

**IL PAZIENTE IN UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA  
INTERMEDIA RESPIRATORIA (UTIIR)**

*opuscolo informativo per pazienti e familiari*



## INDICE

- 1. PERCHE' IN UTIIR**
- 2. CHI SIAMO**
- 3. DOVE SIAMO E COME SIAMO ORGANIZZATI**
- 4. COSA FACCIAMO**
- 5. CHI VI PUÒ “ASCOLTARE”**
- 6. COME CI VESTIAMO**
- 7. AREA WIRELESS “GASLA”**
- 8. NUMERI TELEFONICI UTILI**
- 9. PIANTINA UTIIR**



## 1. PERCHE' IN UTIIR

L'UTIIR è un acronimo che significa Unità di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria



Il paziente che necessita ricovero in UTIIR è una persona fragile le cui funzioni vitali sono assai precarie e talora insufficienti al mantenimento della vita stessa.

Le patologie per cui è previsto il ricovero presso la nostra Unità sono diverse ma tutte caratterizzate da un severo problema respiratorio non gestibile nei comuni reparti di pneumologia. Un'adeguata assistenza necessita, infatti, di un monitoraggio cardiorespiratorio continuo e un team con competenze specifiche.

La cura delle principali funzioni vitali compromesse, riguarderanno soprattutto l'apparato cardiorespiratorio: qualora fossero seriamente compromesse anche le funzioni neurologiche e/o renali e/o epatiche e/o metaboliche il paziente sarà trasferito in Rianimazione.

## 2. CHI SIAMO

I **mediche** lavorano presso l'UTIIR forniscono assistenza 24 ore su 24 e sono qualificati da particolari competenze che permettono la gestione del grave scompenso respiratorio e dell'emergenze ( ACLS provider).



In caso di necessità sono chiamate per consulenza altre figure mediche che collaborano con i Pneumologi.

Il team multidisciplinare è rappresentato dal pneumologo, cardiologo, neurologo, otorino, radiologo, psicologo, nutrizionista .....

I protocolli diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) definiscono l'operato dei professionisti dell'UTIIR che si realizza nell'assistenza medica, infermieristica e fisioterapica in prestata al degente.

I PDTA sono stilati dai professionisti dell'UTIIR (medici, infermieri, fisioterapisti) seguendo le linee guida internazionali.



- ✓ **Gli infermieri** sono caratterizzati da una preparazione specifica, tipica dell'area critica, si occupano dell'assistenza generale, collaborano a stretto contatto con i medici e i terapisti respiratori e sono identificabili da una banda azzurra sulla tasca della divisa.

Il rapporto infermiere: paziente è di 1/5.

- ✓ I **terapisti respiratori**, in stretta collaborazione con i medici e gli infermieri, si occupano della riabilitazione sia respiratoria che motoria e della gestione tecnica dei ventilatori, sono identificabili da una banda rossa sulla tasca della divisa. (Coordinatore **Antonio Basile**).



- ✓ Gli **Operatori Socio Sanitari (OSS)** collaborano con l'infermiere nella gestione del malato e sono identificabili da una banda **gialla** sulla tasca della divisa.

Il coordinamento infermieristico dell'UTIIR è affidato a **Elisabetta Cemmi** ed è a disposizione dei familiari, dal lunedì al venerdì, previo accordo diretto.

Direttore dell'Unità Semplice di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria è il **Dott. Daniele Colombo**

Direttore del Dipartimento del Centro di Ricerca delle Malattie ToracoPolmonari e dell'Unità complessa di Pneumologia Riabilitativa è il **Dott. E. Enrico Guffanti**

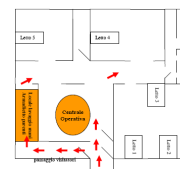
### 3. DOVE SIAMO E COME SIAMO ORGANIZZATI

L'UTIIR si trova al terzo piano.

L'accesso in UTIIR può avvenire per contatto diretto o per trasferimento concordato da altro ospedale.

Il nostro reparto ha una dotazione di 5 posti letto divisi in tre camere: due da un letto e una da tre letti.

Ognuno dei cinque posti letto è dotato di un sistema di monitoraggio dei principali parametri vitali afferente a una centrale operativa dove è presente personale addetto.



Le visite parenti sono ammesse dalle ore 12.00 fino alle ore 19.00.

Adiacente all'ingresso è presente un citofono, per poter comunicare con il reparto, e una porta d'ingresso secondaria, dedicata al transito dei parenti

Lungo il percorso parenti per l'accesso all'UTIIR troverete gli armadietti dedicati ai pazienti e una soluzione a base di clorexidina per eseguire il lavaggio delle mani.



Sono esposte le indicazioni per il corretto lavaggio delle mani.

Il lavaggio delle mani, fondamentale per prevenire le infezioni ospedaliere, è obbligatorio sia all'entrata che al termine della visita.

Siete pregati di entrare in UTIIR senza cappotti e senza borse

Durante la mattina sono concentrate tutte le attività: per tale motivo Vi preghiamo di evitare le visite sino alle ore 12.00.

**Per garantire tranquillità ai pazienti è ammessa la visita di una sola persona alla volta.**

Su indicazione particolari, nelle due camere a un letto è possibile la permanenza di un familiare anche nelle ore notturne.

Vi chiediamo di procurare:

- ✚ spazzolino da denti
- ✚ dentifricio
- ✚ rasoio elettrico
- ✚ crema idratante in tubetto
- ✚ deodorante spray
- ✚ spazzola o pettine
- ✚ salviettine umidificate
- ✚ scarpe chiuse con velcro
- ✚ fazzoletti di carta



Non è necessario portare vestiario ai pazienti.

**Non sono ammessi i cellulari.**

Dalle ore 12.00 alle 14.00 e dalle 16.00 alle ore 18.00 è a disposizione un numero telefonico diretto per poter comunicare con i pazienti : **0399232366**

E' a discrezione del personale infermieristico presente in UTIIR passare o meno la telefonata. Il numero è unico per tutti i pazienti ricoverati in UTIIR: si raccomandano pertanto telefonate brevi.



**Non saranno date notizie telefoniche riguardo le condizioni cliniche dei pazienti.**

Il Dott. Daniele Colombo riceve tutti i giorni previo appuntamento.

#### 4. COSA FACCIAMO

L'UTIIR ha come finalità il trattamento della grave insufficienza respiratoria ipossiémica e/o ipossiémica-ipercapnica mediante trattamento farmacologico e ventilazione meccanica, fino al superamento della fase critica.



A tutti i pazienti viene garantita un'assistenza continua da parte di personale qualificato, un monitoraggio continuo e il supporto delle funzioni vitali mediante apparecchiature idonee.

In particolare l'UTIIR assolve le seguenti funzioni:

- ✚ **monitoraggio cardiorespiratorio intensivo invasivo e non** dei principali parametri vitali
- ✚ **svezzamento dalla ventilazione meccanica invasiva** in pazienti portatori di cannula tracheale, con ripristino della respirazione spontanea o, quando impossibile, identificazione e formazione caregiver per la domiciliazione
- ✚ **assistenza intensiva d'organo** mediante ventilazione meccanica con interfaccia non invasiva
- ✚ **trattamento dell'insufficienza respiratoria** secondaria a malattie dell'apparato respiratorio e malattie neuromuscolari, con particolare riferimento alla Distrofia Muscolare di Duchenne e alla Sclerosi Laterale Amiotrofica

## MONITORAGGIO:

serve per controllare alcune funzioni vitali:

✚ quella cardiocircolatoria, mediante

- rilevamento continuo del tracciato ECG con 5 cavi applicati sul torace collegati al monitor
- la pressione arteriosa non invasiva mediante un manicotto applicato al braccio.
- la pressione arteriosa invasiva tramite un catetere inserito in un'arteria superficiale (generalmente l'arteria radiale)

✚ quella respiratoria mediante

- un sensore applicato al dito o al lobo auricolare per la misurazione continua della saturazione in ossigeno dell'emoglobina.
- Un sensore applicato al torace o alla fronte o al lobo auricolare per la misurazione transcutanea della CO<sub>2</sub> (pt CO<sub>2</sub>)



## VENTILAZIONE MECCANICA:

Il paziente con grave insufficienza respiratoria necessita di assistenza ventilatoria che può essere effettuata in modo non invasivo tramite maschere o caschi oppure in modo invasivo tramite cannula tracheostomica.



La gestione internistica dell'UTIIR non prevede il posizionamento del tubo endotracheale: qualora si rendesse necessaria questa procedura il paziente, salvo particolari situazioni o richieste fatte dai familiari, verrà successivamente prontamente trasferito presso un reparto di Rianimazione.



L'interfaccia, maschera, tubo endotracheale o cannula tracheostomica, tramite il circuito ventilatore collega il paziente al respiratore meccanico che, insufflando aria/ossigeno lo aiuta a respirare.

L'obiettivo, mediante un processo di svezzamento dal respiratore, è quello di superare la fase critica e rendere nuovamente il paziente autonomo a respirare.

La presenza della cannula tracheostomica e la ventilazione meccanica impediscono al paziente di parlare: questo impedimento è dovuto al fatto che l'aria fuoriesce dalla cannula senza più attraversare la laringe e le corde vocali.

Durante la degenza si cercherà di verificare la possibilità di recuperare la fonazione procedendo progressivamente prima allo svezzamento dal ventilatore poi allo svezzamento dalla cannula.

Nel caso fosse impossibile sospendere la ventilazione meccanica si cercheranno artifici per poter ripristinare l'accordo pneumofonico.

### ASSISTENZA MECCANICA ALLA TOSSE:

La tosse è il meccanismo responsabile della eliminazione delle secrezioni respiratorie che si possono accumulare in seguito a infezione respiratoria o a inalazione.



La **tosse inefficace** è una delle principali cause di mortalità e morbilità;

la sua inefficacia può comportare la chiusura dei territori polmonari ai flussi ispiratori con la formazione di tappi di muco denso che, ostruendo le vie aeree di piccolo e medio calibro, possono provocare ripetuti episodi di bronchite e broncopolmonite.

Nel panorama degli interventi applicabili per assistere efficacemente la tosse, si fa ricorso alla tecnica dell'Insufflazione-Essufflazione Meccanica (chiamata cough assist o con l'acronimo "MI-E" )

L'azione di queste apparecchiature si compie attraverso due fasi: una inspiratoria ed una espiratoria. La fase iniziale, inspiratoria, manda aria nei polmoni (fase a pressione positiva) seguita rapidamente dalla seconda fase, espiratoria, che aspira il volume insufflato con un flusso espiratorio sufficiente per rimuovere le secrezioni (fase a pressione negativa). L'interfaccia MI-E paziente avviene attraverso una maschera oronasale oppure, nel caso il paziente sia tracheostomizzato, mediante applicazione diretta con catetere mount alla cannula tracheostomica .





### **SEDAZIONE:**

Normalmente, nel nostro reparto, la sedazione non è abituale. In alcuni casi particolari però potrebbe essere necessario l'utilizzo di farmaci sedativi che inducono una parziale o totale abolizione della coscienza per permettere al paziente di tranquillizzarsi e/o di adattarsi alla ventilazione meccanica.



### **CATETERE ARTERIOSO:**

In alcuni casi viene inserito un catetere in un'arteria superficiale (generalmente le arterie radiali) per monitorizzare la pressione arteriosa e prelevare sangue arterioso senza dover pungere ripetutamente il paziente.



L'Emogasanalisi Arteriosa è un esame fondamentale per valutare l'efficienza del sistema respiratorio e riconoscere la riduzione dell'ossigeno e/o l'aumento dell'anidride carbonica.. Possibili, seppur rare, complicanze della manovra di incannulamento dell'arteria sono: alterata circolazione ematica all'estremità, eventuale emorragia esterna, trombosi, infezione, lesioni nervose, lesioni dell'arteria.

### **CATETERE VENOSO CENTRALE:**

Viene inserita in una grossa vena un catetere che può arrivare fino al cuore. Le vene più utilizzate sono la vena femorale e la vena giugulare. L'inserimento di un catetere nella vena giugulare viene utilizzato per valutare lo stato di idratazione del paziente, per nutrirlo, quando non è utilizzabile l'apparato digerente, per la somministrazione di farmaci irritanti (soluzioni che possono provocare flebiti se infuse in vena periferica) e/o per l'impossibilità di incannulare una vena periferica.



Le complicanze di tale manovra possono essere ematomi, ingresso d'aria nelle vene, infezioni (frequenza 2-15%).

### **SONDINO NASOGASTRICO (SNG):**

In alcuni casi viene inserito al paziente un sondino che dal naso arriva allo stomaco (SNG). Il sondino naso gastrico viene utilizzato in pazienti gravemente



defedati e/o disfagici (incapaci di coordinare la deglutizione) per somministrare una corretta dieta e le terapie per via gastrointestinale.

La dieta enterale viene somministrata mediante una pompa infusionale apposita che regola la velocità di infusione ed è dotata di allarmi sonori e visivi che indicano la fine della somministrazione o la presenza di un ostacolo occlusivo.

### **GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTRANEA (PEG):**

Questo tipo di nutrizione si rende necessaria nei pazienti che non sono in grado di nutrirsi autonomamente per bocca, in seguito a disturbi neurologici e/o disturbi fisici nel tratto digestivo superiore. Presenta gli stessi vantaggi dell'alimentazione per via parenterale e in più permette il mantenimento della funzionalità intestinale ed una più facile gestione del paziente a domicilio.



La PEG **non viene** posizionata nel nostro Ospedale e i pazienti giungono a noi già portatori della gastrostomia.

La PEG viene solitamente posizionata nei pazienti che necessitano una nutrizione enterale per un lungo periodo.

A differenza del sondino naso-gastrico risulta maggiormente tollerata e la dieta enterale viene somministrata mediante una pompa infusionale apposita che regola la velocità di infusione ed è dotata di allarmi sonori e visivi che indicano la fine della somministrazione o la presenza di un ostacolo occlusivo.

### **CATETERE VESCICALE:**

Il posizionamento del catetere vescicale, permette di misurare la quantità di urina prodotta durante il giorno, di visualizzarne il colore e poter prelevare campioni.



La complicanza più frequente del posizionamento del catetere vescicale è l'infezione alle vie urinarie: più raramente possono verificarsi delle lesioni alle vie urinarie. Queste complicanze sono ridotte dall'utilizzo di tecnica sterile per il posizionamento e una efficace gestione del catetere

### **PREVENZIONE ULCERE DA ALLETTAMENTO:**

La prevenzione delle ulcere da decubito viene attuata con l'utilizzo di presidi adeguati, cambi di postura e l'applicazione di procedure che contemplano la valutazione del rischio di decubito, la valutazione nutrizionale, il controllo cutaneo durante l'igiene e l'applicazione dei medicinali idonei.



### **INFUSIONE ENDOVENOSA:**

A seconda della terapia prescritta è possibile che, mediante pompe che regolano la velocità di infusione, vengano infusi farmaci, elementi nutritivi e sali.



Tutte le pompe sono dotate di allarmi sonori e visivi che indicano la fine della somministrazione o un'occlusione.

Questi allarmi sono particolarmente sensibili e quindi, a volte sono solo la conseguenza di banali movimenti del paziente

Per evitare che in alcuni momenti di agitazione i pazienti possano procurarsi danni, a volte potrebbe rendersi necessario l'uso di mezzi di contenimento (polsini o spondine).

### **SUPPORTO EDUCAZIONALE:**

Il team dell'UTIIR, secondo le varie competenze, si occupa anche dell'identificazione e della formazione dei caregiver.

Il caregiver è colui che si prende cura del paziente a domicilio ed è generalmente un familiare o un assistente domiciliare.



I caregiver attraverso un percorso di educazione terapeutica, imparano tecniche per rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti permettendo così la dimissione in sicurezza.

## 5. CHI VI PUÒ “ASCOLTARE”

Ai degenti e ai loro familiari viene data la possibilità di poter parlare con la Psicologa.

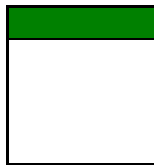
Per i degenti di fede cattolica ogni giorno passa in visita un assistente religioso per i degenti di altra fede può essere richiesta l'assistenza religiosa



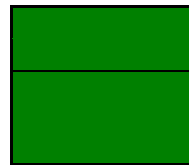
## 6.COME CI VESTIAMO



### MEDICO



camice bianco  
banda colore  
verde



casacca e pantaloni verdi

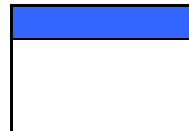
---

### COORDINATORE INFERMIERISTICO



casacca e pantaloni bianchi  
banda colore blu

### INFERMIERI



casacca e pantaloni bianchi  
banda colore azzurro

---

### COORDINATORE FISIOTERAPISTA



casacca e pantaloni bianchi  
banda colore bordeaux

### FISIOTERAPISTI



casacca e pantaloni bianchi  
banda colore rosso

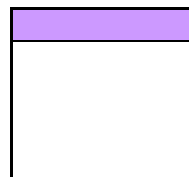
---

### OPERATORE SOCIO SANITARIO-OSS



casacca e pantaloni bianchi  
banda colore giallo

### OTA – AUSILIARIE



casacca e pantaloni bianchi  
banda colore lilla

## 7.AREA WIRELESS "GASLA"

Grazie al contributo dell'associazione GASLA (Gruppo Amici Sclerosi Laterale Amiotrofica) abbiamo potuto realizzare in UTIIR **un area Wi-Fi free**, con la disponibilità di due Ipad arricchiti da programmi di avanzata soluzione di sintesi vocale che permettono ai pazienti, non più in grado di comunicare ma ancora in possesso di discreta capacità motoria, di inserire il testo e riprodurlo con file audio attraverso voci ad alta qualità. Sarà inoltre possibile per i pazienti collegarsi liberamente a internet, effettuare video telefonare con Skype e inviare/scaricare posta elettronica vedere partite di calcio in streaming ecc ecc.



## 8. NUMERI TELEFONICI UTILI

**Dr. Daniele Colombo** (Direttore UOS)

☎ 039 9232322; e-mail: [d.colombo@inrca.it](mailto:d.colombo@inrca.it)

**Elisabetta Cemmi** (Coordinatrice infermieristica UTIIR)

☎ 039 9232231; e-mail: [e.cemmi@inrca.it](mailto:e.cemmi@inrca.it)

**Antonio Basile** (Coordinatore Fisioterapisti)

☎ 0399232214

**Centraledi Controllo UTIIR**

☎ 039 9232229

**Telefono pazienti in UTIIR**

☎ 039 9232366

**FAX UTIIR**

☎ 039 9232330

**Centralino INRCA**

☎ 039 92321

**URP**

☎ 039 9232206 fax 039 9232267; e-mail: [urp.casatenovo@inrca.it](mailto:urp.casatenovo@inrca.it)



## 9. PIANTINA UTIIR

