

ASSIST INFERM RIC 2012; 31: 91-101

Giampiera Bulfone,¹ Marinello Sumathy,¹ Simonetta Grubissa,² Alvise Palese¹Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli studi di Udine²Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Udine

Per corrispondenza: Giampiera Bulfone, giampiera.bulfone@uniud.it

Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura

Riassunto. Introduzione. La trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni sulla situazione del paziente, da un operatore a un altro, è definita *handover*. Trasferendo informazioni, è trasferita anche la responsabilità del paziente e garantita la sua sicurezza: tuttavia, le consegne scritte e/o verbali sono spesso incomplete, inaccurate e di durata non sempre sostenibile per le organizzazioni. **Obiettivo.** L'obiettivo della revisione era individuare le strategie per assicurare una efficace trasmissione delle informazioni cliniche attraverso le consegne. **Metodi.** La ricerca della letteratura è stata eseguita in Medline e Cinahl includendo gli articoli pubblicati in lingua inglese e italiana, per la popolazione >19 anni, fino a marzo 2011. **Risultati.** Sono stati reperiti 153 articoli e analizzati 44; con la ricerca manuale, sono stati individuati 11 articoli/siti/capitoli. Sono stati individuati numerosi metodi per impostare le consegne e selezionare le informazioni. Il metodo da preferire in ospedale è la consegna al letto del paziente, ma è utilizzabile solo in determinate condizioni. Come atteso, la scelta delle modalità di consegna deve tenere conto di una serie di fattori locali, soprattutto del modello organizzativo. **Conclusioni.** Occorre studiare come integrare correttamente le informazioni scritte e verbali, per evitare ridondanze e garantire la trasmissione delle informazioni essenziali per la sicurezza del paziente e la pianificazione dell'assistenza.

Parole chiave: consegne, informazioni cliniche, modelli organizzativi.

Summary. Effective transfer of information and responsibilities with handover: a literature review. Introduction. The simultaneous and interactive transfer of information between health care workers, on patients' conditions is defined handover. The transfer of information implies also the transfer of responsibility and creates the conditions to guarantee patients' safety; however written or verbal handovers are often incomplete, inaccurate and may last longer than feasible for the organization. **Aims.** The aim of the review was to identify the strategies to guarantee an effective transmission of clinical information with the handover. **Methods.** The literature was searched in Medline and Cinahl including articles published in English and Italian (limits adults <19 years) up to 2011. **Results.** Over 153 articles retrieved, 44 were analyzed. With the manual search further 11 (articles, chapter of books) were obtained. Several methods for organizing handover and selecting the information to pass over were identified. The preferred method is the bedside handover, although its use influenced by the context. As expected, the choice of the model to be used must rely on a series of local factors, above all the organizational model. **Conclusions.** Further studies are needed to explore the optimal integration of written and verbal information, to avoid redundancies but guaranteeing, at the same time, the transmission of information essential for care planning and patient's safety.

Key words: handover, organizational models.

La documentazione è parte integrante dell'attività infermieristica: favorisce la continuità, la sicurezza del percorso diagnostico e terapeutico e il monitoraggio

degli esiti delle cure; fornisce, inoltre, le basi per la comunicazione tra i professionisti, il miglioramento continuo, la formazione e la ricerca.¹ La documen-

tazione è di norma definita da ciascun ospedale: tra le informazioni generali, sono inclusi dati anagrafici o il livello di dipendenza del paziente all'ammissione, tra quelle più specifiche, le cure pianificate ed erogate, strutturate in forma di *clinical pathway*, piani standard, percorsi di cura, *flow-sheet* (grafiche), checklist. Nella documentazione ci sono quasi sempre spazi liberi dedicati alle 'note progressive', di 'andamento', o di 'diario' in cui riportare l'evoluzione del paziente e le informazioni ritenute importanti per assicurare la continuità dell'assistenza. Comprendere come gestire questa sezione libera è spesso difficile per studenti, neurolaureati ma anche per infermieri esperti.

Bark et al.², in uno studio in 24 ospedali della zona a nord ovest di Londra, hanno documentato che la maggior parte dei reclami dei pazienti deriva da un'incompleta e lacunosa comunicazione tra i professionisti; più tardi, Leape³ ha riportato che negli ospedali statunitensi si verificano più di un milione di eventi avversi ogni anno anche a causa della scarsa accuratezza delle informazioni cliniche trasmesse. Per queste ragioni, da qualche tempo la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCHCO)⁴ persegue obiettivi di miglioramento della comunicazione tra il personale mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)⁵ ha affermato, nel 2007, che per garantire la sicurezza del paziente è fondamentale adottare un metodo strutturato di trasmissione delle informazioni cliniche tra operatori, turni, reparti o *setting* (ospedale/territorio).

La trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni sulla situazione del paziente, lungo il percorso, da un operatore a un altro afferenti o meno allo stesso reparto è definita *handover*:⁴ quando è solo scritta è definita *nursing shift record*, mentre quando è verbale *verbal handover* anche se i termini sono utilizzati in modo intercambiabile senza distinzione perché la comunicazione verbale si basa ed integra quella scritta. Nel trasferimento di informazioni, avviene anche il trasferimento dell'autorità e della responsabilità del paziente da un operatore all'altro.⁶ Concettualmente la trasmissione dovrebbe includere solo le informazioni critiche, basarsi su un metodo condiviso che coinvolge colui che sintetizza e colui che riceve le informazioni, all'interno di un sistema organizzativo e culturale che considera questo momento essenziale per la sicurezza dei pazienti.⁷

In Italia il passaggio di informazioni tra medici e infermieri o più spesso tra famiglie professionali omogenee (medici con medici, infermieri con infermieri), è definito 'consegna', un'attività oggetto di dibattito perché spesso incompleta, inaccurata e di durata non sempre sostenibile per le organizzazioni.

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è individuare le strategie per assicurare una efficace trasmissione delle informazioni cliniche attraverso le consegne.

MATERIALI E METODI

La ricerca della letteratura è stata eseguita nel marzo 2011. Sono stati consultati Medline e Cinahl con i seguenti MeSH term/parole di testo incrociati sistematicamente con l'operatore booleano "AND": "**Communication*", "**Continuity of Patient Care*", "*Nursing Records*", "*Patient Care Planning/*organization & administration*", "*handhoff*", "*nursing shift report*", "*handover*", "*intershift report*", "*intershift communication*", "*sign-out*", "*signover*", "*cross-coverage*". È stata realizzata anche una ricerca manuale, consultando i libri di testo di infermieristica o altro materiale disponibile online. Sono stati inclusi i materiali pubblicati sino a marzo 2011, in lingua inglese e italiana, sulla popolazione con età >19 anni. Dei 153 articoli reperiti, ne sono stati inclusi 36; tra la letteratura reperita con la ricerca manuale, sono stati invece individuati 13 articoli/siti/capitoli.

Le informazioni contenute negli articoli sono state categorizzate nei seguenti ambiti: con quali metodi, in quale contesto, occasioni, in quanto tempo, come selezionare/organizzare le informazioni da trasmettere con le consegne e come migliorarle. I ricercatori hanno lavorato prima individualmente e quindi in gruppo per concordare e discutere i risultati.

RISULTATI

Con quale modalità trasmettere le informazioni. Le informazioni possono essere trasferite in forma scritta (su carta o informatizzate), orale, video-registrata, o con una combinazione di metodi (es. consegne scritte + verbali). Ne deriva che la modalità di comunicazione può essere *face-to-face* di coppia (l'in-

fermiere che dà le consegne e l'infermiere che le riceve), di gruppo (chi ha preso in carico il paziente nel turno appena concluso e chi lo prenderà), ma anche senza alcuna sovrapposizione tra i turni come avviene con:

- a) le consegne scritte lette da chi inizia il turno senza alcun contatto con chi le ha scritte, oppure
- b) l'ascolto di registrazione vocali o video, con il vantaggio di poterle ascoltare più volte.

Infine, le consegne possono essere monoprofessionali o multidisciplinari (queste ultime andrebbero incoraggiate).^{8,9} Le consegne sono diverse dai *safety briefing*, che comprendono la registrazione di fine turno nella modulistica di reparto integrata dalla comunicazione verbale di aspetti critici o potenzialmente critici: ad esempio, se ci sono due pazienti con lo stesso nome, errori avvenuti, attività non concluse, farmaci in arrivo/non disponibili e così via.⁷

Pur non avendo prove di efficacia a favore dell'una o dell'altra modalità, la comunicazione *face-to-face* andrebbe incoraggiata perché rappresenta l'occasione per socializzare, rinforzare il ruolo, aiutare i neofiti ad acquisire i valori e la cultura di presa in carico del paziente e sviluppare il linguaggio/gergo professionale del contesto:^{9,10} per essere efficaci e fissare le informazioni importanti, le consegne verbali dovrebbero focalizzarsi prioritariamente sui problemi più importanti dei pazienti.^{9,11} Tra le consegne scritte, invece, le modalità informatiche assicurano maggiore accuratezza e affidabilità delle informazioni, e diminuiscono il tempo necessario per scrivere, leggere e/o recuperare i dati.^{12,13}

Dove comunicare le informazioni. Secondo Smith¹⁴ le consegne dovrebbero essere date in un luogo non disturbato da interruzioni e sufficientemente appartato per assicurare la riservatezza. Secondo altri,¹⁵⁻¹⁷ invece, il contesto migliore è al letto del paziente (*bed-side handover*) perché promuove il coinvolgimento, assicura un'interazione diretta tra professionisti e paziente per chiarire e concordare il piano di assistenza;^{12,16} quest'ultima modalità previene la stereotipizzazione dei pazienti, scoraggia commenti e fa risparmiare tempo.¹⁷

Quando è necessario dare consegne. Le informazioni vanno scambiate quando è necessario: a fine turno, al rientro dell'infermiere referente del paziente, al trasferimento del paziente in un altro contesto (ad esempio diagnostiche), alla dimissione e in altri momenti di briefing o debriefing multidisciplinari (es. valutazione multidimensionale del paziente, follo up).^{7,18}

Quanto tempo dedicare alle consegne. Se un infermiere deve scrivere e comunicare le consegne per 10 pazienti e per ciascuno impegna almeno 5 minuti, e la mattina riceve consegne dalle 7.00 alle 7.30 (trenta minuti), complessivamente, il tempo-infermiere dedicato a ricevere ed a dare consegne è di circa 70 minuti/turno, il 16-17% del tempo lavorativo.¹¹ Da un punto di vista gestionale, le consegne sono considerate tempo pagato o "straordinario da contenere", in cui gli infermieri non sono impegnati nell'assistenza diretta.^{15,18} Per questo, è sempre più importante capire se la consegna infermieristica è un rituale dispendioso e superato, o se continua ad avere un ruolo essenziale nella continuità assistenziale.¹⁹ Nel 2006 la National Patient Safety Agency⁹ nelle linee guida "*Consegne sicure: paziente sicuro*" ha raccomandato consegne brevi. Tuttavia, il tempo dedicato alle consegne varia in base:

- alla modalità utilizzata (scritta, verbale o combinata),
- al contesto (in luogo appartato o al letto del paziente),¹⁵
- al numero di pazienti su cui comunicare e al numero di nuovi pazienti,²⁰
- al livello di formazione ed esperienza del gruppo infermieristico,²⁰
- al momento della giornata: le consegne possono durare in media dai 21 minuti all'ora, in base al numero di pazienti da presentare e alle loro condizioni. In genere le consegne serali (per presentare i pazienti a chi inizia la notte) e quelle del mattino (per presentare i pazienti a chi inizia il mattino) durano meno (21 minuti in media, range 15-40 minuti):²¹ per questo definire una sovrapposizione standard tra i turni non è molto efficiente,
- ai modelli organizzativi: i reparti con modelli orientati alla presa in carico hanno consegne più brevi e concentrate sulle informazioni che riguardano i pazienti,^{22, 23}

- allo stile del gruppo infermieristico: se tende a raccontarsi eventi personali o è focalizzato sui pazienti.²²

Le consegne di fine turno dovrebbero costituire un'attività pianificata nell'orario di lavoro:¹³ per contenere il tempo dedicato, alcuni protocolli²⁴ raccomandano che le consegne inizino in orario e siano limitate le interruzioni; per questo, un operatore che sta concludendo il turno e che non ha ruoli di responsabilità diretta sui pazienti, dovrebbe assicurare la sorveglianza dei pazienti durante le consegne.

Quali informazioni selezionare e come organizzarle. Decidere quali informazioni scrivere o comunicare verbalmente non è facile: dalla selezione dipende la qualità della continuità assistenziale. Spesso le informazioni verbali ma anche quelle scritte sono riportate in forma di giudizi soggettivi e generici (ad esempio "bene" "un po' migliorato") che rendono difficile un confronto; a volte sono utilizzati vocaboli gergali con abbreviazioni condivise nel contesto ma difficilmente interpretabili per altri.²⁵ Altre volte le informazioni sono ricche, ridondanti²⁶ soprattutto nel paziente in condizioni critiche, mentre sono più povere quando il paziente è stabile e ricoverato da tempo.²²

Il nome, l'età e la diagnosi di ingresso in reparto sono ritenute informazioni essenziali così come i trattamenti cui il paziente è o sarà sottoposto, ma le informazioni sull'assistenza infermieristica da erogare sono spesso limitate. Sono di norma riportate informazioni scritte sulla capacità motoria del paziente, eliminazione, trattamenti farmacologici mentre lo stato psicologico e le risorse sociali sono riportate prevalentemente in forma verbale;²⁶ pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura, bilancio idrico e peso sono riportati nelle consegne in forma scritta ma anche nella grafica dei parametri vitali, e quindi a voce perché ritenute salienti rischiando ridondanza.²⁶ Durante la consegna gli infermieri, spesso scrivono o riferiscono a voce che il paziente "non richiede niente di particolare", indicando anche una stima del carico di lavoro.

Le consegne dovrebbero riportare messaggi essenziali.⁹ Le informazioni dovrebbero principalmente concentrarsi sul paziente con una visione prospettica e non solo sui compiti da effettuare.²⁷ Per selezionare e organizzare le informazioni da trasmettere esistono più approcci:

- 1) narrativo,
- 2) orientato ai problemi,
- 3) focalizzato sugli esiti,
- 4) focalizzato sugli scostamenti dalla normalità,
- 5) orientato alla globalità del paziente.

1) *L'approccio narrativo.* È la descrizione delle condizioni del paziente e dell'assistenza erogata: nella narrazione, di norma le informazioni sono organizzate in senso temporale da quando il paziente è entrato al momento in cui le consegne sono date, enfatizzando alcuni aspetti (ad esempio, problemi emersi) ma senza una struttura e un criterio formale per selezionare ciò che è importante da ciò che non lo è che è affidato alla valutazione clinica di ciascun infermiere (Tabella 1). Possono essere narrative le consegne verbali, quelle scritte o entrambe. Scrivere o raccontare un paziente utilizzando una forma narrativa, impegna tempo ed è dispersivo: chi ascolta le consegne spesso interrompe chi le sta dando per chiedere integrazioni su dati mancanti.²⁸ Inoltre, è difficile sintetizzare e memorizzare i dati e utilizzarli in modo efficiente²⁹ tanto che chi le ascolta, prende appunti su un foglio che diventerà la base per scrivere le consegne di fine turno, con il rischio di perdere tempo e dati importanti. Alcuni studi^{17,30,31} realizzati in contesti medici, chirurgici, oncologici e di area critica cardiologica affermano che questo approccio non garantisce accuratezza, precisione ed efficienza perché trasmette molte informazioni inutili.

Tabella 1. Esempio di consegna verbale o scritta secondo l'approccio narrativo.

"...Il paziente è entrato per scompenso cardiaco, ha 87 anni, è lucido e collaborante. Domani arriveranno i parenti (moglie e figlio) per pianificare la dimissione. Deve essere aiutato nell'alimentazione. È stata effettuata stamattina una medicazione al sacro per presenza di LDD di terzo stadio. Richiesta consulenza diabetologia per rivedere la terapia insulinica. Questa mattina ore 7.30 a digiuno glicemia 202 mg/d..."

2) *L'approccio orientato ai problemi.* Definito anche *Problem Oriented Medical Care* (POMC) è stato documentato la prima volta nel 1968 da Weed³² per sviluppare un approccio più efficace rispetto a quello narrativo tra gli studenti di medicina quando dovevano trasmettere informazioni cliniche complete

ma in poco tempo. L'idea fu adottata da alcuni ospedali statunitensi nel 1970^{33,34} in ambito psichiatrico³⁰ e riabilitativo.^{22, 35} L'approccio per problemi (che anche in questo caso, può essere utilizzato in forma scritta, verbale o in entrambi) assicura anche il punto di vista soggettivo del paziente e la sua percezione rispetto ai problemi che via via emergono, una continua revisione della pianificazione e della sua efficacia, e la continuità dell'assistenza.²² Chi utilizza l'approccio per problemi può organizzare le informazioni con più modalità (Tabella 2):

- SOAP, SOAPIE e SOAPIER.³⁵ SOAP indica *Subjective, Objective, Analysis e Plan*. Le aggiunte negli altri acronimi significano *Intervention, Evaluation e Revision*. I dati soggettivi sono costituiti da ciò che il paziente afferma, descrivono i suoi punti di vista e le sue percezioni. I dati oggettivi possono comprendere i parametri vitali o altri dati derivanti dall'osservazione clinica. L'analisi costituisce l'interpretazione e la spiegazione dei dati riportati. Il piano riporta gli interventi da mettere in atto per risolvere/prevenire il/i problema/i.³⁶ Approcci alternativi come il DAP (*Data, Assessment, and Plan*) e lo IEP (*Individual Educational Programs*) sono variazioni del SOAP³⁷ che consente di identificare secondo priorità i problemi attuali e potenziali del paziente, di registrare o comunicare gli interventi e i progressi.
- PIE (*Problem, Intervention and Evaluation*)⁸ è simile SOAP/SOAPIER, permette di esprimere note di andamento sui problemi con un report conciso di ciò che è stato fatto e dei risultati ottenuti. L'infermiere che usa l'approccio PIE riformula e riassegna la priorità ogni 24 ore ai problemi individuati. Groah et al.³⁸ propongono un'altra variante denominata APIE (*Assessment, Plan, Intervention e Evaluation*): nell'accertamento sono inclusi i dati soggettivi e oggettivi ed i problemi rilevati, il piano descrive le prescrizioni infermieristiche, le altre due sezioni comprendono gli interventi e la valutazione.
- PART (*Problem, Action, Response, Teaching*)³⁹ è analogo al PIE, con l'aggiunta della sezione *Teaching* in cui l'infermiere registra l'attività educativa da effettuare o effettuata al paziente, ai familiari o alle persone di riferimento. L'intento è ricordare agli operatori l'importanza dell'a-

spetto informativo/educativo, spesso ignorato o attivato solo in prossimità della dimissione.

- 3) *L'approccio per focalizzazione (focus charting)*. Si tratta di un approccio centrato sul paziente e sugli esiti,¹ può essere adattato a qualsiasi contesto clinico e promuove la documentazione interdisciplinare (Tabella 3). Le informazioni sono facilmente reperibili perché organizzate secondo gli esiti: siccome spesso gli esiti rappresentano il superamento di un problema (ad esempio la lesione da decubito), un sintomo (la nausea) o il miglioramento di un cambiamento delle condizioni (da dipendente nelle ADL a indipendente), questo approccio è ritenuto simile a quello orientato ai problemi.³⁶ Dal punto di vista metodologico, l'aspetto che li differenzia è proprio nel focus: chi utilizza quest'approccio è più concentrato sugli esiti raggiunti o da raggiungere. Per selezionare e organizzare i dati si può utilizzare l'acronimo DAR (*Data, Action and Response*) o l'AIO (*Assessment, Intervention and Outcomes*): la sezione dei dati o dell'accertamento include informazioni oggettive e soggettive del paziente; nelle azioni vanno compresi sia interventi effettuati che pianificati; nella risposta o negli esiti, vanno comunicati i risultati.⁴⁰
- 4) *L'approccio per scostamenti (charting by exception)*. È stato promosso nel 1983 in un ospedale del Wisconsin come metodo per documentare l'assistenza infermieristica.²⁰ È basato su un sistema di standard, protocolli e parametri di valutazione: se il paziente rientra in questi parametri non viene documentato, mentre sono documentate o riferite solo variazioni o eccezioni alla norma.² Tutto ciò che è atteso o ritenuto normale (ad esempio, la ripresa della mobilitazione o dell'alvo nel post operatorio), non è riportato né in forma scritta né verbale (Tabella 4). Questo metodo riduce il tempo di documentazione, le ripetizioni e permette la veloce identificazione dei cambiamenti rilevanti delle condizioni del paziente.⁴¹
- 5) *L'approccio per cure globali*. Avviene sulla base del modello SBAR (*Situation, Background, Assessment and Recommendation*) supportato anche da JCAHO⁴ ed efficace soprattutto nella trasmissione delle informazioni verbali e nei briefing multiprofessionali quando è discussa la situazione del paziente.⁸ Secondo Haig et al.⁴² nei contesti internistici aiuta a focalizzare le informazioni essenziali da trasferire.

Tabella 2. Esempio di applicazione degli approcci SOAP, SOAPIER, APIE e PART per un paziente che rifiuta di assumere la terapia diuretica.

SOAP	SOAPIER	APIE	
S Rifiuta la terapia diuretica. Dice di non aver dormito nulla per la continua necessità di urinare. "Non voglio ripetere un'altra notte così".	S Rifiuta la terapia diuretica. Dice di non aver dormito nulla per la continua necessità di urinare. "Non voglio ripetere un'altra notte così".	A Rifiuta la terapia diuretica. Dice di non aver dormito nulla per la continua necessità di urinare. "Non voglio ripetere un'altra notte così". Iperteso (190/110mmHg) con pregresso edema polmonare (un mese fa).	
O Non vuole che l'infermiere di terapia entri in stanza. Vuole parlare con il medico. Ha assunto circa 1 litro di acqua per os. Bilancio idrico in pareggio.	O Non vuole che l'infermiere di terapia entri in stanza. Vuole parlare con il medico. Ha assunto circa 1 litro di acqua per os. Bilancio idrico in pareggio.		
A Non conosce le conseguenze della mancata assunzione della terapia. Iperteso (190/110mmHg) con pregresso edema polmonare (un mese fa).	A Non conosce le conseguenze della mancata assunzione della terapia. Iperteso (190/110mmHg) con pregresso edema polmonare (un mese fa).		
P Sospesi i liquidi per via parenterale. Monitorare i liquidi in ingresso e la diuresi.	P Sospesi i liquidi per via parenterale. Monitorare i liquidi in ingresso e la diuresi.	P Monitorare bilancio idrico e controllare edemi, PA e eventuali modifiche del respiro o inturgidimento delle giugulari. Chiamare la moglie per colloquio.	P Monitorare bilancio idrico e controllare edemi, PA e eventuali modifiche del respiro o inturgidimento delle giugulari. Chiamare la moglie per colloquio.
	I Istruito a riferire qualsiasi sensazione di difficoltà respiratoria. La moglie è stata chiamata: il medico le vuole parlare.	I Partecipato al colloquio tra la moglie ed il medico. Paziente presente. Si decide di variare l'orario di assunzione del diuretico dalle ore 16.00 alle ore 8.00. Eventuale terapia per il sonno da valutare insieme al medico.	A Partecipato al colloquio tra la moglie ed il medico. Paziente presente. Si decide di variare l'orario di assunzione del diuretico dalle ore 16.00 alle ore 8.00. Eventuale terapia per il sonno da valutare insieme al medico.
	E Non ha manifestato alcuna difficoltà respiratoria. Giugulari nella norma. PA 170/100 mmHg. Alle ore 17.00 il paziente ha assunto 500 ml di liquidi ed ha urinato 350 ml.	E Il paziente ha dormito dopo somministrazione di 13 gtt di clordemetildiazepam. Bilancio in equilibrio. PA 170/110 mmHg h. 17.00.	
	R Se il paziente accetta di assumere la terapia variare l'orario di assunzione dalle ore 16.00 alle ore 8.00. Valutare con il medico eventuale terapia per indurre il sonno.	R Il paziente ha dormito dopo somministrazione di 13 gtt di clordemetildiazepam. Bilancio in equilibrio. PA 170/100 mmHg h. 17.00.	
		T Educare il paziente alla restrizione dei liquidi.	

Nella sezione *Situation* è riportata (in forma scritta e/o verbale) la situazione del paziente in quel momento; nel *Background* la diagnosi medica, il mo-

tivo di ricovero in ospedale, la situazione clinica ed elementi anamnestici importanti; nell'*Assessment* sono comunicate informazioni sui parametri vitali, da-

Tabella 3. Esempio di consegna secondo l'approccio per focalizzazione: il modello DAR.

DAR
D Paziente in terapia anticoagulante orale con warfarin 1/4 cp die fino a ieri. Attualmente sospesa. Ematuria franca. Il paziente oggi non si è scaricato. Non sofferente. Riferisce di sentirsi leggermente stanco. PA 110/70 mmHg. Accusa vertigini.
A Valutare l'emocromo e INR ogni giorno. Controllare i parametri vitali ogni 2 ore. Avvertito il paziente di non alzarsi. Posizionato comodo vicino al letto. Feci in visione
R Hb 8.6 g/dl e INR di 8. Paziente in buone condizioni. Ricontrollare INR ore 20. Attenersi allo schema terapeutico secondo il valore dell'INR.

Tabella 4. Esempio di informazioni cliniche trasmesse secondo l'approccio per scostamenti.

2.05.2012	
h. 8.00	–
h. 12.00	SaO2 88% Somministrato O2 con Venturi al 45%
h. 17.00	SaO2 90% Mantenuto occhiali a 2 l/min
h. 19.00	–

ti di laboratorio, dati raccolti con la visita di norma organizzate in A (*airways* – es. se il paziente ad esempio sta ricevendo ossigeno), B (*breathing* – la saturazione, la frequenza), C (*circulation* – cambiamenti nel ritmo, frequenza, pressione arteriosa), D (*disability*, dipendenza, rischio di lesione, cadute), E (*exposure* – ad esempio se ha drenaggi, diuresi oraria...). Nella sezione *Recommendation* sono prescritti gli interventi da eseguire per la gestione dei problemi individuati (Tabella 5). La comunicazione basata su questo modello richiede tempi limitati⁸ e assicura maggiore attenzione ai messaggi chiave.⁴³ Il PACE (*Patient/Problem, Assessment/Actions, Continuity, Evaluation*) è analogo allo SBAR.⁴⁴

I problemi più frequenti e come migliorare le consegne. L'efficacia delle consegne è in larga parte determinata dai fattori fin qui esposti ma anche da altri aspetti, quali:

Tabella 5. Esempio di informazioni cliniche trasmesse con l'approccio SBAR.

SBAR
S Paziente M.R. ricoverato oggi d'urgenza. Al momento agitato, dispoico. Attualmente (h. 12.30) 38°C. Secrezioni dense, difficoltà nell'espettorazione.
B Pregressa storia di BPCO con frequenti riacutizzata. Temperatura corporea elevata da due giorni.
A SaO2 99%. In corso ossigenoterapia al 35%. Rx torace con addensamento basale destro. In corso ceftazidime ev 5 gr die.
R Aspirare solamente se necessario. Proseguire nella somministrazione di liquidi; NPT 2000 Kcal/24 ore. Possibile disorientamento notturno: sorvegliare.

- fattori individuali ad esempio, dall'uso di una comunicazione non gerarchica, dall'esperienza dell'infermiere, dalla formazione che ha ricevuto sulle consegne, dall'affaticamento (ad esempio quando sono comunicate informazioni su molti pazienti), e dalla sua capacità di memorizzare;⁷
- fattori interpersonali come ad esempio dalla qualità della relazione interpersonale tra gli operatori;⁷
- fattori organizzativi come interruzioni, distrazioni, oppure dalla cultura di scarsa/elevata attenzione alla sicurezza, da una gerarchia troppo pressante che impedisce una aperta comunicazione.⁷

Molti ospedali per assicurare progressivo miglioramento attivano periodici audit delle consegne.²⁷ Nella checklist di valutazione che può essere compilata tramite osservazione diretta (per le consegne verbali) e/o leggendo quelle scritte, è rilevato se le consegne

- riferiscono i progressi (e non solo un report di quanto accaduto),
- sono concentrate sui bisogni/problemi dei pazienti (e non le diagnosi mediche),
- sono date assicurando un'esperienza di apprendimento in cui tutti i componenti possono porre domande di chiarimento (o se si tratta di una comunicazione unidirezionale e gerarchica),
- sono state adattate alle esigenze informative degli infermieri che iniziano il turno, ad esempio chiedendo loro se conoscono il paziente (oppure no), al fine di personalizzare gli approcci e le informazioni da dare e, infine,

- si basano su un approccio multi-metodo (oppure no): il rischio di perdere informazioni sul paziente è molto elevato e per questo viene suggerito attivare un sistema di trasferimento delle informazioni composto dalle consegne, da *debriefing* di metà mattina con il team, da briefing multi professionali, ecc.

Secondo altri,⁴⁵ invece, le consegne dovrebbero sempre assicurare 5 criteri di qualità, denominati con l'acronimo CUBAN che possono essere verificati con periodicità attraverso supervisione: C (*confidential*), dovrebbero essere date rispettando la confidenzialità delle informazioni, U (*uninterrupted*), senza interruzioni/distrazioni, B (*brief*) di breve durata, A (*accurate*), accurate nel contenuto, e N (*Named Nurse*), dall'infermiere responsabile del paziente, all'infermiere che ne assumerà la responsabilità.

DISCUSSIONE E IMPLICAZIONI PER LA PRATICA

Dalla letteratura, che testimonia un'attenzione costante alla tematica delle consegne, e dalla riflessione sulla pratica infermieristica di ogni giorno, emergono alcune indicazioni:

- la trasmissione di informazioni è efficace ed accurata se le fonti sono disponibili: a volte nella pratica infermieristica italiana per l'indisponibilità di grafiche, cartelle o fogli di terapia che difficilmente costituiscono un unico fascicolo, o perché utilizzate da altri, gli infermieri sentono l'esigenza di documentare nelle consegne dati presenti in altre fonti che poi integrano a voce con altri dati. Per evitare il rischio di ridondanza, dovrebbe essere incoraggiata la trasmissione informatica delle informazioni, ed altre modalità di registrazione (video/audio) per i contesti in cui non esiste possibilità di sovrapposizione degli operatori come ad esempio sul territorio. Queste metodologie andrebbero introdotte anche nella formazione, valutando anche le problematiche di privacy e riservatezza dei dati;
- in ospedale le consegne dovrebbero essere date preferibilmente al letto del paziente: oltre a ridurre il tempo di mancata sorveglianza (le consegne in guardiola possono durare sino a 45 minuti), il coinvolgimento di pazienti e familiari potrebbe approfondire il patto infermiere/paziente e ridurre la loro sensazione di potersi confrontare poco con gli in-

fermieri. Tra i tanti esempi didattici riportati anche su youtube, dove gli infermieri statunitensi riportano i numerosi vantaggi del metodo al letto del paziente⁴⁶ vanno affrontati i vincoli culturali, ancora molto presenti tra gli infermieri (ad esempio, per i pazienti che non conoscono il loro problema di salute, o per i pazienti difficili)⁴⁷ e quelli strutturali (ad esempio le stanze a due o più letti che non assicura privacy). Inoltre, la consegna al letto del paziente richiede modelli organizzativi a elevata personalizzazione, in cui un infermiere è il referente di un gruppo di pazienti e passa le consegne solo all'infermiere che lo sarà per il turno successivo: questo può essere fattibile per il turno della mattina o del pomeriggio ma non per quello della notte in cui, di norma, gli infermieri italiani presenti si occupano di tutti i pazienti. Ciò non toglie la possibilità di introdurre la consegna al letto del paziente almeno una volta al giorno;

- gli infermieri sembrano formati a un approccio narrativo sia nelle consegne scritte sia verbali, mentre i medici sembrano adottare metodi più strutturati.⁴⁸ L'approccio narrativo richiede molto tempo: ogni infermiere, in base alla competenza, esperienza e modello concettuale, enfatizza informazioni e dichiara priorità secondo il proprio punto di vista. Quest'approccio potrebbe essere più efficace nei contesti domiciliari, di salute mentale o quando è utile presentare la storia complessiva di un paziente;
- la consegna scritta è irrinunciabile: gli infermieri devono documentare i progressi del paziente anche per questioni medico-legali. La consegna verbale, invece, ha altre finalità: integra, socializza, aiuta la condivisione di una cultura di riferimento, facilita la reciproca consultazione e integrazione dei diversi punti di vista sul paziente. Entrambe tuttavia devono far parte di un sistema di promozione della sicurezza dei pazienti composto da più strategie. Comprendere quanto enfatizzare l'una o l'altra, o se assicurarle sempre a ogni turno, dipende dalle esigenze dei pazienti, degli infermieri e del contesto;
- la letteratura suggerisce di adottare in tutti gli ambiti clinici¹⁷ un approccio strutturato alle consegne scritte e verbali per ridurre il tempo e aumentare l'efficacia. Curiosamente, al di là dei diversi approcci, sembra che in quest'ambito vi sia una particolare diffusione degli acronimi. Tra i tanti disponibili, emerge un minimo comune denominatore: il rife-

rimento a dati oggettivi e di percezione dei pazienti (dati soggettivi); come anche l'attenzione alla risposta, agli effetti, o alla valutazione delle cure erogate, e altrettanta importanza a quelle da erogare (piano/raccomandazioni/interventi da effettuare, educazione). Nei modelli generalmente adottati nella pratica, invece, l'attenzione sembra prevalere su come 'noi vediamo il paziente' e su 'ciò che si è fatto/non fatto' pur non essendo disponibili dati sull'efficacia dei diversi approcci;

- nella scelta dell'approccio, gli infermieri dovrebbero fare una riflessione critica sulla tipologia dei pazienti, sulla durata della degenza, sulla mission della loro attività e sui modelli organizzativi di presa in carico. L'approccio per problemi (*PART: Problem, Action, Response, Teaching*) si potrebbe facilmente adottare in una medicina in cui ad esempio, è cruciale in fase acuta gestire i problemi del paziente e prepararlo alla dimissione attraverso l'educazione.⁴⁹ Il metodo della "focalizzazione sugli esiti" potrebbe essere utilizzato dove i pazienti hanno un prevalente bisogno di assistenza (ad esempio una residenza sanitaria assistenziale) di cui gli infermieri sono responsabili; quello dello "scostamento", invece, in ambito chirurgico dove il decorso atteso nel postoperatorio in base ai diversi tipi di intervento è noto o nelle cure a lungo termine, dove si conosce il paziente. Tuttavia, nelle fasi acute pochi contesti hanno formalizzato standard assistenziali che possono aiutare a definire ciò che è normale ed atteso da ciò che non lo è e che pertanto va documentato o comunicato. Per gli studenti o il personale in formazione, ma anche per i contesti in cui si considera prioritaria una visione globale ed aggiornata della situazione del paziente e del 'da farsi', l'approccio SBAR (*Situation Background, Assessment And Recommendation*) potrebbe aiutare ad organizzare il pensiero e i messaggi chiave.⁴² Tuttavia, questo metodo che enfatizza la situazione 'qui e ora' non lascia molto spazio alle informazioni sulle risorse sociali, culturali, familiari del paziente e del suo punto di vista: non sembra, pertanto, adatto alla presa in carico di pazienti cronici mentre appare molto interessante per gestire i trasferimenti del paziente da un reparto all'altro (ad esempio dalla terapia intensiva alla medicina);
- l'approccio può diversificarsi anche in base all'evoluzione del paziente: da quello narrativo quando il

paziente è appena arrivato in medicina ed è presentato dall'infermiere che lo ha accolto a quello che lo prenderà in carico; ad uno strutturato durante le consegne di ogni giorno, per tornare di nuovo all'approccio narrativo che include informazioni cliniche e di contesto, quando il paziente viene dimesso e presentato all'infermiere di cure domiciliari;

- infine, la maggioranza degli approcci sono stati documentati anche più di vent'anni fa, in sistemi organizzativi semplici, in cui la durata della degenza era più elevata, i pazienti venivano trasferiti meno e meno operatori venivano coinvolti nella cura del paziente⁷ solo quello della focalizzazione sembra introdurre forme interdisciplinari di cura. Con l'evoluzione dei sistemi di presa in carico e la loro crescente complessità è necessario riflettere sull'esigenza di consegne multi professionali.⁹

CONCLUSIONI

Scrivere e dare consegne è un momento cruciale di passaggio della responsabilità del paziente che deve considerare anche le peculiarità del contesto organizzativo. Quello italiano sembra presentare alcune specificità: oltre al maggior rapporto pazienti/infermiere rispetto a quello degli altri paesi, sono particolari anche le modalità organizzative. La giornata è divisa in tre turni (mentre nei paesi da cui proviene la letteratura presentata, i turni sono di dodici ore), una discreta quantità di personale è part-time e i momenti in cui sarebbe o è necessario trasmettere informazioni sono molti. Decidere quale approccio utilizzare implica anche una riflessione sui modelli organizzativi: se il team lavora per compiti le consegne saranno sulle attività; se il modello è del *primary nursing* con pazienti ad evoluzione lenta, potrebbe anche non essere necessaria la sovrapposizione dei turni e la consegna verbale perché la conoscenza del paziente è così approfondita da essere sufficiente una consegna strutturata scritta. La coesistenza di due forme di trasmissione delle informazioni (scritta e orale) richiede ricerca per comprendere come integrarle: è necessario, infatti, riflettere sulla sostenibilità e sperimentare format di consegna snelli, strutturati, anche non combinati (ad esempio solo scritta). Altra ricerca è necessaria per definire qual è il metodo da preferire in ciascun contesto, quali strategie possono assicurare maggiore accuratezza

e sicurezza nel trasferimento delle informazioni, quali le informazioni critiche da assicurare e con quali strategie formative preparare gli infermieri e gli altri operatori nella trasmissione sicura delle informazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Scoates GH, Fishman M, McAdam B. Health care focus documentation-more efficient charting. *Nurs Manage* 1996;27:30-2.
2. Bark P, Vincent C, Jones A, Savory J. Clinical complaints: a means of improving quality of care. *Qual Health Care* 1994;3:123-32.
3. Leape L. Reporting of adverse events. *N Engl J Med* 2002;347:1633-8.
4. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: 2006 Critical Access Hospital and Hospital National Patient Safety Goals. <http://www.jcaho.org/accredited+organizations/patient>. Ultimo accesso 20 Maggio 2012.
5. World Health Organization. Patient Safety 1. 2007.
6. http://www.who.int/patientsafety/events/o7/01_11_2007/en/index.html. Ultimo accesso 25 Aprile 2012.
7. Perry S. Transitions in care: Studying safety in emergency department signovers. *Focus on Patient Safety* 2004;7;1-3.
8. Friesen MA, White SV, Byers FJ. Chapter 34. Handoffs: implications for nurses. AHQR in Hughs RG, editor. *Patient safety and quality: an evidence based handbook for nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare research and quality (USA); 2008. Chapter 34.
9. Dunsford J. Structured communication. Improving patient safety with SBAR. *Nurs Women Health* 2009;13:384-90.
10. National Patient Safety Agency. Safe Handover: safe patient. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. <http://www.bma.org.uk>. Ultimo accesso 25 Gennaio 2012.
11. Howell M. Confidentiality during staff reports at the bedside. *Nurs Times* 1994;90:44-5.
12. Arora VM, Manjarrez E, Cressler D, Basaviah P, Halasyamani L, Kripalani S. Hospitalist Handoff: a systematic review and task force recommendations. *J Hosp Med* 2009;4:433-40.
13. Anderson CD, Mangino RR. Nurse shift report: Who says you can't talk in front of patient? *Nurs Adm Q* 2006;30:112-22.
14. Kerr M. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *J Adv Nurs* 2002;37:125-34.
15. Smith CE. Upgrade your shift reports with the three R's. *Nursing* 1986;16:62-4.
16. Webster J. Practitioner centre research: an evaluation of implementation of bedside hand-over. *J Adv Nurs* 1999;30:1375-82.
17. Burns-Stewart S. Bedside report: a critical issue. *Crit Care Nurse* 1981;1:6-7.
18. Saiani L, Brugnolli A. Trattato di cure infermieristiche. Napoli: Sorbona-Idelson Gnocchi 2011:277-81.
19. Moloney R, Maggs C. A systemic review of the relationships between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *J Adv Nurs* 1999;30:51-7.
19. Miller C. Ensuring continuing care: styles and efficiency of the handover process. *Aust J Adv Nurs* 1998;16:23-7.
20. Murphy J, Beglinger JE, Johnson B. Charting by exception: meeting the challenge of cost containment. *Nurs Manage* 1988;19:56-70.
21. Athwal P, Fields W, Wagnell E. Standardization of change of shift reports. *J Nurs Care Qual* 2009;24:143-7.
22. Sherlock C. The patient handover: a study of its form, function and efficiency. *Nurs Stand* 1995;9:33-6.
23. Walton I. The nursing Process in Perspective: A Literature Review. UK: University of York, Department of Social Policy and Social Work, 1986.
24. Conwy & Denbighshire Trust. Nursing handover for adults' patients' guidelines, Ref No G009, 2008. <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/861/opendoc/162072>. Ultimo accesso 20 Maggio 2012.
25. Payne S. Interaction between nursing during handover in elderly care. *J Adv Nurs* 2000;32:277-85.
26. Benson E, Rippin-Sisler C, Jabusch K, Keats S. Improving nursing shift to shift report. *J Nurs Care Qual* 2007;22:80-4.
27. Fenton W. Developing a guide to improve the quality of nurses' handover. *Nurs Older People* 2006;18:32-6.
28. Saskatchewan Registered Nurses' Association. (2011). Documentation: Guidelines for Registered Nurses. http://www.srna.org/images/stories/pdfs/nurse_resources/documentation_guidelines_for_registered_nurses_22_11_2011.pdf. Ultimo accesso 30 Aprile 2012.
29. Shapiro J, Bakken S, Hyun S, Melton G, Schlegel C, Johnson S. Document ontology: supporting narrative documents in electronic health records. In: *AMIA Annu Symp Proc* 2005; pag. 648-84.
30. Riesenbergh L, Leisch J, Cunningham J. Nursing Handoffs: A Systematic Review of the Literature. *AJN*, 2010;110:24-34.
31. Strole B, Ottani P. Can Technology Improve Intern-shift Report? What the Research Reveals. *J Prof Nurs* 2006;22:197-204.

32. Weed LL. Medical record that guide and teach. *N Engl J Med* 1968; 278: 593-9.
33. Milhous RL, Aronson MD, Tormey DM, Ostrowski CP. Student and house officer evaluation: the POMR approach compared with other methods. *J Med Educ* 1978;53:137-8.
34. Hoffing AL, McGuigan MB, Merkel SI. The importance of maintenance in implementing change: an experience with problem-oriented recording. *J Nurs Adm* 1979;9:43-8.
35. Sexton A, Chan C, Elliot M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handover: do we really need them?. *J Nurs Manag* 2004;12:37-42.
36. Lampe S. Focus charting: streamlining documentation. *Nurs Manage* 1985;16:43-6.
37. Kettenbach G. Writing SOAP notes. Philadelphia: Davis, 1995.
38. Groah L, Reed E. Your responsibility in documenting care. *AORN* 1983;37:1174-88;
39. Hohenhaus S, Hohenhaus J. Enhancing Patient Safety during Hand-Offs: Standardized communication and teamwork using the 'SBAR' method. *AJN* 2006;106:72A-72B.
40. Grace-Farfaglia P, Rosow P. Automating clinical dietetics documentation. *J Am Diet Assoc* 1995;95:687-90.
41. Cummins KM, Hill MT. Charting by exception: a timely format for you?. *Am J Nurs* 1999;99:25G-24J.
42. Haig KM, Sutton S, Whittington J. National patient safety goals. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *J Comm J Qual Patient Saf* 2006;32:167-75.
43. Dayton E, Henriksen K. Communication failure: Basic components, contributing factors and the call for structure. *J Comm J Qual Patient Saf* 2007;33:34-47.
44. Schroeder SJ. Picking up the PACE: A new template for shift report. *Nurs* 2006;36:22-3.
45. Currie J. Improving Efficiency of patient handover. *Emerg Nurse* 2002;10:24-7.
46. www.youtube.com/watch?v=cyOAEcMgo3c. Ultimo accesso 20 aprile 2012.
47. Benaglio C, Piffer L, Sperotto S, Vezzoli M, Albanese S, Piva E. Modelli innovativi di continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato. *Assist Inferm Ric* 2006;25:105-9.
48. Groff, H., & Augello, T. (2003). From theory to practice: An interview with Dr. Michael Leonard. *Forum*, 23, 10-13. www.rmfi.harvard.edu/files/documents/Forum_V23N3_a5.pdf. Ultimo accesso 20 Maggio 2012.
49. Gropper EI, Dicapo R. The P.A.R.T. system. *Nurs Manage* 1995;26:46-8.