

28° Congresso Nazionale Aniarti 2009

INFERMIERI E LA QUESTIONE DEL LIMITE:

Osservazioni, interrogativi e proposte su:

- ✓ l'assistenza infermieristica
- ✓ la persona in situazione critica
- ✓ il sistema per la salute

25 - 26 -27 Novembre 2009 - **Bologna** - Palazzo dei Congressi

aniarti

associazione nazionale infermieri di area critica

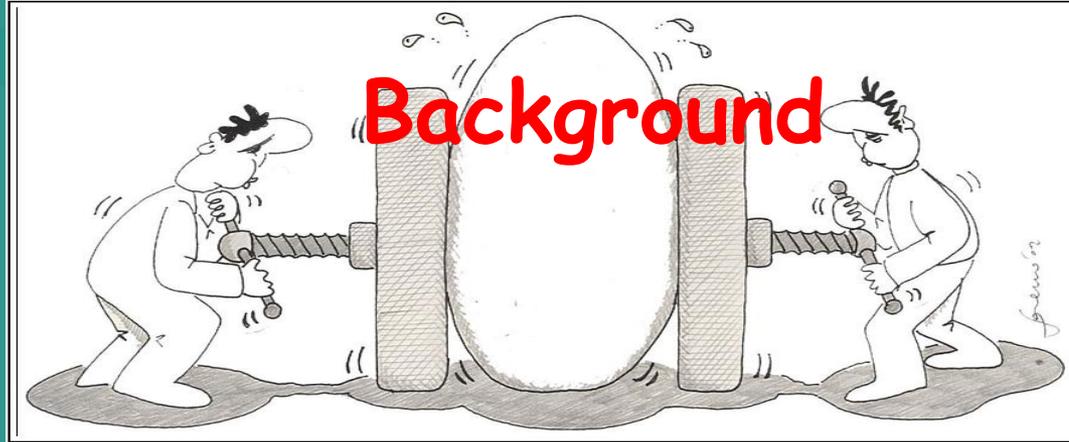
Assistenza Ideale, Quotidianità Responsabilità come Risultato fra le Competenze nel Team/Equipe.

Dott.ssa **Cossu Ilaria**

Infermiera Policlinico Universitario "A. Gemelli". UO Terapia Intensiva Post Operatoria .

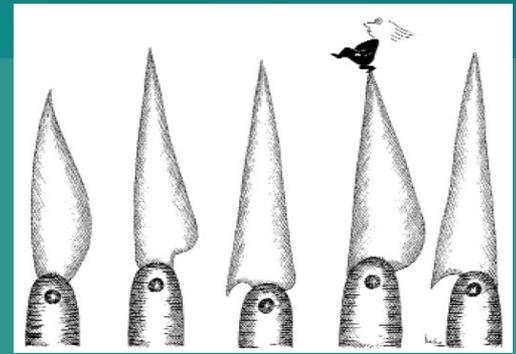
Dott. **Giusti Gian Domenico**

Infermiere A.O. Perugia "S.Maria della Misericordia" A.C.U.T.I. (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)



- **Medicina dei desideri.** salute a tutti i costi modellare corpo e salute ai propri desideri spesso innaturali
- **Le HTM** manipolato il processo del morire rischiando avvolte di trasformare la medicina in una costosa via per perseguire il **sogno dell'immortalità**
- **Distribuzione ed Accessibilità non equa di servizi e risorse.** oggi consideriamo normale routine pratiche che non lo sono per i paesi non industrializzati
- **Spettacolarizzazione mediatica** un'aspettativa sanitaria alterata (facoltà illimitate delle risorse sovrastimate in numero e possibilità) e visione negativa della professione

Background



- o **Enfasi sulla medicina e disinteresse x assistenza**
- o **Iniziative spettacolari VS esiti esigui x pochi**
- o **Politiche di riduzione dei posti letto e personale**
- o **Le innumerevoli aspettative di cura.** (guarire dove le altre discipline non riescono) riversate sulle aree intensivologiche è un limite (per noi, per i clienti e per la società intera) alla reale comprensione dei fini, scopi, obiettivi e margini esistenti in esse.
- o **Visione alterata dei membri del team.** L'equipe di Area critica è spesso vissuta, a livello sociale e sanitario, come la più tecnica tra le professioni sanitarie. Medici come onnipotenti, i migliori, coloro in grado di risolvere; Infermieri come degli esaltati, coloro che si credono migliori degli altri.

“troppe persone credono che sarà fornita assistenza alle persone malate e dipendenti al di là di quanta poca attenzione e posta agli investimenti che sottendono l’assistenza. **E’ tempo che le nostre società (e purtroppo a volte anche a noi) comprendano** come il SSN e le persone da lui servite hanno **bisogno dell’assistenza infermieristica necessaria** tanto quanto l’assistenza medica necessaria, che la **formazione, il numero e organizzazione del lavoro infermieristico sono importanti x i risultati di cura** tanto quanto la diagnosi ed il trattamento, così come i **tagli alle giornate di degenza ed al numero di personale incidono** fortemente sulla morbilità e mortalità della popolazione”.

Julian Tudor-Hart *Caring*

effects



Helga Kuhse. Prendersi cura. L’etica e la professione di infermiera

Gigante dormiente

mette in discussione la relazione tradizionale tra medici e infermiere, mostrando che l'esclusione di queste ultime dalla decisione non costituisce un buon servizio per i pazienti.

Assistenza Ideale



Centralità della persona

- Salute come Benessere
- Patto assistenziale (alleanza e condivisione)
- Creazione di una reale Equipe assistenziale
- Cultura end of life, palliazione, umanizzazione

Valorizzazione delle Competenze

- Formazione di base ed avanzata
- Implementazione della ricerca
- Inserimento figure di supporto
- Implementazione documentazione condivisa

Risorse adeguate

- Umane e materiali



Assistenza Ideale

- **Luoghi idealmente creati** umanizzazione attraverso la strutturazione fisica ed organizzativa dei luoghi di lavoro
- **Assistenza senza dolore**
(fisico, spirituale; inutile, inevitabile)
- **Deontologia, etica, relazione**
- **Responsabilità sociale diffusa per la salute**



La Terapia Intensiva sembra essere una realtà “di confine”, al limite della cura e della vita stessa: gli operatori sono coloro che, oltre a toccare il limite, vi stazionano.

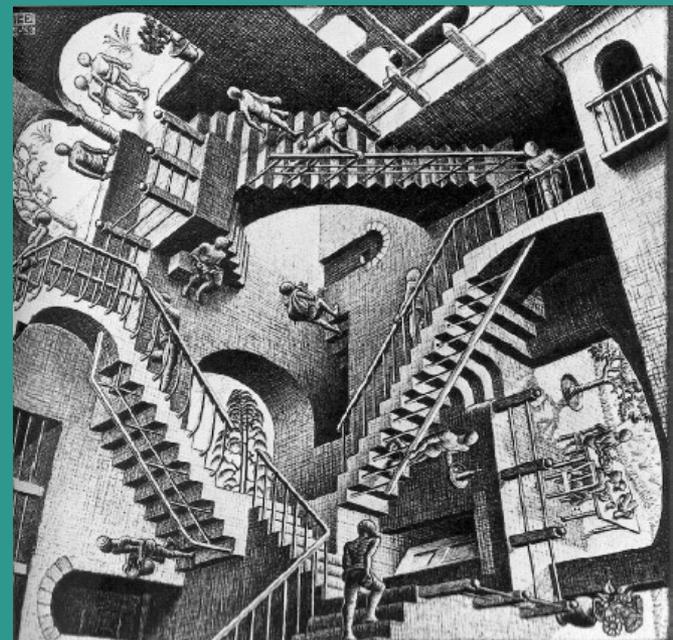
Guido Bertolini. Scelte sulla vita. L'esperienza di cura nei reparti di terapia Intensiva. Guerini studio, 2007

Fragilità

“Nonostante le serie televisive di successo, le rianimazioni restano luoghi in ombra, i pazienti ci arrivano per disgrazia, costano molto cari e non rendono. Non sono il fiore all'occhiello delle aziende: dovrebbero esserlo”

www.timeoutintensiva.it. “Quando il medico stacca la spina” .

Cellule etiche



Le attività di rianimazione e terapia intensive sono dedicate al trattamento intensivo dei soggetti affetti da una o più insufficienze d'organo acute, potenzialmente reversibili tali da comportare pericolo di vita e di insorgenza di complicanze maggiori.

D.P.R. 14/01/1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali e tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. G.U. 20 Febbraio 1997

la **multidisciplinarietà** (o pluridisciplinarietà) si realizza quando le competenze di discipline diverse vengono utilizzate in un'impresa conoscitiva e pratica comune.

Analisi del concetto di Team-Equipe.



Team intraprofessionale
Equipe multidisciplinare
Equipe Significativa

L'**interdisciplinarietà** comporta la messa a confronto di ottiche diverse, lo sforzo di mutua integrazione fra queste, la consapevolezza della parzialità di ciascuna e nello stesso tempo della sua indispensabilità nella comprensione di un problema o di una realtà complessa.
(Prof. E. Agazzi)

L'IDEALE è un team che debba necessariamente essere in collaborazione e non in competizione x moltiplicare le energie, le possibilità terapeutiche e non sprecarle o disgregarle.

La quotidianità



Foto: www.giviti.marionegri.it

Quotidianamente Il nostro limite è tra *vita e morte, umanità e tecnicismo, autonomia e dipendenza, organizzazione e razionalizzazione*, dove c'è un limite c'è un GAP da colmare attraverso soluzioni che esaltino la competenza infermieristica.

Superare i Limiti

superare



accettare

Quali limiti?

Quali situazioni viviamo?

Quali soluzioni esistono?

Cure futili, razionalizzazione degli accessi, sospensione o non inizi di cure avanzate o di base, dichiarazioni anticipate, ecc sono tutte questioni emergenti ed eminenti, nate dalla necessità di razionalizzare le risorse sanitarie e le tecnologie mediche sempre più limitate e per riportare la sanità in un'ottica più naturale, umana, poiché l'alta tecnologia l'ha sempre più depersonalizzata e razionalizzata.

- **Risorse scarse e mal distribuite**
- **Strutture ed organizzazione del lavoro**
(dimissioni e rientri, non continuità assistenziale)
- **Procedure non centrate sulla persona**
(burocratiche, corpo biologico, de personalizzazione)
- **Operare quasi sempre sull'urgenza/priorità**
(tecnica vs relazione, trascurando la soddisfazione di bisogni più elevati e di qualità)
- **Priorità di diagnosi e cura sulle necessità assistenziali**
- **Costretti a non esercitare funzioni proprie**
(x carico di lavoro e gerarchia, decisioni fine vita, relazione, ricerca,)
- **Demotivazione professionale**



Quali soluzioni?

Svegliare il gigante dormiente
Competenze, presa di coscienza

equa distribuzione delle
risorse nell'arco dell'anno

Documentare l'assistenza

Modelli organizzativi persona-centrici

Piano diagnostico terapeutico condiviso ed ufficiale

Equipe di supervisione post dimissione (art.27 C.D.)

Equipe di consulenza e formazione (art.13 C.D.)

Organizzazione del lavoro. mobilità e flessibilità
dei turni di servizio; rotazione del personale; bilanciamento
delle attività



Umanizzazione

- X facilitare la vita in ICU
- X accompagnare nel processo di cura

Ambiente confortevole
(stanze fine vita)

Open space vs box

Organizzazione del lavoro

Open ICU

Relazione vs tecnicismo



A growing number of hospitals are utilizing music therapy as an alternative to tranquilizers and painkillers for patients with adverse reactions to medication.

Terapie complementari



ICU open space Vs box

- strutture che siano il più possibile compatibili con le esigenze delle persone
- una problematica che interessa gli operatori ma è un processo spesso non governabile dagli operatori stessi
- vantaggi e svantaggi economici e sanitari



Chaudhury H, Mahmood A, Valente M Advantages And Disadvantages Of Single- Versus Multiple-occupancy Rooms In Acute Care Environments A Review And Analysis Of The Literature Environment And Behavior;2005: 37(6): 760-786)



La configurazione ambientale delle unità di rianimazione e TI può essere a degenza singola o a degenze multiple.

D.P.R. 14/01/1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali e tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. G.U. 20 Febbraio 1997

La presenza dei familiari



La parola si fa difficile.
La comunicazione del
limite (cure, speranze, danni,
rischi, incertezza, impegno)

aspettative ed aspettare fuori:

Equipe significativa

Familiare come valido Aiuto

Programma di accoglienza
Mediazione culturale
Colloquio infermieristico

Art 23 CD

Art 21 CD | Educazione terapeutica del familiare
Open ICU

EfCCNa/ ESPNIC “Dichiarazione comunitaria EfCCNa e ESPNIC dichiarazione di posizione (2007). La presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare.

Tutti i pazienti, hanno il diritto di avere i membri della famiglia presenti durante le manovre rianimatorie.

• Ai membri della famiglia deve essere offerta la possibilità di essere presenti e ricevere sostegno da parte di un professionista sanitario qualificato la cui responsabilità è cautelarli, supportarli e curarli.

• La presenza della famiglia durante la rianimazione dovrebbe essere inclusa all'interno del curricula dei programmi di formazione alla rianimazione cardiopolmonare.

• Tutte le unità di terapia intensiva e rianimazione dovrebbero avere linee guida multidisciplinari in forma scritta, sulla presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare.



Ruolo del professionista

- ✓ Riassumere con loro le aspettative, prima di entrare nell'area di rianimazione.
- ✓ Fornire le comunicazioni ed i chiarimenti adatti.
- ✓ Aiutare a comunicare la loro presenza al parente.
- ✓ Rispondere sinceramente e realisticamente, alle loro domande.
- ✓ Mantenere un ambiente sicuro.
- ✓ Valutare continuamente stato emotivo e fisico dei parenti.
- ✓ Se possibile, accompagna il membro della famiglia che desidera allontanarsi dall'area di rianimazione, continuando comunque a comunicare con la squadra di rianimazione per loro conto.

Questioni di fine vita

“...I quali si sentono spesso e a ragione esclusi da questioni, comprese le decisioni sulla fine della vita, alle quali hanno un titolo forte per la confidenza continua, carnale, con i corpi dei pazienti, e con i familiari, ai quali tanto spesso spiegano “che cos’ha detto il dottore”

www.timeoutintensiva.it. “Quando il medico stacca la spina”

**Assistenza e cura di qualità
non significa unicamente far guarire ma anche
accompagnare al morire con dignità**

Stanze dedicate e privacy

“Non ho rimorsi, ho solo domande che non mi permettono più di vivere, non posso più aspettare, devo raggiungere la mia Nancy che mi chiama, chiederle se ho fatto bene a farla morire. Da quel giorno vivo nell’ombra della sua morte”.

1996 Lester Cruzan





Dignità della vita e della morte

Si Life saving
No Agony-prolonging intervention

Direttive anticipate: (CD art. 37)

Proposta di Legge n. 2350 “*Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*”. 2009

Cure futili: inutili o inappropriate per eccesso

l’impiego di risorse considerevoli (umane ed economiche) in mancanza di una ragionevole speranza che il paziente possa recuperare uno stato di relativa indipendenza o tornare ad interagire con l’ambiente circostante) spesso intraprese per forti pressione dei familiari, paura di ritorsioni legali, esistenza della tecnologia adatta.

Porre dei limiti alla RCP:

Palliazione

competenza multiprofessionale,
corretta comunicazione e condivisione
delle opzioni terapeutiche, non
occultamento della verità clinica.

Dotazioni Organiche

Un numero adeguato di personale sanitario permette di salvare vite e denaro



Gli operatori risentono dell'eccessivo carico assistenziale: abbandonano ICU e professione

Rapporto I/Pz modifica gli outcomes (aumenta: infezioni, lesioni da pressione, stati di shock, degenza media, mortalità, costi)

nella valutazione dello stato di salute di una popolazione a fare la differenza è il numero d'infermieri

Misurare i carichi di lavoro?

I sistemi di punteggio NEMS e NAS

La quotidiana rilevazione dei carichi assistenziali in ICU, permette di calcolare la giusta allocazione delle risorse in base alle reali necessità dei pazienti, portando ad un'ottimizzazione dei costi



Category	Room Occupancy	Issues & Findings
<u>COST</u>	Single-Occupancy Room	<ul style="list-style-type: none"> Operating costs ↓ First costs ↑ Occupancy rates ↑ Length of stay ↓ Medication errors & costs ↓
	Multi-Occupancy Room	<ul style="list-style-type: none"> Operating costs (inconclusive) First costs ↓ Occupancy rates ↓ Length of stay ↑ Medication errors & costs ↑
<u>INFECTION CONTROL AND FALLS</u>	Single-Occupancy Room	<ul style="list-style-type: none"> Rate of nosocomial infection ↓ Patient transfers ↓ Patient length of stay ↓ Infections in burn patients ↓ HCV transmission between patients ↓ Transmission of hospital-acquired diarrhea ↓ Falls in patients requiring supervision ↑ Falls in elderly when provisions are taken ↓
	Multi-Occupancy Room	<ul style="list-style-type: none"> Isolation for infected patients (inconclusive) Infections when patients are transferred ↑ Transmission of hospital-acquired diarrhea ↑ Patient length of stay ↑ Access to bathrooms ↓ Falls in patients requiring supervision ↓ Falls in elderly when provisions are taken ↓

TABLE 1: Categories, issues, and findings related to single vs. multiple occupancy patient rooms based on the literature review

Category	Room Occupancy	Issues & Findings
<u>HOSPITAL DESIGN & THERAPEUTIC IMPACTS</u>	Single-Occupancy Room	<ul style="list-style-type: none"> Privacy ↑ Pain medication (inconclusive) Patient consultation with physician (inconclusive) Patient preference for room design (inconclusive) Noise level ↓ Sleep disturbances ↓ Acuity-Adaptable rooms (inconclusive) Patient satisfaction ↑ Patient control ↑ Crowding ↑ Stress reduction through music ↑
	Multi-Occupancy Room	<ul style="list-style-type: none"> Privacy ↓ Pain medication (inconclusive) Patient consultation with physician (inconclusive) Patient preference for room design (inconclusive) Benefit of roommates (inconclusive) Noise level ↑ Sleep disturbances ↑ Patient satisfaction ↓ Patient control ↓ Crowding ↑ Stress reduction through music ↓

TABLE 1(Cont'd): Categories, issues, and findings in regards to single vs. multiple patient rooms based on the literature review

Responsabilità:



DM 739/94 L'infermiere è responsabile dell'assistenza infermieristica il servizio alla persona ed alla collettività si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura tecnica, relazionale ed educativa. La responsabilità dell'infermiere si realizza nel prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.



Responsabilità:

Una **responsabilità personale** nell'operato quotidiano che oltre alla propria etica non può non tener conto della realtà in cui opera , delle nuove tecnologie a disposizione, del contesto legislativo.



Ottica negativa

Principi ispiratori della condotta professionale

Obiettivo: prevenzione di sanzioni

Centralità del professionista

Sentenze della magistratura come guida ed appiattimento della cultura scientifica

Professione espletata in modo difensivo con possibili danni all'assistito e all'azienda

Esasperazione dei formalismi

Ottica positiva

Principi ispiratori della condotta professionale

Obiettivo: tutela della salute

Centralità dell'assistito

Conoscenze scientifiche aggiornate come guida

Professione ispirata alla solidarietà con l'assistito

Valorizzazione degli aspetti sostanziali

...GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Agire per le persone vere, quelle che sono vive oggi e possono non esserlo domani. E agire per il mondo di domani: un'utopia concreta.

