



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina Molecolare
Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche
Presidente CCL – Prof. Renzo Zanotti

TESI DI LAUREA:

**INTERVENTO PER MODIFICARE LE MODALITA' DI
ATTUAZIONE DELLE CONSEGNE INFERMIERISTICHE:
VALUTAZIONE BEFORE AND AFTER**

Relatore: Prof.ssa Alessandra Buja
Correlatore: Dott. Antonello Carta

Laureando: Bergamin Sara
Matricola: 1241740

Anno Accademico 2022-2023

INDICE

ABSTRACT	pag. 1
<i>Introduzione</i>	pag. 2
CAPITOLO I - DESCRIZIONE DEL FENOMENO	pag. 3
1.1 Le consegne infermieristiche	pag. 3
<i>1.1.1 Le consegne infermieristiche a letto del paziente</i>	pag. 4
<i>1.1.2 SBAR</i>	pag. 8
<i>1.1.3 Il contesto di Medicina Interna</i>	pag. 10
1.2 La normativa	pag. 13
1.3 La comunicazione	pag. 14
CAPITOLO II - METODI	pag. 21
2.1 Descrizione del contesto	pag. 21
2.2 Descrizione dell'indagine	pag. 24
<i>2.2.1. Il questionario</i>	pag. 26
CAPITOLO III - RISULTATI	pag. 27
3.1 Il questionario socio-anagrafico	pag. 27
3.2 Risultati dello studio	pag. 33
<i>Discussione</i>	pag. 37
<i>Conclusioni</i>	pag. 39
<i>Limiti</i>	pag. 40
BIBLIOGRAFIA	pag. 41
SITOGRAFIA	pag. 45
INDICE ALLEGATI	pag. 47

ABSTRACT

Background

Le Consegne infermieristiche al Letto del Paziente (CLP) consistono nel passaggio di informazioni clinico-assistenziali tra infermieri. La comunicazione è imprescindibile per il professionista infermiere e lo diviene ancora di più laddove da essa deriva una diminuzione del rischio di errore. Questa premessa è stata la situazione/stimolo che ha orientato il progetto.

Scopo

Lo scopo è di indagare se la consegna infermieristica tra infermieri, con la partecipazione attiva del paziente, possa offrire importanti vantaggi per il personale e per i pazienti.

Materiali e metodi

L'indagine ha visto un primo stadio dedicato alla ricerca in letteratura delle pubblicazioni specifiche per il problema individuato. Successivamente si è proceduto con una formazione interna per il personale e con il verificare se il quesito formulato trovasse corrispondenza nella realtà locale, tramite la somministrazione di un questionario volto ad indagare l'opinione degli infermieri in merito al nuovo metodo utilizzato.

Risultati

Da questo confronto, dopo la formazione, emerge che gli infermieri ritengono che vi siano vantaggi relativi all'implementazione del passaggio di consegne al letto sia per il paziente che per l'infermiere. L'opinione degli infermieri sul coinvolgimento del paziente si modifica negativamente. Ad un mese dall'implementazione del metodo di consegna, sono emerse anche le difficoltà e le obiezioni degli infermieri. Tra le più frequenti si annoverano: violazione della *privacy*; disturbo del paziente; il tempo per la consegna; la performance dell'infermiere e l'utilizzo di linguaggio tecnico-professionale.

Conclusioni

Una forma "ibrida" di passaggio di consegna, in cui coesistano momenti di passaggio sia lontani che vicini al letto del paziente, dovrebbe rappresentare la forma da preferire. Attualmente questo metodo si sta consolidando tra il turno del mattino e quello del pomeriggio. Le implicazioni future saranno quelle di rilevare la qualità dell'assistenza percepita dal paziente attraverso il suo coinvolgimento. In merito al progetto relativo alla progettazione delle fasi di pianificazione ed attuazione del Ciclo del Miglioramento "Consegne a letto del paziente", si prevedono le fasi di valutazione e verifica delle azioni.

INTRODUZIONE

Nel D.M. 739/94, al secondo comma dell'Articolo 1, si afferma che "L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria".

La comunicazione, in particolare tra pazienti e professionisti della sanità, è stata identificata come alla base della "cura centrata sul paziente" che è caratterizzata dalla qualità delle interazioni e della relazione fortemente radicata nel concetto di fiducia (Epstein et al. 2010). È sempre più riconosciuto che la comunicazione è un fattore importante negli errori sanitari. Un passaggio di consegne inappropriato è fonte di rischio poiché può condurre ad una scarsa conoscenza del paziente ed impatta sia sulla sicurezza dello stesso che sui risultati clinici (Malfait et al., 2019).

Come riportato in letteratura, ed al fine di ridurre il rischio di perdita di informazioni, una possibile strategia è quella di minimizzare i fattori di disturbo derivanti dal luogo fisico e di coinvolgere maggiormente il paziente nel processo di *handover* effettuando il passaggio delle consegne al letto del paziente.

La motivazione alla base della stesura di questo elaborato risiede nell'interesse per gli aspetti della comunicazione in sanità e dei suoi risvolti relativi alla clinica.

A fronte di quanto sopradescritto, l'indagine si è concentrata in ambiti assistenziali quali l'U.O. di Medicina Interna di Dolo dell'Ulss 3 Serenissima il cui personale infermieristico, tra cui la scrivente, ha espresso il desiderio di voler approfondire la tematica in oggetto.

Il modello di passaggio delle consegne al letto del paziente riguarda il luogo fisico. Di pari passo, nel 2023, le Unità Operative (UU.OO.) di area medica saranno coinvolte nella formazione sull'introduzione del modello S.B.A.R. (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) per la standardizzazione dell'*handover*.

Lo scopo dello studio è stato quello di voler indagare l'associazione tra le consegne al letto del paziente e maggiori vantaggi percepiti degli infermieri.

CAPITOLO I - DESCRIZIONE DEL FENOMENO

1.1 Le consegne infermieristiche

Il processo di consegna del paziente è una parte preziosa ed essenziale dei processi di cura negli ospedali e la qualità della comunicazione è stata identificata come base delle cure centrate sul paziente e della relazione di cura che ha, come caratteristica intrinseca, la fiducia. Questo può essere un fattore che permette di aumentare la qualità e l'efficacia delle cure (*Ministero Della Salute*).

Joint Commission definisce le seguenti potenzialità riconducibili alla consegna comunicativa:

- La condivisione delle informazioni;
- La continuità della cura;
- La protezione del paziente;
- L' apprendimento cooperativo;
- Lo sviluppo della collaborazione nel gruppo;
- Il sostegno per i membri dell' équipe;
- L'esplicitazione di conoscenze ed esperienze, e quindi, formazione continua tra colleghi (Basso et al., 2012).

Il passaggio di consegne cliniche è un evento di comunicazione di routine definito come il trasferimento di responsabilità tra professionisti, per alcuni o tutti gli aspetti, relativo alla cura di un paziente, o di un gruppo di pazienti, su base temporanea o permanente. Lo scopo di ogni passaggio di consegne è quello di trasmettere informazioni cliniche di alta qualità quando la responsabilità della cura del paziente viene ceduta, ad esempio, ad un altro turno o ad un'altra persona, durante la dimissione o il trasferimento dell'assistito. La trasmissione accurata delle informazioni alla fine dei turni è una delle principali funzioni di consegna, essa punta a descrivere l'evoluzione della cura, referti clinici, cambiamenti del paziente e dei suoi bisogni (Raeisi et al., 2019).

Questa interazione è riconosciuta come dinamica e complessa, eppure vi è poco consenso relativamente alla sua funzione primaria ed alla sua struttura (Bruton et al., 2016). Una consegna efficace richiede competenza e abilità ed è uno dei passaggi più importanti per garantire la continuità dell'assistenza al paziente stesso. Sebbene sia uno strumento

necessario per la trasmissione di informazioni accurate sulle condizioni degli assistiti, sul trattamento e sui bisogni attesi, può rivelarsi inefficace o addirittura dannosa se le informazioni sono incomplete oppure omesse.

Più della metà degli infermieri italiani, infatti, si dichiara insoddisfatto delle modalità di consegne a causa delle numerose interferenze ed interruzioni, mancanza di tempo e spazio dedicato che può portare a perdita della concentrazione, ritardo nella conclusione del lavoro, vulnerabilità e insicurezza del personale con conseguenti effetti negativi sulla capacità degli infermieri di rispondere adeguatamente alle richieste assistenziali (Damico, Murano and Cazzaniga, 2018).

Inoltre, le consegne infermieristiche sono sempre più riconosciute come un importante fattore di rischio negli errori in sanità con un forte impatto sia sulla sicurezza del paziente sia sui risultati clinici, esse sono una delle principali cause prevenibili di danno al paziente (Malfait et al., 2019).

1.1.1 Le consegne infermieristiche a letto del paziente

In letteratura vengono identificati i seguenti stili di consegna che si caratterizzano per le diverse modalità (Messam & Pettifer, 2009):

- Forma scritta, su carta o informatizzata;
- Forma orale;
- Tramite videoregistrazione/audio registrazione, con la possibilità di rileggere/riascoltare più volte le informazioni ove necessario;
- Combinazione di metodi.

La trasmissione dell'informazione può avvenire:

- *Face to face* di coppia, tra chi dà le consegne e chi le riceve;
- Di gruppo.

Gli attori coinvolti nel processo possono essere:

- Mono professionali;
- Multiprofessionali → è una modalità da preferire ed incoraggiare, perché permette a tutta l'équipe di venire a conoscenza di dettagli utili per la presa in carico globale.

Il luogo fisico per la consegna:

Le consegne dovrebbero essere date in un luogo non disturbato da eventuali interruzioni e sufficientemente appartato per assicurare la riservatezza (Smith, 1986; Kerr, 2002). Secondo altri autori, invece, è da preferirsi un passaggio delle consegne *at the bed side*, in quanto promuove il coinvolgimento del paziente assicurando la sua interazione con professionisti per concordare il piano assistenziale (Arora et al., 2009; Webster, 1999). Le consegne infermieristiche al Letto del Paziente (CLP) consistono, infatti, nel passaggio di informazioni clinico-assistenziali tra infermieri con la partecipazione attiva del paziente ed eventualmente del *caregiver* presente. In letteratura vengono anche denominate come “*Bedside Nursing Hand-Over*” o “*Bedside Shift Report*”.

Quest’ultima modalità previene la stereotipizzazione dei pazienti, scoraggia commenti e fa risparmiare tempo (Burns – Stewart, 1981). Esiste una sostanziosa letteratura a supporto del passaggio delle consegne al letto del paziente. Questo metodo si è sviluppato nei reparti dove si applica il *Primary Nursing* ed è ritenuto da molti autori un’alternativa interessante alla consegna tradizionale. Gli infermieri ricevono le consegne al letto dei pazienti, dai colleghi che stanno concludendo il turno. Vengono escluse le informazioni che non possono essere discusse apertamente, per rispettare la *privacy*. Questa modalità di consegna coinvolge i pazienti nella pianificazione e facilita il contatto con il personale infermieristico. Gli infermieri possono completare le informazioni scritte e verbali con l’osservazione diretta, ma anche familiarizzando con pazienti e parenti, su problemi e decisioni (Benaglio et al., 2006).

Uno studio qualitativo, ha rilevato che alcuni infermieri si fermavano sulla porta senza avvicinarsi ai pazienti, e trascuravano gli aspetti emotivi, concentrandosi sulla pratica. Tuttavia, in questo studio è stato evidenziato l’apprezzamento da parte dei pazienti per le consegne al letto, in quanto il partecipare alla consegna risponde al bisogno di informazione e di coinvolgimento; inoltre percepiscono un sostegno emotivo e segnalano che la loro partecipazione evita equivoci e informazioni scorrette (Cahill, 1998). Gli autori hanno argomentato che, se il modello adottato è quello medico tradizionale o basato sui compiti e non sull’assistenza personalizzata, allora il cambiamento nelle modalità di consegna non ne modifica la qualità.

In uno studio condotto in un reparto di geriatria, è stato sperimentato il cambiamento della consegna svolgendola al letto del paziente. A distanza di un anno, è stata riscontrata una

risposta positiva da parte di metà degli infermieri, che voleva continuare con la nuova modalità. È stata registrata incertezza dall'altra metà degli infermieri, che ad ogni modo riconosceva un miglioramento nella qualità dell'informazione scritta, nel rispetto della *privacy* e nella relazione con i pazienti e i familiari (Webster, 1999).

La preoccupazione iniziale di fare una consegna di scarsa qualità, per l'impossibilità di comunicare al collega la diagnosi medica davanti al paziente, era ridimensionata in quanto questa informazione non era più ritenuta così importante; nondimeno, lo studio evidenziava come i limiti di tempo sacrificavano lo spazio per la pianificazione al letto del malato.

In uno studio qualitativo sulle opinioni degli infermieri e dei pazienti sulle consegne al letto in reparti chirurgici, viene sottolineato la poca consapevolezza da parte degli infermieri finlandesi dell'importanza della partecipazione dei pazienti alla consegna: gli infermieri davano maggiore importanza ai documenti scritti rispetto che al paziente, il quale invece dovrebbe essere considerato una risorsa a cui fare domande (Timonen & Sihvonon, 2000). La consegna al letto del paziente contiene ancora molte caratteristiche del modello tradizionale, come il linguaggio tecnico o la comunicazione monodirezionale. Tra i vantaggi emerge, invece, la possibilità per il paziente di avere un ruolo attivo.

Oxelmark et al. nel 2020, hanno condotto uno studio includendo 1308 pazienti e 909 infermieri, che ha dimostrato come la consegna al letto è gradita dai pazienti, ma non altrettanto dagli infermieri. In particolare, i pazienti hanno sottolineato l'importanza di potersi esprimere ed ascoltare ciò che viene detto. Questa è stata definita come la caratteristica più importante, seguita dall'essere invitati a partecipare e porre domande, oltre che ad essere ascoltati. Gli infermieri consideravano invece come elemento chiave la possibilità di invitare i pazienti a partecipare attivamente. Se da un lato in letteratura vi è concorde evidenza di una maggiore soddisfazione per il paziente relativamente a questo metodo, dall'altro emerge una variabilità nella soddisfazione degli infermieri.

Al contrario, lo studio di Vines et al. (2014) ha dimostrato un aumento della soddisfazione sia dei pazienti che degli infermieri dopo l'introduzione del passaggio di consegne al letto del paziente, utilizzata come strumento di comunicazione efficace. In generale, i pazienti si sono sentiti più inclusi e informati sulle loro cure.

Da una sintesi dei risultati pubblicati sull'argomento, l'introduzione delle CLP, oltre a garantire la trasmissione delle informazioni essenziali per la sicurezza del paziente e la pianificazione dell'assistenza, porta numerosi vantaggi sia in termini economici che di soddisfazione del personale:

- *Attribuzione di priorità alle attività infermieristiche*: iniziare il turno di lavoro con la consegna al letto consente agli infermieri di prendere visione di tutti i pazienti immediatamente e di attribuire delle priorità alle loro attività per gestire in maniera efficace il carico assistenziale (Torri, Adriano, 2018);
- *Aumento della soddisfazione dell'infermiere*: gli infermieri sono più soddisfatti perché riescono a passare consegne più precise, forniscono informazioni più accurate sui loro pazienti e vedono riconosciuta la loro professionalità (Jeffs et al., 2013);
- *Empowerment del paziente*: aumenta la soddisfazione del paziente che si sente parte attiva e risponde al bisogno di informazione e di coinvolgimento; i pazienti inoltre percepiscono un sostegno emotivo e segnalano che la loro partecipazione evita equivoci e informazioni scorrette (Cahill, 1998);
- *Aumento della sicurezza*: gli stessi pazienti che ascoltano le consegne hanno la possibilità di correggere eventuali errori evitando in modo significativo il verificarsi di eventi avversi (Jeffs et al., 2013);
- *Riduzione dei tempi*: la durata è inferiore rispetto alle consegne infermieristiche tradizionali poiché vengono omessi i racconti di natura personale che non hanno rilevanza assistenziale;
- *Riduzione degli stereotipi*: sono più oggettive poiché contengono meno commenti stereotipati sui pazienti (McKenna, 1997);
- *Visione dei pazienti*: l'inserimento degli operatori socio-sanitari rischia di allontanare sempre più gli infermieri dai malati e di far perdere le opportunità di raccolta dati che derivano dall'osservazione diretta e quotidiana dei pazienti. Si pone quindi con urgenza la necessità che gli infermieri, all'inizio del turno, vedano i loro malati, li osservino per integrare questi elementi nei dati riferiti dai colleghi o dagli operatori di supporto (Miller, 1998);
- *Da un punto di vista manageriale*, le consegne vengono considerate tempo pagato in cui gli infermieri non sono impegnati nell'assistenza diretta dei pazienti e,

pertanto, “straordinario da contenere”. Il 38% delle ore lavorative di un turno è occupato dal dare o ricevere le consegne e documentare l’assistenza (C. Benaglio et al., 2006).

In conclusione, i passaggi di consegne sono importanti operazioni che caratterizzano l’assistenza infermieristica clinica. Durante questa procedura il fine è quello di fornire tutte le informazioni cruciali sul paziente. Migliorando le pratiche di consegna, dunque, viene migliorata anche la sicurezza del paziente (Athanasakis, 2013).

Nonostante ciò, i pazienti possono sentirsi esclusi dalle informazioni e dal processo decisionale in merito alle loro condizioni (Radtke, 2013). Il passaggio di consegne a letto del paziente potrebbe quindi essere un possibile strumento utilizzabile per migliorare la partecipazione e la sicurezza dei pazienti, ma infermieri e degenti potrebbero vedere le cose in modo diverso.

1.1.2 SBAR

La trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni sulla situazione del paziente, da un operatore a un altro, è definita *handover*. Trasferendo informazioni, è trasferita anche la responsabilità del paziente e garantita la sua sicurezza (Adams & Osborne-McKenzie, 2012); tuttavia, le consegne scritte e/o verbali sono spesso incomplete, inaccurate e di durata non sempre sostenibile per le organizzazioni (Bulfone et al., 2012).

La trasmissione dovrebbe basarsi su un metodo condiviso che coinvolge colui che sintetizza e colui che riceve le informazioni, all’interno di un sistema organizzativo e culturale che considera questo momento essenziale.

Joint Commission, nel 2008, definisce come scopo della consegna quello di fornire informazioni sulla cura del paziente, sul trattamento e sui servizi, sulle condizioni attuali e su ogni cambiamento prevedibile. La comunicazione deve essere accurata per garantire la sicurezza del paziente.

In letteratura sono citati diversi stili di consegna infermieristica:

- Approccio narrativo;
- Approccio orientato ai problemi;
- Approccio per focalizzazione;
- Approccio per scostamento;
- Approccio per cure globali (SBAR).

Lo strumento di comunicazione SBAR (*situation, background, assessment and recommendation*) è stato sviluppato per aumentare la qualità del passaggio di consegne. Tra i vari approcci il metodo SBAR (*Tabella I*) risulta essere un metodo capace di garantire maggiore sicurezza per il paziente. In virtù di una struttura chiara, vengono fornite tutte le informazioni rilevanti, organizzate in modo logico (Müller et al., 2018).

Tabella I. Tecnica di comunicazione SBAR. (Adattato da “Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review.”)

		Domande	Descrizione
S	Situation	Cosa sta succedendo al paziente? Qual è la situazione che stai comunicando?	Si presenta la situazione, identificandosi, dichiarando il nome del paziente e descrivendo brevemente il problema.
B	Background	Qual è il <i>background</i> o anamnesi clinica di questo paziente?	Si fornisce quindi il contesto: la diagnosi del paziente o il motivo del ricovero, lo stato clinico e l’anamnesi.
A	Assesment	Qual è il problema?	Vengono fornite informazioni specifiche sui parametri vitali, esami di laboratorio recenti e altri dati quantitativi o qualitativi relativi allo stato attuale del paziente. Questa sezione può includere una diagnosi provvisoria o un'osservazione clinica.
R	Reccomendation	Qual è il prossimo passo nella gestione del paziente?	Si articola un suggerimento per la continuazione della cura del paziente. La necessità immediata è spiegata in modo chiaro e specifico, compreso ciò che è necessario per affrontare il problema.

È da aggiungere altresì che la causa principale e più comune di errori gravi, clinici ed organizzativi, è una comunicazione verbale e/o scritta inadeguata. Ci sono alcuni fondamentali ostacoli alla comunicazione tra le diverse discipline e livelli del personale quali gerarchia, genere, cultura e differenze negli stili di comunicazione tra le stesse discipline e

gli individui. La comunicazione è più efficace nei team in cui sono in uso strutture standardizzate di comunicazione.

Da questo punto di vista, SBAR può aggiungere reale valore perché:

- toglie l'incertezza alle comunicazioni importanti. Impedisce l'uso di supposizioni, approssimazioni o reticenze che talvolta si verificano, in particolar modo quando il personale è a disagio nel fare una affermazione a causa di inesperienza o della posizione ricoperta nella gerarchia;
- aiuta a prevenire errori in termini verbali e scritti, creando un modello mentale condiviso attorno a tutti gli *handover* riguardanti il paziente e situazioni che richiedono un cambio di *setting* assistenziale per intensità di cura o uno scambio di informazioni molto rilevanti;
- è un modo efficace per contrastare la gerarchia tradizionale tra medici ed altri operatori sanitari con la costruzione di un comune linguaggio per trasmettere eventi critici e la conseguente riduzione delle barriere di comunicazione tra diversi professionisti sanitari;
- è facile da ricordare e incoraggia lo *staff* a pensare e preparare le informazioni prima di trasmetterle;
- può rendere i passaggi più rapidi e tuttavia più efficaci lasciando più tempo per l'assistenza clinica.

1.1.3 Il contesto di Medicina Interna

Negli ultimi vent'anni è profondamente cambiata la tipologia di pazienti afferenti ai nostri ospedali. Oggi si tratta prevalentemente di pazienti anziani, complessi, affetti da polipatologie e destinatari di trattamenti altrettanto complessi.

Parallelamente, lo sviluppo tecnologico ha cambiato in maniera significativa le modalità di assistenza di numerose patologie acute, l'opinione pubblica è decisamente più attenta alle modalità e ai livelli di assistenza e di cura erogati dalle diverse strutture.

La Medicina Interna è la specialità più rappresentata sul territorio nazionale. Ogni ospedale, da quelli *hub*, di maggiori dimensioni e di elevata specializzazione, a quelli *spoke*, periferici e con minore dotazione di posti letto e di specialità, presenta al proprio interno una o più strutture complesse di medicina.

Nonostante questi dati, spesso risulta difficile sia alla popolazione che agli organi decisori nazionali e regionali identificarne le competenze a causa dell'organizzazione sanitaria del recente passato volta a favorire le specialità mediche dedicate al singolo organo od apparato.

In questi ultimi anni però, in rapporto al cambio epocale dell'epidemiologia dei pazienti, in parte correlato al processo di invecchiamento della popolazione, la Medicina Interna, sembra riacquistare un ruolo centrale nell'organizzazione sanitaria del nostro paese, in Europa e nel mondo. Questi cambiamenti nelle tipologie di pazienti hanno un effetto anche nel ruolo e nelle competenze dell'internista, che negli ultimi anni hanno dovuto adattarsi alle diverse esigenze, attraverso l'acquisizione di nuove capacità tecniche, strumentali e gestionali.

La Medicina Interna punta ad occuparsi dell'alta complessità, intesa nelle sue due accezioni: da un lato l'espressione di difficoltà alle diagnosi di una singola patologia e dall'altro i problemi connessi con la multi- e co-morbidità del singolo paziente.

Il primo aspetto è cruciale e la Medicina Interna svolge un ruolo insostituibile nel panorama sanitario. Il paziente con sintomi spesso usuali, quali la febbre e astenia, può essere affetto da patologie rare, complesse, difficili da diagnosticare e che richiedono nella loro formulazione ed articolazione una cultura medica vasta e profonda supportata da una consistente esperienza clinica. Nella seconda accezione di complessità ancora una volta la Medicina Interna è il gestore di questa condizione clinica, intesa non solo come sinonimo di multimorbidità e comorbidità, come spesso accade in letteratura, ma come approccio sistematico e strutturato per priorità cliniche e come conoscenza delle interazioni tra patologie e terapie con scelte diagnostiche e terapeutiche, difficili, articolate.

Le conoscenze approfondite di *clinical competence* e *clinical governance* permettono di ottenere capacità tecniche ed organizzative in modo da essere presenti coerentemente nel sistema sanitario attuale, che richiede di effettuare prestazioni sanitarie con un miglior rapporto di efficacia/efficienza. Tali competenze, inoltre, apportano le capacità per costruire

nuovi modelli organizzativi che contemplino percorsi clinici strutturati che si snodano dalle aree critiche fino al territorio, nell'ottica di offrire una adeguata continuità assistenziale.

Nel 2007 la Federazione Europea di Medicina Interna (EFIM) che raggruppa le società nazionali europee di medicina interna ha pubblicato le *core competencies* dell'internista Europeo: i) *patient care*; ii) *medical knowledge*; iii) *communication skills*; iv) *professionalism, ethical and legal issues*; v) *organizational planning and service management skills*; vi) *academic activities - education and research*.

La tipologia dei pazienti ricoverati nei reparti di Medicina Interna, contesto del presente studio, richiede un cambiamento di mentalità e di approccio, nonché un cambiamento nella definizione delle strategie organizzative per la gestione non solo della fase acuta. Negli ultimi anni, infatti, il rischio clinico, inteso come la probabilità che un paziente subisca un evento avverso imputabile agli interventi clinici o assistenziali, è stato particolarmente enfatizzato in relazione all'aumentare dei contenziosi in ambito sanitario, con processi e dinamiche che sempre più tendono ad avvicinarsi al modello nord-americano.

Gli aspetti che maggiormente risultano correlati al rischio clinico in Medicina Interna riguardano prevalentemente: i) i percorsi di ammissione e dimissione che coinvolgono l'ospedale in toto (a partire dal pronto soccorso) ma anche il territorio (medici di famiglia e Servizi Sociali); ii) i percorsi clinico-assistenziali per le patologie più frequenti, al fine di uniformare i comportamenti importando le indicazioni dell'*evidence-based* medicine nella realtà in cui si opera; iii) la corretta compilazione della documentazione sanitaria, finalizzata a riflettere, in modo sintetico ma esaustivo, la qualità dell'approccio assistenziale ad ogni specifico problema e molto utile sia come strumento di audit che per la tutela medicolegale; iv) le modalità di prescrizione e somministrazione della terapia, sia in ambito di appropriatezza che nell'ambito di prescrizione, preparazione e somministrazione (ambiti, questi ultimi, nei quali gli strumenti elettronici si sono dimostrati in grado di limitare il rischio di errori); v) l'applicazione delle più adeguate misure igienico sanitarie nella gestione e nel trattamento dei pazienti, fondamentali per ridurre l'incidenza di infezioni ospedaliere; vi) adeguatezza della dotazione organica in riferimento ai carichi di lavoro, intesa non solo in relazione alla numerosità del personale in servizio ma anche alla sua distribuzione. Fondamentale, infatti, è l'omogenea distribuzione delle competenze al fine di uniformare il

rendimento della struttura, anche attraverso mirati programmi di formazione continua del personale in servizio (Italian Journal of Medicine, n.d.).

1.2 La normativa

In Italia il rischio clinico è regolamentato da leggi, raccomandazioni e codici deontologici.

- Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Gelli Bianco): l'articolo 1 qualifica la sicurezza delle cure come parte costitutiva del diritto alla salute e precisa che essa si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e mediante l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche ed organizzative. Le attività di prevenzione del rischio, alle quali concorre tutto il personale, sono messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private.
- Codice deontologico delle Professioni infermieristiche (FNOPI, 2023): il dovere dell'infermiere ad essere partecipe alla gestione del rischio clinico è ben espresso nel "Nuovo codice deontologico dell'infermiere" all'art 32: "Partecipazione al governo clinico. L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte."
- Raccomandazione Ministeriale n. 3, Marzo 2008 "Corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura" e Raccomandazione Ministeriale n. 5, Marzo 2008 "Prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO": il problema di identificazione del paziente è soprattutto rilevante in ambito chirurgico; tuttavia, nella pratica clinica, sono molti i processi in cui la non corretta identificazione può portare ad errore. Alcuni esempi di errore di identificazione sono la procedura sottoposta alla persona sbagliata, oppure l'associazione di un referto o di una terapia al paziente sbagliato. La letteratura riconosce fra le buone pratiche per evitare tali tipi di errore l'introduzione di braccialetti identificativi, accompagnati da procedure di identificazione attiva che coinvolgano sia l'operatore che il paziente. Il passaggio di consegne di fronte al paziente sicuramente rientra

tra le pratiche che favoriscono l'intercettazione di errori dovuti a identificazione errata del paziente.

- DLgs 196/2003 e successive integrazioni e modifiche: “Codice in materia di protezione dei dati personali” al suo interno contiene tutte le disposizioni in materia di trattamento dei dati personali, già in vigore nelle leggi precedenti. Il codice garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e della libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati. Inoltre, obbliga al rispetto del principio di necessità nel trattamento dei dati, riducendo così l'utilizzo a finalità specifiche e ben stabilite.
- La carta dei diritti fondamentali dell'Ue sancisce, all'art. 8, la protezione dei dati di carattere personale e nello specifico: “Ogni individuo ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che lo riguardano.”

1.3 La comunicazione

La comunicazione è un fenomeno multidimensionale e multifattoriale, un processo dinamico e complesso, strettamente correlato all'ambiente in cui le esperienze di un individuo vengono condivise.

Dai tempi di Florence Nightingale nel XIX secolo fino ad oggi, specialisti e infermieri hanno prestato molta attenzione alla comunicazione e all'interazione nell'assistenza infermieristica. Una comunicazione efficace è un aspetto importante nella cura del paziente, migliora la relazione tra professionista e assistito e ha un profondo effetto sulla percezione della qualità dell'assistenza sanitaria e sui risultati del trattamento, essa è l'elemento chiave per fornire un'assistenza infermieristica di alta qualità e porta alla soddisfazione e alla salute del paziente (Norouzinia et al., 2015).

All'interno del Codice deontologico dell'infermiere, l'Art. 4 dichiara: “Nell'agire professionale, l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura”.

Le *skills* di comunicazione degli operatori sanitari sono vitali per un'efficace fornitura di assistenza sanitaria e possono avere esiti positivi, tra cui diminuzione di ansia, senso di colpa, dolore e sintomi della malattia. Inoltre, possono aumentare la soddisfazione del paziente, la *compliance* e la collaborazione con il *team* e migliorare lo stato fisiologico e funzionale del paziente. Diversi studi hanno però evidenziato una scarsa qualità nelle relazioni infermiere-paziente (Norouzinia et al., 2015).

La qualità dell'assistenza sanitaria è fortemente influenzata da questo rapporto e la mancanza di capacità comunicative (o il mancato utilizzo di esse) ha un impatto negativo sui servizi forniti ai pazienti.

Il ricovero è potenzialmente stressante e comporta esperienze spiacevoli per i pazienti e per le loro famiglie. Tutti gli aspetti dell'assistenza e dell'infermieristica sono di grande importanza nella comunicazione con i pazienti, poiché questi considerano l'interazione con gli infermieri come una chiave per il loro trattamento. Inoltre, attraverso la comunicazione, gli infermieri acquisiscono familiarità con i bisogni dei loro pazienti e, quindi, possono fornire servizi sanitari di maggior qualità (Norouzinia et al., 2015).

Una delle variabili che incide maggiormente sulla percezione, da parte dell'utente, del servizio ricevuto è la dimensione del rapporto interpersonale, intesa come la capacità da parte degli operatori sanitari di ascoltare, di informare, di consigliare, di infondere sicurezza e di trattare i pazienti con cortesia e rispetto (Shahgholian & Yousefi, 2018).

L'incontro con il paziente e la comunicazione che ne consegue hanno un ruolo chiave nella professione e conducono a miglioramento delle cure infermieristiche e a maggior soddisfazione da parte dell'utente nei confronti di chi lo assiste e del sistema sanitario.

Introdurre nella pratica clinica anche la prospettiva del paziente comporta un uso professionale e consapevole della comunicazione e della relazione nelle consultazioni cliniche e nel percorso di cura (Moja e Vegni, 2000).

La capacità di comunicare e costruire una relazione con il malato diviene quindi non una pratica occasionale ma un'esigenza irrinunciabile (Meryn, 1998).

1.4 Il ciclo di Deming

I *Quality Control Circles* (QCC) possono essere usati come uno strumento efficace per migliorare la qualità in ambito sanitario. Ci sono 10 *step* che riguardano l'attività dei QCC:

- 1) Selezione del tema;
- 2) Pianificare le attività;
- 3) Capire lo status quo;
- 4) Stabilire gli obiettivi;
- 5) Analisi;
- 6) Formulare la strategia;
- 7) Esecuzione e valutazione;
- 8) Conferma dei risultati;
- 9) Standardizzazione;
- 10) Revisione e miglioramento.

Tabella II. QCC Consegne a letto del paziente

Selezione del tema	Problema di salute	Gli eventi avversi vissuti dai pazienti a seguito della comunicazione inefficace. Il trasferimento di informazioni e di responsabilità che avviene durante lo scambio delle consegne infermieristiche.
Pianificazione delle attività	Priorità	<ul style="list-style-type: none"> • Ridurre il tempo dedicato al passaggio delle consegne senza inficiare la qualità del contenuto della consegna; • Ridurre le interruzioni; • Ridurre il rischio di perdere informazioni importanti.
Capire lo status quo	Letteratura	Analisi della letteratura e verifica di quanto già in atto nell' U.O. di interesse.
Stabilire gli obiettivi	Obiettivo	<p>Valutare la percezione e il gradimento degli infermieri di reparto relativamente alla modalità di passaggio consegne a letto del paziente e del rischio clinico per il paziente.</p> <p>Indicatore: analisi dei questionari.</p> <p>Migliorare la percezione degli infermieri rispetto al coinvolgimento del paziente e delle interruzioni.</p> <p>Criterio temporale: Questionario agli infermieri relativo al metodo (prima e dopo la sua introduzione). Scala likert a 4 item.</p> <p>Indicatore: miglioramento della percezione.</p>
Analisi	Criterio	1. Fattibilità tecnologica: esistono tecnologie e cultura scientifica supportate da studi quantitativi e qualitativi tali da garantire sicura efficacia all'azione sanitaria da intraprendere;

		<p>2. Entità dell'azione sanitaria aggiuntiva necessaria: è previsto un basso sforzo aggiuntivo / modificativo di azione sanitaria al fine di ottenere il risultato per quanto riguarda il personale del comparto;</p> <p>3. Reclutamento del personale: è previsto il coinvolgimento di 42 infermieri di reparto (41+ Coordinatrice), di questi prenderanno attivamente parte al progetto quelli che nel periodo si turneranno presso l'area ovest suddivisa in tre settori (Blu, Arancione e Rosa);</p> <p>4. Verrà sottoposto il progetto al Direttore di UUOO;</p> <p>5. Verrà sottoposto il progetto al Direttore delle Professioni Sanitarie per valutare l'eventuale coinvolgimento del Comitato Etico.</p>
Strategia	Strategia	<p><i>Focus group</i> con alcuni infermieri. Lettura del materiale bibliografico proposto. Piccola fase di sperimentazione di 10 giorni Nuovo incontro con gli infermieri coinvolti. Confronto con il Direttore di UOC e parere favorevole preliminare. Nuova fase di ricerca e progettazione. Fase di autorizzazione del progetto (consultazione del comitato etico). Somministrazione del questionario <i>Before</i> (T0). Formazione interna per il personale e somministrazione del medesimo questionario (T1). Nuova fase di sperimentazione da parte del personale di un mese e somministrazione del questionario <i>After</i> (T2).</p>
Esecuzione e Valutazione	Fase preliminare, attuativa e valutazione	<p>FASE PRELIMINARE</p> <p>1- Richiesta di autorizzazione a Direzione Medica, a Direttore e a Coordinatrice di UOC Medicina di Dolo basate sul progetto di fattibilità;</p> <p>2- Si è proceduto a identificare un piccolo gruppo del personale di reparto (<i>Focus Group</i>) a cui è stato proposto il progetto;</p> <p>3- Lettura del materiale bibliografico di riferimento base, fornita al personale, in lingua italiana ed inglese;</p> <p>4- Piccola fase di sperimentazione: il gruppo scelto ha eseguito delle prove relativamente alla modalità scelta;</p> <p>5- Nuovo incontro con gli infermieri coinvolti: Si è tenuta una riunione ed in seguito all'adesione da parte del personale di reparto si è dato inizio allo studio.</p> <p>FASE ATTUATIVA</p> <p>1) Incontro e presentazione del progetto al Direttore delle professioni sanitarie Dott. Carta;</p>

		<p>2) Presentazione del progetto a tutti gli infermieri di reparto e somministrazione del questionario “<i>Before</i>” (T0).</p> <p>3) Formazione interna: Si procede alla discussione di una “procedura” di consegne a letto del paziente e di un <i>Roleplay</i> esemplificativo da parte degli infermieri del <i>focus group</i>. Somministrazione del questionario “<i>Before</i>” (T1) a tutti gli infermieri di reparto.</p> <p>4) Fase di sperimentazione da parte degli infermieri di reparto. Gli infermieri leggono la letteratura proposta e sperimentano il passaggio di CLP per un mese. Agli infermieri è richiesto di adottare la consegna al letto nel passaggio tra il turno del mattino e quello del pomeriggio unicamente nell’ala Ovest di reparto.</p> <p>5) <i>Focus group</i> post fase di sperimentazione con tutti gli infermieri di reparto: dopo un mese di sperimentazione verrà somministrato il questionario “<i>After</i>” (T2) agli infermieri di reparto.</p> <p>VERIFICA E VALUTAZIONE: Da stabilire sulla base dell’introduzione di SBAR e delle tempistiche del tutoraggio.</p>
--	--	---

Raggruppando gli *step* si riconoscono le quattro fasi del *Ciclo di Deming* (Fig.1 *Ciclo di Deming*): *plan*-pianificare, ossia determinare gli obiettivi, i destinatari, i metodi (1-6), *do*-fare, ossia svolgere il lavoro, formare ed istruire (7), *check*-verificare, ossia controllare gli effetti della realizzazione (8-9), *act*-agire, ossia intraprendere azioni adeguate (10) (Wang et al, 2013).

La metodologia applicata ha previsto due fasi:

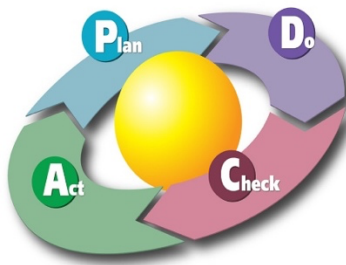
1. Fase 1: ricerca ed analisi della letteratura.

Ricerca degli studi presenti in letteratura e nelle banche dati scientifiche; verificata la presenza di studi e linee guida specifiche, si è ritenuto di utilizzare tali documenti.

2. Fase 2: progettazione.

La compilazione del Ciclo di miglioramento si articola in:

- 1) Pianificazione: descrive il contesto, l’oggetto del miglioramento, l’obiettivo, l’indicatore-valore, il responsabile del miglioramento;
- 2) Attuazione: riporta le attività, le responsabilità, le date di inizio e di fine;
- 3) Verifica: si indicano i risultati ottenuti;
- 4) Valutazione dell’azione: si distingue tra efficace e non efficace, e si dichiara la conclusione o meno dell’azione.



(Fig. 1 Diagramma rappresentante il Ciclo di Deming. Tratto da “Che cos’è esattamente il ciclo P-D-C-A”.)

Il ciclo della qualità si articola in 4 fasi (Harolds, 2015):

1) Pianificazione, ossia preparare l’audit clinico. In questa fase si sceglie il tema, considerando aspetti relativi ai processi, si costituisce il gruppo di lavoro e si definiscono i criteri di comunicazione.

2) Attuazione, ossia mettere in pratica l’audit clinico. In questa fase si definiscono gli obiettivi dell’audit, si valuta “l’esistente”, si selezionano criteri, standard e indicatori, si raccolgono i dati, si analizzano e si valutano, si condivide l’analisi dei risultati e si comunicano i risultati.

3) Azioni di miglioramento: in questa fase si definisce il piano d’azione, si guida e si supporta il cambiamento.

4) Valutazione dei risultati: in questa fase, detta anche di re-audit, si sostiene il cambiamento. In questo tipo di analisi il primo passo è rappresentato dalla misura del divario: si individuano i fattori modificabili in ambito assistenziale, si definisce su quali fattori intervenire, si valuta la qualità degli standard di riferimento, si identificano indicatori di processo appropriati, si raccolgono i dati che poi vengono elaborati, analizzati ed interpretati. Il secondo passo è rappresentato dalla selezione delle raccomandazioni.

Il terzo passo è rappresentato dall’individuazione dei fattori di ostacolo, che possono riguardare gli individui (fattori motivazionali ed attitudinali), o inerenti alla struttura (fattori organizzativi e gestionali), oppure fattori di natura clinica.

Il quarto passo è rappresentato dall’individuazione degli interventi atti a rimuovere i fattori di ostacolo.

Il quinto passo è rappresentato dalla valutazione dell’efficacia degli interventi: tramite il re-audit, verificare se sono stati adottati gli interventi di implementazione e se gli interventi attuati hanno permesso di ridurre il divario esistente tra lo standard e la pratica clinica.

Per quanto riguarda la definizione del progetto di implementazione è necessario sottolineare l'importanza del contesto (l'U.O. coinvolta) e la definizione delle responsabilità. Prima di elaborare il piano con le azioni di miglioramento, bisognerà dunque esplicitare il razionale che ha determinato la scelta del tema dell'audit clinico e gli obiettivi dello stesso, le figure professionali facenti parte del gruppo multidisciplinare ed il metodo di lavoro adottato dallo stesso, gli standard selezionati per il piano di implementazione, una sintesi dei dati relativi alla pratica clinica esistente e gli obiettivi inerenti la riduzione del divario, gli interventi definiti per superare il divario esistente tra pratica clinica e standard (per ciascun intervento definire il responsabile, i tempi e gli indicatori).

Le caratteristiche dell'audit clinico sono dunque quella di essere un'iniziativa condotta da professionisti, il cui oggetto è legato alla qualità professionale, l'attività è strutturata e sistematica, si avvale di revisione, valutazione ed analisi, cerca di migliorare i processi e gli esiti, gli standard sono espliciti e concordati.

Le attività previste dal Ciclo di Miglioramento durano almeno 6 mesi, dunque i risultati delle azioni non sono ancora evidenti, tuttavia si possono descrivere i risultati attesi. L'obiettivo del Ciclo non è quello di imporre un metodo ma è quello di portare i professionisti ad essere più soddisfatti nella loro pratica clinica.

I benefici attesi di tale processo sono: migliorare la pratica clinica, sviluppare l'apertura al cambiamento, fornire garanzie sulla qualità dell'assistenza mediante l'applicazione delle migliori raccomandazioni *evidence-based*, ascoltare i pazienti, comprendere e dare risposta alle loro aspettative, sviluppare linee guida o protocolli locali, ridurre al minimo l'errore o i danni ai pazienti, ridurre i reclami o i risarcimenti.

In merito al progetto a cui si è preso parte, relativo alla progettazione delle fasi di pianificazione ed attuazione del Ciclo del Miglioramento "Le consegne infermieristiche a letto del paziente", si prevedono l'implementazione delle attività, e le fasi di valutazione e verifica delle azioni.

CAPITOLO II - METODI

1.2 Descrizione del contesto

Descrivendo a seguito il contesto che è diventato ambito di indagine per il quesito posto, è doveroso precisare che è stata coinvolta l'U.O.C. di Medicina Interna del presidio ospedaliero di Dolo, ULSS 3 Serenissima.

L'Unità Operativa dispone di 64 posti letto ed è articolata in due sezioni di degenza (Medicina Est e Medicina Ovest). Le stanze di degenza sono strutturate per accogliere rispettivamente 2 o 4 pazienti. Nelle stanze della Medicina Est sono presenti sistemi di videosorveglianza e rilevatori multi-parametrici in telemetria per il monitoraggio dei pazienti in fase critica. È disponibile l'attività di consulenza internistica per i pazienti inviati dal Curante, provenienti dal Pronto Soccorso o ricoverati presso altre Unità Operative del Presidio Ospedaliero. Nel reparto sono già state identificate alcune figure professionali che garantiscono la regolare transizione tra l'Ospedale e le cure in ambito extra-ospedaliero (Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale, *Hospice*) o domiciliari.

Il volume di ricoveri annuali presso questa Unità Operativa Complessa è di circa 1600-2000 pazienti. L'U.O.C. (Unità Operativa Complessa) Medicina Interna di Dolo è inserita nella rete formativa dell'Università degli Studi di Padova ed è sede di insegnamento e tirocinio (*Medicina Interna*, n.d.).

In questa realtà, il lavoro dei dipendenti è organizzato su turni (*Tabella III, IV e V*), organizzati su basi diverse a seconda della tipologia di servizio erogato.

Tabella III: Turnista

Presenza in servizio personale infermieristico turnista:		
Mattino	M	6:45-14:00
Pomeriggio	P	13:45-21:00
Notte	N	20:45-7:00

Tabella IV: Semiturnista

Presenza in servizio personale semiturnista:		
Mattina	M	6:45-14:00
Pomeriggio	P	13:45-21:00

Tabella V: Giornaliero

Presenza in servizio personale giornaliero:		
Mattino	M	8:00-15:12

Ogni area è suddivisa a sua volta in settori-colori e si possono riscontrare i settori arancio-rosa-blu e giallo-verde-rosso rispettivamente in Ala Ovest e in Ala Est. Sono previsti 31 posti letto in area Ovest e 33 posti letto in area Est.

Relativamente all'ala Ovest, in cui si è svolta l'indagine, i posti letto sono divisi per settore con 12 posti letto per il settore blu, 9 posti letto per il settore rosa e 10 per il settore arancio.

Tenendo presente questi aspetti, il modello che vede la presa in carico assistenziale del paziente è di tipo a settori, secondo cui ogni infermiere nel proprio turno è responsabile della gestione di un settore (turnista).

In particolare, questo modello prevede la presenza di un infermiere giornaliera al mattino sia per l'ala Est che per l'ala Ovest e di un eventuale infermiere di supporto ai turnisti (semiturnista) che gestisce le attività svolgibili dalla guardiola, come ricoveri e dimissioni, e collabora attivamente con i colleghi turnisti.

Al pomeriggio, la dotazione di personale è la medesima fatta eccezione per l'infermiera giornaliera, il cui orario di lavoro termina nel primo pomeriggio.

Nella notte è prevista la presenza di due infermieri per ala e di uno o due eventuali infermieri di supporto, a seconda della disponibilità di personale e delle necessità.

La consegna infermieristica che avviene tra i vari turni prevede un tempo di scambio di 15 minuti tra il turno precedente e quello successivo, durante il quale gli infermieri si scambiano informazioni con coloro che li sostituiranno. I semiturnisti si confrontano tra loro e con l'infermiera giornaliera per supportare i turnisti in ruoli organizzativi. La consegna tra pomeriggio e notte prevede le stesse tempistiche, ma solitamente i tre turnisti del pomeriggio trasmettono le consegne ai due turnisti della notte (eventualmente tre quando previsto) e allo stesso modo i turnisti della notte forniscono informazioni ai tre della mattina seguente.

Una recente formazione interna all'Unità Operativa nel Giugno 2022 ha visto come *focus* proprio il passaggio di informazioni infermieristiche e la presa in carico del paziente. Il personale infermieristico della Medicina Interna ha dichiarato che il metodo da utilizzarsi in

U.O. è un ibrido tra l'approccio narrativo, che prevede un'organizzazione temporale delle informazioni scritte e trasmesse verbalmente, e l'approccio per cure globali (SBAR).

Relativamente a SBAR già alla fine del 2018 ha avuto inizio un progetto pilota in Ulss 3, nel 2019 sono state formate tramite formazione sul campo (FSC) le unità operative di Cardiologia e di UCIC (Unità di Cure Intensive Cardiologiche) di tutta l'Azienda, in via sperimentale, giungendo anche alla produzione di documentazione di supporto o alla modifica di quanto già in uso.

Nel 2021 e nel 2022 si è provveduto all'aggiornamento della formazione in tale ambito clinico, nonché nell'area della salute mentale, individuando contestualmente un numero ulteriore di formatori. Nel corso dell'anno 2023 verrà estesa la partecipazione agli eventi formativi rispetto al metodo SBAR anche alle UU.OO. di area medica generale e specialistica.

Il gruppo si è posto degli obiettivi tra cui:

- Creare uno schema di consegna scritta per ogni paziente (diagnosi principale, procedure, esami che devono essere fatti riportati in ordine cronologico) (*Fig.2 Schema consegna*);
- Limitarsi alle informazioni importanti;
- Limitare le interruzioni;
- Evitare divagazioni;
- Ambiente tranquillo.

DATA:13/04/22	SETTORE VERDE	TURNO: M
---------------	---------------	----------

PAZIENTE	DIAGNOSI	NOTE	VARIE
624/7 DATI ANAGRAFICI STATO NEUROLOGICO/ COGNITIVO INGRESSO O2 HGT EMO	DIAGNOSI DI INGRESSO APR: ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA ALERGI: ALLERGIE Isolamenti	R INDAGINI DIAGNOSTICHE RICHIESTE E INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE (CON RELATIVO ESITO) A APPUNTAMENTI CONFERMATI CON ORARIO ED EVENTUALI INDICAZIONI ALLA PREPARAZIONE X EXTRA	CV CVC MAD PESO DIETA MOB

PAZIENTE	DIAGNOSI	NOTE	VARIE
621/1 MARIO ROSSI 01/04/1934 A/V/O INGRESSO 10/04/2022 O2 2 L/min HGT s+i EMO Se tc	Riacutizzazione <u>BPCO</u> APR: diabete di tipo 2, ipertensione, cardiopatia ALERT: <u>augumentin</u> Isolamento contatto	R 11/04 spirometria E 12/04 <u>ECC</u> → FA 13/04 rx torace urgente → neg 14/04 <u>angiotac</u> polmonare → neg A 15/04 <u>coronarografia</u> Mirano ore 9.30 in loco. Ambu ore 8. Cons anestes ok. X Contenzioni, feci in visione, (es. barriera linguistica)	CV 10/04urologo CVC 12/04 PESO Peso giorni pari MAD Si DIETA digiuno MOB Bordo letto

(Fig.2 Schema consegna)

Il luogo previsto per le consegne infermieristiche è la guardiola di reparto, fulcro operativo del reparto stesso, spesso soggetto a fattori disturbanti come la presenza di medici, consulenti, telefonate, familiari e pazienti che chiedono informazioni.

Negli anni il personale di reparto ha più volte sollevato la questione delle consegne infermieristiche ma non si è mai riusciti, per mancanza di spazi idonei privi di distrazioni, a trovarvi una soluzione.

2.2 Descrizione dell'indagine

Lo studio si configura come un progetto di miglioramento della qualità tecnico-professionale percepita attraverso il cambiamento delle modalità di consegna. A scopo della presente tesi, ed al fine di valutare tale progetto, si è deciso di indagare la percezione e il gradimento degli infermieri di reparto relativamente alla modalità di passaggio consegne a letto del paziente. La rilevazione è stata condotta dal mese di Settembre 2022 a Febbraio 2023. Lo studio è rivolto al personale infermieristico dell'U.O. di Medicina dell'Ulss 3 Serenissima, al quale è stata richiesta la compilazione, in forma anonima, del questionario previa spiegazione degli scopi dello studio. Sono stati anche rilevati alcuni dati da correlare ai risultati come, ad esempio, i dati anagrafici e l'esperienza lavorativa dell'infermiere nell'Unità Operativa (ALLEGATO 1).

Lo stesso questionario è stato distribuito in tre differenti momenti (T0, T1, T2).

Si è scelto di somministrare il questionario a tutta la popolazione infermieristica attiva nel contesto d'indagine relativamente al momento corrispondente a T0.

Il questionario T1 è stato consegnato solo a coloro che hanno partecipato alla formazione e quello relativo a T2 è stato sottoposto solamente agli infermieri del gruppo che, nel mese di sperimentazione, hanno prestato servizio nell'area ovest.

Il questionario *Before* (T0) corrisponde al momento precedente la presentazione del progetto a tutto il personale infermieristico.

In particolare la prima fase di formazione interna ha visto la presentazione della letteratura, una breve formazione in aula con discussione di SBAR e di alcune indicazioni di consegne a letto del paziente (ALLEGATO 2). Infine si è tenuto un *Roleplay* (ALLEGATO 3) esemplificativo condotto dagli infermieri del *focus group*. Il *Roleplay* è stato videoregistrato e reso disponibile a tutto il personale infermieristico di reparto. Al termine della formazione è stato lasciato spazio per una discussione, alla quale è susseguita la seconda somministrazione del questionario *Before* (T1).

La fase di sperimentazione da parte degli infermieri di reparto è durata circa un mese. Agli infermieri è stato chiesto di adottare il nuovo metodo di consegna al letto del paziente tra turno di mattina e di pomeriggio unicamente in ala Ovest. Quindi è stato somministrato il questionario *After* (T2).

Nel dettaglio a tempo T0 la popolazione di indagine si componeva di 41 infermieri, sono stati esclusi 8 infermieri (partecipanti al *focus group*) tra cui la scrivente e la Coordinatrice. Sono stati distribuiti 33 questionari di cui ne sono stati raccolti 30 compilati.

A tempo T1 il campione di indagine ha subito delle modifiche e nello specifico tre infermiere hanno cambiato Unità Operativa, un'infermiera è rientrata dalla maternità, un'infermiera è stata assunta. Sono stati distribuiti 15 questionari, a coloro che hanno partecipato alla formazione (13 in presenza e 10 collegati a distanza, escludendo gli 8 partecipanti al *focus group*), e raccolti 15 compilati.

A tempo T2, al termine della sperimentazione, altre due infermiere si sono aggiunte all'organico di reparto. Il questionario *after* è stato consegnato solo al personale che ha effettivamente preso parte alle consegne a letto del paziente in Ala Ovest durante il mese di sperimentazione. Sono stati distribuiti 12 questionari e ritirati compilati 11 (una infermiera assente per congedo matrimoniale).

2.2.1. *Il questionario*

Il questionario (ALLEGATO1) , elaborato per indagare l'opinione degli infermieri in merito ai risultati della letteratura e la possibile implementazione della consegna al letto nell'Unità Operativa di appartenenza, è stato creato ex novo e non precedentemente validato.

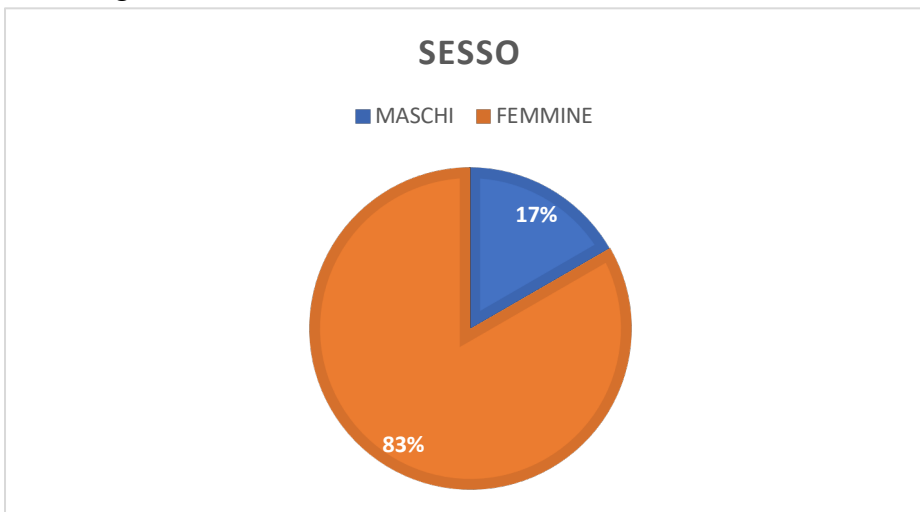
Il questionario si articola in quattordici domande a risposta chiusa, alle quali i partecipanti esprimono il loro livello di accordo / disaccordo su una scala *Likert* 1 a 4. Le domande sono volte ad indagare l'opinione degli infermieri sugli aspetti positivi e negativi descritti dalla letteratura in merito alla consegna al letto.

Gli *Items* sono stati formulati in modo da risultare più neutrali possibili così da non influenzare le risposte.

CAPITOLO III - RISULTATI

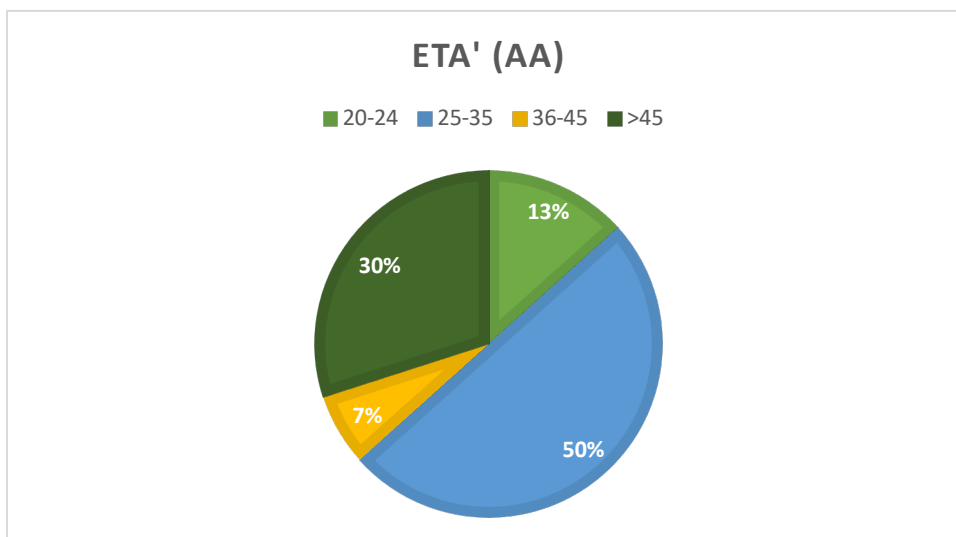
3.1 Il questionario socio-anagrafico

Il campione di convenienza considerato all'inizio dell'indagine (T0) era costituito per l'83% da donne, mentre gli uomini costituiscono il restante 17%.



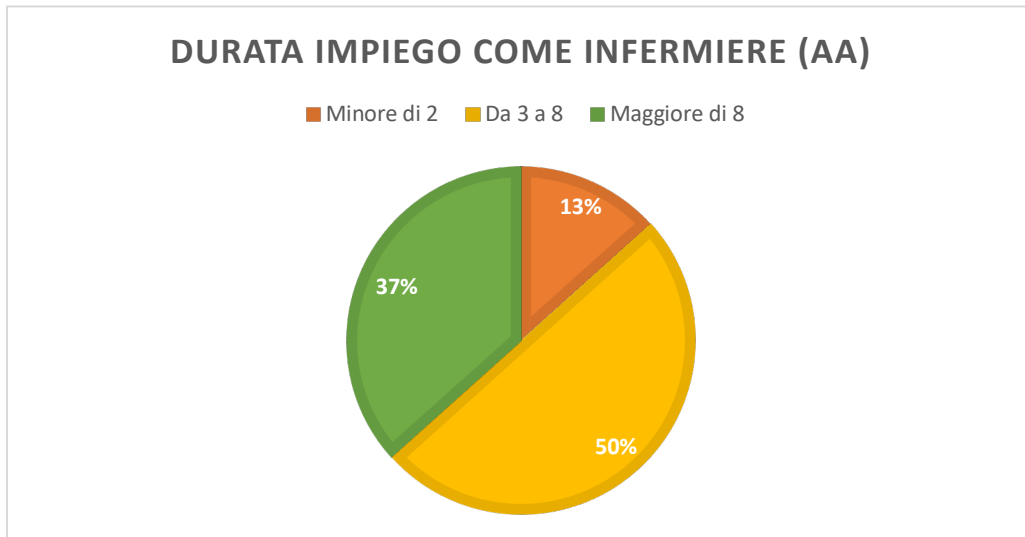
(Figura 2: Distribuzione del campione infermieri rispetto il genere a tempo T0.)

Per quanto riguarda l'età in questa prima fase di rilevazione il campione è costituito per il 13% da infermieri di età compresa tra 20-24 anni, per il 50% da infermieri con età compresa tra 25-35 anni, per il 7% da infermieri con età compresa tra 36-45 anni e per il 30% da infermieri con età maggiore di 45 anni.



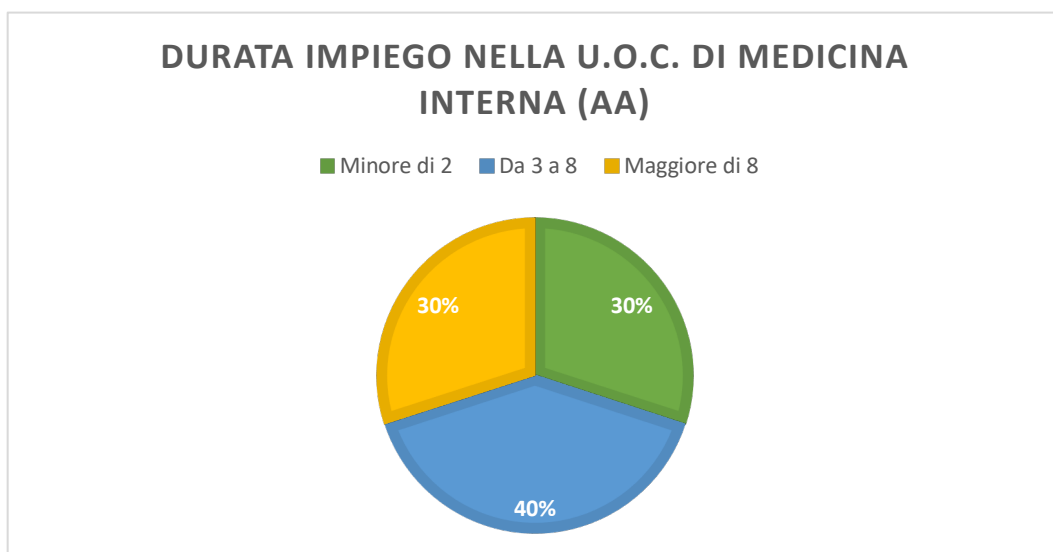
(Figura 3: Distribuzione del campione infermieri rispetto l'età anagrafica a tempo T0.)

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa complessiva in questa fase emergono dei dati poco omogenei, il 13% degli infermieri a cui è stato somministrato il questionario risulta avere una durata complessiva dell'impiego come infermiere inferiore ai 2 anni, il 50% ha esperienza compresa tra i 3-8 anni, il 37% ha esperienza maggiore agli 8 anni.



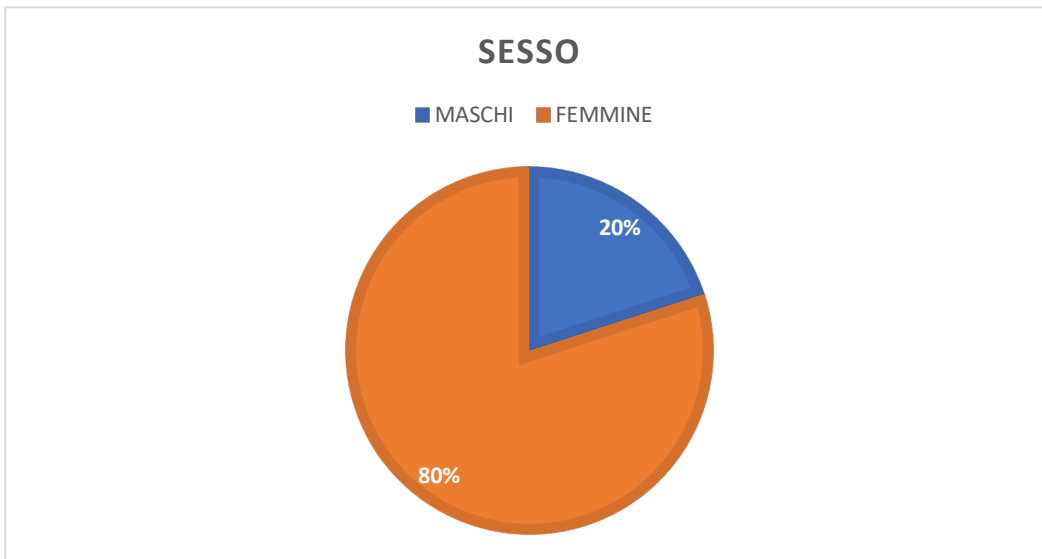
(Figura 4: Distribuzione del campione infermieri rispetto agli anni di impiego come infermiere a tempo T0.)

Un'ulteriore variabile considerata è stata l'esperienza lavorativa presso l'Unità Operativa Complessa di Medicina Interna che ha rivelato un 30% di infermieri con esperienza inferiore ai due anni all'interno dell'U.O, il 40% ha esperienza compresa tra i 3-8 anni ed il 30% ha esperienza maggiore di 8 anni all'interno del reparto.



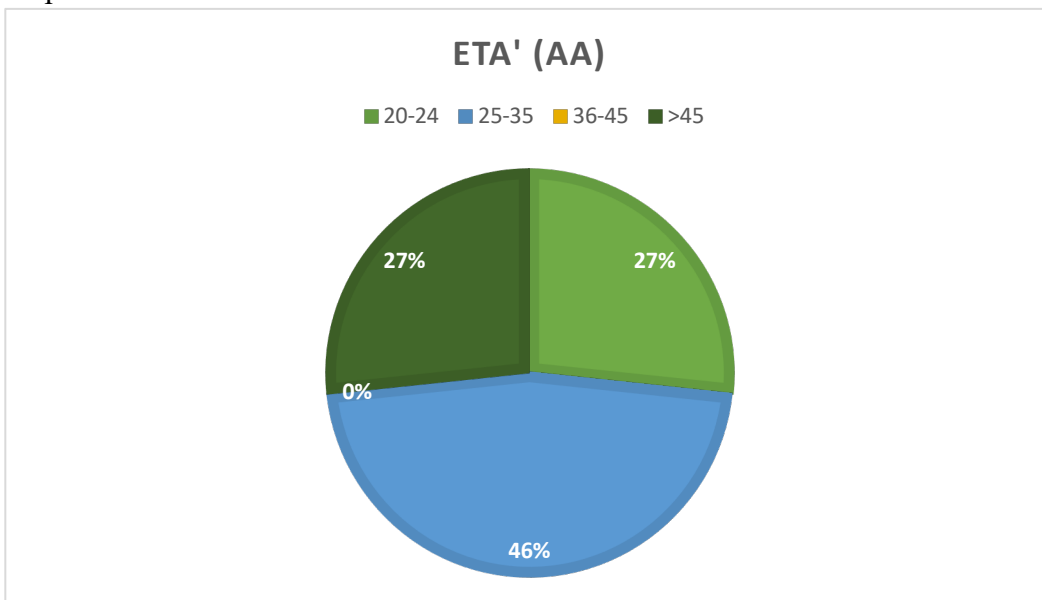
(Figura 5: Distribuzione del campione infermieri rispetto l'esperienza lavorativa nell'U.O. a tempo T0.)

A seguito della formazione (T1) il campione si costituiva per l'80% di donne e per il 20% da uomini.



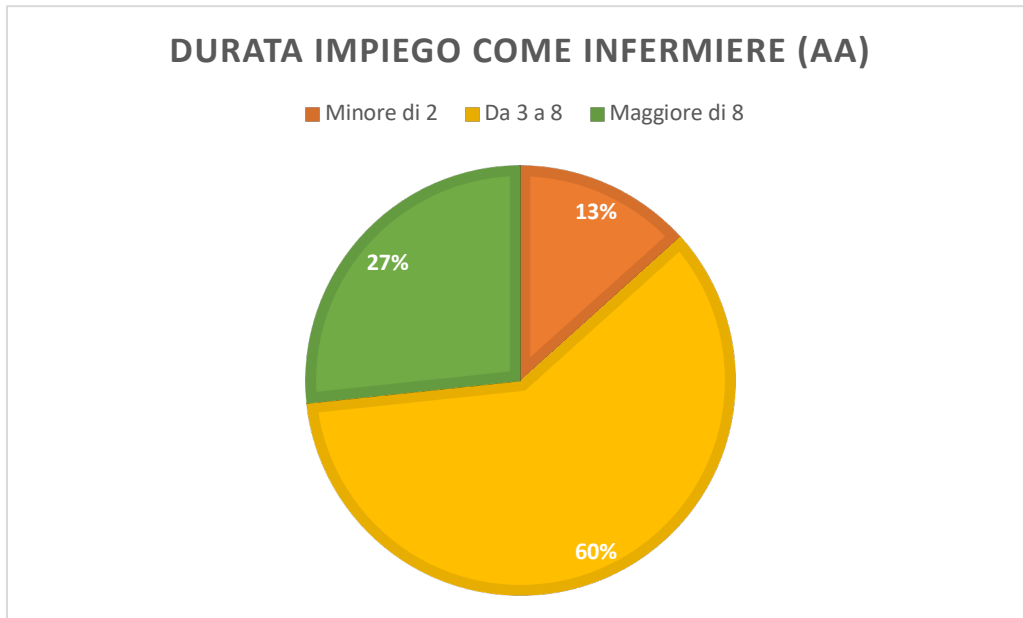
(Figura 6: Distribuzione del campione infermieri rispetto il genere a tempo T1.)

Nessuno degli infermieri a cui è stato somministrato il questionario risulta avere età compresa tra i 36-45 anni, il 27% risulta appartenere alla fascia 20-24 anni ed altrettanti alla fascia con età maggiore ai 45 anni. Il 46% del campione è costituito da infermieri di età compresa tra i 25-35 anni.



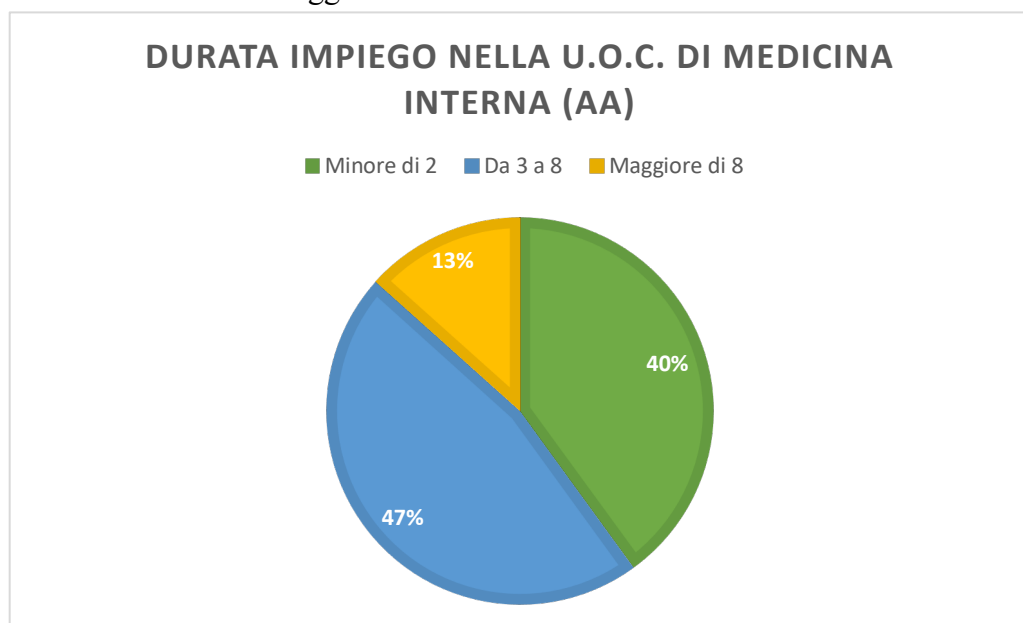
(Figura 7: Distribuzione del campione infermieri rispetto l'età anagrafica a tempo T1.)

In questa fase l'esperienza lavorativa complessiva degli infermieri si concentra nella fascia da 3-8 anni per il 60%, il 13% del campione ha esperienza complessiva minore a 2 anni e il 27% maggiore di 8 anni.



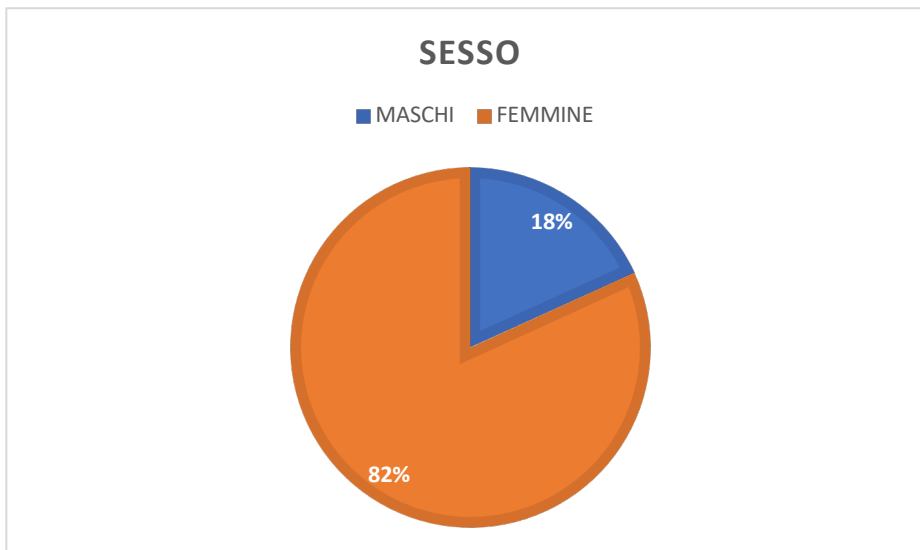
(Figura 8: Distribuzione del campione infermieri rispetto agli anni di impiego come infermiere a tempo T1.)

Il 40% del campione ha esperienza minore ai due anni nell'U.O.C. di Medicina Interna, il 47% da 3-8 anni e il 13% maggiore di 8 anni.



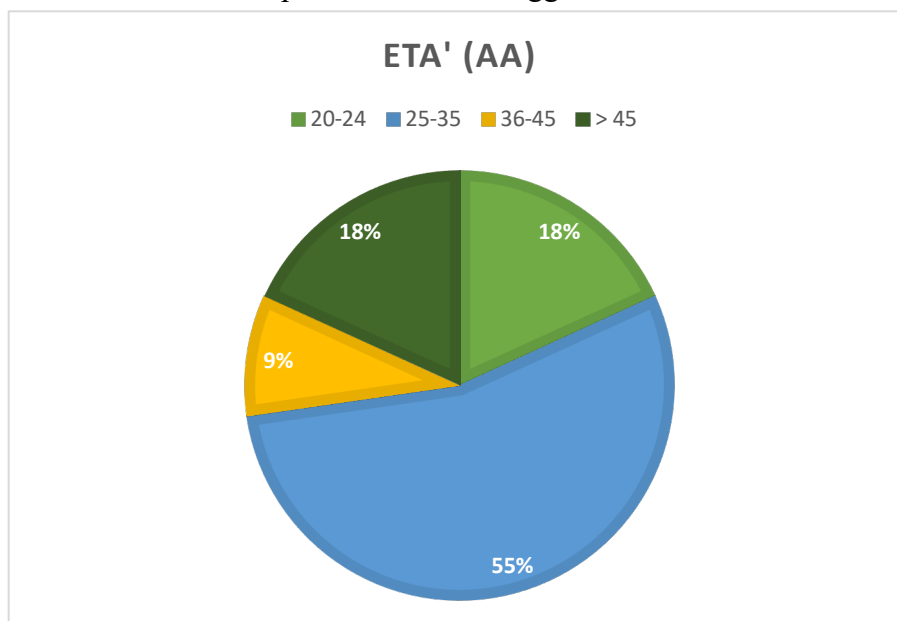
(Figura 9: Distribuzione del campione infermieri rispetto l'esperienza lavorativa nell'U.O. a tempo T1.)

Alla fine della sperimentazione (T2) il campione considerato era costituito rispettivamente dall'82% di donne e 18% da uomini.



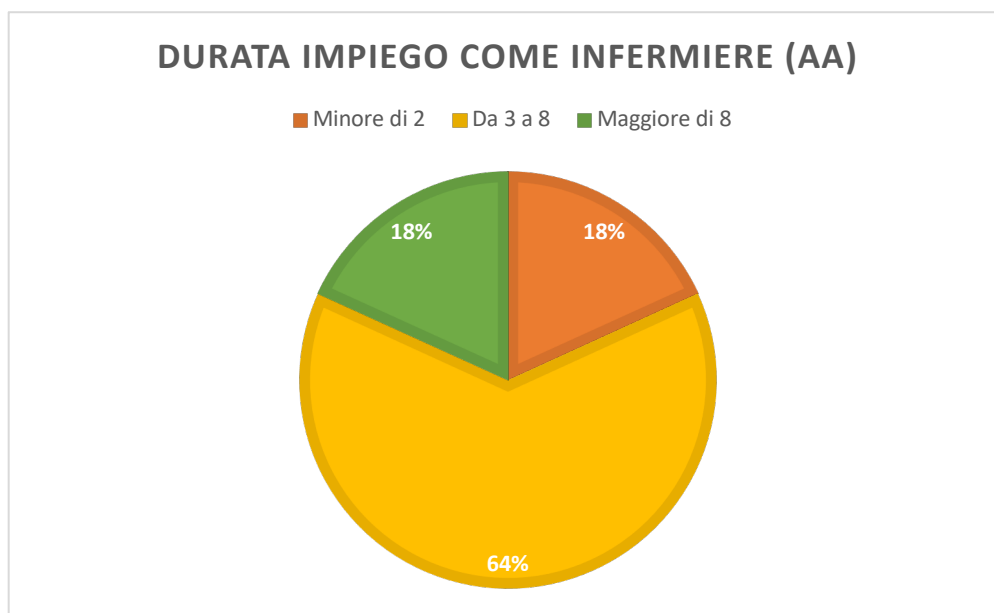
(Figura 10: Distribuzione del campione infermieri rispetto il genere a tempo T2.)

Il 18% degli infermieri aveva età compresa tra i 20-24 anni, il 55% tra i 25-35 anni e il 9% tra i 36-45 anni. Il 18% del campione aveva età maggiore di 45 anni.



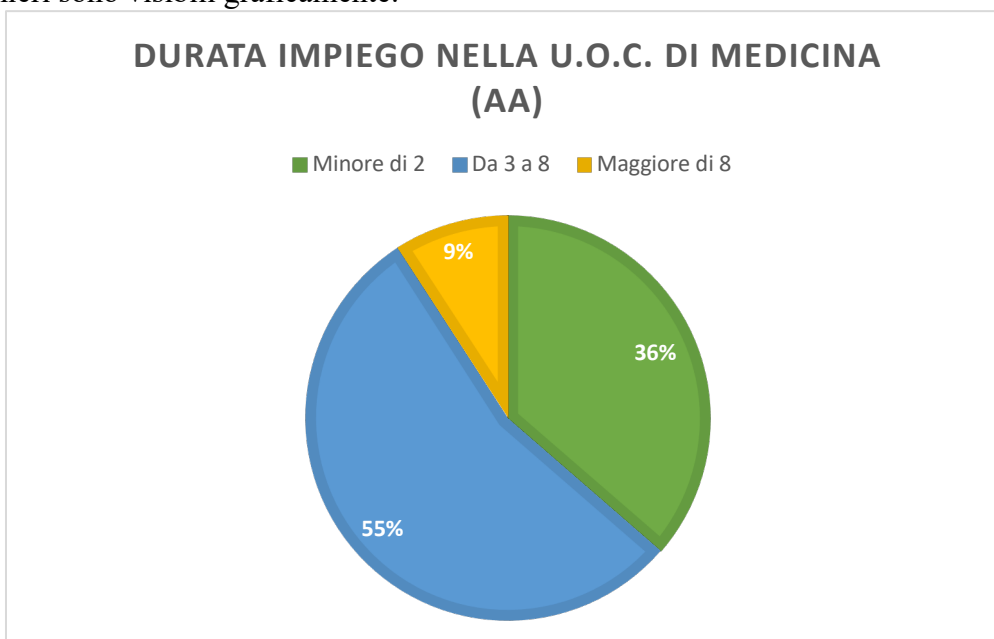
(Figura 11: Distribuzione del campione infermieri rispetto l'età anagrafica a tempo T2.)

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa complessiva in questa fase d'indagine finale il 64% del campione rientra nella fascia tra i 3-8 anni, il 18% ha esperienza minore di 2 anni ed altrettanti infermieri hanno esperienza maggiore a 8 anni.



(Figura 12: Distribuzione del campione infermieri rispetto agli anni di impiego come infermiere a tempo T2.)

L'ultima variabile considerata relativa all'esperienza lavorativa presso la Medicina Interna ha rivelato che il 55% degli infermieri appartiene alla fascia da 3-8 anni, il 36% ha esperienza minore a 2 anni e solo il 9% maggiore a 8 anni. Le diverse composizioni dei campioni di infermieri sono visibili graficamente.

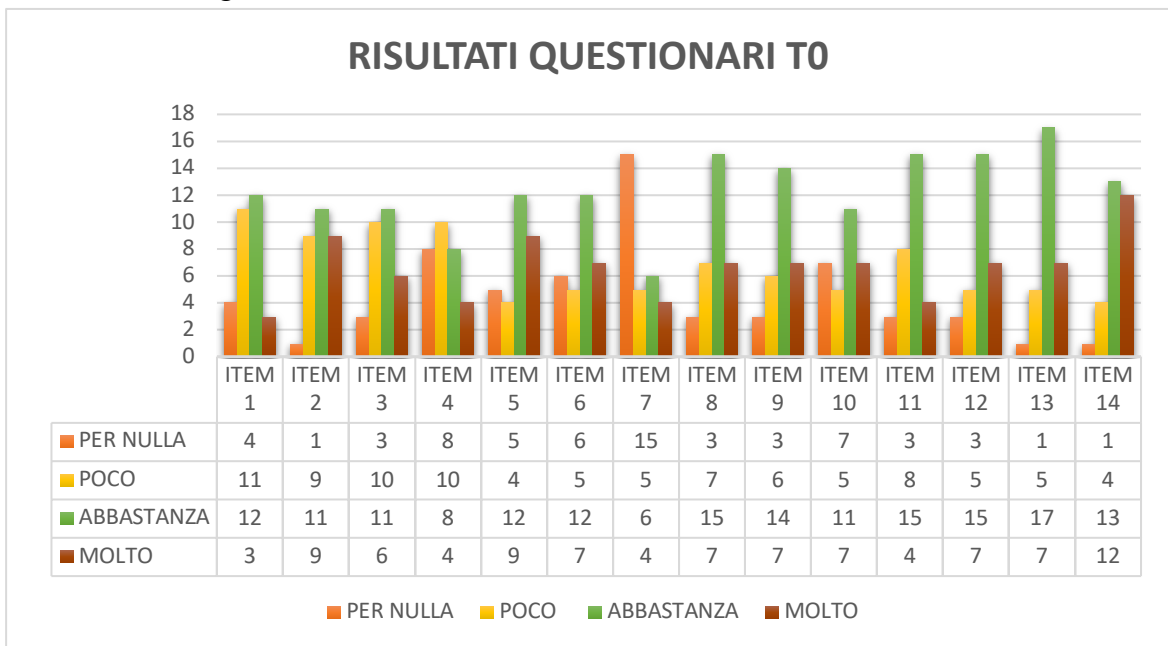


(Figura 13: Distribuzione del campione infermieri rispetto l'esperienza lavorativa nell'U.O. a tempo T2.)

3.2 Risultati dello studio

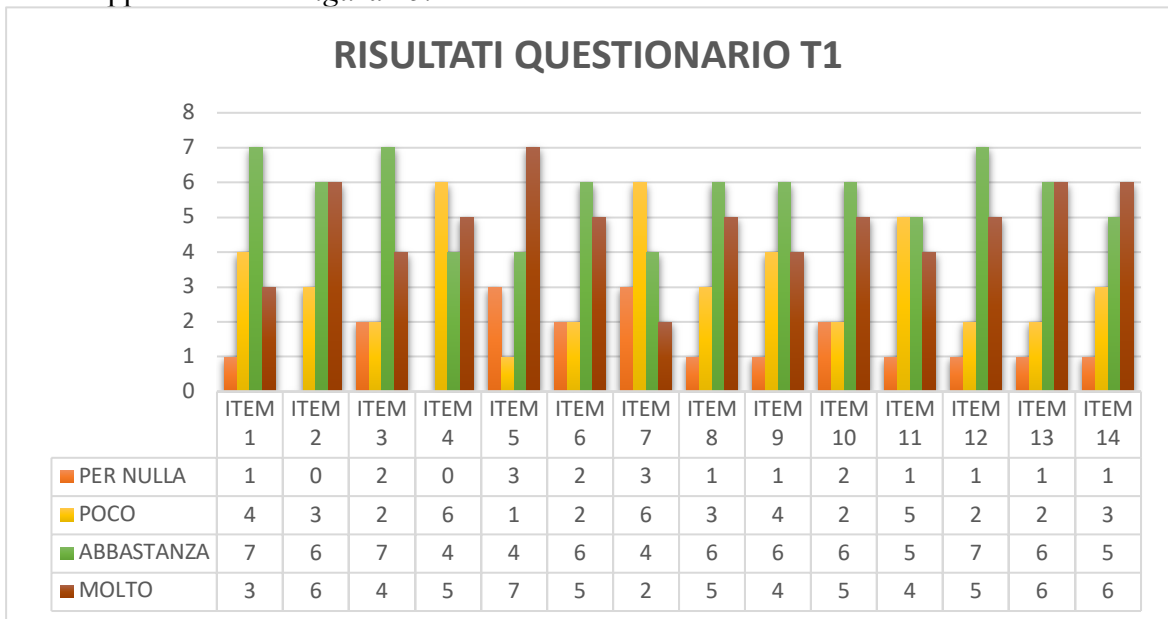
Il campione di infermieri a cui è stato sottoposto il questionario nei tre diversi momenti di indagine ha reso i seguenti esiti, riassunti attraverso i grafici presenti.

A tempo T0, ad inizio sperimentazione, il questionario consegnato a tutto il personale di U.O. ha reso i seguenti esiti.



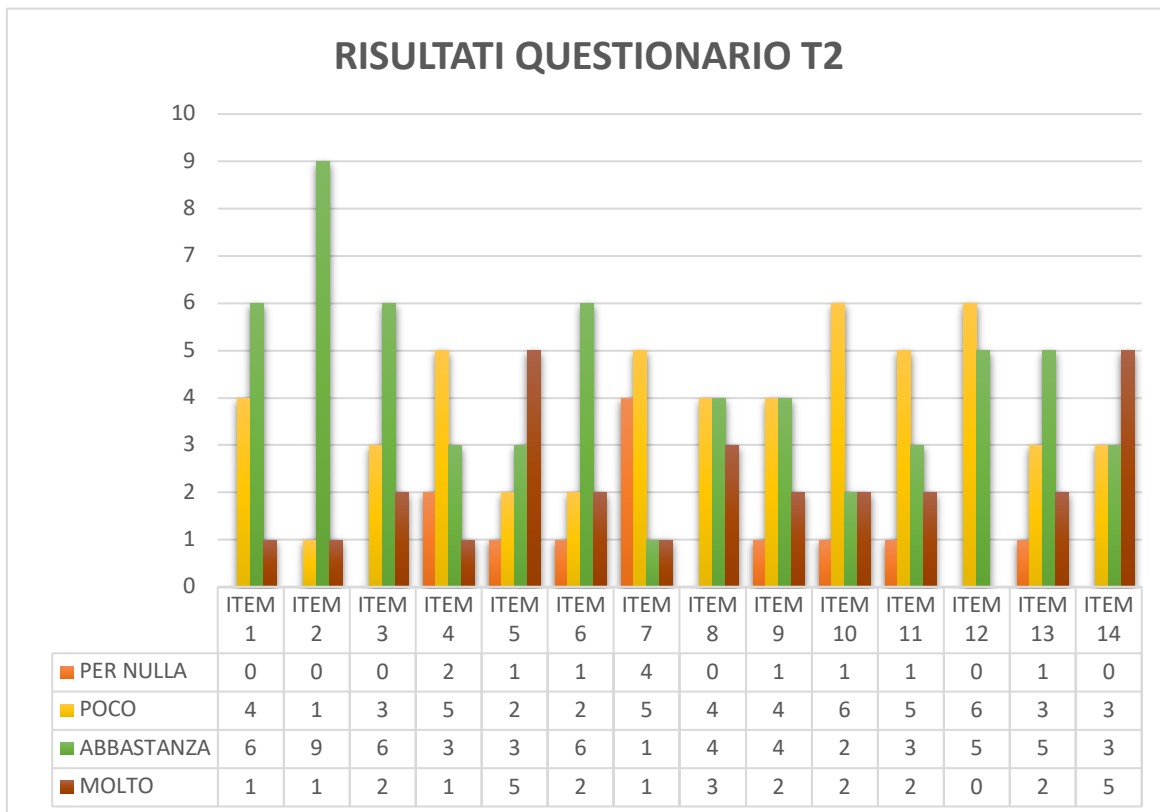
(Figura 14: Distribuzione del campione totale di infermieri a tempo T0.)

A seguito della formazione, a tempo T1, sono stati ottenuti i risultati da parte dei partecipanti come rappresentato in Figura 15.



(Figura 15 : Distribuzione del campione totale di infermieri a tempo T1.)

A tempo T2, al termine della sperimentazione, il questionario consegnato solo al personale che ha effettivamente preso parte alle consegne a letto del paziente ha reso i seguenti esiti, riassunti attraverso il grafico a tempo T2.



(Figura 16: Distribuzione del campione totale di infermieri a tempo T2.)

Calcolando gli indici di gradimento, sulla base delle risposte in scala *Likert* alle domande del questionario (Per nulla = 1, Poco = 2, Abbastanza = 3; Molto = 4), che emergono dalle diverse somministrazioni in media si ottengono i seguenti risultati riportati in tabella (Tabella V).

Da questo confronto tra i risultati in media a T0 e T1 emerge che gli infermieri ritengono che i vantaggi maggiori della implementazione del passaggio di consegne al letto siano per il paziente: migliore informazione (47% abbastanza e 33% molto), maggiore soddisfazione (40% abbastanza e 33% molto), maggiore sicurezza (47% abbastanza e 27% molto).

Che la consegna a letto migliori la relazione tra infermiere e paziente è stato indicato con abbastanza (40%) e molto (40%) a tempo T1.

Tabella V: Confronto tra T0 e T1.

	MEDIA VOTO T0 E VARIABILITA'	MEDIA VOTO T1 E VARIABILITA'	CONFRONTO T0 E T1
La soddisfazione per l'infermiere	2,47 +/- 0,30	2,80 +/- 0,42	MIGLIORATA
La relazione infermiere-paziente	2,93 +/- 0,31	3,20 +/- 0,38	MIGLIORATA
La tua percezione della sicurezza del paziente	2,67 +/- 0,32	2,87 +/- 0,48	MIGLIORATA
L'accuratezza della consegna	2,27 +/- 0,36	2,93 +/- 0,43	MIGLIORATA
Il riconoscimento dell'infermiere come responsabile dell'assistenza	2,83 +/- 0,37	3,00 +/- 0,58	MIGLIORATA
Il lavoro di squadra infermieristico	2,67 +/- 0,37	2,93 +/- 0,05	MIGLIORATA
La tua percezione del rispetto della privacy del paziente	1,97 +/- 0,40	2,33 +/- 0,48	MIGLIORATA
La soddisfazione del paziente	2,80 +/- 0,33	3,00 +/- 0,45	MIGLIORATA
L'informazione fornita al paziente	2,83 +/- 0,32	2,87 +/- 0,45	MIGLIORATA
Il tempo per la consegna	2,60 +/- 0,39	2,93 +/- 0,50	MIGLIORATA
La performance dell'infermiere	2,67 +/- 0,30	2,80 +/- 0,46	MIGLIORATA
Il tuo linguaggio tecnico-professionale	2,87 +/- 0,32	3,07 +/- 0,43	MIGLIORATA
La quantità di volte che il paziente sente le stesse informazioni	3,00 +/- 0,26	3,13 +/- 0,45	MIGLIORATA
Il coinvolgimento del paziente	3,20 +/- 0,28	3,07 +/- 0,47	PEGGIORATA

Relativamente ai vantaggi che la consegna al letto può portare agli infermieri, come riportato dalla letteratura, si rileva: infermieri riconosciuti più responsabili (poco accordo per il 7% e 20% per nulla), maggiore accuratezza nella consegna (poco accordo per il 40%), maggiore soddisfazione per gli infermieri (poco accordo per il 20%), migliore lavoro di squadra infermieristico (poco accordo per il 13% e 13% per nulla).

L'opinione degli infermieri sul coinvolgimento del paziente si modifica negativamente tra T0 e T1.

L'80% del campione ritiene che questo metodo di consegna possa influire sulla quantità di volte che il paziente sente le stesse informazioni molto (40%) e abbastanza (40%), l'utilizzo del linguaggio tecnico-professionale può non piacere ai pazienti (73%), la consegna a letto può modificare la performance dell'infermiere (abbastanza accordo per il 33% e molto per il 27%).

Tabella VI: Confronto tra T0 e T2.

	MEDIA VOTO T0 E VARIABILITA'	MEDIA VOTO T2 E VARIABILITA'	CONFRONTO T0 E T2
La soddisfazione per l'infermiere	2,47 +/- 0,30	2,73 +/- 0,36	MIGLIORATA
La relazione infermiere-paziente	2,93 +/- 0,31	3,00 +/- 0,25	MIGLIORATA
La tua percezione della sicurezza del paziente	2,67 +/- 0,32	2,91 +/- 0,39	MIGLIORATA
L'accuratezza della consegna	2,27 +/- 0,36	2,27 +/- 0,51	INVARIATA
Il riconoscimento dell'infermiere come responsabile dell'assistenza	2,83 +/- 0,37	3,09 +/- 0,59	MIGLIORATA
Il lavoro di squadra infermieristico	2,67 +/- 0,37	2,82 +/- 0,49	MIGLIORATA
La tua percezione del rispetto della privacy del paziente	1,97 +/- 0,40	1,91 +/- 0,53	PEGGIORATA
La soddisfazione del paziente	2,80 +/- 0,33	2,91 +/- 0,47	MIGLIORATA
L'informazione fornita al paziente	2,83 +/- 0,32	2,64 +/- 0,52	PEGGIORATA
Il tempo per la consegna	2,60 +/- 0,39	2,45 +/- 0,53	PEGGIORATA
La performance dell'infermiere	2,67 +/- 0,30	2,55 +/- 0,53	PEGGIORATA
Il tuo linguaggio tecnico-professionale	2,87 +/- 0,32	2,45 +/- 0,29	PEGGIORATA
La quantità di volte che il paziente sente le stesse informazioni	3,00 +/- 0,26	2,73 +/- 0,51	PEGGIORATA
Il coinvolgimento del paziente	3,20 +/- 0,28	3,18 +/- 0,49	PEGGIORATA

Guardando al confronto tra T0 e T2, l'opinione degli infermieri risulta invariata per quanto riguarda l'accuratezza della consegna infermieristica. A tempo T2 il 18% del campione ritiene che l'accuratezza della consegna non sia per nulla modificata da questo metodo ed il 45% ritiene che essa subisca poca influenza. La percezione della privacy subisce un peggioramento, così come l'informazione fornita al paziente, il suo coinvolgimento e le volte che sente le stesse informazioni.

Vi è un peggioramento percepito anche nel tempo dedicato alla consegna infermieristica. Il 54% del campione a tempo T2 ritiene che questo metodo abbia poca influenza relativamente alle tempistiche impiegate rispetto alle consegne lontane dal paziente.

Peggiorano anche la percezione della performance dell'infermiere e del suo esprimersi con linguaggio tecnico-professionale.

DISCUSSIONE

I dati emersi in questo studio sono in accordo con la letteratura, infatti, da uno studio del 2010 emerge che gli infermieri maschi rappresentano solo il 22,3% e che la professione è rimasta prevalentemente composta da personale femminile (Camerino et al., 2010).

Guardando ai risultati va considerato che genere, età, formazione professionale ed esperienza sono caratteristiche individuali a forte caratterizzazione sociale che devono essere adeguatamente considerate e gestite nei luoghi di lavoro (Camerino et al., 2010).

Un altro fattore socio-anagrafico a cui prestare attenzione è l'aumento dell'età per il pensionamento. Con l'aumentare dell'età generalmente diminuiscono le opportunità di sostegno sociale sul lavoro (*mentoring*) e di scelta relative alla carriera ma dovrebbero aumentare esperienza, autonomia, autorevolezza e reti relazionali (Camerino et al., 2010).

L'esperienza lavorativa comporta implicitamente:

1. una minor esposizione agli *stressors* ed una maggior capacità e maturità nel gestirli;
2. un minor numero d'infortuni e di errori;
3. un minor numero di reazioni aggressive da parte dell'utenza, dei colleghi e dei superiori (Camerino et al., 2010).

La consegna al letto del paziente a tempo T1 è stata percepita come vantaggiosa per il personale e per i pazienti. Gli infermieri di reparto, dopo aver consultato la letteratura e partecipato alla formazione, si sono dimostrati concordi con quanto affermato negli articoli scientifici proposti.

Dai risultati è emerso un miglioramento in quasi tutte le medie degli *items* tra T0 e T1.

Il coinvolgimento del paziente, contrariamente alla letteratura, ha subito un peggioramento. In letteratura il maggior beneficio relativo all'implementazione della consegna al letto è che i pazienti sono meglio informati. Ci sono evidenze che la partecipazione attiva nelle cure da parte del paziente produce migliori *outcome* in termini di salute. Meglio sono informati sul loro percorso di cura e più è probabile che i pazienti vi partecipino. Durante la consegna al letto, il paziente si sente autorizzato a porre domande e condividere informazioni che renderanno gli infermieri in grado di personalizzare gli interventi che il paziente richiede e merita.

Ad un mese dall'implementazione del metodo di consegna, sono emerse anche le difficoltà e le obiezioni degli infermieri come si evince anche da alcuni studi in letteratura.

Tra le più frequenti si annoverano:

1. violazione della *privacy*. Il timore di comunicare dati sensibili che possono essere ascoltati anche da vicini di letto può essere una delle ragioni maggiormente rilevanti per non passare a questo metodo. Gli stessi infermieri però hanno autonomamente trovato le soluzioni, adeguando il volume di voce e utilizzando il documento scritto di consegna per le informazioni più riservate;
2. disturbo del paziente. Anziché considerare il coinvolgimento del paziente come un'opportunità di informazione, anticipare azioni assistenziali o rendere il paziente maggiormente partecipe del suo piano di cura, la consegna al letto può essere considerata un disturbo;
3. il tempo per la consegna. Anche in letteratura il timore di allungare i tempi è stato di frequente riscontrato benché non supportato da dati quantitativi;
4. la performance dell'infermiere e l'utilizzo di linguaggio tecnico-professionale. Durante la consegna lontana dal *bedside* gli infermieri si sentono più liberi di esprimersi o di potersi prendere più tempo per recuperare le informazioni che devono comunicare al collega. Durante la consegna delle ore 14 il paziente è uno spettatore del passaggio di consegna e funge anche da "controllore" della precisione delle informazioni che lo riguardano. L'infermiere pertanto può sentirsi giudicato se non preparato.

In un ambiente così complesso come quello sanitario e, nello specifico, di Medicina Interna il cambiamento può essere un evento travolgente, esso non si può controllare è possibile sorvegliare la fase di transizione. Gli infermieri cercano di esercitare qualche tipo di controllo sul loro ambiente sviluppando e aderendo alla *routine* anche se il cambiamento proposto presenta maggiori vantaggi. Il cambiamento inoltre può essere ostacolato dalla mancanza di una *vision* condivisa (Torri, Adriano, 2018).

CONCLUSIONI

Lo stare al letto del paziente definisce uno spazio che delimita lo sguardo e l'attenzione e stabilisce i ruoli gestionali. Gli infermieri in questo spazio e tempo partecipano non per intervenire con atti diretti ma acquisendo l'immagine di coloro che possono professionalmente decidere.

La prossimica vicinale permette di dare visibilità al ruolo dell'infermiere, che al contempo assume la sua responsabilità sia nel "consegnare" ciò che afferma, sia nell'accogliere la presa in carico.

La consegna al letto incrementa la sicurezza del paziente perché contribuisce alla completezza delle informazioni. Con la sua presenza, il paziente integra le informazioni e ne assicura la correttezza, per quanto gli sia possibile e gli competa. Ma anche dove il paziente non possa intervenire, l'ambiente che lo circonda contribuisce ad assicurare pienezza e a ridurre le ambiguità della comunicazione perché gli infermieri parlano di aspetti del paziente che possono direttamente osservare in tempo reale.

L'intervento deve muoversi su due fronti: quello organizzativo e quello personale. Le soluzioni si rivolgono sia sul piano organizzativo, con una possibile modifica dei piani di lavoro, che individuale con una maggiore consapevolezza, da parte del personale, relativamente alla significatività di questo processo.

A fronte di quanto emerso dall'indagine probabilmente una forma "ibrida" di passaggio di consegna, in cui coesistano momenti di passaggio sia lontani che vicini al letto del paziente, dovrebbe rappresentare la forma da preferire. Oltre a tenere conto dell'orario di passaggio della consegna (al mattino presto o all'inizio del turno di notte i pazienti potrebbero essere disturbati), deve essere considerato anche la tipologia di paziente (che potrebbe non gradire il suo coinvolgimento) o il tipo di informazioni che devono essere trasmesse, per decidere quale sia il luogo migliore.

Attualmente il passaggio della consegna al letto si sta consolidando tra il turno del mattino e quello del pomeriggio. Le implicazioni future saranno quelle di rilevare la qualità dell'assistenza percepita dal paziente attraverso il suo coinvolgimento, nonché la valutazione delle situazioni in cui l'implementazione potrà o ampliarsi verso gli altri turni o tornare tradizionale. In merito al progetto relativo alla progettazione delle fasi di pianificazione ed attuazione del Ciclo del Miglioramento "Consegne a letto del paziente", si prevedono le fasi di valutazione e verifica delle azioni.

LIMITI

Tra i limiti da annoverare a fronte dei risultati ottenuti con l'indagine di questo elaborato, vi si ritrova la numerosità limitata del campione d'indagine e, per questa ragione, i risultati possono essere stati scarsamente significativi. Inoltre, il periodo di raccolta dati (Gennaio-Febbraio 2023) coincide con il cambio Unità Operativa da parte di tre infermiere, il congedo di maternità di un'infermiera e di matrimonio per un'altra ed un'infermiera è stata assunta. Questo ha ulteriormente ristretto il campione identificato per l'indagine. Non è stato poi possibile formulare considerazioni rispetto al genere in quanto il campione totale di infermieri comprendeva al suo interno un numero estremamente ridotto di componenti di sesso maschile rispetto alla controparte femminile.

BIBLIOGRAFIA

Adams, J., & Osborne-McKenzie, T. (2012). Advancing the Evidence Base for a Standardized Provider Handover Structure: Using Staff Nurse Descriptions of Information Needed to Deliver Competent Care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(6), 261–266. <https://doi.org/10.3928/00220124-20120215-88>

Arora, V. M., Manjarrez, E., Dressler, D. D., Basaviah, P., Halasyamani, L., & Kripalani, S. (2009). Hospitalist handoffs: a systematic review and task force recommendations. *Journal of hospital medicine*, 4(7), 433–440. <https://doi.org/10.1002/jhm.573>

Athanasakis, E. SPECIALPAPER. *International Journal of Caring Sciences* 6, 300 (2013)

Basso, I., Dogliotti, D., Poletti, P., & Gambarini, L. (2012). La cultura della sicurezza tra le figure di assistenza. Una indagine conoscitiva presso un'Azienda Ospedaliera Piemontese. *Professioni Infermieristiche*, 65(4). <http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/5>

Benaglio, C., Piffer, L., Sperotto, S., Vezzoli, M., Albanese, S., & Piva, E. (2006). Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato [Innovative models for continuity of care: from traditional intershift handover to bedside reporting]. *Assistenza infermieristica e ricerca : AIR*, 25(2), 105–108.

Bulfone, G., Sumathy, M., Grubissa, S., & Palese, A. (2012). Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura [Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review]. *Assistenza infermieristica e ricerca : AIR*, 31(2), 91–101. <https://doi.org/10.1702/1131.12471>

Bressan, V., Cadorin, L., Pellegrinet, D., Bulfone, G., Stevanin, S., & Palese, A. (2019). Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review. *Journal of nursing management*, 27(4), 815-832.

Bruton, J., Norton, C., Smyth, N., Ward, H., & Day, S. (2016). Nurse handover: patient and staff experiences. *British Journal of Nursing*, 25(7), 386–393.

<https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.7.386>

Burns-Stewart S. (1981). Professional sharing. 1. Bedside report: a critical issue. *Critical care nurse*, 1(6), 6–7.

Camerino, D. C., Sandri, M., Conway, P., Campanini, P., & Sartori, S. (2010). Ruolo dei fattori “genere” ed “età” nella valutazione del rischio psicosociale e negli interventi di prevenzione del personale ospedaliero. Convegno Nazionale SIMLII - Sezione Tematica Di Medicina Preventiva Dei Lavoratori Della Sanità : Rischio Biologico, Psicosociale E Biomeccanico per I Lavoratori Della Sanità : Attualità Scientifiche E Legislative, 32(3), 337–342.

Cahill, J. (1998). Patient’s perceptions of bedside handovers. *Journal of Clinical Nursing*, 7(4), 351–359. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.1998.00149.x>

Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs*, 29(8), 1489–1495. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>

Harolds, J. A. (2015). Quality and Safety in Health Care, Part I. *Clinical Nuclear Medicine*, 40(8), 660–662. <https://doi.org/10.1097/rlu.0000000000000877>

Jeffs, L., Acott, A., Simpson, E., Campbell, H., Irwin, T., Lo, J., Beswick, S., & Cardoso, R. (2013). The value of bedside shift reporting enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety. *Journal of nursing care quality*, 28(3), 226–232. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182852f46>

Kerr, M. (2002). A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 37(2), 125–134. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02066.x>

Malfait, S., Eeckloo, K., Van Biesen, W., & Van Hecke, A. (2019). Barriers and facilitators for the use of NURSING bedside handovers: implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(4), 289-298.

<https://doi.org/10.1111/wvn.12386>

McKenna L. G. (1997). Improving the nursing handover report. *Professional nurse* (London, England), 12(9), 637–639.

Messam, K., & Pettifer, A. (2009). Understanding best practice within nurse intershift handover: what suits palliative care? *International Journal of Palliative Nursing*, 15(4), 190–196. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2009.15.4.41968>

Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estryng-Behar, M., Nézet, O. L., Pokorski, J., & Gould, D. (2007). Nurses' perception of shift handovers in Europe results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 535–542.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04144.x>

Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication. *BMJ*, 316(7149), 1922–1930.

<https://doi.org/10.1136/bmj.316.7149.1922>

Miller C. (1998). Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. *The Australian journal of advanced nursing : a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation*, 16(1), 23–27.

Moja, E. A., & Vegni, E. (2000). Medicina hard e medicina soft: due pesi, o nessun peso, per valutare i contributi. *Ann Ital Med Int* 19, 205–207 (2004)., 15(2), 177–178.

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>

- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M. S., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n6p65>
- Oxelmark, L., Whitty, J. A., Ulin, K., Chaboyer, W., Oliveira Gonçalves, A. S., & Ringdal, M. (2020). Patients prefer clinical handover at the bedside; nurses do not: Evidence from a discrete choice experiment. *International journal of nursing studies*, 105, 103444. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103444>
- Raeisi, A. R., Rarani, M. A., & Soltani, F. (2019). Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 173. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_460_18
- Radtke K. (2013). Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. *Clinical nurse specialist CNS*, 27(1), 19–25. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3182777011>
- Shahgholian, N., & Yousefi, H. (2018). The lived experiences of patients undergoing hemodialysis with the concept of care: A phenomenological study. *BMC Nephrology*, 19(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12882-018-1138-4>
- Smith C. E. (1986). Upgrade your shift reports with the three R's. *Nursing*, 16(2), 62–64.
- Timonen, L., & Sihvonon, M. (2000). Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *Journal of clinical nursing*, 9(4), 542–548. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00400.x>
- Torri, Adriano. (2018). La consegna infermieristica al letto del paziente. *Scenario*, 32(1), 39–43

Vines, M. M., Dupler, A. E., Van Son, C. R., & Guido, G. W. (2014). Improving client and nurse satisfaction through the utilization of bedside report. *Journal for nurses in professional development*, 30(4), 166–E2.

<https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000057>

Wang, L., Wang, Y., Lou, Y., Li, Y., & Zhang, X. (2013). The role of quality control circles in sustained improvement of medical quality. *SpringerPlus*, 2(1).

<https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-141>

Webster J. (1999). Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over. *Journal of advanced nursing*, 30(6), 1375–1382.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01233.x>

SITOGRAFIA

Articolo 8 - Protezione dei dati di carattere personale. (2023, January 23). European Union Agency for Fundamental Rights. <http://fra.europa.eu/it/eu-charter/article/8-protezione-dei-dati-di-carattere-personale>

FNOPI | Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche. (2023, February 21). Fnopi. <https://www.fnopi.it/>

Gazzetta Ufficiale. (2003, July 29).

https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2003-07-29&atto.codiceRedazionale=003G0218

Italian Journal of Medicine. (n.d.). <https://www.italjmed.org/>

La consegna infermieristica al letto del paziente/ Bedside nursing report - ProQuest.

<https://www.proquest.com/openview/f3f091171f62d2a6602c34fa4360cb24/1?pqorigsite=scholar&cbl=886352>. Consultato 12 ottobre 2022.

Medicina Interna. (n.d.). AULSS 3. <https://www.aulss3.veneto.it/Medicina-Interna-2>

Ministero della Salute. (n.d.). <https://www.salute.gov.it/>

Della Salute, M. (n.d.). Raccomandazione n°3 - Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito e della procedura.

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?id=587&lingua=italiano

Scarl, O. (2019, July 11). L. 24/2017 (Gelli-Bianco): “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.” Biodiritto. <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Normativa/L.-24-2017-Gelli-Bianco-Disposizioni-in-materia-di-sicurezza-delle-cure-e-della-persona-assistita-nonche-in-materia-di-responsabilita-professionale-degli-esercenti-le-professioni-sanitarie>

The Joint Commission. (n.d.). A Trusted Partner in Patient Care.

<https://www.jointcommission.org/>

W. (2021, March 16). *IL CICLO P-D-C-A*. Process

Factory. <https://www.processfactory.it/il-ciclo-p-d-c-a/>

World Health Organization. (2012). World health statistics 2012.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44844>

INDICE ALLEGATI

ALLEGATO 1: Questionario

ALLEGATO 2: Indicazioni per la consegna infermieristica

ALLEGATO 3: Roleplay

ALLEGATO 1: Questionario



Dipartimento di Medicina

Molecolare



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO CONSEGNE A LETTO DEL PAZIENTE

Gentile collega, sono Sara Bergamin una laureanda Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche dell'Università di Padova e vorrei chiedere la tua collaborazione nella compilazione del seguente questionario i cui risultati diverranno elementi fondamentali per la stesura della mia tesi di laurea che ha come argomento le consegne infermieristiche a letto del paziente nel contesto dell'UOC di Medicina di Dolo (ULSS3).

Il questionario è anonimo e nel rispetto della norma sulla privacy vigente (D. Lgs. 196/2003 e successive integrazioni e modifiche); aggiungo inoltre che i dati saranno usati in forma aggregata solo ed esclusivamente per l'elaborato di tesi.

Ti ringrazio anticipatamente per la tua collaborazione.

Sara Bergamin

In accordo con la letteratura, la consegna a letto del paziente ha delle ricadute sull'assistenza. Secondo te utilizzare questo metodo per le consegne infermieristiche quanto può modificare:

(Segna con una "x")

	ITEM	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla
1.	La soddisfazione per l'infermiere.				
2.	La relazione infermiere-paziente.				
3.	La tua percezione della sicurezza del paziente.				
4.	L'accuratezza della consegna.				
5.	Il riconoscimento dell'infermiere come responsabile dell'assistenza.				
6.	Il lavoro di squadra infermieristico.				
7.	La tua percezione del rispetto della privacy del paziente.				
8.	La soddisfazione del paziente.				
9.	L'informazione fornita al paziente.				
10.	Il tempo per la consegna.				

11.	La performance dell'infermiere.				
12.	Il tuo linguaggio tecnico-professionale.				
13.	La quantità di volte che il paziente sente le stesse informazioni.				
14.	Il coinvolgimento del paziente.				

Le domande che seguono hanno il solo scopo di raccogliere dei dati statistici che saranno utili nell'indagine.

Sesso: M F

Età: 20 – 24 25 – 35 36 - 45 > 45

Durata impiego come infermiere(aa):

< 2 3 – 8 > 8

Durata impiego nella U.O.C. di Medicina (aa):

< 2 3 – 8 > 8

ALLEGATO 2: Indicazioni per la consegna infermieristica

 <p>UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA</p>	<p><i>Dipartimento di Medicina Molecolare</i></p> <p><i>Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche</i></p>
---	---

CHECK – LIST: CONSEGNE INFERMIERISTICHE A LETTO DEL PAZIENTE

SCOPO:

- Diminuzione del rischio di errore
- Utilizzo di *softskills* (comunicazione)
- Promuovere il benessere del paziente favorendone il coinvolgimento nel processo di cura
- Maggiore soddisfazione per il personale infermieristico

ATTUAZIONE	MOTIVAZIONE
PREPARAZIONE DEL MATERIALE	
<ul style="list-style-type: none">• Penna o matita,• Strumento cartaceo in uso dell'U.O. per il passaggio consegne aggiornato,• Supporto rigido,• Verificare data di ricovero/prossima dimissione.	<p><i>Nell' U.O. di medicina di Dolo viene utilizzato uno strumento cartaceo (aggiornato e stampato ad ogni turno) per le consegne infermieristiche con pazienti divisi in settori. Verificare la data di ricovero al</i></p>

	<i>fine dell'inclusione allo studio (ricovero dopo l'inizio dello studio e almeno 5 giorni di degenza).</i>
ATTIVITA' PRELIMINARI	
1. Presentarsi 1.a Identificare il paziente	<i>Dimostra responsabilità e affidabilità L'identificazione del paziente assicura che il giusto paziente riceva la giusta assistenza</i>
2. Informare il paziente, acquisendo il consenso, spiegando la procedura	<i>Lo scopo è di alleviare l'ansia e di ottenere la massima collaborazione</i>
3. ACCERTAMENTO: <ul style="list-style-type: none"> • Valutare la capacità del paziente di comprendere le informazioni che riceve e di essere coinvolto nelle consegne infermieristiche (Es: Pazienti con diagnosi di demenza) • Riconsiderare l'anamnesi del paziente le informazioni verranno scambiate in altra sede (Es: pazienti in isolamento). • Individuare i pazienti con cui avere accortezze (Es : pazienti con diagnosi infauste o particolari stati di agitazione/ansia) 	<i>E' necessario prendere in considerazione tali fattori per eseguire correttamente la procedura e adottare gli accorgimenti necessari per l'utente</i>
4. Assicurare un ambiente confortevole, con la giusta illuminazione e lo spazio sufficiente.	
5. Allontanare eventuali visitatori dalla stanza del paziente se non graditi, chiudere la porta della stanza.	<i>Vista la necessità di garantire la privacy.</i>

ESECUZIONE

<p>6. Riportare al collega nome e cognome del paziente e data di nascita (o chiederlo al paziente). Riportare la diagnosi solo se utile ai fini della consegna infermieristica. Comunicare data di ricovero e Allert.</p>	<p><i>Porre domande al paziente è utile al coinvolgimento dello stesso.</i></p> <p><i>Evitare diagnosi infauste, indelicate o di cui il paziente non è ancora a conoscenza (indagini in corso, non ancora comunicate dal medico, positività sierologiche).</i></p> <p><i>Riportare comunque tutte le informazioni nello strumento cartaceo.</i></p>
<p>7. Riportare al collega se il paziente viene sottoposto ad O2 terapia e a controlli glicemici (con eventuali modifiche). Riferire eventuali alterazioni nei parametri durante il turno trascorso (secondo schema in uso in reparto).</p>	
<p>8. Comunicare al collega solo eventuali dati organizzativi recenti (esami eseguiti/prenotati nel turno trascorso/appuntamenti). Eventuale dimissione o trasferimento.</p>	<p><i>Comunicare solo informazioni organizzative recenti riduce la ridondanza nella consegna infermieristica.</i></p> <p><i>Possibile comunicare la motivazione di un determinato esame diagnostico ma evitare di riferirne l'esito (rimportarlo comunque scritto nel supporto cartaceo per</i></p>

	<i>conoscenza).</i>
9. Riportare al collega eventuale presenza di CV/Vaso (qualità e quantità delle urine), CVC, Alimentazione (se si alimenta e con che dieta), Mobilizzazione (progetto di mobilizzazione) e MAD	
10. Riportare Eventuali extra (Medicazioni, effetti personali, familiari ecc)	
11. Al termine assicurarsi che il paziente abbia compreso e non appaia turbato/dubbioso relativamente ad alcune informazioni e salutarlo.	
ATTIVITA' CONCLUSIVE	
12. Riferire e registrare le osservazioni rilevate durante l'esecuzione	<i>Allo scopo di trasmettere le informazioni alle equipe</i>

ALLEGATO 3: Roleplay

Il *role play* è una rappresentazione scenica di un'interazione che comporta l'assunzione di un comportamento in una situazione immaginaria. Si tratta di una tecnica di simulazione che cerca di riprodurre in aula, e quindi in una situazione protetta, problemi e accadimenti simili a quelli della vita reale.

Obiettivi:

- Sviluppare le capacità di *problem solving*;
- Apprendere nuove procedure;
- Modificare gli atteggiamenti nelle relazioni interpersonali e tra collaboratori e/o superiori.

Indicazioni generali fornite ai dipendenti:

- Durante la consegna limitarsi a fornire indicazioni sul turno appena trascorso e solo su eventuali appuntamenti programmati entro la giornata successiva o accorgimenti particolari (es. preparazione colonscopia);
- Se presenti informazioni sensibili (HCV, HIV, dipendenze attive o pregresse) evitare di parlarne in stanza di degenza al fine di scongiurare lo stigma che la condizione clinica potrebbe determinare;
- Evitare di utilizzare una terminologia troppo tecnica che non è familiare agli assistiti e potrebbe creare in loro sensazioni di ansia e confusione, spiegarsi quanto più possibile con termini semplici;
- Se presenti referti di esami strumentali di cui il paziente non è ancora a conoscenza limitarsi ad indicare al collega l'esito sul supporto cartaceo;
- Rispondere alle domande dell'assistito nei limiti delle proprie competenze.

Casistiche trattate nel *Role play*:

- Paziente vigile, orientato e collaborante;
- Paziente con prognosi infausta - Prima di entrare in stanza comunicare al collega la gravità della situazione clinica; Al letto limitarsi a indicare al collega la diagnosi d'ingresso senza specificare il grado di gravità della situazione clinica, il paziente potrebbe non essere stato ancora informato;

- Paziente con alta complessità assistenziale - Comunicare al collega brevemente la storia clinica recente che ha determinato l'aggravamento della situazione clinica se non nota; Indicare tutti gli eventuali *device* e/o apparecchiature elettromedicali in utilizzo;
- Paziente oppositivo - Mantenere un atteggiamento calmo anche quando l'assistito presenta un comportamento deliberatamente provocatorio;
- Paziente confuso - Cercare di mantenere tranquillo il paziente, se non possibile, uscire dalla stanza e terminare la consegna all'esterno;
- Paziente isolato – Passaggio di consegne fuori dalla stanza di degenza;
- Caso Sociale - Indicare l'eventuale attivazione assistente sociale o altre informazioni delicate al di fuori della stanza di degenza, il paziente potrebbe non esserne a conoscenza o non volerle comunicare con gli altri degenti.