuità assistenziale.
Note	Viene ipotizzato che la riduzione della durata dei ricoveri sia associata alla maggior rapidità con cui si riescono ad ottenere gli interventi sul paziente sfruttando tale sistema.

Studio n. 3	Torbjörg Meum, Gunnar Ellingsen, 2011
Obiettivi	Studiare il cambiamento del sistema di trasmissione delle informazioni per via orale a quello per via elettronica.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	Psycho-geriatric ward, University Hospital della Norvegia del nord.
Partecipanti	Infermieri dell'UU.OO in cui viene attuato lo studio.
Interventi	Osservazione del contesto lavorativo per 200 ore e intervista agli operatori sociali e agli infermieri. Per ottenere informazioni aggiuntive sono state attuate sei interviste formali e cinque informali. Consultazione dell'electronic patient record per poter comparare le informazioni verbali e quelle scritte.

Outcomes	l'introduzione del nuovo sistema elettronico nell' U.O, nonostante le importanti difficoltà e limitazioni alle quali si è trovato di fronte, ha comportato dei risultati soddisfacenti. Si è riscontrato che la consegna elettronica e quella orale vanno a completarsi a vicenda, rinforzandosi.
Note	Questo studio è a sostegno dell'introduzione di un nuovo sistema per la trasmissione delle informazioni, che prevede l'utilizzo di nuove tecnologie a sostegno della comunicazione.

Studio n. 4 Alison Tucker, Janet Brandling, Peter Fox, 2009

Obiettivi	Discutere l'efficacia dell'introduzione della consegna scritta rispetto a quella orale al fine di migliorare l'efficienza e la completezza della consegna infermieristica.
Metodologia	Studio sperimentale.
Setting	UU.OO. per adulti, nell' Royal United Hospital nel Regno Unito.
Partecipanti	Infermieri di un' U.O. appartenente alla ricerca effettuata nel 2004.
Interventi	Viene introdotto il nuovo sistema di consegna, "written handover sheet" e viene messo in atto un confronto tra un' U.O. in cui questa viene utilizzata e in una in cui vige la consegna tradizionale.
Outcomes	Vi è un aumento della qualità delle informazioni trasmesse utilizzando la consegna scritta rispetto che quella orale. Si ha una riduzione del tempo trascorso lontano dai pazienti evitando il trasferimento di informazioni inutili e soggettive. Inoltre, gli infermieri aumentano la consapevolezza di essere responsabili della gestione e conservazione dei registri dei dati. Si può migliorare la sicurezza del paziente grazie al maggior numero di operatori che possono leggere e valutare i dati ad esso relativi e permette che l'infermiere abbia maggiori possibilità per restare a letto del paziente.
Note	Tale sistema non va a negare la necessità di trasmettere le informazioni oralmente, ma focalizzare l'attenzione sulla metodologia scritta. Ad ogni modo, non si riesce a determinare se il miglioramento rilevato sia dovuto al cambiamento nel metodo di consegna oppure allo stile di leadership presente nell' U.O.

Studio n. 5 Diana Jefferies, Maree Johnson e Daniel Nicholls, 2012

Obiettivi	Valutare come i problemi dei pazienti, gli interventi e i risultati vengono descritti nella consegna di tipo orale e in quella scritta e se vengono omesse informazioni importanti.
Metodologia	Studio retrospettivo.
Setting	Metropolitan health service in Australia.
Partecipanti	Infermieri che provvedono al trasferimento delle informazioni mediante consegna, nell'arco delle 24 ore in cui è stata messa in atto la raccolta dati.
Interventi	Sono state analizzate due raccolte dati: una riguardante la consegna scritta, in cui sono stati selezionati casualmente 20 esempi di documentazione tra i 67 iniziali e l'altra relativa alla consegna orale tradizionale. In questa, sono state utilizzate le informazioni relative a 195 consegne infermieristiche, provenienti da 9 diverse specialità cliniche, al fine di creare un minimum data set.
Outcomes	Viene evidenziato che la trasmissione delle informazioni per via orale è la modalità favorita dagli infermieri, grazie alla sua maggior comprensibilità. Con questo sistema, infatti, si provvede a fornire informazioni riguardo la storia clinica del paziente, i dettagli sul ricovero, l'assistenza infermieristica e gli interventi che vengono messi in atto.
Note	/

Studio n. 6 David Pothier, Pedro Monteiro, Mutuzua Mooktiar, Alison Shaw, 2005

Obiettivi	Confrontare quale tra consegna orale, scritta o con il "written sheet" risulta essere la più sicura.
Metodologia	Studio semi-sperimentale.
Setting	St Michael's Hospital, Gran Bretagna.
Partecipanti	5 infermieri volontari prestanti servizio presso il St Michael's Hospital.
Interventi	Osservazione della simulazione delle consegne per 12 pazienti in un ciclo di 5 consegne tra gli infermieri.
Outcomes	L'utilizzo di fogli preparati prima della consegna "written handover sheet", trasferiti ai colleghi del turno successivo, in associazione ad una consegna verbale, elimina quasi completamente la perdita di dati del paziente.
Note	L'introduzione dei dati riguardanti pazienti fittizi in un vero ciclo di consegna ha rischiato di togliere l'attenzione alle informazioni riguardanti gli assistiti reali, comportando un rischio per coloro che realmente necessitano di assistenza.

Studio n. 7	Stacey Bradley, Sarah Mott, 2012
Obiettivi	Introdurre la bedside handover in tre ospedali nell' Australia del sud.
Metodologia	Studio semi-sperimentale.
Setting	Tre UU.OO. per acuti.
Partecipanti	48 enrolled/registered nurses offertisi volontari per lo studio.
Interventi	Introduzione della bedside handover e confronto tra la situazione vigente precedentemente e in seguito al suo utilizzo per quanto riguarda il tempo impiegato e gli errori, oltre che le preferenze degli operatori che la utilizzano.
Outcomes	Introducendo la bedside handover è stata riscontrata una riduzione del tempo impiegato per il trasferimento delle informazioni e degli incidenti correlati alla scarsa qualità dei dati trasmessi, rispetto al sistema "a porta chiusa" utilizzato precedentemente.
Note	Lo studio dimostra che la bedside handover permette un risparmio di tempo, ma bisogna tener in considerazione che il campione utilizzato è limitato, dunque sono necessarie ulteriori analisi per poter generalizzare tali risultati.
Studio n. 8	Debra Kerr, Sai Lu, Louise McKinlay, Christine Fuller, 2011
Obiettivi	Descrivere le modalità di consegna infermieristica per un'organizzazione sanitaria e analizzare le percezioni riguardo la pratica corrente con cui vengono trasmesse le informazioni.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	Ospedale terziario in Australia.
Partecipanti	153 registered nurses di 23 UU.OO. di un ospedale in Australia.
Interventi	Somministrazione di un questionario agli infermieri partecipanti allo studio,
Outcomes	È stato riscontrato che il sistema utilizzato tradizionalmente nelle UU.OO. prese in esame determina importanti perdite di tempo, cambia a seconda dell'U.O. in cui viene messo in atto, non rende il paziente partecipe e probabilmente può influenzare in modo negativo gli standard assistenziali infermieristici e la documentazione sanitaria.
Note	Nonostante quanto è stato analizzato vi è notevole riluttanza ad indirizzare la consegna verso la bedside handover da parte degli infermieri intervistati.
Studio n. 9	Maryann Street, Paula Eustace, Patricia M Livingston, Melinda J Craike, Bridie Kent, Denise Patterson, 2011
Obiettivi	Identificare le limitazioni e i punti a favore dell'attuale sistema di consegna e favorire la bedside handover al fine di incrementare la sicurezza dei pazienti.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	18 UU.OO. in un importante ospedale australiano.
Partecipanti	259 infermieri
Interventi	Sono stati esaminati gli infermieri durante il processo di passaggio delle informazioni e in seguito gli è stato sottoposto un questionario. La seconda fase dello studio, a seguito dell'implementazione della bedside handover, prevede il controllo della documentazione e dei pazienti.
Outcomes	
Note	L'utilizzo di protocolli standardizzati per il passaggio di consegna a letto del paziente può incrementare la continuità assistenziale.
Studio n. 10	Anne McMurray, Wendy Chaboyer, Marianne Wallis, Joanne Johnson, Tanya Gehrke, 2011
Obiettivi	Esaminare le idee dei pazienti riguardo la loro partecipazione alla bedside handover.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	un ospedale del Queensland, Australia.
Partecipanti	10 pazienti in un ospedale del Queensland. Era necessario, per essere inclusi nello studio, che fossero in grado di tollerare almeno 30-60 minuti di intervista e che fossero stati ricoverati minimo per una notte.
Interventi	Sono stati intervistati i pazienti che hanno conosciuto la bedside handover nel loro ricovero del 2009,
Outcomes	È emerso l'apprezzamento dei pazienti per essere stati coinvolti nel loro processo assistenziale e per poter avere l'opportunità di controllare ciò che viene trasmesso durante le consegne, anche se molti di essi preferiscono mantenere un atteggiamento passivo.

Note	Il campione ridotto non permette di generalizzare i risultati ottenuti dallo studio.
------	--

Studio n. 11 Juergen Wildner, Paola Ferri, 2012

Obiettivi	Creare delle nuove conoscenze finalizzate a far intervenire il paziente nel passaggio di consegna e a risolvere le problematiche esistenti nella trasmissione delle informazioni.
Metodologia	Studio qualitativo.
Setting	Hospice “Santa Maria Nuova”, Emilia Romagna.
Partecipanti	Pazienti, famigliari e staff dell’Hospice.
Interventi	Somministrazione di un questionario agli infermieri e uno ai pazienti dopo che gli infermieri hanno messo in atto una bedside handover, sotto il controllo di un supervisore
Outcomes	Emerge un’importante apprezzamento da parte dei pazienti e infermieri riguardo l’utilizzo della bedside handover, come sistema che permette una trasmissione più completa delle informazioni, permette di rinforzare il rapporto con i pazienti e una maggior sicurezza.
Note	/

Studio n. 12 Debra Kerr, Sai Lu, Louise McKinlay, Christine Fuller, 2014

Obiettivi	Valutare le idee degli infermieri e ostetriche riguardo l’introduzione della bedside handover.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	Unità Operative di medicina, chirurgia e maternità.
Partecipanti	30 partecipanti, tra cui 20 infermieri delle UU.OO. di medicina e chirurgia e 10 ostetriche.
Interventi	Circa 12 mesi dopo l’introduzione della bedside handover in ogni U.O. in cui è stato attuato lo studio, sono state svolte delle interviste semistrutturate, riguardanti questioni come rischi, benefici e limiti della consegna a letto del paziente.
Outcomes	Dallo studio emerge che dopo l’introduzione della bedside handover, gli standard assistenziali, la documentazione e la continuità assistenziale, sono migliorati. Viene evidenziata, però, la preoccupazione relativa a come trattare i dati e le informazioni sensibili per i pazienti.
Note	Lo sviluppo di strumenti specifici per le UU.OO e le risorse educative vengono riconosciuti come elementi che possano permettere l’integrazione della bedside handover nella pratica clinica.

Studio n. 13 Stacey Bradley and Sarah Mott, 2014

Obiettivi	Valutare il processo e i risultati dell’introduzione della bedside handover.
Metodologia	Studio semi-sperimentale e
Setting	Tre Unità Operative per acuti in tre piccoli ospedali dell’ Australia del sud.
Partecipanti	9 pazienti, tra cui 5 donne e 4 uomini e 48 enrolled/registered nurses. Era necessario che gli infermieri partecipanti allo studio prestassero servizio prima dell’introduzione della bedside handover e dopo.
Interventi	Sono state attuate delle interviste agli infermieri, della durata di 30/75 minuti ciascuna, quelle a cui sono stati sottoposti i pazienti, invece, avevano una durata di 10/30 minuti.
Outcomes	Emerge la preferenza per la bedside handover, sia da parte del personale, sia da parte dei pazienti. In questo modo vi è un maggior coinvolgimento del paziente nel suo processo assistenziale, avendo l’opportunità di conoscere chi si prende cura di lui e potendo intervenire nella discussione riguardante la sua assistenza. In questo modo si provvede a garantire l’utilizzo di un approccio centrato sul paziente.
Note	Lo studio rinforza l’importanza della cura centrata sul paziente e sostiene lo sviluppo più in generale per aumentare la salute e la soddisfazione dell’assistito.

Studio n. 14 Deby Evans, Julie Crunawait Donna McCiish, Winnie Wood, Christopher R. Frieze, 2012

Obiettivi	Aumentare la soddisfazione del personale sanitario, rendendo possibile che gli infermieri abbiano a disposizione il tempo necessario affinché possano porre domande a coloro che gli forniscono le informazioni e possano lasciare il posto di lavoro nei tempi prestabiliti. Ma anche la soddisfazione degli assistiti ricoverati, correlata ad un incremento dell'assistenza centrata sui pazienti.
Metodologia	Studio sperimentale.
Setting	Unità Operativa di medicina e chirurgia da 32 posti letto dell' University of Michigan Hospital and Health Centers.
Partecipanti	Infermieri nelle UU.OO. in cui è stata introdotta la bedside handover.
Interventi	Inizialmente è stata attuata una revisione della letteratura, che ha fatto emergere la bedside handover come sistema efficace per il passaggio di consegna. È stata sperimentata su un gruppo di 8 posti letto e poi su tutta l'Unità Operativa. È stata quindi introdotta una procedura standard di trasmissione delle informazioni. Sono state attuate delle interviste agli infermieri prima e dopo l'introduzione della bedside handover.
Outcomes	Riduzione del tempo impiegato per il passaggio di consegna, aumento della soddisfazione degli infermieri riguardo questa nuova metodologia e riduzione del linguaggio non condiviso, come ad esempio acronimi e abbreviazioni non conosciute o non chiare. Inoltre si è evidenziato un miglioramento del flusso di lavoro, riguardante il minor tempo impiegato per poter iniziare le attività assistenziali. Infatti, i pazienti più acuti possono essere visti entro mezz'ora dall'inizio del turno e gli infermieri possono raccogliere i dati direttamente su di loro, piuttosto che per "sentito dire". In sostanza gli infermieri possono ricevere delle consegne più accurate, senza distrazioni, possono valutare direttamente l'area e le condizioni in cui si trova l'assistito e porre direttamente domande se necessario. È stato evidenziato anche un incremento della soddisfazione dei pazienti, in quanto vengono resi direttamente partecipi della loro assistenza e conoscono più approfonditamente coloro ai quali sono affidati.
Note	/

8.2 Caratteristiche degli studi esclusi

Studio n. 1 Stephen James, Sara Quirke and Karen McBride-Henry, 2013

Obiettivi	Esplorare le esperienze degli infermieri nel processo di passaggio dei pazienti dalla terapia intensiva alle altre Unità Operative di base.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	In un Metropolitan Hospital in Nuova Zelanda.
Partecipanti	Infermieri della terapia intensiva e delle Unità Operative di base dell' ospedale in cui si è svolto lo studio.
Interventi	Somministrazione di 94 questionari agli infermieri della terapia intensiva e 108 a quelli delle Unità Operative di base.
Outcomes	Si è riscontrato che l'utilizzo di approcci standardizzati per la trasmissione delle informazioni va ad aumentare la sicurezza dei pazienti. Inoltre, è importante che gli infermieri siano in grado di determinare il tempo e la tipologia della consegna.
Note	/

Studio n. 2 Anat Drach-Zahavy, Olga Shilman, 2014

Obiettivi	Indagare la partecipazione dei pazienti al passaggio di consegna, valutare l'influenza delle caratteristiche personali sul livello di partecipazione e esaminare quali sono gli effetti della presenza di altri soggetti durante la trasmissione delle informazioni (infermiera coordinatrice, famigliari, ecc..).
Metodologia	Studio trasversale qualitativo e quantitativo
Setting	5 UU.OO. di chirurgia.
Partecipanti	Infermieri e pazienti presenti nelle UU.OO in cui viene eseguito lo studio.
Interventi	Osservazione del processo di trasmissione delle informazioni, distinguendo il comportamento dei pazienti e quello degli infermieri.
Outcomes	È emersa la necessità che gli infermieri vengano istruiti sulla comunicazione e le diverse metodologie con cui coinvolgere i pazienti durante la consegna. Gli infermieri dovrebbero, inoltre essere in grado di includere alcuni soggetti che si dimostrino elementi a sostegno della comunicazione, come l'infermiere coordinatore o i famigliari. Emerge anche l'importanza che il paziente venga istruito su quali informazioni trasmettere e quali sono i membri dello staff su cui fa affidamento.
Note	È importante che gli infermieri abbiano un atteggiamento cordiale, chiamino i pazienti per nome, evitino le interruzioni e stiano attenti alle loro richieste.

Studio n. 3 Wendy Chaboyer, Anne McMurray, Marianne Wallis, 2010

Obiettivi	Valutare i processi e le percezioni riguardanti la bedside handover, in modo tale da favorire la sua attuazione.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	6 UU.OO. in due grandi ospedali australiani. Gli ambiti erano quelli della chirurgia, medicina e riabilitazione.
Partecipanti	Infermieri appartenenti alle UU.OO. prese in esame.
Interventi	Osservazione del processo di trasmissione delle informazioni e interviste ai membri dell'équipe infermieristica.
Outcomes	Miglioramento dell'accuratezza delle consegne, assistenza maggiormente centrata sul paziente e miglioramento dei servizi forniti dagli infermieri.
Note	La trasmissione delle informazioni durante la bedside handover veniva spesso diretta utilizzando la SBAR.

Studio n. 4 Tina Cann, Anne Gardner, 2011

Obiettivi	Valutare gli effetti sugli assistiti e sugli operatori sanitari dello sviluppo della " <i>Practice Partnership Model of Care</i> ".
Metodologia	Studio sperimentale.
Setting	U.O. di chirurgia.
Partecipanti	1115 pazienti ricoverati prima dell'introduzione della " <i>Practice Partnership Model of Care</i> " e 1069 ricoverati successivamente.
Interventi	Introduzione della " <i>Practice Partnership Model of Care</i> " mediante un programma educativo, dopo aver sottoposto gli infermieri ad un questionario riguardante gli elementi negativi relativi al sistema di lavoro vigente e dopo lo svolgimento di modifiche ambientali. Lo studio si è svolto mediante una raccolta dati di sei mesi prima dell'introduzione del nuovo modello e sei mesi dopo.
Outcomes	Aumento della sicurezza dei pazienti, rilevata con una riduzione delle cadute e errori nel processo assistenziale, soddisfazione riguardo l'assistenza, misurata con una riduzione dell'utilizzo dei campanelli di chiamata e dei reclami. Miglior soddisfazione degli operatori sanitari, rilevata con una riduzione delle malattie.
Note	" <i>Practice Partnership Model of Care</i> " ha quattro componenti: lavoro d'équipe, consegna a letto del paziente, turni adeguati e modifiche ambientali.

Studio n. 5 David C Cone, Paul M Middleton, Sadaf Marashi Pour, 2012

Obiettivi	Quantificare il numero di ritardi nella trasmissione delle informazioni dall' Ambulance Service of New South Wales e studiare i fattori relativi ai pazienti e alle consegne, correlati a tali ritardi.
Metodologia	Studio retrospettivo.
Setting	Ambulance Service of New South Wales
Partecipanti	/
Interventi	Analisi della documentazione relativa ai pazienti trasportati in ambulanza nel periodo di Gennaio, Aprile, Luglio e Ottobre 2009.
Outcomes	È stato identificato che il maggior numero di ritardi si verifica negli ospedali più grandi, ad eccezione che per i pazienti più gravi. Lo studio evidenzia che riducendo i ritardi di 30 minuti, si avrebbero 7 ambulanze disponibili in più nel territorio.
Note	Le informazioni ottenute in questo studio sono dichiarate insufficienti per fare delle stime accurate sui benefici del personale supplementare sul territorio.

Studio n. 6 Maureen Deacon, Michelle Cleary, 2012

Obiettivi	Analizzare il comportamento degli infermieri di salute mentale per acuti.
Metodologia	Studio osservazionale.
Setting	U.O. di salute mentale per acuti.
Partecipanti	Membri dell'èquipe sanitaria e pazienti.
Interventi	Descrizione dettagliata di ciò che veniva osservato, commenti circa il ruolo dell'osservatore, analisi e commenti.
Outcomes	Questo studio va a dimostrare come gli infermieri compiano lavoro di squadra nell'ambito della salute mentale in fase acuta. Spesso la grande quantità di informazioni che devono essere trasmesse viene riassunta con delle metodologie particolari e non risulta sempre facile, visto che qualsiasi comportamento del paziente in un contesto così delicato può risultare rilevante per la sua assistenza.
Note	/

Studio n. 7 Dee Drew, 2011

Obiettivi	Studiare i processi di consegna messi in atto dagli infermieri di comunità.
Metodologia	Studio qualitativo
Setting	Ospedale di comunità nel West Midlands, Inghilterra
Partecipanti	Due gruppi di infermieri di comunità
Interventi	Osservazione dei partecipanti e sottoposizione degli infermieri ad interviste semi-strutturate.
Outcomes	Dallo studio emerge l'importanza di proteggere il tempo da dedicare alla trasmissione delle informazioni, in secondo luogo, il senso di isolamento che si trovano ad affrontare gli infermieri di comunità per gran parte della loro giornata, viene alleviato dalle discussioni che si verificano durante il passaggio di consegna.
Note	Viene riportato nello studio che il campione poco numeroso non permette una generalizzazione dei risultati.

Studio n. 8 Robert Habicht, Lauren Block, Kathryn Novello Silva, Nora Oliver, Albert Wu, Leonard Feldman, 2015

Obiettivi	Studiare i limiti delle attuali pratiche di trasmissione delle informazioni.
Metodologia	Studio osservazionale
Setting	UU.OO. di medicina in due academic medical centres a Baltimora.
Partecipanti	39 medici specializzandi.
Interventi	Osservazione dei due ambiti di studio in cui veniva messa in atto la consegna verbale.
Outcomes	In entrambi gli ambiti la consegna veniva messa in atto "faccia a faccia", in un luogo privato, utilizzando anche la documentazione scritta. Le interruzioni avvenivano frequentemente, in modo particolare nel sito 1, come le domande di chiarimento.
Note	nel sito 2, la consegna veniva messa in atto utilizzando la SBAR.

Studio n. 9 R. Millar, N. Sands, 2012

Obiettivi	Identificare la frequenza e il tipo di rischio derivante dalla comunicazione nel corso dei turni di lavoro infermieristici e il modo in cui questa veniva messa in atto e identificare le pratiche di comunicazione efficaci e inefficaci
Metodologia	Studio osservazionale.
Setting	U.O. di psichiatria con 25 posti di degenza, 5 dei quali per pazienti in condizioni particolarmente gravi.
Partecipanti	Infermieri che lavorano nell'U.O. presa in esame.
Interventi	Osservazione delle consegne e compilazione del CAT, "Clinical Audit Tool" assieme alla consultazione di cartelle cliniche per studiare la consegna scritta e l'accuratezza delle informazioni trasferite verbalmente durante la consegna.
Outcomes	Viene evidenziato che spesso le informazioni che venivano trasmesse erano incomplete, determinando delle conseguenze negative sui pazienti. In base alla gravità del paziente, spesso informazioni come quelle riguardanti la sua storia vengono omesse, determinando una scarsa qualità assistenziale e un'aumento della durata della degenza. Inoltre, in base alle caratteristiche del paziente, le consegne venivano trasmesse oralmente oppure per via scritta.
Note	Nello studio viene affermato che visti i risultati ottenuti, sarebbe necessario provvedere all'introduzione della SBAR a sostegno della comunicazione.

Studio n. 10 Donna M. Reinbeck, Virginia Fitzsimons, 2013

Obiettivi	Istituire un sistema di trasmissione delle informazioni che permettesse di garantire la sicurezza dei pazienti.
Metodologia	Studio sperimentale.
Setting	Ospedale di comunità da 592 posti di degenza.
Partecipanti	Tutti gli infermieri prestanti servizio presso l'ospedale.
Interventi	Introduzione della bedside handover in associazione alla SBAR.
Outcomes	Utilizzando il metodo descritto nello studio le interruzioni dovute dai medici e dalle telefonate, che affliggevano il vecchio metodo, si sono notevolmente ridotte. Inoltre, il tempo impiegato per il passaggio delle informazioni è diminuito. La soddisfazione degli infermieri è aumentata grazie al fatto che con questo metodo riescono a vedere i loro pazienti nei primi 30 minuti del turno. Vedere l'assistito durante il passaggio delle informazioni incentiva gli infermieri a porre delle domande sul suo riguardo e i pazienti sono stimolati a partecipare alla discussione. Con questo sistema vi è un aumento della fiducia e trasparenza.
Note	Dal 1 dicembre 2011 in nella struttura analizzata la bedside handover divenne la modalità obbligatoria per la trasmissione delle informazioni.

Studio n. 11 Craig H. Gosdin, Lisa Vaughn, 2012

Obiettivi	Confrontare le idee dei caregiver riguardo la bedside handover e la modalità di consegna tradizionale, individuando quali elementi i caregiver ritengono siano importanti per migliorare il processo di consegna.
Metodologia	Studio qualitativo.
Setting	Liberty Campus of Cincinnati Children's Hospital Medical Center.
Partecipanti	34 soggetti, tra cui medici, infermieri, studenti e famigliari del paziente.
Interventi	Innanzitutto i partecipanti sono stati sottoposti ad un questionario volto ad indagare le loro idee riguardo quale sarebbe il metodo più efficace per trasmettere le informazioni durante le consegne. Dopodiché sono stati divisi in gruppi per discutere le loro idee a riguardo.
Outcomes	Nel confronto tra i due sistemi non ne è stato individuato uno di migliore, è stata evidenziata, però, la necessità di migliorare la consegna in generale. si è evidenziato che per incrementare la qualità delle consegne, è necessario rendere partecipi anche i caregiver, indipendentemente dal luogo in cui viene messa in atto la consegna.
Note	Un limite dello studio è quello di aver reso partecipi i medici nella discussione in gruppo, rendendo possibile l'influenzamento dei risultati.

Studio n. 12 Stephen L. Murray, Robert Crouch, Mark Ainsworth-Smith, 2010

Obiettivi	Valutare l'accuratezza delle informazioni trasmesse dal contesto extraospedaliero alla documentazione del pronto soccorso.
Metodologia	Studio retrospettivo.
Setting	University Teaching Hospital's Emergency Department
Partecipanti	/
Interventi	Sono state confrontate le documentazioni dei pazienti prima dell'accesso al pronto soccorso, registrate dall'equipaggio dell'ambulanza e quelle completate in pronto soccorso.
Outcomes	Emerge che molte informazioni registrate dall'equipaggio dell'ambulanza risultavano incomplete.
Note	Nello studio non sono state analizzate tutti gli elementi della documentazione di pronto soccorso, né la trasmissione delle informazioni per via verbale.

Studio n. 13 Sharon Klim, Anne-Maree Kelly, Debra Kerr, Sallie Wood and Terence McCann, 2013

Obiettivi	Studiare la percezione degli infermieri che lavorano in pronto soccorso riguardo le pratiche attuali di consegna e le componenti essenziali per una consegna infermieristica efficace.
Metodologia	Studio descrittivo.
Setting	Pronto soccorso.
Partecipanti	Registered nurses e enrolled nurses che prestavano assistenza in U.O di pronto soccorso nel periodo dello studio.
Interventi	Innanzitutto gli infermieri sono stati sottoposti ad un questionario anonimo, in cui dovevano indicare da chi preferivano ricevere le informazioni durante il passaggio di consegna, dove vorrebbero che venisse condotto e la strutturazione della consegna che rinengono sia essere migliore. Successivamente è stato chiesto agli infermieri di rispondere ad un altro questionario di 21 domande, relative alle loro percezioni in merito alla consegna infermieristica. Infine, sono stati costituiti dei gruppi di discussione, in cui l'investigatore dirigeva il confronto.
Outcomes	Gli infermieri sostengono che sia più efficace che le informazioni che ricevono siano riguardanti solo i pazienti che hanno in carico, con la modalità della bedside handover. Ciononostante, emerge che gli infermieri sono soddisfatti delle pratiche attuali di consegna, anche se alcune aree sono carenti e devono essere strutturate più precisamente, in quanto vi è il rischio che alcune informazioni importanti non vengano trasmesse.
Note	/

BIBLIOGRAFIA

Bradley S, Mott S. Handover: Faster and safer? 2012.

Bradley S, Mott S. Adopting a patient-centred approach: An investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *J Clin Nurs* 2014;23(13-14):1927-1936.

Brebner J, Sandhu K, Addison C, Kapadia S. Implementing electronic patient handover in a district general hospital. *Clin Risk* 2011;17(3):92-96.

Boutilier S. Leaving critical care: facilitating a smooth transition. *Dimens Crit Care Nurs* 2007;26(4):137-142; quiz 143-144.

Carlson SA. Make it a habit: 2 weeks to bedside report. *Nurs Manage* 2013;44(3):52-54.

Chaboyer W, McMurray A, Johnson J, Hardy L, Wallis M, Chu FY. Bedside handover; Quality improvement strategy to transform care at the bedside. *J Nurs Care Qual* 2009;24(2):136-142.

Cohen MD, Hilligoss PB. The published literature on handoffs in hospitals: Deficiencies identified in an extensive review. *Qual Saf Health Care* 2010;19(6):493-497.

Evans D, Grunawalt J, McClish D, Wood W, Friesse CR. Bedside shift-to-shift nursing report: implementation and outcomes. *Medsurg Nurs* 2012;21(5):281-"284, 292".

Frankel RM, Flanagan M, Ebright P, Bergman A, O'Brien CM, Franks Z, et al. Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Quality & Safety* 2012 December 01;21(Suppl 1):i121-i128.

Greenstein EA, Arora VM, Staisiunas PG, Banerjee SS, Farnan JM. Characterising physician listening behaviour during hospitalist handoffs using the HEAR checklist. *BMJ Qual Saf* 2013;22(3):203-209.

Hannaford N, Mandel C, Crock C, Buckley K, Magrabi F, Ong M, et al. Learning from incident reports in the Australian medical imaging setting: Handover and communication errors. *Br J Radiol* 2013;86(1022).

Kerr D, Lu S, McKinlay L, Fuller C. Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *Int J Nurs Pract* 2011;17(4):342-350.

Kerr D, Lu S, Mckinlay L. Towards patient-centred care: Perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *Int J Nurs Pract* 2014;20(3):250-257.

Khanna V, Sambandam SN, Gul A, Mounasamy V. "WhatsApp"ening in orthopedic care: a concise report from a 300-bedded tertiary care teaching center. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2015;25(5):821-826.

Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemp Nurse* 2012;42(1):129-138.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. FAQs for the 2006 national patient safety goals. Retrieved September 2006;1:2006.

Johnson M, Cowin LS. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *J Nurs Manage* 2013;21(1):121-129.

McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian* 2011;18(1):19-26.

Meum T, Ellingsen G. 'Sound of silence' - Changing from an oral to a computer-mediated handover. *Behav Inf Technol* 2011;30(4):479-488.

Pothier D, Monteiro P, Mooktiar M, Shaw A. Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *Br J Nurs* 2005;14(20):1090-1093.

Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D, Bjørn B, Lilja B, Mogensen T. Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf* 2011;20(3):268-274.

Randell R, Wilson S, Woodward P. The importance of the verbal shift handover report: A multi-site case study. *Int J Med Informatics* 2011;80(11):803-812.

Reinbeck DM, Fitzsimons V. Improving the patient experience through bedside shift report. *Nurs Manage* 2013;44(2):16-17.

Ryan S, O'Riordan JM, Tierney S, Conlon KC, Ridgway PF. Impact of a new electronic handover system in surgery. *Int J Surg* 2011;9(3):217-220.

Ruth F. Craven, Costance J. Hirnle (2011) *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Milano: casa editrice Ambrosiana; 253-273

Scovell S. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard* 2010;24(20):35.

Staggers N, Blaz JW. Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. *J Adv Nurs* 2013;69(2):247-262.

Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *Int J Nurs Pract* 2011;17(2):133-140.

Tucker A, Brandling J, Fox P. Improved record-keeping with reading handovers. *Nurs Manag (Harrow)* 2009;16(8):30-34.

Wildner J, Ferri P. Patient participation in change-of-shift procedures: The implementation of the bedside handover for the improvement of nursing quality in an Italian hospice. *J Hospice Palliative Nurs* 2012;14(3):216-224.

Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: Observational study. *Qual Saf Health Care* 2008;17(1):71-75.

Wohlauer M. Fragmented care in the era of limited work hours: a plea for an explicit handover curriculum. *BMJ Quality & Safety* 2012 December 01;21(Suppl 1):i16-i18.

World Health Organization. Communication during patient hand-overs. Joint Commission International, 1. 2007.

SITOGRAFIA

http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739.pdf

Data ultima consultazione: 20.08.2015

<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>

Data ultima consultazione: 20.08.2015

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_normativa_263_allegato.pdf

Data ultima consultazione: 20.08.2015

<http://www.consiglio Veneto.it/crvportal/leggi/2007/07lr0034.html?numLegge=34&annoLegge=2007&tipoLegge=Alr>

Data ultima consultazione: 25.08.2015

http://www.ilsole24ore.com/SoleOnLine4/Speciali/2005/Documenti%20lunedì/10ottobre2005/LA%20RESPONSABILITÀ%20CIVILE_RIFERIMENTI_B/CodicePenale_artt_da_476_a_493bis.pdf?cmd%3Dart

Data ultima consultazione: 28.08.2015

<http://www.diritto24.ilsole24ore.com/guidaAlDiritto/codici/codicePenale/articolo/394/art-328-rifiuto-di-atti-di-ufficio-omissione.html>

Data ultima consultazione: 28.08.2015

http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_normativa_263_allegato.pdf

Data ultima consultazione: 28.08.2015

<http://www.diritto-civile.it/Le-Obbligazioni/responsabilita-extracontrattuale.html>

Data ultima consultazione: 01.09.2015