



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**TERAPIA INTENSIVA APERTA:  
IL VISSUTO EMOZIONALE DEI FAMILIARI**  
**Revisione narrativa della letteratura**

Relatore:  
**Dott.ssa Mara Marchetti**

Tesi di Laurea di:  
**Pigliapoco Benedetta**

A.A. 2021/2022



*“Invece il parente non pensava ad altro,  
e non avrebbe potuto pensare ad altro perché il suo affetto,  
la sua paura, le sue tribolazioni e le sue emozioni sono lì, in quel letto,  
senza che lui sia in grado di sapere, di scoprire,  
di poter in qualche modo mutare il destino che gli ha infilato nella vita,  
d'improvviso,  
quel molesto e terribile compagno di esistenza  
che si chiama dolore”*

M. Venturino in:  
“Cosa sognano i pesci rossi”

# **INDICE**

## **ABSTRACT**

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>LA TERAPIA INTENSIVA .....</b>	<b>3</b>
<b>Terapia intensiva aperta Vs chiusa .....</b>	<b>5</b>
<b>L'esperienza dei familiari e il loro vissuto emozionale .....</b>	<b>7</b>
<b>Covid: il vissuto emozionale dei familiari .....</b>	<b>10</b>
<b>OBIETTIVI .....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIALI E METODI .....</b>	<b>13</b>
<b>RISULTATI .....</b>	<b>14</b>
<b>DISCUSSIONE .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONI .....</b>	<b>24</b>

## **BIBLIOGRAFIA**

## **RINGRAZIAMENTI**

## **ABSTRACT**

### ***Background:***

Il ricovero in terapia intensiva è un evento difficile e traumatico non solo per i pazienti, ma anche per i familiari.

I benefici della terapia intensiva aperta sono ormai appurati: la famiglia deve diventare parte della presa in carico del paziente. Esistono ancora, però, dei limiti che non riescono ad essere superati del tutto: in questi reparti, dato che le condizioni dei pazienti sono gravi, il personale sanitario si concentra su questi ultimi, trascurando i familiari che aspettano fuori dalla porta e i loro bisogni. Nonostante, quindi, l'esigenza del paziente ad avere vicino i propri parenti, e viceversa, in un momento delicato come questo, la struttura e l'organizzazione del lavoro di molte realtà, ad oggi non soddisfa questi bisogni; se invece ciò avvenisse, si avrebbe un notevole effetto positivo sui congiunti, con una riduzione dell'ansia e dello stress.

L'apertura delle terapie intensive presenta ancora degli ostacoli: la figura professionale maggiormente colpita dall'evenienza in questione è proprio l'infermiere; il personale infermieristico, infatti, non solo deve gestire la relazione terapeutica con il paziente ma anche, al contempo, stabilire un rapporto con i familiari.

Quest'ultimi possono essere percepiti come un "impedimento" e possono aumentare il carico di lavoro, poiché, oltre alla gestione di un paziente complesso, l'equipe deve anche supportare da un punto di vista emotivo il familiare.

Con questo studio si cerca di dimostrare come, aprire le terapie intensive, porti molti benefici ai familiari e ai pazienti per ridurre questi sintomi e per diminuire anche l'impatto emotivo che il ricovero di un proprio caro comporta.

### ***Obiettivi:***

Revisionare la letteratura presente per valutare il vissuto emozionale dei familiari di un paziente critico ricoverato in terapia intensiva. Capire le differenze fra un reparto di terapia intensiva aperta rispetto a una chiusa e comprendere quali siano i reali bisogni dei familiari che hanno un parente ricoverato in TI.

Dimostrare quanto l'apertura delle ICU porti solo effetti positivi al nucleo familiare.

Indagare il vissuto emozionale dei visitatori anche in epoca Covid.

### ***Materiali e metodi:***

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura consultando le banche dati PubMed e Google Scholar, utilizzando le seguenti parole chiave: “*emotional experience*”, “*open icu*”, “*open intensive care unit*”, “*relatives*”, “*parents*”.

### ***Risultati:***

Nella revisione sono stati inclusi 10 studi, in cui vengono presi in considerazione principalmente i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in TI.

Questi in ordine di importanza sono di informazione, di rassicurazione e di vicinanza.

Viene dimostrata l'utilità di tenere un diario in TI nella quale possono scrivere paziente e operatori sanitari, apportando notevoli benefici al nucleo familiare per quanto riguarda la gestione delle loro emozioni.

Inoltre, anche l'incontro della famiglia con il loro caro ricoverato in una Covid-ICU porta ad emozioni positive, dimostrando l'inefficacia delle videochiamate, anche se persiste la paura di contagio.

### ***Conclusioni:***

Il vissuto emozionale dei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva è un argomento che ha suscitato notevole interesse negli ultimi anni, soprattutto con la pandemia del Covid-19.

In Italia tutte le aziende ospedaliere dovrebbero aprire i loro reparti di Rianimazione, preparando il personale sanitario a intraprendere nuove strategie operative e ad usare strumenti validati in grado di soddisfare le necessità e i bisogni dei membri della famiglia.

Di conseguenza, gli operatori sanitari dovrebbero essere adeguatamente formati da un punto di vista relazionale per rapportarsi nel migliore dei modi con i familiari dei pazienti.

## INTRODUZIONE

La terapia intensiva, o Rianimazione, è un reparto di Area Critica che ha lo scopo di stabilizzare le funzioni vitali dell'assistito che la maggior parte delle volte si trova in pericolo di vita, per poi essere trasferito, una volta stabile, in reparti meno intensivi.

Il ricovero in questi reparti, infatti, è necessario quando le condizioni patologiche compromettono gravemente le funzioni vitali del soggetto, come la respirazione, la circolazione, lo stato di coscienza, e richiedono, di conseguenza, un intervento di tipo intensivo.

Il paziente che viene ricoverato in TI è un paziente che si trova ad affrontare una situazione molto complessa; perciò, anche l'approccio assistenziale è impegnativo e difficoltoso: è un ambiente di lavoro ad elevata pressione per tutti gli operatori sanitari. In area critica, il malato è spesso al limite tra la vita e la morte e perde la possibilità di riferire il suo pensiero: compete quindi alle persone a lui vicine e al personale sanitario la responsabilità di non perdere di vista il suo essere a tutti gli effetti persona, continuando a garantire ogni suo diritto.

Il ricovero in terapia intensiva rappresenta un evento difficile e spesso traumatico non solo per i pazienti ma anche per i familiari, che si trovano a far fronte ad un carico emotivo e psicologico per il quale è necessaria una adeguata attenzione e dedizione da parte del personale sanitario. (Kentish-Barnes *et al*, 2009)

Oggi la situazione sta cambiando, si sente sempre di più parlare di terapia intensiva aperta (i familiari possono stare accanto al proprio parente 24 ore su 24, compatibilmente con le attività di reparto, a differenza di quella chiusa in cui l'orario di ricevimento è molto più rigido) e di umanizzazione dell'assistenza, la famiglia è diventata parte della presa in carico del paziente; infatti, nei reparti ad alta complessità assistenziale dove i ricoveri sono improvvisi e inaspettati, il rapporto tra gli operatori sanitari e i familiari dei pazienti è indispensabile.

I familiari si trovano ad affrontare senza preavviso timori ed angosce, simultaneamente si vedono costretti a fidarsi dei curanti, persone estranee che hanno però in carico il loro caro in condizioni altamente critiche; a causa della gravità della situazione dei pazienti, i parenti si trovano in prima persona spesso a prendere delle decisioni difficili.

La presenza dei familiari accanto al malato non deve essere vista come una concessione, ma come un diritto del paziente.

Come cita l'articolo 17 del Codice Deontologico: "L'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili."

Tuttavia, esistono ancora dei limiti che non riescono ad essere superati del tutto: in questi reparti ad alta intensività di cure, dato che le condizioni dei pazienti sono critiche, il personale sanitario si concentra su questi ultimi, trascurando i familiari che aspettano fuori dalla porta e i loro bisogni. Nonostante, quindi, l'esigenza del paziente ad avere vicino i propri parenti, e viceversa, in un momento delicato come questo, la struttura e l'organizzazione del lavoro di molte realtà, ad oggi non soddisfa questi bisogni.

Al momento, l'apertura delle terapie intensive presenta ancora degli ostacoli.

La figura professionale maggiormente colpita dall'evenienza in questione è proprio l'infermiere; il personale infermieristico, infatti, non solo deve gestire la relazione terapeutica con il paziente ma anche, al contempo, stabilire un rapporto con i familiari.

Quest'ultimi, in particolare, in determinate situazioni possono essere percepiti come un "impedimento", interferendo con le cure al paziente e, possono aumentare il carico di lavoro, poiché, oltre alla gestione di un paziente complesso, l'equipe deve anche supportare da un punto di vista emotivo il familiare.

Tutto ciò, a lungo andare, potrebbe comportare una riduzione dell'efficienza della terapia intensiva stessa.

L'estensione degli orari di visita rappresenta una sfida in più per gli operatori e tale carico deve essere riconosciuto dalle amministrazioni.

Se le amministrazioni ospedaliere appoggiassero un approccio che permetta ai familiari la vicinanza ai propri cari in TI, allora dovrebbero anche supportare il personale in questo lavoro in modo che si possa giungere ad una cura centrata sul paziente, sulla famiglia e sul personale sanitario. (Levy M.M. & De Backer D., 2013)

Comprendere i veri bisogni dei familiari consente di offrire un'assistenza olistica non solo al paziente, ma anche all'intero nucleo familiare; una relazione positiva e basata sulla fiducia tra infermiere e parente favorisce un clima sereno al momento dell'incontro con il paziente ricoverato.

Soddisfare le esigenze dei familiari ha un effetto positivo sia sui congiunti, i quali comunicano una riduzione dell'ansia e dello stress, quindi migliorando il loro vissuto emozionale, sia sul personale infermieristico, che riesce a lavorare meglio in quanto sente di meno la pressione da parte delle famiglie.

Da uno studio svolto in una TI aperta è emerso addirittura che i familiari dei pazienti soffrono di ansia, depressione e sintomi di stress post-traumatico di più rispetto ai pazienti e che conservino anche più ricordi dell'esperienza. (Fumis *et al*, 2015)

Con questa revisione della letteratura si cerca di dimostrare come aprire le terapie intensive porti molti benefici ai familiari e ai pazienti per ridurre questi sintomi e per diminuire anche l'impatto emotivo che il ricovero di un proprio caro comporta.

## LA TERAPIA INTENSIVA

La terapia intensiva è un reparto di area critica, quest'ultima viene definita dall'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) come l'insieme di tutte le strutture ad alta intensità assistenziale e delle situazioni caratterizzate dalla criticità e instabilità vitale del malato e delle complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale medico e infermieristico.

Gli elementi caratteristici dell'assistenza in area critica sono la **criticità**, intesa come situazione di pericolo di vita che richiede un intervento rapido e sicuro di tutti gli operatori; l'**instabilità**, infatti le condizioni del paziente possono cambiare a volte in maniera improvvisa ed è qui che l'infermiere con competenze avanzate, ha un ruolo rilevante per riconoscere eventuali segni predittivi e l'**intensività**: l'assistenza da parte di medici e infermieri è caratterizzata da costanza e continuità.

L'assistenza in questo contesto combina approcci umanistici con un forte affidamento sulla tecnologia più avanzata per fornire cure di alta qualità ai pazienti in condizioni critiche. (Limbu *et al.*, 2019; Marik, 2010)

Quando si entra in questo reparto, infatti, si è circondati da tantissime apparecchiature e macchinari ad alta tecnologia che possono servire in base alle esigenze dei pazienti, ma anche dai monitor e dalle pompe presenti in ogni posto letto che possono emettere a volte dei suoni per attirare l'attenzione degli operatori e che di conseguenza possono compromettere il comfort degli stessi e dei pazienti.

Un'altra caratteristica della terapia intensiva, che è rimasta ancora in alcune realtà, è quella delle vetrate, le stanze non sono separate da pareti, ma bensì da queste ultime; ciò può comportare un disagio nella persona assistita per via della mancanza di privacy, soprattutto in situazioni di instabilità emodinamica e durante l'igiene personale.

Questa disposizione permette agli infermieri di tenere sotto controllo le condizioni dei pazienti in qualsiasi momento.

Molto spesso, inoltre, i posti letto sono disposti a raggiera attorno alla postazione infermieristica: tutte queste peculiarità della TI non rispondono al concetto di privacy.

Fino a qualche anno fa, nella maggior parte di queste realtà, i familiari non potevano neanche entrare nella stanza del proprio parente ricoverato in terapia intensiva perché si

credeva che potessero trasmettere eventuali infezioni; perciò, erano costretti a vederlo da un vetro e a parlarci attraverso un citofono.

Al termine dell'orario delle visite, la persona ricoverata ritornava ad essere isolata da tutto e tutti.

Ormai si è trovato un equilibrio tra le cure assistenziali intensive, che prima predominavano su tutto, e i bisogni psicologici, relazionali e di comfort ambientale: la persona viene presa in carico da un punto di vista multidimensionale.

La trasformazione che sta avvenendo si nota anche per la struttura stessa del reparto; a riguardo sono state elaborate delle Linee Guida dalla Società Americana di Terapia Intensiva SCCM-ACCM (*Society of Critical Care Medicine* (1988) - *American Association of Critical Care Medicine*) da usare come riferimento per la progettazione di un'unità di Terapia Intensiva: si ribadisce l'importanza di un ambiente intimo, tenendo così in considerazione tutti i bisogni della persona e dei suoi cari, per favorire un contatto più sereno e per gestire il loro vissuto emozionale; si dovrebbero considerare sistemi di illuminazione naturale e vedute panoramiche privilegiando stanze singole con finestra. Le finestre sono un importante aspetto dell'orientamento sensoriale e più camere possibili dovrebbero essere munite di finestre per rinforzare l'orientamento giorno/notte. (Keep P.J, 1997)

Un utilizzo adeguato della Intensive Care Unit (ICU), comporta sia la necessità di verificare l'appropriatezza dei ricoveri, delle scelte terapeutiche, dell'utilizzo delle risorse, sia la necessità di rispettare i diritti del paziente, compreso quello di "una morte dignitosa" in un contesto, seppure intensivo, di centralità della persona e dei suoi diritti (AACN, American Association of Critical Care Nurses).

## Terapia intensiva aperta Vs chiusa

In passato esistevano solamente terapie intensive chiuse: l'orario di visita era rigido e ridotto, di mezz'ora al giorno e poteva entrare una persona alla volta.

Vi era la convinzione che i familiari portassero le infezioni da fuori, ma questa situazione con il tempo è mutata; ci sono evidenze scientifiche che dimostrano che nei pazienti critici le infezioni sono causate da microrganismi dello stesso paziente e da fattori di rischio intrinseci, motivazione per cui si è scelto di "aprire" le ICU.

Non sono presenti in letteratura lavori scientifici che dimostrino il collegamento tra la presenza dei visitatori nelle Terapie Intensive e le infezioni nosocomiali (infezioni che insorgono durante il ricovero di una persona in ospedale e che non erano presenti o in incubazione al momento dell'ingresso).

La frequenza delle infezioni nosocomiali è prevalente nei reparti ad alte cure intensive, cinque volte superiore rispetto ai reparti generici (Vincent J.L. *et al*, 1995); le alterazioni fisiopatologiche dei pazienti (shock, stress, coma, difese immunitarie basse, malnutrizione, ridotta mobilità...), infatti, aumentano le probabilità che esse si sviluppino; nella maggior parte dei casi sono infezioni causate da batteri interni, come già detto in precedenza, quali Stafilococchi meticillino-resistenti, *Pseudomonas Aeuriginosa*, *Acinetobacter Anitratus*.

Nel 2006 S. Fumagalli *et al.*, affermarono che la percentuale di complicazioni settiche sono numericamente simili sia nelle Rianimazioni "aperte" che in quelle definite "chiuse", l'unica misura veramente utile è il semplice lavaggio delle mani. (Fumagalli S. *et al*, 2006)

La scelta di rendere aperta o chiusa la Rianimazione non dipende dagli anni di esistenza del reparto, dal numero di posti letto o dal numero di operatori sanitari che ci lavorano, ma dipende esclusivamente dalla convinzione della leadership aziendale che la malattia è un fatto esistenziale e che, come tale, coinvolge alla stessa maniera paziente e familiare.

Ma in cosa consiste effettivamente una rianimazione aperta? Quest'ultima non deve essere intesa come sinonimo di un ambiente senza regole ma, definendola con le parole dello stesso Giannini, è una "*struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'équipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non*

*motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale”*. (Giannini A., 2007)

Aprire le porte della Terapia Intensiva significa considerare paziente-nucleo familiare come un binomio inseparabile; la famiglia, nel momento in cui viene ricoverato il proprio congiunto, vive un'esperienza di separazione improvvisa e inaspettata e un senso di grande insicurezza e preoccupazione per il futuro: queste emozioni forti possono diminuire con l'aumento di informazioni e visite.

I parenti che desiderano prendere parte alle cure, interpretano un ruolo decisamente attivo: possono dare voce a chi momentaneamente non riesce, garantendo il rispetto dei valori considerati importanti per il paziente. (Honig K. & Gundel H., 2016)

Inoltre, far partecipare i parenti nelle attività più semplici, quali l'igiene e la cura del viso del malato, li rende molto soddisfatti, migliorando gli outcome assistenziali.

La porta chiusa permette a tutti gli operatori di lavorare in maniera ottimale da una parte, ma dall'altra aumenta paure, incertezze, senso di allontanamento e rabbia da parte del paziente e ancor più delle persone che attendono fuori dalla porta.

In alcune situazioni non ordinarie, in caso di pazienti particolarmente disorientati o agitati, o di pazienti psichiatrici, il familiare diventa una *figura terapeutica*. (Falli F., 2000)

Nel momento in cui si “apre” una terapia intensiva deve esserci però la consapevolezza del cambiamento che deve avvenire anche a livello delle relazioni interpersonali; da sempre l'infermiere è il mediatore tra persona malata, nucleo familiare, struttura sanitaria e gli altri operatori ed è proprio in queste situazioni che deve prevalere la sua maturità in quanto professionista, possedere una buona conoscenza di sé stessi, dei valori personali e avere coscienza delle proprie reazioni di fronte a eventi difficili.

L'aspetto etico della professione infermieristica dovrebbe avere alla base elementi fondamentali quali l'accoglienza, l'ospitalità, la sensibilità sociale, l'empatia, pur mantenendo invariata la qualità degli aspetti tecnici, tecnologici e assistenziali.

L'infermiere dovrà, quindi, acquisire il ruolo di facilitatore della comunicazione: la scelta delle parole, la gestualità, la comunicazione verbale e non verbale dovranno di volta in volta essere adeguate ai diversi interlocutori che dovranno essere partecipi del piano assistenziale, degli obiettivi da raggiungere e del percorso diagnostico-terapeutico programmato. (Moggia F., 2000)

Nello studio di Mendes del 2018, viene citato Relvas che, in una prospettiva psicologica di intervento con le famiglie, afferma che lavorare con i parenti “implica comprendere il momento presente che si sta vivendo, ma anche ripercorrere la propria storia individuale e familiare”.

Egli aggiunge che «nell'interazione con la famiglia, la comunicazione è assunta come vettore centrale nella costruzione e trasformazione delle relazioni». (Mendes A.P., 2018)

## **L'esperienza dei familiari ed il loro vissuto emozionale**

Al momento del ricovero in terapia intensiva, la vulnerabilità in cui si trova il malato influenza anche il vissuto familiare, questo perché si passa da un'esperienza quotidiana di salute ad una situazione di malattia con tutte le conseguenze che essa ne comporta.

Questa esperienza, se di lunga durata ed intensa a livello emotivo, può comportare modificazioni sentimentali, strutturali e psicosociali nell'ambito individuale e familiare; infatti, la famiglia è consapevole che in questo contesto di ricovero, rispetto ad altri, la stabilità clinica del malato è a rischio e che potrebbe concludersi con il decesso. Inizialmente le preoccupazioni che prevalgono sono sull'evolversi della situazione e sull'assistenza che gli operatori hanno con il paziente.

Dal punto di vista dei parenti, il supporto degli infermieri ha permesso loro di adattarsi alla situazione, di alleviare la tensione e di sentirsi protetti. (Khalaila R., 2016)

Già nel 1972, negli Stati Uniti, come citato nello studio di Rega, Kraven affermava che *se l'infermiere estende il concetto di paziente da quello di individuo in un letto a quello di membro attivo di una famiglia, di conseguenza dovrà estendere il suo ruolo assistenziale (...). Il paziente deve essere considerato come un membro attivo di una unità familiare all'intero di una struttura totale. Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come entità separate durante la malattia.* (Rega M.L. et al, 2006)

I bisogni principali dei familiari sono:

- bisogno di essere informati,

- bisogno di essere importanti e parte attiva nei processi di guarigione,
- bisogno di essere assicurati, rispetto al fatto che il loro caro riceva le migliori cure,
- bisogno di sentire che ci siano speranze,
- bisogno di espletare il proprio diritto di fronte ad una prognosi infausta, di “riappropriarsi della persona cara” fino ad accompagnarlo alla morte.

Può verificarsi, anche se raramente, che i familiari non vogliono essere coinvolti a causa di un rifiuto della malattia, della colpevolizzazione del malato e della gravità clinica.

In questi casi è fondamentale definire altre figure di riferimento, cercando di non entrare in conflitto con i parenti e un minimo di coinvolgerli.

Lo stesso paziente può rifiutare i familiari, in questa circostanza starà agli operatori cercare di risolvere eventuali divergenze, sempre però nel rispetto della volontà di questo.

Numerosi strumenti, ormai validati, sono stati ideati per rilevare ed analizzare se e quanto i familiari siano soddisfatti delle cure presso i reparti di terapia intensiva (Kentish-Barnes *et al*, 2009) e per rilevare i loro bisogni: il *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), inizialmente ideato da N.C. Molter (1979) e successivamente adattato da J.S. Leske (1986) e il *Family Satisfaction in the ICU* (FS-ICU) *questionnaire* (Heyland and Tranmer, 2001).

Il CCFNI è costituito da 45 items che il compilatore deve contrassegnare con la scala Likert da 1 a 4 (1 equivale a non importante, 2 a poco importante, 3 a importante e 4 a molto importante), queste domande indagano cinque aree riferite a bisogni di informazione, supporto emotivo, vicinanza, assicurazione e comfort.

Per bisogno di **informazione** si intende la quantità e la qualità percepita delle informazioni, la facilità o meno nel riceverle e le modalità di approccio di medici e infermieri alle richieste sulle condizioni dei pazienti.

I medici informano i familiari sulle condizioni cliniche, la prognosi e i trattamenti che vengono fatti; gli infermieri, invece, sulla cura quotidiana, se ci sono dei trasferimenti programmati e le azioni che svolgono a letto del paziente.

Le informazioni fornite correttamente aiutano familiari ed amici a dare maggior senso alla situazione, in modo da aumentare il grado di accettazione e aiutarli nella presa di decisioni. (Coulter MA., 1989)

Da uno studio è emerso che il promuovere un'eccellente comunicazione, il dimostrare empatia per le emozioni dei familiari, il preparare la famiglia a determinate eventualità, il riconoscere i sentimenti e il dare risposte empatiche partecipando al dolore, sono degli elementi su cui medici e infermieri devono lavorare per incrementare la soddisfazione dei familiari. (Fumis RR. *et al*, 2008)

Il **supporto emotivo** è fondamentale: il supporto che le famiglie cercano può essere dato da altri parenti/amici, dai ministri religiosi oppure dagli infermieri che vengono avvertiti più vicini rispetto ai medici, definiti più freddi e distaccati. (Karlsson C. *et al*, 2011)

La **vicinanza** al paziente è un tema delicato in un reparto di TI: influisce il fatto se questa sia aperta o chiusa; infatti, in quest'ultimo caso aumenta il senso di impotenza dei congiunti di dare supporto al loro caro.

Altro bisogno è la **rassicurazione**: i familiari devono e vogliono sperare, cercano di aumentare la speranza attraverso medici, infermieri, loro stessi, Dio, altri parenti o operatori che lavorano in ospedale.

Il bisogno di **comfort** consiste nel voler aspettare in una sala confortevole e vicina al paziente; tuttavia, viene ritenuto meno importante rispetto agli altri: si tende a dare priorità assoluta a tutto ciò che riguarda il paziente.

Questo strumento è stato utilizzato in numerosi studi in tutto il mondo per identificare, classificare e valutare i bisogni della famiglia ed è stato tradotto in varie lingue.

Il questionario FS-ICU, invece, consiste in 37 items divisi in due parti, che indagano il livello di soddisfazione per le cure totali in TI e in tre domande a risposta aperta.

Alla luce della bibliografia esaminata è possibile dedurre, inoltre, che tenere un diario del paziente in terapia intensiva (come illustrato nella **Figura 1**, riportata dall'articolo di Tripathy *et al.* del 2020), che non fa parte della cartella clinica ufficiale, è utilissimo per i familiari e facilita il recupero dell'assistito.

La funzione principale del diario è quella di migliorare il rapporto tra il personale e la famiglia e aiuta quest'ultima ad affrontare esperienze emotive travolgenti, riducendo l'ansia.

Il diario è uno strumento che produce forti emozioni nei familiari che lo usano per esprimere ciò che provano e il loro affetto per il paziente, inoltre ha aumentato la consapevolezza del loro prezioso ruolo nella cura dell'assistito. Quindi, i diari potenziano il benessere delle famiglie dei pazienti in rianimazione.

I membri della famiglia usano il diario per comprendere le informazioni scritte dai medici, per poi diffonderle al resto dei parenti, e per mantenere un legame con il paziente, in più serve per modificare la percezione degli operatori da parte del nucleo familiare; infatti, anche il personale può scriverci esprimendo le proprie emozioni, di conseguenza i familiari li vedono come persone come loro: si parla di umanizzazione della terapia intensiva.

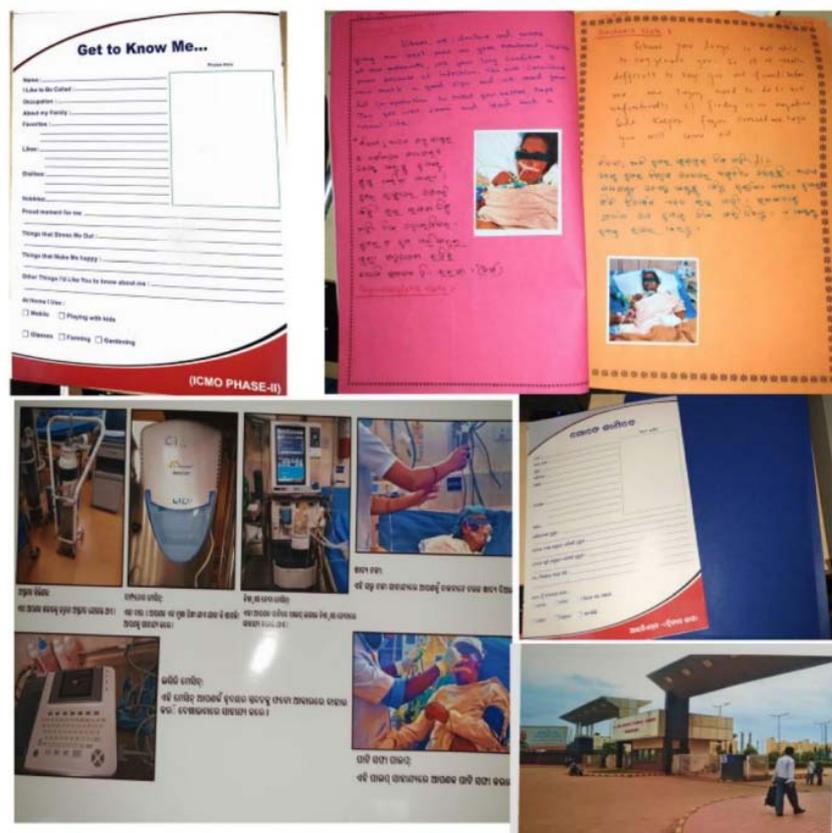


Figura 1- diario del paziente ricoverato in terapia intensiva

## **Covid: il vissuto emozionale dei familiari**

Durante la pandemia del Covid molte persone si sono ammalate gravemente fino ad arrivare al ricovero in TI.

Solitudine e paura sono le parole chiave che caratterizzano questo periodo storico, infatti i pazienti ricoverati soffrono per la separazione dai familiari, ma non solo loro provano tormento, anche questi ultimi, di fatto possono sviluppare la PICS-F (Post Intensive Care Syndrome Family, cioè sindrome familiare post-intensiva), termine coniato nel 2010 dalla Society for Critical Care Medicine con la quale si vuole descrivere la sofferenza psicologica vissuta dai familiari stretti dei pazienti ricoverati in TI. La PICS è un'entità relativamente nuova, che non solo comprende vari disturbi fisici, cognitivi e psicologici, ma ha anche un impatto sulla salute globale a causa di doveri socioeconomici dannosi di lunga durata. (Ramnarain D. *et al*, 2021)

Il ruolo dell'infermiere è quello di cercare di ridurre gli effetti della separazione, focalizzandosi quindi sulla famiglia; l'assistenza erogata ha tre obiettivi principali: il *rispetto* dei membri della famiglia, il *mantenimento dell'integrità familiare* e la *collaborazione* tra il nucleo familiare e gli operatori sanitari. (Hart JL. *et al*, 2020)

In questo periodo, a causa delle restrizioni imposte, tutte le TI hanno dovuto trovare delle vie alternative alle visite di persona: le visite virtuali; tuttavia, è stato dimostrato da studi recenti che la comunicazione telefonica e le videochiamate sono risultate insufficienti rispetto alle interazioni di persona. (Kennedy NR. *et al*, 2021)

I familiari vogliono stare vicini ai loro cari. (Feder S. *et al*, 2021)

Per questo, a Febbraio e Marzo 2021, nell'ospedale universitario Sant'Andrea a nord di Roma, è stato condotto uno studio fenomenologico da Bartoli *et al.*, in cui sono state aperte le porte di una terapia intensiva Covid e nessuno, tra i parenti, è risultato positivo al Covid 19 dopo aver visitato il proprio parente.

Dopo la prima visita al familiare ricoverato sono emersi cinque temi, raccolti tramite delle interviste eseguite entro e non oltre 24 dall'ingresso nella Covid-ICU: paura del contagio legato alle procedure di vestizione e svestizione, emozioni positive legate al primo contatto con il parente ospedalizzato, preoccupazione per lo stato emotivo del parente ricoverato, impatto della Covid-ICU e gratitudine verso gli operatori sanitari. (Bartoli D. *et al*, 2022)

La necessità del contatto fisico è ineguagliabile, genera alti livelli di affetto ed emozioni positive, riducendo l'ansia, che non potranno mai essere realizzate con le visite virtuali; anzi, in alcuni casi, si è dimostrato che vedere i propri cari virtualmente su un letto di TI ha generato sentimenti di sofferenza e turbamento nei familiari. (Chen C. *et al*, 2021)

Emozioni di *gioia, sollievo, serenità e conforto* hanno caratterizzato l'incontro sia da parte dei membri della famiglia che del paziente in isolamento.

Il parente può essere sveglio, sedato, intubato, tracheotomizzato o in NIV, in ogni caso l'incontro comporta sentimenti positivi.

Le visite dei familiari nelle TI sono fondamentali perché generano consapevolezza e soddisfazione. (Yakubu YH. *et al*, 2019)

Aprire, quindi, le Covid-ICU è come se si offrisse supporto psicologico ai familiari; le aziende ospedaliere dovrebbero capire quanto questo sia importante, proteggendo, in questo modo, entrambi i membri (nucleo familiare e paziente).

## **OBIETTIVI**

Lo scopo principale dello studio è revisionare la letteratura presente per valutare il vissuto emozionale dei familiari di un paziente critico ricoverato in terapia intensiva. Successivamente si è anche cercato di capire le differenze fra un reparto di terapia intensiva aperta rispetto a una chiusa e comprendere quali siano i reali bisogni dei familiari che hanno un parente ricoverato in TI.

Inoltre, dimostrare quanto l'apertura delle ICU porti solo effetti positivi al nucleo familiare.

Infine, indagare il vissuto emozionale dei visitatori anche in epoca Covid.

## MATERIALI E METODI

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura prendendo in considerazione principalmente la banca dati di Medline con il motore di ricerca scientifica Pubmed.

Le parole chiave utilizzate per la costruzione delle stringhe di ricerca sono state: “*emotional experience*”, “*open icu*”, “*open intensive care unit*”, “*relatives*”, “*parents*” ed è stato adoperato l’operatore Booleano AND.

I filtri applicati complessivamente per selezionare gli articoli sono il free full text, il filtro human, lingua inglese e italiana e il frangente di tempo 2013-2023.

Sono stati esclusi gli studi che dal titolo e/o dall’abstract non erano pertinenti.

Successivamente si è ampliata la ricerca, utilizzando Google Scholar, con ricerca libera, selezionando ulteriori articoli attinenti alla tematica oggetto di studio.

### **Criteri di inclusione ed esclusione**

I criteri di **inclusione** presi in considerazione sono: articoli che riguardano una popolazione adulta, pubblicati negli ultimi 10 anni, in lingua inglese ed italiana e disponibili gratuitamente in full text.

È stata quindi **esclusa** tutta la letteratura pubblicata oltre 10 anni fa e non in lingua inglese e italiana, non in free full text.

### **Selezione degli studi**

Durante la ricerca sono stati esaminati il titolo e l’abstract di ogni articolo, dopodiché sono stati analizzati i *full text* degli studi potenzialmente rilevanti per la revisione.

Sono stati selezionati un totale di **10 articoli**, in quanto una volta esaminati, si è visto che rispondevano alla domanda di ricerca ed erano attinenti all’obiettivo della revisione.

Per l’analisi degli articoli selezionati, sono stati utilizzati gli strumenti del Critical Appraisal.

## **RISULTATI**

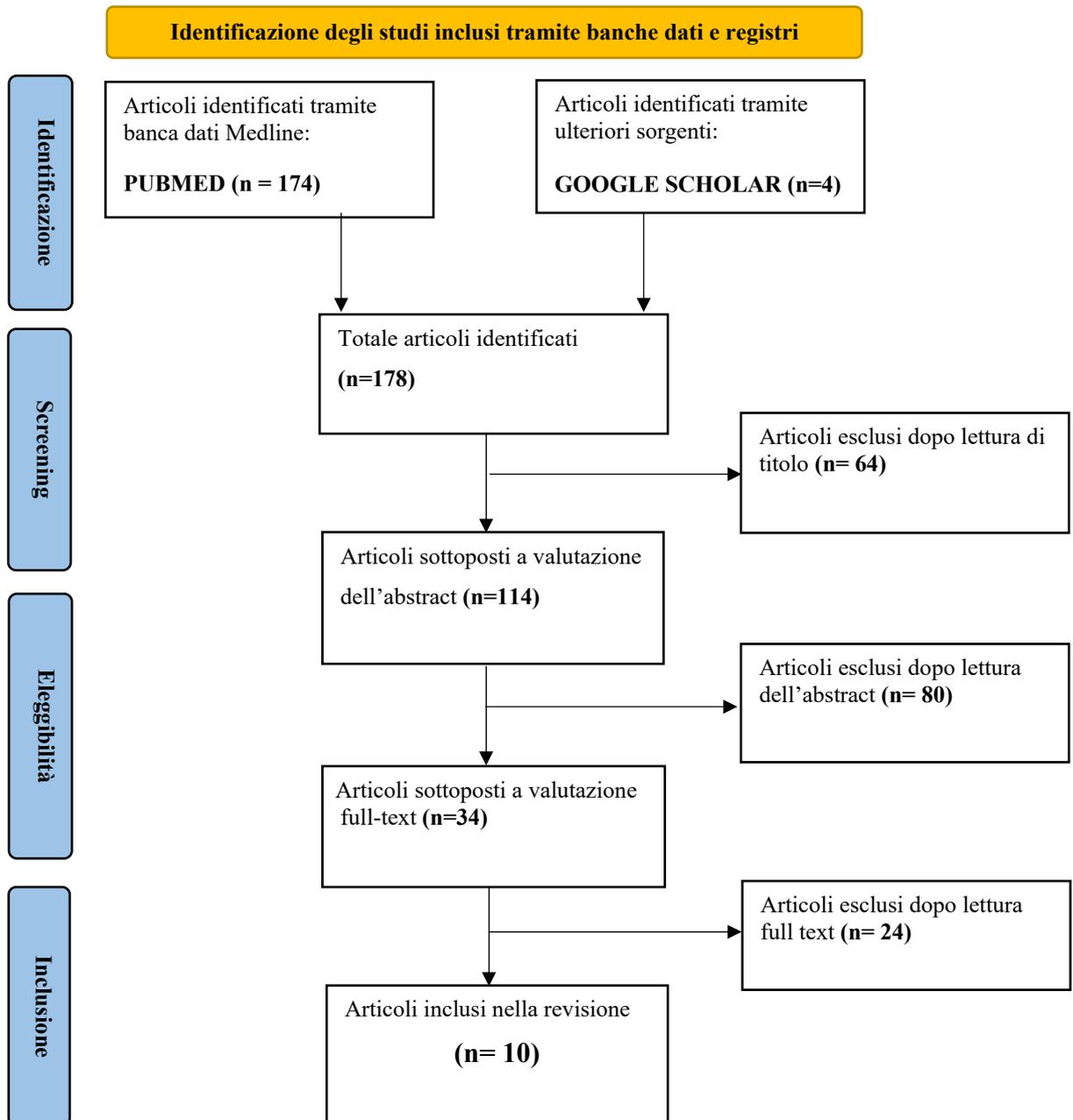
Da un'iniziale ricerca attraverso PubMed sono emersi 138 risultati; di questi ne sono stati selezionati inizialmente 38, ma solamente 1 è stato preso in considerazione per lo studio, gli altri sono stati esclusi perché non pertinenti.

Successivamente è stata formulata un'ulteriore stringa di ricerca più specifica che ha dato 36 risultati, da qui sono stati selezionati 5 articoli, dopo un'attenta lettura del titolo e dell'abstract di tutti gli articoli.

In seguito, è stata condotta una ricerca libera con Google Scholar, da cui sono stati selezionati 4 articoli che rispettavano i criteri di inclusione dello studio.

Sono quindi stati inclusi nella revisione 10 articoli.

Flow chart PRISMA



I principali risultati emersi dalla revisione della letteratura sono riportati di seguito.

**Tabella di estrazione dati**

Articolo	Autore Rivista Anno	Tipologia di studio	Obiettivo	Principali risultati
<p>Writing In and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146</a></p>	<p>Garrouste-Orgeas M., Périer A., Mouricou P., Grégoire C., Bruel C., Brochon S., Philippart F., Max A., Misset B.</p> <p><i>PloS one</i></p> <p>2014</p>	<p>Studio qualitativo</p>	<p>Dimostrare che tenere un diario del paziente in terapia intensiva favorisce il recupero del paziente stesso.</p>	<p>I membri della famiglia hanno usufruito del diario per:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• assimilare le informazioni mediche e condividerle con l'intero nucleo familiare</li> <li>• mantenere un legame con il paziente, esprimendo amore ed affetto</li> <li>• umanizzare il personale medico e il paziente.</li> </ul> <p>I diari hanno migliorato il benessere delle famiglie dei pazienti in terapia intensiva, portando solamente effetti positivi.</p>

<p>Meeting the needs of family members of ICU patients.</p>	<p>Nolen K.B., Warren N.A.</p> <p><i>Critical care nursing quarterly</i></p> <p>2014</p>	<p>Studio misto: quantitativo, qualitativo</p>	<p>Esplorare e identificare le percezioni dei bisogni dei membri della famiglia e di accertare se tali bisogni fossero percepiti come soddisfatti o non soddisfatti dai familiari dei pazienti ospitati nelle unità di terapia intensiva.</p>	<p>Hanno partecipato allo studio 31 soggetti, ma solo 4 hanno portato a termine le interviste. Questi hanno mostrato entusiasmo per l'opportunità di parlare in modo più approfondito delle proprie esperienze, positive o negative.</p> <p>I partecipanti hanno valutato positivamente la loro esperienza complessiva con l'unità di terapia intensiva. Tuttavia, le interviste hanno anche rivelato carenze nel soddisfare i bisogni fisici e di comunicazione dei membri della famiglia.</p>
<p>Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332">https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332</a></p>	<p>Fumis R.R., Ranzani O.T., Martins P.S., Schettino G.</p> <p><i>PloS one</i></p> <p>2015</p>	<p>Studio prospettico</p>	<p>Determinare i benefici che comporta aprire una TI aperta nei pazienti e nei familiari per ridurre i disturbi emotivi.</p>	<p>I familiari dei pazienti soffrono di più dei pazienti stessi; i sintomi di ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress sono più alti nei membri della famiglia che nei pazienti.</p> <p>Aprire le TI porta molti benefici ai familiari e ai pazienti per ridurre questi sintomi e per diminuire anche l'impatto emotivo che il ricovero di un proprio caro comporta.</p>

<p>I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (Aperta Vs Chiusa).</p> <p>The family needs of the patient admitted in ICU (Open Vs Closed).</p>	<p>Villa L., Terzoni S., Galazzi A., DeStrebecq A. L.</p> <p><i>Scenario</i></p> <p>2016</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Rilevare i bisogni dei familiari ricoverati in TI.</p> <p>Confrontare le differenze tra TI aperte e TI chiuse.</p>	<p>Sono stati distribuiti 66 questionari, compilati soprattutto dal coniuge o dal figlio/a per identificare i bisogni dei familiari.</p> <p>Non emergono differenze statisticamente significative tra i punteggi delle domande in funzione delle caratteristiche considerate nel campione: il grado di parentela del compilatore, la sua età, le ore di lavoro, il livello di istruzione, il tempo impiegato per giungere in ospedale, gli anni del paziente e le pregresse esperienze di ricovero.</p> <p>I bisogni espressi dai parenti delle persone ricoverate in ordine di importanza sono di informazione, di rassicurazione e di vicinanza.</p>
<p>Identificare e soddisfare i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva: uno studio osservazionale.</p>	<p>Corso M., Battistella C., Peruzzo C.</p> <p><i>Scenario</i></p> <p>2018</p>	<p>Studio osservazionale</p>	<p>Identificare e soddisfare i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in TI.</p>	<p>Sono stati somministrati 80 questionari. I bisogni ritenuti più importanti appartengono alle aree della rassicurazione e informazione; dai risultati emerge che i familiari sono soddisfatti per l'assistenza che viene fornita.</p>

				<p>Il bisogno di “avere gli orari di visita ripartiti durante la giornata” è stato ritenuto maggiormente importante dalle donne; il bisogno di “sentire che c’è speranza” di più dagli uomini.</p> <p>Considerando l’età dei caregiver, emerge che i parenti con età più avanzata sono più soddisfatti e che i giovani danno, invece, maggiore importanza a bisogni come “parlare del rischio di morte del paziente” e “sentire che qualcuno si preoccupa delle condizioni di salute dei familiari”.</p>
<p>Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163">https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163</a></p>	<p>Mendes A.P.</p> <p><i>Revista brasileira de enfermagem</i></p> <p>2018</p>	<p>Studio fenomenologico</p>	<p>Comprendere l’impatto delle notizie di malattia critica sull’esperienza dei membri della famiglia in un’Unità di Terapia Intensiva.</p>	<p>La notizia inaspettata e la morte della persona malata influenzano il benessere dei membri della famiglia, condizionando la loro capacità di analisi e di decisione: è difficile in queste situazioni gestire e controllare le emozioni.</p> <p>La famiglia vive la notizia con sofferenza, soprattutto per l’attesa scaturita dagli eventi.</p>

<p>Intensive care unit (ICU) diaries and the experiences of patients' families: a grounded theory approach in a lower middle-income country (LMIC).</p>	<p>Tripathy S., Acharya SP, Sahoo AK, Mitra JK, Goel K., Ahmad SR, Hansdah U.</p> <p><i>Journal of Patient-Reported Outcomes</i></p> <p>2020</p>	<p>Studio fenomenologico</p>	<p>Esplorare il modo in cui le famiglie dei pazienti in TI hanno sperimentato i diari in terapia intensiva.</p>	<p>Per i membri della famiglia, leggere e scrivere il diario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha portato novità,</li> <li>• ha agito come facilitatore della comunicazione,</li> <li>• ha migliorato la conoscenza portando a un cambiamento di prospettiva sul sistema sanitario.</li> </ul> <p>I membri della famiglia hanno usato i diari per comunicare con il personale sanitario (per ottenere informazioni sulla malattia e sul trattamento) e il paziente (per esprimere il loro amore).</p> <p>Questo strumento ha permesso loro di comprendere il personale medico come esseri umani e di apprezzare i loro sforzi, migliorando di fatto la fiducia nel sistema.</p>
---	--	------------------------------	---	---

<p>Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1002/nop2.1061">https://doi.org/10.1002/nop2.1061</a></p>	<p>Al-Shamaly H. S.</p> <p><i>Nursing open</i></p> <p>2022</p>	<p>Studio etnografico</p>	<p>Esplorare le percezioni e le esperienze degli infermieri nel comunicare la cura e l'assistenza nelle ICU.</p>	<p>L'analisi dei dati ha rivelato i modelli di comunicazione dell'assistenza in terapia intensiva da mutevoli prospettive.</p> <p>I bisogni psicologici ed emotivi dei pazienti e i comportamenti assistenziali degli infermieri sono fondamentali.</p>
<p>The lived experiences of family members who visit their relatives in Covid-19 intensive care unit for the first time: a phenomenological study.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.03.012">https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.03.012</a></p>	<p>Bartoli D., Trotta F., Pucciarelli G., Simeone S., Miccolis R., Cappitella C., Rotoli D., Rocco M.</p> <p><i>Heart &amp; lung: the journal of critical care</i></p> <p>2022</p>	<p>Studio fenomenologico</p>	<p>Descrivere le esperienze vissute dai membri della famiglia nel loro primo contatto con un parente in una Covid-ICU dopo un periodo di distacco a causa delle restrizioni imposte dagli ospedali, dimostrando che le visite di persona riducono l'ansia.</p>	<p>Sono stati intervistati 12 parenti, dall'analisi delle loro interviste sono emersi cinque temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• paura del contagio correlata alle procedure di vestizione/svestizione,</li> <li>• emozioni positive legate al primo contatto con il parente ricoverato,</li> <li>• preoccupazione per lo stato emotivo del parente ricoverato,</li> <li>• impatto della Covid-ICU,</li> <li>• riconoscimento e gratitudine verso gli operatori sanitari.</li> </ul>

<p>Virtual visiting in intensive care during the COVID-19 pandemic: a qualitative descriptive study with ICU clinicians and non-ICU family team liaison members.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055679">https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055679</a></p>	<p>Xyrichis A., Pattison N., Ramsay P., Saha S., Cook A., Metaxa V., Meyer J., Rose L.</p> <p><i>BMJ open</i></p> <p>2022</p>	<p>Studio descrittivo qualitativo</p>	<p>Comprendere le esperienze e i benefici della visita virtuale dal punto di vista dei medici esperti in ICU e dei membri familiari non esperti in ICU.</p>	<p>Le visite virtuali sono percepite da questo studio positivamente come un'alternativa che promuove l'assistenza centrata sulla famiglia.</p> <p>Sono state condotte 36 interviste: le videochiamate hanno offerto un canale alternativo e hanno facilitato il coinvolgimento della famiglia.</p> <p>Sono state emotivamente impegnative, ma sono servite per dare un senso alle proprie emozioni ed esperienze visualizzando i propri parenti in TI.</p>
---	---	---------------------------------------	---	--

## DISCUSSIONE

In questa revisione sono presi in considerazione 10 articoli, i quali rispondono al quesito di ricerca. La letteratura esaminata ha portato ad un cospicuo numero di studi che trattano l'argomento in questione, senza però aggiungere risultati rilevanti rispetto a quelli già selezionati. Per questo motivo la ricerca effettuata ha presentato diverse difficoltà, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto emozionale nell'epoca Covid-19, argomento non ancora approfondito in letteratura.

Il tema di cui si sta parlando è il vissuto emozionale dei familiari in terapia intensiva, con un accenno al periodo del Covid-19.

Con vissuto emozionale si intendono tutte le emozioni provate dal nucleo familiare al momento del ricovero di un proprio caro in rianimazione, reparto ad alta complessità assistenziale in quanto il paziente deve essere assistito 24 ore su 24 da un punto di vista multidimensionale.

In queste situazioni, i familiari provano turbamento, ansia, preoccupazione per l'inaspettato.

Questo lo dimostra anche Mendes nel suo studio del 2018 in cui afferma che la notizia inaspettata e la morte della persona malata influenzano il benessere dei membri della famiglia; perciò, la loro stabilità emotiva è fortemente compromessa.

I familiari in questa situazione hanno bisogno di informazioni immediate, ciò viene affermato dalla maggior parte degli studi presi in considerazione: il bisogno di informazione espresso dai parenti è il più importante e per questo motivo deve essere soddisfatto.

Il "non sapere" conferisce all'esperienza un significato penalizzante e drammatico. (Mendes A. P., 2018)

Infatti, si ha proprio la necessità di sapere cosa sta succedendo al paziente; in questo modo, i familiari, consapevoli della realtà dei fatti, riescono a fare i conti con le proprie emozioni.

Questo comporta, però, che i primi giorni di ricovero, i membri della famiglia non si concentrino su loro stessi, perché sopraffatti dallo stress emotivo e dall'ansia, ma che si focalizzino appunto sulla continua ricerca di informazioni, diagnosi, prognosi e decorso clinico del loro caro.

Dunque, per il familiare, sarebbe fondamentale essere informato quotidianamente dal medico, in merito alle condizioni cliniche del paziente.

I familiari, osservando come gli operatori sanitari si prendono cura del malato attraverso l'uso delle migliori tecnologie e delle migliori apparecchiature, si rasserenano; tutto ciò è una fonte di sicurezza, soprattutto dal punto di vista emotivo.

Un altro bisogno ritenuto tra i più importanti che emerge dagli articoli analizzati è quello della rassicurazione, il nucleo familiare deve sentirsi rassicurato, deve percepire che il paziente riceva la migliore assistenza possibile.

Dai risultati degli studi emerge che i bisogni dei familiari vengono quasi sempre soddisfatti dall'equipe, da tenere in considerazione, però, vi è un altro dei bisogni principali: il bisogno di vicinanza.

Gli infermieri devono tener conto di questo bisogno scegliendo le attività più opportune da far svolgere ai parenti durante il momento della visita, aumentando così la loro percezione di vicinanza.

Riguardo quest'ultimo bisogno, purtroppo, non sempre viene soddisfatto a causa delle restrizioni imposte dagli orari di visita, ciò risulta utile per apportare delle modifiche organizzative nelle Terapie Intensive; infatti, anche se ormai si è consapevoli che aprire le TI porterebbe solo ad effetti positivi e ad un giovamento sia per il paziente che per il familiare, molte realtà devono ancora aggiornarsi in questo ambito.

Infatti, questi orari di visita rigidi impediscono una completa vicinanza e tendono ad allontanare la componente familiare che si sente trascurata.

Come confermato dalla letteratura, dalla maggioranza degli articoli analizzati si evince che i familiari sono soddisfatti per le informazioni ricevute, ma non molto per gli orari di visita e quindi di non poter vedere abbastanza il proprio caro durante l'arco della giornata.

Dallo studio di Fumis del 2015 si può osservare, a sostegno di ciò che è stato detto in precedenza, come una TI aperta può ridurre lo sviluppo di sintomi, quali ansia, depressione e disturbo post-traumatico da stress, sia nei familiari che nei pazienti; al contrario di quanto si possa credere, dai risultati di questo studio si è scoperto che sono i familiari a soffrire di più di questi sintomi durante e dopo la terapia intensiva, soprattutto quando la persona amata si ammala gravemente o nel peggiore dei casi,

muore; ma non solo, alla famiglia rimangono più ricordi dell'esperienza rispetto ai pazienti che, invece, conservano solo una vaga memoria dell'accaduto.

Di conseguenza, risulta essenziale un supporto psicologico durante il ricovero, in quanto i bisogni psichici ed emotivi dei pazienti e dei familiari sono importantissimi, come afferma nel 2022 anche Al-Shamaly.

Inoltre, grazie alla presenza di uno psicologo si riesce a identificare anticipatamente coloro che in futuro avranno il rischio di sviluppare i sintomi citati in precedenza.

Con umanizzazione si intende porre al centro dei percorsi sanitari e socioassistenziali, in una visione olistica, la persona umana; da questo si può dedurre che con l'apertura delle rianimazioni si umanizza l'assistenza.

Parlando di umanizzazione, dagli studi di Garrouste-Orgeas del 2014 e di Tripathy del 2020 si riscontra che tenere un diario in TI può avere notevoli effetti positivi, viene definita come un'esperienza umanizzante in quanto, grazie ad esso, la percezione del personale sanitario da parte dei familiari si modifica; poiché gli operatori stessi scrivono sul diario, i familiari li ritengono compassionevoli ed empatici e vengono rassicurati sul fatto che il paziente sia al sicuro e in buone mani.

Il diario è un dispositivo di umanizzazione della terapia intensiva.

Per di più, come già annunciato, ricevere informazioni mediche chiare è uno dei bisogni dei parenti più importanti e grazie all'uso di questo strumento ciò è reso possibile; infatti, la qualità delle informazioni ricevute è migliorata notevolmente.

I diari aiutano a comprendere le condizioni del paziente e ad assimilare le notizie mediche che sono scritte e possono essere consultate tutte le volte che si vuole.

Grazie ai risultati di questo studio, si può dimostrare che le informazioni mediche scritte sono più affidabili di quelle orali.

Inoltre, questi diari hanno anche migliorato la comunicazione all'interno del nucleo familiare, facendo in modo che tutti potessero avere accesso ai dati personali e medici del paziente.

Purtroppo, riguardo questo argomento le informazioni pubblicate sono poche, anche se dai risultati ottenuti è possibile evidenziare come questi strumenti costituiscano un potenziale beneficio per i familiari e che quindi, il loro utilizzo dovrebbe essere incoraggiato.

Per quanto riguarda il vissuto emozionale dei familiari in epoca Covid, dai risultati della letteratura analizzata sono affiorati pareri contrastanti: da un lato si ritiene che le visite virtuali, tramite videochiamate, durante il ricovero del paziente, con i parenti a casa, sono utili come via alternativa alle visite di persona, dall'altro, dallo studio di Bartoli, emerge che vedere il proprio amato attraverso uno schermo non sia sufficiente e, in alcuni casi, può addirittura causare sconvolgimento.

Le emozioni di sollievo, gioia e conforto nel vedere di persona il malato non potranno mai essere equiparate alle emozioni provate nel guardarlo dal proprio cellulare; inoltre, anche l'ansia, il dolore e la preoccupazione provate dal nucleo familiare per lo stato emotivo del paziente, che stando in isolamento si sente solo, diminuiscono notevolmente.

Dunque, dall'articolo citato sopra, che tra l'altro è uno dei primi studi che ha esaminato le esperienze e le emozioni provate dai membri della famiglia che visitano per la prima volta i parenti in una Covid-ICU, si evince ancora una volta quanto il binomio paziente-famiglia sia inscindibile.

## CONCLUSIONI

Il vissuto emozionale dei familiari della persona ricoverata in Terapia Intensiva è un tema che nel corso degli anni è stato analizzato, soprattutto per quanto riguarda i bisogni di questi ultimi, che devono essere soddisfatti.

In particolare, è una questione che è stata esaminata negli ultimi anni, visto il cospicuo numero di studi selezionati del 2022, quindi si può dedurre che l'argomento, di recente, ha suscitato notevole interesse, soprattutto con la pandemia del Covid-19.

Per migliorare, non ci si deve concentrare solo sull'apertura delle TI, tema ormai ampiamente approfondito in letteratura, ma anche mettere in atto delle attività assistenziali di base da poter far svolgere ai congiunti, rendendoli in questo modo più partecipi all'assistenza del malato.

Parallelamente ad un cambiamento nell'organizzazione della TI, è necessaria anche una modificazione nelle relazioni interpersonali: queste sono gestite maggiormente dagli infermieri (principali mediatori tra persona malata, nucleo familiare e gli altri operatori sanitari), infatti la comunicazione non è rivolta solo al paziente, ma anche alla famiglia, di conseguenza sarebbe opportuno focalizzarsi maggiormente sulla loro formazione ed educazione, in merito a questo ambito, per riuscire a gestire al meglio ogni tipo di situazione.

La comunicazione, infatti, è il mezzo tramite il quale gli infermieri trasferiscono le cure. Una comunicazione più efficace tra i soggetti in questione può condurre a trasformazioni positive sia nel paziente, sia nei familiari, sia negli stessi infermieri, inoltre si crea così uno spazio di espressione e di scambio anche dal punto di vista degli aspetti emotivi.

Gli infermieri devono acquisire delle capacità e delle competenze avanzate necessarie per intervenire tramite una comunicazione efficace: ascoltare, non giudicare, esprimersi in maniera chiara e comprensibile sono le prerogative da mettere in atto.

Inoltre, per soddisfare il loro bisogno di informazioni, sarebbe importante la presenza di un infermiere durante la visita al paziente, così che possa rispondere a tutti i dubbi dei familiari, riducendo ansia e paura.

Dato che i sintomi di ansia e depressione persistono nei membri della famiglia anche per i mesi successivi al ricovero del loro caro, si raccomanda un maggiore supporto psicologico per diminuire il rischio di sviluppare il disturbo post-traumatico da stress.

Risulterebbe utile introdurre anche l'uso dei diari nelle ICU, strumento che apporterebbe notevoli benefici a sostegno delle famiglie.

In conclusione, in Italia tutte le aziende ospedaliere dovrebbero aprire i loro reparti di Rianimazione, preparando il personale sanitario a intraprendere nuove strategie operative, ad usare strumenti validati in grado di soddisfare le necessità dei familiari, come ad esempio il questionario CCFNI, e definire come migliorare il processo di soddisfazione dei bisogni di questi ultimi.

Solo dopo aver identificato i punti di debolezza, potranno verificarsi cambiamenti sostanziali.

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Shamaly H. S. (2022). Patterns of communicating care and caring in the intensive care unit. *Nursing open*, 9(1), 277–298. <https://doi.org/10.1002/nop2.1061>
- Bartoli, D., Trotta, F., Pucciarelli, G., Simeone, S., Miccolis, R., Cappitella, C., Rotoli, D., & Rocco, M. (2022). The lived experiences of family members who visit their relatives in Covid-19 intensive care unit for the first time: A phenomenological study. *Heart & lung: the journal of critical care*, 54, 49–55. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.03.012>
- Bracci, M. L. (2008). Rianimazione chiusa versus rianimazione aperta. *Scenario*, 25(3), 17-25.
- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A., & Chang, Y. P. (2021). The experiences of family members of ventilated COVID-19 patients in the intensive care unit: a qualitative study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 38(7), 869-876.
- Corso, M., Battistella, C., & Peruzzo, C. (2018). Identificare e soddisfare i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva: uno studio osservazionale. *Scenario*, 32(3), 19-27.
- Coulter, M. A. (1989). The needs of family members of patients in intensive care units. *Intensive Care Nursing*, 5(1), 4-10.
- Falli, F. (2000). I fattori stressogeni in Area Critica. *Atti del IV Convegno AISACE, Liguria, giugno, 9*.
- Feder, S., Smith, D., Griffin, H., Shreve, S. T., Kinder, D., Kutney-Lee, A., & Ersek, M. (2021). “Why Couldn't I Go in To See Him?” Bereaved families' perceptions of end-of-life communication during COVID-19. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(3), 587-592.
- Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) (2019). Codice deontologico delle professioni infermieristiche.
- Freichels, T. A. (1991). Needs of family members of patients in the intensive care unit over time. *Critical Care Nursing Quarterly*, 14(3), 16-29.
- Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., ... & Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*, 113(7), 946-952.

Fumis, R. R. L., Nishimoto, I. N., & Deheinzelin, D. (2008). Families' interactions with physicians in the intensive care unit: the impact on family's satisfaction. *Journal of critical care, 23*(3), 281-286.

Fumis, R. R., Ranzani, O. T., Martins, P. S., & Schettino, G. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PloS one, 10*(1), e0115332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>

Garrouste-Orgeas, M., Périer, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., Brochon, S., Philippart, F., Max, A., & Misset, B. (2014). Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families' experience in the ICU. *PloS one, 9*(10), e110146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>

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

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

Hart, J. L., Turnbull, A. E., Oppenheim, I. M., & Courtright, K. R. (2020). Family-centered care during the COVID-19 era. *Journal of pain and symptom management, 60*(2), e93-e97.

Hönig, K., & Gündel, H. (2016). Angehörige auf der Intensivstation: (Un)Befriedigte Bedürfnisse [Relatives in intensive care units: (Un)Satisfied needs]. *Der Nervenarzt, 87*(3), 269–275. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0069-1>

Karlsson, C., Tisell, A., Engström, Å., & Andershed, B. (2011). Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. *Nursing in critical care, 16*(1), 11-18.

Keep, P. J. (1977). Stimulus deprivation in windowless rooms. *Anaesthesia, 32*(7), 598-602.

Kennedy, N. R., Steinberg, A., Arnold, R. M., Doshi, A. A., White, D. B., DeLair, W., ... & Elmer, J. (2021). Perspectives on telephone and video communication in the intensive care unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society, 18*(5), 838-847.

Kentish-Barnes, N., Lemiale, V., Chaize, M., Pochard, F., & Azoulay, E. (2009). Assessing burden in families of critical care patients. *Critical care medicine, 37*(10 Suppl), S448–S456. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181b6e145>

Khalaila, R. (2014). Meeting the needs of patients' families in intensive care units. *Nursing Standard (2014+), 28*(43), 37.

Levy, M. M. and De Backer, D. (2013). Re-visiting visiting hours. *Intensive Care Med., 39*, 2223-2225

Limbu, S., Kongsuwan, W., & Yodchai, K. (2019). Lived experiences of intensive care nurses in caring for critically ill patients. *Nursing in Critical Care*, 24(1), 9–14. <https://doi.org/10.1111/nicc.12349>

Marik, P. E. (2010). What Defines an Intensive Care Unit? implications for organizational structure. *ICU Director*, 1(3), 175-180.

Mendes A. P. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(1), 170–177. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>

Moggia, F. (2000). I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un reparto di terapia intensiva. Atti XIX congresso nazionale ANIARTI, Genova Novembre 2000

Nolen, K. B., & Warren, N. A. (2014). Meeting the needs of family members of ICU patients. *Critical care nursing quarterly*, 37(4), 393-406.

Ramnarain, D., Aupers, E., den Oudsten, B., Oldenbeuving, A., de Vries, J., & Pouwels, S. (2021). Post Intensive Care Syndrome (PICS): an overview of the definition, etiology, risk factors, and possible counseling and treatment strategies. *Expert review of neurotherapeutics*, 21(10), 1159–1177. <https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1981289>

Rega, M. L., Cristofori, E., Galletti, C., Vellone, E., & SCELSI, S. L. (2006). Rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza. *Scenario*, 1, 16-26.

Tripathy, S., Acharya, S. P., Sahoo, A. K., Mitra, J. K., Goel, K., Ahmad, S. R., & Hansdah, U. (2020). Intensive care unit (ICU) diaries and the experiences of patients' families: a grounded theory approach in a lower middle-income country (LMIC). *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4, 1-11.

Villa, L., Terzoni, S., Galazzi, A., & DeStrebecq, A. L. (2016). I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (Aperta Vs Chiusa) /The family needs of the patient admitted in ICU (Open Vs Closed). *Scenario*, 33(3), 16.

Vincent, J. L., Bihari, D. J., Suter, P. M., Bruining, H. A., White, J., Nicolas-Chanoin, M. H., ... & Hemmer, M. (1995). The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe: results of the European Prevalence of Infection in Intensive Care (EPIC) Study. *Jama*, 274(8), 639-644.

Xyrichis, A., Pattison, N., Ramsay, P., Saha, S., Cook, A., Metaxa, V., Meyer, J., & Rose, L. (2022). Virtual visiting in intensive care during the COVID-19 pandemic: a qualitative descriptive study with ICU clinicians and non-ICU family team liaison members. *BMJ open*, 12(4), e055679. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055679>

Yakubu, Y. H., Esmaili, M., & Navab, E. (2019). Family members' beliefs and attitudes towards visiting policy in the intensive care units of Ghana. *Nursing Open*, 6(2), 526-534.