



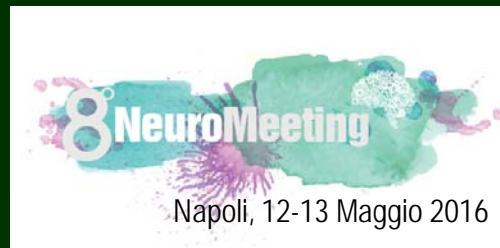
Alberto Giannini

Terapia Intensiva Pediatrica

Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico

Milano

*Rianimazione aperta:
il gioco vale la candela?
La situazione oggi in Italia*





Good morning....



Eclissi di sole
Milano, 20 Marzo 2015

Marc Chagall
In viaggio (1924)

Petit Palais, Genève



Terapia Intensiva "aperta"

1. le "visiting policies" nelle Terapie Intensive italiane



Terapia Intensiva “aperta”

1. le “visiting policies” nelle Terapie Intensive italiane
2. Terapia Intensiva “aperta”:
 - cosa significa?
 - *“il gioco vale la candela?”*

Terapia Intensiva “aperta”

1. le “visiting policies” nelle Terapie Intensive italiane
2. Terapia Intensiva “aperta”:
 - cosa significa?
 - *“il gioco vale la candela?”*
3. il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica

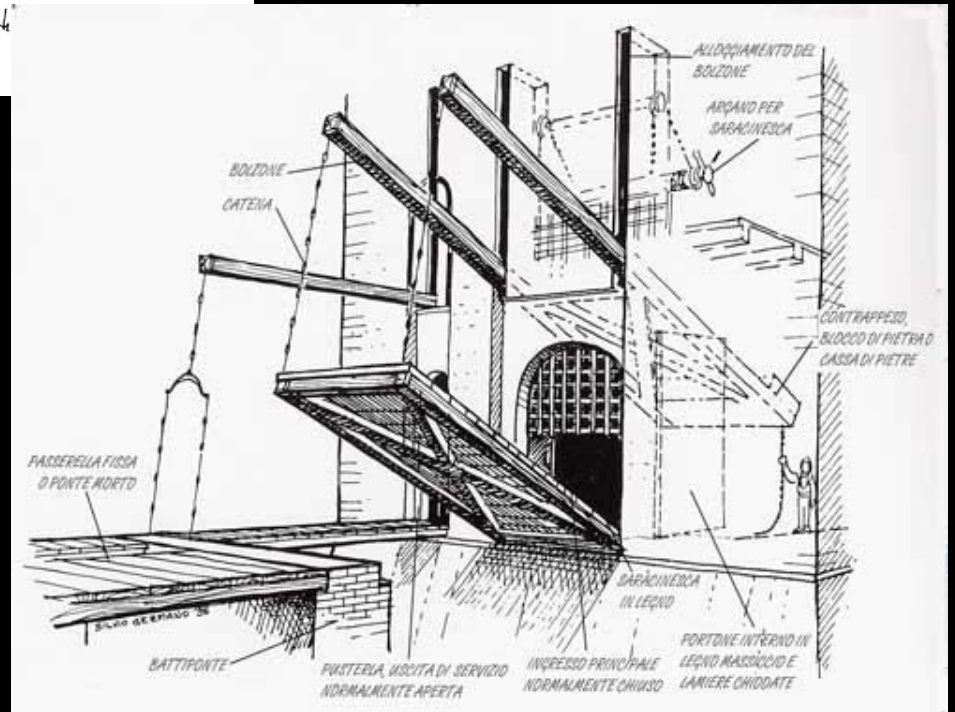
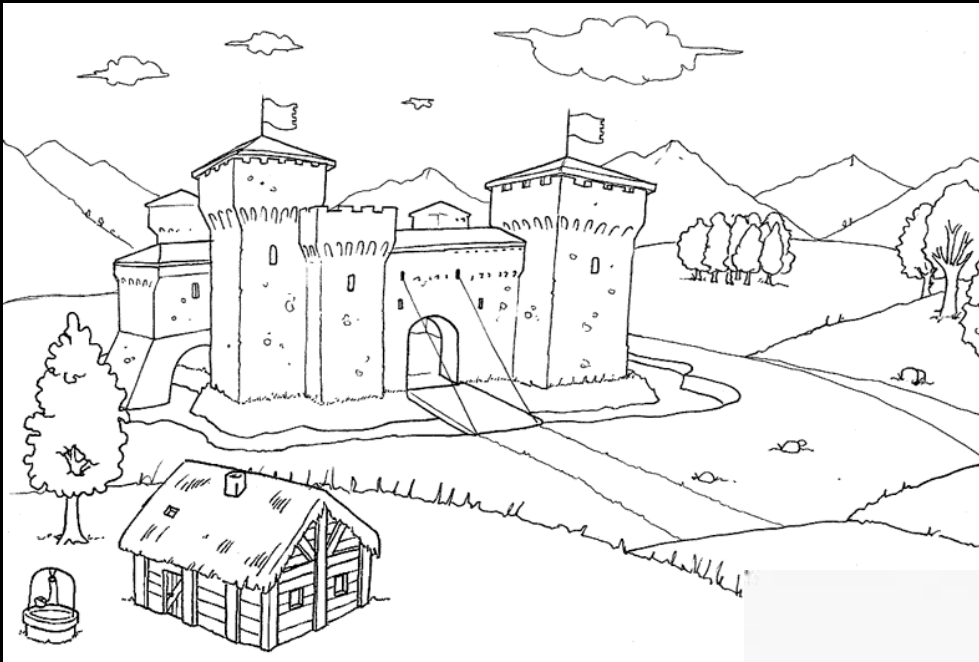






**Take
home message*





Alberto Giannini
Maité Garrouste-Orgeas
Jos M. Latour

What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?

Despite the many objections considered valid in the past (mainly infection risks, interference with patient care, increased stress for patient and family members, violation of confidentiality), there is conclusively no scientific basis for limiting family presence in ICU. On the contrary, there are strong arguments for liberalizing access to ICU for patients' families.

Alberto Giannini
Maité Garrouste-Orgeas
Jos M. Latour

What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?

Despite the many objections considered valid in the past (mainly infection risks, interference with patient care, increased stress for patient and family members, violation of confidentiality), there is conclusively no scientific basis for limiting family presence in ICU. On the contrary, there are strong arguments for liberalizing access to ICU for patients' families.

Alberto Giannini
Maité Garrouste-Orgeas
Jos M. Latour

What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?

Despite the many objections considered valid in the past (mainly infection risks, interference with patient care, increased stress for patient and family members, violation of confidentiality), there is conclusively no scientific basis for limiting family presence in ICU. On the contrary, there are strong arguments for liberalizing access to ICU for patients' families.

November 2011



AACN
PracticeAlert

Family Presence: Visitation in the Adult ICU

BAACN
British Association
of Critical Care Nurses

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;35:606-22

Position Statement on Visiting
in Adult Critical Care Units
in the United Kingdom

March 2012

www.baacn.org.uk



- Family visitation

- Rec. 5: Visitation in the PICU and NICU is open to parents and guardians 24 hours a day (*Grade C*)
- Rec. 1: Open visitation in the adult intensive care environment allows flexibility for patients and families and is determined on a case-by-case basis (*Grade B*)
- Rec. 2: The patient, family, and nurse determine the visitation schedule collectively; the schedule takes into account the best interest of the patient (*Grade C*)

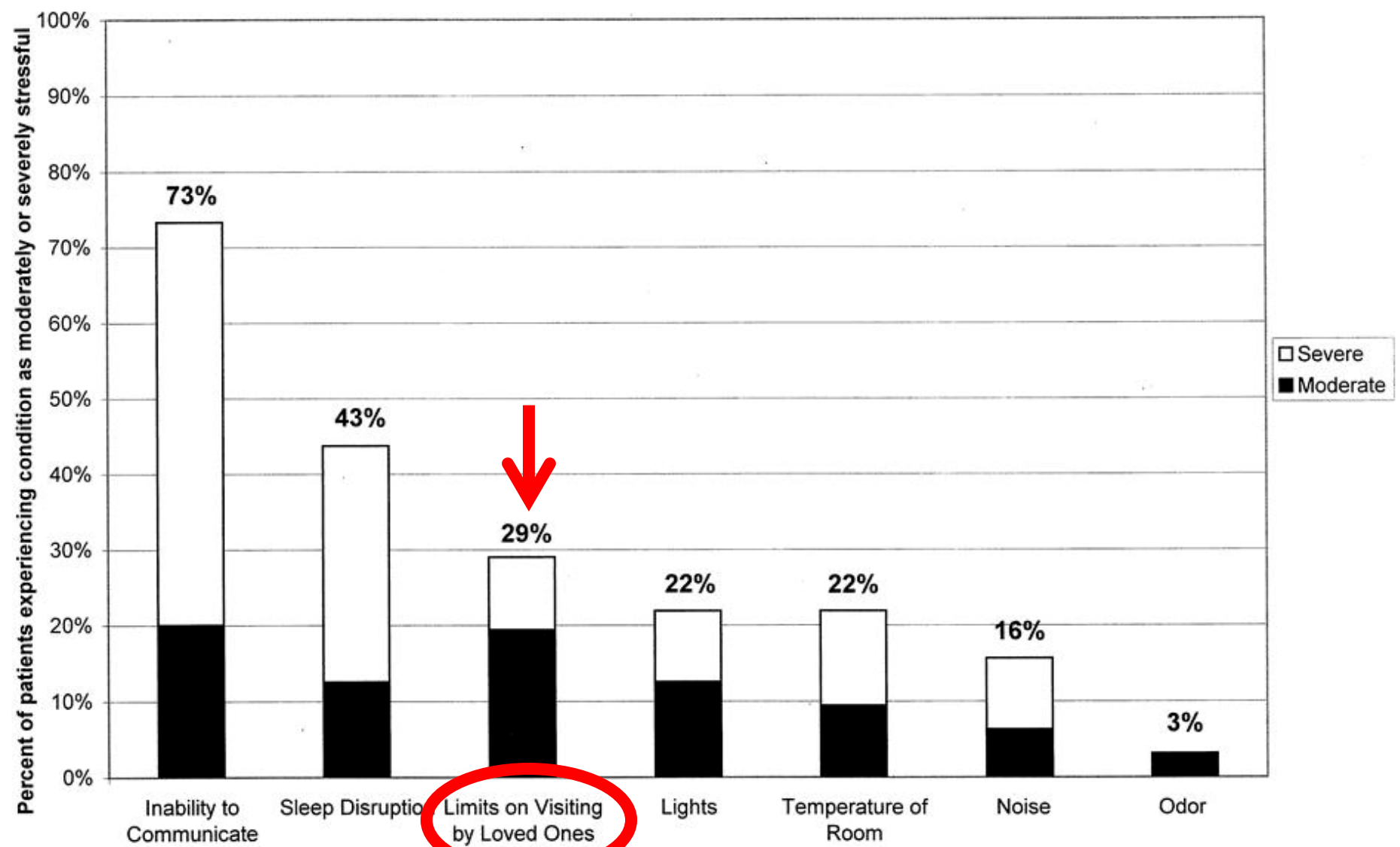
Karla Gudeon,
Albero della vita



Terapia Intensiva "aperta"

1. le "visiting policies" nelle Terapie Intensive italiane





Stressful conditions for cancer patients in the intensive care unit

Nelson JE. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. Crit Care Med 2001;29:277-82

Principal needs for relatives of critically ill patients

- information
- proximity to their loved one
- reassurance
- support
- comfort

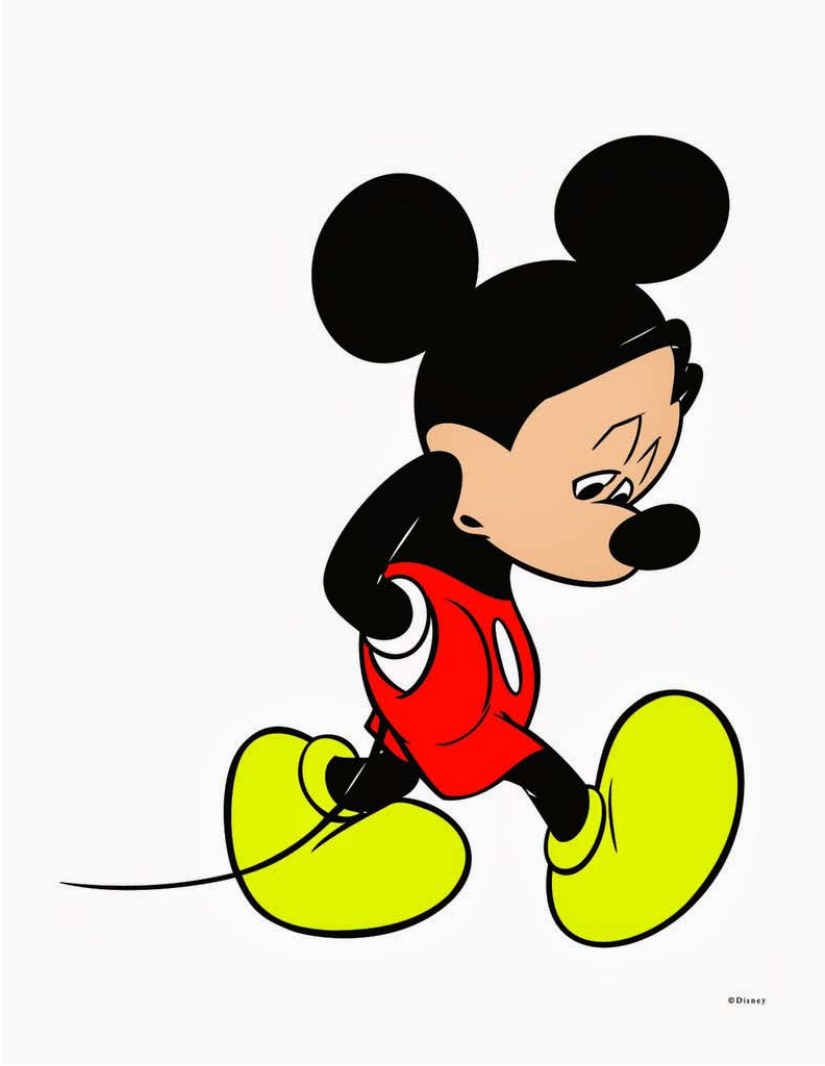
Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979;8:332-9

Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart Lung*. 1986;15:189-93

Mendonca D et al. Perceived and unmet needs of critical care family members. *Crit Care Nurs Q* 1998;21:58-67

Bijttebier P et al. Needs of relatives of critical care patients: perceptions of relatives physicians and nurses. *Intensive Care Med* 2001;27:160-5

- both nurses and physicians largely underestimate the **relatives' need for information and proximity**



- post-traumatic stress symptoms consistent with a moderate to major risk of PTSD were found in 33% family members
- severe post-traumatic stress reaction was associated with increased rates of anxiety and depression and decreased quality of life

- 50% of the family members of ICU patients suffer from excessive daytime sleepiness

- 3 to 5 days after the patient's admission to the ICU, a significant proportion of family members had substantial symptoms of
 - traumatic stress (56.8%)
 - anxiety (79.7%)
 - depression (70.3%)

- 6-12 months after discharge:
 - 27% of parents of PICU-admitted children were assessed as at high risk for PTSD (vs 7% of parents of ward-admitted children, p .04)

*«It is time to acknowledge
that the ICU must be a place
where humanity has a high priority.*

*It is time to open those ICUs
which are still closed»*

H. Burchardi
Intensive Care Medicine, 2002

*«It is time to acknowledge
that the ICU must be a place
where humanity has a high priority.*

*It is time to open those ICUs
which are still closed»*

H. Burchardi
Intensive Care Medicine, 2002



Adult ICUs with unrestricted visiting hours

• Sweden	70%	Knutsson SEM, <i>Intensive Crit Care Nurs</i> 2004;20:264-74
• UK	19-22%	Biley FC, <i>Intensive Crit Care Nurs</i> 1993;9:75-81 Plowright CI, <i>Intensive Crit Care Nurs</i> 1996;12:231-8 Hunter JD, <i>Anaesthesia</i> 2010;65:1101-5
• USA	20%	Liu V, <i>Critical Care</i> 2013, 17:R71
• Netherlands	14%	Spren AE, <i>Intensive Crit Care Nurs</i> 2011;27:27-30
• France	7-8%	Soury-Lavergne A, <i>J Clin Nurs</i> 2012 :21:1060-7 Lombardo V, <i>Ann Intensive Care</i> 2013;3:19
• Belgium	0-3%	Berti D, <i>Intensive Care Med</i> 2007;33:1060-5 Vandijck DM, <i>Heart Lung</i> 2010;39:137-146
• Switzerland	3%	Speroni C , <i>Minerva Anesthesiol</i> 2014 Dec 5 [ahead of print]
• Italy	0.4-2%	Giannini A, <i>Intensive Care Med</i> 2008;34:1256-62 Giannini A, <i>Intensive Care Med</i> 2011;37:1890





Visiting policies in Italian ICUs & PICUs



	2006	2010	2007	2015
• n. ICUs / PICUs	257	369	34	30
• response rate	85% (257/303)	88% (369/420)	100% (34/34)	100% (30/30)
• daily median visiting time	60 min (range 15 min – 24 h)	115 min (range 10 min - 24 h)	300 min (range 30 min – 24 h)	8 hrs (range 30 min – 24 h)
• ICUs with 24-hour visiting	0.4%	2%	12%	23%
• visits <u>not</u> allowed	2%	1.4%	0%	0%

Giannini A et al. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med* 2008

Giannini A et al. *Andante moderato*: signs of change in visiting policies for Italian ICUs. *Intensive Care Med* 2011

Giannini A et al. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric ICUs: a national survey. *Pediatr Crit Care Med* 2011

Giannini A et al. Visiting policies in Italian pediatric ICUs: an update. *Critical Care* 2016



Visiting policies in Italian ICUs & PICUs



	2006	2010	2007	2015
• n. ICUs / PICUs	257	369	34	30
• response rate	85% (257/303)	88% (369/420)	100% (34/34)	100% (30/30)
• daily median visiting time	60 min (range 15 min – 24 h)	115 min (range 10 min - 24 h)	300 min (range 30 min – 24 h)	8 hrs (range 30 min – 24 h)
• ICUs with 24-hour visiting	0.4%	2%	12%	23%
• visits <u>not</u> allowed	2%	1.4%	0%	0%

Giannini A et al. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Med* 2008

Giannini A et al. *Andante moderato*: signs of change in visiting policies for Italian ICUs. *Intensive Care Med* 2011

Giannini A et al. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric ICUs: a national survey. *Pediatr Crit Care Med* 2011

Giannini A et al. Visiting policies in Italian pediatric ICUs: an update. *Critical Care* 2016

Visiting time > 60 min/d

- *S&I*: OR 0.29, 95% CI 0.14-0.66
- *NE*: OR 0.46, 95% CI 0.21-0.97

- regional area and volume of admissions significantly influenced visiting hours

Visiting policies in Italian ICUs: adult vs pediatric units



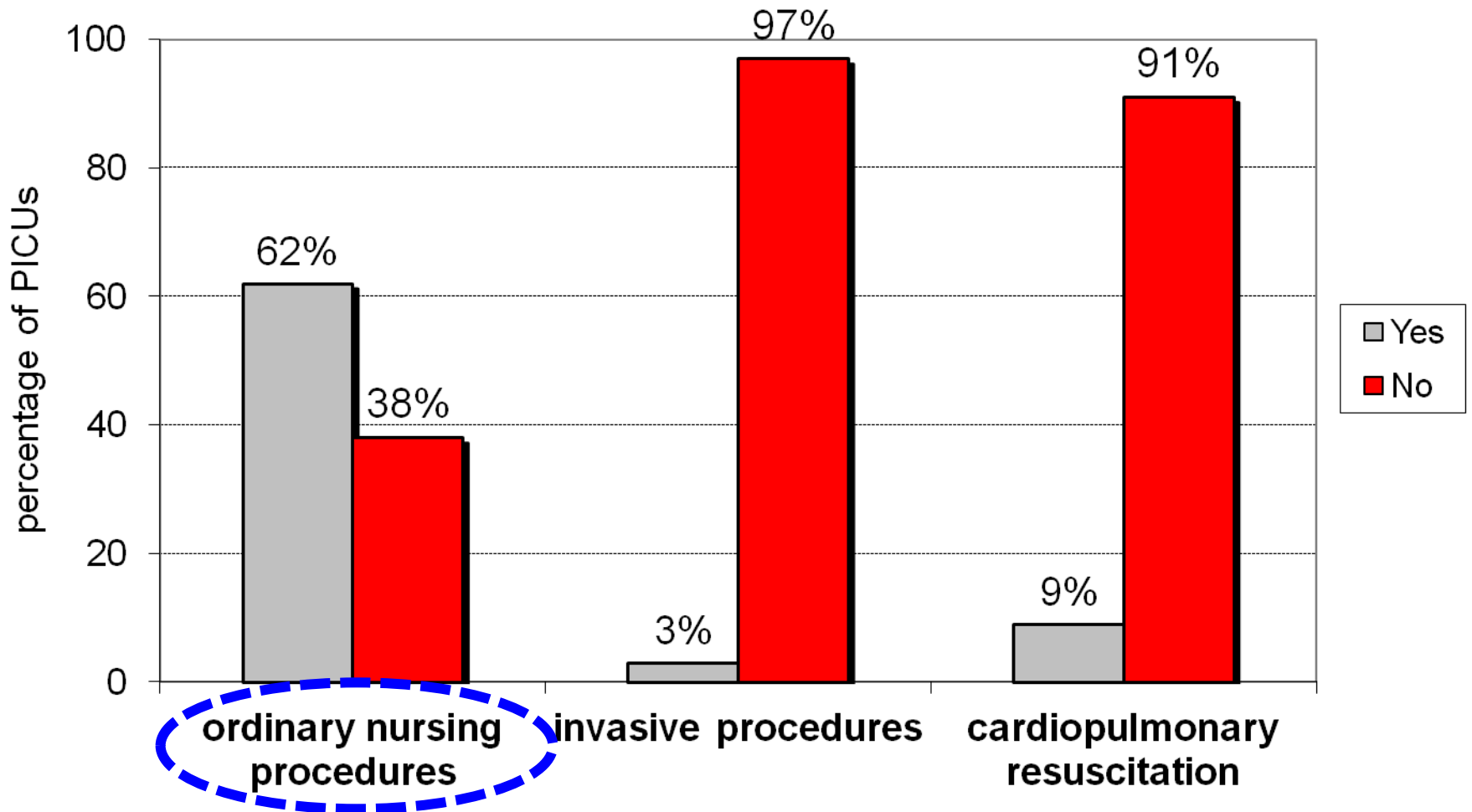
	ICUs	PICUs
Visiting time	~ 2 h	5 h
No modification of visiting policy in the case of a dying patient	21%	6%
Revision of current policies underway	33%	48%
Waiting room <u>not</u> provided	25%	32%
Gowning procedures	95%	94%
Hand washing	65%	100%

Giannini A et al, *Intensive Care Med* 2008

Giannini A et al, *Pediatr Crit Care Med* 2010

Giannini A et al, *Intensive Care Med* 2011

Allowed parental presence during procedures & cardiopulmonary resuscitation









Terapia Intensiva “aperta”

1. le “visiting policies” nelle Terapie Intensive italiane
2. Terapia Intensiva “aperta”:
 - cosa significa?
 - “*il gioco vale la candela?*”



Terapia Intensiva

“chiusa”

TI con *accesso limitato*
e che pertanto
contiene o interdice
la presenza o la visita
dei familiari,
confinando questi
contatti a piccole
“brecce” di tempo

- piano *temporale*
- piano *fisico*
- piano *relazionale*



Giannini A et al. What's new in ICU visiting policies: Can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Medicine* 2014;40:730–733

Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010;76:89-90

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

Terapia Intensiva

“chiusa”

TI con *accesso limitato*
e che pertanto
contiene o interdice
la presenza o la visita
dei familiari,
confinando questi
contatti a piccole
“brecce” di tempo

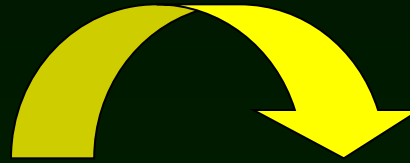
- piano *temporale*
- piano *fisico*
- piano *relazionale*



Giannini A et al. What's new in ICU visiting policies: Can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Medicine* 2014;40:730–733

Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010;76:89-90

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



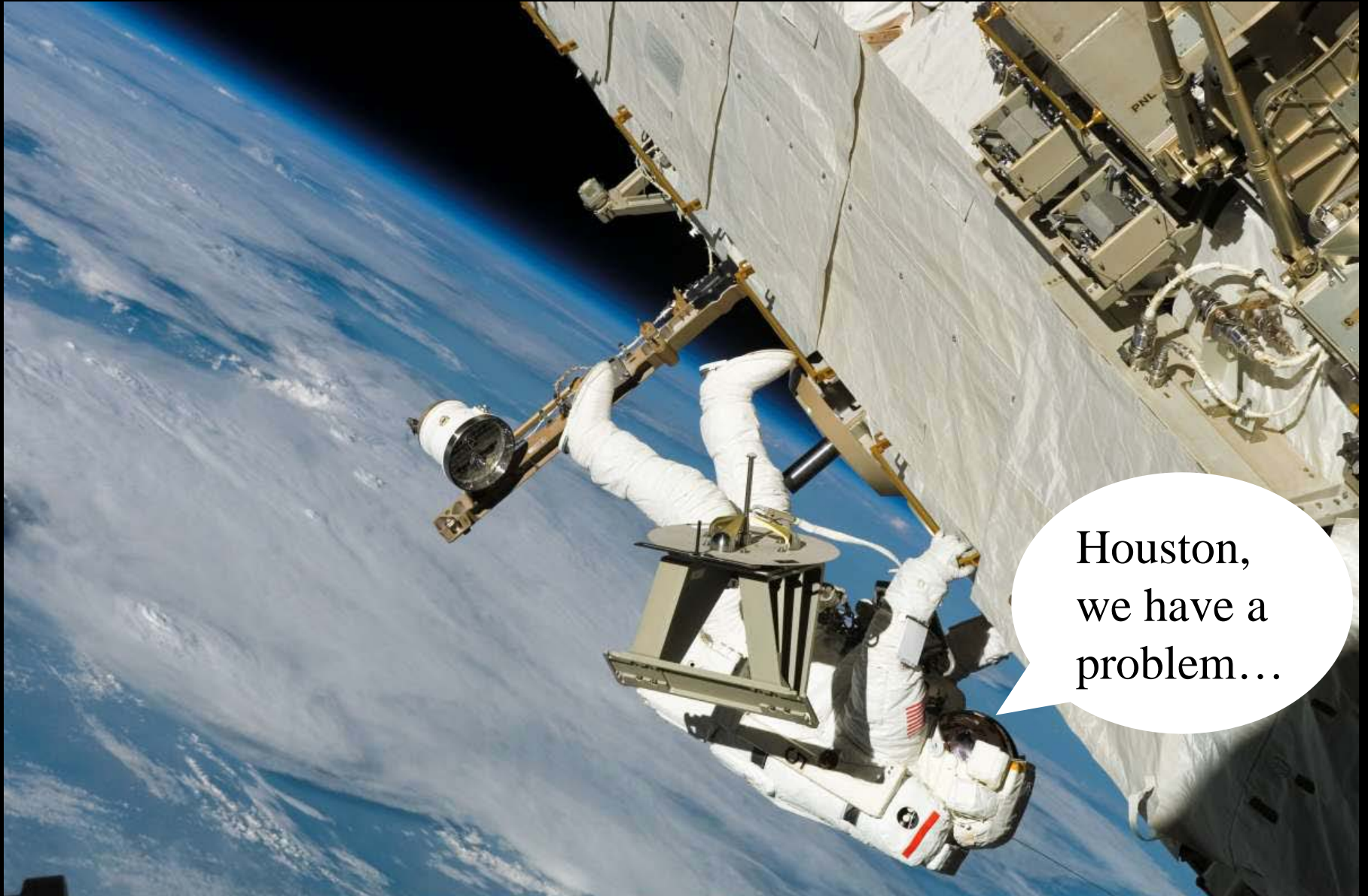
Metà delle famiglie di
pazienti ricoverati in ICU
riporta di aver sperimentato
un'inadeguata comunicazione
con i medici

Azoulay, *Crit Care Med* 2000

Tra i familiari
cattiva comprensione

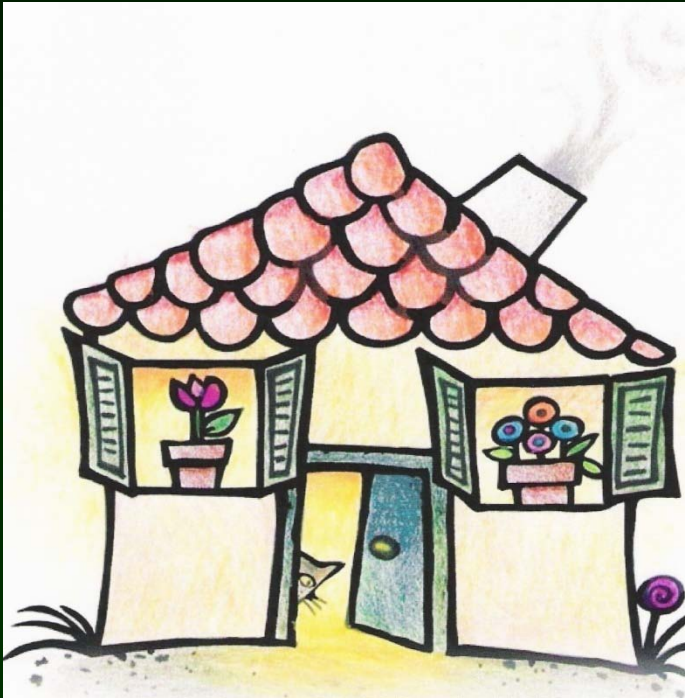
- della **diagnosi**: 20% dei casi
- della **prognosi**: 43% dei casi
- della **terapia**: 40% dei casi
- **di più di una di queste informazioni contemporaneamente**: 53% dei casi

Azoulay E et al,
Half the families of intensive care units
patients experience inadequate
communication with physicians
Crit Care Med 2000;28:3044-49



Houston,
we have a
problem...

Terapia Intensiva “aperta”



TI dove uno degli obiettivi dell'equipe è una *razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie* poste a livello temporale, fisico e relazionale

Giannini A et al. What's new in ICU visiting policies: Can we continue to keep the doors closed? *Intensive Care Medicine* 2014;40:730–733

Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010;76:89-90

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

Obiezioni?

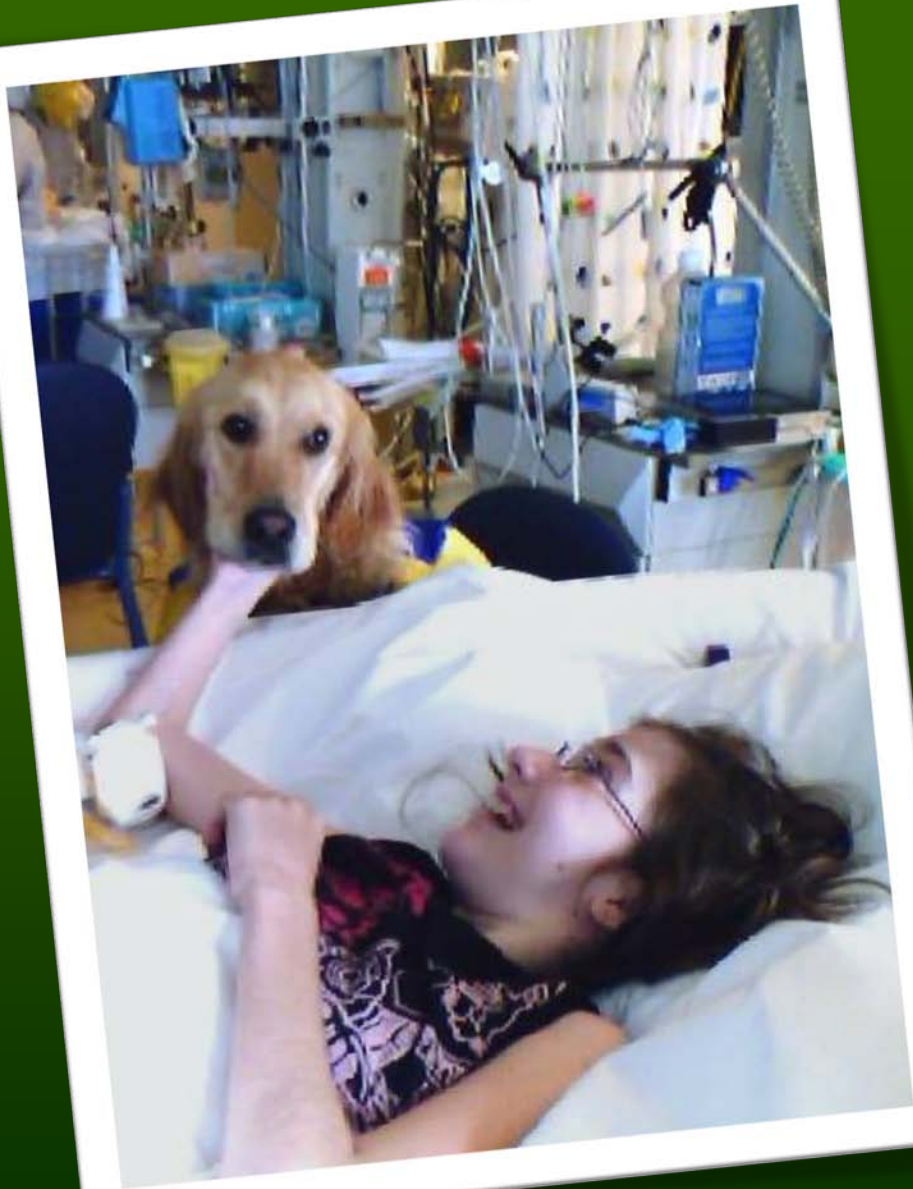
- aumento del **rischio di infezioni** per il paziente
- **interferenze con le cure** al paziente
- aumento del **carico di lavoro** per l'équipe
- **limitazione dell'efficienza** della TI
- aumento **per i pazienti** del livello di *stress*
- aumento **per i familiari** del livello di *stress*
- violazione della *privacy* dei pazienti

«In fact, a sound scientific basis for restricting visitors in ICUs does not exist»

Slota M et al.
Crit Care Med, 2003



Terapia Intensiva Pediatrica
Ospedale Maggiore Policlinico - Milano



Vos GD et al.
Pets or meds: how to tackle misery in a
pediatric intensive care unit
Intensive Care Med 2007;33:1492-3

- unrestrictive visiting policy (UVP) vs restrictive visiting policy (RVP)
- gruppo UVP:
 - complicanze cardio-vascolari significativamente ridotte
 - “anxiety score” significativamente ridotto
 - incremento significativamente minore del TSH

Fumagalli S et al.

Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. Results from a pilot randomized trial

Circulation 2006;113;946-52



- le visite possono essere percepite come motivo d'interferenza con l'attività di cura (“*disruptive on nursing care delivery*”)

Kirchhoff KT et al.

Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care setting
Am J Crit Care 1993;2:238-45

- la presenza dei familiari può divenire un **elemento di ulteriore stress per l'équipe**

Slota M et al.

Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting
Crit Care Med 2003;31[Suppl.]S362-366

- la presenza dei familiari di per sé non riduce il livello d'assistenza al paziente (Gurley, *Medsurg Nurs* 1995) anche se talora ne può allungare i tempi (Slota, *Crit Care Med* 2003)



Alberto Giamini
Guido Miccinesi
Edi Prandi
Carlotta Buzzoni
Claudia Borreani
The ODIN Study Group

Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study

- 7 ICUs + 1 PICU; 230 out of 258 staff members
- **Maslach-Jackson Burnout Inventory + State-Trait Anxiety Inventory** before policy change, after 6 and 12 months

- 7 ICUs + 1 PICU; 230 out of 258 staff members
- Maslach-Jackson Burnout Inventory + State-Trait Anxiety Inventory before policy change, after 6 and 12 months
- 1 year after partial liberalization:
 - anxiety scores stable
 - small but significant increase in staff members, particularly nurses, with high burnout level (p .001)

- most doctors and nurses viewed policy change positively before and after 1 year

🔑 ‘opening’ the unit is a challenging and in some respect burdensome experience, but one which ‘is worth the trouble’

Positive aspects	N (%)
• for the patient	
– reduction in psychological distress, better quality of stay in ICU	43 (24%)
• for the patient's family	
– reduction in psychological distress, improved patient – family relations	36 (20%)
– easier to manage demands of family and work life	2 (1%)
– better working through of grief and bereavement	1 (0.5%)
• for ICU staff	
– greater trust and appreciation from family members	26 (14%)
– improved relationship and communication with family members	38 (21%)
– greater job satisfaction for ICU staff	10 (5%)
– stimulus for ICU staff	20 (11%)
– assistance from family members in looking after the patient	4 (2%)
Total	180 (100%)

Health care professionals & major organizational change

‘The overall level of psychological distress increases among health care professionals during the process of organizational change’

‘Even a change that ultimately results in job enrichment can put adaptation demands on individuals and creates concerns about failure, control, uncertainty, and adjustment.

At least in the short term, these can create distress for the individual’



- after liberalization of visiting:
 - improved family and patient perception of the quality of care
 - reduction in formal complaints

- most caregivers in ICUs with unrestricted policies perceive this favourably: only 10% would prefer reduced visiting times

- maximum median visit length **120 mins** per patient per day
 - the majority of family visits occurred **between 2 pm and 8 pm**

- maximum median visit length: 120 mins per patient per day
 - the majority of family visits occurred between 2 pm and 8 pm
- neither nurses nor physicians perceived open visitation as disrupting patient care

- maximum median visit length: 120 mins per patient per day
 - the majority of family visits occurred between 2 pm and 8 pm
- neither nurses nor physicians perceived open visitation as disrupting patient care
- the Hospital Anxiety and Depression Scale indicated symptoms of **anxiety in 49%** of family members and **depression in 29.5%**
- the majority of the family members reported that the **24-hr policy lessened their anxiety (74.5%)**

Unrecognized contributions of families in the intensive care unit
Intensive Care Med 2008;34:1097-101

active presence

*voluntary
caregiver*

protector

coach

facilitator

historian

Pro



- ✓ nessun aumentato rischio infettivo
- ✓ non riduce il livello di assistenza
- ✓ minor livello di stress per il paziente
- ✓ minor livello di stress per i familiari
- ✓ preservazione o miglioramento di FC, PA, PIC
- ✓ rassicurazione
- ✓ ↑ apprezzamento e fiducia verso l'équipe
- ✓ ↓ contestazioni
- ✓ migliore comunicazione
- ✓ miglior preservazione del legame bimbo-genitori
- ✓ aiuto nel tempo della morte, miglior elaborazione del lutto
- ✓ costi minori (?)

Contro

- ✓ possibile allungamento dei tempi dell'assistenza
- ✓ possibile iniziale ↑ stress per l'équipe
- ✓ atteggiamento “iper-vigilante”
- ✓ possibile riduzione di tempi e spazi “privati” per l'équipe

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. **Create a patient- and family-centered environment**
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. **Improve patient and family satisfaction**
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

De-implementation of open visiting hours

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. **Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes**
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. **Recognize that family members are more important to patients than clinicians**
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU

Mitchell M. Levy

Daniel

Table 1 Top 10 reasons to implement open visiting hours

1. Improve communication between patients, families, and ICU staff
2. Facilitate closer contact between patients and families
3. Create a patient- and family-centered environment
4. Improve patient and family satisfaction
5. Improve understanding by family about nature of their loved one's illness enhancing shared decision-making about patient care
6. Facilitating family presence for CPR and procedures, which can improve family outcomes
7. Allowing for families with difficult work schedules to visit
8. More rapid communication to family of changes in diagnosis or therapeutic plans or changes in condition or prognosis
9. Recognize that family members are more important to patients than clinicians
10. Facilitate a culture of respectful language by clinicians in the ICU



“Aprire la porta”:
l’esperienza nella quotidianità

- TI “aperta” ≠ TI “senza regole”
 - regole igieniche
 - regole di sicurezza
 - regole gestionali
- garantire all’équipe **tempi e spazi propri**
 - libertà nella comunicazione
 - rispetto della confidenzialità
 - pause non frammentate da interruzioni

Terapia Intensiva “aperta”

- non è una “concessione” al paziente
- significa riconoscere un diritto essenziale del paziente (e della sua famiglia)
- risposta efficace ai bisogni del paziente e della sua famiglia



Terapia Intensiva “aperta”

1. le “visiting policies” nelle Terapie Intensive italiane
2. Terapia Intensiva “aperta”:
 - cosa significa?
 - *“il gioco vale la candela?”*
3. il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica



Presidenza del Consiglio dei Ministri



**TERAPIA INTENSIVA “APERTA” ALLE VISITE
DEI FAMILIARI**

19 Luglio 2013

Aspetti etici

1. principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari
2. principio di *autonomia*
 - diritto di mantenere le relazioni significative e affettive
 - diritto di determinare le presenze significative (mondo familiare e affettivo)
 - diritto di avere accanto a sé le persone ritenute significative
3. principio di *beneficialità*
4. principio di *non maleficenza*

Aspetti etici

1. principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari
2. principio di *autonomia*
 - diritto di mantenere le relazioni significative e affettive
 - diritto di determinare le presenze significative (mondo familiare e affettivo)
 - diritto di avere accanto a sé le persone ritenute significative
3. principio di *beneficialità*
4. principio di *non maleficenza*

Aspetti etici

1. principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari
2. principio di *autonomia*
 - diritto di mantenere le relazioni significative e affettive
 - diritto di determinare le presenze significative (mondo familiare e affettivo)
 - diritto di avere accanto a sé le persone ritenute significative
3. principio di *beneficialità*
4. principio di *non maleficenza*

Aspetti etici

1. principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari
2. principio di *autonomia*
 - diritto di mantenere le relazioni significative e affettive
 - diritto di determinare le presenze significative (mondo familiare e affettivo)
 - diritto di avere accanto a sé le persone ritenute significative
3. principio di *beneficialità*
4. principio di *non maleficenza*

Aspetti etici

1. principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari
2. principio di *autonomia*
 - diritto di mantenere le relazioni significative e affettive
 - diritto di determinare le presenze significative (mondo familiare e affettivo)
 - diritto di avere accanto a sé le persone ritenute significative
3. principio di *beneficialità*
4. principio di *non maleficenza*

Conclusioni

Il CNB ritiene pertanto che il modello organizzativo definito come TI “aperta”:

- a) esprima con pienezza il principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari orientando l’organizzazione sanitaria in funzione del primato della dignità e dei diritti della persona anche nel tempo di particolare fragilità e dipendenza rappresentato dalla malattia grave che necessita di cure intensive
- b) sia una scelta utile ed efficace per dare risposta ad alcuni importanti bisogni del paziente e della sua famiglia

Conclusioni

Il CNB ritiene pertanto che il modello organizzativo definito come TI “aperta”:

- a) esprima con pienezza il principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari orientando l’organizzazione sanitaria in funzione del primato della dignità e dei diritti della persona anche nel tempo di particolare fragilità e dipendenza rappresentato dalla malattia grave che necessita di cure intensive
- b) sia una scelta utile ed efficace per dare risposta ad alcuni importanti bisogni del paziente e della sua famiglia

Conclusioni

Il CNB ritiene pertanto che il modello organizzativo definito come TI “aperta”:

- a) esprima con pienezza il principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari orientando l’organizzazione sanitaria in funzione del primato della dignità e dei diritti della persona anche nel tempo di particolare fragilità e dipendenza rappresentato dalla malattia grave che necessita di cure intensive
- b) sia una scelta utile ed efficace per dare risposta ad alcuni importanti bisogni del paziente e della sua famiglia

Raccomandazioni

Sulla scorta di queste considerazioni, il CNB propone le seguenti raccomandazioni:

- 1) l'organizzazione delle TI deve essere orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- 2) i familiari – e in particolar modo i genitori dei bambini ricoverati e i parenti stretti degli anziani – e in generale le persone indicate dal paziente devono poter avere la possibilità di stare accanto al paziente in TI;
- 3) i pazienti in grado di esprimere la loro volontà devono perciò essere consultati in merito a quali persone essi desiderano accanto a sé; mentre nel caso di pazienti attualmente incapaci dovranno essere valorizzate le loro eventuali precedenti «dichiarazioni anticipate di trattamento»; naturalmente dovrà essere tutelata anche la scelta del malato di non ricevere visite;

Raccomandazioni

Sulla scorta di queste considerazioni, il CNB propone le seguenti raccomandazioni:

- 1) l'organizzazione delle TI deve essere orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- 2) i familiari – e in particolar modo i genitori dei bambini ricoverati e i parenti stretti degli anziani – e in generale le persone indicate dal paziente devono poter avere la possibilità di stare accanto al paziente in TI;
- 3) i pazienti in grado di esprimere la loro volontà devono perciò essere consultati in merito a quali persone essi desiderano accanto a sé; mentre nel caso di pazienti attualmente incapaci dovranno essere valorizzate le loro eventuali precedenti «dichiarazioni anticipate di trattamento»; naturalmente dovrà essere tutelata anche la scelta del malato di non ricevere visite;

Raccomandazioni

Sulla scorta di queste considerazioni, il CNB propone le seguenti raccomandazioni:

- 1) l'organizzazione delle TI deve essere orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- 2) i familiari – e in particolar modo i genitori dei bambini ricoverati e i parenti stretti degli anziani – e in generale le persone indicate dal paziente devono poter avere la possibilità di stare accanto al paziente in TI;
- 3) i pazienti in grado di esprimere la loro volontà devono perciò essere consultati in merito a quali persone essi desiderano accanto a sé; mentre nel caso di pazienti attualmente incapaci dovranno essere valorizzate le loro eventuali precedenti «dichiarazioni anticipate di trattamento»; naturalmente dovrà essere tutelata anche la scelta del malato di non ricevere visite;

Raccomandazioni

Sulla scorta di queste considerazioni, il CNB propone le seguenti raccomandazioni:

- 1) l'organizzazione delle TI deve essere orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- 2) i familiari – e in particolar modo i genitori dei bambini ricoverati e i parenti stretti degli anziani – e in generale le persone indicate dal paziente devono poter avere la possibilità di stare accanto al paziente in TI;
- 3) i pazienti in grado di esprimere la loro volontà devono perciò essere consultati in merito a quali persone essi desiderano accanto a sé; mentre nel caso di pazienti attualmente incapaci dovranno essere valorizzate le loro eventuali precedenti «dichiarazioni anticipate di trattamento»; naturalmente dovrà essere tutelata anche la scelta del malato di non ricevere visite;

Raccomandazioni

- 4) le TI devono adeguare gradualmente, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature attualmente esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità), la loro organizzazione e le loro *visiting policies* al modello della TI “aperta”;
- 5) medici e infermieri di TI devono ricevere un’adeguata e aggiornata formazione per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;
- 6) i piani nazionali e regionali di edilizia sanitaria devono prevedere spazi adeguatamente attrezzati per favorire la presenza delle famiglie dei pazienti e dei visitatori;
- 7) l’Amministrazione sanitaria, nelle sue diverse articolazioni, deve impegnarsi a favorire e sostenere la realizzazione del modello della TI “aperta”

Raccomandazioni

- 4) le TI devono adeguare gradualmente, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature attualmente esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità), la loro organizzazione e le loro *visiting policies* al modello della TI “aperta”;
- 5) medici e infermieri di TI devono ricevere un’adeguata e aggiornata formazione per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;
- 6) i piani nazionali e regionali di edilizia sanitaria devono prevedere spazi adeguatamente attrezzati per favorire la presenza delle famiglie dei pazienti e dei visitatori;
- 7) l’Amministrazione sanitaria, nelle sue diverse articolazioni, deve impegnarsi a favorire e sostenere la realizzazione del modello della TI “aperta”

Raccomandazioni

- 4) le TI devono adeguare gradualmente, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature attualmente esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità), la loro organizzazione e le loro *visiting policies* al modello della TI “aperta”;
- 5) medici e infermieri di TI devono ricevere un’adeguata e aggiornata formazione per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;
- 6) i piani nazionali e regionali di edilizia sanitaria devono prevedere spazi adeguatamente attrezzati per favorire la presenza delle famiglie dei pazienti e dei visitatori;
- 7) l’Amministrazione sanitaria, nelle sue diverse articolazioni, deve impegnarsi a favorire e sostenere la realizzazione del modello della TI “aperta”

Raccomandazioni

- 4) le TI devono adeguare gradualmente, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature attualmente esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità), la loro organizzazione e le loro *visiting policies* al modello della TI “aperta”;
- 5) medici e infermieri di TI devono ricevere un’adeguata e aggiornata formazione per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;
- 6) i piani nazionali e regionali di edilizia sanitaria devono prevedere spazi adeguatamente attrezzati per favorire la presenza delle famiglie dei pazienti e dei visitatori;
- 7) l’Amministrazione sanitaria, nelle sue diverse articolazioni, deve impegnarsi a favorire e sostenere la realizzazione del modello della TI “aperta”



- in Italia:
 - “*visiting policies*” molto restrittive
 - iniziata fase di **ripensamento**
- nessuna base scientifica per mantenere “chiusa” la Terapia Intensiva
- “chiusura” / “apertura”
 - piano **temporale**
 - piano **fisico**
 - piano **relazionale**



- in Italia:
 - “*visiting policies*” molto restrittive
 - iniziata fase di ripensamento
- nessuna base scientifica per mantenere “chiusa” la Terapia Intensiva
- “chiusura” / “apertura”
 - piano temporale
 - piano fisico
 - piano relazionale
- Terapia Intensiva “aperta”:
 - non una concessione
 - scelta utile e motivata
 - risposta efficace ai bisogni del paziente e della sua famiglia
- “*il gioco vale la candela*”!



Alberto Giannini
Maité Garrouste-Orgeas
Jos M. Latour

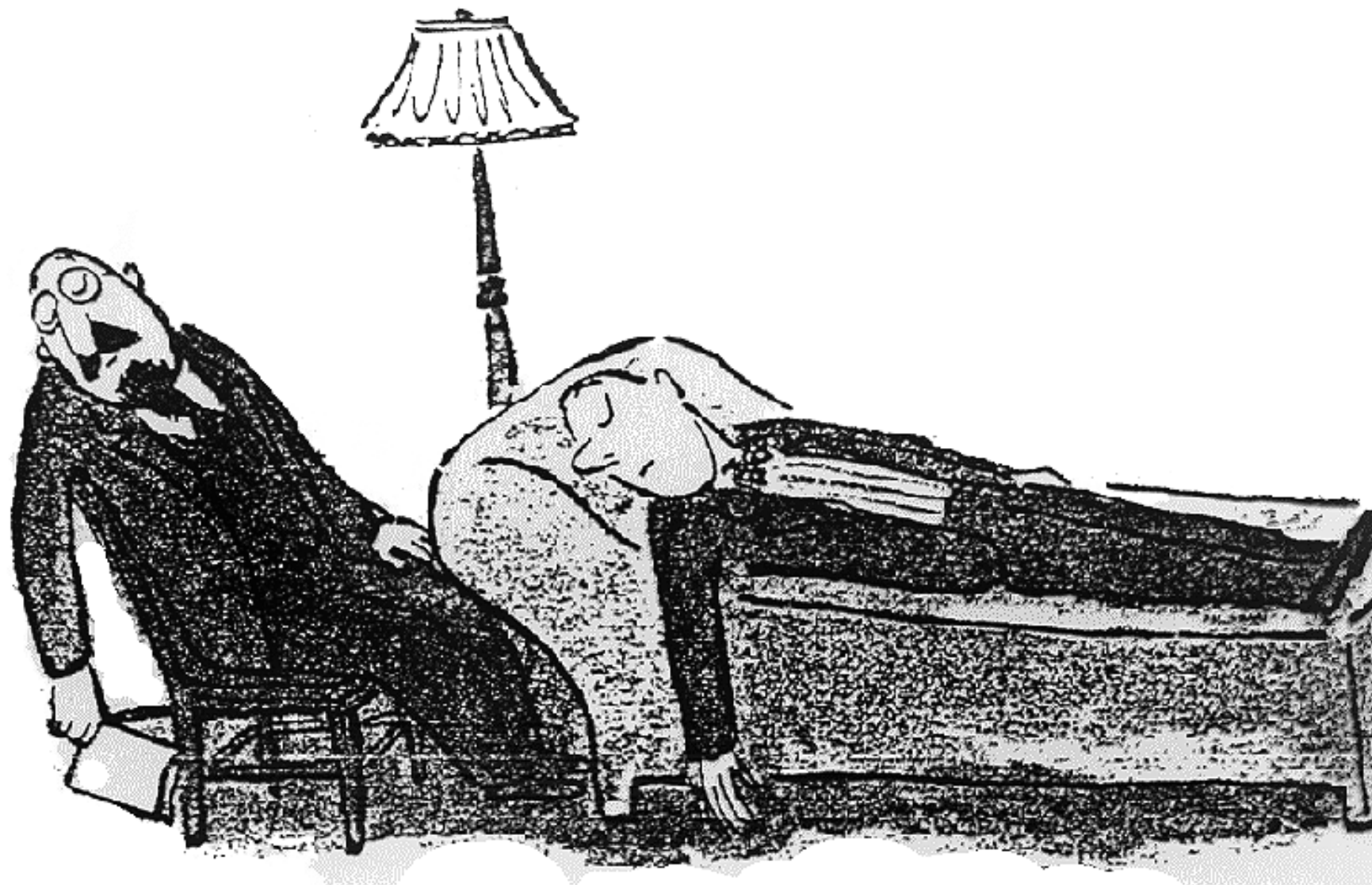
What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?

We must open our ICUs: not tomorrow but today. By opening our minds and reassessing our rituals and rules of a well-established and reassuring tradition, we can make a difference for our ICU patients and their families. The complex and highly technological environment of the ICU can and must become a welcoming place, which respects the needs of patients and families, and where ‘humanity has a high priority’.

Alberto Giannini
Maité Garrouste-Orgeas
Jos M. Latour

What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?

We must open our ICUs: not tomorrow but today. By opening our minds and reassessing our rituals and rules of a well-established and reassuring tradition, we can make a difference for our ICU patients and their families. The complex and highly technological environment of the ICU can and must become a welcoming place, which respects the needs of patients and families, and where 'humanity has a high priority'.





***Grazie per la
pazienza!***

Alberto Giannini

Terapia Intensiva Pediatrica

Ospedale Maggiore Policlinico - Milano

☎ 02 55032242

✉ a.giannini@policlinico.mi.it