

**“HANDOVER” EFFICACE E
SICURO**

Servizio Gestione Rischio Clinico USL Umbria 2

Dr.ssa Margarete Tockner

Dr.ssa Laura Grasselli

Obiettivi specifici del corso:

- *Acquisire conoscenza e consapevolezza circa lo scopo e **l'importanza della “consegna comunicativa” per la continuità e la sicurezza delle cure.***

Apprendere i metodi e le buone pratiche per la trasmissione efficace delle informazioni clinico- assistenziali del paziente.

- *Gestire in modo sicuro, efficace ed efficiente la continuità clinica e assistenziale, **applicare gli strumenti per la comunicazione strutturata.***
- ***Sviluppare la condivisione e la collaborazione nel team e tra i servizi per il passaggio delle informazioni rilevanti sullo stato del paziente ed il passaggio di responsabilità.***

Come proseguiamo?

- Le buone pratiche per la comunicazione strutturata
- Il metodo SBAR
- Presentazione di videofilmati sull' handover con metodo SBAR
- Il metodo SBAR – esercitazione pratica-

SOLITAMENTE OGNI TURNO DI UN INFERMIERE INIZIA COSÌ: ...

”Ciao! finalmente eccoti qua: questa è una ragazza con un dolore atipico che ripeterà la troponina alle 18... poi c’è il sign. Antonio che aspetta il vascolare...prima però dobbiamo rivalutare la nonnina con il dolore addominale...ah...dimenticavo...bisogna ripetere una emogasanalisi alla signora in sala antishock”

...OVVERO CON LE CONSEGNE!!

CONTENUTO E PRECISIONE DELLE CONSEGNE

PER POTER PRENDERE

DECISIONI CLINICHE e

FARE SCELTE SULLE PRIORITA'

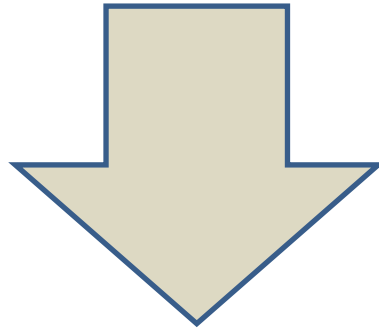
AL CONTRARIO

*comunicazioni imprecise, frettolose, erroneamente
omesse, incomplete e parziali possono creare
problemi nel riconoscere e prevenire gravi
complicanze al paziente*

Il passaggio di informazioni sul/i paziente/i è il
momento in cui gli operatori sanitari si
**COMUNICANO GLI EVENTI RILEVANTI E I DATI PER
PIANIFICARE L'ASSISTENZA.**

Questo, consente all'intera équipe di
**CONOSCERE GLI EVENTI VERIFICATISI e
PERMETTE DI GESTIRE LE ATTIVITÀ FUTURE.**

LAVORO DI SQUADRA E COOPERARE IN VISTA DI RISULTATI COMUNI



- Adeguata **CONSAPEVOLEZZA SITUAZIONALE**
(situazione passata, presente e possibile evoluzione futura)
- Un **MODELLO MENTALE** IL PIU' POSSIBILE
CORRISPONDENTE AL VERO



SITUATIONAL AWARENESS

Yeah it's important 



Come migliorare la consegna comunicativa

- Cambio culturale
- Utilizzo di tools di comunicazione strutturata
- Supporto tecnologico

I 3 interventi possono costituire un aiuto,

**MA NON SOSTITUIRE LO SCAMBIO DI
INFORMAZIONI TRA 'PERSONE'
OPERATORI/PROFESSIONISTI.**

Coinvolgimento del paziente

I vantaggi della **CONSEGNA AL LETTO DEL PAZIENTE con il suo coinvolgimento**, sono i seguenti:

- ❖ PERSONALIZZAZIONE;
- ❖ MOLTEPLICITÀ E RICCHEZZA DELLE INFORMAZIONI;
- ❖ ASSISTENZA COLLABORATIVA;
- ❖ EMPOWERMENT DEL PAZIENTE E MAGGIOR
COMPRESIONE DEGLI EFFETTI ATTESI.





IL NOSTRO OBIETTIVO È LA SICUREZZA DEL
PAZIENTE

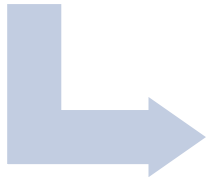
STRUMENTI PER RENDERE LA CONSEGNA PIÙ EFFICACE

Le sperimentazioni e i protocolli elaborati a livello internazionale per rendere la consegna più efficace sono moltissimi, anche perché non vi può essere un'unica soluzione valida per tutte le situazioni, ma è necessario identificare lo strumento più idoneo per la propria realtà.

1. Le 5 P



- **PAZIENTE** (nome, età, sesso, locazione)



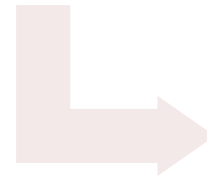
- **PIANIFICAZIONE** (diagnosi, trattamento, piano, prossime fasi)



- **SCOPO** (razionale della cura)



- **PROBLEMI**



- **PRECAUZIONI**

2. I Pass the BATON

L'approccio "*I pass the baton*" (passo il bastone, letteralmente si trattava di un bastone di plastica con le informazioni essenziali del paziente) è stato introdotto al *Trinity Medical Center in Illinois*



SCHEMA DELL'APPROCCIO «I PASS THE BATON»

I	PRESENTAZIONE	Le persone coinvolte si presentano, ruolo e attività
P	PAZIENTE	Nome, codice, età sesso e sede
A	ACCERTAMENTO	Principali disturbi, parametri vitali e diagnosi
S	SITUAZIONE	Situazione attuale e circostanze, livelli di certezza ed incertezza, cambiamenti recenti e risposta ai trattamenti
S	PREOCCUPAZIONE PER LA SICUREZZA	Valori critici degli esami e altri dati clinici, fattori socioeconomici, allergie e situazioni di allerta, per esempio, rischio cadute
The		
B	BACKGROUND	Comorbidità, episodi precedenti, terapia farmacologica in atto e storia familiare
A	AZIONI	Azioni prese o richieste e relativo breve razionale
T	TEMPI	Livelli di urgenza e tempi, priorità delle azioni
O	RIFERIMENTI	Chi è responsabile (infermiere/medico/team), comprese le responsabilità del paziente e familiari
N	DA FARE	Cosa accadrà? Cambiamenti previsti? Qual è il piano? Piano contingente?

3. ISBAR

Composto delle seguenti fasi comunicative:

I. Introduzione –identifica il paziente-

II. Situazione -problema attuale e tipo d'intervento-

III. Background (breve, mirato) -informazioni rilevanti sul problema attuale (allergie....)-

IV. Accertamento -cosa è stato fatto-

V. Raccomandazioni/richiesta -cosa è rimasto da fare-

4. ISOBAR

I = Identificazione del paziente

S = Situazione e status - Perché stai chiamando? Descrivi brevemente il problema-

O = Osservazioni - Parametri vitali e valutazione clinica-

B = Background e storia - Informazioni pertinenti sul paziente-

A = Accertamento e azioni - Cosa deve accadere? Accertamento della situazione-

R = Responsabilità e risk management - Fornisci chiarimenti e verifica che vi sia stata comprensione corretta delle informazioni fornite-

5. Hand me an ISOBAR

Una versione ancora diversa di ISOBAR è “Hand me an ISOBAR” le cui fasi sono:

1. HAND: preparati per la consegna

- **H** Hey, è ora della consegna
- **A** Assegna il personale per la continuità della cura al paziente
- **N** Identifica coloro che devono partecipare, quando e dove
- **D** Documentazione

2. ME: organizza la consegna

- **M** Accertati che tutti siano presenti
- **E** Nomina un leader

3. AN (assicurati che tutti siano consapevoli della situazione)

- **A** Allerta, attenzione e focalizzazione
- **N** Notifica

4. ISOBAR (fornisci i dati relativi al paziente)

- **I** Identificazione del paziente
- **S** Situazione e stato
- **O** Osservazioni sul paziente
- **B** Background e storia
- **A** Azioni, piano e responsabilità
- **R** Responsabilità e risk management

6. PVITAL

Questo approccio è utilizzato dagli **infermieri al letto del paziente** e si sviluppa con i seguenti contenuti:

P: Presenta il paziente con nome, età e problemi attuali

V: Parametri vitali (con eventuale documentazione)

I: Input/Output - Bilancio dei liquidi

T: Trattamenti (effetti attesi) e diagnosi: frequenza e tipo di osservazioni da effettuare (piano)

A: Ammissione o dimissione (**qual è il piano?**)

L: Documentazione e relativa completezza/aspetti giuridici

Attraverso la partecipazione del paziente alla consegna infermieristica si possono favorire:

RIGUARDO AI PAZIENTI/CAREGIVER:

- un aumento della conoscenza e fiducia nei confronti degli operatori, dell'informazione, del senso di sicurezza e della soddisfazione

RIGUARDO AGLI OPERATORI:

- un miglioramento della conoscenza del malato e della sua presa in carico e visione globale; una riduzione del numero d'errori o di omissioni nel passaggio delle informazioni.

7. ANTIC-ipate

Diffuso dalla Agency for Quality & Research (USA)
prevede i seguenti contenuti:

- a.** Dati amministrativi
- b.** Aggiornamento delle informazioni cliniche
- c. Compiti da eseguire (spiegati chiaramente)**
- d.** Gravità della patologia
- e.** Piano per eventuali situazioni di cambiamento del quadro clinico

8. PEDIATRIC

Le autrici *Arora e Johnson* hanno proposto una checklist per la pediatria, detta “PEDIATRIC” , i cui contenuti comprendono:

- *Problemi*
- *Compiti che ci si aspetta vengano eseguiti*
- *Diagnosi*
- *Se/allora*
- *Dati amministrativi/Direttive anticipate*
- *Terapie*
- *Risultati e altri fatti importanti*
- *Tecniche invasive*
- *Custodia e consenso*

9. POP

Nagpal e colleghi hanno messo a punto e validato un protocollo postoperatorio per l'affido del paziente (Postoperative handover protocol - POP), con i seguenti contenuti:

INFORMAZIONI RELATIVE AL PAZIENTE	INFORMAZIONI SULL'ANESTESIA	INFORMAZIONI CHIRURGICHE
1. Dettagli sul paziente 2. Anamnesi medica 3. Allergie 4. Nome della procedura 5. Situazione attuale del paziente	6. Tipo 7. Decorso intraoperatorio e complicazioni 8. Problemi previsti nel post-operatorio, in particolare emorragie, dolore, problemi alle vie aeree 9. Monitoraggio e parametri fisiologici 10. Piano per l'analgesia 11. Piano per le fleboclisi 12. Contatti in caso di problemi	13. Decorso intraoperatorio e complicanze 14. Emorragie 15. Piano per gli antibiotici 16. Piano dei farmaci 17. Profilassi della trombosi 18. Piano per cateteri e drenaggi 19. Sondini e nutrizione parenterale 20. Esami post-operatori 21. Contatti per emergenze

10. SBAR

Introdotta in origine per il passaggio di comando
nei sottomarini nucleari USA.

E' stata applicata per la prima volta in ambito
sanitario alla fine degli anni '90 negli ospedali
Americani accreditati Joint Commission.



COS'E' LA TECNICA SBAR

Tecnica codificata, standardizzata e sicura di trasferimento delle informazioni tra professionisti, **centrata sui problemi** e non sulle persone.

**SI PRESTA ALLA COMUNICAZIONE FACCIA A FACCIA,
TELEFONICA, SCRITTA.**



Il metodo SBAR fornisce una sorta di **checklist** **per**
presentare in modo chiaro, completo e
rispettando sempre una certa sequenza
dati importanti riferiti alla *situazione pregressa* e
***attuale* del paziente, mettendo in evidenza**
ciò che è raccomandato fare nelle ore a seguire



SITUATION

What is going on with the patient right now?

- Identify yourself.
- Identify the patient.
- State the problem concisely.

BACKGROUND

What is the background on this patient?
How did we get to this point?

- Review the chart.
- Anticipate questions.
- State the relevant medical issues.

ASSESSMENT

What do I think the issue is?
Why am I concerned?

- Provide your observations & evaluations of the patients.

RECOMMENDATION

What should we do to respond to this situation?

- Suggest what should be done to meet the patient's immediate needs.

SBAR assicura che tutti abbiano le medesime aspettative, soprattutto nel caso di professioni diverse, ossia:

- ***COSA SARÀ COMUNICATO;***
- ***COME VIENE STRUTTURATA LA COMUNICAZIONE;***
- ***QUALI SONO GLI ELEMENTI NECESSARI.***

CAMPO DI APPLICAZIONE DELLA SBAR

- Può essere utilizzata per standardizzare **tutti i passaggi di informazione** in qualunque fase del percorso terapeutico del paziente (*Haig et al, 2006*).
- Può essere **utilizzata in tutti i servizi**, compreso il rapporto tra il medico di medicina generale e il personale infermieristico a domicilio.
- Si applica **sia ai passaggi di informazione verbali che non verbali e sia in ambito di routine che nell'emergenza**, situazione nella quale è essenziale raggiungere una quanto più **rapida e chiara consapevolezza situazionale** al fine di **mettere in atto altrettanto rapide e efficaci azioni correttive**.

LO SBAR CONSENTE IL SUPERAMENTO DI ALCUNI LIMITI :

Gerarchia; l'asimmetria di potere e il timore di non essere ascoltati o di creare conflittualità possono infatti condizionare i contenuti con il rischio di trasmettere le informazioni in modo incompleto e frammentario. Nella parte dedicata alle “Raccomandazioni” **facilita l'esplicitazione di opinioni personali in merito al caso anche da parte di professionisti più inesperti o con ruoli differenti.**

Coordinazione e cooperazione tra membri del team; favorisce la capacità di creare un **modello mentale condiviso della situazione del paziente** alla cui costruzione partecipano tutti i membri del team (ciascuno per il proprio ruolo e professionalità).

Leadership; garantisce che il momento del passaggio delle consegne diventi un **arricchimento del modello mentale inerente la situazione clinica del paziente e non una sua frammentazione,** favorendo un sicuro passaggio della leadership

SBAR E' ACRONIMO DI:

S

SITUATION

- **SITUAZIONE**
- IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E RAPIDO INQUADRAMENTO DELLA SITUAZIONE FONTE DI PREOCCUPAZIONE

B

BACKGROUND

- **CONTESTO**
- RAPIDA PANORAMICA SULL'ANAMNESI DEL PAZIENTE, LE TERAPIE, GLI INTERVENTI E I DATI CLINICI PIU' RILEVANTI

A

ASSESMENT

- **ACCERTAMENTO/VALUTAZIONE**
- PARAMETRI VITALI, SEGNI E SINTOMI, PRESIDI E FARMACI USATI. Qual è la sua situazione clinica attuale? (cosa si è trovato dall'analisi del paziente e cosa si pensa della sua situazione attuale)

R

RECOMMENDATION

- **RACCOMANDAZIONE/RICHIESTA**
- TUTTO CIO' CHE DEVE ESSERE FATTO O CHE SI RICHIEDE

The image displays the SBAR acronym as a horizontal sequence of four dark blue squares. Each square contains a large white letter at the top and its corresponding label in white text at the bottom. The labels are 'Situation', 'Background', 'Assessment', and 'Recommendation'.

S

Situation

B

Background

A

Assessment

R

Recommendation

NEL DETTAGLIO

SBAR	CONTENUTI	ESEMPIO
SITUATION SITUAZIONE	Presentarsi e controllare che si sta parlando con la persona giusta	Salve parlo con il Dr. Mancini? Sono il Dr Rossi medico del PS
	Identificare il paziente per cui si sta chiamando (chi e dove)	Chiamo per il Sig. Manni che si trova in PS Credo abbia una grave polmonite e che sia settico.
	Precisare qual è il problema vero o presunto	Ha una saturazione del 90% malgrado l'O2 terapia ad alto flusso e sono molto preoccupato.
	Comunicare ciò che si ritiene essere o sembrare il problema attuale	
	Indicare ciò per cui si ha bisogno di aiuto	
	Fraasi utili:	<i>-Il problema sembra essere cardiaco, neurologico, sepsi ... -Il pz è instabile, peggiora ed ha bisogno di aiuto -Non sono sicuro di quale sia il problema ma il pz sta deteriorando</i>

SBAR	CONTENUTI	ESEMPIO
BACKGROUND ANAMNESI	Informazioni di base sul paziente	Ha 55 anni ed è stato fino ad ora in buona salute
	Motivi del ricovero	Ha avuto febbre e tosse per 2 gg
	Anamnesi patologica prossima	E' arrivato in autoambulanza 15 minuti fa.

SBAR	CONTENUTI	ESEMPIO
ASSESSMENT VALUTAZIONE	Includere osservazioni specifiche e segni vitali basati sull'approccio ABCDE Airway (vie aeree) Breathing (respirazione) Circulation (circolazione) Disability (stato neurologico) Exposure (esposizione) Il suo punteggio Early Warning è	E' sofferente ed affaticato <u>A-vie aeree</u>- pronuncia qualche parola <u>B-respirazione</u>- FR 24, soffio bronchiale lato sx, Saturazione 90% con O2 ad alto flusso. Sto effettuando EGA e RX torace <u>C-circolazione</u>- polso 110, PA110/60 <u>D- stato neurologico</u>- sonnolento pronuncia qualche parola <u>E-esposizione</u>- non reazioni cutanee

SBAR	CONTENUTI	ESEMPIO
RECOMMENDATION CONSIGLI	Dire chiaramente ciò che si desidera che il collega chiamato venga a fare	Sto preparando gli antibiotici e sto infondendo liquidi per via endovenosa
	Cosa e quando?	Ho bisogno di aiuto, per favore puoi venire e vederlo immediatamente
	Frasi utili:	- <i>Ho intenzione di iniziare la seguente terapia.... Mi puoi suggerire qualcos'altro?</i> - <i>Sto per effettuare i seguenti esami... Mi puoi suggerire qualcos'altro?</i> - <i>Se non ci sono miglioramenti quando vorresti essere richiamato?</i> - <i>Non penso di poter fare altro, vorrei tu venissi a vederlo subito</i>

I contenuti della comunicazione variano a seconda dell'obiettivo e degli attori coinvolti.

- Un passaggio di consegne **tra reparti** richiede una più approfondita valutazione della sezione " **Situation** " e " **Background** " volta a dare precise informazioni più precise sull'anamnesi e situazione
- In una **situazione di emergenza** è più importante soffermarsi sull' " **Assessment** " fornendo solo lo stretto necessario delle informazioni sulla storia clinica del paziente
- La fase delle " **Recommendation** " viene gestita in modo diverso a seconda dei ruoli degli operatori coinvolti.

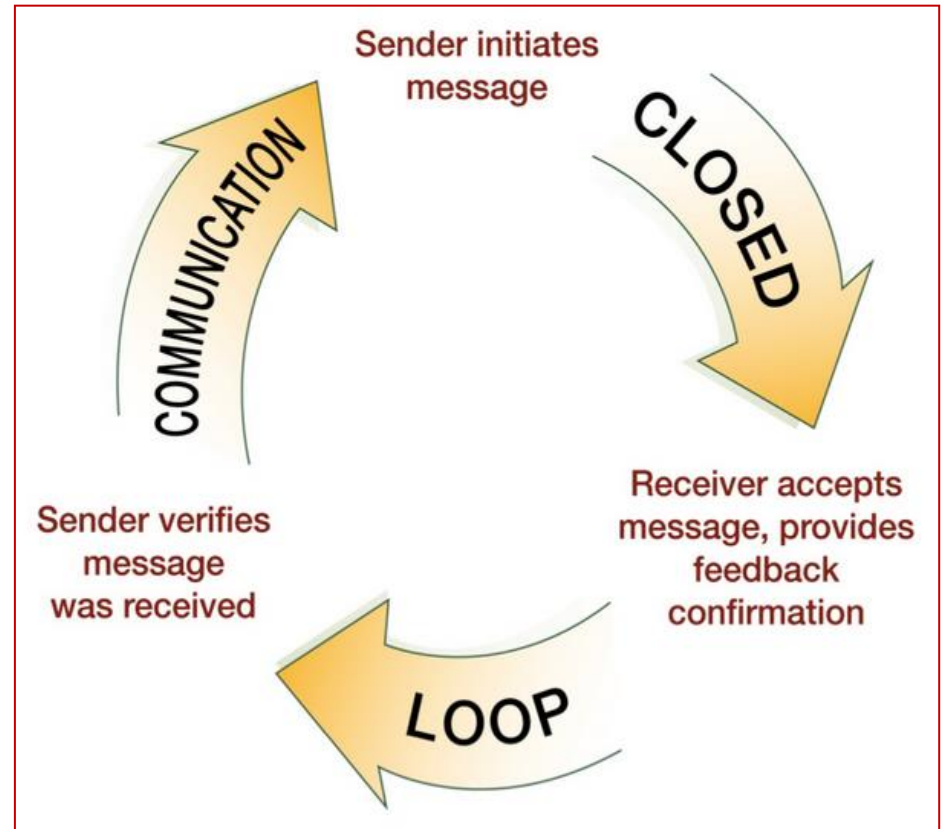
RICORDIAMOCI CHE LA CONSEGNA COMUNICATIVA E':

Uno scambio di informazioni BIDIREZIONALI,
IMPLICANDO INTERAZIONE DI SOGGETTI
DIVERSI:

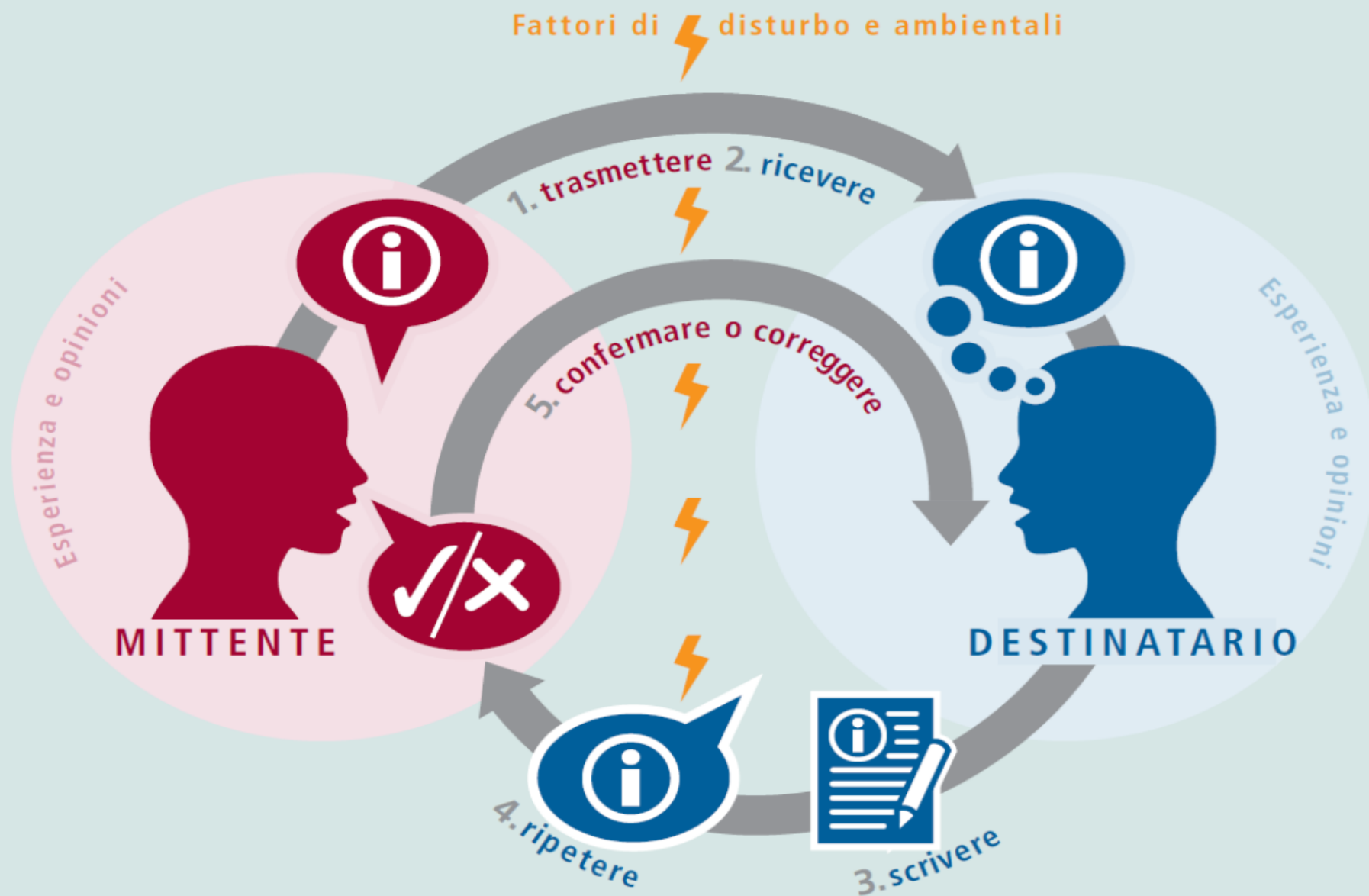
- **EMITTENTE**, da cui si origina il messaggio
- **RICEVENTE**, in grado di percepire, decodificare ed interpretare il messaggio stesso e divenire a sua volta **EMITTENTE DI RITORNO**

STRATEGIE

- **Non utilizzare abbreviazioni**
- **Non interrompere**, lasciare le domande alla fine
- **Read Back: SCRIVERE COSA SI ASCOLTA E POI LEGGI E CHIEDI CONFERMA**
- **Repeat Back: RIPETI QUELLO CHE HAI ASCOLTATO E CHIEDI CONFERMA**

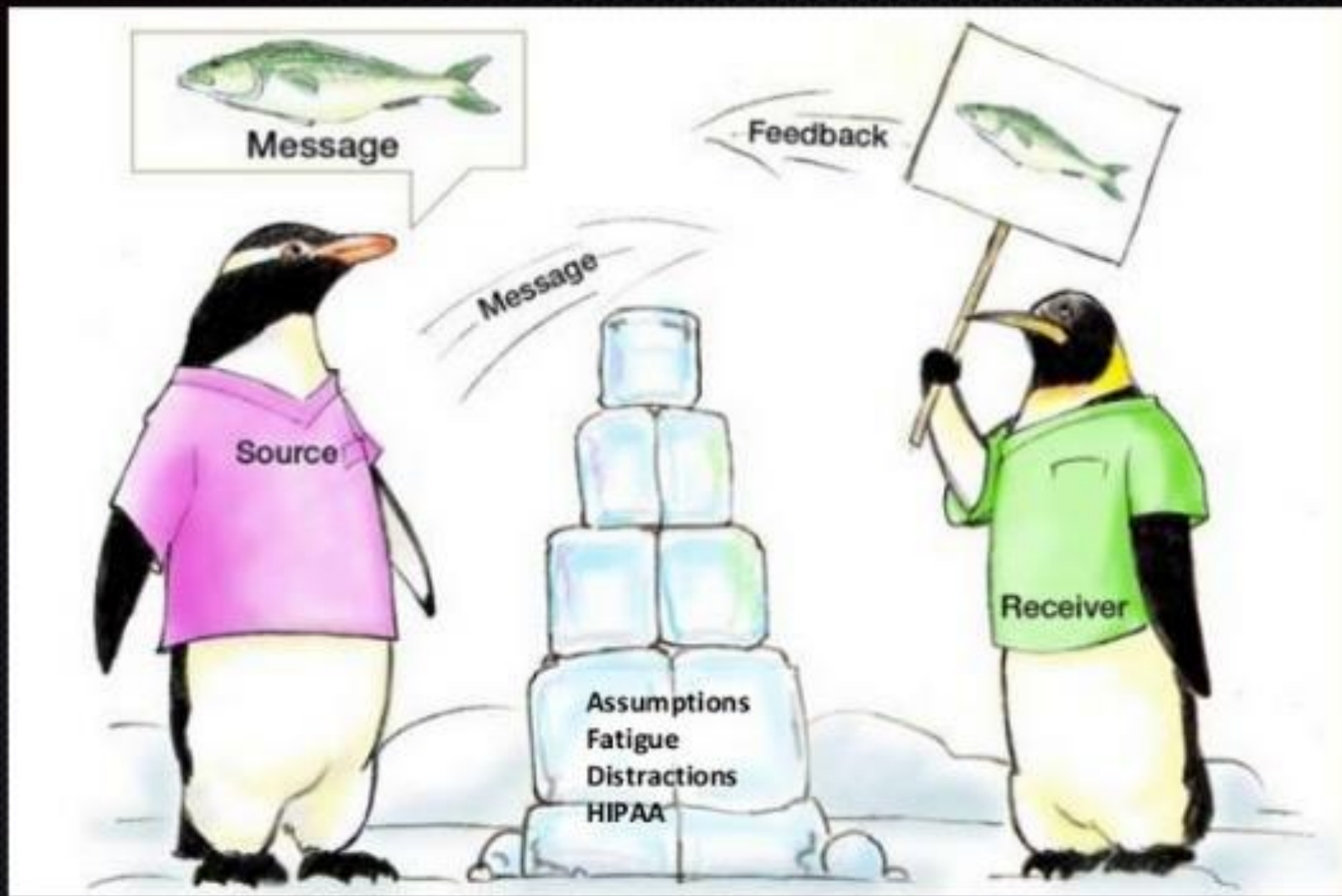


Principio read-back/repeat-back ampliato





L' ARTE DELL' ASCOLTO



INFORMAZIONI RILEVANTI DEVONO ESSERE DATE
LENTAMENTE CHIARAMENTE RIPETUTE SE
NECESSARIO



**La musica non è solo fatta di note,
ma piuttosto dello spazio tra le note.**

Claude Debussy



**Senza coinvolgimento non c'è dedizione.
Segnatelo e sottolinealo per non
dimenticartene.**

Senza coinvolgimento, non c'è impegno.

Stephen R. Covey

APPLICAZIONE DEL METODO SBAR

ESERCITAZIONE PRATICA

- Dividiamoci in **3 gruppi**
- Ogni gruppo individua un **team leader**
- Ogni gruppo legga il proprio **caso**
- **Sviluppare la consegna comunicativa descritta con metodologia SBAR**
- Decidere chi farà l' **emittente** e chi il **ricevente**
- **Simulare** con metodologia **SBAR**

APPLICAZIONE DEL METODO SBAR

ESERCITAZIONE PRATICA

- **Caso 1** –Consegna tra medico specializzando e medico strutturato di reparto-
- **Caso 2** –Consegna infermieristica in pronto soccorso al cambio turno-
- **Caso 3** –Infermiera che contatta il medico di guardia per comunicare un'urgenza-

CASO 1 - CONSEGNA TRA MEDICO SPECIALIZZANDO E MEDICO STRUTTURATO DI REPARTO -

Nel reparto di Chirurgia Generale e Specialistica il giorno 20 Aprile di pomeriggio è in turno il Dr Carlo Bianchi medico Specializzando, 2 infermiere e 1 OSS.

Il giorno 19 Aprile accede in PS la paziente VM di anni 55 per sanguinamento gastrointestinale, viene ricoverata nel reparto di Chirurgia Generale e Specialistica.

Alle ore 21.30 giunge a reparto, il personale OSS accompagna la paziente alla stanza 3 letto 15. Paziente in buone condizioni generali, l'infermiera di turno rileva parametri vitali : pressione arteriosa 102/80, 94 battiti al minuto, atti respiratori 16 al minuto e saturazione 98% in aria ambiente.

La paziente viene visitata dal medico di guardia; condizioni generali discrete, addome trattabile, visionati esami ematici prelevati in PS , emoglobina 7gr/dl, si richiedono 2 sacche di sangue. Prelevata prova crociata e inviata richiesta al servizio Trasfusionale, dopo un ora il sangue viene consegnato al reparto e la paziente viene trasfusa.

Il Medico prescrive controllo dell'emocromo per la mattina e rilevazione PA 3 volte die; anamnesi positiva per ipertensione. La signora riposa tutta la notte.

La mattina ore 7.00, prelevati esami ematici come da prescrizione medica e rilevati PV valori sovrapponibili alla rilevazione d'ingresso.

Di pomeriggio, 15.30 circa, i familiari della paziente chiamano il personale infermieristico riferendo che la loro congiunta lamenta dolore al petto.

Rilevati parametri vitali e avvisato il medico di guardia, il Dr Bianchi.

La pressione arteriosa è 90/50, pulsazioni 124 battiti/minuto, atti respiratori 18 al minuto, si applica Pulsossimetro che rileva saturazione in aria ambiente 92%.

Il Dr Bianchi si reca a letto della paziente che in evidente stato di agitazione appare pallida, sudata e lamenta dolore retrosternale; il medico visita la paziente che si mobilita con difficoltà.

Il Medico visiona la Cartella Clinica, ultima emoglobina prelevata alle 7.00 valore 9.5 gr/dl, fa eseguire ECG urgente, Ossigeno terapia con cannula nasale ed esami di laboratorio (inclusa la troponina)

Il Dr Bianchi chiama il Dr. Rossi Mario, Direttore del Reparto, chiedendo se quello fatto fin ora era sufficiente e se poteva venire anche lui a valutare la paziente, sospettando un nuovo episodio di sanguinamento e non potendo escludere un infarto cardiaco.

CASO 2 - CONSEGNA INFERMIERISTICA IN PRONTO SOCCORSO AL CAMBIO TURNO-

Nel reparto di Pronto Soccorso il 5 Maggio alle ore 12.00 è stato accettato un paziente di sesso maschile RM, 80 anni, il paziente riferisce che alle ore 10.00 circa è caduto accidentalmente a casa mentre si recava in bagno scivolando sul tappetino e battendo la testa sul pavimento.

Il paziente, accompagnato dalla figlia, viene triagiato e gli viene attribuito il codice Giallo, riporta trauma cranico e FLC in regione nucale.

Accompagnato in sala visite 3 , viene visitato dal medico di guardia, il paziente ricorda l'accaduto non ha perso conoscenza, non ha segni neurologici focali, non ha storie di epilessia né di abuso di sostanze alcoliche, GCS 15, anamnesi allergica negativa, non assume farmaci, non presenta comorbidità, pz vaccinato per il tetano.

Parametri vitali nella norma: PA 120/80, FC 90 battiti minuto, FR nella norma, SpO2 97 in aria ambiente, non ha presentato episodi di vomito.

Il paziente riferisce cefalea ingravescente, si somministra una compressa di paracetamolo 1 gr.

La Ferita è stata detersa, medicata e suturata con 3 punti.

Richiesta TAC cranio .

Il medico decide di trattenere il paziente in OBI per un'osservazione clinica di almeno sei ore con monitoraggio del GCS, stato di coscienza, valutazione del dolore, comparsa di vomito e comparsa sintomi neurologici (in applicazione del protocollo aziendale per trauma cranico del paziente a rischio intermedio)

CASO 3 -INFERMIERA CHE CONTATTA IL MEDICO DI GUARDIA PER COMUNICARE UN URGENZA-

Nella Clinica Ortopedica dell'Azienda Ospedaliera è ricoverato nella stanza 2 letto 20 un uomo Bianchi Mario 70 anni; il paziente si ricovera il 4 maggio per una frattura traumatica del malleolo peroneale.

Il 5 maggio viene praticata riduzione della frattura e stabilizzazione con dei mezzi di sintesi.

La caviglia è stata poi immobilizzata con apparecchio gessato.

Il paziente è in trattamento con profilassi anti-trombo-embolica con Enoxieparina e paracetamolo per alleviare il dolore. Il decorso del paziente appare tranquillo.

Il 9 maggio alle 11.00 all'improvviso il paziente chiama il personale infermieristico riferendo *“affanno”, “fame d'aria”, “senso di peso sul torace” ed “incapacità di effettuare un respiro profondo”*.

Paziente piuttosto ansioso e sofferente, l'infermiera rileva PV -saturazione in aria ambiente 88%, la frequenza respiratoria è di 24 atti/minuto, pressione 85/50, polso 110 battiti al minuto.

Applica ossigeno terapia (6 litri) la saturazione sale a 93%

L'infermiera preoccupata per lo stato di sofferenza del paziente chiama il medico chiedendo un rapido intervento e chiede cosa può fare in attesa del suo arrivo.

SCHEDA ESEMPLIFICATIVA

S SITUATION -SITUAZIONE- • Presentarsi e controllare che si stia parlando con la persona giusta • Identificare il paziente per cui si sta chiamando (chi e dove) • Precisare qual è il problema vero o presunto • Comunicare ciò che si ritiene essere o sembrare il problema attuale • Indicare ciò per cui si ha bisogno di aiuto • Frasi utili: -il problema sembra essere cardiaco/ respiratorio/ neurologico/ sepsi -non sono sicuro di quale sia il problema, ma il paziente si sta deteriorando -il paziente è instabile, peggiora ed ha bisogno di aiuto	
B BACKGROUND -ANAMNESI- • Informazioni di base sul paziente. • Motivi del ricovero • Anamnesi patologica prossima	
A ASSESSMENT -VALUTAZIONE- • Includere osservazioni specifiche e segni vitali basati sull'approccio ABCDE • Airway (vie aeree) • Breathing (respirazione) • Circulation (circolo) • Disability (stato neurologico) • Exposure (esposizione) Il punteggio Early Warning è ...	
R RECOMMENDATION -CONSIGLI- • Dire chiaramente ciò che si desidera che il collega chiamato venga a fare • Cosa da quando? • Frasi utili: -ho intenzione di iniziare la seguente terapia: mi puoi suggerire qualcos'altro? -sto per effettuare i seguenti esami:.... puoi suggerire qualcos'altro? -se non ci sono miglioramenti, quando vorresti essere richiamato? -non penso di dover far altro: vorrei che tu venissi a vederlo subito	

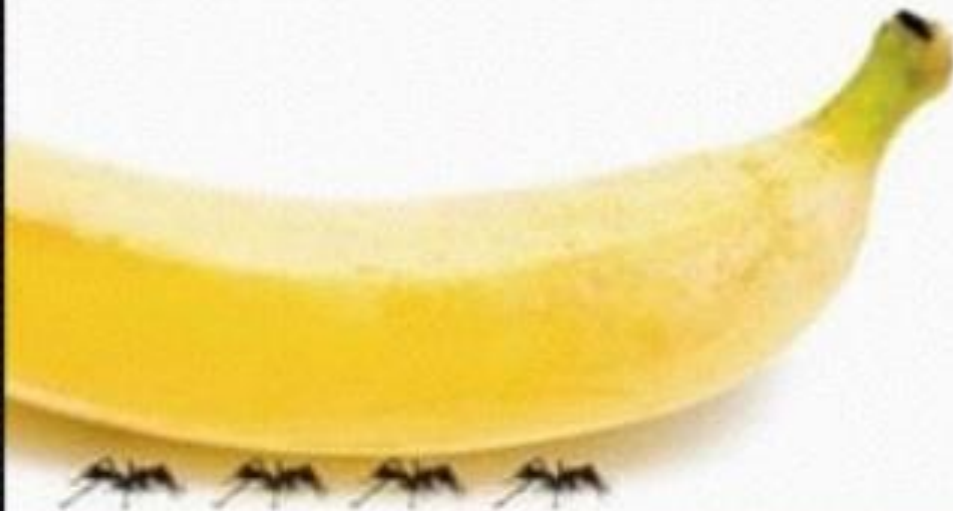
SITUATION Qual è il problema principale, attuale fonte di preoccupazione? Cosa sta succedendo che è cambiato?	Dr. Rossi, sono il Dr. Bianchi, lo specializzando di turno oggi. Chiamo per la Signora Maria Verdi, 55 anni, stanza 3 letto 15. La signora è pallida, sudata e lamenta senso di oppressione in sede retrosternale.
BACKGROUND Qual è il background clinico del paziente in riferimento al problema o alla preoccupazione principale?	Ricoverata ieri, per sanguinamento gastrointestinale per il quale ha ricevuto 2 sacche di sangue. Al momento del ricovero i parametri vitali erano: PA 120/80, FC 94 battiti al minuto, FR 16 al minuto e saturazione 98% in aria ambiente. Ha anamnesi positiva per ipertensione. Ultimo valore emoglobina 9.5 gr/dl.
ASSESSMENT Qual è la sua situazione clinica attuale?	Rilevati parametri vitali, al momento, PA 90/50 FC 124 battiti /minuto, FR 40, SaO2 92% (aria ambiente) Penso che possa avere in atto un nuovo episodio di sanguinamento e non si può escludere un infarto del miocardio.
RECOMMENDATION Cosa è necessario fare?	Ho fatto mettere ossigeno mediante cannula nasale e ho fatto eseguire un ECG in urgenza e alcuni esami di laboratorio (inclusa la troponina). Avrei bisogno che venisse anche lei a valutare la paziente. C'è qualcos'altro che devo fare mentre la aspetto?

SITUATION Qual è il problema principale, attuale fonte di preoccupazione? Cosa sta succedendo che è cambiato?	IN OBI C'E' ROSSI MARIO , 80 ANNI E' ENTRATO PER TRAUMA CRANICO E FERITA LACERO CONTUSA DELLA NUCA
BACKGROUND Qual è il background clinico del paziente in riferimento al problema o alla preoccupazione principale?	ALLE 10.00 CIRCA DI QUESTA MATTINA E' CADUTO MENTRE ANDAVA IN BAGNO BATTENDO LA TESTA. RICORDA L'ACCADUTO, NON HA PERSO CONOSCENZA, NON HA SEGNI NEUROLOGICI FOCALI, NON HA STORIE DI EPILESSIA NÉ DI ABUSO DI SOSTANZE ALCOLICHE, GCS 15, ANAMNESI ALLERGICA NEGATIVA, NON ASSUME FARMACI, NON PRESENTA COMORBILITÀ, PZ VACCINATO PER IL TETANO.
ASSESSMENT Qual è la sua situazione clinica attuale?	Ha GCS 15, PV nella norma e non ha avuto vomito La ferita è stata suturata e medicata. E' vaccinato per il tetano. gli abbiamo somministrato una compressa di paracetamolo 1 gr per cefalea ingravescente
RECOMMENDATION Cosa è necessario fare?	Lo teniamo in osservazione in OBI come da protocollo aziendale per i traumi cranici rischio intermedio. Deve eseguire TAC cranio. E' accompagnato dalla figlia.

S ITUATION Qual è il problema principale, attuale fonte di preoccupazione? Cosa sta succedendo che è cambiato?	<i>Sono l'infermiera Rossi Stefania, chiamo per il sig. Bianchi 70 anni, della stanza 2, letto 20 all'improvviso il paziente è diventato dispnoico</i>
B ACKGROUND Qual è il background clinico del paziente in riferimento al problema o alla preoccupazione principale?	<i>Il sig. Rossi è entrato 5 giorni fa per una riduzione urgente di frattura. E' in terapia con Enoxieparina per la profilassi della TVP</i>
A SSESSMENT Qual è la sua situazione clinica attuale?	<i>La saturazione in aria ambiente era del 88%, con l'ossigeno (a 6 litri) è salita al 93%, frequenza respiratoria 24 atti/minute, pressione 85/50, 11° battiti al minuto. Non so di cosa si tratti ma il suo attuale stato di sofferenza mi preoccupa</i>
R ECOMMENDATION Cosa è necessario fare?	<i>Ho bisogno che venga a vedere il paziente in tempi rapidi Cosa posso fare in attesa del suo arrivo? "Vuole che contatto la radiologia per fare il torace?"</i>

**"IF EVERYONE IS MOVING FORWARD
TOGETHER, THEN SUCCESS TAKES CARE
OF ITSELF"**

- HENRY FORD



Che messaggio portiamo in Reparto?

Handover -Consegna comunicativa-

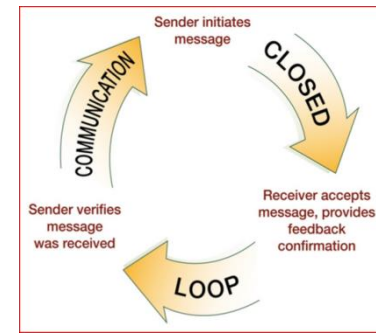
- fattore chiave per garantire appropriatezza, efficacia e sicurezza dei trattamenti sanitari;
- fattore chiave per pianificare l'assistenza e garantire continuità assistenziale;
- fattore chiave per garantire «consapevolezza situazionale» e modello mentale corrispondente al vero;
- non si improvvisa.



Che messaggio portiamo in Reparto?

SBAR

- E' bene cominciare ad utilizzarlo per standardizzare tutti i passaggi di informazione verbali che non verbali, tra operatori e tra equipe in tutti i servizi sia in ambito di routine che nell'emergenza
- Permette di trasmettere informazioni pertinenti e sintetiche
- Permette di conoscere gli eventi verificatisi e permette di gestire le attività future.





SITUATION

What is going on with the patient right now?

- Identify yourself.
- Identify the patient.
- State the problem concisely.

BACKGROUND

What is the background on this patient?

How did we get to this point?

- Review the chart.
- Anticipate questions.
- State the relevant medical issues.

ASSESSMENT

What do I think the issue is?
Why am I concerned?

- Provide your observations & evaluations of the patients.

RECOMMENDATION

What should we do to respond to this situation?

- Suggest what should be done to meet the patient's immediate needs.



Grazie per l'attenzione