

iaBPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Transizioni di cura

Marzo 2014

Clinical Best
Practice Guidelines

MARCH 2014

Care Transitions



Traduzione a cura di Noemi Colangelo

noemi.colangelo@aosp.bo.it

Centro Studi EBN

Azienda Ospedaliero-
Universitaria di Bologna

 **RNAO** Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario

Interpretazione delle Evidenze

Livello	Fonte dell'evidenza
Ia	Evidenza ottenuta da meta-analisi o revisioni sistematiche di studi randomizzati e controllati, e/o sintesi di studi multipli principalmente di ricerca quantitativa.
Ib	Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato randomizzato.
IIa	Evidenza ottenuta da almeno uno studio controllato ben progettato senza randomizzazione.
IIb	Evidenza ottenuta da almeno un altro tipo di studio semi-sperimentale ben progettato, senza randomizzazione.
III	Evidenza ottenuta da studi descrittivi non sperimentali ben progettati, come studi comparativi, correlazione studi e casi di studio.
IV	Evidenza ottenuta da relazioni di comitato di esperti o opinioni e / o esperienze cliniche di autorevolezza rispettata.

Adattato da "Sistema di valutazione dei segni 1999-2012", dalla rete di linee guida intercollegiali scozzesi (SIGN), 2012, in SIGN 50: Manuale di sviluppo delle linee guida
Disponibile su <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>

Riepilogo delle raccomandazioni

Raccomandazioni cliniche

	RACCOMANDAZIONI	Livello
1.0 Accertamento	Raccomandazione 1.1: Valutare i requisiti di cura attuali e in evoluzione del paziente al momento del ricovero, regolarmente durante un episodio di cura, in risposta a un cambiamento dello stato di salute o delle esigenze di assistenza, al cambio di turno e prima della dimissione.	Ia
	Raccomandazione 1.2: Ottenere la "migliore storia farmacologica possibile" durante le transizioni di cura utilizzando un processo strutturato e sistematico per raccogliere le informazioni sui farmaci dell'utente che includono dose, frequenza e via di somministrazione.	IIb
	Raccomandazione 1.3: Valutare la preparazione fisica e psicologica del paziente per la transizione assistenziale.	III
	Raccomandazione 1.4: Valutare il paziente, la sua famiglia e il personale sanitario per comprendere i fattori che influenzano l'abilità e le strategie di auto-cura prima, durante e dopo una transizione.	III
	Raccomandazione 1.5: Valutare le esigenze di apprendimento e le informazioni del paziente, della sua famiglia e dei caregivers per l'autogestione delle cure prima, durante e dopo una transizione.	III

Transizioni di cura

2.0 Pianificazione	Raccomandazione 2.1: Collaborare con il paziente, la sua famiglia, i caregivers e il team interprofessionale per sviluppare un piano di transizione che supporti le esigenze uniche del paziente promuovendo al tempo stesso la sicurezza e la continuità delle cure.	Ia
	Raccomandazione 2.2: Utilizzare una comunicazione efficace per condividere le informazioni sui pazienti tra i membri del team interprofessionale durante la pianificazione della transizione assistenziale.	III
3.0 Implementazione	Raccomandazione 3.1: Educare il paziente, la sua famiglia ed i caregivers sulla transizione assistenziale durante l'assistenza di routine, adattando le informazioni alle loro esigenze e alla fase del processo di assistenziale.	III
	Raccomandazione 3.2: Utilizzare strumenti di documentazione standardizzati e strategie di comunicazione per uno scambio chiaro e tempestivo delle informazioni dei pazienti nelle transizioni assistenziali.	IIb
	Raccomandazione 3.3: Ottenere informazioni accurate e complete sui farmaci del paziente per la transizione assistenziale.	IV
	Raccomandazione 3.4: Istruire il paziente sulle strategie di autogestione per promuovere la fiducia nella propria capacità di prendersi cura di se stesso durante la transizione assistenziale.	IIb
4.0 Valutazione	Raccomandazione 4.1: Valutare l'efficacia della pianificazione della transizione sul paziente, sulla sua famiglia e sul personale sanitario prima, durante e dopo una transizione.	IV
	Raccomandazione 4.2: Valutare l'efficacia della pianificazione della transizione sulla continuità dell'assistenza.	Ia
	Raccomandazione 4.3: Valutare l'efficacia della comunicazione e dello scambio di informazioni tra il paziente, la sua famiglia, i caregivers e il personale sanitario durante le transizioni di cura.	IV

Raccomandazioni educative

	RACCOMANDAZIONI	Livello
5.0 Educazione	Raccomandazione 5.1: Gli operatori sanitari utilizzano la formazione continua per migliorare le specifiche conoscenze e abilità richieste per un efficace coordinamento delle transizioni assistenziali.	Ia IV
	Raccomandazione 5.2: Le istituzioni educative incorporano queste le linee guida nei programmi di studio di base e interprofessionali, in modo che tutti i professionisti sanitari ricevano le conoscenze e le competenze basate sull'evidenza necessarie per valutare e gestire le transizioni di cura del paziente.	IV

Raccomandazioni organizzative e politiche

	RACCOMANDAZIONI	Livello
6.0 Organizzazione e politica	Raccomandazione 6.1: Stabilire le transizioni di cura come priorità strategica per migliorare la qualità della cura e della sicurezza del paziente.	III
	Raccomandazione 6.2: Fornire risorse umane, materiali e fiscali sufficienti e adottare le soluzioni organizzative necessarie per supportare il team interprofessionale nelle transizioni assistenziali.	III
	Raccomandazione 6.3: Sviluppare politiche standardizzate a livello di organizzazione.	III
	Raccomandazione 6.4: Stabilire sistemi organizzati per la comunicazione delle informazioni sul paziente durante le transizioni assistenza al fine di soddisfare tutti i requisiti normativi sulla privacy, sulla sicurezza e legislativi.	IV
	Raccomandazione 6.5: Includere le transizioni assistenziali nei sistemi di misura delle prestazioni dell'organizzazione per supportare iniziative di miglioramento dei risultati del paziente ed il funzionamento del team interprofessionale.	III

Terminato il 13 giugno 2018