

29° Congresso Nazionale Aniarti 2010

DALL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA ALL'ASSISTENZA PRIMARIA

- ✓ Una continuità che ristrutturata il sistema per la salute
- ✓ Riequilibra la valenza fra il curare e l'assistere
- ✓ Garantisce le persone anche nella cronicità



**Per una nuova idea di continuità assistenziale:
un progetto della RER
per le terapie intensive “aperte”.**

Maria Mongardi, Rita Melotti* e il Gruppo di Progetto Regionale

**Responsabile del Progetto*

Rimini, 11 novembre 2010

I messaggi della presentazione

- **U**manizzazione delle UTI: cosa intendiamo
- **UTI Aperte vs UTI Chiuse**: c'è un rischio infettivo aggiuntivo
- **E**sperienza della RER

Per terapia intensiva aperta intendiamo:

una “terapia intensiva aperta ai visitatori”,
ovvero una struttura in cui siano eliminate
tutte le barriere fisiche, temporali e relazionali
non effettivamente utili alla cura del malato *ed*
in cui al contempo venga promosso un
trattamento personalizzato, che tenga conto
delle varie dimensioni (fisica, psicologica e
relazionale) di ogni individuo.

Alberto Giannini
Guido Miccinesi
Stefania Leoncino

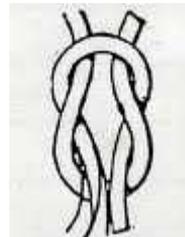
Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey

Anno 2008

..In Italia le terapie intensive sono nate come reparti con politiche di visita restrittive,
dove la presenza delle famiglie e dei visitatori sono viste/i negativamente e
pertanto strettamente limitati.....



Quale fulcro per la T.I.?



E questo è il primo nodo da sciogliere.....

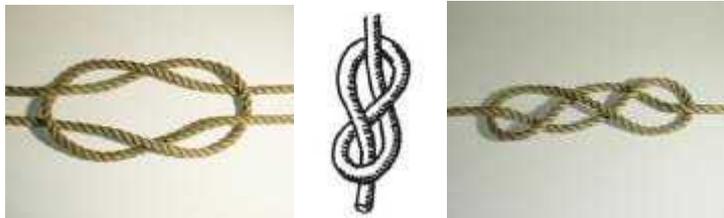
Il problema..

**Tecnologia e
“training” richiesti
per la terapia
dei pazienti critici**

**Partecipazione
delle famiglie
nel “decision making”
e nel
processo terapeutico
dei loro congiunti**

I **bisogni psicologici dei pazienti critici**, che non possono comunicare adeguatamente, sono spesso **sottovalutati**

E compromettono il realizzarsi di una **T.I. incentrata sull' assistito**



Altri nodi da sciogliere.....

Anno 2002

H. Burchardi

Let's open the door!
(Apriamo la porta)



- 1. Nessun rischio sanitario**
- 2. Comunicazione ripetuta con i parenti: parte essenziale del processo informativo medico**
- 3. Aiuto alla persona assistita da parte dei familiari a superare le difficoltà della T.I.**
- 4. Importante ruolo nel conforto al paziente morente**
- 5. Ricadute positive sui professionisti**

Dopo molti anni di esperienza il nostro staff di T.I. è **felice** di avere una reparto “aperto” (aperto ai visitatori).

Il cambio ha richiesto alcuni **adattamenti organizzativi**, specie per gli **infermieri**, che sono sempre i più direttamente coinvolti con le famiglie.

Visitatori e **rischio infettivo**

Nessun rischio sanitario

- I pazienti contraggono infezioni sostenute da **microrganismi diversi** da quelli di cui sono portatori i visitatori (Malacarne, 2008)
- I visitatori possono colonizzarsi con patogeni appartenenti alla flora ospedaliera → attenzione **all'igiene delle mani**
- L' "apertura" della terapia intensiva **non si associa ad un aumento del rischio di infezioni** (Fumagalli, 2006)
- In reparti di terapia intensiva neonatale, **far indossare ai visitatori misure di barriera (camice, mascherina) non riduce la frequenza di infezioni** (Pritchard, revisione Cochrane, 2003)

Visitatori e **rischio infettivo**

Nessun rischio sanitario

- Le risorse spese non sono giustificate
- **Questi “riti”** sviano probabilmente l'attenzione da rischi più reali (trasmissione attraverso le mani, visitatori con infezione in atto)

Visitatori e rischio infettivo: indicazioni

- **Non è necessario procedere alla vestizione** dei visitatori e a far indossare i cospriscarpe, tranne quando le scarpe siano molto sporche.
- Far eseguire ai visitatori **l'igiene delle mani** con acqua e sapone o la frizione delle mani con soluzione alcolica.
- **E' vietata la visita di persone con sintomi di malattia trasmissibile**; è consigliata l'adozione di un opuscolo informativo e/o di un questionario, da far compilare al visitatore prima di entrare.
- **Informare i famigliari:**
 - dell'utilità e dell'obbligo di eseguire l'igiene delle mani prima di recarsi dal familiare e al termine della visita,
 - che è opportuno raccogliere i capelli se lunghi,
 - dell'utilizzo di soprascarpe se scarpe visibilmente sporche
 - che si devono astenere dalla visita se affetti o convalescenti da malattia trasmissibile, compreso raffreddore e influenza,
 - sul comportamento igienico da tenere durante la visita

T.I. centrata sulla persona assistita (ACCM-SCCM)

Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

Judy E. Davidson, RN, FCCM; Karen Powers, MD; Kamyar M. Hedayat, MD; Mark Tieszen, MD, FCCM; Alexander A. Kon, MD, FCCM; Eric Shepard, MD, FCCM; Vicki Spuhler, RN, MS, CCRN; I. David Todres, MD, FCCM; Mitchell Levy, MD, FCCM; Juliana Barr, MD, FCCM; Raj Ghandi, MD, FCCM; Gregory Hirsch, MD; Deborah Armstrong, PharmD, FCCM

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2

- “Decision making”
- Stress della famiglia
- **Stress relazionale dello staff con le famiglie**
- Supporto culturale
- Supporto spirituale/religioso
- **Visita all’assistito**
- **Presenza delle famiglie alle consegne mediche**
- **Presenza delle famiglie alla RCP**
- **Contesto ambientale verso la famiglia**
- **Terapia palliativa**

1. Decision making

Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

No.	Raccomandazioni	Grado
1	Partnership tra l'assistito o suo sostituto delegato ed il team multiprofessionale	B
2	Ampia spiegazione sullo stato clinico/prognosi del paziente alle famiglie o figure delegate e sulle ragionevoli opzioni terapeutiche	B
3	Spinta alla comprensione del livello di terapie di sostegno vitale desiderato dal paziente (o mediato da figura delegata)	D
4	Colloquio tra la famiglia ed il team multiprofessionale entro 24-48h dal ricovero in T.I. ed ogni volta le condizioni dell'assistito lo richiedano secondo i membri dello staff	B
5	Addestramento in comunicazione, gestione dei conflitti, e capacità di semplificazione dei colloqui	C

2. Stress relazionale dello staff con le famiglie

Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

No.	Raccomandazioni	Grado
1	Informazioni sugli obiettivi terapeutici diffusi a tutta l'equipe. Coerenza dei messaggi alla famiglia.	C
2	“Debriefing” del team quando necessario per discutere piano terapeutico, per elaborare e scaricare tensione, lutto, sentimenti compressi.	C

3. Visita alla persona assistita

Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

No.	Raccomandazioni	Grado
1	Flessibilità nell'accesso alla T.I. adulti. Andrebbe adattato caso per caso.	B
2	Definizione collettiva tra il paziente, la famiglia e l'infermiere dell'orario di visita. L'orario deve tenere conto delle esigenze specifiche dell'assistito.	C
3	24 ore al giorno di accesso in T.I. pediatrica e neonatale per i parenti	C
4	Accesso possibile per fratelli e sorelle dopo un processo educativo e con approvazione dei genitori	C
5	Accesso possibile per i piccoli animali se lavati ed immunizzati appropriatamente	B

4. Presenza della famiglia alle consegne mediche

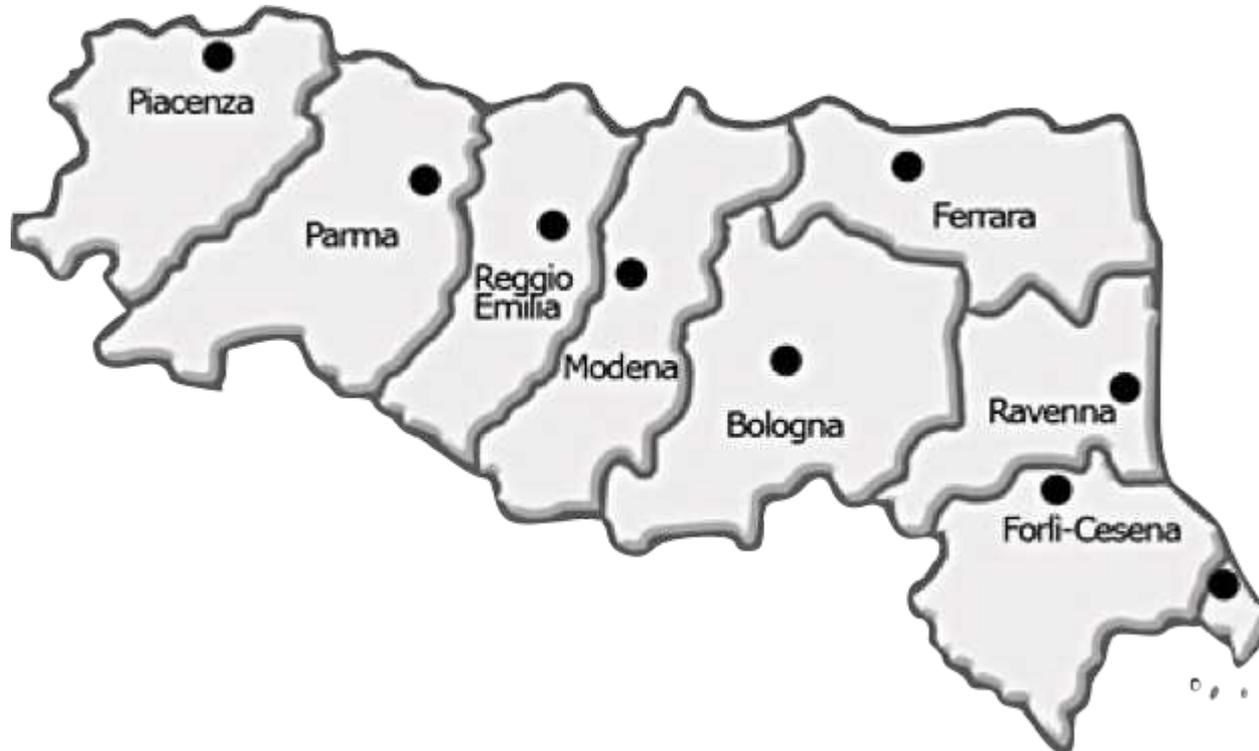
Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005

No.	Raccomandazioni	Grado
1	In T.I. pediatrica possibile partecipazione dei genitori o tutori alle consegne mediche	B
2	In T.I. adulti possibile partecipazione dei pazienti o loro delegati alle consegne mediche	B
3	Possibile partecipazione dei pazienti pediatrici alle consegne mediche con il permesso dei genitori	D
4	Possibilità di fare domande per richiesta di chiarimenti quando pazienti e famiglie partecipano alle consegne mediche	D

5. Presenza dei familiari alla Rianimazione CardioPolmonare (RCP)

No.	Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005 Raccomandazioni	Grado
1	In T.I. pediatrica possibile partecipazione dei genitori o tutori alle consegne mediche	B
2	In T.I. adulti possibile partecipazione dei pazienti o loro delegati alle consegne mediche	B
3	Possibile partecipazione dei pazienti pediatrici alle consegne mediche con il permesso dei genitori	D
4	Possibilità di fare domande per richiesta di chiarimenti quando pazienti e famiglie partecipano alle consegne mediche	D

Progetto regionale



Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva



Studio e confronto

Umanizzazione

Revisione della letteratura

Realizzazione di strumenti adeguati

Elaborazione di un percorso condiviso

Indagine organizzativa

TI cod. 49
Emilia-Romagna

Questionario 2007

Coordinatori

Elaborazione e presentazione dei risultati

Indagine opinioni e attitudini

Assistiti, Familiari e professionisti

Questionari 2008

Focus groups in 10 TI

Elaborazione e presentazione dei risultati

Percorso e progettualità

Formazione e supporto

Consenso alle cure

Prevenzione del Delirium

Introduzione graduale del cambiamento

I RISULTATI



Accesso ai visitatori

Entrata secondo fasce orarie



100 %

N° visitatori ammessi



86%



14%

Chi può accedere?



100 % Parenti stretti

81 % Altri parenti/conoscenti

TI con limiti di età

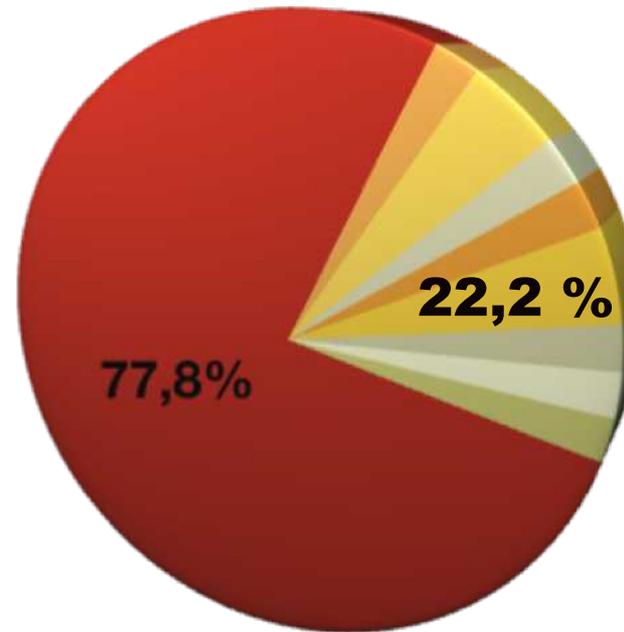


79%





Accesso ai visitatori Vestizione

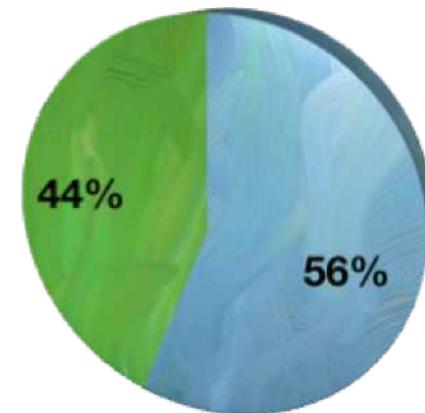
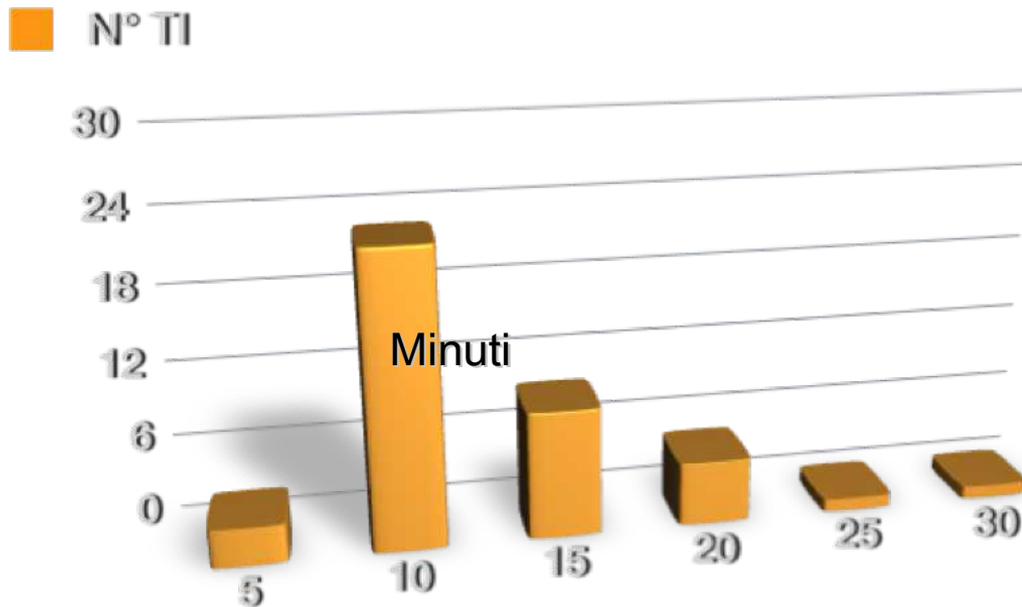


- soprascarpe e camici
- camici
- soprascarpe camici mascherina
- camici cuffia mascherina
- camici mascherina se tracheo
- soprascarpe camici cuffia
- soprascarpe camici cuffia mascherina guanti
- soprascarpe, camici, cuffia, mascherina
- camici mascherina

Informazioni Telefoniche

Colloquio

Durata media



● Raramente ● Spesso



Colloquio

A CHI

PROFESSIONIST

I

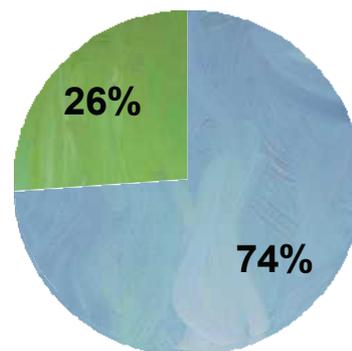
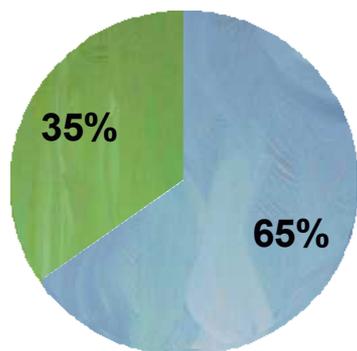
Presenza dell'infermiere



100 %

ai parenti stretti

**81% anche ad altri
parenti/conoscenti**



■ Mdg ■ Prev. stesso medico

■ Raramente ■ Spesso

Il questionario: BAVIQ

Questionario già utilizzato a livello europeo per la valutazione delle opinioni e delle attitudini in merito alle modalità di visita con riferimento a:



paziente



familiari



staff



organizzazione

BAVIQ = Beliefs and Attitudes towards Visiting in ICU Questionnaire



Dimensioni individuate

1° Orari flessibili

4° Impatto sull'equipe

2° Favorire la cura

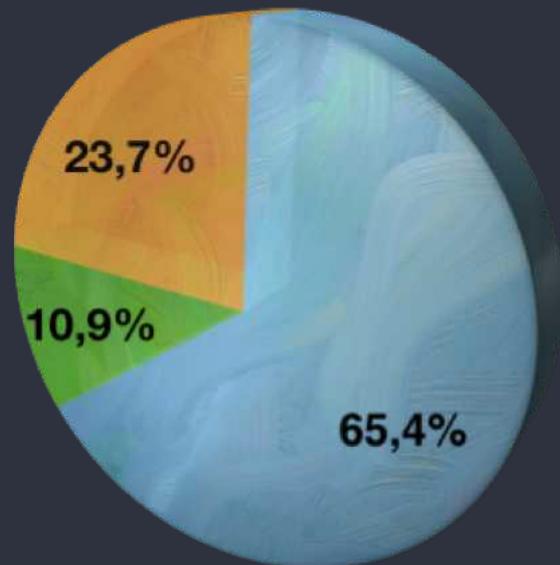
5° Impatto sul paziente

3° Abolizione della vestizione

6° Aumento dell'impegno

TI APERTA: per un approccio diverso alla persona

Abolizione della vestizione



● contrari ● neutrali ● favorevoli

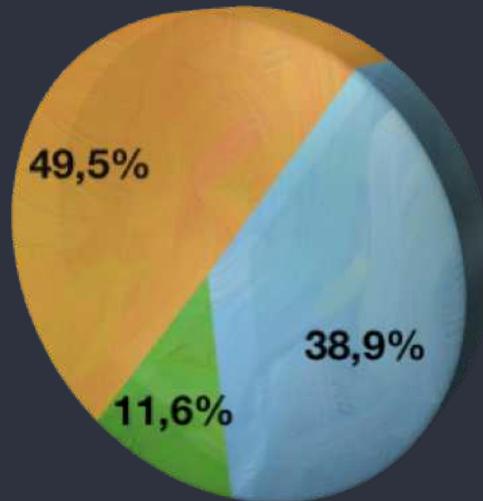
22% abolizione camice

21% abolizione calzari

26% abolizione mascherina



TI APERTA: per un approccio diverso alla persona Impatto sull'equipe



● non condivido
● neutrali
● condivido

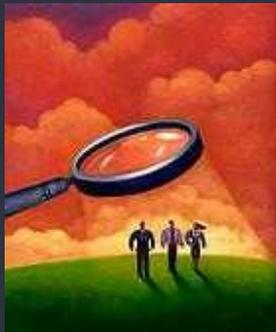
- 53%** sensazione di costante controllo
- 46%** interferenze nelle relazioni dell'equipe
- 30%** riduzione dei momenti di relax
- 28%** aumento rischio errori
- 47%** nervosismo

Cosa chiedono le famiglie?

“poter porre domande senza inibizioni e ricevere risposte oneste, comprensibili”

“poter avere informazioni ad ogni variazione della situazione clinica del proprio caro”

“poter visitare il proprio caro in ogni momento”



I focus group

Cautela, pianificazione



- Si all'apertura ma conservando una possibilità di regolazione (controllo)
- Disponibilità verso il familiare
- Considerare l'opinione del paziente
- Utilità sia per il paziente sia per il familiare
- Informazione, supporto nella cura



Prospettive relazionali in TI

- Corso residenziale in 4 edizioni nell'anno 2010, rivolto ai professionisti delle TI : tema della relazione e della comunicazione tra persona assistita, famiglia, professionisti
- Progetto di supporto psicologico in TI: introduzione dello psicologo come figura professionale presente in terapia intensiva

Fattori di Rischio e Incidenza post operatoria del Delirium nei pazienti anziani

Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery

L. Ansaloni¹, F. Catena¹, R. Chattat³, D. Fortuna⁵, C. Franceschi⁴, P. Mascitti² and R. M. Melotti^{2,3}

British Journal of Surgery 2010; 97: 273–280





Ma in sintesi...

Dalla rilevazione del gruppo GiViTi del 2006:

- Italia : 99,6% **UTI adotta visita restrittiva**
- Belgio: 96,7% “
- Gran Bretagna:80% “
- Francia: 77% “
- New England 68% “
- Svezia 30% “
-

Ma in sintesi...

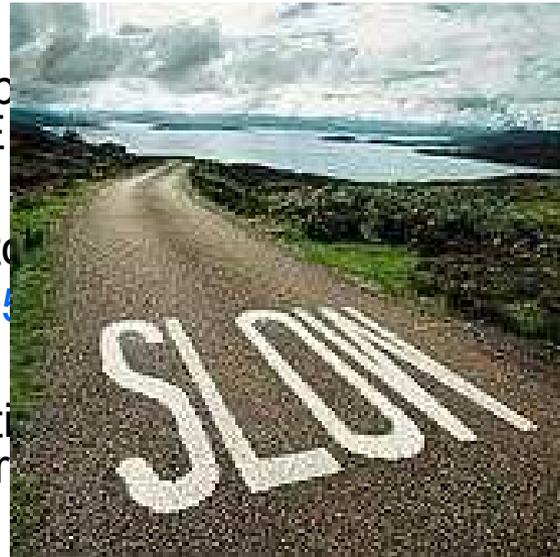
L'indagine è stata rivolta a 43 UTI x adulti



E in Regione Emilia Romagna:.....

N.B. In corso l'elaborazione definitiva dei risultati.

- La maggioranza dei p... oscono un generico
beneficio all'UTI APE... alla quando si passa
all'aspetto pratico.
- Consenso tra i visitato... dell'UTI favorisca la
riduzione dell'ansia (S...)
- L'analisi dei dati relati... a un calo del consenso, la
presenza dei visitor...
 - sensazione di controllo
 - fonte di disattenzione nei confronti dell'assistivo
- **Ma alla domanda:**
Favorevole si o no all'apertura della **propria** terapia intensiva? Solo il 25%
è favorevole.



Terapia intensiva Aperta? Siiii!!!

Si può fare.



Il paradigma di riferimento:

Assistenza centrata sulla persona e sui familiari

