

Migliorare la continuità assistenziale attraverso l'uso di una checklist per il passaggio di consegne tra infermieri con metodo SBAR in Terapia Intensiva. Uno studio osservazionale monocentrico

Luciano Cellura,¹ Stefano Gabriele Scaglia,² Sara Longo,¹ Raffaella Arioli,³ Beatrice Pastore,⁴ Alessia Bertolino,⁴ Giorgia Meda,¹ Anna Maria Grugnetti,⁵ Giuseppina Grugnetti⁶

¹Infermiere di Rianimazione Generale 1, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV);

²Coordinatore Infermieristico S.C. Onco-Ematologia Pediatrica, Dipartimento della Donna e Materno-Infantile, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV); ³Coordinatrice Infermieristica S.C. Rianimazione Generale 1, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV); ⁴Infermiera S.C. Rianimazione Neuro-Trauma, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV); ⁵Infermiera Esperta in Ricerca, S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV); ⁶Direttore S.C. Direzione delle Professioni Sanitarie, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV), Italia

RIASSUNTO

Introduzione: l'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove il metodo SBAR (Situation Background Assessment Recommendation) come standard per il passaggio di consegna tra professionisti sanitari. Tuttavia, in Terapia Intensiva non esiste una checklist universalmente condivisa per guidare le consegne infermieristiche. Questo studio si propone di implementare una checklist basata sul metodo SBAR e di valutarne l'aderenza da parte del campione, oltre a misurare l'efficacia di un percorso formativo dedicato.

Materiali e Metodi: studio osservazionale monocentrico articolato in quattro fasi, con un campione composto da 28 infermieri di Terapia Intensiva.

Risultati: la checklist ha registrato un'aderenza compilativa del 68% (n=407). Il percorso di formazione ha mostrato un incremento significativo nelle conoscenze degli infermieri (media pre-training: 6,2; media post-training: 8,5; p=0,02).

Discussione: l'adozione della checklist supportata da un corso di formazione ad hoc, ha permesso un passaggio di consegne più standardizzato, guidando gli infermieri nel passaggio di informazioni sostanziali sul paziente di Terapia Intensiva, migliorando la completezza delle informazioni stesse e riducendo il rischio di errori.

Conclusione: la checklist implementata si conferma uno strumento promettente per la continuità assistenziale e la sicurezza in Terapia Intensiva, evidenziando il valore della formazione per la sua efficace implementazione.

Key words: consegna infermieristica; passaggio di informazione sul paziente; metodo SBAR; unità di terapia intensiva; studio osservazionale.

Correspondente: Luciano Cellura, Infermiere S.C. Rianimazione Generale 1, Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo, Pavia (PV), Italia.viale C. Golgi n. 4, Pavia (PV), Italia.

E-mail: l.cellura@smatteo.pv.it

Introduzione

Il passaggio di informazioni tra operatori sanitari rappresenta un punto fondamentale nel processo assistenziale. Esso è imprescindibile per la sicurezza del paziente, infatti i difetti di comunicazione sono causa di circa due terzi degli eventi sentinella in sanità¹ e Joint Commission International ha identificato i fallimenti comunicativi come una delle principali cause di eventi avversi nel contesto salute.²

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato che la trasmissione delle informazioni relative al paziente da una figura sanitaria ad un'altra o tra strutture sanitarie assicura la continuità e la sicurezza delle cure.³

Il passaggio di consegne, o *handover*, si riferisce al trasferimento della responsabilità professionale e dell'assistenza per un paziente, o gruppi di pazienti, a un'altra persona o gruppo professionale su base temporanea o permanente.⁴ È un momento dedicato al passaggio di informazioni aggiornate sul paziente, in cui i professionisti sanitari ad ogni cambio turno si comunicano quanto accaduto e per pianificare l'assistenza.⁵

La corretta informazione e la continuità assistenziale sono un aspetto fondamentale in tutti i contesti, in particolare in Terapia Intensiva (TI) dove il paziente è fragile, instabile e ad alta complessità assistenziale.

Spesso gli infermieri non utilizzano una metodica standard per trasmettere le informazioni cliniche ed assistenziali, ricorrendo a metodi "personalizzati" dipendenti dal contesto,⁶ impiegando consegne "narrative" non organizzate, che generano un eccesso di informazioni e compromettono la capacità di memorizzazione da parte di chi ascolta, oltre a procurare distrazione e dispersione di dati clinici utili per una corretta pianificazione assistenziale.⁷

Usufruire di un format standardizzato è utile per trasmettere una consegna strutturata capace di fornire le informazioni necessarie senza dispersione di dati⁸ con conseguente miglioramento della possibilità di pianificazione e quindi di qualità e sicurezza dell'assistenza.

L'importanza di strumenti standardizzati e strutturati per il passaggio di consegne è stata sostenuta a livello internazionale nel piano d'azione dell'OMS per la sicurezza dei pazienti. Tra quelli presenti in letteratura, già dal 2007 viene suggerito l'utilizzo del metodo SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).⁹

Lo SBAR 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,¹⁰ pertanto si adatta a qualsiasi ambito sanitario e può essere utilizzato: per la trasmissione di informazioni sia orali sia scritte, per un'ammissione in reparto, per un trasferimento o per una dimissione. Lo SBAR è adatto per le consegne tra medico-infermiere, tra medico-medico, tra infermiere-infermiere.¹¹

La mancanza di una checklist basata su metodi scientificamente validati per guidare la consegna tra infermieri in TI aumenta i rischi di informazioni incomplete, confuse e spesso superflue.^{12,13}

Obiettivi

L'obiettivo principale di questo studio è di implementare una checklist per il passaggio di consegne infermieristiche secondo il metodo SBAR, adattata alle specifiche esigenze assistenziali della nostra TI, andando poi a valutare l'aderenza alla compilazione tra i turni infermieristici. Gli obiettivi secondari sono quelli di esaminare la percezione degli infermieri in merito a chiarezza, precisione e sicurezza delle informazioni trasmesse e ricevute tramite la stessa checklist e analizzare l'efficacia di un percorso formativo

mirato facilitare applicazione del metodo SBAR nel nostro contesto (Tabella 1).

Materiali e Metodi

Studio monocentrico osservazionale a quattro fasi, effettuato tra gennaio e dicembre 2023.

FASE I: nel periodo gennaio-febbraio 2023, sono state indagate le abitudini e la percezione personale sulla consegna di tutto il team infermieristico della TI mediante un questionario creato *ad hoc* per questo progetto di ricerca chiamato dagli autori "Native Handover Survey" e sottoposto successivamente all'opinione di un Esperto Accademico: Prof.ssa Anna Maria Grugnetti (AMG).

FASE II: nei mesi di aprile-maggio 2023 è stato individuato un campione di convenienza di 28 infermieri impiegati nella sezione di Rianimazione Neuro-Trauma, tutto il campione ha partecipato a 3 incontri di formazione.

Il primo incontro ha coinvolto tutto il campione e si è basato su una lezione frontale, il cui scopo è stato quello di formare il gruppo rispetto all'uso del metodo SBAR per la trasmissione delle informazioni del paziente durante le consegne tra professionisti. Al termine della lezione è avvenuto un brainstorming di 45 minuti con i partecipanti che mirava a far emergere le informazioni ritenute fondamentali per il gruppo, al fine di poterle trasmettere e poter pianificare l'assistenza nel nostro contesto.

Nel secondo incontro, utilizzando il role playing, è stato dimostrato come utilizzare il metodo SBAR per il passaggio di consegne di diversi casi clinici. Sono stati proposti ulteriori scenari per permettere ai partecipanti di esercitarsi. Nell'ultimo incontro sono state riviste e contestualizzate le informazioni ritenute fondamentali e irrinunciabili per la consegna infermieristica in TI.

FASE III: è stata costruita una checklist in formato elettronico seguendo il metodo SBAR denominata "HANDOVER ICU-SBAR", condensando le informazioni elaborate durante la **FASE II**. L'HANDOVER ICU-SBAR, è stata inizialmente testata dal gruppo infermieristico che ha aderito allo studio, al fine di far emergere eventuali mancanze o limiti dello strumento prima del effettivo periodo di osservazione. La checklist è stata poi utilizzata per 30 giorni nel mese di giugno 2023 e compilata in formato digitale sempre dagli stessi 28 infermieri inclusi in questo progetto di ricerca, i quali hanno turnato durante il periodo di osservazione garantendo così una continuità di utilizzo.

Al termine di questo periodo è stata valutata l'aderenza, attraverso il conteggio delle compilazioni completate in ogni items

Tabella 1. Il metodo SBAR.

S	SITUAZIONE
	Identificazione del paziente, rapido inquadramento della situazione (motivo di ingresso, dinamica dell'evento, giornata di ricovero).
B	CONTESTO
	Rapida panoramica sull'anamnesi del paziente, le patologie di cui è affetto, la terapia che assume e le allergie.
A	VALUTAZIONE
	Approccio sistematico in ordine di priorità, Airway-Breathing-Circulation-Disability-Exposure/Environmental control
R	RACCOMANDAZIONI

Tutto ciò che è secondario, ma rilevante (consigli per il trattamento successivo, eventuali note da sottolineare).

della HANDOVER ICU-SBAR tra i turni infermieristici.

A seguire, è stato somministrato sempre allo stesso campione infermieristico, un questionario di gradimento in scala Likert a 5 punti (1 “per niente soddisfatto” a 5 “molto soddisfatto”) rispetto l’impiego dello strumento implementato in consegna. Il questionario è stato elaborato ad hoc dagli autori e anche questa volta sottoposto prima della somministrazione all’opinione di un Esperto Accademico (AMG).

FASE IV: tra maggio-luglio 2023 è stato valutato l’apprendimento dei partecipanti durante il training (*FASE II*) attraverso lo score “Multiple Choice Knowledge Test” (MCKT),¹⁴ un questionario a 10 item sul metodo SBAR, caratterizzato da una prima sezione di “comprensione dello scopo dello SBAR” (items 1-4) e una successiva di “conoscenze e applicazione delle parti specifiche dello SBAR” (items 5-10), confrontando i risultati delle risposte corrette tra pre/post training.

Analisi statistiche

Per la statistica descrittiva sono stati utilizzati indici di frequenza assoluta, frequenza percentuale e media aritmetica con deviazione standard, mentre per la parte di statistica inferenziale sono stati utilizzati test X^2 e T-test (per dati appaiati) a varianze diverse sulla media complessiva fissando una significatività statistica di 0,05. L’analisi è stata eseguita attraverso il programma Microsoft Excel 2010 ed il software JAVa Structural Program (JASP), versione 0.16.4 (intel).

Considerazioni etiche

Lo studio è stato approvato a livello locale dagli organi competenti, tutti i partecipanti erano in accordo e hanno espresso il loro consenso in forma scritta. Poiché lo studio non riguardava i pazienti, non è stata ritenuta necessaria la convocazione di un Comitato Etico, in conformità con la normativa locale. Lo studio è stato realizzato senza interferire nel lavoro dei professionisti, nell’assoluta privacy, mantenendo l’anonimato delle informazioni, senza influire nei tempi di trattamento e cura dei pazienti.

Risultati

Lo studio si è svolto nella Struttura Complessa (S.C.) di Anestesia e Rianimazione 1 della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. L’équipe infermieristica è composta da 85 infermieri, divisi per nucleo operativo che lavorano su turni da 12 ore, 24/7. Per il percorso di training, la creazione e l’implementazione della checklist è stato scelto un campione di convenienza di 28 infermieri turnisti, afferenti alla sezione di Rianimazione Neuro-Trauma di 10 posti letto (Tabella 2). Tutti i partecipanti hanno preso parte ad ogni fase di questo progetto di ricerca. Non ci sono stati abbandoni o nuovi ingressi all’interno del campione durante tutte le fasi di questo studio.

Il questionario Native Handover Survey è stato consegnato all’intera équipe infermieristica (n=85) ed hanno risposto in 63 (74%). Le informazioni registrate dal questionario sono riportate in Tabella 3.

La checklist HANDOVER ICU-SBAR, sviluppata durante la FASE III dello studio, è stata compilata in formato elettronico, includendo informazioni dettagliate sotto forma di items, essenziali per una corretta pianificazione assistenziale di ciascun paziente ricoverato nella nostra TI.

Nel corso del periodo di osservazione di 30 giorni, il campione (n=28) ha completato 407 checklist, pari al 68% delle 600 potenzialmente compilabili. Questo totale è stato calcolato considerando: i posti letto nella sezione Rianimazione Neuro-Trauma

(n=10), consegne per turno in un arco di 24 ore (n=2) e una durata di osservazione in giorni (n=30).

L’aderenza di compilazione complessiva allo strumento è stata del 68%. Questo riflette un buon grado di integrazione della checklist nella pratica clinica. Inoltre, la distribuzione tra i turni delle compilazioni è risultata bilanciata, con 199 checklist completate durante il giorno (49%) e 208 durante la notte (51%). L’analisi inferenziale effettuata con il X^2 non ha rilevato differenze statisticamente significative tra i due turni ($p=0,07$), suggerendo una coerenza nell’utilizzo dello strumento indipendentemente dall’orario di lavoro.

Per valutare la soddisfazione del campione (n=28) riguardo l’impiego della checklist ICU-HANDOVER SBAR è stato somministrato un questionario di gradimento costruito ad hoc. Del totale dei questionari distribuiti, ne sono stati compilati 27 (96%), come riportato in Tabella 4.

Dai risultati dell’analisi che ha valutato l’efficacia formativa del percorso di training, si evidenzia un netto miglioramento delle conoscenze del campione in studio. Lo score MCKT per metodo SBAR ha mostrato un incremento significativo nelle risposte corrette, con una media pre-training di $6,2 \pm 1,1$ rispetto alla media post-training di $8,5 \pm 0,8$. L’analisi inferenziale condotta tramite il t-test per dati appaiati ha confermato la significatività di questo miglioramento ($p=0,02$), sottolineando l’efficacia del training nel potenziare le conoscenze degli infermieri. Esaminando le singole sezioni dello score MCKT, la “comprensione dello scopo dello SBAR” (items 1-4): La media pre-training è stata di $7,2 \pm 0,9$, mentre quella post-training è salita a $8,5 \pm 0,7$, con una differenza non statisticamente significativa ($p=0,23$). Questo risultato suggerisce che i partecipanti possedevano già una buona comprensione generale del metodo SBAR prima del training. Mentre la sezione relativa alle conoscenze e applicazione delle parti specifiche dello SBAR (items 5-10): La media pre-training è stata di $5,5 \pm 1,2$, mentre la media post-training ha raggiunto $8,5 \pm 0,9$; con un incremento significativo ($p=0,05$). Questo dato indica un notevole miglioramento nelle conoscenze specifiche richieste per l’implementazione del metodo SBAR.

Discussione

Dai risultati presentati e in conformità con l’obiettivo primario di questo studio, si è evidenziata un’elevata aderenza di compilazione (68%) della checklist ICU-HANDOVER SBAR, con una particolare attenzione alle sezioni: Situation, Background e Assessment. Nello specifico emerge una maggiore compilazione per gli items di: vie aeree, respiro, emodinamica e stato neurologico. Questo risultato riflette chiaramente l’imprinting formativo

Tabella 2. Descrizione dei partecipanti.

Genere	% (n.)
Femmina	57 (16)
Formazione	% (n.)
Diploma universitario	4 (1)
Laurea triennale	61 (17)
Master di I livello	36 (10)
Anni di esperienza	% (n.)
0-5	68 (19)
6-10	18 (5)
11->20	15 (4)

degli infermieri di terapia intensiva,¹⁵ tradizionalmente basato sull'approccio sistematico dell'algoritmo ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Tale metodo, universalmente riconosciuto, struttura la gestione clinica delle emergenze, ponendo le condizioni vitali al centro della propria pianificazione assistenziale.¹⁶

L'utilizzo di una checklist basata su metodo SBAR per guidare la consegna infermieristica rappresenta un mezzo per trasmettere informazioni esaustive in maniera standardizzata e sistematica,^{17,18} come confermato dagli studi di Wang *et al.*¹² e di Bonds.¹⁹ Una checklist ben compilata consente agli infermieri di comprendere con maggiore chiarezza e completezza le condizioni cliniche del paziente guidando il passaggio di consegna, riducendo il rischio di omissioni o incomprensioni nelle cure. Questo, a sua volta, promuove un'assistenza organizzata e sicura,^{20,21} limitando l'insorgenza di eventi avversi²² e migliorando la continuità assistenziale.²³ La standardizzazione del processo di consegna su metodi scientificamente validati, infatti, non solo riduce la variabilità legata ai metodi individuali, ma agevola anche l'identificazione precoce di deterioramenti clinici, garantendo interventi tempestivi ed efficaci,¹⁶ che generalmente risultano essere aspetti cruciali in un contesto ad

alta complessità come la TI. In relazione all'obiettivo secondario, i dati ottenuti evidenziano un miglioramento significativo nelle conoscenze del campione circa l'utilizzo del metodo SBAR, come dimostrato dai punteggi delle medie in pre e post-training (6,2 e 8,5; $p=0,02$) dello score MCKT. L'elevato incremento delle risposte corrette, in particolare nella seconda sezione del test (items 5-10), sottolinea il ruolo cruciale della formazione mirata condotta da personale esperto, nel colmare le lacune teoriche e pratiche degli operatori sanitari ed evidenzia anche come la stessa, possa influire positivamente sulla capacità di applicare il metodo SBAR nella pratica clinica quotidiana come anche sottolineato dallo studio di Dalky *et al.*²⁴ e di Etemadifar *et al.*²⁵

Complessivamente l'implementazione della checklist HANDOVER ICU-SBAR si è rivelata un valido supporto per gli infermieri, facilitando il passaggio e la comprensione approfondita delle informazioni essenziali e favorendo integrazione di cure di elevata qualità.

I risultati di questo studio confermano l'importanza di integrare strumenti standardizzati nella pratica clinica dopo una formazione specifica e aprono nuove prospettive di ricerca come evidenziato dagli studi di Muller *et al.*²²

Tabella 3. Indagine Nativa sul Metodo di Consegne Infermieristiche.

Domanda	Item	% (n.)
Quanto reputi importante, per la continuità assistenziale e per la sicurezza dei pazienti, il passaggio di consegne orali?	Molto importante	76 (47)
	Importante	24 (15)
	Per nulla/poco importante	0 (0)
Quanto tempo viene dedicato al passaggio di consegne orali?	2 minuti	3 (2)
	5-10 minuti	42 (26)
	11-15 minuti	26 (16)
	>15 minuti	29 (18)
Sei soddisfatto della consegna che trasmetti ai tuoi colleghi?	Sempre	18 (11)
	Spesso	61 (38)
	Talvolta	21 (13)
	Mai	0 (0)
Ti capita di pensare di aver tralasciato qualche dato importante?	Sempre	2 (1)
	Spesso	19 (12)
	Talvolta	63 (40)
	Mai	16 (10)
Sei soddisfatto della consegna che ricevi dai colleghi?	Sempre	5 (3)
	Spesso	54 (34)
	Talvolta	37 (23)
	Mai	3 (2)
Credi che l'interruzione delle consegne possa avere qualche ripercussione sulla continuità delle cure e sulla sicurezza del paziente?	Sempre	13 (8)
	Spesso	33 (21)
	Talvolta	46 (29)
	Mai	8 (5)

Tabella 4. Questionario di gradimento.

	1. Per niente soddisfatto % (n)	2. Poco soddisfatto % (n)	3. Né soddisfatto né insoddisfatto % (n)	4. Soddisfatto % (n)	5. Molto soddisfatto % (n)	Missing % (n)
Chiarezza a consegna ricevuta	22 (6)	4 (1)	33 (9)	37 (10)	4 (1)	0 (0)
Chiarezza a consegna trasmessa	8 (2)	0 (0)	48 (13)	33 (9)	8 (2)	4 (1)
Precisione a consegna ricevuta	22 (6)	0 (0)	37 (10)	37 (10)	4 (1)	0 (0)
Precisione a consegna trasmessa	12 (3)	0 (0)	37 (10)	41 (11)	8 (2)	4 (1)
Completezza a consegna ricevuta	8 (2)	0 (0)	33 (9)	44 (12)	11 (3)	4 (1)
Completezza a consegna trasmessa	4 (1)	4 (1)	29 (8)	48 (13)	15 (4)	8 (2)
Sicurezza percepita a consegna ricevuta	11 (3)	0 (0)	37 (10)	33 (9)	15 (4)	4 (1)

Sarà utile, in futuro approfondire le strategie per incrementare l'aderenza a specifiche sezioni della checklist HANOVER ICU-SBAR e valutare l'effetto a lungo termine sull'identificazione di near-miss, la prevenzione di eventi avversi e più in generale, il miglioramento della sicurezza e degli esiti clinici dei pazienti.

Limiti dello studio

Questo studio presenta alcuni limiti che meritano di essere considerati. In primo luogo, la dimensione del campione è risultata contenuta, riducendo la possibilità di ottenere una significatività statistica robusta per alcune variabili analizzate e limitando la generalizzabilità dei risultati ad altri contesti assistenziali che non siano intensivi. Un ulteriore limite è rappresentato dalla brevità del periodo di osservazione che potrebbe aver circoscritto la possibilità di esplorare alcuni items e monitorare i cambiamenti o problemi che si verificano durante l'utilizzo della checklist HANOVER ICU-SBAR nel lungo termine. Infine, l'assenza di un'analisi su eventi avversi prima e dopo l'introduzione della checklist impedisce di valutare direttamente il contributo dello strumento nel migliorare la sicurezza assistenziale e prevenire eventi sentinella o near-miss.

Implicazioni per la pratica clinica

I risultati di questo studio offrono una base per adattare la checklist HANOVER ICU-SBAR ad altri contesti clinici intensivi, favorendo la standardizzazione delle consegne infermieristiche e la diffusione di best practice. L'adozione di questo strumento garantisce una trasmissione strutturata e completa delle informazioni critiche, riducendo il rischio di omissioni e promuovendo la continuità assistenziale, indipendentemente dall'esperienza o dallo stile comunicativo individuale.

Conclusioni

L'implementazione della checklist HANOVER ICU-SBAR, supportata da un programma formativo specifico, si è dimostrata una strategia promettente per standardizzare e ottimizzare il processo di consegna infermieristica nella nostra Terapia Intensiva. Questo strumento potrebbe contribuire a migliorare la qualità assistenziale delle cure erogate, promuovendo la sicurezza dei pazienti e riducendo il rischio di omissioni o errori legati al passaggio di informazioni incomplete o poco chiare durante la consegna infermieristica. L'approccio strutturato offerto dalla checklist ha permesso agli infermieri di consolidare la consapevolezza delle condizioni cliniche dei pazienti e una maggiore continuità delle cure tra un turno ed un altro. Inoltre, è importante sottolineare come l'adozione di pratiche standardizzate possa superare le limitazioni legate all'esperienza individuale, garantendo uniformità e chiarezza nella trasmissione delle informazioni cliniche.

Tuttavia, l'assenza di un confronto diretto tra gli eventi avversi registrati prima e dopo l'implementazione dello strumento rappresenta un limite importante di questo studio. Ricerche future dovranno approfondire l'efficacia della checklist nella prevenzione di eventi avversi e near-miss, oltre a esplorarne l'applicabilità in altri contesti clinici. Questo ampliamento permetterebbe di consolidare ulteriormente l'utilità di questo strumento.

Bibliografia

- Novak K, Fairchild R. Bedside Reporting and SBAR: Improving Patient Communication and Satisfaction. *J Ped*

- Nurs 2012;27:760-2.
- The Joint Commission. Improving patient and worker safety: opportunities for synergy, collaboration and innovation. The Joint Commission; 2012. Consultato 13 marzo 2024. Disponibile presso: <https://www.jointcommission.org/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/workplace-violence-prevention/updated-wsps-monograph-final-42020.pdf>.
- Abdellatif A, Bagian JP, Barajas ER, et al. Communication during patient hand-overs. *Joint Commission J Qual Patient Safety* 2007;33:439-42.
- Desmet M, Ulenaers D, Grosemans J, et al. Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *Int J Quality Health Care* 2021;33:mzaa170.
- Saiani L, Brugnoli A. Treatise on nursing care. II edition. Sorbonne; 2020.
- Loefgren Vretare L, Anderzén-Carlsson A. The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study. *Intensive Crit Care Nurs* 2020;58:102807.
- Mesaglio M, Vesca R, Rossi A, et al. Operational guide for the redesign of inter-shift handovers. *Nurs Care Res* 2019;38:212-20.
- Croos S. The practice of clinical handover: a respite perspective. *Br J Nurs* 2014;23:733-7.
- Meißner A, Hasselhorn H, Estryn-Behar M, et al. Nurses' perception of shift handovers in Europe – results from the European Nurses' Early Exit Study. *J Adv Nurs* 2007;57:535-42.
- Clark E, Squire S, Heyme A, et al. The PACT Project: improving communication at handover. *Med J Australia* 2009;190:125-7.
- Velji K, Baker G, Fancott C, et al. Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting. *Healthc Q* 2008;11:72-9.
- Wang L, Ma YJ, Chen XT, et al. The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation technique. *Front Public Health* 2022;10:1029573.
- Abbaszade A, Assaroudi A, Armat MR, et al. Evaluation of the impact of handoff based on the SBAR technique on quality of nursing care. *J Nursing Care Qual* 2021;36:E38-43.
- Murray M. Implementing SBAR training with acute care nurses. University of Kentucky; 2016. [Consultato 22 maggio 2024]. Disponibile presso: https://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1105&context=dnps_etds&httpsredir=1&referer
- Endacott R, Latour J, Scholes J, et al. International Nursing Advanced Competency-based Training for Intensive Care. European Society of Intensive Care Medicine; 2020. [Consultato 18 gennaio 2025] Disponibile presso: <https://coi-link.org/20.500.12592/ckp35>.
- Reime MH, Tangvik LS, Kinn-Mikalsen MA, Johnsgaard T. Intrahospital handovers before and after the implementation of ISBAR communication: a quality improvement study on ICU nurses' handovers to general medical ward nurses. *Nurs Rep* 2024;14:2072-83.
- Sten L-M, Ingelsson P, Bäckström I, Häggström M. Improving ICU transitional care by combining quality management and nursing science - two scientific fields meet in a systematic literature review. *Int J Qual Service Sci* 2020;12:385-403.
- Malekzadeh J, Mazluom SR, Etezadi T, Tasseri A. A standardized shift handover protocol: improving nurses' safe practice in intensive care units. *J Caring Sci* 2013;2:177-85.
- Bonds RL. SBAR tool implementation to advance communi-

- cation, teamwork, and the perception of patient safety culture. *Creat Nurs* 2018;24:116-23.
20. McGrath JK, Elertson KM, Morin T. Increasing patient safety in hemodialysis units by improving handoff communication. *Nephrol Nurs J* 2020;47:439-45.
21. Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. Impact of structured clinical handover protocol on communication and patient satisfaction. *J Patient Exp* 2021;3;8:2374373521997733.
22. Müller M, Jürgens J, Redaelli M, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e022202.
23. Ding Y, Wang G, Chen H, et al. Application effects of SBAR communication mode in ICU nursing physical restraint shift. *Altern Ther Health Med* 2022;28:112-7.
24. Dalky HF, Al-Jaradeen RS, AbuAlRub RF. Evaluation of the situation, background, assessment, and recommendation handover tool in improving communication and satisfaction among Jordanian nurses working in intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs* 2020;39:339-47.
25. Etemadifar S, Sedighi Z, Sedehi M, Masoudi R. The effect of situation, background, assessment, recommendation-based safety program on patient safety culture in intensive care unit nurses. *J Educ Health Promot* 2021;10:422.

Materiale supplementare online

Tabella 1. Checklist SBAR per Terapia Intensiva.

Contributi: LC, metodologia: sviluppo o progettazione di metodologia; creazione di modelli; scrittura - revisione e modifica: preparazione, creazione e presentazione del lavoro da pubblicare da parte del gruppo di ricerca originale, in particolare l'esame critico, il commento o la revisione - incluse le fasi di pre- o post proposta di pubblicazione. SGS, Cura dei dati: Attività di gestione per commentare (ossia produrre metadati), pulire i dati e mantenere i dati della ricerca (incluso il codice software, dove è necessario per l'interpretazione dei dati stessi), sia per l'utilizzo iniziale che per il successivo riutilizzo; Scrittura - progetto originale: Preparazione, creazione e presentazione del lavoro pubblicato, in particolare la stesura del progetto iniziale (inclusa la traduzione sostanziale); SL, analisi formale: applicazione di tecniche statistiche, matematiche, computazionali o altre tecniche formali per analizzare o sintetizzare i dati dello studio; RA, concettualizzazione: le idee, ovvero la formulazione o l'evoluzione degli obiettivi e scopi generali della ricerca, programmazione formale degli incontri di gruppo; BP, AB, indagine: condurre un processo di ricerca e indagine, eseguendo in modo specifico gli esperimenti o raccogliendo dati e prove; GM, visualizzazione: preparazione, creazione e presentazione del lavoro pubblicato, in particolare per quanto riguarda l'immagine o presentazione dei dati; AMG, GG, amministrazione del progetto: responsabilità di gestione e coordinamento per la pianificazione e l'esecuzione dell'attività di ricerca.

Approvazione etica e consenso alla partecipazione: lo studio è stato approvato a livello locale dagli organi competenti del nostro Ospedale (Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo di Pavia), tutti i partecipanti erano d'accordo e hanno espresso il loro consenso informato. Poiché lo studio non riguardava i pazienti, non è stata ritenuta necessaria la convocazione di un Comitato Etico, in conformità con la normativa nazionale.

Conflitto di interesse: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interesse.

Finanziamento: nessuno.

Disponibilità di dati e materiali: i dati e il materiale utilizzati in questo studio sono disponibili e possono essere condivisi su apposita richiesta all'autore referente.

Ringraziamenti: gli autori desiderano ringraziare tutti gli infermieri della Rianimazione Neuro-Trauma della Fondazione IRCCS Policlinico S. Matteo che hanno partecipato allo studio con interesse e entusiasmo. Inoltre, un ringraziamento particolare va alla Dottoressa Cristina Cavaliere per la collaborazione nella raccolta dei dati.

Ricevuto: 29 Novembre 2024. Accettato: 18 Marzo 2025.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2025; 42:615

doi:10.4081/scenario.2025.615

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.