

TITOLO

L'efficacia della consegna infermieristica al letto della persona assistita (bedside handover)

AUTORI

Claudio Bini, Marita Maud Goings, Monica Zanni, Chiara Pedercini

INTRODUZIONE

Il passaggio di consegne o handover costituisce lo scambio di informazioni utili a garantire la continuità assistenziale. L'handover è definito come il trasferimento di responsabilità professionale e di responsabilità per alcuni o tutti gli aspetti di cura per un paziente, o un gruppo di pazienti, ad un'altra persona o gruppo di professionisti in via temporanea o permanente (*Spinks, 2015; Anderson, 2015*).

La comunicazione è imprescindibile per il professionista infermiere e lo diviene quando si minimizza il rischio di errore o di dimenticanza in ogni passaggio (*Torri, 2015*). Una comunicazione di dati scarsa e imprecisa durante il cambio turno, durante il cambio di reparto, aumenta il rischio che insorgano eventi avversi. Le conseguenze sono danno per il paziente (ritardi nella diagnosi, trattamento inadeguato, omissione di cure), aumento del disagio relazionale tra operatori sanitari. Il 70% degli eventi sentinella è causato da problemi di comunicazione e il 50% di essi può essere ricondotto a problemi durante la consegna (*Torri, 2015*). Anche per Staggars i due terzi degli eventi sentinella interdisciplinari riguardano la comunicazione e nello specifico il 45% handover incompleti e il 29% l'assenza di handover (*Staggars 2015*).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2007 ha diffuso un documento “*Communication during patient handovers*” in cui viene sottolineato che il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente da un operatore all'altro, da un team all'altro o dagli operatori al paziente e alla famiglia, ma anche tra strutture sanitarie e con le residenze protette, ha lo scopo di assicurare la continuità della cura e la sicurezza. Viene enfatizzata l'importanza di tale passaggio, in relazione alla sua frequenza in molti ambiti del percorso di cura: accesso alle cure primarie, passaggio da un medico all'altro, cambio di turno degli infermieri, trasferimento da una unità operativa o struttura a un'altra, passaggio dal Pronto Soccorso al reparto, dimissione verso il domicilio o altra struttura residenziale, e pertanto si sottolinea che è necessario farsene carico adottando una specifica metodologia (*Poletti, 2012*).

Diverse organizzazioni internazionali si sono interrogate riguardo l'efficacia della comunicazione all'interno dell'handover. Citando come un esempio la Joint Commission International (JCI), la stessa evidenza come obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente proprio il miglioramento dell'efficacia delle comunicazioni e soprattutto quello collegato al passaggio delle consegne. Nello specifico Ofori-Atta nel 2015 citano:

- migliorare l'efficacia della comunicazione tra gli operatori sanitari;
- incoraggiare la partecipazione attiva dei pazienti nella loro cura, come una strategia di sicurezza del paziente;

- favorire la comunicazione con il paziente e la famiglia su tutti gli aspetti della cura, del trattamento e dei servizi, come una caratteristica importante di una cultura della sicurezza.

La letteratura cita diverse modalità possibili di passaggio delle informazioni: forma scritta (su carta o informatizzata), forma orale, video-registrazione, forma combinata ovvero una combinazione di metodi (es: consegne scritte + verbali) (Bulfone, 2012; Anderson, 2015; Smeulers, 2014).

Sulla scorta degli obiettivi posti dalla JCI e dalla letteratura in merito, in alcuni contesti, è in atto la sperimentazione dell'utilizzo della consegna al letto dell'assistito (bedside handover); infatti, pur non avendo prove di efficacia consistenti a favore dell'una o dell'altra modalità, la comunicazione face-to-face sembrerebbe rappresentare l'occasione per socializzare, rinforzare il ruolo, aiutare i neofiti ad acquisire i valori e la cultura della presa in carico dell'assistito (Bulfone, 2012). Le consegne verbali, inoltre, dovrebbero focalizzarsi sui problemi più importanti dei pazienti. Tra le consegne scritte, invece, la modalità informatica assicura maggiore accuratezza e affidabilità delle informazioni, diminuisce il tempo necessario per scrivere, leggere e/o recuperare i dati necessari (Bulfone, 2012). Una trasmissione efficace delle informazioni da un operatore sanitario all'altro è fondamentale per garantire la continuità delle cure.

Il bedside handover (BHO) sembra invece favorisca la comunicazione delle informazioni pertinenti e tempestive e con la collaborazione del paziente, migliora la pianificazione assistenziale (Kerr, 2014).

OBIETTIVO DELLA RICERCA

L'obiettivo della ricerca è stato quello di indagare, in particolare, la posizione della letteratura in merito alla sicurezza e alla soddisfazione del paziente e degli infermieri, correlata all'utilizzo della consegna al letto dell'assistito (bedside handover).

MATERIALI E METODI

La ricerca della letteratura è stata condotta da Gennaio a Settembre 2016.

Per la costruzione del background, in particolare, è stato utilizzato inizialmente il metodo scanning attraverso la consultazione di fonti derivanti da riviste di editoria secondaria (Evidence-based Nursing – BMJ Journal; Clinical Evidence) e motori di ricerca generali quali Google Scholar, tenendo in considerazione gli articoli pubblicati in italiano negli ultimi 5 anni. Le parole chiave utilizzate e diversamente combinate sono le seguenti: *bedside, handover, nursing*.

Successivamente è stata approfondita l'indagine con il metodo searching utilizzando un quesito di ricerca di foreground creato attraverso l'acronimo PICOM (di seguito riportato). Le parole chiave per la creazione della stringa di ricerca sono state: *handover, bedside, shift*. Le banche dati scientifiche consultate sono state: National Guideline Clearinghouse, Cochrane Library, Medline, Tripdatabase, Ilisi.

Sono stati inclusi gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni in lingua inglese e italiana. Sono stati reperiti 157 articoli e sono stati considerati aderenti all'obiettivo 6 articoli sia di carattere

quantitativo che qualitativo. La scelta degli articoli è avvenuta per anno, abstract, disponibilità full text, attinenza al contenuto, in lingua inglese e italiano.

Alcuni degli articoli reperiti, sono stati utilizzato sia per la stesura del background, che per la formulazione dei risultati.

P = pazienti in regime di ricovero ospedaliero

I = bedside handover (BHO)

C = consegna standard/metodi di passaggio di informazione standard nel campione di riferimento

O = soddisfazione paziente e infermiere

coinvolgimento, aderenza alle cure, sicurezza accuratezza delle informazioni

M = LG, revisioni, RCT, osservazionali e studi qualitativi.

TABELLA I. RICERCA BIBLIOGRAFICA. Data ultima consultazione 30/09/2016

Banca Dati	Parole Chiave	Risultati	Articoli Selezionati	Citazione
NATIONAL GUIDELINE CLEARINGHOUSE	Shift report	107	1	Best evidence statement (BEST). Increasing patient satisfaction by moving nursing shift report to the bedside. Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 2013
MEDLINE	"Patient Handoff"[Mesh] AND bedside	50	5	<p>Nursing bedside clinical handover - an integrated review of issues and tools. Anderson J, Malone L, Shanahan K, Manning J. J Clin Nurs. 2015 Mar;24(5-6):662-71</p> <p>Research on nursing handoffs for medical and surgical settings: an integrative review. Staggers N, Blaz JW. J Adv Nurs. 2013 Feb;69(2):247-62</p> <p>Patients' perceptions of bedside handoff: the need for a culture of always. Ford Y, Heyman A, Chapman YL. J Nurs Care Qual. 2014 Oct-Dec;29(4):371-8.</p> <p>Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to - shift bedside handover. Kerr D, Lu S, McKinlay L. Int J Nurs Pract. 2014 Jun;20(3):250-7</p> <p>Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. Spooner AJ, Corley A, Chaboyer W, Hammond NE, Fraser JF. Aust Crit Care. 2015 Feb;28(1):19-23</p>

RISULTATI E VALUTAZIONE CRITICA DELLA LETTERATURA

Figura I. Flow Chart di selezione degli studi

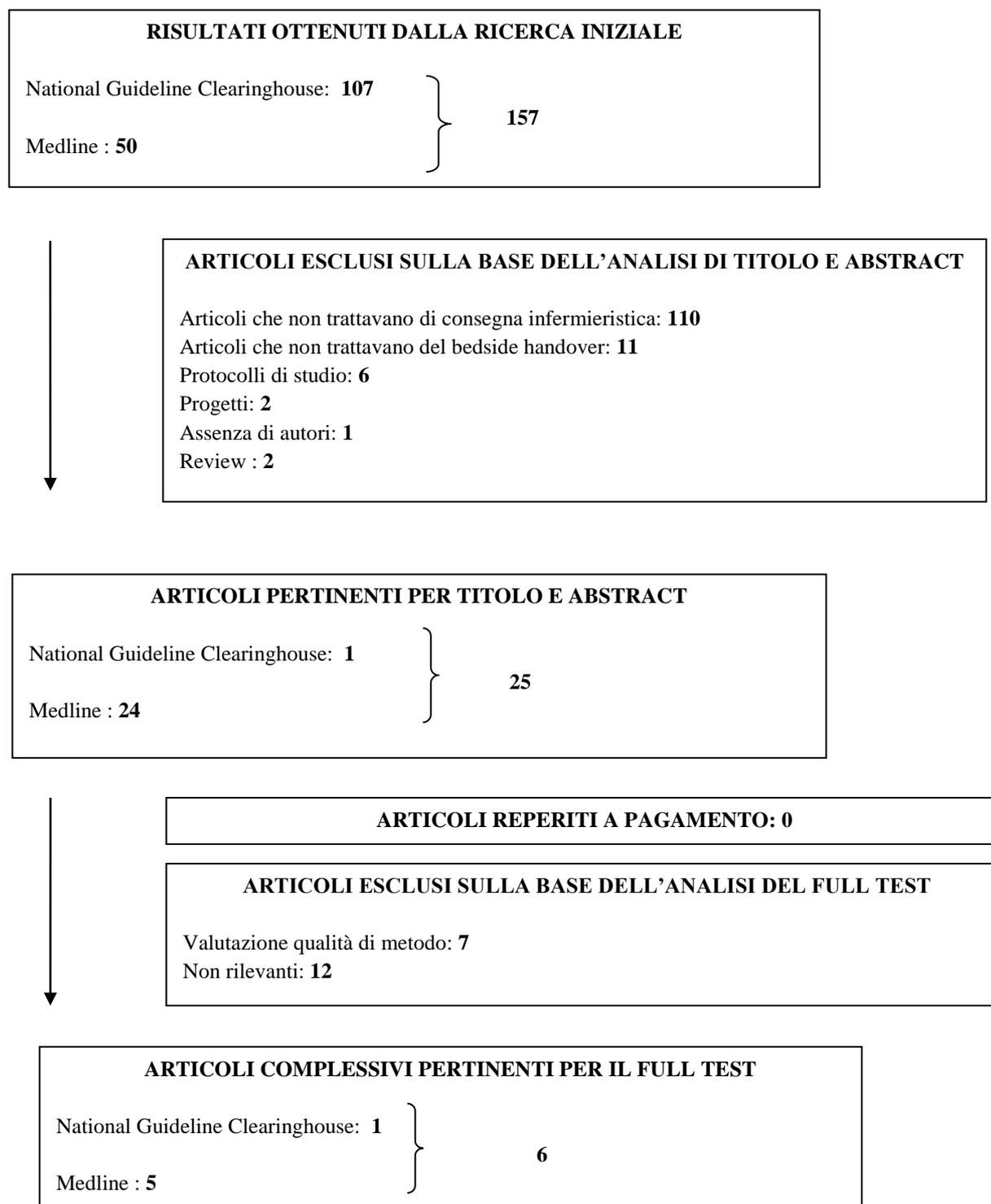


TABELLA II. Sintesi dei risultati

AUTORE ANNO	DISEGNO	OBIETTIVO STUDIO	AREA GRIGIA- LIMITI	RISULTATI-ESITI	NOTE
CINCINNATI CHILDRENS'S HOSPITAL MEDICAL CENTER 2013	Linee guida	Verificare se il BHO aumenta la soddisfazione dei pazienti e dei familiari	Non è stata trovata negli studi esaminati una significatività statistica, i risultati individuati sono tuttavia degni di nota per l'importanza che questi aspetti rivestono nella gestione del paziente Livello di evidenza moderato: 5 studi individuati hanno un disegno descrittivo, una revisione sistematica della letteratura. Non è presente un grading delle evidenze	Aspetti positivi 1) aumento della soddisfazione del pz e familiari 2) riduzione del numero di cadute 3) riduzione degli errori nella terapia 4) aumento della soddisfazione nella cura per gli infermieri 5) riduzione dell'orario straordinario con riduzione dei costi Aspetto critico: 1) le difficoltà di comunicazione costituiscono il maggior ostacolo/barriera per il passaggio di una consegna efficace	Gli autori suggeriscono che il cambiamento da una consegna tradizionale al BHO prevede il supporto dell'amministrazione, dei coordinatori che devono dare l'esempio di cambiamento.
ANDERSON 2015	Revisione integrata della Letteratura	L'articolo revisiona la letteratura disponibile (dal 2003 al 2013) a supporto dell'implementazione della consegna al letto del paziente nella pratica clinica infermieristica e cerca di identificare le cause responsabili della scarsa implementazione di essa.	La revisione della letteratura identifica una mancanza di studi disponibili con riferimento particolare ad alcune aree identificate nell'aggregazione dei risultati: - trasferimento di responsabilità e affidabilità delle cure - approccio multidisciplinare - audit clinico	Gli autori identificano 6 aree di aggregazione dei risultati della revisione della letteratura (rielaborazione ottenuta da 25 articoli ritenuti pertinenti secondo l'oggetto di studio) - <u>Trasferimento di responsabilità e affidabilità delle cure</u> : differente percezione da parte del personale riguardo a quando avviene il passaggio di responsabilità. Avviene alla fine del turno o al termine della consegna? - <u>Confidenzialità</u> : le preoccupazioni riguardo alla riservatezza sono relative alle implicazioni giuridiche in relazione alla privacy. I dati sensibili vengono discussi lontano dal letto. - <u>Consegna al letto del paziente</u> : discrepanza di opinioni riguardo alla durata. Qualcuno riscontra una riduzione del tempo, mentre altri sostengono che la durata	

AUTORE ANNO	DISEGNO	OBIETTIVO STUDIO	AREA GRIGIA- LIMITI	RISULTATI-ESITI	NOTE
				<p>della consegna aumenti a causa di maggior interruzioni. Migliora la capacità di attribuire la priorità. Maggior soddisfazione da parte dei medici rispetto a come gli infermieri possiedono più informazioni.</p> <p>- <u>Coinvolgimento del paziente/caregiver</u>: permette di verificare le informazioni, rassicurare il paziente e aumenta la loro soddisfazione. Però non tutti i pazienti gradiscono lo stesso livello di partecipazione: alcuni preferiscono un ruolo passivo. In oltre il linguaggio dei medici risulta difficile di comprensione.</p> <p>- <u>Strumenti e struttura</u>: i risultati sostengono l'utilizzo di strumenti per la conduzione della consegna in grado di ridurre gli errori ed omissioni e migliorare l'affidabilità dell'informazione trasmessa, diminuendo l'utilizzo della memoria e mantenendo il focus sugli importanti aspetti di cura emergenti. Gli strumenti più citati sono: ISBAR, P-VITAL, I PASS the BATON, SURPASS, SHARED, TeamSTEPPS.</p> <p>- <u>Audit clinico</u>: necessità di uno studio strumento di valutazione della pratica clinica.</p>	
STAGGERS 2013	Revisione integrata della letteratura	Sintetizzare la ricerca riguardo all'handoff in unità mediche e chirurgiche per una futura informatizzazione e della comunicazione	La ricerca necessita (specialmente per gli studi di natura quantitativa) di considerate come le variabili degli studi a diversi livelli all'interno delle organizzazioni, provvedono a garantire la sicurezza e le possibili fonti di errori originati dal passaggio di consegna.	<p>La revisione condotta fra gli studi pubblicati da Marzo 1980 e l'anno 2011 include 30 studi pertinenti allo scopo della ricerca: 20 di natura qualitativa, 4 studi sperimentali e 6 di natura descrittiva. Le aree aggregate sono:</p> <p>- <u>Efficacia e efficienza dell'informazione</u>: le informazioni trasmesse in modo verbale sono incomplete rispetto alla documentazione. È stata riscontrata un'incongruenza tra le informazioni trasmesse e le condizioni reali. Formati strutturati e coerenti migliorano le completezza delle informazioni. Si ha una riduzione media dei tempi e costi utilizzando un modello standardizzato e metodi su</p>	

AUTORE ANNO	DISEGNO	OBIETTIVO STUDIO	AREA GRIGIA-LIMITI	RISULTATI-ESITI	NOTE
				<p>misura per ogni UO.</p> <p>- <u>Struttura e processo della consegna infermieristica</u>: esistono diversi metodi (verbale, scritto, registrato, bedside o combinati).</p> <p>- <u>Il rituale della consegna</u>: l'handover è considerato un rituale e come conseguenza la possibilità di ridurre l'ansia.</p> <p>- <u>Il contenuto della consegna</u>: nella documentazione ci sono maggiori informazioni, ma con il metodo verbale si ha una visione globale. Durante la consegna non si usano strumenti strutturati, le informazioni non vengono integrate con i dati elettronici e ci sono tante interruzioni.</p>	
SPOONER 2015	Studio osservazionale prospettico. Sono state effettuate 20 osservazioni di BHO in terapia intensiva e sono state registrate le fonti di interruzione del BHO da fonti esterne	Questo studio misura la frequenza e la sorgente delle interruzioni in una terapia intensiva durante il BHO	Non vengono analizzate possibili soluzioni per implementare strategie adeguate ↓ a le interruzioni	La media del tempo delle consegne è stato di 11 minuti (+4) con un range di 5-22 minuti causato da varie interruzioni 2 (+/- 2): medici infermieri, allarmi delle pompe	Le continue interruzioni rappresentano un ostacolo per un efficace passaggio di consegne. L'aumento delle conoscenze in questa area assicurerà strategie appropriate per governare in modo efficace le interruzioni ed aumentare la sicurezza del paziente
FORD 2014	Studio qualitativo e quantitativo Viene identificata la percezione dei pazienti riguardo al BHO con	Indagare l'opinione del paziente in merito all'introduzione del BHO	Utilizzo di campione di convenienza non randomizzato (selection bias) Studio non generalizzabile.	Aspetti positivi 1) ↑ sulla sicurezza, comprensione soddisfazione percepita dal paziente L'item sempre = 0,242 a 0,541 (p= 0,17) Si riferisce ai pazienti che sono favorevoli rispetto al BHO. La media è risultata 3.32 (il punteggio da 1= fortemente in	Il BHO permette al paziente e ai suoi familiari di essere maggiormente coinvolti nel processo di cura

AUTORE ANNO	DISEGNO	OBIETTIVO STUDIO	AREA GRIGIA-LIMITI	RISULTATI-ESITI	NOTE
	l'utilizzo di 2 metodi: una misurazione qualitativa aneddotica e una misurazione di tipo quantitativo con l'utilizzo di scale di misurazione			disaccordo a 4=fortemente d'accordo) 2) Il pz ha capito le informazioni e questo lo ha aiutato ha capire il suo percorso di cura (3.37) 3) Il pz si è sentito coinvolto nella cura (3.35) 4) ↓ansietà e depressione del pz (3.00)	
KERR 2014	Studio qualitativo di tipo descrittivo Sono stati intervistati 20 infermieri e 10 ostetriche (interviste semistrutturate, registrate) dopo 12 mesi dall'introduzione del BHO	Esplorare la percezione degli infermieri e ostetriche in merito all'introduzione del BHO (benefici e limiti)		Aspetti positivi 1) percezione degli operatori: ↑ degli standard nella presa in carico del paziente e nella continuità delle cure . 2) La visualizzazione precoce del paziente ne ha permesso una valutazione completa 3) Scambio di informazioni più pertinenti 4) Il paziente può integrare le informazioni con riduzione degli avventi avversi 5) Il paziente è coinvolto nelle decisioni che riguardano la sua cura 6) ↓ degli eventi avversi dovuti ai problemi di comunicazione 7) ↓ la frammentazione delle informazioni 8) ↓ le riammissioni in ospedale e le duplicazioni di servizi Aspetti negativi 1) problemi di riservatezza e privacy soprattutto per i dati sensibili, in questo caso la consegna è avvenuta fuori dalla stanza	Il BHO permette al paziente e ai suoi familiari di partecipare al processo di cura

DISCUSSIONE

Dall'analisi dei risultati si possono individuare tre categorie comuni a tutti gli articoli valutati:

- 1) coinvolgimento dell'assistito/caregiver
- 2) privacy
- 3) tempo impiegato per il passaggio delle consegne.

La letteratura riporta pareri discordanti in merito alla partecipazione attiva del paziente e dei familiari durante lo scambio di consegna. (Ford, 2014; Kerr, 2014). Da un lato l'applicazione della consegna al letto del paziente (bedside handover o BHO) aumenta il grado di soddisfazione del paziente in quanto l'assistito si sente coinvolto nel piano di cura (Ford, 2014): può formulare domande e verificare le informazioni con la possibilità di integrare le notizie riducendo gli eventi avversi; inoltre una maggior conoscenza sul proprio stato di salute riduce i livelli di ansia e depressione, mentre aumentano i livelli di sicurezza (Ford, 2014). Secondo Kerr (2014) l'introduzione del BHO ha portato ad un miglioramento del livello di cultura, di partecipazione ed empowerment del paziente ed a una maggiore continuità assistenziale migliorando inoltre il grado di trasparenza nel rapporto con il paziente; alcuni assistiti hanno riferito che aumentando la propria conoscenza sul contenuto delle consegne infermieristiche è aumentata la loro fiducia nell'equipe di cura. La partecipazione attiva nelle cure produce migliori outcome in termini di salute, in quanto migliora l'adesione alle prescrizioni (Torri, 2015).

Dall'altro lato non tutti i pazienti hanno avuto un'esperienza positiva durante il BHO poiché il linguaggio dei medici può essere di difficile comprensione (Anderson, 2015) o può creare equivoci (Torri, 2015), ed infatti (Ford, 2014) sarebbe preferibile evitare un linguaggio troppo tecnico, per dar modo al paziente e al caregiver di partecipare attivamente al processo. Inoltre, non tutti i pazienti gradiscono il medesimo livello di coinvolgimento, alcuni preferiscono un approccio prevalentemente passivo (Anderson, 2015), ed inoltre il ripetersi della consegna ad ogni turno risulta per il paziente ridonante e stancante (Torri, 2015). Bisogna anche tenere in considerazione la gravità della malattia o la presenza di limitazioni del paziente come ad esempio la carenza d'udito (Torri, 2015).

Dal punto di vista degli infermieri, l'impiego del BHO e il coinvolgimento dei pazienti permette di verificare le informazioni date durante la consegna (Anderson, 2015) garantendo uno scambio di dati più pertinenti (Kerr, 2014) e che rappresentino le reali condizioni dell'assistito. Il BHO permette la riduzione degli eventi avversi legato ai problemi di comunicazione e riduce la frammentazione delle informazioni (Kerr, 2014). Durante il passaggio di consegna l'infermiere può visualizzare precocemente il paziente e quindi averne una visione completa (Kerr, 2014) e questo migliora la capacità di attribuire le priorità (Anderson, 2015). La visione immediata di tutti i pazienti che è possibile ottenere con l'introduzione del BHO permette all'infermiere di gestire in maniera efficace le attività e il carico assistenziale (Torri, 2015). Ulteriori aspetti positivi riscontrati con l'utilizzo del BHO sono la riduzione degli errori nella terapia e del numero di cadute degli

assistiti evidenziata dal Cincinnati Children's Hospital Medical Center e la riduzione delle ri-ospedalizzazioni legata ad una trasmissione più efficace delle informazioni (Kerr, 2014).

Anche per quanto riguarda la privacy i risultati sono contrastanti. La privacy è un aspetto critico e viene visto come un ostacolo ad una comunicazione completa delle informazioni. L'applicazione del BHO risulta difficile per il grado di sensibilità delle informazioni trasmesse (es. nelle unità di cure palliative) (Staggers, 2013). Il paziente, inoltre, a volte si sente disturbato dalla presenza di un altro degente al suo fianco (Torri, 2015). A preoccupare gli infermieri sono le implicazioni giuridiche legate al dover garantire la riservatezza delle informazioni (Anderson, 2015), ma molti autori (Anderson, 2015; Torri, 2015; Ferguson, 2013; Kerr, 2013), hanno individuato come possibile strategia di risoluzione quello di discutere le informazioni più sensibili in altra sede e non al letto dell'assistito.

La terza e ultima macro area individuata riguarda il tempo impiegato per trasmettere la consegna: nella revisione di Anderson gli infermieri dichiarano una variabilità nella sua durata in quanto coinvolgere il paziente porta ad un aumento delle interruzioni. Secondo lo studio osservazione di Spenner il tempo impiegato al letto del paziente è di circa 11' (+/-4) con un range di 5'-22' causato da 2 +/- 2 interruzioni dovute principalmente allo staff medico-infermieristico e per seguire gli allarmi delle pompe d'infusione; inoltre le continue interruzioni rappresentano un ostacolo per un efficace passaggio di consegne.

CONCLUSIONI

Nel Codice Deontologico degli Infermieri del 2009 sono presenti indicazioni inerenti la comunicazione, il coinvolgimento del paziente nel suo percorso di cura e l'efficace gestione degli strumenti informativi (art. 2, 20, 23, 27) nel mantenimento della riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito (art. 26, 28).

Anche dagli studi analizzati emergono gli stessi temi espressi nel Codice Deontologico; ma se per quanto riguarda la riservatezza dei dati trattati, pur cogliendo la necessità di condurre ulteriori accertamenti in tema, si è generalmente concordi nel concludere che il problema possa essere risolto passando la consegna dei dati sensibili non al letto del paziente (Anderson, 2015; Torri, 2015; Ferguson, 2013, Kerr; 2013), per quanto riguarda gli altri aspetti, a risultati positivi si bilanciano risultati negativi. Dalla ricerca condotta non risulta che il BHO sia il metodo migliore per il trasferimento delle consegne ed infatti si evince che devono essere condotti ulteriori studi a verifica di questa ipotesi; in particolare modo sarebbe utile identificare eventuali strategie da attuare per individuare uno strumento strutturato e standardizzato per garantire l'accuratezza nella raccolta, nell'organizzazione e nel passaggio delle informazioni (vedi allegato 1). Proprio dalla revisione di Anderson emerge la mancanza di un metodo strutturato e standardizzato e l'assenza di strumenti che garantirebbero una riduzione degli errori e l'aumento dell'affidabilità delle informazioni trasmesse durante la consegna. Anderson in accordo con altri autori (Bulfone 2012; Drach-Zahavy, 2014) inoltre, sottolinea che il metodo/strumento utilizzato andrebbe contestualizzato in base all'unità operativa (quindi alla sua organizzazione) e alle necessità del personale. Nonostante il

limite presente in quasi tutti gli articoli esaminati fosse quello dell'analisi del BHO solo in ambiente ospedaliero, emerge chiaramente anche un'ulteriore difficoltà all'implementazione del BHO che è costituita dalla *fisiologica* resistenza al cambiamento, motivo per cui il passaggio da una consegna tradizionale al BHO dovrebbe essere effettuato con il supporto dell'amministrazione e dei coordinatori, preceduto da un periodo di formazione ad hoc e condiviso da tutto il personale (Anderson, 2015; Torri, 2015, L.G., Cincinnati 2013; Costedio ,2013; Ferguson, 2013; Kerr, 2013).

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Anderson J, Malone L, Shanahan K et al, Nursing bedside clinical handover an integrated review of issues and tools, J Clin Nurs, 2015, 24:662-71
- ◆ Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S et al, Trasferire efficacemente le informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura, AIR, 2012, 31:91-101
- ◆ Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Best evidence statement (BEST). Increasing patient satisfaction by moving nursing shift report to the bedside, 2013
- ◆ Clark E, Squire S, Heyme A et al, The PACT project: improving communication at handover Med J Aust, 2009
- ◆ Costedio E, Powers J, Stuart TL, Change-of-shift report: from hallways to the bedside, Nursing, 2013, 4:18-9
- ◆ Croos S, The practice of clinical handover: a respite perspective, Br J Nurs, 2014, 23:733-7
- ◆ Drach-Zahavy A, Hadid N, Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift, J Adv Nurs 71:1135-45
- ◆ Ferguson TD, Howell TL, Bedside Reporting: Protocols for Improving Patient Care, Nurs Clin North Am, 2015, 50:735-47
- ◆ Ford Y, Heyman A, Chapman YL, Patients' perceptions of bedside handoff: the need for a culture of always, J Nurs Care Qual, 2014, 29:371-8
- ◆ Jeffs L, Beswick S, Acott A, Simpson E et al, Patients' views on bedside nursing handover: creating a space to connect, J Nurs Care Qual, 2014, 29:149-54
- ◆ Kerr D, Lu S, McKinlay L, Towards patient-centre care: perspectives of nurse and midwives regarding shift-to-shift bedside handover, Int J Nurs Pract, 2014, 20:250-7
- ◆ Ofori-Atta J, Binienda M, Chalupka S, Bedside shift report: Implications for patient safety and quality of care, Nursing, 2015, 45:1-4
- ◆ Poletti P, Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza, CARE 2, 2012
- ◆ Smeulders M, Cees L, Vermeulen H, Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalized patients, Online Publication Date: June 2014

-
- ◆ Spooner AJ, Corley A, Chaboyer W et al, Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study, *Aust Crit Care*, 2015, 28:19-23
 - ◆ Spinks J, Chaboyer W, Bucknall T et al, Patient and nurse preferences for nurse handover-using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol, *BMJ Open*, 2015, 5(11)
 - ◆ Staggers N, Blaz JW, Research on nursing handoffs for medical and surgical setting: an integrative review, *J Adv Nurs*, 2013, 69:247-62
 - ◆ Torri A, La consegna infermieristica al letto del paziente, *Scenario*, 2015, 32:39–43

ALLEGATI

Tabella di descrizione di alcuni strumenti utili alla strutturazione-organizzazione delle informazioni per ottimizzare il passaggio delle consegne

ARTICOLO	STRUMENTI	DOVE APPLICARLO
Anderson 2015	<p>ISBAR: introduzione, situazione, sfondo, la valutazione e la raccomandazione.</p> <p>P-VITAL: segni vitali, di ingresso e uscita, trattamenti, criteri di ammissione o di scarico e legale documenti (precoce identificazione dei problemi).</p> <p>I PASS the BATON: introduzione, paziente, valutazione, situazione, sicurezza E sfondo, azioni, tempistica, proprietà, prossimo.</p> <p>SURPASS: paziente chirurgico Safety System.</p> <p>SHARED: situazione, la storia, la valutazione, richiesta, valutare, documento</p> <p>TeamSTEPPS: comando, monitoraggio situazione, sostegno reciproco, comunicazione</p>	<p>PS</p> <p>SALA OPERATORIA</p> <p>SALA OPERATORIA</p> <p>SALA OPERATORIA</p> <p>ACUTI</p>

<p>Poletti 2012</p>	<p>5 P: paziente, pianificazione, scopo, problemi, precauzioni I Pass the BATON: presentazione, paziente accertamento situazione preoccupazione per la sicurezza, background azioni tempi riferimenti, da fare SBAR: situazione, sfondo, la valutazione e la raccomandazione. ISBAR o ISOBAR: introduzione, situazione, (osservazione), sfondo, la valutazione e la raccomandazione. Hand me an ISOBAR: preparati per la consegna, organizza la consegna, assicurati che tutti siano consapevoli della situazione, fornisci i dati relativi al paziente PVITAL: paziente, parametri vitali, Input/Output, trattamenti/diagnosi, ammissione/dimissione, documentazione ANTIC-ipate: dati amministrativi, aggiornamento delle informazioni cliniche, compiti da eseguire, gravità della patologia, piano per eventuali cambiamenti del quadro della patologia PEDIATRIC: problemi, compiti che ci si aspetta che vengano eseguiti, diagnosi, se/allora, dati amministrativi, terapie, fatti importanti, tecniche invasive, custodia e consenso POP: informazioni relative al paziente, informazioni relative all'anestesia, informazioni chirurgiche</p>	<p>BED SIDE</p> <p>PEDIATRICO</p> <p>POST OPERATORIO</p>
---------------------	---	---