



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Gestione del rischio: l'applicazione del metodo SBAR nel passaggio di consegne in ostetricia

Relatore: Prof. Terranova Claudio

LAUREANDA: Martello Rita

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

INDICE

| | |
|---|----|
| ABSTRACT..... | 1 |
| INTRODUZIONE..... | 2 |
| CAPITOLO 1 – GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO | 3 |
| CAPITOLO 2 - IL PASSAGGIO DI CONSEGNE COME STRUMENTO DI CONTROLLO DEL RISCHIO..... | 8 |
| SCOPO DELLO STUDIO | 16 |
| MATERIALI E METODI..... | 17 |
| RISULTATI | 19 |
| DISCUSSIONE..... | 26 |
| CONCLUSIONI..... | 35 |
| BIBLIOGRAFIA | 36 |

ABSTRACT

Background: La gestione del rischio clinico è l'insieme di procedure organizzate per identificare, valutare e ridurre i rischi in ambito sanitario. Attraverso la gestione del rischio clinico si tutela la sicurezza del paziente, tema rilevante nell'ambito dell'Ostetricia, come evidenziato anche nello stesso Codice Deontologico. La rilevanza della gestione del rischio clinico nell'ambito della Ostetricia è indirettamente suggerita dalla significativa percentuale di Eventi Sentinella in questo settore (8,44% del totale degli Eventi Sentinella). Tra i fattori in grado di incidere sul rischio di eventi avversi vi è la comunicazione tra professionisti. In particolare, il passaggio di consegne, pratica con cui i professionisti sanitari trasferiscono le informazioni riguardanti i pazienti, è un passaggio fondamentale che espone potenzialmente a rischi e richiede una comunicazione completa ed efficace. Il modello SBAR è un metodo mnemonico e strutturato di passaggio di consegne, che prevede di comunicare le informazioni secondo un ordine prestabilito (Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazione).

Scopo dello studio: Revisionare la letteratura scientifica in merito all'applicazione del metodo SBAR nel passaggio di consegne in ambito ostetrico, per indagare se tale strumento riduce i rischi per il paziente.

Materiali e metodi: Revisione di letteratura tramite una stringa di ricerca strutturata con metodologia PICO, parole chiave e Operatori Booleani. La ricerca è stata condotta tra Giugno 2024 e Settembre 2024 nelle banche dati online *PubMed*, *Google Scholar* e *Scopus*.

Risultati: 463 articoli sono stati reperiti in totale. In seguito alla selezione prevista dal diagramma di flusso del sistema PRISMA, sono stati inclusi nella revisione 9 articoli che hanno risposto ai criteri di inclusione considerati. Si tratta di 5 studi prospettici, uno studio prospettico quasi-sperimentale, uno studio stepped wedge multicentrico longitudinale, uno studio multicentrico trasversale ed uno studio di valutazione in quattro fasi con design misto. I risultati sono stati raccolti in una tabella di estrazione dei dati.

Conclusioni: L'implementazione del metodo SBAR in Ostetricia permette ai professionisti di migliorare le proprie capacità comunicative, migliorare la completezza delle informazioni comunicate, aumentare il clima di collaborazione e di sicurezza. Non è stato possibile trovare studi che rilevassero effetti significativi della comunicazione SBAR sugli *outcome* materno-fetali.

INTRODUZIONE

Sicurezza del paziente e gestione del rischio sono temi molto attuali in sanità. Quando si lavora in contesto sanitario, non si può deontologicamente prescindere dall'interrogarsi sul proprio impegno e attenzione alla riduzione dei rischi e alla prevenzione degli errori. La gestione del rischio clinico consta di una programmazione accurata che prende in considerazione la complessità del sistema sanitario e di tutte le sue caratteristiche. La comunicazione tra professionisti sanitari è legata indissolubilmente alla tutela della sicurezza del paziente: un gran numero eventi avversi che si verificano sono collegabili in qualche misura ad una comunicazione manchevole, e migliorare la capacità comunicativa permette ai professionisti sanitari di erogare un miglior livello di cura. Da questo punto di vista, il passaggio di consegne è uno dei momenti più delicati per la sicurezza del paziente. La complessità di questo fenomeno e i numerosi aspetti che lo influenzano hanno portato la comunità scientifica ad interrogarsi su quali fossero le pratiche migliori da attuare per assicurare ai pazienti una assistenza in continuo miglioramento. Sono stati teorizzati diversi approcci al passaggio di consegne, ciascuno ideato per adattarsi a diversi contesti di cura e diverse modalità in cui può avvenire la comunicazione. Il modello SBAR, acronimo di *Situation – Background – Assessment – Recommendation*, è uno strumento utilizzato in sanità per la standardizzazione delle comunicazioni. La presente revisione della letteratura ha lo scopo di indagare la letteratura scientifica esistente in merito all'applicazione dello strumento SBAR in ambito ostetrico, nello specifico in relazione agli effetti sulla sicurezza del paziente in ambito materno-fetale. Sono state consultate le banche dati online *PubMed*, *Google Scholar* e *Scopus*, utilizzando una stringa di ricerca con metodologia PICO e utilizzo degli Operatori Booleani. I risultati sono stati selezionati secondo il diagramma di flusso del sistema PRISMA. In totale, 9 articoli sono stati selezionati per la revisione. Gli articoli sono stati sintetizzati in una tabella di estrazione dati. I limiti di questa revisione sono dovuti alla scelta di circoscrivere la ricerca a lavori in lingua inglese o italiana, e a sole tre banche dati. Inoltre, i risultati emersi sono eterogenei da un punto di vista di interventi, setting e metodologia, e ciò ha limitato le possibilità di confronto.

CAPITOLO 1 – GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

1.1 Rischio clinico

Si identifica come rischio clinico l'eventualità per un paziente di essere vittima di un evento avverso, ovverosia un "danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza, che causa un prolungamento del periodo di degenza, un peggioramento delle condizioni di salute o la morte" (1). Il rischio è calcolato come il prodotto tra la probabilità che un determinato evento avverso si verifichi e la gravità del danno causato da quell'evento. Per un calcolo più accurato del rischio è necessario anche prendere in considerazione la capacità di identificare in anticipo l'evento e diminuire le sue conseguenze (2,3).

Il concetto di rischio clinico è considerato anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La sicurezza del paziente è definita infatti dall'OMS come una cornice di attività organizzate che crea in sanità una cultura, processi, procedure, comportamenti, tecnologie e ambienti che in modo costante e sostenibile abbassano i rischi, riducono l'insorgenza di danni prevenibili, rendono gli errori meno probabili e riducono gli impatti degli errori quando si verificano (4).

Sul piano legislativo italiano l'articolo 1 del DL 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti delle professioni sanitarie" sancisce che "la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività", e ciò si realizza anche tramite tutte le attività di prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e utilizzo appropriato di risorse strutturali, tecnologiche e organizzative (5).

Lo stesso Codice Deontologico dell'Ostetrica riconosce l'importanza della tutela della salute della Paziente. Assicurare la miglior qualità delle cure e garantire la sicurezza dei pazienti ha un importante valore etico e deontologico per i professionisti sanitari come indicato dall'articolo 2 comma 6 del Codice Deontologico dell'ostetrica/ove si afferma "l'ostetrica/o nell'agire professionale si impegna ad operare con prudenza, diligenza e perizia al fine di tutelare la salute degli assistiti"(6).

Il concetto di rischio clinico nasce dalla consapevolezza della complessità del sistema sanitario. Il Ministero della Salute nel documento "Sicurezza dei pazienti e

gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari” divide gli elementi che contribuiscono a determinare la complessità del sistema sanitario in cinque classi principali. Vi sono fattori strutturali e tecnologici, legati dunque alla costruzione e progettazione dei fabbricati e all’utilizzo di nuove strumentazioni e tecnologie; fattori organizzativo-gestionali e condizioni di lavoro, relativi a tutto ciò che riguarda la struttura organizzativa e le politiche aziendali; fattori umani, definiti dal Ministero come i fattori di maggior criticità, che includono caratteristiche e competenze personali ma anche e soprattutto dinamiche interpersonali, tra cui la capacità di collaborare e comunicare in una équipe; le caratteristiche dell’utenza, relative all’epidemiologia e ad aspetti sociali e culturali; infine, fattori esterni, come norme e leggi, vincoli finanziari, assicurazioni e opinione pubblica (3).

Nella valutazione degli eventi avversi il rischio clinico prevede la teorizzazione degli errori proposta dal Professor James Reason nel 2000 (7). Egli ha teorizzato un modello di analisi secondo cui gli errori coinvolti in quasi tutti gli eventi avversi sono di due tipologie: esistono gli errori attivi, compiuti dalle persone a contatto diretto con il paziente vittima dell’evento avverso, ed esistono gli errori passivi, definiti da Reason come “patogeni” all’interno del sistema, che hanno origine dalle decisioni prese dagli alti dirigenti. Tali condizioni latenti possono facilitare la comparsa di errori attivi, ma possono rimanere silenti per lunghi periodi prima di essere associati a errori attivi causando così un evento avverso. Reason propone quindi un modello di analisi chiamato “modello del formaggio svizzero”, secondo cui le fette di formaggio svizzero rappresenterebbero le barriere difensive dei sistemi complessi come la sanità: idealmente tutti gli strati dovrebbero essere intatti, ma in realtà vi sono presenti dei “buchi”, ossia errori attivi e latenti, che cambiano posizione, si aprono e si chiudono a seconda delle diverse decisioni strategiche prese. Se i buchi presenti nei vari strati si allineano, si crea una cosiddetta traiettoria delle opportunità che può permettere il verificarsi di un evento avverso.

Tra gli eventi avversi rivestono particolare importanza gli eventi sentinella; tali eventi sono eventi avversi che causano la morte del paziente, un danno permanente o un grave danno che necessita di un intervento per salvare la vita al paziente. Sono chiamati sentinella perché segnalano la necessità di un’immediata indagine e risposta (8). Sorvegliare gli eventi sentinella permette di promuovere la sicurezza dei pazienti prevenendo il ripetersi di tali eventi. Tra gli eventi sentinella elencati

dal Ministero della Salute vi sono “Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”, e “Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita”(9).

In Italia gli eventi sentinella sono segnalati all’Osservatorio nazionale degli eventi sentinella, attivato grazie all’ “Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome concernente la sicurezza dei pazienti e delle cure” del Marzo 2008(10). L’Osservatorio opera attraverso il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità, istituito dal DM 11 Dicembre 2009, che raccoglie le informazioni riguardo denunce di sinistri e eventi sentinella da Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (11).

Il 6° Rapporto di Monitoraggio degli Eventi Sentinella rileva che da Gennaio 2005 a Dicembre 2020 sono stati segnalati in totale 8974 eventi sentinella; in particolare, l’Evento “Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita” ha ricevuto il 3,76% delle segnalazioni (n.337), e l’Evento “Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto” l’1,87% (n.168). La Disciplina di Ostetricia e Ginecologia ha ricevuto in totale l’8,44% delle segnalazioni (n.757) (12).

1.2 Clinical risk management

Il clinical risk management o gestione del rischio clinico è definito come un insieme di procedure organizzate con l’obiettivo di identificare, valutare e ridurre, dove possibile, i rischi per i pazienti, l’utenza, lo staff e tutta l’organizzazione. È un programma volto a diminuire l’incidenza di eventi avversi e infortuni, e la conseguente perdita economica per l’istituzione (13).

Con la pubblicazione nel 1999 da parte dell’Institute of Medicine del report “To err is human: building a safer health system”(1) e successivamente nel 2000 con la pubblicazione di “An organisation with a memory”(14) del Department of Health, la comunità medica e scientifica ha iniziato a discutere del concetto di rischio e sicurezza in sanità più approfonditamente. Si è sempre di più considerata come imprescindibile la necessità di creare dei programmi per ridurre le debolezze e vulnerabilità del sistema sanitario. Non essendo purtroppo possibile quasi mai prevedere errori attivi, per ridurre i rischi le strutture sanitarie hanno bisogno di concentrarsi sull’individuare e modificare condizioni latenti, per gestire il rischio in maniera proattiva piuttosto che reattiva (7).

Per riuscire ad agire in maniera efficace sulle condizioni latenti che possono favorire eventi avversi, Reason afferma che i sistemi altamente complessi hanno bisogno di riconoscere i sintomi di ciò che definisce “*vulnerable system syndrome*” (VSS), che è presente a vari livelli in tutte le organizzazioni complesse (15). Questa sindrome ha alla base tre elementi fondamentali: la tendenza a ricercare un colpevole, il negare la presenza di errori sistemici che creano delle debolezze nel sistema, e la cieca ricerca di “eccellenze del genere sbagliato”, ossia la ricerca di indicatori esclusivamente di tipo produttivo e finanziario. Per superare questa sindrome Reason suggerisce, nel momento in cui si verifica un evento avverso, di avere un approccio detto *double loop learning*, che prevede di non focalizzare l’attenzione sull’azione immediata ma, piuttosto, di concentrarsi sui presupposti e condizioni che hanno favorito il realizzarsi dell’errore attivo (15).

Molti sono gli strumenti che nel corso degli anni sono stati adottati per migliorare la qualità delle prestazioni fornite all’utenza. I primi esempi da cui si è tratta l’ispirazione sono stati altri settori ad alto rischio, tra cui l’aviazione.

Bisogna necessariamente ricordare che ogni decisione presa per ridurre un rischio in sanità potrebbe causare a sua volta un altro rischio, per cui ogni decisione va presa solo dopo accurata analisi; inoltre, la chiave per un miglioramento continuo è una “sana combinazione tra indignazione morale ed una attenta analisi” (16). Analizzare gli eventi avversi accaduti permette di identificare le cause principali che hanno permesso che tali eventi si verificassero, e soprattutto consente di imparare dagli errori già commessi in passato, per garantire all’utenza un’assistenza basata su costante analisi e miglioramento.

Per prevenire e gestire il rischio clinico va messo in atto un processo costituito generalmente da quattro fasi. La struttura di tale processo ricorda il ciclo PDCA, dall’acronimo di Plan-Do-Check-Act, un modello utilizzato per un processo di miglioramento continuo delle organizzazioni. Il ciclo PDCA è chiamato anche ciclo di Shewhart, dal nome di Walter A. Shewhart che per primo lo ideò nel 1939, o anche ciclo di Deming, a cui si deve l’introduzione di questo metodo nel Giappone degli anni 50 (17).

La prima fase comprende identificazione e analisi dei rischi, attraverso fonti informative di vario genere, tra cui ad esempio studi retrospettivi o prospettici, programmi di farmacovigilanza e sistemi di *incident reporting*. Bisogna in seguito stabilire i rischi per i quali l’intervento è prioritario, e tale priorità è definita in base

all'analisi della probabilità che il danno si verifichi realmente e alla gravità delle conseguenze che ne deriverebbero.

La seconda fase prevede il trattamento dei rischi, per cui bisogna impostare e applicare delle misure di prevenzione o riduzione dei danni. Le misure necessarie vanno individuate sulla base di evidenze scientifiche, tenendo conto delle peculiarità del contesto specifico in cui vanno applicate e del rapporto tra rischi, costi e benefici.

La terza fase è il monitoraggio e valutazione dell'efficacia delle azioni intraprese. È fondamentale individuare indicatori e modalità di rilevazione per un corretto monitoraggio, per poi passare alla quarta fase, che prevede l'aggiornamento delle misure di prevenzione e la riduzione dei danni(3,18).

CAPITOLO 2 - IL PASSAGGIO DI CONSEGNE COME STRUMENTO DI CONTROLLO DEL RISCHIO

2.1 L'importanza della comunicazione tra professionisti sanitari

Una comunicazione tra professionisti sanitari che sia efficace, efficiente e sicura per il paziente nei vari contesti assistenziali è tra gli obiettivi prioritari della sanità a livello globale.

La rilevanza di questo argomento per la sicurezza e la tutela del paziente è evidenziata da quanto segue: da un lato, il numero significativo di eventi avversi legati, in qualche modo, a problemi di comunicazione; dall'altro, il riconoscimento dell'importanza del miglioramento delle capacità comunicative come uno degli obiettivi fondamentali per l'implementazione di cure più efficaci.

Secondo quanto indicato nel 6° Rapporto di Monitoraggio degli Eventi Sentinella, le cause e i fattori legati alla comunicazione sono stati i secondi fattori più frequenti che hanno contribuito al verificarsi di eventi sentinella, con un totale di 3943 eventi segnalati (12).

Tra gli obiettivi nazionali della Joint Commission per la Sicurezza del Paziente negli Ospedali 2024, l'obiettivo numero 2 NPSG.02.03.01 è migliorare l'efficacia della comunicazione tra i diversi curanti del paziente, in particolare per quanto riguarda la comunicazione tempestiva di risultati di test e procedure diagnostiche per poter trattare il paziente in maniera veloce ed efficace (19).

Inoltre, in continuità con la risoluzione WHA 72.6 “Azione Globale sulla sicurezza del paziente”(20) del 2019, nel 2021 l'Assemblea Mondiale della Sanità ha promulgato il “Piano d'Azione Globale per la Sicurezza dei Pazienti 2021-2030”, al cui interno l'obiettivo strategico 3 “*Assure the safety of every clinical process*” presenta la strategia 3.5 “*Assure the safety of patients in all settings, including in mental health settings and care homes, with a focus on primary care and transitions of care*”, ove si enumera tra le azioni suggerite per strutture e servizi sanitari l'implementazione di procedure uniformi di passaggio di consegne tra le strutture sanitarie(4), sottolineando quindi l'importanza della comunicazione standardizzata come strumento di prevenzione di eventi avversi.

Per le Unità Operative di Ostetricia, nel documento “Raccomandazioni per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al parto”, il Ministero della Salute raccomanda ad ogni unità di perfezionare un sistema di comunicazione

tra i professionisti che tenga in conto della complessità organizzativa e assistenziale del contesto, tramite l'individuazione di strumenti e modalità di comportamento. Viene sottolineato infatti come il mancato o insufficiente scambio di informazioni durante la gestione delle emergenze rappresenti una delle principali fonti di rischio per esiti avversi (21).

Da tutto ciò si chiarisce l'importanza di un continuo studio e miglioramento della *performance* comunicativa dei professionisti sanitari.

2.2 Passaggio di consegne: buone pratiche

La National Patient Safety Agency ha definito il passaggio di consegne come “il trasferimento di responsabilità professionale e *accountability* per alcuni o tutti agli aspetti della cura di un paziente, o gruppo di pazienti, ad un'altra persona o gruppo professionale, in maniera temporanea o permanente”(22).

In letteratura, è stato definito come “il processo di trasferimento di responsabilità e autorità primaria a proposito delle cure cliniche da fornire ad un paziente da un caregiver uscente ad uno entrante”(23).

La funzione principale del passaggio di consegne o *handover* è il trasferimento delle informazioni riguardanti i pazienti; esso risulta essere anche un importante momento di apprendimento, di insegnamento, e di *team-building* (24).

Patterson e Wears (23) hanno individuato con la loro revisione di letteratura sette funzioni principali del passaggio di consegne:

- l'elaborazione e la trasmissione delle informazioni;
- riferimenti alla pratica routinaria e evidenziazione di deviazioni rispetto alla stessa necessarie per adattare il processo di cura alle esigenze del singolo paziente;
- la resilienza, ossia la capacità di individuare, attraverso la comunicazione del processo mentale, eventuali ipotesi ed azioni errate per poter poi attuare correzioni;
- la responsabilizzazione, meglio resa in inglese con il termine *accountability*, ossia il trasferimento della responsabilità e dell'autorità;
- l'interazione sociale, che considera la prospettiva di ciascun soggetto prendente parte allo scambio;

- la responsabilità condivisa, che sottolinea come la sostituzione di un professionista sanitario provochi delle modificazioni all'intero gruppo di lavoro;
- le norme culturali, ossia come i valori del gruppo in una organizzazione si modificano o vengono preservati nel corso del tempo.

La comunicazione tra personale sanitario durante il passaggio di consegne è uno dei momenti chiave per assicurare un ambiente sano e sicuro per i pazienti e i loro familiari, al punto che la mancata comunicazione tra personale uscente ed entrante è la causa principale di ridotta sicurezza e qualità del servizio, oltre che di insoddisfazione del paziente (25). Diversi fattori influiscono sulla qualità della comunicazione interagendo tra loro, rischiando così di provocare errori in diversi punti del passaggio di consegne che possono portare infine ad un *outcome* negativo per il paziente (26).

Pezzolesi et al. (27) nel 2010 hanno condotto uno studio retrospettivo con l'obiettivo di determinare la prevalenza e le caratteristiche di errori commessi in sede di passaggio di consegne. Il trasferimento intra-specialità è risultato il responsabile del 51% degli incidenti, di cui il 75% ha avuto luogo durante il passaggio di consegne al cambio turno. Un altro dato interessante riportato da questo studio è che la disciplina di Ostetricia e Ginecologia è stata quella che ha riportato il più alto numero di errori, pari al 42%.

Sono numerosi gli studi e le revisioni di letteratura riguardanti il passaggio di consegne, le problematiche che presenta e le pratiche che possono rendere più efficace ed efficiente questo fondamentale momento di lavoro. In questa sede si riporta il contenuto di una selezione di studi, utile a delineare il quadro generale riportato dalla attuale letteratura scientifica in merito.

Uno studio qualitativo del 2015 (28) suggerisce che è necessario avere un approccio olistico al passaggio di consegne e riuscire ad averne una buona gestione, trovando un momento ed uno spazio interamente dedicati all'*handover*.

Desmedt e colleghi (29) affermano che un passaggio di consegne poco accurato è associato a molti potenziali pericoli per il paziente, e che non vi sono evidenze sufficienti ad individuare né quale sia lo strumento migliore per valutare il processo di *handover*, né quali pratiche del passaggio di consegne siano le migliori.

Johnson e Barach (30) propongono sei suggerimenti per assicurare qualità e sicurezza nel passaggio di consegne:

- comprendere che la comunicazione durante l'*handover* è un processo adattativo complesso;
- riconoscere che il background culturale ha un ruolo fondamentale per il cambiamento ed il miglioramento;
- sviluppare strumenti per rendere le informazioni prontamente accessibili e chiare;
- applicare i principi del fattore umano al modello clinico;
- concentrare le energie sulla formazione e sul sostenimento;
- identificare la leadership necessaria al miglioramento del passaggio di consegne.

Nel 2007, grazie alla collaborazione con la Joint Commission e la Joint Commission International, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato i "*Patient Safety Solutions Aides memoir*", strumenti pensati per i professionisti sanitari al fine di prevenire gli errori o attenuarne gli esiti. Tra questi, la Solution 3 è il documento "*Communication during patient handovers*", in cui la WHO suggerisce ai suoi Stati Membri di assicurarsi che le organizzazioni sanitarie implementino un approccio standardizzato alla comunicazione durante il passaggio di consegne tra operatori, tra un turno ed il successivo e tra diverse unità operative in sede di trasferimento di un paziente (31).

Il National Institute for Health and Care Excellence, all'interno della linea guida "*Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation*" del 2018, raccomanda l'utilizzo di un passaggio di consegne strutturato tra un contesto di cura e un altro (32).

I benefici che derivano dall'implementazione un *handover* strutturato sono molteplici: Bakon e colleghi (33) affermano che esso può migliorare le capacità comunicative del personale, aumentare l'accuratezza delle informazioni trasmesse, promuovere il pensiero critico e sollecitare il personale sanitario a implementare una cura basata sulle evidenze che garantisca la sicurezza del paziente attraverso la prevenzione degli errori. Inoltre, uno strumento strutturato come la SBAR¹, descritto nel paragrafo successivo, funge da ausilio e memorandum ai professionisti sanitari, permettendo loro di assicurarsi di passare in consegna tutti i dati

¹ S - Situation (Situazione), B - Background (Contesto), A - Assessment (Valutazione), R - Recommendation (Raccomandazione).

significativi, senza dover riportare le informazioni solo grazie ad uno sforzo mnemonico. (34)

La società SIAARTI nel 2018 ha pubblicato un documento intitolato “Il passaggio di consegne della pratica clinica degli Anestesisti Rianimatori” in cui viene affermato che la comunicazione tra un professionista ed un altro, indipendentemente dal contesto e dal fatto che la comunicazione sia scritta oppure orale, debba rispettare l’acronimo mnemonico della comunicazione delle “5 C”:

- concisa, per evitare di dilungarsi eccessivamente con dettagli poco rilevanti;
- concreta, per far comprendere in maniera chiara ciò che si è fatto e quali sono i problemi ancora da risolvere;
- corretta, basata dunque su informazioni oggettive e oggettivabili;
- completa, fornendo informazioni esaustive;
- chiara, senza alcuna ambiguità. (35)

Ghosh e colleghi (36) hanno condotto nel 2021 un trial da cui si è potuto evincere che l’implementazione di un passaggio di consegne standardizzato, nello specifico il protocollo SBAR, ha migliorato sia la valutazione dell’intero processo di *handover*, sia la soddisfazione del paziente, sia l’approvazione e l’adesione del personale sanitario. In letteratura sono citati diversi strumenti per standardizzare il passaggio di consegne tramite tecniche mnemoniche: Yung e colleghi ne hanno individuati 42, con un totale di 238 singoli elementi (37).

Crespo-Mirasol e colleghi (38) hanno condotto uno studio presso l’Unità Operativa di Ostetricia e Sala Parto del Servizio di Medicina Materno-Fetale in un Ospedale di terzo livello a Barcellona. I risultati dello studio hanno portato gli autori a concludere che l’adozione di un metodo standardizzato per il passaggio di consegne può migliorare vari aspetti della comunicazione all’interno di un team multidisciplinare. Dopo l’implementazione di questa metodologia standardizzata, sono stati osservati miglioramenti significativi nella percezione del personale sanitario riguardo al luogo in cui avveniva la comunicazione, alle persone coinvolte, al tempo dedicato alla procedura, all’ordine e alla chiarezza delle informazioni, e alla disponibilità di tempo sufficiente per eventuali domande.

Uno studio trasversale descrittivo (39) condotto nelle unità materno-infantili di 75 ospedali in Corea del Sud ha rilevato che negli ospedali in cui vi è una migliore comunicazione e cooperazione tra dipartimenti, vi è una maggior percezione della

cultura di sicurezza del paziente, una minor frequenza di errori e minor casi di *malpractices* riferiti. Lo stesso studio ha evidenziato che nei casi in cui non vi è un buon sistema di passaggio di consegne e non vi sono protocolli standardizzati di *handover*, la valutazione data dagli infermieri a proposito dell'*handover* è tendenzialmente negativa.

Poot e colleghi (40) hanno misurato la consapevolezza del personale durante settanta passaggi di consegne (43% tra medici e 57% tra infermieri e laureati in ostetricia) presso la sala travaglio di un ospedale universitario di terzo livello in Olanda. La comunicazione e il passaggio di consegne sono stati valutati analizzando la presenza e l'ordine degli elementi della struttura SBAR, che consente agli operatori di includere tutti gli aspetti necessari per costruire una buona consapevolezza della situazione. I risultati hanno evidenziato carenze nella trasmissione delle informazioni riguardanti la valutazione dello stato del paziente e le raccomandazioni per le azioni da intraprendere. Inoltre, i passaggi di consegne sono risultati spesso interrotti e troppo lunghi, con una scarsa presenza di domande attive da parte dei riceventi e una mancanza di rilettura finale. I ricercatori hanno somministrato questionari di valutazione al personale subito dopo i passaggi di consegne, ottenendo un punteggio medio di 4,1 su 5. Secondo i ricercatori, questo punteggio potrebbe indicare una scarsa consapevolezza da parte del personale dell'importanza che la comunicazione durante il passaggio di consegne ha sulla consapevolezza complessiva della situazione.

2.3 Il modello SBAR

Nel corso degli anni sono stati ideati vari strumenti e metodi per standardizzare il passaggio di consegne, ed ogni realtà necessita di identificare lo strumento più idoneo alle proprie esigenze e caratteristiche (41).

Esistono diversi approcci possibili al passaggio di consegne: di seguito si riporta la schematizzazione ideata da Bulfone e colleghi (42).

1. Approccio narrativo, in cui le informazioni riguardanti lo status del paziente e l'assistenza vengono riportate in ordine cronologico e senza una struttura precisa.
2. Orientato ai problemi, o *Problem Orientated Medical Care* (POMC), che permette di riferire anche il punto di vista del paziente rispetto ai problemi emersi.

3. Focalizzato sugli esiti, che permette di concentrarsi sugli esiti da raggiungere oppure già raggiunti.
4. Focalizzato sugli scostamenti dalla normalità, in cui si riferisce solo ciò che si discosta dalla norma.
5. Orientato alla globalità del paziente.

Il modello SBAR è alla base dell'approccio per cure globali. È stato sviluppato inizialmente in ambito militare, all'interno della Marina statunitense con lo scopo di ottenere una comunicazione precisa ed efficace nei sottomarini nucleari ai cambi di comando. Michael Leonard, medico anestesista responsabile della sicurezza dei pazienti presso l'ospedale Kaiser Permanente in Colorado, è considerato il primo ad aver introdotto tale metodica in ambito medico-sanitario, insieme ai colleghi Doug Bonacum e Suzanne Graham. (43,44)

SBAR è un acronimo mnemonico, organizzato nel seguente modo:

- *Situation*: per prime si riportano le informazioni sul paziente e sul problema emerso in quel momento
- *Background*: si comunica brevemente la diagnosi, il motivo di ricovero e la situazione clinica.
- *Assessment*: si riferiscono poi le informazioni su parametri vitali, esiti di esami laboratoristici e dati ottenuti dalle visite, insieme ad una considerazione e analisi della situazione attuale
- *Recommendation*: infine si riporta ciò che bisogna eseguire per gestire e risolvere le problematiche individuate. (43)

Una ricerca quasi-sperimentale (45) condotta su 83 infermieri di reparti non-critici ha riscontrato che in seguito ad un programma di addestramento sull'utilizzo dello strumento SBAR, la conoscenza degli infermieri a proposito di questo strumento è migliorata, così come il suo utilizzo adeguato e la percezione del processo del passaggio di consegne.

Müller e colleghi (46) hanno condotto una revisione sistematica della letteratura allo scopo di identificare gli effetti dell'implementazione della comunicazione con il metodo SBAR sull'*outcome* dei pazienti, e sono emerse evidenze moderate sull'efficacia di questa strategia soprattutto per quanto riguarda le comunicazioni telefoniche, ma non è stato possibile determinare un effetto positivo sulla sicurezza

del paziente direttamente collegabile all'utilizzo della SBAR, a causa della limitata qualità degli studi inclusi nella revisione e della eterogeneità dei relativi risultati. Ting e colleghi (47) hanno valutato, tramite la somministrazione del Safety Attitudes Questionnaire alle infermiere e le ostetriche in servizio presso il reparto di Ostetricia e la Sala Parto di un ospedale, che la formazione sulla SBAR e l'utilizzo di uno schema preimpostato per la comunicazione orale con tecnica SBAR tra infermiera e ginecologo in caso di cardiocografia alterata, ha permesso di migliorare la collaborazione durante il lavoro in equipe, la percezione dell'impegno verso il raggiungimento e il mantenimento della sicurezza, la soddisfazione del personale e le condizioni di lavoro. Durante questo studio, i ricercatori hanno anche cercato di valutare l'effetto della SBAR sugli *outcome* neonatali, in quanto la tecnica SBAR, sebbene assicuri una comunicazione completa, può prevedere un aumento dei tempi della comunicazione durante una emergenza: i risultati non hanno dimostrato una differenza significativa di neonati a cui è stato assegnato un indice di Apgar inferiore a 7 dopo 5 minuti dalla nascita tra prima dell'intervento e dopo l'intervento.

SCOPO DELLO STUDIO

Questo studio ha l'obiettivo di analizzare la letteratura scientifica disponibile in italiano e inglese sull'applicazione della metodologia SBAR nel passaggio di consegne in ambito ostetrico. In particolare, si intende valutare se l'adozione di questa metodologia contribuisca a ridurre i rischi legati a una comunicazione inefficace, migliorando così la sicurezza del paziente nell'ambito materno-fetale.

MATERIALI E METODI

La revisione ha avuto origine dal quesito di ricerca “L'utilizzo della metodologia SBAR durante il passaggio di consegne in ostetricia aumenta la sicurezza del paziente?”. Utilizzando la metodologia “PICO” (Popolazione/Problema, Intervento, Confronto, *Outcome*) è stata formulata una stringa di ricerca grazie all'utilizzo di parole chiave e degli Operatori Booleani “AND” e “OR” (si veda Tabella I). Tale stringa di ricerca è stata utilizzata nel periodo compreso tra Giugno 2024 e Settembre 2024 per consultare le banche date online *PubMed*, *Google Scholar* e *Scopus*. Per quanto riguarda *Google Scholar*, si è utilizzata la barra di ricerca avanzata per limitare la ricerca ai soli articoli scientifici. La Tabella II riporta i criteri di inclusione ed esclusione considerati.

Tabella I. Stringa di ricerca

| L'utilizzo della metodologia SBAR in ambito ostetrico durante il passaggio di consegne (<i>handover</i>) aumenta la sicurezza del paziente? | | |
|---|--|--|
| P | Ostetriche; personale ostetrico | Midwifery OR Obstetrics OR Midwives OR Maternity AND |
| I | Metodologia SBAR | SBAR AND |
| C | Altri metodi di passaggio di consegne strutturati o meno | |
| O | Sicurezza del paziente | Patient safety |

Tabella II. Criteri di inclusione ed esclusione

| Criteri di inclusione | Criteri di esclusione |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - valutazione di interventi riguardanti l'implementazione dello strumento SBAR o sue varianti; - ricerca o intervento in ambito ostetrico. | <ul style="list-style-type: none"> - non valutazione degli effetti della specifica metodologia SBAR o sue varianti; - ambito di applicazione della ricerca diverso da quello ostetrico; - full text non disponibile; - full text disponibile in lingua diversa da italiano e inglese. |

RISULTATI

La selezione degli articoli è stata condotta secondo quanto previsto dal diagramma di flusso del sistema PRISMA, acronimo di *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (Tabella III). In totale si sono ottenuti 454 articoli dalle banche dati, mentre altri 9 sono stati reperiti tramite citazioni (totale n = 463). Sono stati esclusi 16 articoli in quanto duplicati. Successivamente sono stati esclusi gli articoli il cui titolo non risultava pertinente alla ricerca (n = 326) e in seguito quelli il cui abstract non risultava pertinente (n = 63). In seguito alla analisi del testo completo degli studi, 49 articoli sono stati esclusi in quanto non rispettavano i criteri di inclusione.

Sono stati inclusi in questa revisione di letteratura un totale di 9 articoli. I risultati sono riportati in una tabella di estrazione dei dati (Tabella IV), comprendente autori, titolo, anno di pubblicazione, Paese di provenienza, DOI, tipologia di studio, e scopo dello studio.

Tra gli articoli selezionati si trovano 5 studi prospettici (47–51), uno studio prospettico quasi-sperimentale (52), uno studio stepped wedge multicentrico longitudinale (53), uno studio multicentrico trasversale (54) ed uno studio di valutazione in quattro fasi con design misto (55).

Otto articoli hanno riportato di interventi educativi(47–54), di cui uno solo con partecipanti gli studenti(50).

Due articoli hanno compiuto analisi sia quantitative che qualitative(48,55).

Lo studio incluso meno recente è stato pubblicato nel 2009(48), mentre il più recente nel 2024(51).

I contesti socio-economici in cui si sono tenuti gli studi inclusi sono eterogenei: due studi si sono svolti negli USA(48,50) e due nel Regno Unito(54,55), mentre gli altri cinque rispettivamente in Iraq(52), Palestina(49), Paesi Bassi(53), Taiwan(47) e Tunisia(51).

Due gruppi di lavoro, Beckett e Kipnis (48) e Ting e colleghi (47), hanno applicato lo stesso intervento, chiamato “*SBAR Collaborative Communication Education*” (SBAR-CCE), che prevedeva una lezione da un’ora con argomento strategie per aumentare la collaborazione all’interno dell’equipe, tecniche di comunicazione efficaci, differenti stili comunicativi, empatia e strategie per risolvere i problemi, il tutto unito alla proiezione di video dimostrativi e giochi di ruolo. Ting e colleghi

specificano che nella formazione era compresa una lezione di 30 minuti sulla cardiocografia.

Dawood (52) ha proposto un intervento molto simile, che prevedeva contenuti analoghi ma con sessioni dalla durata di 90 minuti. Alla lezione, Dawood ha unito la simulazione di un caso clinico ostetrico in cui i partecipanti dovevano contattare altro personale utilizzando la metodologia SBAR. Il primo scenario era una emorragia post-partum, utilizzata dai formatori come esempio; gli altri scenari simulati sono stati: una rottura intempestiva prematura delle membrane, un caso di placenta previa, una gravidanza di madre minorenni, un caso di pre-eclampsia, un aborto e una gravidanza oltre il termine.

Anche Toumi e colleghi (51) e Romijn e colleghi (53) hanno unito lezione frontale e simulazione. Toumi e colleghi hanno proposto un intervento in tre parti: la prima parte ha previsto una lezione teorica della durata di un'ora a proposito del concetto di comunicazione in sanità; la seconda parte è stata una simulazione di passaggio di consegne con metodologia SBAR in tre sessioni successive (la prima guidata dai formatori, la seconda con ruolo attivo dei partecipanti e la terza facilitata dai ricercatori con lo scopo di rinforzare l'apprendimento); la terza e ultima parte consisteva di un riepilogo di ciò che era stato detto nel corso della formazione, enfatizzando i benefici della comunicazione SBAR. Romijn e colleghi hanno organizzato una formazione basata sul Crew Resource Management (CRM) focalizzata sull'apprendimento dello strumento SBARR² e costituita da due lezioni da tre ore ciascuna. L'obiettivo principale era il miglioramento dei passaggi di presa in carico tra le strutture di primo livello e quelle di secondo e terzo livello. Le lezioni tenute hanno incluso discussioni plenarie e simulazioni di richiesta di presa in carico delle pazienti.

Guimond e colleghi (50) hanno proposto invece un intervento di sola simulazione, nel contesto dell'insegnamento di ostetricia e ginecologia del corso di laurea in infermieristica. Durante la simulazione gli studenti sono stati divisi in 4 gruppi simulanti 4 turni di lavoro, che a rotazione dovevano passarsi le consegne utilizzando uno strumento SBAR pre-impostato. Questa simulazione si è svolta due

² S - Situation (Situazione), B - Background (Contesto), A - Assessment (Valutazione), R - Recommendation (Raccomandazione), R - Read-back (Ripetizione)

volte, a distanza di due settimane l'una dall'altra, la prima volta con un manichino e la seconda con una persona terza interpretante la donna in cura.

Siassakos e colleghi (54) hanno compiuto una analisi trasversale secondaria di dati ottenuti da uno studio randomizzato controllato basato su un intervento di formazione per la gestione delle emergenze ostetriche (studio Simulation & Fire-drill Evaluation, "SaFE"). Lo studio di Siassakos e colleghi analizza le riprese della simulazione svoltesi dai partecipanti prima dell'inizio della formazione, per valutare le pregresse capacità di collaborazione e lavoro di squadra e analizzare la relazione esistente tra rendimento dell'equipe e comportamenti assunti dall'equipe stessa.

Spranzi e Norton (55) hanno compiuto una valutazione per mettere a confronto la pratica del passaggio di consegne nel reparto di ostetricia di un ospedale universitario pubblico di Londra con quanto previsto dalle linee guida locali. Il primo step di questa valutazione è stata una revisione del protocollo in vigore al momento dello studio presso l'ospedale a proposito del passaggio di consegne nel reparto maternità: tale protocollo è stato utilizzato come punto di riferimento per la valutazione

della pratica. Il secondo step è stato uno studio di coorte retrospettivo, che consisteva nell'analizzare la lunghezza del ricovero, con il conseguente quantitativo di passaggi di consegne, e la cartella clinica di 60 donne ricoverate presso il reparto di ostetricia tra Ottobre 2013 e Marzo 2014 che hanno partorito neonati a termine vivi, e paragonare i dati a quanto previsto dal protocollo locale. Il terzo step ha consistito nell'osservazione diretta di 40 passaggi di consegne nel reparto di ostetricia tra Ottobre 2013 e Marzo 2014. Il quarto e ultimo step si è basato sulla somministrazione di questionari ed interviste della durata massima di 30 minuti al personale e all'utenza del reparto, con l'obiettivo di definire la percezione dell'importanza del passaggio di consegne, dei suoi rischi e della sua efficacia.

Infine, Fahajan e colleghi (49) non forniscono molte informazioni sulla formazione del personale i cui effetti sono andati ad investigare con il loro studio: gli autori riferiscono di un protocollo di standardizzazione del passaggio di consegne basato sul metodo ISBAR³ entrato in vigore presso l'ospedale Emirates Maternity a Gaza,

³ I – Identify (Identificazione), S - Situation (Situazione), B - Background (Contesto), A - Assessment (Valutazione), R - Recommendation (Raccomandazione), R - Read-back (Ripetizione)

che prevedeva che tutti gli infermieri e le ostetriche dell'ospedale seguissero un corso di formazione organizzato dal Ministero della Salute Palestinese nel 2022. Il protocollo ha previsto che si svolgesse almeno un passaggio di consegne ogni 24 ore al letto del paziente, durante il quale l'infermiere uscente doveva presentare il paziente e l'infermiere entrante, concentrarsi sul comunicare i bisogni del paziente, discutere in maniera semplificata le problematiche da risolvere, le alterazioni delle condizioni e i cambiamenti nella cura prevista, chiedere al paziente se approvasse quanto appena detto e se avesse bisogno di ulteriori chiarimenti, e discutere tutta la documentazione e piani terapeutici.

Tabella III. Diagramma di flusso PRISMA

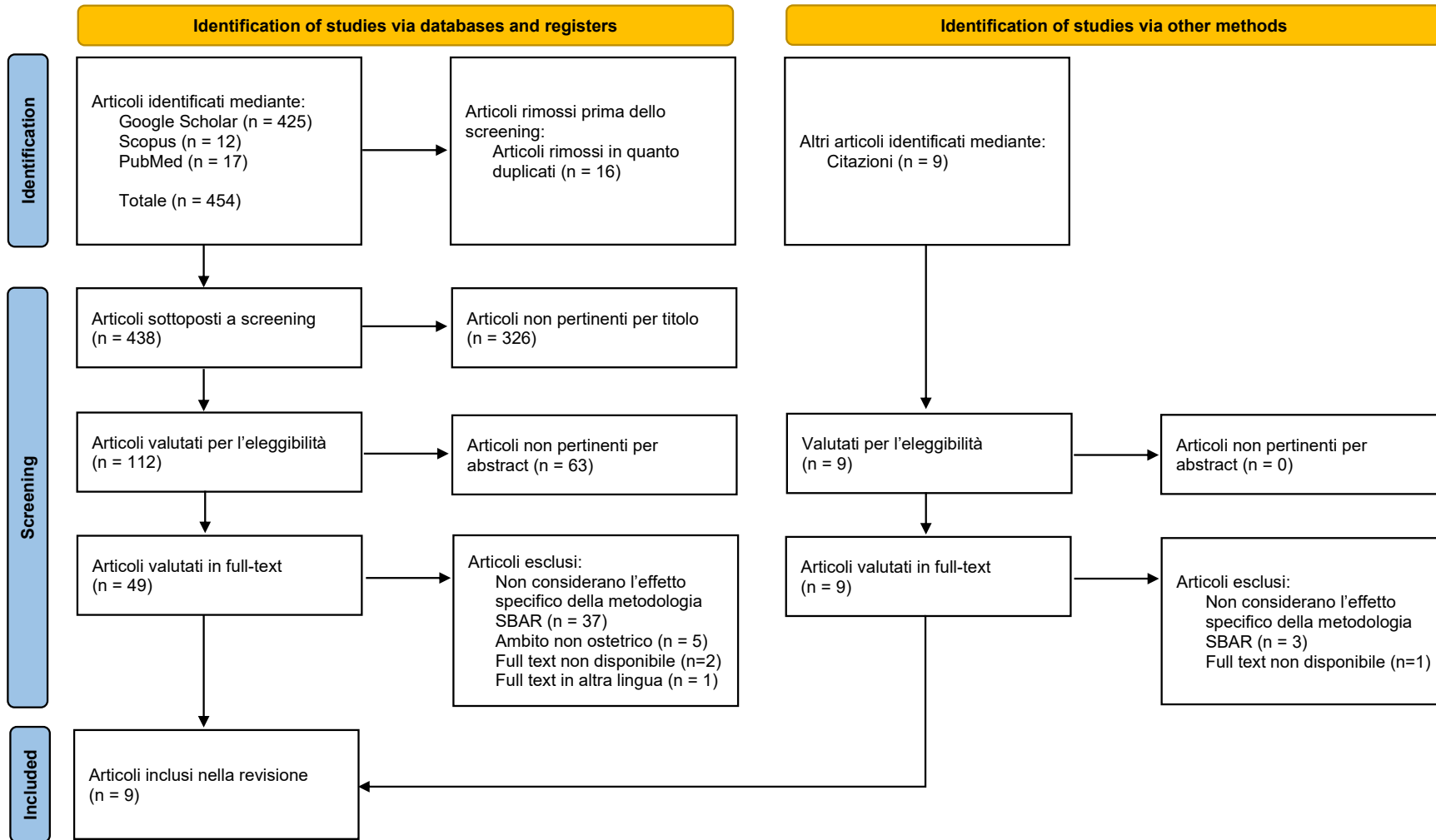


Tabella IV. Tabella di estrazione dei dati

| Autore | Titolo | Anno | Paese | DOI | Tipologia di studio | Popolazione | Scopo dello studio |
|--|--|------|-------------|---------------------------------|---|---|---|
| Beckett, Kipnis (48) | Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes | 2009 | USA | 10.1111/j.1945-1474.2009.0043.x | Studio prospettico; intervento di formazione e analisi quantitative e qualitative | 212 membri dei team del dipartimento di cura pediatrica e perinatale | Valutare l'efficacia della comunicazione collaborativa SBAR su lavoro in equipe, comunicazione e <i>outcome</i> di sicurezza del paziente |
| Dawood (52) | Effectiveness of the Educational Program Concerning Nurse-Midwives SBAR Tool Communication on Maternal Health Documentation at Maternal wards in Baghdad Maternity Hospitals | 2021 | Iraq | 10.36347/sja.ms.2021.v09i06.015 | Studio quasi-sperimentale con questionari pre- e post-intervento | 84 infermieri e ostetriche di tre cliniche ostetriche, 28 per ciascuna clinica | Valutare l'effetto di un intervento educativo a proposito dello strumento comunicativo SBAR |
| Fahajan, Albelbeisi, Shnena, Emad, Kweik, Kakemam, Albelbeisi (49) | Effect of ISBAR Clinical Handover Application on Nurses' Perception of Communication and Attitudes toward Patient Safety at Emirates Maternity Hospital in Gaza Strip, Palestine | 2023 | Palestina | 10.4314/ejhs.v33i5.7 | Studio prospettico; intervento di formazione con questionari pre- e post-intervento | Infermieri e ostetriche di tutte le unità dell'Emirates Maternity Hospital | Valutare gli effetti della comunicazione ISBAR sulla percezione delle infermiere della comunicazione e degli atteggiamenti per la sicurezza del paziente |
| Guimond, Foreman, Werb (50) | Evaluation of an unfolding obstetric experience simulation in an undergraduate nursing program | 2019 | USA | 10.1016/j.nedt.2019.05.003 | Studio prospettico; intervento di formazione con simulazione e questionari e valutazioni pre- e post-intervento | 53 studenti del corso di Laurea di Infermieristica | Valutare la simulazione in termini di abilità degli studenti di comunicare importanti informazioni tra un turno e l'altro e di autovalutazione delle competenze in ambito ostetrico |
| Romijn, Ravelli, de Bruijne, Twisk, Wagner, de Groot, Teunissen (53) | Effect of a cluster randomised team training intervention on adverse perinatal and maternal outcomes: a stepped wedge study | 2019 | Paesi Bassi | 10.1111/1471-0528.15611 | Studio stepped wedge longitudinale multicentrico | Risultati valutati su 8123 donne riferite dai centri territoriali a uno dei 5 ospedali di riferimento | Valutare l'effetto del training a proposito di comunicazione e collaborazione interprofessionale sugli <i>outcome</i> materni e fetali |

| | | | | | | | |
|--|--|------|-------------|-----------------------------------|---|---|--|
| Siassakos, Bristowe, Draycott, Angouri, Hambly, Winter, Crofts, Hunt, Fox (54) | Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: A multisite cross-sectional study | 2011 | Regno Unito | 10.1111 /j.1471-0528.2010.02843.x | Studio multicentrico trasversale | 24 partecipanti selezionati casualmente da sei reparti maternità di ospedali di secondo e terzo livello | Definire una relazione tra comportamenti assunti in fase di lavoro in equipe e la performance dell'equipe |
| Spranzi, Norton (55) | From handover to takeover: Should we consider a new conceptual model of communication? | 2020 | Regno Unito | 10.12968/bjoms.2020.28.3.156 | Servizio di valutazione in quattro fasi | Reparto maternità di un ospedale universitario di Londra | Analizzare la pratica di passaggio di consegne in sala parto e reparto di ostetricia |
| Ting, Peng, Lin, Hsiao (47) | The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department | 2017 | Taiwan | 10.1016/j.tjog.2016.06.021 | Studio prospettico con questionari pre- e post-intervento dopo 1 anno e dopo 3 anni | Ostetriche e infermieri del reparto di ostetricia e della sala parto | Valutare l'impatto di un intervento di formazione e l'implementazione della SBAR sugli atteggiamenti di sicurezza del personale |
| Toumi, Dhouib, Zouari, Ghadhab, Gara, Zoukar (51) | The SBAR tool for communication and patient safety in gynaecology and obstetrics: a Tunisian pilot study | 2024 | Tunisia | 10.1186/s12909-024-05210-x | Studio prospettico longitudinale | 62 tra medici e professionisti sanitari del dipartimento ginecologico e ostetrico | Valutare la conoscenza del personale riguardo lo strumento SBAR e il suo utilizzo nella pratica e la soddisfazione del personale in seguito ad un intervento di formazione |

DISCUSSIONE

La discussione si articola in paragrafi intitolati:

Soddisfazione del personale; Miglioramento della capacità comunicativa; Aumento della sicurezza del paziente: clima di sicurezza; Aumento della sicurezza del paziente: *outcome* materni e fetali.

Soddisfazione del personale

Il primo elemento investigato dagli studi inclusi in questa revisione è la soddisfazione del personale a seguito di una formazione sulla metodologia SBAR. Romijn e colleghi(53) e Toumi e colleghi(51) hanno somministrato in seguito alla formazione un questionario per la valutazione del corso e la rilevanza dell'argomento trattato.

Romijn e colleghi hanno somministrato un questionario consistente di 10 domande che chiedeva ai partecipanti di valutare i formatori, ciò che il corso ha aggiunto alla loro pratica quotidiana e l'effettiva applicabilità dei contenuti del corso. I partecipanti si sono detti soddisfatti della qualità della formazione, a cui hanno dato un punteggio medio di 7.7 su una scala Likert a 10 punti. Hanno inoltre riferito di aspettarsi un aumento di collaborazione (punteggio medio 4.1 su una scala Likert a 5 punti), un miglioramento della comunicazione in situazioni acute (4.3 su 5) e un aumento della qualità della cura fornita (4.1 su 5) (53).

Toumi e colleghi hanno ottenuto risultati simili. Ai partecipanti è stato chiesto di esprimere la propria valutazione con una scala Likert a 9 punti. Il 75.8% dei partecipanti ha espresso soddisfazione riguardo la formazione, il 74% ha dichiarato di aver acquisito nuove informazioni nel corso della formazione, e l'80.7% ha intenzione di modificare la propria pratica futura tramite l'implementazione della comunicazione SBAR (51).

Durante l'intervento SBAR-CCE, Beckett e Kipnis (48) hanno raccolto osservazioni e interviste in tutto il dipartimento presso cui si stava svolgendo la formazione. I dati raccolti sono stati analizzati secondo le metodiche della *grounded theory*. Complessivamente, ciò che è stato maggiormente riferito a proposito dello SBAR-CCE è stato un aumento della "comunicazione positiva". I partecipanti al corso hanno commentato a tal proposito che il corso aveva fornito loro una "buona struttura", "forti fondamenta per la comunicazione" e "aumentata consapevolezza".

I professionisti sanitari e i medici hanno riferito un aumento della comunicazione e collaborazione, e si è osservato un effettivo e consistente aumento della comunicazione SBAR.

Questi risultati sono in linea con quanto rilevato da Woodhall e colleghi (56), che in seguito all'implementazione della comunicazione standardizzata SBAR nell'ospedale Magee Womens Hospital dell'Università del Pittsburgh Medical Center hanno rilevato un aumento della soddisfazione del personale riguardo la qualità e l'efficacia della comunicazione tra professionisti.

Anche Ghonem e colleghi (45) hanno ottenuto, in seguito alla formazione SBAR, un miglioramento della percezione della qualità della comunicazione in fase di passaggio di consegne da parte degli infermieri.

Per misurare in modo quantitativo il cambiamento nella percezione della comunicazione e collaborazione tra infermieri e medici in seguito all'introduzione della comunicazione standardizzata SBAR, De Meester e colleghi (57) hanno chiesto ai partecipanti allo studio di completare il questionario "*Communication, Collaboration and Critical Thinking Quality Patient Outcomes Survey Tool*" (CCCT Tool), prima e dopo l'intervento. Il questionario era costituito da 12 domande a cui i partecipanti dovevano rispondere tramite una scala Likert a 4 punti: le domande avevano come argomento la collaborazione, la comunicazione infermiere-medico e la percezione della comunicazione. Il punteggio, che poteva variare da un minimo di 12 a un massimo di 38 punti, è stato tramutato in scala 0-100 dai ricercatori. I risultati hanno rilevato un aumento del punteggio medio da 58 su 100 (range 31-97) a 64 su 100 (range 25-97), con miglioramento del punteggio in tutte le tre categorie investigate (57).

Miglioramento della capacità comunicativa

Molti tra gli studi analizzati avevano come finalità la valutazione della capacità comunicativa dei partecipanti, e l'eventuale miglioramento della stessa in seguito agli interventi proposti.

Siassakos e colleghi (54), per testare le capacità di lavoro di squadra dei partecipanti, hanno creato e validato un punteggio di efficacia clinica (*clinical efficiency score*, CES) per la preparazione e somministrazione del magnesio solfato, utilizzato come indicatore di efficienza del team in uno scenario simulato di attacco

eclamptico. I ricercatori hanno analizzato le prestazioni di 19 gruppi di lavoro: tra questi, 12 gruppi hanno somministrato il magnesio solfato entro i 10 minuti massimi previsti dalla simulazione, mentre ben 7 gruppi non lo hanno somministrato. I ricercatori hanno ipotizzato una relazione esistente tra il punteggio di efficacia clinica e determinati comportamenti: i gruppi che sono stati in grado di somministrare il magnesio solfato nella maniera più efficiente hanno dimostrato, tra le altre, di comunicare in maniera più efficace rispetto ai gruppi con risultati meno soddisfacenti, in quanto hanno dichiarato in maniera chiara e precoce l'emergenza e utilizzato una comunicazione impostata secondo la SBAR.

Fahajan e colleghi (49) hanno chiesto ai partecipanti di compilare due questionari prima e dopo l'avvio del protocollo ISBAR. Il primo dei questionari è stato somministrato per rilevare cambiamenti nella percezione della comunicazione. I risultati hanno rilevato che in seguito all'implementazione del protocollo, vi è stato un miglioramento della percezione della comunicazione sia tra infermieri che tra infermieri e medici per quanto riguarda l'apertura, l'accuratezza e completezza delle informazioni. Inoltre, è migliorata la percezione del passaggio di consegne infermieristico tra un turno e l'altro, e la puntualità e la soddisfazione della comunicazione tra infermieri e medici.

Guimond e colleghi (50), per valutare le capacità comunicative acquisite dagli studenti a seguito dell'intervento di simulazione, hanno fornito agli studenti una scheda SBAR pre-impostata da completare sulla base di un caso studio presentato loro in video. I ricercatori hanno sottoposto gli studenti a questa prova prima della prima simulazione e poi in seguito alla seconda simulazione. Le schede sono state successivamente valutate da docenti all'oscuro di quali fossero le schede completate prima dell'intervento e quali dopo l'intervento. I risultati hanno evidenziato una differenza significativa tra le schede compilate prima e quelle dopo l'intervento, e ciò ha dimostrato l'assimilazione di una modalità comunicativa efficace da parte degli studenti.

Per valutare l'effettiva implementazione dello strumento SBAR nella pratica, Toumi e colleghi (51) hanno distribuito ai partecipanti due questionari in cui veniva richiesto di valutare le comunicazioni tramite telefonata: un questionario progettato per il professionista che ha effettuato la chiamata, ed uno per chi ha ricevuto la chiamata. Per quanto riguarda il questionario per chi ha ricevuto una telefonata, il 72.2% ha ritenuto molto chiaro il modo in cui la situazione e la richiesta sono state

formulate dal collega. In aggiunta, il 78% ha valutato la telefonata come “eccellente”, il 14% l’ha valutata “nella media” e l’8% come “scarsa”. Le risposte al questionario per chi ha effettuato la chiamata hanno rilevato che il 72.2% ha ritenuto di non aver utilizzato un tempo eccessivo per prepararsi alla comunicazione tramite telefonata, e il 38.9% non ha rilevato alcun tipo di difficoltà durante la chiamata; inoltre, il 72.2% si è ritenuto soddisfatto della risposta ottenuta. I risultati ottenuti da Toumi e colleghi confermano ciò che anche Ting e colleghi (47) hanno affermato nella loro discussione, a proposito di un possibile impiego dello strumento SBAR come facilitatore della preparazione delle comunicazioni telefoniche da parte del personale sanitario.

Anche Cunningham e colleghi (58), con il loro studio randomizzato controllato, hanno rilevato che l’implementazione dello strumento SBAR migliora la valutazione globale della qualità della comunicazione telefonica, sebbene non aumenti in maniera significativa il punteggio oggettivo determinato dalla presenza o meno di specifiche informazioni che andrebbero comunicate.

Dawood (52), per valutare l’efficacia della formazione, ha chiesto ai partecipanti di applicare le conoscenze acquisite. Ciò è stato fatto grazie alla simulazione di sei scenari, escludendo dunque il settimo che era stato utilizzato dai formatori come esempio, in cui ai partecipanti è stato chiesto di utilizzare la comunicazione SBAR. In seguito, i partecipanti hanno compiuto una auto-valutazione indicando, per ciascuno scenario, quanto si sarebbero sentiti sicuri di applicare la comunicazione SBAR in una futura situazione analoga a quella simulata. I partecipanti si sono detti estremamente sicuri per quanto riguarda gli scenari numero 2 e numero 5, corrispondenti alle simulazioni di placenta previa e di aborto.

Uhm e colleghi (59) hanno ottenuto risultati analoghi a quelli degli studi inclusi in questa revisione. In seguito all’applicazione di un programma educativo sulla comunicazione tramite lo strumento SBAR, gli studenti del corso di infermieristica hanno dimostrato una migliore performance comunicativa, misurata tramite una scheda di valutazione con scala Likert a 3 punti compilata da valutatori esterni in base alle performance, rispetto al gruppo di controllo che non ha seguito il

programma. I partecipanti hanno inoltre riferito un aumento della sicurezza nel passaggio di consegne, parametro valutato tramite una scala VAS⁴.

I risultati coincidono anche con quanto trovato da Wilson e colleghi (60), che hanno tenuto un intervento di formazione sulla comunicazione SBAR a cui hanno partecipato i membri del team di una unità di trasporto neonatale e pediatrico. I ricercatori hanno valutato 94 chiamate prima della formazione, e 93 in seguito all'intervento. I punteggi totali dati alle chiamate effettuate post-formazione sono risultati più alti, in particolare per quanto riguarda le comunicazioni effettuate da infermieri e terapisti respiratori, dimostrando che il training ha migliorato la qualità della comunicazione.

Lo e colleghi (61) con la loro revisione sistematica hanno definito che insegnare la tecnica SBAR può migliorare la qualità e la chiarezza della comunicazione, sia in contesto di simulazione in classe sia in contesto clinico, sebbene il miglioramento sia più netto in contesti di simulazione. Questo dato può essere dovuto, riferiscono gli autori, sia al fatto che nella pratica clinica vi sono più distrazioni e altre attività a cui dare attenzione, sia al fatto che gli effetti degli interventi in classe vengono calcolati immediatamente dopo l'intervento. Gli autori affermano che nessuno degli studi inclusi nella loro revisione ha previsto dei metodi per monitorare l'utilizzo dello strumento SBAR in seguito all'intervento.

Ciò potrebbe essere ricollegato a quanto trovato da Spranzi e Norton (55): gli autori hanno osservato che, nel reparto di ostetricia dell'ospedale universitario pubblico di Londra in cui hanno esaminato la pratica del passaggio di consegne, vi erano molte discrepanze rispetto a quanto previsto dal protocollo locale. Durante i passaggi di consegne osservati non è stata rilevata alcuna aderenza alla comunicazione SBAR, a differenza di quanto previsto dal protocollo. I ricercatori hanno osservato una spiccata tendenza a riferire le informazioni in ordine cronologico, e tale preferenza è stata poi confermata dal personale ostetrico durante le interviste. Gli autori concludono ipotizzando che lo strumento SBAR non sia il più adatto al passaggio di consegne routinario nel contesto ostetrico, e propongono una alternativa chiamata metodo delle 5P⁵, considerato dagli autori più adatto al

⁴ Visual Analogue Scale

⁵ Patient (Paziente) – Past (Passato) – Present (Presente) – Plan of care (Piano di cura) – Pending (ciò che è in attesa, sospeso)

passaggio di consegne routinario durante il quale bisogna “raccontare una storia” riguardo il paziente. Si ritiene tuttavia necessario considerare che gli autori riferiscono che il protocollo preso come riferimento “non fornisce chiare istruzioni su come utilizzare lo strumento mnemonico e il template fornito risulta confusionario”, e che il personale ostetrico intervistato dagli autori ha dichiarato di non aver ricevuto alcuna formazione ufficiale in merito all’utilizzo dello strumento.

Aumento della sicurezza del paziente: clima di sicurezza

L’*outcome* principale che questa revisione vuole analizzare è rappresentato dagli effetti della comunicazione SBAR sulla sicurezza per il paziente in ostetricia. Per una questione di chiarezza espositiva, si è scelto di organizzare questa parte della discussione dividendo i risultati ottenuti a proposito degli indicatori di sicurezza e quelli relativi agli esiti materni e fetali.

Tre studi inclusi in questa revisione (47–49) hanno utilizzato lo stesso questionario per valutare i comportamenti legati alla sicurezza assunti dai partecipanti agli interventi. Si tratta del “*Safety Attitudes Questionnaire: Teamwork and Safety Climate Survey*”, tradotto in cinese per il gruppo di lavoro di Ting e colleghi, e in arabo per il gruppo di lavoro di Fahajan e colleghi. Fahajan e colleghi (49) hanno proposto il questionario prima e dopo l’implementazione del protocollo ISBAR, e hanno ottenuto miglioramenti significativi in tutte le sei categorie investigate (“lavoro di squadra”, “clima di sicurezza”, “soddisfazione del proprio lavoro”, “riconoscimento del livello di stress”, “percezione del management”, “condizioni di lavoro”), mentre Ting e colleghi (47) hanno proposto il questionario prima dell’intervento (29 risposte), dopo un anno (34 risposte) e nuovamente dopo tre anni (33 risposte). I risultati hanno evidenziato miglioramenti statisticamente rilevanti in entrambe le somministrazioni post-intervento solo nelle categorie “lavoro di squadra”, “clima di sicurezza”, “soddisfazione del proprio lavoro” e “condizioni di lavoro” (47).

Beckett e Kipins (48) hanno diviso le domande in due singole categorie, “lavoro di squadra” con 14 domande e “clima di sicurezza” con 13 domande. Hanno somministrato il questionario prima della formazione al personale (141 risposte) e in seguito dopo 3 mesi (71 risposte), ottenendo differenze significative in 18 voci

su 27, di cui 9 relative alla parte di “lavoro di squadra” e altre 9 relative alla parte di “clima di sicurezza”.

Anche Dawood (52) ha testato il cambiamento di consapevolezza assunto dai partecipanti all'intervento, somministrando agli 84 partecipanti un test da 20 voci in cui si testava la conoscenza e la pratica dello strumento SBAR prima e dopo l'intervento. Prima dell'intervento, i risultati hanno evidenziato 5 voci con in media una alta valutazione, mentre in seguito all'intervento le voci con valutazioni alte sono aumentate a 12. Nel periodo post-intervento, 18 voci su 20 hanno subito un miglioramento della valutazione rispetto al pre-intervento (52).

I risultati corrispondono in parte a quanto trovato dallo studio prospettico di Randmaa e colleghi (62), che ha analizzato gli effetti dell'implementazione dello strumento SBAR in una clinica di anestesia. Gli autori hanno somministrato prima dell'intervento e dopo 6 mesi il *Safety Attitudes Questionnaire* al gruppo sperimentale e al gruppo di controllo. I risultati del gruppo sperimentale hanno rilevato un aumento significativo nella categoria “clima di sicurezza”.

La rilevanza dei risultati ottenuti merito all'aumento del clima di sicurezza è chiaro se si considera il lavoro di Alanazi e colleghi (63). Dalla loro revisione sistematica della letteratura è emersa una correlazione positiva tra abitudini e atteggiamenti di sicurezza e miglioramento degli esiti di pazienti ricoverati in strutture ospedaliere per acuti, in particolare per quanto riguarda cadute, errori nella somministrazione delle terapie, piaghe da decubito e infezioni correlate all'assistenza.

Aumento della sicurezza del paziente: *outcome* materni e fetali

Due studi hanno preso in considerazione gli effetti della comunicazione SBAR sugli effettivi *outcome* materni e fetali.

Ting e colleghi (47) hanno analizzato tutti gli indici di Apgar a 5 minuti assegnati nel periodo pre-intervento paragonandoli con gli indici di Apgar a 5 minuti del periodo post-intervento. In seguito alla raccolta dati, non sono emerse differenze significative tra i due periodi per quanto riguarda i neonati a cui è stato assegnato un indice di Apgar inferiore a 7. I dati sono stati poi divisi in due sottocategorie, nati a termine e nati pretermine, ma anche in questo caso non sono emerse significative differenze tra i punteggi di Apgar prima dell'intervento e in seguito all'intervento.

Romijn e colleghi (53) hanno utilizzato come strumento per valutare gli esiti materni e fetali un parametro chiamato AOI-5. Si tratta di una variazione dell'*Adverse Outcome Index* (AOI), ideato per misurare in quanti eventi nascita di gravidanza singole a più di 32+0 settimane di gestazione avvengono uno o più dei 10 eventi avversi previsti. La versione utilizzata da Romijn e colleghi è ugualmente una variabile dicotomica, che però a differenza dell'originale prevede di considerare le nascite in cui avvengono uno o più tra soli 5 eventi avversi (morte perinatale con neonato di ≥ 2500 grammi oppure $\geq 37+0$ settimane gestazionali, ricovero in Terapia Intensiva Neonatale a $\geq 37+0$ settimane gestazionali, Apgar minore di 7 a 5 minuti dalla nascita, emorragia post-partum, lacerazione vagino-perineale di terzo o quarto grado). Gli autori riferiscono che l'AOI-5 è utilizzato come indicatore di qualità delle cure ostetriche a livello nazionale nei Paesi Bassi. I risultati hanno evidenziato un punteggio AOI-5 pari all'11% nel periodo pre-intervento, 10.6% nel periodo dell'intervento e 11.8% nel periodo post intervento: per cui, non è stato possibile trovare differenze significative tra i tre periodi studiati, né tra il periodo "prima dell'intervento" e "dopo l'intervento". Non è stata trovata differenza tra diversi periodi di studio nemmeno per i 5 *outcome* considerati singolarmente.

Velji e colleghi (64) hanno condotto uno studio prospettico per misurare gli effetti di un intervento in tre fasi per l'implementazione dello strumento SBAR. Tra i metodi di valutazione utilizzati, gli autori hanno analizzato i report di incidenti e *near-miss* per un periodo di 6 mesi prima dell'intervento, e quelli dei 6 mesi successivi alla fine del periodo di attuazione, senza tuttavia rilevare cambiamenti significativi tra i due periodi.

De Meester e colleghi (57) in seguito all'implementazione della comunicazione con metodologia SBAR hanno ottenuto una diminuzione dei decessi inaspettati, da 0.99/1000 ricoveri nel periodo pre-intervento a 0.34/1000 nel periodo post-intervento a distanza di 11 mesi. Randmaa e colleghi (62) hanno rilevato la diminuzione statisticamente significativa di rapporti di incidenti dovuti a errori di comunicazione nel gruppo sperimentale dal 31% all'11%.

I risultati degli articoli in questa revisione sono allineati con quanto affermato dalla revisione sistematica di Müller e colleghi (46), secondo cui le evidenze che legano

l'implementazione della comunicazione SBAR agli esiti del paziente sono ancora limitate.

CONCLUSIONI

Questa revisione ha voluto analizzare le evidenze presenti in letteratura scientifica riguardo l'applicazione dello strumento SBAR in ostetricia.

Gli studi in ambito ostetrico rilevano che i corsi di formazione per personale sanitario con obiettivo l'implementazione della metodologia SBAR sono apprezzati dai partecipanti (51,53) e permettono di migliorare la capacità comunicativa (49,50,52). Questo strumento permette di aumentare la collaborazione tra professionisti (48), migliorare la completezza delle comunicazioni (49), comprese quelle telefoniche (51). Inoltre, comunicare in maniera efficace tramite lo schema SBAR sembrerebbe essere legato alla qualità della performance (54). Introdurre la metodologia SBAR in ambito ostetrico dà la possibilità ai professionisti sanitari di migliorare il lavoro di squadra e il clima di sicurezza (47–49). Sebbene i due studi che prendono in considerazione gli *outcome* materni e fetali non abbiano rilevato differenze significative (47,53), essi non hanno ugualmente rilevato un peggioramento degli esiti. Ulteriori studi sarebbero necessari per analizzare più dettagliatamente gli esiti a lungo termine dell'implementazione dello strumento SBAR sugli *outcome* materni e fetali.

Uno studio (55) ha ipotizzato che questa metodologia non sia la più adatta alle consegne routinarie in ostetricia: ulteriori studi potrebbero indagare il metodo SBAR in ostetricia a confronto con altre metodologie di passaggio di consegne. Inoltre, si potrebbe ricercare se esistano metodi di passaggio di consegne maggiormente adatti allo specifico contesto ostetrico.

Sono presenti alcune limitazioni di questo lavoro. In primis, sono stati esclusi dallo studio gli studi in lingua diversa dall'italiano e dall'inglese: ciò potrebbe aver limitato la quantità di evidenze rilevate. In secondo luogo, la scelta di limitare la ricerca a sole tre banche dati online è stata dettata dalla necessità di completare la ricerca entro tempi prestabiliti, ma ciò potrebbe aver comportato il rischio di non aver considerato una parte di letteratura reperibile tramite altre banche dati. Infine, l'eterogeneità degli studi inclusi, per quanto riguarda gli interventi applicati, il setting e la metodologia, ha necessariamente portato a compiere una analisi per temi, limitando la possibilità di compiere ulteriori confronti tra gli studi.

BIBLIOGRAFIA

1. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. In: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: National Academies Press; 2000.
2. Ministero della Salute. La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico - Glossario. 2006.
3. Ministero della Salute. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: manuale per la formazione degli operatori sanitari.
4. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. Legge 8 marzo 2017 n. 24, Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. (17G00041).
6. Codice deontologico dell'ostetrica/o [Internet]. Disponibile su: <https://www.fnopo.it/notizie/codice-deontologico/codice-deontologico-dell-ostetrica-o>
7. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 18 marzo 2000;320(7237):768–70.
8. Sentinel Event Policy and Procedures | The Joint Commission [Internet]. [citato 30 aprile 2024]. Disponibile su: <https://www.jointcommission.org/resources/sentinel-event/sentinel-event-policy-and-procedures/>
9. Ministero della Salute. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 2006.
10. Ministero della Salute. Intesa Stato, Regioni e Province autonome concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure. 2008.
11. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. Decreto 11 dicembre 2009, Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (10A00120). 2009.
12. Ministero della Salute. 6° Rapporto «Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella» Gennaio 2005 - Dicembre 2020.
13. Kavalier F, Spiegel AD. Risk Management in Health Care Institutions: A Strategic Approach. Jones & Bartlett Learning; 2003. 484 p.
14. Department of Health. An Organisation with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS Chaired by the Chief Medical Officer. 2000.

15. Reason J, Carthey J, De Leval MR. Diagnosing «vulnerable system syndrome»: an essential prerequisite to effective risk management. *Qual Health Care QHC*. 2001;
16. Wiener JB. Managing the Iatrogenic Risks of Risk Management. *Risk Health Saf Environ*. 1998;9(1):39–82.
17. Johnson CN. Best of Back to Basics: The Benefits of PDCA | ASQ. gennaio 2016;49.
18. Del Poeta G, Mazzufero F, Canepa M. Il risk management nella logica del governo clinico. McGraw-Hill Education; 2006.
19. The Joint Commission. Hospital: 2024 National Patient Safety Goals | The Joint Commission. 2023.
20. World Health Organization. Resolution WHA 72.6. Global action on patient safety. Agenda item 12.5. In: Seventy-second World Health Assembly. Geneva, 20–24 May 2019; 2019.
21. Ministero della Salute. Raccomandazione n° 6 - Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto.
22. British Medical Association (BMA). Safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. 2004.
23. Patterson ES, Wears RL. Patient Handoffs: Standardized and Reliable Measurement Tools Remain Elusive. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 1 febbraio 2010;36(2):52–61.
24. Lally. An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *J Nurs Manag*. 1999;7(1):29–36.
25. Raesi A, Rarani MA, Soltani F. Challenges of patient handover process in healthcare services: A systematic review. *J Educ Health Promot*. 2019;8:173.
26. Manias E, Geddes F, Watson B, Jones D, Della P. Communication failures during clinical handovers lead to a poor patient outcome: Lessons from a case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2015;
27. Pezzolesi C, Schifano F, Pickles J, Randell W, Hussain Z, Muir H, et al. Clinical handover incident reporting in one UK general hospital. *Int J Qual Health Care*. 1 ottobre 2010;22(5):396–401.
28. Sabet Sarvestani R, Moattari M, Nasrabadi AN, Momennasab M, Yektatalab S. Challenges of Nursing Handover: A Qualitative Study. *Clin Nurs Res*. 1 giugno 2015;24(3):234–52.
29. Desmedt M, Ulenaers D, Grosemans J, Hellings J, Bergs J. Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care*. 1 gennaio 2021;33(1):mzaa170.

30. Johnson JK, Barach P. Patient care handovers: what will it take to ensure quality and safety during times of transition? *Med J Aust.* 1 giugno 2009;190(11).
31. Communication during patient hand-overs: patient safety solutions, volume 1, solution 3. 2007.
32. National Institute for Health and Care Excellence. Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation - NICE guideline [NG94]. NICE; 2018.
33. Bakon S, Wirihana L, Christensen M, Craft J. Nursing handovers: An integrative review of the different models and processes available. *Int J Nurs Pract.* 2017;23(2):e12520.
34. Holly C, Poletick EB. A systematic review on the transfer of information during nurse transitions in care. *J Clin Nurs.* settembre 2014;23(17–18):2387–95.
35. Maglione C, Mistraletti G, Nefeli Gribaudo M, Fullin G, Riccioni L, Gruppo Studio di Bioetica SAARTI. Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesisti Rianimatori. 2018.
36. Ghosh S, Ramamoorthy L, pottakat B. Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *J Patient Exp.* 1 gennaio 2021;8:2374373521997733.
37. Yung AHW, Pak CS, Watson B. A scoping review of clinical handover mnemonic devices. *Int J Qual Health Care.* 1 luglio 2023;35(3):mzad065.
38. Crespo-Mirasol E, Llupià-García A, Bellart-Alfonso J, Peguero-Yus A, Figueras-Retuerta F, Hernández-Aguado AS. Impact of the implementation of a standardised interdisciplinary information transfer method in the delivery room and intermediate obstetric care unit. *Enferm Intensiva Engl Ed.* 1 gennaio 2024;35(1):5–12.
39. Yu M, Lee HY, Sherwood G, Kim E. Nurses' handoff and patient safety culture in perinatal care units. *J Clin Nurs.* 2018;27(7–8):e1442–50.
40. Poot EP, de Bruijne MC, Wouters MGAJ, de Groot CJM, Wagner C. Exploring perinatal shift-to-shift handover communication and process: an observational study. *J Eval Clin Pract.* 2014;20(2):166–75.
41. Poletti P. Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza. *Care* 4. 2012;24–32.
42. Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S, Palese A. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. *Assist Inferm E Ric.* 1 aprile 2012;31(2):91–101.
43. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Tool: Situation-Background-Assessment-Recommendation [Internet]. [citato 25 agosto 2024]. Disponibile

su: <https://www.ihl.org/resources/tools/sbar-tool-situation-background-assessment-recommendation>

44. O'Daniel M, Rosenstein AH. Professional Communication and Team Collaboration. In: Hughes RG, curatore. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety).
45. Ghonem NMES, El-Husany WA. SBAR Shift Report Training Program and its Effect on Nurses' Knowledge and Practice and Their Perception of Shift Handoff Communication. *SAGE Open Nurs*. 2023;9:23779608231159340.
46. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, Klingberg K, Hautz WE, Stock S. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 23 agosto 2018;8(8):e022202.
47. Ting WH, Peng FS, Lin HH, Hsiao SM. The impact of situation-background-assessment-recommendation (SBAR) on safety attitudes in the obstetrics department. *Taiwan J Obstet Gynecol*. aprile 2017;56(2):171–4.
48. Beckett CD, Kipnis G. Collaborative Communication: Integrating SBAR to Improve Quality/Patient Safety Outcomes. *J Healthc Qual JHQ*. ottobre 2009;31(5):19.
49. Fahajan Y, Albelbeisi A, Shnena YA, Emad OJ, Kweik DA, Kakemam E, et al. Effect of ISBAR Clinical Handover Application on Nurses' Perception of Communication and Attitudes toward Patient Safety at Emirates Maternity Hospital in Gaza Strip, Palestine. *Ethiop J Health Sci*. settembre 2023;33(5):769–80.
50. Guimond ME, Foreman SE, Werb M. Evaluation of an unfolding obstetric experience simulation in an undergraduate nursing program. *Nurse Educ Today*. 1 agosto 2019;79:124–8.
51. Toumi D, Dhouib W, Zouari I, Ghadhab I, Gara M, Zoukar O. The SBAR tool for communication and patient safety in gynaecology and obstetrics: a Tunisian pilot study. *BMC Med Educ*. 2024;24(1).
52. Dawood SB. Effectiveness of the Educational Program Concerning Nurse-Midwives SBAR Tool Communication on Maternal Health Documentation at Maternal wards in Baghdad Maternity Hospitals. *Sch J Appl Med Sci*. 15 giugno 2021;9(6):851–903.
53. Romijn A, Ravelli A, de Bruijne M, Twisk J, Wagner C, de Groot C, et al. Effect of a cluster randomised team training intervention on adverse perinatal and maternal outcomes: a stepped wedge study. *Bjog*. giugno 2019;126(7):907–14.
54. Siassakos D, Bristowe K, Draycott TJ, Angouri J, Hambly H, Winter C, et al. Clinical efficiency in a simulated emergency and relationship to team behaviours: A multisite cross-sectional study. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2011;118(5):596–607.

55. Spranzi F, Norton C. From handover to takeover: Should we consider a new conceptual model of communication? *Br J Midwifery*. 2020;28(3):156–65.
56. Woodhall LJ, Vertacnik L, McLaughlin M. Implementation of the SBAR Communication Technique in a Tertiary Center. *J Emerg Nurs*. 1 agosto 2008;34(4):314–7.
57. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse–physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*. 1 settembre 2013;84(9):1192–6.
58. Cunningham NJ, Weiland TJ, van Dijk J, Paddle P, Shilkofski N, Cunningham NY. Telephone referrals by junior doctors: a randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting. *Postgrad Med J*. 1 novembre 2012;88(1045):619–26.
59. Uhm JY, Ko Y, Kim S. Implementation of an SBAR communication program based on experiential learning theory in a pediatric nursing practicum: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Today*. 1 settembre 2019;80:78–84.
60. Wilson D, Kochar A, Whyte-Lewis A, Whyte H, Lee KS. Evaluation of Situation, Background, Assessment, Recommendation Tool During Neonatal and Pediatric Interfacility Transport. *Air Med J*. 1 luglio 2017;36(4):182–7.
61. Lo L, Rotteau L, Shojania K. Can SBAR be implemented with high fidelity and does it improve communication between healthcare workers? A systematic review. *BMJ Open*. 17 dicembre 2021;11(12):e055247.
62. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, Engström 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*. gennaio 2014;4(1):e004268.
63. Alanazi FK, Sim J, Lapkin S. Systematic review: Nurses’ safety attitudes and their impact on patient outcomes in acute-care hospitals. *Nurs Open*. 19 settembre 2021;9(1):30.
64. Velji K, Baker GR, Fancott C, Andreoli A, Boaro N, Tardif G, et al. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthc Q Tor Ont*. 2008;11(3 Spec No.):72–9.