



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**LA QUALITÀ DELLA CONSEGNA INFERMIERISTICA:  
STUDIO OSSERVAZIONALE IN CINQUE UNITÀ  
OPERATIVE COMPLESSE DELL'AZIENDA OSPEDALE  
UNIVERSITÀ DI PADOVA**

Relatrice: Prof.ssa Cesaro Elisabetta

Laureanda: Schiavon Beatrice

(Matricola n. 2054014)

Anno Accademico 2023-2024





**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

*Scuola di Medicina e Chirurgia*

*Dipartimento di Medicina*

**Corso di Laurea in Infermieristica**

**LA QUALITÀ DELLA CONSEGNA INFERMIERISTICA:  
STUDIO OSSERVAZIONALE IN CINQUE UNITÀ  
OPERATIVE COMPLESSE DELL'AZIENDA OSPEDALE  
UNIVERSITÀ DI PADOVA**

Relatrice: Prof.ssa Cesaro Elisabetta

Laureanda: Schiavon Beatrice

(Matricola n. 2054014)

Anno Accademico 2023-2024



## **ABSTRACT**

Le consegne infermieristiche sono un momento fondamentale nel processo assistenziale di ogni paziente e hanno lo scopo di garantire la sicurezza e la continuità delle cure. Ogni mancanza, incomprensione o errore durante questa fase può avere conseguenze gravi. Dalla letteratura emerge che la scarsa qualità della comunicazione durante le consegne è una delle principali cause di incidenti legati alla sicurezza dei pazienti. Inoltre, pur esistendo diverse modalità di trasmissione delle informazioni, non ne viene imposta una comune per tutti. In generale, quindi, è facile rendere un passaggio di consegne scarsamente efficace, per esempio trasmettendo informazioni futili o poco chiare, a volte senza nemmeno rendersene conto.

L'elaborato analizza efficacia ed efficienza del passaggio di consegne in alcune Unità Operative Complesse (U.O.C.) dell'Azienda Ospedale Università di Padova: in un primo momento valutando il livello di soddisfazione e consapevolezza del campione esaminato (attraverso la somministrazione di un questionario online, creato sulla base della letteratura scientifica), poi osservando, descrivendo e analizzando la gestione delle consegne tra il turno mattutino e quello pomeridiano nelle stesse U.O.C. (tramite la compilazione di una scheda creata nel 2020 da Forde M.F.). Al termine della raccolta dati è stata fatta un'analisi statistica descrittiva, attraverso un sistema informatico: *Research Electronic Data Capture (REDCap)*.

Dai dati raccolti sono emerse le principali criticità: il mancato aggiornamento dell'intero staff (che quasi mai è presente durante lo scambio di consegne), i troppi pazienti in carico ad un unico infermiere (che vanno oltre sia la media nazionale che quella europea nel rapporto pazienti:infermiere), le diverse modalità di consegna che non permettono di avere un sistema comune, il fatto che quasi la totalità del campione esaminato non ha mai frequentato un corso di formazione sulle consegne, il tempo a disposizione che risulta insufficiente

e il fatto che i contenuti delle consegne spesso sono informazioni non essenziali e causa, o rischio, di errore.

Dall'analisi dei dati, nonostante il livello di soddisfazione generale del personale coinvolto sull'attuale modalità di consegne, appare chiaro come ci siano margini di miglioramento per ridurre le incomprensioni e poter aumentare la qualità delle informazioni condivise e del processo assistenziale. Ciò sarebbe possibile organizzando corsi di formazione e aggiornamento specifici sull'argomento, anche in un'ottica di poter utilizzare un metodo di trasmissione comune, almeno nella stessa Unità Operativa, come ad esempio il metodo delle consegne *bed-side*, il quale permette di focalizzare le informazioni essenziali e di trasmetterle in modo oggettivo.

**KEY WORDS:** consegne infermieristiche (*nursing handover*), consegne *bed-side* (*bedside handover*), comunicazione (*communication*), qualità dell'assistenza sanitaria (*health care quality*), errori (*errors*).

# INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>2. QUADRO TEORICO</b> .....	5
<b>2.1 Le consegne infermieristiche</b> .....	5
<b>2.2 Modalità di consegne</b> .....	7
<b>2.2.1 Consegna orale</b> .....	8
<b>2.2.2 Consegna scritta</b> .....	8
<b>2.2.3 Consegna audio-registrata</b> .....	9
<b>2.2.4 Consegna a letto del paziente</b> .....	9
<b>2.3 Risk management</b> .....	10
<b>3. SCOPO DELLO STUDIO</b> .....	13
<b>3.1 Obiettivo generale</b> .....	13
<b>3.2 Obiettivo specifico</b> .....	13
<b>4. MATERIALI E METODI</b> .....	15
<b>4.1 Disegno dello studio</b> .....	15
<b>4.2 Campionamento e setting</b> .....	15
<b>4.2.1 Criteri di inclusione/esclusione</b> .....	15
<b>4.3 Periodo di studio</b> .....	15
<b>4.4 Modalità di raccolta dati</b> .....	16
<b>4.4.1 Strumenti di misura</b> .....	16
<b>4.4.2 Analisi dei dati</b> .....	18
<b>5. RISULTATI</b> .....	19
<b>5.1 Prima parte – questionario conoscitivo</b> .....	19
<b>5.1.1 Analisi del campione degli intervistati</b> .....	19
<b>5.2 Seconda parte – osservazione delle consegne</b> .....	26
<b>6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b> .....	31
<b>6.1 Discussione</b> .....	31
<b>6.2 Conclusioni</b> .....	37
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	39
<b>ALLEGATI</b> .....	41





# 1. INTRODUZIONE

L'elaborato affronta un problema cruciale per la professione infermieristica: l'efficacia del passaggio di consegne, un momento essenziale per garantire la continuità delle cure e la sicurezza del paziente. Le consegne infermieristiche rappresentano non solo una pratica di routine, ma un aspetto vitale del processo assistenziale. Ogni errore o incomprensione durante questo passaggio può avere conseguenze gravi, come la frammentazione delle cure, ritardi nei trattamenti o persino errori medici, che incidono direttamente sulla qualità dell'assistenza fornita e sul benessere del paziente.

La rilevanza di questo tema si palesa in diversi contesti sanitari, dove le consegne inefficienti contribuiscono a un aumento degli eventi avversi e degli errori terapeutici.

Dall'esperienza personale vissuta negli ultimi tre anni, è risultato lampante come, a seconda dei diversi contesti in cui mi trovavo, venissero applicati metodi differenti di erogazione delle consegne: in particolare, poi, ogni operatore aveva un suo metodo di trasmettere le informazioni, i quali contenuti venivano selezionati dal singolo, senza pensare troppo se fossero informazioni realmente necessarie o no.

La letteratura sottolinea come la scarsa qualità della comunicazione durante il passaggio di consegne sia una delle principali cause di incidenti legati alla sicurezza dei pazienti (Parreira P., 2021). Inoltre, l'introduzione di metodi strutturati e standardizzati per il passaggio delle informazioni, come le consegne *bed-side* o l'aiuto della cartella informatizzata, è indicato come una delle soluzioni per migliorare il coordinamento tra i membri del team sanitario, ridurre il rischio di errore e aumentare l'efficienza del servizio (Osborne D., 2022).

Per la professione infermieristica, migliorare la gestione delle consegne non riguarda solo la sicurezza del paziente, ma anche l'ottimizzazione del flusso di lavoro, la riduzione del *burnout* degli infermieri e l'incremento della loro soddisfazione lavorativa. Infatti, una comunicazione chiara e strutturata

contribuisce a un ambiente di lavoro più collaborativo e meno stressante, con effetti positivi sia sui pazienti che sul personale (Parreira P., 2021).

Alla luce di questi aspetti, l'elaborato intende esplorare e analizzare come le modalità di consegne infermieristiche adottate all'interno di specifiche Unità Operative possano influire sull'efficacia della comunicazione tra operatori e sulla qualità dell'assistenza.

In un contesto in cui la gestione del rischio clinico è sempre più centrale, la ricerca sottolinea l'importanza di standardizzare le modalità di consegna, come suggerito dalle linee guida internazionali e dagli studi più recenti, per ridurre il margine di errore e migliorare la qualità dell'assistenza.

## 2. QUADRO TEORICO

L'infermiere è il professionista sanitario che *“agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile per il bene della persona e della collettività”*; è il professionista che *“sostiene la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e altri operatori”*; è la figura professionale che *“riconosce l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona”* (Codice Deontologico, 2019).

Ciò che permette all'infermiere di relazionarsi con altre figure sanitarie, che si rapportano con il paziente e che concorrono alla continuità delle sue cure, orientate al raggiungimento di uno stato di benessere, è la comunicazione.

Nel 2007, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) con il Communication during Patient Handovers ha dichiarato che *“per garantire la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra operatori, turni, reparto o setting (ospedale-territorio)”* e ha sottolineato che lo scopo del processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da una figura sanitaria ad un'altra, o tra strutture sanitarie, è quello di assicurare la continuità e la sicurezza delle cure.

La situazione principale che permette agli infermieri di relazionarsi inter-professionalmente è la consegna infermieristica: il momento dedicato al passaggio di informazioni aggiornate sul paziente, che permette agli infermieri di riunirsi ad ogni cambio turno e pianificare l'assistenza (Saiani L., Brugnolli A., 2020).

### 2.1 Le consegne infermieristiche

La consegna infermieristica consiste non solo nel trasferimento delle informazioni cliniche relative alla persona assistita da un professionista sanitario all'altro (*handover*), ma anche nella presa in carico nei confronti del paziente e delle sue condizioni.

La Joint Commission (2008) definisce come scopo principale della consegna quello di fornire informazioni sulla condizione clinica del paziente, sul trattamento in corso e le relative modifiche, sulle sue condizioni attuali e su ogni cambiamento prevedibile. In realtà, le potenzialità della consegna comunicativa sono molteplici: essa, infatti, consente di avere garanzie sulla realizzazione della continuità della cura, sulla protezione del paziente, favorisce l'apprendimento cooperativo e lo sviluppo della collaborazione nel gruppo fungendo da tecnica di sostegno per i membri dell'equipe e consente di mettere in atto un processo di formazione continua tra colleghi. Le consegne, pertanto, permettono non solo di pianificare e organizzare l'assistenza al paziente, ma di coordinare e far crescere tutte le risorse che si concentrano attorno ad esso. Zacks e Tversky (2001), infatti, suggeriscono di trasmettere in consegna, oltre alle informazioni, anche i problemi, ipotesi e possibili conseguenze per favorire lo sviluppo del pensiero critico degli operatori e sviluppare opportunità di crescita per l'equipe.

Lo scambio di consegne può essere realizzato in molteplici momenti nella storia assistenziale di un paziente (Pennini A., 2018), ad esempio:

- Al cambio turno
- Al trasferimento del paziente in un altro contesto assistenziale (intra- o inter-ospedaliero)
- Alla dimissione

In Italia, il rapporto medio tra pazienti-infermiere è 9.5:1 mentre la media Europea è 8:1. Entrambi i dati vanno ben oltre il rapporto definito come "ottimale", ovvero consono per garantire un'assistenza infermieristica sicura, stimato a 6:1 (Sasso L., 2019).

In letteratura, non viene indicato un luogo preciso da dedicare alla trasmissione delle consegne infermieristiche. Generalmente, i due modelli che vengono maggiormente utilizzati sono la trasmissione in un luogo non disturbato e sufficientemente appartato da assicurare la riservatezza (Smith C.E., 1986), oppure la trasmissione *bed-side* delle informazioni (Chaboyer W., 2009).

Il tempo che viene dedicato alle consegne può variare in base a diversi criteri (Pennini A., 2018), tra cui:

- La modalità di trasmissione utilizzata (scritta, verbale, mista)
- Il contesto (in un luogo appartato o a letto del paziente)
- Il numero dei pazienti che vengono presi in carico
- Il livello di formazione ed esperienza professionale dell'equipe
- Il momento della giornata (è stato appurato che, in genere, le consegne serali e del mattino durano meno rispetto alle pomeridiane)
- L'organizzazione del reparto

Genericamente parlando, il tempo medio impiegato si assesta in un range che va dai 15 ai 40 minuti totali per le consegne scambiate al momento del cambio turno (Pennini A., 2018). Facendo un semplice calcolo, si evince che per ognuno dei sei pazienti che idealmente dovrebbe avere in carico il singolo professionista sanitario, sono necessari dai 2 minuti e 30 secondi ai 6 minuti e 30 secondi circa ( $15/6=2.5$ ;  $40/6=6.6$ ).

## **2.2 Modalità di consegne**

È importante che la comunicazione delle informazioni alla base delle consegne infermieristiche sia chiara, completa ed efficace. Questa poi, può avvenire secondo diverse modalità (Messam K., Petiffer A., 2009), ognuna con punti di forza e limitazioni differenti:

- Orale
- Scritta
- Audio registrata
- *Bed side*.

### **2.2.1 Consegna orale**

In letteratura ci sono diversi studi che permettono di identificare quali metodologie di passaggio di consegne siano più efficaci di altre, ma non ci sono linee guida fiscali su quale metodo si debba applicare rispetto ad un altro: pertanto, ogni unità operativa, e ogni singolo infermiere, può scegliere quale metodologia utilizzare. Tuttavia, il metodo alla base da incoraggiare risulta essere la comunicazione *face to face*, ovvero un passaggio di consegne per via orale: questo metodo ha diversi vantaggi, tra cui permettere all'equipe di discutere delle situazioni assistenziali e in particolare quello di rinforzare il ruolo professionale aiutando chi ha meno esperienza ad acquisire la metodologia e la cultura della presa in carico del paziente (Dunsford J., 2009; National Patient Safety Agency, 2012). D'altro canto, però, una trasmissione di consegne con modalità orale efficace richiede tempo che spesso i professionisti sanitari non hanno e inoltre potrebbero esservi delle discrepanze tra quanto riferito e il reale status del paziente (Friesen M., 2008).

### **2.2.2 Consegna scritta**

Questo tipo di trasmissione delle consegne permette di avere una documentazione scritta ufficiale che può essere consultata più e più volte. Un altro punto a favore di questa modalità è che, attraverso la compilazione della cartella informatizzata, si riescono a ridurre i tempi di scrittura. Inoltre, la consegna scritta può essere consultata anche da altri professionisti sanitari che si prendono cura del paziente e che hanno bisogno di essere aggiornati continuamente sul suo stato, come ad esempio lo staff medico. Nonostante ciò, le consegne scritte hanno grandi limitazioni, tra cui non permettere un confronto diretto con chi le ha scritte lasciando spazio a interpretazioni del loro contenuto, il fatto che potrebbero essere stati usati termini che, se non spiegati o commentati, potrebbero risultare ambigui e alterare la qualità delle informazioni trasmesse e il fatto che potrebbero mancare informazioni essenziali che non sono state documentate (Friesen M., 2008).

### **2.2.3 Consegna audio-registrata**

La consegna audio-registrata risulta essere una combinazione tra le consegne orali e quelle scritte: di fatto, questa modalità di trasmissione delle informazioni permette all'infermiere che si registra ed eroga le consegne di esprimersi più chiaramente possibile, mentre all'infermiere che ascolta permette di avere a disposizione uno strumento che può riutilizzare più e più volte. Un altro punto a favore di questa modalità è che, mentre chi sta iniziando il proprio turno di lavoro ascolta la registrazione, chi lo sta finendo può continuare a prendersi cura del paziente. Anche per questa modalità le limitazioni non mancano e sono rappresentate principalmente dal fatto che potrebbe risultare difficile ascoltare o comprendere la registrazione (soprattutto per problematiche legate al registratore o all'ambiente rumoroso) o dal fatto che anche in questo caso potrebbero mancare le opportunità per un confronto diretto tra professionisti (Friesen M., 2008).

### **2.2.4 Consegna a letto del paziente**

La consegna *bed-side* è una tipologia di consegna orale che, nel caso in cui il paziente sia cosciente, promuove il coinvolgimento dell'assistito e dei suoi familiari, permettendo un'interazione diretta tra professionisti-paziente e la creazione di un piano di assistenza condiviso dalle due parti. Il punto forte di questa modalità di consegne è che si previene la stereotipizzazione del paziente, scoraggiando commenti inutili (Chaboyer W., 2009). L'altro grande punto a favore delle consegne *bed-side* è che permettono una valutazione immediata del paziente ed eventualmente di rimediare prontamente agli errori. Non tutti i pazienti o familiari però desiderano prendere parte a questo momento delicato, poiché la terminologia specifica che è propria dei professionisti sanitari spesso può intimidire se non spiegata o contestualizzata a dovere. Un'altra limitazione di questa modalità è che le consegne potrebbero venire interrotte da domande, commenti o reazioni emotive da parte del paziente o dei suoi familiari (Friesen M., 2008).

## 2.3 Risk management

Il rischio clinico è *“la possibilità che un paziente subisca un danno o disagio involontario, imputabile alle cure sanitarie, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte”* (Kohn L., 1999). Il rischio clinico può essere eluso attraverso iniziative di *risk management* messe in atto dalla struttura sanitaria oppure a livello regionale o nazionale (Ministero della Salute, 2012). Queste iniziative hanno lo scopo di migliorare la qualità della sicurezza dei servizi di assistenza sanitaria e garantire la sicurezza dei pazienti; esse consistono nel processo di identificazione, valutazione e riduzione dei rischi che possono influire sul raggiungimento degli obiettivi di un evento (World Health Organisation, 2011).

È stato rilevato che una scarsa comunicazione rappresenta la causa di circa il 60% degli eventi avversi registrati (Joint Commission, 2014). Perciò, per evitare il verificarsi di questi eventi, risulta necessario che ciascun operatore possieda sia le competenze tecniche proprie della professione, sia le capacità di confrontarsi e interagire all'interno del gruppo di lavoro (Ministero della Salute, 2012). Una comunicazione insufficiente o errata è riscontrabile a tutti i livelli dei processi assistenziali ma, in particolar modo, si verifica durante il passaggio delle consegne.

Ci sono molteplici fattori che possono influire sulla corretta ed efficace trasmissione delle informazioni durante le consegne. I problemi più frequenti sono composti da (Bulfone et al, 2012):

- Fattori individuali – esperienza professionale, formazione ricevuta, uso di una comunicazione non appropriata e affaticamento dopo un turno di lavoro
- Fattori interpersonali – relativi alla qualità della relazione interpersonale tra gli operatori
- Fattori organizzativi – interruzioni e distrazioni di scarsa/elevata attenzione alla sicurezza, gerarchia troppo pressante che impedisce una aperta comunicazione.



I rischi collegati ad un passaggio di consegne inefficace, con trasmissione di informazioni parziali e poco chiare, sono molteplici e potrebbero far insorgere problemi di diverse entità quali la discontinuità e la frammentarietà delle cure, danni ed eventi avversi per il paziente, accertamenti clinico-diagnostici poco curati, errori nella terapia, trascrizioni di risultati non corretti, prolungamento della degenza e incremento delle complicanze cliniche, riospedalizzazioni e ridotta soddisfazione dell'utente e della sua famiglia.

Secondo l'autore J. Currie (2002), nel passaggio di consegne si dovrebbe garantire un notevole livello di qualità delle informazioni trasmesse; per assicurare ciò, dovrebbe essere utilizzato un approccio che assicura cinque criteri di qualità, denominato "CUBAN": *Confidential* per il rispetto della confidenzialità delle informazioni, *Uninterrupted* per l'assenza di interruzioni e distrazioni, *Brief* per la breve durata delle consegne, *Accurate* per l'accuratezza del contenuto delle informazioni, *Named nurse* per il passaggio da chi è responsabile del paziente a chi dovrà assumersi la responsabilità.

Per evitare discontinuità delle informazioni trasmesse durante le consegne infermieristiche, utilizzo di criteri di soggettività nella valutazione del paziente (ad esempio usando espressioni come "migliorato" o "molto bene"), utilizzo di acronimi ambigui e fraintendibili a seconda del contesto e passaggio di informazioni superflue e ripetitive, soprattutto nei pazienti più critici, e, in generale, nell'ottica di ridurre gli errori...secondo il Ministero della Salute (2004) è necessario utilizzare un metodo di trasmissione delle informazioni standardizzato, non solo tra colleghi della stessa unità operativa ma anche nelle comunicazioni ospedale-ospedale o ospedale-territorio, in cui le informazioni vengono sintetizzate e l'emittente e il ricevente della comunicazione vengono coinvolti (Perrie S., 2004).



## **3. SCOPO DELLO STUDIO**

### **3.1 Obiettivo generale**

L'obiettivo dello studio è quello di analizzare il momento del passaggio di consegne infermieristiche con la finalità di valutare l'efficacia e l'efficienza della comunicazione tra professionisti e l'accuratezza delle informazioni condivise al cambio turno, tenendo in considerazione anche il luogo ed eventuali elementi che potrebbero compromettere il processo di comunicazione.

### **3.2 Obiettivo specifico**

Nello specifico:

- Verrà valutato il livello di soddisfazione e l'opinione degli infermieri di alcune Unità Operative (U.O.) dell'Azienda Ospedale Università di Padova e dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova relativamente alla gestione del passaggio delle consegne all'interno del proprio team
- Verrà osservata, per poi essere descritta e analizzata, la gestione delle consegne infermieristiche all'interno delle stesse U.O.



## **4. MATERIALI E METODI**

### **4.1 Disegno dello studio**

Il seguente progetto di tesi è uno studio osservazionale di tipo descrittivo.

### **4.2 Campionamento e setting**

All'interno del campione preso in esame rientrano gli infermieri turnisti nelle 24h e nelle 12h delle U.O. Neurologia – Neurochirurgia e Stroke Unit – Otorinolaringoiatria chirurgia maxillo facciale ed oculistica degenze dell'Azienda Ospedale Università di Padova e la U.O. Neurologia dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova.

#### **4.2.1 Criteri di inclusione/esclusione**

Per costituire il campione a cui sottoporre il questionario conoscitivo sono stati coinvolti tutti gli infermieri giornalieri e turnisti delle diverse U.O. aderenti al progetto che erano presenti in turno durante il periodo dedicato alla raccolta dati. Per la parte osservazionale sono stati inclusi gli infermieri turnisti presenti nelle U.O. durante le giornate dedicate alla compilazione delle schede.

Sono stati esclusi dal campione tutti gli infermieri assenti nel suddetto periodo causa malattia, ferie o aspettativa.

### **4.3 Periodo di studio**

La prima parte di raccolta dati, composta dalla somministrazione di un questionario conoscitivo al personale infermieristico, si è svolta ad aprile 2024, mentre la parte osservazionale diretta è avvenuta dal 15 maggio al 27 giugno 2024. L'analisi dei dati e la loro elaborazione è stata eseguita tra agosto e ottobre 2024.

#### **4.4 Modalità di raccolta dati**

La raccolta dati è stata eseguita previo conseguimento del consenso degli infermieri partecipanti, ottenuto attraverso le Coordinatrici Infermieristiche di ciascuna U.O. coinvolta nel progetto.

Inizialmente, al singolo elemento del campione preso in esame è stato somministrato un questionario conoscitivo strutturato (*Allegato 1*), anonimo, in modalità online tramite Google Forms. Il questionario è stato utilizzato come strumento di misura per analizzare il livello di soddisfazione e l'opinione degli infermieri sulle modalità e sulla qualità dello scambio di consegne.

Successivamente, è stato possibile passare alla raccolta dati sulla gestione del passaggio delle consegne infermieristiche tramite osservazione diretta, in occasione dello scambio di informazioni tra il turno mattutino e quello pomeridiano, attraverso la compilazione di una scheda (*Allegato 2*) presentata da Forde M.F. nel 2020, il quale la utilizzò durante uno studio descrittivo sulle consegne infermieristiche *bed-side* al cambio turno in terapia intensiva. Per ogni paziente di cui venivano scambiate le consegne, è stata compilata una scheda. I dati personali dei pazienti non sono stati riportati in nessuna fase dell'elaborato, proteggendo la privacy dei suddetti.

Infine, i dati raccolti da entrambi gli strumenti sono stati inseriti in un programma informatico, *Research Electronic Data Capture* (REDCap): un'applicazione sicura per la creazione e la gestione di sondaggi e database online, specificatamente progettata per supportare l'acquisizione di dati online e offline per studi e operazioni di ricerca.

##### **4.4.1 Strumenti di misura**

Il questionario conoscitivo, creato sulla base della letteratura scientifica, è costituito da 34 domande, di cui 16 a modalità di risposta multipla e 18 a modalità di risposta su scala Likert, suddivise in quattro sezioni:

- I. Informazioni generali sul professionista compilante il questionario: U.O. di appartenenza, titolo di studio, da quanto esercita la professione
- II. Informazioni su come avvengono le consegne nella rispettiva U.O. di appartenenza: chi dà le consegne, chi è presente durante le consegne, dove avviene il passaggio di consegne, con quali modalità e su quanti pazienti ci si scambiano informazioni
- III. Opinioni sulla modalità attuale di passaggio di informazioni: livello di soddisfazione, efficacia ed efficienza dell'attuale metodo
- IV. Conoscenze riguardo modalità e strumenti per il passaggio delle consegne: partecipazione a corsi di formazione/aggiornamento, conoscenza di altri strumenti (non utilizzati nella propria U.O.) per la trasmissione delle consegne

La griglia di raccolta dati per l'osservazione delle consegne (Forde M.F., 2020), invece, è costituita da 36 items, tutti con modalità di risposta "si/no/parzialmente", suddivisi in cinque sezioni:

- I. Identificazione del paziente: con nome o data di nascita/codice identificativo interno (come, ad esempio, il numero del letto assegnatoli)
- II. Motivo del ricovero
- III. Background del paziente: storia medica passata, terapia, contesto sociale, presenza dei familiari
- IV. Valutazioni sullo stato del paziente: funzioni vitali, funzione cognitiva, livello di conoscenza della propria situazione clinica, patrimonio venoso, risultati di laboratorio e radiologici, mobilitazione, educazione ai familiari, situazione psicologica, indagini programmate, contenzione, priorità del paziente, interventi pianificati e gestiti con altri professionisti
- V. Raccomandazioni e rischi relativi al paziente: aggiornamento dell'intera equipe, valutazioni e raccomandazioni su accessi e devices, sul rischio di lesioni da pressione, sul rischio caduta, sul rischio infettivo, sul rischio nutrizionale, indicazioni sul fine vita e progetto di dimissione

#### **4.4.2 Analisi dei dati**

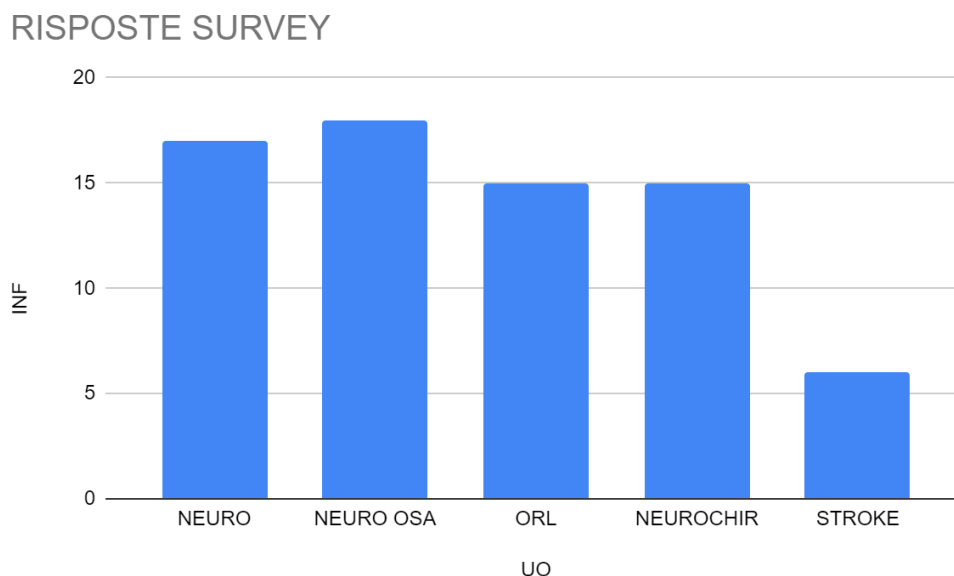
L'esaminazione dei dati è avvenuta tramite un'analisi statistica di tipo descrittivo, agevolata dall'utilizzo del sistema informatico REDCap, il quale ha permesso di organizzare e rappresentare i dati sia in grafici che in tabelle.



## 5. RISULTATI

### 5.1 Prima parte – questionario conoscitivo

In totale, dalle cinque Unità Operative, sono stati raccolti 74 questionari.



**Grafico 1.** Risposte questionario conoscitivo

#### 5.1.1 Analisi del campione degli intervistati

Il 91% degli infermieri intervistati possiede un diploma di Laurea, di questi il 12.5% è in possesso anche di un Master di primo livello e il 2.8% di una Laurea Magistrale.

Quasi il 60% dei soggetti coinvolti lavora come infermiere da più di 10 anni, il 16.7% da un tempo compreso tra i 5 e i 10 anni, il 22% tra 1 e 5 anni e solo l'1.4% da meno di un anno.

Gli intervistati sono stati principalmente infermieri turnisti (72.6%), mentre i restanti erano infermieri giornalieri (24.7%) o coordinatori (2.7%).

<b>CHI DÀ LE CONSEGNE</b>	<b>% (n.)</b>
Infermiere uscente/entrante in turno	95.8% (69)
Altri infermieri che scambiano le consegne	15.3% (11)
Personale di supporto (OSS, OTA)	13.9% (10)
Coordinatore infermieristico	6.9% (5)
Medici	2.8% (2)
Studenti di infermieristica	5.6% (4)

**Tabella 1.** Chi eroga le consegne infermieristiche

<b>CHI È PRESENTE DURANTE LO SCAMBIO DELLE CONSEGNE</b>	<b>% (n.)</b>
Altri infermieri che espletano procedure	27.8% (20)
Altri infermieri che scambiano le consegne	54.2% (39)
Personale di supporto (OSS, OTA)	52.8% (38)
Coordinatore infermieristico	5.6% (4)
Medici	12.5% (9)
Studenti di infermieristica	51.4% (37)
Familiari	2.8% (2)

**Tabella 2.** Presenze durante le consegne

Lo scambio di consegne avviene prevalentemente all'interno di ambulatori infermieristici (58.3%) o in guardiola (54.2%). Solo in alcuni casi, lo scambio avviene in cucina (11.1%).

Per quanto riguarda la modalità principale utilizzata per lo scambio delle consegne, l'81.9% del totale utilizza il metodo orale, combinato con il metodo scritto attraverso le schede in U.O. (44.4%) o mediante appunti informali (37.5%). Solo nel 18.1% dei casi la consegna è esclusivamente scritta mediante lo strumento della cartella informatizzata.

Alla domanda "Qual è mediamente il numero di pazienti su cui ci si scambiano le consegne?", la risposta più frequente è stata da 11 a 15 pazienti (nel 56.8% dei casi), l'8.5% ha risposto da 1 a 5 pazienti, il 23.2% ha risposto da 5 a 10 pazienti e solo in 10 casi (il 12.5%) vengono scambiate consegne su 15-20 pazienti.

La maggior parte del campione esaminato (il 61.6%) risulta essere abbastanza soddisfatto delle attuali consegne, mentre il 9.6% si ritiene molto soddisfatto. Il restante campione si divide in poco soddisfatto (27.4%) e solo l'1.4% non risulta essere per niente soddisfatto delle attuali consegne.

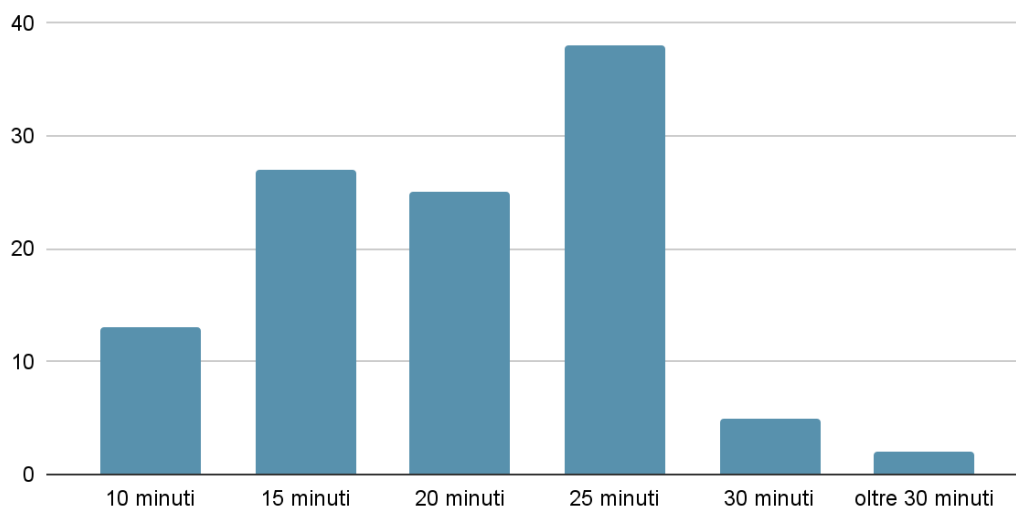
	<b>Fortemente in disaccordo</b>	<b>In disaccordo</b>	<b>Abbastanza d'accordo</b>	<b>Fortemente d'accordo</b>
Ogni infermiere ha un proprio modo di dare le consegne	1.4% (1)	9.6% (7)	61.6% (45)	27.4% (20)
L'attuale modalità di consegna è efficace	4.1% (3)	20.5% (15)	65.8% (48)	9.6% (7)
L'attuale modalità di consegna è efficiente	4.1% (3)	24.7% (18)	61.6% (45)	9.6% (7)

**Tabella 3.** Opinioni sull'attuale modalità di passaggio di consegne

	<b>Mai</b>	<b>A volte</b>	<b>Spesso</b>	<b>Sempre</b>
Errori di terapia	68.1% (49)	30.6% (22)	1.4% (1)	0% (0)
Danno/lesioni a paziente	84.9% (62)	15.1% (11)	0% (0)	0% (0)
Mancata erogazione di prestazioni assistenziali	32.9% (24)	60.3% (44)	6.8% (5)	0% (0)
Ritardi nell'erogazione dell'assistenza	21.9% (16)	61.6% (45)	16.4% (12)	0% (0)
Incomprensioni con altri professionisti sanitari	15.1% (11)	65.8% (48)	19.2% (14)	0% (0)

**Tabella 4.** Problemi legati all'attuale modalità di consegne

Quanti minuti sono sufficienti per un adeguato scambio di consegne per tutto il settore/modulo di riferimento?



**Grafico 2.** Tempo dedicato alle consegne

Più della metà del campione esaminato (52.1%) ha dichiarato che quasi sempre il tempo previsto per lo scambio di consegne è sufficiente e solo il 6.8% ha dichiarato che il tempo è sempre sufficiente. Dall'altra parte però, il

31.5% ha dichiarato che raramente il tempo è sufficiente, mentre il 9.6% ritiene che il tempo previsto non sia mai sufficiente per lo scambio di consegne.

	<b>Mai</b>	<b>Raramente</b>	<b>Quasi sempre</b>	<b>Sempre</b>
Durante le consegne ci sono interruzioni?	0% (0)	16.4% (12)	41.1% (30)	42.5% (31)

**Tabella 5.** Interruzioni durante le consegne

Alla richiesta di specificare quali fossero i fattori maggiormente disturbanti le consegne, 58 infermieri (il 96.7% dei rispondenti) hanno riferito campanelli o interruzioni da parte dei pazienti/familiari, 27 hanno risposto di essere interrotti da altri colleghi infermieri, 45 da medici e 51 dal telefono.

<b>LE CONSEGNE:</b>	<b>Mai</b>	<b>Raramente</b>	<b>Spesso</b>	<b>Sempre</b>
Garantiscono un'assistenza sicura e adeguata	0% (0)	6.8% (5)	75.7% (56)	17.6% (13)
Contengono le informazioni necessarie per definire le priorità assistenziali	0% (0)	12.3% (9)	61.6% (45)	26% (18)
Forniscono un quadro	0% (0)	13.5% (10)	68.9% (51)	17.6% (13)

completo della situazione del paziente				
Il contenuto delle consegne garantisce continuità assistenziale	0% (0)	12.2% (9)	62.2% (46)	25.7% (19)
L'infermiere che riceve le consegne è interessato	0% (0)	6.8% (5)	64.9% (48)	28.4% (21)
C'è discrepanza tra quanto riferito verbalmente e quanto scritto nelle note infermieristiche	13.5% (10)	60.8% (45)	24.3% (18)	1.4% (1)
L'infermiere che dà le consegne include informazioni irrilevanti	13.5% (10)	48.6% (36)	31.1% (23)	6.8% (5)

**Tabella 6. Efficienza delle consegne**

Alla richiesta di specificare quali dovessero essere le informazioni indispensabili da conoscere a inizio turno sull'assistito, le risposte sono state:

- Priorità assistenziali (69)
- Cambiamenti significativi nella conduzione dell'assistito (66)
- Stato psico-fisico (59)
- Mobilitazione (57)
- Situazione dei parametri vitali (48)
- Accessi/presidi (47)
- Condizioni di ferite/medicazioni (45)
- Procedure già eseguite (41)
- Terapia in atto (36)
- Progetto terapeutico (30)
- Anamnesi pregressa (25)
- Frequenza dei controlli (25)
- Possibile prognosi (25)
- Progetto di dimissione (18)

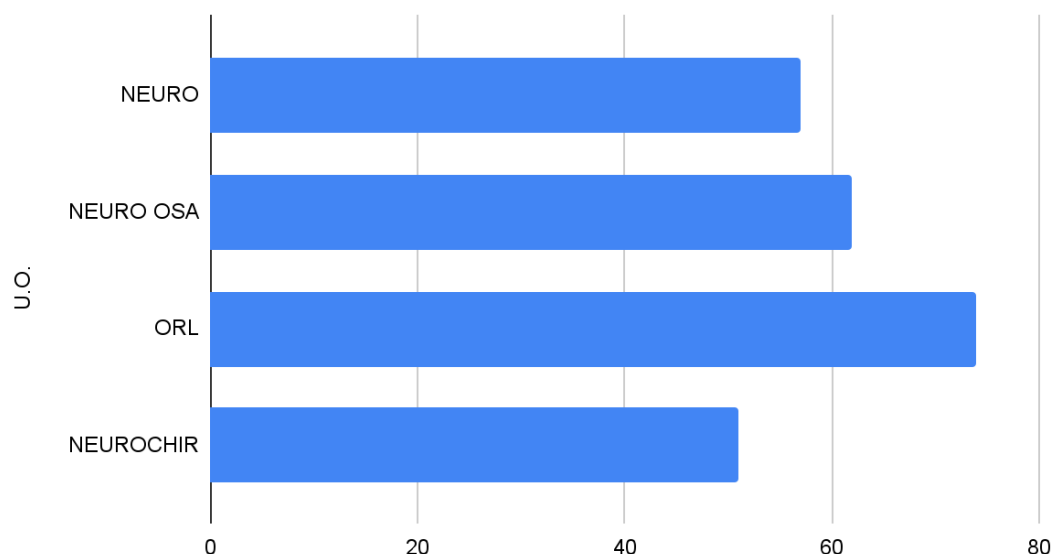
Alle domande inerenti alla formazione sulle consegne, l'87.8% degli infermieri ha risposto di non aver mai frequentato un corso di formazione sull'argomento, solo un infermiere lo ha frequentato nell'ultimo anno, tre infermieri tra 2 e 5 anni fa, cinque infermieri più di 5 anni fa.

Inoltre, il 27% degli infermieri non ha mai sentito parlare di strumenti per rendere il passaggio di consegne più efficace, il 43% ne ha sentito parlare ma non li ritiene adatti al contesto in cui presta servizio, il 12% li conosce e cerca di applicarli (o gli piacerebbe), e un infermiere ha dichiarato di conoscerli ma di non avere tempo di applicarli.

## 5.2 Seconda parte – osservazione delle consegne

Terminata la raccolta dati preliminare, si è passati alla seconda fase, composta dall'osservazione di un campione di consegne in ogni U.O. partecipante. In totale, sono state osservate e cronometrate consegne su 244 pazienti.

### OSSERVAZIONI CONSEGNE



### Grafico 3. Osservazioni consegne

Lo strumento utilizzato per l'osservazione delle consegne, con i risultati (registrati su REDCap) è il seguente:

		<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Parzialmente</b>
<b>IDENTIFICAZIONE</b>	Il paziente viene identificato con suo nome e cognome	66.8% (163)	2.5% (6)	30.7% (75)
	Il paziente è stato identificato tramite la data di nascita/identificativo numerico interno	34.4% (84)	62.7% (153)	2.9% (7)



<b>SITUAZIONE</b>	È stato condiviso il motivo del ricovero	94.3% (230)	4.9% (12)	0.8% (2)
<b>BACKGROUND</b>	Storia medica passata	9.4% (23)	83.2% (203)	7.4% (18)
	Terapia	12.7% (31)	59.4% (145)	27.9% (68)
	Contesto sociale	0.4% (1)	99.2% (242)	0.4% (1)
	Presenza del familiare	3.7% (9)	91.8% (224)	4.5% (11)
<b>VALUTAZIONI</b>	Funzioni vitali (compreso dolore)	11.1% (27)	57.0% (139)	32.0% (78)
	Funzione cognitiva	29.9% (73)	67.2% (164)	2.9% (7)
	Livello di conoscenza della situazione clinica da parte del paziente	0.8% (2)	98.8% (241)	0.4% (1)
	Patrimonio venoso	21.7% (53)	77.0% (188)	1.2% (3)
	Risultati di laboratorio	4.5% (11)	91.8% (224)	3.7% (9)
	Mobilizzazione	73.8% (180)	25.4% (62)	0.8% (2)
	Educazione del familiare	1.2% (3)	98.8% (241)	0% (0)

	Risultati radiologici	2.9% (7)	95.9% (234)	1.2% (3)
	Situazione psicologica	7.0% (17)	91.0% (222)	2.0% (5)
	Indagini programmate	33.2% (81)	64.8% (158)	2.0% (5)
	Contenzione	4.9% (12)	93.9% (229)	1.2% (3)
	Priorità del paziente	29.1% (71)	59.4% (145)	11.5% (28)
	Interventi pianificati e gestiti con altri professionisti	11.1% (27)	85.7% (209)	3.3% (8)
<b>RISCHI/ RACCOMANDAZIONI</b>	Aggiornamento dell'interno staff	2.9% (7)	95.1% (232)	2.0% (5)
	Valutazione del rischio su accessi e devices (accessi periferici/centrali/catetere vescicale, ...)	22.5% (55)	74.2% (181)	3.3% (8)
	Raccomandazioni sugli accessi/device	48.4% (118)	50.0% (122)	1.6% (4)
	Valutazione del rischio di lesioni da pressione	1.2% (3)	98.4% (240)	0.4% (19)

Raccomandazioni sulla gestione delle lesioni da pressione	3.3% (8)	95.5% (233)	1.2% (3)
Valutazione e condivisione del rischio caduta	1.2% (3)	98.8% (241)	0% (0)
Raccomandazioni sulla prevenzione del rischio caduta	1.2% (3)	98.8% (241)	0% (0)
Valutazione dei fattori di rischio infettivi	4.5% (11)	95.1% (232)	0.4% (1)
Raccomandazioni per il controllo delle infezioni	5.3% (13)	94.3% (230)	0.4% (1)
Valutazione delle allergie	7.4% (18)	92.6% (226)	0% (0)
Valutazione del rischio nutrizionale	24.2% (59)	73% (178)	2.9% (7)
Raccomandazioni sullo stato nutrizionale	26.2% (64)	70.9% (173)	2.9% (7)
Valutazione del rischio di disidratazione/squilibrio dei liquidi	9.8% (24)	88.5% (216)	1.6% (4)
Raccomandazioni sull'idratazione/squilibrio dei liquidi	9.4% (23)	89.3% (218)	1.2% (3)
Indicazioni sul fine vita	0% (0)	100% (244)	0% (0)

	Progetto di dimissione	14.8% (36)	80.7% (197)	4.5% (11)
--	------------------------	---------------	----------------	-----------

**Tabella 7.** Griglia raccolta dati

	N. PAZIENTI	MINUTI
NEUROLOGIA OSA	62	74
NEUROLOGIA	57	47
NEUROCHIRURGIA	51	54
OTORINOLARINGOIATRIA	74	103

**Tabella 8.** Media della durata delle consegne in ogni U.O.

Per il passaggio di consegne riguardante i 244 pazienti, sono stati impiegati 278 minuti totali, corrispondenti a 1 minuti e 8 secondi a paziente.

## 6. DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Il presente studio è stato guidato dall'esperienza clinica, in particolare dal fatto che il passaggio di consegne infermieristiche rappresenta una parte fondamentale del processo assistenziale e comporta un elevato rischio clinico.

La ricerca bibliografica ha avvalorato la tesi secondo cui utilizzare metodi differenti tra operatori, validati o non scientificamente, aumenta l'incidenza di eventi avversi, allungando i tempi di consegna e diminuendo la qualità delle informazioni trasmesse. I risultati emersi sono stati fondamentali nello sviluppare questo progetto di tesi, che ha rilevato la presenza delle stesse criticità all'interno delle U.O. coinvolte (Otorinolaringoiatria chirurgia maxillo facciale e oculistica, Neurologia, Neurochirurgia e Stroke Unit dell'Azienda Ospedale Università di Padova e Neurologia dell'Ospedale Sant'Antonio di Padova).

Durante il periodo dedicato alla raccolta dati (sia quelli derivanti dal questionario conoscitivo, sia quelli derivanti dall'osservazione diretta) sono stati suscitati interessi e pareri positivi da parte del personale coinvolto per quanto riguarda il progetto. In totale, sono stati raccolti 74 questionari preliminari e sono state osservate, ascoltate e cronometrate consegne su 244 pazienti, in un tempo totale di 278 minuti. I dati raccolti da aprile a giugno hanno messo in evidenza quelle che sono le criticità.

### 6.1 Discussione

Da una prima osservazione dei dati raccolti tramite il questionario conoscitivo, si può evincere il primo problema: durante le consegne, solo nel 52.8% dei casi totali è presente anche il personale di supporto, i medici nel 12.5% e solo nel 2.8% i familiari (*Tabella 1*). Dai dati raccolti tramite osservazione diretta, poi, è emerso che delle 244 consegne prese in esame, solo nel 2.9% l'intero staff viene aggiornato e nel 2% ciò avviene in modo parziale (*Tabella 7*). Questo rappresenta un potenziale problema, poiché le informazioni potrebbero non essere confrontate ed eventualmente integrate tra le varie

figure che si prendono cura del paziente; inoltre, ciò risulta essere una mancata occasione di pianificazione condivisa delle cure del paziente tra i professionisti che lo hanno in carico e non permette una buona pianificazione dell'assistenza durante il turno. Secondo Kuziemy (2009) e Sharkiya (2023), garantire che i canali di comunicazione tra il personale, sia esso interno (quindi tra infermieri dello stesso reparto) o esterno (ad esempio il personale ospedaliero e il medico di base), funzionino in modo efficiente è essenziale per evitare piani di trattamento contraddittori. Una comunicazione efficace non solo riduce al minimo gli errori, ma migliora anche la qualità della vita del paziente e i risultati sanitari in generale.

Una seconda problematica che affiora è il rapporto tra infermiere e pazienti in carico per turno: più della metà del campione in esame (56.8%) ha dichiarato di prendere in carico da 11 a 15 pazienti, seguiti dal 23.2% che scambia consegne da 5 a 10 pazienti e dall'8.5% che prende in carico da 1 a 5 pazienti; il dato più critico è stato rilevato dal 12.5% del campione che ha dichiarato di prendere in carico da 15 a 20 pazienti per turno. Nella realtà dei fatti, perciò, il 69.3% del campione totale supera il rapporto medio italiano di 9.5:1 (che va già ben oltre il rapporto ottimale stimato di 6:1). Avere un numero così elevato di pazienti sotto la propria responsabilità rappresenta un problema reale, poiché non consente al professionista sanitario di avere a disposizione le possibilità necessarie per permettere di prendersi cura in modo ottimale di ciascuna persona. In particolare, non permette di dedicare il giusto tempo a ciascun paziente, di avere uno scambio di informazioni di qualità, facilita la possibilità di commettere errori nella terapia, e così via.

Per quanto concerne la modalità di trasmissione delle consegne, quasi la totalità del campione (l'81.9%) utilizza la consegna orale, combinata, nel 44.4% con il metodo scritto attraverso schede in uso nell'U.O. di appartenenza, o con appunti informali nel restante 37.5%. Solo nel 18.1% dei casi la consegna è esclusivamente scritta nella cartella informatizzata. Quest'ultima rappresenta uno strumento ormai indispensabile per gli operatori sanitari, poiché permette di raggruppare le informazioni relative al paziente in un unico documento. La registrazione sulla documentazione clinica e su quella

infermieristica delle azioni, dei processi e degli avvenimenti relativi ad un ricovero costituisce un'azione fondamentale per assicurare trasparenza e chiarezza, nonché per legittimare le decisioni prese da parte di tutti i professionisti sanitari (Ministero della Salute, 2017). Nonostante i vantaggi delle consegne scritte, però nei casi in cui l'unica modalità di trasmissione è quella informatizzata, il rischio di creare incomprensioni o dubbi sulle informazioni comunicate è molto elevato rispetto invece ad altre modalità di consegna, come ad esempio quella orale. Risulta essere un buon metodo combinare le due modalità, trasmissione orale e compilazione della cartella informatizzata, per avere sia la possibilità di spiegare più accuratamente ciò che viene detto, sia la possibilità di avere uno strumento che può essere consultato innumerevoli volte.

Alle domande inerenti alla formazione sulle consegne, è risultato che l'87.7% del campione non ha mai frequentato un corso di formazione a riguardo, e solo il 5.4% della totalità ne ha preso parte negli ultimi 5 anni. In più, il 27% degli esaminati non ha mai sentito parlare di strumenti per aumentare l'efficacia delle consegne, il 43% ne ha sentito parlare ma non li ritiene applicabili nel proprio contesto e il 12% cerca di applicarli (o vorrebbe farlo). La mancata formazione, o il mancato aggiornamento, sull'argomento può portare a diverse problematiche significative, come la riduzione della qualità delle cure (Osborne D., 2022), un maggior rischio di errori clinici (Parreira P., 2021), il *burnout* del personale (poiché il carico di lavoro potrebbe risultare più elevato; Osborne D., 2022), una bassa soddisfazione dell'utenza (Parreira P., 2021).

Da quanto riscontrato dai questionari, nel 58.3% dei casi le consegne infermieristiche vengono scambiate in ambulatori infermieristici o in guardiola, mentre nell'11% dei casi avvengono in cucina. Spesso si opta per la cucina come luogo da dedicare a questo momento delicato in quanto, in assenza di altri locali disponibili, si cerca di appartarsi il più possibile da altri colleghi (che magari a loro volta stanno dando/ricevendo le consegne) o da eventuale confusione che si può creare all'interno dell'U.O.; nonostante ciò, però, la cucina, essendo uno spazio comune a tutti gli operatori, risulta essere un ambiente pieno di stimoli e distrazioni che potrebbero andare ad influire sulla

qualità delle informazioni trasmesse. Infatti, la totalità del campione concorda sul fatto che durante le consegne ci siano sempre interruzioni, in particolare dovute ad altro personale sanitario, da campanelli o dal telefono. Ciò, oltre a deconcentrare il collega che sta erogando le consegne, causa un prolungamento della durata del processo: infatti, il 41.1% degli intervistati ritiene che il tempo previsto per la trasmissione delle informazioni non sia sufficiente. La maggior parte del campione stima che dai 15 ai 25 minuti sia un tempo sufficiente per uno scambio di consegne di qualità (*Grafico 2*). Dopo aver cronometrato le 244 consegne nelle diverse U.O., è stato rilevato che in totale sono stati impiegati 278 minuti per il processo (*Tabella 8*), quindi circa 1 minuto e 8 secondi per paziente: considerando che la maggior parte del campione ha dichiarato di avere in carico dagli 11 ai 15 pazienti, risulta che in totale un infermiere impieghi dai 20 ai 27 minuti per dare le consegne al proprio collega ( $1.8 \cdot 11 = 19.8$  minuti;  $1.8 \cdot 15 = 27$  minuti). In ogni caso, questi tempi vanno in contrasto con quelli considerati ottimali dalla letteratura (Pennini A., 2018), secondo i quali il tempo da dedicare a ogni paziente dovrebbe attenersi in un range che va dai 2 minuti e 30 secondi ai 6 minuti e 30 secondi circa. Diminuendo i tempi, per ogni paziente si rischia di escludere la trasmissione di qualche informazione che potrebbe risultare rilevante, o addirittura essenziale, per un'assistenza di qualità, aumentando il rischio di errori clinici e compromettendo la sicurezza dei pazienti (Anthony & Preuss, 2002).

Nel complesso, il 71.2% del totale del campione esaminato si ritiene soddisfatto di come attualmente vengono scambiate le consegne e, in particolare, il 9.6% si ritiene molto soddisfatto. Il 75.4% del totale, poi, ritiene anche che l'attuale modalità sia efficace e il 71.2% la ritiene anche efficiente (*Tabella 3*). La restante parte del campione, il 28.8%, si dichiara non soddisfatta o per nulla soddisfatta dell'attuale modalità (1.4%).

Nonostante il livello di soddisfazione generale, per il 13% del campione esaminato le consegne non sempre contengono informazioni necessarie a definire le priorità o la continuità assistenziale (*Tabella 6*). Inoltre, l'85% degli intervistati dichiara che attualmente le consegne siano causa di incomprensioni tra i professionisti sanitari, il 78% di ritardi nell'erogazione



dell'assistenza, il 67% di mancata erogazione di prestazioni sanitarie, il 32% di errori nella terapia e il 15% di danno/lesione al paziente (*Tabella 4*).

Secondo il campione, le informazioni indispensabili da conoscere a inizio turno sono, in ordine decrescente di voti: priorità assistenziali (69), cambiamenti significativi nella condizione dell'assistito (66), stato psico-fisico (59), mobilitazione (57), situazione dei parametri vitali (48), accessi/presidi (47), condizioni di ferite/medicazioni (45), procedure già eseguite (41), terapia in atto (36), progetto terapeutico (30), anamnesi pregressa (25), frequenza dei controlli (25), possibile prognosi (25) e progetto di dimissione (18).

Andando ad analizzare i dati raccolti nella seconda parte del progetto, quindi quelli raccolti tramite osservazione diretta, si può però notare come ci siano delle contraddizioni (*Tabella 7*). Delle 244 consegne in modalità orale osservate e ascoltate, infatti, solo nel 29.1% si affrontano le priorità assistenziali (comprensive anche dei cambiamenti significativi dello stato del paziente) e nell'11.5% dei casi ciò avviene in modo parziale. La situazione psicologica del paziente viene quasi del tutto trascurata, difatti non se ne parla nel 91% dei casi e parzialmente solo nel 2%. Le informazioni sulla mobilitazione, invece, sono un argomento trattato dalla maggioranza (74.6% di cui 0.8% in modo parziale). Delle funzioni vitali (compreso il dolore) si condividono accenni nel 32% dei casi, ma si evita l'argomento nel 57%. Per quanto riguarda accessi/presidi, manca una valutazione nel 74.2% e le raccomandazioni a riguardo sono discusse in meno della metà delle consegne (48.4%). Per le ferite/medicazioni si è osservato l'aspetto del rischio infettivo, con risultati che mostrano che nel 95.1% manca una valutazione a riguardo e nel 94.3% non ci si scambiano raccomandazioni per un eventuale loro controllo o prevenzione. Sia i risultati di laboratorio che quelli radiologici non vengono condivisi in più del 90% dei casi (rispettivamente nel 91.8% e nel 95.9%). La terapia in atto viene specificata oralmente solo nel 12.7% e parzialmente nel 27.9%. Il progetto terapeutico, invece, si divide tra indagini programmate (condivise nel 33.2% e parzialmente nel 2%) e interventi con altri professionisti (condivisi nell'11.1% e parzialmente nel 3.3%). L'anamnesi dei pazienti viene condivisa oralmente nel 9.4% delle consegne e accennata

brevemente nel 7.4%. La prognosi risulta essere un argomento tabù, poiché nel 100% dei casi non viene trattata. Infine, il progetto di dimissioni è un argomento affrontato nel 19.3% (di cui il 4.5% in modo parziale) delle consegne osservate.

Dall'analisi dei risultati appare chiaro che l'assenza di un metodo comune a tutti i professionisti porta a una minore qualità assistenziale e a un maggior rischio di commettere errori.

Una possibile soluzione a questo problema potrebbe essere l'implemento di un nuovo metodo standardizzato che possano applicare tutti. Un'opzione potrebbe essere rappresentata dalla modalità *bed-side* di trasmissione delle consegne. In un progetto condotto nell'Hospice di Albinea (RE) nel 2009, si è riscontrato che, con le consegne *bed-side*, il numero di errori e/o omissioni nel passaggio delle informazioni è diminuito, la visione globale del malato è migliorata, si è ridotta la soggettività delle informazioni e la durata delle consegne non è aumentata, ma anzi, in parte i tempi si sono abbreviati grazie all'eliminazione di informazioni superflue e commenti soggettivi.

Il metodo *bed-side* rappresenta una delle migliori soluzioni per affrontare le consegne infermieristiche per diversi motivi, i quali lo rendono più efficace rispetto alle altre modalità. I vantaggi in questione sono sicuramente il coinvolgimento diretto del paziente (che migliora la trasparenza e la fiducia tra il paziente e il team sanitario), ma nello specifico delle consegne, questo sistema permette di fare una valutazione immediata e visiva del paziente (sia da parte di chi eroga le consegne, sia da parte di chi le riceve), aiutando ad individuare eventuali cambiamenti nel paziente che potrebbero passare inosservati se le consegne avvenissero lontano da esso. Ciò non solo aiuterebbe a una riduzione degli errori (grazie al fatto che il personale sanitario può confrontarsi direttamente e correggere eventuali discrepanze sullo stato di salute del paziente in tempo reale), ma anche a un miglioramento della comunicazione interprofessionale (promuovendo una pianificazione delle cure più coordinata e la condivisione di informazioni più accurate, riducendo il rischio di frammentarietà e discontinuità assistenziale) e una riduzione

generale di errori e omissioni (grazie a una visione complessiva di tutto il team, poiché se le consegne venissero fatte a letto del paziente, qualsiasi professionista potrebbe prendervi parte per ascoltarne i contenuti).

Lo studio condotto presenta naturalmente alcune limitazioni: i dati raccolti si riferiscono ad un periodo di tempo limitato e solo ad alcune Unità Operative. Si potrebbe continuare la raccolta dati, estendendo sia il contesto che la durata dello studio, cercando poi di organizzare dei corsi di formazione per cercare di adottare un metodo standardizzato unico per quanto riguarda i diversi contesti.

## **6.2 Conclusioni**

La mancanza di un metodo comune per il passaggio delle consegne infermieristiche, che rappresentano un momento cruciale per garantire la continuità e la sicurezza delle cure, porta con sé diverse criticità. Tra le problematiche principali riscontrate vi è la scarsa presenza di tutto il personale coinvolto durante le consegne, l'insufficienza di tempo, le frequenti interruzioni e la poca accuratezza delle informazioni trasmesse durante il processo. Infatti, nonostante la maggior parte degli infermieri utilizza una modalità di consegna orale combinata con quella scritta, permangono alcune lacune nella trasmissione delle informazioni rilevanti, come la priorità del paziente, la situazione dei parametri vitali e il piano terapeutico.

L'analisi dei dati ha mostrato che, sebbene la maggioranza degli infermieri si ritenga soddisfatta dell'attuale modalità di consegne, vi sono ancora molti margini di miglioramento per ridurre le incomprensioni e aumentare la qualità delle informazioni condivise. Per ottimizzare il processo, sarebbe utile implementare metodi standardizzati e dedicare maggior attenzione alla formazione del personale, così da ridurre il rischio di eventi avversi e migliorare l'efficienza dell'assistenza infermieristica. Tutto ciò sarebbe possibile, ad esempio, attraverso l'organizzazione di corsi di formazione, o di aggiornamento, specifici sull'argomento e l'utilizzo di un metodo come quello delle consegne *bed-side*, cioè a letto del paziente, che unisce efficacia,

trasparenza e sicurezza, migliorando sia la qualità delle cure fornite che l'esperienza del paziente.

## BIBLIOGRAFIA

Codice Deontologico, art. 1-12-16; 2019.

WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Communication during Patient Handovers. Patient Safety Solutions 2007; 1:3.

Saiani L., Brugnoli A. Trattato di cure infermieristiche. 2nd ed. Sorbona; 2013.

Joint Commission. *National safety goals handbook*. 2008.

Zacks J. & Tverksy B. *Event structure in perception and conception*. Psychol Bull. 2001.

Pennini A., 2018. Il passaggio delle consegne e la trasmissione delle informazioni tra professionisti: sicurezza ed efficacia. Sondrio; 2018. p. 47-50.

Sasso L. Il numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, le cure mancate, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei pazienti: alcuni dati italiani dello studio RN4CAST per una riflessione condivisa. L'infermiere. 2019; 56(3): e43-e50.

Smith C.E. Upgrade your shift reports with the three R's. *Nursing*. 1986; 16(2): 62-4.

Chaboyer W., McMurray A., Johnson J., Hardy L., Wallis M. & Sylvia Chu F.Y. Bedside handover: Quality improvement strategy to "transform care at the bed side". J Nurs Care Qual. 2009; 24(2): 136-42.

Messam K., & Pettifer A. Understanding best practice within nurse InterSoft handover: what suits palliative care? *Int J Palliat Nurs*. 2009; 15(4): 190-6.

Dunsford J. Structured Communication: Improving Patient Safety with SBAR; 2009.

National Patient Agency. Safe Handover: safe patient. Guidance in clinicians and manager. 2012.

Friesen M., White S. & Byers J. Handoffs: Implications for Nurses. In: Hughes RG. editor. *Patient safety and Quality an Evidence-based handbook for Nurse*. Chapter 34. 2008. p. 285-332.

Kohn L., Corrigan J. & Donaldson M. *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press; 1999.

Ministero della salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari. Dipartimento di qualità; 2007.

WHO. Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. 2011. Topic 6: Understanding and managing clinical risk.

Joint Commission. Sentinel event data: root causes by event type, 2004-2014.

Ministero della Salute. Manuale di formazione per il governo clinico: La sicurezza dei pazienti e degli operatori. 2012.

Bulfone G., et al. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. *Assistenza infermieristica e Ricerca*. 2012, 31: 91-101.

Currie J., Improving Efficiency of patient handover. *Emerg Nurse*. 2002; 10:24-7.

Perry S. Transition in care: studying safety in emergency department sign overs. *Focus on Patient Safety*. 2004; 7(2): 1-3.

Forde M.F., Coffey A., Hegarty J. Bedside handover at the change of nursing shift: A mixed-methods study. *J Clin Nurs*. 2020; 29: 3731–42.

Ministero della Salute. *Cartella paziente integrata – Ministero della Salute*. 2017 Jul 6.

Wildner J. La partecipazione del Paziente alle consegne Infermieristiche. 2009.

Osborne D. Alternative Care Models in Mindst of a Nursing Shortage. *Catalist Learning*. 2023.

Parreira P., Santos-Costa P., Neri M., Marques A., Queirós P., Salgueiro-Oliveira A. Work Methods for Nursing Care Delivery. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021; 18:2088.

Kuzmiesky, C.E., Borycki E.M., Purkis M.E. et al. An interdisciplinary team communication framework and its application to healthcare ‘e-teams’ system design. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2009; 9:43.

Sharkiya, S.H. Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23:886.

Anthony, M.K, & Preuss, G. “Models of care and nurse staffing: Effects on patient outcomes.” *J Nurs Adm*. 2002; 32(1): 59-70.

# ALLEGATI

## Allegato 1. Questionario conoscitivo

Page 1

### QUESTIONARIO CONOSCITIVO

Per cortesia, compila il seguente questionario.

Le risposte sono raccolte in forma anonima.

Grazie!

U.O. di appartenenza	<input type="radio"/> Neurologia OSA <input type="radio"/> Neurologia <input type="radio"/> ORL <input type="radio"/> Neurochirurgia <input type="radio"/> Stroke Unit
Titolo di studio conseguito	<input type="checkbox"/> Diploma/Laurea breve <input type="checkbox"/> Master di primo livello <input type="checkbox"/> Laurea magistrale <input type="checkbox"/> Master di secondo livello <input type="checkbox"/> Dottorato di ricerca
Da quanti anni esercita la professione infermieristica?	<input type="radio"/> meno di un anno <input type="radio"/> da 1 a 5 anni <input type="radio"/> da 5 a 10 anni <input type="radio"/> oltre 10 anni
Ruolo nell'organizzazione dell'Unità Operativa	<input type="radio"/> infermiere turnista <input type="radio"/> infermiere giornaliero <input type="radio"/> infermiere coordinatore
Chi dà/risceve le consegne?	<input type="checkbox"/> Infermiere uscente turno/infermiere entrante turno <input type="checkbox"/> Altri infermieri che scambiano le consegne <input type="checkbox"/> Personale di supporto all'assistenza (Oss, Ota) <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Medici <input type="checkbox"/> Studenti di infermieristica <input type="checkbox"/> Altro
Chi?	_____
Chi è presente durante lo scambio delle consegne?	<input type="checkbox"/> Altri infermieri che espletano procedure <input type="checkbox"/> Altri infermieri che scambiano le consegne <input type="checkbox"/> Personale di supporto all'assistenza (Oss, Ota...) <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Medici <input type="checkbox"/> Studenti di Infermieristica <input type="checkbox"/> Familiari/Caregiver <input type="checkbox"/> Altro
Chi è presente?	_____
Dove avviene prevalentemente lo scambio delle consegne?	<input type="checkbox"/> Ambulatorio infermieristico <input type="checkbox"/> Guardiola dell'U.O. <input type="checkbox"/> Corridoio <input type="checkbox"/> Cucina <input type="checkbox"/> Al letto del paziente <input type="checkbox"/> Altro

## Allegato 2. Griglia raccolta dati

Page 1

### GRIGLIA RACCOLTA DATI

Please complete the survey below.

Thank you!

1) CODICE IDENTIFICATIVO

\_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAZIONE

	SI	NO	PARZIALMENTE
2) Il paziente viene identificato con il suo nome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Il paziente è stato identificato tramite la data di nascita/identificativo numerico interno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### SITUAZIONE

	SI	No	Parzialmente
4) E' stato condiviso il motivo del ricovero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### BACKGROUND

	SI	No	Parzialmente
5) Storia medica passata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Terapia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Contesto sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Presenza dei familiari/Caregiver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### VALUTAZIONI

	SI	No	Parzialmente
9) Funzioni vitali (compreso dolore)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Funzione cognitiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) Livello di conoscenza della situazione clinica da parte del paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) Patrimonio venoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) Risultati di laboratorio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) Mobilizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) Educazione del Caregiver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) Risultati radiologici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17) Situazione psicologica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18) Indagini programmate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19)			



Contenzione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20) Priorità del paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21) Interventi pianificati e gestiti con altri professionisti (fisioterapista, logopedista, ecc)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**RISCHI****RACCOMANDAZIONI**

	SF	NO	PARZIALMENTE
22) Aggiornamento dell'intero staff (Oss, altri professionisti)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23) Valutazione del rischio su accessi e device (accessi, periferici/centrali/catetere vescicale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24) Raccomandazioni sugli accessi/device	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25) Valutazione del rischio di lesioni da pressione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26) Raccomandazioni sulla gestione delle lesioni da pressione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27) Valutazione e condivisione del rischio di caduta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28) Raccomandazioni sulla prevenzione del rischio di caduta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29) Valutazione dei fattori di rischio infettivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30) Raccomandazioni per il controllo delle infezioni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31) Valutazione delle allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32) Valutazione del rischio nutrizionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33) Raccomandazioni sullo stato nutrizionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34) Valutazione del rischio di disidratazione/squilibrio dei liquidi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35) Raccomandazioni sull'idratazione/squilibrio dei liquidi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36) Indicazioni sul fine vita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37) Progetto di dimissione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>