

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

Nel dicembre 2006 l'Agenzia sanitaria e sociale dell'Emilia-Romagna ha promosso la costituzione del gruppo di lavoro multidisciplinare "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva", con l'obiettivo di innovare i servizi di cure intensive regionali mediante la promozione del modello di TI aperta, l'implementazione della comunicazione e lo studio delle tematiche di fine vita.

Il gruppo di lavoro ha inizialmente condotto indagini per conoscere l'organizzazione assistenziale nelle terapie intensive e le opinioni dei professionisti. Sono state poi individuate 10 TI nelle quali - in modo graduale e consensuale - sono stati introdotti cambiamenti organizzativi orientati a una maggiore apertura dei reparti e all'abbattimento delle barriere fisiche e relazionali non effettivamente utili alla cura degli assistiti.

Il progetto comprende anche un programma formativo per gli operatori di area critica orientato ad individuare tecniche e a sostenere capacità di relazione e comunicazione e l'avvio dello studio delle tematiche di fine vita, intese come consenso, proporzionalità e appropriatezza delle cure.



### IL PROGETTO

Dal vivace dibattito internazionale in atto sui temi dell'umanizzazione del trattamento e del rispetto della dignità della persona nelle fasi di fine vita, è emersa la spinta a intraprendere un percorso finalizzato a modificare alcuni aspetti organizzativi nei reparti di terapia intensiva (TI) dell'Emilia-Romagna.

Considerata la complessità dei temi e la volontà di promuovere l'innovazione in tutta la regione, si è ritenuto opportuno coinvolgere nel progetto competenze multi-professionali pertinenti e rappresentative delle diverse realtà territoriali.

Gli obiettivi del progetto sono:

- ◆ studiare il modello assistenziale di "terapia intensiva aperta", analizzare i fattori che tradizio-

nalmente si oppongono alla sua realizzazione, valutarne l'applicabilità nei contesti assistenziali del SSR;

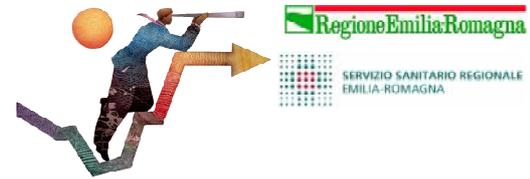
- ◆ favorire e supportare la comunicazione tra i professionisti e tra questi ultimi, la persona assistita e la famiglia, ai fini di una migliore partecipazione alle decisioni terapeutiche;
- ◆ identificare modalità assistenziali in grado di minimizzare il rischio di disturbi psicologici e comportamentali nella persona assistita e nei professionisti.



### TERAPIE INTENSIVE CHIUSE E APERTE

In Italia è ancora largamente dominante il modello organizzativo di terapia intensiva tradizionale, di tipo "chiuso": l'accesso al reparto è fortemente limitato in termini di orario e numero di persone, è imposto l'uso sistematico di dispositivi di protezione e le relazioni tra professionisti e assistiti (paziente e famiglia) sono spesso frammentarie e circoscritte. Gravato dal timore di interferenze dei familiari con il processo di cura, il razionale di questo modello verte sull'idea che un accesso facilitato porterebbe a un aumento del rischio di infezioni e di stress per pazienti, familiari e professionisti.

Le evidenze disponibili in letteratura, invece, non solo dimostrano l'infondatezza di tali timori, ma sottolineano come la separazione sistematica del paziente dalla famiglia comporti un aumento del disagio di entrambi e abbia un impatto negativo sull'*outcome* degli assistiti.



Per questo motivo a livello internazionale ha cominciato ad affermarsi un modello di terapia intensiva "aperta", in cui sono eliminate tutte le barriere fisiche, temporali e relazionali non effettivamente utili alla cura del malato e in cui al contempo viene promosso un trattamento personalizzato, che tenga conto delle varie dimensioni (fisica, psicologica e relazionale) di ogni individuo.

### LE INIZIATIVE

L'approccio iniziale al tema ha comportato un'analisi del modello organizzativo di terapia intensiva "aperta". Completata la revisione della letteratura, nel 2007 è stata realizzata una prima indagine volta a rilevare le modalità organizzative e le realtà strutturali presenti in Emilia-Romagna, necessario punto di partenza per promuovere innovazioni assistenziali adatte al contesto. Tutte le TI regionali sono risultate organizzate secondo il modello chiuso.

Sono state quindi individuate dieci terapie intensive "pilota" nelle quali introdurre - in modo graduale e condiviso con gli operatori - cambiamenti e innovazioni orientati ad adottare comportamenti meno restrittivi (ampliamento dell'orario di accesso dei visitatori al reparto, abolizione dei dispositivi di protezione) che consentono una maggiore umanizzazione delle cure.

Nel 2008 è stata avviata un'indagine quali-quantitativa volta a rilevare le opinioni dei professionisti sanitari delle terapie intensive della regione in merito all'apertura dei reparti. Dall'analisi descrittiva dei dati

ottenuti, relativi a 1.187 questionari (67% dei professionisti delle TI regionali), è emerso un atteggiamento favorevole rispetto a una maggiore libertà di accesso a questi reparti e alla necessità di accrescere il coinvolgimento dei familiari nel processo terapeutico. Contemporaneamente però, si è riscontrata una generale sensazione di inadeguatezza del personale nei confronti di un quotidiano aumento dei contatti esterni, legata alla richiesta di ricevere una formazione specifica.

Mediante un'analisi fattoriale si sono poi individuate alcune dimensioni rappresentative di gruppi di quesiti capaci di spiegare la maggior parte della varianza dei dati: per il 61% dei rispondenti l'apertura delle terapie intensive favorisce la cura in quanto permette di ridurre l'ansia (59%) e il disagio (55%) legati al ricovero, così come più in generale favorisce la ripresa del paziente (53%) e la comunicazione (40%) e rappresenta un utile supporto alle cure (38%).

Per la maggior parte del campione una terapia intensiva aperta ha inoltre un impatto positivo sul paziente (67%) in quanto determina un generale effetto benefico (76%) e nello specifico risposte emodinamiche positive (47%), non disturba il riposo (55%) né limita la *privacy* (33%), mentre al contempo riduce lo stress psicologico (48%).

Parallelamente all'indagine, nelle 10 terapie intensive coinvolte nel progetto sono stati organizzati *focus group* gestiti dagli psicologi del gruppo di lavoro, a cui hanno partecipato professionisti rappresentativi dei diversi orientamenti e figure di reparto. Dagli incontri si è ottenuta una conferma della disponibilità a intraprendere un percorso di innovazione nelle modalità di gestione della TI, sempre però accompagnato da una domanda di formazione specifica, con particolare riferimento alla comunicazione e alla relazione.

Le attività del gruppo di lavoro hanno trovato un momento pubblico di sintesi e di confronto, allargato a esperti e istituzioni, nel convegno tenutosi a Bologna il 24 febbraio

2009, indirizzato a medici e infermieri di area critica, Direttori generali e sanitari della regione. Sono stati presentati gli obiettivi, le iniziative, i risultati delle indagini e i progetti futuri; l'evento è stato anche l'occasione per ribadire le evidenze scientifiche sulle pratiche realmente efficaci nella prevenzione delle infezioni. Durante la tavola rotonda, gli esperti si sono confrontati su proporzionalità delle cure e scelte di fine vita.

Nel 2009, a un anno dall'avvio, è stata valutata l'adesione delle Aziende sanitarie agli obiettivi del progetto. Dal confronto delle informazioni (2007-2009) è emersa nelle TI regionali una tendenza diffusa all'apertura, concretizzata con l'abbandono di dispositivi di barriera (cuffia, soprascarpe, camice, maschera, guanti) e con l'allargamento delle fasce orarie di accesso al reparto. Complessivamente, nel 37,5 % delle TI è stata abolita la vestizione, nel 27,5% vi è stata una riduzione dei presidi utilizzati e in 20 TI la fascia oraria di visita supera le 3 ore.

È rilevante osservare che - grazie alle attività di comunicazione e formazione condotte - il cambiamento ha coinvolto anche reparti di TI non partecipanti alla sperimentazione.

## LAVORI IN CORSO

I risultati delle indagini condotte hanno evidenziato la necessità di fornire ai professionisti strumenti e conoscenze adeguati ad affrontare le innovazioni clinico-organizzative. È stato quindi organizzato per il 2010 un corso residenziale di formazione relativo al tema della comunicazione e della relazione, avviato in marzo e che si ripeterà per tre edizioni. L'iniziativa è rivolta alle 10 TI pilota, nelle quali è prevista anche l'introduzione della figura di uno psicologo dedicato a supporto degli assistiti, della famiglia e dei professionisti.

Nel 2010 il gruppo di lavoro regionale intende inoltre affrontare il tema delle scelte di fine vita in TI. Dopo un'attenta analisi della letteratura

e della legislazione vigente, si prevede di realizzare un censimento delle diverse realtà regionali, con particolare attenzione all'appropriatezza e proporzionalità delle cure e all'accanimento terapeutico. L'obiettivo è studiare procedure e atteggiamenti condivisi, con i quali affrontare in maniera univoca situazioni ad oggi gestite diversamente in ogni realtà del territorio.



## BIBLIOGRAFIA

Berti D., Ferdinando P., Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med*, 33 (6): 1060-1065, 2007.

Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiol*, 73 (5): 299-305, 2007.

Giannini A., Miccinesi G., Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med*, 34 (7): 1256-1262, 2008.

Lee M.D., Friedenbergh A.S., Mukpo D.H., Conray K., Palmisciano A., Levy M.M. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. *Crit Care Med*, 35 (2): 497-501, 2007.

## *i* A CHI RIVOLGERSI

**Rita Maria Melotti e Daniela Fortuna**

Area Governo clinico

ASSR Emilia-Romagna

Tel. 051/5277170-7173

dfortuna@regione.emilia-romagna.it

rmelotti@regione.emilia-romagna.it

### Redazione a cura di

**Daniela Fortuna e Rita Maria Melotti**

Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

**Anna Castagnoli**

Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna

### Box. Terapie intensive pilota in Emilia-Romagna

Prof. G. Di Nino, Azienda ospedaliero-universitaria, Bologna

Dott. S. Bonarelli, Istituti Ortopedici Rizzoli, Bologna

Prof. M. Zanello, Ospedale Bellaria, Bologna

Dott. G. Gambale, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Forlì

Dott. R. Zoppellari, Azienda ospedaliero-universitaria, Ferrara

Dott. E. Giannessi, Ospedale Bufalini, Cesena (FC)

Dott. A. Benedetti, Ospedale Castel San Giovanni (PC)

Prof. G. Fanelli, Azienda ospedaliero-universitaria, Parma

Prof. A. Pasetto, Azienda ospedaliero-universitaria, Modena

Dott. M. Meli, Hesperia Hospital, Modena