ANìMO CARE SHEET

Il processo di Handover per la continuità di cure

a cura di Rapetti Roberta, Lo Burgio Ignazia, Bertoncini Fabio,
Di Berardino Stefania, Tesei Letizia, Clemente Domenico

Che cosa sappiamo

Per consegna clinica o Handover, si intende il trasferimento della responsabilità professionale, per alcuni aspetti della cura del paziente o di un gruppo di pazienti, ad un professionista o team di professionisti[1,2,3]. Handover è un processo ad alto rischio e parte integrante dell'assistenza quotidiana in ogni contesto socio-sanitario[3]. L'obiettivo prioritario, sottolineato dal Ministero della Salute ma anche dai sistemi di Accreditamento all'Eccellenza, è quello di trasferire informazioni sulla cura del/i paziente/i, sui trattamenti, sulle condizioni attuali e su ogni cambiamento clinico prevedibile[2]. E' ormai riconosciuto che un accurato e tempestivo passaggio di informazioni clinico-assistenziali contribuisce alla continuità di cure e presidia la sicurezza di ogni paziente/operatore della salute[2,4,5]. Gli eventi avversi che possono generarsi con un registro comunicativo alterato e/o inappropriato possono riguardare più ambiti, dalla presa in carico del paziente, alle terapie, alla diagnosi e all'assistenza omessa o ritardata.
Per tali ragioni, ogni professionista coinvolto nel processo di Handover deve necessariamente conoscere le evidenze scientifiche sottese e mettere in atto azioni volte a standardizzare e migliorare il proprio registro comunicativo, adattandolo al livello locale[6].
I principali protocolli per sostenere i professionisti in uno scambio di consegne strutturato, sono 5P, I Pass the Baton, SBAR, ISoBAR e PVITAL[2].
Questi strumenti sono stati progettati pe essere flessibili e adattabili ai diversi contesti organizzativi e prevedono il coinvolgimento partecipativo degli operatori della salute.

Che cosa fare

Come professionisti

- Conoscere e utilizzare in maniera sistematica gli strumenti di Handover definiti dalla letteratura[3,4,5,6];
- Promuovere una comunicazione efficace, pertinente e chiara nei contenuti[1,3,4,5,6];
- Prevedere sempre componenti verbali e scritte[6];
- Effettuare consegne *face to face*, quando possibile[3,4,6];

- Includere tutti i pazienti nell considerando prioritari quelli più gravi, complessi e a rischio di instabilità[1,3,4,5,6];
- Coinvolgere, quando possibile e appropriato, il paziente e/o il suo care-giver[3,4,5,6];
- Terminare il processo di Handover avendo ben chiari da parte del personale in turno, le esigenze e le necessità dei pazienti e gli interventi da attuare, anche in relazione alle priorità clinico assistenziali[3,4,5,6],
- Utilizzare la documentazione sanitaria a supporto delle informazioni ricevute durante l'Handover[3,4,5],

Come organizzazione

- Sviluppare e implementare un processo di Handover strutturato che includa politiche, procedure, strumenti, ruoli, responsabilità e istruzioni operative condivise[3,4,5].
- Prevedere eventi formativi e informativi per tenere aggiornato il sistema di Handover tra i professionisti[1,3,4,5];
- Attuare strategie operative per limitare ogni interruzione di comunicazione non necessaria[1,3,4,5].
- Garantire al personale interessato l'accesso ad ogni sistema informativo, in conformità della normativa in tema di privacy e di segreto professionale[1,3,4,5].

Strumenti

Di seguito i principali strumenti metodologici definiti dalla letteratura:

5 P[2]

Questo approccio, sviluppato dal *Sentara Health Care*, tiene in considerazione 5 dimensioni.

Patient	**Identificazione del paziente**
Planning	Pianificazione del trattamento
Purpose	Razionale della cura
Problem	Definizione dei problemi
Precaution	Precauzioni/Rischi

PVITAL[2]

Questo approccio è utilizzato dagli infermieri al letto del paziente e si sviluppa nei contenuti seguenti.

P	Presenta il paziente con nome, età e problemi attuali
V	Parametri vitali
I	Bilancio dei liquidi
T	Trattamenti e diagnosi: frequenza e tipo di osservazioni da effettuare
A	Definizione del piano assistenziale
L	Documentazione clinica

I PASS THE BATON[2]

L'approccio, introdotto dal Trinity Medical Center in Illinois, prevede le fasi riportate nella tabella.

I	Identificazione dei professionisti
P	Identificazione del paziente
A	Valutazione dei principali segni, sintomi (compresi i parametri vitali)
S	Situazione attuale, livelli di certezza e incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti
S	Identificazione dei valori critici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta
the	
B	Comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica, allergia e situazioni di allerta
A	Azioni intraprese richieste
T	Livelli di urgenza e tempi, priorità delle azioni
O	Riferimenti, Chi è responsabile (Infermiere/Medico/Team), Quali responsabilità del paziente e dei familiari?
N	Cosa potrebbe accadere? Cambiamenti previsti?

SBAR[2]

Questa tecnica, introdotta in origine per il passaggio di comando nei sottomarini nucleari, è oggi quella più diffusa.

Situation	**Identificare il contesto e il paziente**
Background	**Dati anamnestici essenziali/sintesi trattamento fino al momento attuale**
Assessment	**Valutazione del paziente (informazioni pertinenti e oggettive)** - parametri vitali - stato mentale - dolore - cambiamenti clinici
Recommendation	**Quali interventi/trattamenti adottare?**

ISOBAR[2]

La tecnica **ISoBAR** si compone delle fasi comunicative seguenti.

I	**Identificazione del professionista/paziente**
S	Descrizione del problema
o	Segni e sintomi
B	Storia clinica
A	Piano assistenziale
R	Chiarimenti e verifica delle informazioni ricevute

Bibliografia

1) Racheli Magnezi et Al, Developing a new flexible tool for handover, Int J Qual

Health Care. 2021; 33(1): mzab022.
2) The Joint Commission Center for Transforming Healthcare. Improving Transitions of Care: Handoff Communications. The Joint Commission; 2014.
3) Marian Smeulers , Cees Lucas, Hester Vermeulen, Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients, Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jun 24;2014(6):CD009979
4) Fliegenschmidt J et al, Structured patient handover in high-risk areas: Evidence and recommendations for the practical implementation, Anaesthesiologie 2023 Mar;72(3):183-188
5) Robin K Buccheri, Sharifi Claire, Critical Appraisal Tools and Reporting Guidelines for Evidence-Based Practice, Worldviews Evid Based Nurs. 2017 Dec;14(6):463-472.
6) Gonçalves-Bradley DC, Discharge planning from hospital (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 2. Art. No.: CD000313.

©Associazione A.N.I.M.O. 2024