

Validazione linguistico culturale di un questionario per valutare l'uso della tecnica SBAR nel setting ospedaliero

Cross-cultural validation of a questionnaire to evaluate SBAR use in the hospital setting

■ SIMONA CALZA¹, ROBERTA DA RIN DELLA MORA¹, MILVIA SUBBRERO², SILVIA SCELISI³

¹ PhD, Infermiere pediatrico, Centro Ricerca Infermieristica e delle Professioni Sanitarie (Dipartimento Infermieristico e delle Professioni Tecniche Sanitarie), IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

² Infermiere pediatrico, Dipartimento Infermieristico e delle Professioni Tecniche Sanitarie, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

³ Infermiere, Dipartimento Infermieristico e delle Professioni Tecniche Sanitarie, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova



RIASSUNTO

Introduzione: La tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) e i suoi derivati ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation), SBAR-R (Situation, Background, Assessment, Recommendation-Review/Response) ISBARR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation and Repeat) e ISOBAR (Identify, Situation, Observations, Background, Agreed-plan, Read back) rappresentano tecniche di comunicazione interprofessionale e intraprofessionale strutturate. La valutazione dell'uso della tecnica SBAR in ospedale potrebbe essere utile per monitorare il suo impatto sulla sicurezza e sugli esiti dei pazienti. Per quanto ne sappiamo, ad oggi, nessuno strumento in lingua italiana per la valutazione dell'uso della tecnica SBAR in ambito ospedaliero è stato riportato in letteratura. **Obiettivo:** Validazione linguistico-culturale di un questionario per valutare l'uso della tecnica SBAR da parte degli operatori sanitari.

Metodo: Il processo di validazione linguistico-culturale, della versione italiana di un questionario in lingua inglese proposto da Trentham, B. et al. nel 2010 per valutare l'utilizzo della tecnica SBAR in ambito ospedaliero, è stato effettuato secondo le fasi del modello proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Risultati: Tutte le fasi (forward translation, panel di esperti, back translation, pre-testing, versione finale) del processo di validazione linguistico-culturale sono state eseguite in modo soddisfacente. La versione italiana finale è stata approvata dagli autori dello strumento originale.

Conclusioni: L'esito positivo del processo di validazione linguistico-culturale della versione italiana di un questionario per la valutazione dell'uso della tecnica SBAR in ambito ospedaliero potrebbe aprire la strada a ulteriori studi sulla sua applicazione nelle strutture sanitarie italiane.

Keywords: Italian validation, communication, handover, SBAR, linguistic validation.



ABSTRACT

Introduction: The SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) instrument and its derivatives ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation), SBAR-R (Situation, Background, Assessment, Recommendation-Review/Response) ISBARR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation and Repeat), and ISOBAR (Identify, Situation, Observations, Background, Agreed plan, Read back) represent a structured interprofessional and intraprofessional communication tool. Evaluating SBAR use in hospital could be helpful to monitor its impact on patient safety and outcome. To our knowledge, no Italian tool for evaluation of SBAR use in the hospital setting has been reported in the literature so far.

Objective: Cross-cultural validation of a questionnaire to evaluate SBAR use by healthcare professionals.

Method: The cross-cultural validation process of the Italian version of a questionnaire in English language proposed by Trentham, B. et al. in 2010 to evaluate SBAR use in the hospital setting was carried out according to the phases of the model proposed by the World Health Organization.

Results: All phases (forward translation, expert panel, back translation, pre-testing, final version) of the cross-cultural validation process were carried out in a satisfactory manner. The final Italian version was approved by the authors of the original instrument.

Conclusions: The successful outcome of the validation process of the Italian version of a questionnaire for the evaluation of SBAR use in the hospital setting could pave the way to further studies on its application in Italian healthcare facilities.

Keywords: Italian validation, communication, handover, SBAR, linguistic validation.

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 06/05/2020

ACCETTATO IL 30/07/2020

Corrispondenza per richieste:Roberta Da Rin Della Mora,
robertadarindellamora@gaslini.org

Gli autori dichiarano che: non vi sono conflitti di interesse; nessun finanziamento è stato ottenuto per la conduzione del presente studio.

INTRODUZIONE

La sicurezza dei pazienti è cruciale per l'erogazione di un'assistenza sanitaria efficace e di alta qualità^[1].

L'Alleanza mondiale per la sicurezza dei pazienti dell'OMS la definisce come "la riduzione del rischio al minimo accettabile di danni inutili associati all'assistenza sanitaria"^[2].

Per illustrare l'impatto della sicurezza del paziente sulla qualità dell'assistenza sanitaria, è comunemente citata l'incidenza di eventi avversi. A seguito della definizione di Brennan et al. (1991)^[3] per eventi avversi si intendono tutte quelle lesioni che sono causate da comportamenti medici con conseguente ricovero prolungato e/o disabilità al momento della dimissione.

Joint Commission riferisce come una cattiva comunicazione sia un fattore che possa contribuire a oltre il 60% di tutti gli eventi avversi ospedalieri^[4]. La cattiva comunicazione si riscontra in diverse strutture sanitarie ed è particolarmente importante nelle consegne e nella gestione dei pazienti in cui è richiesta una gestione rapida ed efficace. In particolare, è indispensabile evitarla nel periodo perioperatorio^[5], nelle unità di terapia intensiva^[5] e nei dipartimenti di emergenza^[6]. I componenti e i processi relativi alla comunicazione sono complessi e inclini a incomprensioni^[7]. Per superare queste barriere, sono auspicabili strategie di comunicazione, che richiedano poco tempo e sforzo per essere impiegate, fornire informazioni complete in modo efficiente, incoraggiare la collaborazione interprofessionale e limitare la probabilità di errore^[8].

La tecnica SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) e i suoi derivati ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation), SBAR-R (Situation, Background, Assessment, Recommendation-Review/Response) ISBARR (Identify, Situation, Background, Assessment, Recommendation and Repeat) e ISOBAR (Identify, Situation, Observations, Background, Agreed plan, Read back)^[9] soddisfano questa esigenza e sono utilizzati in diverse strutture sanitarie come strumento di comunicazione e distribuzione sia intra-professionale che interprofessionali^[10,11,12,13].

Per ottemperare alla chiarezza delle comunicazioni, la tecnica SBAR richiede la inclusione di tutte le informazioni pertinenti, organizzate in modo logico^[14]. Inoltre, si suggerisce una idonea preparazione, prima del processo di comunicazione^[14,15]. Visto che mittente e destinatario condividono lo stesso modello

mentale di comunicazione, la comprensione e la consapevolezza dovrebbe essere più elevata^[16].

Inoltre, la letteratura sottolinea come la tecnica SBAR ridurrebbe le inibizioni, soprattutto nel contesto gerarchico, incoraggiando il mittente a fornire sempre una valutazione personale e un suggerimento della situazione (tramite "Recommendation")^[17]. La tecnica SBAR è considerata una tecnica di comunicazione che aumenta la sicurezza del paziente ed è l'attuale "best practice" per fornire informazioni in situazioni critiche^[9,12].

Numerosi studi hanno evidenziato outcome relativi alla tecnica SBAR tra cui la soddisfazione dei operatori^[18,19] e la comunicazione interdisciplinare^[17,20]. Sono state riportate soddisfazione degli operatori dopo l'introduzione della tecnica SBAR^[21,22,23] con miglioramenti della percezione della comunicazione e del lavoro di squadra^[24,25] nonché della qualità della comunicazione^[26,27,28,29].

Soprattutto nella comunicazione relativa alla consegna del paziente, sembra esserci stato un aumento della qualità della comunicazione e della completezza delle informazioni trasferite dopo l'implementazione della tecnica SBAR^[30]. Inoltre, in numerosi studi è stato riportato un beneficio in termini di tempo per la comunicazione delle consegne relative al paziente ai colleghi^[29,30].

Tuttavia, l'impatto della tecnica SBAR sugli outcome del paziente non è chiaro. L'ampia adozione della tecnica SBAR (o qualsiasi altro metodo di comunicazione) senza benefici comprovati può paradossalmente limitare i miglioramenti perché un problema presumibilmente risolto sarà meno affrontato^[30].

Joint Commission International suggerisce l'applicazione di metodi di clinical handover strutturati e considerandolo un obiettivo da raggiungere negli ospedali accreditati^[31].

Ad oggi, dalla revisione di letteratura, appare una scarsità di strumenti validati per indagare l'applicazione della tecnica SBAR all'interno di strutture sanitarie. Nel 2010, Trentham et al.^[32], in collaborazione con il Canadian Patient Safety Institute pubblicano "SBAR: A Shared Structure for Effective Team Communication" all'interno del quale condidono un percorso di implementazione, applicazione e valutazione della metodo SBAR. Gli autori nel tracciare il processo di applicazione della tecnica SBAR individuano alcuni aspetti che considerano aspetti qualitativi (esempio: percezione dell'utilizzo) e quantitativi (esempio tempi e modi di utilizzo) utili

a valutarne l'impatto sull'organizzazione sia in termini assistenziali che di sicurezza del paziente^[25,33,34].

Mancando ad oggi nel contesto italiano uno strumento in grado di valutare applicazione della tecnica metodo SBAR da parte operatori sanitari che la utilizzano, si è progettato uno studio di validazione linguistico culturale per tradurre e adattare al contesto di indagine italiano, il questionario proposto da Trentham et al.^[32], (2010) all'interno del documento "SBAR: A Shared Structure for Effective Team Communication".

METODI**Disegno e setting**

Studio di validazione linguistico culturale.

Lo studio è stato condotto da settembre 2018 a marzo 2019 in un ospedale pediatrico polispecialistico italiano accreditato Joint Commission International.

Descrizione dello strumento originale

Il documento originale^[32] è un gratuito e facilmente accessibile online. Il programma di formazione, applicazione di implementazione proposto dagli autori^[25,32-34] ricalca gli obiettivi e le fasi seguite dal gruppo di ricerca all'interno della nostra struttura sanitaria.

All'interno del documento gli autori^[32] propongono uno strumento, sotto forma di questionario, per la valutazione dell'applicazione della tecnica SBAR da parte degli operatori sanitari che la applicano.

Lo strumento originale consta di n=8 domande con risposta chiusa, aperta e scala Likert a 5 punti e 10 punti. Gli autori si propongono di tenere in considerazione durante l'applicazione della metodologia SBAR i seguenti outcome:

- i tempi di applicazione della tecnica SBAR durante l'orario di lavoro
- una combinazione di dati quantitativi e qualitativi su come gli operatori stanno utilizzando la SBAR;
- la rigosità di applicazione.

La traduzione e l'adattamento culturale hanno seguito le fasi proposte da WHO^[35] (2015). Queste fasi sono:

1. Forward translation
2. Expert panel (Panel di esperti), Back translation
3. Pre-testing
4. Final version.

L'obiettivo della traduzione linguistica è quindi quello di ottenere una versione finale che sia concettualmente equivalente all'o-

originale. Questo aspetto può permettere anche confronti fra diverse nazioni e quindi non solo traduzione linguistica letterale. Le fasi di seguito esplicitate sono raffigurate nella **figura 1**.

Forward translation

È stata chiesta agli autori via mail, in via preliminare, l'autorizzazione a poter procedere con uno studio di validazione linguistica culturale dall'inglese all'italiano.

Dopo aver ottenuto parere favorevole si è iniziata la progettazione del processo di validazione linguistico-culturale in accordo con quanto proposto da WHO^[35]. La prima fase è stata la traduzione dello strumento dall'inglese originale all'italiano. Lo strumento è stato tradotto da due traduttori madre lingua professionali di lingua inglese-italiano e italiano-inglese. Le traduzioni sono state indipendenti. Ciascuno dei due traduttori era tenuto ad annotarsi le difficoltà di traduzione incontrate. Nessuno dei due traduttori ha avuto specifiche indicazioni dai ricercatori sulle specificità dello studio. Solo uno dei due traduttori era familiare con il tema (Sicurezza del paziente) dello studio^[36]. Le due traduzioni sono state comparate e le differenze sono

state discusse e risolte all'interno del gruppo di ricerca con confronto con i traduttori.

Si è, quindi, ottenuta una prima versione (T1), frutto delle due traduzioni indipendenti. Secondo la metodologia scelta T1 non dovrebbe essere una mera traduzione letterale, bensì una traduzione concettualmente equivalente facile da capire.

In tutto il processo di traduzione sono stati coinvolti quattro traduttori che si sono alternati nelle fasi previste.

Panel di esperti (Expert Panel)

È stato creato un panel di esperti (PE) composto da infermieri in grado di valutare sia T1 che T2 (ossia la versione dopo le 2 Back translation indipendenti) per validità di contenuto e fattibilità delle versioni italiane a loro sottoposte.

Nel PE sono stati inclusi infermieri che hanno rispecchiato tutte le aree cliniche di applicazione della SBAR. I criteri di arruolamento degli esperti sono stati:

- possedere almeno sei mesi anni di anzianità di servizio nel ruolo;
- essere disponibili all'indagine;
- avere una capacità di analisi e una conoscenza degli item di indagine (la

valutazione di questi due criteri è stata valutata in sede di valutazione annuale dai coordinatori infermieristici e responsabili di area dipartimentale);

- avere esperienza nel passaggio delle consegne;
- aver adottato la SBAR come metodologia di comunicazione.

In una prima riunione del gruppo di ricerca con PE mirante a spiegare gli obiettivi del loro coinvolgimento nello studio, si è mostrato lo la prima versione italiana (T1).

Sono state date indicazioni su come compilare la griglia di valutazione predisposta per la valutazione, che avrebbero ricevuto giorni dopo via mail. È stato richiesto a PE il consenso alla partecipazione alla riunione e allo studio di validazione linguistico-culturale.

Tale riunione è stata condotta dai ricercatori secondo metodologia del brainstorming non strutturato^[37]. Un ricercatore ha avuto ruolo di osservatore e ha preso nota dei temi emersi^[37]. La Thematic Analysis^[38] è stata applicata dai ricercatori per far emergere i temi trattati dal PE e per valutare possibili aree di adattamento del questionario al contesto di indagine.

Dall'analisi qualitativa del brainstorming non strutturato^[37] svolto dopo la riunione PE per non perdere passaggi cruciali, sono emersi altri item di interesse non ricompresi nello documento oggetto di studio. I risultati del brainstorming non strutturato e i due item emersi sono stati restituiti a PE via mail. È stato richiesto ai PE di valutare il questionario per fattibilità e contenuto (chiarezza, trasparenza, pertinenza, rilevanza) su scala Likert a 5 punti ogni item^[39,40].

Nella versione inviata agli autori canadesi sono stati evidenziati, (ma mantenuti separati poiché ancora in via di approvazione degli autori) i due nuovi item che comunque sono stati sottoposti a validazione di fattibilità e contenuto.

Back translation

Ai due traduttori indipendenti è stata fornita la versione T1 alla quale sono stati aggiunti i due nuovi item provenienti da PE. I due nuovi item sono stati mantenuti separati poiché non ancora definitivamente approvati dagli autori.

T2 è stata ottenuta dalla riconciliazione di due traduzioni indipendenti eseguite da parte di due traduttori differenti rispetto a quelli utilizzati nella Forward translation. Anche in questa fase solo un traduttore era familiare al tema (sicurezza del paziente)^[36].

Pre-testing

Prima dell'invio agli autori per approvazione, è stato eseguito un test pilota dello strumento. I criteri di selezione dei partecipanti al test pilota sono stati i seguenti

Figura 1. Fasi del Processo di validazione linguistico culturale (WHO, 2015)

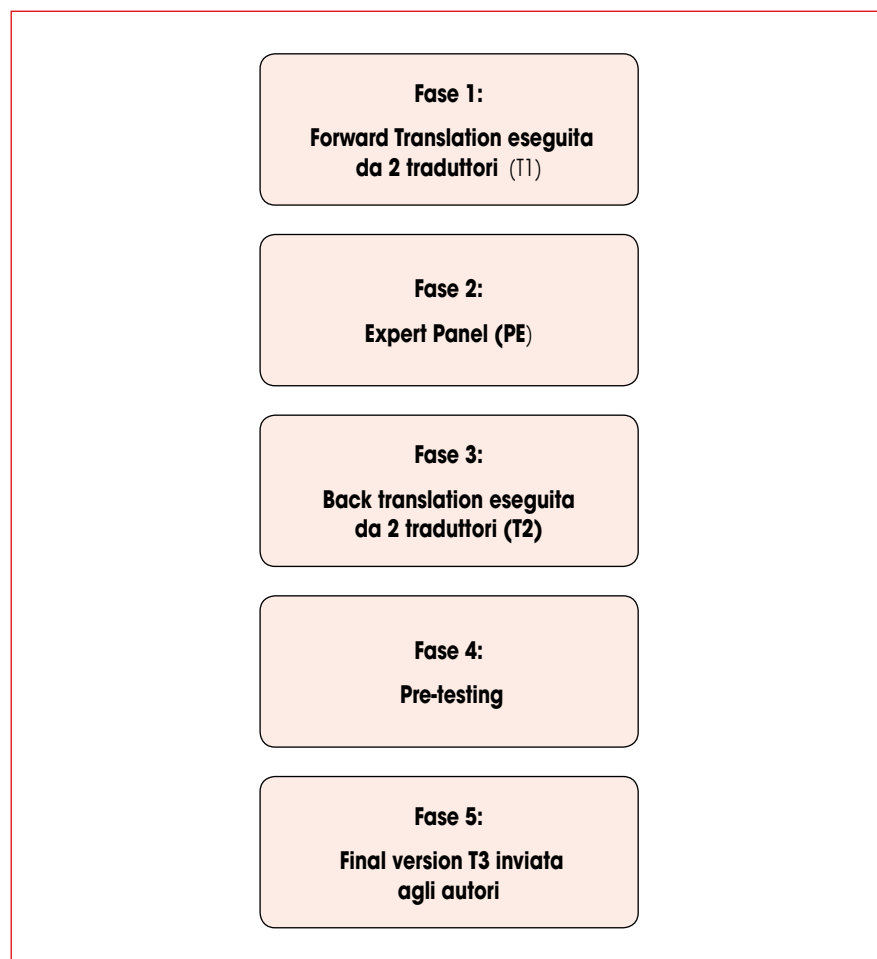


Tabella 1. Caratteristiche demografiche dei partecipanti al PE

Variabile	N	Min	Max	Mean	SD	Mdn
Titolo di studio						
Infermiere pediatrico	3					
Master in coordinamento	2					
Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche	5					
Età in anni		23	55	41,7	11.1	43.5
Anni di esperienza		0.5	25	15.0	6.9	16.5

Mdn = median

Tabella 2. Caratteristiche demografiche dei partecipanti al pilot test

Variabile	N	Min	Max	Mean	SD	Mdn
Titolo di studio						
Infermiere pediatrico	4					
Master in coordinamento	2					
Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche	4					
Età in anni		23	55	41.9	12.1	44.5
Anni di esperienza		0.5	25	14.8	6.6	15.0

Mdn = median

- possedere almeno sei mesi anno di anzianità di servizio nel ruolo;
- essere disponibili all'indagine;
- avere una capacità di analisi e una conoscenza degli item di indagine (la valutazione di questi due criteri è stata valutata in sede di valutazione annuale dai coordinatori infermieristici e responsabili di area dipartimentale);
- avere esperienza nel passaggio delle consegne;
- aver adottato la SBAR come metodologia di comunicazione.

Questa fase è stata disegnata per permettere di valutare la comprensione di tutti gli item e la fattibilità del questionario nel gruppo di lavoro. Nessun partecipante ha riportato difficoltà in relazione alla compilazione del questionario né nelle risposte. Soltanto n= 3 infermieri hanno richiesto un carattere di layout maggiore per leggere meglio le domande. Nessuno ha suggerito modifiche circa la lettera di spiegazione che precede il questionario né il tempo di compilazione dello stesso. I partecipanti hanno dichiarato un tempo medio di compilazione di n=7 minuti. Oltre a rispondere alle domande è stato richiesto di valutare chiarezza, trasparenza, pertinenza, rilevanza di ogni item su scala Likert a 5 punti^[39,40].

Final version

La versione finale, con l'inserimento dei 2 nuovi item. (T3), è stata inviata via mail agli autori per l'approvazione finale.

Ethical approval

Lo studio è stato autorizzato dall'Institutio-

nal Review Board dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini a Settembre 2018.

Il processo di validazione è iniziato a settembre 2018 e si è concluso a marzo 2019 con l'autorizzazione degli autori.

RISULTATI

Tutte le fasi del processo di validazione linguistica culturale sono state portate a termine in maniera rigorosa.

Durante la prima fase di Forward translation, le traduzioni dei due traduttori indipendenti erano corrispondenti fra loro al 100%.

Soltanto la locuzione "in generale" nella domanda numero 4" e ha ottenuto una discrepanza tra i due traduttori, in termini di posizionamento all'interno della frase interrogativa. In questa fase, i ricercatori non hanno dovuto contattare gli autori per chiarimenti o ulteriori indicazioni, ma hanno risolto la divergenza e creato la versione riconciliata italiana che poi è stata sottoposta agli esperti. I traduttori non hanno riportato difficoltà o necessità di chiarimento.

Nessuno dei quattro traduttori madre lingua professionali utilizzati aveva visto prima il documento da tradurre. In entrambe le fasi solamente uno dei due traduttori aveva familiarità col tema di indagine^[39].

Gli esperti coinvolti nella prima fase dello studio di validazione erano composti da n=10 infermieri rappresentati tutte le aree dove la metodologia SBAR è stata applicata (tabella 1). Gli item inseriti dal PE con il brainstorming non strutturato sono stati i seguenti:

- "aderenza della SBAR scritta con quella orale in termini di contenuti";

- "aderenza della SBAR scritta con quella orale in termini di durata".

I partecipanti al test pilota del questionario sono stati n=10 infermieri operanti in altrettante unità operative differenti dell'Istituto (tabella 2).

Sia nella fase di PE che nel test pilota è stata calcolata la validità di facciata e contenuto, risultata I-CVI (1) e S-CVI (1)^[39,40] (tabella 3 e 4). Durante la fase di Back translation le traduzioni dei due traduttori indipendenti erano perfettamente corrispondenti. Non è stato necessario procedere con alcun processo di sintesi tra le due traduzioni.

Gli autori canadesi hanno utilizzato un loro traduttore madre lingua che ha approvato integralmente T3 con l'adattamento al contesto dettato dall'inserimento dei due nuovi item.

Tabella 3. Descrizione di I-CVI e S-CVI (validità di contenuto, fase PE dello studio). PE (n=10)

item	Punteggi > a 3	Punteggi ≤ a 3	I-CVI
1	10	-	1
2	10	-	1
3	10	-	1
4	10	-	1
5	10	-	1
6	10	-	1
7	10	-	1
8	10	-	1

I-CVI = 1 (n appropriati / n totali);

S-CVI = 1 (media I-CVI)

Tabella 4. Descrizione di I-CVI e S-CVI (validità di contenuto, fase test pilota dello studio). Partecipanti n=10

item	Punteggi > a 3	Punteggi ≤ a 3	I-CVI
1	10	-	1
2	10	-	1
3	10	-	1
4	10	-	1
5	10	-	1
6	10	-	1
7	10	-	1
8	10	-	1
9 (nuovo item)	10	-	1
10 (nuovo item)	10	-	1

I-CVI = 1 (n appropriati / n totali);

S-CVI = 1 (media I-CVI)

DISCUSSIONE

Questo studio mirava alla traduzione linguistico culturale di uno strumento in grado di descrivere l'applicazione della SBAR in una struttura sanitaria. Lo strumento è stato selezionato poiché l'unico a nostra conoscenza in grado di valutare l'applicazione della tecnica SBAR in un ospedale.

La traduzione e validazione linguistico-culturale di uno strumento è una parte importante o fase del protocollo di studio^[41,42]. Se attuate senza la necessaria attenzione, potrebbero contribuire a generare uno o più bias^[43] nella raccolta da e nelle conclusioni dello studio per cui la validità dei risultati della ricerca possono essere non veritieri.

Il processo di validazione non ha comportato particolari criticità. Lo strumento presenta una struttura schematica e con item semplici. Durante l'analisi dello strumento originale, tuttavia, è stata riscontrata una imprecisione, risolta tramite la modifica nella versione italiana. Tale modifica è stata apportata soltanto dopo confronto e successiva autorizzazione da parte degli autori che sono ricorsi a un traduttore professionale madrelingua.

LIMITI

Sebbene lo studio sia stato condotto in un ospedale pediatrico, lo strumento è stato redatto originariamente per una struttura non pediatrica. Essendo il metodo SBAR largamente condiviso, il gruppo di ricerca non ha ritenuto necessario tener conto delle specificità in via di applicazione.

CONCLUSIONI

Questo studio ha descritto il processo di validazione linguistico culturale di uno strumento inglese con l'aggiunta di due item ritenuti utili dal PE in relazione al contesto di indagine. Tali item potrebbero esser non utili ad altri contesti di indagine e quindi se in futuro altre strutture sanitarie volessero utilizzare la nostra traduzione tali item potrebbero esser considerati opzionali.

La robusta metodologia usata ha aiutato a ottenere una versione italiana che potrà essere utilizzata anche in altri ospedali italiani e in setting differenti.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano prioritariamente gli autori Trentham, B., Andreoli, A., Boaro, N., Velji, K. & Fancott, C. che hanno permesso l'utilizzo del questionario e partecipato al processo di validazione linguistico culturale. Una menzione particolare va al Dott. Stefano Parodi per il suo costante supporto nell'approccio statistico. Ringraziamo altresì la Dott.ssa Anna Capurro per il suo contributo nella traduzione. Grazie, anche, a tutti gli infermieri che hanno partecipato al processo di validazione linguistico culturale.

BIBLIOGRAFIA

1. ASPDEN P, CORRIGAN JM, WOLCOTT J. & ERICKSON SM *Patient safety: achieving a new standard for care*. 2005 Washington, DC (US): National Academies Press.
2. WORLD HEALTH ORGANISATION. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety (2009)*. (Data di accesso 17 aprile 2020) da http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
3. BRENNAN TA, LEAPE L, LAIRD NM, HEBERT L, LOCALIO AR, LAWTHERS AG, NEWHOUSE JP, WEILER PC & HIATT HH. *Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I*. *NEJM* 1991; 324,370-6.
4. THE JOINT COMMISSION. *Sentinel event data: root causes by event type 2004-2014*. (2014). (Data di accesso 17 aprile 2020) da http://www.tsigconsulting.com/tolcam/wp-content/uploads/2015/04/TJC-Sentinel-Event-Root_Causes_by_Event_Type_2004-2014.pdf.
5. READER TW, FLIN R, MEARNES K. & CUTHBERTSON B H. *Interdisciplinary communication in the intensive care unit*. *BJA* 2007; 98, 347-52.
6. BURLEY D. *Better communication in the emergency department*. *Emergency Nurse* 2011; 19, 32-36.
7. DAYTON E & HENRIKSEN K. *Communication failure: basic components, contributing factors, and the call for structure*. *Jt Comm J Qual a Saf*; 2007; 33,34-47.
8. NADZAM DM. *Nurses' role in communication and patient safety*. *JNCQ* 2009; 24,184-188.
9. DOUCETTE J. *View from the cockpit: what the aviation industry can teach us about patient safety*. *Nursing* 2006;36(11),50-53.
10. VON DOSSOW V & ZWISSLER B. (2016). Recommendations of the German Association of Anesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI) on structured patient handover in the perioperative setting: the SBAR concept. *Anaesthetist* 2016; 65(Suppl 1),1-4.
11. WOODHALL LJ, VERTACNIK L & McLAUGHLIN M. *Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center*. *J Emerg Nurs* 2008; 34, 314-317.
12. LEE SY, DONG L, LIM YH, POH CH & LIM WS. *SBAR: towards a common interprofessional team-based communication tool*. *Med Educ* 2016; 50, 1167-1168.
13. RIESENBERG LA, LEITZSCH J & LITTLE BW. *Systematic review of handoff mnemonics literature*. *Am J Med Qual* 2009; 24,196-204.
14. DUNSFORD J. *Structured communication: improving patient safety with SBAR*. *Nurs Womens Health* 2009; 13,384-90.
15. GUISE JM & LOWE NK. *Do you speak SBAR?* *JOGNN* 2006; 35, 313-314.
16. POWELL SK. *SBAR - it's not just another communication tool*. *Prof Case Manag* 2007; 12,195-196.
17. DONAHUE M, MILLER M, SMITH L, DYKES P & FITZPATRICK JJ. *A leadership initiative to improve communication and enhance safety*. *Am J Med Qual* 2011; 26, 206-211.
18. LANDAU S & WELLMAN LG. *Small changes can streamline the handoff process in a staff-driven process improvement project*. *JOGNN* 2014; 43 (Suppl 1), S49.
19. WATHEN B, ROTH J & DOBYNS E. *Crit Care Med* 2013; 41(12 Suppl 1):A167.
20. McCRORY M., ABOUMATAR H & HUNT E. (2011). *Communication during pediatric rapid response events: a survey of healthcare providers*. *Crit Care Med* 2011; 39, 176.
21. RAYMOND M. & HARRISON MC. *The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology*. *SAMJ* 2014; 104, 850-852.
22. RENZ SM, BOLTZ MP, WAGNER LM, CAPEZUTI EA & LAWRENCE TE. *Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care*. *Geriatr Nurs* 2013; 34, 295-301.
23. RENZ SM, BOLTZ M., CAPEZUTI E & WAGNER LM. *Implementing an SBAR communication protocol: a quality improvement project*. *Ann Long-term Care* 2015; 23, 27-31.
24. BECKETT CD & KIPNIS G. *Collaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes*. *J Healthc Qual* 2009; 31,19-28.
25. VELJI K, BAKER GR, FANCOFF C, ANDREOLI A, BOARO N, TARDI, G, AIMONE E & SINCLAIR L. *Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting*. *Healthcare Quarterly* 2008; 11(Special Issue), 72-79.
26. MITCHELL C & JOHNSTON D. *Fast bleep audit to determine the appropriateness of fast bleeps received and the quality of communication relayed*. *Anaesthesia* 2014; 69, 4.
27. PANESAR RS, ALBERT B, MESSINA C & PARKER M. *The effect of an electronic SBAR communication tool on documentation of acute events in the pediatric intensive care unit*. *Am J Med Qual* 2016; 31,64-68.
28. RANDMAA M, MÄRTENSSON G, LEO SWENEN C & ENGSTRÖM M. *SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study*. *BMJ Open* 2014; 21, 4 (1).
29. ZHU H, McCREA N & KELSALL W. *Improving the paediatric handover: quality, safety and SBAR*. *Arch Dis Child* 2014; 99, A82.
30. CORNELL P, GERVIS MT, YATES L & VARDAMAN JM. *Impact of SBAR on nurse shift reports and staff rounding*. *Medsurg Nurs*; 23, 334-342.
31. Joint commission international (2017). "Gli standard Joint Commission International

- per l'accreditamento degli ospedali" 46° Edizione – Joint Commission International.
32. TRENTHAM B, ANDREOLI A, BOARO N, VELJI K & FANCOTT C. *SBAR: A shared structure for effective team communication*. An implementation toolkit. (2010). 2nd Edition. Toronto Rehabilitation Institute: Toronto.
 33. ANDREOLI A, FANCOTT C, VELJI K, BAKE GR, SOLWAY S, AIMONE E & TARDIF G. *Using SBAR to Communicate Falls Risk and Management in Interprofessional Rehabilitation Teams*. *Healthcare Quarterly* 2010; 13 (Special Issue): 92-100.
 34. BOARO N, FANCOTT C, BAKER GR, VELJI K & ANDREOLI A. *Using SBAR to Improve Communication in Interprofessional Teams*. *J of Interprof Care* 2010; 24 (10), 111-114.
 35. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2015). Process of translation and adaptation of instruments, (Data di accesso 17 aprile 2020) da http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en.
 36. BEATON DE, BOMBARDIER C, GUILLEMIN F & FERRAZ MB. *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*. *Spine* 2000; 15, (25), 3186-3191.
 37. REEDER G. *Take a "sticky" note on brainstorming*. *Nurs Manag* 2017; 48(1),32-37. doi:10.1097/01.NUMA.0000497012.97556c2
 38. VAISMORADI M, TURUNEN H, & BONDAS T. *Content analysis and thematic analysis: implications for conducting a qualitative descriptive study*. *Nurs Health Sci* 2013; 15, 398-405. doi:10.1111/nhs.12048.
 39. LYNN MR. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res* 1986; 35 (6), 382-386.
 40. POLIT DF & BECK CT. *The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations*. *Res Nurs Health* 2006;29,489-497.
 41. SPERBER AD, DE VELLIS RF & BOEHLECKE B. *Cross-cultural translation: methodology and validation*. *J Cross Cult Psychol* 1994; 25,501-524.
 42. SPERBER AD. *Translation and validation of study instruments for cross-cultural research*. *Gastroenterology* 2004; 126, (1 Suppl), 124-128.
 43. HYRK K. *Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel*. *Int J Nurs Stud* 2003; 40, 619-625.



Per informazioni contattare la segreteria Aniarti:

aniarti@aniarti.it
340.4045367