

# Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato

Dossier

## Le consegne infermieristiche

Sempre più frequentemente le Direzioni delle Aziende Sanitarie richiedono ai Dirigenti infermieri di comprimere il monte ore straordinario dedicato al passaggio delle consegne. Tale richiesta, a volte accolta acriticamente, altre ostacolata, ha aperto un dibattito sull'utilità del passaggio di informazioni tra i turni.

L'obiettivo della scheda è di rispondere a queste pressioni ripensando la consegna, innanzitutto per garantire una maggior continuità assistenziale e presa in carico dei malati e, secondariamente, per valutare forme di razionalizzazione del tempo.

La consegna è un metodo di passaggio di informazioni aggiornate sul paziente e costituisce il momento in cui gli infermieri si trovano assieme, ad ogni cambio turno, per comunicarsi quanto accaduto e i dati per pianificare l'assistenza. Lo scambio di dati aggiornati garantisce una continuità assistenziale e, all'infermiere che entra in servizio, di proseguire le attività infermieristiche. Altre funzioni delle consegne sono la socializzazione tra gli infermieri, la formazione di un'identità e coesione professionale<sup>1</sup>, la condivisione di esperienze ed un *debriefing* su eventi stressanti. La consegna rappresenta anche un rituale che permette la trasmissione dei valori del gruppo e, in particolare per i neoassunti, un momento per entrare nella cultura dell'unità operativa<sup>2</sup>. Le consegne tradizionali, poiché si svolgono in ambiente isolato lontano dai pazienti, creano anche le circostanze per la "catarsi" del personale, consentono la condivisione e lo sfogo di frustrazioni e di emozioni come ansia, angoscia, disappunto, soddisfazione, etc.<sup>2</sup> moderando così la fatica dell'assistere.

Da un punto di vista manageriale, le consegne vengono considerate tempo pagato in cui gli

infermieri non sono impegnati nell'assistenza diretta dei pazienti, e pertanto "straordinario da contenere".

Il 38% delle ore lavorative di un turno è occupato per dare o ricevere le consegne e per documentare l'assistenza<sup>3</sup>. Questi tempi variano nelle diverse realtà e sono influenzati da fattori come lo stile di consegna, il numero di pazienti, il livello di formazione del gruppo infermieristico. Molti studi<sup>4-5</sup> hanno analizzato il contenuto e lo stile delle consegne infermieristiche evidenziando che le informazioni scambiate includevano sempre i dati anagrafici del paziente, la diagnosi medica, le prescrizioni mediche, i sintomi fisici, eventi clinici, i parametri vitali, la dieta, e la capacità di svolgere attività motorie, ma venivano tralasciate informazioni importanti, quali il grado di tolleranza rispetto alla dieta, la velocità di ripresa della deambulazione, i progetti assistenziali e la descrizione dei bisogni assistenziali. Raramente vengono trasmessi dati sullo stato sociale dei pazienti, o sui contenuti delle discussioni con i parenti, come anche sull'educazione, sulla pianificazione della dimissione, e sull'efficacia degli interventi<sup>6</sup>. Commenti ricorrenti come "nulla da segnalare", "nessun cambiamento" o "sempre lo stesso" sono esempi di assenza di bisogni, peraltro non sempre corrispondente alla realtà<sup>7</sup>. Durante la consegna gli infermieri raccontano anche eventi personali<sup>8</sup>, e si esprimono con affermazioni quali "è a posto", "discreto", "non richiede niente di particolare", che tendono a stimare la quantità di lavoro infermieristico<sup>9</sup>.

Le caratteristiche delle consegne dipendono anche dai modelli organizzativi: i reparti con modelli orientati alla presa in carico hanno consegne più corte e concentrate sulle informazioni che attengono ai pazienti<sup>8</sup>.

**Carla Benaglio<sup>1</sup>**  
**Lucio Piffer<sup>2</sup>**  
**Sara Sperotto<sup>3</sup>**  
**Matteo Vezzoli<sup>4</sup>**  
**Silvia Albanese<sup>5</sup>**  
**Erica Piva<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>Tutor Corso di Laurea in Infermieristica,

Università di Verona

<sup>2</sup>Infermiere Geriatria, Ospedale di Rovereto

<sup>3</sup>Infermiera Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale Civile Verona

<sup>4</sup>Coordinatore Centro Salute Mentale Alta Valsugana, Azienda Sanitaria Trento

<sup>5</sup>Infermiera Pronto Soccorso, Ospedale di Arzignano, Vicenza

<sup>6</sup>Infermiera Anestesiologia e Rianimazione, Ospedale Civile di Verona

Gli studi sulle consegne<sup>2, 7</sup> evidenziano tre fasi della consegna:

- una prima fase preliminare, che include un racconto di natura personale (cosa si è fatto il giorno prima, la propria vita, la famiglia) allo scopo di socializzazione: gli infermieri non ritengono che questa parte costituisca la consegna vera e propria, anche se in alcuni casi comprende uno scambio informale di informazioni sul paziente. Questo momento di interazione risulta positivo per tutti i componenti del gruppo e dura circa 10 minuti;
- una seconda fase, considerata il cuore della consegna, in cui vi è un rapporto più o meno dettagliato su ogni paziente;
- una terza fase di interazione sociale (chiacchierata) che può durare altri 5-10 minuti.

In letteratura sono descritte tre modalità per dare le consegne:

1. *le consegne scritte*: gli infermieri iniziano il turno di lavoro leggendo i documenti che contengono le informazioni sui pazienti. Questo riduce i tempi di consegna: la documentazione scritta può essere riletta durante il turno, ma questo riduce gli scambi tra i turni con rischio di perdita della funzione di *debriefing* e l'esigenza di organizzare altre riunioni<sup>4</sup>;
2. *le consegne tradizionali o verbali*: si svolgono solitamente nella guardiola infermieristica e sono messe in discussione sia per la qualità delle informazioni trasmesse che per il tempo sottratto all'assistenza diretta<sup>10</sup>;
3. *le consegne al letto del paziente*: questo metodo si è sviluppato nei reparti dove si applica il Primary Nursing ed è ritenuto da molti autori un'alternativa interessante alla consegna tradizionale. Gli infermieri ricevono le consegne al letto dei pazienti, dai colleghi che stanno concludendo il turno. Vengono escluse le informazioni che non possono essere discusse apertamente, per rispettare la privacy. Questa modalità di consegna coinvolge i pazienti nella pianificazione e facilita il contatto con il personale infermieristico. Gli infermieri possono completare le informazioni scritte e verbali con l'osservazione diretta, ma anche familiarizzando con pazienti e parenti, su problemi e decisioni

da assumere. Le consegne al letto del paziente sono considerate, dagli autori che le hanno analizzate con studi qualitativi<sup>9-10</sup>, più oggettive perché contengono meno commenti soggettivi e stereotipati sui pazienti e più dati sulle loro reali condizioni.

### **La consegna al letto del paziente: una sfida per il futuro**

“Abbandonare la consegna tradizionale rappresenta uno shock culturale ma la consegna al letto del paziente sarà il modello adottato dagli ospedali del futuro”<sup>7</sup>.

La consegna al letto del paziente, tuttavia, presenta anche delle criticità. Non è sufficiente spostarsi nella stanza del paziente per modificare la qualità dei dati raccolti: per esempio Cahill<sup>11</sup>, con uno studio qualitativo, ha rilevato che alcuni infermieri si fermavano sulla porta senza avvicinarsi ai pazienti, e trascuravano gli aspetti emotivi, concentrandosi sulle cose da fare. Continuano a prevalere informazioni sui compiti infermieristici - soprattutto di assistenza di base, anche se accompagnate da osservazioni sullo stato psicologico ed emotivo. Pertanto, se il modello adottato è quello medico tradizionale o basato sui compiti e non sull'assistenza personalizzata, la modifica delle modalità di consegna non ne modifica la qualità.

In uno studio condotto in un reparto di geriatria<sup>3</sup>, dove è stato sperimentato il cambiamento della consegna, a distanza di un anno la metà degli infermieri voleva continuare con la nuova modalità mentre l'altra metà era incerta, riconosceva che la qualità dell'informazione scritta era migliorata, che la privacy del paziente era rispettata, che la relazione con i pazienti e i familiari era più aperta. La preoccupazione iniziale di fare una consegna di scarsa qualità, per l'impossibilità di comunicare al collega la diagnosi medica davanti al paziente, si era ridimensionata perché non ritenevano più così importante questa informazione; evidenziavano però che i limiti di tempo sacrificano lo spazio per la pianificazione al letto del malato.

In uno studio qualitativo sulle opinioni degli infermieri e dei pazienti sulle consegne al letto in reparti chirurgici, viene sottolineato che gli infermieri finlandesi non riconoscono l'importanza della partecipazione dei pazienti alla consegna: pongono più attenzione ai documenti scritti

ti che al paziente, che invece dovrebbe essere considerato una risorsa a cui fare domande<sup>12</sup>. La consegna al letto del paziente, contiene ancora molte caratteristiche del modello tradizionale, come il linguaggio medico o la comunicazione monodirezionale. Tra i vantaggi emerge la possibilità per il paziente di avere un ruolo attivo.

### Cosa ne pensano i pazienti

I pazienti esprimono apprezzamento perché partecipare alla consegna risponde al bisogno di informazione e di coinvolgimento; inoltre percepiscono un sostegno emotivo e segnalano che la loro partecipazione evita equivoci e informazioni scorrette<sup>11</sup>. La discussione e la condivisione di dati confidenziali non costituisce un problema; sono invece imbarazzati quando viene chiesto di parlare della loro posizione sociale.

Vorrebbero inoltre una maggior attenzione degli infermieri alle loro preferenze e richieste. Emergono però anche aspetti critici<sup>11</sup>:

- non tutti desiderano partecipare, e talvolta si sentono forzati;
- la gravità della malattia può impedire la partecipazione, in particolare quando la situazione è molto critica;
- molti pazienti hanno problemi di udito e questo può creare imbarazzo;
- non sempre l'ambiente garantisce la riservatezza delle informazioni;
- non sempre i pazienti comprendono i termini medici e questo può generare equivoci;
- gli infermieri hanno poco tempo e si concentrano più sulla documentazione scritta che sul paziente.

### Esempio di ricerca

*Timonen L, Sibvonon M. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. J Clin Nurs 2000; 9:542-8<sup>12</sup>.*

OBIETTIVI	MATERIALI E METODI	RISULTATI
<p>I quesiti dello studio erano di esplorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lo scopo della consegna al letto del paziente;</li> <li>• le modalità di partecipazione attiva dei pazienti;</li> <li>• i fattori che promuovono o ostacolano la partecipazione dei pazienti.</li> </ul> <p>L'obiettivo era di confrontare le opinioni di infermieri e pazienti, il loro coinvolgimento ed i fattori che promuovono o ostacolano la partecipazione.</p> <p>Campione di 146 infermieri di chirurgia e ortopedia e 91 pazienti i chirurgici.</p>	<p>Studio qualitativo in 8 reparti di area chirurgica di 6 ospedali Finlandesi.</p> <p>Sono stati inseriti nello studio i primi 6 ospedali contattati telefonicamente, che utilizzavano la consegna al letto del paziente. I dati sono stati raccolti con un questionario (uguale per infermieri e pazienti).</p> <p><i>Infermieri.</i> Il questionario è stato distribuito a tutti gli infermieri (n=146) che hanno preso parte alla consegna ed in servizio durante la ricerca. Di questi hanno risposto 118 (81%) età mediana di 37 anni (da 24 a 57).</p>	<p>Gli infermieri finlandesi non riconoscono l'importanza della partecipazione dei pazienti alla consegna: fanno più attenzione ai documenti scritti che al paziente, che invece dovrebbe essere considerato una risorsa a cui rivolgere domande.</p> <p>La consegna al letto del paziente, contiene ancora molte caratteristiche del modello tradizionale, come l'uso di un linguaggio medico e una comunicazione unidirezionale.</p> <p>Gli infermieri riportano che i pazienti hanno un ruolo più attivo. I motivi di non partecipazione riportati dai pazienti sono: stanchezza, difficoltà nel formulare domande, scarso incoraggiamento, difficoltà di comprensione del linguaggio tecnico, concentrazione degli infermieri sulla documentazione cartacea e tempi limitati (tempo medio 3 min/paziente).</p> <p>Gli infermieri possono promuovere la partecipazione dei pazienti incoraggiandoli a fare domande, usando una terminologia non tecnica, e dedicando loro più tempo. La consegna al letto del paziente dovrebbe essere più diffusa.</p>

### Dibattito critico

La maggior parte delle ricerche pubblicate sulla consegna sono condotte in un solo reparto, con analisi delle informazioni scritte e verbali attraverso la registrazione o l'osservazione partecipata, e su piccoli numeri. Per studiare le percezioni degli infermieri e dei pazienti, è stato adottato un questionario prima e dopo l'adozione del nuovo metodo. Questi lavori offrono suggestioni interessanti sulla complessità e problematicità delle consegne, ma con limiti metodologici evidenti, che invitano ad un'estrema cautela nel trarre conclusioni generalizzabili, in particolare per la contestualizzazione degli studi e la variabilità tra reparti.

È opportuno capire se la consegna infermieristica è un rituale superato, costoso, una perdita di tempo, o se continua invece a rivestire un ruolo essenziale nella continuità assistenziale; se la socializzazione e il debriefing, seppure importanti, giustificano il tempo dedicato o possono trovare collocazioni più adeguate in riunioni, dove si discutono i problemi del reparto e dell'equipe.

L'inserimento degli operatori socio-sanitari rischia di allontanare sempre più gli infermieri dai malati, di far perdere le opportunità di raccolta dati che derivano dall'osservazione diretta e quotidiana dei pazienti. Si pone quindi con urgenza la necessità che gli infermieri, all'inizio del turno, vedano i loro malati, li osservino per integrare questi elementi nei dati riferiti dai colleghi o dagli operatori di supporto. Iniziare con un giro di consegna al letto dei malati potrebbe essere una strategia efficace per prenderli in carico. Se la consegna rappresenta un momento così strategico anche per formare la cultura organizzativa e l'identità del gruppo, dovrebbe essere più presidiata dal coordinatore infermieristico. Nonostante l'enfasi sulla necessità di ripensare le consegne tradizionali per includere anche il paziente, la proposta più realistica è di adottare una modalità di consegna mista, composta da un *mini report* verbale al letto del paziente, associato ad uno scambio di informazioni tra gli infermieri in un luogo appartato<sup>11</sup>. Viene suggerito anche di definire in ciascun reparto, linee guida su ciò che deve essere documentato o trasmesso a voce, concordando la qualità dei dati. Ulteriori aspetti che meriterebbe un approfondimento sono :

- quali sono le informazioni più importanti che gli infermieri italiani trasmettono durante la consegna? Quelle relative agli interventi effettuati, ai problemi dei pazienti o agli interventi da attuare? Quali informazioni di carattere psicosociale non vengono riportate e per quali motivi?
- La consegna al letto del malato e in parte in guardiola o integrata con miniconsegne scritte, potrebbe modificare la qualità dei dati rispetto alla consegna tradizionale?
- La consegna al letto potrebbe essere realizzata in modo integrato (medici/infermieri?)
- Per quali pazienti e familiari potrebbe essere efficace questa modalità di consegna?
- Dal punto di vista dell'efficienza quanto tempo richiede la consegna al letto del malato rispetto a quella tradizionale?

### Suggerimenti per approfondire

#### PAROLE CHIAVE

Bedside handover, shift handover, nursing handover, traditional handover.

#### Bibliografia

1. Parker J, Gardner G, Wilthshire J. Handover: the collective narrative of nursing practice. *J Adv Nurs* 1992; 9: 31-7.
2. Lally S. An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover. *J Nurs Manag* 1999; 7: 29-36.
3. Webster J. Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside handover. *J Adv Nurs* 1999; 30: 1375-82.
4. Sexton A, Chan C, Elliot M, Stuart J, Javasuriya R, Cookes P. Nursing handover: do we really need them? *J Nurs Manag* 2004; 12: 37-42.
5. Kennedy J. An evaluation of non verbal handover. *Prof Nurse* 1999; 14: 391-4.
6. Karkainen O, Eriksson K. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *J Clin Nurs* 2003; 12: 198-205.
7. Payne et al. Interactions between nurse during handovers in elderly care. *J Adv Nurs* 2000; 32: 277-85.
8. Sherlock C. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nurs Stand* 1995; 52: 33-6.
9. McKenna L. Improving the nursing handover report. *Prof Nurse* 1997; 12: 637-9.
10. Miller C. Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. *Aust J Adv Nurs* 1998; 16: 23-7.
11. Cahill J. Patient's perceptions of bedside handovers. *J Clin Nurs* 1998; 7: 351-9.
12. Timonen L, Sihvonen M. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. *J Clin Nurs* 2000; 9: 542-8.