

**TERAPIE INTENSIVE APERTE
PUNTI DI VISTA A CONFRONTO
LA PERSONA LA FAMIGLIA
I PROFESSIONISTI**

**Giorgio Gambale
Rabih Chattat**

**Gruppo di lavoro:
“Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva”**

Alberto Giannini
Guido Miccinesi
Stefania Leoncino

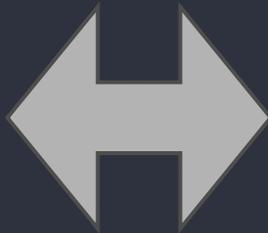
Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey

..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.?

- *Medico curante*



Persona assistita

Quale fulcro per la T.I.?

*Persona
assistita*

Gruppo di lavoro: “Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva”

4

A view from the other side*

Mitchell M. Levy, MD



Objective: The environment in our intensive care units (ICUs) often serves the convenience of the staff who work in the ICU, rather than the critically ill patients and their loved ones who are, as a family unit, the objects of our care.

Observations: Critically ill patients, especially those with high acuity, require close bedside attention. Continuous monitoring, frequent physical evaluations, invasive procedures, and other

ICU clinicians. The attitude we have toward families is an important part of the care we offer to patients in the ICU, and it can have a profound effect on the health of our patients' families. In palliative care circles, it has long been understood that the "unit of care" is both the patient and the family. Although we are moving in that direction in critical care, many ICUs may not always reflect an appreciation of the therapeutic potential or the attitudes in the ICU.

that require heightened attention from ICU clinicians. But the fact that we "have a lot to do" at the bedside of critically ill patients has led to an unfortunate environment in many ICUs, one in which the needs of families are not only considered secondary to the convenience of ICU personnel, but are frequently dismissed as

burdensome, unrealistic patient care. Perhaps of our understanding of care for different approach to families and that balances the need of family members at a time of critical illness to conduct efficient bedside care. (4) unit; communication; family-cen-

burdensome, unrealistic patient care. Perhaps

***Conclusion:* The evolution of our understanding of care for critical illness should include a different approach to families and visiting hours in the ICU. One that balances the need of family members to be with their loved ones at a time of critical illness and the need of ICU clinicians to conduct efficient bedside care. (Crit Care Med 2007; 35:603–604)**

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**

Il problema..

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

Compromettendo il realizzarsi di una T.I. incentrata sull' assistito

H. Burchardi

Let's open the door!



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

H. Burchardi

Let's open the door!



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

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

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2



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

- “decision making”
- Stress della famiglia
- stress relazionale dello staff
- con le famiglie
- supporto culturale
- supporto spirituale/religioso
- visita all’assistito
- presenza delle famiglie alla RCP
- contesto ambientale verso la famiglia
- terapia palliativa

Gruppo di lavoro: “Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva”

10

Decision making

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

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2

Gruppo di lavoro: "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva"

11

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



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

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2

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

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2

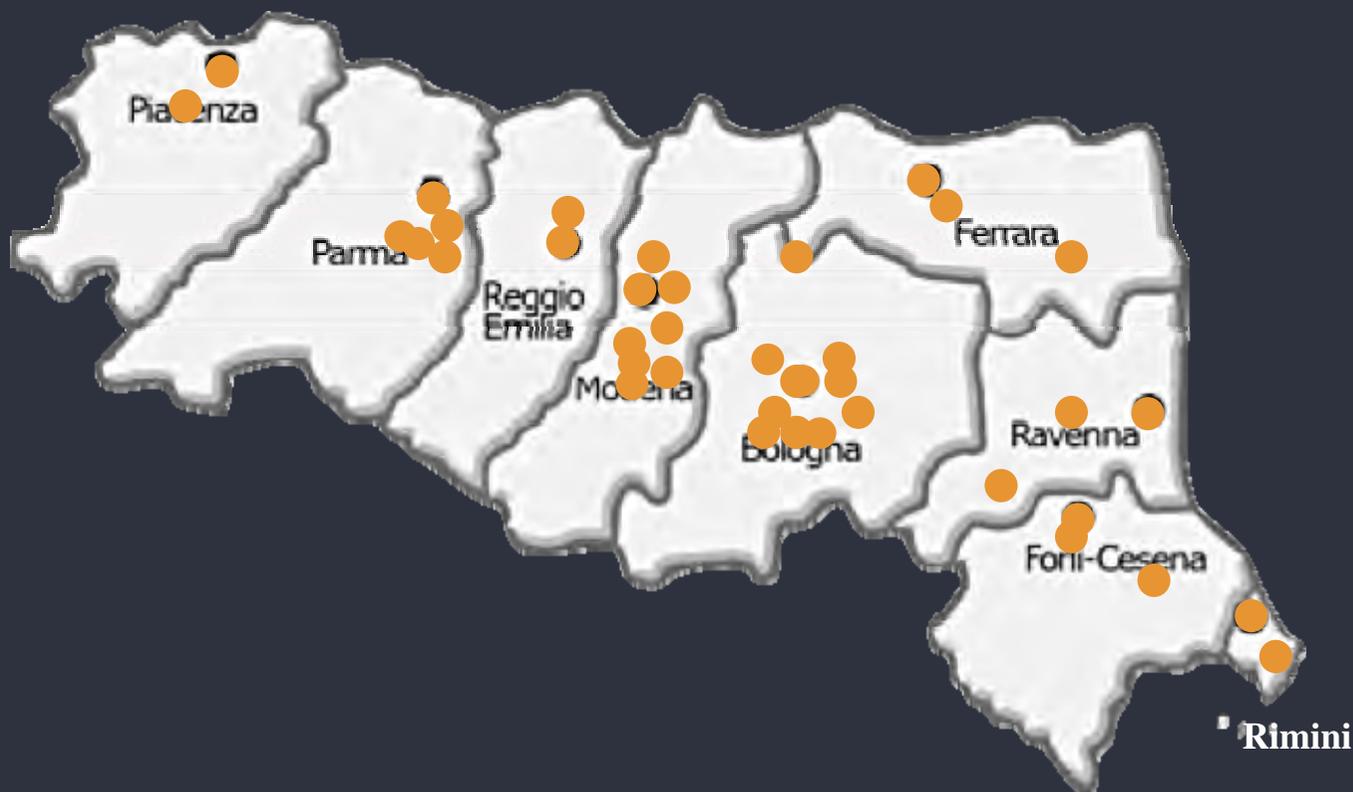
Presenza dei familiari alla Rianimazione CardioPolmonare (RCP)

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	Compito dell'istituzione sviluppare un processo strutturato per permettere alle famiglie di presenziare ad eventuale RCP unitamente ad un debriefing dell'equipe	C
2	Figura di supporto (del team designata ed addestrata) per la famiglia durante una RCP testimoniata	D
3	L' addestramento dell'equipe della T.I. include informazioni a riguardo del razionale e del processo di presenza delle famiglie durante RCP	D

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 2

Progetto regionale



**Umanizzazione delle cure e dignità della persona in
terapia intensiva**

Gruppo di lavoro: “Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva”