



OBSERVATIONAL STUDY

An observational study of bedside handover: effects on the clarity and completeness of nursing handovers

Maria Rosa La Porta¹, Barbara Martelli¹, Ilenia Tenti¹¹ IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy

Findings:

This observational cross-sectional study compared nurses' perceptions of handover quality between bedside handover (BHO) and traditional handover methods in medical units (N=161). Findings showed that BHO was associated with a clearer and more focused information exchange. Nurses using BHO reported significantly fewer irrelevant or redundant information (item 11, $p<0.001$) and fewer concentration difficulties due to noise (item 12, $p<0.001$) compared with traditional handovers. BHO nurses also perceived information as more up to date, better organised, and easier to follow, although these differences did not always reach statistical significance. Importantly, BHO did not increase interruptions by patients or caregivers and was perceived as less time-consuming. Overall, the findings suggest that bedside handover improves perceived clarity, relevance, and efficiency of nursing handovers, supporting its role in enhancing communication quality and potentially patient safety, despite the subjective nature of the outcomes measured.

ABSTRACT

BACKGROUND: Nursing handovers represent a complex and high-risk activity essential to ensuring patient safety and continuity of care. The quality of care also depends on the accuracy and completeness of the information exchanged. The adoption of bedside handover (BHO), meaning shift handover at the patient's bedside, promotes greater precision in the transfer of information, reducing the risk of errors and improving the overall quality of nursing care.

OBJECTIVE: The objective is to explore nurses' perceptions of BHO, assessing whether this approach ensures greater clarity and completeness of information compared to traditional handover methods.

METHODS: An observational study was conducted in the medical units of the Ausl Romagna, Rimini area, comparing a group of nurses using BHO with those employing a traditional approach. Data were collected using an anonymous self-report questionnaire.

RESULTS: The data show significant differences: nurses using BHO report fewer interruptions and perceive the information received as more relevant and free of unnecessary details. Additionally, they report greater clarity, structure, and completeness in the handover process compared to traditional methods.

DISCUSSION: BHO proves to be effective in improving the quality of nursing communication. It reduces the risk of omissions, ensures clear and complete handovers, filters out superfluous information, and promotes better understanding of care plans. Overall, nurses positively evaluate BHO for its effectiveness in managing clinical information.

KEYWORDS: *Research Nurse, Clinical Trial Nurse, Study Nurse, Role, Cancer, Neoplasm, Trial*

Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it

Via Giuseppe Massarenti 9,

40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press

102

Submission received: 21/01/2024

End of Peer Review process: 30/05/2025

Accepted: 27/06/2025



STUDIO OSSERVAZIONALE

Studio osservazionale sul bedside handover: effetti sulla chiarezza e sulla completezza delle consegne infermieristiche

Maria Rosa La Porta¹, Barbara Martelli¹, Ilenia Tenti¹¹ IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Bologna, Italy

Riscontri:

Questo studio osservazionale cross-sectional ha confrontato la percezione degli infermieri sulla qualità delle consegne tra bedside handover (BHO) e modalità tradizionali in unità mediche (N=161). I risultati mostrano che il BHO è associato a una trasmissione delle informazioni più chiara e focalizzata. Gli infermieri che utilizzano il BHO riportano significativamente meno informazioni irrilevanti o ridondanti (item 11, $p<0,001$) e minori difficoltà di concentrazione dovute al rumore (item 12, $p<0,001$) rispetto alle consegne tradizionali. Inoltre, il BHO è stato percepito come in grado di fornire informazioni più aggiornate, meglio organizzate e più facili da seguire, sebbene tali differenze non siano sempre risultate statisticamente significative. Il BHO non ha determinato un aumento delle interruzioni da parte di pazienti o caregiver ed è stato percepito come meno dispendioso in termini di tempo. Nel complesso, i risultati suggeriscono che il bedside handover migliori la chiarezza, la pertinenza e l'efficienza percepite delle consegne infermieristiche, sostenendone il potenziale contributo alla qualità della comunicazione e alla sicurezza del paziente.

ABSTRACT

BACKGROUND: Il passaggio di consegne infermieristiche rappresenta un'attività complessa e ad alto rischio fondamentale per garantire sicurezza e continuità delle cure. La qualità dell'assistenza dipende anche dall'accuratezza e dalla completezza delle informazioni trasmesse. L'adozione del bedside handover (BHO), ovvero la consegna al letto del paziente, favorisce una maggiore precisione nel trasferimento delle informazioni, riducendo il rischio di errori e migliorando la qualità dell'assistenza infermieristica.

OBIETTIVO: L'obiettivo è esplorare la percezione degli infermieri riguardo al BHO, valutando se questa modalità possa garantire una maggiore chiarezza e completezza delle informazioni rispetto ai metodi tradizionali di passaggio di consegne.

METODI: È stato realizzato uno studio osservazionale presso le U.O. di area medica dell'Ausl Romagna, ambito di Rimini, confrontando un gruppo di infermieri che adotta il BHO con uno che utilizza un approccio tradizionale. I dati sono stati raccolti tramite un questionario anonimo self-report.

RISULTATI: I dati evidenziano differenze significative: gli infermieri che utilizzano il BHO riportano un numero inferiore di interruzioni e percepiscono le informazioni come più pertinenti e prive di dettagli superflui. Inoltre, gli infermieri che utilizzano il bedside handover percepiscono una maggiore chiarezza, sistematicità e completezza delle informazioni rispetto al metodo tradizionale di passaggio di consegne.

DISCUSSIONE: Il BHO si conferma efficace per migliorare la qualità della comunicazione infermieristica. Riduce il rischio di omissioni e assicura chiarezza e completezza nelle consegne, riducendo le informazioni superflue e promuovendo una maggiore comprensione del piano assistenziale. Complessivamente gli infermieri valutano positivamente il BHO per la sua efficacia nella gestione delle informazioni.

KEYWORDS: Infermiere Di Ricerca, Clinical Trial Nurse, Study Nurse, Ruolo, Cancro, Neoplasia, Trial

Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it

Via Giuseppe Massarenti 9,

40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press

103

Submission received: 21/01/2024

End of Peer Review process: 30/05/2025

Accepted: 27/06/2025



BACKGROUND

Le consegne infermieristiche rappresentano una componente chiave della pratica clinica e sono espressione concreta del ruolo cruciale svolto dagli infermieri nel garantire la continuità assistenziale: infatti, non solo assicurano l'assistenza diretta, ma rivestono anche un ruolo chiave nel coordinamento delle comunicazioni, comprese quelle interprofessionali, riguardanti i piani di cura del paziente.

In questo contesto, il *bedside handover*, ovvero il passaggio di consegne al letto del paziente, assume un'importanza particolare.

Il passaggio di consegne infermieristico è definito dall' Australian Medical Association come “*un trasferimento temporaneo o permanente della responsabilità professionale, per alcuni o tutti gli aspetti dell'assistenza riguardanti un paziente o un gruppo di pazienti, ad un altro individuo o gruppo professionale*” (1). Lo scopo principale del passaggio di consegne è di fornire informazioni accurate e aggiornate sulle cure, i trattamenti effettuati, i progetti di cura, le condizioni cliniche, le possibili complicanze e qualsiasi variazione prevista nei trattamenti in corso (2).

A livello internazionale, le organizzazioni sanitarie hanno sottolineato l'importanza di un passaggio di consegne clinico efficace per garantire il benessere dei pazienti. Una comunicazione inefficace durante il cambio di turno, infatti, può compromettere la sicurezza, aumentando il rischio di errori dovuti a informazioni incomplete o a una scarsa condivisione delle responsabilità (3–5). L'American Institute of Medicine, nel rapporto del 2001 denominato “*Crossing the Quality Chasm*”, identifica i passaggi di consegne come un'attività ad elevato rischio di errore e afferma che in un sistema è “sicuro” se le informazioni non vengono perse, trascurate o dimenticate durante le comunicazioni (6). Anche l'Organizzazione mondiale della sanità nel 2007 con il documento “*Communication during patient handovers*” ha messo in evidenza il processo di trasmissione delle informazioni relative al paziente tra professionisti, con lo scopo di assicurare la continuità e sicurezza delle cure (7). Questa posizione è confermata anche dalla Joint Commission

International (JCI), che evidenzia tra gli obiettivi internazionali per la sicurezza del paziente proprio il miglioramento dell'efficacia delle comunicazioni, soprattutto quelle collegate al passaggio delle consegne, ed afferma che il 70% degli eventi avversi è causato da problemi di comunicazione di cui il 50% può essere ricondotto a errori durante il passaggio di consegne (8–10).

Si può concludere che una corretta continuità della cura e sicurezza del paziente dipendono dall'accuratezza e dalla completezza delle informazioni trasferite (11). Un passaggio di consegna inefficace, scadente o disorganizzato, così come l'inefficienza dovuta a rielaborazioni e comunicazioni ridondanti, può comportare un prolungamento del ricovero ospedaliero, ritardi nel trattamento o nella diagnosi, eventi avversi, aumento dei costi, trattamenti inappropriati, riammissioni evitabili e *missed care* oltre che reclami da parte dell'utenza e perdita di fiducia nel sistema sanitario. Ciò genera esiti negativi in termini di spesa sanitaria, degenze ospedaliere più lunghe e disagio fisico e psicologico dei pazienti, dei professionisti e dei familiari (7,12–14). Ad esempio uno studio condotto nel 2008 ha misurato un tasso di re-ospedalizzazione del 54% di pazienti anziani per cui vi era stato un difetto di comunicazione tra i professionisti al momento della dimissione (15). Una modalità di passaggio di consegne efficace ed efficiente può, quindi, ridurre il numero di eventi avversi e inefficienze derivanti da errori di comunicazione e ridurre la quantità di tempo impiegato nei passaggi di consegne, liberando così tempo che può essere impiegato nell'assistenza diretta al paziente (4,13,16).

Il modello di passaggio di consegne al letto del paziente, *Bedside Handover* (BHO), è descritto come “*un passaggio di consegne verbale faccia a faccia, in cui gli infermieri possono utilizzare tecniche di comunicazione [...] che diano l'opportunità ai pazienti di essere coinvolti riguardo le loro condizioni*” (17). Il *bedside handover* rappresenta un momento programmabile, prevedibile e pratica per coinvolgere in modo significativo i pazienti nel loro percorso di cura. Il passaggio di consegne al letto del paziente è un processo relazionale interpersonale che offre agli infermieri la possibilità di concentrarsi sull'essenza del *nursing* attraverso l'interazione con il paziente, l'ascolto e l'impegno in un processo

Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it
Via Giuseppe Massarenti 9,
40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press



decisionale condiviso con i colleghi dell'equipe, i pazienti ed i caregivers (11).

Dalla letteratura è possibile evincere una riduzione degli eventi avversi a seguito dell'introduzione del *Bedside Handover*, identificando quindi un aumento della sicurezza del paziente con questa modalità di passaggio di consegna (18,19). Il grado di sicurezza del paziente migliora con il passaggio di consegne al letto perché ciò consente all'infermiere di dare "un volto al nome", assicurando così un'identificazione accurata del paziente e una corretta associazione con le informazioni ricevute, oltre che offrire l'opportunità di intraprendere un'osservazione clinica infermieristica precoce del paziente (2,4,20). Inoltre, i pazienti ascoltano ciò che gli infermieri dicono e possono intervenire durante i passaggi di consegne per correggere imprecisioni, porre domande o ottenere ulteriori informazioni (18). Si è evidenziato che con il passaggio di consegne al letto, i pazienti abbiano un aumento della responsabilità di partecipazione alla cura (21) poiché se essi assumono un ruolo attivo nel loro percorso di cura, questi sono in grado di ascoltare le informazioni condivise tra l'equipe infermieristica su di loro e sul proprio iter, e possono avvalersi della possibilità di chiarire o ricevere ulteriori informazioni, correggere le inesattezze, chiedere e rispondere alle domande (18,21).

Diversi studi disponibili in letteratura sono concordi sul fatto che spostare il trasferimento di consegne dalle sedi tradizionali (stanza infermieri, sala riunioni) al letto del paziente, aumenti il coinvolgimento del paziente e la sua partecipazione al proprio percorso di cura (18,21,22). Inoltre, il *Bedside Handover* rappresenta un'opportunità per i pazienti di trascorrere maggior tempo a contatto con gli infermieri, comprendere meglio il lavoro di squadra dell'equipe infermieristica e riconoscere le competenze professionali (23). Alcuni studi dimostrano una riduzione di chiamate da parte dei pazienti e minori interruzioni durante l'orario delle consegne al letto (24,25).

Percezione e soddisfazione degli infermieri nel processo di handover

Uno studio multicentrico condotto da Meißner et al. in dieci Paesi europei esplora le ragioni dell'insoddisfazione professionale legata al trasferimento delle informazioni, mostrando che in Italia il 53% degli infermieri si dichiara insoddisfatto del processo: le cause principali riguardano fattori organizzativi, come le frequenti interruzioni, la mancanza di tempo sufficiente e un'inadeguata trasmissione delle informazioni, più che aspetti relazionali (26). La letteratura conferma che gli infermieri attribuiscono grande importanza al momento del passaggio di consegne (27); essi desiderano una modalità strutturata per fornire report in grado di trasferire tutte le informazioni essenziali in modo tempestivo ed efficace. Ciò aumenta la soddisfazione infermieristica riguardo il passaggio di consegne (28), infatti, un processo comunicativo di consegna strutturato non solo aiuta nel fornire informazioni sul paziente, ma mantiene anche il professionista concentrato sul contenuto trasmesso (28). Un processo di comunicazione strutturato favorisce la concentrazione sul contenuto e migliora la qualità percepita delle informazioni, mentre la mancanza di linee guida e procedure definite rappresenta un elemento critico (27). Fattori come la possibilità di ricevere dati aggiornati e di porre domande incidono in modo significativo sulla percezione della qualità della consegna (29).

Lo studio di Pun afferma inoltre che la qualità percepita del passaggio di consegne risulta strettamente correlata alla comprensione del piano assistenziale e al livello di aggiornamento delle informazioni sul paziente (3). Le interruzioni e le distrazioni, al contrario, vengono identificate come possibili cause di perdita di dati clinici rilevanti e di aumento del rischio di eventi avversi (30).

Alcuni studi, come quello di Kerr, evidenzia che il bedside handover è percepito dagli infermieri come una modalità più sicura, che favorisce una visione globale del paziente, consente di chiarire dubbi e migliora la collaborazione all'interno dell'equipe (31). Laddove è stato introdotto in sostituzione del metodo tradizionale, il bedside handover ha contribuito ad





aumentare la sicurezza dei pazienti e la soddisfazione sia degli assistiti sia dei professionisti (32,33).

Scopo

Queste evidenze indicano **che la percezione degli infermieri sulle informazioni trasmesse rappresenta un elemento centrale per valutare l'efficacia del passaggio di consegne**. Sulla base di questo lo studio si propone di descrivere la percezione degli infermieri sulle informazioni trasmesse durante il passaggio di consegna con l'utilizzo del *bedside handover* attraverso la raccolta di *outcomes*, quali il grado di completezza e chiarezza delle informazioni percepito dagli infermieri coinvolti.

MATERIALI E METODI

A tal fine, tra i numerosi strumenti sviluppati a livello internazionale, è stato scelto di utilizzare una versione adattata in italiano del questionario "*The Nurses Handover Perceptions Questionnaire*" (34). Questo strumento valuta la percezione dei professionisti in termini di accuratezza, tempestività e correttezza delle informazioni ricevute durante il passaggio di consegne.

Disegno dello studio

Lo studio presenta un disegno di tipo osservazionale cross-sectional non interventistico monocentrico.

Lo studio è stato condotto nel periodo tra marzo e novembre 2024: la parte di raccolta dati è stata realizzata tra giugno e agosto 2024 mentre l'analisi dei dati, la loro elaborazione e successiva organizzazione si è svolta tra settembre e novembre 2024.

Il setting in cui sono stati raccolti i dati è rappresentato da una selezione di Unità Operative di area medica all'interno dei presidi ospedalieri dell'Ausl Romagna, ambito di Rimini, che hanno implementato, negli anni 2023 e 2024, il progetto di passaggio di consegne al letto del paziente (gruppo esposto):

- Medicina Interna I – Rimini
- Medicina Interna II - Gastroenterologia – Rimini
- Oncologia - Ematologia – Rimini
- Nefrologia – Rimini
- Ospedale di Comunità – Santarcangelo

Questo campione è stato posto a confronto con un campione di Unità Operative afferenti alla stessa area assistenziale che non hanno, invece, implementato la modalità *bedside* ma mantengono il passaggio di consegne con modalità "tradizionale" (gruppo di controllo):

- Geriatria – Rimini
- Medicina Interna – Riccione
- Medicina Interna – Novafeltria
- Medicina e Lungodegenza – Santarcangelo
- Post acuti – Rimini

Le Unità Operative sono state selezionate perché identificate come omogenee per tipo di attività, di paziente assistiti, di risorse impiegate e di procedure operative adottate.

Campione

È stato arruolato un campione di convenienza di infermieri che svolgono la propria attività lavorativa all'interno delle Unità Operative coinvolte come gruppo esposto ($n=100$) e come gruppo di controllo ($n=105$) che rispondono ai seguenti criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di Inclusione

- Infermieri destinati all'attività di assistenza diretta ai pazienti delle Unità Operative coinvolte
- Infermieri che hanno fornito il loro consenso informato alla partecipazione allo studio

Criteri di Esclusione

- Infermieri che non hanno completato il periodo di affiancamento iniziale di 30 giorni e non sono, quindi, autonomi nel passaggio di consegne
- Infermieri che non prestano assistenza diretta ai pazienti (incaricati di funzione organizzativa – coordinatori infermieristici, case manager)
- Infermieri che non hanno fornito il loro consenso informato alla partecipazione allo studio

L'arruolamento dei partecipanti ha previsto la raccolta del consenso informato per la partecipazione allo studio e per il trattamento dei dati personali e i dati sono stati raccolti in modalità anonima e analizzati in forma aggregata.





Raccolta dati

Al campione individuato è stato chiesto di compilare un *case report form* (CRF) strutturato in forma anonima e compilato in modalità self-report.

Il CRF, somministrato in forma cartacea, è suddiviso in 2 sezioni:

- La prima finalizzata a raccogliere i dati socio-demografici dell'intervistato (età, genere, titolo di studio, anni di esperienza lavorativa, anni di servizio presso l'Unità Operativa). Le variabili quantitative sono state categorizzate per garantire la privacy degli intervistati e impedire l'identificazione di eventuali outlier.
- La seconda sezione è formata da un questionario, identificato sulla base dei risultati emersi nella letteratura di riferimento (34), volto a raccogliere dati sulla percezione di chiarezza, puntualità e completezza delle informazioni ricevute durante il passaggio di consegna. Il questionario è costituito da 15 items che consistono in una serie di affermazioni sulla percezione d'insieme degli infermieri sul passaggio di consegne. Nello specifico queste affermazioni si concentrano sulle opinioni degli infermieri in merito alla presentazione, all'organizzazione, alla comprensione e alla trasmissione delle informazioni sui pazienti.

Il questionario prevedeva una scala likert a 4 punti (pienamente d'accordo, d'accordo, in disaccordo, fortemente in disaccordo). Dei 15 item proposti, 6 (item 4, 7, 10, 11, 12, 14) erano formulati in modo negativo per ridurre la probabilità di *bias* di acquiescenza. Il tempo stimato per la compilazione del questionario è stato di circa 5 minuti.

Il questionario "*The Nurses Handover Perceptions Questionnaire*" è stato utilizzato previa autorizzazione da parte degli autori e dopo un processo di adattamento linguistico volto a garantire la qualità della traduzione e l'equivalenza concettuale e semantica tra la versione originale e quella italiana, applicando il metodo "back-to-back". Inizialmente, è stato richiesto agli autori il permesso di utilizzare lo strumento in italiano. Una volta ottenuta l'autorizzazione, lo sperimentatore L.M., con una buona padronanza dell'inglese, ha eseguito una prima traduzione dall'inglese all'italiano. Successivamente, la

versione italiana è stata tradotta nuovamente in inglese da un traduttore esperto non a conoscenza della versione originale. Questa nuova versione inglese è stata poi inviata agli autori, chiedendo loro di confrontarla con l'originale. Al termine del processo, è stata confermata l'equivalenza semantica tra le due versioni. Dopo aver ottenuto l'equivalenza semantica, il questionario è stato somministrato a un gruppo di 15 infermieri appartenenti ad un'Unità Operativa dell'area medica di Rimini (gruppo test). A ciascun partecipante è stato chiesto di valutare la comprensibilità degli item utilizzando una scala likert a 4 punti (1 = non comprensibile; 4 = molto comprensibile). Al termine di questa fase, è stata confermata l'accettabilità dello strumento sia in termini di durata di compilazione che di comprensibilità degli item. Dato che lo strumento è risultato accettabile sotto questi aspetti, i questionari del gruppo test sono stati inclusi nell'analisi statistica dei dati.

La raccolta dati è stata condotta nell'arco di circa due mesi, dal 24 giugno al 31 agosto 2024. La durata del periodo è stata scelta per garantire una finestra temporale sufficiente a coinvolgere un numero adeguato di partecipanti e a permettere una raccolta accurata e rappresentativa delle informazioni necessarie.

I moduli CRF in formato cartaceo sono stati consegnati dagli sperimentatori agli Incaricati di funzione Organizzativa - Coordinatori infermieristici delle Unità Operative coinvolte, che si sono occupati di distribuire i questionari agli infermieri partecipanti, raccogliere i moduli compilati e conservarli fino al ritiro da parte degli sperimentatori.

I coordinatori, prima della fase di raccolta dati sono stati adeguatamente formati sulle modalità di rilevazione e di raccolta dati attraverso i moduli CRF e sulle finalità dello studio. Inoltre, hanno ricevuto istruzioni specifiche su come ottenere il consenso informato per il trattamento dei dati e la partecipazione allo studio, oltre che sulle procedure volte a garantire l'anonimato delle informazioni raccolte.

Durante la fase di raccolta dati gli sperimentatori hanno effettuato un'attività di monitoraggio e supervisione presso le Unità Operative verificando





l'avanzamento della compilazione dei CRF e rilevando eventuali problematiche organizzative che si fossero presentate.

Analisi dei dati

Per l'analisi dei dati sono stati considerati solo i CRF compilati nella loro interezza nella sezione inerente alle variabili socio-demografiche per permettere la corretta e completa definizione del campione statistico. Le risposte ottenute attraverso la scala likert sono state classificate negative se ≤ 2 e positive se ≥ 3 .

Per la raccolta e la registrazione dei dati è stato utilizzato il software Microsoft Office Excel® per la creazione di un database e successivamente sono stati sottoposti ad analisi attraverso il software STATA 19.0®. Tutte le variabili dello studio sono state sottoposte ad un controllo delle frequenze, al fine di identificare possibili errori, outlier o dati mancanti. Per l'analisi quantitativa dei dati sono state utilizzate statistiche descrittive e inferenziali. Sono state costruite tabelle a doppia entrata in cui si è messa in relazione la variabile di esposizione binaria con le singole variabili categoriche. Le variabili categoriali sono state espresse come numero assoluto e percentuali e analizzate attraverso il test del chi-quadrato di Pearson. La soglia di significatività è stata fissata al 5% ($p \leq 0.05$).

Considerazioni etiche

Per la realizzazione di questo studio, è stata richiesta ed ottenuta l'autorizzazione Direzione Infermieristica e Tecnica dell'Ausl Romagna – ambito di Rimini. Inoltre, è stato sottoposto il protocollo di studio al Comitato di Bioetica dell'Università degli Studi di Bologna ottenendone parere favorevole (Prot n. 0157653 del 06/06/24).

I dati sensibili raccolti relativi agli infermieri partecipanti è stata garantita la piena conformità alle normative vigenti in materia di privacy e protezione dei dati personali (ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - GDPR). I dati sono stati trattati in modo anonimo e riservato, adottando tutte le misure necessarie per proteggere l'identità e le informazioni personali dei partecipanti. Prima di avviare la raccolta

dati, è stato ottenuto il consenso informato scritto da ciascun infermiere coinvolto, assicurando loro trasparenza sulle finalità dello studio e sul trattamento dei dati.

RISULTATI

Sono stati distribuiti complessivamente 205 questionari, suddivisi tra le 10 Unità Operative individuate. Di questi, ne sono stati restituiti compilati 161.

Tra i questionari raccolti, il 51% ($n=83$) proviene da unità operative che adottano metodo *bedside* (gruppo A), mentre il 49% ($n=78$) è stato compilato nelle unità operative che utilizzano il passaggio di consegne “tradizionale” (gruppo B).

Il campione totale è costituito per l'80,2% da persone che si identificano nel genere femminile e per il 19,8% nel genere maschile. In termini di distribuzione per l'età, l'1,9% degli intervistati ha meno di 25 anni, il 41,6% rientra nella fascia 25-35 anni, il 24,2% nella fascia 36-45 anni, il 24,8% nella fascia 46-55anni e il 7,5% ha più di 55 anni.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, il 23% degli intervistati è in possesso di un diploma professionalizzante, il 75,1% ha conseguito una laurea triennale e l'1,9% una laurea magistrale. Nessuno degli intervistati ha un titolo di dottorato di ricerca.

Considerando l'esperienza lavorativa complessiva, il campione mostra che lo 0,6% ha meno di 1 anno di servizio, il 23% ha tra 1 e 5 anni, il 28% tra 6 e 10 anni, il 17,4% tra 11 e 15 anni, il 6,8% tra 16 e 20 anni e il 24% ha più di 20 anni di esperienza. Per quanto riguarda invece l'anzianità nell'attuale unità operativa, l'11,1% ha meno di un anno di servizio, il 46,6% ha tra 1 e 5 anni, il 13,7% tra 6 e 10 anni, il 6,8% tra 11 e 15 anni, il 6,2% tra 16 e 20 anni, e il 15,5% ha più di 20 anni di servizio.

Le caratteristiche socio-demografiche dei due gruppi sono riassunte in Tabella 1. A seguito dell'analisi dei dati, i risultati relativi agli items 1, 11 e 12 del questionario hanno mostrato una significatività statistica (Tabella 2).



**Tabella 1.** Caratteristiche socio-demografiche del campione

	Gruppo A (bedside handover) (n=83)		Gruppo B (consegne tradizionali) (n=78)		Tutti (n=161)
	n	%	n	%	n
Genere					
Femmina	65	78,3	64	82,0	129
Maschio	18	21,7	14	18,0	32
Età					
<25 anni	2	2,4	1	1,3	3
25-35 anni	35	42,2	32	41,0	67
36-45 anni	21	25,3	18	23,1	39
46-55 anni	20	24,1	20	25,6	40
>55 anni	5	6,0	7	9,0	12
Titolo di studio					
Diploma	15	18,1	22	28,2	37
Laurea triennale	67	80,7	54	69,2	121
Laurea magistrale	1	1,2	2	2,6	3
Dottorato	0	0	0	0	0
Anni di servizio					
<1 anno	1	1,2	0	0	1
1-5 anni	18	21,7	19	24,3	37
6-10 anni	29	34,9	16	20,5	45
11-15 anni	15	18,1	13	16,7	28
16-20 anni	6	7,2	5	6,4	11
>20 anni	14	16,9	25	32,1	39
Anni di servizio in U.O.					
<1 anno	14	16,9	4	5,1	18
1-5 anni	39	47,0	36	46,2	75
6-10 anni	13	15,7	9	11,5	22
11-15 anni	6	7,2	5	6,4	11
16-20 anni	3	3,6	7	9,0	10
>20 anni	8	9,6	17	21,8	25

Nota: frequenze (n) e percentuali (%)

Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it

Via Giuseppe Massarenti 9,

40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press

109

Submission received: 21/01/2024

End of Peer Review process: 30/05/2025

Accepted: 27/06/2025



Tabella 2. Risposte questionario “The Nurses Handover Perceptions Questionnaire”

Item	Gruppo	Fortemente disaccordo		Disaccordo		D'accordo		Pienamente d'accordo		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
1. Posso chiedere chiarimenti sulle informazioni ricevute	A	0	0	8	9,6	46	55,4	29	34,9	0.04
	B	2	2,6	4	5,1	31	39,7	41	52,6	
2. Mi vengono fornite informazioni sufficienti sui pazienti	A	1	1,2	19	22,9	51	61,5	12	14,5	0.26
	B	4	5,1	11	14,1	49	62,8	14	18,0	
3. Le informazioni che ricevo sono aggiornate	A	1	1,2	5	6,0	52	62,7	25	30,1	0.23
	B	2	2,6	3	3,9	59	75,6	14	18,0	
4. Ho l'impressione che alcune informazioni importanti siano state traslate	A	6	7,2	38	45,8	28	33,7	11	13,2	0.23
	B	2	2,6	40	51,3	31	39,7	5	6,4	
5. Ho ricevuto domande sulle informazioni trasmesse	A	0	0	7	8,4	63	75,9	13	15,7	0.87
	B	0	0	6	7,8	61	79,2	10	13,0	
6. Sono informato sui diversi aspetti della cura del paziente	A	1	1,2	10	12,1	55	66,3	17	20,5	0.31
	B	3	3,9	16	20,5	44	56,4	15	19,2	
7. Vengo spesso interrotto dai pazienti o dai caregiver	A	4	4,8	30	36,1	33	39,8	16	19,3	0.76
	B	4	5,1	22	28,2	35	44,9	17	21,8	
8. Le informazioni sono state presentate in modo sistematico e organizzato	A	1	1,2	12	14,6	59	72,0	10	12,2	0.3
	B	2	2,6	20	25,6	48	61,5	8	10,3	
9. Il modo in cui le informazioni mi vengono presentate è facile da seguire	A	1	1,2	6	7,2	61	73,5	15	18,1	0.21
	B	4	5,2	10	13,0	47	61,0	16	20,8	
10. Trovo che la consegna richieda troppo tempo	A	6	7,2	46	55,4	23	27,7	8	9,6	0.1
	B	5	6,4	31	39,7	25	32,1	17	21,8	
11. Spesso mi vengono fornite informazioni che non sono rilevanti per la cura del paziente	A	8	9,6	56	67,5	15	18,1	4	4,8	<0.01
	B	1	1,3	34	43,6	34	43,6	9	11,5	
12. Ho difficoltà a restare concentrato per i rumori eccessivi	A	14	16,9	49	59,0	17	20,5	3	3,6	<0.01
	B	6	7,7	30	38,5	28	35,9	14	18,0	
13. Un supporto cartaceo/informativo è utile per seguire le consegne	A	1	1,2	0	0	38	45,8	44	53,0	0.59
	B	0	0	0	0	38	48,7	40	51,3	
14. Ritengo che alcune informazioni importanti vengano omesse	A	2	2,4	40	48,2	27	32,5	14	16,9	0.06
	B	5	6,4	36	46,2	33	42,3	4	5,1	
15. Dopo la consegna ho una chiara comprensione del piano del paziente	A	3	3,6	20	24,1	45	54,2	15	18,1	0,64
	B	4	5,1	25	32,1	37	47,4	12	15,4	

Nota: frequenze (n) e percentuali (%). Il mancato raggiungimento del valore 100 nella somma delle frequenze indica che su quell'item alcuni questionari riportavano un missing value





DISCUSSIONE

Le consegne infermieristiche rappresentano un'attività complessa, vulnerabile e ad alto rischio. La continuità delle cure e la sicurezza del paziente dipendono in larga misura dalla precisione e completezza delle informazioni trasmesse durante questo processo (11). Lo scopo del presente studio è stato valutare gli effetti del passaggio di consegne a letto del paziente in un contesto italiano, analizzando se questa modalità influisca sulla percezione di completezza e chiarezza delle informazioni da parte degli infermieri. Il questionario somministrato ha indagato le opinioni dei professionisti riguardo alla presentazione, organizzazione, comprensione e trasmissione delle informazioni.

Uno dei principali fattori che contribuiscono a migliorare la sicurezza del paziente attraverso il bedside handover è la possibilità, per i pazienti, di partecipare attivamente alla trasmissione delle informazioni. Questa interazione consente loro di chiarire eventuali dubbi, correggere inesattezze, e porre domande garantendo così che le informazioni fornite siano appropriate e in linea con la loro condizione attuale (18).

Questa posizione è supportata dai risultati dell'item 3 del questionario *"Le informazioni che ricevo sono aggiornate"*, che analizza la percezione degli infermieri riguardo all'aggiornamento delle informazioni ricevute. I dati indicano che gli infermieri che utilizzano il bedside handover percepiscono le informazioni come più aggiornate e precise rispetto a quelli che si avvalgono di metodi tradizionali.

Questi risultati suggeriscono che il passaggio di consegne al letto del paziente consenta un aggiornamento delle informazioni più accurato, assicurando una maggiore aderenza alla situazione reale del paziente.

Secondo la letteratura, un approccio standardizzato e prevedibile nel passaggio di consegne, può migliorare la precisione, ridurre la confusione e aumentare la sicurezza dei pazienti, minimizzando gli errori di comunicazione come omissioni e imprecisioni (28). Nelle Unità Operative coinvolte nello studio, l'uso di metodi sistematici codificati non era formalmente implementato, pertanto i dati raccolti riflettono la

percezione del bedside handover in un contesto non rigidamente standardizzato. In linea con tali evidenze, l'item 8 del questionario, *"Le informazioni sono state presentate in modo sistematico e organizzato"*, sembra suggerire un'associazione tra l'utilizzo del bedside handover e una percezione di maggiore organizzazione e struttura nella presentazione delle informazioni rispetto ai metodi tradizionali di passaggio di consegne.

Questo dato suggerisce che il bedside handover favorisca una trasmissione delle informazioni in modo metodico e ordinato, rendendo più chiara e facilmente comprensibile la situazione del paziente. A supporto di questa evidenza, anche i risultati dell'item 9, *"Il modo in cui le informazioni mi vengono presentate è facile da seguire"*, evidenziano una percentuale più alta di risposte positive nel gruppo che utilizza il bedside handover rispetto a quello che utilizza metodi tradizionali di passaggio delle consegne. Questo dato potrebbe suggerire che gli infermieri coinvolti percepiscano le informazioni come più chiare e semplici da seguire.

Diversi studi evidenziano che la sicurezza del paziente può essere compromessa non solo dall'omissione di informazioni, ma anche quando il passaggio di consegne avviene in modo disorganizzato, con informazioni rielaborate o ridondanti. Queste inefficienze possono comportare un prolungamento del ricovero, ritardi nei trattamenti o nelle diagnosi, eventi avversi e un aumento dei costi sanitari (10,13).

In modo analogo, le risposte all'item 11 del questionario, *"Spesso mi vengono fornite informazioni che non sono rilevanti per la cura del paziente"*, mettono in evidenza come la modalità di passaggio di consegne influenzi in modo significativo la qualità e la pertinenza delle informazioni trasmesse, rivelando una differenza significativa tra i due gruppi: nel caso di passaggio di consegne in modalità bedside, le informazioni superflue si riducono di circa l'80%, indicando una comunicazione più mirata e focalizzata sugli aspetti essenziali dell'assistenza.

Al contrario, quando la consegna avviene in sala infermieri, il tempo impiegato tende ad aumentare e la comunicazione assume un tono più informale e ridondante. In questo contesto, vengono spesso condivisi dettagli percepiti come utili da chi li





fornisce, ma non sempre rilevanti per la cura del paziente. Questa modalità non solo prolunga inutilmente la durata del passaggio di consegne, ma può anche ridurre la chiarezza delle informazioni essenziali, aumentando il rischio di confusione o di omissioni critiche.

Nel complesso, i dati confermano che il *bedside handover* favorisce una comunicazione più efficiente, chiara e orientata alla sicurezza del paziente, ottimizzando al tempo stesso l'utilizzo del tempo assistenziale (2).

Di conseguenza, il passaggio di consegne effettuato direttamente al letto del paziente, con il coinvolgimento attivo di quest'ultimo, può rappresentare un filtro efficace delle informazioni, concentrandosi solo sugli aspetti realmente rilevanti per l'assistenza. La presenza del paziente impone una comunicazione più strutturata e sintetica, eliminando dettagli superflui e opinioni personali che non aggiungono valore al processo assistenziale. Questo modello di passaggio di consegne, più diretto e mirato, permette ai professionisti di trasmettere informazioni essenziali in modo chiaro e conciso, migliorando la qualità della comunicazione e riducendo il rischio di errori o incomprensioni. Come evidenziato da Bulfone et al., il passaggio di consegne effettuato al letto del paziente riduce l'inserimento di opinioni personali, giudizi stereotipati e informazioni superflue, contribuendo così a migliorare la qualità delle informazioni trasmesse (35).

Studi disponibili in letteratura che analizzano la percezione degli infermieri sul passaggio di consegne evidenziano che interruzioni e distrazioni durante questo processo possano causare la perdita di informazioni essenziali, con potenziali ripercussioni negative sulla sicurezza del paziente (20,24,30). Meißner et al. evidenziano, in particolare, che le frequenti interruzioni rappresentano una delle principali fonti di insoddisfazione tra gli infermieri italiani durante la trasmissione delle informazioni (26). I risultati relativi all'item 7 "*Vengo spesso interrotto dai pazienti o dai caregiver*" e all'item 12 "*Ho difficoltà a restare concentrato per i rumori eccessivi*", confermano quanto emerso dalla letteratura, indicando che il *bedside handover* non solo non ha incrementato queste difficoltà organizzative, ma ha invece portato a una significativa riduzione delle stesse. Il rumore

rappresenta un fattore significativamente rilevante per il gruppo B, probabilmente legato al fatto che il passaggio di consegne in sala infermieri è frequentemente interrotto dai suoni dei campanelli, dei monitor e dagli ingressi di altri professionisti, generando interruzioni continue.

Contrariamente a quanto si potrebbe pensare, le consegne effettuate al letto del paziente non sembrano generare un aumento delle interruzioni da parte dei pazienti rispetto al gruppo B, che adotta metodi tradizionali di passaggio delle consegne. Questi risultati suggeriscono che il *bedside handover*, favorisce una comunicazione più fluida e meno soggetta a interruzioni, migliorando l'efficacia del trasferimento delle informazioni. La riduzione delle interruzioni e di conseguenza, una maggiore capacità di mantenere la concentrazione durante il passaggio di consegne, sono fattori cruciali per ridurre il rischio di eventi avversi (28).

Un altro aspetto relativo alle criticità gestionali nel processo di passaggio di consegne emerge dai risultati dell'item 10 "*Trovo che la consegna richieda troppo tempo*". In questo caso, il gruppo di infermieri che adotta il *bedside handover* ha risposto positivamente, rispetto al gruppo che utilizza metodi tradizionali. Questo dato potrebbe suggerire che il *bedside handover* comporti effettivamente un minore dispendio di tempo per il trasferimento delle informazioni rispetto ai metodi tradizionali, come indicato dallo studio di Street et al. (2). Tuttavia, un'altra possibile interpretazione è che gli infermieri che adottano il *bedside handover* non percepiscano il tempo dedicato a questa modalità di consegna come un "tempo eccessivo", ma piuttosto come un "tempo utile", funzionale all'integrazione nel processo di cura del paziente.

Lo studio condotto da Pun evidenzia come la qualità percepita del passaggio di consegne sia strettamente legata alla comprensione del piano di assistenza del paziente e alla ricezione di informazioni aggiornate e complete (3). Questo risultato trova ulteriore conferma negli item 6 "*Sono informato sui diversi aspetti della cura del paziente*" e 15 "*Dopo la consegna ho una chiara comprensione del piano del paziente (diagnosi, trattamento, dimissione)*". Nei quali sono emerse risposte positive maggiormente negli infermieri del gruppo che adotta il passaggio di consegne al letto, rispetto agli





infermieri del gruppo che utilizza i metodi tradizionali. Questo risultato sembrerebbe suggerire che il bedside handover possa facilitare una maggiore comprensione e condivisione del piano assistenziale, oltre a una percezione di passaggio di consegne qualitativamente migliore.

La possibilità di porre domande influisce notevolmente sulla percezione degli infermieri rispetto alla qualità del passaggio di consegne (29). I risultati dello studio confermano l'importanza di avere l'opportunità di chiedere chiarimenti sulle informazioni ricevute durante il passaggio di consegne, risultando significativo per una comunicazione efficace: Nelle risposte all'item 1, *“Posso chiedere chiarimenti sulle informazioni ricevute”*, circa il 90% degli infermieri in entrambi i gruppi ha risposto positivamente. Questo risultato suggerisce che, indipendentemente dalla modalità di passaggio di consegne (che sia bedside o tradizionale), gli infermieri si sentono generalmente a proprio agio nel chiedere chiarimenti quando necessario. La somiglianza significativa nelle risposte dei due gruppi indica che entrambe le modalità di consegna favoriscono un ambiente di dialogo aperto, incoraggiando la possibilità di richiedere chiarimenti in caso di bisogno.

A tal proposito, sarebbe utile sarebbe utile approfondire i fattori specifici che contribuiscono a mantenere elevato questo livello di interazione, indipendentemente dal contesto in cui avviene il passaggio di consegne, al fine di ottimizzare ulteriormente la qualità della comunicazione.

Poiché alcuni dei fattori analizzati in questo studio non hanno mostrato differenze statisticamente significative tra i gruppi, sono emerse indicazioni parziali riguardo agli aspetti di chiarezza e completezza nel passaggio di consegne. Tuttavia, questi limiti sembrano bilanciati dalla forte percezione che il bedside handover possa creare un setting che facilita la concentrazione, riduce le distrazioni e incoraggia il dialogo offrendo ai professionisti la possibilità di chiarire e approfondire le informazioni quando non sono ancora percepite come del tutto chiare e complete.

Limiti

Il principale limite dello studio consiste nell'impossibilità di confrontare la percezione degli infermieri sul bedside handover con dati oggettivi e misurabili. Di conseguenza, l'efficacia reale del bedside handover potrebbe risultare meno accuratamente rappresentata, in quanto le esperienze e le percezioni individuali degli infermieri possono influenzare significativamente le risposte raccolte.

Inoltre, sebbene il campione sia stato considerato omogeneo potrebbe presentare un *bias* dovuto alla selezione delle Unità Operative: i professionisti di alcune U.O. potrebbero riportare esperienze più favorevoli rispetto a quelli di contesti meno inclini all'uso del bedside handover, influenzando i risultati e limitando la possibilità di generalizzare le conclusioni. Un ulteriore limite dello studio riguarda le differenze osservate tra i due gruppi nei singoli item del questionario, che non hanno raggiunto la significatività statistica ($p > 0,05$). Sebbene le percentuali mostrino risultati differenti, ad esempio riguardo alla percezione di ricevere informazioni aggiornate (*item 3*), alla chiarezza e sistematicità della presentazione delle informazioni (*item 8 e 9*) e alla comprensione del piano di cura del paziente (*item 15*) tali differenze non possono essere considerate esaustive. Allo stesso modo, alcune percentuali relative alle interruzioni durante la consegna (*item 7*) e alla percezione della durata eccessiva della consegna (*item 10*) mostrano variazioni tra i gruppi, ma non statisticamente significative. Per altri *item* (2, 4, 5, 13 e 14), le risposte risultano sostanzialmente sovrapponibili. Questi aspetti evidenziano la necessità di studi futuri con campioni più ampi per confermare eventuali differenze reali tra le modalità di bedside handover.

Implicazioni per la pratica e proposte per la ricerca

I risultati del questionario evidenziano che il bedside handover potrebbe essere utile anche nelle Unità Operative che attualmente non lo adottano, migliorando chiarezza, comunicazione e sicurezza del paziente. Si suggerisce di condurre studi futuri che uniscano percezioni soggettive a dati oggettivi,

Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it
Via Giuseppe Massarenti 9,
40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press



DISSERTATION NURSING®

JOURNAL HOMEPAGE: [HTTPS://RIVISTE.UNIMI.IT/INDEX.PHP/DISSERTATIONNURSING](https://riviste.unimi.it/index.php/dissertationnursing)



analizzando le segnalazioni di eventi avversi da parte dell'u.o. legati ad errori di comunicazione e *nurse sensitive outcomes*. Un campione più ampio e derivante da studi multicentrici, garantirebbe maggiore validità ai risultati, mentre l'esplorazione di variabili come dinamiche di gruppo e competenze comunicative potrebbe individuare strategie per ottimizzare il passaggio di consegne.

CONCLUSIONI

In conclusione, lo studio ha evidenziato che, l'approccio *bedside* al letto del paziente durante il passaggio di consegne sembra influire positivamente sulla qualità della comunicazione e sulla gestione delle informazioni. In particolare, questo metodo a una maggiore percezione di chiarezza e completezza nelle informazioni scambiate tra infermieri e pazienti.

La trasmissione di consegne al letto del paziente aiuta a eliminare informazioni superflue o ridondanti, permettendo ai professionisti di focalizzarsi sugli aspetti importanti per la cura del paziente e il suo percorso terapeutico. Inoltre, questo metodo promuove una maggiore concentrazione, riducendo le distrazioni e facilitando una comunicazione più diretta e mirata.(18,22)

Oltretutto, questo approccio favorisce la creazione di un ambiente collaborativo e aperto, in cui pazienti e familiari si sentono incoraggiati a fare domande e chiedere chiarimenti, rafforzando la fiducia tra pazienti e infermieri, migliorando la comprensione delle informazioni, riducendo il rischio di malintesi e favorendo una comunicazione chiara e diretta che coinvolge attivamente il paziente nel processo di cura, permettendo di verificare insieme le sue condizioni, chiarire eventuali dubbi e aumentare la fiducia e la sicurezza di operatori sanitari e pazienti, con un conseguente miglioramento della qualità complessiva dell'assistenza.(23)

BIBLIOGRAFIA:

1. Cruchinho P, Teixeira G, Lucas P, Gaspar F. Influencing Factors of Nurses' Practice during the Bedside Handover: A Qualitative Evidence Synthesis Protocol. J Pers Med [Internet]. febbraio 2023;13(2). Disponibile su:

/pmc/articles/PMC9965971/
/pmc/articles/PMC9965971/?report=abstract
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9965971/>

2. Street M, Eustace P, Livingston PM, Craike MJ, Kent B, Patterson D. Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. Int J Nurs Pract. aprile 2011;17(2):133–40.
3. Pun J. Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. Front Psychol [Internet]. 2023;14. Disponibile su:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36910802/>

Bukoh MX, Siah CJR. A systematic review on the structured handover interventions between nurses in improving patient safety outcomes. J Nurs Manag. aprile 2020;28(3):744–55.

5. Hada A, Coyer F. Shift-to-shift nursing handover interventions associated with improved inpatient outcomes—Falls, pressure injuries and medication administration errors: An integrative review. Nurs Health Sci. giugno 2021;23(2):337–51.
6. Wolfe A. Institute of Medicine Report: Crossing the Quality Chasm: A New Health Care System for the 21st Century. <http://dx.doi.org/10.1177/152715440100200312>. agosto 2001;2(3):233–5.
7. Abdellatif A, Bagian JP, Barajas ER, Cohen M, Cousins D, Denham CR, et al. Communication During Patient Hand-Overs. Jt Comm J Qual Patient Saf. luglio 2007;33(7):439–42.
8. Torri A. La consegna infermieristica al letto del paziente. Scenario® - Il Nurs Nella Sopravvivenza. gennaio 2018;32(1):39–43.
9. International Patient Safety Goals | Joint Commission International [Internet]. [citato 29



Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it
Via Giuseppe Massarenti 9,
40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press



- ottobre 2025]. Disponibile su: <https://www.jointcommission.org/en/standards/international-patient-safety-goals>
10. 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.* settembre 2024;14(3):2072–83.
 11. Forde MF, Coffey A, Hegarty J. The factors to be considered when evaluating bedside handover. *J Nurs Manag.* ottobre 2018;26(7):757–68.
 12. Jimmerson J, Wright P, Cowan PA, King-Jones T, Beverly CJ, Curran G. Bedside shift report: Nurses opinions based on their experiences. *Nurs Open.* maggio 2021;8(3):1393–405.
 13. Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H. Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. giugno 2014;2014(6). Disponibile su: <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.unibo.it/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009979.pub2/full> <https://www-cochranelibrary-com.ezproxy.unibo.it/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009979.pub2/abstract>
 14. Bomba DT, Prakash R. A description of handover processes in an Australian public hospital. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 2005;29(1):68–79.
 15. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care.* febbraio 2008;17(1):71–5.
 16. Khalaf Z. Improving patient handover: A narrative review. *Afr J Paediatr Surg AJPS.* 2023;20(3):166–70.
 17. Lantz ACH, Gunningberg L, Eriksson G, Eldh AC, Wenemark M, Pöder U. Evaluation of patient participation in relation to the implementation of a person-centered nursing shift handover. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. luglio 2023; Disponibile su: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/37431567>
 18. McCloskey RM, Furlong KE, Hansen L. Patient, family and nurse experiences with patient presence during handovers in acute care hospital settings: A systematic review of qualitative evidence. *JBI Database Syst Rev Implement Rep.* maggio 2019;17(5):754–92.
 19. Wildner J, Ferri P. Patient participation in change-of-shift procedures: The implementation of the bedside handover for the improvement of nursing quality in an italian hospice. *J Hosp Palliat Nurs.* maggio 2012;14(3):216–24.
 20. Paredes-Garza F, López-Mases P, Lázaro E, Marín-Maicas P. Effect of on patient safety of bedside handoff performed in intensive care units. *Systematic review. An Sist Sanit Navar.* 2022;45(2).
 21. Tobiano G, Bucknall T, Sladdin I, Whitty JA, Chaboyer W. Reprint of: Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review. *Int J Nurs Stud.* settembre 2019;97:63–77.
 22. Bressan V, Cadorin L, Pellegrinet D, Bulfone G, Stevanin S, Palese A. Bedside shift handover implementation quantitative evidence: Findings from a scoping review. *J Nurs Manag.* maggio 2019;27(4):815–32.
 23. Bressan V, Cadorin L, Stevanin S, Palese A. Patients experiences of bedside handover: findings from a meta-synthesis. *Scand J Caring Sci.* settembre 2019;33(3):556–68.
 24. Cairns LL, Dudjak LA, Hoffmann RL, Lorenz HL. Utilizing bedside shift report to improve the

Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it
Via Giuseppe Massarenti 9,
40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press



- effectiveness of shift handoff. *J Nurs Adm.* marzo 2013;43(3):160–5.
25. Cann T, Gardner A. Change for the better: an innovative model of care delivering positive patient and workforce outcomes. *Coll R Coll Nurs Aust.* giugno 2012;19(2):107–13.
 26. Meißner A, Hasselhorn HM, Estry-Behar M, Nézet O, Pokorski J, Gould D. Nurses' perception of shift handovers in Europe: results from the European Nurses' Early Exit Study. *J Adv Nurs.* marzo 2007;57(5):535–42.
 27. Chong DWQ, Rahim IA, Jai BK, Ali Z, Nordin A, Majid NDA, et al. Perceptions of nurses on inter-shift handover: A descriptive study in Hospital Kuala Lumpur, Malaysia. *Med J Malaysia.* novembre 2020;75 (6):691–7.
 28. Nagammal S, Nashwan AJ, Nair SL, Susmitha A. Nurses' perceptions regarding using the SBAR tool for handoff communication in a tertiary cancer center in Qatar. *J Nurs Educ Pract.* dicembre 2016;7(4).
 29. Pun J. Factors associated with nurses' perceptions, their communication skills and the quality of clinical handover in the Hong Kong context. *BMC Nurs* [Internet]. dicembre 2021;20(1). Disponibile su: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116659/>
 30. Roslan SB, Lim ML. Nurses' perceptions of bedside clinical handover in a medical-surgical unit: An interpretive descriptive study. <http://dx.doi.org/10.1177/2010105816678423>. novembre 2016;26(3):150–7.
 31. Kerr D, Lu S, Mckinlay L. Towards patient-centred care: perspectives of nurses and midwives regarding shift-to-shift bedside handover. *Int J Nurs Pract.* 2014;20(3):250–7.
 32. McAllen ER, Stephens K, Swanson-Bearman B, Kerr K, Whiteman K. Moving shift report to the bedside: An evidence-based quality improvement project. *Online J Issues Nurs.* maggio 2018;23(2):1–1.
 33. Kassean HK, Jagoo ZB. Managing change in the nursing handover from traditional to bedside handover - A case study from Mauritius. *BMC Nurs.* gennaio 2005;4(1):1–6.
 34. Pun J, Chan EA, Man M, Eggins S, Slade D. Pre- and post evaluations of the effects of the Connect, Ask, Respond and Empathise (CARE) protocol on nursing handover: A case study of a bilingual hospital in Hong Kong. *J Clin Nurs.* agosto 2019;28(15–16):3001–11.
 35. Bulfone G, Sumathy M, Grubissa S, Palese A. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. *Assist Inferm E Ric.* aprile 2012;31(2):91–101



Corresponding author:

Maria Rosa La Porta: mariarosa.laporta@auslromagna.it
Via Giuseppe Massarenti 9,
40138 Bologna BO, ITALY



Milano University Press