



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
Dipartimento di Medicina
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA
Tesi di Laurea

**LA CONSEGNA INFERMIERISTICA IN AMBITO PSICHIATRICO:
IL VALORE DELLE INFORMAZIONI NELLA PRESA IN CARICO
DEI PAZIENTI**

Relatore: Prof. Luciano Liziero

Correlatore: Dr.ssa Erika Domenicucci

Laureanda: Anna Bovo

Matricola: 1046874

ANNO ACCADEMICO 2014/2015

Sommario

Abstract	1
Introduzione	3
Capitolo 1: Problema	5
1.1. Descrizione della realtà S.P.D.C.....	5
1.2. Identità e ruolo professionale	5
1.3. Contesto tecnologico	6
1.4. Focus: passaggio consegne – scambio di informazioni.....	7
1.5. Consegne e documentazione: limiti e vantaggi	8
Capitolo 2: Metodologia	11
2.1. Obiettivo	11
2.2. Strategia di ricerca	11
2.3. Criteri di selezione.....	12
Capitolo 3: Risultati della ricerca	15
3.1. Presentazione degli studi selezionati	15
3.2. Sintesi dei risultati	35
Capitolo 4: Discussione e conclusioni	39
4.1 Discussione.....	39
4.1.1. <i>Handover</i> in ambiente psichiatrico: attori – <i>setting</i>	40
4.1.2. Minimum data set – <i>decision making</i>	42
4.1.3. Infermieri di riferimento	43
4.2 Implicazioni per la pratica	44
4.3. Conclusioni.....	45
4.3.1. Punti di forza e di debolezza	45
4.3.2. Implicazioni per la ricerca.....	46
Bibliografia	47
Allegati	51

Abstract

Finalità e obiettivi. Questo studio propone un approfondimento delle informazioni trasmesse durante l'*handover* infermieristico nelle unità operative per la salute mentale.

- Quali informazioni assistenziali sono utili agli infermieri nella presa in carico dei pazienti psichiatrici in unità di degenza per acuti?
- Quale canale comunicativo è maggiormente efficace per l'*handover* nella pratica clinica in un contesto di cura così complesso?

Background. Il processo di *handover* in ambito di salute mentale non segue un protocollo standardizzato e spesso le informazioni necessarie per progettare l'assistenza sono difficili da recuperare. La documentazione e trascrizione su cartella informatizzata, la trasmissione verbale dei dati riguardo i pazienti sono processi che devono ancora essere integrati in una visione d'insieme fondamentale per la comunicazione tra professionisti e la successiva presa in carico dei pazienti.

Metodo. Ricerca bibliografica di letteratura con rielaborazione.

I *databases* utilizzati per identificare e raccogliere pubblicazioni sull'argomento sono: MEDLINE (PUBMED), Cinahl EBSCO host, Cochrane Library, Trip Database, National Guideline Clearinghouse. La ricerca dei risultati si mantiene all'interno di una cornice di concetti come punto di riferimento:

- contesto psichiatrico
- *clinical handover*
- *face-to-face*
- progettazione, continuità e informazioni necessarie per il *care-planning*

Sono stati presi in considerazione studi singoli di letteratura primaria (in particolare studi osservazionali), revisioni sistematiche e non sistematiche (tradizionali/narrative), linee guida cliniche.

Risultati. Sono state individuate le informazioni necessarie da integrare nella gestione del paziente psichiatrico, schede e strategie per migliorare l'*handover*. La consegna

verbale in ambito psichiatrico ha un valore particolare che permette lo sfogo di tensioni e complessità che si instaurano nella relazione con il malato psichiatrico, che permette il confronto tra operatori e la possibilità di comprendere al meglio la sua malattia.

Conclusioni. Non esiste un *format* unico applicabile in tutti i contesti clinici per condurre l'*handover*. È necessario prevedere una standardizzazione dei processi di *handover* che riesca a mantenere una certa flessibilità rispetto alle esigenze del reparto e ai componenti che ne fanno parte. La consegna verbale permette una trasmissione immediata delle informazioni essenziali riguardo i pazienti in carico, che rende gli infermieri attivi nel prendere decisioni cliniche rapide e personalizzate.

Utilizzare la cartella clinica informatizzata come integrazione. Mantenere il *face-to-face* tra colleghi per il passaggio delle informazioni.

Il modello di assistenza scelto in unità operativa veicola la qualità di informazioni richieste dagli infermieri per realizzare il proprio servizio.

Key words: handover, handoff, care transitions, mental health, psychiatry, nursing intershift, communications, data collection

Introduzione

L'argomento scelto per questo elaborato riguarda la consegna infermieristica in ambito psichiatrico. In particolare le caratteristiche e le informazioni necessarie all'assistenza che vengono portate in evidenza.

Il motivo di approfondimento del tema sta nella difficoltà dell'équipe nello spendere tempo in attività di cura indirette (Goulter et al., 2015), che limitano l'approccio al paziente.

L'idea nasce dall'esperienza vissuta durante il tirocinio in reparto SPDC. Dalle tensioni avvertite nel lavoro degli infermieri, il confronto con loro, i limiti avvertiti (come ad esempio l'integrazione dei sistemi informatici con le cure dirette al paziente) per la loro assistenza e il desiderio di migliorarla.

La maggior parte degli infermieri che opera in ambito psichiatrico, sostiene l'importanza della relazione per realizzare l'assistenza (Burleton, 2013). Tuttavia la relazione deve essere orientata ad *outcomes* definiti e personalizzati.

Una relazione terapeutica si realizza a partire da ciò che conosco e indago nel paziente, durante la degenza ospedaliera, dal privilegio dell'infermiere di avvicinarsi ai bisogni del paziente. Per questo l'infermiere raccoglie informazioni e dati per costruire il rapporto che muterà così in 'terapeutico'.

Partendo dall'idea che per costruire relazione è necessario fornirsi di informazioni adeguate sul paziente, è stato analizzato l'equilibrio tra cure dirette e indirette per il paziente psichiatrico. Cercando di individuare i dati necessari per progettare il piano di cura.

La percezione che si avverte al passaggio delle informazioni è che questo sia un momento di assistenza fondamentale per i temi della comunicazione e gestione del paziente psichiatrico, perché il passaggio consegne che avviene tra colleghi crea una comune intensità di discussione e consapevolezza.

L'esperienza in tirocinio ha evidenziato da una parte l'intenso sforzo di valutazione fatto dall'infermiere che termina il turno e che si concentra per passare le consegne al collega, in un contesto dove manca una traccia strutturata di dati da fornire; d'altra parte la compilazione della cartella del paziente effettuata in maniera sterile o semplicemente formale per documentare le attività svolte durante il turno.

In particolare questi processi causano la necessità di comprendere l'integrazione delle due attività (Bulfone et al., 2012) per realizzare un'efficace relazione terapeutica con il paziente psichiatrico e migliorare il proprio servizio.

L'assistenza in S.P.D.C. può essere vista come dentro a uno spazio i cui confini si muovono assieme all'infermiere, dove si sposta e dove sceglie di essere presente.

Gli spostamenti fisici, e quindi la presenza dell'infermiere, si muove in corsia e nelle stanze a contatto con gli utenti, in guardiola nella preparazione della terapia e nel controllo del piano di cura a computer, in altri luoghi di contatto tra colleghi.

L'assistenza si attua dentro questo spazio, con queste angolature.

Comprende quindi attività di cura diretta e di cura indiretta.

La presenza è legata al luogo in cui si riempie lo spazio e nella scelta di come riempirlo professionalmente.

Da qui nasce l'interesse per individuare:

- i dati da integrare nel progettare un'assistenza focalizzata sul paziente psichiatrico
- quale tipo di linguaggio è adatto alla comunicazione degli stessi
- lo strumento/metodo che possa veicolare al meglio il passaggio di informazioni

Nella prospettiva di orientare l'assistenza e renderla meno improvvisata, di rendere sicurezza agli operatori che praticano *decision making* sulla base di informazioni valide e di aumentare il confronto tra professionisti.

Gli infermieri infatti, devono basarsi sul contenuto e sulla precisione delle consegne al cambio turno per poter prendere decisioni cliniche e dare priorità al piano di assistenza infermieristica del proprio assistito.

L'elaborato comprende i seguenti capitoli:

- **capitolo 1 di background** riguardo la consegna infermieristica e il contesto psichiatrico di analisi
- **capitolo 2 di metodologia** della ricerca con parole chiave, fonti dei dati e criteri di selezione del materiale
- **capitolo 3 con la presentazione dei risultati** dati dagli articoli selezionati
- **capitolo 4 di discussione** e confronto dei risultati individuati per valutare criticamente l'applicabilità nei contesti di cura specifici

Capitolo 1: Problema

1.1. Descrizione della realtà S.P.D.C.

Il contesto psichiatrico per acuti oggi, prevede un'assunzione professionale da parte degli infermieri specifica e focalizzata.

Il luogo dove si fa esperienza di salute e malattia mentale, e dove interagiscono più figure professionali si è sempre contraddistinto per essere un luogo di assistenza difficile da descrivere, dove la stigmatizzazione e il pregiudizio sono facili processi da delineare per raccontare di questi ambienti, di chi lavora e chi è assistito.

L'ambiente che accoglie un malato mentale è discontinuo, tormentato, fortemente imprevedibile, soggettivo, frammentario e inconsistente: come lo è la malattia che vive al suo interno.

Lo stato psichico di un individuo può sembrare impenetrabile. (Tatarelli, 2009). Il paziente psichiatrico è instabile, fragile e indecifrabile. Per comprendere il suo mondo si gioca nella dinamica dell'interpretazione, si rileggono gesti ed espressioni. Si diventa parte attiva di una rappresentazione e nella relazione si accompagna il paziente in questo piano inclinato che va dalla realtà all'irrealtà.

L'assistenza in S.P.D.C. prende in carico pazienti in fase acuta e prevede oltre al monitoraggio e mantenimento della sicurezza interna, interventi di contenzione verbale, farmacologica e fisica nei casi più estremi, capacità di osservazione e relazione con il paziente. In S.P.D.C. si avvia un programma terapeutico che prevede il rientro della fase acuta del disturbo mentale, per permettere il recupero del benessere quotidiano e l'inserimento nei contesti di provenienza del paziente.

1.2. Identità e ruolo professionale

La professione infermieristica negli ultimi anni è cambiata radicalmente, a seguito della nuova visione del paziente psichiatrico, del nuovo concetto di salute e malattia mentale e quindi anche delle esigenze di questi particolari pazienti a cui l'infermiere è chiamato a rispondere (Tatarelli, 2009). Il processo di cambiamento in atto della figura infermieristica sta ridefinendo la professionalità in base alle specifiche esigenze del paziente. L'infermiere assume capacità nella condivisione emotiva del vissuto psichiatrico, analizza gli eventi con pensiero critico e individua i bisogni di salute del

paziente; coniuga la pratica clinica al ragionamento, realizzando una “pratica riflessiva” e mantenendola come personale “postura mentale” volta al paziente (Saiani e Brugnolli, 2011).

Il linguaggio utilizzato da una categoria professionale ne definisce il ruolo e il riconoscimento, permette l'esprimersi di un valore e di uno spazio proprio in cui muoversi, scegliere e orientare le proprie azioni. Permette l'espressione di una concettualità comune e il nascere di un senso di appartenenza al proprio ruolo (Zanotti, 2010).

L'infermiere in SPDC costruisce la propria posizione nei confronti del paziente attraverso il linguaggio scritto e parlato, spesso più empatico che tecnico, permettendo così di creare quella relazione terapeutica propria del reparto di cure; il linguaggio ha il potere di creare la realtà in cui i soggetti si esprimono e interagiscono tra loro (Hamilton e Manias, 2006).

L'assistenza infermieristica è a contatto con dinamiche emotivamente dense e trova difficoltà sul piano obiettivo-descrittivo della malattia mentale.

Sorge spontaneo chiedersi quali siano le parole per il nursing psichiatrico. Dove il contesto è di per sé fortemente ambiguo e l'infermiere da voce a quella che a volte sembra una pratica invisibile all'interno di un reparto psichiatrico per acuti (Fourie, McDonald, Connor e Bartlett, 2005).

1.3. Contesto tecnologico

Un'ulteriore carattere da considerare riguarda la strumentalizzazione dell'assistenza e il progressivo evolversi della sanità associato al mondo tecnologico, l'uso della cartella informatizzata, documentazione veicolata da software prestabiliti, sistemi condivisi di dati, internet e banche dati.

Stiamo gradualmente passando a un modello di “sanità elettronica” che porta alla riorganizzazione dei processi sanitari che richiede agli operatori di acquisire competenze per impiegare in modo utile i nuovi strumenti. L'apprendimento però segue ritmi differenti rispetto l'incalzare dell'innovazione con il rischio di sviluppare inefficienza, ritardi, mancanza di formazione calata nella realtà di reparto (Ghirardini et al., 2012).

Risulta difficile preservare l'umanizzazione delle cure all'interno di un mondo sempre più soggetto alla tecnocrazia.

Per conciliare la necessità di relazione, che si pone alla base del nursing psichiatrico, in questo nuovo assetto organizzativo/strutturale, è necessario fornire conoscenza e rendere competente l'infermiere in base alla realtà lavorativa in cui si trova adeguando il kit di requisiti personali e professionali all'ambito psichiatrico.

1.4. Focus: passaggio consegne – scambio di informazioni

L'infermiere è la figura a stretto contatto con i degenti 24 su 24, è responsabile dell'assistenza di cui affida la presa in carico ad ogni cambio turno ai colleghi.

La visione, il giudizio e la pratica riflessa sopra citata del singolo professionista si fonde con la personalità del collega che entra nel turno successivo. Diventa quindi di estrema importanza analizzare il momento in cui queste figure sfumano, il momento del "passaggio delle consegne" (=trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni sulla situazione del paziente da un operatore a un altro) (Bulfone, Sumathy, Grubissa e Palese, 2012) in cui c'è un cambio di responsabilità, confronto e progettazione.

Il passaggio delle consegne deve permettere una continuità nel progetto di assistenza e poter sviluppare capacità di decisione professionale all'infermiere che si organizza l'entrata in turno sulla base degli accadimenti del turno precedente. Trasferendo informazioni viene trasferita anche la responsabilità del paziente (Bulfone et al. 2012). Tutto questo concentrato in pochi minuti di scambio tra professionisti. Per questo motivo diventa necessario analizzare gli strumenti informativi, la loro efficace gestione (Codice deontologico dell'Infermiere; art. 27; 2009) e le competenze a disposizione degli infermieri in questo delicato momento di assistenza. Quel che permette a un infermiere di eseguire interventi precisi sul paziente, di muoversi verso una pratica finalizzata che parte da un ragionamento clinico e un accertamento continuo del paziente nelle dinamiche di reparto, è il bisogno di informazione.

L'infermiere necessita continuamente di riempire il vuoto di conoscenza che riguarda gli assistiti, necessita di dati e informazioni che riguardano il suo stato fisico, i suoi pensieri, le relazioni e l'umore connesso, la percezione e i disturbi, le minacce e le paure, i desideri. È necessaria una raccolta precisa di dati che permettano il

ragionamento e il successivo intervento previsto, in un domino di azioni che altrimenti risulterebbero infondate, condizionate dalle reazioni e l'emotività soggettiva. L'informazione tra professionisti permette quindi una progettualità in continuum dell'assistenza, che necessita di efficienti ed efficaci meccanismi di comunicazione tra tutti i membri del team sanitario (Iavarone, 2014) e che non si perda nell'instabilità incostante tipica del reparto.

1.5. Consegne e documentazione: limiti e vantaggi

I percorsi attraverso i quali passa maggiormente l'informazione sono i contenuti forniti verbalmente durante le consegne e la documentazione scritta in cartella clinica. Lo scambio di notizie si concretizza quindi attraverso due canali comunicativi: la parola detta e la parola scritta e le valutazioni espresse al passaggio delle consegne e i dati documentati in cartella clinica (Iavarone, 2014). Naturalmente per entrambi i canali deve esistere una struttura chiara e piena che permetta l'espressione più completa dello stato del paziente. Questo aspetto non è del tutto ovvio per le unità di degenza psichiatriche e il passaggio delle consegne risulta a volte destrutturato o accompagnato dall'esperienza e dalle sottolineature ricavate dal singolo professionista.

Individuare un protocollo attuativo della consegna infermieristica che sia uno strumento idoneo per la propria realtà assistenziale, è una necessità e non può essere più rinviata (Iavarone, 2014).

Gli infermieri sentono ormai aprirsi un varco tra assistenza in relazione con il paziente e piattaforma tecnologica. La criticità è data dalla scarsa motivazione al cambiamento (resistenza culturale, organizzativa, operativa), scarsa percezione del valore aggiunto dall'innovazione e formazione (Ghirardini et al., 2012). Manca una predisposizione a comprendere il significato dell'utilizzo di questi mezzi orientati all'assistenza e una valutazione della loro effettiva efficacia. Gli strumenti, come tali, servono per snellire i processi assistenziali e non sono il fine ultimo dell'agire professionale.

Per comprendere i limiti e i vantaggi che si possono ricavare dai due assi comunicativi maggiormente sfruttati nel gestire le informazioni bisogna scoprirne il metodo di approccio e il contenuto, nella consapevolezza che un aspetto integra l'altro. Il materiale scritto dagli infermieri serve a sostegno di un'ottimale comunicazione verbale e deve

essere adattato al contesto e viceversa (Iavarone, 2014).

Tramite la documentazione scritta l'operatore recupera notizie riguardo la cronistoria del paziente e aggiorna il diario clinico che ripercorre la degenza mentre il momento delle consegne si focalizza sugli aspetti prioritari e contingenti dell'assistenza, che devono guidare lo scambio di informazioni: le consegne dovrebbero riportare messaggi essenziali (Bulfone et al. 2012). L'approccio dei professionisti al cambio turno è influenzato dal tradizionale "metodo narrativo" che ripercorre la storia del paziente e non opera quella selezione di informazioni immediatamente necessarie per permettere agli infermieri del nuovo turno di orientarsi alle priorità dell'assistenza. Quest'opera di selezione critica è una competenza professionale che definisce la qualità della continuità assistenziale (Bulfone et al. 2012).

Il valore della consegna orale segna profondamente l'identità degli operatori che necessitano di confronto e di rompere o validare le proprie valutazioni sul paziente, è un momento di sostegno e sicurezza che i colleghi esigono per progettare il turno. Il punto di partenza per qualsiasi presa di decisione riguardo l'assistenza sta proprio in questo scambio di impressioni e percezioni che mutano in valutazioni dibattute e condivise.

Il valore della documentazione sta invece nella possibilità di segnare e lasciare traccia di tutto ciò che riguarda il processo di assistenza. Nel momento in cui si scrive qualcosa entra in gioco il pensiero, l'elaborazione e la valutazione finale è maggiormente filtrata rispetto alla parola detta di getto durante le consegne: si sviluppa maggiore criticità nelle opinioni e nella loro espressione (Dodwell, 2008).

La tabella esprime i punti chiave che risaltano i due diversi canali comunicativi:

<u>Consegne comunicate verbalmente</u>	<u>Consegne comunicate tramite documentazione – cartella clinica</u>
Condivisione, sostegno e confronto (cosa ne pensa il mio collega?)	Report individuale
Visione a breve termine della condizione dei pazienti	Visione complessiva della degenza dall'ammissione al momento attuale – continuità terapeutica
Focalizzate	Ampia visione
Impressioni e valutazioni soggettive	Dati obiettivi

Libertà di giudizio	Restrizioni per la rintracciabilità del contenuto
Emotività	Obiettività
Flessibili, orientabili, personalizzate	Pre-impostate, statiche, depersonalizzate
Teamwork	Lavoro del singolo professionista
Arte	Scienza
Rischio ripetitività del contenuto	Precisione del contenuto
Lettura e passaggio del linguaggio non verbale	Limitazione del canale comunicativo delle informazioni
Creazione del contesto specifico culturale del reparto	Frammentazione del personale

Sono essenziali sia le **informazioni verbali** sia **scritte** per raggiungere una completezza nella trasmissione dei dati utili all'operatore.

Capitolo 2: Metodologia

2.1. Obiettivo

Individuare le tipologie di informazioni assistenziali da trasferire agli infermieri al cambio turno: quali sono i dati essenziali da trasmettere per pianificare l'assistenza. Definire un *minimum data set* (= set minimo di dati) condivisibile nei servizi psichiatrici per acuti.

Individuare aspetti positivi e negativi delle consegne verbali e della documentazione (limiti e valori): come integrare al meglio i due canali comunicativi fondamentali all'assistenza psichiatrica.

Quesiti di ricerca:

- Quali informazioni servono per prendere in carico l'assistenza dei pazienti psichiatrici nelle unità di degenza per acuti al momento del cambio turno?
- Quale canale comunicativo è maggiormente efficace per l'*handover* nella pratica clinica in un contesto di cura così complesso?

P - *handover* de-strutturato in S.P.D.C. – rischio passaggio di informazioni incompleto al cambio turno

I - individuare quali dati devono essere trasmessi al collega al cambio turno per progettare l'assistenza, analizzare le consegne di reparto in base a una griglia di raccolta dati creata dalla ricerca di letteratura, analizzare gli strumenti esistenti per gestire le informazioni, approfondire le percezioni degli operatori e le necessità di informazione

O - chiarire il concetto di “dati utili” per l'assistenza, qualità e competenze nella selezione delle priorità di informazione, proporre un modello strutturato per l'*handover* nel contesto clinico psichiatrico, individuare il valore aggiunto della consegna verbale e la possibilità di migliorare la pianificazione

2.2. Strategia di ricerca

Keywords:

- Handover, handovers, hand-over, clinical handover, nursing handover, patient handover

- Handoff, handoff, hand-off, hand off
- Inter-shift, shift-to-shift communication
- Care transitions, patient transfer
- Sign off, sing out
- Mental health, psychiatry
- Verbal report, oral communication
- Data collection, (informations)

I *databases* utilizzati per identificare e raccogliere pubblicazioni sull'argomento sono: MEDLINE (PUBMED), Cinahl EBSCO host, Cochrane Library, Trip Database, National Guideline Clearinghouse.

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state realizzate attraverso più combinazioni di parole chiave con relativi operatori booleani. Sono stati applicati i seguenti filtri: articoli in inglese, pubblicazioni degli ultimi 10 anni, free full text, specie umana.

2.3. Criteri di selezione

- Sono stati selezionati solo gli articoli pertinenti al quesito di ricerca, focalizzando in particolare i risultati trovati come *outcomes* affini alla ricerca (risultati validi e rilevanti per l'argomento trattato, applicabili nel contesto assistenziale scelto)
- Sono stati inclusi articoli che trattano in particolare dell'ambiente psichiatrico per restringere il campo di ricerca estremamente vasto
- Sono stati inclusi articoli specialmente orientati al ruolo professionale infermieristico

La ricerca dei risultati si mantiene all'interno di una cornice di concetti come punto di riferimento:

- contesto psichiatrico
- *clinical handover*

- *face-to-face*
- progettazione, continuità e informazioni necessarie per il *care-planning*

La strategia di ricerca utilizzata per selezionare gli articoli ha identificato pubblicazioni di evidenza qualitativa e quantitativa sull'argomento, così come pubblicazioni, opinioni, report, articoli sulle consegne infermieristiche trasmesse nelle unità operative di salute mentale.

Sono stati presi in considerazione studi singoli di letteratura primaria (in particolare studi osservazionali), revisioni sistematiche e non sistematiche (tradizionali/narrative), linee guida cliniche.

È stato fatto uno screening delle *references* contenute negli articoli selezionati, in modo da recuperare eventuali articoli nascosti che non sono stati rintracciati tramite le stringhe di ricerca.

Capitolo 3: Risultati della ricerca

3.1. Presentazione degli studi selezionati

La tabella con gli studi selezionati e la piramide delle evidenze è riportata in allegato.

In aggiunta anche un tabella riassuntiva delle evidenze revisionate per una rapida lettura dei contenuti essenziali di ogni articolo.

In seguito la tabella con la rassegna della letteratura.

Banche dati	Stringa di ricerca (parole chiave)	N° documenti trovati	N° documenti selezionati	Titolo, anno, autori
Cochrane Library	“Handover” OR “Handoff”	21	1	Smeulers et al., 2014 “Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients”
	Patient handoff/s (comprende una serie di sinonimi)	9 (revisioni, trials, technology assessments)	0	
National Guideline Clearinghouse	Keyword: care transition Clinical Specialty (filter): Psychiatry	41	0	
	Keyword: verbal report Clinical Specialty (filter): Psychiatry	36	0	

Pub Med				Bulfone et al., 2012 “Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review”
Pub Med	"handover" AND "minimum data set"	4	1	Johnson et al., 2012 “Developing a minimum data set for electronic nursing handover”
Pub Med	"non-verbal" AND "handover"	3	1	Frankel et al., 2012 “Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality”
Pub Med	"handover" AND "mental health" "psychiatry" AND "handover"	19 7	8 4	Waters et al., 2015 “Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit” Burleton, 2013 “Developing a community mental health nursing handover form” Hunt et al., 2012 “Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings”

				<p>Cleary et al, 2009</p> <p>“Handover in psychiatric settings: is change needed?”</p> <p>Dodwell, 2008</p> <p>“Kalevala or Keats: poetic traditions as a model for multidisciplinary miscommunication and team splitting”</p> <p>Yonge, 2008</p> <p>“Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit”</p>
Pub Med	("Patient Handoff"[Mesh]) AND psychiatr*	9	2	<p>Poh et al., 2013</p> <p>“Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project”</p> <p>Millar e Sands, 2013</p> <p>“He did what? Well, that wasn't handed over!”</p> <p>Communicating risk in mental health.”</p>
ACSQHC Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	Clinical handover Resources	10	2	<p>ACSQHC, 2010</p> <p>“The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement”</p> <p>Wong et al., 2008</p> <p>“A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of</p>

				Improvement Interventions in Clinical Handover”
RNAO Registered Nurse’s Association of Ontario	Care transitions Filtri: best practice guidelines	1	1	RNAO, 2014 “Care transitions”
IPASVI Federazione Nazionale Collegi Infermieri				Iavarone, 2014 “Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento”
Elsevier	Handover Filtri: nursing/health professions	23 2	0	
	Care transitions Filtri: nursing, psychiatric mental health	169 68 3	0	

RNAO Registered Nurses’ Association of Ontario, 2013

“Care Transitions” (Canada)

Tipo di studio - linea guida

Obiettivo - fornire raccomandazioni per infermieri e operatori che gestiscono i pazienti nel momento del *care transition* (= trasferimento delle cure).

Breve descrizione e metodologia

L’associazione RNAO, *Registered Nurses’ Association of Ontario*, presenta una linea guida per il trasferimento delle cure negli ambienti infermieristici. La definizione di riferimento per il “*care transitions*” è un insieme di azioni per progettare la sicurezza, la

coordinazione e la continuità di cura quando il paziente fa esperienza di un cambiamento di stato di salute, di bisogni assistenziali, di operatori che lo prendono in carico o di ambiente di cura. Un gruppo di 45 esperti specializzati in accertamento e gestione del trasferimento delle cure, ha lavorato in diversi ambienti di cura (tra cui la sanità mentale) per descrivere il processo.

La ricerca sistematica delle migliori evidenze disponibili ha raccolto pubblicazioni dal 2002 al 2012.

Risultati

Topics per la consegna: storia clinica, accertamento e funzionalità, diagnosi, farmaci e allergie, informazioni di sicurezza, bisogni di cura, equipaggiamento necessario/raccomandazioni, educazione, **follow up e piano di dimissione**. In aggiunta la linea guida sottolinea un accertamento dei desideri diversi tra infermiere e paziente riguardo le cure: individuare i potenziali conflitti che possono sorgere dalla differenza di aspettative per chiarire il processo di assistenza e gli obiettivi comuni raggiungibili.

La linea guida propone una serie di strategie per un *handover* efficace, che comprende abilità comunicative (*role playing*, abilità assertive, linguaggio comune, ascolto attivo), processi standardizzati, supporto tecnologico, controllo sull'ambiente, training, coinvolgimento dell'equipe, **identificazione di un leader**.

ACSQHC, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010

“The Ossie Guide to Clinical Handover Improvement” (Australia)

Tipo di studio – linea guida

Obiettivo – fornire un programma di miglioramento standardizzato per le consegne cliniche, proponendo una guida al lettore di progettazione, valutazione e mantenimento

Breve descrizione e metodologia

La linea guida propone un **modello di cambiamento** per rendere questo processo un'attività gestita direttamente dall'equipe e personalizzata al contesto di assistenza. I fondamenti della linea guida sono la ricerca basata sul luogo di lavoro e tramite esperti in materia, l'approccio centrato sull'utente, la standardizzazione flessibile, il processo di *feedback* interattivo.

O.S.S.I.E. (O = Organisational leadership S = Simple solution development S = Stakeholder engagement I = Implementation E = Evaluation and maintenance).

è una cornice di cambiamento, acronimo utilizzabile per progettare il passaggio delle consegne, che descrive le diverse fasi di cambiamento da seguire.

Il *Royal Hobart Hospital* assieme all'*University of Tasmania*, hanno sviluppato il concetto OSSIE, conducendo la ricerca sul passaggio consegne al cambio turno dal 2004. Sono state osservate 120 sessioni, eseguite 121 interviste, analizzate 200 ore di cambio turno e 1000 cartelle di passaggio consegne riguardo i pazienti. È stata condotta una ricerca di letteratura che ha compreso 217 articoli.

Risultati

Fornisce un metodo di analisi e miglioramento del processo di *handover* presente in reparto tramite 5 fasi: 1) organizzazione per leadership, 2) soluzioni semplici, 3) coinvolgimento delle parti interessate, 4) miglioramento, 5) valutazione e mantenimento. Fornisce schede di accertamento per l'osservazione, l'intervista dei protagonisti, la formazione e continuità delle dinamiche del processo *handover*.

La linea guida propone una serie di indicazioni per analizzare e riorganizzare il passaggio consegne. Un metodo per standardizzare la comunicazione dell'*handover* si realizza tramite l'utilizzo dell'acronimo ISOBAR (*Identification, Situation and status, Observation, Background and history, Assessment and actions, Responsibility and risk management*) che sviluppa un vero e proprio modello mentale di comunicazione dove chi parla segue un percorso per presentare e descrivere la situazione del paziente, la sua storia, particolari individuati dall'accertamento e consigli per risolvere i problemi attuali.

Smeulers et al., 2014

“Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review)” (Paesi Bassi)

Tipo di studio – revisione sistematica

Obiettivo – individuare gli interventi di efficacia nei processi di *handover* infermieristici e quanto gli stili di *handover* sono direttamente collegati al miglioramento degli *outcomes* sul paziente

Breve descrizione e metodologia

Revisione sistematica della Cochrane Collaboration di studi RTC o cluster-RTC che descrivono l'*handover* infermieristico, il contenuto, il metodo e il luogo dello stesso.

Non sono stati trovati RTC per permettere la stesura di conclusioni riguardo l'efficacia dei diversi stili di *handover*, la revisione propone comunque alcune raccomandazioni in base alla letteratura analizzata.

Risultati

Per ricostruire il processo di *handover*, l'attuale conoscenza mette a disposizione alcuni principi da applicare: comunicazione *face to face*, documentazione strutturata, coinvolgimento del paziente e supporto tecnologico. Gli interventi di modifica analizzano il processo nella combinazione del contenuto (*what*), del metodo di comunicazione (*how*) e del luogo scelto (*where*) per l'*handover*.

Non esiste un unico format applicabile nelle realtà di assistenza: il contesto e la situazione locale sono fattori importanti da considerare quando si progetta la struttura e il processo di *handover*.

Wong et al., 2008

**“A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover”
(Australia)**

Tipo di studio - review (approccio sistematico ma con letteratura qualitativa)

Obiettivo - individuare gli interventi di maggiore efficacia per l'*handover*, le situazioni di maggior rischio per il paziente

Breve descrizione e metodologia

Le diverse tematiche trattate sono suddivise all'interno di tre sezioni: 1) scenari ad alto rischio nelle *clinical handover* 2) interventi, fattori critici di successo ed efficacia 3) carenze di evidenza nelle *clinical handover*. Nelle sezioni vengono suddivisi i diversi articoli selezionati per argomento, che sono ulteriormente categorizzati in base al tipo di implicazione pratica.

Sono state identificate 622 risorse e selezionate 110 pubblicazioni dalle banche dati; ogni articolo è stato analizzato singolarmente riportando il tipo di studio, gli *outcomes* e i commenti.

Risultati

Lo studio definisce gli scenari ad alto rischio, tra cui:

- tipo di comunicazione verbale/non verbale, qualità/contenuto delle informazioni, tipo di linguaggio utilizzato (abbreviazioni e incomprensioni)
- discontinuità nelle cure, mancanza di protocolli standardizzati
- rischio di frammentazione tra infermieri nelle unità psichiatriche, difficoltà nel mantenimento di valori centrali e relazioni
- complessità assistenziale dei pazienti psichiatrici: le caratteristiche dello stato mentale rendono difficile l'accertamento e il passaggio consegne

Lo studio propone interventi, fattori critici di successo, efficacia:

- Insieme di dati minimi e informazioni: *handover sheet* (= *foglio consegne*), *minimum data set* per standardizzare il tipo di informazioni da passare, checklists, SBAR
- Individuare operatori specialisti di assistenza di reparto (*practitioner*) allo scopo di formare i professionisti sugli *outcomes* dell'*handover*
- Nuovi tipi di *handover*: a letto del paziente, con registrazioni, attraverso il feedback del paziente
- Educazione e training
- Strumenti elettronici di supporto: identificarne i rischi
- Metodi riflessivi: stimolare il cambiamento nella pratica *handover*, analizzare le percezioni e migliorare gli *outcomes* – tramite riflessione personale, dialogo riflessivo
- Gestione del cambiamento: la sfida per trasformare l'*handover* può cambiare le interazioni con i pazienti nel contesti per acuti – migliora l'atmosfera di reparto e il legame professionale di chi opera con i pazienti

Waters et al., 2015

“Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit” (Australia)

Tipo di studio - studio descrittivo esplorativo prospettico – approccio osservazionale

Obiettivo - identificare la natura e il tipo di informazioni trasferite al cambio turno ed

esplorare come guidano la parte iniziale del piano assistenziale

Breve descrizione e metodologia

La Psichiatria è un ambiente complesso a causa dei bisogni dell'utente con crisi psichiatriche acute. Il fallimento comunicativo conduce a inadeguati obiettivi di trattamento e rischi per la sicurezza. Questo studio analizza l'*handover* nella crisi di accertamento, nel trattamento del team e nei pazienti ospedalizzati delle unità psichiatriche per acuti, sottolineando questo momento di assistenza come fondamento per il *care planning*.

Vengono osservate 19 occasioni di *handover* attraverso uno strumento costruito *ad hoc* per l'argomento in analisi.

Partendo dall'analisi della natura e del tipo di informazioni trasferite e come queste possono guidare l'impostazione iniziale del care planning, viene definito il *focus* dello studio : 1) identificare le informazioni e le pratiche usate per trasmetterle; 2) esplorare il piano di cura e gli interventi che sorgono dalle informazioni trasferite.

Risultati

La storia clinica e lo stato mentale del paziente sono gli *items* maggiormente discussi al cambio turno. Non viene posta sufficiente attenzione alle **preferenze del paziente** nonostante l'obiettivo di sviluppare modelli assistenziali centrati sulla persona.

Requisiti individuati per migliorare l'*handover*:

- scelta del *setting*: c'è possibilità di ascolto?
- condivisione delle preferenze dei pazienti e aumento della *compliance* al trattamento: trapasso delle richieste fatte dal paziente alle diverse componenti dell'equipe – l'equipe prende in cura il malato, non il singolo operatore (=azioni condivise di cura). Esempi di richieste: cibi particolari, telefonate alla famiglia, stanza singola o condivisa, etc.
- focus sui bisogni/desideri, speranze e soddisfazioni del singolo paziente per sviluppare approccio centrato alla persona con malattia mentale, individualizzazione delle cure e nursing olistico

Validità dell'*handover* verbale:

- scambio generazionale di professionalità ed esperienza; un mix di diverse abilità professionali aumentano il valore qualitativo dell'*handover* (ruolo attivo/passivo)

- una struttura con standard minimi di scambio di informazioni facilita la partecipazione di tutti
- Copertura degli spazi bianchi o incompleti lasciati nella documentazione
- Sviluppo di importanti decisioni cliniche (spesso rapide) che necessitano di un passaggio accurato di informazioni: per es. ammissione ad alta/bassa dipendenza alle cure, amministrazione della terapia al bisogno.

Millar e Sands, 2013

“He did what? Well, that wasn't handed over!” Communicating risk in mental health” (Australia)

Tipo di studio – studio osservazionale descrittivo-esplorativo

Obiettivo – identificare la frequenza e il tipo di informazioni a rischio, trasmesse durante il cambio turno infermieristico, e il metodo utilizzato nella comunicazione

Breve descrizione e metodologia

All'interno di unità operative così dinamiche e complesse, attraverso la somministrazione di uno strumento di *audit* clinico, vengono analizzati i metodi pratici di comunicazione e le informazioni passate tra professionisti. Sono state osservate 500 occasioni di passaggio consegne infermieristiche di 25 pazienti in un reparto psichiatrico ospedaliero.

Risultati

Viene raccomandato l'utilizzo di una forma standardizzata per l'*handover*. Sorgono *items* per il passaggio di informazioni specifico per il tipo di paziente preso in carico e la consapevolezza di quel senso di 'conoscenza' del paziente che deve mantenersi nella professionalità e sicurezza del paziente. Il metodo consigliato prevede le consegne verbali con supporto scritto: (*handover sheet* = foglio consegne).

Focus su: informazioni cruciali che servono per il turno successivo, mancanza di informazioni utili o eccesso di informazioni irrilevanti, limitarsi alle informazioni richieste.

Frankel et al., 2012

“Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality” (USA)

Tipo di studio – studio osservazionale descrittivo qualitativo

Obiettivo – analizzare l’uso del comportamento non verbale nel passaggio informazioni face-to-face delle *handover*

Breve descrizione e metodologia

Un gruppo di 6 ricercatori ha studiato 52 *handover* infermieristiche e mediche usando videoregistrazioni rivalutate tramite un “confronto creativo” (consensus-building approach) per un periodo complessivo di 18 mesi. Hanno analizzato l’influenza del comportamento non verbale durante il *face-to-face* del cambio turno tramite video-registrazioni, sottolineando l’importanza dei microsistemi che si creano attraverso le interazioni del personale.

Risultati

Sono stati identificati quattro modelli di comportamento non-verbale e il loro livello di qualità. Il metodo per migliorare la comunicazione nell’*handover* è il ‘*joint focus of attention*’ in cui gli operatori individuano un focus comune di concentrazione per discutere dei pazienti (ad esempio il foglio consegne o la lavagna con la lista dei pazienti etc.); il singolo operatore è consapevole della situazione – riceve informazioni, le integra e progetta eventi futuri. L’obiettivo raggiungibile con questo metodo e la capacità di focalizzare l’attenzione è di creare un ‘*team situation awareness*’.

L’*handover* sviluppa una dinamica di gruppo come microsistema che caratterizza l’azione del *team* infermieristico e ne rinforza il valore professionale. Il fallimento dei metodi standardizzati sta nello sviluppo automatico di questi microsistemi che orientano l’assistenza.

L’articolo spiega il significato del *face-to-face* e il cambiamento positivo che porta tra colleghi, individuando la consegna verbale come preferibile rispetto agli altri metodi esistenti. L’*handover* è un momento di condivisione dello spazio e del tempo, nella complessiva tensione di reparto, una copresenza di diverse rappresentazioni dell’ambiente di lavoro e in particolare della condizione di salute dei pazienti in uno specifico momento del tempo. La possibilità di condividere il proprio punto di vista e approccio al paziente psichiatrico crea microinterazioni su cui si struttura il flusso di

lavoro e mantiene la continuità. Il comportamento non verbale che permea il *face-to-face* è costituito da gestualità, postura, orientamento del corpo, mimica facciale, contatto visivo e distanza fisica. La lettura di questo comportamento o anche la naturale condivisione emotiva alimenta un passaggio di informazioni e vissuti con il paziente durante il turno, che si trasmettono all'equipe successiva, e permettono la fuoriuscita di un mondo complesso che resterebbe altrimenti scomposto e metabolizzato dal singolo professionista provocando frammentazione nelle cure.

Poh et al., 2013

“Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project” (Singapore)

Tipo di studio - studio osservazionale descrittivo – audit quantitativo

Obiettivo – esaminare il processo di handover, determinare i punti di forza e i limiti, identificare criteri evidence-based per migliorare la sicurezza del paziente

Breve descrizione e metodologia

Vengono analizzate le *handover* di circa 2000 pazienti in quattro unità operative per la salute mentale. Le osservazioni si basano su una lista di criteri *evidence-based*.

Risultati

Gli autori raccomandano l'utilizzo di uno strumento per orientare la comunicazione durante il passaggio delle consegne e lo sviluppo del *decision-making*, la capacità di pensare per priorità durante l'assistenza e la progettazione delle cure.

Elementi *evidence-based*: comunicazione *face to face*, documentazione tramite strumento (= modelli promemoria), identificazione paziente, conoscenza della storia del paziente, accertamento dettagliato all'accoglienza, piano di cure concordato, trasferimento della responsabilità.

Yonge, 2008

**“Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit”
(Canada)**

Tipo di studio – studio etnografico qualitativo

Obiettivo – comprendere l'efficacia dell'handover verbale nei contesti di cura

psichiatrici

Breve descrizione e metodologia

Questo studio descrive l'*handover* infermieristico in una residenza per adolescenti psichiatrici in Canada. Sottolinea l'importanza socio-culturale del contesto per il passaggio delle consegne, da cui partire per progettare qualsiasi cambiamento e intervento di miglioramento, che non può essere ignorata nell'introduzione di nuove procedure.

Risultati

Punti di forza dell'*handover*: luogo scelto, metodo di passaggio dati, linguaggio destrutturato (valvola di sfogo e non come stereotipo per stigmatizzare i pazienti), accertamento globale, dettagli che avvalorino i giudizi dati.

Sottolinea i motivi per cui vale il passaggio di consegne orali: confronto indiretto con il piano di cure, raccolta dati dentro un giudizio olistico del paziente che permette una facile analisi dell'infermiere "entrante", socializzazione tra professionisti.

L'efficacia terapeutica e professionale degli infermieri nelle SPDC è data dalla capacità di strutturare delle consegne mantenendo i giochi di ruolo tipici e unici del reparto e la personalità dello stesso (permettono l'instaurarsi di valori, rituali e relazioni che sostengono la buona pratica). La forma verbale e informale dell'*handover* costituisce un ambiente importante per le cure infermieristiche.

Johnson et al., 2012

“Developing a minimum data set for electronic nursing handover”

(Australia)

Tipo di studio - studio qualitativo – approccio osservazionale

Obiettivo – presentare un modello di *minimum data set* per le consegne infermieristiche

Breve descrizione e metodologia

Vengono osservati 195 passaggi di consegne per diverse specialità cliniche, specialmente la salute mentale, per individuare le informazioni presentate dagli infermieri al cambio turno. Le consegne sono state registrate e trascritte per analizzarne il contenuto, il significato e la frequenza con cui si ripresentano gli argomenti.

Risultati

Lo studio propone un modello-dati flessibile ai diversi contesti di assistenza

raccomandando l'adattamento degli *items* alle esigenze di informazioni del reparto in cui vuole essere utilizzato. In particolare nella salute mentale e maternità.

Lo studio individua gli *items* per completare il contenuto delle consegne verbali attraverso l'introduzione di uno strumento scritto pre-stampato. Gli autori sottolineano la flessibilità dello strumento e la possibilità di introdurre gli *items* nelle consegne per espandere le informazioni date normalmente, anche senza utilizzare lo strumento scritto.

Focus sull'osservazione e presentazione di problemi. L'infermiere al termine del passaggio consegne deve avere chiaro il profilo comprensivo delle condizioni del paziente e dell'assistenza programmata.

Items che possono essere inclusi nelle consegne verbali per espandere le informazioni date e assicurare le cure pianificate: identificazione paziente, stima della data di dimissione e avvisi clinici, presentazione della storia clinica, condizione clinica attuale, piano di cura, esiti di cura, piano di dimissione/trasferimento.

Hunt et al., 2012

“Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings” (Australia)

Tipo di studio – studio osservazionale tramite sondaggio

Obiettivo – definire una struttura dei contenuti che deve avere la consegna verbale in ambito psichiatrico

Breve descrizione e metodologia

Tramite un sondaggio somministrato alle diverse componenti del team di lavoro nei servizi per la salute mentale, vengono individuati gli aspetti principali di discussione durante l'*handover* delle diverse specialità. Sono stati distribuiti 1125 questionari riguardo la procedura di *handover* in diverse aree di salute mentale; 380 questionari (34%) sono tornati completati. Successivamente è stata praticata un'osservazione strutturata del passaggio consegne ospedaliere: 40 consegne analizzate, *face-to-face*, con luogo prestabilito e durata precisa.

Risultati

L'attenzione si focalizza verso i pazienti in peggioramento della loro condizione clinica verso cui cresce una responsabilità comune della sicurezza e presa in carico. Per individuare in maniera preventiva questo tipo di pazienti vengono sottolineati gli *items*

fondamentali su cui porre attenzione nella pratica clinica e nell'*handover*.

Il contenuto dell'*handover* non deve essere una breve narrazione degli accadimenti del turno successivo ma deve contenere le seguenti informazioni: stato mentale, fattori di rischio, terapia, piano di dimissione, fattori psico-sociali, familiari e rete sociale.

È essenziale inoltre:

- training sulla gestione, accertamento e identificazione rapida del “*deteriorating mental state/physical condition or risk status*” (pazienti a rischio di peggioramento dello stato mentale/condizione fisica)
- analisi della capacità di cooperazione: condivisione di conoscenze e background personale
- progettazione di tempo e spazio per le consegne

La documentazione elettronica serve per avere dati scritti se succede qualcosa di imprevisto, ricollegare gli eventi accaduti, verificare dati complessi, minimizzare la perdita dei dati.

Burleton, 2013

“Developing a community mental health nursing handover form” (UK)

Tipo di studio – revisione tradizionale

Obiettivo – proporre un esempio di formato per il passaggio consegne, nelle comunità terapeutiche per la salute mentale

Breve descrizione e metodologia

L'autore prende in analisi i contesti di cura per la salute mentale durante l'*handover* infermieristico. Attraverso una revisione della letteratura propone modelli per avviare un cambiamento nella gestione del paziente psichiatrico.

Risultati

Lo studio propone un format per strutturare l'*handover* e superare la scarsa comunicazione delle informazioni riguardo i pazienti, aumentando la pertinenza degli argomenti e la discussione di dati attuali. Un esempio di format per le consegne contiene: nome, telefono, nascita, diagnosi, data dell'ultimo ricovero, metodo preferito di contatto, fattori di rischio, piano di gestione del rischio, interventi pianificati, stato mentale corrente, terapia in atto, segnali precoci di avvertimento, breve storia clinica.

Lo studio analizza il contenuto dell'*handover*; la relazione terapeutica e le barriere al

cambiamento.

Le consegne che vengono sostituite unicamente con sistemi elettronici possono danneggiare la comunicazione tra professionisti e il passaggio efficace delle informazioni.

L'utilizzo di dettagli scritti in supporto alla comunicazione verbale della condizione dei pazienti permette una diminuzione della perdita di dati e promuove così la continuità terapeutica attraverso i turni.

Il tempo dedicato alle consegne è tempo speso per il paziente.

Cleary et al., 2009

“Handover in psychiatric settings: is change needed?” (Australia)

Tipo di studio – revisione tradizionale

Obiettivo – esaminare l'*handover* e considerare come ottimizzarne il processo

Breve descrizione e metodologia

Gli autori tramite un'analisi della letteratura individuano alcune sezioni per approfondire l'argomento: definizione di '*handover*', scopo, difficoltà nella documentazione, struttura e forma, complessità, considerazioni pratiche e questioni specifiche per il nursing in salute mentale.

Risultati

Propone una serie di cambiamenti per migliorare il processo di *handover* che resta un necessario rituale infermieristico per il passaggio delle cure dei pazienti, attraverso un orientamento dell'intero team alla visione del reparto. Recupera l'aspetto del *setting* e del tempo come variabili da definire per aumentare l'efficacia del sistema. Sostiene l'importanza della 'consegna verbale' tra infermieri in ambito psichiatrico. Lo scopo è preparare al meglio il prossimo turno nella presa in carico dei pazienti, tramite informazioni fondamentali.

Le informazioni trasmesse sono spesso irrilevanti, orientate da uno sguardo al turno precedente senza progettare le prossime cure del paziente e condividere obiettivi per l'assistenza del turno successivo. Per diminuire le opinioni soggettive e stereotipate sui pazienti è necessaria la standardizzazione del processo di *handover*.

Poletti, 2012

“Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza” (Italia)

Tipo di studio – revisione tradizionale

Obiettivo – fornire un quadro di riferimento sulle problematiche dell'*handover*

Breve descrizione e metodologia

Nell'articolo l'autrice sottolinea il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente con lo scopo di individuare problematicità e fornire un quadro di riferimento tramite una revisione della letteratura. Il processo della consegna non è chiaramente definito, i metodi e le conoscenze sono carenti da non permettere una chiara comprensione del contesto.

L'autrice sottolinea l'importanza del concetto di *accountability* (= presa in carico) come trasmissione della responsabilità nella cura del paziente.

Risultati

Per realizzare un miglioramento del processo di affido del paziente, non può bastare la semplice imitazione di modelli portati dalla letteratura, bisogna analizzare un percorso e ri-crearlo nel modo più adatto alla propria realtà.

Strategie di miglioramento:

- creare una checklist standardizzata, flessibile al contesto
- selezionare le informazioni, evitare messaggi lunghi, sviluppare feedback di verifica della comprensione
- mantenere contatto tra operatori, adottare uno stile comunicativo e la comunicazione non strutturata che trasmette “storie” da cui riconoscere significati, comprendere problemi e sviluppare pianificazione
- sviluppare la ricerca per individuare delle possibilità di verifica nei cambiamenti dei risultati del sistema e del singolo operatore

Il contenuto della consegna deve trattare problematicità, ipotesi e possibili conseguenze, non solo ‘passare delle informazioni’.

Per analizzare una consegna bisogna tenere conto della cultura organizzativa, delle caratteristiche di équipe, dei tratti personali di elaborazione dati, dell'esperienza del pensiero che ogni professionista muove di fronte alle condizioni che vive con l'assistito. È necessaria ulteriore sensibilizzazione e formazione del personale per questa fase assistenziale, a partire dalle università.

Bulfone et al., 2012

“Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura” (Italia)

Tipo di studio – revisione tradizionale

Obiettivo – individuare le strategie per rendere efficace la trasmissione delle informazioni cliniche attraverso le consegne

Breve descrizione e metodologia

Gli autori hanno selezionato 153 articoli tramite uno studio di ricerca su Medline e Cinahl, con l’obiettivo di individuare delle strategie efficaci per condurre l’*handover* e trasmettere informazioni complete e accurate in linea con il modello organizzativo.

Risultati

Il tipo di consegna è strettamente legato al metodo di assistenza presente. Infatti la scelta del metodo deve tenere conto dei fattori locali per raggiungere il massimo livello di espressione, impostazione e selezione delle informazioni. La consegna può essere orientata ai problemi, focalizzata sugli esiti, sugli scostamenti dalla normalità, orientata alla globalità del paziente, narrativa. Il tipo di consegna diventa la fotografia dell’assistenza che viene erogata nel contesto di analisi. In Italia il passaggio consegna è spesso incompleto e inaccurato, dettato da un approccio narrativo.

Non esistono prove di efficacia a favore del metodo scritto piuttosto che verbale, tuttavia la comunicazione *face-to-face* andrebbe incoraggiata e orientata alla selezione per priorità dei problemi che presenta il paziente.

Caratteristiche chiave per riflettere sulla struttura dell’*handover* in salute mentale:

- Dati oggettivi e soggettivi (specialmente per descrivere lo stato psicologico)
- Porre attenzione agli effetti delle cure erogate - efficacia dei diversi approcci
- Raccomandazioni delle cure da erogare – piano di cura, interventi, educazione
- Aumentare l’attenzione sulla risposta del paziente piuttosto che ai compiti effettuati e alla propria visione unilaterale della sua condizione
- Enfasi sulle informazioni prioritarie secondo il proprio punto di vista (in base a competenza, esperienza e modello concettuale) > integrazione dei diversi punti di vista aiuta la consultazione reciproca e l’interpretazione della malattia mentale

Iavarone, 2014

“Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento” (Italia)

Tipo di studio – revisione tradizionale

Obiettivo – presentare una sintesi dell’argomento e individuare problematiche

Breve descrizione e metodologia

L’articolo raccoglie alcuni studi di letteratura che hanno approfondito la tematica della “consegna infermieristica”, sollevando il bisogno di formazione del personale per imparare nuovi protocolli attuativi di trasmissione delle informazioni. Nel passaggio consegne manca un terreno concettuale comune.

Risultati

L’introduzione di nuove metodologie di *handover* prevede un apprendimento personalizzato che parte da una **mappatura dei processi esistenti**. Questa presa di visione globale comprende oltre all’analisi della tipologia di informazioni trasmesse, uno sguardo alla gestione organizzativa, il coinvolgimento e lavoro di squadra, le caratteristiche dei singoli professionisti nel metodo di raccolta/immagazzinamento/valutazione dei dati.

I fattori portanti della consegna riguardano la comunicazione verbale, l’organizzazione della documentazione scritta, il lavoro in team e la cultura della leadership.

Lo scambio verbale raggiunge una profondità di analisi dei dati oggettivi difficile da realizzare tramite la forma scritta, integra riformula e verifica le informazioni. La documentazione scritta è essenziale per comporre un quadro sulla salute del paziente, con chiarezza dei contenuti sul progresso, farmaci, osservazioni e piano di assistenza.

3.2. Sintesi dei risultati

Gli *items* individuati per costruire una *checklist* che riguardi l'*handover* psichiatrico sono suddivisi nella tabella seguente.

<ul style="list-style-type: none"> • Identificazione paziente 	Nome del paziente, data di nascita, diagnosi e tipo di ammissione, sesso, posto letto, stato sociale	(Johnson et al. 2012; Poh et al. 2013; Waters et al. 2015, ACSQHC, 2010)
<ul style="list-style-type: none"> • Situazione clinica immediata 	Condizioni mediche/specifiche e avvertimenti	(Hunt et al. 2012; Johnson et al. 2012; Poh et al. 2013, ACSQHC, 2010)
<ul style="list-style-type: none"> • Stato mentale 	Osservazioni dettagliate riguardo: umore, contenuto del pensiero, comportamento (in particolare), percezione	(Millar & Sands 2013; Hunt et al. 2012; Waters et al. 2015, ACSQHC, 2010)
<ul style="list-style-type: none"> • Storia clinica psichiatrica 	Individuare e prevenire i rischi associati al <i>background</i> del paziente (ammissione, passate condizioni mentali, terapia attuale e assunta a domicilio a confronto)	(Millar & Sands 2013; Hunt et al. 2012; Waters et al. 2015; Johnson et al. 2012; Poh et al. 2013, ACSQHC, 2010)
<ul style="list-style-type: none"> • Problemi attivi/potenziati 	Analizzare i fattori di rischio	(Millar & Sands, 2013; Gupta et al. 2014)
<ul style="list-style-type: none"> • Piano di cura 	In particolare gli obiettivi che sorgono durante l' <i>handover</i> e le attività programmate in sospenso	<ul style="list-style-type: none"> • (Millar & Sands 2013; Hunt et al. 2012; Waters

		et al. 2015; Johnson et al. 2012) • (Poh et al. 2013)
• <i>Outcomes</i>	Mantenere chiaro il punto di arrivo e le tempistiche desiderate per ottenere risultati assieme al paziente	• Waters et al. 2015
• Preferenze del paziente	Sviluppo della <i>compliance</i> con l' <i>equipe</i> (condivisione delle richieste fatte ai singoli componenti del gruppo) per es. cibi particolari, telefonate ai familiari; fare attenzione alle esigenze particolari dei pazienti nonostante sembrano stravaganti e lontane dal nostro modo di percepire i bisogni (<i>person-centred care</i>). Durante le crisi i pazienti fanno esperienza di una forte perdita di autonomia decisionale, coperta dal trattamento ricevuto in U.O.; questo porta al rifiuto di impegnarsi nel futuro piano di cura	Waters et al. 2015
• Data di dimissione prevista e piano di dimissione	Individuare un infermiere responsabile della pianificazione	• Johnson et al. 2012
• Feedback di controllo	Fornire feedback durante la comunicazione, mantenere un focus orientato ai problemi, trasmettere la responsabilità per i pazienti, creare uno strumento di valutazione del processo di <i>handover</i> e modificarlo se necessario	Waters et al. 2015, ACSQHC, 2010

Il paziente con deterioramento mentale/ crisi psichiatrica in atto, necessita di misure di sicurezza maggiori e un'assistenza intensiva; il passaggio consegne di conseguenza richiede l'integrazione dei seguenti *items* (Hunt et al., 2012):

esame dello stato mentale
intervista al paziente/osservazioni
note in cartella clinica
monitoraggio eventi critici
cambiamenti nel programma degli <i>outcomes</i>
cambiamenti del <i>distress</i> dell'utente (stato ansioso)

Una proposta di cambiamento per il processo di *handover* (Poh et al., 2013; Cleary et al., 2009; Waters et al., 2015, ACSQHC, 2010) tramite criteri *evidence-based*, prevede:

standardizzazione di un protocollo: nuove tecniche discusse a gruppi di lavoro, <i>face to face communication</i> , documentazione come strumento = modelli promemoria, ISOBAR
'joint focus of attention' su informazioni specifiche rilevanti (identificazione chiara del paziente, compiti in sospenso del piano di cura, preferenze del paziente, bisogni/desideri, speranze e soddisfazioni)
abilità comunicative
location – timing: scelta del luogo e capacità di sintesi
partecipazione e collegamento degli input di tutto il team infermieristico – sviluppo del <i>decision making</i>
organizzazione per leadership – individuare infermieri di riferimento per formare il <i>team</i> riguardo la consegna
trasferimento del piano di cura per singolo paziente e della responsabilità di cura
integrazione con i sistemi informatici (se necessari)
follow up – monitoraggio dell'efficacia e dell'eventuale esigenza di cambiamento del format in uso
cambiamento culturale e scambio generazionale di professionalità ed esperienza

Capitolo 4: Discussione e conclusioni

4.1 Discussione

La letteratura individuata per l'argomento *handover* in ambito psichiatrico è principalmente concentrata in Australia e USA, dove è presente un forte interesse nello sviluppare consapevolezza e formazione per gli infermieri che operano con il malato mentale. La situazione italiana non presenta studi approfonditi sul passaggio consegne.

La letteratura è uniforme e omogenea rispetto ai diversi contesti culturali di assistenza delle aree geografiche in cui viene fatta ricerca sull'argomento; le proposte di miglioramento tendono all'integrazione di nuovi concetti. Tuttavia l'ampia possibilità fornita dalle evidenze nei diversi articoli impone un'analisi del singolo contesto per poter realizzare dei cambiamenti realmente applicabili nella pratica clinica.

Per quanto riguarda il contesto italiano, le problematiche emerse sono:

- mancanza di un **terreno concettuale comune** nel passaggio delle consegne (Iavarone, 2014) – significato di responsabilità/*accountability* (presa in carico) del paziente e di progettualità nel piano di assistenza (Poletti, 2012)
- **processo differente in base al contesto clinico** e ai professionisti presenti: cambia la motivazione, la capacità di raccogliere informazioni, analizzarle e valutarle per un utilizzo efficace, la conoscenza professionale e l'esperienza (Iavarone, 2014)
- problema emergente di **comunicazione** (Poletti, 2012; Bulfone et al., 2012) :
 1. la standardizzazione e i sistemi informatici possono essere d'aiuto ma non sostituire lo scambio di informazioni tra 'persone' professioniste
 2. incomprensione del linguaggio, tipico per le realtà di salute mentale: difficoltà di esprimere con parole il significato presente nelle menti delle persone
 3. difficoltà di integrazione delle informazioni scritte e verbali
- mancanza di una **visione prospettica**, non più per compiti da effettuare: incapacità di prevedere gli eventi futuri, di trasmettere non solo informazioni ma problemi, ipotesi e possibili conseguenze (Poletti, 2012; Bulfone et al., 2012)
- mancata **formazione** del personale infermieristico a partire dalle università come preparazione di base (Poletti, 2012; Iavarone, 2014).

4.1.1. *Handover* in ambiente psichiatrico: attori – *setting*

Dall'analisi della letteratura emerge quanto le situazioni ad alto rischio che caratterizzano le crisi psichiatriche richiedono la presenza di un'*equipe* altamente specializzata in grado di gestire disturbi acuti del comportamento e della mente. Uno dei principi che accompagna questo obiettivo di cura sta nel partecipare alle dinamiche di *handover* con accuratezza e tempismo per assicurare una comunicazione efficace tra colleghi e di conseguenza migliorare l'approccio al paziente. (Waters et al., 2015). Il tipo di informazioni trattate durante l'*handover* è diverso rispetto agli altri reparti di cura, a causa della particolare condizione dello stato mentale dei pazienti e il rischio per la sicurezza che necessita uno stretto monitoraggio. (Hunt et al., 2012).

L'*handover* avviene tra piccole unità di lavoro definite da Frankel et al. (2012) come 'microsistemi', che costruiscono l'impalcatura essenziale per la pratica clinica. Il cuore di ogni microsistema infatti, sta nella produttività (creativa ed oggettiva allo stesso tempo) degli infermieri che lo compongono e che interagiscono per affrontare e migliorare il piano di cura dei pazienti. La qualità nasce oltre l'aderenza cieca a regole e standards impostati dal sistema di cura: sta nell'imprevedibilità degli eventi che accadono in reparto e che vengono riportati al cambio turno, così come dalle interazioni umane tra colleghi e pazienti.

Decifrare questo mondo risulta difficile e complesso, tanto quanto riuscire a trovare un equilibrio tra la tecnica adottata come standardizzazione e quei momenti di microinterazioni che caratterizzano l'*handover*.

La letteratura è concorde nell'affermare che lavorare sulla **relazione terapeutica** con il paziente è fondamentale per l'*handover* e la responsabilità di individuare i reali bisogni del paziente per poterli condividere con il collega e praticare l'aggiornamento continuo del piano di assistenza. Gli studi sottolineano infatti che l'infermiere deve imparare a valutare il passaggio delle consegne come parte integrante della pratica quotidiana, la quale in questa ottica assume in sé la continuità di presa in carico dell'assistito (RNAO, 2013).

Far crescere una relazione terapeutica tra paziente e infermiere è un aspetto essenziale dell'assistenza psichiatrica che non deve mancare. Attenzione però a notare come il tempo effettivo speso con il paziente non sempre ne fa la qualità della relazione: se l'infermiere è un abile comunicatore, in grado di utilizzare il tempo speso durante

l'*handover* o semplicemente per cercare informazioni utili in cartella clinica, sviluppa ugualmente la relazione terapeutica con il paziente perché sarà in grado di rapportarsi a lui con più elementi acquisiti e la soddisfazione del paziente migliorerà progressivamente. Le attività legate all'incrementare il proprio kit di informazioni utili, compreso l'*handover*, non sostituiscono la relazione con i pazienti in corsia ma nemmeno ne tolgono efficacia/opportunità. È la scelta di come gestire il proprio tempo e di conseguenza il tempo dell'intero gruppo che permette un cambio di prospettiva. Il tempo dedicato alle consegne è un tempo speso per il paziente (Burleton, 2013).

Certamente diventa necessario aumentare la capacità di sintesi e di focus per evitare ripetizioni inutili e informazioni irrilevanti alle cure, sviluppare quindi una 'misura del tempo' (Poh et al. 2013). Goulter, Kavanagh e Gardner (2015) hanno osservato come si distribuisce la proporzione del tempo di lavoro infermieristico negli ambienti psichiatrici, in termini di cure dirette/indirette ed altre attività secondarie. Il tempo dedicato alle cure dirette è del 32%, le cure indirette del 52% e servizi correlati del 17%.

Il confronto degli studi analizzati non porta a definire chiaramente quale sia la migliore strategia tra '*written*' o '*verbal handover*' ma piuttosto di definire uno standard con cui strutturarle, mantenendo viva la cultura e la ritualità del reparto.

I vantaggi offerti dell'*handover* verbale sono molteplici (Cleary et al., 2009; Yonge, 2008; Waters et al., 2015; ACSQHC, 2010):

sviluppo del <i>decision making</i> e l'immediata operatività del gruppo infermieri
Permette un forum per il de-briefing e il confronto indiretto con il piano di cure
realizza una raccolta dati dentro un giudizio olistico del paziente che permette una facile analisi dell'infermiere che entra in turno
Incentiva la condivisione della conoscenza individuale, dei punti di vista e dei sentimenti provati a stretto contatto con il paziente psichiatrico
ravviva la socializzazione tra professionisti e mantiene aperta l'eventuale

<p>discussione di questioni di reparto (tra cui incidenti, dati non riportati per iscritto) incoraggiando i componenti del team a parlare direttamente l'uno con l'altro</p>
<p>Permette lo scambio generazionale di professionalità tra infermieri esperti con molti anni di esperienza in ambito psichiatrico e giovani infermieri: il personale esperto sa perfettamente cosa chiedere e su quali dettagli soffermarsi durante l'<i>handover</i> per formulare il piano di cura; la presenza di infermieri con esperienza durante il passaggio consegne è di grande valore per trasmettere un ruolo maggiormente attivo anche ai nuovi infermieri.</p>
<p>instaura un rituale di reparto che delinea l'identità del gruppo di lavoro, sviluppa un linguaggio particolare e condiviso che include il comportamento non verbale</p>

Uno dei motivi per cui resta di grande valore il *face-to-face* tra infermieri è la possibilità di discutere dei comportamenti attraverso cui si esprime la malattia mentale: l'infermiere che descrive l'atteggiamento del paziente nel proprio turno permette il passaggio di informazioni critiche su cui orientare il monitoraggio del potenziale o attuale comportamento atipico (risultati dal questionario modificato di O'Connell, MacDonald and Kelly 2008 citato da Renee' Plunkett, 2015). I comportamenti diventano i dati obiettivi dell'accertamento.

4.1.2. Minimum data set – *decision making*

Per costruire un format pratico, utilizzabile nelle diverse unità operative psichiatriche, sarà utile una selezione ulteriore dei dati fondamentali avvertiti dai diversi contesti di cura, in particolare dai componenti stessi dell'*equipe*.

Il format deve adattarsi all'unità operativa per la salute mentale e contenere quindi alcune parti specifiche alle esigenze del reparto e dei pazienti. (Cleary et al., 2009). La selezione delle informazioni varia infatti a seconda delle esigenze pratiche assistenziali degli infermieri; in particolare in base a:

- contesto organizzativo
- cultura e background degli infermieri

- tipologia di pazienti presi in carico

Il gruppo di informazioni scelte per il passaggio consegne deve permettere agli infermieri che entrano in turno di prendere decisioni immediate nella gestione dei pazienti. È un'esigenza fondamentale per l'infermiere poter essere operativo subito e assumere la responsabilità della presa in carico dei pazienti attraverso una sintesi estrema fornita dal collega che gli trasmette le informazioni essenziali.

L'infermiere riceve informazioni per poter prendere decisioni e agire con il paziente. Per questo motivo, in base al contesto organizzativo, alla cultura di reparto e allo stato di salute del paziente vengono selezionati i dati standard per le proprie specifiche consegne infermieristiche.

Gli infermieri tramite il passaggio di informazioni dell'*handover* assumono capacità di **decision making e valutazione delle priorità** = *handover* come strumento comunicativo (Poh et al., 2013, ACSQHC, 2010).

4.1.3. Infermieri di riferimento

Per rendere ancora più efficace il processo e assicurare la **continuità di cura**, la letteratura raccomanda l'identificazione di una figura professionale per la formazione del team riguardo gli *outcomes* della consegna (Wong et al., 2008).

Oltre alla forma da impostare per l'*handover*, diventa necessario fermarsi a riflettere sul 'come' comunicare tra professionisti per una buona dinamica di gruppo (Burleton, 2013; Arun et al., 2014) e con quale predisposizione. A tal proposito, Frankel et al. (2012), fanno emergere il concetto di '*situation awareness*' (SA) = 'consapevolezza della situazione'. Questa consapevolezza si riferisce alla rappresentazione individuale che ogni infermiere ha del proprio ambiente di lavoro in un preciso momento e del proprio ruolo professionale. Se ogni infermiere al momento delle consegne, mette in gioco la sua personale visione dei pazienti, espressa come SA, si forma un *team* specializzato nelle diverse modalità di assistenza e punti di vista sui pazienti. Aumenta il senso di responsabilità condivisa e il livello di qualità comunicativa tra infermieri.

L'infermiere di riferimento avrebbe il compito di coordinare il processo.

4.2 Implicazioni per la pratica

Il confronto in reparto S.P.D.C. degli Ospedali Riuniti di Padova Sud, è servito per comprendere il processo di *handover* all'interno dell'unità operativa, il tipo di informazioni trasmesse e la percezione degli infermieri riguardo l'argomento, con l'obiettivo di individuare *gap* di miglioramento per la pratica clinica.

L'incontro con il gruppo infermieristico ha permesso di individuare le informazioni trasmesse al cambio turno che trattano in particolare l'identificazione del paziente, la situazione clinica attuale, la storia clinica, la situazione familiare, lo stato mentale e i problemi attivi/potenziali. La selezione degli *items* avviene in base al periodo di degenza del paziente.

Il metodo preferito per trasmettere informazioni sul paziente è il metodo verbale; il tempo delle consegne dura in media 15 minuti - dipende dal tipo di paziente e dal numero di degenze; Il luogo scelto è una stanza isolata dalla zona degenze ma che permette il monitoraggio di tutti gli ambienti.

La cartella informatizzata è utile nelle cure dirette per recuperare dati clinici oggettivi, storia psichiatrica, cura, terapia, osservazioni infermieristiche, esami di laboratorio, informazioni remote. Per alcuni professionisti la compilazione della cartella informatizzata toglie tempo alle cure dirette.

Il tipo di informazioni che viene passato alle consegne rispecchia una pratica contestuale circoscritta alle esigenze immediate del reparto e dei pazienti. Questo tipo di passaggio di dati è coerente con il modello organizzativo presente in reparto attualmente. Il tipo di consegna presente infatti, rispecchia il tipo di assistenza infermieristica in atto. Non si sente l'esigenza di trasmettere delle informazioni orientate agli *outcomes* perché il modello corrente non corrisponde a questo tipo di bisogno informativo.

Oltre al modello organizzativo anche le caratteristiche del team e dei suoi componenti con il proprio background professionale/personalità definiscono il tipo di consegna. La personalità professionale di ogni infermiere si distingue per i diversi modelli organizzativi del proprio modo di lavorare con il paziente, che contribuisce alla formazione del servizio infermieristico del reparto.

Tra le azioni possibili ed immediate, realizzabili in reparto, abbiamo:

- scelta delle informazioni proposte dalla letteratura per costruire un proprio *minimun data set* da trasmettere al passaggio consegne adatto al contesto, al tipo di paziente e alle esigenze dei professionisti
- orientamento dell'**infermiere di riferimento** ad un ruolo professionale che comprenda la continuità della presa in carico durante la consegna e l'integrazione dei diversi punti di vista dei colleghi infermieri riguardo i pazienti

4.3. Conclusioni

L'obiettivo di questo elaborato è stato raggiunto riportando il tipo di informazioni utili all'assistenza in ambiente psichiatrico e il metodo efficace per il passaggio consegne.

Nella salute mentale il passaggio consegne verbale tra operatori sanitari (Cleary et al., 2009) resta il metodo primario per ricevere informazioni (Millar & Sands, 2013), in associazione a un supporto scritto (**handover sheet=foglio consegne**) per assicurare di coprire tutti gli aspetti (Millar et al., 2013; Burleton, 2013).

Due principi importanti che emergono per la buona pratica sono la **comunicazione face-to-face** (apparato paralinguistico e comportamento non verbale) e la **documentazione di supporto** (ACSQHC, 2010).

Da qui si comprende l'essenzialità di mantenere questo processo di interazione tra infermieri che lavorano nelle unità psichiatriche e che definisce il significato di *face-to-face*, che non è una semplice presenza fisica ma un essere presente per facilitare la comunicazione professionale di dati critici e complessi, di un target di pazienti che facilmente mutano e nascondono la loro malattia. (Frankel et al., 2012).

Il tentativo di sostituire completamente con sistemi informatici la comunicazione tra infermieri e l'approccio face-to-face, può danneggiare (Burleton, 2013) il turn-over del personale nella pianificazione delle cure, frammentando ulteriormente la continuità di percorso verso il paziente (Wong et al., 2008).

4.3.1. Punti di forza e di debolezza

I limiti di questa ricerca riguardano l'ampia discussione dell'argomento ma la mancanza di letteratura per il contesto clinico specifico (Waters et al. 2015) e il basso contenuto applicabile nella pratica clinica. Non sono presenti infatti linee guida/protocolli

standardizzati (Burleton, 2013; Wong et al., 2008). Le *guidelines* trovate nelle banche dati trattano l'argomento in generale senza dare raccomandazioni specifiche per le unità psichiatriche, associate al tipo di paziente presente. Manca una struttura basata sull'evidenza in termini di contenuti, processi e strumenti per l'informazione, che rende l'*handover* variabile e dipendente dall'individualità degli operatori che lo conducono (ACSQHC, 2010).

Non sono ancora stati analizzati *outcomes* specifici per un'adeguata comunicazione che limiti i rischi di un'informazione inadeguata per la salute mentale (Millar & Sands, 2012). Molti aspetti dell'*handover* non sono ancora stati studiati e aprono delle domande che restano senza risposte *evidence-based*, tra cui: quali sono le più importanti comunicazioni, quali di queste sono direttamente correlate alle azioni per la cura del paziente? (ACSQHC, 2010).

4.3.2. Implicazioni per la ricerca

Sono aumentate negli ultimi anni le pubblicazioni ma la qualità di *evidence-base* è rimasta relativamente bassa (specie per quanto riguarda gli interventi e la trasferibilità degli stessi in più contesti clinici). L'aspetto positivo sta nell'aumento d'interesse per l'argomento e nella consapevolezza della sua importanza: natura dinamica e complessa, scenario ad alto rischio per la sicurezza del paziente, danno e discontinuità nelle cure, eventi avversi correlati e *malpractice*) (Wong et al., 2008).

“Aree grigie” su cui orientare approfondimenti nella ricerca: studi specifici per la salute mentale e approcci strutturati per diffondere interventi focalizzati al tema.

C'è una grande necessità di studi, riguardo *outcomes* di alta qualità per le consegne, focalizzati sui fattori di sistema e sulle abilità professionali oltre a protocolli efficaci per impostare degli interventi (Frankel et al., 2012).

Serve progettare delle *guidelines* sull'argomento tenendo conto di come le persone possono, vogliono e necessitano di lavorare con i pazienti. La mancanza di standardizzazione è il maggior rischio per le *clinical handovers*, deve essere quindi integrata mantenendo una flessibilità ai bisogni reali del reparto (*flexible standardisation*) (ACSQHC, 2010).

Bibliografia

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2010). The OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney, ACSQHC.
- Bulfone, G., Sumathy, M., Grubissa, S., & Palese, A. (2012). Effective transfer of information and responsibilities with handover: A literature review. [Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura] *Assistenza Infermieristica e Ricerca : AIR*, 31(2), 91-101. doi:10.1702/1131.12471 [doi]
- Burleton, L. (2013). Developing a community mental health nursing handover form. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987)*, 27(39), 35-40.
- Cleary, M., Walter, G., & Horsfall, J. (2009). Handover in psychiatric settings: Is change needed? *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 47(3), 28-33.
- Comitato centrale della Federazione. Il Codice deontologico dell'Infermiere. (Federazione Nazionale Collegi Ipasvi 2009). Disponibile in: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> [22 settembre 2015]
- Dodwell, D. (2008). Kalevala or keats: Poetic traditions as a model for multidisciplinary miscommunication and team splitting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(7), 547-551. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01260.x [doi]
- Fourie, W. J., McDonald, S., Connor, J., & Bartlett, S. (2005). The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in new zealand: Perceptions versus reality. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(2), 134-141. doi:INM370 [pii]
- Frankel, R. M., Flanagan, M., Ebright, P., Bergman, A., O'Brien, C. M., Franks, Z., . . . Saleem, J. J. (2012). Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality. *BMJ Quality & Safety*, 21 Suppl 1, i121-8. doi:10.1136/bmjqs-2012-001482 [doi]
- Ghirardini A., Tartaglia, R. (2012). Sviluppo di un modello di Cartella Paziente Integrata. Ministero della Salute. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1679_allegato.pdf [22 settembre 2015]

- Goulter, N., Kavanagh, D. J., & Gardner, G. (2015). What keeps nurses busy in the mental health setting? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 449-456. doi:10.1111/jpm.12173 [doi]
- Gupta, A., Bevan, R., Vasudev, A. (2014). Improving trainee psychiatrist's handover: standard setting and audit. *Clinical Governance: An International Journal*, Vol. 19 Iss 2 pp. 83-93. Disponibile in: <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/CGIJ-07-2013-0026?journalCode=cgij> [17 agosto 2015]
- Hamilton, B., & Manias, E. (2006). 'She's manipulative and he's right off': A critical analysis of psychiatric nurses' oral and written language in the acute inpatient setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(2), 84-92. doi: INM [pii]
- Hunt, G. E., Marsden, R., & O'Connor, N. (2012). Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 310-318. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01793.x [doi]
- Iavarone, D. (2014). Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento. *Federazione Nazionale Collegi Ipasvi*. Disponibile in: <http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-22-articolo-263.htm> [22 settembre 2015]
- Johnson, M., Jefferies, D., & Nicholls, D. (2012). Developing a minimum data set for electronic nursing handover. *Journal of Clinical Nursing*, 21(3-4), 331-343. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03891.x [doi]
- Millar, R., & Sands, N. (2013). 'He did what? well, that wasn't handed over!' communicating risk in mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 345-354. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01948.x [doi]
- Poh, C. L., Parasuram, R., & Kannusamy, P. (2013). Nursing inter-shift handover process in mental health settings: A best practice implementation project. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(1), 26-32. doi:10.1111/j.1744-1609.2012.00293.x [doi]
- Renee' Plunkett, A. (2015). The Use of a Standardized System of Communication to Change the Perception of Handoff Communication in a Psychiatric Setting. Walden University. Disponibile in: <http://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1199&context=dissertations> [14 ottobre 2015]
- RNAO. (2013). *Care Transitions*. Registered Nurses' Association of Ontario. Disponibile in: <http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions> [22 settembre 2015]

- Smeulders, M., Lucas, C., & Vermeulen, H. (2014). Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD009979. doi:10.1002/14651858.CD009979.pub2 [doi]
- Saiani, L., Brugnolli, A, (2011). Trattato di cure infermieristiche. Napoli: Sorbona
- Tatarelli, R. (2009). Manuale di psichiatria e salute mentale. Per le lauree sanitarie. Padova: Piccin
- Waters, A., Sands, N., Keppich-Arnold, S., & Henderson, K. (2015). Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 193-202. doi:10.1111/inm.12102 [doi]
- Wong, M.C., Yee, K.C., & Turner, P. (2008). A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover. Disponibile in: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2008/01/Clinical-Handover-Literature-Review-for-release.pdf> [22 settembre 2015]
- Yonge, O. (2008). Shift report: A ritual play on a residential adolescent psychiatric unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15(1), 45-51. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01205.x [doi]
- Zanotti, R. (2010). Filosofia e teoria del nursing nella moderna concettualità del nursing professionale. Padova: Picci





Allegati


Disegno di studio	Risultati	
	Topic per la consegna	Considerazioni
Linea guida RNAO, 2013 “Care Transitions”	storia clinica, accertamento e funzionalità, diagnosi, farmaci e allergie, informazioni di sicurezza, bisogni di cura, equipaggiamento necessario/raccomandazioni, educazione, follow up e piano di dimissione, desideri del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Abilità comunicative • Standardizzazione e <i>follow up</i> • Supporto tecnologico • Scelta dell’ambiente • Training e coinvolgimento dell’equipe • Leadership
Linea guida ACSQHC, 2010 “The Ossia Guide to Clinical Handover Improvement”	Identificazione paziente Situazione clinica immediata Stato mentale Storia clinica psichiatrica Feedback di controllo	<ul style="list-style-type: none"> • organizzazione per leadership • <i>problem solving</i> • coinvolgimento delle parti interessate • miglioramento • valutazione e mantenimento • utilizzo di una scheda ISOBAR
Revisione sistematica Cochrane, 2014 “Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review)”		<ul style="list-style-type: none"> • comunicazione <i>face to face</i> • documentazione strutturata • coinvolgimento del paziente • supporto tecnologico <p>Il contesto determina la struttura dell’<i>handover</i>, il focus sul contenuto, il luogo e il metodo di comunicazione</p>
Review – Wong et al., 2008 “A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover”		<ul style="list-style-type: none"> • Handover sheet (= foglio consegne) • Individuare operatori specialisti di formazione • Training • Scelta del tipo di consegna e del supporto tecnologico
Studio osservazionale - Waters et al., 2015 “Handover of patient information from the crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit”	storia clinica, stato mentale, preferenze del paziente, <i>outcomes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo del decision making • Scambio generazionale di professionalità • Scelta del luogo – ascolto attivo


<p>Studio osservazionale - Millar e Sands, 2013 “He did what? Well, that wasn't handed over!” Communicating risk in mental health”</p>	<p>Stato mentale Storia clinica psichiatrica Problemi attivi/potenziati Piano di cura</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Handover sheet</i> (= foglio consegne) • Informazioni rilevanti e cruciali
<p>Studio osservazionale - Frankel et al., 2012 “Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality”</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Team situation awareness (sviluppo di consapevolezza della situazione) • Qualità professionale data dal <i>face-to-face</i>
<p>Studio osservazionale - Poh et al., 2013 “Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation project”</p>	<p>Identificazione paziente Situazione clinica immediata Storia clinica psichiatrica Piano di cura</p>	<p>Comunicazione <i>face to face</i>, documentazione tramite strumento (= modelli promemoria), conoscenza della storia del paziente, accertamento dettagliato all'accoglienza, piano di cure concordato, trasferimento della responsabilità</p>
<p>Studio etnografico qualitativo - Yonge, 2008 “Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit”</p>		<p>Il metodo verbale di passaggio informazioni permette:</p> <ul style="list-style-type: none"> • feedback indiretto del piano di cura • giudizio olistico e confronto • rinforzo del team – relazioni • dettagli di accertamento • valvola di sfogo
<p>Studio qualitativo – approccio osservazionale - Johnson et al., 2012 “Developing a minimum data set for electronic nursing handover”</p>	<p>identificazione paziente, stima della data di dimissione e avvisi clinici, presentazione della storia clinica, condizione clinica attuale, piano di cura, esiti di cura, piano di dimissione/trasferimento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Focus sull'osservazione e presentazione di problemi • Personalizzazione del processo
<p>Studio osservazionale – Hunt et al., 2012 “Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings”</p>	<p>stato mentale, fattori di rischio, terapia, piano di dimissione, fattori psico-sociali, familiari e rete sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Training per la gestione di pazienti a rischio di peggioramento • Cooperazione tra infermieri – condivisione del background • Progettazione consegne • Uso della documentazione elettronica come supporto


<p>Revisione tradizionale - Burleton, 2013 “Developing a community mental health nursing handover form”</p>	<p>nome, telefono, nascita, diagnosi, data dell’ultimo ricovero, metodo preferito di contatto, fattori di rischio, piano di gestione del rischio, interventi pianificati, stato mentale corrente, terapia in atto, segnali precoci di avvertimento, breve storia clinica</p>	<p>Il tempo dedicato alle consegne è tempo speso per il paziente</p>
<p>Revisione tradizionale - Cleary et al., 2009 “Handover in psychiatric settings: is change needed?”</p>		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Handover</i> = rituale infermieristico • Progettualità e valutazione del contenuto delle informazioni trasmesse – preparare il turno successivo • Valutazione regolare del processo • Focus sugli <i>outcomes</i>, misure dei risultati ottenuti con il paziente
<p>Revisione tradizionale - Poletti, 2012 “Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza”</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Formazione del personale • Checklist e valutazione del contenuto – quali informazioni • Progettualità: problematicità, ipotesi e possibili conseguenze
<p>Revisione tradizionale - Bulfone et al., 2012 “Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura”</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione <i>face-to-face</i> • Dati oggettivi e soggettivi • Informazioni prioritarie, controllo degli effetti delle cure erogate – risposta del paziente, raccomandazioni e proposte per i turni successivi
<p>Revisione tradizionale - Iavarone, 2014 “Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento”</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione verbale, organizzazione della documentazione scritta • Lavoro in team e cultura della leadership • Scambio verbale > profondità di analisi e confronto • Documentazione > quadro complessivo della condizione clinica



Presentazione degli studi selezionati: (elenco degli studi principali che trattano la tematica e rispondono al quesito di ricerca – non è riportata l'intera traccia della ricerca effettuata sulle banche dati).


Legenda:  linee guida  revisioni sistematiche  articoli di letteratura primaria  revisioni tradizionali


AUTORE, ANNO - TIPO DI STUDIO	QUESITO	CARATTERISTICHE E METODI (contesto)	TEMI E CONCETTI EMERSI (principali risultati)	TITOLO E LINK
ACSQHC, Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2010  <i>Linea guida</i>	Quali aspetti delle <i>clinical handovers</i> proporre per analizzare la routine di reparto e progettare miglioramenti? Quali contenuti proporre per fornire una guida utilizzabile nelle realtà cliniche di assistenza?	Il miglioramento dell' <i>handover</i> è una priorità per l'assistenza infermieristica. La linea guida propone un modello di cambiamento per rendere questo processo un'attività gestita direttamente dall'equipe e personalizzata al contesto di assistenza. I	Fornisce un metodo di analisi e miglioramento del processo di <i>handover</i> presente in reparto tramite 4 fasi: 1) organizzazione per leadership, 2) soluzioni semplici, 3) coinvolgimento delle parti interessate, 4) miglioramento, 5) valutazione e	“The Ossie Guide to Clinical Handover Improvement” http://www.safetyandquality.gov.au/our-work/clinical-communications/clinical-handover/ossie-guide/


		<p>fondamenti della linea guida sono la ricerca basata sul luogo di lavoro e tramite esperti in materia, l'approccio centrato sull'utente, la standardizzazione flessibile, il processo di <i>feedback</i> interattivo.</p>	<p>mantenimento. Fornisce schede di accertamento per l'osservazione, l'intervista dei protagonisti, la formazione e continuità delle dinamiche del processo <i>handover</i>.</p>	
<p>RNAO, <i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>, 2013</p>  <p>Linea guida</p>	<p>Quali sono gli accertamenti e le strategie più efficaci per assicurare continuità e <i>outcomes</i> ottimali per il paziente durante il trasferimento delle cure?</p> <p>Quali sono le migliori strategie di sicurezza e monitoraggio?</p> <p>Quali sono i supporti</p>	<p>L'associazione RNAO, <i>Registered Nurses' Association of Ontario</i>, presenta una linea guida per il trasferimento delle cure in diversi ambienti infermieristici. La definizione di riferimento per il "<i>care transitions</i>" è un insieme di azioni per</p>	<p>Il gruppo di esperti ha definito il processo di "<i>care transitions</i>" come non-lineare e necessita di promozione della continuità di cura, sicurezza, efficacia e standardizzazione; in particolare della comunicazione e del flusso di informazioni</p>	<p>"Care Transitions" http://rnao.ca/bpg/guidelines/care-transitions</p>



	<p>educativi necessari all'infermiere per la gestione efficace del paziente durante il passaggio delle cure? Quali sono le caratteristiche organizzative di maggiore supporto?</p>	<p>progettare la sicurezza, la coordinazione e la continuità di cura quando il paziente fa esperienza di un cambiamento di stato di salute, di bisogni assistenziali, di operatori che lo prendono in carico o di ambiente di cura.</p>	<p>scritte e verbali. Questa linea guida è applicabile a tutti i domini di pratica infermieristica, seguendo le indicazioni di analisi del proprio contesto clinico e successiva implementazione del piano di miglioramento dei <i>gap</i> individuati sull'argomento.</p>	
<p>Smeulers et al., 2014</p>  <p>Revisione sistematica di RTC</p>	<p>Gli interventi progettati per migliorare i processi di <i>handover</i> infermieristici, sono efficaci? È possibile identificare quali stili di <i>handover</i> sono direttamente collegati al miglioramento degli</p>	<p>Revisione sistematica della Cochrane Collaboration di studi RTC o cluster-RTC che descrivono l'<i>handover</i> infermieristico, il contenuto, il metodo e il luogo dello stesso.</p>	<p>Non sono stati trovati RTC per permettere la stesura di conclusioni riguardo l'efficacia di diversi stili di <i>handover</i>.</p>	<p>“Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients (Review)”</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24957503</p>


	outcomes sul paziente?			
<p>Wong et al., 2008</p>  <p>Revisione (approccio sistematico)</p>	<p>Quali sono gli interventi di maggiore efficacia per l'<i>handover</i>?</p> <p>Quali sono le situazioni di maggior rischio per il paziente?</p>	<p>Le diverse tematiche trattate sono suddivise all'interno di tre sezioni: 1) scenari ad alto rischio nelle <i>clinical handover</i> 2) interventi fattori critici di successo ed efficacia 3) carenze di evidenza nelle <i>clinical handover</i>. Nelle sezioni vengono suddivisi i diversi articoli selezionati per argomento, che sono ulteriormente categorizzati in base al tipo di implicazione pratica.</p>	<p>Ogni articolo viene analizzato singolarmente riportando il tipo di studio, gli outcomes e commenti</p>	<p>“A Structured Evidence-based Literature Review regarding the Effectiveness of Improvement Interventions in Clinical Handover”</p> <p>http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2008/01/Clinical-Handover-Literature-Review-for-release.pdf</p>
<p>Waters et al., 2015</p> 	<p>Qual è la natura e il tipo di informazioni trasferite</p>	<p>Questo studio analizza l'<i>handover</i> attraverso la</p>	<p>Le informazioni cliniche riguardo la storia e lo</p>	<p>“Handover of patient information from the</p>



<p>Approccio osservazionale-studio descrittivo esplorativo prospettico</p>	<p>durante l'<i>handover</i> e come queste guidano la pianificazione delle cure?</p>	<p>crisi di accertamento, il trattamento del team e i pazienti ospedalizzati nelle unità psichiatriche per acuti, sottolineando questo momento di assistenza come fondamento per il <i>care planning</i>. Vengono osservate 19 occasioni di <i>handover</i> attraverso uno strumento costruito <i>ad hoc</i> per l'argomento in analisi.</p>	<p>stato mentale del paziente sono gli items maggiormente discussi al cambio turno. Non viene posta sufficiente attenzione alle preferenze del paziente nonostante l'obiettivo di sviluppare modelli assistenziali centrati sulla persona.</p>	<p>crisis assessment and treatment team to the inpatient psychiatric unit" http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25438620</p>
<p>Burleton, 2013</p>  <p>Revisione tradizionale</p>	<p>Come promuovere la continuità di cura dei pazienti in ambito psichiatrico attraverso l'<i>handover</i>?</p>	<p>L'autore prende in analisi i contesti di cura per la salute mentale durante l'<i>handover</i> infermieristico. Attraverso una revisione</p>	<p>Lo studio propone un format per strutturare l'<i>handover</i> e superare la scarsa comunicazione delle informazioni riguardo i pazienti.</p>	<p>"Developing a community mental health nursing handover form" http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23855158</p>

		della letteratura propone modelli per avviare un cambiamento all'interno delle unità operative.	Analizza il contenuto dell' <i>handover</i> , la relazione terapeutica e le barriere al cambiamento.	
<p>Cleary et al., 2009</p>  <p>Revisione tradizionale</p>	<p>Come può essere utilizzato l'<i>handover</i> per migliorare l'assistenza nei contesti psichiatrici?</p> <p>Quali sono le informazioni cruciali da trasmettere?</p>	<p>Gli autori tramite un'analisi della letteratura individuano alcune sezioni per approfondire l'argomento: definizione di '<i>handover</i>', scopo, difficoltà nella documentazione, struttura e forma, complessità, considerazioni pratiche e questioni specifiche per il nursing in salute mentale.</p>	<p>Propone una serie di cambiamenti per migliorare il processo di <i>handover</i> che resta un necessario rituale infermieristico per il passaggio delle cure dei pazienti, attraverso un orientamento dell'intero team alla visione del reparto. Recupera l'aspetto del setting e del tempo come variabili da definire per aumentare l'efficacia del sistema. Sostiene l'importanza</p>	<p>“Handover in psychiatric settings: is change needed?”</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19361012</p>

			della 'consegna verbale' tra infermieri in ambito psichiatrico. Lo scopo è preparare al meglio il prossimo turno nella presa in carico dei pazienti, tramite informazioni fondamentali	
<p>Millar e Sands, 2012</p>  <p>Studio osservazionale descrittivo-esplorativo</p>	<p>Quali sono le informazioni che vengono comunicate nell'<i>handover</i> infermieristico delle unità psichiatriche per acuti e come vengono trasmesse?</p>	<p>All'interno di unità operative così dinamiche e complesse, attraverso la somministrazione di uno strumento di audit clinico, vengono analizzati i metodi pratici di comunicazione e le informazioni passate tra professionisti.</p>	<p>Viene raccomandato l'utilizzo di una forma standardizzata per l'<i>handover</i>. Sorgono items per il passaggio di informazioni specifico per il tipo di paziente preso in carico e la consapevolezza di quel senso di 'conoscenza' del paziente che deve</p>	<p>“He did what? Well, that wasn't handed over!” Communicating risk in mental health” http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22827401</p>

			mantenersi nella professionalità e sicurezza del paziente	
<p>Frankel et al., 2012</p>  <p>Studio osservazionale descrittivo qualitativo</p>	<p>Può il comportamento non-verbale avere un ruolo nella qualità dell'<i>handover</i>? Cosa significa e che miglioramenti porta il face-to-face nello scambio di informazioni?</p>	<p>Un gruppo di ricercatori ha analizzato l'influenza del comportamento non verbale durante il <i>face-to-face</i> del cambio turno tramite video-registrazioni, sottolineando l'importanza dei microsistemi che si creano attraverso le interazioni del personale</p>	<p>Sono stati identificati quattro modelli di comportamento non-verbale e il loro livello di qualità</p>	<p>“Context, culture and (non-verbal) communication affect handover quality” http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23173182</p>
<p>Poh et al., 2013</p>  <p>Studio osservazionale descrittivo – audit quantitativo</p>	<p>Le pratiche di <i>handover</i> esistenti in ambito psichiatrico, sono efficaci nel trasferimento accurato e tempestivo delle</p>	<p>Vengono analizzate le <i>handover</i> di circa 2000 pazienti in quattro unità operative per la salute mentale. le osservazioni</p>	<p>Gli autori raccomandano l'utilizzo di uno strumento per orientare la comunicazione durante il passaggio delle consegne</p>	<p>“Nursing inter-shift handover process in mental health settings: a best practice implementation</p>

	<p>informazioni del paziente?</p> <p>Esistono processi di <i>handover</i> basati sulle migliori evidenze disponibili?</p>	<p>si basano su una lista di criteri evidence-based.</p>	<p>e lo sviluppo del decision-making e capacità di pensare per priorità durante l'assistenza e la progettazione delle cure</p>	<p>project”</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448327</p>
<p>Yonge, 2008</p>  <p>Studio etnografico qualitativo</p>	<p>Nel contesto di cura di pazienti psichiatrici, l'<i>handover</i> verbale può essere ritenuto efficace, forse anche inevitabile?</p>	<p>Questo studio descrive l'<i>handover</i> infermieristico in una residenza per adolescenti psichiatrici in Canada. Sottolinea l'importanza socio-culturale del contesto per il passaggio delle consegne, da cui partire per progettare qualsiasi cambiamento e intervento di miglioramento, che non può essere ignorata</p>	<p>La forma verbale e informale dell'<i>handover</i> costituisce un ambiente importante per le cure infermieristiche. Alcuni aspetti permettono l'instaurarsi di un 'gioco di ruolo' attorno a valori, rituali e relazioni che sostengono la buona pratica. Apre una parentesi sul linguaggio, a volte usato come valvola di sfogo e non</p>	<p>“Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit”</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18186828</p>

		nell'introduzione di nuove procedure.	come stereotipo per stigmatizzare i pazienti	
<p>Johnson et al., 2012</p>  <p>Approccio osservazionale-studio qualitativo</p>	Quali dati servono per progettare un sistema elettronico di supporto all' <i>handover</i> verbale tra infermieri?	Vengono osservati 195 passaggi di consegne per diverse specialità cliniche per individuare le informazioni presentate dagli infermieri al cambio turno.	Lo studio propone un modello-dati flessibile ai diversi contesti di assistenza raccomandando l'adattamento degli items alle esigenze di informazioni del reparto in cui vuole essere utilizzato. In particolare nella salute mentale e maternità.	<p>“Developing a minimum data set for electronic nursing handover”</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22082347</p>
<p>Hunt et al., 2012</p>  <p>Studio osservazionale tramite sondaggio</p>	È possibile definire una struttura dei contenuti che deve avere la consegna verbale in ambito psichiatrico?	Tramite un sondaggio somministrato alle diverse componenti del team di lavoro nei servizi per la salute mentale,	L'attenzione si focalizza verso i pazienti in peggioramento della loro condizione clinica verso cui cresce una	<p>“Clinical handover in acute psychiatric and community mental health settings”</p> <p>http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22082347</p>

		vengono individuati gli aspetti principali di discussione durante l' <i>handover</i> delle diverse specialità.	responsabilità comune della sicurezza e presa in carico. Per individuare in maniera preventiva questo tipo di pazienti vengono sottolineati gli items fondamentali su cui porre attenzione nella pratica clinica e nell' <i>handover</i>	gov/pubmed/22070444
--	--	--	--	--

Il processo di categorizzazione e selezione degli studi ha permesso di individuare 4 questioni chiave sull'*handover*:

Significato di 'handover' nei contesti psichiatrici	Valore della consegna verbale nelle unità psichiatriche per acuti	Dati necessari per la gestione del paziente psichiatrico – oggetto di scambio nell'<i>handover</i>	Schede strutturate per l'<i>handover</i> e metodi per migliorare questi momenti essenziali di assistenza
--	--	---	---

Da queste categorie sarà poi strutturata l'analisi dei risultati utili a completare il quesito di ricerca.

