

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**L' HANDOVER INFERMIERISTICO NEL PRONTO SOCCORSO DI
CASTELFRANCO VENETO E MONTEBELLUNA: INDAGINE
OSSERVAZIONALE E PROPOSTA DI STANDARDIZZAZIONE**

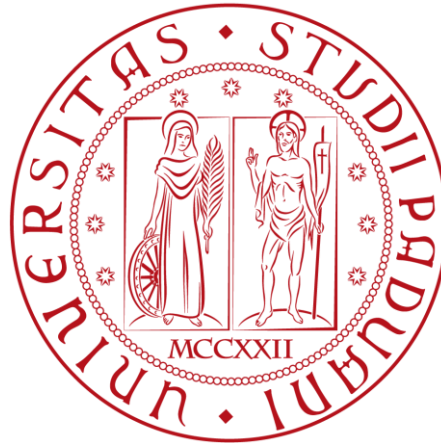
Relatore: Prof. Carta Antonello

Laureanda: Gazzola Vanessa

Correlatore: Dott. Zanninello Enrico

Matricola: 1025137

Anno Accademico 2014/2015



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**L' HANDOVER INFERMIERISTICO NEL PRONTO SOCCORSO DI
CASTELFRANCO VENETO E MONTEBELLUNA: INDAGINE
OSSERVAZIONALE E PROPOSTA DI STANDARDIZZAZIONE**

Relatore: Prof. Carta Antonello

Laureanda: Gazzola Vanessa

Correlatore: Dott. Zanninello Enrico

Matricola: 1025137

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

Abstract

Abstract (in inglese)

Introduzione pag. 1

Capitolo 1 – Il passaggio delle consegne infermieristiche pag. 3

1.1. Problematiche peculiari all'interno del contesto del Pronto Soccorso pag. 3

Capitolo 2 - Rassegna della letteratura disponibile pag. 5

2.1 I metodi di passaggio delle consegne pag. 5

2.2 Struttura ed elementi essenziali nelle consegne pag. 8

2.3 Codice deontologico e leggi italiane che regolano il passaggio
delle consegne infermieristiche pag. 9

Capitolo 3 – Materiali e metodi pag. 11

3.1 Disegno dello studio pag. 11

3.2 Strumento pag. 11

3.3 Campionamento pag. 13

3.4 Contesto pag. 13

3.5 Attività di raccolta dei dati pag. 14

Capitolo 4 – Risultati pag. 15

4.1 Risultati sul campione pag. 15

4.2 Risultati sui dati della checklist pag. 15

Capitolo 5 – Discussione e conclusione pag. 19

5.1 Interpretazione dei dati pag. 19

5.2 Implicazione per la pratica pag. 20

5.3 Limiti della ricerca pag. 21

Bibliografia

Allegati

ABSTRACT

Problema: Il passaggio delle consegne è un momento essenziale all'interno del processo di assistenza infermieristica, che permette la continuità assistenziale al paziente. Questo diviene un processo continuo e condiviso durante tutta la degenza della persona assistita.

All'interno del Pronto Soccorso sono presenti molti pazienti, divisi nelle diverse aree e spazi che lo compongono. Le persone assistite sono prese in carico da diversi infermieri che lavorano a stretto contatto con altri professionisti. Questo ed altri fattori contribuiscono, durante il passaggio di consegne, ad interrompere la comunicazione, con il rischio di creare errori e/o omissioni.

Nasce perciò la necessità di utilizzare uno strumento standardizzato di consegna che permetta una comunicazione efficace e completa.

Obiettivo: L'obiettivo dell'elaborato di tesi è ricercare quali sono le informazioni che vengono comunicate durante l'*handover* infermieristico all'interno del Pronto Soccorso, valutare quali informazioni vengono omesse, e confrontarle con quelle che in letteratura sono considerate essenziali. Proporre successivamente l'uso di uno strumento standardizzato per ridurre il rischio clinico in Pronto Soccorso.

Materiali e metodi: Utilizzando una *checklist* non validata e derivata dalla scala mnemonica di ISBAR, si è eseguita un'indagine esplorativa all'interno delle unità operative di Pronto Soccorso di Castelfranco Veneto e Montebelluna.

Conclusioni: All'interno delle due unità operative non è presente un metodo standardizzato per l'*handover* infermieristico. Si rende perciò necessario l'utilizzo di uno strumento strutturato che uniformi questo processo tra i professionisti coinvolti.

ABSTRACT (in inglese)

Background: The handover is an essential moment in the process of nursing care that allows the ongoing assistance of the patient. This continuous process of transferring the patient lasts for the duration of the patients stay.

In the Emergency Department people are divided into sections where they may lay down in relevant categorized areas. Patient being cared for are in this way constantly in the presence of healthcare professionals.

The Handover process can affect regular logistical flow and in instances can lead to higher chance of errors and omissions. The root of the disruption in flow is the origin of the necessity for a standardized structured system that allows for smooth and efficient communication.

Aim: The objective of the thesis is to determine what information will be normally communicated during the nursing handover process in Emergency Medical Departments. Evaluate the information and discover what information will be omitted. By Cross referencing with medical and scientific literature we can further reinforce what information is absolutely essential and should never be omitted during the erroneous processes . The last step is to propose a formalized well structured process that will replace the current informal method.

Methods: I have carried out an explorative survey of the hospital of Castelfranco Veneto and Montebelluna using a checklist non validated by the medical literature but instead created by referring to the mnemonic scale ISBAR.

Conclusion: In these two units (Castelfranco Veneto and Montebelluna) there aren't standardized methods for nursing handover so it's necessary for the use and implementation of a structured process that uniforms the handover between the nurses.

INTRODUZIONE

L'organizzazione Mondiale della Sanità dal 2007 pone particolare attenzione al processo di trasmissione delle informazioni riguardanti il paziente in ambito sanitario. Questo passaggio d'informazioni avviene tra operatori sanitari, tra operatori sanitari e paziente/famiglia con lo scopo di assicurare continuità di cure e sicurezza del paziente stesso.

Una comunicazione di dati scarsa e imprecisa durante il cambio turno, durante il cambio di reparto, aumenta il rischio che insorgano eventi avversi. Le conseguenze sono danno per il paziente (ritardi nella diagnosi, trattamento inadeguato, omissione di cure), aumento del disagio relazionale tra operatori sanitari. La comunicazione tra professionisti deve avvenire attraverso un processo standardizzato.

L'interesse per l'argomento è nato durante l'esperienza di tirocinio nella quale ho notato che il processo di passaggio delle consegne tra infermieri era gestito e si svolgeva con modalità differenti in ogni singola unità operativa, con un filo conduttore comune a tutti i colleghi dell'unità stessa.

L'ipotesi è che all'interno delle unità operative del Pronto Soccorso di Castelfranco e Montebelluna non ci sia un metodo comune di trasmissione delle informazioni tra gli infermieri.

L'obiettivo dell'indagine osservazionale è quello di osservare quali informazioni vengano trasmesse ai colleghi del turno successivo e proporre un metodo standardizzato che comprenda tutte le informazioni ritenute importanti.

CAPITOLO 1 - L'HANDOVER INFERMIERISTICO

“L'*handover* è definito come il trasferimento di responsabilità professionale e di responsabilità per alcuni o tutti gli aspetti di cura per un paziente, o un gruppo di pazienti, ad un'altra persona o gruppo di professionisti in via temporanea o permanente.” (1)

E' pratica comune eseguire il passaggio delle consegne faccia a faccia, attraverso una sintesi verbale (2), con il supporto di note scritte, documentazione scritta o informatizzata della cartella clinica del paziente, che può supportare il passaggio di informazioni tra colleghi. (3,4,5,6) Questa interazione permette al ricevente di porre domande al fine di ottenere delucidazioni o informazioni aggiuntive (7), inoltre la comunicazione diretta con l'interlocutore denominata “*face-to-face*” è raccomandata come *best practice*. (8,9)

Questo processo garantisce continuità delle cure al paziente, grazie al trasferimento di informazioni aggiornate. Un'omissione sul contenuto, o un errore, possono nuocere alla sicurezza del paziente e al proseguimento delle cure. La mancanza di continuità assistenziale incide negativamente sulla qualità delle prestazioni erogate oltre a produrre nel paziente la percezione della mancata presa in carico. (10)

Perciò, ponendo più attenzione al metodo e alle informazioni trasferite, si può intervenire in modo diretto sulla prevenzione di eventuali errori. (11,12)

Inoltre garantisce la tempestività della diagnosi (13) e il mantenimento di elevati standard di sicurezza e qualità. (2,14)

1.1 Problematiche nel Dipartimento Emergenza-Urgenza

La situazione nel Dipartimento Emergenza-Urgenza (DEU) è diversa da quella che troviamo all'interno degli altri servizi. Questo porta alla necessità di individuare strumenti per il passaggio di informazioni diversi da quelli utilizzati nelle altre unità operative.

Questa unità Operativa è soggetta ad un flusso di utenti elevato e non programmabile. Il sovraffollamento è alla base di molti fattori che causano le discrepanze nel passaggio delle informazioni. (15)

L'elevata affluenza, i diversi ricoveri dei pazienti verso i reparti e i numerosi invii a domicilio, creano la necessità di prendere decisioni rapide e di attuare interventi in tempi contenuti.

Il Pronto Soccorso, per le sue peculiarità risulta un luogo molto rumoroso e con spazi sovraffollati. Il tutto, sommato al coinvolgimento contemporaneo di più professionisti e all'imprevedibilità nel numero di pazienti, rende l'*handover* più complesso, suscettibile ad interruzioni e alla perdita di informazioni. (1)

Un altro aspetto da tenere in considerazione è la possibilità della molteplicità di passaggi di consegna per lo stesso paziente, ovvero la presa in carico da un'area all'altra. Ad esempio i pazienti che giungono con l'ambulanza (in codice bianco o verde) vengono affidati al *triagista*, il quale li indirizzerà successivamente all'infermiere/medico dell'area preposta. Questi numerosi passaggi di informazioni sono potenzialmente pericolosi poiché espongono alla perdita o all'errore dei dati trasferiti. (16,17)

Un altro problema in Pronto Soccorso è legato alla mancanza di standardizzazione nel metodo di *handover* con cui sono trasferite le informazioni sui pazienti da un professionista ad un altro.

Ci sono diversi strumenti standardizzati per il passaggio delle informazioni che sono tuttavia utilizzati raramente, malgrado questi consentano di raggiungere standard più sicuri, aumentando di conseguenza la precisione dei passaggi di informazioni. (8,18)

CAPITOLO 2 – RASSEGNA DELLA LETTERATURA DISPONIBILE

2.1 I metodi di passaggio delle consegne

All'interno della letteratura i passaggi delle consegne infermieristiche sono identificati con le seguenti modalità:

- Verbale: con interazione diretta o attraverso registrazioni tra i professionisti. (19,20)

- Scritto: tramite l'uso di appunti informali, schede apposite o documentazione sanitaria. (19,20)

“Lo scambio verbale [...] consente di verificare, formulare e integrare le informazioni con gli aspetti non verbali, permettendo una maggiore profondità dei dati oggettivi che non può essere gestito in forma scritta. Inoltre aiuta l'operatrice ad avere in brevissimo tempo un quadro completo della situazione clinica e facilita le funzioni macro-cognitive, ovvero il riconoscimento e l'analisi del problema con attribuzione di significato e pianificazione dell'assistenza infermieristica. La forma scritta compone le informazioni essenziali per l'accertamento sulla salute del paziente [...].” (21)

In questi due metodi sono inclusi alcuni componenti denominati *best practice*, ovvero raccomandazioni per migliorare la procedura. Questi *best practice* all'interno dell'*handover* sono: il coinvolgimento interdisciplinare dei professionisti, l'inclusione dei pazienti e della famiglia durante il passaggio di consegne e l'integrazione delle informazioni in tempo reale. (4,8,22)

Questi componenti permettono ai presenti di interagire con l'infermiere che conduce il passaggio di consegne, ponendo osservazioni e chiedendo spiegazioni in merito ad aspetti non completamente compresi.

Per quanto riguarda i pazienti giunti con ambulanza è stato consigliato di dividere l'*handover* in due momenti: il primo momento consiste nel passaggio verbale delle informazioni essenziali che coinvolgono un immediato bisogno; il secondo consiste in un'integrazione del rapporto scritto dell'ambulanza dopo che il trattamento iniziale è stato

intrapreso (17,23), così da permettere una gestione rapida dell'emergenza ed evitare incongruità e/o insufficienze nelle informazioni successive.

La comunicazione scritta non deve essere tralasciata poiché rappresenta un riferimento cui possono rivolgersi tutti i professionisti, al quale possono fare riferimento in caso di dubbi. Queste comunicazioni scritte hanno anche valore medico-legale. (24)

E' consigliata anche l'adozione di tecnologie (19) per la registrazione delle informazioni, tramite la creazione di un registro centralizzato dei pazienti, accessibile facilmente a tutti i professionisti coinvolti, che permette la continuità delle cure e conferisce consequenzialità all'*handover*. (4,6,14,17,23,25)

Una modalità per la documentazione scritta all'interno del team è quella di utilizzare una lista di controllo, così da ottenere coerenza e ordine nelle prestazioni erogate al paziente.(26)

L'uso di protocolli e *checklist* definiscono le informazioni da dare in modo specifico. (27)

Essi consentono l'identificazione dei pazienti, le loro patologie, i cambiamenti, mentre alcuni aspetti potrebbero essere messi da parte se applicate in contesti diversi; inoltre le situazioni instabili e gli eventi non di routine necessitano di comunicazione narrativa poiché includono aspetti che potrebbero essere estranei alla *checklist*. (7)

Un altro strumento sono gli mnemonici verbali che rendono l'*handover* strutturato, non definendone l'esatto contenuto ma guidando la conversazione e facilitandola. (27,28,29)

Gli mnemonici sono considerati strumenti più efficaci per il miglioramento dell'*handover* nell'ambito della salute. (18) All'interno della Tabella 1 si possono osservare gli acronimi mnemonici principalmente usati in Pronto Soccorso.

Mnemonico	Componenti	Articoli
ISBAR	Introduction, Situation, Background, Assessment and Recommendation	(1,17,22,30,31,32,33)
MIST	Mechanism of Injury/Illness, Injures, Signs, observations and monitoring, and Treatment given	(1,17,23,32)
SBAR	Situation, Background, Assessment and Recommendation	(7,18,19,23,29,30,32,34)
ISOBAR	Identification of patient Situation and status, Observation of patient, Background and history, Action, agreed plan and accountability, Responsibility and risk management	(18)
iSOBAR	Identify, Situation, Observation, Background, Agreed plan and Read back	(18,19,30)
SHARED	Situation, History, Assessment, Risk and Event	(18)
VITAL	Vital signs and observations, Input/output, Treatment/diagnosis, Ambulation and patient safety, Legal and patient and Learning	(18,30)
P-VITAL	Present patient, Vital signs, Input/output, Treatment and diagnosis, Admission or discharge, Legal and documentation	(18,30)
DeMIST	Demographics, Mechanism of injury, Injuries found and suspected, Signs, Treatment given	(23,30,32)
NUTS	Name, Unexpected outcomes, Tubes, Safety scan	(30,33)
CUBAN	Confidential, Uninterrupted, Brief, Accurate, Named nurse	(23,32)
IMIST-AMBO	Identification, Mechanism/medical impact, Signs, vital and GCS, Treatment and trends/response to treatment, Allergies, Medications, Background history and Other (social) information	(17)
BAUM	Inventory, Medical history, Clinical findings and Actions	(17)
IPASS	Introduction, Patient, Assessment, Situation and Safety concerns	(29)
(IPASS+) the BATON	(IPASS+)Background, Actions, Timing, Ownership and Next	(31,32)
RSVP	Reason, Story, Vital signs, Plan	(34)
ASHICE	Age, Sex, History, Injuries, Condition, Expected time of arrival	(32)
PACE	Patient/problem, Assessment/actions, Continuing/changes, Evaluation	(32)
SHARED	Situation, History, Assessment, Request, Evaluate, Document	(32)
SOAP	Subjective information about the patient's concerns, sensations, and/or behavior related to the problem Objective information related to the problem (eg, level of consciousness, activity tolerance, effect of medication received, postprocedure signs, laboratory values) Assessment of the patient's condition as substantiated with the data from S (subjective) and O (objective) and an indication of the direction of change in the patient's condition Plan of what has or should be done for/with the patient	(32)

Tabella 1: Gli acronimi degli mnemonici

2.2 Standardizzazione ed elementi essenziali nelle consegne

Il bisogno di un passaggio di consegne con un sistema strutturato, attraverso l'introduzione di un protocollo attuativo per la realtà assistenziale infermieristica, è una necessità sottolineata anche dall' IPASVI. (21)

Default et all. (2010) sostengono lo sviluppo di un protocollo per l'*handover* infermieristico raccomandando l'uso di SBAR. Questo articolo sostiene che l'utilizzo di un approccio standardizzato basato sull'evidenza e diminuisce i rischi per i pazienti negli ambienti di cura acuti. (35)

Starmer AJ et all. (2012), a tal proposito, evidenziano come l'utilizzo dello strumento mnemonico SBAR abbia diminuito sostanzialmente l'incidenza di eventi avversi (da 90 a 40 per 1000 pazienti al giorno) e di eventi avversi causati da farmaci (da 30 a 18 per 1000 pazienti al giorno) all'interno di un ospedale. (29)

Johson et all. (2014) riportano due studi dimostranti che, la difficoltà nella comunicazione è un fattore che contribuisce nel 65% dei casi al riconoscimento degli eventi sentinella negli Stati Uniti; (2,29) in Australia il 22% della gestione clinica degli incidenti infermieristici è dovuta a insufficienza nella comunicazione durante l'*handover*. (2)

Rispetto al Pronto Soccorso, il passaggio delle consegne può variare in ogni struttura, e ogni unità operativa tende a focalizzarsi su diversi aspetti. (7) Questo crea una linea comune per ottenere/trasferire le informazioni considerate irrinunciabili e necessarie. Non essendoci una struttura standardizzata in Pronto Soccorso si crea una situazione di disagio per i professionisti, i quali sono obbligati a spendere tempo aggiuntivo per cercare informazioni. (28)

Inoltre il paziente, dovendo rispondere più volte alle stesse domande poste dagli operatori che non trovano un'informazione, riduce la fiducia nei confronti del personale. La continua ricerca di informazioni mancanti crea ritardi nella diagnosi e nel trattamento, e di conseguenza il paziente stesso rischia di ricevere informazioni contrastanti sul suo stato di salute. (24)

Diverse associazioni come *IRC (Italian Resuscitation Council)*, Gruppo Italiano per la Rianimazione Cardiopolmonare, *ERC (European Resuscitation Council)* e *IHI (Institute for Healthcare Improvement)* sono concordi nell'affermare che il personale dovrebbe essere formato ad utilizzare strumenti di comunicazione strutturata per assicurare un passaggio di consegne efficace. (33,36)

Anche *AHA (American Heart Association)* e *ASA (American Stroke Association)* hanno sostenuto che una maggiore strutturazione e applicazione di protocolli durante le interazioni tra i professionisti aumenta il lavoro di squadra migliorando la soddisfazione oltre che degli utenti anche del personale, riducendo gli errori. (37)

A sostegno di un *handover* standardizzato si è schierata anche *AMA (Australian Medical Association)* e la *British Medical Association* che ha creato una guida sul tema dell'*handover* clinico, sostenendo l'uso di *checklist* e aggiornamenti scritti. (38)

Concorde con la necessità di uno strumento di comunicazione per il Pronto Soccorso è anche l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), che ha proposto come soluzione, l'uso dello strumento ISBAR e IPASS the BATON. (31)

I diversi strumenti standardizzati inclusi nella letteratura contengono principalmente 5 temi:

- Identificazione del paziente
- Storia clinica/presentazione/meccanismo di lesione
- Stato clinico (incluse osservazioni): segni e sintomi, parametri vitali, stato di coscienza, grado di autonomia nelle attività di autocura
- Piano di cura: sono incluse le cure o le procedure diagnostiche che devono essere intraprese da uno dei membri del team, le medicazioni, le fasciature, rischio del paziente (basso, medio, alto), monitoraggi
- Risultati o obiettivi di cura (8,5,30,39)

In alcuni strumenti può variare l'ordine logico dei punti appena esposti.

2.3 Codice deontologico infermieristico e leggi italiane che normano il passaggio delle consegne infermieristiche

Il Codice Deontologico (2009) contiene alcune indicazioni riguardanti il passaggio delle consegne infermieristiche. *“L’infermiere riconosce che l’interazione fra professionisti e l’integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell’assistito”* Art.14. (40)

Inoltre afferma che *“L’infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all’assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all’assistenza”* Art.26. (41)

Riguardo all'utilizzo di supporti è indicato che *“L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.”* Art. 27. (42)

Si pone inoltre l'attenzione sul rispetto della privacy che secondo la normativa vigente deve essere osservata dal professionista, che durante il passaggio delle consegne entra in contatto con i dati personali dei pazienti. Il Codice penale riguardante la rivelazione di segreto d'ufficio afferma che: *“il pubblico ufficiale, o la persona incaricata di un pubblico servizio che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno.”* Art.326. (43)

CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI

3.1 Disegno dello studio

E' stata svolta un'indagine osservazionale volta a rilevare quali siano le informazioni riguardanti i pazienti che vengono trasmesse quando avviene la presa in carico dello stesso da un infermiere ad un altro.

3.2 Strumento

La rilevazione è stata effettuata tramite una *checklist* (Figura 1) non validata costruita sulla base dello strumento ISBAR, considerato uno dei più validi nel campo dell'*handover*, per i dipartimenti di emergenza-urgenza.

La rilevazione è stata autorizzata dal direttore delle due unità operative in cui è stata svolta l'indagine.

Per ogni paziente trasferito è stata compilata una *checklist* annotando anche data/orario della rilevazione e il ruolo dell'infermiere in quel turno.

Le 20 voci sono raggruppate in 5 punti:

1. Introduzione: dati anagrafici del paziente quali nome e cognome, sesso, età e lingua.
2. Situazione del paziente: l'area in cui si trova (sala d'aspetto, area rossa, area verde, ambulatori, diagnostica, attesa barellati); il medico responsabile della presa in carico in P.S.; il motivo d'entrata; lo stato di coscienza con l'acronimo *AVPU* (*Alert, Verbal, Pain e Unresponsive*) o la scala di *Glasgow*; se il paziente è, o deve restare a digiuno; se sono presenti o meno i familiari.
3. Contesto del paziente: riguarda la deambulazione (se necessita di aiuto o di ausili, o è/non è capace), e la storia clinica del paziente se pertinente all'accaduto.

4. Accertamento che verifica se sono menzionate la presenza o meno di allergie; i parametri vitali quali: FC (frequenza cardiaca), PAO (pressione arteriosa omerale), SpO2 (saturazione di ossigeno nel sangue), TC (temperatura corporea) e dolore (scala NRS e VAS); l'uso di presidi di immobilizzazione; la diagnosi clinica accertata o probabile; le indagini e le terapie eseguite.
5. Raccomandazioni: ciò a cui il paziente dovrà sottoporsi per risolvere la sua situazione, e comprende: i trattamenti e le indagini da eseguire (suture, medicazioni, consulenze, controlli, TAC, RMN, RX); la terapia in corso e la terapia da somministrare.

CHECKLIST		
INTRODUZIONE	SI	NO
Nome e cognome		
Sesso		
Età		
Lingua		
SITUAZIONE		
Area		
Medico responsabile della presa in carico		
Motivo dell'entrata in Pronto Soccorso		
Stato di coscienza		
Digiuno del paziente		
Familiari		
CONTESTO		
Deambulazione (no/con aiuto/con ausili)		
Storia clinica del paziente (se pertinente)		
ACCERTAMENTO		
Allergie		
Parametri vitali		
Presidi di immobilizzazione		
Diagnosi		
Indagini e terapie eseguite		
RACCOMANDAZIONI		
Trattamento/indagini da eseguire		
Terapia in corso		
Terapia da somministrare		

Figura 1: Checklist utilizzata per lo studio

3.3 Campionamento

Per lo sviluppo dello studio sono stati considerati il Pronto Soccorso di Montebelluna e di Castelfranco Veneto, entrambi DEU di primo livello. Le *checklist* sono state compilate personalmente con il consenso degli infermieri (26 di Castelfranco Veneto e 28 di Montebelluna) garantendo loro l'anonimato. Sono stati rilevati passaggi di consegne effettuati anche da infermieri del 118 che giungevano con l'ambulanza da altri servizi territoriali.

3.4 Contesto

All'interno del Pronto Soccorso di Castelfranco Veneto la presenza nelle 24 ore del Personale del Comparto è così articolata:

- Fascia oraria 6.00-13.00: 4 Infermieri (Area Verde di 2° uscita, Area Rossa, Soccorso Territoriale di 1° uscita, Osservazione Breve Intensiva)
- Fascia oraria 8.00-13.00: 1 Infermiere in più (Triage)
- Fascia oraria 13.00-20.00: 5 Infermieri
- Fascia oraria 20.00-6.00: 3 Infermieri (Area Rossa, Soccorso Territoriale, Osservazione Breve Intensiva)

I cambi turno nei quali è stata effettuata la rilevazione sono alle ore 6:00; 13:00; 20:00.

La presenza degli infermieri all'interno del Pronto Soccorso di Montebelluna viene gestita in questo modo:

- Fascia oraria 7.00-14.00: 4 Infermieri (Area Rossa, Osservazione Breve Intensiva, Soccorso Territoriale)
- Fascia oraria 8.00-14.00: 1 Infermiere in più (Triage)
- Fascia oraria 14.00-24.00: 1 Infermiere in più dal martedì al venerdì (Triage)
- Fascia oraria 14.00-22.00: 1 Infermiere in più dal sabato al lunedì (Triage)
- Fascia oraria 14.00-22.00: 4 Infermieri (Area Rossa, Osservazione Breve Intensiva, Soccorso Territoriale)
- Fascia oraria 22.00-7.00: 3 Infermieri (Area Rossa, Soccorso Territoriale, Osservazione Breve Intensiva)

3.5 Attività di raccolta dati

E' stata inoltre verificata la presenza di strumenti per l'*handover* tramite un colloquio con le coordinatrici infermieristiche dei due servizi.

Data la presenza di una scheda per il passaggio delle consegne in OBI (Osservazione Breve Intensiva) a Castelfranco Veneto, non sono stati considerati i passaggi di consegna tra i colleghi di questa unità.

La compilazione delle *checklist* è stata effettuata nel periodo dal 4 al 20 Settembre 2015 nell'ospedale di Castelfranco Veneto, e dal 21 al 30 Settembre 2015 nell'ospedale di Montebelluna. Sono stati condotti 69 accessi totali, con una raccolta di 126 *checklist* e 41 accessi nel primo ospedale e 123 *checklist* e 28 accessi nel secondo. (Vedi Tabella 2 e 3 in Allegato 1)

CAPITOLO 4 - RISULTATI

4.1 Risultati sul campione

Al termine dello studio sono state raccolte 249 *checklist*, distribuite come indicato nel grafico.

Nel grafico 1 è rappresentata la comparazione dei ruoli degli infermieri tra i due ospedali per quanto riguarda il numero totale delle *checklist* compilate.

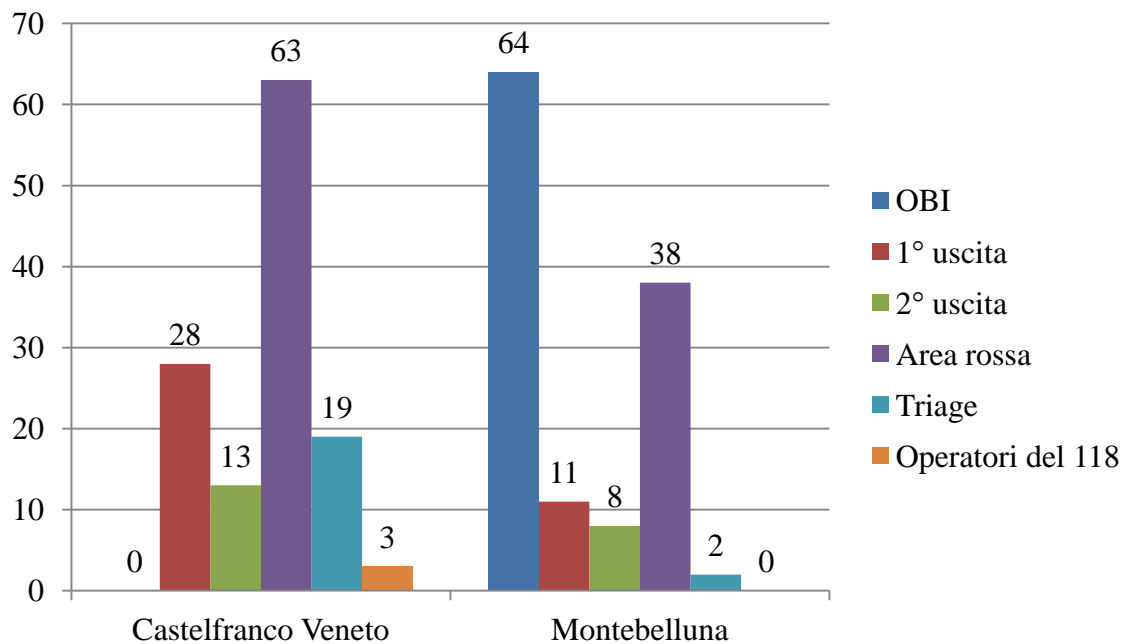


Grafico 1: Risultato della raccolta a Castelfranco e Montebelluna

4.2 Risultati sui dati delle checklist

I risultati dell'indagine svolta, con le relative percentuali, sono riportati all'interno della tabella 4 nella quale i dati sono divisi in base ai diversi ruoli degli infermieri e alle unità operative di Castelfranco Veneto e Montebelluna nei quali prestano servizio.

Il totale delle *checklist* per ogni singola voce è raccolto nella colonna all'interno della tabella 5, accanto alla quale si possono osservare le percentuali inerenti.

VOCI DELLA CHECKLIST	CASTELFRANCO VENETO					MONTEBELLUNA				
	Triage	1° uscita	2° uscita	Area Rossa	Operatori del 118	Triage	1° uscita	2° uscita	Area Rossa	OBI
Nome e cognome	12 (63%)	20 (71%)	6 (46%)	46 (73%)	2 (67%)	0 (0%)	2 (18%)	6 (75%)	11 (29%)	61 (95%)
Sesso	10 (53%)	19 (6%)	10 (77%)	44 (70%)	0 (0%)	2 (100%)	6 (55%)	1 (13%)	22 (58%)	4 (6%)
Età	4 (21%)	10 (36%)	1 (8%)	14 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (36%)	1 (13%)	4 (11%)	20 (31%)
Lingua	1 (5%)	2 (7%)	0 (0%)	3 (5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (5%)
Area	17 (89%)	25 (89%)	11 (85%)	57 (90%)	2 (67%)	1 (50%)	4 (36%)	7 (88%)	13 (34%)	15 (23%)
Medico responsabile	5 (26%)	9 (32%)	1 (8%)	34 (54%)	1 (33%)	0 (0%)	1 (9%)	5 (63%)	9 (24%)	29 (45%)
Motivo dell'entrata in P.S.	13 (68%)	24 (86%)	13 (100%)	53 (84%)	3 (100%)	2 (100%)	10 (91%)	7 (88%)	33 (87%)	53 (83%)
Stato di coscienza	3 (16%)	10 (36%)	2 (15%)	16 (25%)	2 (67%)	1 (50%)	4 (36%)	0 (0%)	5 (13%)	13 (20%)
Digiuno del paziente	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (17%)
Familiari	1 (5%)	11 (39%)	3 (23%)	14 (22%)	2 (67%)	1 (50%)	1 (9%)	4 (50%)	6 (16%)	21 (33%)
Deambulante	0 (0%)	3 (11%)	1 (8%)	3 (5%)	1 (33%)	0 (0%)	3 (27%)	2 (25%)	1 (3%)	21 (33%)
Storia clinica del paziente	4 (21%)	11 (39%)	4 (31%)	18 (29%)	2 (67%)	1 (50%)	3 (27%)	1 (13%)	12 (32%)	23 (36%)
Allergie	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (6%)
Parametri vitali	3 (16%)	15 (54%)	2 (15%)	23 (37%)	2 (67%)	0 (0%)	5 (45%)	1 (13%)	14 (37%)	37 (58%)
Presidi di immobilizzazione	0 (0%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5%)	2 (3%)
Diagnosi	2 (11%)	11 (39%)	6 (46%)	25 (40%)	1 (33%)	0 (0%)	3 (27%)	4 (50%)	16 (42%)	38 (59%)
Indagini e terapie eseguite	8 (42%)	11 (39%)	8 (62%)	44 (70%)	1 (33%)	0 (0%)	4 (36%)	4 (50%)	26 (68%)	52 (81%)
Trattamento indagini da eseguire	1 (5%)	9 (32%)	7 (54%)	20 (32%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	13 (34%)	25 (39%)
Terapia in corso	0 (0%)	5 (18%)	1 (8%)	9 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (16%)	11 (17%)
Terapia da somministrare	0 (0%)	5 (18%)	2 (15%)	6 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (16%)	16 (25%)

Tabella 4: Quantità e percentuali di dati raccolti

Voci della checklist	Quantità checklist	Percentuale (%)
Nome e cognome	166/249	67
Sesso	118/249	47
Età	59/249	24
Lingua	9/249	4
Area	152/249	61
Medico responsabile	94/249	38
Motivo dell' entrata in P.S.	211/249	85
Stato di coscienza	56/249	22
Digiuno del paziente	12/249	5
Familiari	64/249	26
Deambulante	35/249	14
Storia clinica del paziente	79/249	32
Allergie	6/249	3
Parametri vitali	102/249	41
Presidi di immobilizzazione	6/249	3
Diagnosi	106/249	43
Indagini e terapie eseguite	158/249	63
Trattamento/ indagini da eseguire	76/249	31
Terapia in corso	32/249	13
Terapia da somministrare	35/249	14

Tabella 5: Totale di checklist e percentuali della raccolta

CAPITOLO 5 – DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

5.1 Interpretazione dei dati

Alla luce dei risultati emersi si vuole porre attenzione alle informazioni maggiormente trasferite dagli infermieri e a quelle meno trasferite o in alcuni casi omesse.

Dallo studio è emerso che nel totale delle *checklist* raccolte per ogni voce i dati maggiormente trasmessi (> del 50%) nei passaggi delle consegne sono complessivamente “nome e cognome” con 67% , “area” con 61%, “motivo dell’entrata in Pronto Soccorso” con 85% e “Indagini e terapie eseguite” con 63%.

Da queste percentuali si può notare che i dati trasmessi con più frequenza, all’interno delle due unità operative, coincidono parzialmente con quelli considerati più importanti per la letteratura.

Kessler et all. (2014), tramite un analisi quantitativa e descrittiva, a tal proposito sostengono che i componenti più importanti dell’*handover* includano: l’identificazione del paziente, i trattamenti eseguiti e da eseguire, i parametri vitali e la diagnosi. (8)

Klim et all. (2013) evidenziano che alcuni dati quali l’ identificazione del paziente (tramite nome e età), il motivo dell’entrata, il trattamento eseguito/da eseguire e i parametri vitali, siano necessari per un passaggio di consegne ottimale. (18)

Per quanto concerne i dati trasmessi con le percentuali più basse (< del 10%) si possono osservare “lingua” con il 4%, “digiuno” con 5%, “allergie” con 3% e “presidi di immobilizzazione” con 3%.

Nell’analizzare questi dati, dobbiamo tener conto che si tende a trasmettere le informazioni riguardanti alterazioni significative o che incidono in modo significativo nella gestione del paziente, di conseguenza le voci “lingua”, “digiuno” e “presidi di immobilizzazione” possono essere state trasmesse limitatamente in quanto presenti sporadicamente. A differenza delle altre informazioni che all’interno di tutti i ruoli infermieristici tendono a mantenere una percentuale bassa, “digiuno” risulta presente nel 17% dei casi durante il passaggio di consegne nell’OBI di Montebelluna.

Il ragionamento effettuato per “lingua”, “digiuno” e “presidi di immobilizzazione” non è formulabile per la voce “allergie” in quanto rappresenta un’ informazione di rilevanza da essere parte dello strumento mnemonico riportato in precedenza: *IMIST-AMBO*. (17)

Le informazioni relative alle allergie non possono essere omesse, poiché risulta essere un dato di fondamentale importanza per l'assistenza medico-infermieristica al paziente.

In merito alle informazioni più utilizzate per identificare il paziente quali “nome e cognome”, “sesso” e “età” si può notare che dall'infermiere di Area Rossa sono trasmesse rispettivamente a Castelfranco al 73%, 70% e 22%, e a Montebelluna al 29%, 58% e 11%. Questo accade poiché l'*handover* viene effettuato presso il letto del paziente e spesso non vengono riferiti i dati anagrafici verbalmente ma si trasmettono le informazioni facendo riferimento direttamente al paziente o a documenti relativi ad esso.

In OBI invece la situazione è differente poiché effettuando il passaggio davanti al computer il nome viene riferito al 95% dei casi con l'età al 31% dando spesso per scontato il sesso del paziente (6%).

Altre informazioni, come per esempio “diagnosi” e “indagini e terapie eseguite” potrebbero non essere state riferite poiché accessibili altrove (cartella elettronica, documentazione cartacea) o perché il paziente è già stato gestito e non richiede attenzioni particolari.

Gli altri dati più considerati dagli infermieri (>10% e <50%), e quindi che dovrebbero essere trasmessi, sono: “sesso” (47%), “età” (24%), “medico responsabile della presa in carico” (38%), “stato di coscienza” (22%), “familiari” (26%), “deambulante” (14%), “storia clinica del paziente” (32%), “parametri vitali” (41%), “diagnosi” (43%), “trattamento/indagini da eseguire” (31%), “terapia in corso” (13%), “terapia da somministrare” (14%).

5.2 Implicazioni per la pratica

L'osservazione ha permesso di notare che la mancanza di uno strumento standardizzato per l'*handover* comporta un trasferimento di informazioni da un professionista ad un altro sulla base del giudizio personale acquisito con l'esperienza lavorativa.

Per migliorare questo aspetto sono a disposizione diversi strumenti mnemonici all'interno della letteratura ai quali si consiglia di affiancare, quando possibile, una cartella clinica informatizzata per avere a disposizione dati completi ed aggiornati. Spesso, come riportato dagli studi, gli infermieri sono ostacolati in questo compito a causa dei limiti di tempo (18,19) creati dal contesto di emergenza-urgenza che ne ostacola

l'adozione.

Come abbiamo visto in precedenza anche la ricerca di informazioni che non sono state riportate crea perdite di tempo, dovrebbe perciò essere riconosciuta la necessità di dedicare momenti appositi per l'*handover*. Lo strumento utilizzato per la ricerca è uno di quelli presenti in letteratura, e al fine di inserirne l'utilizzo nella pratica clinica delle due unità operative è necessario un ulteriore periodo di ricerca e di sperimentazione.

5.3 Limiti della ricerca e conclusioni

Le *checklist* raccolte che potrebbero non rappresentare in maniera esaustiva le performance del gruppo di lavoro infermieristico, a causa della casistica limitata e del *turn-over* dei professionisti coinvolti nell'osservazione, inoltre i passaggi avvengono prevalentemente in contemporanea ed è stato possibile condurre l'osservazione solamente in una postazione alla volta.

Un altro limite della ricerca consiste in un campione non randomizzato, potenzialmente influenzato da errori, e ridotto rappresentato da 54 infermieri totali.

I dati inerenti ai passaggi di consegne del triage di Montebelluna e degli operatori del 118 sono limitati dalla peculiarità del servizio e dalla sporadicità degli accessi coincidenti con gli orari della raccolta.

Per quanto concerne lo strumento utilizzato, non essendo stato validato dalla letteratura non è possibile paragonare i risultati ottenuti con studi preesistenti.

Infine il numero di *checklist* compilate è da considerarsi esiguo (249 *checklist*) a causa del numero di accessi in Pronto Soccorso che si riduce a un mese di rilevazione e anche in questo caso il campione non è stato randomizzato.

Dal momento che l'*handover* infermieristico rappresenta un punto chiave nell'assistenza e cura del paziente, sarebbe interessante condurre ulteriori studi mediante l'utilizzo di un metodo standardizzato per tutto il personale infermieristico, utile a ridurre l'incidenza di eventi avversi.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Dawson S, King L, Grantham H. Review article: Improving the hospital clinical handover between paramedics and emergency department staff in the deteriorating patient. *Emerg Med Australas* 2013 Oct;25(5):393-405.
- (2) Johnson M, Sanchez P, Suominen H, Basilakis J, Dawson L, Kelly B, et al. Comparing nursing handover and documentation: forming one set of patient information. *Int Nurs Rev* 2014 Mar;61(1):73-81.
- (3) Johnson M, Cowin LS. Nurses discuss bedside handover and using written handover sheets. *J Nurs Manag* 2013 Jan;21(1):121-129.
- (4) Moore SM. The European HANDOVER project: the role of nursing. *BMJ Qual Saf* 2012 Dec;21 Suppl 1:i6-8.
- (5) Jefferies D, Johnson M, Nicholls D. Comparing written and oral approaches to clinical reporting in nursing. *Contemp Nurse* 2012 Aug;42(1):129-138.
- (6) Jeffs L, Lyons RF, Merkley J, Bell CM. Clinicians' views on improving inter-organizational care transitions. *BMC Health Serv Res* 2013 Jul 30;13:289-6963-13-289.
- (7) Mayor E, Bangerter A, Aribot M. Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. *J Adv Nurs* 2012 Sep;68(9):1956-1966.
- (8) Kessler C, Scott NL, Siedsma M, Jordan J, Beach C, Coletti CM. Interunit handoffs of patients and transfers of information: a survey of current practices. *Ann Emerg Med* 2014 Oct;64(4):343-349.e5.
- (9) Frankel RM, Flanagan M, Ebright P, Bergman A, O'Brien CM, Franks Z, et al. Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Qual Saf* 2012 Dec;21 Suppl 1:i121-8.

- (10) Duca P. Gli obiettivi e i risultati della ricerca. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, finanziata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex art. 12 e 12 bis D.Lgs. 502/92 e s.m.i.). Sperimentazione di una serie di indicatori per la misura della continuità assistenziale 2008.
- (11) Farhan M, Brown R, Woloshynowych M, Vincent C. The ABC of handover: a qualitative study to develop a new tool for handover in the emergency department. *Emerg Med J* 2012 Dec;29(12):941-946.
- (12) Farhan M, Brown R, Vincent C, Woloshynowych M. The ABC of handover: impact on shift handover in the emergency department. *Emerg Med J* 2012 Dec;29(12):947-953.
- (13) Watkins LM, Patrician PA. Handoff communication from the emergency department to primary care. *Adv Emerg Nurs J* 2014 Jan-Mar;36(1):44-51.
- (14) Ryan S, O'Riordan JM, Tierney S, Conlon KC, Ridgway PF. Impact of a new electronic handover system in surgery. *Int J Surg* 2011;9(3):217-220.
- (15) Rastelli G, Cavazza M, Cervellin G. Sovraffollamento in Pronto Soccorso Analisi del fenomeno e proposte di gestione. *Emergency Care Journal* 2010;2:25-35.
- (16) Henderson AJ, Schoonbeek S. Commentary on 'Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach' by Klim et al. *J Clin Nurs* 2015 Feb;24(3-4):608-609.
- (17) Jensen SM, Lippert A, Ostergaard D. Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover. *Acta Anaesthesiol Scand* 2013 Sep;57(8):964-970.
- (18) Klim S, Kelly AM, Kerr D, Wood S, McCann T. Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *J Clin Nurs* 2013 Aug;22(15-16):2233-2243.
- (19) Negrini G. La comunicazione tra professionisti. Un fattore chiave per la sicurezza clinica. *Rischio Sanità* 2013;49.

- (20) Smeulers M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Jun 24;6:CD009979.
- (21) Diamante I. Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento. *L'Infermiere* 2014;4.
- (22) Collins G. Using simulation to develop handover skills. *Nurs Times* 2014 Feb 19-25;110(8):12-14.
- (23) Bost N, Crilly J, Wallis M, Patterson E, Chaboyer W. Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department - a literature review. *Int Emerg Nurs* 2010 Oct;18(4):210-220.
- (24) Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract* 2015 Jul 6.
- (25) Ye K, McD Taylor D, Knott JC, Dent A, MacBean CE. Handover in the emergency department: deficiencies and adverse effects. *Emerg Med Australas* 2007 Oct;19(5):433-441.
- (26) Lee JC, Horst M, Rogers A, Rogers FB, Wu D, Evans T, et al. Checklist-styled daily sign-out rounds improve hospital throughput in a major trauma center. *Am Surg* 2014 May;80(5):434-440.
- (27) Pezzolesi C, Manser T, Schifano F, Kostrzewski A, Pickles J, Harriet N, et al. Human factors in clinical handover: development and testing of a 'handover performance tool' for doctors' shift handovers. *Int J Qual Health Care* 2013 Feb;25(1):58-65.
- (28) Boat AC, Spaeth JP. Handoff checklists improve the reliability of patient handoffs in the operating room and postanesthesia care unit. *Paediatr Anaesth* 2013 Jul;23(7):647-654.
- (29) Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, Allen AD, Landrigan CP, Sectish TC, et al. I-pass, a mnemonic to standardize verbal handoffs. *Pediatrics* 2012 Feb;129(2):201-204.

- (30) Johnson M, Jefferies D, Nicholls D. Exploring the structure and organization of information within nursing clinical handovers. *Int J Nurs Pract* 2012 Oct;18(5):462-470.
- (31) Azienda ULSS 20 di Verona (2014). Il Manuale del Percorso Formativo sulla Sicurezza del Paziente Edizione multidisciplinare. WHO Patient safety curriculum guide: Multi-professional edition (2007) 2014:153-154.
- (32) Risenberg L.A, Leitzsch J, Little B. W. Systemic review of handoff mnemonics literature, *Am J Med Qual*, 24 (2009):197–200.
- (33) Leonard M. On demand: effective teamwork as a care strategy—SBAR and other tools for improving communication between caregivers, 2006.
- (34) Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Boöttiger B, ERC Guidelines Writing Group (2015) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. In-hospital resuscitation 3A.
- (35) Dufault M, Duquette C, Ehmann J, et al. Translating an evidence-based protocol for nurse-to-nurse shift handoffs. *Worldviews Evid Based Nurs*.2010;7(2):71–72.
- (36) Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Boöttiger B, ERC Guidelines Writing Group (2010) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Executive summary. *Resuscitation* 81(1):14.
- (37) Wahr J.A, Prager R.L, Abernathy J.H. 3rd, et al. Patient safety in the cardiac operating room: human factors and teamwork: A scientific statement from the American Heart Association *Circulation*, 128 (2013): 11.
- (38) Australian Medical Association (2006) Safe handover: safe patients. In *Guidance on Clinical Handover for Clinicians and Managers*. AMA, Kingston, Australian Capital Territory.

(39) Dean E. Maintaining eye contact: how to communicate at handover. Emerg Nurse 2012 Mar;19(10):6-7.

(40) Art. 14 Codice Deontologico.

(41) Art. 26 Codice Deontologico.

(42) Art. 27 Codice Deontologico.

(43) Art. 326 Codice Penale.

ALLEGATI

Allegato 1

Data	N° di <i>checklist</i> raccolte
04/09/2015	10
05/09/2015	7
06/09/2015	9
07/09/2015	9
08/09/2015	8
09/09/2015	12
10/09/2015	4
11/09/2015	6
12/09/2015	4
13/09/2015	10
14/09/2015	6
15/09/2015	10
16/09/2015	12
17/09/2015	9
18/09/2015	2
20/09/2015	7

Tabella 2: Accessi a Castelfranco Veneto e raccolta dei dati

Data	N° di <i>checklist</i> raccolte
21/09/2015	13
22/09/2015	10
23/09/2015	16
24/09/2015	13
25/09/2015	8
26/09/2015	9
27/09/2015	7
28/09/2015	14
29/09/2015	17
30/09/2015	16

Tabella 3: Accessi a Montebelluna e raccolta dei dati