

## ABSTRACT

**Razionale:** dalle evidenze scientifiche, individuate mediante revisione della letteratura, emerge l'importanza della figura del familiare in Terapia Intensiva. L'implementazione di una politica di visite aperte ha dimostrato infatti una diminuzione dell'ansia, un aumento della soddisfazione e il miglioramento del benessere dei pazienti, offrendo benefici relazionali come il sostegno emotivo, la riduzione dello stress e il miglioramento della comunicazione. A livello clinico, inoltre, la presenza del familiare, contribuisce significativamente alla riduzione della prevalenza del delirium al termine della fase di sedazione profonda del paziente. In questo contesto, il familiare inoltre può essere di aiuto nel motivare il paziente nei momenti di sconforto e accrescere la fiducia e l'apprezzamento verso l'équipe assistenziale.

**Obiettivo:** lo scopo del seguente studio è quello di condurre un'indagine conoscitiva circa le opinioni e gli atteggiamenti degli operatori sanitari (medici, infermieri e operatori socio sanitari) in servizio presso l'U.O. di Rianimazione dell'Ospedale Provinciale di Macerata in merito alla politica di apertura delle visite ai familiari, introdotta da circa un anno presso l'U.O. mediante il progetto "Terapia Intensiva Aperta".

**Materiali e metodi:** lo studio presenta un disegno sperimentale, di tipo osservazionale trasversale monocentrico. Il numero dei partecipanti allo studio è 27 e comprende medici, infermieri ed operatori socio sanitari, su un totale di 30 sanitari che lavorano presso la Rianimazione.

Lo strumento utilizzato per indagare credenze ed atteggiamenti degli operatori è il questionario BAVIQ (Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire), individuato mediante revisione della letteratura su banche dati elettroniche PUBMED.

**Risultati:** dallo studio emerge l'opinione favorevole degli operatori sanitari in merito all'apertura delle visite ai familiari. Sia i professionisti dell'area medica che infermieristica sono concordi circa i benefici apportati dalla liberalizzazione degli accessi dei familiari in TI. Si notano tuttavia alcuni pareri in parte discordanti tra gli operatori che presentano un'età lavorativa > a 15 anni, i quali risultano essere più scettici in merito al nuovo progetto, oltre che alcune perplessità in merito alla liberalizzazione del numero di visitatori che accedono contemporaneamente negli orari di apertura alle visite.

**Conclusioni:** gli operatori sanitari che lavorano presso l'U.O. di Rianimazione hanno convinzioni favorevoli nei confronti delle visite e della nuova politica di visite aperte. Da ciò è possibile dedurre quanto gli operatori sanitari supportino il progetto, fornendo un contributo fattivo verso l'umanizzazione dell'assistenza in TI.

**Key words:** Intensive Care Unit, open Intensive Care, humanization of care, Terapia Intensiva Aperta, politica di visite aperte in Terapia Intensiva.

# INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>CAPITOLO 1 - La Terapia Intensiva</b> .....	4
La storia della Terapia Intensiva.....	4
Chi è il paziente di Terapia Intensiva.....	6
Struttura e organizzazione del posto letto di Terapia Intensiva.....	7
Ruolo e funzioni degli operatori sanitari presenti in TI.....	9
<b>CAPITOLO 2 - Progetto “Terapia Intensiva Aperta”</b> .....	12
Analisi del contesto.....	12
La Terapia Intensiva Aperta non è solo una questione di Orario.....	15
Il familiare al centro del processo di cura.....	18
La presenza dello psicologo in Terapia Intensiva.....	20
La gestione del fine vita.....	22
Passaggio di consegne: indicazioni e problematiche.....	23
Obiettivi.....	27
Descrizioni delle attività.....	28
<b>CAPITOLO 3 – STUDIO OSSERVAZIONALE</b> .....	32
3.1 Background.....	32
3.2 Quesito di ricerca.....	36
3.3 Obiettivo.....	36
3.4 Materiali e metodi.....	37
3.4.1 <i>Disegno di ricerca</i> .....	37
3.4.2 <i>Popolazione</i> .....	37

3.4.3 <i>Setting</i> .....	37
3.4.4 <i>Strumento</i> .....	37
3.4.5 <i>Periodo di studio</i> .....	39
3.4.6 <i>Analisi dei dati</i> .....	39
3.5 Risultati.....	40
3.6 Discussione.....	53
3.7 Limiti.....	56
3.8 Implicazioni.....	57
3.9 Conclusioni.....	57
<b>BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA</b> .....	<b>59</b>
<b>ALLEGATI</b> .....	<b>65</b>



## INTRODUZIONE

Il ricovero ospedaliero in Terapia Intensiva è un evento critico e delicato per l'assistito che mette in difficoltà l'intero nucleo familiare. La gravità clinica, la repentinità dell'evento, l'incertezza dell'esito terapeutico sono alla base delle emozioni che provano i pazienti e le loro famiglie. La presenza di operatori sanitari adeguatamente formati nella gestione di tale evento è di fondamentale importanza per garantire un buon mantenimento della sfera dei rapporti che si instaurano tra paziente, famiglia ed operatori sanitari.

Questo progetto di tesi nasce da un'idea maturata nell'arco dei tre anni di tirocinio clinico grazie alle tante esperienze che ho avuto l'opportunità di vivere nelle varie Unità Operative dell'ospedale Provinciale di Macerata e soprattutto grazie all'esperienza che ho vissuto presso l'U.O di Rianimazione, dove sono venuta a conoscenza del progetto di "Terapia Intensiva Aperta".

Ho iniziato il mio percorso di tirocinio nell'anno accademico 2020/21: periodo molto significativo per il Paese e per il settore sanitario a causa dello stato di emergenza sanitaria globale dichiarato dall'OMS nel marzo 2020<sup>1</sup> per la "malattia COVID-19".

È proprio grazie a questa prima esperienza di tirocinio clinico che sono entrata in contatto con la "realtà ospedaliera". Ho avuto l'opportunità non solo di poter integrare, arricchire e sviluppare conoscenze, ma anche di poter osservare quanto sia importante, in un momento delicato e difficile come il ricovero e la malattia, avere al proprio fianco una persona cara.

L'avvento della pandemia nell'anno 2020/21 ha portato delle limitazioni, in una prospettiva di tutela della salute.

Tra le varie limitazioni imposte dal governo per ridurre quanto più possibile i contagi da malattia da COVID-19 troviamo anche delle restrizioni riguardo l'ingresso dei visitatori nei vari reparti: in questo momento storico non veniva consentito l'accesso dei familiari nelle Unità Operative.

Come non mai in questo periodo mi sono resa conto di quanto fosse importante per il paziente e per i familiari, avere la possibilità di ricevere visite da parte dei propri cari in ospedale.

---

<sup>1</sup> [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&id=4209](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=4209)

Una parola di conforto, la vicinanza affettiva, il “non sentirsi soli” fa davvero la differenza per il paziente che vive in un contesto di malattia e di sofferenza e purtroppo in questo periodo storico tutto ciò è venuto meno.

Nel corso dei successivi anni di tirocinio, nonostante le restrizioni legate alla pandemia fossero state revocate al termine dell'emergenza sanitaria globale, ho spesso notato, in diversi contesti, alcuni pazienti che trascorrevano tutto il periodo di degenza senza mai ricevere visite da parte di un familiare o di una persona cara.

Osservare il loro stato d'animo, la loro ricerca di una parola di conforto da parte degli operatori sanitari o di noi tirocinanti e ascoltarli parlare del senso di solitudine che provavano, è stato per me un motivo di profonda riflessione, la quale, oltre che per un motivo personale che mi lega a questa tematica, mi ha portata a scegliere un tema che trattasse dell'importanza del familiare al fianco dei pazienti. Credo che il progetto di “Terapia Intensiva aperta” vada a rappresentare al meglio questo aspetto, soffermandosi sul setting di Terapia Intensiva, ovvero l'Unità in cui vengono ricoverati i pazienti che versano in condizioni critiche.

La “Terapia Intensiva aperta” propone un nuovo approccio di assistenza basato sul porre il paziente al centro del processo di cura, rispettando la sua personale sfera olistica fatta di sensazioni, emozioni e convinzioni culturali, sia come “singolo” che soprattutto anche come membro di una famiglia.<sup>2</sup> Non va inteso soltanto come “apertura e prolungamento degli orari di visita”, ma come un progetto dove uno degli obiettivi è una riduzione o abolizione di tutte le limitazioni poste a livello temporale, fisico e relazionale, oltre che al potenziamento della sfera dei rapporti tra paziente, operatori sanitari e familiari.

È importante però, in questo contesto innovativo della Terapia Intensiva, valutare anche il punto di vista degli operatori sanitari, in merito all'accesso dei familiari al reparto e alle nuove politiche di “visita aperta”.

---

<sup>2</sup> Mistraletti G, Umbrello M, Mantovani ES. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study..Intensive Care Med. 2017 Jan;43(1):69-79.

L'elaborato è suddiviso in tre capitoli:

- Il primo capitolo offre un'analisi storica sull'origine della Terapia Intensiva, sul profilo del paziente “tipo” di questa area e sul ruolo di tutti gli operatori sanitari che operano in TI.
- Il secondo capitolo illustra il protocollo di "Terapia Intensiva Aperta", un'iniziativa attuata presso il reparto di Rianimazione dell'Ospedale Provinciale di Macerata, dove ho avuto l'opportunità di svolgere il mio studio.
- Il terzo capitolo è dedicato allo studio osservazionale trasversale che ha avuto l'obiettivo di valutare opinioni e atteggiamenti degli operatori sanitari in merito alla politica di apertura alle visite.



## CAPITOLO 1 – La Terapia Intensiva

### La storia della Terapia Intensiva

La nascita della medicina di terapia intensiva, come è generalmente conosciuta oggi, fu il risultato di una serie di metodi e soluzioni innovative improvvisate da un ospedale danese per far fronte alle travolgenti sfide mediche e organizzative dell'epidemia di poliomielite del 1952.<sup>3</sup>

Tale anno è spesso indicato come l'anno di nascita della terapia intensiva, ma la sua storia affonda le radici in un evento significativo: un ultimo, disperato tentativo di salvare la vita di una dodicenne che, contro ogni pronostico, ebbe un esito positivo.

Questo evento portò all'organizzazione di una singola unità disciplinare per il trattamento dei pazienti con insufficienza respiratoria. L'unità si sviluppò in una sala di recupero multidisciplinare, fino a diventare un'unità di terapia intensiva multi-specialistica.<sup>3</sup>

L'intero processo richiese solo 17 mesi e il merito di questo risultato è attribuito al Dr. Björn Ibsen, noto anche come “il padre della medicina intensiva”, il quale progettò e realizzò ciascuno di questi passi rivoluzionari.<sup>3</sup>

L'epidemia di poliomielite scoppiata in Danimarca nel 1952 fu drammatica sotto tutti i punti di vista. Il numero di pazienti con insufficienza respiratoria era più alto rispetto a qualsiasi altro paese europeo.<sup>3</sup>

L'ospedale di Blegdam (Copenaghen), responsabile del trattamento della poliomielite, aveva solo un respiratore a bombola e sei respiratori a corazza per il ricovero giornaliero di 6-12 pazienti con insufficienza respiratoria. Inoltre, tutti i trattamenti convenzionali si sono rivelati quasi del tutto inefficaci (27 dei primi 31 pazienti con insufficienza respiratoria morirono).<sup>3</sup>

Fu il primario dell'ospedale di Blegdam, il dottor Lassen, sotto suggerimento del suo collega Dr. Björneboe, a contattare l'anestesista Björn Ibsen, con l'obiettivo di ottenere un aiuto. È nel 27 agosto del 1952, che Ibsen dimostrò le sue capacità su una ragazza di 12 anni di nome Vivi E., la quale presentava una grave insufficienza respiratoria. Ibsen ventilò la ragazza tracheotomizzata con un sistema va e vieni a pressione positiva, utilizzando una sacca di gomma per ventilarla manualmente, effettuando la

---

<sup>3</sup> Louise Reischer-Se'ne'lar. The birth of intensive care medicine: Björn Ibsen's records. Intensive Care Med (2011) 37:1084–1086

tracheoaspirazione e sedandola per liberarla dal broncospasmo. Le tracheostomie erano state già eseguite a Copenaghen 4 anni prima, ma con scarsi effetti benefici sull'esito.<sup>3,4</sup> Quando divenne chiaro che il respiratore a corazza disponibile non poteva fornire una ventilazione sufficiente, Ibsen continuò a ventilare manualmente la ragazza e alla fine le salvò la vita. Entro 8 giorni, il metodo di ventilazione manuale tramite tracheostomia è stato condotto su ogni paziente con insufficienza respiratoria dovuta a poliomielite presso l'ospedale di Blegdam.<sup>3</sup>

Poco dopo aver completato con successo i primi passi verso la terapia intensiva, Ibsen si trasferì all'ospedale della contea di Copenaghen (Kommunehospitalet) e il 1° luglio aprì una sala di risveglio, la quale divenne un'unità di terapia intensiva multidisciplinare.<sup>3</sup>

Ibsen non fu un pioniere per quanto riguarda la ventilazione a pressione positiva al di fuori della sala operatoria; Bower e Bennet avevano utilizzato il metodo su pazienti affetti da poliomielite nel 1950, anche se solo a breve termine e come supplemento a un respiratore a bombola; quindi, l'idea di utilizzare la ventilazione a pressione positiva sui pazienti affetti da poliomielite non era nuova. Inoltre, Clemmesen aveva sviluppato un concetto simile per il trattamento dell'intossicazione barbiturica, ma il grande risultato di Ibsen fu quello di capire che, in termini di trattamento, era piuttosto irrilevante quale malattia causasse l'insufficienza respiratoria; il trattamento dovrebbe rimanere fondamentalmente sempre lo stesso: garantire una ventilazione adeguata. Oggi questo sembra evidente, ma a quel tempo l'idea fu piuttosto rivoluzionaria.<sup>3</sup>

Partendo da questa conclusione, il Dr. Ibsen capì che i pazienti avrebbero potuto essere trattati adeguatamente solo se l'ospedale fosse stato riorganizzato per trattare le insufficienze respiratorie in un'unità centralizzata multidisciplinare.<sup>3</sup>

Ibsen non ebbe solo questa intuizione; era anche dotato del talento organizzativo per improvvisare soluzioni, ed era anche dotato di capacità gestionali per strutturare e mantenere un'organizzazione a lungo termine all'interno dell'ospedale.<sup>3</sup>

Anche nel Regno Unito, negli anni '60 e '70 furono istituite le unità di terapia intensiva, grazie anche alla rapida espansione degli anestesisti. Il primo ventilatore controllato da microprocessore fu sviluppato nel 1971 e grazie al progresso, negli ultimi 10 anni, i ventilatori sono migliorati notevolmente. In precedenza, il paziente doveva generare una

---

<sup>4</sup> F. E Kelly, K.Fong, N.Hirsch, J. P Nolan. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. Clinical Medicine 2014 Vol 14, No 4: 376-9

caduta di pressione all'interno del circuito del ventilatore per attivare un atto respiratorio. Nei ventilatori più moderni, l'inspirazione invece è generalmente innescata da un lieve cambiamento nel flusso, che è più sensibile e rende il supporto ventilatorio più confortevole per il paziente. Di conseguenza, i pazienti in terapia intensiva tendono ad avere bisogno di meno sedazione rispetto al passato. <sup>4</sup>

Una cultura del miglioramento della qualità è diventata standard con il passare degli anni, con cure più affidabili. L'uso di pacchetti assistenziali e il "fare bene le cose semplici", furono adottati per rendere l'assistenza ai pazienti più sicura. I pacchetti assistenziali sono gruppi di quattro-cinque misure che, se eseguiti insieme, hanno dimostrato di migliorare i risultati: tra i più consolidati in terapia intensiva individuiamo quelli che riguardano la cura del paziente ventilato e il catetere venoso centrale (CVC). <sup>4</sup>

In precedenza, le infezioni contratte in ospedale erano comuni nei pazienti in terapia intensiva a causa della ridotta funzione del sistema immunitario, dell'uso di più cateteri e cannule e del trattamento con antibiotici ad ampio spettro. Una drastica diminuzione di tali infezioni si è verificata in tutto il Regno Unito e in altre parti del mondo. <sup>4</sup>

Oltre a questo, lo sviluppo di una moltitudine di nuove apparecchiature e farmaci ha generato nel corso del tempo una rapida crescita della medicina specialistica di terapia intensiva e forse il cambiamento più importante fu l'istituzione della terapia intensiva come specialità a sé stante, con la nascita della Facoltà di Medicina di Terapia Intensiva (FICM) nel 2010. <sup>4</sup>

Nel corso dei successivi 70 anni dalla sua nascita come specialità autonoma, la terapia intensiva ha subito una grande evoluzione, la quale proseguirà nel futuro.

### **Chi è il paziente di Terapia Intensiva.**

Le patologie che richiedono un ricovero in Terapia Intensiva sono molteplici e possono verificarsi in tutte le età; possono interessare pazienti malati da molto tempo o persone che fino a poco prima non presentavano alcuna compromissione del loro stato di salute, come i soggetti traumatizzati o quelli sottoposti ad interventi chirurgici difficili ed impegnativi. <sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=61&Itemid=119&lang=it](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=119&lang=it)

La Terapia Intensiva, dunque, è un reparto dove vengono curati pazienti che necessitano di un controllo e di terapie continue perché una o più funzioni vitali sono alterate o rischiano di peggiorare. I pazienti hanno spesso bisogno di complesse apparecchiature e di numerosi farmaci per il supporto delle funzioni vitali come la respirazione, l'attività cardiaca e la funzione renale.<sup>6</sup>

Per questo l'ambiente in Terapia Intensiva è diverso da quello di qualsiasi altro reparto dell'ospedale: spazi, arredi, regole, organizzazione sono dedicati alla cura di questi pazienti definiti "critici", al fine di ristabilire nel più breve tempo possibile un accettabile equilibrio delle funzioni vitali (respirazione, circolazione del sangue, attività neurologica, ...).<sup>5,6</sup>

### **Struttura e organizzazione del posto letto di Terapia Intensiva.**

In ogni "unità di posto letto" è possibile individuare diverse apparecchiature che garantiscono il controllo e il supporto necessario al paziente, sulla base della sua condizione clinica.

In generale, ogni postazione è dotata di:

- Letto: altamente tecnologico, permette di assumere molte posizioni diverse. E' posizionato lontano dalle pareti, in modo che sia accessibile sui quattro lati. Ha delle spondine rimovibili, per garantire la sicurezza del paziente; ha delle ruote, nel caso siano necessari spostamenti urgenti.<sup>7</sup>
- Materasso: è ad aria, con un compressore che ne controlla costantemente la pressione, in modo di prevenire la formazione di piaghe da decubito.<sup>7</sup>
- Ventilatore meccanico: aiuta i polmoni ed i muscoli respiratori in caso di insufficienza respiratoria. Per effettuare la ventilazione meccanica vengono utilizzati:
  - maschere facciali o nasali (ventilazione non invasiva);
  - tubo oro-tracheale o naso-tracheale; cannula tracheostomica (ventilazione invasiva).

In questi casi, il paziente non può parlare perché l'aria, passando all'interno del tubo, non entra in contatto con le corde vocali. Tuttavia, effettuata

---

<sup>6</sup> Terapia Intensiva 1. Informazioni per familiari e visitatori. Aggiornamento aprile 2017 029v1 a cura di: Comunicazione [comunicazione@ospedaleniguarda.it](mailto:comunicazione@ospedaleniguarda.it).

<sup>7</sup> [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=53:capire-lunita-paziente&catid=6&lang=it&Itemid=111](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=53:capire-lunita-paziente&catid=6&lang=it&Itemid=111). ultima modifica 13/11/2018 – GM.

l'estubazione, la voce verrà ristabilita. I ventilatori inoltre sono dotati di allarmi e monitor, utili poiché servono per segnalare agli operatori la necessità d'intervento. <sup>7</sup>

- Pompe infusionali: il cui scopo è quello di garantire una somministrazione di liquidi (farmaci, alimenti, ...) che rimanga costante nel tempo, scegliendo la velocità di somministrazione giusta per quel paziente in quel momento. Possono essere collegate a cateteri che arrivano nel torrente circolatorio, nel tessuto sottocutaneo o nello stomaco. Ne esistono di diverse tipologie, a seconda sia necessario essere molto precisi (pompe siringa), oppure per grossi flussi (pompe peristaltiche). Ogni pompa è dotata di allarmi: utili per segnalare il termine delle infusioni o ostacoli al flusso. <sup>7</sup>
- Ossigenoterapia: gli erogatori di ossigeno sono posti vicino ad ogni letto, spesso collegati ad un umidificatore. Per garantire una somministrazione di ossigeno adeguata vengono utilizzate diverse tipologie di dispositivi. <sup>7</sup>
- Sistema di aspirazione: ogni unità paziente è dotata di un sistema di aspirazione, utilizzato per effettuare l'aspirazione tracheobronchiale, senza trasmettere infezioni o creare lesioni, col fine di rimuovere le secrezioni bronchiali dai polmoni e facilitare la respirazione nel paziente. <sup>7</sup>
- Monitor: è uno schermo sul quale vengono visualizzati in continuo i parametri vitali del paziente (frequenza cardiaca, pressione, temperatura, ...). Grazie all'osservazione continua, si può intervenire tempestivamente, se necessario. Dal monitor vengono infatti emessi diversi tipi di allarme, ciascuno con un proprio significato, udibili in qualsiasi punto del reparto. Ciascun monitor è inoltre collegato ad uno schermo centrale che consente l'osservazione contemporanea di tutti i pazienti ricoverati. Grazie all'osservazione costante e computerizzata, gli operatori possono monitorare costantemente e intervenire precocemente in caso di necessità apportando modifiche alla terapia e verificandone gli effetti clinici. Gli allarmi servono a segnalare agli operatori variazioni significative dei parametri vitali. <sup>7</sup>
- Barra alimentazione: i macchinari al letto del paziente funzionano principalmente tramite energia elettrica. Per garantire la funzionalità costante degli strumenti salvavita, essi sono collegati ad una barra di alimentazione. Un generatore

indipendente fornisce elettricità senza interruzioni anche in caso di blackout improvvisi.<sup>7</sup>

- Defibrillatore: consente di ristabilire nel paziente un battito cardiaco efficace, applicando una scarica elettrica non pericolosa e tollerata dall'organismo, nei casi in cui sia necessario.<sup>7</sup>
- Carrello: per non diffondere infezioni, ciascuna unità paziente è dotata di un carrello contenente medicinali e materiali specifici per il paziente che occupa quel letto. In Terapia Intensiva ogni paziente riceve cure personalizzate, a seconda della patologia per cui è ricoverato: spesso è necessario utilizzare molti farmaci che prevedono diverse vie di somministrazione (intramuscolare, orale, ...) oppure eseguire medicazioni (siringhe, garze, cerotti, ...). Il carrello permette di avere a disposizione immediatamente tutto ciò che è necessario per quel paziente.<sup>7</sup>
- Smaltimento materiale biologico: molto spesso in Terapia Intensiva, per consentire la cura, è necessario rimuovere o entrare in contatto con i liquidi biologici. Data la particolarità di queste sostanze ed il rischio della trasmissione di infezioni, non è possibile smaltirli come normali rifiuti, ma è necessario un sistema dedicato esclusivamente alle sostanze biologiche. Per questa ragione ogni unità paziente in Terapia Intensiva è provvista di particolari cestini monouso, in modo che i rifiuti biologici vengano tenuti separati da tutti gli altri e smaltiti in maniera appropriata.<sup>7</sup>

Il posto letto ha una configurazione standard, altre strumentazioni vengono aggiunte sulla base delle necessità cliniche del paziente (es. monitor per monitoraggio emodinamico, monitor per monitoraggio emodinamico avanzato, ecografo...)

### **Ruolo e funzioni degli operatori sanitari presenti in TI.**

In Terapia Intensiva lavorano medici specialisti in Anestesia e Rianimazione affiancati da medici specializzandi, infermieri con specifica formazione e personale ausiliario.<sup>6</sup>

Medici ed infermieri sono sempre presenti, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7. Le cure vengono quindi praticate con continuità durante tutto l'arco della giornata per 365 giorni all'anno.

6

Analizzando nel dettaglio le figure mediche presenti in Terapia intensiva individuiamo:

- Direttore dell'Unità Operativa: Medico esperto in Anestesia e Rianimazione, assume la responsabilità finale delle scelte cliniche e organizzative. Guida il team medico e coordina il suo lavoro con quello degli infermieri. <sup>8</sup>
- Responsabile Terapia Intensiva: Medico esperto in Anestesia e Rianimazione, segue l'andamento clinico dei pazienti ricoverati, garantendo la continuità e l'adeguatezza delle scelte terapeutiche. Coordina il lavoro del team medico e redige le linee guida interne. <sup>8</sup>
- Dirigente Medico: Medico specializzato in Anestesia e Rianimazione, esegue le procedure salvavita necessarie e gestisce le emergenze. Si occupa di pazienti con gravi alterazioni delle funzioni vitali e collabora con altri specialisti per la loro cura. <sup>8</sup>
- Medico Specializzando: Laureato in Medicina e Chirurgia, sta completando la specializzazione in Anestesia e Rianimazione. Segue un programma formativo sotto la supervisione di un medico esperto. <sup>8</sup>
- Studente Medicina: Studente della Facoltà di Medicina e Chirurgia, svolge un tirocinio formativo in TI. Non ha responsabilità cliniche, ma può svolgere attività di supporto organizzativo o di ricerca. <sup>8</sup>

Tra le figure infermieristiche:

- Coordinatore Infermieristico: Infermiere esperto con competenze manageriali, organizza le risorse e i materiali in TI. Coordina il team infermieristico e collabora con il Direttore dell'Unità Operativa per raggiungere gli obiettivi clinici e organizzativi. <sup>8</sup>
- Infermiere: Professionista sanitario laureato, svolge attività di prevenzione, cura e salvaguardia della salute dei pazienti in TI. Assicura l'osservazione continua, la somministrazione della terapia, le cure igieniche e la prevenzione delle complicanze. <sup>8</sup>
- Studente Infermieristica: Studente del corso di laurea in Infermieristica, svolge un tirocinio formativo in TI. Affiancato da un infermiere esperto, apprende le competenze specifiche dell'assistenza infermieristica in area critica. <sup>8</sup>

Le altre figure professionali, individuabili in TI possono essere: medici specialisti, fisioterapisti, dietisti, tecnici di radiologia e psicologi e assistenti sociali.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=113&lang=it](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=113&lang=it). ultima modifica 12/11/2017  
– GdG.



## Capitolo 2 – Progetto “Terapia Intensiva Aperta”

### Analisi del contesto

Il tempo di visita dei familiari in Terapia Intensiva (TI) non viene sempre adeguatamente considerato pur essendo importante nell’assistenza e nella cura dei pazienti ricoverati.<sup>9</sup>

I divieti, le negazioni o le restrizioni delle visite accentuano il disagio, la tensione, la paura e la preoccupazione. Diversi studi hanno dimostrato che aprire le porte della TI e aumentare il tempo dedicato alle visite dei familiari possono apportare dei benefici sia allo stato di salute del paziente che allo stato di apprensione e inquietudine che vivono i loro cari.<sup>10</sup>

La “porta chiusa” in TI viene vista da molti operatori come protezione per loro stessi e per i pazienti, in realtà quando viene incentivato un maggior tempo di visita dei familiari si riducono in modo significativo tanto le complicanze cardio-vascolari quanto gli “anxiety score” dei pazienti.<sup>9</sup>

L’accompagnamento e le visite alle persone ricoverate si inerisce nella più generale questione dell’umanizzazione delle cure. L’accoglienza dei familiari e il tempo dedicato alla comunicazione possono essere visti come momenti di sviluppo e promozione al rispetto della persona umana durante i trattamenti sanitari.<sup>11</sup>

I principi dell’umanizzazione delle cure non sono limitati ai reparti di TI anzi hanno trovato un primo sviluppo in altri ambiti come nei corsi preparatori al parto dove veniva incentivata (ove gradita dalla partoriente) la presenza del padre in sala parto. Altri ambiti di applicazione sono stati il “rooming in” per facilitare il primo attaccamento materno-neonatale oppure nei reparti di pediatria dove veniva data la possibilità di permanenza anche notturna delle madri. Questi sono solo alcuni esempi di una progressiva modificazione da un atteggiamento “paternalistico”, che considerava riduttivamente la persona ricoverata come mero corpo oggetto di trattamento, verso una maggiore apertura alle esigenze umane e ad una più disponibile collaborazione con le famiglie.<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010 Feb;76(2):89-90.

<sup>10</sup> Burchardi H. Let’s open the door! *Intensive Care Med* 2002; 28:1371-2.

<sup>11</sup> <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/terapia-intensiva-aperta-alle-visite-dei-familiari/>

I familiari dimostrano un maggior apprezzamento e soddisfazione quando la loro presenza al letto del malato ha meno restrizioni ed è più flessibile quando hanno la possibilità di partecipare ad incontri con lo staff di cura; riferiscono una comprensione e un coinvolgimento maggiore nel processo decisionale e percepiscono che sia stato speso per loro abbastanza tempo e il loro problema sia stato preso sul serio.<sup>12</sup>

Durante l'ultimo ventennio la TI ha subito profondi cambiamenti: con l'uso di nuove strategie di ventilazione meccanica è stato possibile ridurre i livelli di sedazione dei pazienti anche nell'ottica della prevenzione delle complicanze date da un'immobilizzazione prolungata. Questo ha reso possibile anche in TI una comunicazione con i pazienti. Per gli infermieri abituati a prendersi cura di malati non coscienti, non è stato semplice accettare la nuova situazione e imparare a gestirla. Una volta abituati hanno apprezzato il fatto di occuparsi di individui comunicativi invece che di esseri umani incoscienti.<sup>10</sup>

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (Organo del Consiglio della Presidenza dei Ministri) già nel 2013 si era espresso sull'importanza della presenza dei familiari e dei visitatori in TI; nel documento viene messo in evidenza che la qualità delle cure dipende non solo dai trattamenti puramente clinici, ma anche e soprattutto dal tempo e dal modo in cui vengono gestiti l'aspetto relazionale dei malati e dei loro cari.<sup>11</sup> Proprio per questi motivi sia il codice di deontologia medica che la legge 219 del 2017 sulle "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" stabiliscono che la comunicazione è essa stessa "tempo di cura".

La presenza di persone amate, inoltre, può essere vista come applicazione del principio di tutela dell'autonomia, sia perché in tal modo si dà soddisfazione a un'esigenza fondamentale del paziente, secondo le sue stesse indicazioni, sia perché il paziente riceve sostegno dai suoi cari che lo accompagnano nel corso della degenza in Rianimazione.<sup>13</sup>

Assistere la persona malata, dunque non si limita a fare diagnosi e proseguire con la sola cura farmacologica, dobbiamo prendere in considerazione le necessità della persona per aiutare a soddisfare i suoi bisogni.

---

<sup>12</sup> Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey *Intensive Care Med* (2008) 34:1256–1262.

<sup>13</sup> Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS (2009) The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 25:190-8.

Questo progetto vuole favorire un cambiamento culturale nell'approccio alla comunicazione con i familiari dei pazienti ricoverati in Rianimazione nell'ottica di instaurare una vera e propria "alleanza terapeutica" al fine di ridurre la morbilità dei pazienti e di aumentare il benessere psicologico dei familiari.

Non devono essere negate o sottostimate le difficoltà che l'équipe della TI può incontrare con una maggior apertura del reparto, difficoltà legate fundamentalmente a uno stile differente di relazioni con i visitatori e alla fatica di imparare a lavorare sotto gli occhi dei familiari. Molti studi hanno valutato che l'abolizione di restrizioni sull'orario di visita inizialmente comporta negli operatori sanitari un aumento dei carichi di lavoro.

Medici e infermieri devono essere adeguatamente preparati e periodicamente sostenuti anche psicologicamente nelle varie tappe della realizzazione del modello della TI aperta. Lo psicologo dovrebbe entrare nei nostri reparti; non soltanto nel momento dell'emergenza, ma dovrebbe far parte integrante dell'équipe e svolgere funzione di collante fra tutti i soggetti che si trovano nell'unità di terapia intensiva. Seppur questo percorso possa comportare delle difficoltà, gli operatori sanitari vengono ampiamente ripagati da gratificazioni e riconoscimenti da parte dei familiari, questo si traduce in un aumento del benessere dei sanitari in particolare in una riduzione dello stress e del burnout. È stato ampiamente dimostrato che aumentare il tempo di presenza dei familiari aiuta ad aumentare il loro coinvolgimento e quando questo si associa ad un programma educativo riesce a migliorare l'outcome dei pazienti. Tutto ciò aiuta ad una maggior comprensione delle condizioni cliniche dei cari ricoverati che in molti casi si associa ad una riduzione dei contenziosi medico-legali.

L'esperienza di reparti che hanno già liberalizzato le proprie regole fornisce alcune informazioni interessanti. Uno studio francese ha evidenziato che nonostante i familiari potessero entrare in qualsiasi momento della giornata, restavano accanto al loro caro per circa due ore al giorno e la maggioranza delle visite si concentrava per lo più nel pomeriggio e nella sera, non determinando dunque alcuna invasione della TI. Questo accade probabilmente perché i parenti, nonostante il periodo di particolare difficoltà e sofferenza, sono comunque costretti ad affrontare tutti gli impegni dalla normale vita lavorativa e familiare.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. Crit Care Med 2008; 36:30-5.

La liberalizzazione delle visite non compromette le cure dei pazienti, dunque la triade persona malata, famiglia ed equipé sanitaria non dovrebbe essere scissa nel complesso del percorso terapeutico.

## **LA TERAPIA INTENSIVA APERTA NON È SOLO UNA QUESTIONE DI ORARIO.**

Il ricovero in TI è accompagnato da una sorta di ulteriore e inutile "prezzo" da pagare, non legato alla malattia che ha provocato il ricovero, ma dovuto all'isolamento e alla riduzione dei contatti con i propri cari.<sup>12</sup> Per molto tempo si è temuto che i familiari dei pazienti ricoverati in TI rappresentassero un pericolo per le persone ricoverate in quanto potessero favorire il rischio di infezioni e aumentare lo stress dei loro cari. Molti operatori sanitari ritenevano che i visitatori potessero essere un ostacolo oltre che un pericolo alla cura dei pazienti; tuttavia, oggi sappiamo che non esiste alcuna base scientifica solida per limitare l'accesso in TI, al contrario i familiari sono un utile risorsa nel percorso di cura.

15

Gli studi attuali dimostrano che la separazione dalla famiglia è una causa significativa di sofferenza per i pazienti e che la vicinanza dei propri familiari, anche se largamente ignorata da infermieri e medici - rappresenta uno dei loro principali bisogni.<sup>16</sup> Quando queste esigenze sono soddisfatte si assiste ad una riduzione significativa delle complicanze cardio-circolatorie, dell'ansia e degli indicatori di stress ormonale.<sup>17</sup>

Quando si parla di Terapia Intensiva "Aperta" non bisogna intenderlo soltanto in termini temporali, ma riguarda anche gli aspetti fisici e relazionali. Al piano fisico appartengono tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono proposte o imposte al visitatore, quali l'assenza di contatto fisico col paziente e l'utilizzo di indumenti protettivi la cui efficacia non è stata dimostrata ai fini del controllo delle infezioni.<sup>10</sup>

L'area delle relazioni con i pazienti e i loro familiari coinvolge in modo particolare la comunicazione che spesso è frammentaria, compressa o addirittura inesistente; al

---

<sup>15</sup> Wesley E. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. Crit Care Med. 2014 May ; 42(5): 1024–1036

<sup>16</sup> Berwick DM, Kotagal M (2004) Restricted visiting hours in ICUs: time to change. JAMA 292:736-7.

<sup>17</sup> Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. Circulation 2006;113: 946-52

contrario dovrebbe essere priva di ambiguità, sincera, esaustiva, omogenea e senza false speranze.

L'attenzione verso questi aspetti migliora il rapporto con i pazienti e i loro familiari aumentando la fiducia e l'apprezzamento per l'équipe di TI. Vedere con i propri occhi il lavoro svolto aiuta a rassicurare i familiari, rafforzando in essi la convinzione che i loro cari sono assistiti in modo attento e costante, inoltre accresce in modo considerevole la fiducia e l'apprezzamento verso l'équipe.<sup>11</sup>

Uno studio statunitense che ha evidenziato come la liberalizzazione delle visiting policies in TI abbia migliorato la percezione di pazienti e familiari riguardo la qualità delle cure e abbia inoltre portato a una riduzione dei contenziosi.<sup>18</sup>

Una TI “aperta” può essere definita come il reparto dove uno degli obiettivi è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale.<sup>19</sup>

Il tempo dedicato al colloquio con i parenti è una parte essenziale del processo di cura. L'obiettivo non è solo quello di fornire informazioni sulla malattia e sulle attività cliniche, ma è utile soprattutto per instaurare un rapporto di fiducia con i parenti.<sup>20</sup> Questo può essere molto importante in TI rispetto agli altri reparti per le gravi condizioni dei pazienti. Una conversazione sincera e empatica con i membri della famiglia crea fiducia molto più di un colloquio in cui si riferiscono in modo affrettato e freddo dei fatti oggettivi. Costruire un rapporto confidenziale richiede tempo. Entrambe le parti devono imparare a capire l'altra. Provare interesse verso il vissuto di chi condivide un percorso non facile permette di comprendere meglio le emozioni, legittimandole e rendendole più accettabili; questo significa dimostrare “Empatia”, cioè quella capacità di porsi nella situazione di un'altra persona o, più esattamente, di comprendere immediatamente i bisogni psicologici dell'altro.<sup>21</sup> L'empatia si basa sull'autoconsapevolezza, quanto più aperti siamo verso le nostre emozioni tanto più abili saremo nel leggere i sentimenti altrui ed essere di supporto.

---

<sup>18</sup> Roland P, Russell J, Richards KC, et al (2001) Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. *J Nurs Care Qual* 15:18-26.

<sup>19</sup> Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anesthesiol.* 2007 73:299-305.

<sup>20</sup> Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017 Jan;45(1):103-128.

<sup>21</sup> White DB, Angus DC, Shields AM, et al. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *N Engl J Med.* 2018 Jun 21;378(25):2365-2375.

Il processo di sviluppo dell'empatia è graduale; con ogni interazione abbiamo l'opportunità di acquisire una maggiore conoscenza degli altri e di noi stessi. Per questo motivo, lo sviluppo delle capacità empatiche richiede l'apertura a nuove visioni del mondo e a nuove esperienze. Significa essere abbastanza consapevoli di sé da accorgersi quando non riusciamo a capire qualcuno e quindi prendere provvedimenti per ampliare le nostre prospettive. Il risultato è che anche l'operatore può sentirsi più impegnato, più felice, meno ansioso, più resiliente e più creativo. L'empatia è il terreno di coltura nel quale cresce e si sviluppa l'umanizzazione del percorso assistenziale articolato attraverso il miglioramento del dialogo e dei rapporti di collaborazione anche all'interno del team di cura. Questo processo richiede tempo e pratica.

A volte il tempo risulta insufficiente per via della gestione clinica di problemi complessi e complicati; quindi, orari di visita più flessibili possono aiutare in questo senso. L'uso di una brochure che spiega come è fatta e cosa accade in TI può essere un ottimo ausilio nella comprensione delle informazioni che vengono fornite.

I familiari non sono meri destinatari di informazioni ma soggetti che necessitano di uno specifico supporto. Non hanno potere decisionale diretto sulle scelte di cura ma hanno il prezioso compito di aiutare i curanti a ricostruire le volontà del paziente, i suoi valori e le sue aspettative (specie quando è temporaneamente incompetente).

La comunicazione deve coniugare verità e rassicurazione, in particolare durante i colloqui bisogna rispettare l'ascolto attivo, le espressioni di empatia, il sostegno e la condivisione in particolare quando si prendono delle decisioni per il paziente. Un approccio semplice e basato su prove di evidenza per comunicare bene con i familiari, è descritto dall'acrostico inglese "VALUE".<sup>22</sup>

V sta per "valorizzare" e apprezzare cosa fanno e cosa pensano i familiari; A sta per "acknowledge", cioè, riconoscere le loro emozioni e legittimarle; L sta per "listen", cioè ascoltare le loro preoccupazioni, questo può aiutare ad indirizzare il colloquio; U sta per "understand", cioè indagare e comprendere quali sono i valori e la storia di quel paziente e della sua famiglia; E sta per "elicit" cioè sollecitare le domande, fare in modo che emergano i bisogni dei familiari.

---

<sup>22</sup> Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al: A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. N Engl J Med 2007; 356:469-478

## **IL FAMILIARE AL CENTRO DEL PROCESSO DI CURA.**

Quando parliamo di “umanizzazione delle cure” intendiamo porre il malato al centro del processo di cura, non solo attraverso un approccio clinico tecnologico, ma rispettando soprattutto la sua personale sfera olistica fatta di sensazioni, emozioni e convinzioni culturali, sia come “singolo” che come membro di una famiglia. Sebbene ci sia ampia consapevolezza sui bisogni del paziente ricoverato in terapia intensiva, esistono ancora pochi studi in letteratura che hanno indagato ed analizzato la sfera dei bisogni dei familiari.<sup>23</sup>

In questi pochi lavori è stato evidenziato che i parenti più stretti desiderano poter parlare con il medico almeno una volta al giorno e se la persona di riferimento è sempre la stessa sono più tranquilli. Durante il colloquio le informazioni devono essere fornite in termini comprensibili e devono contenere la prognosi della malattia, il piano di cura che il personale sanitario intende attuare e trasmettere quali sono gli aspetti in cui il loro caro sta effettivamente migliorando. Si sentono sicuri se hanno la certezza di essere avvisati prontamente in caso di cambiamenti clinici sia positivi ma soprattutto negativi, le loro ansie e paure si riducono quando vedono il loro caro tranquillo. Infine, hanno meno stress quando possono avere orari di visita più flessibili ed in particolare nei casi in cui possono avere la possibilità di vedere il loro caro frequentemente.<sup>20</sup>

Una TI “aperta” offre la possibilità di realizzare nuovi gesti e linguaggi ricchi di umanità. Un primo esempio riguarda il corpo: toccare il corpo del paziente, accarezzarlo, alimentarlo, sono gesti di enorme valore sia sul piano relazionale sia sul piano terapeutico.<sup>24</sup>

È necessario uno sforzo per realizzare le condizioni per rendere questo possibile (con tutte le dovute cautele), ma deve divenire chiaro che il corpo del paziente non è necessariamente qualcosa di espropriato e inaccessibile per i suoi cari. I termini “accoglienza” ed “ospitalità” sono espressioni ricche e suggestive per indicare le modalità della relazione con l’altro, anche in un contesto ospedaliero. Durante il lavoro in TI

---

<sup>23</sup> Mistraletti G, Umbrello M, Mantovani ES. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study..Intensive Care Med. 2017 Jan;43(1):69-79.

<sup>24</sup> Carlet J, Garrouste-Orgeas M, Dumay MF et al (2010) Managing intensive care units: Make LOVE, not war! J Crit Care 25:359.e9-359.e12.

bisogna considerare al centro del processo di cura il paziente e i suoi familiari e attuando ogni sforzo affinché ciò venga realizzato con gesti concreti e atteggiamenti coerenti. <sup>25</sup>

La presenza dei familiari, qualora lo desiderino, durante procedure invasive può favorire il benessere e la tranquillità del malato, rendendo meno necessario il bisogno di farmaci sedativi; inoltre quando i parenti hanno l'opportunità di vedere cosa viene fatto e osservano l'impegno e la dedizione rivolta verso il loro caro realizzano una maggior fiducia riducendo le paure e le ansie. <sup>26</sup>

Il coinvolgimento dei familiari può esprimersi anche durante le manovre di nursing, in questo modo il parente si sente utile e partecipa al processo di cura; questo è ormai diventato routinario in molte TI pediatriche, ma anche in alcune TI per adulti. <sup>27</sup>

La TI "aperta" può quindi offrire risposte più complete e appropriate ad alcuni bisogni dei pazienti e delle loro famiglie. Tuttavia sarebbe sbagliato minimizzare le difficoltà o gli inconvenienti relativi a una scelta innovativa come questa. Essi sono legati prevalentemente ad abitudini e ad aspetti di tipo culturale, che coinvolgono tanto l'équipe medico-infermieristica quanto i familiari stessi dei pazienti; la fatica e la difficoltà maggiore è infatti quella di imparare a lavorare sotto gli occhi di parenti e visitatori.

TI "aperta" non significa in ogni caso TI «senza regole», ed è utile e necessaria una disciplina che permetta di organizzare le aperture in modo da salvaguardare anche gli altri valori in gioco. <sup>19</sup> Ai familiari e ai visitatori si dovrà pertanto chiedere non solo di avere la massima attenzione per tutti i pazienti del reparto, ma anche di rispettare alcune norme igieniche (es. lavarsi le mani prima e dopo la visita), di sicurezza (es. non toccare apparecchiature o linee infusionali) e gestionali (es. uscire durante manovre di emergenza). Occorre poi tenere conto della preoccupazione avanzata da alcuni medici circa il rischio che i parenti portino all'esterno i germi più pericolosi e selezionati dagli antibiotici. <sup>11</sup> Anche da questo punto di vista dovranno essere adottate le misure più idonee. Inoltre, occorre tenere conto del diritto dei pazienti al rispetto della loro intimità e della loro privacy da parte dei visitatori a loro estranei. In TI, considerando la specificità

---

<sup>25</sup> Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, et al: Communication in critical care: Family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2010; 19:421-430

<sup>26</sup> Considine J, Eastwood K, Webster H Family presence during adult resuscitation from cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation*. 2022 Sep 7;180:11-23.

<sup>27</sup> Franck LS, Oulton K, Nderitu S, et al: Parent involvement in pain management for NICU infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2011; 128:510-518



del reparto, si dovranno prevedere regole, percorsi e altre forme di protezione che tutelino i pazienti pure sotto questo profilo della loro condizione di fragilità. Nel definire i comportamenti sarà opportuno distinguere tra visitatori stabili e visitatori occasionali, in modo da evitare confusione, intralci e in generale mancanza di rispetto dei malati e delle persone che lavorano nella struttura sanitaria. E' importante garantire all'equipe medico-infermieristica tempi e spazi propri, consentendo libertà nella comunicazione, pieno rispetto della confidenzialità e anche qualche indispensabile pausa non frammentata da interruzioni.<sup>11</sup>

### **LA PRESENZA DELLO PSICOLOGO IN TERAPIA INTENSIVA.**

La Terapia Intensiva è un reparto difficile, non solo nella patologia che accoglie, ma anche nella gestione delle emergenze e delle situazioni imprevedibili, a tutto questo si aggiungono i sentimenti di perdita, la vita e la morte che quotidianamente coinvolgono gli operatori.

Aprire le porte significa far entrare il dolore, la rabbia, l'aggressività, lo smarrimento, la perdita dei familiari, con lo scopo di trasformare un luogo percepito come oscuro e isolato in uno spazio dove ci si possa sentire protetti.<sup>28</sup>

La Psicologia diventa una risorsa per la Medicina nel gestire la sofferenza dei pazienti in cura, nel guidarli, nel prendere in carico i familiari disorientati e gli operatori più direttamente coinvolti.

L'entrata dello psicologo in reparto crea inizialmente disorientamento. La paura del confronto impedisce l'incontro con la nuova figura, evidenziando così la difficoltà ad uscire dal ruolo rigido di operatore sanitario. Da alcuni si percepisce un allontanamento, da altri curiosità e voglia di sapere.

Molti sanitari pensano che "Lo psicologo va bene, ma per il sostegno ai parenti". In realtà emergono negli operatori situazioni di disagio e di inadeguatezza. Un reparto di cure intensive, infatti, espone più di altri alla perdita del benessere; quindi, anche il personale sanitario costituisce l'obiettivo della "Qualità della vita". Non si vuole alleviare e

---

<sup>28</sup> Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, et al: Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. Crit Care 2011; 15:R41

contenere la sofferenza, ma instaurare un rapporto nuovo di comunicazione tra operatori e familiari.

Durante il ricovero in TI il paziente e i suoi cari, subiscono una regressione emotiva, la debolezza e la sofferenza hanno il sopravvento, con un abbattimento delle difese che fino a quel momento hanno consentito un andamento sereno ed adeguato dell'esistenza.<sup>29</sup>

Il malato di TI rompe d'improvviso tutti i legami che appartengono alla sua storia, si trova in uno spazio tra la vita e la morte, dove il tempo viene scandito solo dal suono delle macchine e la relazione passa attraverso un corpo dolente. Il trauma determina una spaccatura, irrompe violentemente togliendo tutte le certezze che si pensava di avere. Il paziente e i suoi familiari sono catapultati in una situazione imprevista, divisi e separati dalla chiusura di una porta "invalicabile", che rimane l'unico "contatto". Parola, tempo, spazio si destrutturano, le sensazioni di rabbia e perdita, anche se motivate, non permettono l'incontro con l'altro. Lo Psicologo introduce la possibilità del legame con quel corpo malato e con quello che rappresenta. Il silenzio non deve essere percepito come una privazione e come un nulla, ma come un ascolto.

Aprando le porte, l'irrazionale entra: il dolore, la rabbia, l'aggressività, lo smarrimento, la perdita; tutto ciò crea caos e paure di non facile controllo, ma solo attraverso il contatto con queste emozioni si può riconoscere l'altro e restituirgli la sua identità.<sup>30</sup>

Si parla molto di "umanizzazione", ma forse bisogna chiedersi cosa significhi realmente. Non si può umanizzare se non si tiene conto della "relazione"; la persona malata non può essere vista come un mondo chiuso, isolato, ma deve essere vista come prodotto della sua "relazionalità" all'interno di questo nuovo ambiente. L'operatore sanitario è esposto al rischio di "tralasciare" la sofferenza dei malati per evitare di andare a toccare delle emozioni personali che andrebbero elaborate. Lo psicologo offre la possibilità di poter ristrutturare e dar voce ai significati, alle percezioni, alle credenze con le quali noi incidiamo a nostra volta, dando a tutto un senso, attraverso la parola e l'ascolto.

Oltre allo psicologo, l'assistente spirituale se richiesto dai familiari può essere di supporto, in particolare per elaborare delle chiavi di lettura vicine alla fede spirituale di

---

<sup>29</sup> Shaw RJ, St John N, Lilo EA, et al: Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2013; 132:e886–e894

<sup>30</sup> Moore CD, Bernardini GL, Hinerman R, et al: The effect of a family support intervention on physician, nurse, and family perceptions of care in the surgical, neurological, and medical intensive care units. *Crit Care Nurs Q* 2012; 35:378–387

ognuno.<sup>31</sup> Queste figure possono essere d'aiuto non solo per familiari e pazienti ma anche per i sanitari, in modo particolare in specifiche situazioni come possono essere le difficili decisioni del fine vita o l'inizio di trattamenti palliativi, aiutando i familiari ad elaborare e ripercorrere i desideri della persona malata quando ne aveva le facoltà cognitive.

## **LA GESTIONE DEL FINE VITA**

In Terapia Intensiva si affrontano patologie molto gravi utilizzando il massimo delle terapie disponibili; quando queste non risultano efficaci e non permettono una ripresa dell'autonomia delle funzioni vitali insistere non significa curare ma solo prolungare il processo del morire il che è contrario al rispetto della persona. In questi casi è necessario evitare che la sofferenza accompagni il processo della morte; dunque, risulta utile ridurre o limitare le cure intensive e parallelamente intensificare i trattamenti palliativi che accompagnano il paziente nel suo inevitabile percorso di morente con l'obiettivo di preservare la qualità di vita che rimane.<sup>11</sup>

La nostra è una società che non vuole «vedere morire», che censura la morte e la nasconde; nessuna branca medica più di quella intensiva rende evidente come la medicina sia in realtà governata da limiti.<sup>32</sup> Quasi ogni giorno medici e infermieri delle TI toccano con mano la dimensione del limite e affrontano la morte. Alla luce delle considerazioni esposte in precedenza circa il significato della «TI aperta», anche la morte può essere affrontata in modo diverso, con linguaggi e gesti differenti da quelli abituali.<sup>33</sup> In genere, infatti, siamo abituati al gesto di consegnare un corpo dopo la morte, ma invece possiamo creare le condizioni perché la persona sia accompagnata nel tempo della morte. Sempre che le circostanze lo permettano e che la morte non sia un evento acuto e inatteso, è importante permettere ai familiari di rimanere con la persona cara anche nel tempo finale della sua vita, restandole vicini, accarezzandola, parlandole con i gesti e il lessico speciali della loro intimità.<sup>34</sup> Sono passaggi difficili e complessi ma di enorme importanza. Inoltre

---

<sup>31</sup> Wall RJ, Engelberg RA, Gries CJ, et al: Spiritual care of families in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35:1084–1090

<sup>32</sup> Wildes KW (1995) The moral paradox of critical care medicine. In Wildes KW (ed) *Critical choices and critical care*. Catholic perspectives on allocating resources in intensive care medicine. Kluwer Academic Publisher, Dordrecht Boston London, pp. 1–4.

<sup>33</sup> Ahrens T, Yancey V, Kollef M: Improving family communications at the end of life: Implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care* 2003; 12:317–223

<sup>34</sup> Paganini MC, Bouso RS: Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. *Nurs Ethics* 2015; 22:803–814.

tutti questi gesti di commiato rappresentano la prima tappa per una corretta elaborazione del lutto.

## **PASSAGGIO DI CONSEGNE: INDICAZIONI E PROBLEMATICHE**

I medici e gli infermieri di terapia intensiva si trovano ad affrontare una combinazione di specifiche richieste strutturali e situazionali che li differenziano dagli altri. La condivisione delle informazioni e dei processi decisionali è importante per il successo delle prestazioni del team, la sicurezza del paziente e la qualità delle cure.<sup>35</sup>

In Terapia Intensiva si parla sempre di prestazioni professionali di squadra in quanto le cure erogate al paziente non si concludono quasi mai all'interno di un unico turno lavorativo. Le équipes di terapia intensiva hanno una bassa stabilità temporale, in quanto l'identità dei singoli membri dell'équipe cambia di giorno in giorno pur tuttavia i compiti delle équipes di terapia intensiva hanno una durata superiore alla vita di ciascuna équipe. Ad esempio, un singolo paziente può trascorrere diversi giorni durante i quali la composizione dell'équipe e le relative dinamiche sono in continuo mutamento.<sup>36</sup>

Il Passaggio di Consegne (PdC) consiste, oltre che nella trasmissione di informazioni, anche nel trasferimento di responsabilità e del ruolo di referente della cura di un paziente da un professionista a un altro su base temporanea o permanente, da una fase a un'altra del percorso clinico, ha rilevanti implicazioni in termini di sicurezza e garanzia di continuità assistenziale.<sup>37</sup>

Numerosi studi hanno sottolineato come sia proprio sulla modalità di trasmissione delle informazioni che si addensa il maggior rischio di errore. In particolare, nel corso del PdC è stata dimostrata l'incidenza di un gran numero di eventi avversi riconducibili alla mancanza di una comunicazione efficace tra i componenti del team curante, con

---

<sup>35</sup> Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice*. 2015 Nov;69(11):1257-67.

<sup>36</sup> Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR, et al. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol*. 2018 May-Jun;73(4):468-477. doi: 10.1037/amp0000247.

<sup>37</sup> Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient signout and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Quality & safety in health care*. 2005 Dec;14(6):401-7.

conseguente danno per i pazienti, stress per i familiari, disagio per il personale e costi per la struttura.<sup>38</sup>

La comunicazione efficace si riferisce alla capacità di trasferire informazioni, idee e opinioni tra membri del team con esperienze e livelli di competenza molto diversi e deve essere:

- *concisa* (tesa a evitare, ove possibile, qualsiasi consumo inutile di tempo: ad esempio focalizzando l'attenzione sulle parti anamnestiche più utili a spiegare le condizioni attuali – anamnesi più recente – e evitando di effettuare riepiloghi tanto lunghi quanto inutili);
- *concreta* (efficacemente mirata a far comprendere in modo chiaro i problemi risolti e le modalità di risoluzione utilizzate e quelli ancora aperti e da risolvere valutando insieme anche come risolverli);
- *corretta* (quanto più possibile basata su dati precisi cioè oggettivi e oggettivabili);
- *completa* (in grado di fornire una informazione esaustiva relativamente allo stato clinico di tutti i distretti e di tutte le funzioni d'organo, al decorso ma anche alle attività svolte e da svolgere);
- *chiara* (priva di ambiguità: evitando quanto più possibile confondimenti derivanti da informazioni non immediatamente suffragabili con dati oggettivi).

Sulla qualità del processo informativo che costituisce il PdC influiscono sensibilmente le relazioni tra i componenti del gruppo, l'esperienza dei medici, l'ambiente, il background culturale e la rilevanza della leadership. I membri dell'équipe di terapia intensiva devono avere fiducia nelle conoscenze, nelle competenze e nella formazione degli altri in quanto si trovano a lavorare in ambienti fisicamente ed emotivamente difficili. La leadership del team deve bilanciare l'autorità con l'inclusione, stabilendo obiettivi condivisi e promuovendo un senso di responsabilità nella cura del paziente. Per facilitare l'apprendimento del team e promuovere un senso di sicurezza psicologica, i leader dei

---

<sup>38</sup> Maglione C, Mistraletti G, Maria Nefeli Gribaudo M, Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesiisti Rianimatori. BPC SIAARTI. <https://www.siaarti.it/news/415551>

team di terapia intensiva devono parlare apertamente degli errori e delle difficoltà, al fine di creare una cultura in cui non vi sia il timore per una comunicazione chiara e sincera sui potenziali problemi.<sup>39</sup>

Sono obiettivi correlati all'ottimizzazione del PdC: il miglioramento dell'outcome dei pazienti; la riduzione della conflittualità all'interno del team di cura; il miglioramento della qualità della comunicazione tra team curante, pazienti e familiari; la prevenzione del burnout e la maggior soddisfazione degli operatori.

Per facilitare il PdC e attuare una comunicazione efficace può essere utile applicare una metodologia validata come può essere il metodo I-PASS che è articolato in 5 punti, ciascuno fa riferimento ad un nucleo informativo specifico: Illness (qual è il problema principale del paziente); Patient (anamnesi, problematiche rilevanti ed evoluzione clinica degli ultimi giorni); Action (quali cose fatte, quali da fare, con quale priorità); Situation (condizioni attuali e possibile evolutività, rapporto con i familiari); Summary (chi riceve le informazioni evidenzia le priorità e pone eventuali domande) (Tabella 1).<sup>40</sup>

Il metodo I-PASS costituisce una rielaborazione in chiave clinica di una tecnica standardizzata di trasmissione delle informazioni (SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation), derivata da altri contesti. In esso vengono evidenziate tre aree: informazioni relative al paziente, alla malattia e alla sua gravità; informazioni relative alle attività svolte e da svolgere; informazioni relative alle condizioni cliniche. Tali informazioni vengono trasmesse attraverso una sorta di checklist che permette di presentare in modo chiaro e completo i dati importanti riferiti alla situazione pregressa e attuale del paziente, mettendo in evidenza ciò che è raccomandato fare nel turno successivo.

---

<sup>39</sup> Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. et al. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol.* 2018 May-Jun;73(4):468-477. doi: 10.1037/amp0000247.

<sup>40</sup> Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England journal of medicine.* 2014 Nov 06;371(19):1803-12.

Tabella 1

SBAR	I-PASS		
	FUNZIONE	NUCLEO INFORMATIVO	CONTENUTO
Situation	I - Illness (gravità)	Tipo e gravità della patologia	Stabile, da tenere in osservazione, instabile
Background	P - Patient (riassunto)	Anamnesi e sintesi clinica	Diagnosi principale. Motivi del ricovero. Percorso di cura. Accertamenti in corso.
Assessment	A - Action (programma)	Lista delle attività	Cose da fare. Programma. Priorità. Tempistica.
Recommendation	S - Situation (pianificare-allertare)	Conoscenza della situazione e pianificazione delle possibili evoluzioni	Condizioni del paziente al momento della consegna. Previsioni di possibili evoluzioni.
	S - Synthesis (dal ricevente)	Sintesi dei punti principali da parte di chi riceve le informazioni	Il ricevente riassume le priorità ed i prossimi passaggi operativi. Pone eventuali domande.

In Terapia Intensiva una delle problematiche più importante durante il PdC è l'omissione di informazioni rilevanti, ciò risulta più frequente con l'incremento della complessità del paziente e con l'aumento del numero dei cambi del curante. Le consegne verbali, pur insostituibili nella loro funzione, presentano diversi limiti: la finitezza dei dati che possono essere memorizzati; la soglia di attenzione dell'ascoltatore, che cala notevolmente in seguito ad interruzioni; la tendenza a ricordare solo i dati che si ritengono indispensabili nel breve periodo.

Il PdC può avvenire al letto del malato oppure in un luogo dedicato, nel primo caso la documentazione e il malato stesso sono davanti a noi e questo porta ad una maggior attenzione nelle informazioni e probabilmente ci sono meno fattori confondenti e di distrazione. Se il PdC avviene in luoghi dedicati si sono verificati spesso delle informazioni incomplete dovute a maggiori interruzioni a causa di conversazioni con altri sanitari.

Nella fase del cambio turno in TI, deve essere noto a tutti gli attori coinvolti quanto ogni interruzione durante le consegne costituisca una potenziale fonte di errore e, conseguentemente, di aumento dei rischi e di eventi avversi per il paziente. Ridurre al minimo le interruzioni durante il PdC, equivale a ridurre in modo significativo i margini di errore.

Il PdC in ambito intensivistico è quindi un momento fondamentale per garantire una performance di squadra ottimale che consenta di affrontare problemi complessi sul piano clinico, etico e relazionale.

Per raggiungere questi obiettivi è buona pratica che durante le consegne, al fine di integrare tutte le informazioni, siano presenti tutti gli interessati (medici/infermieri/fisioterapisti/psicologi/ausiliari) almeno una volta al giorno.

Il luogo e l'atmosfera dove si comunica devono essere adatti; gli allarmi quasi costanti, l'illuminazione disomogenea, le attrezzature mal posizionate e le limitazioni di spazio fanno sì che spesso l'ambiente che ci circonda sia un limite ed un ostacolo per gli obiettivi dell'assistenza.

Le consegne in forma scritta, proposte talora come antidoto a fraintendimenti e perdite di informazioni, devono comunque sempre integrarsi con le consegne verbali in quanto non sono in grado di sostituirle integralmente.

In conclusione, la consegna intesa come processo contemporaneo ed interattivo di trasferimento di informazioni (e di responsabilità) specifiche sul paziente da un operatore ad un altro, è la premessa indispensabile per garantire continuità e sicurezza nella presa in carico assistenziale. È necessario quindi essere focalizzati solo su questo compito, evitando altri doveri lavorativi o extralavorativi, telefonate, messaggi.

## **OBIETTIVI**

L'obiettivo principale del progetto è ridurre le barriere che ostacolano l'ingresso dei familiari in Rianimazione, dunque incrementare l'orario di visita e abolire l'uso di camici e guanti da parte dei visitatori.

L'obiettivo secondario è verificare se si modifica il carico di lavoro nel personale sanitario in particolare infermieristico con l'aumento delle ore di visita a disposizione dei familiari. Si vuole analizzare anche la qualità del lavoro percepiti dal personale sanitario e la loro opinione riguardo alla riduzione delle barriere fisiche, temporali e relazionali durante le visite.

Il Terzo obiettivo è quello di coinvolgere uno psicologo che possa aiutare i familiari nella gestione dell'ansia, della paura e dello stress.

Terminologia, definizioni, abbreviazioni: Terapia Intensiva (TI); Passaggio di Consegne (PdC).



La Terapia Intensiva “Aperta” va intesa in termini temporali, fisici e relazionali. Sul piano temporale va intesa nell’abolizione di restrizioni di orario per l’ingresso dei visitatori. Dal punto di vista fisico significa eliminare le barriere che, con motivazioni diverse, vengono proposte o imposte al visitatore, come l’utilizzo di indumenti protettivi (cuffia, camice, guanti) che non hanno nessuna efficacia nel ridurre il tasso di infezioni. Per quanto riguarda l’area delle relazioni con i pazienti e i loro familiari riguarda la comunicazione che deve essere priva di ambiguità, sincera, esaustiva, omogenea e senza false speranze.

Empatia: capacità di porsi nella situazione di un’altra persona o, più esattamente, di comprendere immediatamente i bisogni psicologici dell’altro.

Una corretta Comunicazione deve coniugare verità e rassicurazione, rispettando l’ascolto attivo dell’altro. L’acrostico inglese “VALUE” sintetizza gli aspetti di una corretta comunicazione: V sta per “valorizzare” e apprezzare cosa fanno e cosa pensano i familiari; A sta per “acknowledge” cioè riconoscere le loro emozioni e legittimarle; L sta per “listen”, cioè ascoltare le loro preoccupazioni, questo può aiutare ad indirizzare il colloquio; U sta per “understand”, cioè indagare e comprendere quali sono i valori e la storia di quel paziente e della sua famiglia; E sta per “elicit” cioè sollecitare le domande, fare in modo che emergano i bisogni dei familiari.

## **DESCRIZIONI DELLE ATTIVITA’**

Incentivare l’ingresso dei familiari non significa affatto avere una TI senza regole, è necessaria una disciplina che permetta di organizzare le aperture in modo da salvaguardare anche gli altri valori in gioco tra i quali, sicurezza, ordine nell’ospedale, igiene, privacy, confidenzialità e intimità.

Lo sviluppo di questo progetto potrà essere un’occasione di diffusione per molte pratiche cliniche di “umanizzazione” delle cure intensive come descritto nell’heroic bundle ([www.heroicbundle.org](http://www.heroicbundle.org)). Questo “pacchetto” di buone pratiche comprende: 1) terapia intensiva aperta e collaborazione con i familiari riguardo la condivisione delle scelte cliniche, in particolare nelle decisioni del fine vita; 2) adeguata analgesia e sedazione leggera, misurate con strumenti validati e utilizzo di protocolli validati; 3) prevenzione e trattamento del delirium; 4) strategie di miglioramento della comunicazione attraverso supporti uditivi, visivi, libretti informativi, siti Internet e mettendo un supporto

psicologico o un operatore specificatamente dedicato ai familiari; 5) consentire al paziente un precoce contatto con i familiari e con il mondo fuori dalla TI anche attraverso la disponibilità di effetti personali, di quotidiani o libri, personal computer o tablet, attraverso il coinvolgimento in attività pratiche e di colloquio; 6) mobilitazione e fisioterapia precoci durante la degenza; 7) promozione del sonno fisiologico; 8) attenzione nella realizzazione di ambienti di terapia intensiva con colori, spazi adeguati sia per i pazienti che per i familiari; 9) raggiungimento precoce del target nutrizionale e mantenimento della normo glicemia.

Vorrebbe essere una sorta di invito a introdurre “buone abitudini”, per esempio nella comunicazione verso i familiari in particolare nel coinvolgerli durante le decisioni più importanti come può essere il fine vita o l’inizio di trattamenti palliativi. Inoltre, nel controllo a lungo termine dell’outcome clinico e psicologico dei pazienti e dei loro familiari eventualmente anche con l’introduzione di un ambulatorio di follow up della rianimazione.

Garantiamo l’ingresso dei familiari dei pazienti ricoverati dalle 14:30 alle 21:00 contemplando però anche permessi estemporanei quando le circostanze lo richiedono. Nei momenti che precedono la morte, se i familiari lo desiderano, possono assistere il proprio caro senza limitazioni di tempo e di numero di familiari presenti contemporaneamente, sarà cura del personale sanitario isolare il posto letto con divisori per preservarne la privacy.

I familiari all’ingresso devono indossare solamente i sopra scarpe, prima e dopo la visita devono lavarsi accuratamente le mani nei lavandini posti dietro il letto.

Non poniamo limiti nel numero di familiari che possono far visita al loro caro, ma consigliamo di non superare il numero di due parenti contemporaneamente, questo per permettere il normale svolgimento delle attività. Inoltre, se necessario, verrà chiesto ai familiari di uscire per lo stretto tempo necessario, per permettere agli operatori sanitari di svolgere i trattamenti che non possono essere erogati in presenza di familiari.

Se il paziente lo desidera può ricevere effetti personali, libri o tablet per facilitare il riavvicinamento alla vita e ai rapporti fuori dalla TI. I familiari devono chiedere al personale familiare se e quando è possibile introdurre questi oggetti.

Uno psicologo e/o un assistente spirituale sarà a disposizione dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari previa richiesta, in attesa di sviluppare questo servizio in modo regolare e continuativo. Il supporto psicologico diventa fondamentale soprattutto nel comunicare e decidere l'inizio dei trattamenti palliativi e nella gestione del fine vita dove non bisogna tralasciare anche l'importanza della multietnicità facendo attenzione al rispetto politico, religioso e di costume personale.

I colloqui tra i familiari e il personale sanitario sono sempre previsti in due momenti stabiliti: alle 13:20 e alle 18:30; comunque tutte le volte che vorranno, in base alla disponibilità del personale sanitario i familiari potranno chiedere informazioni e chiarimenti. Durante i colloqui i parenti dei pazienti ricoverati potranno parlare con il medico e l'infermiere che ha in cura il paziente in quel turno. È opportuno che tutto il team sia a conoscenza del loro grado di consapevolezza, delle loro necessità e degli eventuali contrasti all'interno del gruppo familiare o nei confronti dei curanti. È opportuno chiedere quale sia il familiare di riferimento e ottenere numeri di telefono e indirizzo email.

L'ingresso dei bambini (sotto i 12 anni) potrà avvenire solo se espressamente richiesto e sarà organizzato dopo un colloquio del bambino e dei familiari con la coordinatrice e il direttore.

Al momento del ricovero viene distribuita ai familiari una brochure che descrive cosa accade in una TI in generale e dove ci sono informazioni utili sulla TI dell'ospedale di Macerata, comprese le norme che tutti devono rispettare.

La persona malata è al centro del processo di cura con la sua dignità, la sua spiritualità e deve essere protetta dalla sofferenza e dalla solitudine; questo è tanto più vero per la persona che sta morendo. In questi casi particolari è tanto più necessario garantire colloqui più lunghi e a più riprese sulla base delle esigenze di ciascun nucleo familiare. Non ci deve essere percezione di abbandono o di trascuratezza, per questo motivo bisogna permettere ai familiari di poter stare vicino al loro caro tutte le volte che lo desiderano e senza limitazioni di tempo.

Il Passaggio di Consegna deve essere effettuato ad ogni cambio turno separatamente tra i medici e gli infermieri. Al fine di rispettare la condivisione delle informazioni e delle decisioni di cura, una volta al giorno tutti i componenti del team (medici e infermieri

insieme) si riuniscono per il PdC e questo momento viene identificato con il giro visita che si svolge nel turno del mattino.

All'inizio del turno del pomeriggio e della notte ci sarà un breve colloquio tra tutti i componenti del team (medici e infermieri) con l'obiettivo di identificare le procedure da fare e con quale priorità.

Durante il PdC e durante il giro visita un componente del Team è deputato a rispondere al telefono e alle altre richieste che si presentano senza disturbare gli altri colleghi se non per situazioni di emergenza.

Il PdC avviene in forma verbale secondo il protocollo I-PASS che tutti i componenti devono conoscere; soltanto in casi particolari parte delle consegne può avvenire in forma scritta in particolare per quanto riguarda le decisioni cliniche condivise

## CAPITOLO 3 – STUDIO OSSERVAZIONALE

### **Valutazione del punto di vista di infermieri, medici ed operatori socio sanitari in merito alle politiche di visita aperta : studio sperimentale.**

#### **3.1 Background**

L'evoluzione della medicina d'urgenza (medicina d'area critica) è stata influenzata negli ultimi 30 anni da fattori economici, scientifici e sociali.<sup>41</sup>

Sebbene la specialità di Terapia Intensiva sia nata nel dicembre del 1953 durante l'epidemia di poliomielite di Copenaghen, che provocò centinaia di vittime, è nel corso dei successivi 20 anni che è cresciuta fino a diventare la disciplina multi-specialistica che è oggi.<sup>42</sup>

Il reparto di Terapia Intensiva (TI) è infatti un reparto volto a garantire procedure diagnostiche e terapeutiche finalizzate al ripristino e al sostegno delle funzioni vitali, gravemente compromesse. I trattamenti rianimatori si fondano sul supporto di strumenti e apparecchiature che temporaneamente sostituiscono le funzioni degli organi malati.<sup>43</sup>

Nelle TI Italiane ad oggi ci sono circa 8.800 posti letto distribuiti su tutto il territorio.<sup>44</sup>

Esistono anche reparti di TI che si occupano del trattamento di specifiche condizioni cliniche: Terapie Intensive specialistiche. Tra le principali troviamo: le TI Cardiochirurgiche, Neurochirurgiche e Pediatriche.<sup>45</sup>

Ciò che accomuna tutte le varie tipologie di TI è l'alta intensità assistenziale rivolta al paziente.

Nelle TI generali, il personale sanitario si prende cura di pazienti sia medici che chirurgici che soffrono di un'ampia varietà di patologie.<sup>45</sup>

...Gli interventi medici sono più numerosi ed invasivi rispetto a quelli di un reparto generalista e la fisiologia del paziente critico è spesso fragile.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> CH Chung. The evolution of emergency medicine. Hong Kong Journal of Emergency Medicine. Vol.8(2) Apr 2001

<sup>42</sup> F. E Kelly, K.Fong, N.Hirsch, J. P Nolan. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. Clinical Medicine 2014 Vol 14, No 4: 376-9

<sup>43</sup> Enciclopedia Treccani. Terapia Intensiva. Dizionario di Medicina (2010).

<sup>44</sup> Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. Cabina di Regia istituita con DM Salute del 29 maggio 2020 e s.m.i.

Monitoraggio Fase 3 Report settimanale. Settimana 45. Monitoraggio Fase 3 (Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023). Acquisizione dati: 13 marzo 2024. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1710488849.pdf>

<sup>45</sup> [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=105&lang=it](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=105&lang=it)

Nei primi decenni di apertura delle TI, nel secolo scorso, vi era la convinzione che a causa della fragilità dei pazienti ricoverati bisognava adottare sistemi rigidi di gestione delle visite dei familiari. Tutto ciò con lo scopo di ridurre la trasmissione delle infezioni, prevenire lo stress fisiologico al paziente e alle rispettive famiglie, inoltre per evitare la violazione della riservatezza del paziente e l'interferenza con le attività di cura promosse dal personale sanitario. <sup>46,47</sup>

Possiamo dunque affermare che in queste Unità Operative vigeva la politica di “Terapia Intensiva chiusa”, vale a dire una politica di visita limitata non solo in termini di restrizioni di orari di accesso dei familiari, ma anche in termini di innalzamento di barriere di tipo fisico, temporale e relazionale. <sup>48</sup> Tutt'oggi in molte realtà essa è ancora adottata. Laddove presente, sussistono barriere di tipo fisico, che prevedono l'assenza di contatto diretto tra pazienti e familiari, a volte separati da una vetrata, oppure attraverso l'uso di mascherine, guanti e camici. <sup>48</sup>

Le barriere di tipo temporale prevedono orari di visita ridotti al minimo sia per non interferire con le fasi di cure/assistenza e teorico sovraccarico di lavoro e sia per il timore di uno stress al paziente indotto dalla presenza dei familiari. <sup>48</sup>

In ultimo, le barriere di tipo relazionale prevedono comunicazioni unidirezionali, prive di contenuti relazionali, le quali potrebbero riflettere lo stile dirigistico e paternalistico dei curanti nei confronti di familiari e pazienti. <sup>48</sup>

Il cambiamento culturale verso un'assistenza centrata sul paziente e sulla famiglia ha favorito un programma di ricerca che ha invece valutato i benefici della presenza della famiglia in Terapia Intensiva. <sup>46</sup>

Secondo diversi studi, infatti, orari di visita flessibili diminuiscono l'ansia, aumentano la soddisfazione e migliorano il benessere dei pazienti. <sup>46</sup>

Coinvolgere i familiari nei processi di cura del proprio caro consente una migliore comunicazione e rapporti rafforzati con l'équipe medica. <sup>46</sup>

Le visite flessibili inoltre riducono l'ansia e i sintomi depressivi anche nei familiari.

---

<sup>46</sup> L.Dragoi, L.Munshi, M.Herridge. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Med* (2022)48; 1792

<sup>47</sup> Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey *Intensive Care Med* (2008) 34:1256–1262

<sup>48</sup> <https://infermiereonline.it/terapia-intensiva-umanizzazione-delle-cure/>

Considerando queste evidenze, le unità di TI hanno gradualmente modificato la loro politica di visita, consentendo un aumento della presenza familiare negli ultimi due decenni.<sup>46</sup>

La prova più evidente a favore delle politiche di visita aperta emerge dalle restrizioni in merito all'ingresso dei visitatori all'inizio della pandemia da SARS-CoV-2.

Data l'incertezza del rischio di trasmissione di COVID-19 tra visitatori, pazienti e operatori sanitari, la maggior parte dei sistemi sanitari internazionali ha introdotto una forma di restrizione alle visite.<sup>46</sup>

Il benessere del singolo paziente è stato bilanciato con la responsabilità sociale di prevenire un'ulteriore trasmissione di SARS-CoV-2. Inoltre, la limitata disponibilità di dispositivi di protezione individuale (DPI) all'inizio della pandemia ha ulteriormente giustificato una limitazione del numero di visitatori negli ospedali.<sup>46</sup>

Con l'evolversi della pandemia, le informazioni scientifiche si sono accumulate rapidamente. Sono emerse prove che dimostravano come i familiari e gli assistenti in visita non rappresentassero un rischio elevato di ulteriore trasmissione di COVID-19, a patto che venissero attuate rigorose pratiche di controllo delle infezioni.<sup>46</sup>

Durante il periodo della pandemia le restrizioni alle visite hanno avuto un impatto sulla salute e sul benessere dei pazienti ricoverati, nonché sul benessere delle loro famiglie.<sup>46</sup>

I primi dati supportano un impatto delle restrizioni alle visite sugli esiti di salute mentale, sulla qualità della vita, sul benessere e sul coping, per i pazienti, le loro famiglie e i membri del team sanitario.<sup>46</sup>

Le principali conseguenze sulla salute dei pazienti sono riconducibili all'aumento del dolore corporeo osservato, un ridotto apporto nutrizionale, oltre che alle conseguenze sulla salute mentale, in cui è stato riscontrato un aumento dei livelli di solitudine percepita, sintomi depressivi, agitazione ed aggressività rispetto ai periodi con normali procedure di visita.<sup>46</sup>

L'isolamento dalla famiglia ha indotto conseguenze sulla sfera emotiva, con un aumento di preoccupazioni, ansia, tristezza e la necessità di maggiori informazioni e aggiornamenti sulle condizioni dei propri cari ricoverati.<sup>46</sup>

Il non poter essere al fianco del proprio familiare è stato particolarmente dannoso nell'ambito delle cure palliative e soprattutto del fine vita.<sup>49</sup>

---

<sup>49</sup> K.Hugelius, N.Haranda, M.Marutani. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 121 (2021) 1040 0

In Terapia Intensiva, dunque, la politica di visita “aperta” consente un’informazione più efficace, una maggiore trasparenza e una migliore comprensione dei processi decisionali, e rende più fattibile la condivisione delle scelte assistenziali. Dal punto di vista clinico la presenza dei familiari offre benefici relazionali soprattutto al termine della fase di sedazione profonda contribuendo a ridurre in modo significativo la prevalenza del delirium. Il familiare è d’aiuto nel motivare il paziente nei momenti di sconforto soprattutto quando ritiene inutile proseguire le cure necessarie, inoltre accresce la fiducia e l’apprezzamento verso l’équipe assistenziale.<sup>50</sup>

Nonostante la vicinanza dei propri cari, favorisca dei miglioramenti nel paziente ricoverato e nei loro familiari, nelle Terapie Intensive italiane si registra una tendenza marcata e diffusa a mantenere politiche restrittive; solo lo 0,4% delle unità consente l’accesso ai familiari 24 ore su 24.<sup>51</sup>

Alcuni studi affermano che le visite interferiscono con le cure infermieristiche e sono inoltre emotivamente estenuanti, oltre che una fonte di stress per gli operatori. In alcuni studi è emerso che gli infermieri affermano si sentono a disagio quando vengono osservati dalla famiglia.<sup>52,53</sup>

Nello studio condotto da Marco *et al.* (2006), è emerso che l’opinione degli infermieri condiziona gli atteggiamenti che loro stessi adottano nei confronti delle visite aperte ed esiste una correlazione direttamente proporzionale e al contempo significativa tra le scale delle opinioni e degli atteggiamenti.<sup>53</sup>

Il supporto degli operatori sanitari, in merito ai cambiamenti nelle politiche di visita è dunque essenziale se si vuole che la politica abbia successo. Gli infermieri sono spesso visti come gli intermediari dell’Unità, che influiscono direttamente sull’accesso e sulla mancanza di accesso della famiglia al paziente. Gli operatori devono avere una conoscenza approfondita della politica di visita dell’ospedale e quando c’è disparità di applicazione delle norme, il rapporto con i familiari e i loro cari ricoverati viene influenzato negativamente.<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> G. Mistraletti, A. Giannini, G. Gristina, P. Malacarne, D. Mazzon, E. Cerutti, A. Galazzi, I. Giubbilo, M. Vergano, V. Zagrebelsky, L. Riccioni, G. Grasselli, S. Scelsi, M. Cecconi, F. Petrini. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Mistraletti et al. Crit Care* (2021) 25:191.

<sup>51</sup> Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiologica* 2010 Feb; 76(2):89-90.

<sup>52</sup> Sarah Whitton, MSN, RN; Laura I. Pittiglio, PhD, RN. Critical Care Open Visiting Hours. *Crit Care Nurs Q* Vol. 34, No. 4, pp. 361–366

<sup>53</sup> L. Marco, I. Bermejillo, N. Garayalde, I. Sarrate, M. Margall and M. C. Asiain. Intensive care nurses’ beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2006 • Vol 11 No 1



Anche se il cambiamento di politica delle visite aperte può essere un compito arduo, è un aspetto essenziale nella cura per il paziente critico che promuove al meglio l'armonia della mente, del corpo e dello spirito. <sup>52</sup>

Poiché il successo dell'adozione e dell'implementazione delle politiche di visita aperta dipende dalle convinzioni, dagli atteggiamenti e dalla soddisfazione degli operatori riguardo alle visite e alle politiche di visita, è importante esplorare le loro opinioni in merito. <sup>54</sup>

### 3.2 Quesito di ricerca

Per la formulazione di una valida strategia di ricerca è stato sviluppato un quesito clinico utilizzando il modello PICO (patient, intervention, comparison, outcome), illustrato in tabella:

<b>P</b>	paziente\popolazione\problema ( <i>patient\population\problem</i> )	Operatori sanitari.
<b>I</b>	intervento ( <i>intervention</i> )	Valutazione del punto di vista in merito alla politica di apertura delle visite.
<b>C</b>	comparazione ( <i>comparison</i> )	/
<b>O</b>	esito ( <i>outcome</i> )	Percezione degli operatori sanitari in merito alle nuove politiche di visita adottate nell'U.O. di Rianimazione.

### 3.3 Obiettivo

Lo scopo di questo studio è quello di condurre un'indagine conoscitiva circa le opinioni e gli atteggiamenti di medici, infermieri ed operatori socio sanitari in servizio presso l'U.O. di Rianimazione dell'ospedale di Macerata riguardo le politiche di visite aperte recentemente adottate.

---

<sup>54</sup> D. Berti, P. Ferdinande, P. Moons Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med* (2007) 33:1060–1065 DOI 10.1007/s00134-007-0599-x

## **3.4 Materiali e metodi**

### *3.4.1 Disegno di ricerca*

Lo studio proposto avrà un disegno sperimentale, di tipo osservazionale trasversale monocentrico.

### *3.4.2 Popolazione*

Lo studio prevede l'arruolamento di tutte le figure professionali di entrambe i sessi: infermieri, medici e operatori socio sanitari, coordinatore infermieristico, impiegate presso l'U.O di Rianimazione dell'ospedale Provinciale di Macerata, AST Macerata. Sono stati esclusi operatori temporaneamente assenti dal servizio per un periodo superiore ad un mese (es. aspettativa o in malattia).

### *3.4.3 Setting*

Lo studio e la raccolta dati sono stati condotti presso l'U.O di Rianimazione, situata presso il primo piano dell'ospedale Provinciale di Macerata.

L'Unità Operativa dispone di 8 posti letto, di questi uno è isolato e riservato a pazienti affetti da patologie infettive o immunodepressi. Tutte le postazioni sono dotate di macchinari (ventilatori, pompe infusionali, sistemi di aspirazione, monitor etc.) necessari per l'assistenza al paziente critico.

### *3.4.4 Strumento*

#### *Strategie di ricerca*

Lo strumento di ricerca utilizzato validato in lingua italiana a livello scientifico : BAVIQ (Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire) è stato selezionato dopo aver condotto una revisione della letteratura su banche dati elettroniche PUBMED.

Le parole chiave utilizzate sono: "*nurses' belief*" AND "*open ICU*", "*nurses*" AND "*open ICU*", "*open intensive care questionnaire*", "*survey of open intensive care*", "*beliefs of open ICU*".

#### *Criteri di inclusione*

Gli studi presi in considerazione rispettavano i seguenti criteri:

- Anno di pubblicazione: articoli pubblicati dal 2006 al 2024
- Lingua di pubblicazione: inglese e italiano

- Tipologia di studi: descrittivi trasversali multicentrici, correlazionali, osservazionali.
- Tipologia di partecipanti: gli studi hanno avuto come popolazione gli infermieri che lavorano presso le U.O. di Terapia Intensiva.
- Tipologia di rivista: giornali scientifici/sanitari
- Tipologia di intervento: implementazione delle politiche di visite aperte in Terapia Intensiva per adulti.
- Tipologia di esiti: Percezione degli operatori sanitari in merito alle nuove politiche di visita adottate nell'U.O. di Rianimazione.

#### *Criteria di esclusione*

Non sono stati presi in considerazione studi:

- Non rispondenti al quesito di ricerca
- Non fruibili gratuitamente
- Non conformi ai criteri di inclusione (es. pubblicati prima del 2006, studi che valutavano il punto di vista dei familiari o basati su setting di T.I Pediatriche)
- Provvisti del solo abstract

#### *Analisi qualitativa degli studi*

Tutti gli articoli selezionati ed inclusi nella ricerca dello strumento di studio utilizzato sono stati:

- Obiettivo dello studio
- Disegno dello studio
- Metodologia dello studio
- Soggetti del campionamento
- Tipologia di intervento attuato
- Esiti
- Risultati ottenuti

Tra tutti gli articoli è stato preso in considerazione l'articolo più pertinente al quesito di ricerca, ovvero l'articolo "Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy" di Dana Berti, Patrick Ferdinande e Philip Moons, nel quale è stato individuato il questionario BAVIQ.

È stato possibile utilizzare il questionario originale validato in lingua italiana dopo aver contattato l'autore Philip Moons ed aver ottenuto l'autorizzazione all'uso (*allegato 1*).

Analizzando nello specifico lo strumento (*allegato 2*) osserviamo due sezioni distinte:

- La prima sezione dedicata alla raccolta dati in merito alle variabili del campione (dati personali di chi compila: età, sesso, titolo di studio, esperienza lavorativa e dati relativi al contesto di lavoro).
- La seconda sezione è composta da: 19 item che valutano le convinzioni degli operatori riguardo alle politiche di visite aperte e 13 item che valutano il loro atteggiamento riguardo la politica recentemente adottata.

Per valutare il livello di accordo degli operatori viene utilizzata la scala Likert a cinque punti per ciascuna affermazione: ad ogni risposta corrisponde un punteggio da 1 a 5, dove 1 equivale a “sono in forte disaccordo” e 5 “sono fortemente d'accordo”.

#### *3.4.5 Periodo di studio.*

Previo avvio del progetto di ricerca, si è provveduto a richiedere autorizzazione al direttore Medico di Presidio dell'AST e al Direttore Servizio Professioni Sanitarie dell'AST (*allegato 3*).

I questionari, in forma cartacea, sono stati consegnati all'infermiere coordinatore della U.O. di Rianimazione il 5 marzo 2024. Quest'ultima ha provveduto alla loro distribuzione a tutto il personale che ha volontariamente aderito, previa sottoscrizione del consenso informato.

La raccolta dati si è conclusa il 25 aprile 2024.

#### *3.4.6 Analisi dei dati.*

Per l'analisi dei dati, è stato predisposto un database nel quale sono stati inseriti i dati raccolti. Ad ogni variabile e ad ogni risposta viene inserito il numero, il quale viene sottoposto al calcolo della percentuale. È stata condotta un'analisi statistica descrittiva.

I dati sono stati elaborati con il software Microsoft Excel®.

### 3.5 Risultati

#### *Variabili del campione.*

È stata proposta la compilazione del questionario a un totale di 30 operatori sanitari impiegati presso l'U.O di Rianimazione Polifunzionale dell'Ospedale Provinciale di Macerata. Hanno aderito allo studio 27 operatori, con un tasso di risposta del 90%.

Il campione è costituito prevalentemente da operatori di sesso femminile (67%) rispetto al sesso maschile (33%). I sanitari di età compresa tra i 30 e i 50 anni sono la maggioranza (63%), mentre il restante 37% ha più di 50 anni.

Per ciò che concerne i titoli di studio conseguiti dai partecipanti, individuiamo la più alta percentuale (26%) tra coloro che possiedono il Diploma di Infermiere, mentre le percentuali più basse (3%) sono state riscontrate in coloro che hanno conseguito: Diploma Universitario di Infermiere, OTA, ASA e la voce "altro". Solo il 18% dei partecipanti è laureato in Medicina e Chirurgia ed in possesso del relativo corso di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva del dolore.

L'analisi dell'anzianità lavorativa presso l'U.O. di Rianimazione evidenzia che la maggioranza dei partecipanti (51%) ha un'anzianità di servizio superiore ai 10 anni, il 45% inferiore, il 4% non risponde.

I dati demografici e le caratteristiche dei partecipanti sono riassunti nella seguente *Tabella I*.

<i>Caratteristiche generali del campione</i>	<i>N (%)</i>
Campione complessivo	27 (90%)
<i>Genere</i>	
Femmina	18 (67%)
Maschio	9 (33%)
<i>Età</i>	
Da 30 a 40	8 (30%)
Da 41 a 50	9 (33%)
Da 51 a 60	6 (22%)
> 60	4 (15%)
<i>Titoli conseguiti</i>	
Corso di Laurea in Medicina e corso di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva del dolore	6 (18%)
Diploma Infermiere	9 (26%)
Diploma Universitario di Infermiere	1 (3%)
Laurea in Infermieristica	21 (7%)

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche	2 (6%)
Master Management funzioni coordinamento delle professioni sanitarie	4 (12%)
“altro”	1 (3%)
Corso formazione OSS	2 (6%)
Corso formazione OTA	1 (3%)
Corso formazione OSA	0 (0%)
Corso formazione ASA	1 (3%)
<i>Anni di esperienza in TI</i>	
Da 1 a 10	12 (45%)
Da 11 a 20	6 (22%)
Da 21 a 30	6 (22%)
> 30	2 (7%)
N. V	1 (4%)

*Tabella I:* caratteristiche generali del campione. \*N. V = non valutabile

#### *Credenze su ricadute del nuovo modello di visite su paziente, famiglia e unità.*

Al fine di valutare le opinioni degli operatori le domande del questionario sono state suddivise in due gruppi sulla base di due possibili alternative: domande con connotazione positiva e domande con connotazione negativa.

Ogni domanda prevedeva cinque opzioni di risposta: punteggio pari a zero della scala Likert corrispondente a “sono in forte disaccordo” e punteggio pari a 4 corrispondente a “sono fortemente d’accordo”. Sono stati sommati tutti i punteggi delle risposte date. È stata in fine calcolata la media dei punteggi ottenuti per ogni gruppo di domande.

#### *Opinioni FAVOREVOLI alla politica di visite aperte.*

Tutti i partecipanti allo studio (100%) (*Tabella II*), hanno espresso la convinzione che politiche di visite aperte possano avere un effetto benefico sul paziente. La maggioranza del campione (74%) crede che i visitatori possano essere d’aiuto al paziente nell’interpretare le informazioni riguardo le loro condizioni fisiche.

Le opinioni espresse dal campione circa il ruolo che i visitatori possono svolgere come supporto all’assistenza presentano un’alta variabilità: il 71% del campione concorda sul loro contributo, il 15% si dimostra in disaccordo, l’11% esprime una posizione neutrale mentre il 4% non esprime la propria opinione.

La maggior parte degli operatori (93%) pensa che il nuovo protocollo possa in qualche modo favorire il processo di guarigione. Sempre il 93% di loro è convinto che le politiche di apertura alle visite possano aumentare il comfort del paziente.

<i>Argomento</i>	<b>Affermazione</b>	<b>Risposta</b>	<b>n (%)</b>
<i>Opinioni FAVOREVOLI alla politica di visite aperte.</i>	1. Le visite hanno un effetto benefico sul paziente	sono in forte disaccordo	0 (0%)
		sono in disaccordo	0 (0%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	0 (0%)
		sono d'accordo	17 (63%)
		sono fortemente d'accordo	10 (37%)
	5. Un protocollo di apertura alle visite aiuta il paziente nella guarigione	sono in forte disaccordo	0 (0%)
		sono in disaccordo	0 (0%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	2 (7%)
		sono d'accordo	17 (63%)
		sono fortemente d'accordo	8 (30%)
	7. I visitatori possono aiutare il paziente ad interpretare le informazioni sulle sue condizioni fisiche	sono in forte disaccordo	0 (0%)
		sono in disaccordo	2 (7%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	5 (19%)
		sono d'accordo	17 (63%)
		sono fortemente d'accordo	3 (11%)
	9. Un protocollo di apertura alle visite offre maggior comfort al paziente	sono in forte disaccordo	0 (0%)
		sono in disaccordo	1 (4%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	1 (4%)
		sono d'accordo	20 (74%)
		sono fortemente d'accordo	5 (19%)

10. Un protocollo di apertura alle visite diminuisce l'ansia dei familiari	sono in forte disaccordo	0 (0%)
	sono in disaccordo	0 (0%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	0 (0%)
	sono d'accordo	17 (63%)
	sono fortemente d'accordo	10 (37%)
18. Credo che i visitatori siano un utile supporto all'assistenza	sono in forte disaccordo	0 (0%)
	sono in disaccordo	4 (15%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	3 (11%)
	sono d'accordo	15 (56%)
	sono fortemente d'accordo	4 (15%)
	N. V *	1 (4%)
19. Credo che un protocollo di apertura alle visite contribuisca al miglioramento del rapporto paziente-infermiere	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	1 (4%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	4 (15%)
	sono d'accordo	15 (56%)
	sono fortemente d'accordo	5 (19%)
	N. V *	1 (4%)

(Tabella II: Convinzioni degli infermieri su come la visita influisce sul paziente, sulla famiglia e sull'organizzazione dell'assistenza) \*N. V = non valutabile

Per ottenere il punteggio complessivo di ogni dominio, si è provveduto a moltiplicare il numero delle risposte di ciascuna domanda per un coefficiente (0 “sono in forte disaccordo”, 1 “sono in disaccordo”, 2 “non sono né d’accordo, né in disaccordo”, 3 “sono d’accordo”, 4 “sono fortemente d’accordo”). Successivamente è stata calcolata la media dei punteggi per ogni domanda. Infine, si è provveduto a calcolare la media di tutti i punteggi ottenuti nel gruppo delle domande a valenza positiva, ottenendo un punteggio pari a **3.02**.

Il punteggio ottenuto dimostra che gli operatori sanitari sono favorevoli nei confronti delle visite senza restrizioni.



*Opinioni CONTRARIE alla politica di visite aperte.*

Il 93% dei partecipanti allo studio (*Tabella III*) non pensano che le nuove modalità di visita possano causare stress fisico ai pazienti. Il 67% dei sanitari sono concordi nel ritenere che un protocollo di apertura alle visite possa richiedere più tempo da dedicare ai familiari necessario a fornire loro informazioni.

Solo il 4% crede che le nuove modalità di visita possano suscitare nel paziente risposte emodinamiche avverse; mentre il 78% non è d'accordo con tale affermazione.

Solo un 7% degli operatori teme inoltre che un aumento delle visite possa aumentare il rischio di errori per gli operatori.

<i>Argomento</i>	<b>Affermazione</b>	<b>Risposta</b>	<b>n (%)</b>
<i>Opinioni CONTRARIE alla politica di visite aperte.</i>	2. Le visite impediscono il riposo del paziente	sono in forte disaccordo	4 (15%)
		sono in disaccordo	18 (67%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	4 (15%)
		sono d'accordo	1 (4%)
		sono fortemente d'accordo	0 (0%)
	3. Le visite causano uno stress fisico al paziente	sono in forte disaccordo	5 (19%)
		sono in disaccordo	20 (74%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	2 (7%)
		sono d'accordo	0 (0%)
		sono fortemente d'accordo	0 (0%)
	4. Le visite creano nel paziente risposte emodinamiche avverse	sono in forte disaccordo	6 (22%)
		sono in disaccordo	15 (56%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	5 (19%)
		sono d'accordo	1 (4%)
		sono fortemente d'accordo	0 (0%)
6. Le visite causano stress psicologico al paziente	sono in forte disaccordo	7 (26%)	
	sono in disaccordo	16 (59%)	
	non sono né d'accordo	4 (15%)	

	né in disaccordo	
	sono d'accordo	0 (0%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
8. Un protocollo di apertura alle visite disturba la privacy del paziente	sono in forte disaccordo	5 (19%)
	sono in disaccordo	14 (52%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	3 (11%)
	sono d'accordo	5 (19%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
11. Un protocollo di apertura alle visite causa stress ai familiari perche questi si sentono obbligati a stare con il paziente	sono in forte disaccordo	7 (26%)
	sono in disaccordo	12 (44%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	6 (22%)
	sono d'accordo	2 (7%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
12. Un protocollo di apertura alle visite interferisce con l'assistenza diretta al paziente	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	13 (48%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	10 (37%)
	sono d'accordo	3 (11%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
13. Un protocollo di apertura alle visite fa sentire gli infermieri più sorvegliati	sono in forte disaccordo	2 (7%)
	sono in disaccordo	16 (59%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	4 (15%)

	sono d'accordo	5 (19%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
14. Un protocollo di apertura alle visite interferisce con la pianificazione dell'assistenza infermieristica	sono in forte disaccordo	3 (11%)
	sono in disaccordo	12 (44%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	7 (26%)
	sono d'accordo	5 (19%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
15. Un protocollo di apertura alle visite interferisce sui rapporti con gli infermieri	sono in forte disaccordo	6 (22%)
	sono in disaccordo	19 (70%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	1 (4%)
	sono d'accordo	1 (4%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
16. Un protocollo di apertura alle visite fa spendere più tempo agli infermieri nel dare più informazioni ai familiari	sono in forte disaccordo	0 (0%)
	sono in disaccordo	3 (11%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	6 (22%)
	sono d'accordo	15 (56%)
	sono fortemente d'accordo	3 (11%)
17. Un protocollo di apertura alle visite fa aumentare il rischio di errori	sono in forte disaccordo	6 (22%)
	sono in disaccordo	15 (56%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	3 (11%)
	sono d'accordo	2 (7%)

	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
	N.V	1 (4%)

(Tabella III: Convinzioni degli infermieri su come la visita influisce sul paziente, sulla famiglia e sull'organizzazione dell'assistenza) \*N.V = non valutabile

Per ciò che concerne il dominio del gruppo di domande a valenza negativa, il punteggio medio complessivo ottenuto di tutte le risposte equivale a **1,28**; nettamente inferiore rispetto a quello con connotazione positiva.

Tale risultato rafforza la percezione avuta dal risultato precedente, ovvero il parere favorevole degli operatori in merito alla politica di visite aperte.

*Correlazione esistente tra titolo di studio e convinzioni degli infermieri.*

Un'analisi approfondita evidenzia come il 20% degli infermieri diplomati non riconosca ai visitatori la capacità di aiutare i pazienti a comprendere le proprie condizioni, mentre tale percentuale scende a zero tra i laureati. Analogamente, il 30% dei diplomati non considera i visitatori un supporto utile all'assistenza, in contrasto con l'unanime consenso dei laureati. Infine, il 20% dei diplomati ritiene che un protocollo di apertura alle visite non migliori il rapporto paziente-infermiere, opinione non condivisa dai laureati.

Un'analisi del gruppo di domande a connotazione positiva evidenzia un punteggio medio di **3.30** per i laureati verso un **2.71** dei diplomati. Tale differenza si conferma anche valutando le domande a connotazione negativa, il cui punteggio medio risulta essere di **1.08** per i laureati e **1.56** per i diplomati. I dati dimostrano che gli infermieri laureati sono più favorevoli alle nuove politiche di visite rispetto ai colleghi diplomati.

*Medici e infermieri uniti a favore delle visite aperte? Un'analisi comparativa.*

Un'analisi comparativa delle opinioni dei medici e infermieri, evidenzia una forte convergenza di pensiero. I medici, infatti, concordano con gli infermieri nel ritenere che l'apertura delle visite sia una scelta positiva, come confermato dalle medie dei punteggi ottenuti nel gruppo di domande con connotazione positiva: **3.19** per i medici e **3.30** per gli infermieri. Analoga concordanza tra i due gruppi professionali è stata riscontrata per le domande a connotazione negativa (**1.08**).

Questi dati dimostrano unanimemente il sostegno di entrambe le professioni al progetto di TI aperta.

*Apertura delle visite: un'analisi comparativa delle opinioni degli infermieri con diversa esperienza in TI.*

Un'analisi approfondita evidenzia come gli infermieri con più esperienza in TI siano più propensi a nutrire dubbi sull'apertura delle visite, con il 30% che le considera un ostacolo al rispetto della privacy del paziente e il 20% teme che si possano verificare episodi di interferenze durante l'assistenza diretta. Al contrario, i colleghi con meno esperienza sono più favorevoli all'apertura delle visite, pur avvertendo un senso di maggiore sorveglianza (30%). I dati confermano l'influenza dell'esperienza lavorativa sulle opinioni: i più esperti si focalizzano su potenziali criticità, mentre i meno esperti ne colgono maggiormente i benefici, come testimoniato dai punteggi delle connotazioni positive (**3.08 vs 2.89**) e negative (**1.32 vs 1.25**).

Alla luce della maggiore resistenza al cambiamento negli operatori con più esperienza lavorativa, possiamo individuare alcune motivazioni alla base di tale scetticismo, tra queste: il sentirsi parte di un gruppo che si identifica con un certo modo di pensare e lavorare, il timore di non avere le competenze per gestire il nuovo ruolo, il sentirsi sopraffatti dall'esigenza del cambiamento e il non riuscire ad immedesimarsi più nel loro ruolo una volta attuati i cambiamenti.<sup>55</sup>

*Atteggiamenti degli operatori verso la politica di apertura alle visite.*

Gli operatori si dimostrano propensi a adottare un atteggiamento più elastico riguardo al regolamento di politica ristretta se il paziente è morente (89%) (*Tabella IV*). Oltre il 78% degli operatori sostiene che l'orario di visita dovrebbe essere flessibile e adattarsi alle esigenze specifiche dei familiari, soprattutto in caso di difficoltà. Il 78% del campione si è dimostrata concorde circa l'opportunità di adattare l'orario di visite sulla base delle condizioni psicologiche del paziente.

D'altra parte, il 60% degli operatori sono contrari nel porre un limite al numero di visitatori nell'arco delle 24 ore. Il 63% si è dimostrato in disaccordo con l'assenza di limiti numerici al numero di visitatori che accedono contemporaneamente.

---

<sup>55</sup> <https://www.humanwareonline.com/project-management/center/resistenza-al-cambiamento/>

<i>Argomento</i>	<b>Affermazione</b>	<b>Risposta</b>	<b>n (%)</b>
<i>Atteggiamento verso le visite</i>	20. Se c'è l'approvazione del paziente dovrebbe essere ammessa la visita a chiunque	sono in forte disaccordo	0 (0%)
		sono in disaccordo	5 (19%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	1 (4%)
		sono d'accordo	20 (74%)
		sono fortemente d'accordo	1 (4%)
	21. Il numero di visitatori nell'arco delle 24 ore non dovrebbe essere limitato	sono in forte disaccordo	5 (19%)
		sono in disaccordo	11 (41%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	7 (26%)
		sono d'accordo	3 (11%)
		sono fortemente d'accordo	1 (4%)
	22. La durata delle visite non deve essere limitata	sono in forte disaccordo	1 (4%)
		sono in disaccordo	7 (26%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	6 (22%)
		sono d'accordo	12 (44%)
		sono fortemente d'accordo	1 (4%)
	23. Il numero delle persone che fanno visita al paziente nello stesso momento dovrebbe non essere limitato	sono in forte disaccordo	5 (19%)
		sono in disaccordo	12 (44%)
		non sono né d'accordo né in disaccordo	5 (19%)
		sono d'accordo	5 (19%)
		sono fortemente d'accordo	0 (0%)
24. Credo che un protocollo di apertura alle visite può essere attuato nella nostra unità di Terapia Intensiva	sono in forte disaccordo	0 (0%)	
	sono in disaccordo	0 (0%)	
	non sono né d'accordo né in disaccordo	3 (11%)	
	sono d'accordo	17 (63%)	

	sono fortemente d'accordo	7 (26%)
25. L'orario di visita deve essere adattato alle singole esigenze quando i familiari hanno particolari problemi	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	3 (11%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	2 (7%)
	sono d'accordo	15 (56%)
	sono fortemente d'accordo	6 (22%)
26. L'orario di visita deve essere adattato alle condizioni psicologiche del paziente	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	3 (11%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	2 (7%)
	sono d'accordo	17 (63%)
	sono fortemente d'accordo	4 (15%)
27. Quando il paziente è cosciente può decidere su quando ricevere visite, la loro durata e se avere più visitatori insieme	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	10 (37%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	3 (11%)
	sono d'accordo	11 (41%)
	sono fortemente d'accordo	2 (7%)
28. Il protocollo delle visite deve essere adattato alla cultura/etnia del paziente	sono in forte disaccordo	0 (0%)
	sono in disaccordo	9 (33%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	5 (19%)
	sono d'accordo	12 (44%)
	sono fortemente d'accordo	1 (4%)

29. Un orario di inizio visite deve essere rigido ma la durata delle visite può essere flessibile	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	4 (15%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	6 (22%)
	sono d'accordo	16 (59%)
	sono fortemente d'accordo	0 (0%)
30. Il protocollo delle visite dovrebbe essere flessibile durante le prime 24 ore di ricovero in UTI	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	12 (44%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	5 (19%)
	sono d'accordo	8 (30%)
	sono fortemente d'accordo	1 (4%)
31. Il protocollo delle visite dovrebbe essere libero quando il paziente è morente	sono in forte disaccordo	1 (4%)
	sono in disaccordo	0 (0%)
	non sono né d'accordo né in disaccordo	2 (7%)
	sono d'accordo	13 (48%)
	sono fortemente d'accordo	11 (41%)

(Tabella IV: Atteggiamenti verso le visite)

L'analisi delle opinioni degli operatori sul numero di visitatori giornalieri per paziente evidenzia una notevole difformità. Come illustrato nella *Tabella V*, le preferenze sono distribuite su diverse opzioni:

<i>n. visitatori</i>	<b>n (%)</b>
<i>1 persona</i>	1 (4%)
<i>2 persone</i>	2 (7%)
<i>2/3 persone</i>	2 (7%)
<i>3 persone</i>	1 (4%)
<i>3/4 persone</i>	1 (4%)



<i>4 persone</i>	4 (15%)
<i>4/5 persone</i>	1 (4%)
<i>5 persone</i>	1 (4%)
<i>5/6 persone</i>	3 (11%)
<i>6 persone</i>	1 (4%)
<i>10 persone</i>	1 (4%)
<i>Illimitati</i>	7 (26%)
<i>N.V *</i>	8%

(Tabella V: n. di visitatori che possono visitare il paziente nell'arco delle 24 ore) \*N.V = non valutabili

È interessante notare che la quota maggiore degli operatori (26%) non ritiene necessario limitare il numero di visitatori giornalieri. Tuttavia, le risposte in questa sezione presentano una percentuale di risposte non valutabili (8%).

Sul numero di visitatori che possono fare visita al paziente nello stesso momento, la maggior parte degli intervistati (52%) (Tabella VI) esprime la preferenza per un solo visitatore alla volta per paziente. Un 30% ritiene invece che il numero massimo di visitatori contemporaneamente non debba superare le due unità.

Emerge quindi un'opinione prevalente a favore di una limitazione del numero di visitatori per paziente, con differenti preferenze sul numero massimo consentito.

Un 8% delle risposte non sono valutabili.

***n. visitatori che  
possono fare visita al  
paziente***

<b><i>contemporaneamente</i></b>	<b>n (%)</b>
<i>1 persona</i>	14 (52%)
<i>1/2 persone</i>	2 (7%)
<i>2 persone</i>	8 (30%)
<i>2/3 persone</i>	1 (4%)
<i>illimitati</i>	1 (4%)
<i>N.V *</i>	1 (4%)

(Tabella VI: n. di visitatori che possono fare visita al paziente nello stesso momento) N.V\* = non valutabile

### 3.6 Discussione

Lo studio condotto presso la Terapia Intensiva dell'Ospedale Provinciale di Macerata ha avuto l'obiettivo di valutare gli atteggiamenti e le credenze degli operatori sanitari rispetto alla politica di apertura alle visite dei familiari recentemente adottata.

Sebbene alcune ricerche suggeriscano che gli infermieri di terapia intensiva nutrano un certo scetticismo verso l'implementazione di una politica di visite aperte <sup>54</sup>, il presente studio evidenzia un'opinione favorevole da parte del personale medico, infermieristico e sanitario all'apertura della TI ai familiari.

Dall'analisi dello studio emerge infatti un forte sostegno all'implementazione del progetto di "Terapia Intensiva Aperta".

La maggioranza degli intervistati, infatti, si è espressa a favore del progetto, evidenziando come questa nuova modalità possa in parte contribuire alla guarigione del paziente, migliorandone il comfort e il benessere.

Nonostante un'iniziale resistenza al cambiamento da parte di alcuni infermieri con maggiore esperienza in Terapia Intensiva, la totalità degli operatori sanitari coinvolti nello studio concorda sui benefici apportati dal progetto nei confronti anche dei familiari. La possibilità di vedere il loro caro frequentemente e con orari flessibili rappresenta un importante sostegno emotivo per loro, offrendo un valido contributo; si riduce l'ansia, lo stress e si favorisce un senso di vicinanza e di partecipazione alla cura. <sup>56</sup>

Dallo studio emerge che gli operatori generalmente preferiscono una politica di visite che preveda alcune restrizioni in termini di numero di ingressi giornalieri e contemporanei ai pazienti. Essi mantengono la convinzione che sia importante poter valutare individualmente ogni caso, adattando le regole alle circostanze specifiche e ai bisogni del paziente e della sua famiglia.

Nello studio, la maggioranza del campione ritiene infatti che nell'arco delle 24 ore il numero di visitatori debba essere limitato, prevedendo un numero massimo pari a 1/2 persone per accesso.

Le ragioni alla base di un atteggiamento più conservativo sul numero di visitatori per paziente possono essere ricondotte a diversi fattori pratici e ambientali, tra cui: la necessità di garantire la privacy del paziente, il limitato spazio a disposizione per

---

<sup>56</sup> Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017 Jan;45(1):103-128.

accogliere i visitatori, la riduzione del tempo a disposizione per le cure del paziente, oltre che un possibile sovraccarico di lavoro.

Dallo studio emerge inoltre che gli operatori si trovano in disaccordo in merito alla flessibilità del protocollo nelle prime 24 ore di ricovero in UTI. Tale opinione potrebbe essere giustificata da diverse ragioni, tra queste: la stabilizzazione del paziente, il suo recupero promosso da un ambiente tranquillo e riposante o per esigenze organizzative del team sanitario.

Su 27 operatori partecipanti allo studio, 3 infermieri hanno fornito inoltre considerazioni su come migliorare il progetto di TI aperta nella sezione "commenti, suggerimenti, idee", di seguito riportate:

*“Per seguire il protocollo di Terapia Intensiva Aperta è importante la collaborazione dell’intera équipe, anche includendo una figura di supporto psicologico professionista, che aiuti a risolvere i vari problemi che si possono instaurare tra operatori e familiari. È importante la comunicazione tra familiari, operatori e paziente (quando è possibile) e il rispetto delle norme del protocollo in modo uniforme e responsabile”.*

*(Infermiere 1)*

*“Per favorire un buon svolgimento delle visite famiglia/paziente dovrebbe essere rivisto l’arredamento e i presidi per una migliore garanzia della privacy (sedie per far accomodare il familiare, tende paravento che non occupino la superficie calpestabile vicina al paziente per evitare accidentali cadute e favorire comunque l’attività dei sanitari).*

*Predisporre TV e radio in ogni postazione, per la distrazione del paziente anche nelle ore che sono escluse dalle visite dei familiari. Migliorare la qualità del colloquio con i familiari considerando sempre la disponibilità del medico accompagnato anche dall’infermiere che ha in carico il paziente in quel turno, in modo da completare meglio le informazioni per il familiare ed evitare equivoci informativi che potrebbero concretizzarsi dialogando in maniera separata con le varie figure sanitarie. Il paziente deve essere accolto come persona e non come malato, questo migliorerebbe sicuramente il processo di cura sotto tutti gli aspetti,*

*riducendo di conseguenza anche il tempo di permanenza nell'U.O e nel nosocomio stesso, favorendo nei casi possibili il più veloce ritorno a casa”.*

*(Infermiere 2)*

*“La Rianimazione Aperta per l'U.O. di Macerata è tra le 14:30 alle 21. A mio parere le visite dovrebbero essere limitate a 3-4 familiari massimo, con entrata 1 familiare alla volta (salvo casi particolari)”.*

*(Infermiere 3)*

Dall'analisi delle proposte emerge la richiesta di un sostegno psicologico per operatori e familiari, che potrebbe essere garantito dall'inserimento della figura dello psicologo nel progetto. Tale necessità trova riscontro dalla letteratura <sup>57</sup> in quanto la presenza dello psicologo in TI facilita la comunicazione e la relazione tra paziente, familiari e personale sanitario. Aiuta a gestire le emozioni intense, a elaborare il trauma e a dare un senso all'esperienza difficile del ricovero per pazienti e familiari, ponendo l'attenzione non solo sulla cura del corpo, ma anche della mente e dell'anima.

Lo psicologo, infatti, aiuta a creare un ambiente più aperto e accogliente, dove le persone possono sentirsi ascoltate e supportate.

Per realizzare questo obiettivo, però, è necessario che tutti gli operatori sanitari comprendano l'importanza della "relazione" e siano disposti a confrontarsi con le emozioni dei pazienti e dei loro cari.

Il suggerimento di un altro operatore invece sottolinea l'importanza di un arredamento funzionale e confortevole nell'U.O., che garantisca privacy ai pazienti e offra loro la possibilità di distrarsi con radio e TV durante le ore di chiusura alle visite.

L'arredamento di un reparto di TI gioca infatti un ruolo fondamentale nel creare un ambiente confortevole e accogliente per pazienti e familiari, favorendo il loro benessere psicologico e facilitando il processo di cura.

L'arredamento dovrebbe basarsi infatti sul rispetto del comfort e della funzionalità: deve essere comodo per i familiari e funzionale per il personale sanitario che deve muoversi agevolmente, deve rispettare la privacy, la riservatezza, la flessibilità e l'adattabilità.

---

<sup>57</sup> Dott.sse C. Suppa, C. Monti. FORMARE ALL'APERTURA DELLE TERAPIE INTENSIVE. Torino, Gennaio 2009.

Alcune proposte concrete potrebbero essere il predisporre sedute comode e accoglienti, favorire la distrazione e l'intrattenimento mettendo a disposizione radio, TV o tablet con cuffie per permettere ai pazienti di distrarsi durante le ore di chiusura alle visite, le quali possono essere particolarmente difficili per i pazienti, che si ritrovano soli e senza la possibilità di ricevere visite dai propri cari. In questo contesto, l'utilizzo di strumenti di distrazione come quelli sopra elencati può aiutarli a ridurre la sensazione di solitudine e a trascorrere il tempo in modo più piacevole.

Viene inoltre trattato il tema della comunicazione tra i familiari e operatori sanitari. La proposta è quella di realizzare dei colloqui sia con la presenza del medico che con la presenza dell'infermiere che ha in carico il paziente, questo per dare informazioni al familiare nella maniera più completa e chiara.

Inoltre, il fornire opuscoli che danno informazioni sull'ambiente di terapia intensiva potrebbero essere utilizzati per ridurre l'ansia e lo stress dei membri della famiglia.

L'infermiere inoltre ritiene fondamentale considerare il paziente come una "persona" e non come soltanto un "malato". Questo approccio, che pone l'attenzione non solo alla sfera fisica del paziente, ma anche a quella psicologica, favorisce infatti una guarigione più rapida, in quanto si pone la priorità anche alla dignità e agli affetti del paziente.

Al fine di realizzare tale obiettivo è necessario però che anche questo approccio al paziente venga condiviso dall'intera équipe assistenziale.

L'opinione favorevole da parte degli operatori sanitari in merito alla politica di apertura alle visite rappresenta un passo avanti importante verso l'umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva. Pur crescendo il supporto tra i professionisti, un'implementazione graduale con formazione specifica è necessaria per superare gli ostacoli e facilitare la transizione.

### **3.7 Limiti**

Dall'analisi del questionario emerge come alcune affermazioni sondate, tra cui "le visite impediscono il riposo del paziente", "le visite causano uno stress fisico al paziente", "le visite causano uno stress psicologico al paziente", "un protocollo di apertura alle visite disturba la privacy del paziente" e "un protocollo di apertura alle visite causa stress ai familiari perché questi si sentono obbligati a stare con il paziente", siano volti a valutare tali questioni solo dal punto di vista degli operatori. Per una valutazione completa, sarebbe

opportuno includere un questionario specifico anche per familiari e pazienti, al fine di comprendere il livello di stress percepito da loro stessi rispetto alle visite.

Un altro limite potrebbe essere correlato al campo libero dello strumento nella sezione “commenti, suggerimenti, idee” e nelle domande “nell'arco delle 24 ore il numero di visitatori può essere limitato a ... persone” e “solo ... persone nello stesso momento possono fare visita al paziente”. Se lo strumento utilizzato avesse avuto un campo strutturato prefigurato guidato in questi campi, avremmo ottenuto più riscontro di risposta per lo spazio dedicato a “commenti, suggerimenti, idee” e dei pareri univoci nelle domande a risposta libera in merito al numero di visitatori. Dove i campi erano liberi e dove gli operatori si sono potuti esprimere, infatti, non è stato possibile rilevare un parere univoco, data l'alta variabilità di risposta.

### **3.8 Implicazioni**

Non sono state rilevate criticità né nella conduzione né nella struttura del progetto di ricerca. Pertanto, lo studio potrebbe essere replicato anche alle altre TI dell'AST di riferimento.

### **3.9 Conclusioni.**

Osservando quanto dimostrato dalla vasta letteratura che ne evidenzia l'importanza per visitatori e pazienti, questo studio rappresenta l'opinione favorevole degli operatori sanitari in merito alla politica di visite aperte in Terapia Intensiva.

Gli operatori sanitari coinvolti nello studio, infatti, valutano positivamente gli effetti che la nuova politica di visita potrebbe apportare, pur non essendo d'accordo sull'eliminazione dei limiti al numero di visitatori nello stesso orario e nell'arco delle 24 ore.

In quanto parte integrante del processo di cura, il supporto da parte degli operatori sanitari è fondamentale se si vuole che la politica abbia successo, e possiamo dunque affermare che l'atteggiamento positivo degli operatori sanitari verso la nuova politica di visite aperte in terapia intensiva ne favorirà l'implementazione, rappresentando un passo avanti importante verso un'assistenza più attenta ai bisogni affettivi e psicologici di pazienti e familiari, con effetti positivi sugli stessi.

L'ascolto e la valutazione dei suggerimenti degli operatori sanitari sono necessari per un'implementazione efficace del progetto in Terapia Intensiva, che tenga conto delle loro

esperienze e competenze. Vanno accolte anche le loro richieste e i loro punti di vista, per offrire più spunti di riflessione su come implementare tale progetto in TI.

## BIBLIOGRAFIA / SITOGRAFIA

1. [https://www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&id=4209](https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=4209)
2. Mistraletti G, Umbrello M, Mantovani ES. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study..Intensive Care Med. 2017 Jan;43(1):69-79.
3. Louise Reisner-Se'ne'lar. The birth of intensive care medicine: Bjo'rn Ibsen's records. Intensive Care Med (2011) 37:1084–1086
4. F. E Kelly, K.Fong, N.Hirsch, J. P Nolan. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. Clinical Medicine 2014 Vol 14, No 4: 376-9
5. [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=61&Itemid=119&lang=it](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=119&lang=it)
6. Terapia Intensiva 1. Informazioni per familiari e visitatori. Aggiornamento aprile 2017 029v1 a cura di: Comunicazione [comunicazione@ospedaleniguarda.it](mailto:comunicazione@ospedaleniguarda.it).
7. [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=53:care-lunita-paziente&catid=6&lang=it&Itemid=111](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=53:care-lunita-paziente&catid=6&lang=it&Itemid=111). ultima modifica 13/11/2018 – GM.
8. [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=55&Itemid=113&lang=it](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=55&Itemid=113&lang=it). ultima modifica 12/11/2017 – GdG.
9. Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. Minerva Anestesiol 2010 Feb;76(2):89-90.
10. Burchardi H. Let's open the door! Intensive Care Med 2002; 28:1371-2.
11. <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/terapia-intensiva-aperta-alle-visite-dei-familiari/>



12. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey *Intensive Care Med* (2008) 34:1256–1262.
13. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS (2009) The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs* 25:190-8.
14. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008; 36:30-5.
15. Wesley E. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med*. 2014 May ; 42(5): 1024–1036
16. Berwick DM, Kotagal M (2004) Restricted visiting hours in ICUs: time to change. *JAMA* 292:736-7.
17. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, 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
18. Roland P, Russell J, Richards KC, et al (2001) Visitation in critical care: processes and outcomes of a performance improvement initiative. *J Nurs Care Qual* 15:18-26.
19. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiol*. 2007 73:299-305.
20. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017 Jan;45(1):103-128.
21. White DB, Angus DC, Shields AM, et al. A Randomized Trial of a Family-Support Intervention in Intensive Care Units. *N Engl J Med*. 2018 Jun 21;378(25):2365-2375.

22. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, et al: A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007; 356:469–478
23. Mistraletti G, Umbrello M, Mantovani ES. A family information brochure and dedicated website to improve the ICU experience for patients' relatives: an Italian multicenter before-and-after study. *Intensive Care Med.* 2017 Jan;43(1):69-79.
24. Carlet J, Garrouste-Orgeas M, Dumay MF et al (2010) Managing intensive care units: Make LOVE, not war! *J Crit Care* 25:359.e9-359.e12.
25. Jacobowski NL, Girard TD, Mulder JA, et al: Communication in critical care: Family rounds in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 2010; 19:421–430
26. Considine J, Eastwood K, Webster H Family presence during adult resuscitation from cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation.* 2022 Sep 7;180:11-23.
27. Franck LS, Oulton K, Nderitu S, et al: Parent involvement in pain management for NICU infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2011; 128:510–518
28. Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, et al: Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011; 15:R41
29. Shaw RJ, St John N, Lilo EA, et al: Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2013; 132:e886–e894
30. Moore CD, Bernardini GL, Hinerman R, et al: The effect of a family support intervention on physician, nurse, and family perceptions of care in the surgical, neurological, and medical intensive care units. *Crit Care Nurs Q* 2012; 35:378–387

31. Wall RJ, Engelberg RA, Gries CJ, et al: Spiritual care of families in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2007; 35:1084–1090
32. Wildes KW (1995) The moral paradox of critical care medicine. In Wildes KW (ed) *Critical choices and critical care. Catholic perspectives on allocating resources in intensive care medicine.* Kluwer Academic Publisher, Dordrecht Boston London, pp. 1-4.
33. Ahrens T, Yancey V, Kollef M: Improving family communications at the end of life: Implications for length of stay in the intensive care unit and resource use. *Am J Crit Care* 2003; 12:317–223
34. Paganini MC, Bouso RS: Nurses' autonomy in end-of-life situations in intensive care units. *Nurs Ethics* 2015; 22:803–814.
35. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International journal of clinical practice.* 2015 Nov;69(11):1257-67.
36. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. et al. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol.* 2018 May-Jun;73(4):468-477. doi: 10.1037/amp0000247.
37. Arora V, Johnson J, Lovinger D, Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient signout and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Quality & safety in health care.* 2005 Dec;14(6):401-7.
38. Maglione C, Mistraletti G, Maria Nefeli Gribaudo M, Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesisti Rianimatori. *BPC SIAARTI.* <https://www.siaarti.it/news/415551>
39. Ervin JN, Kahn JM, Cohen TR, Weingart LR. et al. Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol.* 2018 May-Jun;73(4):468-477. doi: 10.1037/amp0000247.

40. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al. Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *The New England journal of medicine*. 2014 Nov 06;371(19):1803-12.
41. CH Chung. The evolution of emergency medicine. *Hong Kong Journal of Emergency Medicine*. Vol.8(2) Apr 2001
42. F. E Kelly, K.Fong, N.Hirsch, J. P Nolan. Intensive care medicine is 60 years old: the history and future of the intensive care unit. *Clinical Medicine* 2014 Vol 14, No 4: 376-9
43. Enciclopedia Treccani. *Terapia Intensiva*. Dizionario di Medicina (2010).
44. Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità. Cabina di Regia istituita con DM Salute del 29 maggio 2020 e s.m.i. Monitoraggio Fase 3 Report settimanale. Settimana 45. Monitoraggio Fase 3 (Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023). Acquisizione dati: 13 marzo 2024.  
<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1710488849.pdf>
45. [https://www.intensiva.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=49&Itemid=105&lang=it](https://www.intensiva.it/index.php?option=com_content&view=article&id=49&Itemid=105&lang=it)
46. L.Dragoi, L.Munshi, M.Herridge. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Med* (2022)48; 1792
47. Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey *Intensive Care Med* (2008) 34:1256–1262
48. <https://infermiereonline.it/terapia-intensiva-umanizzazione-delle-cure/>
49. K.Hugelius, N.Haranda, M.Marutani. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 121 (2021) 1040 0

50. G.Mistraletti , A. Giannini, G. Gristina, P. Malacarne, D.Mazzon, E. Cerutti, A. Galazzi, I.Giubbilo, M.Vergano, V. Zagrebelsky, L. Riccioni, G. Grasselli, S. Scelsi, M. Cecconi, F. Petrini. Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Mistraletti et al. Crit Care (2021) 25:191.*
51. Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiologica* 2010 Feb; 76(2):89-90.
52. Sarah Whitton, MSN, RN; Laura I. Pittiglio, PhD, RN. Critical Care Open Visiting Hours. *Crit Care Nurs Q* Vol. 34, No. 4, pp. 361–366
53. L. Marco, I. Bermejillo, N. Garayalde, I. Sarrate, M. Margall and M. C. Asiain. Intensive care nurses’ beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care* 2006 • Vol 11 No 1
54. D. Berti, P. Ferdinande, P. Moons Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med* (2007) 33:1060–1065
55. <https://www.humanwareonline.com/project-management/center/resistenza-al-cambiamento/>
56. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med*. 2017 Jan;45(1):103-128.
57. Dott.sse C. Suppa, C. Monti. FORMARE ALL’APERTURA DELLE TERAPIE INTENSIVE. Torino, Gennaio 2009.

# ALLEGATI

(Allegato 1)

## USER AGREEMENT FOR INTERNAL ACADEMIC RESEARCH – Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire (BAVIQ)

K.U.Leuven R&D, having its office in 3000 Leuven, Minderbroedersstraat 8a – box 5105, Belgium, acting on request of Prof. dr. Philip Moons, has developed and owns a questionnaire entitled the Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire (BAVIQ) (“Questionnaire”).

This user agreement is **only applicable in case of internal academic research** (Research which is provided as a service is excluded). Please contact Prof. Dr. Philip Moons in case of other use.

### 1. User's name

“User”	Marzioni Martina
University / Institution	UNIVPM – Università Politecnica delle Marche
Investigator	Marzioni Martina
Address	Via S.D'Acquisto n 8
Country	Italy – Samano (MC)
Phone	3669044147
E-mail	martina.marzioni@libero.it

### 2. Context of use

Title of study project “Study”	“Terapia Intensiva aperta: esempio di umanizzazione dell’assistenza” “Open Intensive Care Unit: example of humanization of health care”
Study population	Doctors, nurses and health care assistants.
Purpose of the study	Evaluate beliefs of doctors, nurses and health care assistants regarding policy of open visits.
Design	Transversal monocentric observational study.
Selection criteria	All intensive care professionals: doctors, nurses and health care assistants.
Number of expected patients	
How will the Questionnaire be used	<input type="checkbox"/> postal survey <input type="checkbox"/> interview <input type="checkbox"/> telephone <input checked="" type="checkbox"/> other: paper survey
Planned start of the study	15/02/2024
Estimated end of the study	15/03/2024

### 3. Translations

Please indicate in which language(s) and for which country(ies) the Questionnaire will be used. The Questionnaire is already available in the predefined languages.

Requested version	Language	For use in the following country
<input type="checkbox"/>	English	US
<input checked="" type="checkbox"/>	Italian	Italy
<input type="checkbox"/>	Hebrew	Israel
<input type="checkbox"/>	Persian	Iran
<input type="checkbox"/>	Greek	Greece
<input type="checkbox"/>	.....	.....
<input type="checkbox"/>	.....	.....

#### 4. Terms and conditions

K.U.Leuven R&D shall deliver the Questionnaire requested by User subject to the following terms and conditions, which User, by completing and signing this user agreement, accepts.

**4.1 License.** K.U.Leuven R&D hereby grants User a non-exclusive, non-transferable, non-sub licensable license for internal research purposes only (research which is provided as a service is excluded), with the right to use, copy, reproduce, publish, digitally scan, distribute or display the Questionnaire, including all amended or translated versions or short version developed and owned by K.U.Leuven R&D, in the Study.

**4.2 Translations.** User shall have the right to translate Questionnaire into multiple languages and use, copy, reproduce, distribute, and digitally scan these translations in connection with the Study at its own expenses, but shall discuss the practical modalities hereof in view of safeguarding the quality of the Questionnaire. Translations of the Questionnaire made by User hereunder shall become property of K.U.Leuven R&D upon termination or expiration of this Agreement. Such translations shall be provided in a Word-format at no cost to K.U.Leuven R&D as soon as they are available.

**4.4 Modifications.** User does not have the right to modify the questionnaire, unless prior approval is given by the licensor.

**4.5 Results.** User shall own any and all right, title and interest, including, without limitation, patent rights, trademark rights and copyrights, in, and shall have the unrestricted right to use, any and all data, results, reports, works obtained by or resulting from use of, or in connection with the authorized use of Questionnaire, (collectively, "Results").

Licensor shall be granted a royalty-free non-exclusive license to use the Results only for the purpose of and to the extent of the validation of the Questionnaire, provided that such use shall not imply the right to disclose such Results.

**4.6 Publications and Acknowledgements.** User shall have the unrestricted right to publish or otherwise disclose Results. The name of K.U.Leuven and the original article published in Berti et al, Intensive Care Med 2007 shall be acknowledged in all publications resulting from use of Questionnaire.

**4.7 Consequential Damages.** Notwithstanding anything herein to the contrary, neither party shall be liable to the other for any consequential damages.

**4.8 Term and termination.** The term of this Agreement shall extend from the date of signature hereof for a period of not to exceed five (5) years, unless extended in writing by mutual agreement of the parties. Both parties to the contract shall have the right to terminate this Agreement at any time upon written notice. Upon the termination of this Agreement, each party shall be released from all obligations and liabilities hereunder except those which by their nature will survive the agreement.

**4.9 Waiver.** None of the terms of this Agreement may be waived except by an express agreement in writing signed by the party against whom enforcement of such waiver is sought. The failure or delay of either party in enforcing any of its rights under this Agreement shall not be deemed a continuing waiver of such right.

**4.10 Counterparts.** This Agreement may be executed in counterparts, each of which shall constitute one and the same instrument, and may be executed through the use of facsimiles.

**4.11 Governing Law - Jurisdiction.** This agreement shall be governed by the laws of Belgium. Only the courts of Leuven shall have jurisdiction.

**4.12 Entire Agreement.** This Agreement constitutes the entire agreement between the parties with respect to its subject matter and supersedes all previous agreements and understandings, whether oral or written, between the parties with respect to its subject matter.

Date

16/01/2024

Signature User

Mariamona Marona

(Allegato 2)

## QUESTIONARIO SULL'ACCESSO AL REPARTO DA PARTE DEI FAMILIARI DEI DEGENTI

### Dati personali di chi compila il questionario

Sesso :       Maschio                       Femmina

Età :            ..... anni

Ho conseguito :       Corso di Laurea in Medicina e corso di Specializzazione in Anestesia, Rianimazione e Terapia intensiva del dolore

Diploma Infermiere

Diploma universitario di Infermiere

Laurea in Infermieristica

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Master Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie

Altro: ....

Corso di formazione professionale Operatore Socio-Sanitario

Corso di formazione professionale Operatore Tecnico addetto all'Assistenza

Corso di formazione professionale Operatore Socio-Assistenziale

Corso di formazione professionale Ausiliario Socio-Assistenziale

Attualmente lavoro in :       Ospedale Regionale

Ospedale Universitario

Ospedale Provinciale

Tipo di Unità di Rianimazione / Unità di Cure Intensive (es. polifunzionale, post-chirurgica, DEU, cardiocirurgica ecc.) :

.....

Lavoro da ..... anni in Terapia Intensiva



**QUAL E' IL TUO PENSIERO CIRCA L'ACCESSO DEI FAMILIARI AL REPARTO E LE VISITE AI DEGENTI ?**

		Sono in forte disaccordo	Sono in disaccordo	Non sono né d'accordo, né in disaccordo	Sono d'accordo	Sono fortemente d'accordo
1	Le visite hanno un effetto benefico sul paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Le visite impediscono il riposo del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Le visite causano uno stress fisico al paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Le visite creano nel paziente risposte emodinamiche avverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Un protocollo di apertura alle visite aiuta il paziente nella guarigione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Le visite causano stress psicologico al paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	I visitatori possono aiutare il paziente ad interpretare le informazioni sulle sue condizioni fisiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Un protocollo di apertura alle visite disturba la privacy del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Un protocollo di apertura alle visite offre maggior comfort al paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Un protocollo di apertura alle visite diminuisce l'ansia dei familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Un protocollo di apertura alle visite causa stress ai familiari, perché questi si sentono obbligati a stare con il paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Un protocollo di apertura alle visite interferisce con l'assistenza diretta al paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Un protocollo di apertura alle visite fa sentire gli infermieri più sorvegliati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Un protocollo di apertura alle visite interferisce con la pianificazione dell'assistenza infermieristica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Un protocollo di apertura alle visite interferisce sui rapporti tra infermieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16	Un protocollo di apertura alle visite fa spendere più tempo agli infermieri nel dare informazioni ai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Un protocollo di apertura alle visite fa aumentare il rischio di errori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Credo che i visitatori siano un utile supporto all'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Credo che un protocollo di apertura alle visite contribuisca al miglioramento del rapporto paziente-infermiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ATTEGGIAMENTO VERSO LE VISITE

		Sono in forte disaccordo	Sono in disaccordo	Non sono né d'accordo, né in disaccordo	Sono d'accordo	Sono fortemente d'accordo
20	Se c'è l'approvazione del paziente dovrebbe essere ammessa la visita a chiunque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Il numero di visitatori nell'arco delle 24 ore non dovrebbe essere limitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	La durata delle visite non deve essere limitata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Il numero delle persone che fanno visita al paziente nello stesso momento dovrebbe non essere limitato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Credo che un protocollo di apertura alle visite può essere attuato nella nostra unità di Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	L'orario di visita deve essere adattato alle singole esigenze quando i familiari hanno particolari problemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	L'orario di visita deve essere adattato alle condizioni psicologiche del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Quando il paziente è cosciente può decidere su quando ricevere visite, la loro durata e se avere più visitatori insieme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Il protocollo delle visite deve essere adattato alla cultura/etnia del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Un orario di inizio visite deve essere rigido, ma la durata delle visite può essere flessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30	Il protocollo delle visite dovrebbe essere flessibile durante le prime 24 ore di ricovero in UTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Il protocollo delle visite dovrebbe essere libero quando il paziente è morente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Nell'arco delle 24 ore il numero di visitatori può essere limitato a ..... persone					
33	Solo ..... persone nello stesso momento possono fare visita al paziente					

Commenti, suggerimenti, idee:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Allegato 3)

Al Direttore di Direzione Medica Ospedaliera  
Dott.ssa Giorgia Scaloni  
Al Direttore ff Servizio Professioni Sanitarie  
Dott. Paolo Antognini

e p.c

Direttore U.O Rianimazione Dott. D. Gattari  
Infermiere Coordinatore U.O. Rianimazione S. Moglianetti

**Oggetto: Richiesta autorizzazione alla realizzazione di uno studio osservazionale trasversale monocentrico.**

In merito all'oggetto.

La sottoscritta Marzioni Martina, iscritta al terzo anno del CdI in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Macerata

CHIEDE

La loro autorizzazione alla conduzione di uno studio osservazionale trasversale monocentrico dal titolo "Terapia Intensiva aperta: esempio di umanizzazione dell'assistenza".

Lo scopo di tale studio è quello di condurre un'indagine conoscitiva circa il punto di vista di: medici, infermieri ed operatori socio sanitari in merito alle politiche di visita aperta adottate recentemente dall'U.O. di Rianimazione dell'ospedale di Macerata.

L'indagine avverrebbe attraverso la somministrazione a medici, infermieri ed operatori socio sanitari di un questionario (BAVIQ) tratto dallo studio condotto da Dana Berti, Patrick Ferdinande, Philip Moons, intitolato "Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy".

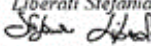
Per l'utilizzo della versione in lingua italiana del questionario, è stata chiesta e ottenuta autorizzazione da parte dell'autore.

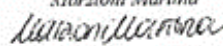
Per il corretto svolgimento dell'indagine sarebbe mia cura prendere accordi specifici con il referente dell'U.O. in oggetto, nonché con il Coordinatore Infermieristico.

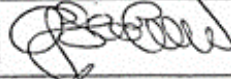
I dati raccolti dall'indagine verranno trattati in forma aggregata ed anonima e saranno oggetto del progetto di tesi di laurea della sottoscritta.

Ringraziando anticipatamente per la VS attenzione, si porgono i più cordiali saluti.

Macerata, 23/01/2024

Il Relatore  
Liberati Stefania  


Lo Studente  
Marzioni Martina  


Data	Approvazione	Direttore Direzione Medica	
Data	Approvazione	Direttore ff SPS	