RIANIMAZIONE APERTA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA ALLA RICERCA DELLE MIGLIORI PROVE DI EFFICACIA RISPETTO ALLA NECESSITA' DI APRIRE LE TERAPIE INTENSIVE

31° Congresso Nazionale Aniarti

Riva del Garda, 14 - 15 - 16 Novembre 2012 - Fierecongressi

RELATORE: DAMIANO CANTU'

LA NOSTRA REALTA'

OGGI

- Adesione alla politica di Rianimazione aperta da 3 anni
- Apertura di 8 ore al giorno (12 – 20)

IERI

- Apertura due ore al giorno (13 – 14) (19 – 20)

PROBLEMI ORGANIZZATIVI

- **Ridotta possibilità di intervento sul paziente**
- **Frequenti interruzioni delle attività**
- **Paura di non possedere le competenze necessarie**
- **Ansia**
- **Paura di infezioni**

ICU: sistema chiuso o aperto?

- Gli orari di visita molto restrittivi, per la prevenzione dell'insorgenza di eventuali infezioni (?), isolano gli individui...
- Qual è la miglior condizione in cui un assistito critico può ritrovarsi all'interno di un reparto di Terapia Intensiva?
- Meglio essere tutelato dalle infezioni o avere il conforto dei propri cari? Come avere **esiti assistenziali migliori?**
- Ci sono prove di efficacia che dimostrano una relazione tra l'aumento delle infezioni e le visite dei parenti?
- Quali sono le migliori prove di efficacia a sostegno delle "Rianimazioni Aperte?"

Scopo: individuare prove di efficacia a sostegno dell'apertura delle Unità di Terapia Intensiva

METODOLOGIA

Ricerca bibliografica:

- Cinhal
- Cochrane Library
- Pubmed

Parole Chiave:

- Open ICU and infection
- ICU visiting and infection
- Intensive care unit and family flexble visitation
- Visiting ICUs Change
- Nurse belief open visiting ICU
- Humanization of critical care

(244 articoli, di cui 60 selezionati per il nostro studio)

La comunicazione e relazione interpersonale

- Paura di confrontarsi con il parente ed essere giudicati
- Ridotta capacità relazionale dell'infemiere – sempre più spesso tecnico ICU (Lienore E. 1999)
- Determinano insoddisfazione nell'assistito (Ellis RB 2003)

- Codice deontologico art. 20: "*L'infemiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali*"
- Art. 2: "*l'assitenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività*"
- Art. 8: "*l'infemiere, nel caso di conflitti […] si impegna a trovare soluzioni attraverso il dialogo*"

La comunicazione e relazione interpersonale

- Mediante il processo comunicativo il paziente impara a rispettare l'infemiere e a relazionarsi con lui, mentre l'infemiere sfrutta proprie competenze e abilità educative per aiutare il paziente [...] da poter ottenere una più efficiente assistenza (Peplau HE 1991)
- l'equilibrio tra necessità paziente – famiglia e realtà assistenziale può essere raggiunto solo attraverso la comunicazione
- ***Le regole di accesso devono essere concordate con il paziente***

Le ICU e le infezioni: i visitatori ne aumentano l'incidenza?

- La letteratura attuale non riporta prove di efficacia che supportino la possibilità dell'aumento dell'incidenza delle infezioni nelle ICU aperte (Giannini,2007; Sims,2006; Hassan,2010; Fumagalli,2006; Knutsson,2007.

- Sia lo studio di Giannini , sia quello di Hassan dimostrano che il contatto diretto del familiare con il paziente non risulta intrinsecamente pericoloso.

- I risultati internazionali, evidenziano come il rischio d'infezione non sia determinato dall'accesso dei visitatori esterni e che l'utilizzo di tali strutture preventive non risulta raccomandato con evidenza scientifica nel controllo delle infezioni (Anzoletti, 2006).

- Non evidenze anche sulla presenza di bambini come causa di infezione (Knutsson,2007).

CONFRONTO

ITALIA VS EUROPA

Pubblicazione Giannini 2008

Studio su 40% ICU italiane

- Tendenza ad applicare regimi restrittivi;
- Eccezioni solo per pz in fin di vita e bambini;
- Paura di infezioni;
- Misure protettive;
- Paura di conflitti e confusione;
- Interferenza con manovre assitenziali;

- Minori restrizioni;
- In Inghilterra 32% ICU – orari di visita elastici (Lee,2007)
- Olanda simile ad Italia – 85,7% ICU accesso limitato (Spreen,2011)

Modello decisionale condiviso delle scelte terapeutiche tra familiari e personale medico (Gristina,2011)

- Riduzione ipervigilanza dei familiari;
- Aumentata fiducia verso gli operatori.

VANTAGGI DELLA RIANIMAZIONE APERTA

- **Supporto dei familiari** (Giannini 2007; Sims 2006; ; Hassan, 2010; Fumagalli, 2006; Knudsson, 2007
- **Ridurre l'ansia nei familiari degli assistiti** (Giannini.2007)
- **Miglioramento della comunicazione con il personale d'assistenza , quindi miglior conoscenza del paziente** (Hardin,2011)
- **Riduzione della degenza grazie ad un'educazione terapeutica dei familiari** (Slota,2003)
- **Miglioramento della procedura assistenziale grazie al coinvolgimento dei familiari** (Cypress,2011)
- **Favorire il riposo del paziente** (Giannini,2007)
- **Benessere emotivo dei pazienti** (Simpson,1996)
- **Promozione del recupero del paziente riducendo lo stress e aumentando la calma** (Berti,2007)

VANTAGGI DELLA RIANIMAZIONE APERTA

- **Aumento della soddisfazione del paziente** (Berti,2007; Bermejillo,2006)
- **Possibilità dei familiari di visitare nei momenti più opportuni il paziente** (Gurley,1995)
- **Aumento della soddisfazione degli infermieri per il proprio lavoro ottenendo feedback positivo dai familiari** (Berti,2007)
- **Miglioramento delle relazioni di lavoro tra lo staff e la famiglia** (Berti,2007)
- **La famiglia permette un supporto all'assistenza e facilita la comunicazione tra paziente e infermieri** (Berti,2007; Bermejillo,2006)
- **Migliore informazione** (Hardin,2011)

SVANTAGGI DELLA RIANIMAZIONE APERTA

- **Problemi di relazione tra il personale d'assistenza e la famiglia** (Hammond, 1995)
- **Aumento dell' ansia e depressione dei familiari** (Garrouste,2008)
- **Stress psicologico del paziente dovuto a frequenti visite** (Berwick,2004)
- **Riduzione delle possibilità di intervento sul paziente** (Slota,2003)
- **Interferenza con i processi assistenziali** (Biancofiore,2010)
- **Perdita di tempo** (Gurley,1995)
- **Aumento dello stress degli infermieri** (Hickey,1988)

Conclusioni

- Presenza del familiare ben istruito migliora l'efficacia del processo di cura (Slota,2003).
- L'apertura delle ICU tiene conto dell'individuo in tutte le sue dimensioni, perchè *le persone non* vanno *solo curate, ma prese in carico, (UMANIZZAZIONE DELLE CURE)*
- Maggiore autonomia professionale e visibilità della professione
- Mancanza di prove di efficacia che giustifichino una politica di chiusura (Giannini,2007; Sims 2006; 51; Hassan, 2010; Fumagalli, 2006; Knudsson, 2007) .
- La prevenzione effettuata dal personale assistenziale con procedure semplici, quali il lavaggio continuo delle mani, risultano di maggiore efficacia rispetto alla quasi completa "chiusura" delle Unità Intensive rispetto all'esterno (Giannini,2007; Sims,2006; Hassan,2010).

PAURA INFEZIONI → Lavaggio delle mani: sia del personale sia dei visitatori

“aprire” le terapie intensive non significa essere generosi, ma restituire ai pazienti e ai familiari un loro diritto naturale...

"SE CONOSCI IL NEMICO E CONOSCI TE STESSO, NON DEVI TEMERE L'ESITO DI CENTO BATTAGLIE"

SUN TZU 2500 ANNI FA

GRAZIE!!!