

# Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: studio osservazionale con metodo SBAR

## *The handover between Emergency Department staff: an observational study with SBAR communication technique*

■ MARTINA BISCARO<sup>1</sup>, MARIA BENETTON<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Infermiere libero professionista, Treviso

<sup>2</sup> Infermiere, Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Padova, Azienda Ulss 9, Treviso

### RIASSUNTO



**Introduzione:** il passaggio delle consegne tra il personale del servizio di emergenza 118 e il personale di Pronto Soccorso ha importanti implicazioni per la cura del paziente. È essenziale quindi che la trasmissione delle informazioni avvenga in maniera completa e corretta, rapida ed efficace.

L'obiettivo di questo studio osservazionale-descrittivo è indagare le modalità di passaggio di consegna dell'equipaggio sanitario (non volontario) dall'ambulanza agli infermieri del Pronto Soccorso e successivamente, confrontare tale metodo con il metodo SBAR ("Situation", "Background", "Assessment", "Recommendation") consigliato in letteratura e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

**Materiali e Metodi:** attraverso una griglia di osservazione, costruita appositamente e basata sulla letteratura riferita al metodo SBAR, sono stati registrati: tempo medio di passaggio di consegne suddiviso per codice-colore di gravità; quantità di informazioni riportate; ordine di esposizione; completezza delle informazioni; anzianità di servizio e percorso formativo post-base del personale del servizio d'emergenza 118.

**Risultati:** sono stati osservati 121 passaggi di consegna effettuati da 20 infermieri, sul totale di 27 operatori. Sono state rilevate varie criticità sulla comunicazione, la quale risulta a volte non ordinata, incompleta e a rischio di inadeguatezza rispetto ai criteri OMS, particolarmente nell'articolazione logica dei vari passaggi, sulla completezza e sul numero di informazioni trasferite. Il numero di informazioni nei casi di trauma sono superiori rispetto ai casi di malore, indipendentemente dal codice colore. L'ordine di esposizione SBAR è rispettato completamente solo per i codici Rossi.

**Discussione e conclusione:** la maggior parte dei soccorritori non rispetta un ordine progressivo nel passaggio delle consegne e nel 30% l'ordine è completamente casuale. Adottare un modello standardizzato nel passaggio di consegne può migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'intervento. L'utilizzo del metodo SBAR anche in emergenza potrebbe essere la soluzione, in quanto favorisce la trasmissione delle informazioni in maniera semplice, completa, sintetica e ordinata.

**Parole chiave:** Passaggio di consegne, Emergenza Territoriale, Pronto Soccorso, Metodo SBAR.

### ABSTRACT



**Introduction:** the handover between emergency staff members has important implications for the patient's medical treatment. Therefore, it is essential that the information during handovers is complete, correct, quick and effective.

The purpose of this observational-descriptive study is to investigate the procedures applied during clinical handovers on the part of the ambulance service staff (excluding volunteers) to the nurses of the Emergency Department, and to compare this procedure with the SBAR ("Situation", "Background", "Assessment" and "Recommendation") technique, as suggested by the relevant literature and by the World Health Organization (WHO).

**Materials and Methods:** through specific forms compiled following the scientific literature regarding the SBAR procedure, data were recorded concerning: average time for the handovers, grouped by the different color-codes the patients were allocated to; amount of information provided; order of information presentation; completeness of information; length-of-service and post-basic training of the Ambulance Service staff.

**Results:** 121 handovers were observed carried out by 20 nurses, for a total of 27 operators. Various findings were detected on communication, which is sometimes chaotically displayed, incomplete and at risk of inadequacy compared to the WHO criteria, particularly in the articulation of the various logical steps, the completeness and the number of data transfers. The amount of information in trauma cases is higher than for cases of illness, regardless of the color code. The order of SBAR presentation is fully respected only for Red codes.

**Conclusion:** most of the staff does not respect a sequence in handovers and in 30% of cases the order is completely random. Adopting a standardized model for the handover can improve effectiveness and efficiency of the intervention. The use of the SBAR method in the Emergency Department could be a solution, as it facilitates the transfer of information in a simple, complete, and concise order.

**Key words:** Handover Process, Territorial Emergency, Emergency Department, SBAR technique.

**Articolo originale**

PERVENUTO IL 19/03/2014  
ACCETTATO IL 12/04/2014

**Corrispondenza per richieste:**

Martina Biscaro, [biscaro.martina@gmail.com](mailto:biscaro.martina@gmail.com)

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

**Introduzione**

Con il termine “consegna clinica” (*Handover*), nella letteratura scientifica si intende il trasferimento della presa in carico e delle responsabilità della cura di un paziente, o di un gruppo di pazienti, a un’altra persona o gruppo professionale<sup>1,2</sup>; è il metodo di passaggio di informazioni aggiornate sul paziente e costituisce il momento in cui gli operatori professionali si trovano assieme per comunicarsi gli eventi rilevanti e i dati per pianificare l’assistenza, consentendo all’intera équipe di conoscere gli eventi verificatisi.<sup>3,4</sup>

Secondo il Codice Deontologico dell’infermiere del 2009, l’infermiere è il professionista sanitario responsabile dell’assistenza infermieristica<sup>5</sup>; per questo motivo è responsabile della corretta trasmissione delle informazioni. Una delle cause più frequenti di eventi avversi è la mancata o inadeguata comunicazione durante le consegne: al tal fine, l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha diffuso del 2007 una soluzione specifica con determinate raccomandazioni.<sup>6</sup> Oltre alla standardizzazione delle modalità comunicative al momento della consegna, si consiglia l’utilizzo della tecnica ISBAR o SBAR (*Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation*) come tecnica di trasferimento di informazioni.<sup>7</sup> Le caratteristiche dei passaggi di consegna debbono essere: la chiarezza, la completezza, l’accuratezza, la per-

tinenza, la tempestività, la selettività e la destinazione.<sup>8</sup>

**Il metodo SBAR**

Il metodo SBAR, acronimo di *Situation, Background, Assessment, Recommendation*, costituisce un tipo di tecnica di trasferimento delle informazioni utilizzata in campo industriale, militare e dell’Aviazione degli Stati Uniti<sup>9</sup>; è stata adottata inizialmente nei sottomarini nucleari per impartire rapidamente ed efficacemente istruzioni ai cambi di comando. È stato applicato per la prima volta per la pratica sanitaria nel 2002 da Michael Leonard, medico anestesista statunitense, e Doug Bonachum, vice presidente della gestione sicurezza del Kaiser Permanente, entrambi responsabili della sicurezza dei pazienti.<sup>10,11,12</sup> È stato concepito come strumento di *debriefing* situazionale, incentrato sui problemi e non sulle persone, per trasmettere in tempi rapidi informazioni vitali necessarie per il medico o per il professionista successivo.<sup>13</sup>

Il metodo SBAR si adatta a qualsiasi ambito sanitario e può essere utilizzato per la trasmissione di informazioni sia orali sia scritte, in qualsiasi punto di transizione, per un’ammissione in reparto, per un trasferimento, per una dimissione. È adatto sia per le consegne tra medico-infermiere, tra medico-medico, tra infermiere-infermiere.<sup>14</sup>

Questo metodo viene proposto e consigliato soprattutto nell’ambito dell’ur-

genza, in quanto permette un passaggio di consegne conciso, veloce e allo stesso tempo, completo e ordinato, riducendo la possibilità di ripetizione e di perdite di tempo.

Il metodo SBAR per il passaggio consegne tra il Dipartimento di Emergenza (Pronto Soccorso) e lo staff sanitario dell’ambulanza è standardizzato in 4 sezioni e fornisce una panoramica completa immediata della situazione clinica del paziente:

<b>S</b>	<b>SITUATION</b>	SITUAZIONE – Identificazione del paziente, rapido inquadramento della situazione (si tratta di un malore, di un trauma, dinamica dell’evento).
<b>B</b>	<b>BACKGROUND</b>	CONTESTO – Rapida panoramica sull’anamnesi del paziente, le patologie di cui è affetto, la terapia che assume a domicilio e le allergie.
<b>A</b>	<b>ASSESSMENT</b>	VALUTAZIONE – Parametri vitali, segni e sintomi rilevati, quali presidi sono stati usati, se e quali farmaci sono stati somministrati al paziente.
<b>R</b>	<b>RECOMMENDATION</b>	RACCOMANDAZIONI – Tutto ciò che è secondario ma rilevante (se i familiari sono stati avvisati, erano presenti testimoni all’accaduto, presenza o meno dei documenti, eventuali note da sottolineare).

Oltre alla facile applicazione, viene incentivato l’utilizzo di questa tecnica in quanto contribuisce alla formazione di un modello mentale condiviso dal-

**Tabella 1** – Griglia TRAUMA

Griglia trauma/incidenti/intossicazioni/aggressioni

Ora inizio:

Ora fine:

T. Totale:

		Sì	No	Priorità	Infermiere
<b>S</b>	ID Paziente				
	Motivo chiamata				
	Dinamica evento				
	Mezzi/persone coinvolte				
<b>B</b>	Anamnesi remota				
	Patologie				
	Terapia domiciliare				
	Allergie				
<b>A</b>	Parametri vitali				
	Segni e sintomi				
	Farmaci somministrati				
	Presidi utilizzati				
<b>R</b>	Familiari avvisati				
	Testimonianze				
	Documentazione				
	Note/altro				

le diverse professioni e operatori; è consigliato anche agli studenti per apprendere una tecnica di comunicazione efficace.<sup>15,16</sup> La letteratura internazionale riporta numerosi studi in cui si valida l'efficacia dello strumento SBAR anche nelle situazioni o in aree non critiche (ad esempio nell'area della riabilitazione).<sup>14</sup>

In alcuni ospedali americani sono state create delle valide guide applicative (Toronto toolkit, Arizona Toolkit, IHI toolkit, AHRQ toolkit) per l'insegnamento, la diffusione della tecnica SBAR e l'addestramento del personale all'uso pratico.<sup>17,18</sup>

### Obiettivo

L'obiettivo dello studio è indagare le modalità di passaggio di consegne tra l'equipaggio dell'ambulanza 118 e infermieri di Pronto Soccorso per confrontare il metodo utilizzato dal personale infermieristico con il metodo SBAR, verificare la completezza delle informazioni, analizzare l'ordine di progressione e il tem-

po impiegato per l'esposizione dei dati, analizzare i punti critici e appurare se gli infermieri in possesso di una formazione avanzata (master o laurea magistrale) conducono un passaggio consegne più esaustivo, pertinente ed ordinato.

### Materiali e metodi

Lo studio è stato di tipo osservazionale-descrittivo, condotto attraverso osservazioni dirette effettuate all'interno del Pronto Soccorso dell'Ospedale "Ca' Foncello" di Treviso nell'area Triage; la rilevazione è stata effettuata durante il mese di luglio 2013 comprendendo tutti i turni infermieristici della giornata. È stato scelto un campione opportunistico di 20 infermieri del Servizio 118 presenti durante la rilevazione, su un totale di 27 professionisti. Tutti hanno accettato di essere osservati per tutta la durata dello studio. L'esclusione di 7 professionisti è dovuta ad assenza nel periodo di osservazione o in quanto effettuavano solo atti-

vià fissa in Centrale Operativa 118. L'anzianità di servizio variava da un minimo di 2 anni ad un massimo di 25, ma l'esperienza media nell'Emergenza Territoriale è di circa 8/10 anni. Nel campione osservato, solo un infermiere ha una formazione avanzata (laurea magistrale e 2 master non specifici dell'area critica). Sono stati esclusi dalla ricerca solo gli interventi affidati a personale soccorritore non professionista (volontari).

Sono stati osservati 121 passaggi di consegne infermieristiche, nello specifico 94 casi clinici di MALORE e 27 casi clinici di TRAUMA; si è pianificato di osservare almeno 5 consegne per singolo infermiere, indipendentemente dalla gravità e dall'urgenza del caso clinico. Sono stati registrati 7 codici Rossi, 55 codici Gialli e 59 codici Verdi.

Lo studio è autorizzato dalla Direzione Sanitaria e dai singoli Responsabili del Pronto Soccorso e del Servizio Emergenza e Urgenza 118. La raccolta dati è stata effettuata da un unico osservatore e l'analisi dei dati è stata realizzata attraverso la statistica descrittiva applicando il programma Microsoft Excel®.

Per la raccolta dati, sono state predisposte due griglie di osservazione, distinguendo i pazienti colpiti da malore o affetti da patologie mediche e i pazienti chirurgici, con traumi o che hanno subito incidenti, intossicazioni e aggressioni. Sono state modificate appositamente per la ricerca, rendendole specifiche negli item e adattandole all'Emergenza Territoriale-Pronto Soccorso. In corrispondenza di ogni campo del metodo (Situation, Background, Assessment, Recommendation) l'osservatore ha re-

**Tabella 2** – Griglia MALORE

Ora inizio:		Ora fine:		T.Totale:	
		Sì	No	Priorità	Infermiere
<b>S</b>	ID Paziente				
	Motivo chiamata				
<b>B</b>	Anamnesi remota				
	Patologie				
	Terapia domiciliare				
	Allergie				
<b>A</b>	Parametri vitali				
	Segni e sintomi				
	Farmaci somministrati				
	Presidi utilizzati				
<b>R</b>	Familiari avvisati				
	Testimonianze				
	Documentazione				
	Note/altro				

gistrato la comunicazione, la priorità, la progressione delle informazioni, il tempo impiegato (**Tabella 1 e 2**).

**Risultati**

Le osservazioni sono state realizzate senza interferire nel lavoro dei professionisti, nell’assoluta privacy e mantenendo l’anonimato delle informazioni. La ricerca non ha influito nei tempi di trattamento e cura dei pazienti.

Il primo fattore esaminato era il tempo medio impiegato dagli infermieri del 118 per comunicare tutte le informazioni riguardanti il paziente al personale infermieristico del Pronto Soccorso. Il fattore tempo infatti rappresenta una risorsa che deve essere gestita con efficacia ed efficienza, soprattutto in ambito dell’emergenza dove il paziente può presentare condizioni cliniche instabili. Nei casi di TRAUMA il tempo medio impiegato è stato di 3.3 minuti, mentre nel MALORE il tempo medio è 2.8 minuti, comprensivi anche dei dati identificativi.

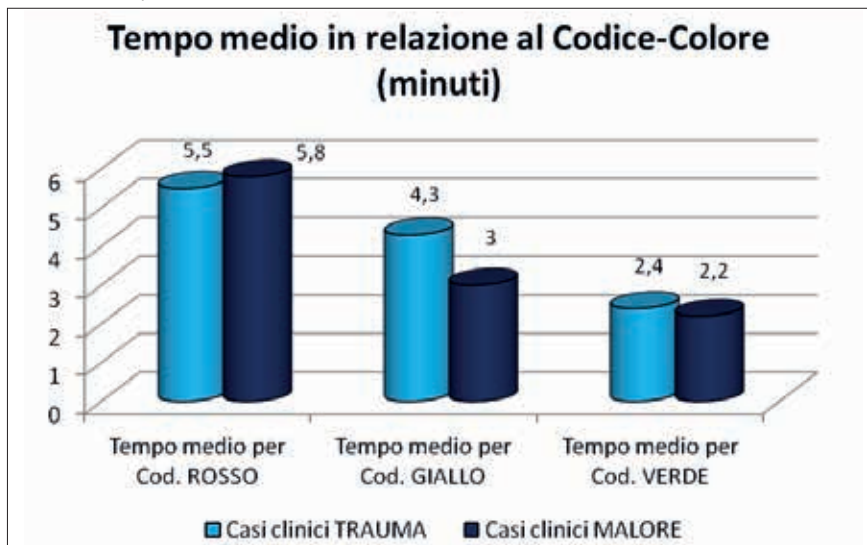
Sono poi stati messi in correlazione il tempo impiegato e il codice gravità assegnato al Triage del Pronto Soccorso, nell’ipotesi che il passaggio di consegne dei pazienti con condizioni cliniche abbastanza o fortemente instabili possa richiedere un tempo maggiore rispetto a coloro con codici di urgenza minore (**Grafico 1**).

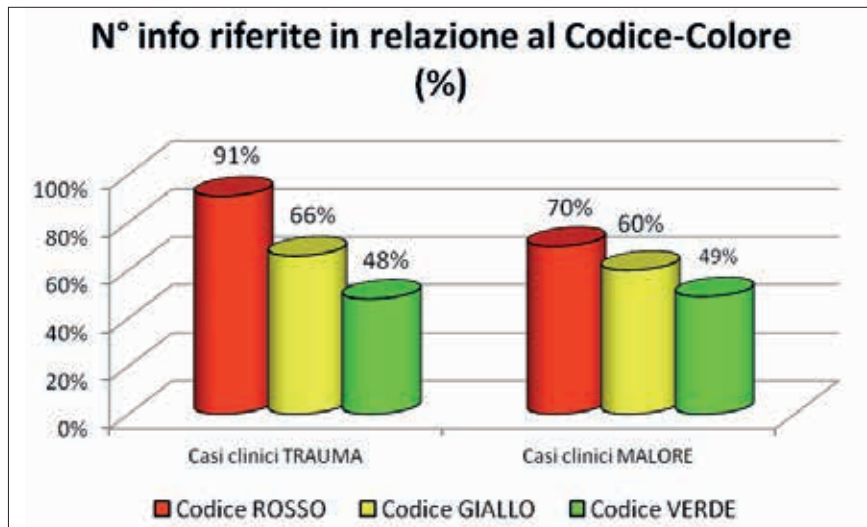
Infatti, nei casi clinici di MALORE, nei pazienti con un codice Rosso e Giallo, si può rilevare un tempo superiore alla media (2.8 minuti) e superiore anche al tempo impiegato per i codici Verdi (2.2 minuti). Anche nei casi di pazienti traumatizzati con codice Rosso o Giallo, si può evidenziare un tempo medio superiore rispetto ai codici Verdi (2.4 minuti).

Un altro aspetto considerato è il numero di informazioni che viene comunicato; si considera il 100% quando l’infermiere riporta tutti i dati richiesti dal metodo SBAR (**Grafico 2**).

Mentre nel codice Rosso per TRAUMA le informazioni riportate corrispondono al 91% a quelle richieste dal metodo SBAR, nei casi di MALORE la corrispondenza è del 70%; la corrispondenza decresce nei codici Gialli (i traumi sono il 66%, i malori il 60%), ed ancor di più nei codici Verdi (rispettivamente 48% e 49%) in cui vengono forniti la metà dei dati prestabiliti.

**Grafico 1** – Tempo medio e Codice-colore



**Grafico 2** – Informazioni con sequenza SBAR correlate a caso clinico/codice colore


È stato osservato inoltre un'inversione dell'ordine delle informazioni, nei dati relativi all'*Assessment* e al *Background*, corrispondente al 7% nei TRAUMI (2 su 27) e al 31% nei MALORI (29 casi su 94). Il dato più significativo è la casualità nell'ordine di comunicazione pari al 30% per i TRAUMI e al 23% per i MALORI; in aggiunta nel 66% dei casi di TRAUMA e nel 17% dei MALORI l'infermiere ha bypassato completamente le informazioni del *Background* (**Grafico 3**).

Si è poi ricercata una relazione tra completezza di informazione e anzianità di servizio, intesa come esperienza operativa in Emergenza Territoriale. Gli infermieri con 2-5 anni di anzianità di servizio, quindi meno "esperti", riportano i dati del paziente secondo la tecnica SBAR nel 50%. Lo stesso risultato (50%) si ha prendendo in considerazione il personale infermieristico con 18-20 anni di esperienza. La maggioranza degli infermieri osservati, che ha 8/10 anni di servizio, fornisce quasi la completezza delle informa-

zioni. Questi dati sono stati poi incrociati anche con il livello di formazione avanzata. Del campione di infermieri osservato, solo un infermiere completa le consegne con circa il 70% delle informazioni con metodo SBAR ed è in possesso di una formazione avanzata (master e laurea magistrale in corso). Data l'unicità della si-

tuazione non è possibile avanzare alcuna correlazione (**Grafico 4**).

### Discussione

Non è stato possibile confrontare i risultati derivati da questa ricerca con studi analoghi presenti in letteratura specificamente condotti nell'area dell'emergenza sanitaria.

Considerando che il fattore tempo è un elemento discriminante nell'emergenza, la prima riflessione è sul tempo medio impiegato per comunicare le informazioni sulla condizione del paziente e modalità di intervento, ma anche sull'anamnesi della persona. Quasi tutti i casi clinici di TRAUMA sono episodi a sé stanti, confinati in quell'evento e spesso non ricollegabili all'anamnesi remota del paziente, mentre i casi clinici di MALORE sono molto spesso legati al passato e alle patologie del paziente. Per questo motivo, nel secondo caso la consegna infermieristica alla presa in carico da parte del PS

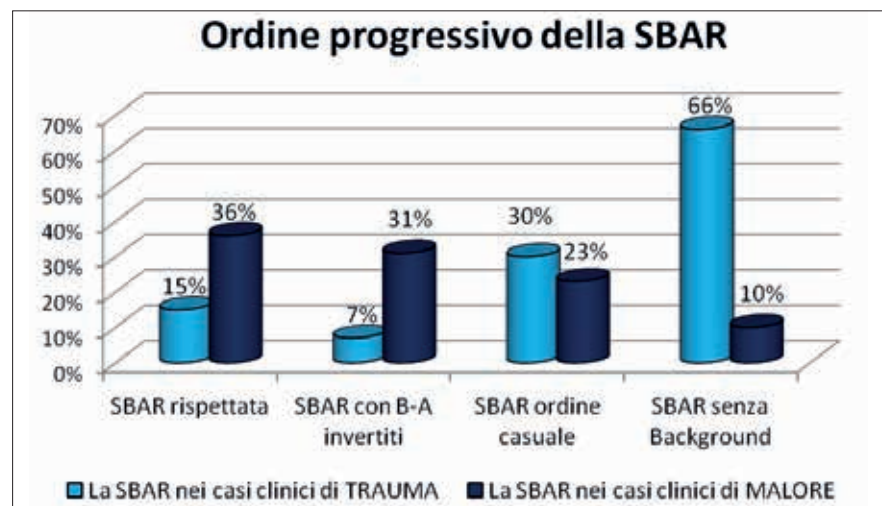
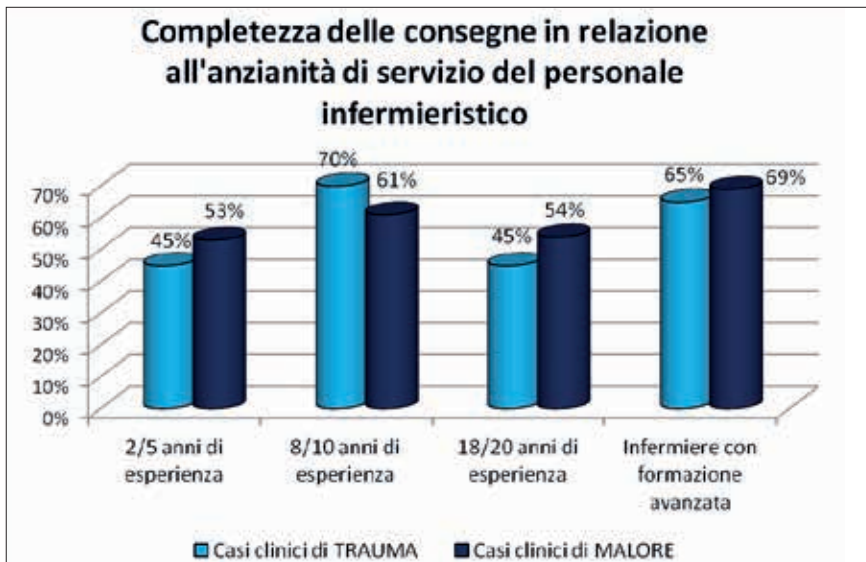
**Grafico 3** – Ordine progressivo di esposizione secondo SBAR


Grafico 4 – Completezza delle consegne e anzianità di servizio



dovrebbe risultare più articolata e richiedere un tempo maggiore. Ma la rilevazione non ha dimostrato questa ipotesi. Il tempo maggiore impiegato nel passaggio di consegne per i casi TRAUMA può essere giustificato da:

1. Vi sono tutte le informazioni relative alla dinamica dell'evento traumatico che a volte può essere complesso;
2. Il coinvolgimento di più soccorritori o persone, quali le forze dell'ordine, vigili del fuoco, testimoni, comportano il passaggio di informazioni non sanitarie, ma utili per la presa in carico assistenziale.

La seconda osservazione è sulla correlazione tempo/codice-colore assegnato al Triage del Pronto Soccorso. I dati riscontrati evidenziano la netta differenza, aumentativa, di tempo impiegato per il passaggio di consegne di un codice Rosso o Giallo *versus* un codice Verde; è rilevabile la stessa differenza sia per i casi clinici di TRAUMA che per i casi clinici di

MALORE. Alla luce di questo dato è possibile avanzare considerazioni, che però risentono del numero limitato (solo 7) di pazienti in codice Rosso:

1. I codici Rossi sono definiti tali in quanto richiedono un intervento con assoluta urgenza e priorità rispetto a tutti gli altri, mentre i codici inferiori sono meno critici e di conseguenza richiedono un trattamento differibile. Si potrebbe quindi dedurre che per i codici Rossi il passaggio di consegne sia breve temporalmente per velocizzare la presa in carico e il trattamento.
2. I codici Rossi presentano condizioni cliniche fortemente critiche, spesso incoscienti o con coscienza alterata e quindi poco o per nulla attendibili, per cui non permettono di raccogliere informazioni riguardanti il Background, in particolare l'anamnesi remota, le patologie, la terapia domiciliare e le allergie. D'altro canto, le persone con codice Verde, essendo molto più sta-

bili e collaboranti permettono di indagare meglio e avere le informazioni necessarie a completare la raccolta dati e tutto questo richiederebbe un tempo maggiore di trasmissione di consegne al collega.

Ma i dati rilevati dichiarano esattamente l'opposto. Una possibile interpretazione potrebbe essere che il paziente critico subisce un trattamento invasivo clinico e farmacologico articolato, che viene riferito anche oralmente oltre che documentato nel referto. La ricerca dimostra che il numero di informazioni per un codice Rosso risulta nettamente superiore rispetto ad un codice Verde, ma l'ordine di esposizione è rispettato completamente, riportando in sequenza "Situation", "Background", "Assessment" e "Recommendation".

L'osservazione dell'ordine progressivo di trasmissione dei dati durante il passaggio di consegne, ha dimostrato come sia bassa la percentuale dei soccorritori che rispettano un ordine progressivo, lineare e preciso; nel 30% dei casi l'ordine è completamente casuale e il Background della persona assistita viene completamente dimenticato. Nel 31% dei casi di MALORE vengano invertiti i dati Background con Assessment, ma l'inversione comunque non compromette la risposta assistenziale (osservazione diretta empirica).

È interessante notare come il personale con maggiore esperienza nel soccorso e quello con minore esperienza, forniscano percentualmente la stessa quantità di dati ma adottano la sequenzialità SBAR solo nel 50%. Gli infermieri con 8-10 anni di anzianità di servizio, in-

vece, dimostrano una maggiore completezza nella comunicazione, pur non arrivando al 100% dei dati secondo sequenza SBAR. Questa osservazione non permette di trarre conclusioni o indicazioni generalizzate, ma solo di fare una riflessione molto contestualizzata su quale tipologia di personale orientare verso una formazione specifica o supportare nell'aderenza applicativa.

Un aspetto, non considerato nelle variabili ma che può indirettamente influenzare il passaggio di consegna, è il luogo fisico in cui viene fatto il Triage che può compromettere la comunicazione per motivi di riservatezza. Sia gli infermieri del 118 che il personale del Pronto Soccorso (medici compresi), ritiene che la postazione Triage sia poco adatta, in quanto è insediato al centro della sala d'attesa. Tutti concordano sull'utilità di un intervento di miglioramento affinché si possa predisporre uno spazio più consono e isolato, dove poter mantenere la privacy del paziente. Queste indicazioni sono pervenute liberamente a ricerca conclusa.

### Conclusione

Il limite principale di questo studio è la non generalizzabilità dei risultati per il numero contenuto di osservazioni, particolarmente nel caso di codici Rossi, e resta legato alla realtà osservata.

Ha comunque permesso di analizzare un aspetto che può rendere la comunicazione sanitaria più efficace ed efficiente soprattutto in un'area d'urgenza in cui è necessario essere precisi, concisi ma anche rapidi. L'adesione e l'utilizzo del metodo SBAR potrebbe portare l'equi-

puè ad uno standard condiviso interprofessionale che, come ricorda la letteratura, consente di ridurre gli errori e migliorare la sicurezza del paziente.

La metodologia SBAR è valida non solo per le consegne verbali ma anche per quelle scritte. Anche il suggerimento di utilizzare un promemoria durante l'esposizione, per seguire la sequenza e acquisire con il tempo la tecnica, è un valido aiuto per favorire un positivo metodo mentale di comunicazione. Un miglioramento, facilmente applicabile, potrebbe essere la riformulazione anche del referto dell'intervento di soccorso, con la metodologia SBAR.

Anche ipotizzare un momento formativo sull'utilizzo di questa tecnica al gruppo professionale medico-infermieristico di tutto il Dipartimento di Emergenza, sarebbe utile alla diffusione del metodo.

La standardizzazione della modalità di comunicazione diventa quindi un valido intervento migliorativo e di controllo nel risk management, soprattutto quando le condizioni cliniche impongono a tutta la squadra sanitaria di agire con la massima efficienza anche nel passaggio di informazioni.

### Ringraziamenti

Gli autori desiderano esprimere un sincero ringraziamento ai colleghi del servizio Treviso Emergenza e Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile "Ca' Foncello" di Treviso per aver collaborato all'indagine.

### Bibliografia

1. Australian Medical Association. AMA Clinical Handover Guide – Safe Handover: Safe Patients. 2006.

2. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. OSSIE Guide to Clinical Handover Improvement. Sydney. 2010 April; <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/ossie.pdf>. Ultimo accesso 15 giugno 2013.
3. NHS. United Kingdom National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety in general practice. National Reporting and Learning Service. 2009 1 June.
4. POLETTI P. *Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza*. CARE. 2012; Vol 4.
5. Federazione IPASVI. *Il Codice Deontologico dell'infermiere*. 2009.
6. WHO. *Alliance for Patient Safety. Communication during patient handovers*. 2007.
7. WHO. *Collaborating Centre for Patient Safety Solutions*. The Joint Commission. Communication during patient handover. Vol 1, Solution 3; May 2007.
8. BOLOGNA E, BUFFON ML. *La sicurezza della persona assistita: i modelli internazionali*. [http://www.ipasvitreviso.it/Noi\\_e\\_dicembre2010.pdf](http://www.ipasvitreviso.it/Noi_e_dicembre2010.pdf) Ultimo accesso 15 giugno 2013
9. LANDRO L. *Hospitals combat errors at the 'hand-off'*. Wall Street Journal (Eastern edition). June 28, 2006.
10. O'DANIEL M., ROSENSTEIN A.H. *Professional Communication and Team Collaboration: Patient Safety and Quality*, an Evidence-Based Handbook for Nurses. AHRQ – Agency for Healthcare Research and Quality. March 2008.
11. LEONARD M. *Effective Teamwork & Communication: the Path to safe & Reliable Care*. MD New Mexico Hospital Association. 2007; <http://www.nmhanet.org/work-force/just-culture/Leonard.pdf>. Ultimo accesso 1 giugno 2013.
12. Institute for Healthcare Improvement. SBAR Technique for Communication: A Situational Briefing Model. 2011.
13. CLARK E, SQUIRE S, HEYME A. *The PACT Project: improving communication at handover*. Med J Aust. 2009; 190:125-27.
14. VELJI K, BAKER GR, FANCOTT C, ANDREOLI A, BOARO N, TARDIF G, AIMONE E, SINCLAIR L. *Effectiveness of an adapted SBAR commu-*

- nication tool for a rehabilitation setting. Healthcare Quart – Patient Safety Papers (Special Edition). Sept 2008:72-9.*
15. HAIG KM, SUTTON RS, WHITTINGTON J. *SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2006; 32:167-75.
  16. THOMAS CM, BERTRAM E, JOHNSON D. *The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills.* Nurse Educ. 2009 Jul-Aug; 34 (4):176-80.
  17. TRENTAM B, ANDREOLI A, BOARO N, VELJI K, FANCOFF C. *SBAR: a shared structure for effective team communication – An implementation toolkit 2nd Edition.* The Toronto Rehabilitation Institute and the Canadian Patient Safety Institute 2010. [http://www.torontorehab.com/TorontoRehab-Corporate/media/Toronto-Rehab-Corporate/2nd-edition-of-SBAR-Toolkit\\_May-2010-\(2\).pdf](http://www.torontorehab.com/TorontoRehab-Corporate/media/Toronto-Rehab-Corporate/2nd-edition-of-SBAR-Toolkit_May-2010-(2).pdf) Ultimo accesso 15 giugno 2013.
  18. Arizona Hospital and Healthcare Association. *SBAR Communication Standardization in Arizona. Implementation Tool Kit.* 2007. [http://www.azhha.org/patient\\_safety/documents/SBARtoolkit\\_001.pdf](http://www.azhha.org/patient_safety/documents/SBARtoolkit_001.pdf) Ultimo accesso 15 giugno 2013.