

Implementazione di uno strumento standardizzato per la consegna infermieristica in pronto soccorso: studio pre post

*Roberta Ferraro¹, Daniela Cattani², Roberta Di Matteo³, Alex Amariglio^{4,5}, Patrizia Boido¹,
Simona Arcidiacono⁶, Antonio Maconi³, Tatiana Bolgeo³, Beatrice Mazzoleni⁷*

¹S.C. Medicina di Emergenza-Urgenza, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia

²IRCCS Humanitas Research Hospital Rozzano Milano, Italia

³Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione (DAIRI), Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia

⁴S.C. Emergenza Sanitaria Territoriale 118, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia

⁵Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italia

⁶S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, Alessandria, Italia

⁷Dipartimento di Scienze Biomediche, Università Humanitas, Milano, Italia

Corrispondenza: alex.amariglio@uniupo.it

RIASSUNTO

Introduzione: Il passaggio di consegna infermieristica è un momento fondamentale per la continuità assistenziale. La letteratura scientifica evidenzia che la principale causa di eventi avversi è dovuta ad una comunicazione inefficace.

Obiettivi: Valutare l'impatto dell'implementazione di uno strumento standardizzato per la consegna infermieristica nel Pronto Soccorso dell'AOU di Alessandria, esaminando la percezione degli infermieri riguardo la completezza, la chiarezza delle consegne, la sicurezza del paziente e la soddisfazione del personale.

Materiali e metodi: Studio monocentrico pre – post. Si è valutato il percepito degli infermieri relativamente alla completezza e chiarezza delle consegne erogate ed effettuate, la sicurezza del paziente e la soddisfazione del personale. L'intervento applicato è stato l'implementazione di uno strumento standardizzato per la consegna infermieristica, precedentemente validato per contenuto e fattibilità.

Risultati: L'introduzione di uno strumento standardizzato per la trasmissione delle consegne migliora significativamente la percezione della corretta identificazione del paziente sia tra gli infermieri che erogano sia tra coloro che ricevono le consegne. L'implementazione dello strumento standardizzato sembra migliorare la percezione della completezza e della chiarezza delle consegne rispetto alla trasmissione libera. Inoltre, fra gli infermieri eroganti sembra esserci un miglioramento della soddisfazione, un minor numero di interruzioni e una migliore ottimizzazione dei tempi.

Discussione e conclusioni: L'introduzione dello strumento standardizzato, migliorando la percezione dell'identificazione del paziente, agisce in un aspetto cruciale per la sicurezza delle cure. Sono necessari ulteriori studi per individuare strategie di implementazione o modifiche allo strumento maggiormente adeguate al contesto.

Parole chiave: Pronto soccorso, consegne cliniche, sicurezza dei pazienti, soddisfazione lavorativa.

Implementation of a standardized tool for nursing handover in the emergency department: a pre post study

ABSTRACT

Introduction: Nursing handover is a crucial process to ensure continuity of patient care. Scientific literature highlights that ineffective communication is a leading cause of adverse events.

Objectives: To evaluate the impact of implementing a standardized nursing handover tool in the Emergency Department of University Hospital in Alessandria, focusing on nurses' perceptions of handover completeness and clarity, patient safety, and staff satisfaction.

Materials and methods: A single-center pre-post study was conducted. Nurses' perceptions were assessed regarding the completeness and clarity of both given and received handovers, patient safety, and staff satisfaction. The intervention involved the implementation of a standardized handover tool, previously validated for content and face validity.

Results: The introduction of a standardized handover tool leads to a statistically significant increase in the perceived accuracy of patient identification between the nurse giving the handover and the one receiving it. Implementation of the standardized tool improved nurses' perceptions of handover completeness and clarity compared to unstructured handovers. Additionally, nurses reported increased satisfaction, fewer interruptions, and better time management when using the tool.

Discussion and conclusions: Improved patient identification is a significant finding in terms of patient safety. Further studies are needed to explore alternative implementation strategies or context-specific adaptations of the tool.

Key words: Emergency department, clinical handover, patient safety, job satisfaction.

INTRODUZIONE

Si definisce "consegna infermieristica" il trasferimento e l'accettazione della responsabilità della cura del paziente da un infermiere ad un altro, per garantire la continuità e la sicurezza del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (The Joint Commission, 2017). L'obiettivo principale di un buon passaggio di consegne è assicurare un corretto flusso informativo che permetta a chi le riceve di acquisire le informazioni necessarie per potersi prendere cura dei pazienti in maniera sicura ed efficace (de Lange, van Eeden and Heyns, 2018).

Gli eventi avversi, causati per l'11% da interruzioni durante il passaggio di consegne, sono associati nel 17% dei casi ad un aumento della degenza ospedaliera o a disabilità (Blyth, Bost and Shiels, 2017). Nel mondo si verificano 42.7 milioni di eventi avversi ogni anno che potrebbero essere prevenuti nell'83% dei casi, interessando l'8% dei ricoveri (World Health Organization, 2019). La Joint Commission International stima che circa il 30% di questi, in America, sono associati a difetti del flusso informativo, provocando circa 1744 morti e perdite quantificabili in circa 1.7 milioni di dollari ogni 5 anni (The Joint Commission, 2017).

In Italia, fra il 2005 e il 2011, sono stati segnalati 1723 eventi avversi, con un tasso di mortalità del 36.8% (Ministero della Salute, 2014).

Lo strumento per la trasmissione delle consegne deve essere adeguato al contesto; tuttavia per il Pronto Soccorso mancano indicazioni univoche sul modello più efficace da adottare (Desmedt *et al.*, 2021). Questo

ambiente presenta caratteristiche distintive che lo differenziano profondamente dagli altri contesti di cura e dove gli errori sono frequenti (Tortosa-Alted *et al.*, 2021). A causa dell'imprevedibilità del flusso dei pazienti, spesso si verifica sovrappollamento che può causare caos operativo, nonché un ambiente rumoroso. La qualità delle consegne infermieristiche è spesso influenzata dalla necessità di assistere più pazienti contemporaneamente con problemi acuti e instabilità emodinamica, dalla carenza delle informazioni sulle condizioni di salute preesistenti e dall'interazione con più e diverse figure professionali (Redley *et al.*, 2017; de Lange, van Eeden and Heyns, 2018). Di conseguenza, la trasmissione di informazioni risulta spesso lacunosa, frettolosa o soggetta a interruzioni: infatti l'1.5-3% di tutti gli eventi avversi si verifica in Pronto Soccorso (Desmedt *et al.*, 2021).

L'utilizzo di uno strumento standardizzato potrebbe ridurre i possibili errori comunicativi favorendo consegne accurate, precise e complete. Nonostante questi aspetti positivi, solamente il 5% dei professionisti utilizza strumenti standardizzati (Merten, van Galen and Wagner, 2017). Nel 15.4% dei casi le informazioni importanti non vengono correttamente trasferite: durante una trasmissione libera, vengono ricevute adeguatamente l'85% delle informazioni, ma la percentuale sale al 99% se si utilizza un metodo standardizzato (Ehlers *et al.*, 2021).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda fortemente l'adozione di approcci standardizzati alle consegne infermieristiche,

poiché tali approcci sono associati alla diminuzione del 12% degli eventi avversi, con impatto sulla mortalità e prolungamento della degenza ospedaliera (Smeulders, Lucas and Vermeulen, 2014). In tal senso sorge la necessità di implementare uno strumento standardizzato di consegna che favorisca una comunicazione efficace e completa, rendendo il processo di consegna più fluido e sistematico, riducendo il rischio di errori.

OBIETTIVI

L'obiettivo di questo studio è valutare l'impatto dell'implementazione di uno strumento standardizzato per la consegna infermieristica nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria, esaminando la percezione degli infermieri riguardo la completezza, la chiarezza delle consegne, la sicurezza del paziente e la soddisfazione del personale.

MATERIALI E METODI

Si tratta di uno studio monocentrico pre – post, condotto presso il Pronto Soccorso del Dipartimento di Emergenza e Accettazione di Il livello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria, *hub* del quadrante Sud-Est piemontese. L'assistenza è erogata a pazienti con un'età maggiore a 18 anni e a pazienti politraumatizzati con un'età non inferiore a 16. Il Pronto Soccorso è composto dal Triage, dove sono presenti due infermieri triagisti per turno, e di giorno dal Box 1, Box 2 e Box 3, ovvero le tre sale visita dove all'interno lavorano un medico e un infermiere. Di notte le sale visita sono due, il Box 1 e il Box 3, con un medico e un infermiere dedicati, mentre il Triage rimane invariato.

Fasi dello studio

Fase pre-intervento

In questa fase è stata organizzata una riunione con l'*equipe* infermieristica del Pronto Soccorso, alla quale è stato illustrato il progetto, le fasi di ricerca e raccolti suggerimenti organizzativi/operativi.

Successivamente, nella settimana compresa fra il 22 e 29 luglio 2022, è stato consegnato a mano in formato cartaceo per ogni infermiere un questionario per la valutazione delle consegne infermieristiche. Lo strumento è stato costruito dal gruppo di ricerca basandosi su evidenze di letteratura scientifica (White-Trevino and Dearmon, 2011; Campbell and Dontje, 2019; Desmedt *et al.*, 2021; Ehlers *et al.*, 2021) e risulta costituito da due sezioni:

a) "Valutazione consegne ricevute" è da

compilare da parte di ogni infermiere all'inizio del turno, successivamente alla presa di consegne. Le risposte potevano essere modificate in seguito a difformità e/o inesattezze fra quanto ricevuto e quanto individuato durante il turno (per esempio, un'allergia non comunicata).

b) "Valutazione consegne erogate" è da compilare a fine turno, dopo aver trasmesso le consegne.

Gli aspetti valutati erano:

- La percezione sulla completezza, valutando se la consegna forniva un quadro completo del decorso clinico del paziente, indicando anche le procedure infermieristiche eseguite, le valutazioni infermieristiche (stato cognitivo, autonomia e possibilità di alimentarsi del paziente) e le eventuali modalità di dimissione (domicilio, ricovero, trasferimento).
- La percezione sulla chiarezza, valutando se la consegna risulta schematica e ben organizzata e se presente una bozza scritta a supporto della consegna.
- La percezione sulla sicurezza delle cure, valutando se veniva effettuata l'identificazione visiva del paziente in quanto le aree di attesa e cura del Pronto Soccorso non permettono di numerare i posti delle barelle con conseguente difficoltà all'identificazione dei curati. In quest'area, inoltre, si attenzionava eventuali criticità legate alla gestione e la presenza di allergie.
- La soddisfazione del personale, considerando se la durata della consegna risulta adeguata al contesto assistenziale del Pronto Soccorso, se la consegna avesse subito interruzione da parte dell'*equipe* e se il personale era soddisfatto delle consegne ricevute al cambio turno.

Per ciascuno di essi è stato indicato il grado di accordo o di disaccordo, dove: 1 = "Del tutto in disaccordo", 2 = "Maggiormente in disaccordo", 3 = "Maggiormente d'accordo", 4 = "Del tutto d'accordo".

Fase intervento

In questa fase, dal 3 novembre al 3 dicembre 2022, è stato introdotto nella pratica assistenziale un nuovo strumento standardizzato per la trasmissione delle consegne infermieristiche.

Tale strumento è stato costruito *ad hoc* dal gruppo di ricerca, composto da infermieri clinici, in accordo alla letteratura internazionale di riferimento e alle esigenze operative proprie della struttura di implementazione. Lo strumento è stato dapprima sottoposto alla validazione di contenuto, coinvolgendo un

gruppo di esperti metodologi e clinici esterni al Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera sede di implementazione, che hanno espresso unanimemente parere favorevole. Successivamente è stato sottoposto a validazione di facciata, coinvolgendo tutti gli infermieri operanti presso il Pronto Soccorso di Alessandria, ottenendo consenso unanime.

Tale strumento standardizzato risultava suddiviso nelle seguenti parti: "dati anagrafici", "motivo di accesso o diagnosi", "anamnesi", "procedure eseguite", "esami strumentali ed esami ematici", "consulenze eseguite", "terapia", "iter diagnostico terapeutico assistenziale", "assessment infermieristico". È presentato su un'unica scheda, composta dallo strumento e dalla relativa legenda. La scheda, univoca per ogni paziente, è compilata dall'infermiere consegnante in maniera contestuale allo svolgersi del percorso clinico, per tutti i pazienti che ha assistito durante il turno.

Allo stesso modo, è compilata dall'infermiere ricevente in maniera contestuale alle consegne ricevute.

Fase post-intervento

Successivamente al mese di implementazione, nella settimana compresa fra il 04 e il 10 dicembre 2022, è avvenuta la fase di raccolta dati post – intervento, seguendo le stesse modalità della fase pre – intervento.

Criteri di inclusione

Lo strumento di consegna è stato strutturato per essere utilizzato dagli infermieri del box visita. Pertanto, sono stati inclusi solamente questi passaggi di consegna. I passaggi di consegna fra gli infermieri del triage, fra gli infermieri di triage e quelli del box visita, fra gli infermieri del box visita e quelli dei reparti (in caso di ricovero del paziente) sono stati esclusi dal presente studio.

Analisi dei dati

I dati sono stati analizzati tramite il software *Statistical Package for Social Science* versione 28.0 (SPSS) utilizzando il test di Wilcoxon (Wilcoxon, 2006), test di statistica non parametrica per campioni appaiati, ed il test χ^2 (Plackett, 1983) con la correzione di Yates per il confronto delle mediane, al fine di individuare differenze statisticamente significative fra le consegne erogate e ricevute, sia in fase pre-implementazione che in post-implementazione. Infine, è stato calcolato il test di Mann-Whitney (Mann and Whitney, 1947), test di statistica non parametrica per campioni non appaiati, ed il test χ^2 (Plackett, 1983) con la correzione di Yates, per il confronto delle mediane, al fine di

individuare differenze statisticamente significative fra le consegne pre-post implementazione. Il livello di significatività statistica è stato fissato al 5%.

Requisiti etici

È stata richiesta l'autorizzazione del Clinical Trial dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria che ha approvato lo studio. Lo studio è stato svolto nel rispetto della normativa italiana ed Europea vigente sulla sperimentazione clinica e nel rispetto della dichiarazione di Helsinki.

RISULTATI

Lo studio si è svolto dal 22 luglio 2022 al 03 dicembre 2022. Hanno partecipato allo studio tutti gli infermieri ($n = 30$) in servizio presso il Pronto Soccorso: il genere femminile era maggiormente rappresentato ($n=89$; 63%), il 50% dei soggetti aveva anzianità lavorativa superiore ai 5 anni e il 30% ($n=9$) era in possesso di un Master in area critica o affini.

I dati pre-test sono stati raccolti tramite questionario sulla valutazione delle consegne ricevute ed erogate con il metodo di consegna infermieristica standard. La percentuale di risposta è stata del 52%, avendo ricevuto 29 questionari su un totale di 56 consegnati.

Il nuovo strumento di consegna infermieristica è stato utilizzato per 30 giorni consecutivi. In questo periodo, hanno avuto accesso al Pronto Soccorso 3.308 utenti. Le consegne infermieristiche compilate seguendo il nuovo strumento di consegna sono state 887 (27%).

La raccolta dei dati dopo l'implementazione dello strumento ha ottenuto 21 (38%) questionari di valutazione delle consegne ricevute ed erogate con il nuovo metodo.

Confrontando la percezione degli infermieri eroganti la consegna con quelli riceventi, per quanto riguarda la completezza, la chiarezza delle consegne, la sicurezza del paziente e la soddisfazione, non si evidenziano differenze statisticamente significative, ad esclusione dell'item relativo all'identificazione attiva del paziente nella fase pre-intervento (Tabella 1).

Tabella 1 – Confronto valutazioni tra consegne erogate e ricevute nelle fasi pre e post.

	EROGATE Media $\pm \sigma$	RICEVUTE Media $\pm \sigma$	p-value
PRE TEST			
Completezza	2,95 $\pm$ 0,4	2,85 $\pm$ 0,14	0,84
Priorità informative	2,97 $\pm$ 0,49	2,97 $\pm$ 0,61	0,70
Procedure infermieristiche eseguite	3,00 $\pm$ 0,53	2,86 $\pm$ 0,73	1
Valutazioni infermieristiche	2,90 $\pm$ 0,66	2,66 $\pm$ 0,66	0,66
Modalità di dimissione del paziente	2,93 $\pm$ 0,69	2,72 $\pm$ 0,74	1
Chiarezza	3,16 $\pm$ 0,16	2,98 $\pm$ 0,02	0,76
Consegna schematica e ben organizzata	3,00 $\pm$ 0,69	3,00 $\pm$ 0,69	1
Bozze scritte a supporto della consegna	3,31 $\pm$ 0,65	2,97 $\pm$ 0,89	0,41
Sicurezza del paziente	3,28 $\pm$ 0,21	2,85 $\pm$ 0,20	0,53
Identificazione attiva del paziente	3,24 $\pm$ 0,50	2,69 $\pm$ 0,99	0,032*
Eventuali criticità di gestione del paziente	3,41 $\pm$ 0,72	3,14 $\pm$ 0,57	1
Allergie	2,97 $\pm$ 0,85	2,72 $\pm$ 0,91	0,55
Soddisfazione del personale	2,72 $\pm$ 0,44	2,78 $\pm$ 0,35	0,68
Durata della consegna adeguata al contesto	3,03 $\pm$ 0,61	3,14 $\pm$ 0,82	0,25
Soddisfazione delle ricevute al cambio turno	3,03 $\pm$ 0,61	2,90 $\pm$ 0,71	1
Interruzioni da parte dell'equipe	2,10 $\pm$ 1,06	2,31 $\pm$ 1,23	0,79
POST TEST			
Completezza	3,02 $\pm$ 0,14	3,00 $\pm$ 0,09	0,79
Priorità informative	3,00 $\pm$ 0,69	3,00 $\pm$ 0,86	0,85
Procedure infermieristiche eseguite	3,14 $\pm$ 0,64	3,16 $\pm$ 0,81	0,57
Valutazioni infermieristiche	3,14 $\pm$ 0,64	3,00 $\pm$ 0,97	0,89
Modalità di dimissione del paziente	2,81 $\pm$ 0,79	2,89 $\pm$ 0,91	0,85
Chiarezza	3,24 $\pm$ 0,10	3,00 $\pm$ 0,00	0,83
Consegna schematica e ben organizzata	3,14 $\pm$ 0,77	3,00 $\pm$ 0,79	0,65
Bozze scritte a supporto della consegna	3,33 $\pm$ 0,89	3,00 $\pm$ 1,17	1
Sicurezza del paziente	3,27 $\pm$ 0,31	2,84 $\pm$ 0,24	0,54
Eventuali criticità di gestione del paziente	3,38 $\pm$ 0,49	2,79 $\pm$ 1,00	0,06
Identificazione attiva dei pazienti	3,33 $\pm$ 0,71	3,16 $\pm$ 0,59	0,65
Allergie	2,76 $\pm$ 1,11	2,58 $\pm$ 1,14	0,89
Soddisfazione del personale	2,98 $\pm$ 0,26	2,77 $\pm$ 0,37	0,82
Durata della consegna adeguata al contesto	3,19 $\pm$ 0,66	3,11 $\pm$ 0,72	0,83
Soddisfazione delle erogate al cambio turno	3,14 $\pm$ 0,71	2,95 $\pm$ 0,76	0,89
Interruzioni da parte dell'equipe	2,62 $\pm$ 1,17	2,26 $\pm$ 1,25	0,74

L'implementazione dello strumento standardizzato di consegna sembra migliorare la percezione della completezza e della chiarezza delle consegne rispetto alla trasmissione libera, sia fra gli infermieri eroganti la consegna che fra quelli ricevuti, pur non evidenziando differenze statisticamente

significative. Inoltre, fra gli infermieri eroganti sembra esserci un miglioramento della soddisfazione, un minor numero di interruzioni e una migliore ottimizzazione dei tempi (differenze non statisticamente significative) (Tabella 2).

Tabella 2 – Confronto tra le valutazioni nelle fasi pre e post test per le consegne ricevute e per quelle erogate.

	PRE TEST Media $\pm \sigma$	POST TEST Media $\pm \sigma$	p-value
VALUTAZIONE CONSEGNE RICEVUTE			
Completezza	2,85 $\pm$ 0,14	3,00 $\pm$ 0,09	0,28
Quadro completo del decorso del paziente	3,03 $\pm$ 0,56	2,95 $\pm$ 0,76	0,43
Priorità informative	2,97 $\pm$ 0,61	3,00 $\pm$ 0,86	0,36
Procedure infermieristiche eseguite	2,86 $\pm$ 0,73	3,16 $\pm$ 0,81	0,12
Valutazioni infermieristiche	2,66 $\pm$ 0,66	3,00 $\pm$ 0,97	0,06
Modalità di dimissione del paziente	2,72 $\pm$ 0,74	2,89 $\pm$ 0,91	0,26
Chiarezza	2,98 $\pm$ 0,02	3,00 $\pm$ 0,00	0,35
Consegna schematica e ben organizzata	3,00 $\pm$ 0,69	3,00 $\pm$ 0,79	0,47
Bozze scritte a supporto della consegna	2,97 $\pm$ 0,89	3,00 $\pm$ 1,17	0,26
Sicurezza del paziente	2,85 $\pm$ 0,20	2,84 $\pm$ 0,24	0,37
Identificazione attiva del paziente	2,69 $\pm$ 0,99	2,79 $\pm$ 1,00	0,36
Eventuali criticità di gestione del paziente	3,14 $\pm$ 0,57	3,16 $\pm$ 0,59	0,43
Allergie	2,72 $\pm$ 0,91	2,58 $\pm$ 1,14	0,33
Soddisfazione del personale	2,78 $\pm$ 0,35	2,77 $\pm$ 0,37	0,44
Durata della consegna adeguata al contesto	3,14 $\pm$ 0,82	3,11 $\pm$ 0,72	0,40
Soddisfazione delle ricevute al cambio turno	2,90 $\pm$ 0,71	2,95 $\pm$ 0,76	0,46
Interruzioni da parte dell'equipe	2,31 $\pm$ 1,23	2,26 $\pm$ 1,25	0,44
VALUTAZIONE CONSEGNE EROGATE			
Completezza	2,95 $\pm$ 0,4	3,02 $\pm$ 0,14	0,29
Priorità informative	2,97 $\pm$ 0,49	3,00 $\pm$ 0,69	0,44
Procedure infermieristiche eseguite	3,00 $\pm$ 0,53	3,14 $\pm$ 0,64	0,23
Valutazioni infermieristiche	2,90 $\pm$ 0,66	3,14 $\pm$ 0,64	0,15
Modalità di dimissione del paziente	2,93 $\pm$ 0,69	2,81 $\pm$ 0,79	0,25
Chiarezza	3,16 $\pm$ 0,16	3,24 $\pm$ 0,10	0,28
Consegna schematica e ben organizzata	3,00 $\pm$ 0,69	3,14 $\pm$ 0,77	0,25
Bozze scritte a supporto della consegna	3,31 $\pm$ 0,65	3,33 $\pm$ 0,89	0,31
Sicurezza del paziente	3,28 $\pm$ 0,21	3,27 $\pm$ 0,31	0,27
Paziente con bracciale identificativo	3,52 $\pm$ 0,50	3,62 $\pm$ 0,58	0,23
Eventuali criticità di gestione del paziente	3,24 $\pm$ 0,50	3,38 $\pm$ 0,49	0,23
Identificazione visiva e corretta dei pazienti	3,41 $\pm$ 0,72	3,33 $\pm$ 0,71	0,35
Allergie	2,97 $\pm$ 0,85	2,76 $\pm$ 1,11	0,32
Soddisfazione del personale	2,72 $\pm$ 0,44	2,98 $\pm$ 0,26	0,15
Durata della consegna adeguata al contesto	3,03 $\pm$ 0,61	3,19 $\pm$ 0,66	0,22
Soddisfazione delle erogate al cambio turno	3,03 $\pm$ 0,61	3,14 $\pm$ 0,71	0,30
Interruzioni da parte dell'equipe	2,10 $\pm$ 1,06	2,62 $\pm$ 1,17	0,07

DISCUSSIONE

L'introduzione di uno strumento standardizzato per la trasmissione delle consegne aumenta, in maniera statisticamente significativa, la percezione fra l'infermiere che eroga le consegne e colui che le riceve relativamente alla corretta identificazione del paziente. Questo aspetto, considerando l'estrema dinamicità della struttura e i continui flussi operativi potrebbe associarsi ad una riduzione del rischio di errore. L'introduzione di una metodologia standardizzata risulterebbe quindi

risolutiva per garantire cure più sicure ed efficaci durante l'intero percorso clinico-assistenziale (Lemos and Cunha, 2017).

Relativamente alla completezza e chiarezza delle consegne, seppur la letteratura internazionale indichi come una modalità scritta e strutturata possano incrementarle (Campbell and Dontje, 2019), questo studio ha individuato lievi differenze di percepito (non statisticamente significative), che potrebbero essere state attenuate dalla scarsa partecipazione allo studio. Altri studi hanno individuato come

difficoltosa l'individuazione di un congruo strumento di consegna in un contesto così dinamico (Desmedt *et al.*, 2021), anche se l'implementazione favorisce sicuramente una comunicazione più lineare, limitando ritardi nei trattamenti, eventi avversi, omissioni, aumento dei costi e, globalmente, inefficienza del sistema (Merten, van Galen and Wagner, 2017; The Joint Commission, 2017; World Health Organization, 2019).

Le cause della possibile scarsa partecipazione degli infermieri potrebbero essere correlate alla consolidata abitudine alla trasmissione orale delle consegne, oppure al sovraffollamento cronico della struttura. Infatti, il Pronto Soccorso risente delle oramai diffuse e ubiquitarie problematiche legate agli eccessivi accessi correlati al depauperamento della medicina territoriale (Infermieri di famiglia e comunità, medici di medicina generale, continuità assistenziale e specialisti territoriali), alle difficoltà socio-economiche nella gestione domiciliare di persone con patologie croniche, alle lunghe liste d'attesa, nonché alla progressiva riduzione dei posti letto nelle strutture ospedaliere (Improta *et al.*, 2018; Babatabar-Darzi *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2021; Badr *et al.*, 2022).

I nostri risultati hanno evidenziato un lieve aumento della soddisfazione del personale erogante le consegne nei confronti dell'utilizzo della metodologia strutturata. Questo potrebbe essere correlato alla possibilità di prevedere tempi, modi e flussi comunicativi più organizzati, che facilitano la trasmissione delle consegne dopo il turno lavorativo (Campbell and Dontje, 2019). La presenza di un ambiente lavorativo eccessivamente dinamico potrebbe rendere difficoltoso il passaggio di consegne con modalità libera, mentre un approccio strutturato potrebbe permettere al personale di sentirsi maggiormente soddisfatto nonostante la stanchezza dei carichi di lavoro (White-Trevino and Dearmon, 2011). In letteratura, infatti, si individuano studi dove, come nel caso di Wollenhaup CA *et al.* (2027), si è rilevato un miglioramento del 10% per la soddisfazione del personale e del 20% quella del paziente in seguito all'implementazione di uno strumento standardizzato per la consegna. Inoltre, è noto come per garantire un'aderenza ai cambiamenti organizzativi nel breve e nel lungo termine, la soddisfazione del personale rappresenti un elemento di grande rilevanza (Nilsen *et al.*, 2020).

Globalmente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene l'importanza della consegna infermieristica, contestualizzandola alla diversità dei setting clinici (World Health Organization, 2019), infatti, la realtà dinamica

del Pronto Soccorso dovrebbe avere uno strumento idoneo per il passaggio di consegne (Desmedt *et al.*, 2021; Tortosa-Alted *et al.*, 2021). La letteratura internazionale mostra numerosi articoli inerenti alla tematica della trasmissione delle consegne (Redley *et al.*, 2017; Desmedt *et al.*, 2021; Ehlers *et al.*, 2021; Tortosa-Alted *et al.*, 2021), ma non indica uno strumento standardizzato implementabile nel contesto clinico del Pronto Soccorso. Infatti, essendo le dinamiche di tale struttura intrinsecamente differenti a quelle delle altre unità operative, risulta necessario uno strumento costruito *ad hoc* che tenga conto delle varie peculiarità e caratteristiche.

Limiti dello studio

Il principale limite è stata la scarsa adesione allo studio da parte degli infermieri clinici. Questo ha influito negativamente sulla numerosità campionaria, riducendo la potenza statistica e, di conseguenza, la generalizzabilità dei risultati. Una possibile spiegazione potrebbe risiedere nell'elevato carico di lavoro quotidiano, che ha reso difficile la compilazione delle schede di consegna, percepite non come uno strumento di supporto alla pratica clinica, bensì come un ulteriore ostacolo al raggiungimento degli obiettivi lavorativi. Un maggiore coinvolgimento attivo degli infermieri sin dalle fasi iniziali dello studio potrebbe rappresentare una strategia efficace per favorire una partecipazione più ampia. Inoltre, con tempi di implementazione più estesi e una più accurata integrazione nella pratica quotidiana, tali strumenti potrebbero essere progressivamente percepiti come utili al miglioramento dell'attività lavorativa, con potenziali ricadute positive sia sulla qualità dell'assistenza erogata, sia sulla soddisfazione professionale degli operatori.

Ulteriore limite dello studio è rappresentato dalla mancata valutazione della soddisfazione dei pazienti in relazione al loro percorso assistenziale. L'adozione di consegne più strutturate, infatti, potrebbe aver influito positivamente sulla continuità assistenziale e sulla personalizzazione della presa in carico, aspetti che meritano ulteriori approfondimenti. Infine, fra gli outcome di questo studio non sono stati considerati gli eventi avversi né i quasi eventi, i quali avrebbero potuto offrire indicazioni più significative per valutare la sicurezza del paziente e la qualità delle cure erogate.

Implicazioni per la ricerca

Studi futuri, caratterizzati da tempi di implementazione più estesi e da una partecipazione maggiormente condivisa potrebbero risultare fondamentali per

individuare e consolidare uno strumento efficace e sostenibile. Il coinvolgimento del personale sanitario, spesso gravato da carichi di lavoro elevati, potrebbe essere facilitato attraverso l'attivazione di progetti-obiettivo o l'integrazione di iniziative organizzative mirate a semplificare i flussi assistenziali. Inoltre, la promozione di una cultura orientata alla prevenzione dell'errore e alla valorizzazione della comunicazione efficace rappresenta un elemento chiave per sostenere il cambiamento e migliorare la qualità dell'assistenza.

Implicazioni per la pratica

I risultati di questo studio suggeriscono che l'introduzione di una metodologia di consegna strutturata potrebbe contribuire a ridurre il rischio della errata identificazione del paziente, in particolare nei contesti ad alta complessità e variabilità, come il Pronto Soccorso. Una strategia operativa semplice ma efficace potrebbe consistere nella verifica visiva dell'identità del paziente, tramite controllo del braccialetto identificativo, effettuata congiuntamente dall'infermiere che consegna e da quello che riceve. Per garantire una reale efficacia delle innovazioni introdotte, è fondamentale il coinvolgimento attivo del personale infermieristico, il quale rappresenta un elemento essenziale per il successo di qualsiasi cambiamento organizzativo in ambito assistenziale.

CONCLUSIONI

L'adozione di uno strumento standardizzato per la consegna infermieristica rappresenta una priorità organizzativa fondamentale per garantire la sicurezza del paziente, in particolare in contesti complessi e ad alta intensità assistenziale come il Pronto Soccorso. Una comunicazione strutturata e precisa contribuisce infatti a ridurre il rischio di errori e a migliorare la continuità delle cure.

I risultati di questo studio sottolineano la necessità di proseguire con ulteriori ricerche volte a individuare strategie efficaci per l'implementazione di strumenti innovativi di consegna, capaci di generare un impatto positivo sia sull'attività degli infermieri sia sull'esperienza assistenziale dei pazienti, con effetti concreti sulla qualità e sulla sicurezza delle cure.

Conflitto di interessi

Tutti gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi. Tutti gli autori dichiarano di aver contribuito alla realizzazione del manoscritto e ne approvano la pubblicazione.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e l'assenza di sponsor economici.

BIBLIOGRAFIA

- Babatabar-Darzi, H. et al. (2020) 'Overcrowding Management and Patient Safety: An Application of the Stabilization Model', *Iranian journal of nursing and midwifery research*. Iran J Nurs Midwifery Res, 25(5), p. 382. doi: 10.4103/IJNMR.IJNMR_254_19.
- Badr, S. et al. (2022) 'Measures of Emergency Department Crowding, a Systematic Review. How to Make Sense of a Long List.', *Open access emergency medicine: OAEM*, 14, pp. 5–14. doi: 10.2147/OAEM.S338079.
- Blyth, C., Bost, N. and Shiels, S. (2017) 'Impact of an education session on clinical handover between medical shifts in an emergency department: A pilot study', *Emergency medicine Australasia: EMA. Emerg Med Australas*, 29(3), pp. 336–341. doi: 10.1111/1742-6723.12717.
- Campbell, D. and Dontje, K. (2019) 'Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project', *Journal of Emergency Nursing*, 45(2), pp. 149–154. doi: 10.1016/j.jen.2018.09.007.
- de Lange, S., van Eeden, I. and Heyns, T. (2018) 'Patient handover in the emergency department: "How" is as important as "what".', *International emergency nursing*. Elsevier, 36(September 2017), pp. 46–50. doi: 10.1016/j.ienj.2017.09.009.
- Desmedt, M. et al. (2021) 'Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews', *International Journal for Quality in Health Care*. Int J Qual Health Care, 33(1). doi: 10.1093/intqhc/mzaa170.
- Ehlers, P. et al. (2021) 'Prospective observational multisite study of handover in the emergency department: theory versus practice', *Western Journal of Emergency Medicine*, Jan 12(2), pp. 401–409. doi: 10.5811/westjem.2020.9.47836.
- Improta, G. et al. (2018) 'Lean thinking to improve emergency department throughput at AORN Cardarelli hospital.', *BMC health services research*, 18(1), p. 914. doi: 10.1186/s12913-018-3654-0.
- Lemos, C. S. and Cunha, K. C. (2017) 'The use of patient identification in a hospital unit', *Kournal of Nrsing Upfe Online*, 11, pp. 130–139. Available at: https://www.semanticscholar.org/paper/The-use-of-patient-identification-in-a-hospital-Lemos-Cunha/52ad536170da424b0efe8599e618e1c8fcbc_d12e#citing-papers.
- Mann, H. B. and Whitney, D. R. (1947) On a Test of Whether One of Two Random Variables Is

- Stochastically Larger than the Other, The Annals of Mathematical Statics. doi: <http://www.jstor.org/stable/2236101>.
- Merten, H., van Galen, L. S. and Wagner, C. (2017) 'Safe handover.', BMJ (Clinical research ed.), 359, p. j4328. doi: 10.1136/bmj.j4328.
- Ministero della Salute (2014) Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella 4° Rapporto (Settembre 2005-Dicembre 2011). Available at: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1940_allegato.pdf.
- Nilsen, P. et al. (2020) 'Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses.', BMC health services research, 20(1), p. 147. doi: 10.1186/s12913-020-4999-8.
- Plackett, R. L. (1983) 'Karl Pearson and the Chi-Squared Test', International Statistical Review / Revue Internationale de Statistique, 51(1), p. 59. doi: 10.2307/1402731.
- Redley, B. et al. (2017) 'Interprofessional communication supporting clinical handover in emergency departments: An observation study', Australasian Emergency Nursing Journal. College of Emergency Nursing Australasia, 20(3), pp. 122–130. doi: 10.1016/j.aenj.2017.05.003.
- Smeulders, M., Lucas, C. and Vermeulen, H. (2014) 'Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients.', The Cochrane database of systematic reviews, 24(6), p. CD009979. doi: 10.1002/14651858.CD009979.pub2.
- Souza, D. L. et al. (2021) 'A Systematic Review on Lean Applications' in Emergency Departments.', Healthcare (Basel, Switzerland), 9(6). doi: 10.3390/healthcare9060763.
- The Joint Commission (2017) 'Sentinel event alert: Inadequate handoff communication', The Joint Commission, pp. 1–6. Available at: [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf?db=web&hash=5642D63C1A5017BD214701514DA00139).
- Tortosa-Alted, R. et al. (2021) 'Emergency handover of critical patients. A systematic review', International emergency nursing. Int Emerg Nurs, 56. doi: 10.1016/J.IENJ.2021.100997.
- White-Trevino, K. and Dearmon, V. (2011) 'Transitioning Nurse Handoff to the Bedside: Engaging Staff and Patients.', Nursing administration quarterly. Lippincott Williams and Wilkins, 42(3), pp. 261–268. doi: 10.1097/NAQ.0000000000000298.
- Wilcoxon, F. (2006) 'Some rapid approximate statistical procedures', Annals of the New York Academy of Sciences, 52(6), pp. 808–814. doi: 10.1111/j.1749-6632.1950.tb53974.x.
- World Health Organization (2019) Patient Safety.