



**Università degli Studi di Padova**

**Scuola di Medicina e Chirurgia, Dipartimento di Medicina**

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**Tesi di Laurea**

***Applicazione del metodo SBAR in Terapia  
Intensiva Neonatale: studio osservazionale***

**Relatore: Prof. ssa Avoni Stefania**

**Correlatore: Barollo Michela**

**Laureando: Orlando Marta**

**Anno Accademico:2014-2015**

## **ABSTRACT**

### **INTRODUZIONE**

Rendere omogenee e standardizzate le informazioni da fornire nei punti di transizione tra i professionisti, è condizione *sine qua non* per garantire continuità assistenziale.

Lo studio condotto si inserisce nel progetto dipartimentale che ha come obiettivo l'introduzione di una consegna standardizzata ( metodo SBAR ) nel Dipartimento Materno Infantile del presidio ospedaliero di Treviso azienda ULSS 9.

### **IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI NEI PUNTI DI TRANSIZIONE**

Il metodo SBAR assicura la completezza dell'informazione, riduce la probabilità di un linguaggio ridondante o troppo sintetico, consente di arrivare al focus del problema, permette di stabilire le aspettative su quanto sarà comunicato e come sarà comunicato<sup>25</sup>.

### **SCOPO DELLO STUDIO**

Lo studio di tipo qualitativo osservazionale ha avuto come obiettivo quello di valutare le modalità, i contenuti e le tempistiche delle informazioni verbali trasmesse dall'equipe infermieristica nei punti di transizione in Terapia Intensiva Neonatale, nonché esaminare la qualità percepita delle informazioni ricevute dagli infermieri.

### **MATERIALI E METODI**

Lo studio si è sviluppato in quattro fasi: la prima fase di revisione della letteratura e conduzione *Focus Group* ha permesso di individuare le informazioni specifiche sufficienti e necessarie da trasmettere nei punti di transizione, nel rispetto della metodologia SBAR; nella seconda fase sono stati elaborati gli strumenti di rilevazione; nella terza fase è avvenuta l'osservazione diretta e la somministrazione dei questionari; nella quarta ed ultima fase è stata effettuata l'analisi dei dati.

### **RISULTATI**

Sono state condotte 260 osservazioni con griglia strutturata nei punti di transizione.

Dai dati emerge che, delle informazioni previste dal gruppo di lavoro, solo il 20 % vengono effettivamente trasmesse, a fronte di una percezione molto buona della qualità delle informazioni ricevute ( punteggio medio di 4.25 su 5 ). L'ordine SBAR viene rispettato nel 5 % delle osservazioni. L'area "Intensiva" è quella in cui vengono riferite più informazioni ( 30 % ) ; seguono "Post – Intensiva" ( 17 % ) e "Pre – Dimissioni" ( 11 % ). La maggior parte delle informazioni riguarda la "*Situation*" ( da un 64 % in "Intensiva" ad un 27 % in "Pre – Dimissioni" ), seguono l' "*Assessment*" ( da un 41 % in "Intensiva" a un 14 % in "Pre – Dimissioni" ), le "*Recommendation*" ( da un 11% in "Intensiva" ad un 3 % in "Pre – Dimissioni" ) e il "*Background*" ( da un 6% in "Intensiva" ad un 2 % in "Pre – Dimissioni" ).

### **CONCLUSIONI**

Gli esiti dello studio saranno utilizzati per rivedere e contestualizzare maggiormente le informazioni secondo il metodo SBAR e rendere questa modalità strumento operativo a partire da Gennaio 2016.

## INDICE

INTRODUZIONE .....	1
IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI NEI PUNTI DI TRANSIZIONE.....	2
SCOPO DELLO STUDIO.....	9
MATERIALI E METODI .....	10
RISULTATI.....	13
CONCLUSIONI .....	20
<i>LIMITI DELLO STUDIO:</i> .....	24
<i>SVILUPPI FUTURI:</i> .....	24
BIBLIOGRAFIA	
ALLEGATI	
<i>ALLEGATO 1: REPORT RICERCA BIBLIOGRAFICA</i>	
<i>ALLEGATO 2: GRIGLIA DI OSSERVAZIONE</i>	
<i>ALLEGATO 3: QUESTIONARIO</i>	

## INTRODUZIONE

Lo studio nasce da un interesse personale nei confronti dell'utente pediatrico che mi ha spinto a cercare un argomento che mi permettesse di approfondire tale ambito.

In Terapia Intensiva Neonatale si sta realizzando un progetto dal titolo: "Inserimento del metodo SBAR nel Dipartimento Materno – Infantile" con l'obiettivo di inserire il metodo SBAR nel Dipartimento Materno – Infantile del presidio ospedaliero Azienda ULSS 9 di Treviso per rendere più omogeneo e standardizzato il passaggio di informazioni nei punti di transizione.

Una delle sfide più difficili per un infermiere che ha appena terminato il ciclo di studi ritengo possa essere proprio il garantire la continuità della presa in carico: per la prima volta egli ha piena responsabilità nei confronti dell'utente, è inserito in un contesto clinico nuovo nel quale i ritmi cadenzati e il non avere la medesima esperienza dei colleghi possono rendere difficile avere una visione globale della persona, e questo si ripercuote anche nella qualità delle informazioni trasmesse.

Se non vengono fornite informazioni utili, il tempo dedicato alla consegna può venire sprecato con ripercussioni sulla sicurezza degli assistiti<sup>10</sup>.

La standardizzazione delle informazioni da fornire per garantire la continuità assistenziale è raccomandato da realtà internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations ( JCAHO ) e l'Accreditation Canada, e risulta ancora più importante nel contesto assistenziale pediatrico nel quale il piccolo paziente non è in grado di esprimere i propri sintomi<sup>29</sup>.

Il lavoro qui presentato ha avuto lo scopo di osservare e analizzare le modalità, le tempistiche e i contenuti delle informazioni trasmesse dall'equipe infermieristica nei punti di transizione in Terapia Intensiva Neonatale e di valutare la qualità percepita delle informazioni ricevute dagli infermieri.

I dati raccolti, rielaborati con il programma Microsoft Excel, serviranno per formulare una SBAR contestualizzata all'Unità Operativa che si stima possa essere strumento operativo a partire da Gennaio 2016, dopo un periodo di sperimentazione nei mesi di Novembre e Dicembre 2015.

## **IL PASSAGGIO DI INFORMAZIONI NEI PUNTI DI TRANSIZIONE**

Il passaggio d'informazioni tra i professionisti sanitari nei punti di transizione è elemento fondamentale per assicurare la sicurezza della continuità nella cura dei pazienti. Una prassi consolidata che serve a garantire qualità e continuità assistenziale<sup>10</sup>.

Kotsakis, in uno studio qualitativo del 2015, definisce come punti di transizione il momento nel quale avviene sia il passaggio di responsabilità nella cura del paziente: tra i diversi professionisti sanitari, al cambio turno, al trasferimento del paziente tra i differenti reparti e Unità Operative sia il passaggio di presa in carico al professionista sanitario che subentrerà nella cura del paziente alla dimissione.

Il trasferimento delle informazioni durante questi passaggi di presa in carico riveste un'importanza critica per la sicurezza del paziente, al punto che i difetti di comunicazione sono causa profonda di circa due terzi degli eventi sentinella<sup>4</sup>.

La Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations ( JCAHO ) ha valutato per più di quindici anni le cause di errori medici, analizzando 4800 eventi sentinella e dimostrando la forte relazione tra errori di comunicazione ed eventi sentinella<sup>29</sup>.

Attraverso l'analisi del comportamento si possono individuare eventuali mancanze e strumenti per porvi rimedio. Il “fattore umano”, nel contesto organizzativo, è fondamentale per comprendere le motivazioni e individuare le cause di eventuali errori<sup>9</sup>.

Uno studio effettuato da Meißner nel 2007 ha dimostrato che il 53 % degli infermieri in Italia dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno per varie cause: mancanza di tempo, molte interferenze, mancanza di spazio dedicato, una brutta atmosfera tra colleghi, notizie insufficienti<sup>7</sup>.

Le informazioni importanti da trasmettere durante un periodo di cura del paziente dovrebbero comprendere: le condizioni cliniche del paziente, la terapia farmacologica, i piani di trattamento, le direttive anticipate e i cambiamenti rilevanti nelle condizioni del paziente; le informazioni rilevanti da trasmettere alla dimissione dovrebbero includere: le diagnosi alla dimissione, i piani di trattamento, la terapia farmacologica e i risultati degli esami<sup>13</sup>.

Le informazioni possono essere trasferite in forma scritta (su carta o informatizzate), orale, video-registrata, o con una combinazione di metodi (es. consegne scritte + verbali). Ne deriva che la modalità di comunicazione può essere *face-to-face* di coppia, di gruppo (chi ha preso in carico il paziente nel turno appena concluso e chi lo prenderà), ma anche senza alcuna sovrapposizione tra i turni come avviene con le consegne scritte lette da chi inizia il turno senza alcun contatto con chi le ha scritte, oppure l'ascolto di registrazioni vocali o video, con il vantaggio di poterle ascoltare più volte. Infine, le consegne possono essere monoprofessionali o multidisciplinari<sup>15</sup>.

Pur non avendo prove di efficacia a favore dell'una o dell'altra modalità, la comunicazione *face-to-face* andrebbe incoraggiata perché rappresenta l'occasione per socializzare, rinforzare il ruolo, aiutare i neofiti ad acquisire i valori e la cultura di presa in carico del paziente e sviluppare il linguaggio/gergo professionale del contesto<sup>15</sup>.

Un'altra modalità è rappresentata dal coinvolgimento del paziente, quando la situazione clinica e il livello di competenza linguistico - sanitaria lo permettono. Questo permette di aumentare la fiducia nei confronti degli operatori da parte di pazienti e familiari. Inoltre, la maggior parte dei pazienti, inevitabilmente, aderirà meglio alle cure e sarà in grado di comprendere gli effetti attesi<sup>8</sup>.

Per quanto riguarda il luogo di trasmissione, la letteratura fornisce due possibili soluzioni: o in un luogo non disturbato da interruzioni e sufficientemente appartato per assicurare la riservatezza<sup>16</sup> o al letto del paziente (*bedside handover*) perché promuove il coinvolgimento, assicura un'interazione diretta tra professionisti e paziente per chiarire e concordare il piano di assistenza, previene la stereotipizzazione dei pazienti, scoraggia commenti e fa risparmiare tempo.<sup>17</sup>

Il tempo dedicato alle consegne varia in base: alla modalità utilizzata (scritta, verbale o combinata), al contesto (in luogo appartato o al letto del paziente), al numero di pazienti su cui comunicare e al numero di nuovi pazienti, al livello di formazione ed esperienza dei professionisti sanitari e al momento della giornata<sup>15</sup>.

Attraverso le consegne infermieristiche avviene il passaggio di responsabilità nei confronti del paziente, nel rispetto dei principi del Profilo Professionale dell'Infermiere e del Codice Deontologico. L'infermiere è, infatti, il professionista sanitario responsabile dell'assistenza

generale infermieristica<sup>12</sup>. L'infermiere è tenuto a garantire la continuità assistenziale attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi<sup>18</sup> e contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali<sup>19</sup>. Delle informazioni trasmesse l'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui<sup>20</sup>, e nel passaggio di dati si limita a ciò che è pertinente all'assistenza infermieristica<sup>21</sup>.

L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci<sup>22</sup>.

La trasmissione corretta e completa di informazioni nei punti di transizione permette all'infermiere di identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e formulare i relativi obiettivi e di pianificare, gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico<sup>12</sup>.

Da uno studio qualitativo effettuato da Gordon nel 2013 emerge: l'importanza del passaggio di consegne come un problema di istruzione, quando iniziare la formazione sul passaggio di consegne, la necessità di ulteriori metodi di insegnamento e la necessità di strumenti di valutazione validati per sostenere l'educazione nel passaggio di consegna<sup>24</sup>. Nonostante questo, il passaggio di consegna agli infermieri non è inserito formalmente all'interno dei *curricula* per la formazione in ambito universitario. Esso fa più parte delle attività che si apprendono nel corso della pratica clinica, dall'osservazione dei colleghi esperti, prima come studenti e, poi come neo inseriti, diventando uno strumento didattico per comunicare i dati dell'assistenza infermieristica. In quanto strumento didattico e non standardizzato è soggetto a lacune ed errori<sup>10</sup>.

Il tempo dedicato alla consegna può essere sprecato con ripercussioni sulla sicurezza degli assistiti, se non sono fornite informazioni utili. Questo ha considerevoli implicazioni per tutto il personale infermieristico e i pazienti, poiché la continuità per l'assistenza in ospedale dipende dall'esistenza di efficienti ed efficaci meccanismi di comunicazione tra tutti i membri del team sanitario<sup>10</sup>.

Il passaggio di consegne, infatti, non deve essere inteso solo come passaggio d'informazioni ma anche come un'opportunità per discutere problemi, dibattere e ricevere conforto emotivo.

Le conseguenze potenziali di consegne sbagliate includono:

- trattamenti sbagliati;
- ritardi nelle diagnosi mediche;
- eventi avversi;
- lamentele del paziente;
- aumento delle spese di assistenza;
- aumento della permanenza in ospedale<sup>28</sup>.

Adottare un protocollo attuativo della consegna infermieristica è, pertanto, una necessità<sup>10</sup> ed è raccomandato da diverse istituzioni internazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations ( JCAHO ) e Accreditation Canada.

Uno studio prospettico del 2005 ha descritto i due principi cardine nella creazione di un modello per il passaggio di consegne standardizzato.

Il primo è il concetto di standardizzazione; il secondo afferma che l'approccio standardizzato necessita di essere personalizzato in relazione alla disciplina e all'organizzazione.

Nonostante alcuni elementi possano essere generalizzabili, l'efficace applicazione di modelli standardizzati è legata alla contestualizzazione per l'uso finale nelle dimensioni assistenziali perché è la variabilità stessa del protocollo che rappresenta il suo target di miglioramento<sup>27</sup>.

Dal 24 maggio 2011 l'applicazione del metodo SBAR nella trasmissione d'informazione nei punti di transizione è indicato dalla Procedura Aziendale del presidio ospedaliero



dell'Azienda U.L.S.S. 9, nel rispetto delle Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione – Programma di Accredimento di eccellenza canadese QMentum (Accreditation Canada).

Il metodo SBAR ( acronimo di “*Situation*”, “*Background*”, “*Assessment*”, “*Recommendation*” ) è una tecnica di comunicazione strutturata studiata per trasmettere una quantità notevole d'informazioni in modo breve e conciso<sup>13</sup>. Tale logica assicura la completezza dell'informazione, riduce la possibilità di un linguaggio eccessivo o troppo sintetico, consente di arrivare al focus del problema, permette di stabilire le aspettative su quanto sarà comunicato e come sarà comunicato.

Le quattro macrocategorie includono:

S – Situazione – Identificazione del paziente e motivo della comunicazione ( cosa sta succedendo );

B – Contesto – Breve storia clinico - assistenziale ;

A – Valutazione – Come si presenta il paziente in questo momento, quale penso sia il problema;

R – Raccomandazioni – Che interventi sono da fare<sup>25</sup>.

Questo strumento è stato applicato per la prima volta in ambito militare, in risposta alla necessità degli ufficiali dei sottomarini di comunicare in modo chiaro, efficace e completo in situazioni ordinarie e di pericolo<sup>23</sup>. Michael Leonard, anestesista statunitense, è stato il primo medico ad importare la metodologia in ambito sanitario per migliorare la qualità delle cure mediche<sup>26</sup>.

In letteratura è possibile trovare numerosi studi che dimostrano e supportano l'efficacia del metodo SBAR come standard assistenziale nella cura del paziente.

Uno studio prospettico pubblicato nel 2014, svolto in due cliniche anestesiolgiche in Svezia, ha messo a confronto un anno di consegne infermieristiche senza l'utilizzo di una metodologia standardizzata con un anno di osservazioni con l'utilizzo della logica SBAR: quest'ultima ha ridotto gli errori di comunicazione dal 31 al 11%<sup>5</sup>. L'applicazione del metodo SBAR migliora la forza dell'equipe infermieristica intesa sia come soddisfazione degli infermieri sull'efficacia del proprio operato sia come validità della comunicazione tra

i membri del team<sup>1</sup>. L'applicazione di una logica standard rende gli infermieri più sicuri del proprio operato, più consapevoli dell'importanza di una comunicazione corretta e completa e del lavoro d'equipe<sup>2</sup>.

Nella dimensione assistenziale pediatrica, indipendentemente dall'età del piccolo utente, i pazienti sono da considerarsi più vulnerabili rispetto all'adulto perché oltre ad essere malati, hanno una limitata capacità di comprendere la malattia, i trattamenti cui sono sottoposti e di esprimere i propri bisogni assistenziali<sup>4</sup>.

La continuità delle cure che solo un corretto e completo passaggio di informazioni nei punti di transizione può garantire, risulta più che mai necessaria in un contesto assistenziale in cui l'utente non è in grado di esprimere i propri sintomi<sup>29</sup>.

Contestualizzando la letteratura alla realtà clinica, il problema che è emerso in Terapia Intensiva Neonatale è che il passaggio delle informazioni tra gli infermieri, nei punti di transizione, avviene senza l'utilizzo di una modalità condivisa e formalizzata.

Lo studio qualitativo osservazionale prende corpo nel progetto dipartimentale che ha come obiettivo l'introduzione, a partire da Gennaio 2016, di una consegna standardizzata nel Dipartimento Materno Infantile del presidio ospedaliero di Treviso azienda ULSS 9.

Lo studio è focalizzato nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale che fa parte del Dipartimento Materno Infantile.

L'Unità Operativa fornisce assistenza e cura dei neonati pretermine e a termine affetti da patologie gravi legate alla prematurità anche estrema e alle complicanze perinatali. Prende in carico circa 400 neonati/anno, dei quali oltre 90 neonati/anno sono di peso inferiore ai 1500 g.

Dispone di 29 posti letto suddivisi nei settori: "Intensivo", "Post-Intensivo" e "Pre – Dimissioni".

In particolare:

- il nucleo "Intensiva" accoglie neonati altamente pretermine fino alla trentatreesima/trentaquattresima settimana di età gestazionale e fornisce assistenza a tutti i neonati critici: intubati, asfittici, post intervento chirurgico;
- il nucleo "Post Intensiva" accoglie neonati dalla trentatreesima / trentaquattresima settimana di età gestazionale con peso superiore a 1500 g. Neonati da tenere in

osservazione ma non critici: non intubati in Ncpap o in occhialini, trasferiti dal nido per osservazione di *distress* respiratorio o prima di un intervento chirurgico.

Sono accolti anche neonati post intervento chirurgico qualora non siano disponibili posti letto nel settore “Intensiva”. Il trasferimento dal settore “Intensiva” al settore “Post Intensiva” avviene quando il neonato presenta parametri vitali stabili e peso superiore a 1000 g;

- il nucleo “Pre – Dimissione” accoglie tutti i neonati sopra la trentacinquesima settimana di età gestazionale che non necessitano di ossigenoterapia. Generalmente sono trasferiti dal nido per riscontro di ipoglicemia o ittero.

Sono spostati dal settore “Post – Intensiva” quelli stabili che hanno superato la trentacinquesima settimana di età gestazionale con peso sopra i 2000gr. Non devono presentare cateteri venosi centrali ( CVO o PIC ) ma solo cateteri venosi periferici;

- i “Box” accolgono neonati con infezione certa o sospetta o casi clinici che necessitano di gestione particolare.

L’equipe infermieristica è composta da trentaquattro infermiere.

## **SCOPO DELLO STUDIO**

Lo studio di tipo qualitativo osservazionale ha avuto come obiettivo quello di valutare le modalità, i contenuti e le tempistiche delle informazioni trasmesse dall'equipe infermieristica nei punti di transizione, nonché esaminare la qualità percepita delle informazioni ricevute dagli infermieri.

Lo studio è stato condotto da luglio a settembre 2015 nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale del presidio ospedaliero di Treviso azienda ULSS 9.

## MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo qualitativo osservazionale, si è sviluppato in quattro fasi.

La **prima fase** ha avuto lo scopo di individuare le informazioni specifiche sufficienti e necessarie che gli infermieri dovevano trasferire nei punti di transizione, nel rispetto della metodologia SBAR.

Le informazioni peculiari per il contesto sono emerse da una revisione della letteratura e successivamente dalla discussione di un *Focus Group* d'infermieri esperti.

La ricerca bibliografica è stata svolta usando diversi motori di ricerca, in particolare PubMed e PMC. Sono stati applicati gli operatori booleani *AND* e *OR*.

Le parole chiave utilizzate sono state : *handoff, handover, nursing, strategies, pediatric, organizational models*. Inoltre per ricercare i metodi utilizzati per verificare la qualità delle consegne e il processo di creazione della consegna standardizzata, in particolare nella realtà pediatrica, sono state prese in considerazione le linee guida della Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations ( JCAHO ) e le indicazioni della Procedura Aziendale PR-A 37, nel rispetto delle Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione – Programma di Accreditamento di eccellenza canadese QMentum ( Accreditation Canada ).

Il *Focus Group* si è svolto il 13 luglio 2015, dalle ore 14.30 alle ore 16.30. In una riunione d'equipe le due infermiere responsabili del progetto dipartimentale hanno presentato il programma e l'incontro, descrivendone l'obiettivo. Oltre alle due moderatrici il gruppo era costituito da otto infermiere dell'Unità Operativa e due osservatori esterni alla realtà clinica. Compito delle moderatrici era quello, attraverso domande strutturate, di sondare le impressioni dei partecipanti sul processo di consegna che è attualmente in corso e quali gli *item* imprescindibili da inserire nello strumento operativo per renderla migliore. Sono state adottate domande inizialmente generiche ( ad esempio: “Come avviene in questo momento la vostra consegna non standardizzata?” – “ Se pensi a una consegna Povera/Buona quali informazioni hai/non hai ricevuto?” ) e poi domande sempre più specifiche ( ad esempio: “Cosa desideri cambiare?” – “Cosa manca nella consegna?” ) .

Gli osservatori sono stati, invece, incaricati di descrivere le modalità relazionali del gruppo ( ad esempio: “ Esiste un leader?” - “Tutti i partecipanti hanno espresso la loro opinione?” - “ è presente rispetto e ascolto reciproco?” ).

I dati e le osservazioni sono stati inizialmente riportati sul cartellone e successivamente a computer.

La **seconda fase** aveva l'obiettivo di elaborare la griglia di osservazione e il questionario sulla qualità percepita delle consegne infermieristiche.

La griglia di osservazione ( Allegato 1 ) è stata articolata in una tabella nella quale sono riportati:

- Unità Operativa., Settore, Giorno e Turno osservati;
- una scala per valutare se viene rispettato l'ordine della sequenza SBAR;
- i quattro campi del metodo SBAR ( "*Situation*", "*Background*", "*Assessment*", "*Recommendation*" ) con i relativi *item*.

Nello specifico:

- la "*Situation*" comprende: nome e cognome, data di nascita, età gestazionale, diagnosi d'ingresso e peso;
- il "*Background*" : storia clinica medica/chirurgica, indagini diagnostiche urgenti, visite specialistiche, intubazione, surfattante, ipotermia, disturbi psicologici/ problemi familiari e allergie;
- l'"*Assessment*": parametri vitali, gestione delle vie respiratorie, origine e caratteristiche di secrezioni ed espettorato, gestione cardiocircolatoria, linee d'infusione, farmaci in infusione, interventi chirurgici eseguiti, drenaggi presenti, stomie: caratteristiche stoma e gestione stomia, ferite/medicazioni, valutazione e modifiche della terapia antalgica, alimentazione: *gavage*/digiuno/biberon/seno/ alimentazione mista, vomito/rigurgito e sue caratteristiche, diuresi, scariche, caratteristiche addome, gestione dei genitori: cambio del pannolino / bagnetto / *kangaroo care*/alimentazione con biberon o seno/gestione stomia, fototerapia, stato psicomotorio;
- le "*Recommendation*": interventi diagnostici in sospenso, esami di laboratorio/ equilibrio acido base in sospenso, trattamento terapeutico in corso ( emotrasfusioni ),

risultati esami di laboratorio/equilibrio acido base, referti vari, istruire/educare i genitori, ulteriori accertamenti/controlli, monitoraggio continuo, trasferimenti di reparto/ospedale, dimissione/comunicare con i genitori/familiari.

Il questionario ( Allegato 2 ) è stato strutturato in una griglia nella quale sono riportate le voci: chiarezza, completezza e precisione, a inizio e fine turno.

Nella **terza fase** sono avvenute l'osservazione diretta e la somministrazione dei questionari. È stato stabilito un minimo di 250 osservazioni di passaggio verbale d'informazioni nei punti di transizione tra gli infermieri. Gli infermieri sono stati informati della presenza dell'osservatore e della finalità delle osservazioni nella riunione d'equipe nella quale era stato presentato il progetto dipartimentale e il *Focus Group*.

Sono state stabilite come punti di transizione le fasce orarie: 6.45/7.15 ( al termine del turno di notte ), 13.45/14.15 ( al termine del turno di mattina ) e 21.45/22.15 ( al termine del turno di pomeriggio ).

Le osservazioni dovevano essere svolte nelle tre fasce orarie e nei tre settori in cui è suddivisa l'Unità Operativa: "Intensiva", "Post – Intensiva", "Pre – Dimissioni".

L'osservatore, prima di ogni valutazione, si è assicurato che gli infermieri coinvolti fossero a conoscenza del significato delle sue osservazioni. Tali osservazioni sono state realizzate apportando, sulla griglia di osservazione, una "X" qualora l'informazione fosse riferita secondo il *gold standard* della griglia di osservazione; un trattino "/" qualora l'informazione fosse riferita in maniera incompleta; l'assenza di dicitura, invece, veniva apposta qualora l'informazione non fosse riferita.

Al termine di ogni osservazione l'osservatore ha consegnato, all'infermiere che ha ricevuto le consegne, il questionario sulla qualità percepita delle consegne ricevute.

È stato richiesto di apporre un punteggio da 1 a 5 su ciascuna voce ( il valore 1 corrisponde a per niente buono e 5 corrisponde a molto buono ) a inizio e fine turno e di riporre il questionario in una busta chiusa; la mancanza di dati identificativi ha garantito l'anonimato del giudizio.

Nella **quarta fase**, tramite il programma Microsoft Excel, è stata eseguita l'analisi dei dati raccolti dalle osservazioni dirette e dalla compilazione dei questionari.

## RISULTATI

Le **osservazioni**, svolte da Luglio a Settembre, sono state 260. In particolare sono stati osservati:

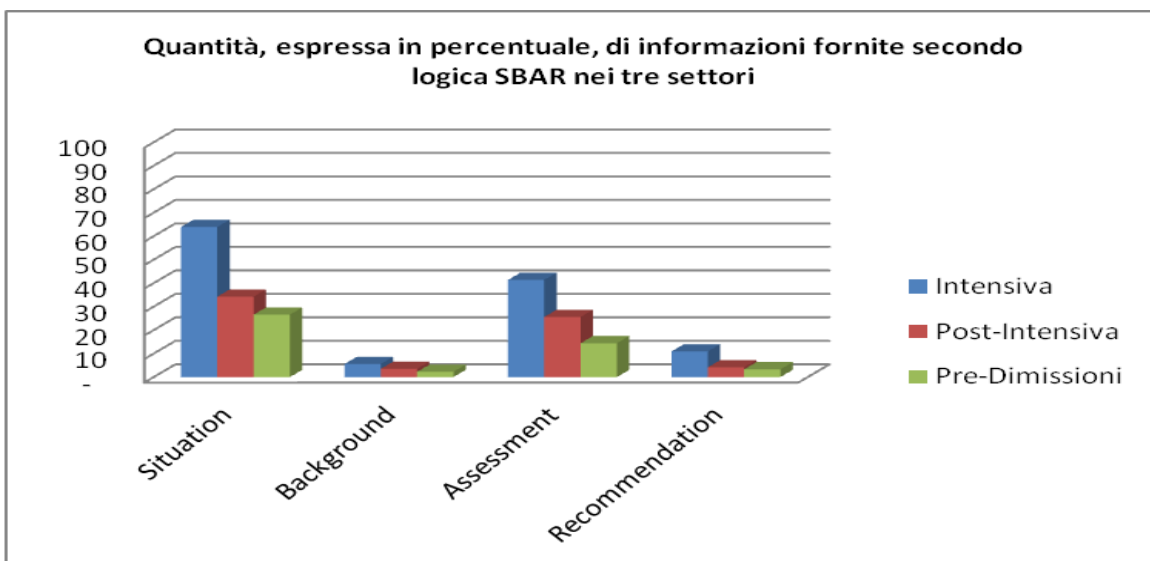
- 72 passaggi d'informazioni nel settore “ Intensivo”, nello specifico: 24 al termine del turno di mattina, 32 al termine del turno di pomeriggio, 16 al termine del turno di notte;
- 121 passaggi d'informazioni nel settore “ Post- Intensivo”, nello specifico: 52 al termine del turno di mattina, 35 al termine del turno di pomeriggio, 34 al termine del turno di notte;
- 67 passaggi d'informazioni nel settore “ Pre – Dimissioni”, nello specifico: 32 al termine del turno di mattina, 23 al termine del turno di pomeriggio, 12 al termine del turno di notte.

La rotazione nelle tre fasce orarie e nei tre settori in cui è suddiviso il reparto ha permesso di analizzare le modalità di passaggio d'informazioni nei punti di transizione di venticinque infermiere, ovvero del 71,4 % dell'equipe infermieristica dell'Unità Operativa.

Le consegne infermieristiche sono trasmesse al letto del paziente nella totalità delle osservazioni.

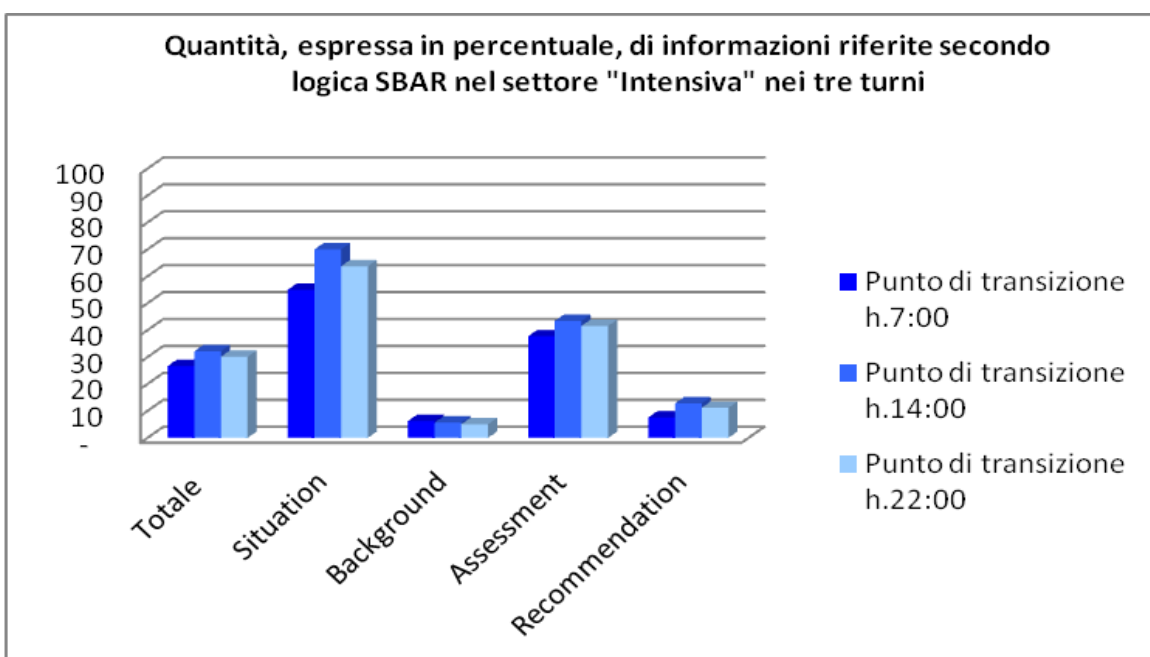
Considerando il rapporto tra le informazioni trasmesse e quelle previste, inserite nella scheda di osservazione, l'area ”Intensiva” è quella in cui sono riferite più informazioni ( 30 % ); seguono, in ordine, “Post – Intensiva” ( 17 % ) e “Pre – Dimissioni” ( 11 % ).





**Immagine 1**

Andando ad analizzare, invece, la quantità d'informazioni trasmesse secondo la logica SBAR, ( immagine 1 ) è possibile osservare come la maggior parte delle informazioni riguardi la "Situation" ( da un 64 % in "Intensiva" a un 27 % in "Pre - Dimissioni" ), seguono l'"Assessment" ( da un 41 % in "Intensiva" a un 14 % in "Pre - Dimissioni" ), le "Recommendation" ( da un 11% in "Intensiva" a un 3 % in "Pre - Dimissioni" ) e il "Background" ( da un 6% in "Intensiva" a un 2 % in "Pre - Dimissioni" ).



**Immagine 2**

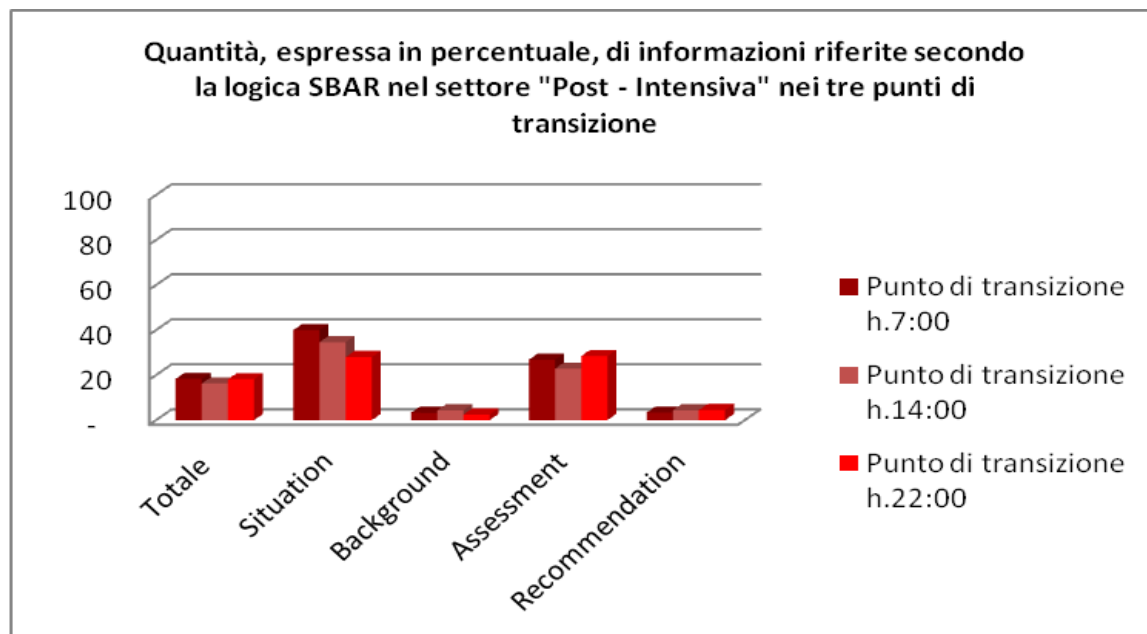
In particolare, per ciascun settore, sono state messe a confronto le tre fasce orarie.

L'immagine 2 rappresenta la quantità, sempre espressa in percentuale, d'informazioni trasmesse secondo la logica SBAR nel nucleo "Intensiva".

Sul totale le informazioni trasmesse al termine dei tre turni sono pressoché omogenee: da un 32 % al termine del turno di mattina a un 27 % d'informazioni trasmesse al termine del turno di notte.

La maggior parte delle informazioni riguarda la "Situation" ( da un 70% al termine del turno di mattina a un 55% al termine del turno di notte ) e l'"Assessment" ( da un 43 % al termine del turno di mattina ad un 38 % al termine del turno di notte ).

Le informazioni inerenti alle "Recommendation" e al "Background", invece, sono in media inferiori al 10 % .



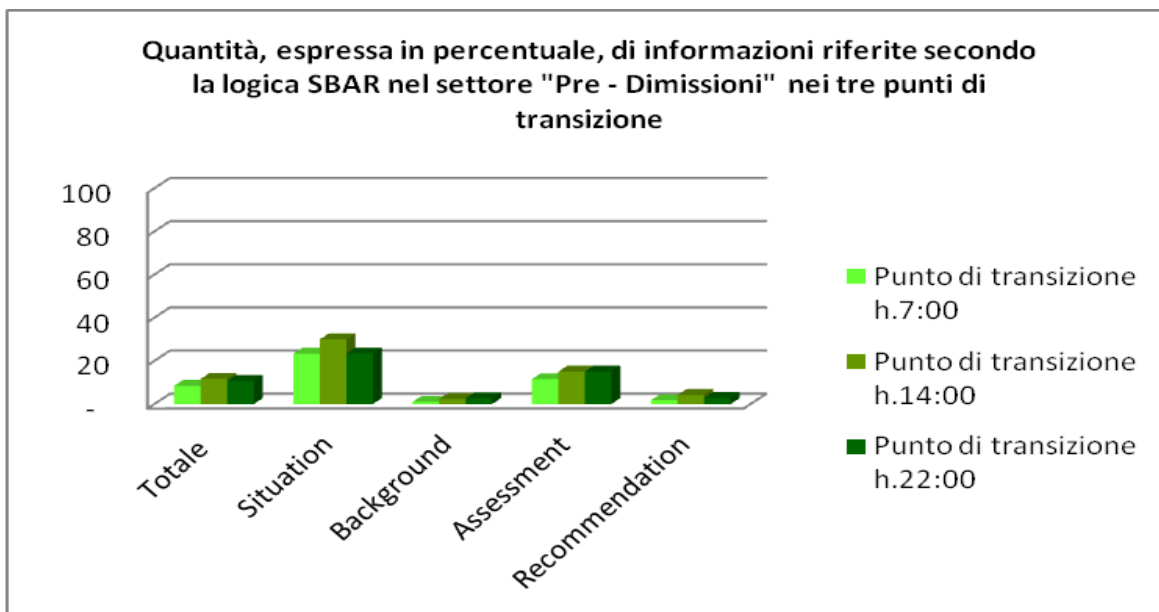
**Immagine 3**

La quantità d'informazioni trasmesse nei tre punti di transizione del nucleo "Post – Intensiva" sono analizzate nell'immagine 3. Anche in questo nucleo, sul totale, le informazioni trasmesse al termine dei tre turni sono pressoché omogenee: 18% al termine del turno pomeridiano e notturno, 16 % al termine del turno di mattina.

Le informazioni riferite non superano per nessuna macroarea il 40%.

La maggior parte delle informazioni riguarda la “*Situation*” ( da un 40% al termine del turno di notte 35% a un 28% al termine del turno di pomeriggio ) e l’”*Assessment*” ( da un 28% al termine del turno di pomeriggio ad un 23% al termine del turno di mattina ).

Le informazioni inerenti alle “*Recommendation*” e al “*Background*” sono sempre inferiori al 5 %.

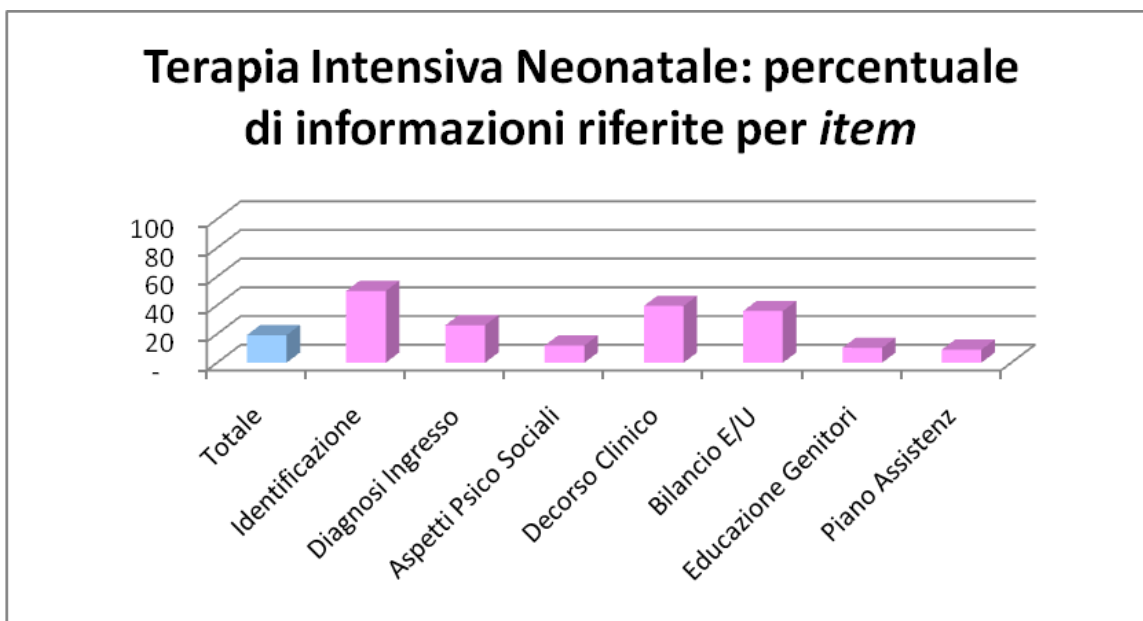


**Immagine 4**

Anche nel nucleo “Pre – Dimissioni”, come emerge dall’immagine 4, sul totale le informazioni trasmesse al termine dei tre turni sono pressoché omogenee. Il turno al termine del quale sono trasmesse più informazioni è il turno di mattina ( 12% ), seguono il turno pomeridiano ( 11% ) e quello notturno ( 8% ).

Le informazioni riferite non superano per nessuna macroarea il 30 %.

La maggior parte delle informazioni riguarda la “*Situation*” ( da 30% al termine del turno di mattina a un 23% al termine del turno di pomeriggio e di notte ) e l’”*Assessment*” ( da un 15% al termine del turno di mattina e di pomeriggio a un 12% al termine del turno di notte ). Le informazioni inerenti alle “*Recommendation*” e al “*Background*” non superano mai il 5 %. Le raccomandazioni al termine del turno di notte sono riferite solo nell’1 % dei casi.

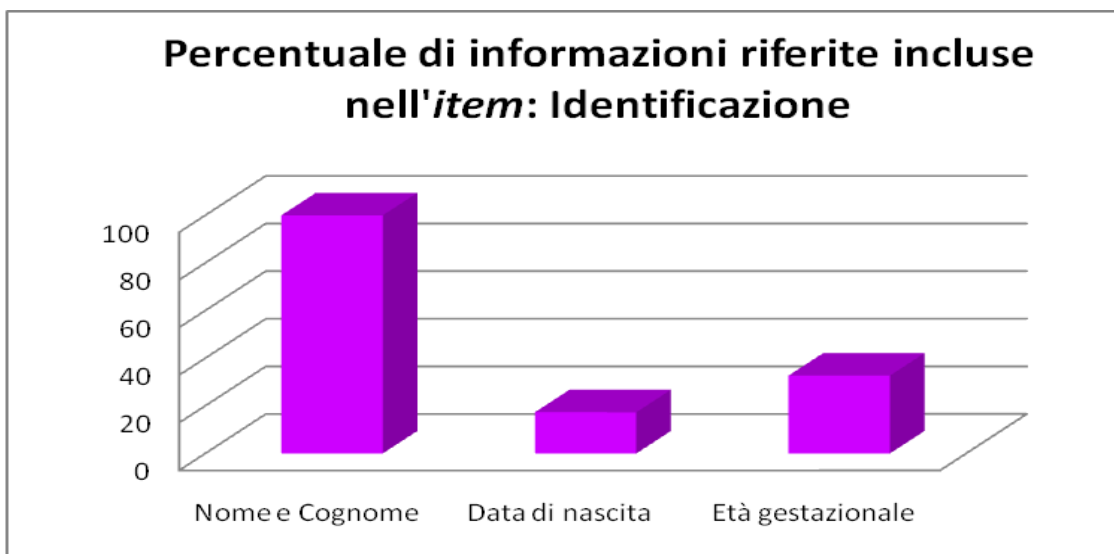


#### Immagine 5

In Terapia Intensiva Neonatale sono riferite il 19 % delle informazioni previste ( immagine 5 ).

Gli item con meno del 5 % delle informazioni riferite non sono rappresentati ma sono stati presi in considerazione nel conteggio totale. Tali voci, seguendo l'ordine SBAR, sono: storia clinica ( 2 % ), consulenze ( 4% ), trattamenti ( 3 % ), allergie ( 0% ), scenario assistenziale ( 4 % ), valutazione terapia analgesica( 4% ) e i problemi assistenziali aperti ( 4% ).

Ricordando che il passaggio d'informazioni avviene alla culla del bambino, l'osservazione ha fatto emergere che l'“ identificazione” avviene nel 50% dei casi. Essa, come rappresentato nell'immagine 6, include il “nome e cognome” ( 100 % ), la data di nascita ( 17% ) e l'età gestazionale ( 33% ).



**Immagine 6**

Per quanto riguarda il decorso clinico sono trasmesse in totale il 40 % delle informazioni previste, con grande variabilità tra i settori: da un 82% in “Intensiva” al 4% in “Pre – Dimissioni”.

Per quanto concerne le informazioni riguardanti il bilancio idro – elettrolitico l’“alimentazione” è riferita nel 100% delle osservazioni, l’“evacuazione” nel 97%, la “diuresi” è riferita nel 79%.

La “diagnosi d’ingresso” è riferita e sono presenti notevoli differenze tra i nuclei: dal 69% in “Intensiva” al 5% in “Pre – Dimissioni”.

Seguono informazioni inerenti eventuali “problemi della famiglia” ( 12 % nel totale, dal 15% in “Post – Intensiva” all’1 % in “Intensiva” ); l’“educazione ai genitori” ( 10 % nel totale, dal 12% in “Post – Intensiva” al 6% in “Intensiva” ) e il “piano assistenziale” ( 9 % nel totale, dal 19% in “Intensiva” al 4% in “Pre – Dimissioni” );

Le interruzioni si sono verificate nel 3 % delle osservazioni, tutte nel nucleo “Pre – Dimissioni”.

L’ordine SBAR, inteso come rispetto della sequenzialità e della completezza delle informazioni riferite per macroarea, è stato rispettato nel 5 % dei casi ( 8% in “Intensiva”, 7% in “Pre – Dimissioni”, 1 % in “Post – Intensiva” ).

Nella maggior parte delle osservazioni ( 95% ) o mancava completamente almeno una macrocategoria ( 80% dei casi ), oppure erano riferite in ordine diverso da quello SBAR ( 20 % dei casi ).

La media aritmetica del tempo dedicato al passaggio d'informazioni per ciascun paziente è stata di due minuti.

La media aritmetica del **questionario** sulla qualità percepita delle consegne fa emergere un punteggio di 4.25 su 5.

In particolare:

- 4.25 su 5 per la voce chiarezza;
- 4.32 su 5 per la voce precisione;
- 4.18 su 5 per la voce completezza.

## CONCLUSIONI

L'analisi dei dati raccolti tramite le osservazioni dirette ha fatto emergere che, in Terapia Intensiva Neonatale, nel passaggio di consegne verbali, sono trasmesse solo il 20 % delle informazioni previste dal gruppo di lavoro, a fronte di una percezione molto buona della qualità delle informazioni ricevute ( punteggio medio di 4.25 su 5 ).

A questo punto sorge spontanea una domanda: perché il passaggio d'informazioni nei punti di transizione è valutato dagli infermieri come buono / ottimo benché lo strumento di osservazione faccia emergere lacune?

Due sono gli aspetti da considerare. Il primo è che le informazioni così come trasmesse siano veramente sufficienti per garantire la continuità assistenziale e che quelle previste dallo strumento siano ridondanti o eccessive: scopo di questo studio, ovviamente, non è stato quello di valutare l'impatto che la qualità/quantità delle informazioni fornite ha sugli esiti assistenziali.

Il secondo aspetto, in netta antitesi con il primo, è che potrebbe essere presente un bias importante legato al fatto che gli infermieri non si sentissero liberi di esprimere un giudizio veritiero sulla qualità delle informazioni ricevute.

Per valutare in modo più obiettivo quest'ultimo aspetto c'è da considerare che questo lavoro è nato dall'esigenza del gruppo assistenziale poiché il percepito del team era che talvolta venivano a mancare informazioni importanti.

Un altro punto di attenzione riguarda le informazioni riferite in meno del 5 % delle osservazioni. Informazioni ritenute necessarie dal gruppo di lavoro, quali ad esempio: la "storia clinica", le "consulenze" ( che includono al suo interno: "indagini diagnostiche urgenti" e "visite specialistiche" ), i "trattamenti" ( "intubazione", "surfattante", "ipotermia" ), le "allergie", lo "scenario assistenziale"( "interventi chirurgici eseguiti", "post operatorio", "drenaggi presenti", "ferita e/ o medicazione" ), la "valutazione della terapia analgesica" e i "problemi assistenziali aperti" ( " interventi diagnostici/esami di laboratorio in sospeso", "trattamento terapeutico in corso", "referti", "istruire/educare i genitori" ).

Il fatto che siano trasmesse in minima percentuale significa che non sono necessarie o che non siano comprese come tali?

Nel primo caso si può ipotizzare di eliminarle per snellire lo strumento e dare maggiore rilievo alle voci necessarie; nel secondo sarà opportuno indagare ulteriormente con il gruppo infermieristico sul perché tali informazioni non siano ritenute importanti e dare avvio, ad esempio, ad azioni mirate informative e/o formative.

Per cercare di comprendere perché le “Recommendation”, ossia gli interventi assistenziali da realizzare nel turno successivo, siano state trasmesse solo nel 6 % delle osservazioni ( da un 11% in “Intensiva” a un 3 % in “Pre – Dimissioni” ) è necessario condurre un’analisi puntuale del contesto.

Da questa emerge che molte delle attività assistenziali sono definite da protocolli e/o procedure e quindi diventa ridondante o non indispensabile il trasmettere indicazioni già implicite ( ad esempio per quanto riguarda le modalità di monitoraggio o alimentazione del bimbo, queste essendo già state ampiamente condivise sono realizzate in modo sistematico). Inoltre il trasmettere le consegne infermieristiche alla culla dell’utente fa sì che l’infermiere abbia la possibilità di riconoscere il piccolo paziente e di valutare seduta stante la presenza di SNG, la modalità di ventilazione, la presenza di accessi venosi.

Per quanto riguarda le informazioni trasmesse in più del 5 % dei casi, ( immagine 1 ), sono presenti differenze più o meno sostanziali nei tre settori: questo probabilmente è dovuto alla diversa complessità assistenziale e intensità clinica dei piccoli pazienti.

In particolare, nell’area “Intensiva”, sono svolte un numero maggiore di attività diagnostico – terapeutiche rispetto alle altre due aree e questo spiega il numero maggiore d’informazioni riferite per tale *item*.

Oltretutto va tenuto presente che il metodo SBAR è nato per trasmettere informazioni in situazioni di urgenza – emergenza<sup>26</sup>, pertanto il maggior utilizzo in un nucleo ad alta criticità è uniforme a quanto descritto dalla letteratura.

Questo è testimoniato anche dal fatto che, sia in “Intensiva” che in “Pre – Dimissioni” ( immagine 2 e 4 ), il turno al termine del quale sono trasmesse più informazioni è proprio il turno di mattina nel quale, generalmente, sono effettuate maggiori attività diagnostico – terapeutiche per rispettare le tempistiche della *care neonatale*.



La possibilità di adattare un metodo standard alle caratteristiche delle realtà cliniche rappresenta una possibilità di miglioramento dello strumento stesso<sup>27</sup> e quindi l'equipe infermieristica potrà valutare di contestualizzare il metodo alle esigenze dei tre settori.

Ad esempio, nel nucleo "Pre – Dimissioni", il piccolo paziente non presenta più condizioni cliniche di criticità e non sono accolti utenti con cateteri venosi centrali, pertanto le voci inerenti al monitoraggio intensivo potrebbero essere eliminate.

Un altro spunto di riflessione è dato dall'identificazione dell'utente, che la letteratura intende in senso ampio come nome e cognome, età gestazionale e data di nascita.

Tale *item* ( immagine 6 ) è riferito da un 62% dei casi nell'area "Intensiva" a un 41% nell'area "Pre - Dimissione". Il decrescere delle percentuali è legato fondamentalmente a due aspetti: in primo luogo le consegne sono trasmesse sempre alla culla del piccolo paziente e questo permette all'infermiere di non aver dubbi su quale sia l'utente che sta prendendosi in carico; in secondo luogo quei neonati che permangono in Unità Operativa anche per settimane, sono trasferiti nei tre settori e sono considerati come utenti "noti". Questo è il motivo per cui, al di là del "nome e cognome", riportato nel 100 % delle osservazioni, la "data di nascita" e l' "età gestazionale" presentano una sostanziale differenza tra i tre nuclei.

Discorso analogo è possibile effettuarlo per la "diagnosi d'ingresso": riferita nel 69% dei casi in "Intensiva" e solo nel 12% e 5% in "Post – Intensiva" e "Pre – Dimissioni".

Alla luce di queste valutazioni l'equipe potrà interrogarsi se ritenere prioritario trasmettere l'identificazione completa con il rischio di essere ripetitivi o limitarsi al solo nome e cognome con il rischio che alcune informazioni importanti siano perse.

Per quanto riguarda il passaggio d'informazioni inerenti alla figura dei genitori, quello che emerge dall'analisi dei dati è che l'educazione dei genitori non è mai riferita in più del 14 % delle osservazioni benché sia svolta quotidianamente.

Il metodo SBAR prevede la descrizione di tale attività nell'"Assessment" ( "Gestione autonoma dei genitori: cambio del pannolino e bagnetto, *Kangaroo Mother Care*, alimentazione al seno, al biberon, mista e gestione della stomia" ) e l'indicazione a eseguirla nelle "*Recommendation*" ( "Comunicare con i genitori/familiari" e "Istruire/Educare i genitori" ).

La domanda che ci si pone è, quindi, che peso dare a questo *item*?

Per rispondere a questo interrogativo si può ipotizzare di svolgere un intervento informativo – formativo in modo tale che l'equipe infermieristica dia una risposta alla domanda e al tempo stesso sia svolto un dibattito sull'importanza di trasmettere informazioni inerenti all'educazione e la comunicazione con i genitori.

Il comunicare l'intervento educativo eseguito, infatti, favorisce la continuità assistenziale evitando di ripetere informazioni già note ( con conseguente perdita di “tempo assistenziale” ) e rendendo più forte il rapporto di fiducia e alleanza con i genitori.

Anche se l'intervento dei genitori può essere minimo nei casi di elevata complessità assistenziale, tale dimensione assume rilevanza soprattutto in previsione di una gestione autonoma del piccolo a domicilio.

Per semplificare le informazioni da trasmettere si potrebbero accorpate gli *item* in un'unica voce “Educazione e Comunicazione con i genitori” .

Sulla base dei dati emersi da questo studio, il team potrebbe cogliere l'occasione per confrontarsi e comprendere se quell'80% dei casi in cui le consegne infermieristiche mancavano d'informazioni in almeno una macrocategoria rappresentino una mancanza effettiva ( ad esempio non è riferito l'ECG effettuato durante il turno ) o se le informazioni non presenti siano date per scontate perché svolte con sistematicità e quotidianamente. Inoltre è possibile ragionare se il rispetto di una sequenza predefinita, possa divenire una risorsa perché fornisce uno schema che rende più difficile tralasciare informazioni importanti.

Il fatto che nell'area “Pre – Dimissioni” la sequenza sia rispettata solo nell'1 % delle osservazioni è un' ulteriore prova della necessità di contestualizzare lo strumento ai tre scenari assistenziali.

Un altro punto di attenzione per l'equipe infermieristica è che il tempo standard impiegato per la trasmissione d'informazioni per ciascun neonato è di due minuti in tutti e tre i settori, quindi è indipendente dalla criticità del piccolo paziente. Questo significa che allo stesso tempo sono riferiti un quantitativo e una complessità d'informazioni notevolmente differente.

### ***LIMITI DELLO STUDIO:***

Lo studio presenta i seguenti limiti:

- benché prenda in analisi un buon campione ( 260 osservazioni totali ), le osservazioni per ciascun settore risultano relativamente modeste;
- è stato preso in considerazione solo il passaggio di informazioni verbali e non le consegne infermieristiche scritte;
- è presente un *bias* legato alla valutazione della qualità percepita delle consegne da parte degli infermieri che rimane un aspetto da indagare.

### ***SVILUPPI FUTURI:***

I dati raccolti, rielaborati con il programma Microsoft Excel, serviranno per formulare una SBAR contestualizzata all'Unità Operativa che si stima possa essere strumento operativo da Gennaio 2016, dopo un periodo di sperimentazione nei mesi di Novembre e Dicembre 2015.

Un ulteriore studio può essere eseguito sulla valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica prima e dopo l'applicazione del metodo SBAR nei punti di transizione.

Inoltre potrebbe essere presa in considerazione una ricerca *ad hoc* per valutare la qualità percepita delle informazioni trasmesse e ricevute e un'analisi delle consegne infermieristiche scritte.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Martin HA, Ciurzynski SM. Situation, Background, Assessment, and Recommendation-Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. *J Emerg Nurs* 2015 Jul 1.
- 2) Kotsakis A, Mercer K, Mohseni-Bod H, Gaiteiro R, Agbeko R. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. *J Interprof Care* 2015 Jul;29(4):392-394.
- 3) Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. *Am J Med Qual* 2014 Oct 1.
- 4) Novak K, Fairchild R. Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. *J Pediatr Nurs* 2012 Dec;27(6):760-762.
- 5) Randmaa M, Martensson G, Leo Swenne C, Engstrom M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014 Jan 21;4(1):e004268-2013-004268.
- 6) Wentworth L, Diggins J, Bartel D, Johnson M, Hale J, Gaines K. SBAR: electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients. *J Nurs Care Qual* 2012 Apr-Jun;27(2):125-131.
- 7) Meißner A, Hasselhorn HM, Estryng-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5): 535-42.
- 8) Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M, Dudzik-Urbaniak E, et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. *BMJ Qual Saf* 2012 Dec;21 Suppl 1:i89-96.
- 9) Toccafondi G, Albolino S, Tartaglia R, Guidi S, Molisso A, Venneri F, et al. The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. *BMJ Qual Saf* 2012 Dec;21 Suppl 1:i58-66.
- 10) IPASVI / ECM / Rivista L'Infermiere / Rivista L'Infermiere N°4 - 2014 / Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla ricerca di opportunità di miglioramento - Rivista L'Infermiere N°4.
- 11) Il codice deontologico dell'Infermiere 2009. Articolo 1
- 12) Decreto 739/94 : Il Profilo Professionale dell'Infermiere. Articolo 1.
- 13) Accreditation Canada, Programma di Accreditamento Internazionale Qmentum, Pratiche Obbligatorie per l'Organizzazione, 2011.
- 14) Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Maizel A. Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. *J Clin Nurs* 2015 Feb;24(3-4):592-601.
- 15) Bulfone G., Sumathy M., Grubissa S., Palese A. Trasferire efficacemente informazione e responsabilità attraverso le consegne: revisione dell letteratura. *Assist Inferm Ric* 2012; 31: 91 – 101.
- 16) Kerr M. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio – tecnica perspective. *J Adv Nurs* 2002; 37:125-34.
- 17) Webster J. Practitioner centre research: an evaluation of implementation of bedside hand-over. *J Adv Nurs* 1999; 30:1375-82.

- 18) Il codice deontologico dell'Infermiere 2009. Articolo 4.7.
- 19) Il codice deontologico dell'Infermiere 2009. Articolo 27.
- 20) Il codice deontologico dell'Infermiere 2009. Articolo 4.8.
- 21) Il codice deontologico dell'Infermiere 2009. Articolo 4.6.
- 22) Il codice deontologico dell'Infermiere 2009. Articolo 3.1.
- 23) Michael Leonard, MD – New Mexico hospital Association. Effective Teamwork & Communication: The Path to Safe & Reliable Care. 2007.
- 24) Gordon M., Training on handover of patient care within UK medical schools. Medical Education Online,2013 11;18:1-5.
- 25) Azienda U.L.S.S. 9 Treviso. Procedura Aziendale PR-A 37. Gestione della comunicazione delle informazioni tra professionisti nei punti di transizione Rev. 1 del settembre 2014.
- 26) IHI – Institute for Healthcare Improvement. SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model. 2011.
- 27) Vineet A., M.D., M.A., Johnson J., M.S.P.H., Ph.D., A Model for Building a Standardized Hand - off Protocol. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2006.
- 28) Beverly O'Connell, Cherene Ockerby and Mary Hawkins. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. Journal of Clinical nursing 2013.
- 29) Debbie Popovich. 30-Second Head – to – Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. Pediatric Nursing March – April 2011.

## ALLEGATI

### ALLEGATO 1:REPORT RICERCA BIBLIOGRAFICA

BANCA DATI	PAROLE CHIAVE	ESITO RICERCA	FILTRI	DOCUMENTI SELEZIONATI
PubMed	“SBAR” and “PEDIATRIC”	7 risultati, 4 selezionati	/	1) Martin HA, Ciurzynski SM. Situation, Background, Assessment, and Recommendation-Guided Huddles Improve Communication and Teamwork in the Emergency Department. J Emerg Nurs 2015 Jul 1. 2) Kotsakis A, Mercer K, Mohseni-Bod H, Gaiteiro R, Agbeko R. The development and implementation of an inter-professional simulation based pediatric acute care curriculum for ward health care providers. J Interprof Care 2015 Jul;29(4):392-394. 3) Panesar RS, Albert B, Messina C, Parker M. The Effect of an Electronic SBAR Communication Tool on Documentation of Acute Events in the Pediatric Intensive Care Unit. Am J Med Qual 2014 Oct 1. 4) Novak K, Fairchild R. Bedside reporting and SBAR: improving patient communication and satisfaction. J Pediatr Nurs 2012 Dec;27(6):760-762.

PubMed	SBAR Communi cation tool	30 risultati, 2 selezionati	5 Years	5) Randmaa M, Martensson G, Leo Swenne C, Engstrom M. SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. <i>BMJ Open</i> 2014 Jan 21;4(1):e004268-2013-004268. 6) Wentworth L, Diggins J, Bartel D, Johnson M, Hale J, Gaines K. SBAR: electronic handoff tool for noncomplicated procedural patients. <i>J Nurs Care Qual</i> 2012 Apr-Jun;27(2):125-131.
PubMed	Nurse perception handovers	1 risultato	/	7) Meißner A, Hasselhorn HM, Estryng-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D (2007) Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 57(5): 535-42.
PubMed	Patient participati on handovers	10 risultati, 1 selezionato	5 Years	8) Flink M, Hesselink G, Pijnenborg L, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M, Dudzik-Urbaniak E, et al. The key actor: a qualitative study of patient participation in the handover process in Europe. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012 Dec;21 Suppl 1:i89-96.
PubMed	Handovers high acuity	3 risultati, 1 selezionato	5 Years	9) Toccafondi G, Albolino S, Tartaglia R, Guidi S, Molisso A, Venneri F, et al. The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012

				Dec;21 Suppl 1:i58-66.
PubMed	Handovers strategies	46 risultati, 1 selezionato	5 years	14) Drach-Zahavy A, Goldblatt H, Maizel A. Between standardisation and resilience: nurses' emergent risk management strategies during handovers. J Clin Nurs 2015 Feb;24(3-4):592-601.
Assistenza Infermistica e Ricerca	handover, organizzati onal models	1 risultato, 1 selezionato	/	15) Bulfone G., Sumathy M., Grubissa S., Palese A. Trasferire efficacemente informazione e responsabilità attraverso le consegne:revisione dell letteratura. Assist Inferm Ric 2012; 31: 91 – 101.
PMC	Responsability Handovers maternity care	20 risultati, 1 selezionato	5 years	16) Kerr M. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio – tecnica perspective. J Adv Nurs 2002; 37:125-34.
PMC	"Nursing" AND "Bedside Handover"	11 risultati, 1 selezionato	/	17) Webster J. Practitioner centre research: an evaluation of implementation of bedside hand-over. J Adv Nurs 1999; 30:1375-82.
PubMed	Nursing Handovers	Related Articles	/	23) Michael Leonard, MD – New Mexico hospital Association. Effective Teamwork & Communication: The Path to Safe & Reliable Care. 2007.  24) Gordon M., Training on handover of patient care within UK medical schools. Medical Education Online,2013 11;18:1-5.  26) IHI – Istitute for Healthcare Improvement. SBAR Technique for



				<p>Communication: A Situational Briefing Model. 2011.</p> <p>27) Vineet A., M.D., M.A., Johnson J., M.S.P.H., Ph.D., A Model for Building a Standardized Hand - off Protocol. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2006.</p> <p>28) Beverly O’Connell,Cherene Ockerby and Mary Hawkins. Construct validity and reliability of the Handover Evaluation Scale. Journal of Clinical nursing 2013.</p> <p>29) Debbie Popovich. 30-Second Head – to – Toe Tool in Pediatric Nursing: Cultivating Safety in Handoff Communication. Pediatric Nursing March – April 2011.</p>
--	--	--	--	--





	<b>Piano Assistenziale da mettere in atto</b>	Ulteriori Accertamenti/controlli (EAB; RX; Glicemie; etc..)																		
		Monitoraggio continuo (PA; Diuresi; Peso; etc...)																		
		Trasferimenti di reparto o d'Ospedale																		
		Dimissione																		
		Comunicare con i Genitori/familiari																		
	Istruire/Educare i Genitori																			
	<b>Altro/note</b>																			
			<b>CULLE/LETTINI N°</b>																	
<b>Tempo standard per neonato</b>																				
<b>Interruzioni</b>	<b>Domande</b>																			
	<b>Urgenze</b>																			
	<b>Telefono/suono di Allarmi</b>																			
		<b>Altro /note</b>																		
<b>*Informazioni riportate secondo la sequenza SBAR</b>	<b>S</b>																			
	<b>B</b>																			
	<b>A</b>																			
	<b>R</b>																			

**LEGENDA:**

X = informazione riferita secondo il gold standard della griglia di osservazione

/ = informazione riferita in maniera incompleta

Assenza di dicitura = informazione non riferita

\* Segnalare l'ordine con cui viene riportata la consegna per ogni paziente

**ALLEGATO 3: QUESTIONARIO**

**PER I COLLEGHI**

Caro collega, avremmo piacere e l' interesse di conoscere il tuo parere e il tuo punto di vista nel processo di consegna che hai ricevuto.

Lo scopo è quello di riconoscere se c'è la possibilità e/o la necessità di migliorare tale procedimento, perciò ci sarà molto utile la tua opinione che sarà utilizzata solo e unicamente per tale fine.

Dai il tuo parere indicando con una scala da 1 a 5 per ogni voce qui di seguito;  
Considera che il valore 1 corrisponde a per niente buono e 5 corrisponde a molto buono.

		1	2	3	4	5
<b>Qualità percepita della Consegna ricevuta  INIZIO turno</b>	Chiarezza					
	Precisione					
	Completezza					
<hr/>						
<b>Qualità percepita della Consegna ricevuta  FINE turno</b>	Chiarezza					
	Precisione					
	Completezza					

Se vuoi puoi segnalare eventuali lacune e/o imprecisioni e ulteriori note che ritieni utili:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ti ringraziamo per la collaborazione!