



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI di LAUREA

**"SELEZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE INFORMAZIONI
CLINICHE DA TRASMETTERE NELLE CONSEGNE
INFERMIERISTICHE: REVISIONE DELLA LETTERATURA"**

Relatore:

Prof. ssa a c. Elodie Lazzaretto

Laureando:

Chiaramonte Luciano

matricola n.1055764

Anno Accademico 2014/2015

ABSTRACT

PROBLEMA: La continuità di cura del paziente acuto in ospedale dipende dall'esistenza di meccanismi efficienti ed efficaci che garantiscano la comunicazione tra tutti i membri del *team* che erogano assistenza sanitaria. L'abbondanza sempre crescente di dati clinici richiede che gli operatori sanitari sintetizzino una grande quantità di informazioni complesse per prendere decisioni. Nel tentativo di riassumere le informazioni e renderle gestibili tra gli operatori sanitari, il passaggio di informazioni cliniche può tradursi in una "progressiva perdita delle informazioni come un imbuto" (Anthony & Preuss, 2002). L'omissione di informazioni o la mancanza di un facile accesso da parte dei sanitari può avere effetti sulla qualità della cura erogata. Infatti, ci sono prove abbondanti in letteratura che il passaggio di consegne cliniche incomplete o inadeguate provocano la discontinuità di informazioni mettendo in pericolo la continuità delle cure e la sicurezza del paziente. (Friesen, White & Byers, 2008).

OBIETTIVO: Individuare e confrontare le modalità di selezione delle informazioni ed organizzazione dei contenuti per assicurare una efficace trasmissione delle informazioni cliniche attraverso le consegne infermieristiche.

MATERIALI E METODI: I criteri di selezione utilizzati per il reperimento degli articoli non hanno previsto restrizioni in merito al disegno di studio. In un primo momento si è proceduto ricercando tutti gli articoli che comparassero i diversi approcci metodologici per la selezione e trasmissione delle informazioni cliniche in ambito infermieristico. Siccome non sono emersi lavori di questo tipo, si è deciso di reperire la letteratura che descrivesse i singoli approcci. La strategia individuata per identificare gli studi ha incluso la consultazione dei seguenti database elettronici: Cinahl, MedLine e Google Scholar. Si sono inclusi gli articoli pubblicati in lingua inglese, italiana e spagnolo, per la popolazione di adulti (età > 19 anni), pubblicati fino a ottobre 2015.

RISULTATI: Sono stati reperiti 153 articoli. Dopo aver applicato i criteri di inclusione, ne sono stati identificati e valutati 18; con la ricerca manuale, sono stati individuati ulteriori nove articoli.

I risultati della ricerca mostrano che in letteratura vi sono numerosi approcci per impostare le consegne e selezionare le informazioni da trasmettere, quali il narrativo, per focalizzazione, orientato ai problemi, per scostamenti e per cure globali. Questi ultimi si avvalgono di strumenti mnemonici conosciuti per acronimo quali "SBAR", "cinque P", "ISOBAR" e "I PASS the BATON". Tuttavia il metodo da preferire in ambito ospedaliero sembrerebbe essere la consegna con approccio per cure globali utilizzando strumenti standardizzati come quello mnemonico SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*).

CONCLUSIONI: La qualità metodologica degli studi inclusi è limitata. La ricerca relativa a questa tematica ha comunque consentito di elaborare conoscenze e sviluppare strumenti, seppur non esaustivi. Per definire quale sia il metodo da preferire in ciascun contesto clinico e quali strategie possono aumentare la sicurezza nel trasferimento delle informazioni cliniche, occorre ulteriore ricerca. Infine, studi futuri potrebbero indagare se possa risultare efficace l'approccio al passaggio delle informazioni cliniche durante le consegne nel percorso di studio del professionista infermiere.

Parole chiave: consegne, modelli organizzativi, informazioni cliniche.

Key words: handover, organizational models, clinical information.

INDICE

	Pag.
INTRODUZIONE	1
 CAPITOLO I – PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA	
1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema	3
1.2 Lo scopo/obiettivi dello studio.....	4
1.3 Quesiti di ricerca	4
 CAPITOLO II – TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO	
2.1 Revisione della letteratura	5
2.1.1 Aspetti che caratterizzano il passaggio di consegne.....	5
2.1.1.1 Luogo.....	6
2.1.1.2 Tempistica.....	6
2.1.1.3 Modalità.....	6
2.1.2 I problemi più frequenti e le strategie per migliorare le consegne.....	7
 CAPITOLO III – MATERIALI E METODI	
3.1 Criteri di selezione degli studi.....	9
3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi.....	9
3.3 Selezione degli studi.....	12
3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione.....	12

CAPITOLO IV – RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi.....	21
4.2 Contenuti e organizzazione delle informazioni.....	21

CAPITOLO V – DISCUSSIONE

5.1 Discussione.....	29
5.2 Limiti dello studio.....	32

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

6.1 Conclusioni.....	33
----------------------	----

BIBLIOGRAFIA.....	35
--------------------------	-----------

SITOGRAFIA.....	39
------------------------	-----------

INTRODUZIONE

Il vocabolario della lingua italiana Zingarelli (2004) elenca diversi significati per “consegna” fra cui: “affidamento di qualcuno in custodia o in possesso”. La consegna infermieristica ha come funzione principale il passaggio di informazioni fra gli operatori sulle condizioni del paziente per garantire la continuità assistenziale, ha anche funzioni come quelle dell’educazione, dell’insegnamento, dell’apprendimento, di un *debriefing* emozionale, di una fonte di supporto e della coesione del gruppo (Lally, 1998). Trasferendo le informazioni, è trasferita anche la responsabilità del paziente e garantita la sua sicurezza (Patterson & Wears, 2010). Il passaggio di consegne *handover* è divenuto nei sistemi sanitari sempre più frequente e costituisce un momento di rischio per la sicurezza del paziente (Pezzolesi et al., 2010).

Nello studio di Bark et al (1994), condotto in ventiquattro ospedali della zona a nord ovest di Londra, si è documentato che la maggior parte dei reclami dei pazienti deriva da un’incompleta e lacunosa comunicazione tra i professionisti. Uno studio successivo (Leape, 2002) ha riportato, inoltre, che negli ospedali statunitensi avvengono più di un milione di eventi avversi ogni anno anche a causa della scarsa accuratezza delle informazioni cliniche trasmesse. Per queste ragioni, l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha affermato, nel 2007, che per garantire la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra operatori, turni, Unità Operative o *setting* (Ospedale/territorio), mentre la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO, 2008) ha introdotto l’obiettivo nazionale per la sicurezza dei pazienti chiedendo alle organizzazioni sanitarie di implementare un approccio standardizzato.

Scopo della tesi che si va ora a elaborare, è quello di offrire un’esaustiva rassegna delle conoscenze, aggiornate a oggi, in merito al tema della trasmissione delle informazioni cliniche mediante l’utilizzo di metodi strutturati. Si intende indagare la presenza ed eventualmente analizzando i diversi studi, quali sono in letteratura i modelli di selezione ed organizzazione dei contenuti da trasmettere per un passaggio di consegna efficace/efficiente e avere maggiore chiarezza di quali sono le indicazioni per l’operatività del contesto di studio.

CAPITOLO I – PRESENTAZIONE DEL PROBLEMA

1.1 Sintesi degli elementi fondamentali e dichiarazione del problema

Una revisione della letteratura ha individuato le seguenti sette differenti caratteristiche della consegna informativa (Patterson & Wears, 2010):

- la trasmissione delle informazioni;
- la narrazione della pratica *routinaria*;
- la resilienza ovvero la capacità di individuare attraverso la conversazione le ipotesi e le azioni sbagliate in modo da attuare le future misure correttive;
- *l'accountability*, che sottolinea il trasferimento di responsabilità e autorità;
- l'interazione sociale la quale considera il punto di vista dei partecipanti allo scambio;
- la responsabilità condivisa, che si occupa dei cambiamenti in un gruppo di lavoro connessi alla sostituzione di un nuovo operatore responsabile di erogare assistenza;
- le norme culturali, ovvero alle norme/valori di un gruppo ed il loro mantenimento.

Secondo Friesen (2008), la trasmissione simultanea d'informazioni dello stato di salute del paziente, da un operatore a un altro è definita *handover*. Dalla revisione della letteratura di Arora et al. (2009), emerge che nei passaggi di informazioni, l'utilizzo della modalità verbale integrata con una documentazione scritta ed informatizzata, si è associato una riduzione degli eventi avversi prevenibili. Inoltre, il contenuto dovrebbe essere aggiornato quotidianamente per garantire la comunicazione delle ultime informazioni cliniche.

Fenton nel 2006, però afferma la necessità di migliorare, organizzare e standardizzare il trasferimento delle informazioni cliniche. E' emersa una mancanza di struttura e standardizzazione per la comunicazione nel settore sanitario, infatti, Meissner et al. (2007), sostengono che nonostante le continue innovazioni in ambito sanitario, il 53% degli infermieri in Italia dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno per varie cause: mancanza di tempo, di spazio dedicato, presenza di molte interferenze, una brutta atmosfera tra colleghi, notizie insufficienti.

1.2 Lo scopo/obiettivi dello studio

Questo lavoro di tesi ha come obiettivo quello di individuare e mettere a confronto, secondo quanto emerge dagli studi, le strategie in termini di quali informazioni selezionare e come organizzarle, per assicurare un'efficace trasmissione delle informazioni attraverso le consegne.

1.3 Quesiti di ricerca

L'elaborato di tesi, rispetto all'obiettivo posto, intende rispondere ai seguenti quesiti:

- Quali sono in letteratura i metodi disponibili per trasferire le informazioni cliniche garantendo efficacia/efficienza?
- L'applicazione di un metodo standardizzato per il passaggio delle informazioni può ridurre gli eventi avversi?
- Esistono dei metodi di selezione delle informazioni ed organizzazione di queste da utilizzare nel passaggio di consegne?
- Quale tipo di selezione dei contenuti ed organizzazione delle informazioni garantisce maggiore efficacia ed efficienza?
- E' possibile uniformare la trasmissione delle informazioni nell'èquipe assistenziale al fine di migliorare la comunicazione e l'integrazione tra i vari componenti?

CAPITOLO II – TEORIA E CONCETTI DI RIFERIMENTO

2.1 Revisione della letteratura

L'obiettivo fondamentale di qualsiasi passaggio di consegne è quello di raggiungere il trasferimento efficiente e di alta qualità clinica delle informazioni in tempi limitati. Le informazioni cliniche vanno scambiate quando è necessario: a fine turno, al trasferimento del paziente in un altro contesto, alla dimissione, dopo *debriefing* multidisciplinari, (Friesen, 2008; Saiani & Brugnoli, 2011). La ricerca dimostra che la discontinuità di informazioni mette in pericolo la continuità delle cure e la sicurezza del paziente (*National Patient Safety Agency* NPSA, 2006). Concettualmente durante il trasferimento delle informazioni dovrebbero essere fornite solo le condizioni critiche, utilizzando un metodo standardizzato che sintetizza le informazioni e coinvolge colui che le emette e chi li riceve (Perry, 2004).

Oltre alla metodologia con cui trasferire le informazioni cliniche, alcuni autori hanno indagato il luogo dove quest'ultime dovrebbero avvenire, altri invece, la modalità con cui esse vengono trasferite (scritte e/o verbali, audio registrate), la scelta del contenuto (da cui ne deriva la qualità della continuità assistenziale). In uno studio condotto da Payne, Hardey e Coleman (2000), gli autori affermano che sia nelle consegne verbali sia in quelle scritte, esistono forme di giudizi soggettivi (ad esempio "molto bene", "migliorato", "ok") che rendono difficile un'eventuale comparazione. Vengono, inoltre, adoperati acronimi utilizzati solo in specifici contesti ma difficilmente comprensibili in altri. Altre volte, invece, le informazioni sono ripetitive, superflue soprattutto nei pazienti in condizioni critiche.

2.1.1 Aspetti che caratterizzano il passaggio di consegne

Gli aspetti che caratterizzano il passaggio delle consegne sono molteplici, alcuni di questi sono: la comunicazione interpersonale, l'esperienza pregressa (Bomba & Prakash, 2005); la gerarchia, il genere, e l'origine etnica (Thomas et al., 2003) e le differenze negli stili di comunicazione tra professionisti (Greenfield, 1999). Leonard (2004), afferma che gli infermieri sono concentrati sul "quadro generale del paziente" sembrano preferire un approccio narrativo nel trasferire le consegne cliniche, al contrario i medici, per esempio, i quali sono molto schematici e concisi.

2.1.1.1 Luogo

Secondo Smith (1986), il passaggio di consegne dovrebbe svolgersi in un luogo privo da fonti di disturbo sufficientemente appartato per assicurare la riservatezza. Secondo altri invece, la consegna al letto del paziente ha il potenziale di migliorare l'assistenza infermieristica perché favorisce la collaborazione e la coesione nel team, inoltre, promuove l'integrazione tra équipe e l'assistito coinvolgendolo nel piano assistenziale, riduce i tempi di mancata sorveglianza da parte degli infermieri quando questi ultimi trasferiscono le consegne (Chaboye et al., 2008).

2.1.1.2 Tempistica

La National Patient Safety Agency nelle linee guida del 2006, "consegne sicure: paziente sicuro" ha raccomandato consegne brevi. Il tempo dedicato alle consegne varia in base:

- alla modalità utilizzata ovvero scritta, verbale o combinata (Smith, 1986);
- al contesto, discutendole al letto del paziente in un o luogo appartato (Smith, 1986);
- al numero dei pazienti su cui comunicare e al numero di nuovi pazienti (Murphy, 1988);
- al momento della giornata: infatti generalmente le consegne del mattino e quelle serali durano in media 21 minuti con un range da 15-40 minuti (Athwal, 2009);
- ai modelli organizzativi: le unità operative che adottano un modello orientato alla presa in carico hanno consegne più brevi e incentrate su informazioni che riguardano i pazienti (Sherlock, 1995).

2.1.1.3 Modalità

Le informazioni possono essere trasferite:

- in forma scritta (su carta o informatizzate); in inglese è definita *nursing shift record*;
- in forma verbale definita *verbal handover*;
- con una combinazioni di metodi (es. consegne verbali + scritte);
- video-registrata.

Ne deriva che la modalità di comunicazione può essere:

- *face-to-face* in coppia (l'operatore che comunica le consegne e quello che le riceve);
- *face-to-face* di gruppo (chi prende in carico il paziente ad inizio turno e chi subentra nel turno successivo);
- le consegne scritte, lette da chi inizia il turno senza sovrapposizione con chi finisce;
- ascolto di registrazione video o vocale con il vantaggio di poterle consultare più volte;

- monoprofessionali o multidisciplinari, queste ultime andrebbero incoraggiate, (Friesen, 2008; Dunsford, 2009).

2.1.2 I problemi più frequenti e le strategie per migliorare le consegne

Nel tentativo di comprimere le informazioni e renderle gestibili tra gli operatori sanitari, il passaggio di informazioni cliniche può tradursi in una "progressiva perdita delle informazioni come un imbuto" (Anthony & Preuss, 2002).

Come fin qui esposto l'efficacia delle consegne è determinata da innumerevoli fattori raggruppabili in due macroaree (Friesen et al., 2008):

- fattori modificabili: uso di comunicazione gerarchica, dalla gerarchia che impedisce una comunicazione aperta, diverse formazioni personali che ogni infermiere ha ricevuto sulle consegne, numero di consegne da trasferire, fattori organizzativi quali fonti di disturbo e *leadership*;
- fattori non modificabili: il genere, l'origine etnica, capacità relazionale fra operatori.

Secondo l'autore Currie (2002), nel passaggio di consegne si dovrebbe garantire un notevole livello di qualità delle informazioni trasmesse. Per assicurare ciò dovrebbe essere utilizzato un approccio che assicura cinque criteri di qualità denominato CUBAN. L'acronimo indica: C (*confidential*) si dovrebbe rispettare la riservatezza e privacy, U (*uninterrupted*) senza interruzioni e distrazioni, B (*brief*) concise e di breve durata, A (*accurate*), coerente e accurate nel contenuto, N (*named nurse*) nome dell'infermiera che ha erogato l'assistenza, e il nome di chi prenderà il suo posto nel turno successivo.

L'autore Fenton (2006), sostiene che alcuni ospedali per garantire la sicurezza e il continuo miglioramento, adottano strategie quali periodici *audit* delle consegne mediante l'impiego di una check-list di valutazione redatta contemporaneamente alle consegne (per quelle verbali) o attraverso revisione delle cartelle (per quelle scritte).

CAPITOLO III – MATERIALI E METODI

3.1 Criteri di selezione degli studi

Disegni di studio: non sono state poste restrizioni inerenti al disegno di studio. Sono stati definiti eleggibili tutti gli studi in cui le consegne cliniche intraospedaliere, in pazienti adulti, fossero trasmesse con diversi approcci metodologici presenti in letteratura scientifica.

Tipologia di partecipanti: adulti di età >19 anni.

Tipologia di intervento: reperimento dalla letteratura di tutti gli approcci disponibili per la selezione ed organizzazione delle informazioni cliniche da trasmettere nelle consegne cliniche nei contesti sanitari.

3.2 Strategia di ricerca per individuare gli studi

La strategia individuata per identificare gli studi ha incluso la consultazione dei seguenti database elettronici: Cinahl, MedLine, Google Scholar. Nella ricerca sono stati inclusi materiale pubblicato in lingua inglese, italiana e spagnolo. Successivamente è stata consultata più volte la banca dati Cinahl dove sono stati reperiti la gran parte degli studi utilizzati per questo lavoro di revisione bibliografica.

La stringa di ricerca, utilizzata su Cinahl per reperire articoli riguardanti il trasferimento delle consegne cliniche, è stata creata utilizzando i seguenti “Subheadings” incrociati con l’operatore booleano “AND”: “*nursing records*”, “*handoff*”, “*continuity of patient care*”, “*shift reports*”, “*charting*”, “*negligence*”, “*intraprofessional relations england*”, “*legislation*”, “*documentation methods*”, “*patient centered care administration*”, “*shift reports administration*”, “*shift reports england*”, “*gerontologic nursing england*”, “*patient assessment*”. Gli esiti di tale ricerca sono stati riportati nella Tabella I.

La stringa di ricerca utilizzata su MedLine, è stata creata utilizzando i seguenti termini liberi incrociati con l’operatore booleano: “*shift reports standards*” AND “*nursin handoff*” AND “*communication sbar*”.

N° Stringa di ricerca	Banca dati	Stringhe di ricerca	N° Articoli reperiti	N° Articoli inclusi
1	CINAHL	Shift reports england AND Gerontologic nursing england AND Intraprofessional relations england.	1	1
2	CINAHL	Shift reports AND Intraprofessional relations.	29	4
3	CINAHL	Documentation methods AND patient assessment.	11	1
4	CINAHL	Nursing records AND charting methods.	41	3
5	CINAHL	Problem Oriented Records AND patient education AND Charting.	1	1
6	CINAHL	Charting AND negligence AND legislation.	8	1
7	CINAHL	Hospital units administration AND Shift reports administration.	1	1
8	CINAHL	Students, nursing AND Communication skills AND Sbar technique education.	1	1
9	CINAHL	Communication methods AND Students, nursing.	6	1
10	CINAHL	Hand off AND Emergency care AND Emergency nursing.	16	1
11	CINAHL	Continuity of patient care administration AND Handoff (patient safety) AND Patient centered care administration.	8	1
12	CINAHL	Hand off AND Hospitals AND Quality improvement methods.	16	1
13	CINAHL	Automation AND Shift reports.	5	1

Tabella I: Modalità di ricerca bibliografica.

Nella seconda stringa di ricerca risultavano in totale 29 articoli, ma nella presente revisione ne sono stati inclusi quattro in quanto gli altri articoli non rispondevano ai quesiti di ricerca. Questi infatti erano relativi al luogo in cui le consegne venivano trasmesse, l'ansia dell'operatore durante il passaggio di consegne cliniche ed alcuni articoli erano in lingua cinese.

Nella terza stringa di ricerca risultavano in totale 11 articoli di cui solamente uno è stato inserito nella revisione, i rimanenti 10 articoli sono stati esclusi perché erano relativi alle pratiche di valutazione delle *skin tears*, all'utilizzo di sistemi validati per la rilevazione degli obiettivi nei pazienti in trattamento con oppioidi e alla valutazione delle cicatrici post intervento chirurgico.

Nella quarta stringa di ricerca sono stati trovati 41 articoli di cui solo tre rispondevano ai quesiti di ricerca, in quanto i rimanenti erano degli editoriali.

Nella sesta stringa di ricerca risultavano in totale otto articoli, ma nella presente revisione ne è stato incluso uno in quanto gli altri articoli non rispondevano ai quesiti di ricerca perché relativi ad aspetti giuridico-legali.

Nella nona stringa di ricerca sono stati reperiti sei articoli ma solamente uno rispondeva ai quesiti di ricerca. Gli articoli sono stati esclusi perché documentavano i diversi approcci di comunicazione interculturale, mentre altri studi documentavano la formazione su web degli studenti durante gli studi accademici.

Nella decima stringa di ricerca sono stati reperiti 16 articoli e solamente un articolo è stato inserito nella revisione in quanto i rimanenti 15 articoli o indagavano situazioni cliniche extraospedaliere oppure non erano disponibili in modalità full text.

Nell'undicesima stringa di ricerca risultavano in totale otto articoli, ma sono stati scartati sette articoli perché rivolti alla popolazione pediatrica.

Nella dodicesima stringa di ricerca risultavano in totale 15 articoli, ma nella presente revisione ne è stato inserito solo uno in quanto gli altri o non erano disponibili in full text oppure erano specifici per la popolazione pediatrica.

Nella tredicesima stringa di ricerca sono stati reperiti cinque articoli in totale, si sono scartati quattro articoli in quanto risalivano agli inizi degli anni novanta e non rispondevano ai quesiti di ricerca.

3.3 Selezione degli studi

Dall'analisi degli studi selezionati è stato possibile identificare due filoni di ricerca:

- 1) Articoli che analizzano i diversi approcci per il trasferimento delle consegne cliniche;
- 2) Articoli che identificano quale approccio è più consigliato utilizzare.

In questo lavoro di revisione della bibliografia, in cui si è deciso di individuare e mettere a confronto gli approcci metodologici utilizzati per la selezione ed organizzazione delle informazioni da utilizzare nel trasferimento delle consegne cliniche nei pazienti di età > 19 anni, l'obiettivo iniziale era quello di rintracciare dalla letteratura gli studi che mettessero a confronto direttamente i diversi approcci. Questo obiettivo non è stato completamente raggiunto, poiché non sono stati individuati articoli che confrontassero direttamente gli approcci che sono emersi dopo una prima ricerca, ovvero quelli narrativo, orientato ai problemi, per scostamenti e per focalizzazione. Per questo motivo, si è proceduto ad una analisi separata dei diversi approcci utilizzati per la selezione delle informazioni ed organizzazione dei contenuti nelle consegne cliniche. Non è stato rispettato il vincolo di tempo indicato dalla letteratura che prevede il reperimento di articoli pubblicati entro i cinque anni precedenti la revisione.

Per la revisione bibliografica oggetto di questa tesi, sono stati vagliati attentamente tutti gli articoli in modalità full-text, ne sono stati considerati 153 ai fini di questo lavoro ma solamente 27 di questi hanno risposto ai quesiti di ricerca.

3.4 Descrizione degli studi inclusi nella revisione

Tutti gli studi reperiti ed inclusi in questo lavoro di revisione bibliografica sono stati esaminati utilizzando la seguente tabella (Tabella II).

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Aniarti (2014). “Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: studio osservazionale con metodo "SBAR".	– 20 infermieri del servizio d'emergenza 118 – 121 passaggi di consegna con metodo SBAR	Studio osservazionale descrittivo	L'ordine di esposizione SBAR è rispettato completamente solo per i codici Rossi. La maggior parte dei soccorritori non rispetta un ordine progressivo nel passaggio delle consegne e nel 30% l'ordine è completamente casuale.
Cornell, Gervis, Yates & Vardaman (2013). “Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding”.	269 passaggi di consegna con metodo SBAR	Studio qualitativo	I risultati dello studio dimostrano che : - l'utilizzo del metodo SBAR ha ridotto il tempo dedicato alle consegne da 53 a 45 minuti per una sessione di 48 consegne; - le informazioni cliniche erano più sintetiche e coerenti.
Garcia et al. (2014) Granada, Spagna. “Quality of the anesthesiologist written record during the transfer of postoperative patients: Influence of implementing a structured communication tool”.	180 passaggi di consegna con metodo SBAR	Studio retrospettivo randomizzato	Sono stati valutati tre periodi di osservazione: il primo periodo pari a due mesi nel 2011 (preSBAR); un secondo periodo di due mesi nel 2012 (postSBAR); il terzo periodo comprendeva i pazienti trasferiti con approccio SBAR e quelli senza nel periodo (postSBAR). Il risultato di tale studio ha dimostrato un miglioramento della qualità dei documenti scritti effettuate nel 2012 durante l'attuazione del approccio standardizzato SBAR.
Gropper & Dicapo (1995). “The P.A.R.T. system: perfecting actual recording talent”.	//	Editoriale	Simile all'approccio PIE (<i>Problem, Intervention and Evaluation</i>) ma con l'aggiunta di della sezione <i>Teaching</i> . L'obiettivo dell'aggiunta della sezione è quello di sottolineare agli operatori l'importanza dell'aspetto educativo/informativo, spesso tralasciato o considerato solo vista della dimissione.

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Ilan et al. (2012), Canada. “Handover patterns: an observational study of critical care physicians”.	– 40 passaggi di consegne con approccio narrativo	Studio prospettico osservazionale	La durata delle consegne era di 2 min 58 sec per paziente. La maggior parte dei contenuti delle consegne riguardava la condizioni clinica corrente, il resto comprendeva interpretazioni e consigli. Durante il trasferimento delle consegne alcuni elementi dei tre sistemi standardizzati apparivano in maniera casuale senza rispettare schemi standard. Uno dei risultati più sorprendenti di questo studio riguarda gli elementi mancanti che corrispondono a circa il 60% delle informazioni cliniche.
Joint Commission Resoucers, 2008. “Handoff communication: Toolkit for implementing the National Patient Safety Goal”.	//	Linee Guida	Questo modello è stato proposto per il passaggio delle consegne cliniche. Nelle sezioni sono riportati i seguenti dati: <i>Identification</i> (le persone coinvolte si presentano, ruolo e attività); <i>Patient</i> (nome, codice, età, sesso e sede); <i>Assessment</i> (principali disturbi, parametri vitali e diagnosi); <i>Situations</i> (situazione attuale e circostanze, livelli di certezza e incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti); <i>Safety</i> (preoccupazione per la sicurezza valori critici degli esami e altri dati clinici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta, per esempio, rischio cadute); <i>Background</i> (comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica in atto e storia familiare); <i>Actions</i> (azioni prese o richieste e relativo breve rationale); <i>Timing</i> (tempi, livelli di urgenza e tempi, priorità delle azioni); <i>Ownership</i> (chi è responsabile, le responsabilità del paziente e dei familiari <i>Next</i> (cosa accadrà? Cambiamenti previsti? Qual è il piano?).

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (2008).	//	Linee guida	La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, a seguito dei numerosi eventi sentinella nel 2008 causati da errori di comunicazione e perdita delle informazioni in ambito sanitario, ha introdotto l'obiettivo nazionale per la sicurezza dei pazienti chiedendo alle organizzazioni sanitarie di implementare l'utilizzo dell'approccio standardizzato.
Kesten (2011). "Role-Play Using SBAR Technique to Improve Observed Communication Skills in Senior Nursing Students".	115 studenti del corso di laurea in infermieristica	Studio sperimentale randomizzato	I punteggi medi degli studenti erano significativamente più alti rispetto a quelli che non avevano una formazione adeguata all'utilizzo dell'approccio SBAR ($t = -2.6$, $p = 0.005$). Il legame tra comunicazione efficace e miglioramento degli esiti, dovrebbe essere studiato in studi futuri.
Manning (2006). "Improving clinical communication through structured conversation".	//	Editoriale	SBAR è uno strumento facile da ricordare che fornisce un approccio strutturato e ordinato che permette di migliorare la comunicazione e renderla efficace soprattutto in situazioni di emergenza. SBAR aiuta a limitare la comunicazione gergale, mantiene il messaggio chiaro e nitido, e rimuove l'influenza della gerarchia e della personalità.
<i>Nursing</i> , (1994) Lama v. Borrás. "On trial: charting by exception".	Un passaggio di consegne con approccio per scostamenti	Case report	Una sentenza ha stabilito che a causa della compilazione intermittente della documentazione sanitaria, gli infermieri responsabili di erogare assistenza al Sig. Romero operato per ernia del disco, non erano riusciti a documentare i primi segni di un'infezione. Di conseguenza, la diagnosi è stata ritardata per più di 24 ore e l'infezione della ferita è progredita in dischite.

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Nursing (1999). “Charting tips. Easy as PIE...problem-intervention-evaluation documentation system. Nursing”.	//	Editoriale	Strutturalmente simile a SOAP/SOPIER, costituito da un foglio di flusso con valutazione giornaliera su 24 ore, permette di riformulare e riassegnare la priorità ai problemi individuati. Inoltre offre sinteticamente informazioni di ciò che è stato fatto e dei risultati ottenuti.
Nursing (1999). “Using SOAP, SOAPIE, and SOAPIER formats”.	//	Editoriale	Il formato SOAP si concentra sui problemi specifici del paziente. L’acronimo SOAP indica: <i>Subjective</i> (dati soggettivi costituiti da ciò che il paziente afferma, descrivono le sue percezioni e i punti di vista), <i>Objective</i> (dati oggettivi che includono parametri vitali o altri derivanti dall’osservazione clinica) <i>Analysis e Plain</i> (analisi e pianificazione degli interventi da attuare). Le aggiunte negli altri acronimi significano <i>Intervention, Evaluation, Revision</i> .
Payne, Hardey & Coleman, (2000), Inghilterra. “Interactions between nurses during handovers in elderly care”.	– 34 infermieri – 23 passaggi di consegne con approccio narrativo	Studio osservazionale	I risultati di questo studio indicano che i passaggi di consegne verbali erano talvolta parziali, venivano utilizzati abbreviazioni, acronimi difficilmente comprensibili da altri, contengono forme di giudizi soggettivi (ad esempio molto bene, migliorato, ok) che rendono difficile un’eventuale comparazione. Dall’intervista semi strutturata sono emersi dati ambivalenti: 1) gli infermieri si lamentavano dell’eccessiva documentazione clinica da registrare e trascrivere; 2) gli infermieri percepivano la minaccia di denunce, contenziosi e di essere citati in giudizio. Per questo ritenevano di tracciare tutto l’operato attraverso la stesura delle consegne.

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Porteous et al. (2009). "ISOBAR-- a concept and handover checklist: the National Clinical Handover Initiative.	//	Revisione sistemica	L'utilizzo di ISOBAR ha portato ad un soddisfacimento generale da parte del personale coinvolto considerandolo sintetico e facile da integrare nei processi di lavoro esistenti per ridurre le ripetizioni di informazioni cliniche. Tuttavia si sta monitorando l'uso di Isobar e valutando se una differenza misurabile può essere dimostrata.
Pothier, Monteiro, Mooktiar & Shaw (2005). "Pilot study to show the loss of important data in nursing handover".	<ul style="list-style-type: none"> – Cinque infermieri – 60 passaggi di consegne con metodo verbale; o scritto; o con approccio standardizzato 	Studio osservazionale	I risultati dello studio sono stati: il gruppo verbale ha registrato di più la perdita dei dati rispetto agli altri. Il gruppo che utilizzava il metodo scritto ha registrato una perdita di dati costante, ma molto meno rispetto al gruppo verbale ($P < 0.001$). Il gruppo utilizzava l'approccio standardizzato preconstituito la perdita delle informazioni è stata quasi nulla ($P < 0,001$). L'uso di un approccio standardizzato con l'utilizzo di strumenti mnemonici preconstituiti che viene passato al turno successivo ed integrato con la consegna verbale, riduce la perdita di dati clinici durante la consegna.
Salerno et al. 2009, Honolulu USA. "Standardized sign-out reduces intern perception of medical errors on the general internal medicine ward".	<ul style="list-style-type: none"> – 34 stagisti – 399 passaggi di consegne con metodo standardizzato 	Studio prospettico di coorte	399 passaggi di consegne sono stati effettuati in 8 settimane prima e 6 settimane dopo l'introduzione di un modulo standardizzato. Dopo che è stata introdotta la forma standardizzata, soprattutto nel turno di notte, si era ridotta significativamente ($p < 0,003$) la probabilità di rilevare dati mancanti.
Saskatchewan Registered Nurses' Association (2011). "Documentation: Guidelines for Registered Nurses".	//	Linee guida	Le linee guida proposte dall'autore sottolineano che la forma narrativa necessita di molto tempo ed è privo di coesione e compattezza, infatti chi ascolta le consegne interrompe chi le sta dando per chiedere ulteriori dati mancanti.

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Scoates, Fishman, McAdam (1996). "Health care focus documentation--more efficient charting".	//	Editoriale	I risultati dell'indagine hanno mostrato che la documentazione era completa, accurata e ha mostrato chiaramente lo stato di salute del paziente. Utilizzando l'approccio per focalizzazione si è registrata una riduzione di tempo per le consegne pari a 15 minuti per il 40% degli intervistati, 30 minuti per 42%. Inoltre le informazioni erano organizzate per esiti e per questo facilmente individuabili.
Sentara Health Care (2008), Norfolk in Virginia.	//	Editoriale	Approccio sviluppato per semplificare il trasferimento di informazioni cliniche del paziente tra gli operatori sanitari. I dati registrati nelle rispettive sezioni sono: <i>Patient</i> (nome, età, sesso, locazione); <i>Plan</i> (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi); <i>Purpose</i> (razionale della cura); <i>Problems</i> (problemi in atto); <i>Precaution</i> (le precauzioni da considerare in base al quadro clinico).
Sexton et al. (2004), Australia. "Nursing handovers: Do we really need them?".	23 passaggi di consegne audio-registrate	Studio qualitativo	I risultati hanno mostrato che in un'Unità Operativa di Medicina Generale: - quasi l'84,6% delle informazioni trasmesse durante la consegna, erano già presenti nella documentazione clinica; - il 9,5% delle informazioni non era rilevante per la cura del paziente; - solo il 5,9% del contenuto delle consegne erano inerenti alla cura o alla gestione dei problemi in corso i quali potrebbero non essere registrati nell'apposita documentazione clinica.

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Smith (2000). "How to use Focus Charting".	//	Editoriale	A differenza dell'approccio narrativo che pone diversi dati insieme, l'approccio per focalizzazione può aiutare a monitorare i problemi di salute del paziente ed evitare forme di ripetizioni delle informazioni. E' possibile organizzare le informazioni da trasmettere con l'utilizzo di una check-list denominata DAR (<i>Data, Action, Response</i>).
Smith (2002). "How to chart by exception".	//	Editoriale	L'approccio per scostamenti è un sistema che documenta le eccezioni alla progressione naturale della malattia, utilizzando degli strumenti pre-impostati per i vari profili paziente. Questi strumenti sono costituiti da fogli di flusso che si basano su linee guida prestabilite, protocolli e procedure che identificano lo standard di gestione del paziente.
Strople & Ottani (2006). "Can technology improve intershift report? what the research reveals".	//	Revisione sistemica	Questa revisione della letteratura mette in evidenza uno studio osservazionale condotto su 57 passaggi di consegna, trasmessi con approccio narrativo, per un totale di 584 pazienti. Esso ha dimostrato un tasso di incongruenza di informazioni fino al 50%, con un rapporto medio del 30% (p. 6).
Tews, Liu & Treat (2012) Wisconsin, USA. "Situation-background-assessment-recommendation (SBAR) and emergency medicine residents' learning of case presentation skills".	25 studenti in tirocinio	Studio osservazionale prospettico	Lo studio, svolto in un'U.O. di Medicina d'Urgenza, ha evidenziato che una volta ricevuta la formazione all'approccio SBAR, tale strumento, veniva utilizzato nel tempo. Infatti i risultati dello studio dimostravano che dopo il periodo di formazione (A), negli anni successivi (B-C), non c'era alcuna differenza statisticamente significativa tra le sessioni "A vs BC". Quindi l'utilizzo dell'approccio SBAR era accettabile per primo anno accademico con miglioramenti pari a ($p < 0,001$). Nei periodi B e C i risultati sono rimasti uguali.

Riferimenti dello studio	Campione	Disegno di studio	Risultati
Thomas, Donohue-Porter (2012), USA. "Blending evidence and innovation: improving intershift handoffs in a multihospital setting".	Passaggi di consegna con il metodo "I PASS THE BATON" in 7 ospedali.	Studio qualitativo	Con l'introduzione di un nuovo sistema standardizzato di trasmissione delle informazioni denominato "I PASS THE BATON" in 7 ospedali, si è dimostrato: <ul style="list-style-type: none"> - Maggiore soddisfazione degli infermieri in rapporto tempo/consegne; - le informazioni erano pertinenti alle condizioni cliniche; - in un ospedale si è registrato un miglioramento di soddisfazione del paziente dal 49 % al 61 % un anno dopo l'implementazione.
Wang, Liang et al. (2015). "Improving chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique".	18 studenti infermieri in tirocinio per il conseguimento di un master	Studio osservazionale	Lo studio ha evidenziato un significativo miglioramento delle consegne cliniche. Inoltre il 93.8% degli studenti ha dichiarato che adotterà l'approccio SBAR nella pratica clinica future.
World Health Organization. Patient Safety (2007).	//	Linee Guida	L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha affermato che per garantire la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra operatori, turni, Unità Operative o <i>setting</i> (Ospedale/territorio).

Tabella II: Studi inclusi nella revisione della letteratura.

CAPITOLO IV – RISULTATI

4.1 Qualità metodologica degli studi

La debolezza metodologica degli studi, include principalmente il fatto che non vi siano in letteratura lavori che confrontino insieme i diversi approcci metodologici di selezione e trasmissione delle informazioni nelle consegne cliniche con i rispettivi effetti che questi possono avere sulla continuità assistenziale e sicurezza del paziente. Inoltre la maggioranza degli approcci è stata documentata anche più di vent'anni fa in sistemi organizzativi meno complessi in cui la durata della degenza era più lunga e meno operatori venivano coinvolti nel processo di cura.

Per questo motivo i dati che emergono da questi studi non emergono da studi di natura sperimentale o quasi sperimentale e quindi non possiedono significatività statistica, ma forniscono solamente una panoramica generale sui possibili approcci metodologici utilizzati nel trasferire le informazioni cliniche.

4.2 Contenuti e organizzazione delle informazioni

Le consegne dovrebbero riportare solo informazioni essenziali (Dunsford, 1994).

L'informazione dovrebbe incentrarsi prevalentemente sull'assistito con un *focus* prospettico e non solo su una mera pianificazione di compiti da compiere (Fenton, 2006).

Per selezionare e organizzare le informazioni da trasmettere esistono diversi approcci:

- 1) narrativo;
- 2) per focalizzazione sugli esiti;
- 3) orientato ai problemi;
- 4) incentrato sugli scostamenti dalla normalità;
- 5) orientato alla globalità del paziente.

1) **L'approccio narrativo** (*charting narrative*).

La narrazione è l'approccio più tradizionale in cui informazioni, interventi ed esiti sono organizzati in ordine cronologico, spesso enfatizzando alcuni aspetti, ad esempio problemi, ma senza una struttura formale che permetta di selezionare le informazioni. Nelle linee guida pubblicate da Saskatchewan Registered Nurses' Association (2011), viene ribadito che la forma narrativa necessita di molto tempo ed è priva di coesione e

compattezza, infatti chi ascolta le consegne interrompe chi le sta dando per chiedere ulteriori dati mancanti. Strole e Ottani (2006), in una revisione della letteratura, affermano che questo approccio non garantisce precisione e accuratezza perché vengono trasmesse molte informazioni inutili. Sexton (2004), in uno studio qualitativo indaga alcuni aspetti della consegna tradizionale affermando che il 93,5% delle informazioni trattate durante la consegna verbale sono disponibili o dovrebbero essere disponibili nella documentazione scritta. L'autore ritiene che il contenuto delle consegne spesso è irrilevante per l'assistenza al paziente e contiene spesso una forte componente di narrazione episodica a discapito di elementi quali trattamento o management del paziente, la tolleranza della dieta o la capacità di deambulazione. Sexton consiglia però l'elaborazione e l'utilizzo di guide per assicurare soltanto il passaggio di informazioni essenziali, per essere chiari e concisi, per ridurre la quantità di tempo non produttivo nelle consegne e per avere a disposizione più tempo per l'assistenza diretta del paziente.

2) **L'approccio per focalizzazione** (*focus charting*).

Centrato sul paziente e sull'esito, può trovare impiego in qualsiasi contesto clinico promuovendo l'interdisciplinarietà della documentazione clinica (Scoates, 1996). Le informazioni sono organizzate per esiti e per questo facilmente individuabili, possono rappresentare il superamento di un problema (es.: lesione da decubito) o il miglioramento delle condizioni di salute (es.: recupero parziale o totale delle attività quotidiane di base). Lampe nel 1985 (citato in Bulfone, Marinello, Grubissa & Palese, 2012) sostiene che quest'approccio è ritenuto simile a quello orientato ai problemi, metodologicamente ciò che li contraddistingue è proprio il focus. Per organizzare i dati si possono utilizzare due schemi dai rispettivi acronimi: AIO (*Assessment, Intervention and Outcomes*, ovvero accertamento, intervento e risultati) oppure DAR (*Data, Action and Response*, ovvero dati, azioni e risposte). Nella sezione dei dati vengono incluse informazioni oggettive e soggettive del paziente; nella sezione risposta o negli esiti, vanno comunicati invece risultati (Smith, 2000).

3) **L'approccio orientato ai problemi** "*Problem Oriented Medical Care*" (POMC).

Larry Weed è ampiamente conosciuto come il padre della cartella clinica orientata ai problemi e inventore del approccio SOAP entrambi descritti per la prima volta nel 1968. Questo approccio prende in considerazione il punto di vista soggettivo dell'assistito e la sua percezione rispetto ai problemi che emergono durante il percorso assistenziale,

assicura una continua revisione della pianificazione e della sua efficacia garantendo continuità assistenziale. Utilizzando questo approccio è possibile organizzare le informazioni con più modalità:

- SOAP, SOAPIE e SOAPIER (*Nursing*, 1999). Il formato SOAP si concentra sui problemi specifici del paziente. L'acronimo SOAP indica: *Subjective* (dati soggettivi costituiti da ciò che il paziente afferma, descrivono le sue percezioni e i punti di vista), *Objective* (dati oggettivi che includono parametri vitali o altri derivanti dall'osservazione clinica) *Analysis e Plain* (analisi e pianificazione degli interventi da attuare). Le aggiunte negli altri acronimi significano *Intervention* (intervento), *Evaluation* (valutazione), *Revision* (revisione). L'utilizzo di questa modalità prevede gli interventi da mettere in atto per risolvere e/o prevenire i problemi (Lampe (1985) citato in Bulfone, Marinello, Grubissa & Palese, 2012).
- PIE (*Problem, Intervention and Evaluation*). Nella sezione *Problem* viene descritta la valutazione iniziale che consente di identificare problemi o diagnosi infermieristiche; nella sezione *Intervention* vengono descritte le azioni di cura che per ogni singolo problema; nella sezione *Evaluation* viene valutata la risposta agli interventi attuati. Strutturalmente simile a SOAP/SOPIER, costituito da un foglio di flusso valutazione giornaliera su 24 ore, permette di riformulare e riassegnare la priorità ai problemi individuati. Inoltre offre sinteticamente informazioni di ciò che è stato fatto e dei risultati ottenuti (*Nursing*, 1999). Groah et al. (1983 citato in Bulfone, Marinello, Grubissa & Palese, 2012) proposero un'alternativa denominata APIE (*Assessment, Plan, Intervention, Evaluation*). Nella sezione dell'accertamento (*Assessment*) è prevista la descrizione di dati oggettivi, soggettivi e i problemi rilevati; nella sezione piano (*Plan*) vengono descritte le prescrizioni infermieristiche; infine nelle sezioni (*Intervention ed Evaluation*) sono descritti gli interventi e le valutazioni.
- PART (*Problem, Action, Response, Teaching*). Simile all'approccio PIE ma con l'aggiunta della sezione *Teaching*. L'obiettivo dell'aggiunta della sezione è quello di sottolineare agli operatori l'importanza dell'aspetto educativo/informativo, spesso tralasciato o considerato solo in vista della dimissione (Gropper & Dicapo, 1995).

4) **L'approccio per scostamenti** (*charting by exception*).

Quest'approccio utilizza un sistema standardizzato per la rilevazione e registrazione dei dati. Nei protocolli operativi sono inclusi parametri di valutazione standard in cui se il paziente rientra in questi parametri i dati rilevati non vengono registrati, al contrario, vengono registrati solo se i parametri rilevati si discostano dalla norma. Smith (2002), nel suo editoriale afferma che l'approccio per scostamenti è un sistema che documenta le eccezioni alla normale progressione della malattia, utilizzando per i profili paziente standard degli strumenti già pre-impostati. Questi strumenti sono costituiti da "fogli di flusso" che si basano su linee guida prestabilite, protocolli e procedure che identificano lo standard di gestione del paziente. Quando viene adottato questo modello di registrazione è importante ricordare che deve essere stabilita una base normativa per i clienti e che tutte le procedure eseguite, tra cui la somministrazione di farmaci e la misurazione dei parametri vitali, devono essere tracciate.

5) **L'approccio per cure globali**.

Il trasferimento delle informazioni avviene sulla base di un modello standardizzato suggerito anche dall'OMS (2007) e JCHAO (2008). Per organizzare e trasferire le informazioni secondo questo approccio, in letteratura scientifica, esistono diversi modelli:

- a. SBAR
- b. Le 5 P
- c. ISOBAR
- d. I PASS the BATON

a) **SBAR** (*Situation, Background, Assessment and Racommendation*).

Nella sezione *Situation* viene descritta la situazione del paziente in quel momento. Nel *Background* motivo del ricovero e dati anamnestici pregressi. Nell'*Assessment* vengono comunicate le informazioni inerenti ai parametri vitali, esami di laboratorio e tutti i dati raccolti con l'esame obiettivo, questi ultimi organizzati con approccio ABCDE (*Airways* - es. stato respiratorio del paziente, *Breathing* - saturazione e frequenza respiratoria, *Circulation* - ritmo, frequenza e pressione arteriosa, *Disability* rischio di lesione, cadute, *Exposure* - drenaggi, diuresi oraria). Nella sezione *Racommendation* sono prescritti gli interventi da eseguire per la gestione dei problemi individuati. Dal modello SBAR nasce la variante ISBAR: l'aggiunta della

“I” indica *Identify/Introduction* ovvero l’identificazione del professionista coinvolto (es.: “mi chiamo... il mio ruolo è... chiamo per...”). L’utilizzo di quest’approccio è consigliato dal Safety and Quality Unit Department of Health, il quale sostiene che ISBAR può essere adattato al contesto clinico potendo decidere quali informazioni essenziali registrare e trasferire. Manning (2006) sostiene che “SBAR” è uno strumento mnemonico facile da ricordare, che fornisce un approccio strutturato ed ordinato, che permette di migliorare la comunicazione e renderla efficace soprattutto in situazione di emergenza, inoltre aiuta a limitare la comunicazione gergale e rimuove l’influenza della gerarchia e della personalità.

Secondo Cornell et al. (2013), in un loro studio condotto in unità operative internistiche medico-chirurgiche, l’utilizzo di questo modello ha reso le consegne più concise, ha ridotto i tempi per la trascrizione e non sono state registrate perdite di informazioni.

Secondo l’Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (2014), in uno studio osservazionale, adottare un modello standardizzato nel passaggio di consegne può migliorare l’efficacia e l’efficienza dell’intervento. Quindi l’utilizzo del metodo SBAR anche in emergenza potrebbe essere la soluzione, in quanto favorisce la trasmissione delle informazioni in maniera semplice, completa, sintetica e ordinata.

Garcia et al. (2014), in uno studio retrospettivo randomizzato, hanno osservato un netto miglioramento della qualità delle informazioni documentate dopo l’introduzione del approccio standardizzato con l’utilizzo del mnemonico “SBAR”.

Tews, Liu e Treat (2012), in uno studio osservazionale prospettico, hanno documentato che alcuni studenti in tirocinio presso l’Unità Operativa di Medicina d’Urgenza, formati all’utilizzo dell’approccio standardizzato con metodo mnemonico “SBAR” fin dagli studi accademici, hanno dimostrato che, una volta ricevuta la formazione all’approccio SBAR, tale strumento, che veniva utilizzato nel tempo non dimostrava alcuna differenza statisticamente significativa in termini di qualità delle informazioni nei periodi successivi alla formazione.

Altri due studi condotti da Kesten (2011) e Wang et al. (2015) hanno osservato l’utilizzo didattico della “SBAR” come strumento di comunicazione delle informazioni cliniche. Entrambi gli studi evidenziano un significativo miglioramento delle consegne cliniche.

b) Le 5 P (*Patient, Plan, Purpose, Problems, Precaution*).

Approccio sviluppato da Sentara Health Care (2008) a Norfolk in Virginia, per semplificare il trasferimento di informazioni cliniche del paziente tra gli operatori sanitari.

I dati registrati nelle rispettive sezioni sono: *Patient* (nome, età, sesso, locazione); *Plan* (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi); *Purpose* (razionale della cura); *Problems* (problemi in atto); *Precaution* (le precauzioni da considerare in base al quadro clinico).

c) ISOBAR (*Identify, Situation, Observations, Background, Agree to plan, Readback*).

Trae origini dall'approccio SBAR, tuttavia, dopo la consultazione e la revisione della letteratura scientifica, è stato deciso che dovrebbe essere modificato e ampliato per adattarsi meglio ai diversi contesti clinici. Lo strumento è stato quindi ampliato a "ISOBAR", con l'introduzione della "I" che prevede l'identificazione dell'operatore; la lettera "O" è stata inclusa per fornire adeguate informazioni concrete su cui elaborare un piano di cura. Quest'approccio è stato approvato e ampiamente utilizzato in Australia nel 2009, dimostrando di essere una comunicazione efficace tra i servizi sanitari con un impatto positivo sulla cura e gestione del paziente (Porteous et al., 2009).

d) I PASS the BATON

L'approccio "*I PASS the BATON*" ("passo il bastone", letteralmente si trattava di un bastone di plastica con le informazioni essenziali del paziente) è stato introdotto al Trinity Medical Center in Illinois. La Joint Commission nel progetto "Handoff communications: Toolkit for implementing the National Patient Safety Goal" (2008), propone questo modello per il passaggio delle consegne cliniche. Nelle sezioni sono riportati i seguenti dati: *Identification* (le persone coinvolte si presentano, ruolo e attività); *Patient* (nome, codice, età, sesso e sede); *Assessment* (principali disturbi, parametri vitali e diagnosi); *Situations* (situazione attuale e circostanze, livelli di certezza e incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti); *Safety* (preoccupazione per la sicurezza valori critici degli esami e altri dati clinici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta, per esempio, rischio cadute); *Background* (comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica in atto e storia familiare); *Actions* (azioni prese o richieste e relativo breve rationale); *Timing*

(tempi, livelli di urgenza e tempi, priorità delle azioni); *Ownership* (chi è responsabile, le responsabilità del paziente e dei familiari; *Next* (cosa accadrà? Cambiamenti previsti? Qual è il piano?).

CAPITOLO V – DISCUSSIONE

5.1 Discussione

La letteratura internazionale, che ha tentato di analizzare il metodo più efficace di passaggio di consegna, e quindi anche il metodo più efficace di selezione ed organizzazione delle informazioni cliniche da trasmettere, non presenta una visione univoca. Gli articoli inseriti in questa revisione della letteratura, seppure nella loro parzialità legata ai limiti metodologici degli stessi, porta comunque ad evidenziare la sicurezza e la fattibilità della consegna clinica con approccio standardizzato nei contesti sanitari.

Lo studio di Payne, Hardey e Coleman (2000), evidenzia come l'utilizzo di un approccio narrativo nelle consegne verbali generi la trasmissione di informazioni parziali, ricche di considerazioni soggettive, con la presenza di acronimi ed infine informazioni ridondanti. Dalla scelta del contenuto ne deriva la qualità della continuità assistenziale e spesso gli infermieri, a causa dell'assenza di un unico fascicolo clinico, sentono la necessità di registrare i dati presenti in altri grafici e/o fogli nelle consegne. La revisione sistemica di Strople e Ottani (2006), registra un alto tasso di incongruenza di informazioni quando le consegne vengono trasmesse con approccio narrativo. Saskatchewan Registered Nurses' Association, nelle linee guida del 2011, sottolinea che la modalità di consegne narrative necessita di molto tempo ed può risultare privo di coesione e compattezza. Lo studio di Ilan et al. (2012) riporta come un passaggio di consegna con approccio classico non standardizzato può durare 2 minuti e 58 secondi per paziente, ciò nonostante il risultato dello studio dimostra una perdita di informazioni cliniche pari al 60%. Nella scelta dell'approccio, gli infermieri dovrebbero valutare la tipologia di pazienti, la durata della degenza ed infine i modelli organizzativi di presa in carico in un determinato contesto; l'approccio "narrativo" richiede molto tempo, ogni infermiere in base all'esperienza professionale enfatizza le situazioni assistenziali e ne definisce le priorità su base soggettiva, rischiando di perdere un gran numero di informazioni (Sexton et al., 2004).

Dalla presente revisione sono emersi ulteriori approcci che rispetto a quello narrativo risultano essere standardizzati in quanto vengono definite le informazioni che devono essere selezionate e trasmesse durante le consegne cliniche.

Negli articoli di Scoates, Fishman e McAdam (1996) e Smith (2000), gli autori ribadiscono il concetto che utilizzando l'approccio per focalizzazione si è registrato una riduzione di tempo per trasmettere e scrivere le consegne cliniche. L'approccio per focalizzazione

potrebbe trovare impiego dove i pazienti necessitano prevalentemente di assistenza di natura infermieristica, come ad esempio una casa di cura o residenza sanitaria assistenziale. Inoltre quest'approccio può aiutare a monitorare i problemi di salute del paziente ed evitare forme di ripetizioni mediante l'utilizzo dello strumento mnemonico quale il DAR (*Data, Action, Response*). I due articoli contenuti nella rivista Nursing e pubblicati nel 1999, propongono due modelli mnemonici: uno denominato SOAP/SOAPIER si concentra sui problemi specifici del paziente; l'altro denominato PIE costituito da un diagramma di flusso con valutazione giornaliera su 24 ore, permettendo di riformulare e riassegnare le priorità ai problemi individuati, offrendo sinteticamente informazioni di ciò che è stato fatto e dei risultati ottenuti. Gropper e Dicapo (1995), sostengono che l'approccio per problemi sarebbe più adatto ad un contesto di medicina interna in cui diventa elemento fondamentale gestire la fase acuta e preparare il paziente alla dimissione attraverso l'educazione/informazione terapeutica. Infatti l'acronimo utilizzato in questa metodologia è PART, ovvero *Problem, Action, Response, Teaching*. Come si può vedere, l'ultima lettera indica l'insegnamento in termini educativi.

Smith (2002), sostiene che l'approccio per scostamenti è un sistema che documenta le eccezioni alla normalità, utilizzando come metodo la registrazione su grafici. Questi ultimi sono costituiti da diagrammi di flusso che si basano su linee guida prestabilite, protocolli e procedure che identificano lo standard di gestione del paziente. Il Case Report pubblicato da Nursing (1994) mostra come l'approccio per scostamenti possa creare delle interruzioni nelle registrazioni delle informazioni cliniche con il rischio di generare eventi avversi a causa della mancata individuazione precoce dei problemi che emergono. Tuttavia quest'ultimo potrebbe trovare impiego in ambito chirurgico dove il decorso atteso nel postoperatorio è già noto.

Gli articoli di Manning (2006), Salerno et al. (2009), Kesten (2011), Tews et al. (2012), Cornel, Grevis, Yates e Vardaman(2013), Aniarti (2014), Garcia et al. (2014) e Wang et al. (2015), suggeriscono di adottare approcci strutturati per il trasferimento delle consegne cliniche, sia scritte che verbali, per ridurre i tempi e implementare l'efficacia. Gli autori sostengono che per il personale in formazione e nei contesti in cui è prioritaria una visione immediata e globale della situazione clinica del paziente (ad esempio unità operative di emergenza) è indicato un approccio standardizzato SBAR (*Situation, Background, Assessment and Racommendation*). Anche in ambito pediatrico l'approccio standardizzato

trova impiego, secondo gli autori Raymond e Harrison (2014) e McCrory (2012), l'utilizzo del mnemonico "SBAR" migliora la comunicazione e la tempestività nelle cure. Questo strumento, inoltre, è ampiamente utilizzato in ambito militare nel trasferimento dei dati sanitari. In uno studio di Watson (2014), condotto al San Antonio Military Medical Center in Texas, l'autore dimostra che l'utilizzo della "SBAR" ha migliorato la comunicazione e ha reso i dati più completi. Tuttavia, questo metodo non sembra indicato in contesti di cura cronici in quanto non lascia molto spazio alle informazioni sulle risorse familiari, sociali, del paziente e del suo punto di vista. Le più recenti linee guida internazionali (NPSA, 2006; WHO, 2007; JCAHO, 2008) consigliano la SBAR come metodo efficace per garantire la sicurezza del paziente e la continuità assistenziale durante il passaggio di consegne.

Il Sentara Health Care nel 2008 propone un nuovo strumento mnemonico, utilizzato a Norfolk in Virginia, denominato "Le 5 P" per semplificare il trasferimento delle informazioni cliniche del paziente tra gli operatori sanitari. Questo strumento viene però menzionato per solo questa esperienza e non si è quindi dimostrata la sua efficacia in altri studi.

Il lavoro di Porteous et al. (2009), evidenzia un nuovo strumento mnemonico denominato "ISOBAR" simile alla "SBAR" pensato per adattarsi meglio ai diversi contesti clinici. L'utilizzo di questo strumento ha portato ad un soddisfacimento generale da parte del personale coinvolto considerandolo sintetico ed utile per ridurre le ripetizioni di informazioni. Tuttavia si sta ancora monitorando l'uso di ISOBAR e valutando se una differenza misurabile può essere dimostrata.

Nelle linee guida della Joint Commission del 2008, è stato proposto il metodo mnemonico I PASS the BATON per il passaggio delle consegne cliniche. Nello studio qualitativo di Thomas e Donohue-Porter (2012), gli autori hanno registrato un miglioramento in rapporto tempo/consegne, maggiore appropriatezza alle condizioni cliniche ed un miglioramento della soddisfazione dei pazienti con l'utilizzo di questo metodo.

Prendendo in considerazione tutti i risultati che emergono da questa revisione, si può dedurre che le complicanze di un approccio non standardizzato, sono per lo più legate alla perdita di informazioni che implicitamente compromettono la continuità assistenziale e di conseguenza la sicurezza del paziente. Le complicanze correlate al trasferimento delle consegne cliniche possono quindi essere prevenute con l'adozione obbligatoria, da parte

delle strutture che erogano assistenza sanitaria, di un approccio standardizzato (Salerno et al. 2009; Kesten, 2011; Tews et al. 2012; Garcia et al. 2014; Wang et al. 2015). Diventa quindi di fondamentale importanza che le Unità Operative si dotino di protocolli che indichino, in modo univoco, gli aspetti procedurali e la rispettiva identificazione della documentazione. L'approccio che sembra garantire maggiore efficacia ed efficienza è quello per cure globali, in particolare quello che utilizza l'acronimo SBAR (NPSA, 2006; OMS, 2007; JCAHO, 2008). Infine, visto che alcuni studi sono stati effettuati su studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (Wang, Liang et al. (2015); Tews, Liu & Treat (2012); Kesten (2011); Salerno et al., 2009), si deduce che un adeguato approccio al passaggio di consegne debba essere trasmesso durante la formazione universitaria del professionista infermiere.

5.2 Limiti dello studio

In base ai lavori analizzati e per i limiti metodologici già citati nel capitolo 5.1, non è possibile comparare numericamente la percentuale di complicanze sul campione. I limiti di questa revisione della letteratura sono, purtroppo, numerosi. I lavori reperiti non hanno, in primis, uniformità di obiettivi. Per questo le conclusioni a cui si è giunti con questo lavoro non possono essere sempre generalizzabili, ma sono frutto di una “estrapolazione” dei dati da contesti più ampi. Si tratta di lavori metodologicamente diversi, vi sono infatti un case report (*Nursing*, 1994), due revisioni della letteratura (Porteous et al., 2009; Stroppe & Ottani, 2006), uno studio retrospettivo (Garcia et al., 2014), sei studi osservazionali (Payne, Hardey & Coleman, 2000; Pothier et al., 2005; Ilan et al., 2012; Tews, Liu & Treat, 2012; Aniarti 2014; Wang, Liang et al., 2015), tre studi qualitativi (Sexton et al., 2004; Thomas, Donohue-Porter, 2012; Cornell, Gervis, Yates & Vardaman, 2013), otto editoriali (Sentara Health Care, 2008; Manning, 2006; Smith, 2002; *Nursing*, 1999; Scoates, Fishman, McAdam, 1996; Smith, 2000; Gropper & Dicapo, 1995), uno studio sperimentale randomizzato (Kesten, 2011), quattro linee guida (Saskatchewan Registered Nurses' Association, 2011; Joint Commission Resoucers, 2008; JCAHO, 2008; World Health Organization. Patient Safety 2007) e uno studio prospettico di coorte (Salerno et al., 2009). La presenza di studi quali case report, studi retrospettivi ed editoriali rende la qualità metodologica limitata, in quanto i risultati oggetto di analisi non presentano significatività statistica. Gli studi inclusi analizzano, inoltre, campioni di convenienza e ciò impedisce ulteriormente la generalizzabilità dei risultati.

CAPITOLO VI – CONCLUSIONI

6.1 Conclusioni

La giornata lavorativa infermieristica, nei contesti sanitari italiani, è divisa in tre turni (mentre nei paesi da cui proviene la letteratura presentata, due turni da dodici ore). Ogni fine turno è caratterizzato quindi dal personale che termina il servizio e altro che invece lo inizia. Il passaggio delle informazioni cliniche durante le consegne rappresenta un momento importante in quanto viene trasferita la responsabilità del processo di cura del paziente e con questo la sua sicurezza. I notevoli investimenti sul tema della consegna, anche di ricerca, hanno consentito di elaborare conoscenze e sviluppare strumenti, non del tutto esaustivi. I risultati della ricerca mostrano che in letteratura vi sono numerosi metodi per impostare le consegne e selezionare le informazioni da trasmettere. Tali metodi vengono definiti approcci e sono i seguenti: narrativo, per focalizzazione, orientato ai problemi, per scostamenti e per cure globali. Questi ultimi sono quelli che sono stati maggiormente studiati e si avvalgono di strumenti mnemonici conosciuti per acronimo quali: “SBAR, Le 5 P, ISOBAR, I PASS the BATON”. Per definire quale sia il metodo da preferire in ciascun contesto clinico e quali strategie possono aumentare la sicurezza nel trasferimento delle informazioni cliniche, occorre ulteriore ricerca. Tuttavia, ad oggi, il metodo da preferire in ambito sanitario sembrerebbe essere la consegna con approccio per cure globali utilizzando lo strumento standardizzato mnemonico SBAR (*Situation, Background, Assessment and Racommendation*). Infine, l’approfondimento con studi futuri potrebbe indicare se l’approccio alla selezione ed organizzazione dei contenuti durante il passaggio di consegne possa essere affrontato durante la formazione universitaria del professionista infermiere al fine di aumentare l’efficacia e l’efficienza dei metodi scelti.

BIBLIOGRAFIA

1. Anthony, M. K., & Preuss, G. (2002). Models of care: The influence of nurse communication on patient safety. *Nursing Economic\$, 20(5)*, 209-15, 248.
2. 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.
3. Athwal, P., Fields, W., & Wagnell, E. (2009). Standardization of change-of-shift report. *Journal of Nursing Care Quality, 24(2)*, 143-147.
4. Bark, P., Vincent, C., Jones, A., & Savory, J. (1994). Clinical complaints: A means of improving quality of care. *Quality in Health Care : QHC, 3(3)*, 123-132.
5. Bomba, D.T., Prakash, R. (2005). A description of handover processes in an Australian public hospital. *Australian Health Review, 29(1)*, 68–79.
6. Bradley S, Mott S. (2014). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing, 23(13-14)*, 1927-36.
7. Bulfone, G., Marinello, S., Grubissa, S., Palese, A. (2012). Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. *Assistenza Infermieristica 31(2):91-101*.
8. Chaboyer, W., McMurray, A., Johnson, J., Hardy, L., Wallis, M., & Sylvia Chu, F. Y. (2009). Bedside handover: Quality improvement strategy to "transform care at the bedside". *Journal of Nursing Care Quality, 24(2)*, 136-142.
9. Cornell, P., Gervis, M. T., Yates, L., & Vardaman, J. M. (2013). Improving shift report focus and consistency with the situation, background, assessment, recommendation protocol. *The Journal of Nursing Administration, 43(7-8)*, 422-428.
10. Currie, J. (2002). Improving the efficiency of patient handover. *Emergency Nurse : The Journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association, 10(3)*, 24-27.
11. Dunsford, J. (2009). Structured communication: Improving patient safety with SBAR. *Nursing for Women's Health, 13(5)*, 384-390.

12. Fenton, W. (2006). D Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nurs Older people* 18(11), 32-6.
13. Friesen, M. A., White, S. V., & Byers, J. F. (2008). Handoffs: Implications for nurses. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses* (). Rockville (MD): Agency for Healthcare research and quality (USA); 2008. Chapter 34.
14. Garcia-Sanchez, M. J., Fernandez-Guerrero, C., Lopez-Toribio, P., Bueno-Cavanillas, A., Prieto-Cuellar, M., Guzman-Malpica, E. M., et al. (2014). Quality of the anesthesiologist written record during the transfer of postoperative patients: Influence of implementing a structured communication tool. [Calidad del registro escrito del medico anestesiolego durante la transferencia de pacientes postoperados: influencia de la aplicacion de una herramienta de comunicacion estructurada] *Revista Espanola De Anestesiologia y Reanimacion*, 61(1), 6-14.
15. Greenfield, L. J. (1999). Doctors and nurses: A troubled partnership. *Annals of Surgery*, 230(3), 279-288.
16. Gropper, E. I., & Dicapo, R. (1995). The P.A.R.T. system: Perfecting actual recording talent. *Nursing Management*, 26(4), 46, 48.
17. Ilan, R., LeBaron, C. D., Christianson, M. K., Heyland, D. K., Day, A., & Cohen, M. D. (2012). Handover patterns: An observational study of critical care physicians. *BMC Health Services Research*, 12, 11-6963-12-11.
18. Kesten, K. S. (2011). Role-play using SBAR technique to improve observed communication skills in senior nursing students. *The Journal of Nursing Education*, 50(2), 79-87.
19. Lally, S. (1999). An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *Journal of Nursing Management*, 7(1), 29-36.
20. Leape, L. L. (2002). Reporting of adverse events. *The New England Journal of Medicine*, 347(20), 1633-1638.
21. Manning, M. L. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economic*, 24(5), 268-271.
22. Matic, J., Davidson, P. M., & Salamonson, Y. (2011). Review: Bringing patient safety to the forefront through structured computerisation during clinical handover. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 184-189.

23. McCrory, M. C., Aboumatar, H., Custer, J. W., Yang, C. P., & Hunt, E. A. (2012). "ABC-SBAR" training improves simulated critical patient hand-off by pediatric interns. *Pediatric Emergency Care*, 28(6), 538-543.
24. Meissner, A., Hasselhorn, H. M., Estry-Behar, M., Nezet, O., 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.
25. Murphy, J., Beglinger, J. E., & Johnson, B. (1988). Charting by exception: Meeting the challenge of cost containment. *Nursing Management*, 19(2), 56-8, 62, 64 passim.
26. Nursing (1999). Using SOAP, SOAPIE, and SOAPIER formats. *Nursing*, 29(9), 75.
27. Nursing (1999). Charting tips. Easy as PIE...problem-intervention-evaluation documentation system. *Nursing*, 29(4): 25-25. (1p).
28. On trial: Charting by exception.(1995). *Nursing*, 25(4), 29.
29. Patterson, E. S., & Wears, R. L. (2010). Patient handoffs: Standardized and reliable measurement tools remain elusive. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*, 36(2), 52-61.
30. Payne, S., Hardey, M., & Coleman, P. (2000). Interactions between nurses during handovers in elderly care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 277-285.
31. Perry, S. (2004). Transitions in care: studying safety in emergency department signovers. *Focus on Patient Safety*, 7(2):1-3.
32. Pezzolesi, C., Schifano, F., Pickles, J., Randell, W., Hussain, Z., Muir, H., et al. (2010). Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 22(5), 396-401.
33. Porteous, J. M., Stewart-Wynne, E. G., Connolly, M., & Crommelin, P. F. (2009). iSoBAR--a concept and handover checklist: The national clinical handover initiative. *The Medical Journal of Australia*, 190(11 Suppl), S152-6.
34. Pothier, D., Monteiro, P., Mooktiar, M., & Shaw, A. (2005). Pilot study to show the loss of important data in nursing handover. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 14(20), 1090-1093.
35. Raymond, M., & Harrison, M. C. (2014). The structured communication tool SBAR (situation, background, assessment and recommendation) improves communication in

- neonatology. *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 104(12), 850-852.
36. Salerno, S. M., Arnett, M. V., & Domanski, J. P. (2009). Standardized sign-out reduces intern perception of medical errors on the general internal medicine ward. *Teaching and Learning in Medicine*, 21(2), 121-126.
 37. Saiani, L., Brugnoli, A. (2011). Trattato di cure infermieristiche. Napoli: Sorbona-Idelson Gnocchi, pp. 277-81.
 38. Scoates, G. H., Fishman, M., & McAdam, B. (1996). Health care focus documentation--more efficient charting. *Nursing Management*, 27(8), 30-32.
 39. Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., & Crookes, P. (2004). Nursing handovers: Do we really need them? *Journal of Nursing Management*, 12(1), 37-42.
 40. Sherlock, C. (1995). The patient handover: A study of its form, function and efficiency. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain))*, 9(52), 33-36.
 41. Smith CE., (1986). Upgrade your shift reports with the three R's. *Nursing*, 16(2): 62-4.
 42. Smith, L.S., (2000). Charting tips. How to use focus charting. *Nursing*, 30(5):76.
 43. Smith, L.S., (2002). Chart smart. How to chart by exception. *Nursing*, 32(9): 30-30.
 44. Strophe, B., & Ottani, P. (2006). Can technology improve intershift report? what the research reveals. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 22(3), 197-204.
 45. Tews, M. C., Liu, J. M., & Treat, R. (2012). Situation-background-assessment-recommendation (SBAR) and emergency medicine residents' learning of case presentation skills. *Journal of Graduate Medical Education*, 4(3), 370-373.
 46. Thomas, L., Donohue-Porter, P. (2012). Blending evidence and innovation: improving intershift handoffs in a multihospital setting. *Journal of nursing care quality*, 27(2),116-24.
 47. Wang, W., Liang, Z., Blazeck, A., & Greene, B. (2015). Improving chinese nursing students' communication skills by utilizing video-stimulated recall and role-play case scenarios to introduce them to the SBAR technique. *Nurse Education Today*, 35(7), 881-887.
 48. Watson, C. (2014). Mild traumatic brain injury in the military: Improving the referral/consultation process. *U.S.Army Medical Department Journal*, 67-72.

49. Weed, L. L. (1968). Medical records that guide and teach. *The New England Journal of Medicine*, 278(11), 593-600.
50. Zingarelli. Vocabolario della lingua italiana. Bologna: Zanichelli; 2004.

SITOGRAFIA

1. World Health Organization. Patient Safety 1. 2007. http://www.who.int/patientsafety/events/07/01_11_2007/en/. Ultimo accesso 10 agosto 2015.
2. Joint Commission. (2008). *Joint Commission: National patient safety goals handbook*. http://www.patientsafety.va.gov/docs/TIPS/TIPS_JanFeb08.pdf. Scaricato il 10 agosto 2015.
3. Joint Commission. (2008). *Joint Commission Resoucers: Handoff communications: Toolkit for implementing the National Patient Safety Goal*. <http://uthscsa.edu/gme/documents/Competencies/Sleep,%20Fatigue,%20Duty%20hours/Patient%20Handoff%20Reference.pdf>. Scaricato il 10 agosto 2015.
4. H&HN Research and Sentara Health Care, 2008. http://216.92.22.76/discus/messages/21/Patient_Handoffs_-_2008_Article-2338.pdf. Scaricato il 10 agosto 2015
5. <https://www.mja.com.au/journal/2009/190/11/isobar-concept-and-handover-checklist-national-clinical-handover-initiative>. Ultimo accesso 20 agosto 2015.
6. <http://www.aniarti.it/it/content/il-passaggio-di-consegne-tra-emergenza-territoriale-e-pronto-soccorso-studio-osservazionale>. Ultimo accesso 10 settembre 2015.
7. Saskatchewan Registered Nurses' Association (2011). Documentation: Guidelines for RegisteredNurses. http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/documentation_guidelines_for_registered_nurses_22_11_2011.pdf. Ultimo accesso 20 settembre 2015.
8. Safety and Quality Unit Department of Health. <http://www.sahealth.sa.gov.au>. Ultimo accesso 02 Ottobre 2015.
9. National Patient Safety Agency. Safe Handover: safe patient. Guidance on clinicians and manager. <http://www.bma.org.uk>.

