

# La consegna infermieristica al letto del paziente

## Bedside nursing report

■ ADRIANO TORRI

Master in Management Infermieristico per le Funzioni di Coordinamento e in Nursing Avanzato in Area Critica, Terapia Intensiva Cardiologica, Fondazione Poliambulanza, Brescia

### RIASSUNTO



**Introduzione:** il passaggio di consegne infermieristiche al letto del paziente presenta notevoli vantaggi in accordo con la letteratura. L'articolo propone una esperienza di implementazione presso una terapia intensiva cardiologica.

**Materiali e metodi:** l'opinione degli infermieri è stata indagata attraverso un questionario. Le consegne tradizionali passate al bancone e quelle passate al letto del paziente sono state registrate e comparate in termini di completezza. Sono state condotte delle interviste non strutturate a tutti gli infermieri per verificare eventuali difficoltà durante la fase di cambiamento.

**Risultati:** Sono stati distribuiti e raccolti 19 questionari (100% della popolazione infermieristica). Sono state audioregistrate digitalmente 28 passaggi di consegne (metà al bancone e metà al letto del paziente). Tutti gli infermieri sono stati intervistati in maniera informale per raccogliere ulteriori opinioni ed informazioni.

**Discussione:** le difficoltà maggiori sono dovute alla resistenza al cambiamento giustificata dal timore di violare la privacy del paziente e l'impiego di più tempo. Il passaggio di consegna al letto ha presentato una serie di vantaggi: l'opportunità per gli infermieri di presentarsi all'inizio del turno ai pazienti, una maggiore chiarezza e completezza delle informazioni, l'assenza di stereotipi, l'integrazione dei dati attraverso l'osservazione diretta, il maggior coinvolgimento del paziente.

**Conclusioni:** probabilmente una forma "ibrida" di passaggio di consegna in cui coesistano momenti di passaggio al bancone e momenti al letto del paziente, dovrebbe rappresentare la forma da preferire. La consegna al letto incrementa la sicurezza del paziente perché contribuisce alla completezza delle informazioni.

**Parole chiave:** consegna infermieristica, consegna al letto, sicurezza del paziente.

### ABSTRACT



**Introduction:** according to the literature, the Bedside Nursing Report has many advantages. This article presents an experience of implementation of bedside nursing report in an Intensive Cardiology Care Unit.

**Materials and methods:** the opinion of the nursing staff was investigated through a questionnaire. Traditional handovers and bedside report was digitally recorded and compared to verify their completeness. Non-structured interviews were conducted to all nurses to verify any difficulty/trouble in the change.

**Results:** nineteen questionnaires were distributed and collected (100% of the nursing staff). Twenty-eight handovers (half "traditional" and half "bedside") were digitally recorded. All the nurses were informally interviewed to identify their opinion and further information.

**Discussion:** The major troubles encountered were connected to the resistance to change, justified through the fear of violating the privacy of the patients or an increase in the time for handover. The bedside nursing report presents many advantages: the opportunity for the nurses to introduce themselves to the patients at the beginning of the shift, clearer and complete information; absence of stereotypes; direct observation of the patient as a way to integrate the completeness of the information; patients are more involved.

**Conclusions:** A hybrid form of handover, where "traditional" and "bedside" coexist, is to prefer. Bedside nursing report increases the patient safety because it contributes to the completeness of the information passed.

**Keywords:** handover, bedside nursing report, patient safety.

#### Articolo originale

PERVENUTO IL 10/03/2015

ACCETTATO IL 20/04/2015

#### Corrispondenza per richieste:

Adriano Torri,  
adrianotorri@virgilio.it

L'autore dichiara di non aver conflitto di interesse.

### Introduzione

La comunicazione sicura è imprescindibile per il professionista infermiere e lo diviene quando sia minimizzato il rischio di errore o di dimenticanza in ogni passaggio. Questo assume particolare rilevanza negli ambiti intensivi

vi dove le informazioni sono numerose e mutevoli ed in cui la competenza infermieristica avanzata dovrà essere sostenuta non soltanto dalle capacità professionali e tecniche ma anche da una profonda attenzione agli aspetti comunicativi e relazionali.

Secondo la *Crew Resource Management*, la comunicazione funge da collante fra tutte le capacità non tecniche (*Non-Technical Skills*) che contribuiscono alla riduzione degli errori in tutti quegli ambiti complessi dove il fattore umano gioca un ruolo fondamentale, co-

me l'aviazione o la sanità. La *Joint Commission International (JCI)* pone tra gli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente proprio il miglioramento dell'efficacia delle comunicazioni e soprattutto quelle di *handover* o di cambio. Secondo JCI il 70% degli eventi sentinella è causato da problemi di comunicazione ed il 50% di essi può essere ricondotto a problemi durante la consegna.

Omettere delle informazioni o, ancor peggio, passare comunicazioni errate sono stati il rischio che ha motivato la scelta della Terapia Intensiva Cardiologica, Fondazione Poliambulanza di Brescia, di orientarsi verso un progetto di miglioramento inerente al passaggio di consegne. La situazione/stimolo che ha orientato l'implementazione del progetto è stata l'informatizzazione della documentazione clinico-assistenziale, che ha creato non poche difficoltà ai professionisti sanitari sia nella fase di apprendimento che in quella di attuazione. La registrazione e il recupero di informazioni relative ai pazienti sono stati profondamente modificati e la scorretta esecuzione di una o di entrambe queste azioni è stata oggetto di alcuni *near-miss*.

La consegna infermieristica al letto del paziente consiste nel passaggio di informazioni clinico-assistenziali tra infermieri con la partecipazione attiva del paziente ed eventualmente del caregiver presente.

Attualmente molti articoli propongono questa forma di consegna nell'ambito del *risk management*. Per quanto riguarda il target gli studi dimostrano l'applicabilità in reparti di qualsiasi struttura sanitaria e di qualsiasi specializzazione medica. La consegna al letto è una modalità di consegna che offre importanti vantaggi per il personale e per i pazienti.

**1. Partecipazione attiva del paziente.** Il maggior beneficio relativo all'implementazione della consegna al letto è che i pazienti sono meglio informati.<sup>1</sup> Ci sono evidenze che la partecipazione attiva nelle cure da parte del paziente produce migliori outcome in termini di salute. Meglio sono informati sul loro percorso di cura e più è probabile che i pazienti vi partecipino. Durante la consegna al letto, il paziente si sente autorizzato a porre domande e condividere informazioni che renderan-

no gli infermieri in grado di individualizzare gli interventi che il paziente richiede e meriti.<sup>2</sup>

**2. Migliore relazione infermiere-paziente.**

Aumenta la attenzione degli infermieri e riduce i tempi di risposta alle chiamate dei pazienti.<sup>1,2,3</sup> Gli infermieri sono più soddisfatti perché riescono a passare consegne più precise, forniscono informazioni più accurate sui loro pazienti e vedono riconosciuta la loro professionalità.<sup>4</sup>

**3. Pazienti più soddisfatti.**

I pazienti coinvolti nel proprio piano di cura sono più soddisfatti e presentano meno denunce nei confronti dello staff ospedaliero, diventano anche consumatori fidelizzati che ritornano in caso di necessità di ulteriori servizi o ricoveri.<sup>1,2</sup>

**4. Attribuzione di priorità alle attività infermieristiche.**

Iniziare il turno di lavoro con la consegna al letto consente agli infermieri di prendere visione di tutti i pazienti immediatamente e di attribuire delle priorità alle loro attività per gestire in maniera efficace il carico assistenziale.<sup>2</sup>

**5. Riduzione degli stereotipi.**

La letteratura incoraggia l'utilizzo di questa modalità di consegna perché impedisce agli infermieri di stereotipare i pazienti e scoraggia le informazioni ed i commenti soggettivi che potrebbero contribuire a perpetuare un eventuale atteggiamento negativo.<sup>5</sup>

**6. Maggiore Sicurezza.**

La maggior accuratezza è stata identificata come outcome del passaggio di consegne al letto e questo ha significato un miglioramento per la sicurezza del paziente.<sup>1,4</sup>

Lo studio di Jeffs et al.<sup>4</sup> ha evidenziato che gli infermieri hanno positivamente osservato come la implementazione della consegna al letto abbia significato un miglioramento nella sicurezza del paziente. Gli infermieri hanno descritto come loro o i pazienti abbiano identificato e corretto un errore durante la consegna al letto. I pazienti che hanno sperimentato il passaggio di consegne in loro presenza, si sentono più sicuri, apprezzano il fatto di conoscere il loro percorso di cure e di essere presentati all'infermiere che inizia il turno.<sup>6</sup>

Lo studio di Kerr et al.<sup>7</sup> ha dimostrato un incremento della sicurezza del paziente do-

po l'implementazione della consegna al letto perché ha registrato un aumento statisticamente significativo di probabilità che i pazienti allergici indossassero un braccialetto di allerta, di corrispondenza tra terapia prescritta e somministrata e di moduli di terapia correttamente etichettati su entrambi i lati. Questo studio ha dimostrato anche che la consegna al letto aumenta la completezza della documentazione infermieristica.

Tuttavia il passare dalla consegna al banco a quella al letto del paziente porta con sé alcune criticità.

**1. Implementazione del cambiamento**

in un ambiente così complesso come quello sanitario può essere un evento travolgente, non si può controllare il cambiamento ma si può controllare la fase di transizione.<sup>2</sup> Inondati da continui cambiamenti, gli infermieri cercano di esercitare qualche tipo di controllo sul loro ambiente sviluppando e aderendo alla routine anche se il cambiamento proposto presenta maggiori vantaggi. Il cambiamento inoltre può essere ostacolato dalla mancanza di una vision condivisa.<sup>2</sup>

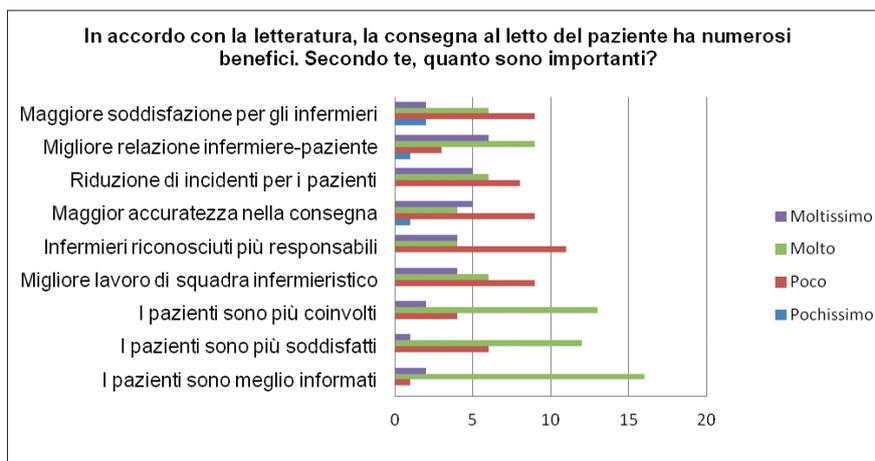
**2. Tempi di consegna.**

Storicamente gli infermieri hanno esitato nell'implementare la consegna al letto perché temevano che questo avrebbe richiesto loro un maggior impiego di tempo.<sup>6</sup> Nello studio di Kerr et al.<sup>7</sup> non ci sono state riduzioni significative di durata della consegna dopo l'introduzione del passaggio al letto e una spiegazione dell'aumento del tempo impiegato sta nel fatto che qualunque nuova pratica richiede allo staff del tempo per diventare familiare.

**3. Partecipazione del paziente.**

Non tutti i pazienti desiderano partecipare e talvolta si sentono forzati, la gravità della malattia può impedire la partecipazione in particolare quando la situazione è molto critica. Molti pazienti hanno problemi di udito e questo può creare imbarazzo. Non sempre i pazienti comprendono i termini medici e questo può generare equivoci<sup>8</sup>, benché qualcuno si senta rassicurato perché l'uso di una terminologia specifica riflette la competenza del personale infermieristico.

Figura 1



**4. Privacy.** Non sempre l'ambiente garantisce la riservatezza delle informazioni e i pazienti possono vivere il ripetersi della consegna ad ogni turno ridondante e stancante.<sup>1</sup> In alcuni pazienti sentir parlare delle loro condizioni di salute crea ansia.

Nella revisione di Sherman et al.<sup>9</sup> la privacy è stata considerata un problema dal 29% dei pazienti, disturbati dalla presenza di un altro degente nella stessa stanza durante il passaggio della consegna.

Due studi<sup>10,11</sup> analizzano il processo di consegna infermieristica evidenziandone un'articolazione in fasi:

- 1. fase preliminare.** Momento dell'incontro tra gli operatori entranti e uscenti dal turno e coinvolge tutti i presenti. Include lo scambio di saluti, i racconti su cosa si è fatto durante i turni di riposo o sulla vita personale, talvolta gli infermieri parlano di pazienti dimessi o trasferiti. Solitamente questo momento dura circa 10 minuti e si interrompe quando l'infermiere che deve passare consegna decide di iniziare il passaggio di informazioni.
- 2. Fase di consegna.** Vengono trasmesse le informazioni attraverso un resoconto più o meno dettagliato su ogni paziente. Questa fase può essere spostata al letto del paziente.
- 3. Fase conclusiva.** Lo staff parla informalmente dei pazienti o dei propri membri per esempio chiedendo chi sia reperibile o del lavoro in generale. Questa interazio-

ne sociale post-consegna può durare altri 5-10 minuti.

#### Materiali e metodi

Il progetto di implementazione della consegna al letto del paziente è passato attraverso le seguenti fasi:

1. Revisione della letteratura.
2. Analisi di fattibilità e pianificazione con il contributo del Coordinatore di Area e Servizio Infermieristico e Tecnico.
3. Richiesta delle autorizzazioni alla Direzione Sanitaria, al Servizio Infermieristico e Tecnico e ai responsabili di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC).

L'indagine è stata effettuata nell'agosto 2014. Il questionario, elaborato per indagare l'opinione degli infermieri in merito ai risultati della letteratura e la possibile implementazione della consegna al letto nella unità operativa di appartenenza, è stato creato ex novo e non precedentemente validato.

Si è scelto di somministrare il questionario a tutta la popolazione infermieristica attiva in UTIC.

Il questionario, era articolato in sei domande: quattro chiuse e due aperte (a risposta facoltativa); è stato valutato rispetto alla comprensibilità e predefinendo le possibili modalità di risposta per le quattro domande chiuse.

Successivamente all'avvio della consegna al letto del paziente, settembre 2014, si è proceduto con la registrazione delle consegne. Sono state audioregistrate digitalmen-

te le consegne di 14 pazienti ricoverati con diagnosi di Sindrome Coronarica Acuta. Le registrazioni sono state integralmente trascritte e successivamente confrontate. Gli infermieri erano a conoscenza che la consegna sarebbe stata registrata.

Si è poi proceduto con interviste non strutturate a settembre 2014.

Al termine del passaggio di consegna del mattino, veniva chiesto dal ricercatore (stessa persona per tutta la ricerca) quali difficoltà stessero incontrando nella fase di attuazione e venivano eventualmente mandati feedback sul loro operato.

Gli infermieri hanno iniziato a sperimentare il passaggio di consegne al letto del paziente dal mese di settembre 2014. Agli infermieri era richiesto di adottare la consegna al letto nel passaggio tra il turno del mattino e quello del pomeriggio e di mantenere la modalità tradizionale negli altri passaggi di turno.

La consegna delle ore 14.00 prevedeva che solo fase di consegna avvenisse con il coinvolgimento del paziente (seconda fase secondo lo studio di Lally<sup>10</sup> e di Payne<sup>11</sup>).

#### Risultati

##### Questionario

Dei 19 questionari distribuiti ne sono stati compilati e raccolti 19 (100%).

Le domanda n.1 era volta ad indagare l'opinione degli infermieri sugli aspetti positivi descritti dalla letteratura in merito alla consegna al letto. (Figura 1)

Successivamente una aperta, facoltativa, chiedeva di indicare gli aspetti positivi che la letteratura non avesse evidenziato. Sono state raccolte quattro risposte:

1. Il paziente è più stimolato a fare domande sulla sua condizione. I parenti possono essere informati più rapidamente. Eviti di tralasciare alcuni aspetti relativi al paziente.
2. Avendo il paziente sott'occhio è più facile ricordare alcuni aspetti che durante la consegna tradizionale vengono trascurati.
3. Il paziente è al centro dell'attenzione dei due infermieri che si trasmettono la consegna.
4. Guardare il malato e la postazione aiuta a ricordare tutti i dettagli.

Si è poi indagata l'opinione sugli aspetti negativi della consegna al letto. **(Figura 2)**

La risposta ad una domanda aperta ha ribadito le criticità che la letteratura aveva già evidenziato:

1. per il paziente potrebbe essere fonte di stress;
2. parlando ad alta voce al letto, anche il vicino paziente sente tutto.

Il questionario si chiudeva con due domande chiuse. La prima ha evidenziato che 7 Infermieri su 19 (37%) erano disponibili ad implementare il cambiamento sui tre turni e la seconda che la maggioranza degli infermieri (13 su 19 pari al 68%) riteneva che l'attuale modo di passare consegna non rappresentasse la scelta migliore e quindi migliorabile il metodo in uso.

### Registrazioni

Dopo una settimana dall'inizio della consegna al letto del paziente è stata effettuata una rilevazione per verificare la qualità e la quantità delle informazioni trasmesse. Lo scopo era di comparare le informazioni trasmesse nella modalità tradizionale vs consegna al letto del paziente.

Sono stati registrati 28 passaggi di consegna di 14 pazienti con diagnosi di ricovero di Sindrome Coronarica Acuta. Tutti gli infermieri sapevano di essere registrati ed hanno acconsentito.

### Intervista

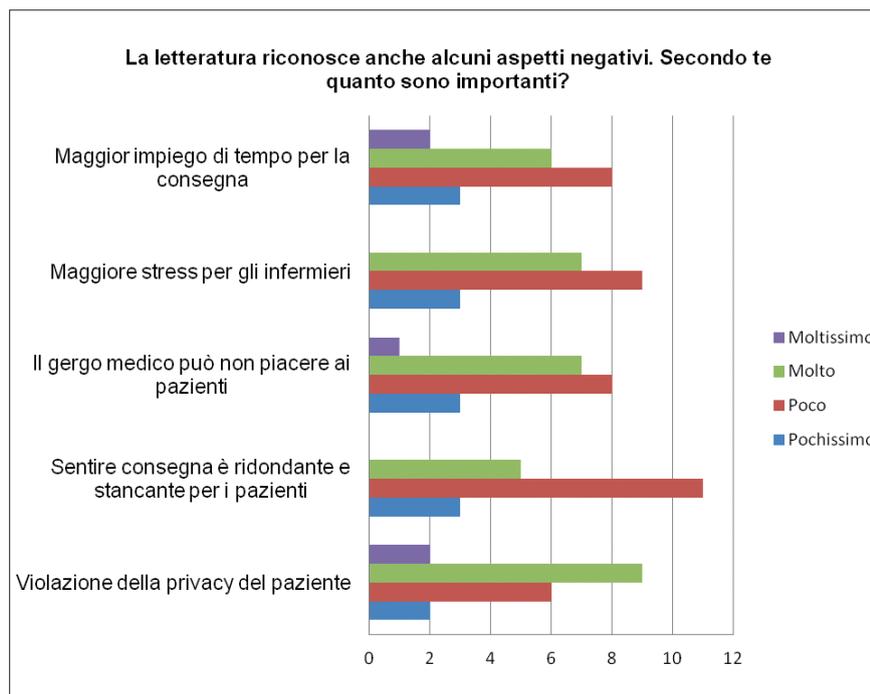
Ad un mese circa dalla implementazione sono state condotte delle interviste a coppie di infermieri per evidenziare eventuali difficoltà intercorse o fornire ulteriori chiarimenti in merito alla nuova metodologia di passaggio delle consegne. Tutti gli infermieri coinvolti sono stati intervistati dal ricercatore.

### DISCUSSIONE

Dai risultati dei questionari emerge che gli infermieri ritengono che i vantaggi maggiori della implementazione del passaggio di consegne al letto siano per il paziente: migliore informazione (84%), maggiore soddisfazione (63%) e coinvolgimento (68%) dei pazienti.

Che la consegna a letto migliori la relazione tra infermiere e paziente è stato indicato con molto (47%) e moltissimo (31%).

**Figura 2**



I vantaggi che la consegna al letto può portare agli infermieri, come riportato dalla letteratura, trova una minore considerazione: infermieri riconosciuti più responsabili (poco accordo per il 57%), maggiore accuratezza nella consegna, maggiore soddisfazione per gli infermieri, migliore lavoro di squadra infermieristico (poco accordo per il 47%). Gli infermieri non ritengono neppure rilevante che la consegna al letto possa contribuire a ridurre gli incidenti.

Gli infermieri indagati riconoscono il rischio di violazione della privacy del paziente quale aspetto negativo di rilievo (molto 47%, moltissimo 11%), elemento ribadito anche nelle risposte aperte.

Le criticità segnalate in letteratura non risultano per altro emergenti: sentire la consegna è stancante e ridondante per i pazienti (poco accordo per il 57% e pochissimo per il 16%), il linguaggio medico può non piacere ai pazienti, la consegna al letto può comportare maggiore stress per gli infermieri (poco accordo per il 47% e pochissimo per il 16%).

La comparazione delle informazioni trasmesse nella modalità tradizionale vs consegna al letto del paziente effettuata dopo una

settimana dall'inizio della nuova modalità di consegna al letto del paziente, ha fatto emergere che in tutte le registrazioni, sia nelle consegne delle ore 7.00 (tradizionale) che nelle consegne delle ore 14.00 (al letto del paziente), gli infermieri non si limitano ad elencare i dati ma li integrano e li elaborano, trasmettendo le informazioni importanti adottando una certa sequenzialità.

Sono emerse però delle differenze tra le due modalità di passaggio delle consegne:

- 1. identificazione del paziente:** nella consegna tradizionale il paziente a volte viene identificato come "lui" oppure "questo signore" mentre nella consegna al letto viene presentato indicando sempre il nome e a volte il cognome;
- 2. identificazione dell'infermiere:** la consegna diventa un'occasione per presentare l'infermiere responsabile dell'assistenza per quel turno;
- 3. chiarezza e completezza dell'anamnesi:** la consegna al letto consente di eliminare eventuali equivoci, di spiegare e chiarire i dati trasmessi integrandoli con tutti le informazioni necessarie;

4. **assenza di stereotipi:** si riduce il gergo colloquiale a favore di termini più rigorosi nei confronti del paziente;
5. **integrazione dei dati** attraverso la visualizzazione diretta (es. visione del monitor);
6. **coinvolgimento ed osservazione** del paziente.

Durante le interviste condotte ad un mese dall'implementazione del metodo di consegna, sono emerse anche le difficoltà e le obiezioni degli infermieri. Tra le più frequenti si annoverano:

1. **violazione della privacy.** Il timore di comunicare dati sensibili che possono essere ascoltati anche da vicini di letto è stata una delle ragioni maggiormente riportate per non passare a questo metodo. Gli stessi infermieri però hanno autonomamente trovato le soluzioni, adeguando il volume di voce e utilizzando il documento scritto di consegna per le informazioni più riservate;
2. **disturbo del paziente.** Anziché considerare il coinvolgimento del paziente come un'opportunità di informazione, anticipare azioni assistenziali o rendere il paziente maggiormente partecipe del suo piano di cura, la consegna al letto è stata considerata un disturbo;
3. **lunghezza della consegna.** Anche in letteratura il timore di allungare i tempi è stato di frequente riscontrato benché non supportato da dati quantitativi. Tutte le consegne audio registrate sono state ovviamente cronometrate e questo ha reso possibile un'analisi e comparazione a posteriori dei tempi reali. Dalla comparazione del tempo impiegato non emergono particolari differenze: il tempo medio delle consegne delle ore 7 (tradizionali) è di 2 minuti e 3 secondi contro 1 minuto e 51 secondi della consegna delle ore 14 (al letto del paziente);
4. **timore di essere impreparati.** Durante la consegna delle ore 7 gli infermieri si sentono più liberi di esprimersi come vogliono o di potersi prendere più tempo per recuperare le informazioni che devono comunicare al collega. Durante la consegna delle 14 il paziente è uno spettatore del passaggio di consegna e funge anche da "controllore" della precisione delle informazio-

ni che lo riguardano. L'infermiere pertanto può sentirsi giudicato se non preparato.

#### Conclusioni

Probabilmente una forma "ibrida" di passaggio di consegna in cui coesistano momenti di passaggio al bancone e momenti al letto del paziente dovrebbe rappresentare la forma da preferire. Oltre a tenere conto dell'orario di passaggio della consegna (al mattino presto o all'inizio del turno di notte i pazienti potrebbero essere disturbati), deve essere considerato anche la tipologia di paziente (che potrebbe non gradire il suo coinvolgimento) o il tipo di informazioni che devono essere trasmesse, per decidere quale sia il luogo migliore in cui gli infermieri si scambiano le informazioni.

Contrariamente a quanto indicato dalla letteratura, l'implementazione della consegna al letto non ha seguito delle fasi precise e neppure rispettato i tempi indicati. La formazione *ad hoc* per questa nuova metodologia avrebbe dovuto prevedere un momento di condivisione sui risultati della letteratura e la scelta di una data fissata per l'inizio del passaggio di consegna al letto.

Lo stare al letto del paziente parlando di lui definisce uno spazio che delimita lo sguardo e l'attenzione e stabilisce i ruoli gestionali. Gli infermieri in questo spazio e tempo, partecipano non per intervenire con atti diretti al paziente, ma acquisendo l'immagine di coloro che possono professionalmente decidere.

La prossemica vicinale permette di dare visibilità al ruolo dell'infermiere, che al contempo assume la sua responsabilità sia nel "consegnare" ciò che afferma, sia nell'accogliere la presa in carico.

La consegna al letto incrementa la sicurezza del paziente perché contribuisce alla completezza delle informazioni.

Con la sua presenza, il paziente integra le informazioni e ne assicura la correttezza, per quanto gli sia possibile e gli competa. Ma anche dove il paziente non possa intervenire, l'ambiente che lo circonda contribuisce ad assicurare pienezza e ridurre le ambiguità della comunicazione perché gli infermieri parlano di aspetti del paziente che possono anche vedere e ciò rende più facile descriverlo per chi passa la consegna ed aiuta a memorizzarlo per chi la riceve.

Attualmente il passaggio della consegna al letto si sta consolidando tra il turno del mattino e quello del pomeriggio. Le implicazioni future saranno quelle di rilevare la qualità dell'assistenza percepita dal paziente attraverso il suo coinvolgimento, nonché la valutazione delle situazioni in cui l'implementazione potrà o ampliarsi verso gli altri turni o tornare tradizionale come nel caso di pazienti poco interessati a partecipare.

#### Bibliografia

1. SAND-JECKLIN K. *A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation.* Journal of Clinical Nursing, 2014; doi: 10.1111/jocn.12575.
2. ANDERSON C. *Nurse shift report. Who says you can't talk in front of the patient?* Nursing Administration Quarterly, 2006; 30, 112-122.
3. WAKEFIELD D.S. *Making transition to nursing bedside shift reports.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2012; 38, 243-253.
4. JEFFS L. *The value of bedside shift reporting. Enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety.* Journal of Nursing Care Quality, 2013; 28, 226-232.
5. FENTON W. *Developing a guide to improve the quality of nurses' handover.* Nursing Older People, 2006; 18, 32-36.
6. MAXSON P.M. *Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety.* MED-SURG Nursing, 2012; 21, 140-145.
7. KERR D. *Bedside handover enhances completion of nursing care and documentation.* Journal of Nursing Care Quality, 2006; 28, 217-225.
8. BENAGLIO C. *Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato.* Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2006; 25, 105-108.
9. SHERMAN J. *Investigating bedside nursing report: a synthesis of the literature.* MED-SURG Nursing, 2013; 22, 308-318.
10. LALLY S. *An investigation into the functions of nurses' communication at the inter-shift handover.* Journal of Nursing Management, 1999; 7, 29-36.
11. PAYNE S. *Interactions between nurses during handovers in elderly care.* Journal of Advanced Nursing, 2000; 32, 277-285.