UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN
SCIENZE CLINICHE
INDIRIZZO
SCIENZE INFERMIERISTICHE

CICLO XXVII

COORDINATORE Prof. LAFFI GIACOMO

LA PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE ALLE CONSEGNE INFERMIERISTICHE: UN CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO PER FAVORIRE L'EMPOWERMENT E LA QUALITÁ DEL NURSING

Settore Scientifico Disciplinare MED/45

Dottorando
Dott. Wildner Jürgen

Tutore
Prof. Rasero Laura

Coordinatore
Prof. Laffi Giacomo

Anni 2012/2014

Indice

		Pag.
	Introduzione	4
1.	La comunicazione e l'informazione nell'Infermieristica	5
2.	Handover	9
2.1.	La consegna tradizionale	9
2.2.	La consegna al letto del paziente (bedside handover)	12
3.	Lo studio	17
3.1.	DISEGNO	17
3.1.1.	Reparto pilota Lungodegenza, Ospedale del Delta	20
3.1.2.	Reparto pilota Chirurgia/Ortopedia, Ospedale Argenta	23
3.2.	OBIETTIVI	24
3.3.	METODI	27
3.4.	RISULTATI E DISCUSSIONE	33
3.4.1.	Controllo della continuità	33
3.4.2.	Questionario con domande chiuse	40
3.4.2.1.	Osservazioni sul gruppo degli operatori	40
3.4.2.2.	Osservazioni sul singolo operatore	54
3.4.2.3.	Analisi statistica	69
	a) Statistiche descrittive	69
	b) Test T	75
	c) L'analisi delle correlazioni	79
3.4.3.	Questionario con domande aperte	86
3.4.4.	L'esperienza di Rovereto	100
3.4.5.	La teoria di Lewin nel contesto del progetto	109

CONCLUSIONI **112**

BIBLIOGRAFIA **116**

ALLEGATI 121

1. EU project handover 121
2. Corrispondenza con la dirigenza infermieristica AUSL Ferrara 10/13 124
3. Corrispondenza con la dirigenza infermieristica AUSL Ferrara 2/14 126
4. Corrispondenza con la dirigenza infermieristica AUSL Ferrara 11/14 127
5. brochure incontro handover 25 marzo 2014 128
6. brochure progetto handover „dal modello teorico alla pratica clinica" 129
7. Documentazione cartacea Argenta Memo chirurgia/ortopedia 130
8. Documentazione cartacea lungodegenza Ospedale del Delta 131
9. Proposta checklist contenuti della consegna in Lungodegenza Delta 133
10. Proposte organizzative ai reparti pilota 135
11. Poster scientifico al congresso Aniarti, novembre 2012 136
12. Poster scientifico III congresso AIIAO, maggio 2014 137
13. Relazione 2nd Global Congress for Qualitative Health Research, Milano 2012 138
14. Modulo "controllo della continuità della consegna al letto" 139
15. Modulo questionario con domande chiuse (before e after) 140
16. Modulo questionario con domande aperte 142
17. Informativa per pazienti e familiari, lungodegenza Delta 144
18. Istogrammi delle statistiche descrittive 145

Ringraziamenti 153

Introduzione

La ricerca infermieristica sta progredendo a livello nazionale e internazionale, infatti, in Italia ci sono sempre più infermieri che s'interessano e partecipano alla ricerca. Le tesi di laurea triennale e della laurea specialistica forniscono un ampio raggio di ricerca sui temi teorici e pratici dell'assistenza infermieristica.

La ricerca s'inserisce sempre di più nell'attività lavorativa, nei contesti professionali su tutto il territorio nazionale e solo attraverso la ricerca la professione infermieristica riuscirà a stare al passo della modernizzazione, dei cambiamenti e dell'innovazione che trasformano il mondo della sanità e l'intera società.

Questo studio ha un approccio qualitativo, e si concentra su un aspetto della professione fondamentale e importante: il prendersi cura comunicando. Prendersi cura di una persona assistita è strettamente collegato ed è basato su elementi imprescindibili rappresentati dall'informazione e dalla comunicazione (Poletti 2012).

Lo studio cerca di collegare un impegno tecnico, la raccolta e l'elaborazione di dati, con un impegno relazionale. Lo scopo di questo studio consiste nella produzione di consapevolezza e nella contaminazione sull'elemento fondamentale d'informazione e comunicazione. Il contributo nasce dal modificare la modalità del passaggio delle consegne, questo permette una maggiore condivisione del lavoro svolto e incide sull'aumento sia della soddisfazione lavorativa del personale sia della soddisfazione degli assistiti, garantendo una migliore qualità del passaggio delle consegne nell'assistenza infermieristica (*handover*).

CAPITOLO I
La comunicazione e informazione nell'infermieristica

Spetta al professionista di trasformare la sua immagine nell'opinione pubblica e impegnarsi per l'empowerment del nursing (Aletto 2005). L'infermiere riuscirà solo attraverso una maggiore trasparenza delle sue attività, attraverso la condivisione del suo operato con il paziente e i suoi caregiver (Cavallo 2013) a garantire efficienza del lavoro e ad ottenere un riconoscimento appropriato da parte dei clienti.

L'infermiere ha l'obbligo di fornire informazioni a pazienti e colleghi. Questo passaggio d'informazione è strettamente collegato con la qualità, il tipo, e la metodologia di comunicazione. Anche il Codice deontologico degli infermieri (2009) evidenzia in molti articoli (vedi numero 8, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 29, 39) l'importanza della comunicazione e informazione per la professione, mettendo in luce i propri valori, come p.e. nell'articolo 20:

„L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte."

L'infermiere dovrebbe accogliere tutte le possibilità di informazione e comunicazione che si offrono nel contatto. Le basi della comunicazione sono l'ascolto e il coinvolgimento dell'assistito. La capacità di ascolto è fondamentale per una relazione terapeutica (Spinsanti 2011). La migliore informazione e comunicazione si realizzano tramite il coinvolgimento. L'infermiere deve quindi anche cercare nuove strade di incontro durante la sua attività giornaliera e crearsi dei momenti di confronto e dialogo. Attraverso l'informazione e la comunicazione si migliora la relazione e la qualità di assistenza, si favorisce la crescità della conoscenza, anche nel senso di una educazione che facilita nell'esprimere le scelte dell'assistito.

Nella comunicazione l'infermiere deve utilizzare un linguaggio adeguato, possibilmente privo di termini tecnici o complicati e deve osservare „la capacità di comprendere" dell'assistito e del suo familiare.

Articolo 24: L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Il codice deontologico si riferisce, negli articoli accennati, anche ad altri elementi centrali di questo studio: la continuità assistenziale (art. 27) e le condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari (art.29), entrambi gli aspetti sono strettamente collegati ai temi di informazione e comunicazione.

L'infermiere ha l'obbligo di coinvolgere se stesso e tutti i partecipanti in un processo di cura destinato al miglioramento, alla prevenzione, al mantenimento della salute (McMurray 2010, Griffin 2010). Si ritiene che l'infermiere debba essere più visibile, debba aprirsi di più al colloquio con i suoi clienti e con il loro mondo (familiari), servendosi delle possibilità di confronto e ricercare maggiormente una crescita condivisa con i colleghi, con altre professioni sanitarie e soprattutto con i pazienti e i caregiver. L'infermiere deve inoltre mettere in evidenza la sua attività di pubblico servizio, dimostrare le sue conoscenze e condividerle con tutte le realtà sanitarie. Solo se partecipa alla discussione di casi clinici, se mette in gioco la sua esperienza e conoscenza, le sue capacità nel processo di cura, solo allora sviluppa le sue competenze professionali in modo continuo.

Attraverso l'attività di ricerca, la partecipazione a gruppi di lavoro, seminari e convegni, l'infermiere acquisisce nuove conoscenze e diffonde saperi (Nannelli 2011). Il crescente numero di pubblicazioni nel settore infermieristico dimostra l'approfondimento teorico e la divulgazione dei saperi professionali anche in Italia.

L'infermiere ha vari momenti d'incontro con gli utenti. Molte realtà infermieristiche usano diversi approcci e possibilità di colloquio con il paziente e del suo caregiver (Chiaretti 2002).

E' l'infermiere che solitamente risponde in prima persona e per primo alle richieste dei pazienti e familiari. Solo una stretta collaborazione medico - infermiere, una reciproca valorizzazione, porta ad una migliore qualità di relazione e condivisione (Ekman 1995, Lally 1998).

La scelta della modalità con la quale si comunica, si educa e si informa incide notevolmente sulla presa in carico della persona e del suo caregiver, come sulla sua compliance ai trattamenti e partecipazione al processo di cura (Pensieri). Autori come Grant.Colello.Riehle 2010, Bulfone 2012, Cavallo 2013, Lu 2014 suggeriscono di creare un rapporto possibilmente alla pari fra paziente e infermiere, di reciproca stima e rispetto, lasciando alle spalle il vecchio paternalismo, la gerarchia assoluta nella relazione fra sanitario e paziente e la non condivisione per mantenere il potere.

L'infermieristica può vantare la possibilità di accogliere diversi approcci metodologici che permettono e favoriscono l'incontro, la creazione e la stabilizzazione di un rapporto. Metodologie come il primary nursing[1], il lavoro nel piccolo team (equipe)[2], la figura del casemanager, cioè l'assunzione della responsabilità di un infermiere riguardo a un paziente nel suo percorso di ricovero possono aiutare alla creazione di un tale rapporto (Benaglio 2006, Chaboyer 2010).

Innovare la modalità con la quale si comunica in sanità deve permettere:

- un maggior coinvolgimento dell'infermiere, del paziente e dei caregiver

[1] Adottato per la prima volta nel 1968 dallo University of Minnesota Hospitals, il Primary Nursing è un sistema organizzativo utilizzato da molti ospedali negli Stati Uniti e nel mondo.

Gli elementi costitutivi del Primary Nursing sono:

1. l'attribuzione e l'accettazione da parte di ciascun individuo della responsabilità personale nel prendere delle decisioni; con questo approccio decisionale decentralizzato il flusso comunicativo viene semplificato e tutte le decisioni prese sono basate sulla conoscenza dei bisogni della/del paziente e sulla relazione con essa/o e con i suoi familiari.
2. l'assegnazione dell'assistenza quotidiana secondo il metodo dei casi (case method);
3. la comunicazione diretta da persona a persona;
4. una persona operativamente responsabile per la qualità dell'assistenza erogata alle/ai pazienti di un reparto 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana.

L'approccio decisionale decentralizzato è fondato su tre concetti base:
- l'autorità decisionale di competenza di una/un infermiere/a (authority),
- la responsabilità (responsibility)
- l'accountability (assunzione di responsabilità) (Galetti 2008).

[2] Si basa sulla collaborazione di più operatori nel prendersi cura di un certo numero di pazienti. Il gruppo è diretto da un Infermiere e può comprendere operatori con minore qualificazione (OSS,OTA) che fanno riferimento a tale figura (Giorgi)

- un maggior approccio comunicativo basato su criteri di standard nel processo di cura in un contesto di una maggiore personalizzazione delle cure (Poletti 2012)

Nonostante nel SSN a livello teorico il paziente sia considerato la figura centrale, dal quale partono le basi dell'assistere e curare, nella realtà operativa spesso questo non avviene. Esiste un certo abisso fra concetti teorici ampiamente divulgati nella sanità italiana e la prassi quotidiana nei reparti dove spesso si pratica ancora un'assistenza funzionale orientata al compito e poco personalizzata.
Dalla prospettiva del paziente, la routine giornaliera è complessa, risulta difficilmente comprensibile, suscita quindi in molti assistiti sentimenti d'insicurezza, paura, perplessità o impotenza. E' necessario comprendere quali siano le competenze per svolgere attività d'informazione, come si acquisiscono capacità comunicative da parte del professionista e quale contributo possono dare l'attività d'insegnamento, l'apprendimento universitario e i tirocini formativi all'attribuzione di queste competenze (Thurgood 1995, Motta 2000).

In una revisione della letteratura Calanchi descrive le seguenti funzioni dell'informazione per il cliente: "mantenere il controllo, ridurre l'ansietà, migliorare l'accettazione, promuovere l'auto-cura e la partecipazione, generare sentimenti di protezione e sicurezza". Personalizzare l'assistenza, dunque, significa riconoscere il modo *particolare* con cui ciascuna persona manifesta il proprio quotidiano bisogno di mangiare, muoversi, essere pulita, ecc. ed agire di conseguenza, ricercando ed adottando interventi mirati e possibilmente non esposti ai rischi della *routine*.

In tale ottica, assume rilevanza la *qualità della relazione e della comunicazione* che si instaura tra infermiere e persona assistita. Infatti l'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, svolge - nel prendersi quotidianamente cura del malato - una *funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo*, allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzata al soddisfacimento dei bisogni, al recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé. In tale contesto, vengono attuate differenti forme di comunicazione, a partire dalla *raccolta delle informazioni al momento dell'ingresso"* (Motta 2000).

CAPITOLO II
HANDOVER

"Handover è una parola inglese che letteralmente significa consegnare, porgere, passare. In ambito sanitario l'handover viene inteso come "passaggio di consegne" cioè la pratica di scambiare informazioni cliniche riguardanti i pazienti fra operatori sanitari (medici, infermieri, personale tecnico) al momento del cambio turno o al momento del trasferimento del paziente in altro reparto oppure da operatore sanitario ai familiari al momento della dimissione del paziente. Oltre all'aspetto puramente sanitario dello scambio di informazioni, l'handover implica un vero e proprio trasferimento di responsabilità (anche medico-legale) e del ruolo di referente per la cura di un paziente nelle varie fasi del percorso di cura" (Longobardi 2014).

2.1. La consegna tradizionale

Una definizione classica della consegna tradizionale è la seguente:

- passaggio d'informazioni aggiornate fra gli infermieri sulle condizioni di salute dei pazienti
- trasferimento della responsabilità di un certo numero di pazienti al turno successivo

Secondo Iavarone (2014) obiettivo della consegna infermieristica è "la sicurezza nella continuità della cura dei pazienti" (anche in Poletti 2012). La consegna si svolge abitualmente in un posto chiuso, una stanza usata dal personale, lontano dal paziente.

La forma tradizionale di consegna ha la funzione di mantenere la continuità assistenziale (Holly 2009) ma anche l'autorità e il controllo sul paziente, non sostiene la sua partecipazione e l'autonomia. Le informazioni passano al paziente solo a discrezione degli operatori. Questo stile di consegna è l'espressione di una gerarchia rigida, dove l'informazione corrisponde a potere, e quelli che la ricevono si devono sentire riconoscenti e privilegiati.

Esiste anche una funzione non ufficiale delle consegne. Quest'aspetto della consegna riguarda la coesione del team (Holly 2009), il debriefing, i chiarimenti, lo scambio di emozioni, il mantenimento di norme e l'inserimento di nuovi colleghi (Ekman 1995, Lally 1998, Benaglio 2006, Griffin 2010).

Anche l'educazione, la formazione e il passaggio d'informazioni interni e verticali sono elementi della consegna (Mayor 2012). Ci sono autori e studi che descrivono le consegne come un rito professionale, con somiglianze a riti religiosi (Scovell 2010). Postal (2006) definisce la consegna un rito di passaggio. Anche Ekman (1995, e Greaves 1999, Philpin 2006) parla di rituale in concomitanza alla consegna, e critica che l'informazione trasferita si base fondamentalmente su contenuti medici e non infermieristici. Secondo l'autore, gli infermieri sono chiusi e catturati in un sistema organizzato per facilitare l'efficienza medica, amministrativa ed organizzativa.

La consegna rappresenta un elemento importante nella giornata lavorativa dell'infermiere e può impegnare fino al 25% o più di un turno di 8 ore (Thurgood 1995, Kerr M. 2002).

Informazioni spesso presenti durante la consegna sono quelle anagrafiche, la diagnosi medica, le prescrizioni, i sintomi fisici e gli eventi clinici.

Informazioni spesso tralasciate sono i bisogni, il progetto assistenziale del malato, l'efficacia degli interventi infermieristici e la pianificazione della dimissione.

Secondo Sexton (2004) molti contenuti delle consegne ripetono la documentazione scritta.

La consegna verbale si allunga spesso senza ragioni e contiene informazioni irrilevanti e non

essenziali (McMurray2010).

Meissner (2007) riferisce che il 53% degli infermieri in Italia dichiara di non essere soddisfatto delle consegne al cambio turno per varie cause: mancanza di tempo, molte interferenze, mancanza di spazio dedicato, una brutta atmosfera tra colleghi, notizie insufficienti (Iavarone 2014). Postal (2006) riferisce molti elementi disturbanti durante la consegna in un contesto chirurgico in Italia. Distrazioni e interruzioni durante la consegna possono causare eventuali errori nella comunicazione e nelle cure (Leslie 2013). La letteratura riposta come ci siano molti esempi di errori riguardo le consegne (Scovell 2009, Richmond 2011, Toccafondi 2012), che vanno dalle tante informazioni non necessarie durante le stesse alla mancanza di informazioni realmente importanti che riguardano la condizione clinica dell'assistito (Bulfone 2012). I fattori più studiatio che influenzano un non corretto passaggio di informazioni sono l tempo, una scorretta modalità di comunicare e lo stress. Tali problematiche sono emerse anche in recenti indagini condotte in un reparto di Cardiologia, presso l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia nell'aprile 2012. A un questionario sul tema, rivolto agli infermieri, hanno risposto 36 su 39 colleghi in forma anonima.

Il 94% degli intervistati riferisce frequenti interruzioni durante la consegna in guardiola (causate da pazienti, familiari, telefonate, monitor, campanelli, medici, colleghi, altri professionisti).

Il 60% degli intervistati non riesce a svolgere le consegne nel tempo previsto.

Il 75% degli intervistati riceve spesso informazioni irrilevanti per l'assistenza al paziente, mentre lamenta episodi in cui importanti informazioni sono sfuggite al passaggio di consegne.

Una importante modalità di passaggio delle consegne relative all'assitito prevede la partecipazione del paziente, questo approccio diverso di comunicazione al gruppo professionale può favorire l'aumento della conoscenza e fiducia nei confronti degli operatori, dell'informazione, del senso di sicurezza e della soddisfazione della persona e della sua famiglia e negli operatori: il miglioramento della conoscenza del malato e della sua presa in carico e visione globale come una riduzione del numero d'errori o di omissioni nel passaggio delle informazioni

Nella letteratura internazionale vengono approfondite quattro metodologie di consegna: al letto del paziente, verbale dietro porte chiuse, registrata (vocale) e non verbale (scritto) (Mayor 2012).

2.2. La consegna al letto del paziente (bedside handover)

La consegna al letto è una metodologia quasi inesistente in Italia, a livello internazionale, però viene discussa e praticata in diversi settori/specialità mediche da più di 40 anni come dimostra una vasta gamma di pubblicazioni, la definizione della consegna al letto del paziente maggiormente riconosciuta è la seguente: "*una visita giornaliera degli infermieri al cambio turno nella camera del paziente, che ne favorisce la sua partecipazione attiva, privilegiando l'empowerment del paziente e ganantendo la trasparenza professionale.*"

Con la partecipazione attiva del paziente viene svolto un aggiornamento reciproco sulle condizioni fisiche e psichiche del paziente e sul programma assistenziale (Laws 2010). Secondo Greaves (1999) la consegna al letto avvicina gli infermieri sia a livello fisico che sociale ai loro pazienti. Alcuni studi dimostrano una riduzione di chiamate da parte di pazienti e minori interruzioni durante l'orario della consegna al letto (Cann 2012, Leslie 2013).

Uno scambio costruttivo fra operatore e paziente presuppone un atteggiamento di stima, autenticità, sincerità ed empatia nei confronti di quest'ultimo. Sono necessarie la capacità dell'ascolto attivo e la conoscenza di alcune regole comunicative.

La soddisfazione dei pazienti e anche degli infermieri migliora attraverso un cambiamento nella metodologia della consegna (Wakefield 2012, Leslie 2013). Philpin (2006) parla di benefici terapeutici della consegna al letto per il paziente, infatti gli infermieri devono avere contatto visivo con il paziente e posizionarsi vicino a lui.

Chaboyer (2010) evidenzia che la consegna al letto deve essere collegata con una personalizzazione delle cure, l'infermiere deve prendere e dare le consegne solo per i pazienti che ha assistito personalmente.

In uno dei rari articoli italiani sulla consegna infermieristica Benaglio et al. (2006), propone la consegna al letto:

"Si pone quindi con urgenza la necessità che gli infermieri, all'inizio del turno, vedano i loro malati, li osservino per integrare questi elementi nei dati riferiti dai colleghi o dagli operatori di supporto. Iniziare con un giro di consegna al letto dei malati potrebbe essere una strategia efficace per prenderli in carico."

Bisogni (2007), documenta l'introduzione delle consegne al letto in due aziende e nove reparti dell'ASL nelle Regioni Piemonte e Lombardia evidenziando che.."*seppure attualmente siamo ancora distanti dal vedere realizzati nella nostra pratica clinica i modelli assistenziali ampiamente diffusi all'estero quali la Primary Nursing, abbiamo visto nella consegna individualizzata, effettuata al letto del malato, un inizio per l'infermiere di personalizzazione dell'assistenza, attuabile da subito con le attuali risorse.*"

Autori come Bulfone ed Evans (2012) evidenziano che la consegna al letto previene la stereotipizzazione dei pazienti, scoraggia commenti inutili e fa risparmiare tempo.

In una breve revisione di articoli del King's College of London del 2012 vengono elencati i seguenti vantaggi della consegna al letto:

- sostiene la comunicazione fra infermieri e altri professionisti della sanità sulla salute del paziente, piani di assistenza e miglioramenti
- aiuta a informare i pazienti delle sue cure e su chi si occupa di lui
- fornisce opportunità per il coinvolgimento dei pazienti nelle decisioni cliniche e assistenziali
- fornisce tempo agli infermieri per osservare e ascoltare i pazienti
- migliora la sicurezza delle cure, includendo la comunicazione su medicazioni
- riduce i tempi (Chaboyer 2010 parla di una durata di circa un minuto di consegna per ogni paziente e che normalmente sono presenti circa quattro persone al letto, sono da evitare

numeri maggiori)

- fornisce opportunità per introdurre nuove strategie del nursing e condividere esperienze
- aiuta gli studenti e i nuovi colleghi ad orientarsi (anche in Chaboyer 2010).

Studi sulle opinioni degli infermieri collegate alla consegna al letto hanno dimostrato:

- miglioramento della sicurezza ed efficienza delle cure perché il team comunica e interagisce in modo strutturato (vedi anche Chin 2011)
- migloramento della qualità delle informazioni e dell'acceso alle informazioni sul paziente
- aumento dell' efficacia lavorativa.

I pazienti vivono la consegna al letto in modo positivo:

- acquisiscono informazioni e interagiscono con il team
- percepiscono che il team si concentra su di loro e sui loro bisogni specifici
- percepiscono un buon lavoro di team che li coinvolge loro decisioni
- avvertono che il team trascorre il giusto tempo con loro, per aiutarli a comprendere la loro condizione di salute personale.

Sono però molte le sfide metodologiche da tenere in considerazione:

- La consegna al letto richiede una documentazione accurata che supporti la comunicazione, che eviti la perdita di informazioni e permetta di recuperare le informazioni da parte degli operatori non presenti alla consegna
- Gli infermieri possono essere insicuri su: che cosa deve essere incluso nella consegna, come coinvolgere il paziente, il ruolo dei familiari, come condividere informazioni sensibili, che cosa non va discusso davanti al paziente, e come proteggere la privacy del paziente.
- Pazienti e familiari possono diventare ansiosi: quando non vengono informati, non comprendono il linguaggio professionale (vedi anche Chin 2011), oppure non si sentono capaci di partecipare alla consegna al letto.
- Si evidenzia la necessità di informare i pazienti sulla metodologia anche attraverso una brochure. Pazienti e familiari necessitano di informazioni scritte sul significato della metodologia "consegna al letto", cosa aspettarsi, come i familiari verranno coinvolti e come la privacy e confidenzialità verrà protetta.

Infatti, privacy e confidenzialità sono elementi di molti studi sulla consegna al letto (Thurgood

1995, Cahill 1998, Greaves 1999, Griffin 2010, McMurray 2011).

Anche gli infermieri possono essere ansiosi all'inizio di un cambiamento metodologico che li vede coinvolti in prima persona (Philpin 2006).

Esiste la possibilità che i pazienti siano inibiti a partecipare alla consegna. E' compito dell'infermiere incoraggiare la loro partecipazione attiva (Chaboyer 2010, Griffin 2010, Daws 2010).

La linea guida per l'implementazione della consegna al letto della "Agency for Healthcare Research and Quality", AHRQ (2013) presenta una breve revisione della letteratura.

Il 70% degli avventi avversi è causato da problemi di comunicazione fra operatori e fra operatori e pazienti. Uno studio dimostra che l'introduzione della consegna al letto porta alla diminuzione delle cadute da una o due al mese ad una caduta in 6 mesi (anche in Cann 2012). Un'altra ricerca conferma la diminuzione delle chiamate (campanelli) durante l'orario della consegna. La metodologia comporta una migliore capacità dei colleghi di comprendere le priorità all'inizio turno (anche in Laws 2010, Sand-Jecklin 2013).

I tempi di orari straordinari si riducono, e risultano quindi dei risparmi notevoli per le aziende (pag.3-4) (anche in Grant B, Colello SH 2010, Evans 2012, Leslie 2013).

Il problema del monte ore straordinario dedicato al passaggio delle consegne viene descritto anche dagli studi italiani (Benaglio 2006).

La guida AHRQ fornisce consigli pratici per l'implementazione, con esempi ed esperienze per poter sviluppare una strategia che passo dopo passo modifichi la realtà delle consegne; inoltre fornisce suggerimenti per poter affrontare le inevitabili difficoltà che si incontrano nella fase iniziale. La strategia di implementazione deve essere flessibile ed adattabile a ogni setting e cultura ospedaliera. Si evidenzia l'importanza del coinvolgimento dei familiari (anche in Griffin 2010, Poletti 2012). Il paziente dovrebbe comunicare agli operatori il nome del familiare di riferimento da rendere partecipe e informato nel corso della cura. In questa pubblicazione si trova un video (anche altri

esempi disponibili in rete) utile per la formazione del personale e per spiegare anche a pazienti e familiari la metodologia (https://www.youtube.com/watch?v=PIlzIvXpSDY)

Una buona strategia è fondamentale per il cambiamento. Molti studi evidenziano la necessità di ridurre le preoccupazioni del team, di una buona formazione, di un feedback continuo, della valutazione dell'informazione, e di un incoraggiamento per coinvolgere tutti gli operatori nel processo (National Istitute 2007, Chaboyer, Johnson 2010, Wakefield 2012, Sand-Jecklin 2013): le resistenze nel team spesso non sono facili da superare (PVG Culture Change 2009, Laws 2010). L'importanza di una buona leadership risulta evidente nel processo (Meissner 2007, Grant.Colello. Riehle 2010, Evans 2012).

Benaglio (2006) cita un'esperienza di cambiamento: "Abbandonare la consegna tradizionale rappresenta uno shock culturale ma la consegna al letto del paziente sarà il modello adottato dagli ospedali del futuro".

Inoltre un ulteriore aspetto sul quale è possibile fermare l'attenzione è come la consegna risulti in molti paesi ancora poco insegnata nei percorsi formativi degli infermieri e delle altre professioni sanitarie (Scovell 2010, Ilan 2012). Iavarone (2014) e Poletti (2012) concludono i loro articoli chiedendo di affrontare anche in Italia l'argomento delle consegne a livello universitario come avviene in altri paesi. "Le organizzazioni sanitarie hanno bisogno di un sistema chiaro per il passaggio di consegne che tenga anche conto del singolo paziente, e del suo bisogno di chiarezza con l'introduzione di un protocollo attuativo" (Iavarone).

Foto: Personale del reparto lungodegenza, Ospedale del Delta, AUSL Ferrara, aprile 2014, durante la consegna al letto

CAPITOLO III
LO STUDIO

3.1. Disegno

La teoria di base, sulla quale si base questa ricerca, costituisce la teoria del cambiamento di Lewin, ricerca-intervento, ricerca-azione (action research).

Per guidare un cambiamento organizzativo si ritiene importante appoggiarsi a una teoria (framework) concettuale. La teoria del cambiamento di Lewin (1951) viene largamente usata negli studi che si occupano di implementazione della consegna a letto (Webster 1999, Kassean 2005, Caruso 2007, Chaboyer 2008, PVG Culture Change 2009, Grant.Colello 2010, Grant. Colello.Riehle 2010, McMurray 2010). Gli articoli descrivono questa metodologia nell'ambito di un cambiamento culturale. Altri framework usati in questo ambito di ricerca sono il modello

W.Edwards Deming's plan-do-stuy-act (PDSA) (Leslie 2013), oppure quello di Donabedian: struttura, processo e risultato (Chaboyer 2010).

La ricerca-azione si ritiene il framework più adeguato in questo progetto di ricerca per diversi motivi:

"La ricerca-azione è ritenuta una forma di ricerca efficace per realizzare cambiamenti organizzativi nei sistemi sanitari. Tale efficacia è stata attribuita alle caratteristiche intrinseche della ricerca-azione che sono state identificate anche nella letteratura sul cambiamento organizzativo e considerate condizioni importanti per realizzare il cambiamento: la partecipazione e la democrazia. …è fondamentale avere un approccio proattivo al cambiamento, considerandolo come un'occasione di crescita, un'opportunità da cui trarre il proprio vantaggio competitivo. Un cambiamento che trasformi profondamente un'organizzazione è però difficile da realizzare se non viene data la dovuta importanza ai processi umani e relazionali (cultura, clima, leadership…) che costituiscono il tratto distintivo di un'azienda".

"Il termine ricerca-azione racchiude diversi approcci con tradizioni e orientamenti filosofici differenti e quindi non è facile fornire una definizione univoca.

Tuttavia essa può essere intesa come:

a) un modo di intervenire all'interno del contesto organizzativo, con un intento trasformativo e di costruzione di conoscenza;

b) un modo ciclico e ricorsivo di conoscere nella relazione e attraverso la relazione;

c) una filosofia, un modo di essere e di vivere;

d) una metodologia di ricerca quali-quantitativa." (Cavada 2014).

"Si intende per **ricerca - azione** un modo di concepire la ricerca che si pone l'obiettivo non tanto di approfondire determinate conoscenze teoriche, ma di analizzare una *pratica* relativa ad un campo di esperienza da parte di un attore sociale con lo scopo di introdurre, nella *pratica* stessa, dei cambiamenti migliorativi"

"Le procedure della ricerca-azione furono teorizzato da Lewin (1946) secondo il noto paradigma: PIANIFICARE – AGIRE – OSSERVARE per poi RIPIANIFICARE - AGIRE – OSSERVARE, quindi riflettere di nuovo. Operativamente queste fasi richiedono un momento di VALUTAZIONE dopo ciascuna di esse per decidere se si può passare alla fase successiva". "L'attività progettuale nella ricerca/azione è finalizzata a produrre cambiamenti, in termini migliorativi, del processo di apprendimento/insegnamento." (Mancarella 2005)

"La **ricerca-azione** 'studia le cose cambiandole e vedendone gli effetti'." (Castellini 2009)

Attraverso l'applicazione della teoria di Lewin si studia il contesto attuale in maniera approfondita, lo si trasforma sulla base delle conoscenze acquisite, e si ri-studia il contesto modificato evidenziando l'apporto nuovo.

Lewin divide un processo in tre fasi principali: le sequenze di scongelamento, di movimento (cambiamento) e di ricongelamento: scongelare le organizzazioni da vecchie condizioni di equilibrio (destabilizzare) in modo da favorire il cambiamento, per poi congelare successivamente in nuove e più adeguate condizioni di equilibrio interno. Queste fasi guidano l'implementazione della consegna al letto, forniscono ai responsabili la comprensione del processo di cambiamento e l'abilità di anticipare potenziali sfide. La teoria del cambiamento distingue inoltre le forze che spingono (*driving forces*) al cambiamento e le forze che vi si oppongono (*restraining forces*).

L'action research richiede lo studio del contesto attuale in modo approfondito. In seguito si descrivono quindi i singoli contesti organizzativi dei reparti pilota, interrogando possibilmente tutti i dati ed elementi che possono essere di interesse per quanto riguarda la consegna e la qualità di assistenza in generale.

Setting della sperimentazione:

Azienda USL di Ferrara. Alla sperimentazione partecipano il reparto di lungodegenza dell'Ospedale del Delta e il reparto di ortopedia/chirurgia dell'Ospedale di Argenta.

La sperimentazione della consegna al letto del paziente è stata basata sulla realtà specifica del singolo contesto. Ogni unità operativa presenta una realtà lavorativa particolare che va indagata in modo approfondito. Le differenze sono molto variegate (numero di personale presente alla consegna, luogo di consegna, degenza media, età e tipologia di pazienti, presenza di parenti...).

Destinatari

Tutti gli infermieri e OSS dell'unità operativa Lungodegenza Ospedale del Delta e dell'unità operativa Area chirurgica-ortopedica Ospedale di Argenta, e tutti i pazienti ricoverati durante il periodo di sperimentazione (aprile-maggio 2014).

La strutturazione dei reparti partecipanti

La ricerca-azione ha inizio con la fase di scongelamento attraverso lo studio accurato del contesto attuale.

3.1.1. Reparto pilota Lungodegenza, Ospedale del Delta

Informazioni generali – organizzazione

Raccolta dati: dati e commenti forniti dalla coordinatrice infermieristica

- Numero di infermieri: 14 (tutti a tempo pieno)
- Numero di Operatori socio sanitari (OSS): 10
- Degenza media: 21giorni
- Due settori: 18 letti (settore verde) e 15 letti (settore giallo). 15 stanze a due posti, 3 stanze singole
- Consegne separate: ogni settore dà la consegna al turno successivo assegnato a quel settore, pertanto un gruppo dà le consegne in guardiola e uno in cucinetta o nella guardiola del coordinatore
- Turno infermieri: Pomeriggio/Mattina/Notte, si rimane per circa 6 settimane in un settore. Diurnista: tutti hanno il turno diurno ogni 8 settimane per una settimana, poi si rientra come

infermiere di settore

- Orario consegna dal turno mattina/pomeriggio 13.55 – 14.10 (La coordinatrice commenta questo orario e il suo mantenimento con le seguente parole: *"poco, si prolunga anche di 20-30'"*)
- Parenti e familiari presenti in reparto all'orario della consegna (senza limite di numero)
- Orario di visita parenti: 7.00-9.00; 12.10-15.30; 18.10-20.00
- Presenza personale:

  mattina: 2 infermieri turnisti + 1 diurno, 3 OSS + (1) *"se non impegnata a coprire la prima malattia"*

  pomeriggio: 2 infermieri turnisti + (1 diurno *"se non impegnato a coprire la seconda malattia"*), 2 OSS

  notte: 2 infermieri turnisti
- Presenza alla consegna mattina/ pomeriggio in ciascun settore: 2 infermieri turnisti, diurnista del pomeriggio e 1-2 OSS
- Per rispondere ai campanelli, parenti, telefono durante l'orario di consegna sono a disposizione 2 OSS del pomeriggio (inizio turno h14, inizio consegna h13.55) e il diurnista infermiere del pomeriggio (inizio turno 13.55)

<u>L'orario di lavoro degli infermieri:</u>

Inizio turno mattina 6.55 (15 minuti di consegna)
Fine turno mattina 14.10
Inizia turno pomeriggio 13.55 (15 minuti di consegna)
Fine turno pomeriggio 21.10
Inizio turno notte 20.55 (15 minuti di consegna)
Fine turno notte 7.10
Diurno mattino 6.55-13.00 diurno pomeriggio 13.55-20.00
<u>L'orario di lavoro degli OSS:</u> al mattino 7.00-14.00 al pomeriggio 14.00-21.00

Numero infermieri part-time 0

Il numero di parenti per paziente è limitato solo al di fuori degli orari di visita.

Orario della visita medica: 10.00 – 12.00

Organizzazione dell'assistenza:

Gli infermieri di riferimento in reparto sono i turnisti responsabili del loro settore.

La consegna viene data dai turnisti in modo scritto e verbale, e riguarda tutto il loro settore.

I turnisti seguono anche la visita medica, ognuno per il settore di cui è responsabile.

Situazione logistica nella stanza durante la consegna tradizionale:

Gli infermieri sono seduti attorno un tavolo, la porta della stanza durante la consegna è solitamente chiusa.

Eventuali disturbi durante la consegna:

- Parenti che chiedono notizie/informazioni
- Ingresso di altri operatori in stanza durante la consegna
- Telefono, citofono, campanelli o allarmi in stanza

Contenuti della consegna:

Si usa un format digitale. Il format è sempre stampabile in una sola pagina, ogni settore (settore giallo e settore verde) ha il suo format, tutto il personale ha sempre una stampa aggiornata ad inizio turno disponibile (introdotto da circa 5 anni) (vedi allegato 8).

Gli infermieri che arrivano, solitamente, prendono notizie durante la consegna utilizzando la copia del format ricevuta e integrandola con appunti propri.

Il format viene aggiornato al termine del turno, ed è sempre reperibile sul desktop del PC in guardiola infermieri.

Oltre al format, che fa da guida alle consegne, sono sempre prontamente disponibili le cartelle infermieristiche.

Attualmente viene segnalata come criticità nel percorso delle consegne una scarsa partecipazione degli OSS.

3.1.2. Reparto pilota Chirurgia/Ortopedia, Ospedale Argenta

Informazioni generali – organizzazione

Raccolta dati: dati e commenti forniti dalla coordinatrice infermieristica

- Numero infermieri 14 (tutti a tempo pieno)
- Numero OSS 4
- Degenza media: 8 giorni
- Due settori: 12 letti (settore rosso) e 12 letti (settore blu). 11 stanze a due posti, 2 stanze singole
- L'infermiere consegna solo il settore di cui è responsabile
- Non disponibile stanza dedicata a ogni gruppo di consegna, per cui le Consegne avvengono contemporaneamente per i 2 gruppi nella stessa stanza non separate. In totale sono presenti 5-6 persone.
- Turno infermieri Pomeriggio/Mattina/Notte, si rimane per circa 6 settimane in un settore (cadenza ogni 7 turni).
- Unità diurnista h7.00-14.00 (da lunedì al venerdì): L'infermiere diurnista ha dei compiti specifici che comprendono entrambi i settori
- Orario consegna infermieristica mattina/pomeriggio 13.55 – 14.10 (***durata reale 20-30'***)
- Parenti e familiari **non** presenti in reparto all'orario della consegna
- Orario di visita parenti: 6.30-9.00; 12.30-13.30; 18.30-20.30 (senza limite di numero)
- Presenza personale:

  mattina: 2 infermieri turnisti + 1 infermiere giornaliero (lunedì venerdì) + 2 OSS (7.00-13.35)

  pomeriggio: 2 infermieri turnisti, 1 OSS (13.25-19.30)

  notte: 2 infermieri turnisti

- Presenza alla consegna mattina/pomeriggio in ciascun settore: 2 infermieri turnisti (1 OSS

del pomeriggio)

- I due OSS del mattino hanno una responsabilità specifica per ogni settore.

  Gli OSS fanno una loro consegna a parte (sovrapposizione 13.25-13.35)

- Per rispondere ai campanelli, parenti, telefono durante l'orario di consegna sono disponibili 1 OSS del pomeriggio e l'infermiere giornaliero (dal lunedì al venerdì) (fine turno 14.00)

- Tipo d'interruzioni: ricoveri urgenti, telefonate, campanelli, medici…

- Format, per ogni settore è un foglio nel PC che viene aggiornato ad ogni cambio turno e distribuito a tutti (medico, infermiere e OSS) (vedi allegato 7)

La collaborazione fra gli infermieri settoristi avviene principalmente durante il turno notturno.

Le attività degli OSS nel reparto, su mandato o in collaborazione con l'infermiere settorista, sono: Cure igieniche, mobilizzazione dei pazienti, indagine vitto ed aiuto al paziente durante la somministrazione del vitto, preparazione e disinfezione ferri chirurgici, rilevazione parametri, ritiro referti non informatici e giro posta.
Si vuole evidenziare che la consegna tradizionale in questo reparto, nonostante il reparto sia diviso in due settori, avviene allo stesso orario in un'unica stanza, per la mancanza di altri ambienti disponibili.

3.2. Obiettivi

Il progetto di dottorato ha come obiettivo il miglioramento di qualità del passaggio delle consegne nell'assistenza infermieristica (*handover*) in termini di sicurezza e coinvolgimento del paziente.

"La ricerca-azione è volta ad accompagnare e orientare,…, il cambiamento nei modelli e processi lavorativi" di due unità operative ospedaliere. "In particolare si propone di ricercare, valutare e monitorare il processo di cambiamento". (Cavada 2014)

"Una ricerca/intervento si pone come obiettivo primario di modificare una situazione attraverso le conoscenze acquisite mediante la ricerca. Quindi, una a/r (action research) è una ricerca che viene fatta non solo per conoscere una situazione, ma per modificarla, nel momento in cui la si studia, e attraverso le conoscenze che si hanno di essa. In modo simultaneo, quindi, si analizza, si conosce, si prende coscienza e si modifica una situazione". (Sardella 1989)

Obiettivi primari

- Descrivere un cambiamento organizzativo (introduzione della consegna al letto) in uno o più reparti ospedalieri durante tutte le sue fasi: preparazione, sperimentazione, valutazione, divulgazione, stabilizzazione.
- Introdurre la partecipazione del paziente nel processo di consegna per migliorare la continuità assistenziale e per aumentare la sicurezza delle cure;
- Promuovere un processo continuativo di cambiamento culturale e di miglioramento della qualità dell'assistenza.

In relazione a questi obiettivi si intende

- per ricerca: indagare sullo stato attuale delle consegne infermieristiche nei due reparti pilota, con i loro punti di forza e di debolezza
- per azione: iniziare un percorso di riflessione sulla metodologia della consegna; fornire una formazione sulla metodologia consegna al letto (handover); sperimentare la nuova forma di consegna in modo continuativo e poi valutarla i modo condiviso. Attraverso la visita degli infermieri nella stanza del paziente si invita paziente e eventuali familiari a partecipare alle consegne.

Ricerca e azione si svolgono comunque in un processo contemporaneo.

Obiettivi secondari

1. Evidenziare l'approccio proattivo della metodologia alla clientela e agli operatori, come
   - maggiori informazioni per i pazienti
   - personalizzazione delle cure
   - maggiore coinvolgimento dei pazienti e aumento della loro compliance
   - aumento della qualità dei contenuti della consegna
2. Divulgare la metodologia della consegna al letto nella realtà infermieristica italiana attraverso partecipazione a convegni, insegnamento e pubblicazioni.
3. Usufruire dei contatti regionali, nazionali e internazionali e confronto con altre esperienze (ricerca bibliografica) per diffondere conoscenze e per replicare in modo più ampio questa ricerca, eventualmente come una ricerca multicentrica.
4. Nei reparti che partecipano al progetto:

- avviare un percorso di formazione sui contenuti indispensabili di una buona consegna e sugli stili di comunicazione che coinvolgono il paziente;
- definire una checklist per lo svolgimento del handover per garantire la sicurezza, la qualità e la soddisfazione di tutti i partecipanti;
- sperimentare in modo continuativo la metodologia in stretta collaborazione con i coordinatori, responsabili infermieristici e il project team;
- valutare nei team in tempi prefissati il cambiamento, sottoponendolo a eventuali modifiche, e diffondere buone prassi professionali.

3.3. Metodi

La sperimentazione si basa su un intenso periodo di preparazione che coinvolge il dottorando insieme alla direzione infermieristica dell'AUSL di Ferrara. Questa fase di preparazione costituisce secondo la teoria di Lewin la sequenza di scongelamento. In un processo di sensibilizzazione condivisa all'argomento, si è cercato di creare un clima di partecipazione e collaborazione che permettesse di intraprendere la sequenza del movimento.

Lo studio ha previstom il coinvolgimento, di rappresentanti del risk management delle Regioni Toscana e Emilia-Romagna sono nati i contatti con la direzione infermieristica dell'AUSL di Ferrara. Il progetto "handover" è stato autorizzato da parte della Direzione sanitaria dell'AUSL. Diversi incontri – principalmente con due rappresentanti della direzione infermieristica - erano necessari per definire la metodologia, la programmazione e lo svolgimento dello studio e per organizzare la formazione degli operatori (infermieri e OSS).

In seguito sono stati programmati ed eseguiti diversi incontri con il personale dell'AUSL di Ferrara.

1. **Incontro con coordinatori infermieristici, medici, infermieri, OSS, novembre 2013**

Riflessione condivisa sui contenuti della consegna, sulla metodologia, sullo stato d'arte. E´stato esaminato dove e in che modo si svolge la consegna, quali sono i partecipanti.
Presentazione della metodologia della consegna al letto con la partecipazione del paziente. Aspetti teorici e pratici. Si è discusso su quali possono essere aspetti innovativi e quali potrebbero essere aspetti critici.
Presentazione di alcune esperienze e studi nazionali e internazionali.
Condivisone su possibili dubbi e sui probabili vantaggi di questa metodologia.
Attraverso il gioco di ruolo (Grant 2009, Griffin 2010, Wakefield 2012, Leslie 2013) si cerca di

trasmettere agli operatori lo svolgimento di una consegna al letto. Si prende in considerazione di usare anche video-registrazioni a scopo didattico come riportato in esperienze estere (Sand-Jecklin 2013).

E' stato distribuito un questionario prima e dopo la formazione con le stesse domande chiuse. I questionari sono stati compilati al momento e sono stati consegnati al team organizzativo.

2. **Incontro con tutto il personale infermieristico e OSS dei due reparti coinvolti nella ricerca, marzo 2014**

Riflessione sui contenuti della consegna, vedi punto 1. Si discutono i contenuti specifici del reparto, si presenta lo schema (format) di consegna che viene usato (allegati 7 e 8), chiedendosi se sono necessarie delle modifiche per una consegna al letto del paziente.

Precedentemente agli incontri, sono state fornite delle proposte di modifiche della documentazione cartacea. Queste proposte sono state condivise con la direzione infermieristica e discusse fra gli operatori dei due reparti (vedi allegato 9, checklist). Si è deciso di adoperare i format finora utilizzati anche per la sperimentazione della nuova metodologia.

Inoltre sono state suggerite delle proposte per un adattamento temporale e organizzativo che potrebbero migliorare l'introduzione della nuova metodologia (vedi allegato 10).

In occasione di questo incontro ha partecipato, su invito della direzione infermieristica, la coordinatrice di un reparto di medicina dell'ospedale di Rovereto, già autrice di pubblicazione di una ricerca infermieristica sul tema consegna (Postal 2006). In questo reparto attualmente si sperimenta una metodologia di consegna infermieristica nuova, che include una visita al letto del paziente (vedi 3.4.4). La testimonianza è stata molto rilevante per la stimolazione e l'incoraggiamento degli operatori verso la nuova metodologia di consegna.

Altre tematiche di questo incontro erano:

- Riflessione su elementi della comunicazione verbale e non verbale, presentazione di tecniche comunicative come domande aperte, domande chiuse, ascolto attivo, contatto visivo (Philpin 2006). Elementi della comunicazione paraverbale: il corretto utilizzo della voce: timbro, tono, pause e volume.
- Approfondimento del tema privacy. Si discute che cosa si può e che cosa non si può dire davanti al paziente e davanti al parente.
- Riflessione condivisa sui criteri di inclusione/ esclusione

L'incontro si è svolto in due sezioni (incontro ripetitivo nella stessa giornata) per permettere a tutti gli operatori di seguire la formazione (mattina e pomeriggio).

E' stato distribuito, prima ('before') e dopo ('after') la formazione, un questionario con le stesse domande chiuse. I questionari sono stati compilati al momento e sono stati consegnati al team organizzativo (identico al questionario di novembre).

La sperimentazione pratica in entrambe le strutture ospedaliere è partita nei primi giorni del mese di aprile 2014, è stata seguita da rappresentanti della direzione infermieristica sul posto, e dal dottorando attraverso diverse visite fino all'inizio del mese di giugno 2014.

Con la formazione ha inizio la sequenza del movimento secondo la teoria di Lewin. Dopo un'intensa preparazione, a questo punto si cerca di aprire un dialogo con gli operatori sul tema della consegna, presentandogli la metodologia della consegna al letto come una possibile alternativa. Approfondendo le criticità esistenti si cerca di sviluppare, attraverso la riflessione e la pratica, una nuovo metodologia di consegna, adattata al contesto dello specifico reparto.

3. Incontri di accompagnamento durante la sperimentazione (aprile-maggio 2014)

La consegna nei reparti è stata accompagnata dal responsabile dello studio e / o dai responsabili infermieristici dei rispettivi ospedali con diversi incontri in reparto e tramite la partecipazione alla consegna. Si forniscono consigli pratici, si raccolgano e si condividono le prime impressioni da parte degli operatori, e si discutono eventuali criticità.

4. Incontro di valutazione con il personale infermieristico e OSS dei due reparti (giugno 2014)

In questo incontro vengono discusse nel gruppo le percezioni degli operatori, eventuali criticità della consegna al letto, le sfide e i vantaggi. I dirigenti infermieristici e il responsabile condividono con il gruppo le loro impressioni.

L'incontro si è svolto in due sezioni (incontro ripetitivo nella stessa giornata) per permettere tutti gli operatori di seguire la formazione (mattina e pomeriggio).

E' stato distribuito un questionario con domande chiuse. I questionari sono stati compilati al momento e sono stati consegnati al team organizzativo (identico al questionario 'after' di novembre e marzo).

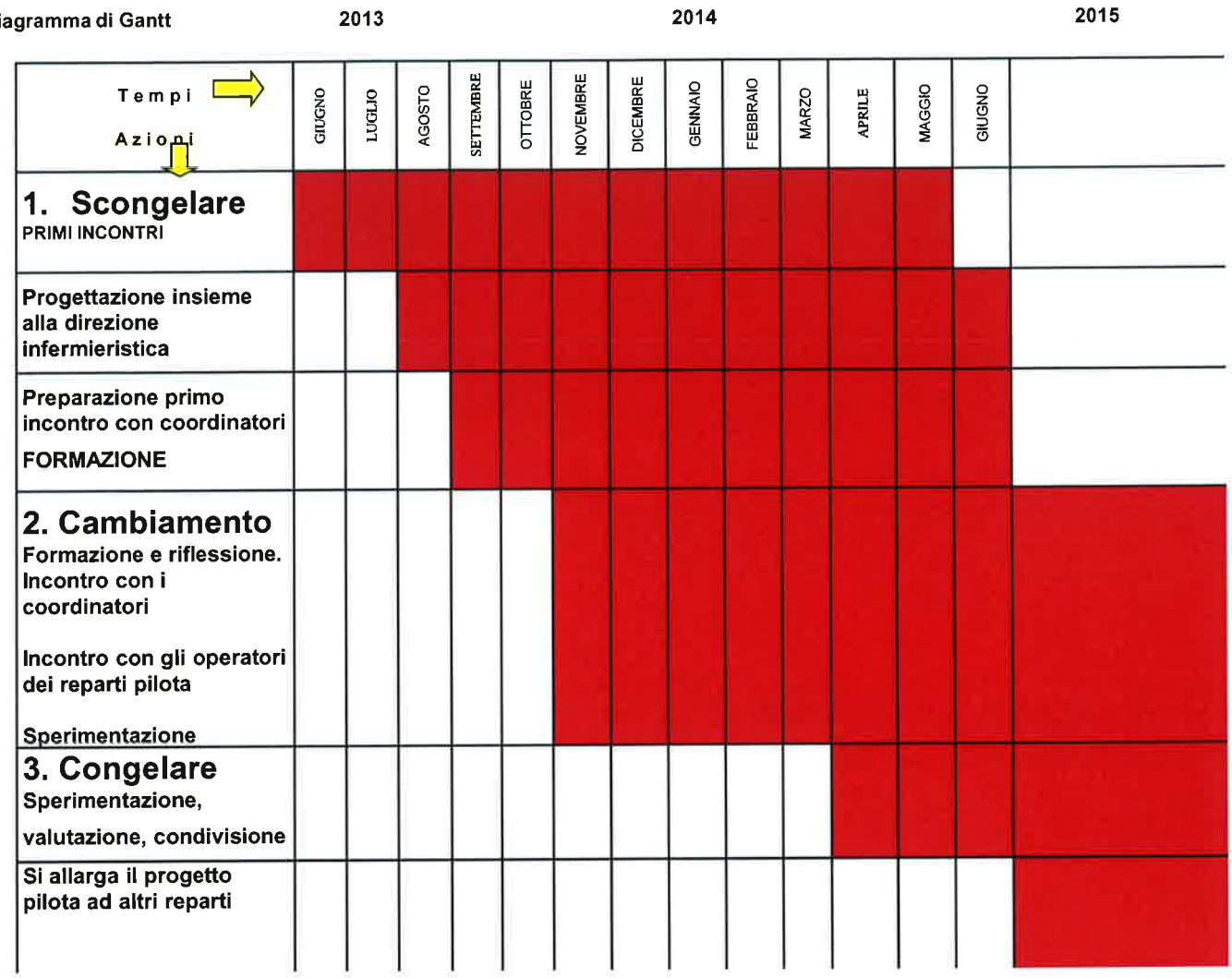
Inoltre è stato distribuito e compilato, sempre in forma anonima, da tutti gli infermieri presenti un questionario con domande aperte. I questionari sono stati compilati al momento e sono stati consegnati al team organizzativo.

La fase di ricongelamento secondo la teoria di Lewin nell'ambito di questa ricerca inizia quindi nel percorso della sperimentazione, gli incontri di divisione e approfondimento, e il periodo di stabilizzazione (vedi punto 3.4.5.)

La **ricerca bibliografica** effettuata ha previsto la consultazione di molte banche dati elettroniche MEDLINE (PUBMED), Cumulated Index to Nursing & Allied health Literature (CINAHL), Indice della Letteratura Italiana di Scienze Infermieristiche (ILISI), Datenbank für wissenschaftliche Schriften in der Pflege (WISE) – inoltre sono stati consultati i maggiori motori di ricerca . Molti articoli citati sono stati recuperati in full text con l'aiuto della Biblioteca Medica di Reggio Emilia. Le parole chiave nei database inglesi includevano '*bedside handover*', '*intershift report*', '*handoff communication*', '*shift handover*', *bedside reporting*', *'change of shift report'*, *nursing report*. Parole chiave nei database tedeschi: '*Übergabe*', '*Übergabegespräch*', '*Pflegevisite*'; in lingua italiana: 'consegna' e 'passaggio di informazioni'.

Nel diagramma di Gantt sottostante si collega la teoria di Lewin con l'esperienza condivisa con i colleghi dell'Azienda USL di Ferrara. Si cercano di spiegare le fasi principali di scongelamento, cambiamento e ricongelamento, inserendo le fasi intermedie, nel contesto e nel percorso del tempo.

Diagramma di Gantt



3.4. Risultati e Discussione

Di fondamentale importanza per la riuscita del progetto è stato il coinvolgimento di entrambi i reparti pilota nei quali fosse già stato avviato un percorso di personalizzazione delle cure (divisione dei reparti in due settori con il personale responsabile del singolo settore, uso di un promemoria, detto format, aggiornato e disponibile a ogni inizio turno con le informazioni principali su ogni paziente).

3.4.1. Controllo della continuità

Si inizia la sezione dei risultati con la presentazione del modulo "Controllo della continuità" (vedi allegato 14) compilato dai colleghi infermieri in ognuno dei quattro settori possibilmente ogni giorno. La compilazione avveniva immediatamente dopo la consegna al letto da parte di un infermiere. Questa documentazione doveva servire come autocontrollo per gli infermieri e come stimolo a collaborare al progetto.

1. Resoconto consegna al letto Area chirurgica Argenta settore rosso (posti letto 12)

Data	Numero di consegne a letto	Firma	Commenti
8 **aprile**	8		
9	8		
10	8		
11	9		
14	4		2 pazienti momentaneamente non in stanza 2 parenti coinvolti
15	10		
16	9		
17	9		
18	6		
22	3		
23	5		

24	9		
28	4		
29	5		2 pazienti in sala operatoria
2 **maggio**	6		1 paziente in consulenza 1 paziente in sala operatoria
5	6		4 pazienti coinvolti, 1 paziente non coinvolto, perché in condizioni critiche
6	11		
7	7		4 pazienti senza consegne al letto perché 1 non collaborante, 1 paziente in S.O., 1 paziente riposava, 1 paziente in R.R.
8	11		
9	10		1 parente coinvolto, 9 parenti assenti
12	8		4 pazienti senza consegne al letto perché appoggi della medicina
13	11		1 paziente non coinvolto, perché straniero, non parla italiano
14	10		1 parente coinvolto, 9 parenti assenti
15			
16	12		
19	10		3 parenti assenti
20	10		1 paziente non eseguito perché esami in corso
21	7		2 pazienti in sala operatoria, 1 paziente senza consegne al letto perché non collaborante
22	11		7 pazienti coinvolti
23	12		1 paziente non coinvolto: Alzheimer
24	9		5 pazienti coinvolti, 1 paziente in permesso
26	11		1 paziente in sala operatoria
27	10		1 paziente in sala operatoria, 1 paziente dimesso
28	10		1 paziente in S.O., 1 paziente senza consegne al al letto per M. Alzheimer, 8 pazienti coinvolti
29	11		
30	6		5 pazienti coinvolti

I numeri riportati evidenziano una quota variabile ma piuttosto elevata di pazienti coinvolti dall'inizio alla fine della sperimentazione. Dalla tabella emerge anche un coinvolgimento dei parenti, qualora presenti. Questo dato è da considerare un aspetto positivo, e innovativo per tutti i coinvolti, della sperimentazione della nuova metodologia, pur essendo pochi i parenti e familiari presenti durante questo orario.

Succede regolarmente che qualche paziente non è presente durante l'orario di visita per motivi clinici o di altra natura (vedi commenti). Si valuta come aspetto positivo l'indicazione di un numero

elevato di pazienti coinvolti. La clientela di questo reparto per la maggior parte è lucida e collaborante.

Inizialmente non sono stati coinvolti pazienti di questo reparto che si trovavano lì solo in appoggio, in attesa di un posto letto in un altro reparto (criterio di esclusione). Dopo alcuni giorni di sperimentazione è stato deciso dal team, insieme al dottorando e alla direzione infermieristica, di coinvolgere anche questa parte di pazienti nella sperimentazione.

2. Resoconto consegna al letto Area chirurgica Argenta settore blu (posti letto 12)

Data	numero di consegne a letto	Firma	Commenti
8 **aprile**	9		
9	11		Una paziente riferisce una notizia che era sfuggita
10	10		1 parente coinvolto
11	11		
14	12		
15	7		1 paziente non collaborante
16	9		
17	8		
18	7		
22	10		
24	6		
28	9		6 pazienti coinvolti, 2 pazienti non coinvolti. 1 paziente in sala operatoria
2 **maggio**	5		3 pazienti assenti
3	7		
4	5		
6	8		1 paziente in sala operatoria., 2 non presenti in stanza
7	9		1 parente coinvolto
13	10		2 pazienti in sala operatoria
21	11		8 parenti assenti; 3 parenti presenti non coinvolti
22	12		
23	11		Un paziente non coinvolto (assopito)
27 **maggio**	10		1 paziente in coma, 1 paziente in s.o.
28	9		3 pazienti in sala operatoria
29	11		

I dati forniti in questa tabella rispecchiano quelli del settore precedente. Si vuole evidenziare il commento del 9 aprile: "La paziente riferisce una notizia che era sfuggita": la consegna al letto

migliora la sicurezza, il senso della priorità e la comunicazione.

In diverse visite il dottorando ha percepito anche l'interesse degli studenti della laurea infermieristica alla nuova metodologia e la loro partecipazione. Una collega sta elaborando la sua tesi sulla metodologia sperimentata e ha approfondito l'esperienza di questa unità operativa.

3. Resoconto consegna al letto Lungodegenza Delta settore giallo (posti letto 15, 6 camere a due e 3 camere singole)

Data	numero di consegne a letto	Parenti coinvolti	Firma	Commenti
8 **aprile**	4	-		4 volte positivo
11				Non è possibile eseguire la consegna a letto per orario…..
14	15	1 si, 1 no		
15	15	2		
16	15	3		
17	14			
18	15	2		
21	15			
22	14	1		
23	15	2		
24	15	2		
25	15	3		
26	15	3		
27	15	2		
28	15	1		
29	14			
30 aprile	15	1		Parenti assenti 14
1 **maggio**	15	3		Parenti assenti 12
2	15	4		Parenti assenti 11
3	15	2		Parenti assenti 13
4	12	2		Parenti assenti 10 3 pazienti senza consegna al letto per motivi di alterazione dello stato di coscienza
5	14	1		Parenti assenti 13
6	13			
7	14	1		Parenti assenti 13
8	12	3		1 paziente non in stanza
9	13	3		
10	13			
12	12			Parenti assenti 12
13	12	4		Parenti assenti 8
14	6	1		1 paziente in condizioni gravi

				mancata consegna al letto
15	14	1		Parenti assenti 13
16	15	2		Parenti assenti 13
18	15	3		
19	13			2 pazienti senza consegna al letto per motivi di alterazione dello stato di coscienza
20	15	5		Parenti assenti 10
21	15	1		Parenti assenti 14
22	15	3		
23	14	3		1 paziente senza consegna al letto per motivi di alterazione dello stato di coscienza
24	13	1		1 paziente senza consegna al letto per motivi di alterazione dello stato di coscienza
25	15	4		Parenti assenti 11
26	15	2		Parenti assenti 13
28	15	3		Parente non coinvolto 1 Parenti assenti 11
29	14	4		Parenti assenti 11
30 maggio	15	3		Parenti assenti 12
2 **giugno**	15	1		Parenti assenti 14
3	15	3		Parenti assenti 12

La documentazione dimostra che

- vengono coinvolti giornalmente quasi tutti i pazienti.
- al confronto del reparto dell'ospedale di Argenta, in questo reparto il numero dei parenti durante l'orario di consegna può essere più alto. Si valuta come aspetto positivo e merito degli infermieri di essere riusciti già dall'inizio della sperimentazione a coinvolgere i parenti, anche se il numero dei parenti coinvolti non è altissimo (0-3), occasionalmente anche 4-5.

In questa unità operativa i pazienti spesso presentano deficit neurologici e problemi di comprensione e collaborazione.

Il talvolta mancato coinvolgimento di alcuni parenti può essere causato da: motivi di tempo, insicurezza nella comunicazione da parte di infermieri e parenti, e non conoscenza della metodologia anche da parte dei familiari (vedi argomentazione in seguito).

4. Resoconto consegna al letto Lungodegenza Delta settore verde (18 posti letto) (stanza 2.028 - 2.036) 9 stanze a due pazienti

Data	Numero di consegne a letto	Parenti coinvolti	Firma	Commenti
8 **aprile**	5	-		5 volte positivo
11	17			
13	18	6		
14	18	3		3 parenti non coinvolti
15	18	3		
16	15	7		
17	18	6		
18	16	6		
19	16	6		
20	18	2		
21	18	6		
22	18	6		1 parente non coinvolto
23	18	4		
24	18	8		
25	18	7		
26	18	8		
27	18	8		
28	18	6		
29	18	3		
30 aprile	18	3		Parenti assenti 15
1 **maggio**	18	8		Parenti assenti 10
2	16	4		Parenti assenti 12
3	17	7		Parenti assenti 10
4	17	5		Parenti assenti 12
5	18	-		Un parente non coinvolto per condizioni terminali
6	17	5		Parenti assenti 1
7	16	4		Parenti assenti 12
8	16	8		Parenti assenti 8
9	16	1		
10	18	-		Parenti assenti 18
12	18	5		Parenti assenti 13
13	16	2		
14	14	2		Parenti assenti 12
15	16	1 (figlia)		
16	16	5		Parenti assenti 11
17	18	7		Parenti assenti 11
19	18	3		Parenti assenti 15
20	18	2		
21 **maggio**	18	4		Parenti assenti 14
22	18	3		Parenti assenti 15

23	18	1		
24	17	2		Parenti assenti 15
25	18			Parenti assenti 18
26	18	2		Parenti assenti 16
28	18	3		Parenti assenti 15
29	18			Parenti assenti 18
30	17	5		Parenti assenti 12
31	18			Parenti assenti 18
2 **giugno**	18	1		Parenti assenti 17
3	18	3		1 parente non coinvolto

I dati forniti da questo settore dell'unità operativa di lungodegenza sono molto positivi. Inizialmente il team aveva concordato di coinvolgere nella sperimentazione solo una parte dei pazienti, cioè quelli lucidi e collaboranti (criterio di inclusione, vedi anche l'informativa, allegato 17). Dopo una brevissima fase di insicurezza da parte dei colleghi durante i primi giorni, coincisa con l'assenza della coordinatrice, giornalmente sono stati visitati a letto per la consegna tutti i pazienti.

Si vuole evidenziare che in questo settore gli infermieri sono riusciti a coinvolgere anche un ampio numero di familiari (fino a 8 persone), un dato che rispecchia la bravura e l'impegno dei colleghi fin dall'inizio della sperimentazione. L'ulteriore impegno e la difficoltà, al momento della consegna, di affrontare le domande, le insicurezze e talvolta la fragilità dei familiari di pazienti, anche a volta terminali, si riflette in parte nei commenti e nelle risposte dei colleghi nell'incontro del 3 giugno (post-sperimentazione). Da questa esperienza emotiva emerge la necessità di pianificare ulteriori approfondimenti su strategie adeguate nel rapporto con i parenti e familiari in generale e nello specifico momento della consegna al letto.

Foto Ospedale di Argenta, Area chirurgica 5-14. Personale durante la consegna al letto

3.4.2. Questionario con domande chiuse

Il questionario rivolto a infermieri e OSS è stato usato più volte durante il percorso dello studio: indaga gli aspetti di sicurezza, completezza, continuità, coinvolgimento e chiarezza della consegna. Il questionario è stato distribuito in tre occasioni.

Nella sessione del 1 novembre e del 25 marzo è stato compilato prima ('before') e dopo ('after') un'analisi della consegna tradizionale in atto e la presentazione della nuova metodologia "consegna al letto".

Mentre nella sessione del 1 novembre erano presenti soprattutto coordinatori infermieristici dell'AUSL di Ferrara, i partecipanti delle sessioni di marzo e giugno erano gli operatori dei due reparti pilota della sperimentazione.

Nella sessione di giugno il questionario è stato compilato nuovamente dei collaboratori dei due reparti pilota dopo un percorso di due mesi di sperimentazione.

Per quanto riguarda il seguente questionario, si indaga durante le fasi di destabilizzazione (scongelamento), cambiamento e ricongelamento su

- osservazioni sul gruppo degli operatori (3.4.2.1.)
- osservazioni su singoli operatori (3.4.2.2.)
- rilevazioni statistiche approfondite (3.4.2.3.)

3.4.2.1. Osservazioni sul gruppo degli operatori

In questo primo punto si indaga sulle risposte del team sanitario (infermieri e OSS), prima ('before') e dopo ('after') la formazione del 1 novembre 2013, prima ('before') e dopo ('after') la formazione del 25 marzo 2014, e infine dopo ('after') la sperimentazione in data del 3 giugno 2014. Si valuta quindi la percezione del gruppo con le relative percentuali del singolo incontro e confrontando i dati delle tre date diverse.

Si osserva la numerazione del questionario (vedi allegato 15):

1. Sicurezza

1.1. L'infermiere che inizia il turno riceve attraverso la consegna un quadro sufficiente del paziente per poter garantire un'assistenza sicura e adeguata

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**		19 (51%)	6 (16%)	9 (24%)	3 (8%)
After Numero totale **36**	6 (17%)	24 (67%)	3 (8%)	3 (8%)	

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **28**	3 (11%)	19 (68%)	2 (7%)	3 (11%)	1 (4%)
After Numero totale **26**	2 (8%)	19 (73%)	3 (12%)	2 (8%)	

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **23**	11 (48%)	10 (43%)	1 (4%)	1 (4%)	

All'inizio del percorso, indagando sulla situazione attuale di una consegna di tipo tradizionale, possiamo attestare un'alta quota di insoddisfazione da parte degli operatori. Questo risultato riguarda l'incontro di novembre, dove erano presenti soprattutto coordinatori infermieristici. Ben 48% degli operatori si dimostrano "indecisi", "poco d'accordo" o "non d'accordo" alla domanda.

Questa insoddisfazione è meno evidente nel gruppo degli operatori delle due unità operative coinvolte nello studio rispetto a quello dei coordinatori. Gli infermieri stessi vedono meno criticità per quanto riguarda la sicurezza. L'autocritica, il mettersi in discussione, parte fondamentale di un

cambiamento organizzativo, non risulta mai facile. I colleghi che sono "indecisi", "poco d'accordo" o "non d'accordo" alla domanda ('before') rappresentano il 21%. Risultano poco differenti le risposte dopo la formazione (20%), con un leggero spostamento delle risposte verso l'indecisione.

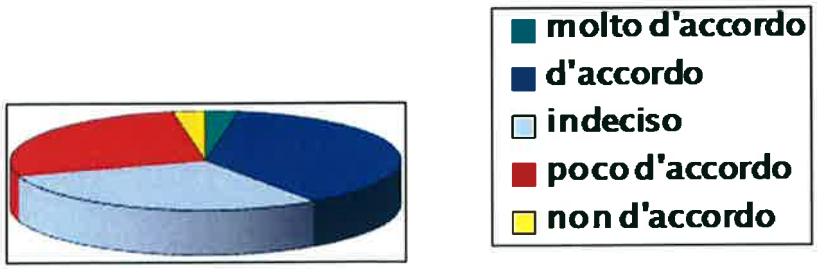
A novembre invece la formazione ha portato un alto grado di variazione fra i partecipanti per quanto riguarda questa domanda sulla sicurezza. Dal 51% si arriva dopo la formazione all'84% di partecipanti ("molto d'accordo" e "d'accordo"). Un numero discreto di partecipanti possono immaginarsi un miglioramento dell'aspetto della sicurezza tramite la consegna al letto.

Possiamo interpretare come aspetto positivo della sperimentazione pratica il dato che la percentuale delle risposte "indeciso" e "poco d'accordo" si sia ridotta dal 20% all'8%, mentre la percentuale di risposte "molto d'accordo" e "d'accordo" sia cresciuta dall'81% al 91%.

1.2. Attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**	1 (3%)	14 (38%)	11 (30%)	10 (27%)	1 (3%)
After Numero totale **33**	7 (21%)	21 (64%)	5 (15%)		

Before 1/11/2013



25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **28**	1 (4%)	22 (78%)	2 (7%)	3 (11%)	
After Numero totale **26**		23 (88%)	2 (8%)	1 (4%)	

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **23**	13 (57%)	9 (39%)		1 (4%)	

Anche nelle risposte sulla seconda domanda sulla sicurezza troviamo risultati sovrapponibili a quanto precedentemente descritto.

Riconoscere le priorità attraverso la consegna: a novembre molti partecipanti (la maggioranza) dell'incontro vedono un problema riguardo a questa domanda nell'attuale consegna ("indeciso", "poco d'accordo", "non d'accordo", ca. 60%). La formazione sulla consegna a letto comporta un cambiamento evidente delle opinioni. Da 40% si arriva a 85% delle risposte ("molto d'accordo" e "d'accordo"). Questa variazione si deve interpretare come il riconoscimento di una criticità e il desiderio di un cambiamento.

Gli operatori dei due reparti pilota intravvedono molto meno criticità in questo aspetto (18% rispondono 'before' con "indeciso", "poco d'accordo" o "non d'accordo"). Dopo la formazione risulta soltanto un leggero spostamento verso la positività. Qualche collega può immaginarsi un miglioramento nel riconoscere le priorità attraverso la consegna al letto (da 18% si arriva a 12% nella sezione 'after').

Le risposte dei colleghi in data di 3 giugno permettono di concludere che la consegna al letto aiuta a riconoscere le priorità in modo concreto e immediato nell'assistenza. Da 23 operatori permane solo una persona che si esprime con "poco d'accordo". Mentre dopo la formazione a marzo era ca. l'88%, dopo la sperimentazione è il 96% dei colleghi che sono convinti di riconoscere

le priorità attraverso la consegna ("molto d'accordo" e "d'accordo").

Si sottolinea, in particolare, che nel test 'after' nessun collega riferiva la risposta "molto d'accordo", mentre dopo la sperimentazione (test "after-after") la percentuale di risposte di questo tipo saliva al 57%.

1.3. Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**		16 (43%)	17 (46%)	3 (8%)	1 (3%)
After Numero totale **34**	6 (18%)	18 (53%)	7 (20%)	3 (9%)	

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **27**		10 (37%)	12 (44%)	5 (19%)	
After Numero totale **26**	3 (11%)	16 (62%)	6 (23%)	1 (4%)	

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **23**	7 (31%)	12 (52%)	3 (13%)		1 (4%)

Un cambiamento culturale richiede, autocritica a parte, la capacità di osservare una metodologia da diversi punti di vista. La riflessione sul proprio operato e la capacità di un'autocritica devono far parte di un lavoro a stretto contatto con il cliente.

Anche qui si ripetono a grandi linee le osservazioni precedenti.

Possiamo valutare come una criticità dell'attuale consegna il dato che la maggioranza dei

partecipanti risponde a questa domanda a novembre ('before') con "indeciso", "poco d'accordo" o "non d'accordo" (57%). Per la prima volta in questo questionario troviamo anche che la maggioranza del gruppo degli operatori di marzo (gruppo dei reparti del progetto pilota) mette in dubbio l'attuale forma di consegna ('before' 63%). Quando specificamente chiesto agli operatori di immaginarsi nel ruolo di paziente, gli infermieri e OSS dimostrano i loro dubbi sulla sicurezza legata alla consegna tradizionale.

In entrambi gli incontri (novembre e marzo), con entrambi i gruppi la formazione è riuscita a spostare la maggioranza verso l'altro lato della tabella. Entrambi i gruppi rispondono ('after') con una maggioranza di "molto d'accordo" e "d'accordo" (71% a novembre e 73% a marzo). Lo scopo di una riflessione condivisa tramite questo corso è stato raggiunto.

Secondo la teoria di Lewin inizia qui il cambiamento: attraverso la formazione si comincia a trasformare la situazione attuale sulla base delle conoscenze acquisite.

I dati rilevati dopo la sperimentazione pratica nei reparti pilota hanno portato a una conferma di quelli dei questionari 'after' negli incontri di presentazione. Una maggioranza ancora più grande degli operatori (ca. 83%, "molto accordo" e "d'accordo") giudica in modo positivo la percezione dei pazienti. La consegna al letto, che include possibilmente una partecipazione del paziente e/o del familiare, secondo loro contribuisce alla percezione di sicurezza del paziente. Il successo si rispecchia anche nella percentuale più alta della risposta "molto d'accordo" ('after' da 18% a novembre e 12% a marzo si arriva a 31% a giugno).

E' importante evidenziare la perplessità di qualche operatore (3 persone rispondono con "indeciso", una persona con "non d'accordo") ancora dopo la sperimentazione. In effetti due mesi di sperimentazione sono pochi per convincere tutti gli operatori dei benefici di una metodologia innovativa, mettendo in discussione una pratica svolta da molti anni.

2. Completezza

L'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**	1 (3%)	16 (43%)	11 (30%)	9 (24%)	
After Numero totale **33**	5 (15%)	20 (61%)	6 (18%)	2 (6%)	

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **28**	1 (4%)	20 (71%)	4 (14%)	3 (11%)	
After Numero totale **26**	1 (4%)	19 (73%)	2 (8%)	3 (11%)	1 (4%)

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **23**	12 (52%)	7 (30%)	3 (13%)	1 (4%)	

Interrogando sulla completezza della consegna attuale i partecipanti del corso di novembre mantengono la loro criticità in confronto alla metodologia in uso. 54% ('before') risponde con "indeciso", "poco d'accordo" o "non d'accordo", hanno quindi qualche dubbio sulla completezza. La formazione riesce a far cambiare l'opinione a favore la consegna a letto. Dopo il corso e la condivisione di una nuova metodologia permangono solo nel 24% ('after') dei dubbi.

Per quanto riguarda l'incontro con il personale dei reparti pilota, si rimanda al quadro delle risposte in 1.1. e 1.2. La maggioranza degli operatori risponde con "molto d'accordo" e "d'accordo" alla domanda ('before'), in totale ca. 75%. Sono comunque 7 colleghi (25%) dei reparti pilota che

esprimono dubbi sulla completezza. Questo quadro cambia soltanto minimamente dopo la formazione, in modo non significativo (77% risponde con "molto d'accordo" e "d'accordo").

La sperimentazione dà risultati positivi anche per quanto riguarda la completezza. In nessuna valutazione hanno risposto tanti colleghi con "molto d'accordo", il 52% contro 15% a novembre ('after') e 4% a marzo ('after').

In totale rispondono 82% dei colleghi dei reparti pilota dopo l'esercizio pratico con "molto d'accordo" o "d'accordo", risultato raggiunto solo in questa valutazione.

3. Continuità

3.1. Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**	1 (3%)	17 (46%)	10 (27%)	8 (22%)	1 (3%)
After Numero totale **32**	6 (19%)	20 (62%)	6 (19%)		

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **28**	2 (7%)	17 (61%)	6 (21%)	3 (11%)	
After Numero totale **23**	1 (4%)	17 (74%)	5 (22%)		

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **22**	9 (41%)	10 (45%)	1 (5%)	2 (9%)	

Anche in questa domanda sulla continuità si percepisce una percentuale non indifferente che

commenta criticamente la consegna tradizionale. 52% dei partecipanti a novembre ('before') risponde scegliendo "indeciso", "poco d'accordo" o "non d'accordo". Questa percentuale si riesce ad abbassare a 19% tramite la formazione ('after').

Nei reparti pilota a marzo invece i colleghi riferiscono al confronto meno dubbi nella valutazione 'before'. Solo il 33% degli operatori risponde con "indeciso", "poco d'accordo" o "non d'accordo", comunque una parte numericamente non indifferente. Anche qui si riesce ad abbassare la percentuale di risposte dopo la formazione ('after') a 22%. Nessun operatore esprime ancora il giudizio "poco d'accordo" (3 operatori nel 'before').

Dopo un periodo di sperimentazione gli operatori valutano il contenuto della consegna per quanto riguarda la continuità dell'assistenza in modo diverso: la percezione di criticità si abbassa ulteriormente a 11%. L'86% degli infermieri e OSS risponde con "molto d'accordo" o "d'accordo", da cui il 41% con "molto d'accordo", risultato mai raggiunto nelle valutazioni precedenti.

3.2. Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**	1 (3%)	13 (35%)	10 (27%)	9 (24%)	4 (11%)
After Numero totale **32**	10 (31%)	16 (50%)	5 (16%)	1 (3%)	

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **26**	1 (4%)	11 (42%)	2 (8%)	7 (27%)	5 (19%)
After Numero totale **26**	6 (23%)	16 (62%)	1 (4%)	2 (7%)	1 (4%)

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **22**	9 (41%)	12 (55%)	1 (4%)		

A questa domanda la maggioranza dei soggetti coinvolti esprime il parere che la consegna tradizionale non fornisca al paziente l'informazione su chi fosse il nuovo infermiere di riferimento all'inizio del nuovo turno.

A novembre rispondono il 62% dei partecipanti con "indeciso", "poco d'accordo" o "non d'accordo" ('before'), a marzo il 54% ('before').

La parte teorica della formazione capovolge le percezioni: che la consegna al letto fornisca questa informazione ai pazienti lo pensano l'81% ('after') a novembre e l'85% ('after') a marzo ("molto d'accordo" o "d'accordo").

Dopo la formazione pratica ('after after'), il 96% degli operatori risponde con "molto d'accordo" o "d'accordo". Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento. Un altro segnale positivo della sperimentazione, che favorisce anche l'accettazione da parte del personale della nuova metodologia.

Un operatore presente all'incontro del 25 marzo, nella valutazione 'before', sottolinea la parola paziente e aggiunge "livello cognitivo?" Senz'altro ci possono essere pazienti che non riconoscono l'infermiere a causa del loro deterioramento cognitivo. Un tale deterioramento impedisce, limita o condiziona una partecipazione del paziente. Escludere però un paziente dalla consegna al letto a causa di un deterioramento cognitivo non rende efficace la consegna, e non offre la possibilità di un incontro.

4. Coinvolgimento

L'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**		1 (3%)	6 (16%)	9 (24%)	21 (57%)
After Numero totale **32**	6 (19%)	18 (56%)	5 (16%)	2 (6%)	1 (3%)

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **27**	1 (4%)		3 (11%)	12 (44%)	11 (41%)
After Numero totale **26**	6 (23%)	14 (54%)	2 (8%)	4 (15%)	

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **23**	7 (30%)	11 (48%)	5 (22%)		

La forma tradizionale della consegna dietro la porta chiusa non permette un coinvolgimento né dei pazienti né dei loro familiari. Questo aspetto viene condiviso da quasi tutti i sanitari nelle valutazioni ('before') a novembre e a marzo. Reciprocamente rispondono 97 e 96% con "indeciso", "poco d'accordo" e "non d'accordo". Sono sovrapponibili quindi le risposte dei colleghi dei reparti pilota con quelle di novembre.

In entrambe le sezioni ('after') la maggioranza degli operatori si dimostra convinti della possibilità di un coinvolgimento del paziente attraverso la consegna al letto. Nonostante sia a novembre che a marzo il 23% degli operatori esprime ancora dubbi riguardo a una partecipazione del paziente, la formazione ha raggiunto il suo compito, e ha portato non solo a una riflessione, ma anche a un

cambiamento delle idee (confronto con valutazioni 'before' più di 70% ha cambiato opinione).

Tramite la sperimentazione si confermano questi dati. Il coinvolgimento del paziente oramai è parte integrante della consegna nei reparti pilota.

Dopo la fase di sperimentazione rimangono alcuni dubbi fra gli infermieri. Essere "indeciso" (22% a giugno) sul possibile coinvolgimento può avere diverse motivazioni. Si potrebbe coinvolgere un familiare, se presente. Si potrebbe prendere in considerazione di tranquillizzare o orientare un paziente confuso attraverso la presenza, il saluto, il tocco e una comunicazione adeguata degli infermieri.

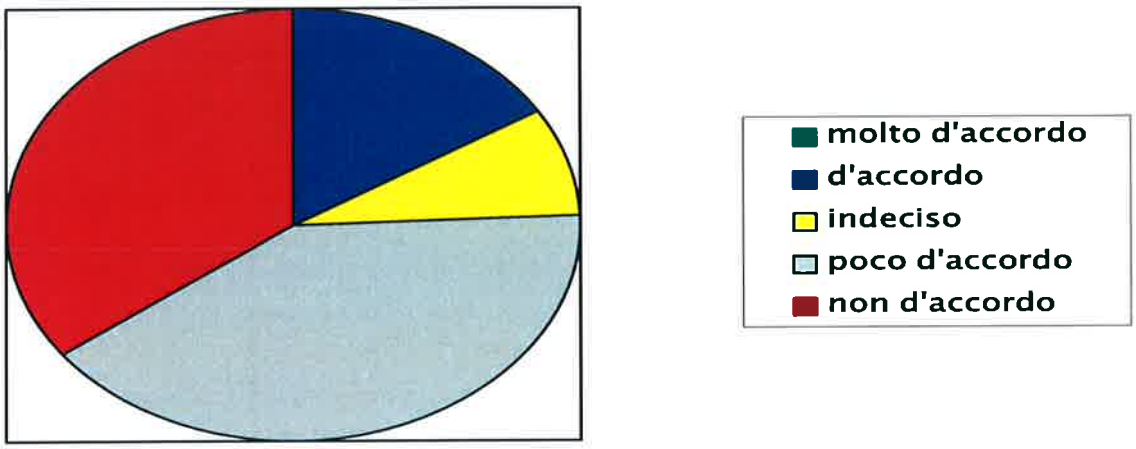
Confrontando il risultato di marzo ('after') con quello di giugno ("after after") abbiamo comunque un miglioramento verso la positività. I colleghi dopo la sperimentazione sono più convinti della metodologia. A giugno nessun collega esprime ancora l'opinione "poco d'accordo" (15% a marzo).

Un operatore coinvolto nell'incontro del 25 marzo sostituisce nella valutazione 'before' la parola "consegna" con "altro momento (visita)", non rispondendo a questa domanda. Questo collega probabilmente ancora non percepisce l'utilità di una consegna al letto all'inizio del percorso, e ritiene la visita medica un elemento sufficiente per coinvolgere il paziente.

5. Chiarezza

Il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti

01/11/2013	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **37**		6 (16%)	3 (8%)	15 (41%)	13 (35%)
After Numero totale **36**	4 (11%)	14 (39%)	9 (25%)	6 (17%)	3 (8%)



1/11/2013 before

25 MARZO 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
Before Numero totale **28**	1 (3%)	5 (18%)	3 (11%)	11 (39%)	8 (29%)
After Numero totale **25**	1 (4%)	7 (28%)	6 (24%)	8 (32%)	3 (12%)

3 giugno 2014	molto d'accordo	d'accordo	indeciso	poco d'accordo	non d'accordo
After After Numero totale **22**	8 (36%)	5 (23%)	5 (23%)	2 (9%)	2 (9%)

Per quanto riguarda la chiarezza, ci sono molti dubbi fra i colleghi infermieri nella metodologia tradizionale ('before'). I disturbi durante la consegna tradizionale sono di varia natura, come dimostrato in diversi colloqui con i singoli operatori. I dubbi sulla chiarezza e la conferma su una grande varietà di disturbi si esprimono nella sezione 'before' sia a novembre sia a marzo. A novembre il 76% degli infermieri sono scontenti sulla chiarezza, il 68% a marzo (per le risposte "poco d'accordo" e "non d'accordo"). Solo il 16% degli operatori a novembre e il 21% a marzo esprimono una certa contentezza ("molto d'accordo" e "d'accordo") nelle rispettive valutazioni.

Questi dati confermano la necessità di una riflessione condivisa e di un cambiamento.

Mentre a novembre il 50% ("molto d'accordo" e "d'accordo") degli infermieri si possono immaginare chiarezza attraverso la consegna al letto ('after'), a marzo il 32%.

La sperimentazione ha portato dei benefici per quanto riguarda la chiarezza: nella valutazione 'after after' il 59% (aumento del 27% rispetto a marzo) che confermano l'aumento della chiarezza e la diminuizione dei disturbi usando la nuova metodologia. La sperimentazione pratica ha convinto una maggioranza degli operatori che la consegna al letto comporta un aumento di chiarezza, risultato che non era ancora stato raggiunto con la sola formazione teorica.

Sulla chiarezza permangono dubbi comunque anche dopo due mesi di sperimentazione (41% "indeciso", "poco d'accordo", "non d'accordo"). Queste perplessità, più sentite prima della sperimentazione, non spariscono con essa, ma senz'altro diminuiscono. Nel questionario con domande aperte molti infermieri riferiscono una diminuzione dei disturbi durante la consegna al letto. Ulteriori sforzi sono necessari per migliorare l'aspetto della chiarezza della consegna.

3.4.2.2. Osservazioni sul singolo operatore

Ora si vuole indagare sul singolo operatore, osservando i cambiamenti delle risposte durante il percorso dello studio. Si confrontano le risposte del singolo operatore dei reparti pilota in data 25 marzo 2014, 'before' e 'after' la formazione, con quelli post-sperimentazione del 3 giugno 2014 ('after after').

Gli incontri sono stati programmati e condotti sempre per entrambi i reparti pilota. Trattandosi di un questionario anonimo, i dati non sono stati separati per il singolo reparto. Agli operatori è stato chiesto di porre una sigla personale sulla loro scheda al termine della compilazione. Alcuni colleghi

hanno partecipato a una sola data di incontro. Si è riusciti a risalire ai dati di tredici operatori, che in seguito vengono riportati ed interpretati:

1. Operatore 1

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	molto d'accordo	
1.1. after	d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	d'accordo	
1.3. after	d'accordo	molto d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	poco d'accordo	molto d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	indeciso	molto d'accordo
3.2. before	d'accordo	
3.2. after	indeciso	molto d'accordo
4. before	indeciso	
4. after	indeciso	d'accordo
5. before	poco d'accordo	
5. after	poco d'accordo	d'accordo

Confrontando le risposte 'after' (dopo la formazione) del 25 marzo con quelle del 3 giugno, si evidenzia una maggiore soddisfazione dell'operatore dopo la sperimentazione in tutti i punti. Particolare rilievo troviamo nelle risposte sulla completezza (2. da "poco d'accordo" a "molto d'accordo"), sulla continuità (3.1. e 3.2. da "indeciso" a "molto d'accordo") e sulla chiarezza (5. da "poco d'accordo" a "d'accordo"). L'operatore vede la nuova metodologia in modo positivo sotto tutti i punti di vista interrogati e risponde nel 75% delle domande con "molto accordo".

2. Operatore 2

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	poco d'accordo	
1.1. after	poco d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	poco d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	poco d'accordo	
1.3. after	indeciso	d'accordo
2. before	indeciso	
2. after	poco d'accordo	molto d'accordo
3.1. before	poco d'accordo	
3.1. after	indeciso	molto d'accordo
3.2. before	non d'accordo	
3.2. after	poco d'accordo	d'accordo
4. before	non d'accordo	
4. after	poco d'accordo	d'accordo
5. before	non d'accordo	
5. after	poco d'accordo	d'accordo

Anche questo operatore presenta una maggiore soddisfazione dopo la sperimentazione in tutti i punti. I cambiamenti delle sue opinioni risultano molto evidenti ed esprimono il suo entusiasmo per la consegna al letto del paziente.

La consegna tradizionale ('before') viene giudicata in modo molto critico, scegliendo soprattutto le risposte "non d'accordo" (3) e "poco d'accordo" (3). La sua opinione non veniva molto modificata dalla formazione del 25 marzo ('after'), esprimendo "poco d'accordo" in 6 risposte. Invece con l'esperienza della sperimentazione, questo operatore modifica tutte le risposte in "d'accordo" (50%) e "molto d'accordo" (50%).

3. Operatore 3

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	d'accordo	molto d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	molto d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	molto d'accordo
3.2. before	indeciso	
3.2. after	d'accordo	molto d'accordo
4. before	poco d'accordo	
4. after	d'accordo	molto d'accordo
5. before	poco d'accordo	
5. after	d'accordo	molto d'accordo

Questo operatore presenta una massima soddisfazione dopo la sperimentazione, alzando i valori da "d'accordo" (100% nel 'after') a "molto d'accordo" (100% del 'after-after"), in tutti i punti. La formazione del 25 marzo ('after') aveva già elevato il livello della risposta nelle domande sulla percezione sicurezza del paziente, conoscenza dell'infermiere di riferimento, partecipazione del paziente e sulla chiarezza. Infatti l'operatore aveva risposto alle domande ('before') 1.3. e 3.2. "indeciso", e alle domande 4. e 5. con "poco d'accordo".

4. Operatore 4

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	poco d'accordo	
1.1. after	d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	poco d'accordo	
1.3. after	d'accordo	d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	d'accordo
3.2. before	d'accordo	
3.2. after	d'accordo	indeciso
4. before		
4. after	d'accordo	indeciso
5. before	d'accordo	
5. after	d'accordo	indeciso

Questo sanitario non ha risposto alla domanda sul coinvolgimento ('before'). Si trovano risposte invariate oppure di valore maggiore (più positivo) nella valutazione 'after' del 25 marzo. L'esperienza della sperimentazione si riflette in questo operatore, rispetto alla valutazione 'after' del 25 marzo, con valori aumentati (2 risposte da "d'accordo" a "molto d'accordo"), invariati ("d'accordo" in tre risposte), e anche attraverso qualche dubbio (da "d'accordo" a "indeciso" nelle domande conoscenza dell'infermiere di riferimento, partecipazione del paziente e chiarezza). I suoi dubbi, soprattutto sulla chiarezza e eventuali disturbi (domanda 5) devono essere oggetto di approfondimento.

5. Operatore 5

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	indeciso	d'accordo
2. before	indeciso	
2. after	d'accordo	indeciso
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	d'accordo
3.2. before	d'accordo	
3.2. after	d'accordo	d'accordo
4. before	poco d'accordo	
4. after	d'accordo	indeciso
5. before	poco d'accordo	
5. after	poco d'accordo	non d'accordo

Per questa persona permangono alcuni dubbi sulla qualità della consegna dopo la formazione, già espressi nella valutazione 'before', per quanto riguarda la percezione di sicurezza del paziente (1.3. "indeciso") e la chiarezza ("poco d'accordo"). Dopo la sperimentazione in reparto della consegna al letto, risponde alla domanda sulla percezione di sicurezza (1.3.) con "d'accordo", mentre nega la chiarezza della consegna (domanda 5) esprimendo "non d'accordo". Egli esprime altri dubbi post-sperimentazione per quanto riguarda la completezza e il coinvolgimento del paziente ("indeciso").

6. Operatore 6

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	indeciso	
1.1. after	indeciso	d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	d'accordo	d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	molto d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	
3.2. before	non d'accordo	
3.2. after	molto d'accordo	d'accordo
4. before	non d'accordo	
4. after	molto d'accordo	d'accordo
5. before	non d'accordo	
5. after	indeciso	

Il collega valuta tutte le domande post-sperimentazione in modo positivo ("d'accordo" o "molto'accordo"), mancano però le risposte alle domande 3.1. e 5. Dopo l'esperienza della consegna al letto giudica in modo più positivo le domande 1.1., 1.2. e 2., confrontando le risposte con l'opinione espressa post-formazione. Per quanto riguarda le domande 3.2. (sapere chi è l'infermiere di riferimento) e 4 (coinvolgimento del paziente durante consegna) si esprime prima e dopo la formazione usando le risposte dei poli estremi ("non d'accordo" – "molto d'accordo"). L'operatore non riferisce quindi nessuna criticità nella valutazione della nuova metodologia.

7. Operatore 7

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	indeciso
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	molto d'accordo	d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	molto d'accordo	d'accordo
3.2. before	d'accordo	
3.2. after	molto d'accordo	d'accordo
4. before	poco d'accordo	
4. after	molto d'accordo	indeciso
5. before	molto d'accordo	
5. after	poco d'accordo	poco d'accordo

Questo operatore permane con qualche dubbio sulla metodologia consegna al letto, come vissuto durante il periodo di sperimentazione. Nonostante il 62,5% delle sue riposte siano sul livello "d'accordo", risponde con "indeciso" alla domanda 1.1. (quadro sufficiente) e alla domanda 4. (coinvolgimento). Sembra che questo collega faccia fatica a lasciare il metodo tradizionale di consegna per quanto riguarda il punto della chiarezza e interruzioni (domanda 5). Risponde con "molto d'accordo" nella valutazione 'before', ma con "poco d'accordo" nelle valutazioni post formazione e post sperimentazione. Questo aspetto peggiorativo deve essere approfondito nel team dello specifico reparto.

8. Operatore 8

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	molto d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	d'accordo	indeciso
2. before	d'accordo	
2. after	molto d'accordo	molto d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	d'accordo
3.2. before	poco d'accordo	
3.2. after	d'accordo	d'accordo
4. before	non d'accordo	
4. after	d'accordo	d'accordo
5. before	indeciso	
5. after	indeciso	indeciso

Sembra che questo operatore apprezzi la possibilità di coinvolgimento del paziente nella nuova metodologia, risponde con "d'accordo" alla domanda 4 dopo la formazione e dopo la sperimentazione. Anche le altre risposte dopo la sperimentazione "molto d'accordo" (3 su 8) e "d'accordo" (3 su 8) esprimono la sua soddisfazione con la nuova metodologia; persistono dei dubbi per quanto riguarda la domanda 1.3. (il paziente si sente sicuro) – "indeciso"- e sul punto della chiarezza, domanda 5, sempre valutato con "indeciso", in tutte e tre le valutazioni. L'incontro di formazione e la discussione sulla metodologia del 25 marzo hanno influenzato il suo giudizio positivamente per la maggioranza delle domande.

9. Operatore 9

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	indeciso	d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	indeciso	molto d'accordo
3.1. before	indeciso	
3.1. after	indeciso	molto d'accordo
3.2. before	poco d'accordo	
3.2. after	d'accordo	molto d'accordo
4. before	non d'accordo	
4. after	d'accordo	d'accordo
5. before	poco d'accordo	
5. after	indeciso	molto d'accordo

Dopo il periodo di sperimentazione il collega risponde a tutte le domande con "d'accordo"(3 su 8) e "molto d'accordo" (5 su 8) e dichiara quindi la sua piena soddisfazione con la consegna al letto del paziente. Mentre la formazione non poteva rimuovere tutti i dubbi (domanda 1.3., 2., 3.1., 5.), l'esercizio pratico in reparto sembra aver convinto il collega degli aspetti positivi, dei benefici, della nuova metodologia. In modo critico ("poco d'accordo") valuta nella sezione 'before' la chiarezza (domanda 5) della consegna tradizionale. Il giudizio si sviluppa verso la positività "molto d'accordo", con il nuovo metodo riferisce di ricevere una consegna più chiara con meno disturbi. Il collega riferisce anche un miglioramento per quanto riguarda gli aspetti della sicurezza.

10. Operatore 10

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	molto d'accordo
1.3. before	d'accordo	
1.3. after	d'accordo	molto d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	molto d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	molto d'accordo
3.2. before	d'accordo	
3.2. after	d'accordo	molto d'accordo
4. before	indeciso	
4. after	indeciso	molto d'accordo
5. before	indeciso	
5. after	d'accordo	molto d'accordo

Il sanitario si esprime con il massimo del voto a tutte le domande post-sperimentazione ("molto d'accordo") e fa parte quindi anche lui dei sostenitori della metodologia.

Anche se non ha valutato in modo molto critico la consegna tradizionale (before), rispondendo con "d'accordo" al 75% delle domande, condivide alla fine della sperimentazione con molto entusiasmo tutti i benefici della consegna al letto. Egli apprezza la partecipazione del paziente alle consegne, e percepisce un miglioramento per quanto riguarda la chiarezza e i disturbi (nella valutazione 'before' aveva risposto con "indeciso" alla domanda 5).

Questo operatore potrebbe essere una figura con leadership nel cambiamento culturale. Si esprime a favore della nuova metodologia, ed è capace di coinvolgere e sostenere i colleghi a proseguire e a migliorare il percorso intrapreso. Ogni cambiamento organizzativo e culturale ha molto bisogno di tale persone nel team, di persone che riescono a trainare e convincere altri colleghi più indecisi.

11. Operatore 11

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	poco d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	poco d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	indeciso	non d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	poco d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	poco d'accordo
3.2. before	molto d'accordo	
3.2. after	molto d'accordo	d'accordo
4. before	poco d'accordo	
4. after	d'accordo	d'accordo
5. before	non d'accordo	
5. after	non d'accordo	poco d'accordo

Le risposte di questo collega sono particolari, sono uniche, nella compilazione post-sperimentazione, e sono certamente degne di un approfondimento. Nella valutazione iniziale ('before') l'operatore riferisce di essere "d'accordo" (o "molto d'accordo") con l'affermazione 1.1., 1.2. (sicurezza), 2. (completezza), e 3.1., 3.2. (continuità). Alla domanda 4 sul coinvolgimento del paziente nella consegna ('before'), risponde con "poco d'accordo". Si esprime in modo molto critico riguardo alla consegna tradizionale, valutando con "non d'accordo" la domanda su chiarezza e disturbi.

La sua valutazione post-formazione risulta quasi identica a quello 'before'. L'unica variazione la troviamo nella risposta 4 sul coinvolgimento (da "poco d'accordo" arriva a "d'accordo"). Quindi interpreta come unico beneficio di una consegna al letto l'aspetto di poter coinvolgere il paziente.

Le sue riposte post-sperimentazione esprimano un concetto, una sensazione diffusa di negatività riguardo a questa nuova esperienza. In 62,5% delle risposte (5 su 8) segna "poco d'accordo". Alla

nuova metodologia concede due solo aspetti positivi: "il paziente per ogni turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento" (domanda 3.2.) e "la consegna permette un coinvolgimento del paziente" (domanda 4), rispondendo a entrambe le domande con "d'accordo". Mentre alla domanda 1.3. "il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza" risponde con "indeciso", sia nel 'before' che nel 'after' del 25 marzo, in data 3 giugno segna "non d'accordo".

Le motivazioni, le insicurezze e le preoccupazioni di questo collega devono essere indagate. Si suppone che il collega fosse condizionato da eventuali problematiche, come la presenza dei parenti durante l'orario di consegna, in reparto di lungodegenza, con relative insicurezze alla loro presenza.

12. Operatore 12

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	d'accordo
1.2. before	d'accordo	
1.2. after	d'accordo	d'accordo
1.3. before	d'accordo	
1.3. after	d'accordo	d'accordo
2. before	d'accordo	
2. after	d'accordo	d'accordo
3.1. before	d'accordo	
3.1. after	d'accordo	d'accordo
3.2. before	poco d'accordo	
3.2. after	d'accordo	d'accordo
4. before	poco d'accordo	
4. after	d'accordo	indeciso
5. before	poco d'accordo	
5. after	poco d'accordo	indeciso

A grandi linie si intravedono poche variazioni nelle risposte di questa persona. La risposta "d'accordo" predomina in tutti i tre accertamenti. La formazione convince l'operatore che il

paziente nella consegna a letto conosce il suo infermiere di riferimento (domanda 3.2.) e ha la possibilità di partecipare (domanda 4), cambiando il suo giudizio da "poco d'accordo" a "d'accordo".

Il punto della chiarezza e dei disturbi durante la consegna (domanda 5) rimane critico anche per questo collega, esprimendo "poco d'accordo" sia nel 'before' che nel 'after del 25 marzo. Dopo il periodo di sperimentazione, valuta questa domanda con "indeciso", si può quindi interpretare un certo beneficio della nuova metodologia. Anche per quanto riguarda il coinvolgimento (domanda 4) nella post-sperimentazione, esprime la valutazione "indeciso". Potrebbe trattarsi della difficoltà di coinvolgere i pazienti con deficit neurologici (soprattutto in lungodegenza) durante la consegna. Si deduce comunque un'accettazione e soddisfazione con la nuova metodologia, rispondendo al 75% delle domande (6 su 8) con "accordo".

13. Operatore 13

	25/03/14	03/06/14
1.1. before	d'accordo	
1.1. after	d'accordo	molto d'accordo
1.2. before	poco d'accordo	
1.2. after	d'accordo	d'accordo
1.3. before	indeciso	
1.3. after	molto d'accordo	molto d'accordo
2. before	poco d'accordo	
2. after	d'accordo	d'accordo
3.1. before	poco d'accordo	
3.1. after	d'accordo	d'accordo
3.2. before	non d'accordo	
3.2. after	molto d'accordo	d'accordo
4. before	non d'accordo	
4. after	molto d'accordo	molto d'accordo
5. before	non d'accordo	
5. after	indeciso	molto d'accordo

Le risposte di quest'operatore sono particolari, esprimono un alto grado di criticità riguardo alla metodologia di consegna finora praticata (tradizionale), in confronto a quanto espresso dalla maggioranza dei suoi colleghi (dei reparti pilota). Ad eccezione della domanda 1.1. (quadro sufficiente) alla quale risponde con "d'accordo", assegna a tutte le altre domande "indeciso" (1.3.), "poco d'accordo" (1.2., 2., 3.1.) e "non d'accordo" (3.2., 4., 5.). Anche egli riferisce problemi con la chiarezza e con i disturbi durante la forma precedente di consegna.

Le opinioni cambiano molto verso la positività dopo l'incontro di approfondimento: risponde quattro volte con "d'accordo" (1.1., 1.2., 2., 3.1.) e tre volte con "molto d'accordo" (1.3., 3.2., 4.). Per quanto riguarda la chiarezza e i disturbi (5.), il suo voto cambia da "non d'accordo" a "indeciso".

L'esperienza della sperimentazione si esprime in una positività ancora maggiore verso la nuova metodologia. Giudica con "molto d'accordo" l'aspetto della chiarezza, come altre tre domande (1.1., 1.3., 4.) e con "d'accordo" le restanti domande (1.2., 2., 3.1., 3.2.). Il collega fa quindi parte dei sostenitori.

3.4.2.3. ANALISI STATISTICA

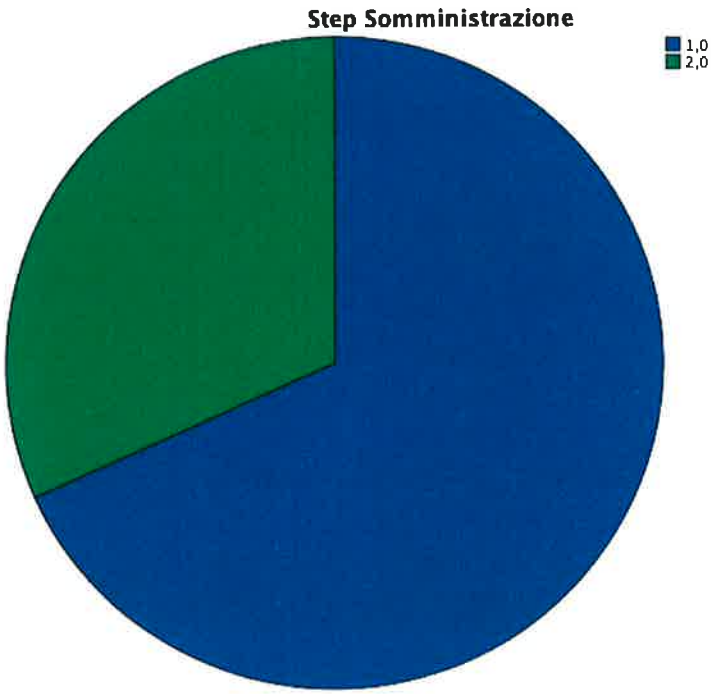
a) Statistiche descrittive

Istogrammi vedi allegati (all. 17)

Step Somministrazione

		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	1,0	28	68,3	68,3	68,3
	2,0	13	31,7	31,7	100,0
	Totale	41	100,0	100,0	

Tabella 1



La sezione statistica indaga sulla rilevazione del 25 marzo 2014 con 28 partecipanti, di cui 13 che hanno compilato il questionario anche dopo la sperimentazione nella data del 3 giugno 2015. Ci si riferisce sempre alla scala Likert di 5 passi ("non d'accordo" corrisponde al valore 1, e così via fino a "molto d'accordo" uguale al valore 5).

Statistiche

		1.1.b	1.1.a	1.2.b	1.2.a	1.3.b	1.3.a	2.b	2.a	3.1.b
N	Valido	28	39	28	39	27	39	28	39	28
	Mancante	13	2	13	2	14	2	13	2	13
Media		3,714	3,974	3,750	4,051	3,185	3,872	3,679	3,846	3,643
Mediana		4,000	4,000	4,000	4,000	3,000	4,000	4,000	4,000	4,000
Moda		4,0	4,0	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Deviazione std.		,9372	,8107	,7005	,6863	,7357	,8329	,7228	,9608	,7800
Varianza		,878	,657	,491	,471	,541	,694	,522	,923	,608
Asimmetria		-1,406	-,889	-1,697	-1,095	-,312	-1,190	-1,317	-1,178	-,767
Curtosi		1,975	,968	2,648	2,908	-1,017	2,877	1,369	1,371	,377
Minimo		1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0
Massimo		5,0	5,0	5,0	5,0	4,0	5,0	5,0	5,0	5,0

Statistiche

		3.1.a	3.2.b	3.2.a	4.b	4.a	5.b	5.a
N	Valido	37	26	39	27	39	28	38
	Mancante	4	15	2	14	2	13	3
Media		3,973	2,846	4,026	1,815	3,872	2,286	3,053
Mediana		4,000	3,000	4,000	2,000	4,000	2,000	3,000
Moda		4,0	4,0	4,0	2,0	4,0	2,0	2,0[a]
Deviazione std.		,6449	1,2866	,8732	,9214	,8938	1,181	1,229
Varianza		,416	1,655	,762	,849	,799	1,397	1,511
Asimmetria		-,633	-,179	-1,551	1,669	-,670	,701	-,013
Curtosi		1,724	-1,490	3,571	4,265	-,010	-,515	-,986
Minimo		2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0
Massimo		5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0

a. Esistono più mode. Viene visualizzato il valore più piccolo

Tabella 2

I numeri mancanti dipendono da questionari non compilati, o parzialmente compilati.

Media:

Il valore della media si trova fra 1,8 (domanda 4, coinvolgimento dei pazienti, 'before') e 4,05 (domanda 1.2. percepire le priorità, 'after'). Il valore basso della media del punto 4 'before' rispecchia in effetti la totale impossibilità di partecipazione per i pazienti e famigliari alla consegna tradizionale, dietro porte chiuse. Quasi tutti i sanitari condividono l'aspetto, distribuendo le risposte

maggiormente fra "non d'accordo" e "poco d'accordo". Il valore della media del punto 4 'after' , invece, si trova nella fascia dei valori più alti (3,9). Tramite la consegna a letto si permette il coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni.

La formazione e l'approfondimento nella pratica riescono a avviare un cambiamento culturale.

Tutti i valori della media si alzano nella rilevazione 'after' al confronto del 'before'. Infatti troviamo il salto numerico più rilevante proprio sull'argomento della partecipazione dei pazienti (domanda 4).

Nella domanda 1.1. "l'infermiere che inizia il turno riceve attraverso la consegna un quadro sufficiente del paziente per poter garantire un'assistenza sicura e adeguata" si alza la media di 0,26.

Nella domanda 1.2. "attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza" il valore aumenta di 0,30 e raggiunge il valore più alto nelle rilevazioni di questo questionario (4,05). Le priorità si riconoscono meglio attraverso la consegna al letto.

Il valore delle medie della domanda 1.3. "Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza" permane al di sotto delle domande precedenti, soprattutto nella rilevazione 'before' (3,185 before; 3,872 after). Possiamo però rilevare un aumento della media di 0,69, quindi più significativo rispetto alle domande precedenti. Le risposte dei colleghi nella sezione 'before' dimostrano un loro sguardo critico sulla qualità della consegna tradizionale. La consegna al letto può servire per aumentare la percezione del paziente di essere curato in sicurezza. Il valore media 'after' si aggira comunque fra gli più alti di questa statistica.

Nella domanda 2 sulla completezza delle consegne, il valore della media aumenta di 0,17 dalla rilevazione 'before`a quella 'after', raggiungendo un livello alto (3,846 'after') , dimostrando la soddisfazione degli operatori riguardo a questo criterio.

La domanda 3 si riferisce alla continuità, fattore determinante e motivazione intrinseca della consegna. Il valore della media della domanda 3.1. "Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza" sale dopo il periodo della formazione e sperimentazione di 0,33 a 3,97, esprimendo quindi un pieno "d'accordo" da parte degli operatori.

Per quanto la domanda 3.2. "Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento" potrebbe essere mal interpretata, perché probabilmente poco chiara, nella valutazione 'before' appare un valore della media al di sotto del 3 (2,85), quindi sotto la soglia del "indeciso". Il valore della media aumenta in modo significativo nella sezione 'after', di 1,18 arrivando a 4,026. Gli operatori condividono ampiamente il beneficio della nuova metodologia.

Ancora più evidente risulta l'aumento della media nella domanda 4 sul coinvolgimento: "l'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni", da 1,8 a 4,0 (+ 2,2), da "non d'accordo" a "d'accordo" e segna quindi il cambiamento di maggior entità attraverso la consegna al letto. Rendere possibile questa innovazione, e farla apprezzare da molte persone, operatori e pazienti, può essere ritenuta il successo più importante di questa ricerca.

Le risposte alla domanda 5 sulla chiarezza: "il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti", fanno comprendere l'insoddisfazione degli operatori al riguardo. Il valore della media 'before', infatti è 2,29, il valore più basso delle medie (escluso domanda 4). Molti operatori sembrano disturbati dalle distrazioni durante la consegna tradizionale. Nella valutazione 'after' sale la media di 0,77, un risultato meritevole della formazione e sperimentazione, che viene anche confermato, tramite i colloqui personale e il questionario aperto, da molti operatori. Con la consegna al letto i disturbi e i fattori distraenti diminuiscono o addirittura spariscono.

Mediana:

I valori della mediana rispecchiano ulteriormente le conclusioni già sopra approfondite. Su 16 rilevazioni, 11 riportano la mediana 4, quindi l'opinione di essere "d'accordo". Di queste 11 rilevazioni della stessa mediana, solo quattro si riferiscono alla compilazione `before', mentre sette alla rilevazione 'after', altro segno del miglioramento apportato tramite questo studio.

In particolare aumenta la mediana da 'before' a 'after' nelle domande:

- 1.3. "Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza", da 3 (indeciso) a 4 (d'accordo)
- 3.2. "Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento", da 3 (indeciso) a 4 (d'accordo)
- 4. "l'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni", da 2 (poco d'accordo) a 4 (d'accordo)
- 5. "il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti", da 2 (poco d'accordo) a 3 (indeciso)

Moda:

Il valore della moda risulta essere quasi sempre 4 (d'accordo), (12 su 16). Eccezioni sono:

- 1.3. "before" : "il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza", moda 3
- 4. "before": "l'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni", moda 2
- 5. "before" : "il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti", moda 2
- 5. "after", moda 2 (Esistono più mode, viene visualizzato il valore più piccolo)

Deviazione standard:

I valori della deviazione standard più elevati riguardano le risposte:

- 3.2. 'before' deviazione standard: 1,28. La domanda: "Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento", mostra un valore di media piuttosto basso, come descritto sopra. La domanda è stata interpretata in modi molto diversi dai colleghi. La deviazione standard delle risposte 3.2. 'after', invece, rientra tra i valori più bassi (0,87). Probabilmente nella valutazione 'before' alcuni colleghi non sono riusciti a interpretare l'intenzione della domanda e collegarla con la metodologia della consegna al letto.
- 5. 'before' deviazione standard 1,18. Anche nelle risposte alla domanda "il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti", abbiamo un valore di media basso, vedi sopra. Molti operatori sembrano insoddisfatti per quanto riguarda la chiarezza della consegna 'before'. Le opinioni sono però variegate.
- 5. 'after' deviazione standard 1,23. Nonostante l'aumento della media permangono opinioni diverse al riguardo della chiarezza anche nella valutazione 'after', soprattutto nell''after' del 25 marzo. I dubbi diminuiscono dopo la sperimentazione della consegna al letto, le risposte si sono spostate maggiormente verso la positività ("molto d'accordo").

I valori della deviazione standard più bassi si trovano nelle risposte 'after' con una media alta,e rispecchiano opinioni molto simili nel team, un accordo elevato fra i colleghi come p.e.

- 1.2. 'after' deviazione standard 0,68. Le risposte alla domanda "attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza" nella valutazione 'after' rappresentano il valore di media più alto. Quasi tutti i colleghi rispondano con "molto d'accordo" e "d'accordo". La deviazione standard si riduce al confronto della valutazione "before".
- 3.1. 'after' deviazione standard 0,64. Anche nelle risposte 'after' alla domanda "Il contenuto

delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza" gli operatori forniscono un quadro piuttosto uniforme.

I valori della deviazione standard generalmente si riducono sempre nella valutazione 'after', tranne nelle riposte delle domanda:

- 1.3. 'after' deviazione standard 0,83. Domanda: "Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza". Nonostante il valore della media si alzi in modo significativo, confrontando la valutazione 'before' e 'after', le risposte permangono variegate soprattutto nell'incontro 'after' del 25 marzo. Dopo la sperimentazione le riposte diventano più uniformi verso la positività (83% risponde con "molto d'accordo" e "d'accordo").
- 2. 'after' deviazione standard 0,96. Anche dalle risposte 'after' alla domanda: "l'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente" possiamo rilevare una maggiore positività e un maggior accordo fra gli operatori dopo il periodo di sperimentazione.

b) Test t

In seguito si indaga sulle risposte di 13 persone dei reparti pilota negli incontri del 25 marzo 2014 ('before' e 'after') e delle stesse persone dopo il periodo di sperimentazione (3 giugno 2014), 'after-after' (aa).

Test campioni accoppiati

		Differenze accoppiate		t	Sign. (a due code)
		Media	Deviazione std.		
Coppia 1	1.1.b - 1.1.a	-,1538	,6887	-,805	NS
Coppia 2	1.1.b - 1.1.aa	-,61538	1,38675	-1,600	NS
Coppia 3	1.1.a - 1.1.aa	-,46154	1,19829	-1,389	NS
Coppia 4	1.2.b - 1.2.a	,0000	,8165	,000	NS
Coppia 5	1.2.b - 1.2.aa	-,61538	,96077	-2,309	p. < 0.05
Coppia 6	1.2.a - 1.2.aa	-,61538	1,12090	-1,979	NS
Coppia 7	1.3.b - 1.3.a	-,7692	,8321	-3,333	p. < 0.01
Coppia 8	1.3.b - 1.3.aa	-,92308	1,11516	-2,984	P. < 0.05
Coppia 9	1.3.a - 1.3.aa	-,15385	,98710	-,562	NS
Coppia 10	2.b - 2.a	,0000	1,0000	,000	NS
Coppia 11	2.b - 2.aa	-,61538	1,04391	-2,125	NS
Coppia 12	2.a - 2.aa	-,61538	1,44559	-1,535	NS
Coppia 13	3.1.b - 3.1.a	-,2308	,7250	-1,148	NS
Coppia 14	3.1.b - 3.1.aa	-,69231	1,25064	-1,996	NS
Coppia 15	3.1.a - 3.1.aa	-,46154	1,19829	-1,389	NS
Coppia 16	3.2.b - 3.2.a	-1,2308	1,5359	-2,889	p. < 0.05
Coppia 17	3.2.b - 3.2.aa	-1,38462	1,50214	-3,323	p. < 0.01
Coppia 18	3.2.a - 3.2.aa	-,15385	1,14354	-,485	NS
Coppia 19	4.b - 4.a	-2,0769	1,3205	-5,671	p. < 0.01
Coppia 20	4.b - 4.aa	-2,07692	1,18754	-6,306	p. < 0.01
Coppia 21	4.a - 4.aa	,00000	1,22474	,000	NS
Coppia 22	5.b - 5.a	-,4615	1,3301	-1,251	NS
Coppia 23	5.b - 5.aa	-1,38462	1,98068	-2,521	p. < 0.05
Coppia 24	5.a - 5.aa	-,92308	,95407	-3,488	p. < 0.01

Tabella 3

Statistiche campioni accoppiati

		Media	Deviazione std.	Media errore standard
Coppia 5	1.2.b	3,846	,5547	,1538
	1.2.aa	4,4615	,87706	,24325
Coppia 7	1.3.b	3,077	,6405	,1776
	1.3.a	3,846	,6887	,1910
Coppia 8	1.3.b	3,077	,6405	,1776
	1.3.aa	4,0000	1,08012	,29957
Coppia 16	3.2.b	2,846	1,4051	,3897
	3.2.a	4,077	,8623	,2392
Coppia 17	3.2.b	2,846	1,4051	,3897
	3.2.aa	4,2308	,59914	,16617
Coppia 19	4.b	1,846	,8006	,2221
	4.a	3,923	,8623	,2392
Coppia 20	4.b	1,846	,8006	,2221
	4.aa	3,9231	,75955	,21066
Coppia 23	5.b	2,231	1,2352	,3426
	5.aa	3,6154	1,19293	,33086
Coppia 24	5.a	2,692	,9473	,2627
	5.aa	3,6154	1,19293	,33086

Tabella 4

Al fine di verificare la variazione delle risposte nel tempo, si sono sottoposte ad analisi con statistica student t per campioni dipendenti, le risposte di un subgruppo di 13 rispondenti, compilanti il questionario in tre distinti momenti (i.e., 'before', 'after' dell'incontro del 25 marzo 2014 and 'after after' dell'incontro post sperimentazione pratica del 3 giugno 2014).

L'analisi delle medie delle risposte ha mostrato una differenza significativa solo per le dimensioni riportate in tabella 4.

In generale tutte le variazioni significative mostrano un miglioramento (i.e., un incremento del punteggio) tra la prima scansione e quelle successive. Sono state create 24 coppie di confronto (8 domande per 3 valutazioni). In 9 coppie risulta una differenza significativa ($p. < 0.05$ o $p. < 0.01$). Di queste 9 coppie si riferiscono sei alla valutazione 'after after'(aa) e mettono quindi ulteriormente

in evidenza il successo della sperimentazione pratica della consegna al letto.

In particolare, la domanda

- 1.2. 'aa' ("attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza"), mostra una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione 'before' con un valore di t=2,31 (p. < 0.05), mostrando come questa informazione tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 0,61). Il valore della media di questa rilevazione 'after after' rappresenta quello più alto in assoluto (4,46), fra "d'accordo" e "molto d'accordo". Gli operatori condividono ampiamente che la consegna al letto del paziente permette all'infermiere di percepire in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza.
- 1.3. 'after' ("Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza"), mostra una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione "before" con un valore di t=3,33 (p. < 0.01), mostrando come questa percezione tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 0,77).
- 1.3. 'aa' mostra una variazione significativa anche rispetto alla sua rilevazione 'before' con un valore di t=2,98 (p. < 0.05), mostrando come questa percezione tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 0,92).
- 3.2. 'after' ("il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento"), mostra una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione 'before' con un valore di t=2,89 (p. < 0.05), mostrando come questa percezione tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 1,23).
- 3.2. 'aa' mostra una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione 'before' con un valore di t=3,3 (p. < 0.01), mostrando come questa percezione tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 1,38).
- 4. 'after' ("l'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni"), mostra una variazione significativa rispetto alla sua

rilevazione 'before' con un valore di t=5,67 (p. < 0.01), mostrando come questo coinvolgimento tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 2,08) .

- 4. 'aa' mostra una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione 'before' con un valore di t=6,31 (valore rilevato più alto) (p. < 0.01), mostrando come questo coinvolgimento tenda realizzarsi (differenza media= 2,08) . Ancora una volta si esprime in questo risultato che la partecipazione del paziente rappresenta il cambiamento più evidente rilevato in questa ricerca.
- 5. 'aa' ("il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti"), mostra una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione 'before' con un valore di t=2,52 (p. < 0.05), mostrando come la chiarezza della consegna tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 1,38).
- 5. 'aa' mostra anche una variazione significativa rispetto alla sua rilevazione 'after' con un valore di t=3,49 (p. < 0.01), mostrando come la chiarezza della consegna tenda a modificarsi e quindi migliorando (differenza media= 0,92) . In questa ultima e unica coppia si rileva quindi anche una variazione significativa fra 'after after' e 'after', fornendo un'altra prova per il beneficio della sperimentazione pratica della consegna al letto. Gli operatori attestano dopo l'esperienza pratica della consegna al letto un aumento significativo della chiarezza e una diminuzione dei disturbi.

c) L'analisi delle correlazioni

In questa sezione si indaga sulle correlazioni fra le risposte 'before' e 'after' dell'incontro con gli operatori dei due reparti pilota del 25 marzo.

Correlazioni

		1.1.b	1.1.a	1.2.b	1.2.a	1.3.b	1.3.a	2.b
1.1.b	Pearson r	1						
1.1.a	Perason r		1					
1.2.b	Perason r	,564		1				
	p. Value	p. < 0.01						
1.2.a	Perason r		,774		1			
	p. Value		p. < 0.01					
1.3.b	Perason r	,394				1		
	p. Value	p. < 0.05						
1.3.a	Perason r						1	
2.b	Perason r	,570		,786				1
	p. Value	p. < 0.01		p. < 0.01				
2.a	Perason r		,390		,524			
	p. Value		p. < 0.05		p. < 0.01			
3.1.b	Perason r			,441				,446
	p. Value			p. < 0.05				p. < 0.05
3.1.a	Perason r				,440		,524	
	p. Value				p. < 0.05		p. < 0.01	
3.2.b	Perason r							
	p. Value							
3.2.a	Perason r		,449		,591		,508	
	p. Value		p. < 0.05		p. < 0.01		p. < 0.01	
4.b	Perason r							
	p. Value							
4.a	Perason r				,480		,729	
	p. Value				p. < 0.01		p. < 0.01	
5.b	Perason r		,468			-,412		
	p. Value		p. < 0.05			p. < 0.05		
5.a	Perason r							
	p. Value							

Correlazioni

		2.a	3.1.b	3.1.a	3.2.b	3.2.a	4.b	4.a	5.b
1.1.b	Perason r								
1.1.a	Perason r								
1.2.b	Perason r								
	p. Value								
1.2.a	Perason r								
	p. Value								
1.3.b	Perason r								
	p. Value								
1.3.a	Perason r								
2.b	Perason r								
	p. Value								
2.a	Perason r	1							
	p. Value								
3.1.b	Perason r		1						
	p. Value								
3.1.a	Perason r	,811		1					
	p. Value	p. < 0.01							
3.2.b	Perason r		,531		1				
	p. Value		p. < 0.01						
3.2.a	Perason r					1			
	p. Value								
4.b	Perason r		,482		,554		1		
	p. Value		p. < 0.05		p. < 0.01				
4.a	Perason r	,390		,479		,834		1	
	p. Value	p. < 0.05		p. < 0.05		p. < 0.01			
5.b	Perason r				,447				1
	p. Value				p. < 0.05				
5.a	Perason r	,416							
	p. Value	p. < 0.05							

L'analisi delle correlazioni (i.e., Pearson correlation) tra le domande del questionario, e tra le varie somministrazioni del questionario, permettono una analisi delle relazioni tra i caratteri rilevati nella

scansione.

In particolare la domanda

1.1. `before' ("l'infermiere che inizia il turno riceve attraverso la consegna un quadro sufficiente del paziente per poter garantire un'assistenza sicura e adeguata") mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 1.2. 'before' ("attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza") ($r=0,56$, $p. < 0.01$)
- 1.3. 'before' ("Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza") ($r=0,39$, $p.< 0.05$)
- 2. 'before' ("l'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente") ($r=0,57$, $p.<0.01$).

Tali relazioni indicano che gli operatori dei due reparti pilota dimostrano opinioni concordanti per le questioni di sicurezza e completezza nella consegna tradizionale. Come già accennato in precedenza le opinioni espresse nella domanda 1.3. sono al confronto più critiche e meno concordanti ($p < 0,05$).

1.1. `after' mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 1.2. 'after' ($r=0,77$, $p. < 0,01$)
- 2. 'after' ($r=0,39$, $p. < 0,05$)
- 3.2. 'after' ("il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento") ($r=0,45$, $p. < 0,05$)
- 5. 'before' ("il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti") ($r=0,47$, $p. < 0,05$)

Tali relazioni indicano che le correlazioni sono più evidenti con le opinioni espressi dopo la formazione, in particolare con la domanda 1.2. (sempre sulla sicurezza) con un valore r piuttosto alto.

In termini predittivi, l'unica variabile 'before' in grado di predire una variabile 'after' è rappressentata dalla domanda 5. 'before' (r=0,47, p.<0.05), che predice la risposta alla domanda 1.1. 'after' con una efficacia del 21% (i.e., r^2=0,209).

1.2. 'before' ("attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza"), mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 2. 'before' ("l'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente") (r= 0,79, p. < 0,01)
- 3.1. 'before' ("Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza") (r=0,44, p. < 0,05)

Tali relazioni indicano una correlazione molto evidente, come già accennato, fra questa domanda e la domanda 2, sempre nella valutazione 'before', con un valore r relativamente alto.

1.2. 'after' mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 2. 'after' (r=0,52, p. < 0,01)
- 3.1. 'after' (r=0,44 , p < 0,05)
- 3.2. 'after' (r=0,59, p. < 0,01)
- 4. 'after' ("l'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni") (r=0,48, p. < 0,01)

Tali relazioni indicano che le correlazioni sono più evidenti con le opinioni espresse dopo la formazione. La formazione porta a un maggior numero di correlazioni fra le domande.

1.3. 'before' ("Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza") mostra una associazione statisticamente significativa in più con la domanda

- 5. 'before' (r=0,41, p. < 0,05)

Tale relazione indica che, riguardo a entrambe le domande, gli operatori esprimono un elevato disaccordo in riferimento alla consegna tradizionale.

1.3. 'after' mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 3.1. 'after' ($r=0,52$, $p. < 0,01$)
- 3.2. 'after' ($r=0,51$, $p. < 0,01$)
- 4. 'after' ($r=0,73$, $p. < 0,01$)

Tale relazione indica che gli operatori collegano nella valutazione post formazione gli aspetti della sicurezza con quelli della continuità e del coinvolgimento. Soprattutto la possibilità di partecipazione e coinvolgimento (domanda 4 con valore r alto) stimola la percezione di sicurezza del paziente.

2. 'before' ("l'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente") mostra una associazione statisticamente significativa in più con la domanda

- 3.1. 'before' ($r=0,45$, $p. < 0,05$)

Tale relazione indica che per gli operatori nella valutazione 'before' esiste una correlazione fra l'aspetto della completezza (domanda 2) e quello della continuità (domanda 3.1.)

2. 'after' mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 3.1. 'after' ($r=0,81$, $p. < 0,01$)
- 4. 'after' ($r=0,39$, $p < 0,05$)
- 5. 'after' ($r=0,42$, $p < 0,05$)

Si conferma la correlazione appena accennata fra domanda 2 e domanda 3.1. con un valore r molto alto. Inoltre si attesta un collegamento per quanto riguarda le opinioni dei colleghi nella valutazione 'after' fra la continuità (domada 3.1.), la possibilità di coinvolgimento (domanda 4) e la chiarezza

della consegna al letto del paziente (domanda 5). Esiste quindi una correlazione significativa delle risposte alle domanda 2 con quasi tutte le altre risposte.

3.1. 'before' ("Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza") mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 3.2. 'before' ($r=0,53$, $p < 0.01$)
- 4. 'before' ($r=0,48$, $p. < 0,05$)

Tale relazione indica che nella valutazione 'before' per gli operatori esiste una correlazione con l'altra domanda sulla continuità (3.2.), ma anche con una eventuale partecipazione del paziente alle consegne (domanda 4).

3.1. 'after' mostra una associazione statisticamente significativa in più con la domanda

- 4. 'after' ($r=0,48$, $p. < 0,05$)

Tale relazione conferma la correlazione della stessa coppia di risposte nella valutazione 'before'. Un coinvolgimento del paziente nelle consegne può contribuire ad un elevato grado di continuità nell'assistenza.

3.2. 'before' ("il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento") mostra una associazione statisticamente significativa con la domanda

- 4. 'before' ($r=0,55$, $p < 0.01$)
- 5. 'before' ($r=0,45$, $p. < 0,05$)

Risulta quindi che anche la domanda 3.2. è correlata a quasi tutte le altre domande in modo statisticamente significativo.

3.2. 'after' mostra una associazione statisticamente significativa in più con la domanda

- 4. 'after' ($r=0,83$, $p. < 0,01$)

Tale relazione indica che molti operatori (valore r più alto in assoluto) collegano la partecipazione del paziente alle consegne con il venire a conoscenza di chi sia l'infermiere di riferimento.
Non ci sono altre associazioni statisticamente significative per le risposte 4. 'before', 'after' e 5. before', 'after'.

3.4.3. Questionario con domande aperte

Alla fine del percorso sperimentale di due mesi, in occasione dell'incontro di condivisone con i team dei due reparti, è stato somministrato un questionario. Il questionario è stato sviluppato dal dottorando riferendosi a questionari validati e utilizzati nella vasta letteratura internazionale.
In accordo con i rappresentanti della direzione infermieristica dell'AUSL di Ferrara (vedi allegato 4), si è deciso di coinvolgere in questa valutazione solo i colleghi infermieri, essendo la figura dell'infermiere che pratica in prima linea e in modo diretto la consegna.

Il questionario è stato compilato da 25 persone (su un totale di 28 infermieri) che corrisponde all'89%.

Consiste in 5 domande aperte e in una raccolta di dati anagrafici. Di seguito vengono riportati tutti i dati forniti dai partecipanti (ogni partecipante è individuato da una lettera alfabetica), con un commento alla fine di ogni domanda, e la elaborazione dei dati anagrafici.
La scheda del questionario viene riportata negli allegati (allegato 16).

1. **Pensando alla nuova forma di consegna al letto del paziente: che cosa sta andando bene?**

A. Immediata percezione delle problematiche dell'utente; attuazione completa del problem solving
B. Coinvolgimento del paziente
C. Visone globale del paziente; percezione più ampia delle priorità del paziente; consegna più concisa
D. Condivisione delle problematiche con paziente e parente; visione immediata delle priorità assistenziali; aspetti di sicurezza migliorati
E. Riconoscere le priorità all'inizio del turno, avendo una visione più completa della situazione clinica; confronto fra colleghi
F La presa in carico del paziente; prendere consegna al letto dà modo di aver una sorta di "colpo d'occhio" e individuare i problemi, situazioni, priorità
G. Visione immediata del paziente nella sua presa in carico "dichiarata"
H. Riconoscere le priorità all'inizio del turno
I. Si ha un colpo d'occhio immediato dei bisogni assistenziali del paziente; il momento della consegna è meno disturbato
J. Al momento è positiva e costruttiva
K. Ulteriore verifica che tutte le informazioni siano state recepite al meglio e quindi maggiore soddisfazione in generale
L. Avere un quadro completo del paziente
M. Miglior presa in carico e definizione priorità assistenziali
N. Visualizzazione immediata delle priorità assistenziali; abbreviazione dei tempi di consegna; no disturbi
O. Le consegne al letto nella nuova forma non portano alcun cambiamento migliorativo
P. Visione completa del paziente al momento della presa in carico
Q. Dal mio punto di vista tutto bene
R. La presa in carico completa del paziente; priorità assistenziali; la consapevolezza del coinvolgimento del paziente; visone oggettiva delle condizioni reali del paziente; rende la consegna più completa
S. Non vi sono più tutti gli elementi di disturbo; il paziente si sente tutelato; visione chiara e completa del paziente da prendere in carico
T. La presa in toto del paziente; ho la possibilità di vedere subito il paziente durante le con-

segne e organizzarmi in base alle priorità

U. Ritengo ci sia stato un completo miglioramento in tutto
V. La visione completa del paziente di persona
W. La possibilità, da parte di chi riceve la consegna, di avere un quadro reale delle condizioni del paziente
X. Che il paziente si sente considerato di più dal personale e che non ci sono forme di disturbo esterne
Y. No disturbo; più veloce; più coinvolgimento del malato; migliore comunicazione con il paziente.

discussione:

Le risposte dimostrano un'ampia soddisfazione da parte depersonale coinvolto nello studio. L'incontro con il paziente, il suo coinvolgimento, la condivisione delle consegne in presenza del paziente, fornisce un quadro più completo. Si evidenzia una migliore comunicazione, una percezione più rapida e completa dei bisogni e necessità del paziente, tempi più rapidi di consegna, il riconoscimento delle priorità in una consegna più concisa, meno disturbi della consegna, una migliore sicurezza. Si riconosce il vantaggio della presa in carico "dichiarata" e del confronto con il collega.

L'action research ha portato senz'altro diversi benefici, come lo testimoniano gli infermieri. Attraverso la sperimentazione pratica di una nuova metodologia, si è riusciti a migliorare la soddisfazione professionale di un'importante parte dell'attività lavorativa giornaliera. La ricerca-azione dà i suoi frutti quando i colleghi rilasciano in prevalenza commenti del genere: "ritengo ci sia stato un completo miglioramento in tutto", anche se non mancano rarissimi commenti negativi (vedi operatore O).

2. Che cosa non sta andando bene?

A. Mancata percezione da parte del familiare del fine ultimo del passaggio di consegna; il coinvolgimento del paziente, del parente parallelo al passaggio d'informazioni tra colleghi

B. Nulla

C. Nulla per il momento

D. Scarso feedback delle informazioni ricevute da parte dei parenti; gestione delle informazioni sensibili / non conosciute dal paziente

E. Presenza di familiari non sempre consapevoli (forse perché non abbastanza informati) della situazione clinica del proprio congiunto; pazienti lucidi ancora non a conoscenza della loro situazione clinica, quindi difficoltà a gestire la situazione

F. Spesso dopo una mattinata "pesante" può capitare di "non aver voglia", nel senso che non si hanno più le forze e la concentrazione da spendere per tornare al letto del paziente. Certe volte si ha bisogno di far mente locale sul lavoro svolto senza interruzioni

G.. Troppe interferenze da parte dei familiari o pazienti disorientati

H. La tempistica della consegna

I. A volte il coinvolgimento dei parenti allunga i tempi della consegna, pongono spesso domande improprie

J. Parenti presenti azioni disturbo e non sempre fanno domande coerenti e pertinenti al caso

L. Tempi

M. Difficoltà del gruppo a giudicare un progetto sulle basi di singoli episodi

O. Si allungano i tempi di consegne dai 20 a 30 minuti e viene a mancare la privacy

P. Allungamento dei tempi di consegna; interruzioni dei famigliari durante la consegna al letto del paziente

Q. Nulla

R. Allungamento dei tempi di consegna

S. Per il momento il tutto è molto soddisfacente

T. I tempi di consegna si allungano e ci sono interferenze da parte dei familiari a volte non opportune

U. Nulla

V. allungamento dei tempi; domande non pertinenti da parte dei parenti, perdita di molto tempo per dare le risposte

W. Allungamento dei tempi

X. E' più lungo e complicato raccontare tutto del paziente (quando la collega non conosce il caso) al letto, perché quando non si può raccontare tutto al paziente la consegna viene doppia e questo

fa perdere tempo

Y. Privacy – con i parenti presenti

discussione:

Ci sono colleghi che attualmente non vedono nessun problema, e quindi evidenziano soltanto vantaggi mediante la nuova metodologia (22%). Alcuni colleghi (43%) riferiscono un allungamento delle consegne. Queste opinioni riflettono i dubbi espressi nell'incontro con gli infermieri del reparto di lungodegenza. Si accenna a eventuali criticità di privacy, cioè la sensazione di disturbare la riservatezza degli assistiti attraverso la consegna al letto (9%).

I colleghi della lungodegenza fanno fatica, come sembra, e come risulta dalla discussione in aula, con la presenza dei familiari (35%), con la loro presenza in stanza, con le loro domande e contributi. Una consegna davanti a un paziente non partecipante e non lucido a volte mette in difficoltà.

Qualcuno esprime la nostalgia di poter sedersi e tornare alla metodologia tradizionale. Le risposte riguardo alla durata delle consegne sono in linea con i dati di studi internazionali.

Mentre alcuni colleghi alla domanda 1 riferiscono con soddisfazione tempi più brevi, altri lamentano tempi di consegna maggiormente allungati. Sono necessarie misurazioni dei tempi di consegna, per monitorizzare e rendere più oggettivi i risultati. Come esempio si ricorda l'affermazione della coordinatrice del reparto lungodegenza, prima della formazione e sperimentazione, che riferiva tempi di consegna, con la metodologia tradizionale, già più lunghi del previsto di 20-30 minuti.

3. Suggerimenti per migliorare la consegna al letto del paziente?

A. Informativa in merito alle modifiche delle informazioni in presenza di parenti con complessa situazione emotiva

C. Si può ampliare anche alla consegna dal pomeriggio alla notte

D. Formazione sulla gestione della comunicazione per ridurre le informazioni non pertinenti, richieste dai parenti e dai pazienti

E. Al momento nessuno

F. Sinceramente nessuno. Andrebbe bene così. Escludere i parenti non sarebbe giusto soprattutto per quei pazienti disorientati che non riescono ad interagire. Anche se i parenti a volte sono un ostacolo, per una consegna fluida.

G. Coinvolgimento dei medici

H. Limitare la presenza di alcuni familiari o decidere in quale momento possono richiedere informazioni che esulano della consegna

L. Evitare questo tipo di consegne nelle giornate "no"

M. Garantire al personale una competenza e conoscenza comunicativa

O. Per migliorare la privacy suggerisco di far uscire i parenti

P. Esclusione dei familiari dalla consegna al letto

Q. Estenderla anche al turno di notte

R. Estensione del modello al turno pomeriggio/notte notte/mattina

S. Al momento non ne trovo, man mano però si procederà a mantenere questo metodo anche in altri turni, sarà gradito un altro confronto

T. Allontanare i familiari

V. Far uscire i parenti

W. Escludere i parenti

X. Non li so

discussione:

Qualche collega, molto contento della nuova metodologia, vuole allargare l'esperienza anche agli altri cambi turno.

Si propone di coinvolgere i medici nella consegna.

Emerge nuovamente la problematica della presenza dei parenti. Come comportarsi con i parenti presenti? Si richiede una formazione sulla gestione della comunicazione. Ci sono opinioni controverse su partecipazione e coinvolgimento dei parenti.

Si vuole far riferimento alla sezione di scongelamento (teoria di Lewin), quando la coordinatrice esprime nella rilevazione dei dati che fra gli vari disturbi durante la consegna tradizionale ci sono senz'altro i parenti. La ricerca-azione, a proposito di questo punto delicato per alcuni colleghi, non

ha potuto fornire ancora una risposta adeguata.

Una nuova metodologia ha bisogno di un lungo periodo di sperimentazione, ma soprattutto di un lungo periodo di stabilizzazione. Dopo due mesi questa metodologia non può aver raggiunto una accettazione tale che gli infermieri non si ricordino la consegna tradizionale e ritornino ad essa in caso di una giornata "no".

Foto: Personale del reparto lungodegenza, Ospedale del Delta, AUSL Ferrara, aprile 2014, durante la consegna al letto

4. Quali sono le reazioni dei pazienti, parenti?

A. Soddisfatti
B. Contenti del coinvolgimento
C. Sono contenti, si sentono al centro dell'attenzione, più presi in considerazione, anche a livello umano
D. Positive; spesso ascoltano ma intervengono poco
E. Pazienti e parenti con stato cognitivo integro sono contenti di essere coinvolti
F. Reazioni positive una volta spiegato loro cosa si sta facendo. La possibilità di far domande li

rassicura. Identificano l'infermiere di riferimento.

G. Reazioni positive e coinvolgimento anche se a volte tutto ciò porta ad un allungamento del tempo di consegna
H. Aumenta la percezione di sicurezza
I. Reazioni favorevoli
J. Pazienti molto collaboranti e contenti. Si sentono coinvolti e hanno già la visione di chi prende il turno
K. Maggiore tranquillità e sicurezza
L. Stupore; curiosità
M. Positive
N. Positive. Maggior coinvolgimento e presa in carico; maggior soddisfazione
O. Quelli lucidi ti guardano allibiti, pochi capiscono veramente le nozioni che gli vengono date, i parenti formulano tantissime domande prevalentemente cliniche.
P. In generale positive
Q. Ottime
R. Maggiore sicurezza; consapevolezza di una migliore assistenza
S. Ottime, il coinvolgimento è da loro molto gradito; il tutto anche a livello umanistico è migliorato
T. La maggior parte positiva
U. Ottime. Ho notato che il paziente si sente molto coinvolto e protagonista
V. Pazienti lucidi contenti; parenti contenti
W. Positive
X. Pazienti - buone. Parenti – indifferenti o tranquilli di lasciare la stanza al momento della consegna
Y. Bene accetta da tutti

discussione:

Il 96% dei colleghi definisce positive le reazioni dei pazienti e familiari. Ritiene che i pazienti e parenti siano contenti del coinvolgimento. Avvertono un'umanizzazione nei comportamenti (pazienti e parenti sono contenti dell'attenzione nei loro confronti: "il tutto anche a livello umanistico è migliorato")

Aumento della percezione di sicurezza, della tranquillità, della rassicurazione. I pazienti/parenti

sanno subito chi inizia il turno.

Sono in parte contradditori i commenti, comunque maggiormente positivi:

I pazienti e parenti non intervengono spesso. Sono molto collaboranti, coinvolti, contenti, reagiscono con stupore e curiosità. Si sentono protagonisti.

5. I pazienti partecipano?

A. Si
B. La maggioranza si
C. Molto attivamente
D. I pazienti lucidi si sentono coinvolti e dimostrano interesse con domande e chiarimenti
E. Pazienti lucidi intervengono a volte nel corso di consegna al letto per chiarirsi dubbi rimasti dalla visita medica o emersi nel corso della giornata
F. I pazienti lucidi partecipano; i pazienti con deterioramento cognitivo non partecipano, ma lo fanno i familiari al loro posto se presenti.
G. Raramente a causa del deterioramento cognitivo
H. I pazienti lucidi si. Sono contenti.
I. La partecipazione è buona
J. Molto
K. Sicuramente
L. Alcuni
M. Si
N. Si
O. I pazienti lucidi ascoltano passivamente, quelli con deterioramento cognitivo naturalmente no.
P. In generale si
Q. Si
R. Si, se hanno un sistema cognitivo non compromesso
S. La maggior parte
T. La maggior parte è passiva ma alcuni sono partecipi
V. Per la tipologia dei nostri pazienti poca partecipazione
W. Quelli lucidi partecipano
X. Si – in base alla loro possibilità

Y. Si molto volentieri

discussione:

La stragrande maggioranza degli infermieri, anzi tutti, conferma la partecipazione dei pazienti.

L'obiettivo primario, cioè "la partecipazione del paziente nel processo di consegna per migliorare la continuità assistenziale e per aumentare la sicurezza delle cure" è stato raggiunto.

Tale partecipazione viene descritta in diversi modi e di diversa intensità. Qui ci troviamo senz'altro di fronte a una valutazione molto soggettiva. Rimane da ricordare che la metodologia non è nuova soltanto per gli infermieri ma anche per parenti e pazienti e richiede un lungo processo di apprendimento e adattamento.

Qualche vincolo nella partecipazione esiste: deterioramento cognitivo, passività. In questi casi la partecipazione coinvolge, quando possibile, i familiari.

Dati anagrafici

operatore	Infermiere /OSS	Femm. / Masch.	età	Esperienza prof. in generale in anni	Esperienza prof. nel reparto pilota in anni
A	inf	F	34	10	9
B	inf	F	43	24	4
C	inf	F	47	21	12
D	inf	M	44	16	1,5
E	inf	F	35	11	8
F	inf	F	32	7	6,5
G	inf	F	35	11	11
H	inf	F	45	20	5
I	inf	F	45	18	3,5
J	inf	F	55	30	15
K	inf	F	52	25	22
L	inf	F	49	28	0
M	inf	F	46	27	6
N	inf	F	59	34	20
O	inf	M	41	17	14
P	inf	F	41	7	7
Q	inf	F	48	29	19
R	inf	M	41	20	11

S	inf	F	43	20	14
T	inf	F	41	20	19
U	inf	M	50	30	25
V	inf	F	44	23	0,7
W	**non**	**com**	**pi**	**la**	**to**
X	inf	F	44	17	12
Y	inf	F	58	40	38

Hanno risposto 24 infermieri, un partecipante non ha compilato i dati anagrafici

Sesso Percentuale

4 uomini corrispondente al 17%

20 donne corrispondente all'83%

Età media

Corrisponde a 44,7 anni con una gamma che va da 32 a 59 anni. L'età non giovanissima di una buona parte di infermieri riflette la situazione odierna nella professione, con un'età media che sta ancora avanzando.

Esperienza lavorativa in generale

La media di esperienza lavorativa corrisponde a 21 anni con una gamma che va da 7 a 40 anni.

Si tratta quindi per la maggioranza di colleghi non giovanissimi con una lunga esperienza lavorativa. Questi aspetti dell'età e dell'esperienza lavorativa vanno considerati nell'accettazione di un cambiamento lavorativo che comporta domande e requisiti di non facile risoluzione. Si potrebbe ipotizzare che colleghi più giovani condividano e accettino più facilmente un cambiamento lavorativo di questa misura.

Il successo della sperimentazione, basato su una lunga esperienza dei colleghi, è quindi da apprezzare maggiormente ed è segno di una condivisione dei vantaggi realizzati.

Esperienza lavorativa specifica nei reparti pilota

La media dell'esperienza lavorativa corrisponde a 11,8 anni con una gamma da 0 a 38 anni.

Risulta elevata quindi anche la media, collegata specificamente al singolo reparto, corrispondente ai valori precedentemente rilevati. Registriamo comunque un gruppo di infermieri non piccolo che, nonostante l'età non giovanissima, è arrivato nel reparto soltanto negli ultimi 10 anni (0/ 0,7/ 1,5/ 3,5/ 4 / 5 / 6 / 6,5/ 7 / 8 / 9 anni)

Le seguenti annotazioni potrebbero servire per esprimere qualche ulteriore percezione.

Questa parte sul retro del questionario doveva servire per fornire idee e critiche.

Qualche collega ha lasciato un commento anche qui, che si vuole riportare per motivi di completezza:

Autori (colleghi) riportati secondo il codice alfabetico utilizzato sopra

J	N	O	P	Q	R	S	T	U	V

La consegna al letto serve a

riconoscere le priorità dall'inizio del turno

X	X			X	X	X	SI	X	SI

entrare in contatto con paziente e familiari

		X		X	X		SI	X	SI

aumentare la mia soddisfazione lavorativa

				X	X		NO	X	NO

migliorare la comunicazione nel team

X	X			X		X	?		NO

migliorare la comunicazione con pazienti e familiari

X	X			X	X		?	X	SI

rendere la consegna più professionale e trasparente

			X	X	X	X	?	X	NO

aumentare le mie capacità comunicative

				X		X	NO	X	NO

J	N	O	P	Q	R	S	T	U	V

per apprendere di più sui pazienti e familiari

	X			X			NO	X	NO

mi rende più informato e quindi maggiormente pronto sui quesiti sui pazienti (p.e. domande del medico)

				X	X			X	NO

per un confronto con i colleghi sui problemi di salute del paziente

	X			X				X	NO

per una condivisione con il paziente

			X	X			SI	X	SI

coinvolgere il paziente e i familiari

				X			SI	X	SI

incoraggiare il paziente e i familiari a fare domande

				X				X	NO

migliorare la qualità delle informazioni

	X			X	X			X	NO

rispondere alle mie domande prima di iniziare a lavorare

				X			SI	X	NO

informare il paziente sui programmi, dimissione, chi c'è nel pomeriggio

	X			X	X	X	SI	X	SI

La consegna a letto con la partecipazione del paziente (parente)

- non mi fa sentire a mio agio per il seguente motivo: ...

O domande a cui non posso rispondere
V Interruzioni del parente e domande non pertinenti

- richiede specifiche modalità e competenze

								X	NO

avviene in modo confidenziale. La presenza di altri pazienti non disturba.

				X				X	

non ha creato criticità sui temi confidenziali

X	X			X		X		X	NO

richiede la partecipazione di un numero limitato di infermieri/OSS

								X	NO

richiede lo stesso impegno temporale come la consegna tradizionale in guardiola

X	X				X	X	NO	X	NO

avviene in modo conciso, più obiettivo

X				X		X	SI	X	NO

J	N	O	P	Q	R	S	T	U	V

è spesso meno stressante che la consegna tradizionale

	X					X		X	NO

aiuta ad evitare ritardi e errori nel processo di cura

X				X		X		X	NO

aumenta il mio senso di responsabilità

					X	X		X	NO

è un efficace mezzo di comunicazione

X	X			X		X		X	NO

può aumentare la percezione di sicurezza del paziente

X			X		X	X	SI	X	SI

rassicura il paziente e familiari che gli operatori lavorano in modo collegiale (come un team)

			X	X		X	SI	X	SI

stimola il paziente e i familiari a fare domande

	X	X			X			X	SI

aiuta di concentrarsi sul paziente invece su dei documenti

	X		X	X		X		X	NO

richiede l'uso di una terminologia comprensibile per paziente e familiari

		X	X				SI	X	SI

Foto: Consegna al letto del paziente all'Hospice di Albinea (RE) 2009

3.4.4. Esperienza di Rovereto

Durante la formazione dei colleghi dei due reparti partecipanti è nato un contatto con L'Azienda AUSL di Trento, in particolare con un reparto di medicina dell'ospedale di Rovereto. Anche in questo reparto si sta sperimentando attualmente una forma di consegna che prevede una breve visita dei colleghi nelle stanze dei pazienti. L'esperienza di questo reparto rappresenta quindi un'altra delle poche realtà finora all'avanguardia in Italia. I colleghi di Rovereto hanno avuto modo di presentare il loro progetto anche a convegni.

Durante gli incontri di formazione all'Ospedale del Delta è stata coinvolta anche la collega coordinatrice infermieristica dell'Ospedale di Rovereto, e una sua collega. E` stata condivisa con i colleghi di Ferrara la loro esperienza sul cambiamento organizzativo delle consegne infermieristiche.

Il dottorando ha distribuito all'equipe di Rovereto, con l'aiuto della coordinatrice lo stesso questionario usato a Ferrara e descritto precedentemente. Per motivi di confronto, e per condividere elementi sia comuni che differenti, si riportano in seguito le risposte dei colleghi di Rovereto, seguite da un breve commento. Sono stati raccolti in forma anonima nove questionari dei colleghi infermieri e OSS. A ogni operatore è stata associata una lettera alfabetica.

1. Pensando alla nuova forma di consegna al letto del paziente: che cosa sta andando bene?

A. La percezione da parte del paziente per l'aumentato interesse da parte del personale per la sua problematica / persona; aiuta a concentrarsi sul paziente invece che su dei documenti

B. Il giro insieme al personale del turno che esce e quello che arriva, condivisione completa di alcune problematiche, stesso metodo lavorativo

C. Non è che facciamo proprio una consegna al letto del paziente, è un "giro" di conoscenze,

informazioni che si possono dare nel rispetto della privacy. A me personalmente piace molto perché hai una visione del paziente assieme al collega e c'è un confronto e magari ci si può chiarire se si hanno dubbi!

D. Pensando alla nuova forma di consegna, sicuramente ci aiuta a riconoscere già all'inizio turno la priorità, bisogni/ problematiche di ogni paziente, ed aumenta sicuramente la percezione di sicurezza del paziente

E. Sta andando bene perché migliora la relazione e il contatto diretto con il paziente e famigliari; la comunicazione e il coinvolgimento, in quanto l'equipe ha più tempo da dedicare al singolo aumentando la fiducia, sicurezza e stima reciproca.

F. Di fatto alla data 19/6 non abbiamo ancora sperimentato la consegna al letto del paziente, facciamo solo un veloce giro delle stanze, "salutando i pazienti", nel cambio turno del pomeriggio. Mattina e sera non si fa neppure il giro. Quindi è impossibile fare una valutazione. Penso che la resistenza maggiore da parte del personale non sia per il proprio impegno o per cambiare metodo, quanto piuttosto per delle perplessità inerenti al rispetto del paziente: della privacy, delle cose che "è meglio non dire", del disturbo che si arreca al momento del riposo notturno o pomeridiano.

G. Fino ad oggi la consegna ci arriva in infermeria, successivamente, facciamo un giro nelle stanze per verificare la situazione dei pazienti, informarli, prendere decisioni e stabilire le priorità.

H. La nostra consegna si divide in 2 momenti: il primo, dove gli operatori si trovano in un luogo appartato, dove avviene il trasferimento di informazioni dettagliate su stato di salute e condizioni attuali del paziente. Il secondo momento, al letto del paziente, per un saluto da parte di chi finisce il turno e di chi, invece, inizia e si prende in carico i pazienti.

I. Il paziente si sente al centro della nostra attenzione, mi fa riconoscere le priorità del lavoro

discussione:

Trovano conferma anche in queste risposte suddette, le esperienze internazionali precedenti, riferite in altri studi. La consegna in stanza con la partecipazione dell'assistito "aiuta a concentrarsi

sul paziente invece che su dei documenti". Tramite la sua visita in stanza, il personale dimostra il suo "aumentato" interesse per il paziente, migliora la percezione di quest'ultimo, "migliora la relazione e il contatto diretto con il paziente e famigliari" in generale.

Andare a trovare insieme (il turno che esce e quello che arriva) il paziente, dimostra una "condivisione completa", dimostra unione, una buona collaborazione fra i colleghi e forma ulteriormente l'equipe.

L'infermiere apprezza la nuova metodologia, che fornisce una "visione del paziente assieme al collega", apprezza un eventuale confronto che può aiutare a chiarire dubbi.

In analogia alle risposte dei reparti pilota di Ferrara, si conferma, tramite questa metodologia, di riconoscere "già all'inizio turno la priorità, bisogni/ problematiche di ogni paziente". Secondo un collega, questa visita "aumenta sicuramente la percezione di sicurezza del paziente", un altro infermiere enfatizza "la comunicazione e il coinvolgimento in quanto l'equipe ha più tempo da dedicare al singolo aumentando la fiducia, sicurezza e stima reciproca". "Il paziente si sente al centro della nostra attenzione". Possiamo quindi parlare di un empowerment sia dei pazienti e familiari, sia degli infermieri.

Appare la parola "resistenza" da parte degli operatori anche in queste risposte. Come in studi precedenti si cerca di giustificare un tale comportamento con il desiderio di mantenere la riservatezza e di non disturbare il riposo degli assistiti ("rispetto del paziente"). Di nuovo si osserva un'incertezza nella comunicazione, al riguardo 'delle cose che "è meglio non dire"'.

Nell'opinione dell'infermiere il giro nelle stanze serve a "verificare la situazione dei pazienti, informarli, prendere decisioni…". Sono questi gli obiettivi che si vogliono trasmettere attraverso un cambiamento culturale di cui vuol far parte questo progetto.

Il saluto deve far parte di una buona relazione. Salutare alla fine del turno insieme alla presentazione di chi "prende in carico i pazienti", vuole essere un segno del desiderio di creare una buona relazione.

2. Che cosa non sta andando bene?

A. A volte i tempi stringono e per il carico di lavoro ci si deve organizzare in modo da conciliare con la tempistica.

B. Difficoltà nella presa in carico del paziente. Quando non si conoscono, non tutti aggiornano le schede come si deve

C. Forse qualche dettaglio: orari "nel primo pomeriggio si trovano molti pazienti che riposano"...

D. Al momento sembra che il paziente accetti volentieri il giro che facciamo al cambio turno alle h 14.10 circa dopo la consegna che avviene in un altro ambiente.

E. Non sta andando bene perché si fa in un orario dove i pazienti riposano. Mancanza di privacy

G. L'orario, specialmente il pomeriggio quando riposano molti pazienti.

H. La nostra non è una consegna al letto del paziente con un interscambio di informazioni ma un saluto di chi va e di chi viene. Questo può essere positivo per il paziente che percepisce una continuità ma non viene vissuto da parte sua come un momento di partecipazione e condivisione. Il paziente rimane e si sente "fuori" pur essendo il centro di attenzione.

I. Abbiamo poco tempo a disposizione per ogni paziente e alcune informazioni o osservazioni non si possono dire davanti a loro.

discussione:

Anche a Rovereto si accenna all'argomento "tempo", cioè i tempi ridotti per la consegna nei quali si vuole inserire questa nuova metodologia (A,I). Bisogna conciliare i tempi con le attese e trovare una soluzione, un adeguamento della nuova metodologia che può soddisfare sia paziente e familiari, sia gli operatori. Da questo punto di vista è fondamentale creare un approccio specifico per il singolo contesto.

La modulistica usata a Rovereto è specifica per il reparto e introdotta solo da poco tempo. Risulta

comunque importantissima una buona preparazione scritta della consegna, a Ferrara oramai sperimentata e introdotta da più tempo. Una scheda, che riporta per ogni paziente i dati, i bisogni e i programmi in forma piuttosto completa e aggiornata, facilita enormemente una comunicazione al letto del paziente.

L'orario di consegna fra il turno del mattino e il turno del pomeriggio può coincidere con un riposo del paziente (C,G). Questa eventuale problematica, insieme alla questione riservatezza (anche I), viene accennata anche da un altro operatore (E). L'esperienza degli infermieri, la conoscenza e il comportamento del singolo individuo (assistito), permetterà di trovare una soluzione adeguata alla singola persona. Il paziente deve essere informato della consegna al letto. Si chiede in anticipo se al paziente sta bene di essere coinvolto all'orario prefissato.

Un infermiere (D) percepisce ed esprime la soddisfazione da parte del paziente riguardo alla nuova metodologia e rinnova con questa risposta il suo entusiasmo per la metodologia introdotta.

'Il paziente rimane e si sente "fuori" pur essendo il centro di attenzione': l'autore (H) sottolinea che, nonostante un paziente si senta più escluso sapendo che si parla di lui dietro porte chiuse, rimane e si sente "fuori" anche se invece viene salutato giornalmente a fine ed inzio turno dagli infermieri responsabili. Bisogna studiare in generale e per il singolo individuo come si potrebbe migliorare la partecipazione e la condivisione.

3. Suggerimenti per migliorare la consegna al letto del paziente?

A. Definire meglio, sviluppare l'organizzazione e le modalità di approccio, magari ricercare delle evidenze.

B. Eseguire il giro prima della consegna in sala infermieri

C. Penso che siamo sulla strada giusta! A me piace molto e trovo che vada fatto dopo (!) il passaggio verbale delle informazioni che non possono essere date al letto (come diagnosi ecc.) ecc.

D. La consegna al letto del paziente non è ancora iniziata per cui non saprei dare un giudizio e/o suggerimenti

E. -

G. Dobbiamo ancora lavorare sopra, vedere le cose che sono da dire, le cose da non dire

H. Il"gruppo" non è formato solo da operatori. Il paziente deve far parte del gruppo e, come tale, preso in considerazione. Finché questo non viene consolidato e interiorizzato dagli operatori il paziente si sentirà sempre escluso e le paure, le insicurezze, le perplessità rimarranno. Il non parlare della sua situazione e il non coinvolgimento fanno aumentare l'impotenza e la paura. Forse il semplice saluto non basta!

I. ridurre il tempo di consegna in sala infermieri per avere più tempo a disposizione nella consegna al letto; svolgere la consegna al letto su tutti i turni

discussione:

Gli infermieri presentano proposte interessanti per migliorare la metodologia ed esprimono un certo entusiasmo. Queste proposte devono essere condivise, discusse e approfondite nel team. Una guida, elaborata nel team, sui contenuti della visita in stanza e una formazione sulla comunicazione possono migliorare le condizioni degli incontri. Le esperienze italiane sul tema sono rare e poco documentate. Gli operatori devono sviluppare la loro specifica metodologia, imparare dalla letteratura e ricercare delle evidenze. Il progetto di cambiamento a Rovereto costituisce uno stimolo importante per gli operatori e per la loro soddisfazione lavorativa. "Siamo sulla strada giusta".

La proposta di eseguire il saluto nelle stanze prima della consegna, e di ridurre il tempo di consegna in sala infermieri, deve essere valutata. A Ferrara, come in altre realtà, gli operatori si sono accorti che dopo la visita dai pazienti, la consegna oramai è stata realizzata e non era più necessario quasi nessun completamento.

Si ritiene molto importante il contributo dell'operatore OSS (H) che richiede la partecipazione del

paziente per sminuire le sue paure, perplessità, insicurezze, sensazione di impotenza e di essere escluso.

4. Quali sono le reazioni dei pazienti, parenti?

A. Vedi 1.

B. A volte ci guardano con stupore – si sentono maggiormente presi in carico

C. Buone direi, di collaborazione

D. La reazione è quasi sempre di curiosità nel paziente, nei giorni a seguire sembra più rilassato

E. Senza dubbio sono positive perché in quel momento vedono " un'equipe " e non solo una infermiera o un'OSS.

G. A mio avviso, noto che la maggior parte dei pazienti al momento del giro riposa e/o non si accorge della nostra presenza, altri ci osservino "impauriti". Alcuni chiedono delucidazioni, notizie su esami.

H. A mio avviso le reazioni sono 2 opposte: c'è chi si sente preso in carico e vive positivamente questo momento e chi, invece, è molto perplesso e, a volte, spaventato. Si sentono frasi del tipo "E' successo qualcosa? Come mai siete tutti qua? Qualcosa non va?..." E' molto difficile smantellare le consuetudini di una vita per gli operatori ma anche per i pazienti che non sono abituati. Le novità spesso destabilizzano.

I. sono positive, migliorano la comunicazione, i pazienti si sentono più sicuri

discussione:

Gli operatori valutano in modo positivo le reazioni dei pazienti. Gli operatori percepiscono attenzione, stupore, soddisfazione, curiosità, collaborazione e interesse da parte dei pazienti e

parenti. Nessun collega riferisce esclusivamente reazioni negative, ma si parla anche di sensazioni come perplessità e paura. La metodologia è nuova anche per il paziente. Con la pratica giornaliera della visita in stanza i pazienti si cominciano ad abituare e rilassare (D).

L'OSS (E) evidenzia nuovamente, come nella sua risposta 1, che, presentarsi in stanza come "equipe" viene notato con reazioni positive da parte dei pazienti.

Riflettendo su una certa ambiguità delle reazioni, qui troviamo un riassunto sull'argomento cambiamento culturale: *"E' molto difficile smantellare le consuetudini di una vita per gli operatori ma anche per i pazienti che non sono abituati. Le novità spesso destabilizzano"*. Come descrive Lewin nella sua teoria, un tale cambiamento richiede molto impegno da parte di tutti gli attori, nelle fasi di scongelamento, movimento e ricongelamento.

5. I pazienti partecipano?

A. Fin'ora quasi tutti i pazienti lucidi e consci.

B. Poco

C. Si e a mio avviso sono contenti del fatto che sanno chi è l'infermiere e OSS a cui dovrà affidarsi durante il turno

D. Non sempre, ma ho notato il più delle volte che fare il giro dei pazienti a fine turno rassicura il paziente e familiari e stimola il paziente a fare domande, p.es.: "sono arrivati gli esami ematici che ho fatto questa mattina? Il medico ha richiesto quegli esami che avevo in programma a domicilio?"

E. Si

H. Alcuni sono partecipi e, se possibile (il tempo non sempre lo permette!) cercano di dare aggiornamenti più completi sulla loro situazione. Altri si limitano al semplice scambio di saluti e prendono visione del cambio turno. Altri, ancora, non hanno alcuna percezione.

I. si, se sono nella possibilità di farlo altrimenti partecipano i familiari

discussione:

Si osserva anche in queste riposte una certa ambiguità. La partecipazione dei pazienti e/o dei familiari viene comunque percepita dalla maggioranza degli operatori. Cambia il grado di partecipazione secondo lo stato di salute e la situazione attuale. Come accennato sopra, gli operatori percepiscono una certa soddisfazione, rassicurazione, stimolazione e contentezza da parte dei pazienti e familiari. A volta sembra che la partecipazione viene a mancare, a volta il paziente viene sostituito dal familiare.

Dati anagrafici

Operatore	Infermiere /OSS	Genere	Età	Esperienza prof. in totale in anni	Esperienza prof. in reparto in anni
A	inf	M	52	30	2
B	inf	F	42	18	11
C	non compilato	non compilato	non compilato	non compilato	non compilato
D	inf	F	43	15	1
E	OSS	F	59	23	8
F	OSS	F	52	OSA 20/OSS 4	4
G	OSS	M	29	6	3
H	OSS	F	50	10	0,5
I	inf	F	55	33	14

3.4.5. La teoria di Lewin nel contesto del progetto

La teoria sulla quale si base questo progetto è di fondamentale importanza per un cambiamento organizzativo.

Essa divide un processo in tre fasi principali: le sequenze di scongelamento, di movimento (cambiamento) e di ricongelamento:

a) **Scongelare (unfreezing)** le organizzazioni da vecchie condizioni di equilibrio (destabilizzare) in modo da favorire il cambiamento.

Su questa fase si basa l'approfondito periodo di preparazione del progetto di dottorato. Incontri con la direzione infermieristica, l'incontro con i coordinatori e l'incontro di preparazione con gli infermieri dei due reparti coinvolti. Riflessione condivisa sulla consegna, sulle attuali problematiche per quanto riguarda la consegna e su obiettivi di miglioramento. Presentazione della metodologia "consegna al letto" e condivisione dei vantaggi e delle sfide. La formazione costituisce l'elemento di passaggio fra la sequenza di scongelamento e quella del cambiamento.

b) **il cambiamento (change)**

Il cambiamento inizia con la formazione e prosegue con la sperimentazione, la possibilità continua di condividere eventuali difficoltà con la nuova metodologia e di condividere i progressi. Un cambiamento organizzativo richiede anche un cambiamento di pensiero, sentimenti o comportamenti verso un metodo più produttivo. LaPenta (2013) consiglia di usare esclusivamente la consegna al letto durante la sperimentazione.

c) **Congelare (refreeze)** successivamente in nuove e più adeguate condizioni di equilibrio interno.

La fase di sperimentazione si è conclusa con un incontro di condivisione. Entrambi i reparti hanno continuato la metodologia nei mesi successivi, e ad oggi sono arrivati a dieci mesi di esperienza. Periodicamente vengono condivisi l'avanzamento del progetto, eventuali sfide e problemi. Si allarga il progetto pilota ad altri reparti, usufruendo dell'esperienza intraaziendale. La presenza sul luogo di una direzione infermieristica che appoggia la metodologia in tutte le sue possibili variazioni, e che si impegna insieme con i collaboratori, permette di ottenere una stabilizzazione e sempre miglior accettazione della metodologia. La soddisfazione dei pazienti e dei familiari dovrà in futuro ancora essere esaminata (questionari di gradimento o focus group).

La teoria del cambiamento distingue inoltre

- le forze che spingono (*driving forces*) al cambiamento

Il personale ha condiviso i benefici della metodologia, e si rende disponibile per la sperimentazione. Parte attiva di queste forze sono i colleghi leader all'interno del team infermieristico, i colleghi che stimolano gli altri, facilmente riconoscibili anche attraverso le risposte nei questionari; i dirigenti infermieristici, le coordinatrici delle unità operative che hanno sostenuto il progetto dal suo inizio e continuano a seguirlo in una prospettiva di personalizzazione delle cure nella loro AUSL.

- le forze che vi si oppongono (*restraining forces*).

Per le sfide e problemi che sono nati durante il percorso vedi capitolo risultati e discussione.
All'incontro d'inizio giugno 2014 sono stati presentati diversi dubbi da parte degli infermieri di lungodegenza sulla partecipazione dei parenti durante la consegna.

Il compito dei leader consiste nel favorire le "driving forces" e diminuire le "restraining forces":

Per quanto riguarda l'applicazione della teoria di Lewin in questo contesto si far riferimento a un paragrafo della tesi della collega LaPenta, 2013 sull'argmento "fattibilità dell'implementazione" (p.21ss.).

"Se il management infermieristico, inteso come la direzione insieme con i coordinatori, non definisce questa formazione e sperimentazione un evento obbligatorio, gli infermieri non lo faranno."

La sfida più grande per un successo di un'implementazione consiste nella resistenza al cambiamento. Nonostante i colleghi dei due reparti pilota di Ferrara hanno dimostrato grande interesse e coinvolgimento, come in tutte le sperimentazioni e in tutti i cambiamenti organizzativi si trovano resistenze più o meno evidenti.

"Risulta importante, soprattutto in momenti di cambiamento organizzativo supportare il personale e motivarlo al cambiamento. Infatti, il supporto organizzativo permette di sviluppare un senso di coinvolgimento all'organizzazione e può facilitare la compliance delle persone al cambiamento" (Cavada 2014).

Conclusioni

Le prime reazioni degli operatori confermano i dati della letteratura, che descrivano un aumento della qualità e dell'empowerment del nursing tramite la nuova metodologia:

- "abbiamo meno interruzioni, nessuno che entra e esce ma solo noi e il paziente"
- "in realtà ci mettiamo lo stesso tempo"
- "si recuperano alcune informazioni legate al fatto di vedere in faccia i pazienti"
- " i pazienti apprezzano molto e sono soddisfatti perché si sentono maggiormente presi in carico"
- "ma noi finita la sperimentazione siamo obbligati a tornare alla vecchia modalità o possiamo mantenere questa?"
- "io non voglio più tornare indietro!"

Senz'altro, tramite questo progetto con obiettivo primario : "promuovere un processo continuativo di cambiamento culturale e di miglioramento della qualità dell'assistenza", ha permesso l'avvio di un nuovo cambiamento culturale relativo al passaggio delle consegne. Nel contesto di un'assistenza e di una sanità sempre più frammentata, sono gli approcci e i contributi come questo studio a ricordare e rievocare idee e concetti storici dell'assistenza alle persone, come per esempio gli obiettivi della scelta professionale di molti sanitari o il desiderio di migliorare la qualità dell'assistenza e la soddisfazione dei pazienti.

Il fattore tempo è stato discusso diverse volte durante la sperimentazione. Tutti i colleghi apprezzano di poter trascorrere più tempo con i pazienti usando la nuova metodologia. Rimane il dubbio di qualche infermiere che coinvolgere anche i familiari nella consegna comporta un allungamento non sostenibile della durata.

La coordinatrice della lungodegenza durante la rilevazione dei dati (fase di scongelamento) richiede

e desidera *"più partecipazione dell'operatore socio sanitario"* durante la consegna. Questo è un esempio di questioni ancora da discutere nel team, che riflettono una condivisione, e un coinvolgimento della direzione sanitaria. L'autore ha proposto dei cambiamenti organizzativi per un miglioramento. Se l'OSS ha orari di lavoro diversi dall'infermiere e se l'OSS ha il compito di rispondere alle chiamate durante la consegna, risulta difficile immaginare una sua maggior partecipazione alle consegne.

La maggior soddisfazione di un grande numero di colleghi del reparto pilota di Argenta si può anche ricondurre in parte alla separazione delle consegne sotto il punto di vista logistico. Condurre la consegna tradizionale di entrambi i settori, con la presenza di tutti gli operatori in un'unica stanza, comporta molte distrazioni.

Questa ricerca indaga sulla percezione e soddisfazione degli infermieri e non direttamente dei pazienti e/o caregiver. Si propone all'AUSL di Ferrara di approfondire anche questo aspetto della metodologia per arrivare a un quadro più completo dell'implementazione.

Uno dei limiti della ricerca è l'approccio monoprofessionale, avendo comunque possibilità, approcci e sbocchi multiprofessionali. Una visita al paziente spesso può essere più esaustiva se avviene in un team multiprofessionale, con diversi autori che fra di loro e con il paziente creano una rete. Lo studio si concentra esclusivamente sulla consegna infermieristica. Durante la sperimentazione l'autore e soprattutto i colleghi hanno vissuto diverse occasioni di partecipazione da parte di altri professionisti. I medici dei reparti erano molto collaboranti ed interessati al percorso intrapreso. Durante la consegna si sono aggiunti talvolta altri professionisti (fisioterapista, dietista) arricchendo la conversazione.

Le esperienze acquisite durante la fase di sperimentazione dimostrano parzialmente ancora un'insoddisfazione e insicurezza da parte degli infermieri su come coinvolgere i paziente ed eventuali familiari. Si conferma il dato della letteratura, che suggerisce di diffondere a pazienti e familiari, al momento dell'ammissione in reparto, un'informativa scritta e verbale sulla metodologia di consegna al letto. La metodologia è nuova e ha bisogno di una crescita collettiva e condivisa, e di

un rapporto possibilmente fra pari.

Il successo e i risultati positivi di questa ricerca si basano fondamentalmente su

- un'apertura al cambiamento degli operatori basata su esperienze precedenti per una personalizzazione delle cure
- una dirigenza infermieristica molto presente ed impegnata nei processi di cambiamenti
- un modello organizzativo dell'assistenza già avviato verso la personalizzazione: i reparti pilota sono già divisi in due settori con responsabilità ben definite
- elementi di base già elaborati e usati nei reparti pilota come la checklist sui contenuti della consegna, il format aggiornato a ogni cambio turno con gli elementi base della consegna del singolo paziente

Come consiglia la guida per l'implementazione della consegna al letto della "Agency for Healthcare Research and Quality", AHRQ (2013) è stato una buona strategia, da parte della direzione infermieristica dell'AUSL di Ferrara, implementare la consegna al letto inizialmente solo in due reparti, come progetto pilota, per poi diffondere la metodologia a livello aziendale. Il successo e la disseminazione della metodologia si basano su una buona preparazione e condivisone.

Sarebbe interessante indagare ulteriormente sulle possibilità di coinvolgere pazienti con deficit neurologici, pazienti stranieri e pazienti "non collaboranti". In ulteriori studi si potrebbero osservare e sviluppare possibile strategie per una maggior comprensione e partecipazione di queste persone.

Durante il percorso della sperimentazione c'erano dei dubbi e delle perplessità da parte di qualche infermiere. Ciò è la dimostrazione che una buona preparazione prima e un continuo feedback durante il percorso risultano indispensabili. Si evidenzia la possibilità del gioco di ruolo come spesso accennato anche in letteratura. Tramite questi esercizi, gli infermieri possono immedesimarsi nei pazienti e loro familiari, percepirne le sensazioni sia in simulazioni di consegna tradizionale che in quelle con la metodologia proposta. Il gioco di ruolo costituisce un ottimo esercizio di

comunicazione.

La partecipazione dei familiari alle consegne necessita di una maggiore apertura dei reparti ospedalieri nei loro confronti. In molti reparti italiani gli orari di vista negli ultimi anni sono stati allungati.

Anche in Italia sta crescendo l'interesse alla consegna, alla metodologia e a un cambiamento verso un'assistenza più personalizzata in generale.

Sono necessari molte altre sperimentazioni e studi italiani che approfondiscono l'argomento della consegna. Solo in questo modo si potrebbe diffondere la metodologia, l'empowerment e la qualità del nursing e il coinvolgimento dei pazienti e familiari anche in Italia. Questo studio può rappresentare uno spunto, l'esperienza dell'AUSL di Ferrara dovrebbe invogliare e far riflettere altre realtà italiane. E' importante pertanto aumentare il numero degli studi sulla consegna verbale, sui contenuti, sulla soddisfazione degli infermieri e dei pazienti in diversi setting della sanità italiana con numeri capionari sufficienti e mantenedo l'approccio metodologico quali- quantitativo.

Bibliografia

Agency for healthcare research and quality. Nurse Bedside Shift Report. Implemetation Handbook. Guide to Patient and Family Engagement (2013) http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/strategy3/Strat3_Implement_Hndbook_508.pdf

Aletto Laura, Musci Silvia. Ruolo dell'infermiere nel processo comunicativo sanitario. IO INFERMIERE - N.3 /2005 http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF32_346.pdf

Alvarado K et al. Transfer of accountability: transforming shift handover to enhance patient safety. Healthc Q. 2006 Oct 9 Spec No:75-9.

Anderson CD, Mangino RR. Nurse shift report: who says you can't talk in front of the patient? Nurs Adm Q. 2006 Apr-Jun 30(2):112-22.

Athwal Pam, Fields Willa, Wagnell Esther. Standardization of Change-of-Shift Report. J Nurs Care Qual. 2009 24 2: 143-147.

Benaglio C, Piffer L, Sperotto S. Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato. Assistenza infermieristica e ricerca. 2006 25(2):105–108.

Bisogni L, Bellinceri S, Quattrocchi S. Il passaggio dalla consegna tradizionale alla consegna al letto del malato. Implementazione del modello di "bedside handover" in due Aziende Sanitarie, una in Piemonte e una in Lombardia. Aless@ndria I.P.A.S.V.I. Periodico d'informazione della professione infermieristica. dicembre 2007 Numero 3-4 Anno IV. http://www.ipasvialessandria.it/rivista/dicembre2007.pdf

Bourne C. Intershift report: A standard for handovers. NT Research. 2000 5(6): 451-460.

Bulfone, Sumathy, Grubissa, Palese. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. Assist Inferm Ric 2012;31(2):91-101

Cahill J. Patient's perceptions of bedside handovers. J Clin Nurs. 1998 Jul, 7(4):351-9.

Calanchi Silvia, Chiarelli Pino, Capodiferro Pietro. Tecniche e metodologie d'informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri- In: http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/lavoriCS/01_2_B_metodo.pdf

Cann T, Gardner A. Change for the better: an innovative model of care delivering positive patient and workforce outcomes. Collegian. 2012;19(2):107-13.

Caruso EM. The evolution of nurse-to-nurse bedside report on a medical-surgical cardiology unit. Medsurg Nurs. 2007 Feb 16(1):17-22.

Castellini Federica. La ricerca-intervento. Esercitazioni Psicologia Sociale 08-09 http://www.sociologia.unimib.it/DATA/Insegnamenti/3_2256/materiale/esercitazioni_ricerca-intervento_castellini.pdf

Cavada Maria Luisa. Ricerca-azione sui processi psicosociali del personale durante il cambiamento organizzativo del Dipartimento Chirurgico di un Ospedale del Nord Italia. Dottorato di ricerca in psicologia delle organizzazioni. Università di Verona 2014

Cavallo Danilo, Re Luca Giuseppe, Lusignani Maura. Caratteristiche ed efficacia della relazione terapeutica tra infermiere e utente: una revisione della letteratura. L'infermiere, 2013;50:6:e99-e109

Chaboyer W et al. Bedside Handover. Quality Improvement Strategy to "Transform Care at the Bedside". J Nurs Care Qual. 2008 Oct 16.

Chaboyer W, McMurray A, Wallis M. Bedside nursing handover: A case study. Int J Nurs_ Pract.2010 Feb;16(1):27-34.

Chaboyer W, Johnson J, Hardy L, Gehrke T, Panuwatwanich K. Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. J Adv Nurs. 2010 May;66(5):1111-9.

Chiaretti MariaValentina. Strategie comunicative dell'assistenza infermieristica in ambito chirurgico. Milano 2002 in: http://www.infermieri.com/archivio/chiaretti/tesi_chiaretti.pdf

Chin GS, Warren N, Kornman L, Cameron P. Patients' perceptions of safety and quality of maternity clinical handover. BMC Pregnancy Childbirth. 2011 Aug 10;11:58.

Codice deontologico dell'Infermiere 2009 in: http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm

Ekman I, Segesten K. Deputed power of medical control: the hidden message in the ritual of oral shift reports. J Adv Nurs. 1995 Nov;22(5):1006-11.

Evans D, Grunawalt J, McClish D, Wood W, Friese CR. Bedside shift-to-shift nursing report: implementation and outcomes. Medsurg Nurs. 2012 Sep-Oct;21(5):281-4, 292.

Farina L. Malinconico M. Rispo A. La comunicazione quale tramite per una assistenza infermieristica personalizzata; un diritto del malato, un dovere dell'infermiere. Aspetti Filosofici, Metodologici, Applicativi. In: la comunicazione quale tramite per una assistenza infermieristica - testo.doc

Ferri Paola. Modelli innovativi della continuità dell'assistenza in ospedale: Dalle consegne alla consegna al letto del malato. Paper presented at: Congresso ANMCO. E' Possibile la Cartella Integrata in Cardiologia? 2009 May 11. Sassuolo (MO).

Ford Yvonne, Heyman Anita, Chapman Yvonne L. Patients' Perceptions of Bedside Handoffs. The Need for a Culture of Always. J Nurs Care Qual 2014

Galetti P, Costazza G, Mischo-Kelling M. Premessa all'edizione italiana di: La pratica del Primary Nursing (pp. IX-XIII), Manthey M, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2008.
Manthey M. The practice of Primary Nursing, Creative Health Care Management, Minneapolis, 2002.

Giorgi Fabio. Modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica (case management) in: http://www.dsmrmh.altervista.org/ecm_ip_2010/giorgi_le_psicosi_problemi_assist.pdf

Grant Bettyanne. Patient safety. Engaging the patient in handoff communication at the bedside. Nursing2009, October

Grant B, Colello S, Riehle M, Dende D. An evaluation of the nursing practice environment and successful change management using the new generation Magnet Model. J Nurs Manag. 2010 Apr;18(3):326-31.

Grant B, Colello SH. Culture change through patient engagement. Nursing. 2010 Oct;40(10):50-2

Greaves Catherine. Patients' perceptions of bedside handover. Nursing Standard. 1999 Dec 8-14;14(12):32-35.

Griffin T . Bringing change-of-shift report to the bedside: a patient- and family-centered approach. J Perinat Neonatal Nurs. 2010 Oct-Dec;24(4):348-53

Heering Christian. How do nursing visits affect the Locus of Control of surgical patients on an acute care ward? [Dissertation].[London]: The Royal College of Nursing Institute; 2002. 82p.

Heering Christian (edit.). Das Pflegevisiten-Buch. 2° edizione, Bern: Huber Verlag; 2006. 320p.

Holly Cheryl, Poletick Eileen B. A systematic review of nursing inter-shift reports in adult acute car settings. Vol 7, No 24 Sppl (2009) http://www.joannabriggslibrary.org/index.php/jbisrir/article/view/552/932

Hopkinson Jane. The hidden benefit: the supportive function of the nursing handover for qualified nurses caring for dying people in hospital. Journal of Clinical Nursing. 2002 11:168-175.

Iavarone Diamante. Il passaggio della consegna infermieristica, ne abbiamo davvero bisogno? Alla

ricerca di opportunità di miglioramento. Rivista L'Infermiere N°4 - 2014
http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-22-articolo-263.htm

Ilan R, LeBaron CD, Christianson MK, Heyland DK, Day A, Cohen MD. Handover patterns: an observational study of critical care physicians. BMC Health Serv Res. 2012 Jan

Jeffs Lianne et al. Enablers and Barriers to Implementing Bedside Reporting: Insights from Nurses. Nursing Leadership Vo.26 No 3 pp.39-52, 2013

Jeffs Lianne et al. Patients' Views on Bedside Nursing Handover. Creating a Space to Connect. J Nurs Care Qual Vol.29 No. 2 pp.149-154, 2014

Jong-Duk Kim. Dienstübergabe mit dem Patienten. Ein Projekt des Pflegedienstes an den Medizinischen Einrichtungen der Universität zu Köln. [tesi]. [Köln]: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen; 2000. 222p.

Kassean HK, Jagoo ZB. Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover - a case study from Mauritius. BMC Nurs. 2005 Jan 28, 4(1):1.

Kerr Debra, Lu Sai, McKinlay Louise. Bedside Handover Enhances Completion on Nursing Care and Documentation J Nurs Care Qual Vol.28, No. 3, pp.217-225, 2013

Kerr Micky. A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. 2002. Journal of Advanced Nursing 37(2), 125-134

King's College London. National Nursing Research Unit. What are the benefits and challenges of bedside' nursing handovers? In: Policy+ Issue 36. November 2012
https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/policy/By-Issue-Number/Policy--Issue-36.pdf

LaPenta Emily. Bedside Report and Implications for Clinical Nursing Education. University of Vermont. College of Nursing and Health Sciences. April 26, 2013.
http://www.uvm.edu/~honcoll/S13_Thesis/S13_Thesis_LaPenta.pdf

Lally S. An ivestigation into the functions of nurses' comunication at the inter-shift handover. Journal of Nursing Management. 1998 7, 29-36.

Laws D. Amato S. Incorporating bedside reporting into change-of-shift report. Rehabilitation Nursing. Vol35, No.2.2010 http://www.rehabnurse.org/pdf/rnj317.pdf

Leslie L. Linda A. Hoffmann R. Holly L. Utilizing Bedside Shift Report to improve the effectiveness of shift handoff. JONA Vol 43. No3. 160-65. 2013

Lewin K. Action research and minority problems. Journal of social issues. 1946 4:34-46.

Lewin K. Frontiers in group dynamics. Human Relation. 1947 1:143-153.

Lewin K. Field theory in social science. New York, Harper&Row. 1951.

Longobardi Ugo. 2014 in: http://www.usl8.toscana.it/la-nostra-qualita/progetto-handover

Lu, S., Kerr, D. and McKinlay, L. Bedside nursing handover: Patients' opinions. International Journal of Nursing Practice, *2014, 20(*5), 451–459.

Mancarella A.R. Progettualità e ricerca/azione. Parlamenti regionali. FrancoAngeli Edizioni. 2005. 14-15. 207-211

Mayor E, Bangerter A, Aribot M. Task uncertainty and communication during nursing shift handovers. J Adv Nurs. 2012 Sep;68(9):1956-66

McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Fetherston C. Implementing bedside handover: strategies for change management. J Clin Nurs. 2010 :2580-9.

McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T. Patients' perspectives of bedside nursing handover. Collegian. 2011;18(1):19-26.

Meissner A et al. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. Journal of Advanced Nursing. 2007 57(5): 535–542.
Motta Paolo C., Florian Jessica. La relazione e la comunicazione con la persona assistita. Nursing Oggi, numero 4, 2000
Nannelli Tiziana, Massai Danilo. Le comunità di pratica in ambito infermieristico: un'opportunità per la ricerca di nuove conoscenze e l'implementazione della best practice. L'INFERMIERE 1/2011
National Istitute for Health and Clinical Excellence (NHS). How to change practise. Understand, identify and overcome barriers to change. 2007 http://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf
Payne S, Hardey M, Coleman P. Interactions between nurses during handovers in elderly care. J Adv Nurs. 2000 Aug, 32(2):277-85.
Pensieri Claudio. La comunicazione infermieristica in: http://www.claudiopensieri.it/public/articoli/comunicazione_infermieristica.pdf

Philpin Susan. 'Handing over': Transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care. 2006 Vol 11 No 2.
Piacentini Mariangela, Wildner Juergen. La consegna infermieristica al letto del paziente. Un'esperienza dell'Hospice di Montericco/RE. Poster session presented at: XIII Conferenza Nazionale della Rete Nazionale HPH. Ospedali e Servizi Sanitari per la Promozione della Salute. Empowerment della Persona come strategia di promozione della salute nei luoghi di cura, nell'integrazione socio-sanitaria e nella comunità. 2009 Sep 24-26. Reggio Emilia. http://www.ausl.re.it/HPH/FRONTEND/Home/DocumentViewer.aspx?document_id=556
Poletti Piera. Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza in Care 4, 2012 http://careonline.it/wp-content/uploads/2012/10/ParolaChiaveHandover.pdf
Postal Nicoletta. La consegna infermieristica e come viene trasmesso il dolore all'interno dell'equipe: due ricerche qualitative in contesti chirurgici. Ipasvi TN, Notizie & Informazioni, nov.-dic.2006.
PVG Culture Change in Handover, 2009, Park View Gardens, Santa Rosa, California. http://wikieducator.org/PVG_Culture_Change_in_Handover
Ravazzini Daria. I modelli innovativi dell'assistenza infermieristica: La consegna al letto del paziente. [Tesi di Laurea]. [Reggio Emilia]: Università degli Studi di Modena e Reggio; 2007.
Richmond C, Merrick E, Green T, Dinh M, Iedema R. Bedside review of patient care in an emergency department: The Cow Round. Emerg Med Australas. 2011 Oct;23(5):600-5
Sexton Amanda et al. Nursing handovers: do we really need them? Journal of Nursing Management. 2004 12, 37-42.
Sand-Jecklin K, Sherman J. Incorporating bedside report into nursing handoff: evaluation of change in practice. J Nurs Care Qual. 2013 Apr-Jun;28(2):186-94
Sand-Jecklin Kari, Sherman Jay. A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. Journal of Clinical Nursing 2014, 2854-2863
Sardella Maria Vittoria. La ricerca/intervento. 1989 in: http://www.psicopolis.com/kurt/ricSna.htm

Spinsanti S. L' ascolto che guarisce. L'ascolto nelle professioni di aiuto:questione di "bon ton"? Medicina Narrativa N.1 2011
Streubert Speziale Helen J, Rinaldi Carpenter Dona. Qualitative Research in Nursing. Advancing

the Humanistic Imperative. 4th edit. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2007. 477p.

Scovell S. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. Nurs Stand. 2010 24(20): 35-9

Thurgood G. Verbal handover reports: what skills are needed? Br J Nurs. 1995;4(12):720-2.

Timonen L, Sihvonen M. Patient participation in bedside reporting on surgical wards. J Clin Nurs. 2000 Jul 9(4):542-8.

Toccafondi G et al. The collaborative communication model for patient handover at the interface between high-acuity and low-acuity care. BMJ Qual Saf. 2012 Dec;21 Suppl 1:i58-66.

Wakefield DS, Ragan R, Brandt J, Tregnago M. Making the transition to nursing bedside shift reports. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2012 Jun;38(6):243-53.

Watkins S. Bedside manners. Nurs Times. 1993 Jul 21-27, 89(29):42-3.

Watkins S. Introducing bedside handover reports. Prof Nurse. 1997 Jan 12(4):270-3.

Webster J. Practitioner-centred research: an evaluation of the implementation of the bedside hand-over. J Adv Nurs. 1999 Dec 30(6):1375-82.

Wildner Jürgen. [Nursing staff transfer at patient bedside: not talking about but with the patient] (Nicht über, sondern mit dem Patienten sprechen. Pflegerische Übergabe am Patientenbett). Pflegezeitschrift. 2006 May 59(5):296-8. (in tedesco)

Wildner Juergen: La consegna infermieristica al letto del paziente. Un'esperienza dell'Hospice di Montericco/Albinea, Reggio Emilia. Io infermiere, IPASVI Milano-Lodi Anno 13, n.5/2010, 58-61

Wildner Juergen – La partecipazione del paziente alle consegne infermieristiche. In: XVI Congresso Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Bologna, marzo 2012. Professionisti nel cuore del futuro. Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica. p. 170-72. http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/172/IPASVI_INNOVAZIONEedESPERIENZE.pdf

Wildner Jürgen, Ferri Paola: Patient participation in Change of Shift Procedures. The Implementation of the Bedside handover for the improvement of nursing quality in an Italian hospice. Journal of Hospice and Palliative Nursing 14(3):216-224, May 2012.

Wildner Juergen - The implementation of bedside handover in an Italian cardiac intensive care unit for patient empowerment and improvement of nursing quality. In: Guendalina Graffigna, Janice M. Morse, A. Claudio Bosi (Eds.) Engaging People in Health Promotion & Well-Being. New opportunities and challenges for qualitative research. Proceedings of the 2nd Global Congress for Qualitative Health Research. Vita e Pensiero, Milano 2012, pp. 180-81 ISBN: 978-88-343-2251-2 [Atto di Convegno (in Volume) - Relazione in Volume di Atti di Convegno]

Ultima consultazione dei siti internet 12-2014

Allegati

Allegato 1: EU project handover

Progetto Handover
IL PASSAGGIO DI CONSEGNE: COME RENDERE LA COMUNICAZIONE EFFICACE E SICURA

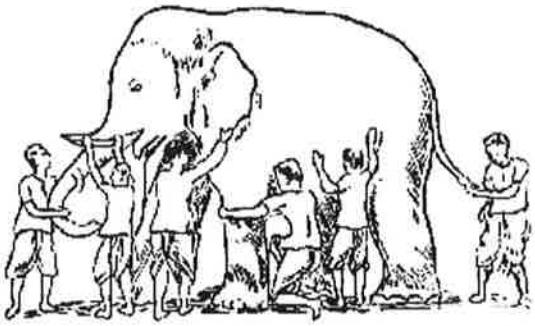
Handover è una parola inglese che letteralmente significa consegnare, porgere, passare. In ambito sanitario l'handover viene inteso come "passaggio di consegne" cioè la pratica di scambiare informazioni cliniche riguardanti i pazienti fra operatori sanitari (medici, infermieri, personale tecnico) al momento del cambio turno o al momento del trasferimento del paziente in altro reparto oppure da operatore sanitario ai familiari al momento della dimissione del paziente. Oltre all'aspetto puramente sanitario dello scambio di informazioni, l'handover implica un vero e proprio trasferimento di responsabilità (anche medico-legale)e del ruolo di referente per la cura di un paziente nelle varie fasi del percorso di cura.

Il momento dell'handover rappresenta, secondo uno studio del 2005 di Solet, un momento critico della cura del paziente in quanto l'80% degli errori è legato ad una comunicazione inefficace al momento del passaggio di consegne. Pertanto nel 2009 l'unione europea ha finanziato un progetto triennale volto a definire degli strumenti che rendessero più efficace e sicuro l'handover. A tale progetto hanno partecipato vari ospedali europei fra i quali, per l'Italia, l'Azienda sanitaria di Firenze con il supporto del Gruppo Regionale del Rischio Clinico. Nel luglio 2011, a Firenze, il gruppo "European Project Handover" ha concluso i lavori definendo una metodologia progettuale di handover volta ad aumentare il livello di attenzione dei sistemi sanitari, fornire linee guida e stimolare la formazione su questo specifico tema. Sulla base di queste proposte il Gruppo Regionale del Rischio Clinico, nel luglio 2011, ha definito un progetto pilota regionale coinvolgendo diverse USL toscane, fra cui la nostra, allo scopo di creare una Buona Pratica Regionale Handover. Abbiamo quindi partecipato al tavolo regionale presso il GRC che ha definito i criteri della Buona Pratica ed avviato questa sperimentazione con significativi risultati.

premio "Sicurezza e Qualità delle cure" 2013

INFO: Dott. Ugo Longobardi
tel. 0575 255002
e-mail: ugo.longobardi@usl8.toscana.it

http://www.usl8.toscana.it/la-nostra-qualita/progetto-handover



The current handoff situation

Research has shown that, in the Netherlands alone, 30.000 patients suffer preventable harm during treatment each year. According to Wagner et al. (2007) there were 1.735 potential avoidable deaths in 2004 and 1960 potential avoidable deaths in 2008 (Wagner et al, 2010). (Please note, this was not a statistically significant increase). The financial costs of avoidable adverse events, due to re-admissions, longer hospital stays and additional treatment are estimated to be €167 million a year; 1% of a hospital's total budget, Imagine the magnitude of potential avoidable deaths for the entire EU and the enormous financial damage that is associated with it!

Estimates differ, but it is believed that 25-40% of these adverse events relate to communication and handovers. Several explanations can be offered. For instance, one critical aspect of patient care is continuity of care, but with multiple provider involvement, (from referral to a hospital by a primary care specialist to discharge from the hospital and all caregivers in between), continuity is not a given. Any incomplete handover can lead to adverse events for patients, which may ultimately lead to either life threatening situations during treatment/surgery or prolonging treatment and/or re-hospitalizations after the patient is discharged. When handovers within a clinical setting and between colleagues are already hard to manage, handovers from primary care to secondary/tertiary care or vice versa may be even more so. Additionally, vulnerable groups such as the elderly, the very young and high-risk patients with multiple co-morbidities run an ever greater risk.

Secondly, care teams are fragmented due to resident work hour regulations and care providers working part-time. As patients, especially those with chronic medical issues, enter the inpatient realm of care (i.e., inside the hospital in contrast to outpatient / outside the hospital), they are often bewildered at the rapidity with which care is instituted. They are disoriented by the lack of a familiar decision-making guide; their primary care physicians. These abrupt shifts in care delivery are compounded by the fact that these patients often have complex co-morbidities and sometimes low health literacy, making them exceedingly vulnerable to the fast-paced transitions in care.

Creating an effective model of communication between inpatient and primary care physicians during times of patient transition, can positively influence a number of domains, including the assurance of patient safety, a patient-centered focus of healthcare delivery, and allocation and use of healthcare re-sources. Although recent literature suggests that primary care physicians are currently not satisfied with communication at transition points between ambulatory and inpatient care settings and that such communications are fraught with content omissions and not performed in a timely fashion, no work to date has outlined a content-driven strategy for improving and standardizing communication during these transitions.

Lastly, handovers are numerous. They take as many forms as there are handover scenarios. In guiding our assumption that there is a need for standardized basic elements in handover processes, we need to identify what aspects of handovers require local and/or institutional flexibility.

Handovers vary throughout Europe and need to take into account factors such as medical and nursing staff involved, availability of recourses and tools used in communication, as well as cultural differences. However, the idea of developing a single approach for all handovers is not feasible due to the diversity and complexity of health-care. HANDOVER will therefore aim at providing standardized basic elements for efficient communication that can be tailored to meet individual, institutional and/or regional requirements.

In: EU project handover http://www.handover.eu/context.html

Ultimo accesso: 29-12-14

Allegato 2: Corrispondenza con la dirigenza infermieristica AUSL Ferrara

Ferrara, 10/10/2013

Oggetto: Invito "Progetto Handover"

Spett.li

Dott. G. Sessa Resp. U.O. Qualità/Accreditamento Rischio Clinico

Dott. C. Andreati, Direttore U.O. LPA

Dott. C. Coppo Direzione Sanitaria Ospedale del Delta

Dott.ssa P. Grossi Resp. Rischio Dipart. Medico

Dott.ssa C. Villani, CdL Infermieristica Aziendale

Coordinatori UU.OO. Dipartimento Medico e Chirurgico

Prog. Regionale Cartella Clinica Integrata Dott.E.Mazzoli

p.c.

Direttore Sanitario Aziendale Dott. M. Marabini

Direttore Direzione Infermieristica e Tecnica - Dott.ssa B. Caselli

Direttore Dipartimento Chirurgico - Dott. A. Pulga

Direttore Dipartimento Medico - Dott. G. Serra

Direzione Infermieristica e Tecnica Area Ospedaliera

Gentilissimi,
con la presente si invitano le SS.VV. all'incontro di presentazione del progetto di ricerca elaborato con l'approvazione della Direzione Generale e Sanitaria in accordo con l'Università di Firenze sul tema "Handover".

Il progetto è finalizzato alla valutazione delle modalità di passaggio di consegna infermieristica, che si inserisce nelle attività collegate agli obiettivi di programmazione Aziendale relative alla Safety Patient.

L'incontro avrà luogo in data 04 novembre dalle ore 9.00 alle ore 13.00, presso la sala Riunioni, Piano Terra, Ospedale del Delta.

Si pregano i coordinatori tutti, di estendere l'invito ad almeno due collaboratori infermieri.

Confidando nella Vs cortese collaborazione si inviano cordiali saluti.

Responsabile Rschio Clinico DIT
Dott. Cristiano Pelati

Gentilissimi Direttori e Coordinatori,

dopo un periodo di valutazione della letteratura di sfondo ed una valutazione di fattibilità per l'avvio,

abbiamo ipotizzato un incontro di condivisione/presentazione dell'ipotesi di ricerca.

Il progetto, di cui l'allegata convocazione, è stato autorizzato dalla Direzione Aziendale nonché condiviso come area di interesse anche con la Direzione dell'Assessorato alla Sanità Regionale area Gestione del Rischio.

Vi ringrazio per la partecipazione che vorrete offrire.

Un cordiale saluto

--
Dott. Cristiano Pelati
Direzione Infermieristica e Tecnica
Resp. Attività Ospedaliere
Resp. Dipartimento Emergenza-118
Resp. Rischio Clinico
Ufficio telefono 0532235865
Ufficio fax: 0532 235618
Cellulare 335 7878367

Allegato 3: Corrispondenza con la dirigenza infermieristica AUSL Ferrara

-----Messaggio originale-----
Da: Marika Colombi [mailto:m.colombi@ausl.fe.it]
Inviato: gio 27/02/2014 13.17
A: Carantoni Giovanna; maria grazia graziani
Cc: Wildner Jurgen; Cristiano Pelati; Katia Floridoro
Oggetto: quesiti sperimentazione progetto handover

Gentilissime,

come anticipato telefonicamente, Vi inoltro una scheda relativa all'Organizzazione della U.O. da Voi coordinata.
Vi prego di integrare/rispondere ai quesiti in elenco e di inviare al Dott. Wildner, docente e tutor del progetto sperimentale Handover e che ci legge in copia, il file con le integrazioni richieste (e a me p.c.).

Questo ci permetterà di individuare la modalità più appropriata per effetuare la sperimentazione per ciascun cointesto coinvolto.

Vi allego inoltre le locandine della formazione residenziale e della successiva formazione sul campo: trattandosi di un progetto formativo selettivamente rivolto alle aree di sperimentazione, pertanto area chirurgica di Argenta e LPA del Delta, vi prego di individuare internamente e compatibilmente con l'organizzazione, il personale che parteciperà alla formazione residenziale edizione del mattino e edizione del pomeriggio e di inviare l'elenco con i nominativi a K.floridoro@ausl.fe.it

Vi ringrazio in anticipo per la collaborazione

Marika

CPSE Dott.ssa Marika Colombi
Responsabile Assistenziale Dipartimento Chirurgico e Medico Direzione Infermieristica e Tecnica
Presidio Unico Ospedaliero Azienda USL Ferrara cel. 335-6053624

Allegato 4: Corrispondenza con la dirigenza infermieristica AUSL Ferrara

Marika Colombi [m.colombi@ausl.fe.it]

Nella risposta al messaggio da Wildner Jurgen, 13/11/2014
A:
Wildner Jurgen
Cc:

Inbox

venerdì 21 novembre 2014 10.35

Gentile Juergen,

stiamo procedendo con la formazione aziendale su tutte le piattaforme mediche e chirurgiche, che si completerà nel 2015.
Come saprai nelle due realtà locali in cui abbiamo sperimentato, Delta e Argenta, il personale di supporto ha avuto una funzione di garante della sperimentazione facilitando il processo del passaggio di consegne al letto del malato da parte del personale infermieristico, vigilando il reparto e garantendo la continuità, ma di fatto non prende parte in modo attivo alla consegna al letto del paziente nelle pluralità dei casi.

Pertanto il questionario che abbiamo pensato e predisposto per il personale infermieristico non può essere utilizzato per il personale di supporto. Sono spiacente ma costringeremmo il personale OSS a rispondere a quesiti che non lo hanno visto coinvolto in prima linea.

un caro saluto, a presto

Marika

ORGANIZZATO DA
Direzione Infermieristica e Tecnica
AUSL di Ferrara

DESTINATARI
Infermieri e OSS dei reparti disponibili alla sperimentazione

- ✓ Ospedale del Delta
- ✓ Ospedale di Argenta

LUOGO EVENTO FORMATIVO
Sala Riunioni, piano Terra
Ospedale del Delta
Valle Oppio, 2 Lagosanto

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Dr. Giovanni Sessa

RESPONSABILE DEL CORSO
Dr.ssa Marika Colombi

MODALITA' DI ISCRIZIONE
Gli interessati dovranno indicare il proprio nominativo al Coordinatore dell'U.O. di riferimento.

I coordinatori raccolte le adesioni (in carta semplice) dovranno spedirle per posta interna all'attenzione di:

Sign.ra Katia Floridoro
Direzione Infermieristica e Tecnica
Via Cassoli, Ferrara

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

PROGETTO HANDOVER:

la partecipazione del paziente

alle consegne infermieristiche

Un cambiamento organizzativo
per favorire l'empowerment
e la qualità del nursing

25 marzo 2014

***PRIMA EDIZIONE** dalle 9.00 alle 13.00*

***SECONDA EDIZIONE** dalle 14,30 alle 18,30*

CONTENUTI

Dalle 9.00 alle 11.00 e dalle 12.00 alle 13.00

Dalle 14.30 alle 15.30 e dalle 16.00 alle 18.30

- ✓ La partecipazione del paziente nel processo di consegna per migliorare la continuità assistenziale e per aumentare la sicurezza delle cure;
- ✓ Promuovere un processo di cambiamento culturale e di miglioramento della qualità dell'essistenza: esercizi di role playing
- ✓ Avviare un percorso di formazione sui contenuti indispensabili per una buona consegna e sugli stili di comunicazione che coinvolgono il paziente
- ✓ Criteri di inclusione/esclusione per lo svolgimento della consegna al letto
- ✓ Costruire un team promotore per l'implementazione e identificazione di infermieri disponibili alla costruzione di una check-list
- ✓ Definire una check-list per lo svolgimento dell'HANDOVER per garantire la sicurezza, la qualità e la soddisfazione di tutti i partecipanti
- ✓ Sperimentazione e validazione di un questionario, selezionato dalla letteratura, per la valutazione del cambiamento rivolto agli operatori sanitari al tempo 0 e a 2/6 mesi

DOCENTE: Juergen Wildner

Dalle 11.00 alle 12.00 edizione mattino

Dalle 15.30 alle 16.30 edizione pomeriggio

- ✓ L'esperienza della Sperimentazione di Rovereto di Trento

DOCENTI: Costal Nicoletta, Manuela Manfrini

Allegato 6: brochure progetto handover „dal modello teorico alla pratica clinica"

ORGANIZZATO DA
Direzione Infermieristica e Tecnica
AUSL di Ferrara

DESTINATARI
Infermieri e OSS dei reparti disponibili alla sperimentazione

- ✓ Ospedale del Delta
- ✓ Ospedale di Argenta

LUOGO EVENTO FORMATIVO
Ospedale del Delta
Ospedale di Argenta

RESPONSABILE SCIENTIFICO
Dr. Giovanni Sessa

RESPONSABILE DEL CORSO
Dr.ssa Marika Colombi

MODALITA' DI SVOLGIMENTO
Sono previste 3 giornate di Audit, della durata di due ore ciascuna, in due edizioni.

- Due edizioni (6 giornate) presso Ospedale del Delta
- Due edizioni (6 giornate) presso Ospedale di Argenta

PERIODO DI SVOLGIMENTO
Dal 7 aprile al 20 dicembre 2014

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

PROGETTO HANDOVER:

la partecipazione del paziente

alle consegne infermieristiche

Dal modello teorico

alla pratica clinica

CONTENUTI

- Verificare attraverso l'uso di una cheklist il corretto svolgimento dell'HANDOVER per garantire la sicurezza, la qualità e la soddisfazione di tutti i partecipanti
- Analizzare le criticità raccolte dal team di proteggo relativa alla sperimentazione giornaliera della consegna a letto
- Analizzare il cambiamento e la realizzazione di azioni di miglioramento. Valutazione pre- e post cambiamento:
  - Variazioni del tempo di consegna
  - Campanelli durante la consegna
  - Eventi avversi
  - Percezione degli operatori
  - Percezione dei pazienti e caregiver
- Elaborazione di un piano di miglioramento della metodologia in termini di sicurezza e soddisfazione lavorativa riferito al singolo reparto partecipante
- Eventuale videoregistrazione per soli motivi didattici, videotraining

TUTOR METODOLOGICO: Juergen Wildner

PIASTRA CHIRURGICA SETTORE BLU

N. DEG.	N. LETTO	COGNOME NOME	DIAGNOSI D'INGRESSO/ INTERVENTO CHIRUGICO	GG POST-OP	DREN	DIETA	MOBILIZZAZIONE/AUSILI - NOTE
	15						
357	16						
	17						
356	18						
	19						
355	20						
	21						
354	22						
	23						
353	24						
352	25						

Allegato 7 : Documentazione cartacea Argenta Memo chirurgia/ortopedia

Numero posto letto NOME E COGNOME DATA DI NASCITA VALUTAZIONE BRASS	DIAGNOSI DI TRASFERIMENTO	LESIONI DA DECUBITO SEDE E TIPO, CVC-PIC CON DATA DI INSERZIONE, TRACHEO DATA SOST CANULA-PEG DATA DI INSERZIONE	DIETA	SONDE VESCICALI-STOMIE	MOBILIZZAZIONE DA EFFETTUARE (ALZATA IN PLTRONA-DEAMBULAZ CON PRESIDIO-AL LETTO ETCC)	DATE APPUNTAMENTI VISITE-ATTIVAZIONE DIMISSIONI DIFFICILE-PROBLEMATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI EMERGENTI,ALTRO
	SCOMPENSO CARDIACO IN CARDIOP. FIBRILLANTE CRONICA, IPERTENSIONE ARTERIOSA, ARTRITE CERVICALE, ESITI DI COLECISTECTOMIA, EDEMI AAINF	GAMBA SX DET. BETADINE, GARZE GRASSE	LIBERA MORBIDA		POLTRONA- AA INF IN SCARICO SIA A Òetto che in poltrona	VIVE CON DABANTE- PRESCRITTI AUSILI-ECO CARDIO TRANS-TORACICO IL 13/3 RIMUOVERE LA MEDIC. SOLO SE SPORCA ATTIVATA ADI DALLA MEDICINA IL 4/3-dentiera gestita dal personale
	SDR.DI WERNICKE,DIVERTICOLOSI COLICA,ITERV.DI IATOPLASTICA,IPERTROFIA PROSTATICA,LESIONE CUFFIA SPALLA DX,EPISODI DI RETTORAGGIA (EMORROIDI)	SACRO 1	LIBERA (DIVERTICOLI) BRODO		POLTRONA CONTENUTO	dal 6/3 va in palestra PERETTE????(SANGUINAMENTO PER EMORROIDI) In attesa documento identita' FATTA URINOCOLTURA 28/02 Permesso diurno
	ICTUS CEREBRI CON OCCLUS.ART. CEREBR.MEDIA TRATTATA CON TROMBECTOMIA MECCANICA PERCUT.IPERT.ART.IPERCOLESTER, NODULO TIROIDE,AFASIA,EMIPL.DX	TALLONE DX CVC DAL 6/3	SEMISOLIDA DISFAGICO AI LIQUIDI		POLTRONA CON SOLLEVATORE CONTENUTO	PROGRAMMATI CPE ESEGUIRE ICU AA SUP SX- ric uvg il 11/3
	FOCOLAIO BRONCOPNEUMONICO DX IN DECLINO COGNITIVO SU ENCEFALOPATIA VASCOLARE CRONICA,CARDIOPATIA IPERTENSIVA,IPERTROFIA PROST.,IPOACUSIA MARCATA		SEMISOLIDA		POLTRONA CON FAMILIARI O CONTENUTO ,CONTENZ AL LETTO	RSO 3 CAMPIONI DA ESEGUIRE DAL 10/3
	SUBOCCLUSIONE IN COPROSTASI MASSIVA, IN RISOLUZ. CON CLISMASAC QUOTIDIANO.PREGR. FRATT.PERONE DX. RESEZIONE SIGMA	SACRO 3° TALLONI DX FLITTENE-necrosi CVC 14 02	SEMISOLIDA	c 16 14/3	POLTRONA	I FAM.HANNO DISDETTO RSA PERMESSO CONTINUATIVO Attivata adi il 27/02
	REIMPIANTO DI PROTESI ANCA SN INFETTA	FER.CHIR.DA DESUT.PROX MED.IN ORTO IL 12/03	LIBERA	C 16 24/03	MAD POLTRONA NO CARICO FKT	
	SCOMPENSO CARDIACO IN CORSO DI FBP BASALE SX, COLECISTECTOMIZZATA, CARDIOPATIA ISCHEMICA POST IMA CON SCOMP. CARDIACO CRONICO ,ENCEFALOPATIA VASCOLARE,ICTUS CEREBRI NEL 2013		DIGIUNO X DIFFICOLTà ALLA DEGLUTIZIONE	C 16 19/3	FAL MAD	INTOLLERANZA AL KETOROLAC E BISOPROLOLO
	FEBBRICOLA IN SDR.MIELODISPL, SDR.DEPRESSIVA MAGGIORE, COLECISTECT,RESEZ.ADENOCA.COLON, DIVERTICOLOSI COLICA,IPERT.ART,IRC	MIDLINE DAL 27/2/14 Icu mano dx	libera morbida		POLTRONA	puo'deambulare con famigliari
	SEPSI DA MENINGOENCEF.PNEUMOCOCC.IPERT. ART.DMNID.COLELITIASI. SDR.DEPRESSIVA.MASTOIDECTOMIA DX.18/01.CRISI EPILETTICHE.RESIDUA PARESI ARTO SUP. DX.	CVC PEG NON UTILIZZATA	DIGIUNO	C16 24/03	MAD FKT	IL 03/03/2014 ATT.UVG Protesi mobile restituito alla figlia occhiali nel comodino Allergia alla Simvastatina Stick x 3
	INSUFF.RESP.CRONICA RIACUTIZZ, RECIDIVA DI BROCOP.IN K POLMONARE, DUBBIO DI EPISODIO ISCHEMICO CEREBRALE,BPCO,OBESITà		LIBERA MORBIDA		POLTRONA CON I FAMILIARI	02 2 LIT/MIN- SEGUITO DAL DH ONCOLOGICO DEL DELTA Permesso diurno i fam rifiutano le contenzioni chiamarli se il paziente si agita

	SCOMPENSO CARDIACO (SN) IN PAZIENTE CON CARDIOPATIA IPERTENSIVA	CVC DAL 28/2	SEMISOLIDA NO ACQUA, DISFAGICA	C.16 SIL 25/03	POLTRONA CON BUSTO	UVG IL 26/02,HCV + Peretta con portolac i gg dispari-EMOCOLTURA FATTA IL 3/3
	FIBROSI POLMONARE F.A. IPERTENSIONE POLMONARE	MIDLINE dal 5/3	SEMISOLIDA DIAB		,POLTRONA MAD fkt	RICH.CONS.FKT,DERMAT. REUMAT. 06 03 2014,HCV + Mob.re in poltrona in presenza dei fam.ri.,quando assenti solo per breve periodo STICK ORE 12
	REAZIONE ORTICARIOIDE IN BPCO , COLICA BILIARE, SCREZIO PANCREATICO, ANGIOMA EPATICO,FA, CIC POST IMA KMAMMARIO, SECONDARISMI VERTEBRALI, SCOPMPENSO GLICEMICO	SACRO 2 ZONA PERINEALE INGUINE I	SEMISOLIDA DIABETICA	C 16 27/2	fal HA METASTASI VERTEBRALI	ADI ATTIVATA DALLA MEDICINA RIC. IN MEDICINA CONS . DERMATOLOGICA VEROSIMILE REAZIONE AL DELTACORTENE- stick x 3
	VOMITO CAFFEANO,ENCEFALOPATIA VASCOLARE CRONICA, CHD POST-IMA, SDR DA ALLETTAMENTO EPISODI DI MELENA	TALLONE SX III MIDE-LINE BRACCIO SX dal 28/2	DIGIUNO	C 16 11/04 SIL	FAL	GIA' ESEGUITI 3 CPE IN MEDICINA VIVE CASA PROTETTA SERRAVALLE

Allegato 9: Proposta checklist contenuti della consegna in Lungodegenza Delta

1. Contenuti format

Numero posto letto

Nome e cognome **si**

Data di nascità **età**

Valutazione Brass

DIAGNOSI DI TRASFERIMENTO

LESIONI DA DECUBITO SEDE E TIPO

CVC-PIC CON DATA DI INSERZIONE,

TRACHEO DATA SOST CANULA

PEG DATA DI INSERZIONE

- **DIETA** Alimentazione (tolleranza alla dieta) e idratazione (restrizioni nell'assunzione?)

SONDE VESCICALI
STOMIE
MOBILIZZAZIONE DA EFFETTUARE (ALZATA IN PLTRONA-DEAMBULAZ CON PRESIDIO-AL LETTO ETCC) **condividere**
DATE APPUNTAMENTI VISITE **condivisione**
ATTIVAZIONE DIMISSIONI DIFFICILE **condivisione**
PROBLEMATICHE CLINICO-ASSISTENZIALI EMERGENTI
ALTRO
Infusioni in corso?

2. **Aspetti da considerare nella consegna al letto, possibilmente da condividere con il paziente:**

Preparazione

- Richiedere il consenso e informare il paziente che la consegna avrà luogo con tempi limitati
- La documentazione del paziente (format) è disponibile.
- Eventualmente gli infermieri s'incontrano prima in guardiola per trasmettere notizie non trasmissibili in stanza
- Prevenire eventuali interruzioni della consegna (p.e. a eventuali parenti si chiede di uscire oppure si ottiene il permesso dal paziente affinché possano rimanere)

Contenuto

Al letto del paziente l'infermiera si presenta (l'infermiera che smonta presenta il paziente all'infermiera che

monta) e la consegna inizia dal punto di vista del paziente.

- Presentazione del paziente (se non conosciuto)
- Focus sui variazioni e problemi del paziente
- Osservazione dell'aspetto generale, fisico e psichico del paziente
- Situazione cognitiva relazionale
- Ascoltare domande del paziente per chiarimenti o informazioni, i suoi bisogni riguardo il prossimo turno
- Programmazione della dimissione
- Aspetti e bisogni educazionali
- Assistenza e cura fornita in giornata
- Dolore, gestione del dolore
- Respiro
- Eliminazione intestinale – ultima evacuazione, consistenza dei feci, nausea o vomito
- Eliminazione urinaria – c.v., pannolone, urocontrol
- Mobilizzazione (capacità di mobilizzazione, bisogno di aiuto)– ausili – lesioni
- Igiene personale
- Riposo / sonno

Aspetti di sicurezza

- osservare l'aspetto generale del paziente
- corretta assunzione farmaci
- Posizione nel letto, rischio di caduta (interventi possibili)
- Situazione dermatologica, pericolo di decubito
- guardare medicazioni, diuresi, drenaggi
- controllare l'ambiente, incluso disponibilità campanello
- adattarsi ai bisogni personali del paziente

Concludere le consegne in modo appropriato prima di allontanarsi dal letto del paziente

Le domande del paziente vengono accolte. Chiedere al paziente se ha delle domande o commenti

Allegato 10: Proposte da parte del dottorando per un adattamento temporale e organizzativo che potrebbero migliorare l'introduzione della nuova metodologia

Proposte per la Lungodegenza Post Acuzie Geriatria (marzo 14)

Si propone:

- allungare il tempo di consegna di almeno 5 minuti per le consegne matt-pom (riconosciuto come orario di servizio)
- permettere la permanenza dei parenti in stanza durante la consegna al letto
- per gli OSS: allungare il loro turno fino alle 14.10 o 14.15 (preferibilmente due OSS, uno per ogni settore) , sia per una loro partecipazione alle consegne che per poter garantire una consegna con meno disturbi (almeno per un periodo di prova).
- gli operatori OSS del pomeriggio dovrebbero iniziare il turno alle 13.55 come gli infermieri per garantire di stare nei tempi e di svolgere insieme la consegna al letto del paziente
- gli studenti partecipano alla consegna al letto in un settore, possibilmente per più tempo nello stesso settore.

Per l'Area chirurgica Ospedale Argenta (marzo 14)

Si propone :

- di dare in ogni settore la consegna al turno successivo assegnato a quel settore (consegna separata)
- di allungare il tempo di consegna matt-pom. di almeno 5 minuti, visto che anche attualmente 15 minuti non sono sufficienti (riconosciuto come orario di servizio)
- per l'infermiere giornaliero (lun-ven.) di allungare il suo turno fino alle 14.10 o 14.15 (riconosciuto come orario di servizio) per poter garantire una consegna con meno disturbi (almeno per un periodo di prova per qualche mese). E' responsabile per ricoveri urgenti, telefonate, campanelli...
- l'OSS in servizio all'ora della consegna ha il compito di garantire una consegna con il minor numero di disturbi. Quindi questa persona dal lunedì alla domenica rimane principalmente fuori alla consegna. Altrimenti, con un reparto tranquillo, potrebbe anche partecipare alla consegna in un settore a scelta.
- gli studenti partecipano alla consegna al letto in un settore, possibilmente per più tempo nello stesso settore.

Allegato 11: Poster scientifico al congresso Aniarti, novembre 2012

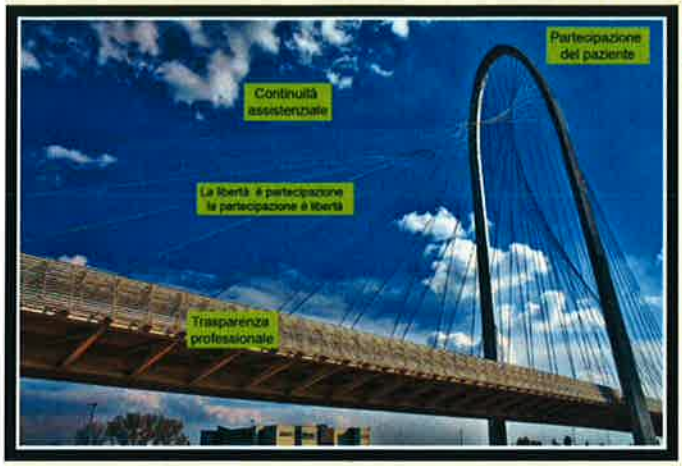
Partecipazione con un poster scientifico al congresso Aniarti – Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica, novembre 2012. Titolo del poster: E' possibile una consegna infermieristica al letto del paziente che favorisca la sua partecipazione?

31°CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI, RIVA DEL GARDA, 14. -16 NOVEMBRE 2012

INFERMIERI E QUALITA' DI VITA IN AREA CRITICA

E' POSSIBILE UNA CONSEGNA INFERMIERISTICA AL LETTO DEL PAZIENTE CHE FAVORISCA LA SUA PARTECIPAZIONE?

Autore: Juergen Widner
Azienda Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia
Università Firenze PhD in Scienze Infermieristiche



Introduzione: Nonostante nel SSN a livello teorico il paziente ha la figura centrale e il tutto dovrebbe ruotare attorno a lui, la realtà operativa è ancora spesso un'altra. Esiste un certo abisso fra concetti teorici ampiamente divulgati nella sanità italiana e la prassi quotidiana in reparti dove spesso si pratica ancora un'assistenza funzionale orientata al compito e poco personalizzata.
Dalla prospettiva del paziente, la routine giornaliera e complessa di un ospedale risulta difficilmente comprensibile, suscita quindi in molti pazienti sentimenti di insicurezza, paura, perplessità o impotenza.

La forma tradizionale di consegna ha la funzione di mantenere la continuità assistenziale ma anche l'autorità e il controllo sul paziente, non sostiene la sua partecipazione e l'autonomia. Le informazioni passano al paziente solo a discrezione degli operatori. Questo stile di consegna è l'espressione di una gerarchia rigida dove l'informazione corrisponde a potere e quelli che la ricevono si devono sentire riconoscenti e privilegiati.

La consegna al letto è una metodologia quasi inesistente in Italia, a livello internazionale però viene discussa e praticata in diversi settori/specialità mediche da più di 40 anni come dimostra una vasta gamma di pubblicazioni. Negli ultimi anni si osserva un incremento delle pubblicazioni sul tema in concordanza con il tema del rischio clinico.
Con la partecipazione attiva del paziente viene svolto un aggiornamento reciproco sulle condizioni fisiche e psichiche del paziente e sul programma assistenziale.
Uno scambio costruttivo fra operatore e paziente presuppone un atteggiamento di stima, autenticità, sincerità e empatia nei confronti di quest'ultimo. Sono necessarie la capacità dell'ascolto attivo e la conoscenza di alcune regole comunicative.

Background: Il reparto di Cardiologia / UTIC, ASMN di Reggio Emilia, dispone di 11 letti di terapia intensiva e 22 letti di degenza. Lavorano circa 40 infermieri, la grande maggioranza sono turnisti che lavorano a tempo pieno. Il personale infermieristico cambia mensilmente il settore fra UTIC, degenza, degenza semintensiva. Ogni settore esegue una consegna a parte al cambio turno tranne nella specifica sala infermieri. Attualmente effettua un infermiere di ogni settore la consegna al turno successivo. In UTIC collaborano 3-4 infermieri per turno, in degenza 1-2. Pazienti ricoverati all'anno: circa 2500.

Scopi:
Più trasparenza: il paziente si rendono conto del contenuto delle consegne
Più contatto con il paziente con un aumento della fiducia e conoscenza.
Più informazioni rilevanti per l'infermiere e il paziente per comprendere la situazione attuale.
Controllo p.e. di infusioni, cateteri ecc. tramite entrambi i turni.
Le informazioni vengono trasmesse nella stanza del paziente, perciò risultano più oggettive e concrete.
L'acquisto di un'elevata capacità comunicativa e l'aumento di professionalità
Più sicurezza per il paziente e per l'infermiere
Aumento del senso di responsabilità e della soddisfazione lavorativa degli operatori
Inserimento di importanti situazioni di insegnamento fra colleghi e per studenti
Riduzione del numero di interruzioni
Aumento dell'autoriflessione e dell'autocontrollo degli operatori

Materiali e Metodi:
Disegno di studio: ricerca-intervento (*action research*)
Raccolta dati: In un focus group ci siamo chiesti come può essere applicato il modello alla nostra realtà. Per condividere l'elaborato e per raccogliere percezioni sulla qualità della consegna è stato elaborato un questionario con domande chiuse e aperte. Nel questionario anonimo hanno risposto trentasei su 39 colleghi che corrisponde al 92%.
Risultati: Ci sono elementi della consegna che vengono valutati in modo positivo da una maggioranza come la possibilità di condividere con le colleghe frustrazioni, rabbia, di poter comunicare preoccupazioni e stanchezza, un rapporto non superficiale con i pazienti.
In linea generale dalle risposte si ritiesta però una diffusa insoddisfazione per quanto riguarda la troppa fatica per un'unica persona a gestire le consegne fino a 11 pazienti in UTIC, le interruzioni frequenti durante le consegne, troppi contenuti delle consegne non importanti, le consegne che durano troppo tempo, il pericolo di errori, I contenuti sono soggettivi, il desiderio di ricevere le consegne dal collega che ha seguito effettivamente il paziente e familiari.
Alcuni dubbi come l'argomento della privacy hanno bisogno di approfondimento e discussione con il team. 86% degli infermieri che hanno consegnato il questionario è d'accordo di combinare la consegna al letto in UTIC con la suddivisione dei pazienti. Per 78% la consegna al letto in UTIC è realizzabile.

Conclusioni: Il gruppo di lavoro ha concluso che il primo passo per poter arrivare alla consegna al letto in UTIC deve essere la responsabilizzazione del singolo infermiere nel suo operato quotidiano, quindi di suddividere gli 11 posti letti sui tre infermieri. Ogni infermiere cerca si occuparsi principalmente dei suoi pazienti e il consegna personalmente al prossimo turno.
Questa proposta espressa nel mese di aprile 2012 non è stata ancora realizzata. Di fondamentale importanza durante tutto il processo è il sostegno del management infermieristico. Prossimamente il nostro progetto in cardiologia verrà presentato al comitato etico.

Discussione: In un contesto nazionale dove la consegna al letto costituisce una novità per gli infermieri non è facile contrastare delle perplessità che alcuni operatori possono elencare. Un cambiamento della metodologia della consegna è legata a una larga varietà di eventuali problemi: logistici, organizzativi, personali e culturali. I cambiamenti delle abitudini provocano sempre delle emozioni di diverso tipo. Per raggiungere il cambiamento si necessita di due forze fondamentali: top-down e bottom-up.
L'impostazione da parte della direzione è tanto importante come il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori. La resistenza da parte degli operatori deve essere superata attraverso la creazione di un clima che incoraggiava la comunicazione aperta. Gli infermieri spesso intendono conservare i loro rituali come elementi sacri che sono assolutamente da proteggere e le sfide che nascono durante un tentativo di cambiamento non devono essere sottovalutate. Nonostante una cultura di governo clinico e una motivazione condivisa, sono richiesti solleciti consistenti e il sostegno del processo di cambiamento per mantenere e promuovere questa pratica clinica.

Gli studi internazionali sulla consegna al letto del paziente hanno dimostrato:
-Tempi di consegna ridotti
-Migliore soddisfazione e informazione dei pazienti e operatori e – dove coinvolti – dei familiari
-Riduzione del rischio clinico
-Consegne più oggettive che rispettano i diritti del paziente, i suoi bisogni reali e attuali, del suo piano di cura, della programmazione della sua giornata e della dimissione.
-Miglioramento dei rapporti fra pazienti, infermieri e caregiver
-Gli infermieri sono protagonisti capaci di indicare le nuove definizioni di qualità di vita dentro ad un sistema che necessita di profondi e radicali trasformazioni.

Bibliografia:
- Benaglio, Pifer, Sportelli. Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato. Assist Inferm Ric. 2008 25(2): 105–108.
- Buffone, Sumathy, Grutzeus, Palese. Tradizione all'avanguardia infermieristica e responsabilità attraverso la consegna: revisione della letteratura. Assist Infermier Ric 2012;31(2):91-101
- Widner Juergen: La consegna infermieristica al letto del paziente. Un'esperienza dell'Hospice di Montecavolo/Albinea, Reggio Emilia. In Infermiere, IPASVI Milano-Lodi Anno 13, n.5/2010, 58-61.

Nell'ambito del progetto di dottorato si cercano uno o più reparti/ospedalieri o non di qualsiasi specialità medica in Italia per condurre una sperimentazione della consegna al letto per almeno 3-6 mesi.
Contattare jwildner@unifi.it

Allegato 12: Poster scientifico III congresso AIIAO (Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica), maggio 2014

III CONGRESSO NAZIONALE AIIAO ANCONA 29-30-31 MAGGIO 2014

ETICA E RICERCA per assistere e curare in oncologia

AZIENDA USL DI FERRARA - UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE

PROGETTO HANDOVER
LA PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE ALLE CONSEGNE INFERMIERISTICHE

Autori
Jurgen Widner, dottorando in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Firenze jwildner@unifi.it
Laura Rasero, Professore associato, Università degli Studi di Firenze
Marika Colombi, Direzione Infermieristica e Tecnica, Azienda USL Ferrara
Cristiano Pelati, Direzione Infermieristica e Tecnica, Azienda USL Ferrara
Federica Borghesi, Responsabile infermieristica Ospedale del Delta
Enrico Mazzoli, Responsabile Infermieristico Ospedale di Argenta
Maria Grazia Graziani, coordinatrice area chirurgica, Ospedale di Argenta
Giovanna Carantoni, coordinatrice lungodegenza Ospedale del Delta

Background La consegna infermieristica ha come funzione principale il passaggio di informazioni fra gli operatori sulle condizioni del paziente per garantire la continuità assistenziale. La ricerca sulla consegna verbale, che costituisce una parte importante del processo comunicativo, è poco sviluppata in Italia. Il metodo della consegna al letto del malato, ampiamente discusso e praticato a livello internazionale, è quasi sconosciuto in Italia. I suoi principi si basano, fra l'altro, sull'aumento della sicurezza, sull'empowerment del paziente, sul miglioramento della comunicazione fra infermieri e pazienti e sulla crescita professionale.

L'obiettivo della ricerca sussiste nella sperimentazione giornaliera della consegna infermieristica al letto in due strutture sanitarie dell'Azienda USL Ferrara, approfondendo la percezione degli operatori e dei pazienti, caregiver su questo nuovo stile. In questa ricerca si cerca di combinare l'etica con la ricerca: solo nell'incontro possiamo fare i conti con i bisogni e le reali situazioni della vita quotidiana...

Materiale e Metodi Ricerca-intervento. La sperimentazione si sta svolgendo presso l'area chirurgica dell'Ospedale Argenta e nel reparto di lungodegenza dell'Ospedale del Delta da aprile 2014. Sono coinvolti tutti gli operatori (infermieri e operatori socio sanitari), i pazienti e alcuni caregiver presenti. La valutazione della nuova metodologia di consegna viene effettuata attraverso una checklist con indicatori presi a riferimento dalla letteratura sulla qualità e sulla sicurezza della consegna al letto in reparti ospedalieri e dalle sperimentazioni in altre aziende sanitarie. Durante la sperimentazione vengono raccolte tramite questionari anonimi, le percezioni degli operatori. Un modulo, compilato giornalmente, assicura il controllo della continuità della consegna al letto.

Chirurgia/Ortopedia Argenta: posti letto 24, divisi per due settori, con consegne separate. Numero infermieri 14, OSS 4, tempo di consegna a disposizione 15min., ogni turno aggiorna un format/foglio di consegne disponibile per i colleghi che iniziano il turno. Permanenza media dei pazienti: 8 gg

Lungodegenza Delta: posti letto 33, divisi per due settori, con consegne separate. Numero infermieri 14, OSS 10, tempo di consegna a disposizione 15min., ogni turno aggiorna un format/foglio di consegne disponibile per i colleghi che iniziano il turno. Permanenza media dei pazienti: 21 gg

Si ringrazia la direzione infermieristica, ma soprattutto gli operatori per la loro partecipazione al progetto

Il merito del buon andamento della sperimentazione è innanzi tutto degli operatori che in prima linea si stanno mettendo in gioco

Risultati
Argenta: Gli operatori riferiscono meno disturbi durante la consegna a letto. I tempi di consegna si sono abbreviati. Si parte subito con la consegna al letto. Tutte le informazioni si riescono a dare nelle stanza. Non si riferiscono problemi di imbarazzo o di privacy. Si evita una doppia consegna.

Delta: Gli operatori riferiscono che quasi tutte le info vengono trasmesse nelle stanze. Non si necessita di un incontro in guardiola. La consegna al letto viene svolta anche sabato e domenica. Vengono coinvolti non solo alcuni pazienti come inizialmente pensato (vuol dire consegna al letto solo dei pazienti lucidi e collaboranti) ma tutti nonostante non tutti riescono a partecipare attivamente. Una collega riferisce ancora un certo imbarazzo nella stanza per questa nuova metodologia.

Le prime reazioni degli operatori confermano i dati della letteratura:
- "abbiamo meno interruzioni, nessuno che entra e esce ma solo noi e il paziente"
- "in realtà ci mettiamo lo stesso tempo"
- "si recuperano alcune informazioni legate al fatto di vedere in faccia i pazienti"
- "i pazienti apprezzano molto e sono soddisfatti perché si sentono maggiormente presi in carico"
- "ma noi finita la sperimentazione siamo obbligati a tornare alla vecchia modalità o possiamo mantenere questa?"
- "io non voglio più tornare indietro!"

Conclusioni
Lo studio si concentra sull'applicazione della consegna al letto in due reparti ospedalieri. I risultati su un campione limitato, pur essendo rappresentativi della struttura indagata, rispecchiano i dati di studi internazionali, che dimostrano l'applicabilità del metodo in tante tipologie di strutture sanitarie. La soddisfazione dei pazienti, dei caregiver e l'interesse degli operatori dovrebbero essere spunto per l'inserimento definitivo del metodo nella struttura esaminata e in altre realtà della sanità italiana. Solo una sperimentazione continuativa e condivisa potrà garantire una applicazione definitiva e una ulteriore divulgazione. Risulta necessario un approfondito intervento di analisi del cambiamento effettuato e la realizzazione di azioni di miglioramento.

Bibliografia:
- Beraglia, Piffer, Speratto. Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato. Assist Inferm Ric. 2006 25(2). 105=108.
- Buttone, Sumathy, Grubessa, Palese. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. Assist Infern Ric 2012;31(2):91-101
- Poletti Piera. Handover: il passaggio delle consegne sfidare della sicurezza in Care 4, 2012 http://carenonline.it/wp-content/uploads/2012/10/ParoleChiaveHandover.pdf
- Widner Juergen. La consegna infermieristica al letto del paziente. Un'esperienza dell'Hospice di Montecricco/Albinea. Reggio Emilia. Io infermiere. IPASVI Milano-Lodi Anno 13, n.5/2010, 58-61

Allegato 13: Relazione del dottorando al 2nd Global Congress for Qualitative Health Research, Milano 2012

When I sent my Abstract to the "Organisational Board" I thought by now my research would have reached a different position to what it has actually achieved. Indeed, the experimentation of the methodology (the Implementation of Bed-side Handover) in the ward has not yet begun, still being at the preparation stage.
The project is connected with my PhD research which began this year and I have been interested in the concept for many years now.

I would like to divide my brief talk into three parts:
1. The presentation of research I carried out recently in another care context;
2. The state of progress of my current research;
3. A Collaboration proposal.

An article describing my research in 2009 has recently been published in the Journal of Hospice and Palliative Nursing.
The context of my current research is very different. I have worked as a nurse in the same ward since 2000.
Our first interest was to investigate how the model could be applied to the ward.
In a further two meetings we examined the question in greater depth. A questionnaire was drawn up as a means of sharing our conclusions and to obtain feedback on the quality of the current handover procedure.
We received 36 responses to the anonymous questionnaire out of a total of 39 colleagues, representing 92%.
Some elements of the hand-over were assessed positively by the majority of responses. These included the possibility of sharing frustrations and anger with colleagues, to be able to communicate worries and tiredness and establish relations with patients beyond just a superficial level.
In general terms however, it is possible to detect a widespread dissatisfaction expressed by the majority of colleagues citing the following in particular: it is too great a strain on one person to have to manage a hand-over involving up to 11 patients in UTIC, the frequency of interruptions during the hand-overs, too much of the content of the hand-overs is unimportant, the hand-overs last too long, the danger of making mistakes, the content is subjective in nature and the wish to have a hand-over from the colleague who had actually followed the patient and family members.
Some concerns such as the issue of privacy require further consideration and discussion in the team.
86% of the nurses responding to the questionnaire stated their agreement with combining a bed-side handover in UTIC with a division of patients. 78% thought it would be possible to introduce the bed-side hand-over in UTIC.
The working group concluded that the first step necessary in the introduction of the bed-side hand-over in UTIC must be to increase awareness of nurses of their responsibilities in their daily work and thus to divide the 11 bed-spaces between the three nurses. Each nurse would concentrate on his or her own patients, reporting on them at the hand-over to the following shift.
Although this proposal was made in April it has still not been implemented. If the process is to be successful it is of fundamental importance that the nursing management should provide their support throughout. The support received so far could have been better.
Our project for Cardiology is due to be presented to the Ethical Committee in the near future.
I would like to take the opportunity presented by this talk to propose the method to other wards interested in experimenting with the bed-side hand-over. Anyone interested could make use of the university project and contribute to extending the experience of this procedure in Italy generally

Allegato 14: Modulo "controllo della continuità della consegna al letto"
Il modulo viene compilato giornalmente immediatamente dopo la consegna da entrambi gli infermieri del pomeriggio (in ogni settore)

Controllo della continuità della consegna al letto: SETTORE ROSSO

Data ---------- **Firma :**----------

Stanza	Letto	Eseguito		Parente/ Caregiver presente		Parente assente	Impressioni
321	**1**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	2	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
322	**3**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	4	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
323	**5**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	6	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
324	**7**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	8	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
325	**9**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	10	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
326	**11**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	12	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
327	**13**	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		
	14	Si	No Motivo	coinvolto	Non coinvolto		

Allegato 15: Modulo questionario con domande chiuse (before e after)

Pensando alla consegna infermieristica nella forma attualmente effettuata nel suo reparto come giudicarebbe i seguenti criteri

1. **Sicurezza**

   1.1. L'infermiere che inizia il turno riceve attraverso la consegna un quadro sufficiente del paziente per poter garantire un'assistenza sicura e adeguata

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

   1.2. Attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

   1.3. Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

2. **Completezza**

   L'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

3. **Continuità**

   3.1. Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

   3.2. Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

4. **Coinvolgimento**

   L'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

5. **Chiarezza**

   Il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

Alla luce della odierna formazione e la Sua comprensione della metodologia del bedside handover (consegna al letto) -

quale impatto potrebbe fornire la consegna al letto al riguardo i seguenti criteri?

1. **Sicurezza**

   1.1. L'infermiere che inizia il turno riceve attraverso la consegna un quadro sufficiente del paziente per poter garantire un'assistenza sicura e adeguata

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

   1.2. Attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

   1.3. Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

2. **Completezza**

   L'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

3. **Continuità**

3.1. Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

3.2. Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

4. **Coinvolgimento**

   La consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

5. **Chiarezza**

   Il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti

   molto d'accordo d'accordo indeciso poco d'accordo non d'accordo

Allegato 16: Modulo questionario con domande aperte

Progetto Handover - AUSL Ferrara - Juergen Wildner - Università Firenze
Maggio 2014

Ringrazio molto per la vostra partecipazione al progetto handover, alla consegna al letto nel vostro reparto. Ho avuto l'occasione di conoscere la vostra nuova consegna al letto del paziente. Nonostante mi occupo da alcuni anni di questa metodologia, ho vissuto il vostro entusiasmo, coinvolgimento e la vostra bravura con molto piacere.

Per una maggiore condivisione e valutazione della sperimentazione della consegna al letto in corso chiedo gentilmente agli operatori di rispondere (anche brevemente) alle 5 domande di seguito. Ringrazio per la partecipazione!

1. Pensando alla nuova forma di consegna al letto del paziente: che cosa sta andando bene?

2. Che cosa non sta andando bene?

3. Suggerimenti per migliorare la consegna al letto del paziente?

4. Quali sono le reazioni dei pazienti, parenti?

5. I pazienti partecipano?

Alcuni dati anagrafici

1. anni di esperienza professionale come infermiere /OSS in totale:
2. infermiere o OSS:
3. anni di servizio in questo reparto:
4. femm. / masch.:
5. età:

Le seguenti annotazioni potrebbero servire per esprimere qualche percezione

La consegna al letto serve a

riconoscere le priorità dall'inizio del turno
entrare in contatto con paziente e familiari
aumentare la mia soddisfazione lavorativa
migliorare la comunicazione nel team
migliorare la comunicazione con pazienti e familiari
rendere la consegna più professionale e trasparente
aumentare le mie capacità comunicative
per apprendere di più sui pazienti e familiari
mi rende più informato e quindi maggiormente pronto sui quesiti sui pazienti (p.e. domande del medico)
per un confronto con i colleghi sui problemi di salute del paziente
per una condivisione con il paziente
coinvolgere il paziente e i familiari
incoraggiare il paziente e i familiari a fare domande
migliorare la qualità delle informazioni
rispondere alle mie domande prima di iniziare a lavorare
informare il paziente sui programmi, dimissione, chi c'è nel pomeriggio

La consegna a letto con la partecipazione del paziente (parente)

- non mi fa sentire a mio agio per il seguente motivo: .....
- richiede specifiche modalità e competenze

avviene in modo confidenziale. La presenza di altri pazienti non disturba.
non ha creato criticità sui temi confidenziali
richiede la partecipazione di un numero limitato di infermieri/OSS
richiede lo stesso impegno temporale come la consegna tradizionale in guardiola
avviene in modo conciso, più obiettivo
è spesso meno stressante che la consegna tradizionale
aiuta ad evitare ritardi e errori nel processo di cura
aumenta il mio senso di responsabilità
è un efficace mezzo di comunicazione
può aumentare la percezione di sicurezza del paziente
rassicura il paziente e familiari che gli operatori lavorano in modo collegiale (come un team)
stimola il paziente e i familiari a fare domande
aiuta di concentrarsi sul paziente invece su dei documenti
richiede l'uso di una terminologia comprensibile per paziente e familiari

Allegato 17 : Informativa per pazienti e familiari sviluppata dalla coordinatrice infermieristica, lungodegenza Ospedale del Delta

GENTILISSIMI

SIAMO AD INFORMARVI CHE **DAL 7 DI APRILE AL 31 MAGGIO 2014** IN QUESTA UNITA´ OPERATIVA DI LUNGODEGENZA

INIZIERA´UN PROGETTO DI SPERIMENTAZIONE

CHE HA COME **FINILITA´DI MIGLIORARE LA QUALITA´DEL PASSAGGIO DELLE CONSEGNE NELL' ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN TERMINI DI SICUREZZA E COINVOLGIMENTO DEL PAZIENTE**

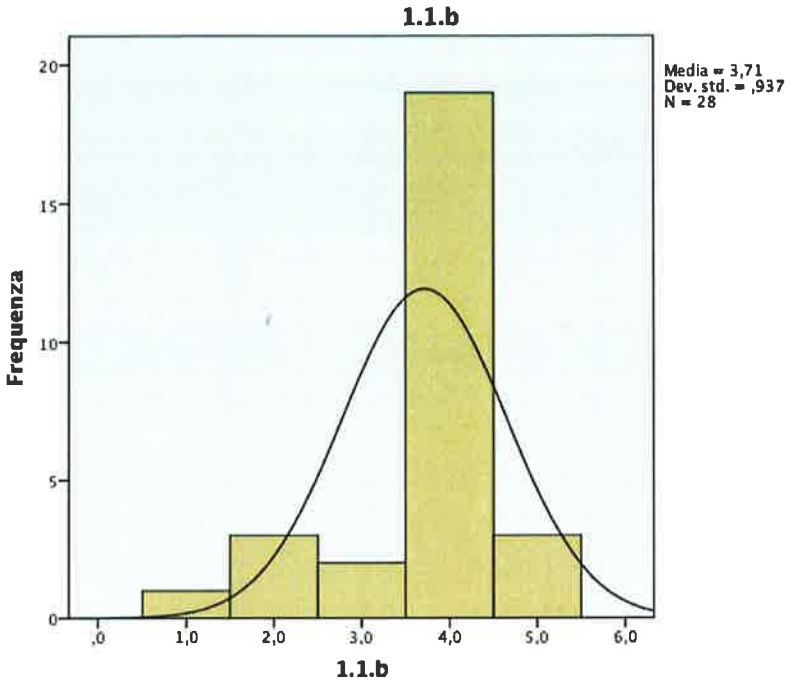
NON TUTTI I PAZIENTI SARANNO COINVOLTI, MA LA VALUTAZIONE DI CHI INCLUDERE AVVERA' DA PARTE DEL PERSONALE SANITARIO

PER TANTO ALLO SCAMBIO DELLE CONSEGNE DALLE ORE 13:50 ALLE 14.10 IL PERSONALE INFERMIERISTICO ED OSS SI RECHERA' AL LETTO DI ALCUNI PAZIENTI

RINGRAZIANDOVI PER LA COLLABORAZIONE
CORDIALI SALUTI
IL PERSONALE INFERMIERISTICO

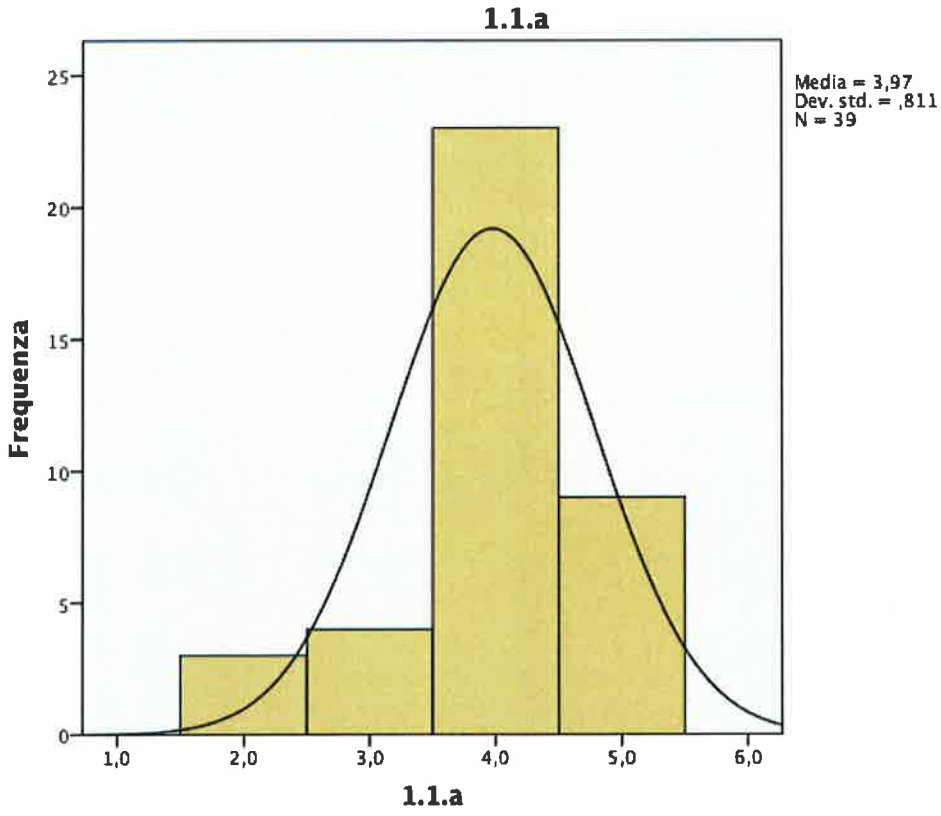
Allegato 18 : Statistiche descrittive

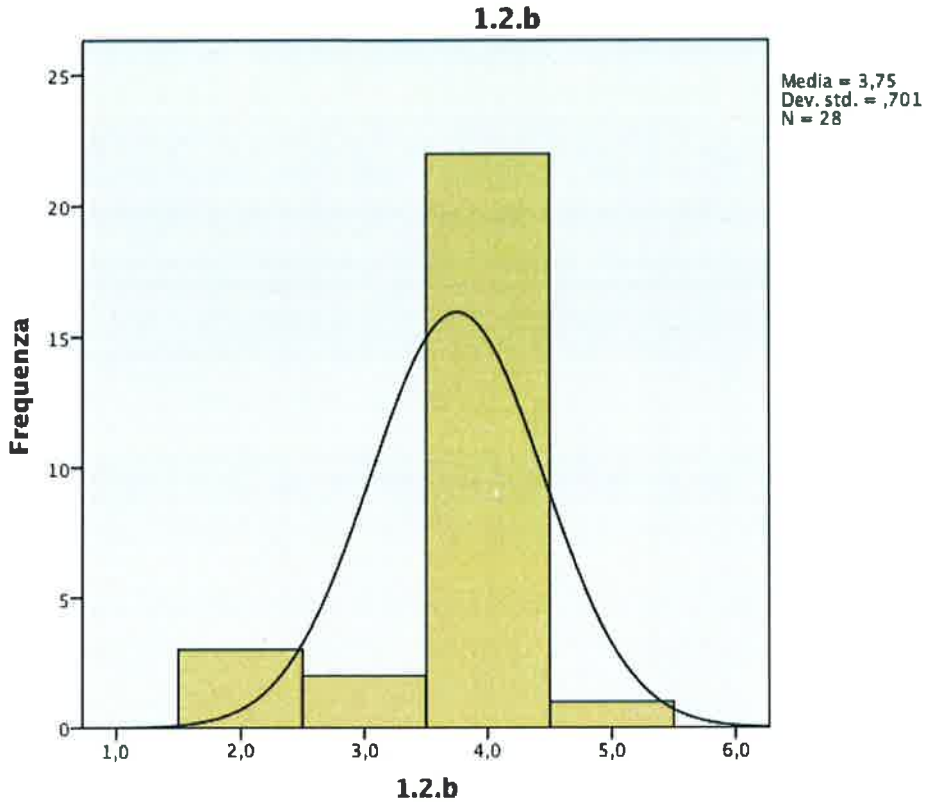
Istogrammi riguardanti gli incontri con il personale dei reparti pilota, questionario con domande chiuse 25 marzo 2014 – 28 persone, e 3 giugno 2014 13 persone (che erano presenti anche il 28/3 e che hanno compilato nuovamente la scheda dopo il periodo della sperimentazione)



1. Sicurezza

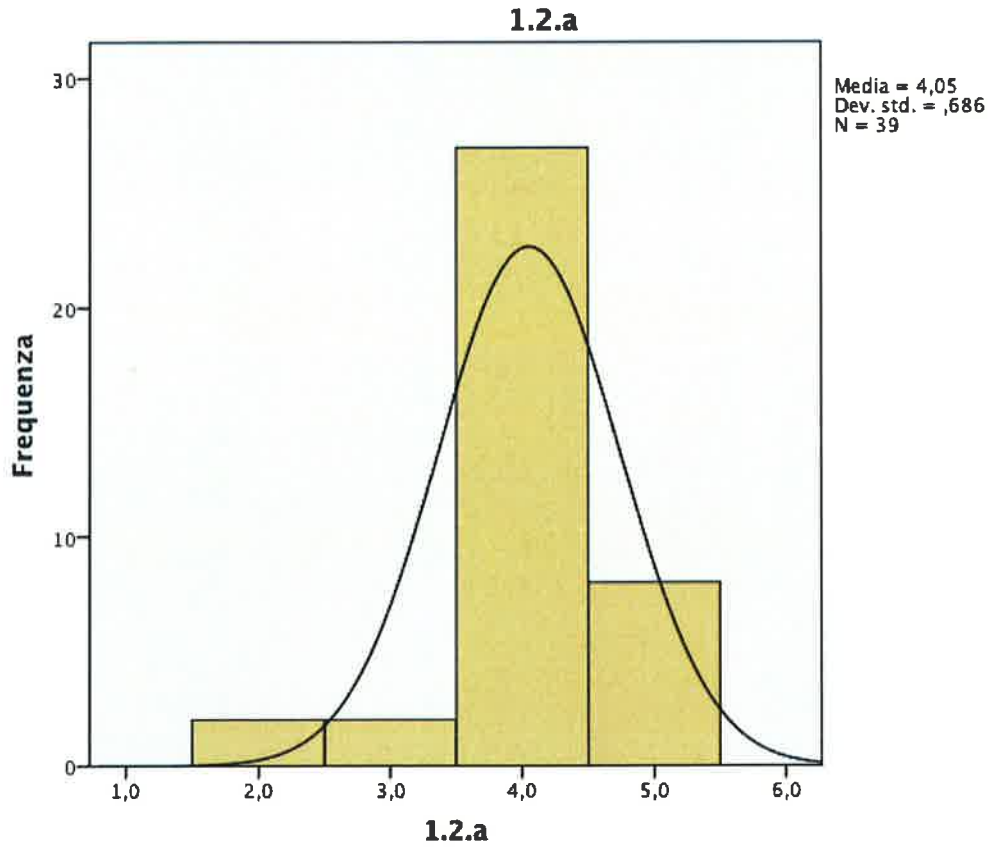
1.1. L'infermiere che inizia il turno riceve attraverso la consegna un quadro sufficiente del paziente per poter garantire un'assistenza sicura e adeguata

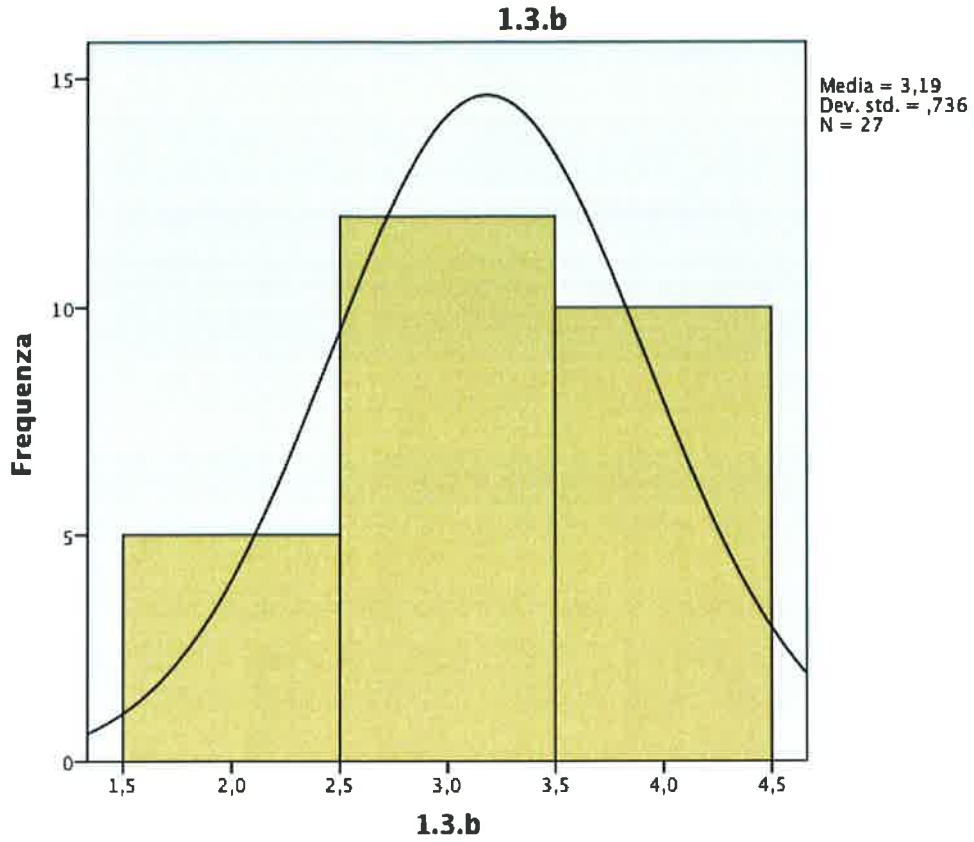




1.2. Attraverso la consegna l'infermiere percepisce in modo concreto e immediato le priorità da realizzare nell'assistenza

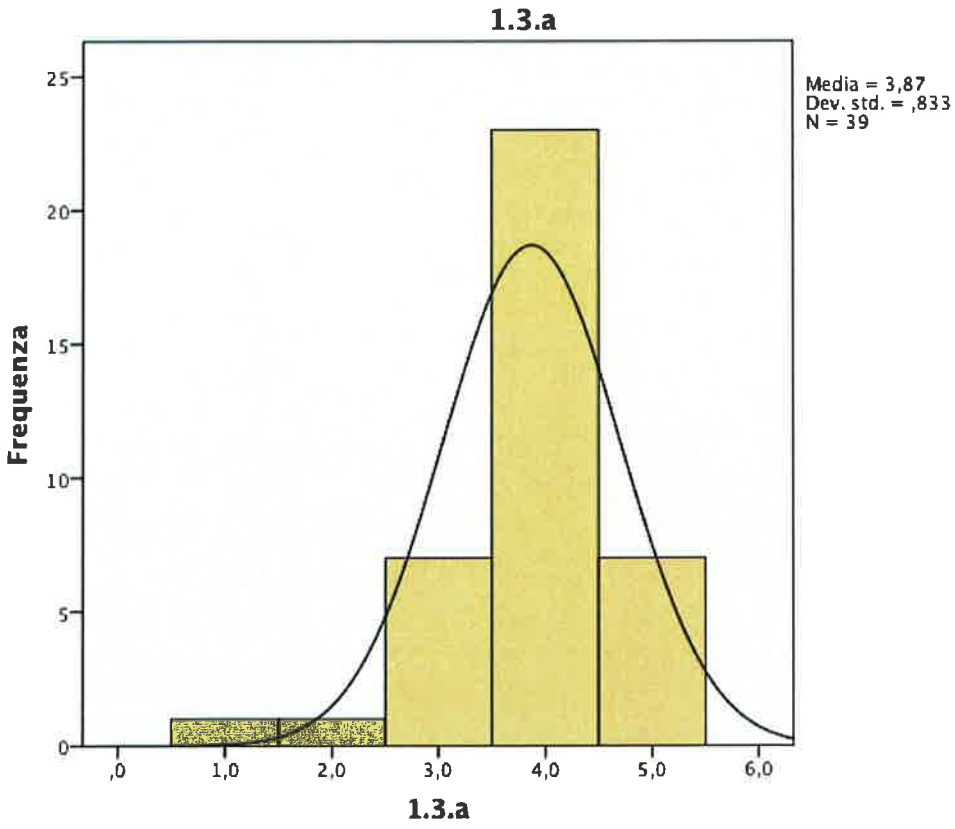
(1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)

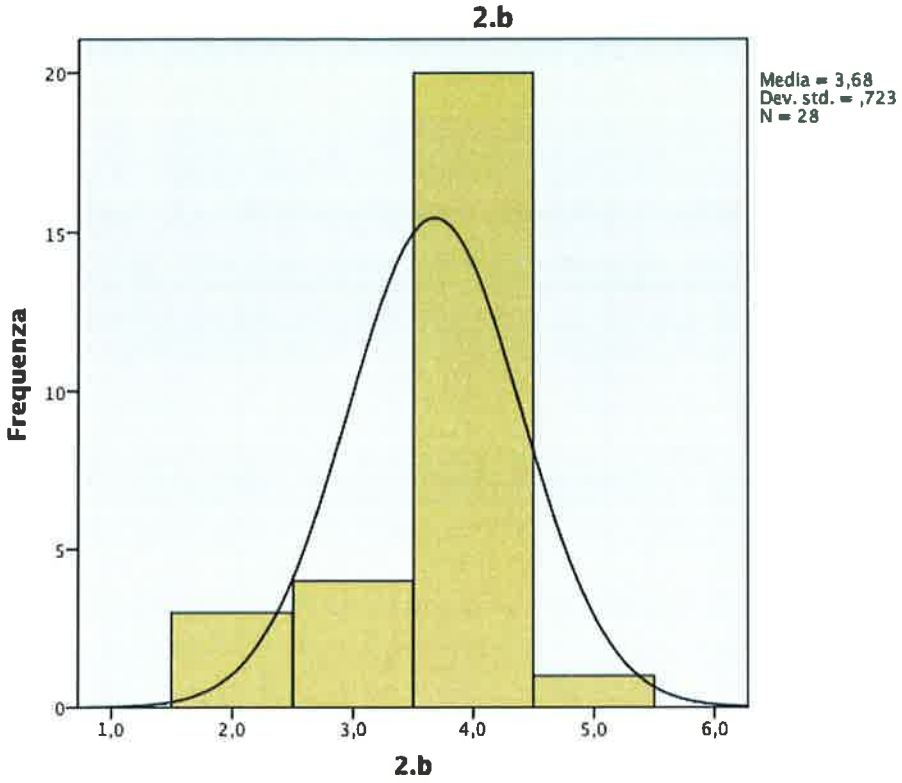




1.3. Il paziente ha la percezione di essere curato in sicurezza

(1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)

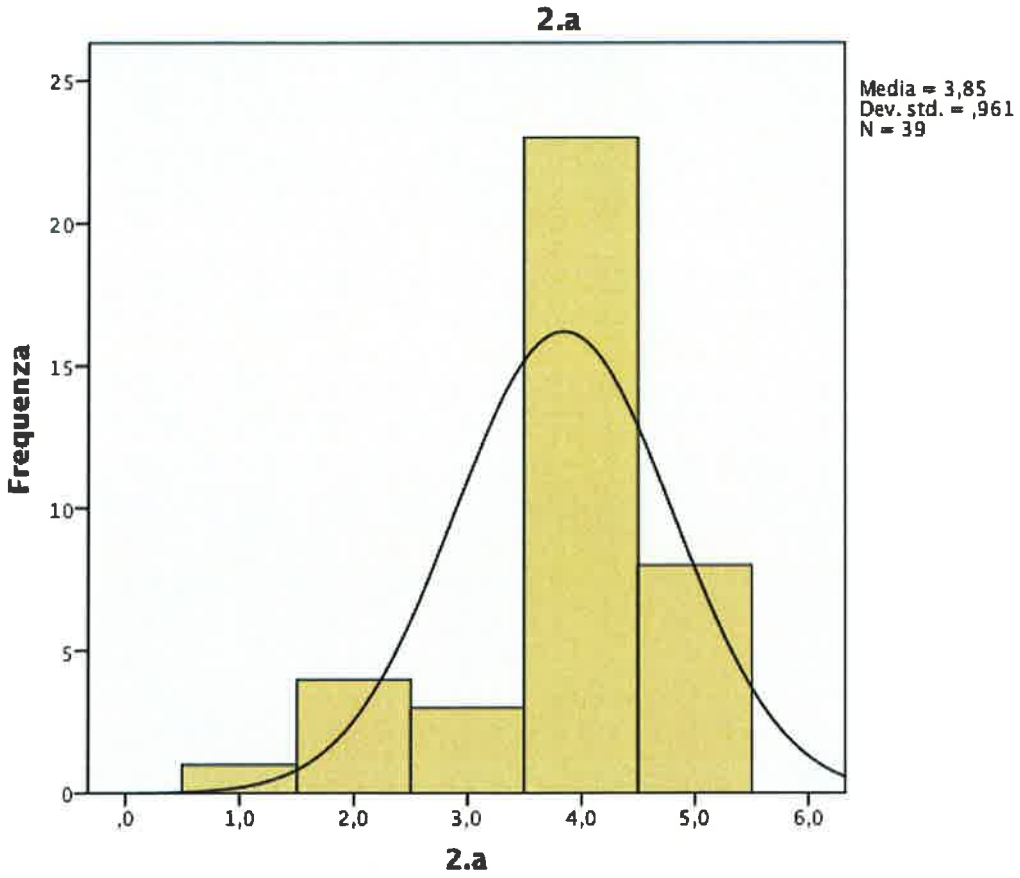


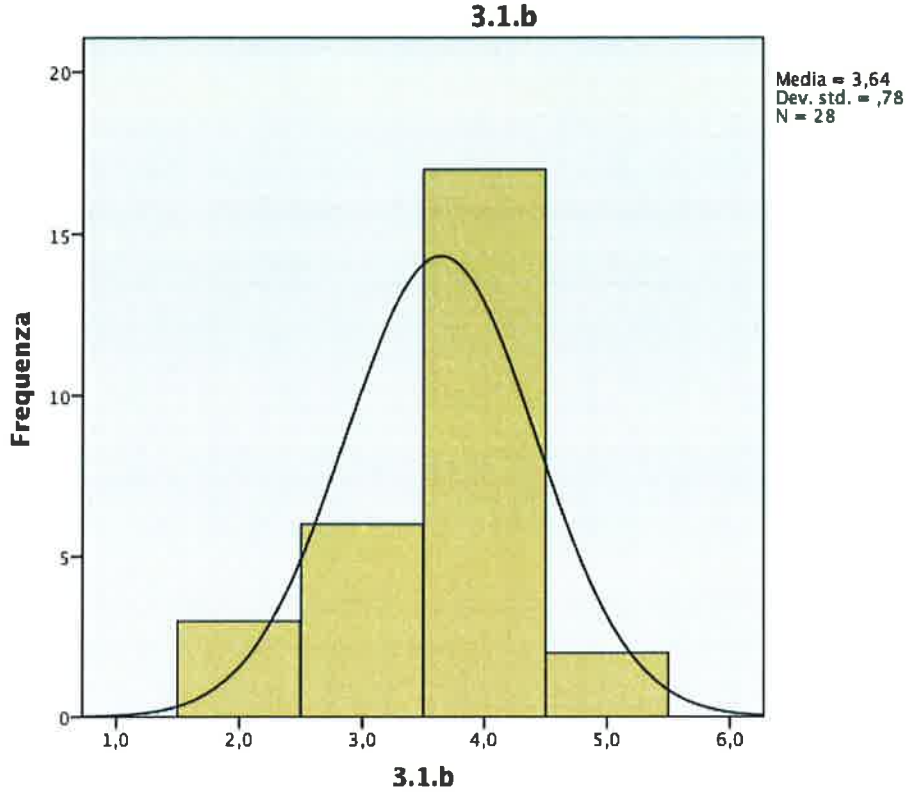


2. Completezza

L'infermiere attraverso la consegna riceve un quadro piuttosto completo sulla situazione attuale del paziente

(1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)

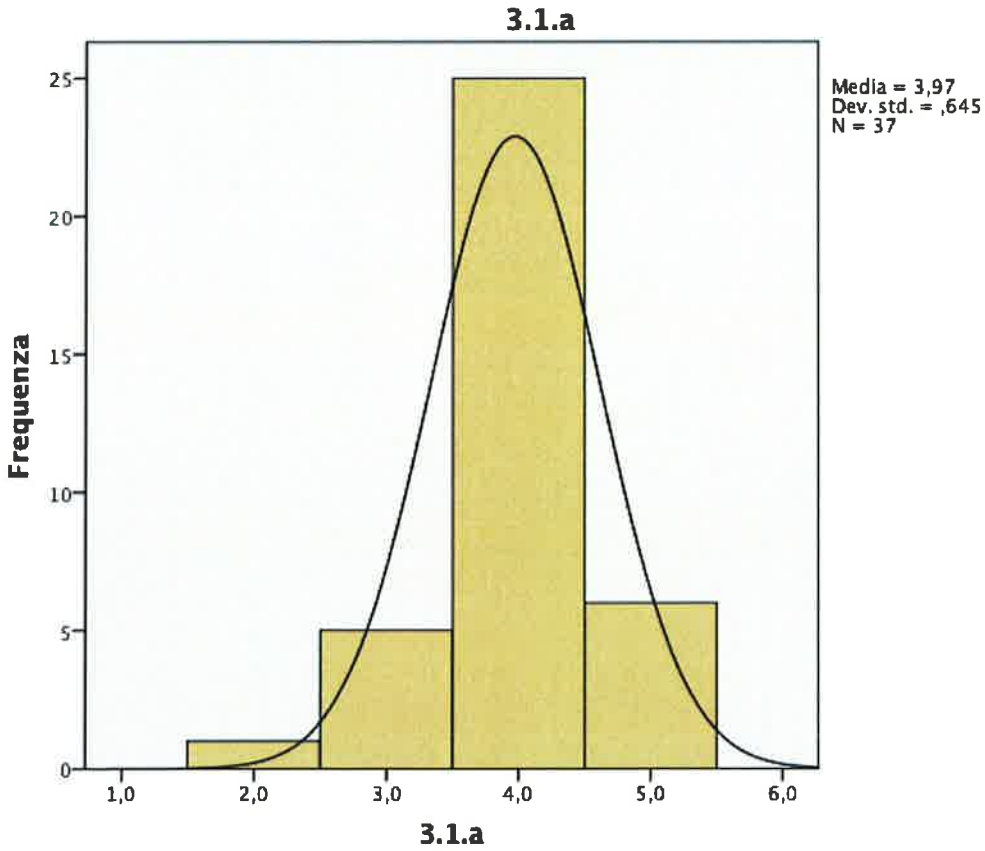


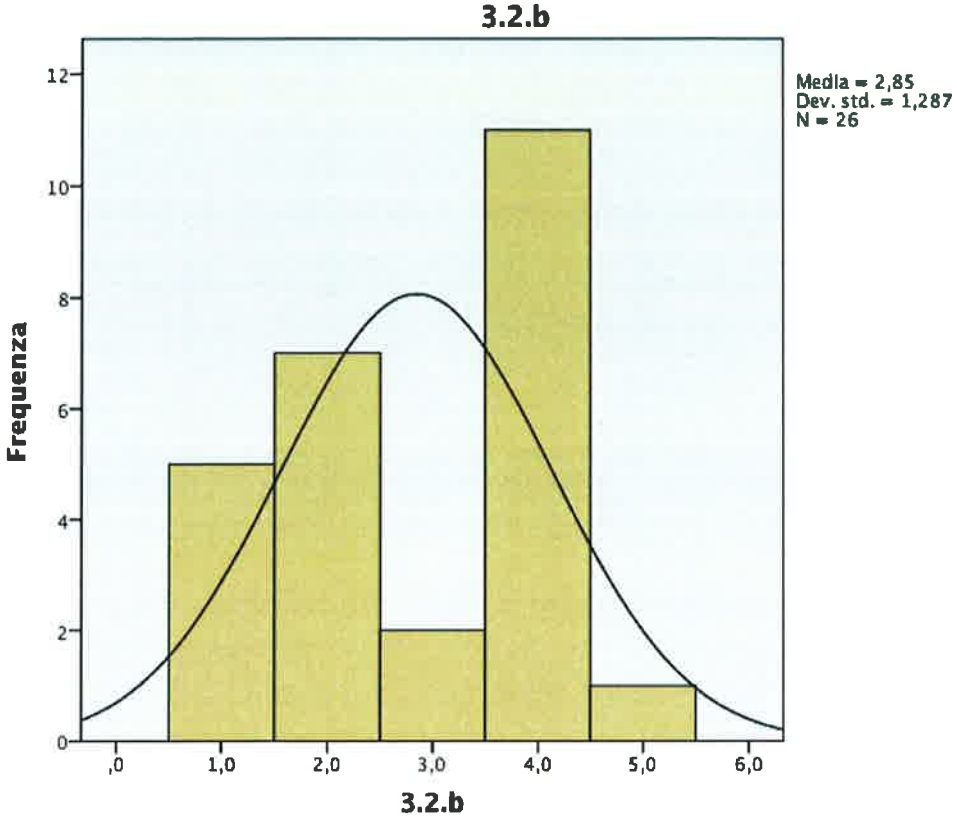


3. Continuità

3.1. Il contenuto delle consegne garantisce un elevato grado di continuità nell'assistenza

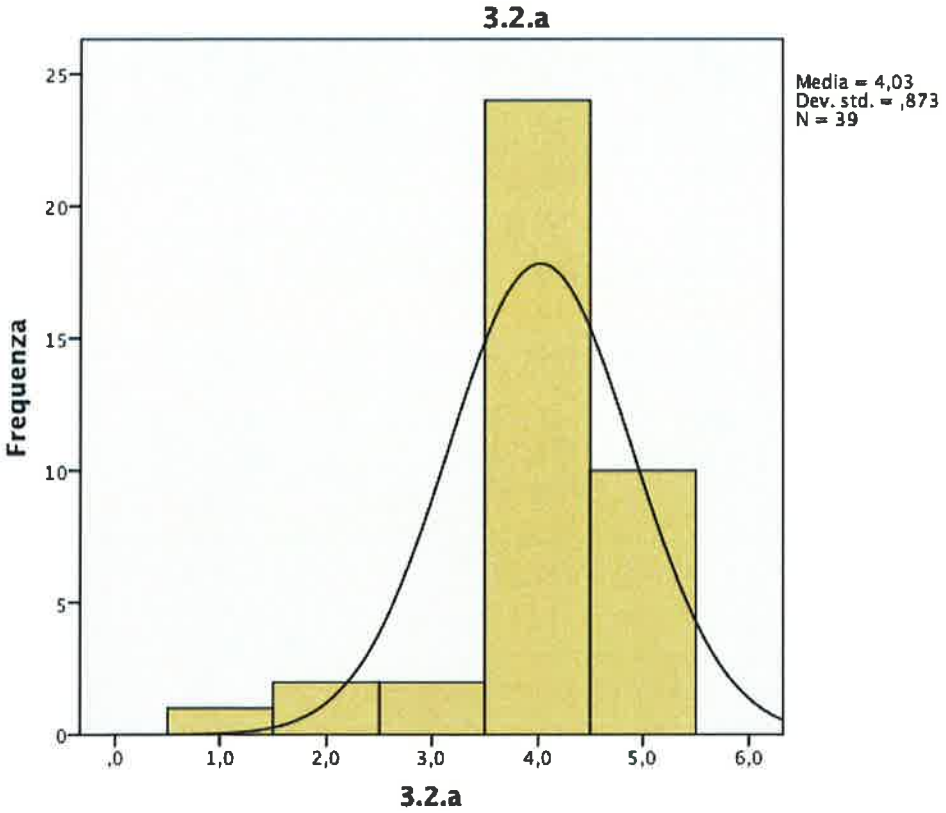
(1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)

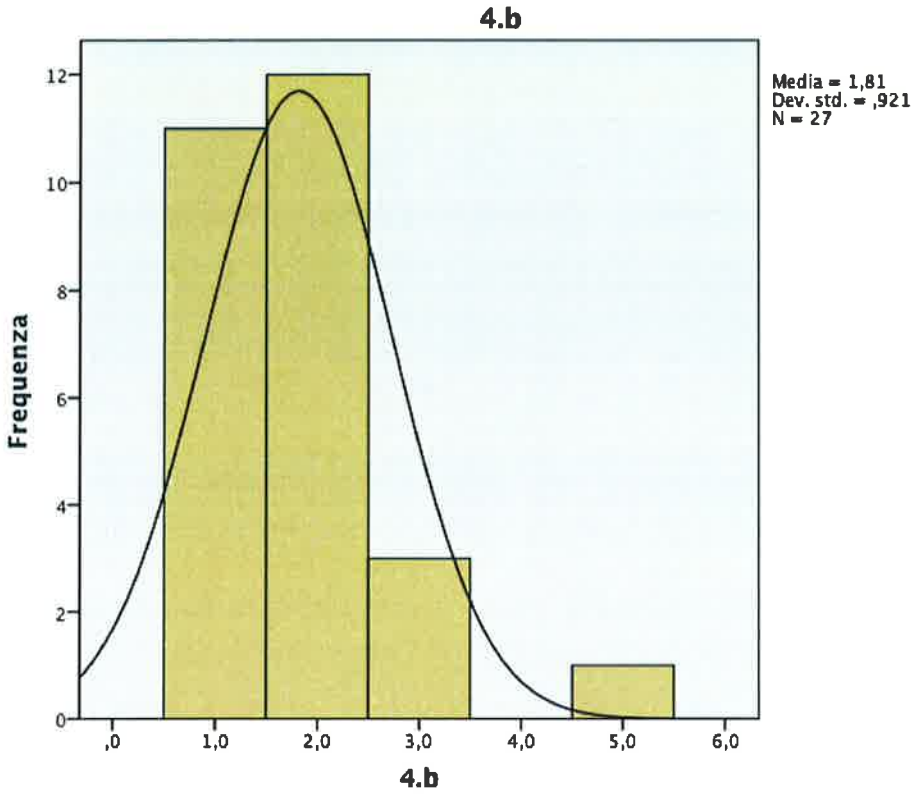




3.2. Il paziente per ogni nuovo turno sa chi è il suo nuovo infermiere di riferimento

(1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)

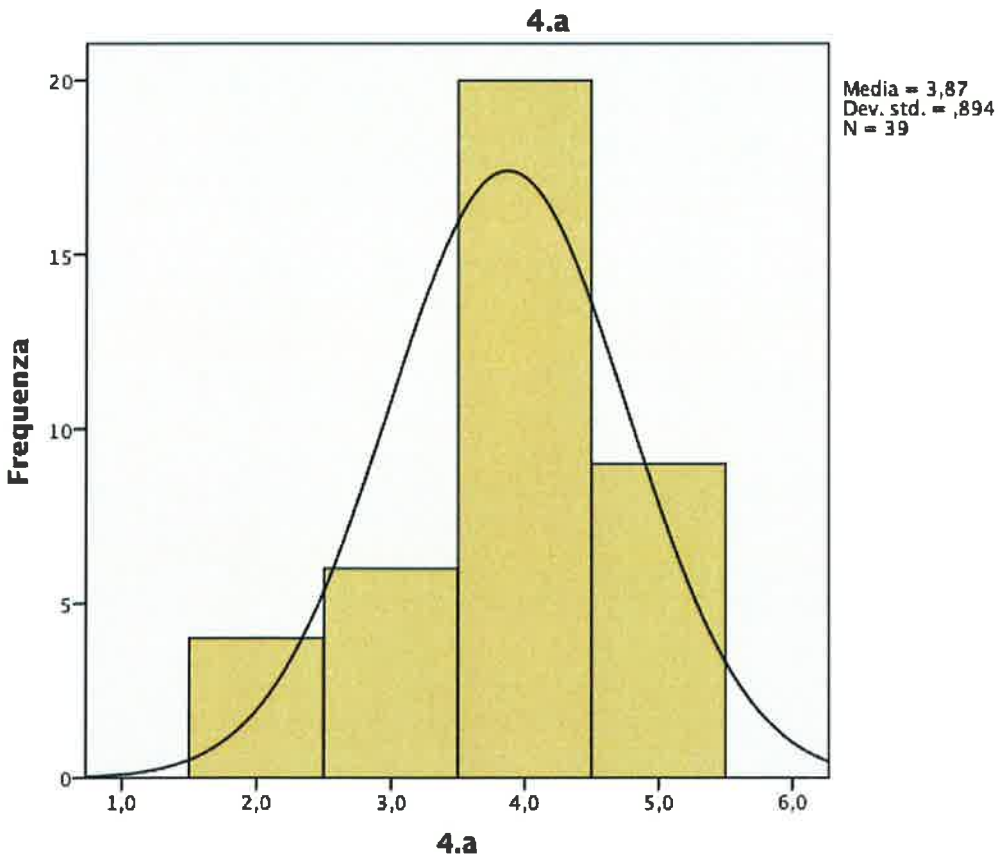


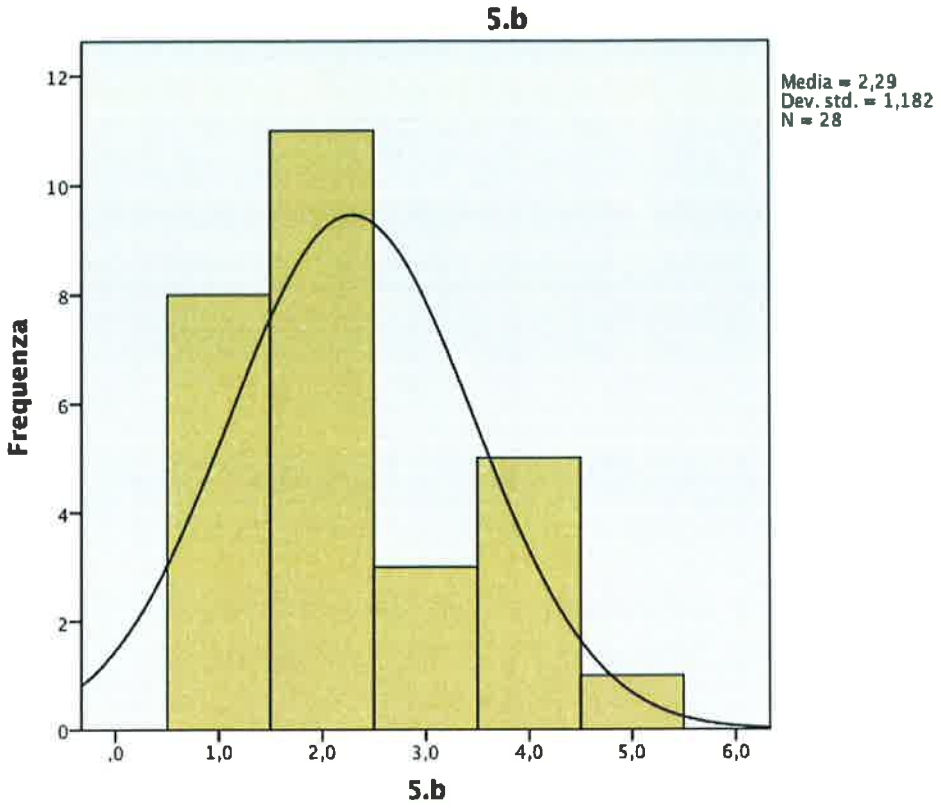


4. Coinvolgimento

L'attuale forma di consegna permette un coinvolgimento del paziente durante il passaggio delle informazioni

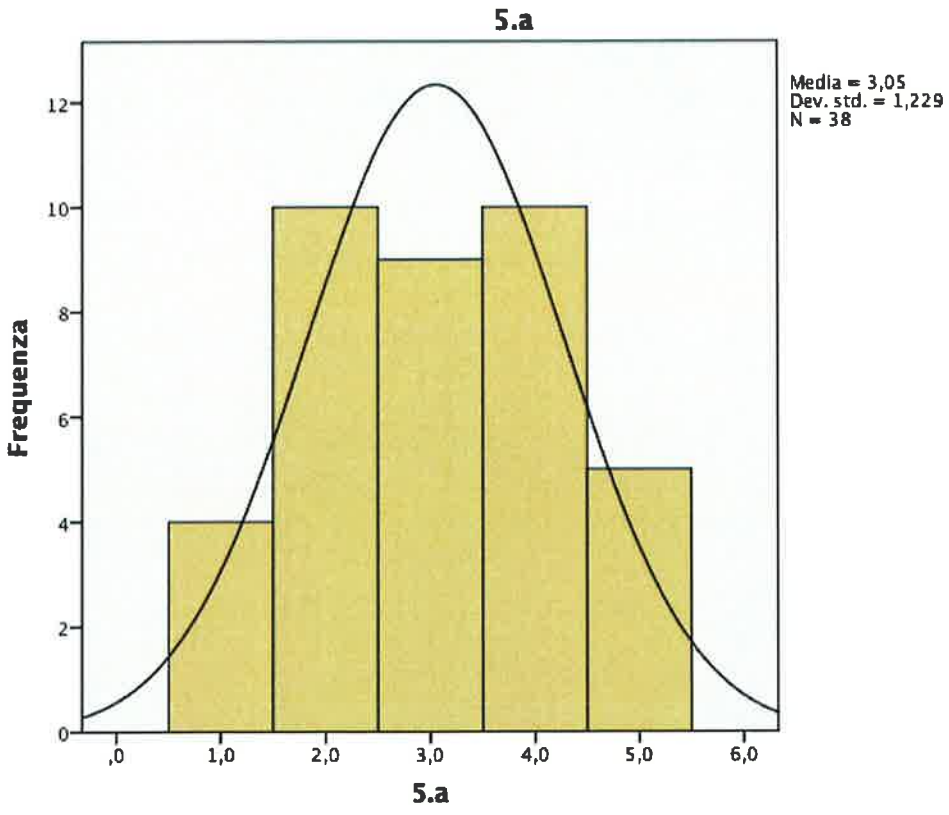
(1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)





5. Chiarezza

Il passaggio delle consegne avviene in modo chiaro, l'ambiente non interferisce in modo distraente nella comprensione dei contenuti (1 = non d'accordo, 2 = poco d'accordo, 3 = indeciso, 4 = d'accordo, 5 = molto d'accordo)



RINGRAZIAMENTI

In questa occasione vorrei ringraziare

La mia famiglia per il supporto

La mia tutor, Laura Rasero, per il suo sostegno e la sua collaborazione

Andrea Guazzini per il suo importante e prezioso supporto statistico

Tutti i colleghi del dottorato in Scienze Infermieristiche per il percorso condiviso e per il loro aiuto

Tutti i colleghi del mio reparto di Cardiologia per il loro supporto, e la direzione dell'ASMN Reggio Emilia

Tutti i colleghi dell'AUSL di Ferrara, della direzione infermieristica e soprattutto dei due reparti pilota: senza il loro impegno ed entusiasmo questa ricerca non poteva né nascere, né crescere

I colleghi dell'Ospedale di Rovereto coinvolti

Le colleghe Paola Ferri, Maria Grazia Macchioni e Loredana Cerullo

Tutte le persone che ho incontrato durante questa ricerca e con le quali ho condiviso il percorso di tre anni.

Tutti, e non solo loro, mi hanno dato un prezioso sostegno.