



CONDIVIDERE PER COLLABORARE: CREAZIONE DI UN DOCUMENTO DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE PER MIGLIORARE LA CONTINUITÀ DELLE CURE IN ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA

Aurélie Zanarotto

Infermiera

U.O.C. Oncoematologia Pediatrica e TCSE –AOUI Verona



CONGRESSO
INFERMIERISTICO
AIEOP

ROMA, 23-24 Settembre 2025
CENTRO CONGRESSI
UNIVERSITÀ CATTOLICA
DEL SACRO CUORE

La sottoscritta Aurélie Zanarotto

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 17 del Reg. Applicativo dell'Accordo Stato-Regione del 5 novembre 2009, dichiara:

- che negli ultimi due anni NON ha avuto rapporti diretti di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*
- che negli ultimi due anni ha avuto rapporti diretti di finanziamento con i seguenti soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario*

Paziente oncoematologico pediatrico e complessità assistenziale

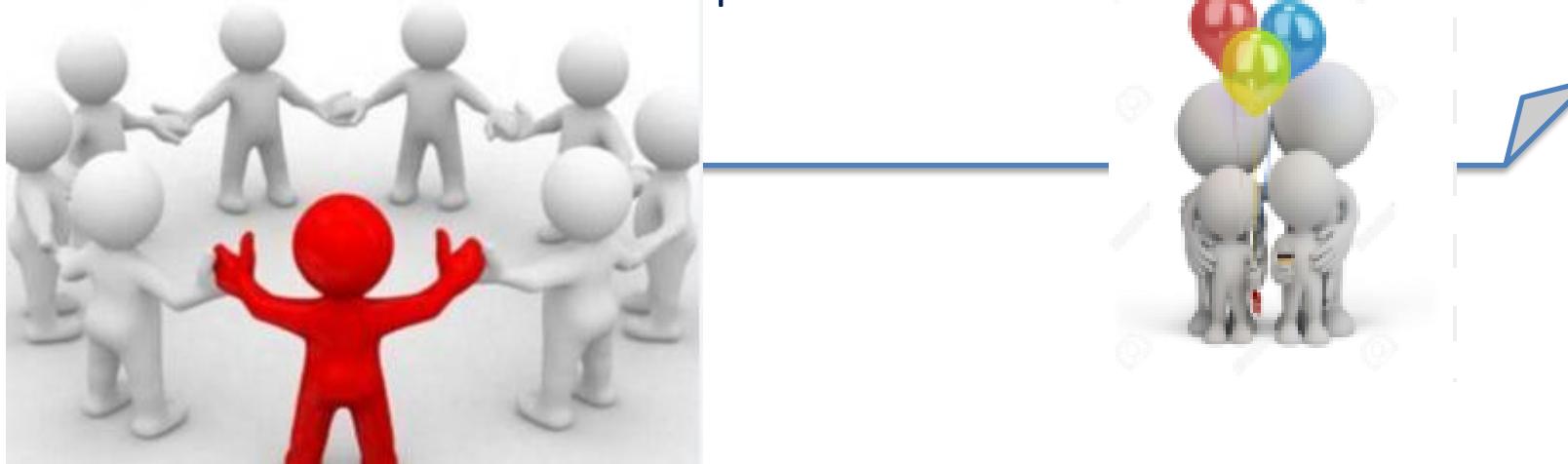


Berman DA, Keller d., Kuo DZ, et al. *Costs add use - for children with medical complexity in care management program.* Pediatrics 2020; 145 (4)

Cohen E., Kuo DZ, Agrawal R., et al. *Children with medical complexity; an emerging population for clinical and research initiatives.* Pediatrics 2011; 127: 529-538

Il Caring dell'unità bambino - famiglia

In età evolutiva, è importante basare le cure avendo una visione globale, considerando entità unica, l'unità “bambino-famiglia”, per garantire un'assistenza adeguata in tutte le fasi del percorso di cura.



Berman DA, Keller d., Kuo DZ, et al. *Costs add use - for children with medical complexity in care management program*. Pediatrics 2020; 145 (4)

Cohen E., Kuo DZ, Agrawal R., et al. *Children with medical complexity; an emerging population for clinical and research initiatives*. Pediatrics 2011; 127: 529-538

La collaborazione in team



E' un processo complesso,
influenzato da fattori
organizzativi e individuali

E' un obbligo professionale



E' essenziale: migliora la pratica
clinica e aumenta la qualità
dell'assistenza

Marcomini I, Pendoni R, Pauciulo V, et al. *Nurse to Nurse Collaboration*. JONA.

Dougherty MB, Larson EL. *The Nurse Nurse Collaboration Scale*. JONA J Nus Adm. 2010 Jan; 40(1):17-25.

Sherwood G, Barsteiner J. *Quality Mar 2024; Vol.54(3);: 184-189. and safety in nursing: a competency approach to improving outcomes*. 2017.

Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, et al. *Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care*. Am Psychol. 2018 May;73(4):433-50.



Collaborare per condividere



Handover: processo di trasferimento delle informazioni sulla situazione di un paziente, delle responsabilità (anche medico-legali) e del controllo sul paziente, da un professionista sanitario a un altro, afferenti o meno allo stesso reparto.



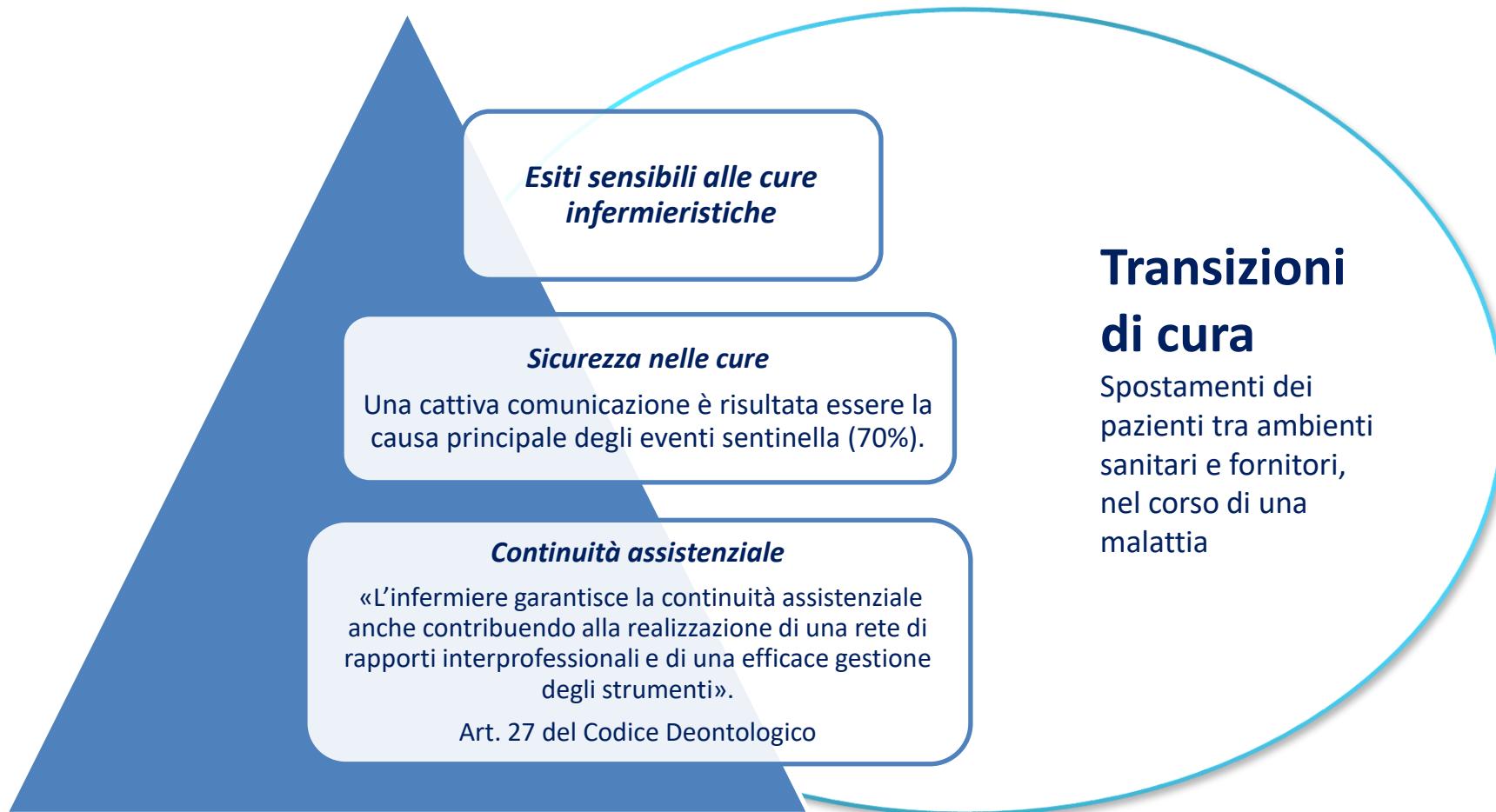
La *documentazione sanitaria* comprende tutti quei documenti che gli operatori sanitari compilano nell'esercizio della loro attività. E' lo strumento di lavoro attraverso cui gli operatori delle varie discipline si scambiano le informazioni fondamentali per la cura del paziente.

L'infermiere, quale professionista autonomo, ha la responsabilità della corretta gestione della documentazione clinica.
Legge n. 42/1999 e n. 251/2000

E' uno strumento con funzione clinico – assistenziale, gestionale, di ricerca, amministrativa e giuridica, in continua evoluzione

L'implementazione di strumenti strutturati per il passaggio di consegne, migliora il trasferimento delle informazioni e aumenta la soddisfazione professionale.

Continuità, sicurezza ed esiti alle cure



Talya Bordin-Wosk, et al. *Handoffs, Care Transitions, and Readmissions*. Med Clin N Am 109 (2025) 1047–1060.

Smeulers M, Van Tellingen IC, Lucas C, Vermeulen H. *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients*. Cochrane Database Syst Rev. 2012.

Esiti sensibili alle cure infermieristiche



Condizioni, comportamenti o percezioni dell'assistito o della sua famiglia. Sono dei dati misurabili, concettualizzati come variabili, influenzati e sensibili alle cure infermieristiche.

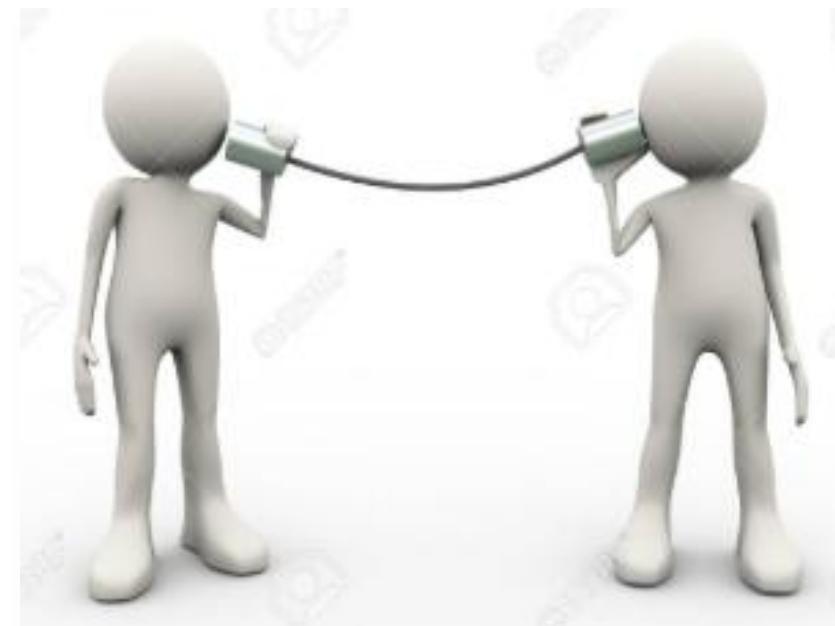


Comprendono cambiamenti nello stato di salute, nelle conoscenze acquisite, nel comportamento fino ad influenzare i risultati di cura e la soddisfazione del paziente.



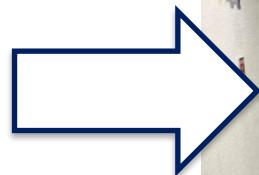
La loro misurazione permette una cura con un rapporto costo - beneficio più efficace, migliora la soddisfazione dei pazienti, accresce la collaborazione con le altre figure professionali, ma soprattutto aumenta gli outcome sul malato.

Le transizioni di cura in Oncoematologia Pediatrica di Verona



Transizioni di cura «porta a porta»

Degenze



Day Service



Nurse Nurse Collaboration Scale

E' uno strumento che valuta la collaborazione tra infermieri, composta da 35 dichiarazioni suddivise in cinque domini:

- gestione dei conflitti
- comunicazione
- condivisione dei processi
- coordinamento
- professionalità

Le opzioni di risposta sono distribuite su una scala Likert a 4 punti.

Adattamento semantico e culturale per la versione italiana: solo 23 dichiarazioni



THE JOURNAL OF NURSING ADMINISTRATION

JONA

Volume 40, Number 1, pp 17-25

Copyright © 2010 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins

The Nurse-Nurse Collaboration Scale

Mary B. Dougherty, DNSc, RN

Elaine L. Larson, PhD, RN

Dougherty MB, Larson EL. *The Nurse Nurse Collaboration Scale*. JONA J Nus Adm. 2010 Jan; 40(1):17-25.

Marcomini I, Pendoni R, Rosa D, Locatelli G, Milani et al. *The first validation of the Nurse - Nurse Collaboration Scale*. Acta Biomed 2021; Vol 93 (2).

Nurse Nurse Collaboration Scale: i risultati

Acta Biomed 2021; Vol. 93, Supplement 2: e2022148

DOI: 10.23750/abm.v93iS2.12353

© Mattioli 1885

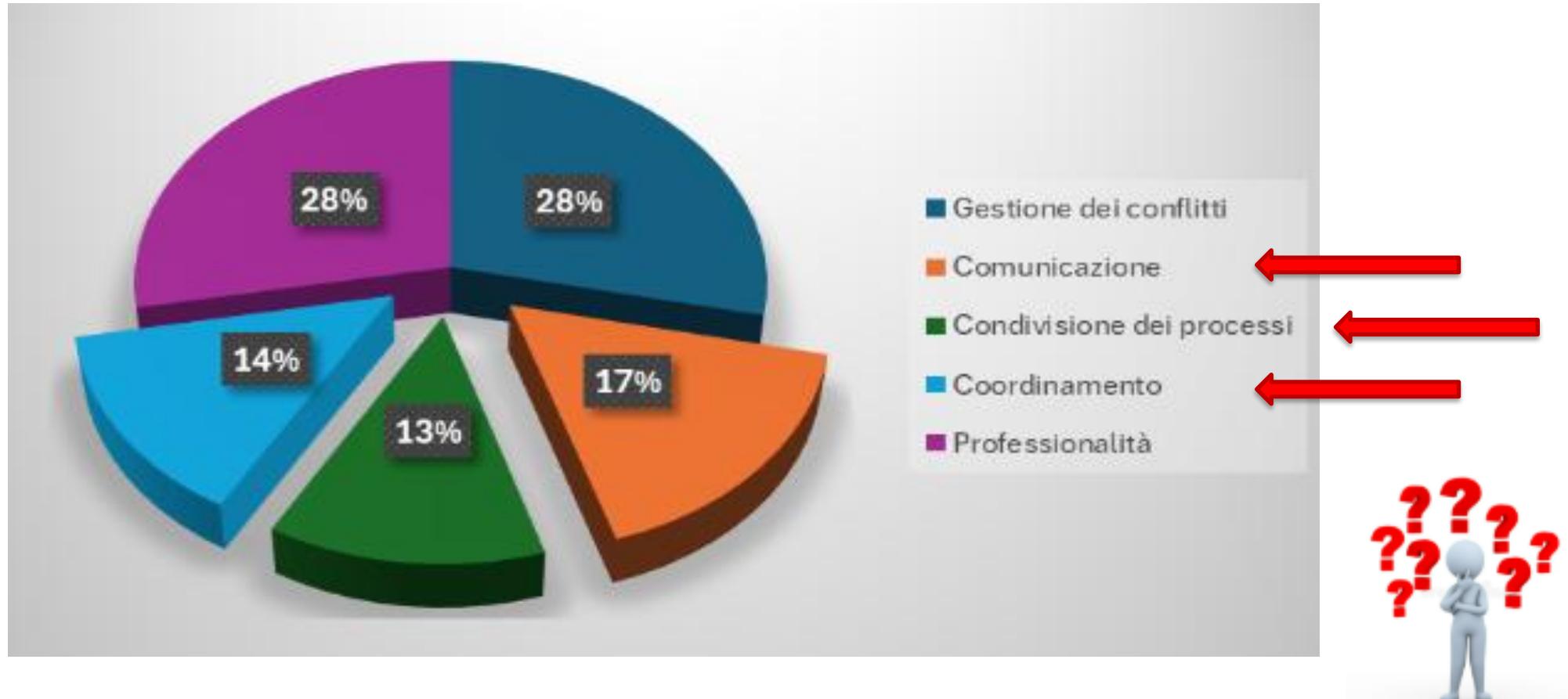
ORIGINAL ARTICLE

The first Italian validation of the Nurse-Nurse Collaboration Scale

Ilaria Marcomini¹, Roberta Pendoni², Debora Rosa^{3}, Giulia Locatelli⁴, Laura Milani¹, Stefano Terzoni⁵, Serpil Celik Durmus⁶*

17 infermieri su 18 hanno compilato la NNCS partecipando all'indagine esplorativa

Nurse Nurse Collaboration Scale: i risultati



Obiettivi del progetto «condividere per collaborare»

Implementare la collaborazione tra il personale di degenza e di Day Service

Poter utilizzare una documentazione clinica con informazioni chiare, immediate e accurate

Fornire un'assistenza efficace, personalizzata e di qualità, all' unità «bambino - famiglia»

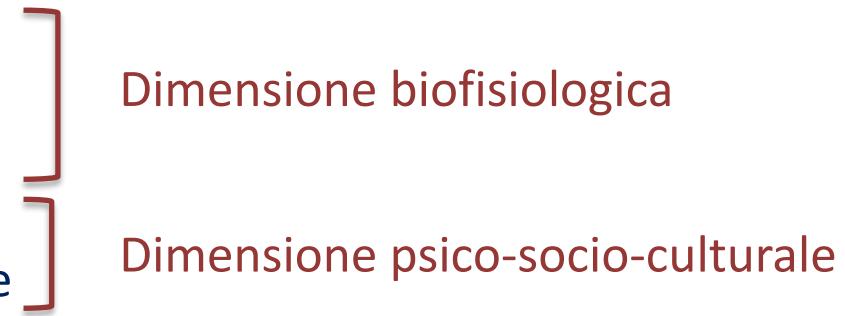


**SCHEDA DI
CONTINUITA'
ASSISTENZIALE**

Requisiti per la redazione della documentazione sanitaria

- ✓ Rintracciabilità: possibilità di risalire all'autore, al luogo e al momento (data) di svolgimento
- ✓ Chiarezza: da intendersi come leggibilità e comprensibilità del contenuto, estesa all'utilizzo di sigle, acronimi, modifiche
- ✓ Accuratezza: relativa alla correttezza e completezza dei dati riportati in funzione alla finalità del documento
- ✓ Attualità: attiene alla vicinanza del momento della compilazione di un documento rispetto al momento in cui è stata svolta l'azione da documentare
- ✓ Veridicità
- ✓ Pertinenza: i dati riportati sono dati personali sensibili che devono essere “non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti” (Codice della Privacy)
- ✓ Completezza: compilazione di tutti i dati previsti da uno specifico documento

Scheda di continuità assistenziale

- Strutturata in 5 macro aree, che indagano il benessere generale del paziente adottando una prospettiva «olistica»:
 1. Informazioni del paziente
 2. Terapie e trattamenti
 3. Aspetti assistenziali
 4. Aspetti socio culturali
 5. Assistenza multidisciplinare
 - Risposte chiuse, ma possibilità di approfondire se necessario in «nota»
 - Rapido accesso alle informazioni
- 

Scheda di continuità assistenziale, istruzioni per l'uso

- Formazione del personale con «video pillola» per introdurne l'utilizzo;
- Utilizzo della guida per criteri di compilazione (a chi è rivolta, temporalità di compilazione, collocazione delle schede compilate,...)

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La scheda di continuità assistenziale è uno strumento pensato per facilitare la trasmissione di informazioni sui pazienti pediatrici oncoematologici che transitano dal reparto di degenza al servizio di Day Service o viceversa.

A CHI È RIVOLTA?

L'utilizzo della scheda è indicato per tutti i pazienti pediatrici oncologici ed ematologici esclusi i pazienti emofilici e talassemici.

MODALITÀ DI COMPILAZIONE

La compilazione è affidata agli infermieri del reparto di degenza di Oncoematologia Pediatrica e di Day Service al momento della dimissione e in previsione del transito del paziente tra i due servizi.

La scheda è collocata all'interno di un faldone nominato "Schede di continuità assistenziale" reperibile in Day Service e nel reparto di degenze all'interno dell'ambulatorio infermieri.

Una volta compilata la scheda, questa deve essere aggiornata e modificata:

- ogni qual volta compaiono variazioni sulle condizioni assistenziali del paziente;
- nel momento di transizione del paziente tra il reparto di degenza di Oncoematologia Pediatrica e il Day Service e viceversa;
- nel caso in cui le due condizioni precedenti non si siano verificate, la scheda va comunque revisionata una volta al mese.

L'aggiornamento della scheda deve essere effettuato in ogni sua parte e non solo nella sezione di interesse variata. Tutte le schede devono essere archiviate in ordine cronologico secondo il numero indicato sulla scheda in modo da poter valutare e conservare le variazioni cliniche del paziente nel corso del tempo.

La scheda deve essere compilata in ogni sua parte anche qualora non ci siano informazioni cliniche da segnalare. Per esempio, se il paziente non ha patologie concomitanti oltre alla diagnosi principale barrare la casella "NO".

Qualora ci fossero delle specifiche da fare sulla relativa sezione compilare la sezione "note".

Etichetta paziente

Data di compilazione _____

Nome/Cognome Operatore: _____

NOTE

INFORMAZIONI PAZIENTE		DIAGNOSI Data diagnosi: _____					
PATOLOGIE CONCOMITANTI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
TRAPIANTO MIDOLLO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> AUTO	Nº: <input type="checkbox"/> Effettuato il: _____ <input type="checkbox"/> In previsione data: _____		
COMPLICANZE POST TRAPIANTO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
IN CARICO PRESSO ALTRE STRUTTURE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
DEAMBULAZIONE		<input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> CON AUSILI <input type="checkbox"/> ALLETTATO					
ACCESSI VENOSI		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> CVC		Ago di Huber _____ Tipo CVP: _____ Posiz. II _____ Tipo CVC: _____ Posiz. II _____			
ACCESSI SOTTOCUTANEI		<input type="checkbox"/> INSUFLON <input type="checkbox"/> SENSORE GLICEMIA		Posiz. II _____ Posiz. II _____			
TRATTAMENTO		<input type="checkbox"/> CURATIVO		<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Chemio <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> CHIRURGICO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> PALLIATIVO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Attivazione CPP	
ALLERGIE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Specificare: _____			
REAZIONI AVVERSE (Specificare in nota)		<input type="checkbox"/> ANALGOSEDAZIONE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> TRASFUSIONI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> GRC <input type="checkbox"/> PLT	In data: Premedicatione:
		<input type="checkbox"/> FARMACI		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> MEZZO DI CONTRASTO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> CHEMIOTERAPIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> IMMUNOTERAPIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
COMPLIANCE ASSUNZIONE TERAPIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					

		DOLORE (cronico)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede: Qualità Terapia Antalgica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NOTE	
ASPECTI ASSISTENZIALI	ALIMENTAZIONE	<input type="checkbox"/> AUTONOMA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> SNG		Data: _____ Calibro: _____		Motivo: _____	
		<input type="checkbox"/> PEG		Data: _____ Calibro: _____		Motivo: _____	
ELIMINAZIONE	URINARIA	SPONTANEA					
		CV		Posizionato il: _____ Motivo: _____ Calibro: _____			
		STOMIA		Posizionato il: _____ Tipo: _____ Motivo: _____			
	INTESTINALE	INDIPENDENTE					
		DIPENDENTE					
INTEGRITA' CUTANEA	STOMIA	Posizionato il: _____ Tipo: _____ Motivo: _____					
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Tipo: _____ Sede: _____ Medicazione: _____			
ASPECTI SOCIO-CULTURALI	PAZIENTE	PERCORSO DI CURA CONDIVISO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
					<input type="checkbox"/> COLLABORATIVO/PARTECIPANTE		
					<input type="checkbox"/> ISOLATO		
					<input type="checkbox"/> COLLERICO		
					<input type="checkbox"/> OPPONENTIVO		
					<input type="checkbox"/> INQUIETO		
					<input type="checkbox"/> PERCORSO PSICOLOGICO		
CAREGIVERS	COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE						
	PROBLEMI FAMILIARI			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON INDAGATI			
	RETE SOCIALE ATTIVA			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	BISOGNI TRANSCULTURALI			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE	ASSISTENTE SOCIALE			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	ATTIVAZIONE SCUOLA IN OSPEDALE			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE SUL TERRITORIO			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	ESPERIENZE EXTRAOSPEDALIERE			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
	FISIOTERAPISTA			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se sì, specificare: _____	
DIETISTA			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se sì, specificare: _____		
LOGOPEDISTA			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se sì, specificare: _____		
OSTEOPATA			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Se sì, specificare: _____		

Scheda di continuità assistenziale

INFORMAZIONI PAZIENTE

INFORMAZIONI PAZIENTE		NOTE
DIAGNOSI _____ Data diagnosi: _____		
PATOLOGIE CONCOMITANTI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
TRAPIANTO MIDOLLO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> AUTO <input type="checkbox"/> ALLO <input type="checkbox"/> CAR-T N°: _____ <input type="checkbox"/> Effettuato il: _____ <input type="checkbox"/> In previsione data: _____
COMPPLICANZE POST TRAPIANTO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
IN CARICO PRESSO ALTRE STRUTTURE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
DEAMBULAZIONE		<input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> CON AUSILI <input type="checkbox"/> ALLETTATO

INFORMAZIONI PAZIENTE

La prima sezione della scheda corrisponde alle informazioni cliniche relative al paziente.

INFORMAZIONI PAZIENTE	NOTE
DIAGNOSI Data diagnosi:	Inserire i dati relativi alla diagnosi principali per cui il paziente sta ricevendo le cure e la data in cui è stata effettuata la diagnosi.
PATOLOGIE CONCOMITANTI	Riportare le ulteriori patologie di cui il paziente è affetto oltre la diagnosi principale.
TRAPIANTO MIDOLLO	Riportare le informazioni riguardo al trapianto di midollo osseo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipologia di trapianto; ○ Data di eseguita o prevista infusione; ○ Eventuali recidive di malattia.
COMPPLICANZE POST TRAPIANTO	Riportare tutte le eventuali complicanze relative al trapianto di midollo osseo: <ul style="list-style-type: none"> ○ GVHD (specificare se cutanea, intestinale, acuta, cronica, etc.); ○ VOD; ○ Cistite emorragica; ○ Altro.

Scheda di continuità assistenziale

ACCESSI VENOSI		<input type="checkbox"/> NO	Ago di Huber _____	
		<input type="checkbox"/> CVP	Tipo CVP: _____ Posiz. II _____	
		<input type="checkbox"/> CVC	Tipo CVC: _____ Posiz. II _____	
ACCESSI SOTTOCUTANEI		<input type="checkbox"/> INSUFLON	Posiz. II _____	
		<input type="checkbox"/> SENSORE GLICEMIA	Posiz. II _____	
TERAPIA E TRATTAMENTI	<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Chemio <input type="checkbox"/> Immunoterapia <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> CHIRURGICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> PALLIATIVO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Attivazione CPP	
ALLERGIE		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Specificare: _____	
REAZIONI AVVERSE (Specificare in nota)	ANALGOSEDAZIONE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	TRASFUSIONI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> GRC <input type="checkbox"/> PLT	In data: Premedicazione:
	FARMACI	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	MEZZO DI CONTRASTO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	CHEMIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	IMMUNOTERAPIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
COMPLIANCE ASSUNZIONE TERAPIA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

COMPLIANCE ASSUNZIONE TERAPIA

Indicare se il paziente e/o il suo caregiver sono complianti al regime terapeutico:

- Assunzione di farmaci (es. giusto farmaco, giusta dose, giusto orario, eventuali interazioni, etc.)
- Assunzione di farmaci con la giusta modalità (es. stomaco pieno, stomaco vuoto, alimenti da evitare, etc.)
- Difficoltà all'assunzione di farmaci (es. compresse o sciroppi);

TERAPIE E TRATTAMENTI

La compliance all'assunzione della terapia può impattare sulla salute del malato molto più di qualunque possibile miglioramento terapeutico.

Scheda di continuità assistenziale

ASPETTI ASSISTENZIALI	NO			NOTE	
	DOLORE (cronico)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ASPECTI ASSISTENZIALI	DOLORE (cronico)		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Sede: Qualità Terapia Antalgica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	ALIMENTAZIONE		<input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data: _____ Calibro: _____ Motivo: _____	
			<input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data: _____ Calibro: _____ Motivo: _____	
			<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Data: _____ Calibro: _____ Motivo: _____	
	ELIMINAZIONE		SPONTANEA		
			URINARIA	CV	Posizionato il: _____ Motivo: _____ Calibro: _____
				STOMIA	Posizionato il: _____ Tipo: _____ Motivo: _____
			INDIPENDENTE		
			DIPENDENTE		
			INTESTINALE	STOMIA	Posizionato il: _____ Tipo: _____ Motivo: _____
INTEGRITA' CUTANEA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tipo: _____ Sede: _____ Medicazione: _____	IAU	
DOLORE (cronico) Riportare se il paziente soffre di dolore cronico, indicandone la localizzazione, la qualità del dolore (es. pulsante, trafiggente, sordo, lancinante, diffuso, etc.) , le cause e la frequenza di insorgenza. ALIMENTAZIONE AUTONOMA Indicare se il paziente è in grado di alimentarsi in autonomia senza disturbi della degluttazione o dell'accrescimento (es. necessità di integratori o supplementi orali), se ha disturbi del comportamento alimentare diagnosticati (bulimia, anoressia, disturbo da alimentazione incontrollata). Nel caso in cui siano presenti alterazioni della degluttazione, specificare quali e le diete prescritte. Segnalare esigenze alimentari emerse (es. carne halal, alimentazione kasher, vegetarianismo, veganesimo) e se è stata attivata una dieta ospedaliera dedicata.					

ASPETTI ASSISTENZIALI
 Dipendono dalla malattia e il suo decorso.
 L'esperienza di dolore può essere associato ad un'intensa reazione emotiva

Scheda di continuità assistenziale

ASPECTTI SOCIO-CULTURALI	PAZIENTE	PERCORSO DI CURA CONDIVISO		BISOGNI TRANSCULTURALI	
		<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
		<input type="checkbox"/> COLLABORATIVO/PARTECIPANTE			
		<input type="checkbox"/> ISOLATO			
		<input type="checkbox"/> COLLERICO			
		<input type="checkbox"/> OPPORTUNISTA			
		<input type="checkbox"/> INQUIETO			
		<input type="checkbox"/> PERCORSO PSICOLOGICO			
CAREGIVERS	COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE			Riportare eventuali segni di difficoltà del caregiver (esitazioni, risposte non coerenti richieste di ripetere, etc.)	
	PROBLEMI FAMILIARI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NON INDAGATI	Segnalare se è necessario ricercare o attivare strumenti utili per facilitare la comunicazione (materiale semplificato, immagini, schede tradotte, etc.)
	RETE SOCIALE ATTIVA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		Indicare se sono presenti differenze linguistiche che possono incidere sulla comunicazione o comprensione delle informazioni; segnalare se la difficoltà riguarda esclusivamente la lingua (→ attivazione di un interprete) o anche aspetti culturali che rendono complessa la comunicazione (→ attivazione di un mediatore culturale).
	BISOGNI TRANSCULTURALI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		Rilevare e indicare eventuali pratiche spirituali, culturali o personali significative che hanno valore di sostegno per la famiglia.
	ASSISTENTE SOCIALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	ATTIVAZIONE SCUOLA IN OSPEDALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE SUL TERRITORIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
	ESPERIENZE EXTRAOSPEDALIERE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		

ASPETTI SOCIO CULTURALI

La condivisione del percorso di cura è essenziale per gli outcome di salute, ma risulta molto influenzata dall'atteggiamento del paziente.

La malattia incide anche sul sistema di supporto sociale, sulle relazioni significative e sui ruoli all'interno di un nucleo familiare.

La cultura può influenzare gli atteggiamenti individuali e se condivisa può favorire la comunicazione.

Scheda di continuità assistenziale

ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE

Valutazioni, condivisione delle informazioni e monitoraggi per formulare un piano di cura coordinato e condiviso

ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE	FISIOTERAPISTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, specificare: _____
	DIETISTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, specificare: _____
	LOGOPEDISTA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, specificare: _____
	OSTEOPATA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Se sì, specificare: _____

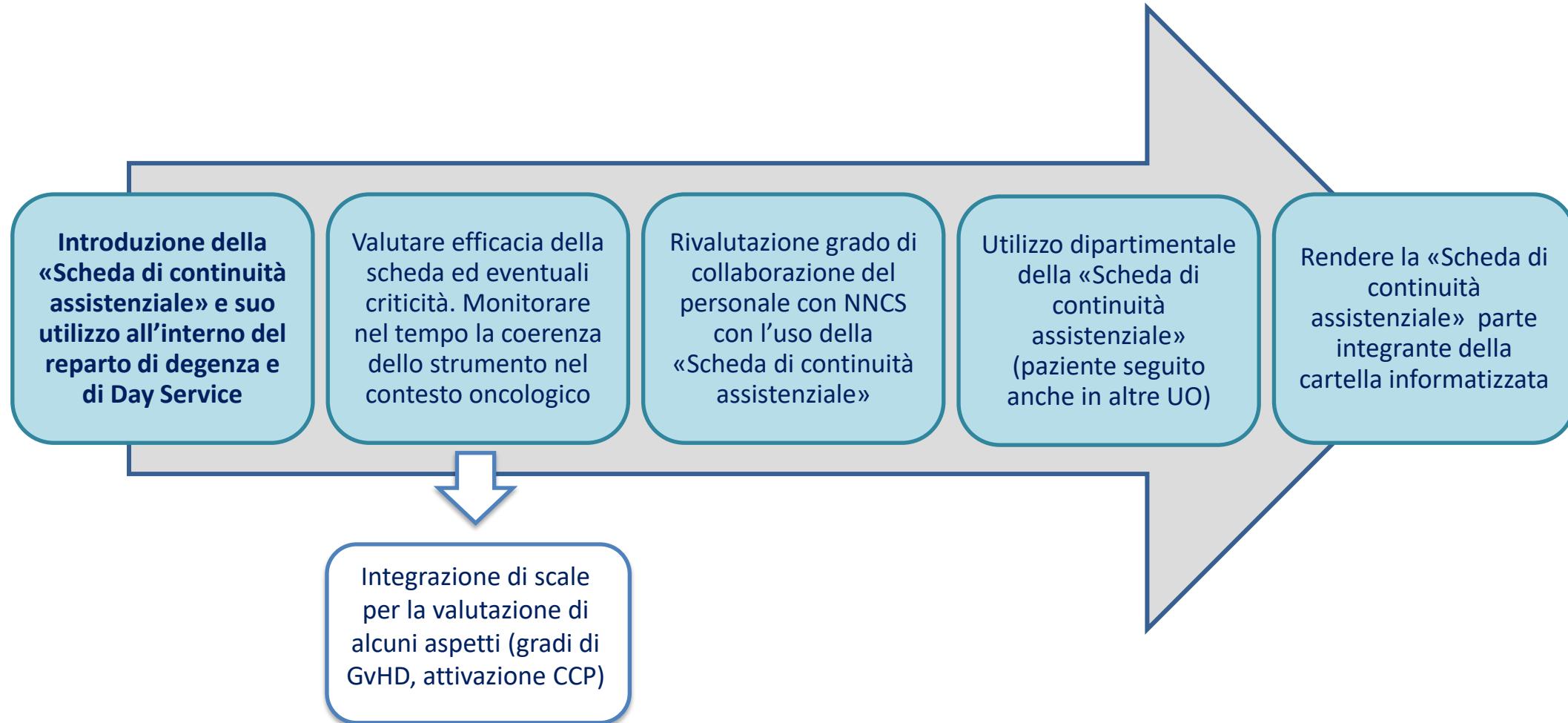
ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE	FISIOTERAPISTA	Riportare se il paziente è seguito da uno di questi specialisti, la motivazione, con che frequenza e se sono state date indicazioni per la degenza ospedaliera.
	DIETISTA	
	LOGOPEDISTA	
	OSTEOPATA	

Conclusioni

Poter disporre di dati aggiornati, raccolti in maniera sistematica e standardizzata sulla base della prevalenza dei problemi riscontrati nel percorso di cura, consente di avere tutte le informazioni indispensabili alla ridefinizione degli approcci terapeutico - assistenziali di cui l'unità «*bambino – famiglia*» necessita.

L'utilizzo del documento «Scheda di continuità assistenziale» può implementare la collaborazione del personale tra degenze e Day Service

Progetto «condividere per collaborare», obiettivi futuri



Take home message

Accompagnare le famiglie in un sistema organizzato che fornisce una risposta strutturata e al tempo stesso personalizzata sulle specifiche necessità, non è solo l'unica strada per il contenimento dei costi e la sostenibilità all'assistenza, ma è la sola che può consentire di vincere la sfida di migliorare gli outcome clinici, la qualità della vita del bambino e della sua famiglia e, di conseguenza, è anche la migliore gratificazione di tutti i professionisti

Bibliografia

- Cohen E., Kuo DZ, Agrawal R., et al. *Children with medical complexity; an emerging population for clinical and research initiatives.* Pediatrics 2011; 127: 529-538;
- Berman DA, Keller D, Kuo DZ, et al. *Costs add use for children with medical complexity in care management program.* Pediatrics 2020; 145 (4);
- Dougherty MB, Larson EL. *The Nurse Nurse Collaboration Scale.* JONA J Nus Adm. 2010 Jan; 40(1):17-25.
- Sherwood G, Barsteiner J. *Quality and safety in nursing: a competency approach to improving outcomes.* 2017.
- Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, et al. *Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care.* Am Psychol. 2018 May;73(4):433-50.
- Marcomini I, Pendoni R, Pauciulo V, et al. *Nurse to Nurse Collaboration.* JONA. Mar 2024; Vol.54(3):: 184-189.
- Girotto et al. *Studio osservazionale sul processo di implementazione del metodo SBAR.* 2021. [Https://www.infermiereonline.org](https://www.infermiereonline.org).
- Benci I. *Aspetti giuridici della Professione Infermieristica.* 2019. Mc Graw-Hill, Milano.
- Joint Commission International. *The International patient safety goals.* 2017. [Https://www.jointcommissioninternational.org](https://www.jointcommissioninternational.org).
- Smeulers M, Van Tellingen IC, Lucas C, Vermeulen H. *Effectiveness of different nursing handover styles for ensuring continuity of information in hospitalised patients.* Cochrane Database Syst Rev. 2012.
- Talya Bordin-Wosk, et al. *Handoffs, Care Transitions, and Readmissions.* Med Clin N Am 109 (2025) 1047–1060.
- Marcomini I, Pendoni R, Rosa D, Locatelli G, Milani et al. *The first validation of the Nurse - Nurse Collaboration Scale.* Acta Biomed 2021; Vol 93 (2).
- Doran D. *Nursing outcomes. State of Science,* 2010.
- Magon G., Milani A. *Outcome infermieristici: documentare e fare ricerca. Gli esiti delle cure infermieristiche in oncologia.* Maggioli Editore. 2015.
- Artioli A, Copelli P, Foà C, La Sala R. *Valutazione infermieristica della persona assistita, approccio integrato.* Poletto Editore. 2016.

Ringraziamenti

Ringrazio tutti coloro che hanno dato la loro disponibilità a collaborare per questo progetto



Aurélie Zanarotto
U.O.C. Oncoematologia Pediatrica e TCSE
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
aurelie.zanarotto@aovr.veneto.it