

Il giro visita: una prassi che garantisce la qualità?

Una revisione integrativa della letteratura

Valentina Simonetti^{1*}, Dania Comparcini^{2*}

Letizia Tesei³, Gaetano Sorrentino⁴, Giancarlo Cicolini⁵

*Equally contributed

¹PhD, Tutor Didattico Corso di Laurea in Infermieristica - "Università Politecnica delle Marche" – Polo didattico di Ascoli Piceno. Professore a contratto Università Politecnica delle Marche e l'Università G. d'Annunzio di Chieti

² PhD, Infermiera Coordinatrice, A.O. Ospedali Riuniti di Ancona. Professore a contratto Università Politecnica delle Marche, Ancona

³Infermiera Coordinatrice, referente di sede U.O.C. Area Infermieristico- ostetrica AV2 ASUR Marche, Professore a contratto Università Politecnica delle Marche e Università G. d'Annunzio di Chieti

⁴Area Manager Toscana, Gruppo Korian Italia

⁵PhD, Ricercatore Dipartimento Scienze biomediche e Oncologia umana – Università Aldo Moro - Bari

Corrispondenza: v.simonetti@staff.univpm.it

RIASSUNTO

Introduzione Il giro visita (GV) è una prassi che affonda le sue radici in epoche molto remote e, seppur consolidata, essendo una componente chiave delle attività sanitarie, viene spesso sottovalutata come parte della pianificazione e gestione assistenziale. Numerosi studi, riportano un'enorme variabilità sia negli scopi che nella conduzione dei GV, con la figura dell'infermiere che rimane spesso invisibile all'interno del processo, con ripercussioni negative sugli outcomes clinici ed emozionali dell'assistito. L'obiettivo della revisione è quello di riassumere le principali evidenze sulla prassi del GV come strumento evidence-based a supporto della clinical governance in ambito sanitario.

Materiali e metodi È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura, condotta sul database MedLine, attraverso PubMed, per identificare gli studi primari indicizzati che hanno indagato il GV come prassi in grado di garantire la qualità in sanità.

Risultati I 24 studi inclusi nella revisione hanno permesso di identificare quattro tematiche principali legate alla prassi del GV: (I) "qualità percepita dagli operatori"; (II) "qualità percepita dalla persona assistita"; (III) "qualità gestionale"; (IV) "qualità professionale".

Conclusioni Un GV strutturato, su base giornaliera e che prevede strumenti evidence-based migliora la qualità gestionale, l'efficienza (contenimento dei costi e aumento della produttività, intesa come rapporto tra volume di prestazioni e costi), l'integrazione tra i processi aziendali e la qualità professionale. Inoltre, al fine di migliorare la qualità percepita, la prassi del GV necessita di essere rivista sotto vari aspetti: coinvolgimento di tutti i componenti del team, pazienti e career, consapevolezza del ruolo professionale, comunicazione all'interno della triade medico-infermiere-paziente.

Parole chiave: Giro visita, qualità, esiti, soddisfazione, sicurezza, ruolo infermieristico.

Ward Round: a quality granting practice? An integrative review

ABSTRACT

Introduction The ward round is a long-standing practice rooting in bygone times. Despite being a key component of health care activities, it is often underestimated in care planning and management. Many studies report an enormous variance both in the purposes and in the management of the ward round, with nurses often invisible within the process and negative consequences on the patients' clinical and emotional outcomes. The aim of the review is to summarize the main evidences regarding the WR practice as an evidence-based tool supporting the clinical governance in healthcare system.

Methods An integrative review has been conducted using MedLine database, through PubMed, in order to identify primary indexed studies investigating the WR as a practice to ensure quality in the healthcare system.

Results The 21 studies included in the review allowed to identify four main issues regarding WR: (I) “*perceived quality by health professionals*”; (II) *perceived quality by patient*”; (III) “*quality management*”; (IV) “*professional quality*”.

Conclusions A structured WR, on a daily basis and with evidence-based tools, improves the managerial quality, the efficiency (cost containment and increased productivity - in terms of the ratio between volume of services provided and costs), the integration between business processes and professional quality. Moreover, in order to improve the perceived quality, the ward round practice needs to be reconsidered in a number of aspects: involvement of all the team members, patients and careers, awareness of the professional role, communication within the triad physician-nurse-patient.

Key words: Ward Round, quality, outcomes, satisfaction, safety, nurse role.

INTRODUZIONE

Il giro visita (GV) è un tradizionale forum di discussione multiprofessionale sulla gestione clinica dei pazienti, che consente ai professionisti di trasferire tra loro le informazioni necessarie riguardo le loro condizioni, gestione, progressi e follow-up.

Il Royal College of Physicians ed il Royal College of Nursing (2012) lo definiscono come: *“un’attività clinica complessa, cruciale, che consente di fornire un’assistenza sicura e di alta qualità ai pazienti in maniera rapida e rilevante. Fornisce un’opportunità per il team multidisciplinare di incontrarsi per rivedere le condizioni del paziente e sviluppare un piano di cura coordinato, facilitando il pieno coinvolgimento del paziente e/o familiari nell’assunzione di decisioni consapevoli sul piano di cure. Inoltre, il giro visita offre enormi opportunità per una comunicazione efficace, il passaggio di informazioni e l’aggiornamento continuo attraverso l’attiva partecipazione di tutti i membri del team multidisciplinare”*.

Il giro visita è una prassi consolidata che affonda le sue radici in epoche remote, risultando essere una componente chiave delle attività sanitarie, in grado di consentire ai professionisti l’assunzione della presa di decisioni assistenziali del paziente e di pianificare le attività che permettono il normale andamento dei reparti di degenza. Tuttavia, spesso è condotta in maniera destrutturata, svalutandone l’importanza e non riconosciuta come parte integrante della programmazione e gestione clinico-assistenziale (Francis Report, 2013).

Nonostante siano stati identificati e sviluppati i principi di base per una “best practice” nella conduzione del GV (Royal College of Physicians, Royal College of Nursing, 2012), al fine di garantire la qualità di tale pratica (percepita, clinico-assistenziale, gestionale) (Morosini, 2004, Wright e Writtington, 1995, Donabedian, 1990, Grenier, 1992) ad oggi, il significato delle reali opportunità che vengono offerte da un GV evidence-based strutturato è spesso sottostimato. In particolare, per garantire un GV in grado di produrre qualità e valore è ampiamente riconosciuta l’importanza che riveste

la multidisciplinarietà del team nella conduzione dello stesso, poiché consente ai professionisti di cooperare in maniera interdisciplinare lungo il continuum del paziente.

Ciò consente di migliorare gli esiti dell’assistito, investire sulle potenzialità del team, ridurre gli errori, promuovere l’uso efficace ed efficiente delle risorse disponibili (Halm et al. 2003; Special Commission of Inquiry, 2008). Affinché tutto questo risulti possibile è necessario che venga riconosciuto il ruolo di ogni componente del team e che il professionista stesso sia consapevole di come interagire all’interno del gruppo durante il GV (O’Hare, 2008; Larson, 1999). Inoltre, gli infermieri dovrebbero svolgere un ruolo attivo all’interno dell’équipe multidisciplinare impegnata nel GV, al fine di aumentare il loro impegno e coinvolgimento verso i pazienti e migliorare la comunicazione interprofessionale, riducendo così il rischio di eventi avversi, migliorando gli outcome clinici dei pazienti e la soddisfazione professionale (Boyle e Kochinda, 2004; Vazirani et al. 2005, Zwarenstein e Bryant 2000).

Tuttavia, è ampiamente dimostrato che essi non vengono sempre coinvolti attivamente nelle discussioni del team (Busby e Gilchrist, 1992; Hill, 2003) o non partecipano affatto (Pucher et al. 2014). Oltretutto, sembra che un giro visita condotto con l’infermiere possa produrre effetti positivi sul team, sia attraverso la condivisione di informazioni assistenziali con gli altri professionisti, sia attraverso il supporto del paziente nell’espressione dei suoi bisogni (Royal Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012); al contrario, un giro visita senza la presenza dell’infermiere potrebbe determinare effetti negativi, come la frammentazione delle attività (Lees, 2013), ridotta efficienza nel giro visita e ripercussioni sulla sicurezza del paziente (Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012).

A tal proposito, fra gli strumenti evidence-based a disposizione dei professionisti, per ridurre gli errori, le omissioni e la variabilità individuale, aumentando la qualità assistenziale in un ambiente caotico come

quello ospedaliero, rientrano le “Safety Checklist” (Lépée et al. 2012; Shaughnessy e Jackson, 2015; Pitcher et al. 2016) che responsabilizzano e coinvolgono tutti i componenti del team per fare in modo che tutti gli aspetti clinico-assistenziali dei pazienti siano presi in considerazione durante il giro visita (Royal Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012).

Purtroppo, malgrado le evidenze in letteratura forniscano le linee guida e gli strumenti operativi per la conduzione di un giro visita multidisciplinare e strutturato al letto del paziente, che lo coinvolga attivamente in una partecipazione attiva (Royal Royal College of Physicians and Royal College of Nursing, 2012; NSW Department of Health, 2011), vi è ancora un'estrema variabilità nella sua gestione.

Le tempistiche piuttosto brevi entro le quali viene condotto il giro visita, molto spesso producono discrepanze nella documentazione tra le informazioni fornite al paziente e la gestione dei loro piani di assistenza e inoltre, molte informazioni importanti possono essere perse, con un impatto negativo sulla sicurezza dei pazienti (Gilliand et al. 2018). Per questo motivo, riuscire ad avere una visione esaustiva dell'argomento potrebbe contribuire a fornire spunti di riflessione per sensibilizzare gli operatori ed i manager sanitari su questo importante tema, al fine di suggerire delle strategie di miglioramento attraverso l'implementazione di un giro visita appositamente strutturato in base alle esigenze peculiari di ciascun reparto e che sia in grado di dimostrare la sua efficacia. L'obiettivo della revisione è effettuare una rassegna degli studi disponibili inerenti il giro visita multidisciplinare come prassi per garantire la qualità, per comprendere il contributo e la posizione della professione infermieristica in questo ambito. Nello specifico, le domande di ricerca che hanno guidato la revisione sono:

- Quali sono le percezioni, opinioni, esperienze degli infermieri rispetto al giro visita multidisciplinare?
- Quali sono gli effetti della prassi del giro visita multidisciplinare sulle diverse dimensioni che costituiscono la qualità in ambito sanitario (qualità percepita, professionale, gestionale)?
- Quali effetti determina la prassi del giro visita multidisciplinare sugli esiti dei pazienti e/o sull'organizzazione?
- Quali sono gli effetti della prassi del giro visita multidisciplinare sugli esiti dei pazienti?

METODI E STRUMENTI

Disegno di studio

Per rispondere all'obiettivo dello studio è stata condotta una revisione integrativa della letteratura attraverso il metodo proposto da Whittemore e Knalf

(2005) poiché permette di analizzare in modo sistematico e rigoroso i risultati di studi con disegni diversi tra loro (quantitativi e qualitativi), consentendo una comprensione esaustiva del fenomeno indagato.

Strategie di ricerca

La ricerca bibliografica è stata effettuata consultando la banca dati MEDLINE (attraverso PubMed) nel periodo compreso fra gennaio e febbraio 2016 ed aggiornata al mese di maggio 2019. Nella fase di ricerca bibliografica sono stati posti i limiti: “lingua inglese” e “lingua italiana”; non sono stati posti limiti temporali di pubblicazione per il reperimento degli articoli. La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo dei seguenti termini, sia per ricerca libera sia utilizzando il MeSH database, singolarmente ed in combinazione con gli operatori booleani AND e OR: “ward round”, “quality indicators”, “outcomes”, “nurse”, “multidisciplinary ward round”, “safety”, “satisfaction”, “inpatient care” (Tabella 1).

Criteri di inclusione-esclusione degli articoli

Sono stati inclusi nella revisione tutti gli studi primari dall'approccio quantitativo o qualitativo: (1) che si prefiggevano di indagare, come obiettivo primario, la prassi del giro visita multidisciplinare facendo particolare riferimento alle dimensioni della qualità (percepita, clinico-assistenziale e gestionale); (2) con un campione di studio che includeva la professione infermieristica all'interno dell'equipe multidisciplinare deputata al giro visita. Sono stati esclusi gli studi: (1) che non avevano come obiettivo principale l'analisi del giro visita come prassi per garantire la qualità; (2) con un campione che non includeva la professione infermieristica; (3) che riguardavano i giri visita monodisciplinari; (4) che esaminavano la prassi dei “post-take ward round” cioè quelli effettuati al momento della presa in carico della persona assistita; (5) letteratura grigia; (6) gli studi di validazione delle check-list, gli editoriali e gli studi pilota.

Processo di selezione degli articoli

Attraverso un'iniziale ricerca bibliografica sui database elettronici sono stati identificati tutti gli articoli considerati potenzialmente rilevanti per gli scopi della revisione. In seguito alla rimozione dei titoli duplicati, due ricercatori (DC e VS) hanno effettuato uno screening iniziale dei titoli e degli abstract al fine di identificare il numero di articoli potenzialmente eleggibili per la revisione. Successivamente, i due ricercatori, autonomamente e separatamente l'uno dall'altro, hanno effettuato un ulteriore screening degli articoli considerando i criteri di inclusione predeterminati e, in seguito all'esclusione degli studi che non rispondevano alle domande guida della revisione, hanno raggiunto il consenso sulla scelta degli studi inclusi nella revisione finale.

Tabella 1. Stringhe di ricerca.

DATABASE: Medline (PubMed)

1.
MeSH terms: Quality Indicators, Health Care; Outcome Assessment (Health Care)
Free text terms: Ward round, round, quality indicators, quality, outcome
Filters: Languages English
Search details: ("ward round"[All Fields] AND "Quality Indicators, Health Care"[MeSH]) OR "quality indicators"[All Fields] AND "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] OR "outcome"[All Fields] AND "ward round").
Search results: items 44
2.
MeSH terms: Quality Indicators, Health Care; Outcome Assessment (Health Care); nurse's role
Free text terms: ward round, ward, quality, outcome, multidisciplinary, round
Filters: Languages English
Search details: (("quality indicators, health care"[MeSH Terms] OR "quality"[All Fields] OR "indicators"[All Fields]) AND ("outcome assessment (health care)"[MeSH Terms] OR "outcome"[All Fields] OR "assessment"[All Fields] AND "ward round"[All Fields] OR "ward"[All Fields])) AND (English[lang] AND "multidisciplinary"[All Fields])
Search results: items 834
3.
MeSH terms: Quality Indicators, Health Care; Outcome Assessment (Health Care); nurse's role
Free text terms: ward round, ward, nurse, nurse's role, quality, outcome, multidisciplinary, round
Filters: Languages English
Search details: ("ward round"[All Fields] AND "Quality Indicators, Health Care"[MeSH] OR "quality indicators"[All Fields] AND "Outcome Assessment (Health Care)"[MeSH] AND "nurse"[MeSH Terms] OR "nurse's role"[All Fields] AND "multidisciplinary"[All Fields])
Search results: items 627

Estrazione e sintesi dei dati

Sono stati estratti i dati necessari a descrivere le principali caratteristiche e i risultati degli studi inclusi nella revisione: titolo, autore(i), anno di pubblicazione e rivista, disegno di studio, campione e setting, risultati principali e conclusioni.

L'analisi approfondita degli studi è stata effettuata attraverso un processo interattivo di lettura continua e analisi dei contenuti, che, in una prima fase, ha previsto l'estrazione di dati numerici (studi quantitativi) e dati in forma testuale (studi qualitativi). Successivamente i dati estratti sono stati aggregati utilizzando un approccio tematico per

l'identificazione dei temi principali in tutti gli studi, presentati attraverso una sintesi descrittiva.

Infine, la fase di sintesi dei risultati ha previsto l'integrazione dei risultati della revisione all'interno di una struttura concettuale sviluppata a partire dall'individuazione e approfondimento delle dimensioni della qualità in sanità (Morosini, 2004) (Figura. 1). Successivamente, sulla base delle raccomandazioni del Royal College of Physicians e del Royal College of Nursing (2012) è stata sviluppata una mappa concettuale, per andare ad individuare i fattori in grado di influenzare la qualità del giro visita in ambito sanitario (Figura. 2).

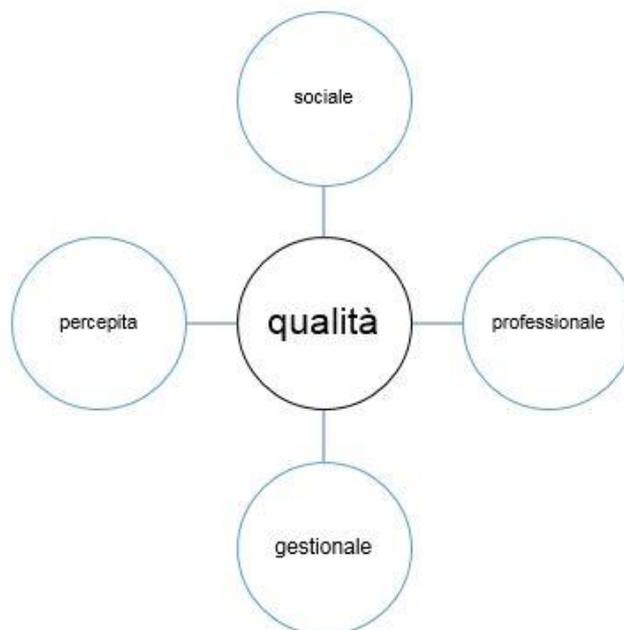


Figura 1. Dimensioni della qualità in ambito sanitario.



Figura 2. Fattori in grado di influenzare positivamente la qualità del giro visita.

RISULTATI

Selezione degli studi

La ricerca bibliografica iniziale ha permesso di identificare 665 articoli rilevanti per gli obiettivi della revisione; è stato successivamente effettuato uno screening di 166 titoli e abstract e di questi, sono stati considerati eleggibili per la revisione 42 articoli integrali (*full text*). Complessivamente, sono stati inclusi nella revisione finale 24 articoli (18 esclusi poiché non rispondevano alle domande guida della revisione); di questi, tre studi hanno un approccio alla ricerca di tipo qualitativo, tre si basano su un approccio misto, 18 di tipo quantitativo; tutti sono in lingua inglese. I risultati della fase di selezione degli articoli sono stati sintetizzati utilizzando gli Item del PRISMA Statement (Mother, Liberati, Tetslaff e Altman, 2009) (Figura. 3).

Caratteristiche degli studi inclusi

Le principali caratteristiche degli studi inclusi sono riassunte in Tabella 2. Dei tre studi qualitativi, tutti monocentrici, inclusi nella revisione (Hill, 2003; Manias e Street, 2001; Swenne, 2013) due sono etnografici (Hill, 2003; Manias e Street, 2001), e hanno utilizzato osservazioni interviste e focus group come strumenti per la raccolta dati.

Dei 17 studi quantitativi, si osserva come tutti siano osservazionali e, nello specifico, sette dal disegno trasversale (Montague et al. 2004; Catanguì e Slark, 2012; Pucher et al. 2014; Herring et al. 2011; Chew et al. 2019; Gonzalo et al. 2014; Chau et al. 2017). Gli studi sono stati condotti perlopiù in Inghilterra (Hill, 2003; Busby e Gilchrist, 1992; Catanguì e

Slark, 2012; Hill, 2003; Manias e Street, 2001; Pucher et al. 2014; Lépée et al. 2012; Herring et al. 2011; Shaughnessy e Jackson, 2015; Rowlands et al. 2014; Singh et al. 2012; Darbyshire et al. 2015; Boland., 2015; Hale, 2015; Mallik, 1992) seguiti da Australia (Manias e Street, 2001; Pitcher et al. 2015), Stati Uniti d'America (Gonzalo et al. 2014; Chau et al. 2017) Svizzera (Weber et al. 2011), Svezia (Swenne, 2013), Singapore (Chew et al. 2019), Nuova Zelanda (Al-Mahrouqi et al. 2013), Irlanda (Dhillon et al. 2011), Scozia (Montague et al. 2004). Dall'analisi della letteratura sono emersi i seguenti temi inerenti la qualità, che rispondono alle domande guida della revisione:

(I) "qualità percepita dagli operatori".

Nei giri visita generalmente i medici predominano sulla professione infermieristica, che invece risulta avere un coinvolgimento e una partecipazione minima con una scarsa consapevolezza del proprio ruolo (Busby e Gilchrist, 1992; Hill, 2003; Mallik, 1992; Rowland et al. 2014) dichiarando di non riconoscere il proprio contributo all'interno del team, risultando spesso componente inattiva durante i GV (Weber et al. 2007; Hill, 2003; Manias e Street, 2001) e sperimentando barriere riguardo alla partecipazione delle attività per la presa di decisioni cliniche (Hill, 2003; Manias e Street, 2001). Inoltre, la funzione degli infermieri, risulta essere prevalentemente quella di fornire informazioni supplementari al medico durante il giro (Mallik, 1992; Manias e Street, 2001) e a volte risultano essere scarsamente presenti all'interno del team multidisciplinare (Rowlands et al. 2014).

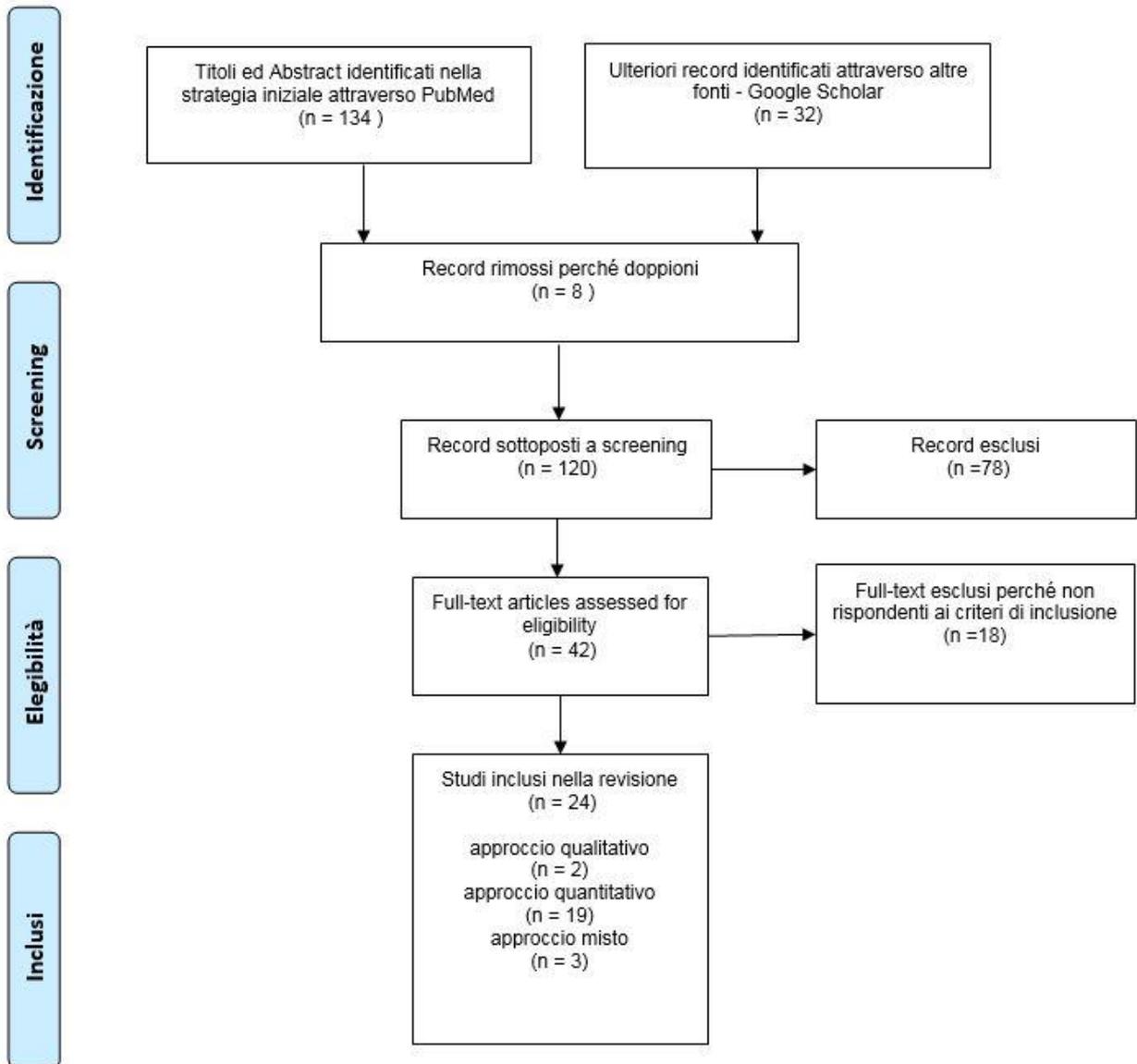


Figura 3. Processo di ricerca e selezione degli articoli.

Pertanto gli infermieri esprimono insoddisfazione riguardo molti aspetti del GV (Birtwistle et al. 2000), ritenendolo un modo poco costruttivo dell'uso del tempo a disposizione, dove i componenti dell'équipe fanno poco per promuovere lo spirito di gruppo (Birtwistle et al. 2000). Altre barriere percepite riguardano lo scarso tempo a disposizione da dedicare al GV (Chew et al. 2019; Gonzalo et al. 2014). Contrariamente, nello studio di Montague et al. (2004) i componenti del team, ed in particolare gli infermieri, ritengono che il GV rappresenti un buon mezzo di apprendimento e promuova lo spirito del gruppo, consentendo un'adeguata comunicazione fra i componenti del team. Inoltre, lo staff concorda sul fatto che le discussioni generate dai giri possano migliorare l'assistenza erogata e consenta di migliorare o di generare nuovi piani di trattamento.

Tuttavia, esistono delle preoccupazioni all'interno del gruppo professionale riguardo alla difficoltà di mantenere la confidenzialità dei dati dei pazienti. Anche nel lavoro riportato da Chew et al. (2019), Gonzalo et al. (2014) e Chau et al. (2017) emerge che il giro visita multiprofessionale al letto del paziente migliora la collaborazione medico-infermieristica, promuovendo il lavoro di squadra ed il passaggio di informazioni sul paziente.

In particolare, sembrano non esserci differenze fra medici e infermieri sulla capacità e possibilità di riportare delle informazioni relative al paziente o di assumere decisioni clinico-assistenziali durante il GV (Chew et al. 2019).

Infine, gli infermieri percepiscono maggiori vantaggi, rispetto ai colleghi medici, derivanti dal GV (es. maggiore comunicazione e coordinamento

fra membri del team; diminuzione della degenza per l'assistito) (Gonzalo et al. 2014).

(II) “qualità percepita dalla persona assistita”.

Durante il GV, i pazienti ricevono poche spiegazioni dal team di cure ed hanno difficoltà nel seguire il discorso dei professionisti (Busby e Gilchrist, 1992; Mallik, 1992), i quali interagiscono prevalentemente per lo scambio di informazioni sanitarie, soprattutto la terapia, con scarsa enfasi sugli aspetti psicosociali, importanti per la persona assistita (Weber et al. 2007).

Inoltre, riferiscono difficoltà nel metabolizzare le informazioni acquisite e non hanno la facoltà di scegliere il grado in cui partecipare nel processo decisionale di cura (Swenne e Skytt, 2014). Gli infermieri risultano essere fra i professionisti più predisposti nel fornire informazioni al paziente, anche se prevalentemente al di fuori del giro visita (Weber et al. 2007) e in maniera più comprensibile (Swenne e Skytt, 2014).

Alcuni assistiti esprimono alcune preoccupazioni circa la confidenzialità dei dati sanitari sensibili (Birtwistle et al. 2000).

Due studi (Montague et al. 2004; Birtwistle et al. 2000) hanno analizzato le percezioni dei professionisti (medici e infermieri) riguardo all'esperienza vissuta dal paziente durante il giro visita; nello studio di Montague et al. (2004) risultano esserci delle discordanze fra i professionisti sul fatto che venga garantita un'adeguata comunicazione con il paziente durante tale pratica.

Vi è consenso invece, sul fatto che il giro visita sia rassicurante per il paziente, che non interferisca con le sue attività, che il linguaggio utilizzato sia comprensibile e che il giro sia condotto in modo professionale. I medici sono incerti sul fatto che il giro intimidisca i pazienti, mentre gli infermieri ne sono sicuri.

Vi è incertezza sul fatto che vi sia la possibilità per il paziente di fare domande e se sia dedicato tempo sufficiente a ciascun paziente. Dai risultati dello studio Birtwistle et al. (2000), si evince che la maggioranza degli infermieri ritiene che i pazienti possano essere intimiditi nel porre domande durante il GV, mentre l'80% dei medici non lo ritiene possibile.

(III) “qualità gestionale”(riduzione della degenza, delle riammissioni ospedaliere, del rischio di eventi avversi).

Un giro visita strutturato e che prevede strumento di raccolta dati creato ad hoc sulla base delle raccomandazioni per una corretta gestione dello stroke, consente di prevenire, gestire e controllare le comuni complicanze assistenziali durante l'assistenza ai pazienti con ictus (Catanguì e Slark, 2012).

Al contrario, in un giro visita non strutturato, si osserva un'ampia variabilità nella gestione dei pazienti chirurgici, esponendoli ad un tasso di morbilità del 60%.

E' stato stimato che ben il 41% delle complicanze insorte nei pazienti potevano essere prevenibili (Purcher et al. 2012).

Inoltre, i giri visita su base giornaliera, rispetto a quelli gestiti settimanalmente, sembrano migliorare l'assistenza al paziente, riducendo la degenza (da 11.5 a 8.9 giorni) e la mortalità intraospedaliera (dal 11.2% al 6%) (Singh et al. 2012).

Al fine di garantire elevati standard assistenziali e la sicurezza al paziente, in ambito internistico, le evidenze disponibili suggeriscono la media almeno 10 minuti per paziente durante il giro visita quotidiano (Herring et al. 2011).

(IV) “qualità professionale”(riduzione variabilità individuale).

Gli strumenti evidence-based come l'uso di Checklist, degli indicatori, delle procedure operative a letto del paziente riduce la variabilità professionale, migliorano la qualità della prescrizione farmacologica (Lépée et al. 2012), la tenuta della documentazione (Al-Mahrouqi et al. 2013; Dhillon et al. 2011; Pitcher et al. 2016), la comunicazione, il passaggio di consegne fra gli operatori e la sicurezza del paziente (Dhillon et al. 2011; Hale e McNab, 2015), riduce le omissioni e aumenta la qualità assistenziale (Shaughnessy e Jackson, 2015; Pitcher et al. 2016).

In particolare, stabilire degli indicatori legati alla qualità, fornisce una base di partenza per ragionare sul miglioramento e sul processo di revisione della qualità, oltre a consentire confronti nel tempo (Darbyshire et al. 2015).

Un solo studio (Boland et al. 2015), fra quelli esaminati, ha evidenziato come l'aderenza alle linee guida di pratica clinica da parte degli operatori, non migliora a seguito dell'introduzione di un proforma (strumento operativo strutturato, multidisciplinare, simile ad una checklist).

Tabella 2. Caratteristiche principali degli studi inclusi

Autore (anno)	Obiettivo	Disegno	Campione. Setting di studio	Risultati principali
1. Busby A, Gilchrist B (1992)	Esplorare: il punto di vista dei medici, pazienti e infermieri sul giro visita come momento di scambio di informazioni/comunicazione; le opinioni dei professionisti e dei pazienti riguardo alla possibilità di coinvolgimento attivo dei pazienti durante il giro visita; il ruolo degli infermieri nel giro visita e l'appropriatezza del loro coinvolgimento; se il livello di coinvolgimento degli infermieri influenza la capacità di comprensione, di partecipazione e la soddisfazione del paziente durante il giro visita	Approccio misto (quali-quantitativo)	33 medici 14 infermieri 8 pazienti Reparto di Medicina Inghilterra	Nei giri visita generalmente i medici predominano sulla professione infermieristica, che invece risulta avere un coinvolgimento e una partecipazione minimi con una scarsa consapevolezza del proprio ruolo. I pazienti ricevono poche spiegazioni dal team di cura ed hanno difficoltà nel seguire il discorso dei professionisti
2. Montague ML et al. (2004)	Indagare le attitudini dello staff medico-infermieristico sui giri visita effettuati quotidianamente in un reparto di ORL di un ospedale universitario e le percezioni dello staff circa l'esperienza vissuta dal paziente durante il giro visita	Osservazionale, cross-sectional	10 medici 16 infermieri Unità operativa Otorinolaringoiatria, Ospedale Universitario "Ninewells Hospital and Medical School Dundee" Scozia	I componenti team, ed in particolare gli infermieri, ritengono che il giro visita rappresenti un buon mezzo di apprendimento e promuova lo spirito del gruppo, consentendo un'adeguata comunicazione fra i componenti del team. Inoltre, lo staff concorda sul fatto che le discussioni generate dai giri possano migliorare l'assistenza erogata e consenta di migliorare o di generare nuovi piani di trattamento. Tuttavia, esistono delle preoccupazioni all'interno del gruppo professionale riguardo alla difficoltà a mantenere la confidenzialità dei dati dei pazienti
3. Hill K (2003)	Indagare le interazioni non verbali dell'infermiere durante il giro visita	Qualitativo, etnografico	8 infermieri divisi in due gruppi: gruppo junior (n 4) gruppo senior (n 4) Terapia Intensiva di 11 posti letto in un Ospedale Generale di Distretto nella costa meridionale dell'Inghilterra	Gli infermieri dichiarano di non riconoscere il proprio contributo all'interno del team, risultando spesso componente inattiva durante i giri, sperimentando barriere riguardo la partecipazione delle attività e sull'assunzione di decisioni clinico-assistenziali
4. Manias E, Street A (2001)	Esplorare le interazioni medici-infermieri durante il giro visita	Qualitativo, etnografico	6 infermieri di terapia intensiva Australia	La funzione degli infermieri durante i giri visita, risulta essere prevalentemente quella di fornire informazioni supplementari al medico durante il giro. Gli infermieri percepiscono barriere enormi riguardo la partecipazione attiva nella presa di decisioni durante le discussioni nel giro visita
5. Catangu E, Stark J. (2012)	Migliorare la gestione infermieristica dei pazienti con stroke (cavo orale, integrità cutanea, continenza, infezioni parametri vitali, errori di terapia) e accertamento degli outcome	Osservazionale, cross-sectional	108 pazienti con stroke e un'équipe infermieristica composta da 3 professionisti (1 specialist e due coordinatori) Imperial College Healthcare Trust, Londra Inghilterra	Un giro visita strutturato e che prevede strumenti di raccolta dati creato ad hoc sulla base delle raccomandazioni per una corretta gestione dello stroke, consente agli infermieri di prevenire, gestire e controllare le comuni complicanze assistenziali durante l'assistenza ai pazienti con ictus. Inoltre, migliora la comunicazione fra pazienti ed infermieri
6. Pucher PH et al. (2014)	Osservare la variabilità nei giri visita in ambito chirurgico per identificare fonti di errore ed indagare le potenziali relazioni fra la variabilità della qualità del giro visita e gli outcome clinici	Osservazionale, cross-sectional	Team chirurgico (9 medici) e 50 pazienti chirurgici arruolati consecutivamente Terapia Intensiva Chirurgica, Londra Inghilterra	In un giro visita non strutturato, si osserva un'ampia variabilità nella gestione dei pazienti chirurgici, esponendoli ad un tasso di morbilità del 60%. Si calcola che ben il 41% delle complicanze potevano essere prevenibili
7. Lépée C et al. (2012)	Adattare la Check e Correct Checklist per il giro visita in ambito pediatrico e misurare il suo impatto sulla qualità e sicurezza dei pazienti ricoverati	Osservazionale, pre-post	28 infermieri 6 medici consulenti 18 medici 2 Reparti Pediatrici, Londra Inghilterra	L'uso della Check e Correct Checklist, migliora la qualità della prescrizione farmacologica
8. Dhillon P et al. (2011)	Verificare se l'introduzione di una Checklist adesiva nei giri visita migliora la qualità (maggiore sicurezza del paziente attraverso una migliore comunicazione, migliore tenuta della documentazione e del passaggio di consegne)	Osservazionale, coorte	Due gruppi (controllo/studio) composti ognuno da un team di 5 consulenti, selezionati in maniera random dal dipartimento chirurgico 1 osservatore sanitario opportunamente formato per ciascun gruppo) 4 Reparti chirurgici di un Ospedale Universitario di Dublino Irlanda	L'uso di una Checklist adesiva nei giri visita è un modo semplice ed economico per migliorare la documentazione, comunicazione, passaggio di consegne e la sicurezza del paziente
9. Herring H et al. (2011)	Verificare quanto deve durare un giro visita per garantire elevati standard assistenziali e la sicurezza per il paziente	Osservazionale, trasversale	Reparto Medicina Interna Team multidisciplinare Ospedale Generale Inghilterra	Al fine di garantire elevati standard assistenziali e la sicurezza al paziente, in ambito internistico, il giro visita quotidiano dovrebbe avere una durata media di almeno 10 minuti per paziente
10. Weber H et al. (2011)	Descrivere il contenuto e le modalità di interazione fra paziente-medico-infermiere	Approccio misto (quali-quantitativo)	267 pazienti 13 infermieri 8 medici	I professionisti interagiscono col paziente prevalentemente per lo scambio di informazioni sanitarie, soprattutto riguardo la terapia, con scarsa enfasi sugli

	durante il giro visita in un Reparto di Medicina Interna		Reparto di Medicina Interna Svizzera	aspetti psicosociali, ritenuti importanti per la persona assistita. Gli infermieri risultano essere fra i professionisti più predisposti nel fornire informazioni al paziente, anche se prevalentemente al di fuori del giro visita
11. Swenne CL (2013)	Indagare l'esperienza del paziente durante il giro visita e la sua abilità nel partecipare alle cure	Osservazionale, qualitativo	14 pazienti Reparto di Cardiologia Svezia	I pazienti riferiscono difficoltà nel metabolizzare le informazioni acquisite e non hanno la facoltà di scegliere il grado in cui partecipare nel processo decisionale di cura. Le informazioni fornite dagli infermieri, risultano essere di più facile comprensione rispetto a quelle dei medici
12. Shaughnessy L, Jackson J (2015)	Mostrare l'esperienza vissuta dagli operatori e pazienti a seguito dell'introduzione di una Checklist, di un riassunto infermieristico al letto del paziente e dello sviluppo di una procedura operativa per il giro visita in un reparto di area critica cardiotoracica per migliorare la sicurezza e l'assistenza	Approccio misto (quali-quantitativo)	Audit di 6 giri visita comprensivi di 69 pazienti Questionari a 69 infermieri Interviste semi-strutturate a 6 infermieri Questionari elettronici a 23 membri del team multidisciplinare Mid Staffordshire Foundation Trust Hospital Inghilterra	L'introduzione di un nuovo approccio per il giro visita, ha consentito di migliorare la qualità dell'assistenza erogata al paziente attraverso: la riduzione delle omissioni attraverso l'uso di una Checklist; maggiore chiarezza comunicativa all'interno del team grazie all'applicazione di un riassunto infermieristico al letto del paziente; maggiore opportunità per l'infermiere di partecipare e sentirsi parte del team
13. Rowlands C et al. (2014)	Valutare l'attuale pratica del giro visita in ambito chirurgico in Inghilterra	Osservazionale prospettico	62 ospedali Inglesi 472 giri visita 5622 pazienti Inghilterra	Le raccomandazioni per un giro visita multi disciplinare sono scarsamente implementati in ambito chirurgico e gli infermieri sono scarsamente presenti all'interno del team durante i giri
14. Birtwistle L et al. (2000)	Valutare se il giro raggiunge i suoi specifici obiettivi: fornire un'esperienza formativa, aiutare nella gestione clinica ed esplorare le attitudini dello staff, dei pazienti e dei loro genitori riguardo il giro.	Osservazionale prospettico	16 membri del team chirurgico 30 infermieri 14 pazienti pediatrici 24 genitori Ospedale pediatrico di Birmingham Inghilterra	Gli infermieri esprimono insoddisfazione riguardo molti aspetti del giro, ritenendolo un modo poco costruttivo dell'uso del tempo a disposizione, dove si fa poco per promuovere lo spirito di gruppo. La maggioranza dei infermieri ritiene che i pazienti possano essere intimiditi nel porre domande durante il giro visita, mentre l'80% dei medici non lo ritiene possibile. Alcuni genitori esprimono preoccupazione circa la riservatezza dei dati e dei livelli di ansia dei pazienti
15. Singh S et al. (2012)	Determinare se i giri visita quotidiani migliorano l'assistenza al paziente, riducono la degenza e la mortalità intraospedaliera	Osservazionale	Un medico (responsabile del giro visita) Team multidisciplinare (staff infermieristico, fisioterapista, terapista	I giri visita su base giornaliera, rispetto a quelli gestiti settimanalmente sembrano migliorare l'assistenza al paziente, riducendo la degenza (da 11.5 a 8.9 giorni) e la mortalità intraospedaliera (dal 11.2% al 6%)
			occupazionale, assistente sociale, dietista) Reparto di gastroenterologia del Royal Bolton Hospital, Lancashire Inghilterra	
16. Darbyshire D et al. (2015)	Iniziare il processo di revisione della qualità in un reparto di urologia iniziato nel 2011. Confronto degli indicatori anno 2011-2013	Osservazionale	Revisionati 20 giri visita e 93 pazienti Reparto di Urologia University College London Hospital Inghilterra	Stabilire degli indicatori legati alla qualità, fornisce una base di partenza per ragionare sul miglioramento e sul processo di revisione della qualità, oltre a consentire confronti nel tempo
17. Al-Mahrouqi H et al. (2013)	Verificare se l'introduzione di un proforma durante il giro visita chirurgico migliora la tenuta della documentazione clinica	Osservazionale	103 pazienti 73 infermieri 6 chirurghi Dipartimento di Chirurgia Generale nel Christchurch Hospital Nuova Zelanda	L'uso dei proforma durante i giri visita, migliora la tenuta della documentazione clinica.
18. Boland X (2015)	Verificare se l'introduzione di un proforma durante il giro visita migliora l'aderenza degli operatori alle linee guida di pratica clinica	Osservazionale	40 pazienti Team composto da medici specializzandi Royal Cornwall Hospital NHS Trust, Cornovaglia Inghilterra	L'uso delle Checklist di sicurezza è risultato utile nel fornire un approccio utile e strutturato nell'attuazione delle attività, in grado di mostrare di avere un impatto misurabile nel migliorare l'assistenza ai pazienti. La loro efficacia è tuttavia limitata dal loro aggiornamento e dal corretto uso costante.
19. Hale G, McNab D (2015)	Valutare se l'implementazione di una Checklist in un Reparto di Medicina migliora la sicurezza dei pazienti	Osservazionale	24 pazienti 2 medici Reparto di Medicina Interna Ospedale Generale di Distretto Regno Unito	L'introduzione di una Checklist su base giornaliera si è dimostrata efficace nel migliorare la tenuta della documentazione e nella misurazione degli outcome che sono essenziali per la sicurezza dei pazienti.
20. Pitcher M et al. (2015)	Valutare se l'implementazione di una Checklist migliora l'assistenza ai pazienti chirurgici	Osservazionale	132 pazienti nella prima fase 182 pazienti nella seconda fase Reparto di Chirurgia Generale Sunshine Hospital Western Health Australia	L'uso di una checklist durante il giro visita migliora diversi aspetti chiave dell'assistenza (igiene mani, comunicazione, esami ematici e strumentali, pianificazione e sicurezza, educazione ai pazienti)
21. Mallik M (1992)	Determinare la natura del funzionamento del giro visita ed il ruolo dell'infermiere in tale pratica	Osservazionale	33 consulenti 14 infermieri 8 pazienti Inghilterra	Lo staff medico domina sugli altri professionisti che risultano poco coinvolti. I pazienti ricevono poche spiegazioni ed hanno difficoltà a comprendere la discussione. Le funzioni infermieristiche sono principalmente quelle di fornire informazioni al medico

22. Chew BH et al. (2019)	Esaminare la collaborazione degli infermieri e dei medici durante i giri visita interprofessionali al letto dell'assistito e quali sono le barriere percepite dai partecipanti	Osservazionale, Cross-sectional	371 medici ed infermieri Ospedale per acuti di Singapore Repubblica di Singapore	Nel complesso, i punteggi relativi alla collaborazione medico-infermieristica, nei giri visita al letto del paziente, indicano attitudini positive, senza alcuna differenza statisticamente significativa fra medici e infermieri. Mentre il passaggio di informazioni è stato riportato come l'attività più frequente e collaborativa, la relazione cooperativa si è attestata fra le attitudini più frequenti. Fra le barriere percepite, il problema relativo al tempo è stata quella che ha ottenuto punteggi maggiori. In generale, gli infermieri hanno riportato maggiori barriere percepite nella partecipazione ai giri visita al letto del paziente rispetto ai medici
23. Gonzalo JD et al. (2014)	Valutare le percezioni (in termini di benefici ed ostacoli) dei medici ed infermieri sui giri visita al letto dell'assistito	Osservazionale, Cross-sectional	64 Medici Interne 58 infermieri 28 medici specializzandi 75 medici Ospedale Universitario Pennsylvania Stati Uniti	Gli infermieri percepiscono maggiori benefici sui giri visita al letto del paziente rispetto ai medici. I vantaggi maggiori risultano legati alla comunicazione/coordinamento, migliorando lo scambio di informazione fra medici e infermieri. I benefici che hanno registrato un punteggio minore riguardavano l'efficienza e gli outcome come la diminuzione della degenza. Le barriere più rilevanti riguardavano il tempo a disposizione, in particolare dello staff infermieristico
24. Chau A et al. (2017)	Valutare le percezioni dei medici, infermieri, ostetriche sui giri visita interprofessionali riguardo la loro efficacia nel migliorare il lavoro di squadra	Osservazionale, cross-sectional	234 professionisti Brigham Stati Uniti	I giri visita interprofessionali sembrano essere efficaci nel promuovere il lavoro di squadra. I tassi di percezione dei partecipanti erano influenzati prevalentemente dal ruolo professionale e dal totale delle ore lavorative, suggerendo che questi fattori dovrebbero essere indagati in future ricerche per minimizzare il divario di percezioni e supportare una cultura dinamica di collaborazione interprofessionale

DISCUSSIONE

Il giro visita rappresenta un importante strumento di comunicazione, attraverso il quale i professionisti sanitari si scambiano importanti informazioni al fine di un proficuo coordinamento delle cure e dell'assistenza erogate.

La presente revisione della letteratura fornisce una visione globale della prassi del giro visita multidisciplinare come strumento per garantire la qualità e, secondo le nostre conoscenze, risulta essere la prima condotta a questo scopo.

Dallo studio emergono quattro diverse aree tematiche (qualità percepita dagli operatori; dagli utenti; qualità professionale; qualità gestionale) che categorizzano i risultati e dalle quali scaturiscono importanti riflessioni.

Dalla disamina della letteratura, si evince come nei giri visita multiprofessionali, la figura del medico spesso prevalga su quella degli altri professionisti, in particolare sugli infermieri (Busby e Gilchrist, 1992; Hill, 2003; Mallik, 1992; Rowlands et al. 2014; Weber et al. 2007; Hill, 2003; Manias e Street, 2001; Hill, 2003; Manias e Street, 2001; Birtwistle et al. 2000), determinando outcome negativi come la scarsa soddisfazione professionale percepita ed il limitato coinvolgimento nella presa di decisioni clinico-assistenziali. Risulta infatti ampiamente riconosciuto, come la capacità di lavorare in équipe sia un fattore determinante per la qualità delle cure fornite ai pazienti (Leonard e Frankel, 2011).

Tuttavia, sembra che i medici si possano trovare in contesti lavorativi in cui devono interfacciarsi e cooperare con diverse figure professionali, spesso senza la reale percezione delle funzioni che ricoprono queste ultime (Weller et al. 2011). Per questo motivo, strutturare un GV evidence-based, con obiettivi definiti, che prevede l'uso di Check-list o proforma è fondamentale al fine di consentire ai

partecipanti di riconoscere il proprio ruolo e quello degli altri e facilitare lo sviluppo di un adeguato piano di trattamento e l'erogazione di un'assistenza sicura (Kvarnström, 2008; Royal College of Physicians, Royal College of Nursing, 2012).

Un'ulteriore considerazione che può spiegare il limitato coinvolgimento degli infermieri all'interno del giro visita è la scarsa consapevolezza del proprio ruolo all'interno del team: il fatto che essi si riconoscano come parte passiva durante i GV, non partecipando attivamente o semplicemente fornendo solo informazioni supplementari al medico (Weber et al. 2007; Hill, 2003; Manias e Street, 2001; Mallik, 1992) evidenzia come sia riconosciuta una criticità da parte loro, ma allo stesso tempo denota altresì un'accettazione di quella che è una situazione considerata insoddisfacente ed una sorta di subordinazione alla figura del medico.

Infatti, sono ampiamente documentati, ancora oggi in letteratura, modelli obsoleti di dominio pedagogico e subordinazione nell'educazione delle professioni sanitarie (Chen e Brodie, 2016).

Le barriere, intese come le differenze nei valori professionali, le aspettative e i ruoli; le preoccupazioni sulla responsabilità professionali e i conflitti all'interno del team potrebbero ostacolare la piena implementazione della pratica collaborativa interprofessionale.

Al fine di fornire un'assistenza collaborativa, interprofessionale ai pazienti, i membri del team di cure devono necessariamente instaurare una comunicazione aperta, attraverso una comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascun professionista per raggiungere l'obiettivo condiviso riguardante la necessità di fornire un'assistenza adeguata centrata sul paziente (O'Daniel e Rosenstein, 2008).

Al contrario, laddove la collaborazione esiste, il GV è in grado di trasformarsi in un momento formativo per gli appartenenti al gruppo multidisciplinare, migliorando l'assistenza erogata al paziente e la comunicazione fra professionisti (Montague et al. 2014; Chew et al. 2019; Gonzalo et al. 2014 e Chau et al. 2017). Oltretutto, la presenza della figura infermieristica durante il GV è considerata importante dalla persona assistita, perché è in grado di convogliare le informazioni cliniche in un linguaggio semplice, comprensibile e dunque fruibile per il paziente, che quindi ritiene di interagire meglio con l'infermiere piuttosto che con il medico (Swenne e Skitt, 2014; Weber et al. 2007; Walton et al. 2016). Nonostante sia noto il beneficio percepito dai pazienti relativo al coinvolgimento attivo degli stessi nel processo di cura, al fine di favorire una migliore comprensione delle informazioni ricevute ed una maggiore aderenza al trattamento (NSW Department of Health, 2011); raramente essi vengono interessati direttamente nei GV, lamentando difficoltà nel seguire il discorso (Busby e Gilchrist, 1992; Mallik, 1992; Weber et al. 2007; Swenne e Skytt, 2014) e preoccupazioni relative alla confidenzialità dei dati sensibili (Birtwistle et al. 2000).

Lo scarso coinvolgimento potrebbe derivare dalla percezione che i medici parlino del paziente piuttosto che al paziente direttamente, utilizzando un gergo complesso che crea intimidazione e frustrazione (Swenne e Skitt, 2014; Walton et al. 2016). Si rende necessario dunque implementare l'alleanza terapeutica, considerata come fattore determinante, in grado di sostenere il legame paziente-provider all'interno del sistema sanitario, attraverso la creazione di una potenziale partnership, efficace nel perseguimento degli obiettivi di salute.

Il fatto che i professionisti sanitari non siano sempre consapevoli delle reali percezioni dei pazienti durante il GV (inadeguatezza della comunicazione, insufficiente tempo dedicato a ciascun paziente, imbarazzo) potrebbe essere spiegato pertanto dalla tradizionale relazione paziente-provider basata sull'autorità del fornitore di assistenza sanitaria e dal ruolo normativo della biomedicina (Nunes, Ferreira e Queirós, 2014).

Oltre che sulla dimensione della qualità percepita, i risultati dei vari studi sottolineano l'impatto positivo di un GV strutturato, che prevede l'uso di strumenti evidence-based, sulla qualità gestionale (Catanguì e Slark, 2012; Singh et al. 2012; Herring et al. 2011) e professionale (Lépée et al. 2012; Al-Mahrouqi et al. 2013; Dhillon et al. 2011; Pitcher et al. 2016; Hale e McNab, 2015; Shaughnessy e Jackson, 2015; Darbyshire et al. 2015).

Nello specifico, riducendo la variabilità professionale, attraverso l'uso di Checklist, degli

indicatori, delle procedure operative, del riassunto infermieristico a letto del paziente, si migliora la comunicazione intraprofessionale e si è in grado di ridurre la possibilità che si verifichino eventi avversi, con ripercussioni positive sugli esiti di salute della persona assistita. Il GV evidence-based quindi, è un vero e proprio strumento di Clinical Governance, perché migliora la tenuta della documentazione, evitando di tralasciare informazioni importanti che impattano direttamente sulla sicurezza del paziente. Anche la comunicazione fra medici e infermieri migliora e, inoltre, le decisioni prese all'interno dei GV vengono tutte documentate, con ripercussioni medico-legali importanti. La costruzione degli strumenti come le Checklist, inoltre, deve essere contestualizzata sulla base dei bisogni peculiari di ciascuna unità operativa, con la possibilità di modificarli nel caso in cui le condizioni organizzative, strutturali, ambientali dovessero modificarsi. Una chiara documentazione delle informazioni cliniche di base, rende più sicura la degenza in ospedale dei pazienti, garantendo una dimissione tempestiva e sicura (Gilliand et al. 2018).

Limiti

I risultati di questa revisione devono essere considerati tenendo conto di alcuni limiti della ricerca che riguardano principalmente l'esiguità degli studi in letteratura che rispondano ai concetti di affidabilità, credibilità e trasferibilità, dove per affidabilità s'intende il raggiungimento di risultati coerenti, per credibilità il grado in cui si ritiene che i risultati siano stati analizzati in modo corretto e per trasferibilità il grado in cui i risultati di uno studio qualitativo possono essere generalizzati o trasferiti in altri contesti o setting (Joanna Briggs Institute, 2009).

Infine, l'eterogeneità dei contesti di studio, intesa come variabilità di governance clinica, rispetto a: tipologia di pazienti/patologie studiate (tipologia clinica del malato, severità della malattia, presenza di comorbidità) e caratteristiche della struttura sanitaria (organizzazione, stili di leadership, livello di formazione dei professionisti), potrebbe spiegare le differenze nei risultati fra i vari studi.

Implicazioni per la pratica

Il giro visita è un importante e riconosciuto strumento in ambito sanitario che favorisce il lavoro di squadra fra i professionisti ed offre la possibilità di revisionare e pianificare l'assistenza da erogare alla persona assistita.

Il presente studio ha permesso di riassumere le attuali conoscenze per un giro visita che garantisca la qualità. Dai risultati di questa revisione si osserva che l'utilizzo di strumenti evidence-based come le Checklist potrebbero contribuire a tale scopo.

Pertanto, il GV dovrebbe essere chiaramente definito, pianificato e contestualizzato all'interno di ciascuna unità operativa, al fine di delinearne le finalità, per assicurare che tutti i professionisti siano in grado di dare il proprio contributo in un'ottica di mutua comprensione dei compiti e dei ruoli di ciascuno.

Per questo motivo, tutti i membri del team dovrebbero essere consapevoli dell'importanza del contributo di ciascun professionista, in un'ottica multidisciplinare, per il corretto passaggio delle informazioni e del corretto andamento del GV.

Implicazioni per future ricerche

Al fine di una migliore comprensione del fenomeno, dovrebbero essere condotti ulteriori studi, soprattutto nel contesto italiano, dove la ricerca in questo ambito è piuttosto carente, per meglio indagare i fattori ostacolanti il corretto svolgimento del GV, per proporre soluzioni organizzative che favoriscano un GV che produca qualità e valore.

In particolare, potrebbe essere interessante esplorare il punto di vista degli studenti infermieri, che spesso si ritrovano in qualità di partecipanti ad osservare le dinamiche dei professionisti all'interno del gruppo multidisciplinare, probabilmente, senza comprendere le reali finalità che il GV dovrebbe avere.

Inoltre, indagare sulle dinamiche di interazione interprofessionale all'interno dell'équipe multidisciplinare, potrebbe rappresentare un filone di ricerca estremamente interessante, al fine di identificare eventuali opportunità per migliorare il passaggio di consegne fra operatori, gli outcome clinici dei pazienti e la durata della degenza ospedaliera.

CONCLUSIONI

In conclusione, la revisione ha evidenziato che un giro visita strutturato, su base giornaliera e che prevede strumenti evidence-based (Checklist, indicatori, proforma) migliora la qualità gestionale e la qualità professionale.

Tuttavia, la prassi del giro visita necessita di essere rivista sotto vari aspetti, attraverso un maggiore coinvolgimento di tutti i componenti del team, pazienti e caregiver aumentando la consapevolezza professionale e la comunicazione all'interno della triade medico-infermiere-paziente.

Vista l'importanza che riveste il GV per il buon andamento della pratica ospedaliera, i manager sanitari dovrebbero attuare strategie di miglioramento e proporre cambiamenti rispetto alle attuali modalità di gestione. Questo processo richiede una particolare attenzione verso un uso coscienzioso ed esplicito delle evidenze scientifiche, collaborazione, impegno, coinvolgimento e

considerazione degli aspetti finanziari, pratici e culturali ad esso connessi. Infatti, per produrre qualità e sicurezza è necessario innanzi tutto fare riferimento alle evidenze: solo successivamente può avvenire il cambiamento.

Gli operatori sanitari e l'organizzazione infatti, saranno maggiormente predisposti e motivati a supportare il cambiamento se questo è supportato da dati scientifici che dimostrano esiti migliori per il paziente, un incremento della soddisfazione lavorativa e della qualità percepita.

Ovviamente, questo richiede importanti cambiamenti organizzativi che non sempre sono attuabili in maniera eterogenea su tutto il territorio nazionale; ad esempio, per garantire la multidisciplinarietà del GV e la presenza infermieristica nel team potrebbe essere necessario riadeguare le dotazioni organiche ma non solo, probabilmente sarebbe più efficace proporre cambiamenti e revisioni degli attuali modelli organizzativi.

Tuttavia, è anche possibile intervenire focalizzando il cambiamento sul clima organizzativo, facilitandolo, ridisegnando il ruolo di ciascun professionista all'interno del GV e cercando di creare strumenti di lavoro, come le Checklist, che permettono di ridurre il rischio di eventi avversi ed omissioni. Infine, affinché si realizzi un efficace cambiamento nella pratica è necessario che i professionisti stessi considerino il quotidiano GV come elemento centrale del sistema della qualità e come momento di crescita e di formazione continua.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Al-Mahrouqi H, Ramadan O, Tapper R, Robertset R (2013) *Post-acute surgical ward round proforma improves documentation*. BMJ Qual Improv Rep, 2(1),1-3.
- Birtwistle L, Houghton JM, Rostill H (2000) *A review of a surgical ward round in a large paediatric hospital: does it achieve its aims?* Blackwell Science Ltd Medical Educational, 34(5), 398-403.
- Boland X (2015) *Implementation of a ward round pro-forma to improve adherence to best practice guidelines*. BMJ Qual Improv Rep, 4(1), u207456.w2979.
- Boyle DK e Kochinda C (2004) *Enhancing collaborative communication of nurse and physician leadership in two intensive care units*. J Nurs Adm, 34(2), 60-70.

- Busby A e Gilchrist B (1992) *The role of the nurse in the medical ward round*. J Adv Nurs, 17(3), 339-46.
- Catanguì EJ e Slark J (2012) *Nurse-led ward rounds: a valuable contribution to acute stroke care*. Br J Nurs, 21(13), 801-05.
- Chau A, Vijjeswarapu MA, Hickey M, Acker D, Huang CC, Tsen LC. (2017) *Cross-Disciplinary Perceptions of Structured Interprofessional Rounds in Promoting Teamwork Within an Academic Tertiary Care Obstetric Unit*. Anesth Analg. 124(6), 1968-1977.
- Chen A Brodie M (2016) *Resisting Outdated Models of Pedagogical Domination and Subordination in Health Professions Education*. AMA J Ethics. 18(9), 903-9.
- Chew BH, Tang CJ, Lim WS, Yap JKY, Zhou W, Liaw SY (2019) *Interprofessional bedside rounds: Nurse-physician collaboration and perceived barriers in an Asian hospital*. J Interprof Care. 16, 1-3.
- Darbyshire D, Barrett C, Ross D, Shackley D (2015) *Measuring ward round quality in urology*. Int J Risk Saf Med, 27(1), 23-33.
- Dhillon P, Murphy RK, Ali H, Burukan Z, Corrigan MA, Sheikh A, Hill AD (2011) *Development of an adhesive surgical ward round checklist: a technique to improve patient safety*. Ir Med J, 104(10), 303-05.
- Donabedian A (1990) *La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione*. Roma: Carocci Editore.
- Francis Report (2013) *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*. London: Stationery Office. Consultato il 01 febbraio 2016 disponibile all'indirizzo: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20150407084231/http://www.midstaffspublicinquiry.com/report>.
- Garling PSC (2008) *Final Report of the Special Commission of Inquiry*. Acute Care in NSW Public Hospitals, - Report 1.
- Gilliland N, Catherwood N, Chen S, Browne P, Wilson J, Burden H (2018) *Ward round template: enhancing patient safety on ward rounds*. BMJ Qual Improv Rep, 7(2), e000170.
- Gonzalo JD, Kuperman E, Lehman E, Haidet P (2014) *Bedside interprofessional rounds: perceptions of benefits and barriers by internal medicine nursing staff, attending physicians, and housestaff physicians*. J Hosp Med. 9(10), 646-51.
- Grenier - AAVV (1992) *Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica*. Sorbona Editore, Milano.
- Hale G e McNab D (2015) *Developing a ward round checklist to improve patient safety* BMJ Qual Improv Rep, 4(1), pii: u204775.w2440.
- Halm MA, Gagner S, Goering M, Sabo J, Smith M, Zaccagnini M (2003) *Interdisciplinary rounds: impact on patients, families, and staff*. Clin Nurse Spec, 17(3), 133-42.
- Herring R, Desai T, Caldwell G (2011) *Quality and safety at the point of care: how long should a ward round take?* Clin Med (Lond), 11(1), 20-2.
- Hill K (2003) *The sound of silence – nurses' non-verbal interaction within the ward round*. Nurs Crit Care, 8(6), 231-9.
- Kvarnström S (2008) *Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork*. J Interprofess Care, 22 (2), 191-203.
- Leonard MW e Frankel, A.S. (2011) *Role of effective teamwork and communication in delivering safe, high-quality care*. Mt Sinai J Med, 78 (6), 820-26.
- Larson E (1999) *The impact of physician-nurse collaboration on patient care*. Holist Nurs Pract, 13(2), 38-46.
- Lees L (2003) *The nurse's role in hospital ward rounds*. Nursing Times. 109(12), 12-14.
- Lépée C, Klaber RE, Benn J, Fletcher PJ, Cortoos PJ, Jacklin A, Franklin BD (2012) *The use of a consultant-led ward round checklist to improve paediatric prescribing: an interrupted time series study*. Eur J Pediatr 171(8), 1239-45.
- Mallik M (1992) *The role of the nurse on the consultant's ward round*. Nurs Times, 88(5), 49-52.
- Manias E, Street A (2001) *Nurse-doctor interactions during critical care ward rounds*. J Clin Nurs, 10(4), 442-50.
- Montague ML, Lee MSW, Hussain SS (2004) *Staff attitudes to a daily otolaryngology ward round*. J Laryngol Otol, 118(12), 963-71.
- Morosini P (2004) *Indicatori in valutazione e miglioramento della Qualità professionale*. Istituto Superiore di Sanità 1123-3117. Rapporti ISTISAN 04/20 Rev. Consultato il 04 gennaio 2016, disponibile all'indirizzo: <http://old.iss.it/binary/publ/publi/04-29%20REV.1127220808.pdf>.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG e The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(7).
- Nunes JA, Ferreira P, Queirós F (2014) *Taking part: engaging knowledge on health in clinical encounters*. Soc. Sci. Med, 123, 194-201.
- NSW Department of Health (2011) *Multidisciplinary Ward Rounds a Resource*, NSW Department of Health, Sydney. Consultato il 04 gennaio 2016, disponibile all'indirizzo: <https://www.health.nsw.gov.au/nursing/projects/Publications/multidisciplinary-ward-rou.pdf>.
- O'Hare JA (2008) *Anatomy of the ward round*. Eur J Intern Med, 19(5), 309-13.
- O'Daniel M e Rosenstein AH. *Professional communication and team collaboration*. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008:chap 33. AHRQ publication 08-0043.
- Pitcher M, Joshua T, Lin W, Graeme T, Tayaran A, Chanet S (2016) *Implementation and evaluation of a checklist to improve patient care on surgical ward rounds*. ANZ J Surg, 86(5), 356-60.

- Pucher PH, Aggarwal R, Darzi A (2014) *Surgical Ward Round Quality and Impact on Variable Patient Outcomes*. *Ann Surg*, 259(2), 222-6.
- Royal College of Physicians, Royal College of Nursing (2012) *Ward rounds in medicine: principles for best practice*. London: RCP.
- Rowlands C, Griffiths SN, Blencowe NS, Brown A, Hollowood A, Hornby ST, Richards SK, Smith J, Strong S (2014) *Surgical ward rounds in England: a trainee-led multi-centre study of current practice*. *Patient Saf Surg*, 8(1), 11.
- Shaughnessy L e Jackson J (2015) *Introduction of a new ward round approach in a cardiothoracic critical care unit*. *Nurs Crit Care*. 20(4), 210-8.
- Singh S, Lipscomb G, Padmakumar K, Ramamoorthy R, Ryan S, Bates V, Crompton S, Dermody E, Moriarty K (2012) *Daily consultant gastroenterologist ward rounds: reduced length of stay and improved inpatient mortality*. *Frontline Gastroenterol*, 3(1), 29-33.
- Swenne CL e Skytt B (2014) *The ward round-patient experiences and barriers to participation*. *Scand J Caring Sci*, 28(2), 297-304.
- Vazirani S, Hays RD, Shapiro MF, Cowman M (2005) *Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses*. *Am J Crit*, 14(1), 71-7.
- Walton V, Hogden A, Johnson J, Greenfield D (2016) *Ward rounds, participants, roles and perceptions: literature review*. *Int J Health Care Qual Assur*. 29(4), 364-79.
- Weber H, Stöckli M, Nübling M, Langewitz WA (2007) *Communication during ward rounds in Internal Medicine An analysis of patient–nurse–physician using RIAS*. *Patient Educ Couns*, 67(3), 343-8.
- Weller JM, Barrow M e Gasquoin S (2011) *Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting*. *Med Educ* 45(5), pp. 478-487.
- Whittemore R e Knaf K (2005) *The integrative review: updated methodology*. *JAN* 52(5), 546- 553.
- Wright CC e Writtington D (1995) *Verifica e revisione della qualità*. Milano: Ambrosiana.
- Zwarenstein M, Bryant W (2000) *Interventions to promote collaboration between nurses and doctors*. *Cochrane Database Syst Rev*, (2), CD000072.