



UNIVERSITÀ  
POLITECNICA  
DELLE MARCHE

**Umanizzazione delle cure e miglioramento della qualità percepita in  
Terapia Intensiva: Implementazione del progetto di  
“Rianimazione Aperta” presso l'AST Macerata e analisi dei risultati**

---

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Presidente: Prof.ssa Emilia Prospero

Studente:

Ilaria Di Febo

Relatore:

Dott.ssa Letizia Tesei

Correlatore:

Dott. Emanuele Iacobone

# INDICE

|                                                         |             |
|---------------------------------------------------------|-------------|
| <b>Abstract</b>                                         | pag.4       |
| <b>Introduzione</b>                                     | pag. 5      |
| <b>Capitolo I</b>                                       |             |
| Modello di TI “aperta”                                  | pag. 6      |
| Concetto di umanizzazione delle cure                    | pag. 7      |
| Aspetti etici e legali                                  | pag. 8- 9   |
| Formazione del personale                                | pag. 9      |
| Risultati della ricerca bibliografica                   | pag. 10- 12 |
| <b>Capitolo II – Il progetto</b>                        |             |
| Obiettivo                                               | pag. 13     |
| Analisi di contesto                                     | pag. 13     |
| Matrice SWOT                                            | pag. 14     |
| Il protocollo                                           | pag. 15-21  |
| Stima di fattibilità                                    | pag. 22     |
| Obiettivo generale e obiettivi specifici                | pag. 23     |
| Attività per realizzazione                              | pag. 24-27  |
| Diagramma Gantt                                         | pag.28      |
| Materiali e metodi                                      | pag. 29- 31 |
| Realizzazione                                           | pag. 32- 33 |
| <b>Capitolo III – implementazione</b>                   |             |
| Fase preapertura                                        | pag. 34     |
| Questionario familiari CCFNI                            | pag. 35- 36 |
| Carico di lavoro con NAS score                          | pag. 37-38  |
| Questionario carico di lavoro percepito personale BAVIQ | pag. 38- 39 |
| Discussione parziale                                    | pag.40      |
| Fase Post-apertura                                      | pag.41      |
| Questionario familiari CCFNI                            | pag. 42- 43 |
| Carico di lavoro con NAS score                          | pag. 44- 45 |
| Questionario carico di lavoro percepito personale BAVIQ | pag. 45- 46 |
| Discussione parziale                                    | pag. 47-48  |

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| <b>Discussione</b>  | pag. 49- 50 |
| <b>Conclusioni</b>  | pag. 51-52  |
| <b>Bibliografia</b> | pag. 53- 54 |
| <b>Allegati</b>     | pag. 55     |

## ABSTRACT

**Introduzione:** L'umanizzazione delle cure rappresenta un obiettivo centrale nell'ambito sanitario, mirato a migliorare la qualità dell'assistenza attraverso un approccio centrato sulla persona. Questa tesi sperimentale si propone di confermare i benefici dell'apertura della rianimazione per pazienti e familiari, nonché di implementare e riorganizzare l'assetto del reparto di rianimazione per promuovere un ambiente più umano e accogliente. La revisione della letteratura evidenzia numerosi vantaggi legati a un approccio più aperto e inclusivo, tra cui il miglioramento dello stato clinico del paziente, l'aumento della fiducia nei confronti del personale sanitario, la diminuzione dell'ansia e dello stress sia nei pazienti che nei loro familiari, l'aumento del coinvolgimento dei caregiver e la maggiore soddisfazione del personale sanitario. L'obiettivo del lavoro è modificare l'assetto organizzativo chiuso della Terapia Intensiva di Macerata, evidenziare tutti i passaggi che portano all'apertura dell'U.O. e infine valutare dei benefici e quella qualità percepita dai pazienti, familiari e personale.

**Materiali e metodi:** il progetto è quello di osservare e rilevare con strumenti validati sia qualità percepita dai familiari "Critical Care Family Need Inventory", il carico di lavoro effettivo "Nursing Activities Score" e percepito dal personale "Beliefs and Attitudes towards Visitation in the Intensive Care Unit Questionnaire" in due periodi di osservazione: preapertura e post-apertura in modo da evidenziare eventuali differenze tra i due assetti organizzativi.

**Discussione:** La rilevazione pre e post-apertura di un reparto di terapia intensiva aperta ha evidenziato che la presenza dei familiari riduce lo stress del paziente e migliora il suo stato clinico e psicologico. La qualità delle cure e la relazione con il personale sono state percepite positivamente in entrambi i periodi, con un aumento significativo della comprensione delle informazioni mediche da parte dei familiari nel periodo post-apertura. La percezione del tempo adeguato alla visita è migliorata, così come l'importanza del supporto psicologico. Il personale ha ritenuto che l'apertura del reparto aumenti la fiducia e la trasparenza, senza interferire con il processo di cura, sebbene vi sia stato un leggero incremento nell'onere psicologico percepito (20%). I punteggi NAS indicano un aumento del carico di lavoro in entrambi i due periodi di rilevazione.

**Conclusioni:** L'apertura delle Terapie Intensive (ICU) migliora significativamente la soddisfazione e il benessere psicologico dei familiari dei pazienti, riducendo ansia. La liberalizzazione delle visite contribuisce a una migliore qualità e percezione delle cure. Il coinvolgimento dei familiari nei processi decisionali aumenta la fiducia nel personale sanitario e la trasparenza delle informazioni. Nonostante poche resistenze 8,9%, il personale ha riconosciuto i benefici del nuovo modello organizzativo, con un incremento della soddisfazione lavorativa. L'apertura delle ICU, ben gestita, può migliorare la qualità del lavoro senza aumentare il rischio di infezioni. Keyword: openICU, umanizzazione delle cure, qualità delle cure, fiducia

## INTRODUZIONE

Il contesto della terapia intensiva è comunemente percepito come un ambiente chiuso e inaccessibile, dominato da condizioni cliniche critiche e instabili, e da una complessità sia medica che infermieristica. Oltre agli aspetti clinici, vi è un'importante componente relazionale che implica una gestione delicata e professionale dei rapporti interpersonali, sia con i pazienti che con i loro familiari. In questo ambiente ad alta tensione, la presenza di familiari può diventare una fonte di supporto emotivo significativo per il paziente, ma anche una causa di stress aggiuntivo quando l'accesso è limitato o negato. Tradizionalmente, l'accesso a queste unità è stato severamente regolato, dando vita a ciò che viene definito come modello di “rianimazione chiusa”. Tuttavia, negli ultimi anni, si è assistito a un crescente interesse verso un approccio più inclusivo e umanizzato alla cura dei pazienti critici, portando all'adozione del modello di “rianimazione aperta”. Questo modello permette una maggiore flessibilità nell'accesso alle unità da parte dei familiari, con l'obiettivo di migliorare il benessere psicologico del paziente e dei suoi cari, oltre a favorire una maggiore trasparenza e fiducia nei confronti del personale sanitario. Proprio su questo aspetto pone le basi il progetto che si vuole attuare: La volontà è quella di cambiare l'organizzazione dell'ambiente di terapia intensiva nell'AST di Macerata; il progetto ideato, costruito ad hoc, realizzato e poi implementato nel suddetto contesto è stata una nuova strategia organizzativa caratterizzata da un vero e proprio percorso di “umanizzazione delle cure”. A supporto di questa nuova idea di “apertura” vi sono numerosi studi che dimostrano che aprire le porte della terapia intensiva possa apportare diversi benefici sia allo stato di salute del paziente che allo stato di apprensione e inquietudine che vivono i familiari in quel momento, infatti, il ricovero ospedaliero di una persona è un evento critico che mette in difficoltà l'intero nucleo familiare. In queste unità operative la porta chiusa, consente a tutti gli operatori di lavorare in modo ottimale ma favorisce ed accresce paure, incertezze, senso di esclusione e rabbia da parte del paziente e ancor più delle persone a lui significative che aspettano fuori dalla porta. La gravità clinica, la repentinità dell'evento, l'incertezza dell'esito terapeutico, sono alla base delle emozioni del paziente e dei familiari e sono aspetti difficili da gestire laddove non si è formati e preparati a farlo. La presenza di un familiare può rappresentare un contenimento della situazione ansiogena. Anche il futuro dell'assistenza si modifica nell'ottica di un processo di “umanizzazione”, è basato sulla costruzione ragionata e dinamica di percorsi che siano esplicativi di accuratezza e appropriatezza, atti a sviluppare modalità di relazione sempre più rispondenti alle esigenze delle persone e funzionali alla realizzazione degli obiettivi assistenziali. Infatti, attraverso una adeguata formazione, esiste la possibilità di prevedere approcci comportamentali professionali contraddistinti da flessibilità intellettuale, emotiva e di ascolto adattando il proprio modo di erogare assistenza ai pazienti e ai loro familiari.

# **CAPITOLO I**

## **Il modello di Terapia Intensiva Aperta**

La proposta di transizione verso un modello di terapia intensiva "aperta" mira a ristrutturare l'organizzazione tradizionale per promuovere un processo di umanizzazione delle cure. Questa nuova strategia organizzativa prevede l'integrazione di percorsi dinamici che rispondano in modo più adeguato e sensibile alle esigenze dei pazienti e dei loro familiari, garantendo al contempo l'efficacia degli obiettivi assistenziali. I benefici della rianimazione aperta includono potenziali miglioramenti negli esiti clinici, come una riduzione dello stress e dell'ansia nei pazienti e nei loro familiari, un miglioramento della soddisfazione del paziente e un incremento della fiducia nel personale sanitario. Questi vantaggi suggeriscono che l'umanizzazione delle cure in terapia intensiva possa non solo migliorare l'esperienza del paziente e dei suoi cari, ma anche influenzare positivamente la dinamica del team di cura. Nell'ambito della rianimazione aperta, si cerca di coinvolgere attivamente i pazienti e i loro familiari nel processo decisionale riguardante le cure mediche e il trattamento, offrendo loro informazioni chiare e comprensibili sulle condizioni del paziente, sulle opzioni di trattamento disponibili e sulle eventuali conseguenze. Si promuove la comunicazione aperta e trasparente tra il team medico, infermieristico, il paziente e i suoi familiari, consentendo loro di esprimere i loro desideri, preoccupazioni e preferenze riguardo alle cure.

## **L'Umanizzazione delle cure**

L'umanizzazione delle cure in terapia intensiva si concentra sull'importanza di considerare il paziente non solo come un caso clinico, ma come un individuo con bisogni emotivi, sociali e spirituali. Ciò significa prendere in considerazione non solo le cure mediche e fisiche, ma anche il benessere psicologico e emotivo del paziente e dei suoi familiari durante il periodo di degenza in terapia intensiva. Un elemento chiave nell'umanizzazione delle cure è l'empatia. Essere empatici significa tentare di comprendere cosa sta provando il paziente, entrando in una sorta di "sintonia emotiva" con lui. Questo comporta una comunicazione che va oltre le parole: tono della voce, linguaggio del corpo, e la capacità di ascoltare attivamente sono tutti aspetti cruciali. L'empatia permette ai professionisti della salute di offrire un supporto più significativo e personalizzato, contribuendo a ridurre l'ansia e il disagio del paziente.

Per realizzare l'umanizzazione delle cure in terapia intensiva, possono essere adottate diverse strategie, tra cui:

1. Comunicazione efficace e empatica con il paziente e i suoi familiari realizzabile attraverso:

- **l'Ascolto attivo:** I membri del team sanitario devono praticare un ascolto attivo, che implica non solo ascoltare ciò che viene detto, ma anche cogliere le emozioni e i bisogni impliciti nel messaggio del paziente o dei suoi familiari.
  - **Chiarezza e trasparenza:** È importante fornire informazioni chiare e comprensibili sulle condizioni del paziente, sulle opzioni di trattamento disponibili e sulle previsioni. Evitare il linguaggio medico troppo tecnico e utilizzare termini comprensibili per il paziente e i suoi familiari.
  - **Empatia:** Mostrare empatia è essenziale per stabilire un legame emotivo con il paziente e i suoi familiari. Dimostrare comprensione e sensibilità verso le loro emozioni e preoccupazioni contribuisce a instaurare fiducia e a migliorare la qualità della comunicazione.
  - **Rispetto e dignità:** È importante trattare il paziente e i suoi familiari con rispetto e dignità, riconoscendo la loro autonomia e il loro diritto di essere coinvolti nel processo decisionale riguardante le cure e il trattamento.
2. **Coinvolgimento attivo del paziente e dei suoi familiari nel processo decisionale riguardante le cure e il trattamento:** Includere i familiari nel processo di cura, quando possibile, è fondamentale. Questo non solo supporta il paziente, ma aiuta anche i familiari a sentirsi meno impotenti e più coinvolti.
  3. **Rispetto della dignità e della privacy del paziente.**
  4. **Promozione del comfort e del benessere del paziente attraverso la gestione del dolore, la riduzione dello stress e il sostegno emotivo.**
  5. **Promuovere un ambiente fisico confortevole e accogliente all'interno dell'unità di terapia intensiva:** personalizzare l'ambiente di cura può aiutare a rendere meno alienante il soggiorno in terapia intensiva. Ciò può includere modifiche nell'illuminazione, riduzione dei rumori, e la possibilità per i pazienti di avere oggetti personali vicino.
  6. **Formazione del personale:** la formazione continua del personale su come praticare l'empatia e migliorare le capacità comunicative è essenziale. Questo può includere workshop, sessioni di role-playing e supervisione regolare.
  7. **Supporto psicologico:** Fornire supporto psicologico non solo ai pazienti ma anche ai membri del team può prevenire l'esaurimento e migliorare la qualità dell'assistenza.
  8. **Feedback e miglioramento continuo:** Raccogliere feedback sia dai pazienti sia dai loro familiari può offrire spunti preziosi su come migliorare le pratiche di umanizzazione delle cure.

## Aspetti etici e legali

La rianimazione aperta si distingue dal modello chiuso principalmente per la sua filosofia di inclusione dei familiari nelle cure quotidiane e decisioni mediche, nonché per un accesso più libero e flessibile all'unità di terapia intensiva. Questi cambiamenti non sono privi di complessità, poiché sollevano importanti questioni etiche e legali, come il rispetto della privacy del paziente e la gestione delle informazioni sensibili.

- **Privacy e riservatezza:** Uno dei dilemmi più significativi riguarda la privacy del paziente. Con l'aumento del numero di visitatori, può diventare difficile garantire la riservatezza delle informazioni mediche. È essenziale stabilire chiare politiche di privacy che tutelino i dati del paziente pur permettendo la presenza dei familiari.
- **Sicurezza del paziente:** L'aumento dell'accesso ai visitatori può potenzialmente introdurre rischi soprattutto in un ambiente così delicato come la terapia intensiva. È fondamentale avere protocolli rigorosi e formare i visitatori sulle pratiche di sicurezza da seguire.
- **Equilibrio tra i bisogni dei pazienti e dei familiari:** È cruciale trovare un equilibrio tra il supporto emotivo che i familiari possono offrire e le esigenze mediche e di riposo del paziente. I professionisti della salute devono valutare attentamente quando e come i visitatori possono essere presenti per supportare al meglio il paziente senza interferire con la cura medica.
- **Impatto sul personale sanitario:** La presenza continua di familiari può aumentare il carico di lavoro del personale, che deve gestire le interazioni aggiuntive e a volte anche le aspettative o le richieste dei visitatori. È importante considerare l'impatto di queste pratiche sul benessere del personale e sull'efficienza del lavoro.
- **Decisioni di fine vita:** In situazioni di fine vita, la terapia intensiva aperta può complicare le già difficili decisioni mediche e etiche. La presenza dei familiari può essere una fonte di conforto, ma può anche portare a conflitti o disaccordi sulle decisioni di cura. La trasparenza, la comunicazione e il supporto sono essenziali in questi casi.
- **Autonomia del paziente:** L'autonomia del paziente è centrale nella pratica medica. In un ambiente di terapia intensiva aperta, è essenziale rispettare le preferenze del paziente riguardo alla presenza di familiari e amici, il che può influenzare il loro benessere psicologico e fisico.
- **Beneficenza e non maleficenza:** I medici devono agire nell'interesse del paziente, cercando di massimizzare i benefici e minimizzare i danni. La presenza di familiari può essere di supporto, ma può anche portare a stress aggiuntivo per alcuni pazienti o creare tensioni nel team di cura.

## **Aspetti Legali**

- **Legislazione sulla privacy:** Le leggi come il GDPR in Europa impongono rigidi requisiti sulla gestione delle informazioni sanitarie. È cruciale che gli ospedali stabiliscano politiche chiare per garantire che la presenza di visitatori non comprometta la conformità alla legge sulla protezione dei dati.
- **Direttive anticipate di trattamento (DAT) e consenso informato:** È fondamentale che i pazienti, ove possibile, esprimano le loro preferenze riguardo alla presenza di visitatori attraverso direttive anticipate o discussioni sul consenso informato. Questo aiuta a garantire che le loro volontà siano rispettate anche quando potrebbero non essere in grado di comunicare.
- **Responsabilità:** Le strutture devono considerare le implicazioni legali della terapia intensiva aperta, comprese le questioni di responsabilità se un visitatore dovesse essere coinvolto in un incidente o interferire con la cura del paziente.

Per navigare con successo queste acque etiche e legali, le istituzioni sanitarie possono adottare alcune strategie:

- **Formulazione di politiche chiare:** È essenziale che le strutture sanitarie sviluppino politiche chiare riguardo agli orari di visita, ai protocolli di sicurezza, e alle procedure di comunicazione per garantire che le pratiche di terapia intensiva aperta siano gestite in modo etico e sostenibile.

- **Formazione e supporto al personale:** Investire nella formazione del personale per migliorare la comunicazione con i familiari e gestire efficacemente le dinamiche complesse può aiutare a ridurre lo stress e migliorare l'efficacia delle cure.

- **Valutazione e feedback:** Implementare sistemi di valutazione e raccogliere feedback regolari da pazienti, familiari e personale può fornire dati preziosi per affinare continuamente le pratiche di terapia intensiva aperta.

- **Dialogo continuo:** Mantenere un dialogo aperto con i pazienti e le loro famiglie per comprendere le loro esigenze e aspettative, adattando le politiche se necessario.

## **Formazione e Adattamento Professionale**

La realizzazione di un ambiente di terapia intensiva aperta richiede un impegno significativo nella formazione del personale. È essenziale sviluppare competenze che includano flessibilità intellettuale ed emotiva, oltre a una capacità di ascolto raffinata, per adattare le modalità di assistenza alle esigenze emotive e psicologiche dei pazienti e dei loro cari. Questo approccio comportamentale permetterà

agli operatori sanitari di gestire meglio le situazioni ansiogene, riducendo l'incertezza e la tensione tanto nei pazienti quanto nei familiari.

### **Sintesi dei risultati della ricerca bibliografica**

Dopo aver condotto un'accurata ricerca bibliografica riguardo l'argomento di interesse e avendo analizzato più banche dati (medline, PubMed) o riviste indicizzate (Scopus), i risultati ottenuti dagli studi esaminati dimostrano che l'apertura delle Terapie Intensive contribuisce a migliorare significativamente la soddisfazione dei familiari e il loro stato psicologico. Attraverso questionari distribuiti sia prima che dopo l'apertura di queste unità, è emerso che l'allungamento degli orari di visita e un ambiente di sala d'attesa migliorato hanno avuto un impatto positivo significativo sulla soddisfazione dei familiari. Le evidenze scientifiche confermano che aprire le unità di terapia intensiva (ICU) al pubblico non comporta rischi medici e che l'uso di dispositivi di barriera come camici e mascherine non è efficace nel prevenire le contaminazioni esterne. Le infezioni nelle ICU sono principalmente nosocomiali, con un'incidenza cinque-dieci volte superiore rispetto ai reparti di medicina generale. Uno studio dell'ASSR del 2008 ha evidenziato che le limitazioni alle visite e l'uso di indumenti protettivi non riducono le infezioni, che sono causate da microrganismi nosocomiali e non dai visitatori (Lucchini, 2008). Uno studio del 2017 ha confermato che la presenza dei familiari non aumenta l'incidenza delle infezioni, mentre il lavaggio delle mani è efficace nella loro prevenzione (Giannini, A. 2017). La ricerca condotta negli Stati Uniti ha rivelato che il cambiamento nelle politiche di visita ha migliorato la percezione dell'atmosfera in sala d'attesa e l'allungamento degli orari di visita (Elliott Miller, 2021). Anche il personale sanitario ha risposto positivamente, sebbene siano emersi alcuni problemi relativi all'interferenza delle famiglie nella cura dei pazienti. Curiosamente, gli infermieri che avevano esperienza personale di ricovero tendevano a percepire una minore soddisfazione delle famiglie rispetto a quelli senza tale esperienza.

Parallelamente, un'indagine condotta a San Paolo, Brasile, ha confermato che un ambiente più aperto riduce i sintomi di ansia e depressione tra i familiari, evidenziando un legame diretto tra la soddisfazione e il benessere psicologico. Inoltre, i familiari di pazienti in gravi condizioni tendevano a mostrare maggiori sintomi di ansia e depressione, specialmente tra le donne (Chapman, D, 2016)

In Italia, due studi hanno esplorato le percezioni del personale infermieristico riguardo alle politiche di apertura. Nonostante il riconoscimento dei benefici etici e morali dell'apertura, esistono preoccupazioni riguardo alla prevenzione delle infezioni e alla gestione del lavoro in situazioni di urgenza, con il 67% degli infermieri che preferirebbe mantenere le Terapie Intensive chiuse (Giannini, A, 2010). Tuttavia, i familiari hanno espresso grande soddisfazione per le politiche di apertura, sottolineando una migliore comunicazione e supporto informativo.

Infine, lo studio di Giannini A. in Italia ha rivelato che, sebbene l'apertura abbia migliorato l'interazione con i familiari, ha anche aumentato i livelli di burnout tra il personale sanitario, specialmente dopo la liberalizzazione delle visite, mettendo in luce la necessità di equilibrare l'accesso dei familiari con il benessere degli operatori sanitari.

In sintesi, l'umanizzazione delle cure in terapia intensiva non è solo un imperativo etico, ma una pratica che migliora tangibilmente l'assistenza sanitaria. Adottare un modello di cura aperto e inclusivo aiuta a rafforzare il rapporto tra pazienti, familiari e personale sanitario, trasformando l'ambiente di terapia intensiva in un luogo meno alienante e più accogliente, dove la cura del corpo si accompagna indissolubilmente alla cura della persona nella sua totalità. Inoltre, porta vantaggi significativi in termini di soddisfazione e salute psicologica dei familiari, ma richiede un'attenta gestione delle dinamiche tra il personale sanitario e le famiglie per mitigare potenziali stress e mantenere l'efficacia dell'assistenza (Rega, 2006).

Stress per il paziente: La presenza dei familiari in ICU riduce l'ansia, lo stress e migliora il sonno. Studi mostrano che la solitudine, l'ansia e la mancanza di informazioni sono tra le principali cause di sofferenza per i pazienti in ICU. La presenza dei cari normalizza i parametri vitali e riduce le complicanze cardiocircolatorie. Studi italiani e nordamericani dimostrano che il contatto con i familiari riduce le complicanze cardiovascolari, l'ansia e gli ormoni dello stress (Wesley, 2016).

Stress per la famiglia: La presenza dei familiari in ICU è cruciale per ridurre lo stress e l'ansia dei parenti, che spesso sviluppano sintomi di ansia, depressione e sindrome post-traumatica da stress. Studi hanno dimostrato che un maggiore accesso dei familiari ai pazienti in ICU riduce questi sintomi e aumenta la fiducia nel personale sanitario.

Violazione della privacy: salvaguardare la privacy in ICU, si possono utilizzare sistemi di separazione mobili per garantire la riservatezza fisica e stanze riservate per la comunicazione delle informazioni mediche, evitando comunicazioni frettolose e non private che aumentano lo stress (Bracci, 2008).

Interferenza durante attività lavorativa: La presenza dei familiari può rallentare il lavoro dell'equipe sanitaria, ma non riduce il livello di cura. Studi francesi e americani mostrano che medici e infermieri temono l'apertura delle ICU a causa delle potenziali interruzioni, anche se una maggiore fiducia e trasparenza verso il personale sanitario possono migliorare la comunicazione e il supporto educativo per i familiari.

## Benefici del modello aperto:

- Per il paziente:
  - Miglioramento delle procedure di assesment in fase di ammissione (facilitazione alla presa in carico e raccolta di dati anamnestici);
  - Riduzione del senso di isolamento;
  - Riduzione dell'incidenza di stati ansiosi e depressivi stress-correlati;
  - Riduzione al ricorso di sistemi di contenzione fisica;
  - Riduzione al ricorso di presidi di contenzione farmacologica (sedazione);
  - Miglioramento dei parametri vitali e riduzione delle complicanze cardiovascolari
- Per la famiglia:
  - Percezione di un elevato standard qualitativo di cure (filosofia di cura innovativa);
  - Riduzione dello stress correlato al ricovero in area critica;
  - Maggior senso di fiducia verso gli operatori sanitari (trasparenza);
  - Miglior integrazione dei familiari nell'ambiente intensivo, favorente un coping più efficace in risposta ad una situazione fortemente stressante e, presumibilmente, riduzione conseguente della conflittualità;
  - Continuità delle informazioni;
  - Coinvolgimento effettivo della famiglia nei processi di decision making.
- Per i curanti:
  - La famiglia come reale risorsa alla facilitazione delle cure
  - Sviluppo di competenze comunicative orientate alla relazione terapeutica;
  - Esperienza professionalizzante all'interno di un modello e filosofia di cura più completo (organo e persona);
  - Valorizzazione dei ruoli professionali e del loro operato.

## **Capitolo II**

### **Obiettivo – Il progetto**

Come già sottolineato, il ricovero in Terapia Intensiva comporta un "costo aggiuntivo", non associato alla condizione medica che ha necessitato l'ospedalizzazione, bensì derivante dall'isolamento e dalla limitazione degli incontri con i propri cari. Questo aspetto rappresenta una sfida aggiuntiva per i pazienti, aggravando la loro esperienza ospedaliera. 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 (Cutini, 1995) .

Dopo un'attenta analisi dei dati raccolti dalla ricerca bibliografica, è stata presa la decisione di ristrutturare l'assetto organizzativo dell'Unità Operativa di Rianimazione di Macerata per offrire un'assistenza più umanizzata. Il presente lavoro mira a descrivere dettagliatamente i vari passaggi che hanno guidato la modifica di questa struttura organizzativa, mettendo in luce la logica e il processo che hanno condotto all'elaborazione del progetto di cambiamento.

Una volta confermata la fattibilità del progetto, l'intento sarà di implementarlo nell'ambito della Rianimazione di Macerata e di procedere successivamente alla valutazione degli esiti. In particolare, si analizzerà se la nuova struttura organizzativa confermerà i risultati della ricerca e quali cambiamenti concreti sono stati introdotti. Attraverso l'impiego di questionari validati, si valuteranno la soddisfazione dei familiari dei pazienti, la percezione e la soddisfazione del personale, nonché il carico di lavoro effettivamente sostenuto dal personale con una scala utilizzata nell'ambiente di TI.

### **Analisi di contesto**

In seguito a una serie di incontri con i membri dell'Unità Operativa, è stata condotta un'analisi dettagliata del contesto organizzativo vigente, evidenziando specifici punti di forza e debolezze. L'attuale configurazione organizzativa si caratterizza per essere particolarmente restrittiva, con orari limitati per le visite giornaliere e brevi opportunità di dialogo con il personale medico e infermieristico. Tale restrizione genera una condizione di isolamento per i familiari dei pazienti, i quali spesso si trovano “soli” di fronte al paziente, e al termine delle visite, portano con loro sentimenti di inquietudine, ansia e dubbi. E’ emersa, in aggiunta, la necessità di introdurre una figura professionale dedicata a supportare i familiari nei momenti critici.

Un ulteriore ostacolo riscontrato è rappresentato dall'obbligo di indossare dispositivi di protezione individuale, quali copricapo, camici monouso, calzari e guanti, che impediscono il contatto diretto e ostacolano la comunicazione emotiva tra il visitatore e il paziente. L'accesso è regolamentato da un numero e in durata limitata di accessi per paziente (un visitatore al giorno per paziente).

È stato inoltre riconosciuto che l'ambiente di cura, se ben curato e accogliente, può migliorare significativamente l'approccio psicologico dei familiari all'entrata in Terapia Intensiva, come sostenuto dalla letteratura sul tema.

Per sistematizzare i risultati dell'analisi contestuale è stata elaborata una matrice SWOT, che ha permesso di categorizzare chiaramente i punti di forza e debolezze interne, nonché le opportunità e le minacce esterne. Sulla base di questa analisi, è stato sviluppato un progetto di cambiamento e condotta un'analisi di fattibilità. Questo ha portato alla formulazione di un protocollo specifico, mirato a valorizzare i punti di forza esistenti e a mitigare le debolezze e le minacce identificate.



## **Progetto di miglioramento – Il protocollo**

Il progetto è quello di modificare l'assetto organizzativo e rendere l'assistenza in TI il più possibile aperta e umanizzante. Il protocollo stilato è stato creato per rispondere alle necessità dei familiari, al benessere del paziente e alle necessità del team medico e infermieristico. Infatti, modificare l'assetto organizzativo significa modificare anche il modo di svolgere l'attività e sia il modo di pensare delle persone che fanno parte di quel preciso contesto. È fondamentale che i membri del team siano aperti al cambiamento, specialmente quando devono operare sotto lo sguardo attento dei familiari dei pazienti.

Un passo cruciale in questa trasformazione è la formazione del personale, che deve mirare a potenziare le capacità di comunicazione ed empatia. Formare il personale in questo modo non solo migliora l'interazione con i pazienti e i loro cari, ma contribuisce anche a creare un ambiente di lavoro più supportivo e comprensivo (ANIARTI,2019).

### **Familiari e aspetto relazionale: Empatia**

La “Terapia Intensiva aperta” va considerata nella sua completezza di significato: non 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. 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 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.

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. 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. 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. 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.

### **Coinvolgimento del familiare nel processo di cura**

Il coinvolgimento del familiare è fondamentale in questo nuovo assetto organizzativo. 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. È stato dimostrato che le ansie dei familiari diminuiscono se hanno la possibilità di vedere il proprio caro per più tempo, se hanno la possibilità di parlare con i medici e gli infermieri tutti i giorni e se assistono al processo di cura del proprio caro.

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. 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.

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. 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 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. È importante garantire all'équipe medico-infermieristica tempi e spazi propri, consentendo libertà nella comunicazione, pieno rispetto della confidenzialità e anche qualche indispensabile pausa non frammentata da interruzioni.

### **Supporto psicologico**

Un'altra necessità è rappresentata dalla presenza di una figura professionale di supporto sia per il malato, per i familiari e anche per gli operatori: lo psicologo. 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. 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.

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 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. 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.

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 ri-strutturare 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 ognuno.

### **Gestione del fine vita**

Il problema della gestione del fine vita e quindi di organizzare un ambiente più raccolto e intimo per il paziente che si trova in una situazione di fragilità è uno dei punti di debolezza della TI. Strutturalmente le TI di oggi sono ambienti unici dove i letti sono posizionati uno di fianco all’altro e la privacy per ogni paziente è ridotta o quasi del tutto assente. In situazioni di gravità per la vita del paziente o di fine vita è emerso che non vi sono spazi dedicati ai pazienti e ai suoi familiari di accompagnamento alla morte. 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.

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.

## **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.

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 équipe 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 équipe 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.

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.

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 conseguente danno per i pazienti, stress per i familiari, disagio per il personale e costi per la struttura.

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 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.

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).

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.

| SBAR                  | I-PASS                                          |                                                                         |                                                                                             |
|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | FUNZIONE                                        | NUCLEO INFORMATIVO                                                      | CONTENUTO                                                                                   |
| <b>Situation</b>      | <b>I - Illness</b><br>(gravità)                 | Tipo e gravità della patologia                                          | Stabile, da tenere in osservazione, instabile                                               |
| <b>Background</b>     | <b>P - Patient</b><br>(riassunto)               | Anamnesi e sintesi clinica                                              | Diagnosi principale. Motivi del ricovero. Percorso di cura. Accertamenti in corso.          |
| <b>Assessment</b>     | <b>A - Action</b><br>(programma)                | Lista delle attività                                                    | Cose da fare. Programma. Priorità. Tempistica.                                              |
| <b>Recommendation</b> | <b>S - Situation</b><br>(pianificare-allertare) | Conoscenza della situazione e pianificazione delle possibili evoluzioni | Condizioni del paziente al momento della consegna. Previsioni di possibili evoluzioni.      |
|                       | <b>S - Synthesis</b><br>(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. |

Tabella1

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.

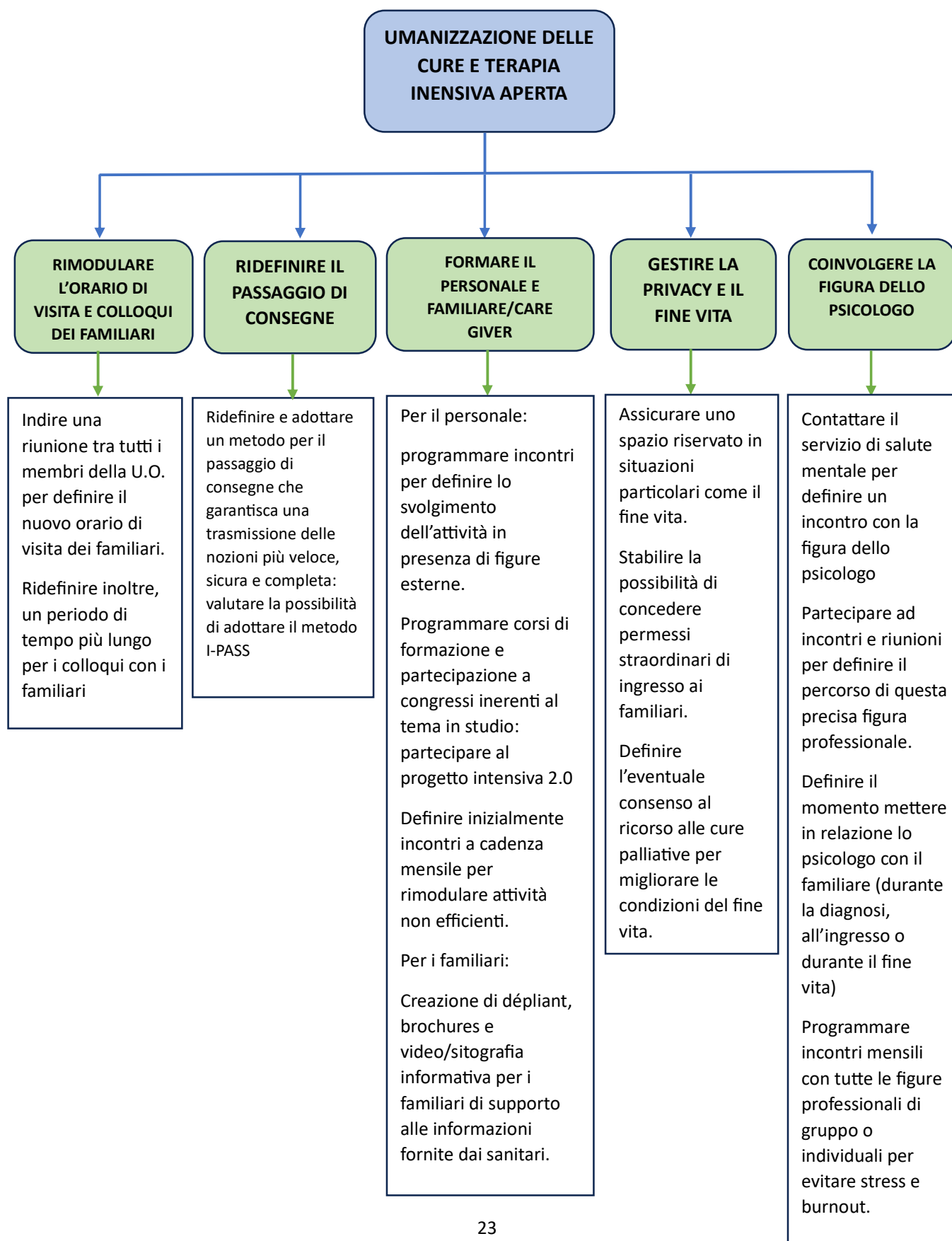
### **Stima della fattibilità**

Dopo un'attenta analisi sono stati scelti gli strumenti di valutazione. È stato deciso di fare una valutazione sia nel periodo precedente l'apertura che nel periodo dopo l'apertura della TI.

Gli stessi questionari verranno poi somministrati prima e dopo l'apertura della Terapia Intensiva (è stato concordato con il direttore della U.O. di attendere circa due mesi prima della somministrazione per poter organizzare al meglio l'attività e rendere la valutazione più realistica possibile).

Una volta svolta con la direzione medica e infermieristica l'analisi di fattibilità (allegato 1) e inviate le richieste si è passati alla realizzazione del protocollo, delineando in maniera analitica obiettivi generali, specifici e relative attività per mettere in atto il protocollo redatto sulla base delle evidenze e scientifiche ottenute dai risultati della ricerca e sulla base dell'analisi di contesto effettuata. Tutto è stato, infine, riassunto in un diagramma di Gantt (riportato di seguito) alla direzione sanitaria.

## Obiettivi generale e specifici



## ATTIVITA'

Per ogni obiettivo specifico è stato collegato un indicatore che ci valuta l'attività svolte in termini input o output.

### 1. OBIETTIVO SPECIFICO: rimodulare orario di visita e colloqui con i familiari

#### ATTIVITA':

- indire una riunione per stabilire il nuovo orario di ingresso in TI e il tempo a disposizione per i colloqui con i familiari
- organizzare sessioni di debriefing a cadenza bimestrale per valutare se la nuova organizzazione sia adatto al lavoro dell'equipe e se vi sono attività da definire o situazioni da rimodulare

#### COMPITO:

- definizione del nuovo orario di ingresso dalle ore 14.00 alle ore 22.00
- definizione della fascia oraria per i colloqui dalle ore 12.30 e alle ore 18.30

INDICATORE: valutazione della qualità percepita utilizzando come strumento il questionario per la soddisfazione dei familiari e valutazione del carico di lavoro effettivo e percepito dal personale.

### 2. OBIETTIVO SPECIFICO: adottare un nuovo metodo per il passaggio di consegne

#### ATTIVITA':

- rendere il passaggio di consegne più snello e veloce
- evitare di perdere informazioni fondamentali per l'assistenza
- rivalutazione a distanza del nuovo metodo adottato

COMPITO: adozione di un modello standardizzato per il passaggio di consegne, metodo I-PASS

INDICATORE: valutazione del metodo in termini di efficacia in base alle informazioni acquisite e non perse nel momento del passaggio delle consegne.

### 3. OBIETTIVO SPECIFICO: formazione del personale

#### ATTIVITA':

- Creare eventi formativi sia in presenza che on line sulla Terapia Intensiva aperta, circa il significato, le regole e la nuova visione del concetto di rianimazione e capire realmente gli eventuali benefici.
- Fare ricerca bibliografica per capire quale sia l'esperienza altrui sull'argomento
- Organizzare incontri con tutto il personale per definire le modalità per l'apertura e modificare l'assetto organizzativo e rendere di più facile comprensione questo ambiente al familiare che entra nella realtà di TI.

#### COMPITO:

- Partecipare al progetto formativo Intensiva 2.0 da cui poter prendere suggerimenti, capire come approcciare a questa realtà
- Creare gruppi di lavoro e di ricerca per scoprire quali sono state le esperienze nel resto del mondo
- Creare opuscoli informativi, sito internet e video che spiegano in breve e in modo semplice cosa significa Terapia Intensiva Aperta definendo anche poche semplici regole da adottare durante la visita al proprio caro.

#### INDICATORE:

- di output: viene valutato in base al numero minimo di adesioni alle riunioni, ai gruppi di lavoro svolti e ai corsi di formazioni proposti
- di outcome: valutato in base alle conoscenze raggiunte dopo corsi di formazioni ecm, e risultati ottenuti con le ricerche.

### 3.1. OBIETTIVO SPECIFICO: informazione del care giver/familiare

#### ATTIVITA':

- Consegnare prima dell'ingresso in TI opuscoli, nome del sito internet e video in modo da acquisire le conoscenze di base necessarie per stare in TI
- Acquisire le regole di base della TI in modo da rendere la permanenza nell'ambiente intensivo sicura per il paziente e per loro stessi

#### COMPITO:

- Fare in modo che il familiare acquisisca le informazioni necessarie per entrare

- Acquisizione e rispetto delle regole della TI: orari, orari dei colloqui con il personale medico, barriere fisiche da indossare standard e aggiuntive (in base alle situazioni), rispetto della privacy, gestione del momento dell'urgenza ed eventuale gestione del fine vita del proprio familiare.

INDICATORE: valutare attraverso la somministrazione del questionario la qualità percepita dal familiare.

#### 4. OBIETTIVO SPECIFICO: gestione della privacy e del fine vita

ATTIVITA':

- Definire la modalità per garantire la privacy in determinate situazioni: igiene personale, situazioni di urgenza/emergenza, pazienti in isolamento da contatto, fine vita.
- Gestione straordinaria del fine vita: definire una modalità differenziata fatta di permessi speciali di ingresso dal punto di vista dell'orario ma anche del numero di familiari, adibire quando possibile uno spazio riservato per questa particolare situazione e considerare la possibilità di una presenza di supporto psicologico per il familiare.

COMPITO:

- Adibire lo spazio in modo che ogni unità del malato sia quanto più riservata possibile e predisporre dei pannelli di separazione tra un'unità e un'altra a richiesta del paziente o per ogni evenienza sopra riportata.
- Rendere l'orario di ingresso più flessibile in particolari situazioni soprattutto durante il fine vita
- Creare nella zona più riservata del reparto uno spazio dedicato a questo particolare momento in modo da garantire la privacy e a riservatezza per il paziente e per i familiari. Se possibile pensare alla presenza di una stanza separata da poter riservare alla famiglia nel momento del fine vita.
- Inserire la figura dello psicologo che accompagna il familiare in questo momento particolare.

INDICATORE: valutazione della qualità percepita dal familiare e dall'operatore con la somministrazione dei questionari.

5. OBIETTIVO SPECIFICO: coinvolgere la figura dello psicologo a supporto del personale e dei familiari

ATTIVITA':

- Coinvolgere la figura professionale dello psicologo in accordo con la direzione dell'ospedale in modo da poter creare un percorso con il progetto in atto.
- Pensare alla presenza di una figura professionale di supporto per tutto il personale che sia di guida e di supporto in questo cambiamento radicale con l'obiettivo di sviluppare al massimo un approccio empatico e allontanare la possibilità di burnout a lungo andare.
- Indire riunioni con tutto il personale a cadenza mensile per poter trattare e parlare del nuovo approccio lavorativo ed evidenziare eventuali dubbi, tensioni, stress che fa carico al personale.
- Definire la presenza dello psicologo all'interno del percorso di guarigione del paziente e a supporto del familiare.

COMPITO:

- Prendere accordi con la direzione e il servizio di igiene mentale per creare un percorso preciso all'interno della TI
- Indire riunioni mensili per coinvolgere e dare supporto al personale con l'obiettivo di allontanare il problema del burnout.
- Creare una finestra psicologica a disposizione del familiare sia a richiesta che inserito nel percorso di guarigione del paziente.
- Creare un percorso preciso e diversificato di supporto della famiglia nel momento del fine vita.

INDICATORE: somministrazione del questionario di gradimento di intensiva 2.0 inerente allo stato psicologico per il familiare e questionario BAVIQ della qualità percepita dal personale. In termini di output si valuta anche la partecipazione agli incontri con la figura professionale di supporto psicologico e infine a lungo termine anche l'efficacia di tale supporto con l'obiettivo di evitare situazioni di burnout (valutare dopo l'apertura se vi è un incremento dei giorni di assenteismo del personale e un aumento dello stress lavorativo percepito).

## Diagramma Gantt

| ATTIVITA'                                                                                                                             | G | F | M | A | M | G | L | A | S | O | N | D |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Indire riunioni a cadenza bimestrale con tutto il personale                                                                           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Partecipazione a corsi di formazione interni ed esterni e/o congressi sul tema studiato                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Partecipazione al progetto delle rianimazioni aperte di Intensiva 2.0 e rivalutazione dell'adesione in itinere                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Formulazione del sito internet, brochures e dépliant e composizione di video informativi                                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Adozione del nuovo orario di visita e degli orari dedicati ai colloqui                                                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| adozione del metodo I-PASS per il passaggio di consegne                                                                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Coinvolgimento di una figura professionale: psicologo, definire il suo ruolo con il familiare e programmare incontri con il personale |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Definire spazi e gestione del fine vita (separé ed eventuale spazio dedicato)                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Definizione e acquisizione delle regole da adottare durante la visita in terapia intensiva                                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

## **MATERIALI E METODI**

### **Contesto dello Studio**

Lo studio è stato condotto presso l'Unità di Terapia Intensiva (UTI) dell'Ospedale provinciale di Macerata. L'UTI è una struttura di 8 posti letto, che fornisce cure intensive a pazienti critici con una varietà di condizioni mediche e chirurgiche.

### **Progettazione dello Studio**

Lo studio è di tipo sperimentale, con l'obiettivo di valutare gli effetti della politica di terapia intensiva aperta sui pazienti, sulle famiglie e sul personale sanitario. Il periodo di osservazione comprende anche il periodo pre-apertura rilevando infine eventuali differenze tra i due assetti organizzativi.

- **periodo di osservazione:** Settembre 2023 a Maggio 2024.
- **Periodo preapertura:** fine Agosto/Settembre- Ottobre 2023
- **Periodo post apertura:** Aprile-Maggio 2024

### **Partecipanti**

I partecipanti dello studio includono:

- **Pazienti:** Tutti i pazienti ammessi all'UTI durante il periodo di studio.
- **Familiari:** Familiari o caregiver principali dei pazienti ammessi.
- **Personale Sanitario:** Medici, infermieri che lavorano nell'UTI.

### **Criteri di Inclusione**

- Pazienti con un soggiorno in UTI superiore a 24 ore
- Familiari disponibili a partecipare al programma di terapia intensiva aperta

### **Criteri di Esclusione**

- Pazienti che soggiornavano per qualche ora
- Familiari che rifiutano di partecipare

### **Descrizione dell'Intervento**

La terapia intensiva aperta è stata implementata con le seguenti caratteristiche:

- **Orari di Visita:** I familiari sono stati autorizzati a visitare i pazienti dalle 12 alle 22, con restrizioni minime.

- Abolizione dei dispositivi di protezione individuali per tutti i familiari ad eccezione di quelli che si trovano in isolamento da contatto per batteri multiresistenti (in tal caso permangono guanti e camice)
- Coinvolgimento dei Familiari: I familiari sono stati coinvolti nelle decisioni cliniche e nelle cure quotidiane dei pazienti, ove possibile.
- Formazione e Supporto: Sono stati offerti sessioni di formazione per i familiari riguardanti le cure intensive e il supporto psicologico.
- Formazione continua per operatori: corsi di formazione per operare al meglio in un contesto di terapia Intensiva aperta e sessione mensili di confronto con tutto il personale per valutare e monitorizzare l'andamento. In supporto agli operatori sessioni di confronto anche con lo psicologo per abolire la minaccia del burnout.
- Fine vita: gestione della privacy e supporto psicologico

### **Raccolta Dati**

I dati sono stati raccolti utilizzando:

- Questionari: Somministrati a familiari e personale sanitario per valutare la soddisfazione, lo stress e la percezione della qualità delle cure. Raccolta condotta anche attraverso interviste Semi strutturate ovvero condotte con familiari e personale sanitario per approfondire le esperienze e le opinioni riguardanti la terapia intensiva aperta.
- Rilevazione oggettiva del carico di lavoro con opportuna scala, rilevazione giornaliera su ogni paziente presente in TI.

### **Strumenti di Misura**

Il periodo di osservazione antecedente l'apertura delle "porte" è stato di due mesi e sono stati somministrati questionari validati per valutare:

- La soddisfazione dei familiari attraverso l'utilizzo del questionario validato Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI)
- Integrazione del questionario ai familiari con una parte che indaga la componente psicologica: adesione al progetto Intensiva 2.0
- Carico di lavoro degli operatori sanitari con la scheda NAS (Nursing Activities Score)
- Soddisfazione e la percezione degli infermieri questionario validato BAVIQ (Beliefs and Attitudes towards Visiting in ICU questionnaire)

È stato deciso di somministrare i questionari durante il colloquio con il medico (dando la possibilità di poterlo compilare a domicilio) dopo 24 ore dal ricovero.

### **Analisi dei Dati**

I dati quantitativi sono stati analizzati e inseriti in apposite tabelle. Le variabili continue sono state descritte come media e deviazione standard. Le interviste qualitative sono state trascritte e analizzate utilizzando un approccio tematico.

### **Realizzazione**

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 15:00 alle 22:00 contemplando però anche permessi estemporanei quando le circostanze lo richiedono. Per esempio, in caso di pazienti svegli che richiedono la presenza dei familiari questa deve essere garantita per la maggior parte del tempo. Inoltre, 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 le soprascarpe, prima e dopo la visita devono lavarsi accuratamente le mani nei lavandini posti dietro il letto. Soltanto in casi eccezionali, come in presenza di pazienti con infezioni da germi multi-resistenti consigliamo di indossare anche un camice protettivo (di questo i visitatori saranno prontamente informati prima di entrare).

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 multiethnicità 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 12:30 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 gruppo 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 e-mail (Gurley,1995).

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 Consegne 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 III – L’implementazione**

### **Fase I: PRE-APERTURA**

Il periodo di riferimento è: Fine Agosto 2023 - Fine Ottobre 2023

Durante questa fase, sono stati condotti diverse rilevazioni per valutare la qualità percepita dai familiari dei pazienti e il carico di lavoro (effettivo e percepito) del personale. Ecco una descrizione dettagliata delle attività svolte:

- Rilevazione della Qualità Percepita dai Familiari

È stato distribuito un questionario modificato del “Critical Care Family Need Inventory”, che è stato riorganizzato per raggruppare le domande in macroaree. Sono state selezionate 11 domande chiave per rilevare la qualità percepita dai familiari e il questionario termina con l’integrazione della parte relativa del questionario “Intensiva 2.0”: 5 domande che indagano l’area personale e psicologica. Il questionario è stato distribuito a 30 famiglie, di cui 10 hanno restituito il questionario compilato.

Le macroaree del questionario sono:

- Soddisfazione e Qualità Percepita
- Comprensione delle Informazioni: Completezza e Chiarezza
- Area Psicologica ed Empatia

- Rilevazione del Carico di Lavoro Oggettivo

Il carico di lavoro nell’unità operativa è stato misurato quotidianamente utilizzando la scala NAS (Nursing Activities Score). Durante il periodo di osservazione, sono stati raccolti dati relativi a 44 pazienti.

- Rilevazione della qualità percepita dal personale con il BAVIQ (Beliefs and Attitudes towards Visiting in ICU Questionnaire).

Al personale dell’unità operativa è stato somministrato il questionario validato BAVIQ (Kirchhoff, K., et al 1993), mirato a rilevare la qualità e il carico di lavoro percepito dal personale. In totale, sono stati raccolti 23 questionari compilati.

Questa fase di osservazione preapertura ha permesso di raccogliere dati cruciali sia dai familiari dei pazienti che dal personale, consentendo una valutazione complessiva della qualità percepita e del

carico di lavoro nell'unità di terapia intensiva. Queste informazioni saranno fondamentali per migliorare i processi e l'organizzazione dell'unità.

## Risultati preapertura

### QUESTIONARIO “Critical Care Family Need Inventory”

| Soddisfazione e qualità percepita                                                                                                                                                                                                    |                      |            |             |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|-------------|-------|
| Domande                                                                                                                                                                                                                              | Del tutto inadeguata | Inadeguata | Sufficiente | Buona |
| 1. Come valuta la completezza delle informazioni fornite al momento del ricovero del vostro caro e del vostro primo accesso in Terapia Intensiva? (orari di apertura, n. di telefono, raccomandazioni, organizzazione dell'ambiente) |                      |            |             | 10    |
| 2. Come valuta la relazione con il personale medico e la loro disponibilità?                                                                                                                                                         |                      |            |             | 10    |
| 3. Come valuta la quantità di tempo a disposizione che il personale dedica al colloquio con i familiari?                                                                                                                             |                      |            | 5           | 5     |
| 4. Come valuta la relazione con il personale infermieristico e la loro disponibilità?                                                                                                                                                |                      |            |             | 10    |
| 5. Come valuta la cura della persona e l'attenzione che gli operatori dedicano al suo familiare?                                                                                                                                     |                      |            |             | 10    |
| 6. Come valuta la quantità di tempo messo a disposizione per le visite al suo caro?                                                                                                                                                  |                      | 2          | 4           | 4     |

| comprensione e completezza delle informazioni                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                |           |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|-----------|-----------------|---|------------|------------|------------|------------|---|---|---|----|--|--|--|--|--|--|------------|------------|------------|------------|
| Domanda                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NO            | POCO           | SI        |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 7. Ha compreso le previsioni sulla guarigione dalla malattia?                                                                                                                                                                                                                                                    | 2             | 2              | 6         |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 8. Ha capito quali trattamenti verranno effettuati?                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 2              | 8         |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 9. Complessivamente quanto ritiene di aver compreso le informazioni che le sono state date?<br>Scala 1= PER NIENTE                      10= MOLTO                                                                                                                                                                |               |                |           |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> <td>7</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2<br/>(20%)</td> <td>3<br/>(30%)</td> <td>2<br/>(20%)</td> <td>2<br/>(20%)</td> </tr> </table> |               |                |           | 1               | 2 | 3          | 4          | 5          | 6          | 7 | 8 | 9 | 10 |  |  |  |  |  |  | 2<br>(20%) | 3<br>(30%) | 2<br>(20%) | 2<br>(20%) |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2             | 3              | 4         | 5               | 6 | 7          | 8          | 9          | 10         |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |                |           |                 |   | 2<br>(20%) | 3<br>(30%) | 2<br>(20%) | 2<br>(20%) |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| Area psicologica ed empatica                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                |           |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| Domanda                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Non rilevante | Poco rilevante | Rilevante | Molto rilevante |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 10. come valuta la possibilità di avere un riferimento da contattare quando non è possibile visitare il familiare?                                                                                                                                                                                               |               |                |           | 10              |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 11. È utile la presenza di altre figure sanitarie di supporto che la possano aiutare in questo momento particolare? (es. psicologo, assistente spirituale...)                                                                                                                                                    | 1             | 3              | 4         | 2               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| Intensiva 2.0                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                |           |                 |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| Domanda                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Mai           | A volte        | Spesso    | Quasi sempre    |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 12. Si sente teso e irritato?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | 2              | 6         | 2               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 13. Ha paura?                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | 3              | 7         | 1               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 14. Ha preoccupazioni?                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 3              | 3         | 4               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 15. Ha difficoltà ad addormentarsi e mantenere il sonno?                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                | 6         | 4               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 16. Ha perso interesse per attività che prima considerava importanti?                                                                                                                                                                                                                                            | 1             | 2              | 2         | 5               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |
| 17. Ha aspettative positive per il futuro?                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2             | 2              | 2         | 4               |   |            |            |            |            |   |   |   |    |  |  |  |  |  |  |            |            |            |            |

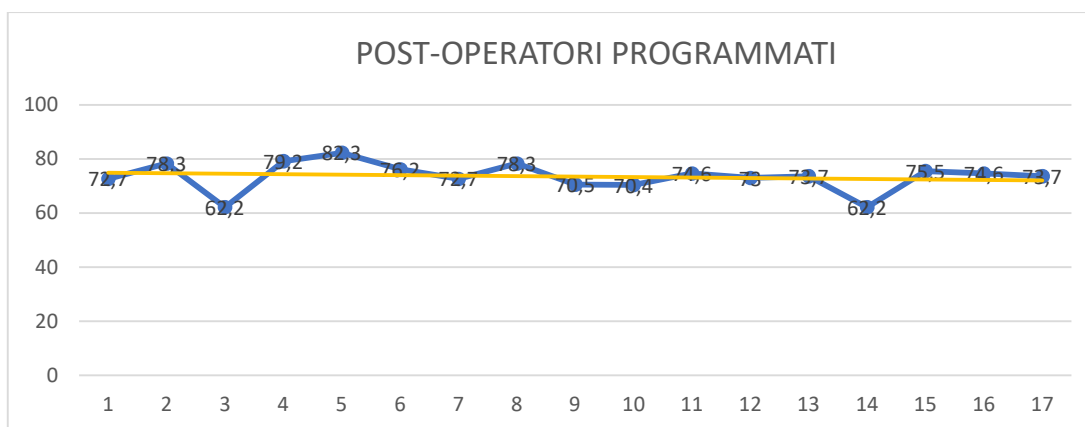
## NAS (Nursing Activities Score)

Per avere una migliore oggettivazione del risultato, nella rilevazione della scala NAS divideremo i pazienti in base al motivo del ricovero:

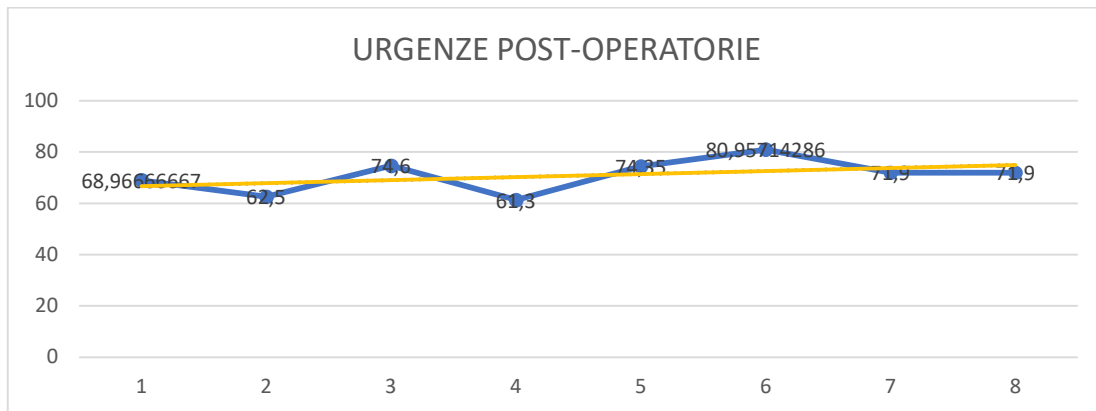
- Pazienti post-operatorio programmato prima dell'intervento
- Pazienti operati in urgenza o emergenza
- Politraumi o altre patologie emergenti

La raccolta dati eseguita, ogni 24 ore, su tutti i pazienti presenti in rianimazione per il periodo che intercorre dal 1/09/2023 al 31/10/2023 ha portato alla formazione di un database con relative medie dei punteggi ottenuti giornalmente sui pazienti.

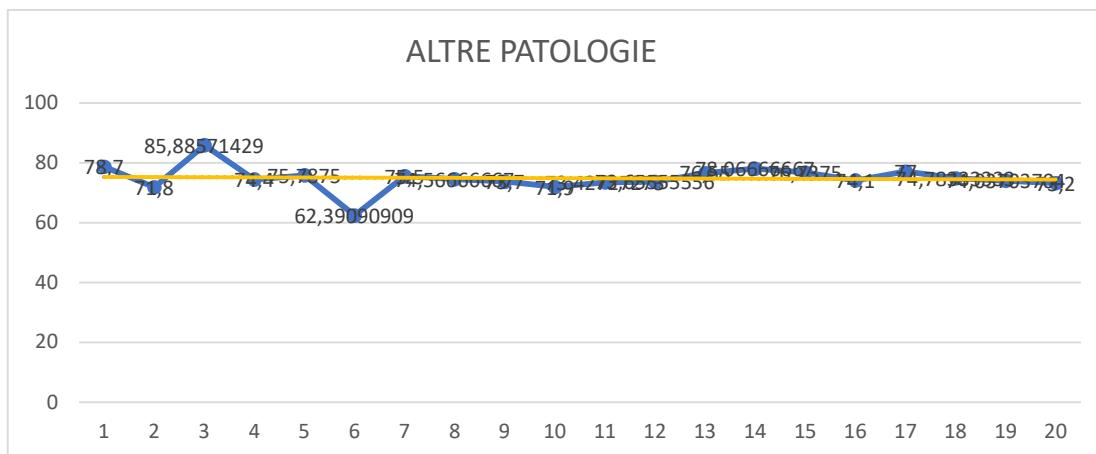
- si evince che i pazienti che stazionavano in rianimazione dopo un intervento chirurgico programmato hanno una media dei punteggi ottenuti con valutazione del carico di assistenza infermieristica di 73,7 con una linea di tendenza lievemente in discesa nel mese di ottobre. In media i pazienti ricevono cure per 48 ore dopo l'intervento. La media delle giornate è 2.



- la media dei punteggi dei pazienti che sono arrivati in rianimazione dopo un intervento in urgenza hanno ricevuto cure intensive in media 3 giorni. La mediana dei loro punteggi ottenuti dopo valutazione è di 71,9 con un trend lievemente in salita nel mese di ottobre.



- nei mesi di osservazione il numero più elevato di pazienti che sono stati ricoverati in Rianimazione apparteneva al gruppo in questione, pazienti che sono stati ricoverati in urgenza per patologie mediche emergenti. La media dei giorni di ricovero è di 9 giorni (minimo di 3 e un massimo di 27). Il punteggio medio ottenuto di carico infermieristico è di 74,48 con una tendenza nei mesi stabile.



### Questionario BAVIQ (Beliefs and Attitudes towards Visiting in ICU Questionnaire)

Il periodo di osservazione si riferisce a tutto il periodo che hanno vissuto come rianimazione chiusa e la rilevazione è stata condotta prima dell'apertura. Il questionario utilizzato è il BAVIQ ed è stato modificato in lunghezza. Si chiede al personale di valutare l'attuale assetto di rianimazione chiusa ma anche di pensare a come potrebbe essere la loro attività a porte aperte. Il questionario è stato somministrato a tutto il personale (medici, infermieri e oss). Sono stati raccolti 23 questionari di cui 16 infermieri, 6 medici e 1 oss. Di questi il 52% ha un'esperienza lavorativa < 10 anni e la restante parte ha un'esperienza > 11 anni in TI.

| Domande                                                                                                                                             | Forte disaccordo | Disaccordo | Indifferente | D'accordo | Fortemente d'accordo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|--------------|-----------|----------------------|
| Le visite dei familiari danno sostegno emotivo al paziente                                                                                          | 1                |            |              | 10        | 12                   |
| La visita dei familiari ostacola il riposo del paziente                                                                                             | 5                | 16         | 1            | 1         |                      |
| La Rianimazione "Aperta" è importante per la guarigione del paziente                                                                                |                  |            | 1            | 11        | 11                   |
| Le visite causano stress psicologico al paziente                                                                                                    | 8                | 14         | 1            |           |                      |
| La presenza dei familiari aumenta la percezione del dolore riferito dal paziente                                                                    | 4                | 7          | 9            | 2         | 1                    |
| I familiari possano aiutare il paziente a interpretare meglio le informazioni riguardanti il suo stato di salute                                    |                  | 3          | 4            | 9         | 7                    |
| Nella Rianimazione "aperta" viene violata la privacy del paziente                                                                                   | 8                | 6          | 2            | 7         |                      |
| Nella Rianimazione "aperta" vi è una riduzione dello stato d'ansia dei familiari in quanto possono ricevere informazioni costanti e più precise     |                  | 1          |              | 11        | 11                   |
| La Rianimazione "aperta" stanca psicologicamente i familiari che si sentono costretti a stare con il loro caro                                      | 7                | 10         | 3            | 3         |                      |
| Nella Rianimazione "aperta" i familiari ostacolano le cure al paziente                                                                              | 6                | 12         | 5            |           |                      |
| La presenza assidua dei familiari può aumentare la tensione lavorativa perché si ha paura di sbagliare                                              | 6                | 8          | 4            | 5         |                      |
| Nella Rianimazione "aperta" gli infermieri dedicano più tempo a fornire informazioni alla famiglia e si trascorre meno tempo alla cura del paziente | 6                | 13         | 3            | 1         |                      |
| La Rianimazione "aperta" agevola una maggior condivisione del processo di cura con il paziente e i suoi familiari                                   |                  |            | 1            | 11        | 11                   |
| La Rianimazione "aperta" implica un maggiore onere                                                                                                  | 3                | 15         | 3            | 1         | 1                    |

|                                                                                           |  |   |   |    |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|---|----|---|
| fisico e psicologico per il personale                                                     |  |   |   |    |   |
| Nella Rianimazione “aperta” aumenta il senso di soddisfazione professionale del personale |  | 2 | 4 | 13 | 4 |

|                                                                                                                                                                                           | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| È facile gestire le relazioni con i familiari con l’attuale organizzazione? (telefonate, orari per colloqui, ecc)                                                                         | 11 | 12 |
| Pensa sia giusto fare eccezioni sull’orario di visita in situazioni particolari? (pazienti molto giovani, pazienti in condizioni cliniche critiche, lontananza dei familiari e fine vita) | 23 |    |
| Pensa che la rianimazione chiusa garantisca meglio il controllo delle infezioni?                                                                                                          | 1  | 22 |
| Pensa che l’attuale organizzazione sia ottimale per familiari e operatori?<br>Motivi la sua risposta.                                                                                     | 7  | 15 |

### Discussione parziale

Nella fase di pre-apertura è stato osservato complessivamente un buon riscontro sulla disponibilità del personale sia medico che infermieristico alla cura del paziente e in generale a garantire una completezza delle informazioni riguardo lo stato del proprio caro come si evince dalla risposte totalmente positive riguardo la completezza e la comprensione delle informazioni ricevute domanda 6,7,8). Anche l’orario messo a disposizione per le visite nonostante imitato ritiene essere sufficiente o buono. Molti riferiscono che avere una persona di riferimento da contattare in reparto è sicuramente utile ma sicuramente in contrasto con quello che si evince dal questionario baviq nella domanda “E’ facile gestire le relazioni con l’attuale organizzazione? Orari, telefonate ecc” la metà degli operatori risponde “NO” e motiva che le telefonate durante tutto il turno limitano e ostacolano la normale attività lavorativa. Nella seconda parte dell’indagine più psicologica 4 familiari su 10 riferisce che sarebbe utile essere accompagnati in questo percorso dalla figura dello psicologo, 5 di loro riferisce essere indifferente ma nelle domande seguenti si riscontra un alto numero di persone che evidenziano uno stato psicologico alterato. Con la rilevazione con questionario BAVIQ si evince che la maggioranza 21 persone sono completamente a favore di un assetto organizzativo aperto, 1 è contrario e 1 indifferente. In linea generale vi è riconosciuta l’importanza che riveste la presenza del familiare e in molti pensano che possa essere utile nella comprensione delle informazioni (16 su 23), per migliorare lo stato psicologico del paziente (22 su 23), migliora anche il processo di cura del paziente dal punto di vista clinico (21 su 23) e inoltre, vi è una maggiore condivisione del processo di cura con

il familiare e questo lo rende più coinvolto e tranquillo (22). Di contro ci sono ancora perplessità inerenti alla gestione della privacy del paziente che potrebbe essere violata ( 7 su 23) e vi è anche il timore che con la rianimazione aperta aumenti la paura di sbagliare sotto lo sguardo vigile del familiare (5 persone sono d'accordo e 4 indifferenti). L'ultima domanda lasciava spazio a commenti e pensieri relativi all'attuale organizzazione. Tra di loro vi è un astenuto. In generale la maggioranza, il 65%, crede sia ottimale decidere di adottare una politica di rianimazione aperta per migliorare lo stato psicologico del paziente, rendere le visite più lunghe pensano che possa agevolare la collaborazione con il familiare e ridurre il numero di telefonate che ogni giorno ricevono durante il turno di lavoro. La restante parte 30,43% ritiene ottimale l'attuale assetto organizzativo e ritiene che sia un buon compromesso in base agli spazi a disposizione e che sarebbe necessario qualche presidio in più per rendere gli spazi più riservati.

## **Fase II: POST-APERTURA**

Il periodo di riferimento è: Aprile 2024 - Maggio 2024

Durante questa fase, sono stati condotti diverse rilevazioni per valutare la qualità percepita dai familiari dei pazienti e il carico di lavoro (effettivo e percepito) del personale. Ecco una descrizione dettagliata delle attività svolte:

- Rilevazione della Qualità Percepita dai Familiari

È stato distribuito un questionario modificato del “Critical Care Family Need Inventory”, con le stesse caratteristiche del precedente e in aggiunta sempre il questionario di intensiva 2.0. sono stati distribuiti 33 questionari. Sono stati raccolti in totale 20 questionari compilati. È stato possibile, questa volta, suddividere a loro volta i questionari anonimi in ulteriori sottogruppi: “pazienti post operatorio programmato” 8, “pazienti post-operatorio in urgenza” 5, “pazienti con altre patologie emergenti” 7.

- Rilevazione del Carico di Lavoro Oggettivo

Il carico di lavoro nell'unità operativa è stato misurato quotidianamente utilizzando la scala NAS (Nursing Activities Score). Durante il periodo di osservazione, sono stati raccolti dati relativi a 33 pazienti.

- Rilevazione della qualità percepita dal personale con il BAVIQ (Beliefs and Attitudes towards Visiting in ICU Questionnaire).

Al personale dell'unità operativa è stato somministrato il questionario validato BAVIQ, mirato a rilevare la qualità e il carico di lavoro percepito dal personale. In totale, sono stati raccolti 23 questionari compilati (19 infermieri, 4 medici).

Questa fase di osservazione post-apertura ha permesso di raccogliere dati cruciali sia dai familiari dei pazienti che dal personale, consentendo una valutazione complessiva della qualità percepita e del carico di lavoro nell'unità di terapia intensiva. Queste informazioni saranno fondamentali per migliorare i processi e l'organizzazione dell'unità.

### QUESTIONARIO “Critical Care Family Need Inventory”

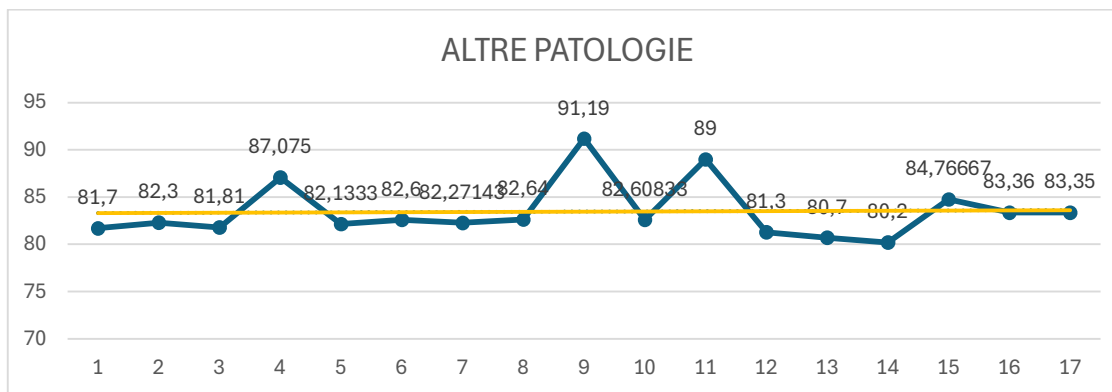
| <b>Soddisfazione e qualità percepita</b>                                                                                                                                                                                             |                      |            |             |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|-------------|-------|
| Domande                                                                                                                                                                                                                              | Del tutto inadeguata | Inadeguata | Sufficiente | Buona |
| 1. Come valuta la completezza delle informazioni fornite al momento del ricovero del vostro caro e del vostro primo accesso in Terapia Intensiva? (orari di apertura, n. di telefono, raccomandazioni, organizzazione dell'ambiente) |                      |            | 2           | 18    |
| 2. Come valuta la relazione con il personale medico e la loro disponibilità?                                                                                                                                                         |                      |            | 1           | 19    |
| 3. Come valuta la quantità di tempo a disposizione che il personale dedica al colloquio con i familiari?                                                                                                                             |                      |            | 3           | 17    |
| 4. Come valuta la relazione con il personale infermieristico e la loro disponibilità?                                                                                                                                                |                      |            |             | 20    |
| 5. Come valuta la cura della persona e l'attenzione che gli operatori dedicano al suo familiare?                                                                                                                                     |                      |            | 2           | 18    |
| 6. Come valuta la quantità di tempo messo a disposizione per le visite al suo caro?                                                                                                                                                  |                      |            | 2           | 18    |
| <b>comprensione e completezza delle informazioni</b>                                                                                                                                                                                 |                      |            |             |       |
| Domanda                                                                                                                                                                                                                              | NO                   | POCO       | SI          |       |
| 7. Ha compreso le previsioni sulla guarigione dalla malattia?                                                                                                                                                                        |                      | 3          |             | 17    |
| 8. Ha capito quali trattamenti verranno effettuati?                                                                                                                                                                                  |                      | 1          |             | 19    |

|                                                                                                                                                               |               |   |                |   |           |            |                 |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---|----------------|---|-----------|------------|-----------------|------------|------------|
| 9. Complessivamente quanto ritiene di aver compreso le informazioni che le sono state date?                                                                   |               |   |                |   |           |            |                 |            |            |
| Scala 1= PER NIENTE                                                                                                                                           |               |   |                |   | 10= MOLTO |            |                 |            |            |
| 1                                                                                                                                                             | 2             | 3 | 4              | 5 | 6         | 7          | 8               | 9          | 10         |
|                                                                                                                                                               |               |   |                |   |           | 2<br>(10%) | 6<br>(30%)      | 3<br>(15%) | 9<br>(45%) |
| <b>Area psicologica ed empatica</b>                                                                                                                           |               |   |                |   |           |            |                 |            |            |
| Domanda                                                                                                                                                       | Non rilevante |   | Poco rilevante |   | Rilevante |            | Molto rilevante |            |            |
| 10. come valuta la possibilità di avere un riferimento da contattare quando non è possibile visitare il familiare?                                            |               |   |                |   |           |            | 20              |            |            |
| 11. È utile la presenza di altre figure sanitarie di supporto che la possano aiutare in questo momento particolare? (es. psicologo, assistente spirituale...) | 2             |   | 3              |   |           |            | 15              |            |            |
| <b>Intensiva 2.0</b>                                                                                                                                          |               |   |                |   |           |            |                 |            |            |
| Domanda                                                                                                                                                       | Mai           |   | A volte        |   | Spesso    |            | Quasi sempre    |            |            |
| 12. Si sente teso e irritato?                                                                                                                                 | 1             |   | 5              |   | 10        |            | 4               |            |            |
| 13. Ha paura?                                                                                                                                                 |               |   | 8              |   | 8         |            | 4               |            |            |
| 14. Ha preoccupazioni?                                                                                                                                        |               |   | 8              |   | 8         |            | 4               |            |            |
| 15. Ha difficoltà ad addormentarsi e mantenere il sonno?                                                                                                      | 6             |   | 4              |   | 10        |            |                 |            |            |
| 16. Ha perso interesse per attività che prima considerava importanti?                                                                                         | 6             |   | 6              |   | 6         |            | 2               |            |            |
| 17. Ha aspettative positive per il futuro?                                                                                                                    | 6             |   | 7              |   | 7         |            |                 |            |            |

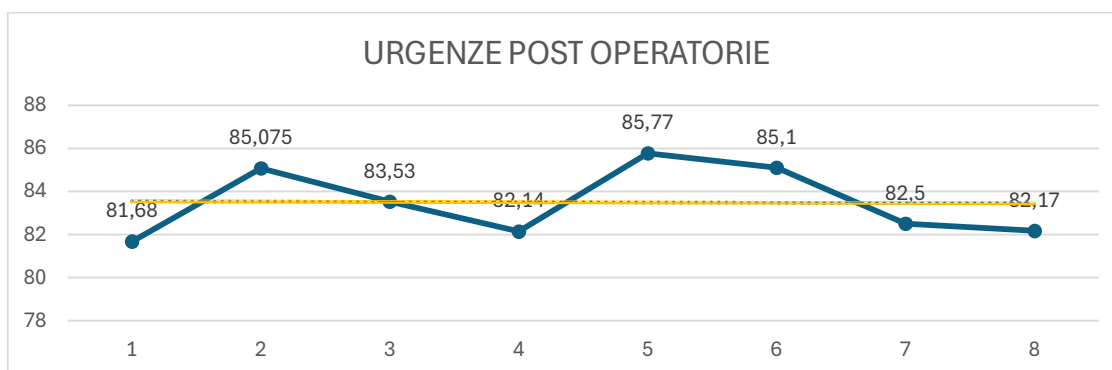
### Scala NAS (Nursing Activities Score)

Sono stati raccolti dati sui pazienti ricoverati da Aprile 2024 a Maggio 2024 con scheda di rilevazione del carico di lavoro NAS. In totale i pazienti sottoposti alla rilevazione sono stati 33 di cui:

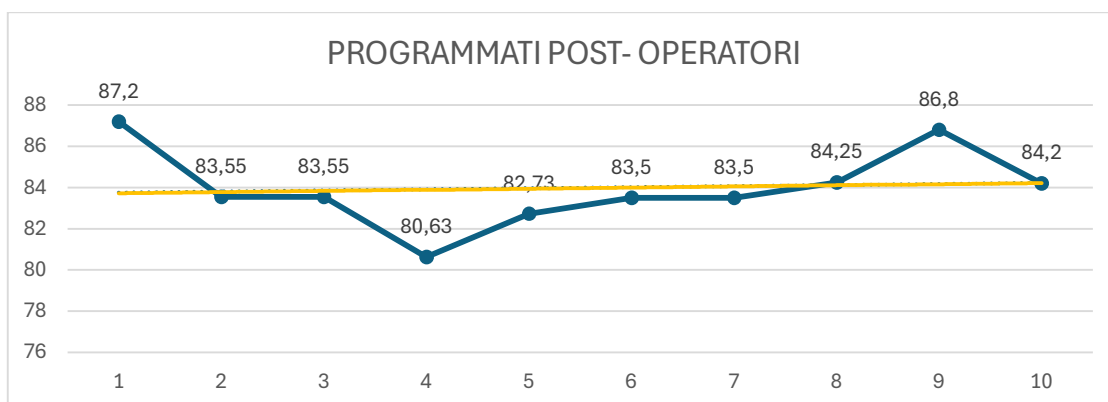
- 17 ricoverati per patologie respiratorie, cardiologiche e neurologiche o politraumi. La degenza media di questi pazienti è di 8,76 (con un minimo di 2 giorni e un massimo di 27) e mediana di 8. In media il carico di assistenza è di 83,47 (80,2; 91,19) con una linea di tendenza leggermente in salita.



- Gli operati per urgenze sono 8. La media delle giornate di degenza è 4,62 (3;8) con una mediana di 4. I punteggi ottenuti dalle rilevazioni indicano che vi è un carico di lavoro in media di 83,5 (81,6; 85,77) con una linea di tendenza stabile.



- Infine, gli operati con post-operatorio programmato in rianimazione sono 10. In media le giornate di degenza sono 2,2 (2;3) con una mediana di 2. La media dei carichi di lavoro dei pazienti è di 83,99 (80,63; 87,2) con una linea di tendenza leggermente in salita.



### Questionario BAVIQ (Beliefs and Attitudes towards Visiting in ICU Questionnaire)

| Domande                                                                                                                                             | Forte disaccordo | Disaccordo | Indifferente | D'accordo | Fortemente d'accordo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|--------------|-----------|----------------------|
| Le visite dei familiari danno sostegno emotivo al paziente                                                                                          |                  |            |              | 9         | 14                   |
| La visita dei familiari ostacola il riposo del paziente                                                                                             | 7                | 12         | 4            |           |                      |
| La Rianimazione "Aperta" è importante per la guarigione del paziente                                                                                |                  |            |              | 16        | 7                    |
| Le visite causano stress psicologico al paziente                                                                                                    | 6                | 12         | 4            | 1         |                      |
| La presenza dei familiari aumenta la percezione del dolore riferito dal paziente                                                                    | 6                | 7          | 6            | 4         |                      |
| I familiari possano aiutare il paziente a interpretare meglio le informazioni riguardanti il suo stato di salute                                    |                  | 2          | 3            | 9         | 9                    |
| Nella Rianimazione "aperta" viene violata la privacy del paziente                                                                                   | 7                | 9          | 2            | 5         |                      |
| Nella Rianimazione "aperta" vi è una riduzione dello stato d'ansia dei familiari in quanto possono ricevere informazioni costanti e più precise     |                  | 2          | 1            | 13        | 7                    |
| La Rianimazione "aperta" stanca psicologicamente i familiari che si sentono costretti a stare con il loro caro                                      | 7                | 10         | 3            | 3         |                      |
| Nella Rianimazione "aperta" i familiari ostacolano le cure al paziente                                                                              | 10               | 10         | 1            | 2         |                      |
| La presenza assidua dei familiari può aumentare la tensione lavorativa perché si ha paura di sbagliare                                              | 6                | 9          | 7            | 2         |                      |
| Nella Rianimazione "aperta" gli infermieri dedicano più tempo a fornire informazioni alla famiglia e si trascorre meno tempo alla cura del paziente | 13               | 7          | 1            | 2         |                      |
| La Rianimazione "aperta" agevola una maggior condivisione del processo di cura con il paziente e i suoi familiari                                   |                  | 2          |              | 13        | 8                    |

|                                                                                           |   |    |   |    |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|---|----|---|----|---|
| La Rianimazione “aperta” implica un maggiore onere fisico e psicologico per il personale  | 2 | 12 | 3 | 6  |   |
| Nella Rianimazione “aperta” aumenta il senso di soddisfazione professionale del personale |   | 2  | 7 | 12 | 2 |

|                                                                                                                                                                                           | SI | NO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| È facile gestire le relazioni con i familiari con l’attuale organizzazione? (telefonate, orari per colloqui, ecc)                                                                         | 13 | 10 |
| Pensa sia giusto fare eccezioni sull’orario di visita in situazioni particolari? (pazienti molto giovani, pazienti in condizioni cliniche critiche, lontananza dei familiari e fine vita) | 23 |    |
| Pensa che la rianimazione chiusa garantisca meglio il controllo delle infezioni?                                                                                                          | 2  | 21 |
| Pensa che l’attuale organizzazione sia ottimale per familiari e operatori?                                                                                                                | 17 | 6  |

## Discussione parziale

Nella rilevazione della qualità percepita dai familiari nel periodo di post apertura è stato possibile suddividere, sempre mantenendo l’anonimato, suddividere i questionari in base alle categorie che abbiamo suddiviso nella rilevazione NAS. Hanno risposto ai questionari 20 familiari: 8 che aveva un familiare che ha stazionato in rianimazione per un ricovero programmato dopo intervento chirurgico, 5 familiari di pazienti sottoposti ad interventi chirurgici in urgenza e 7 i familiari di pazienti che stazionavano in rianimazione per altre patologie emergenti di origine medica (emorragie cerebrali, politraumi, ictus ischemici, SLA, shock settico..). la suddivisione anonima ma per patologia ha fatto emergere un dato significativo e diverso sullo stato psicologico con cui si affronta il ricovero in rianimazione. I familiari appartenenti al gruppo “altre patologie” mostrano un bisogno maggiore di una figura di supporto psicologico evidenziato da uno stato emotivo alterato (la maggior parte di risposte negative) e con una aspettativa nei confronti del futuro fortemente diminuita. In aggiunta sono loro che dimostrano di comprendere meno le informazioni mediche ricevute dal personale e di non avere del tutto chiaro quali siano le prospettive di guarigione del proprio caro (10%). Di contro, i familiari dei pazienti ricoverati in regime di programmazione dimostrano sicuramente più tranquillità e uno stato di ansia ridotto rispetto alle altre due categorie (risposte su domanda 15, 16, 17 tutte MAI). In generale l’assetto organizzativo di rianimazione aperta è visto in maniera positiva

dai familiari, il tempo messo a disposizione per le visite e i colloqui risulta buono rispettivamente per il 85% e 90% di loro e sufficiente per la restante parte. Nella rilevazione BAVIQ in linea generale il personale ha accolto in modo ottimale questo assetto organizzativo: tutti sono d'accordo che la presenza del familiare possa essere di aiuto per la guarigione del paziente e che possa giovare per lo stato psicologico del proprio caro ma dalle risposte ottenute si evince che 2 persone sulle 23 intervistate non sono del tutto d'accordo con il cambiamento in rianimazione aperta. I motivi di disappunto riguardo a questo assetto di apertura sono dovuti maggiormente dal rispetto della privacy (21%), maggiore onere fisico e psicologico per il personale (26%), il 13% pensa che la presenza assidua di un familiare possa alterare la percezione del dolore riferita dal paziente e sempre il 13% pensa che vi sia un'aumentata paura di sbagliare. L'ultima domanda lascia spazio ad ognuno degli intervistati di poter spiegare il motivo della propria risposta. Nonostante la suddivisione tra i due gruppi di risposte nello spazio lasciato libero si evince in realtà che molti di loro sono dubbi riguardo l'attuale organizzazione. La maggior parte di loro motiva la risposta dicendo che non pensa che sia un assetto ancora del tutto ottimale in quanto vi è ancora poco spazio per i colloqui con i familiari, viene rispettata poco la privacy e non vi sono abbastanza presidi per accogliere tutti i familiari contemporaneamente (sedie, sgabelli..) ma nonostante tutto non dimostrano chiusura totale nei confronti di questo assetto confermando l'importanza per il paziente di avere qualcuno con sé e che l'organizzazione andrebbe sicuramente migliorata.

## DISCUSSIONE

Dai risultati ottenuti dalla rilevazione tra pre e post-apertura è stato confermato che la presenza del familiare riduca lo stress del paziente, migliora il suo stato clinico e psicologico. In entrambi gli assetti organizzativi si percepiva un'elevata qualità e standard di cure percepite dal familiare, una buona relazione con il personale medico e infermieristico ma la possibilità di far stare il familiare insieme al proprio caro è stato percepito positivamente sia dallo stesso che dal personale. Si evince che nella rilevazione preapertura l'80% dei familiari era stressato e agitato e il 40% riferisce di non aver compreso o aver compreso poco le informazioni fornite dal personale sullo stato di salute del familiare; di contro, nel periodo post-apertura questa rilevazione è assolutamente migliorata l'85% di loro ha compreso tutte le informazioni fornite e la restante parte riferisce di aver compreso poco (con un punteggio di 7). Inoltre, si evince che nella fase di post-apertura la quantità di tempo a disposizione risulta più che adeguata contro un 20% che nella fase di preapertura riteneva non fosse adeguato il tempo a disposizione. Nell'indagare la componente psicologica si è chiesto se fosse importante la presenza di una figura di supporto psicologico e prima il 60% era d'accordo dato confermato anche nella fase post con un 75%. Poi si è chiesto anche al personale sia nella fase pre che nella fase post-apertura cosa ne pensava di un assetto organizzativo di rianimazione aperta (prima di implementarlo e dopo). L'idea della rianimazione aperta nel periodo di preapertura non è stata disattesa e confutata del tutto nella fase di realizzazione. Tutti pensano che la rianimazione aperta possa aumentare la fiducia e la trasparenza dei familiari e dei pazienti nei confronti del personale, non pensa che il familiare possa interferire con il processo di cura del paziente ma anzi che questo possa essere di aiuto stimolando un'aumentata qualità di coping nel processo assistenziale, il 78% del personale ritiene che questo assetto aumenti il senso di soddisfazione della professione, il 17% riferisce indifferenza a riguardo (dato confermato nelle due rilevazioni). Mentre prima 5 di loro riferivano che la rianimazione aperta potesse aumentare l'errore per la paura di sbagliare nella fase di post-apertura questo dato scende a 2 su 23. Per quanto riguarda il mancato rispetto della privacy nella fase di preapertura il 30% era a favore di questa tesi ma nella fase di post-apertura si evince che il dato sia stato pressoché confermato (21%). La gestione delle relazioni con i familiari extra reparto (telefonate, ecc) risulta in entrambi gli assetti organizzativi l'elemento invalidante con 52% prima e 43% del dopo, nonostante la rianimazione aperta le persone, infatti, ritengono ancora utile la presenza di una figura a disposizione da contattare quando non è presente nell'unità operativa. Inoltre, si è chiesto se questo assetto aperto potesse rappresentare un maggiore onere fisico e psicologico per il personale, se nella fase di pre-apertura solo 2 aveva risposto in modo affermativa si evince che nella fase di post-apertura vi è un incremento di tale dato con un numero di risposte affermative pari a 6. Infine, alla domanda "pensa che l'attuale assetto organizzativo sia ottimale?" nella fase pre il 65% ha risposto NO con

apertura verso il cambiamento e nonostante la restante parte (35%) abbia risposto SI poi motiva la risposta facendo capire che comunque vi è una certa apertura al cambiamento ma non con apertura totale alla rianimazione aperta. Nella fase di post apertura il 75% ha risposto che l'assetto di rianimazione aperta è ottimale e il restante 25% ha risposto NO ma 4 di loro confermano di non voler tornare a chiudere completamente le porte ma che bisognerebbe apportare miglioramenti dal punto di vista organizzativo, negli spazi e per il rispetto della privacy. La terza valutazione era stata eseguita relativamente al carico di lavoro effettivo all'interno della U.O. di terapia Intensiva. I punteggi rilevati sono relativi esclusivamente al periodo di osservazione scelto Settembre-Ottobre 2023 e Aprile-Maggio 2024. I punteggi rilevati con scheda NAS sono relativi ad ogni paziente per ogni giornata di degenza e poi per paziente sono state eseguite medie dei punteggi ottenuti e relativamente poi divisi in gruppi di appartenenza. Il carico di lavoro calcolato con NAS è stato ottenuto presupponendo che il tasso di occupazione in TI sia stato sempre al completo (8 posti letto). I punteggi ottenuti sulla base della valutazione NAS sono stati poi confrontati con riferimenti AGENAS sul minutaggio in terapia intensiva e normativa Regionale n. 1468 del 16 Ottobre 2023 del DGR 1669/2019.

Per quanto riguarda il carico di lavoro oggettivo i risultati ottenuti sono stati descritti e inseriti in tabella per semplificarne la lettura:

| <b>riferimento periodo osser.ne</b> | <b>media NAS punteggio paziente chirurgico programmato/min. ass</b> | <b>Media NAS paziente chirurgico in urgenza/Min. ass</b> | <b>Media NAS paziente con altre patologie emergenti (medico)/min .ass</b> | <b>Media e DS dei punteggi ottenuti nel periodo osservato</b> | <b>Media numero di infermieri calcolata con NAS</b> |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Pre-apertura                        | 73,5 / 1058,4                                                       | 71,9 / 1035,39                                           | 74,8 / 1077,12                                                            | <b>73,63</b><br>(5,11)                                        | 17,63                                               |
| Post-apertura                       | 83,9<br>(1208)                                                      | 83,5<br>(1202,4)                                         | 83,4<br>(1200,96)                                                         | <b>83,62</b><br>(2,38)                                        | 20,06                                               |

| <b>Riferimento del periodo</b> | <b>Numero infermieri/oss necessari secondo NAS nel turno h 24</b> | <b>Minuti di assistenza minima per posto letto/die rif. Delibera regione Marche*</b> | <b>Riferimento AGENAS infermieri/pazienti</b> | <b>Infermieri/oss presenti nel turno h 24 nell'U.O</b> | <b>Posti letto</b> |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
| Pre-apertura                   | 17,63                                                             | 600                                                                                  | 1:2                                           | 12                                                     | 8                  |
| Post-apertura                  | 20,06                                                             | 600                                                                                  | 1:2                                           | 12                                                     | 8                  |

\*la delibera della giunta regionale n.1468 del 16 Ottobre 2023 – aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle Strutture Ospedaliere approvato dalla DGR 1669/2019 sottoscrive che in un reparto di terapia Intensiva i minuti di assistenza minima per posto letto/die sono 600 con una

percentuale di personale infermieristico pari all'80%. Inoltre, la normativa AGENAS – protocollo del 10/06/2022 nella sezione “metodo per la determinazione del fabbisogno del personale del SSN” definisce al punto 8.1.1 che vi è un numero minimo da garantire per posto letto a turno e il rapporto infermiere: paziente è di 1:2. Sulla base di questo è stato analizzato l'organico della T.I. in questione, il quale assicura la presenza di 12 turnisti nelle 24h (10 infermieri e 2 oss). Considerando che la terapia intensiva dispone di 8 posti letto e, a patto che questi siano sempre occupati almeno per il 90%, il rapporto infermiere: paziente in questa unità operativa è di 1:2 come disposto dalla normativa AGENAS con l'83% di personale infermieristico come disposto da delibera regionale. Il rapporto minutaggio minimo di assistenza per persona per turno è di 200 min in linea con le direttive regionali.

## CONCLUSIONI

La ricerca bibliografica approfondita e l'analisi dei risultati empirici dimostrano chiaramente che l'apertura delle Terapie Intensive (ICU) ha un impatto significativo e positivo sulla soddisfazione e sul benessere psicologico dei familiari dei pazienti. Diversi studi, condotti in varie parti del mondo, confermano che la liberalizzazione delle politiche di visita, combinata con il miglioramento degli ambienti di attesa, contribuisce notevolmente a ridurre l'ansia e la depressione tra i familiari. La presenza dei familiari in ICU riduce significativamente l'ansia, lo stress e migliora la qualità del sonno. Studi italiani e nordamericani mostrano che il contatto con i familiari normalizza i parametri vitali e riduce le complicanze cardiocircolatorie, come evidenziato dalla diminuzione degli ormoni dello stress. L'apertura delle ICU contribuisce a ridurre il senso di isolamento dei pazienti, un fattore chiave nel migliorare il loro benessere psicologico. La percezione di un elevato standard qualitativo delle cure aumenta quando i familiari possono accedere liberamente alle ICU e questo si traduce in una maggiore fiducia nel personale sanitario e una migliore comunicazione delle informazioni. L'accesso prolungato e la presenza in ICU riducono lo stress correlato al ricovero in area critica, migliorando il coping dei familiari di fronte a situazioni fortemente stressanti. Il coinvolgimento attivo dei familiari nei processi decisionali contribuisce a una maggiore trasparenza e fiducia reciproca, migliorando la percezione complessiva della cura. L'apertura delle ICU rappresenta un'opportunità per sviluppare competenze comunicative orientate alla relazione terapeutica, valorizzando i ruoli professionali e il loro operato. La famiglia diventa una risorsa preziosa per facilitare le cure, offrendo supporto emotivo e pratico ai pazienti, riducendo così il carico di lavoro percepito dal personale. Gli studi scientifici esaminati dimostrano che l'apertura delle ICU non comporta un aumento del rischio di infezioni, infatti, le limitazioni alle visite e l'uso di indumenti protettivi non ne riducono l'incidenza. Un'ulteriore conferma arriva da uno studio del 2011, che dimostra che il lavaggio delle mani si è dimostrato un metodo efficace per la loro prevenzione. Il lavoro empirico condotto ha confermato che l'apertura delle ICU migliora significativamente la soddisfazione dei familiari. Nella fase post-apertura, l'85% dei familiari ha riferito di comprendere completamente le informazioni fornite dal personale sanitario, rispetto al 40% nella fase pre-apertura. Questo aumento di comprensione ha migliorato la percezione della qualità del tempo di visita, con una maggiore soddisfazione riguardo alla durata delle visite. È emersa l'importanza del supporto psicologico, con il 75% dei familiari che nella fase post-apertura ha riconosciuto il valore della presenza di una figura di supporto psicologico. Il personale sanitario, nonostante alcune preoccupazioni riguardo all'interferenza dei familiari nella cura e al potenziale aumento del carico di lavoro, ha riconosciuto i benefici dell'apertura delle ICU in termini di fiducia e trasparenza. Diversamente dai risultati di altri studi, come in quello di Giannini, che indicano una generale

resistenza verso il modello di rianimazione aperta e un aumento dello stress psicologico durante le attività quotidiane e un aumento significativo del burnout con incremento dell'indice di assenteismo; il nostro studio ha rilevato una tendenza opposta. In particolare, nonostante alcuni membri del personale fossero inizialmente restii (due in particolare), la maggioranza si è espressa a favore del nuovo modello organizzativo, con un 74% dei partecipanti che ha riferito un incremento nella soddisfazione lavorativa. Questo miglioramento è attribuito anche a una maggiore fiducia e miglioramento delle relazioni interpersonali con il personale, motivando una non volontà di ritorno alla precedente organizzazione lavorativa ma semplicemente un miglioramento di alcuni aspetti. Tra quelli più discussi: gestione della privacy e colloqui con i familiari.

Un aspetto saliente del nostro studio è l'analisi del fabbisogno di personale infermieristico, calcolato attraverso il Nursing Activities Score (NAS). Sono stati identificati fabbisogni di 17,63 e 20 infermieri per un numero di pazienti che si traduce in un rapporto quasi di uno a uno (1:1,33 e 1:1,14), molto al di sotto dei 12 infermieri presenti in organico, che corrisponde a un rapporto di 1:2. Questi dati sono nettamente inferiori agli scarti da 7 a 15 infermieri per turno riscontrati in altri studi, come quelli condotti dalla Fondazione FRICE nella terapia intensiva di Monza. I risultati del NAS evidenziano numeri non reali e utopici considerando le direttive Regionali e Nazionali esistenti, secondo le quali il numero di infermieri attualmente in organico risulta essere adeguato. Nella rianimazione di Macerata, ad esempio, con 8 posti letto e un'occupazione del 90%, si ha la necessità di 4 infermieri per turno, per un totale di 12 infermieri al giorno. Questo permette di rispettare il tempo minimo di assistenza di 600 minuti per paziente al giorno, stabilendo così un carico di lavoro oggettivo adeguato a legge e percepito gestibile sia prima che dopo l'apertura della rianimazione. Questi risultati indicano una discrepanza significativa rispetto a quanto segnalato in letteratura, dimostrando che l'introduzione della rianimazione aperta, se ben gestita, può non solamente essere sostenibile ma anche migliorare la qualità del lavoro e la soddisfazione del personale infermieristico.

L'apertura delle Terapie Intensive rappresenta un passo avanti significativo verso l'umanizzazione delle cure. Questo approccio migliora non solo la soddisfazione dei familiari, ma anche il benessere psicologico e clinico dei pazienti. Un modello di cura aperto e inclusivo rafforza il rapporto tra pazienti, familiari e personale sanitario, trasformando l'ambiente di terapia intensiva in un luogo meno alienante e più accogliente. Tuttavia, per massimizzare i benefici di un modello di cura aperto, è essenziale una gestione attenta delle dinamiche tra il personale sanitario e le famiglie. La continua formazione e il supporto al personale sanitario, insieme a politiche di visita ben strutturate, possono contribuire a mitigare potenziali stress e a mantenere l'efficacia complessiva delle cure.

## BIBLIOGRAFIA

Bracci, M. L. (2008). Rianimazione Chiusa versus Rianimazione Aperta. *\*Scenario*, 25\*(3), 17-25. ANIARTI.

Chapman, D. K., Collingridge, D. S., Mitchell, L. A., Wright, E. S., Hopkins, R. O., Butler, J. M., & Brown, S. M. (2016). Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile Intensive Care Unit. *\*AJCC American Journal of Critical Care*, 25\*(1).

Cuttini, M., Crisma, M., Chiandotto, V., Della Barba, B., Frigieri, G., Zanini, R., & Saracci, R. (1997). Breastfeeding and neonatal intensive care unit policies. *\*International Journal of Epidemiology*, 26\*, 1401-1402.

Elliott Miller, P., Chouairi, F., Thomas, A., Kunitomo, Y., Aslam, F., Canavan, M. E., Murphy, C., Daggula, K., Metkus, T., Vallabhajosyula, S., Carnicelli, A., Katz, J. N., Desai, N. R., Ahmad, T., Velazquez, E. J., & Brennan, J. (2021). Transition from an open to closed staffing model in the Cardiac Intensive Care Unit improves clinical outcomes. *\*Journal of the American Heart Association*, 10\*(3), e018182. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.018182>

Fortuna, D., Melotti, R., & Castagnoli, A. (2010). Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva. *\*L'informazione in pillole\**, giugno.

Fumagalli, S., Boncinelli, L., Lo Nostro, A., Valoti, P., Baldereschi, G., Di Bari, M., Ungar, A., Baldasseroni, S., Geppetti, P., Masotti, G., Pini, R., & Marchionni, N. (2006). Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *\*Circulation*, 113\*(7), 946-952. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.561152>

Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Faria, P. P., & Schettino, G. (2015). Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *\*Journal of Critical Care*, 30\*, 440.e1–440.e6.

Giannini, A. (2017). When the letter "F" meets the letter "D": Beneficial impact of open visiting and family presence on incidence of delirium among ICU patients. *\*Critical Care Medicine\**.

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

Gurley, M. (1995). Determining ICU visitation hours. *\*Medical Surgical Nursing*, 4\*, 40-43.

Henneman, E., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. \*Critical Care Nurse, 22\*, 12-19.

Judith, D., et al. (2004). Unit based procedures: Impact on the incidence of nosocomial infections in the newborn intensive care unit. \*Newborn and Infant Nursing Reviews, 4\*(1).

Kirchhoff, K., et al. (1993). Nurses' beliefs and attitudes toward visiting in adult critical care settings. \*American Journal of Critical Care, 2\*, 238-245.

Latour, J. (2005). Is family-centred care in critical care unit that difficult? A view from Europe. \*Nursing in Critical Care, 10\*(2), 51-53.

Lautrette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L. M., Chevret, S., Adrie, C., et al. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. \*New England Journal of Medicine, 356\*(5), 469-478.

Leske, J. (1986). Needs of relatives of critically ill patients: A follow-up. \*Heart & Lung, 15\*, 189-193.

Madeo, M., & Parisi, S. (2008). Apriamo le porte: dieci anni di rianimazione aperta alla clinica De Marchi. \*Scenario, 25\*, 26-29.

Rega, M. L., Cristofori, E., Galletti, C., Vellone, E., & Scelsi, S. (2006). La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza. \*Scenario, 23\*(1), 16-26. ANIARTI.

Riley, B. H., White, J., Graham, S., & Alexandrov, A. (2014). Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: Perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. \*American Journal of Critical Care, 23\*(4), 316-324. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014980>

Wesley, E. (2014). The ABCDEF Bundle: Science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. \*Critical Care Medicine, 42\*(5), 1024-1036.

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1670929933.pdf>

[https://www.grusol.it/informazioni/19-10-23\\_3.PDF](https://www.grusol.it/informazioni/19-10-23_3.PDF)

## ALLEGATI - ANALISI DI FATTIBILITA'

|                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OGGETTO DI VALUTAZIONE</b>                                                                                                                                                                       | <b>ATTESO</b>                                                                                                                                                                                                                                  | <b>OSSERVATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>SCOSTAMENTO E<br/>MOTIVAZIONE</b>                                                                                                                                                                                                                      |
| 1) Passaggio di consegne<br><br>2) Formazione del personale<br><br>3) Gestione della privacy e del fine vita                                                                                        | 1) Passaggio di informazioni più chiaro, completo e veloce<br><br>2) Personale aggiornato e competente<br><br>3) Garantire la riservatezza del paziente e uno spazio privato nel fine vita                                                     | 1) Passaggio di consegne più schematico e completo<br><br>2) Personale più formato sull'argomento e aumento delle adesioni a corsi di formazione                                                                                                                        | 3) difficoltà nel ricreare spazi totalmente isolati per il fine vita e completa privacy del paziente durante attività assistenziali sul paziente                                                                                                          |
| <b>INDICATORI</b>                                                                                                                                                                                   | <b>N° DI INDICATORI PREVISTI</b>                                                                                                                                                                                                               | <b>N° DI INDICATORI UTILIZZATI</b>                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1) Valutazione della qualità percepita del metodo I-PASS<br><br>2) Numero dei partecipanti a corsi di formazione e superamento corsi ecm<br><br>3) Qualità percepita dal familiare e dall'operatore | 1) Scheda di gradimento somministrata durante una riunione di reparto<br><br>2) Raccolta delle adesioni ai corsi e allegato conseguimento corso ecm<br><br>3) Scheda di gradimento per il personale e riscontro verbale ricevuto dal familiare | In totale sono stati utilizzati 5 indicatori (vedi n° indicatori previsti)                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>OBIETTIVI</b>                                                                                                                                                                                    | <b>STANDARD DICHIARATO</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>RISULTATO RAGGIUNTO</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 1) Passaggio di informazioni più chiaro, completo e veloce<br><br>2) Personale aggiornato e competente<br><br>3) Garantire la riservatezza del paziente e uno spazio privato nel fine vita          | In linea generale per ogni indicatore previsto si deve raggiungere almeno 80% di esito positivo a favore dell'attività messa in atto                                                                                                           | 1) Il 100% del personale ha decretato che il metodo I-PASS sia migliore in termini di efficacia<br><br>2) Il 100% del personale partecipa a corsi di formazione interni ed esterni e gruppi di lavoro sul tema in atto e ha conseguito con esito positivo ogni attività | 3) Dalle schede di gradimento è emerso che la maggior 70% del personale ritiene che le barriere messe in atto per garantire la privacy non siano sufficienti durante lo svolgimento di alcune attività sul paziente, meglio per la privacy sul fine vita. |
| <b>TEMPI DI REALIZZAZIONE</b><br>Da Dicembre 2023                                                                                                                                                   | <b>DICHIARATI</b><br>Dicembre 2023                                                                                                                                                                                                             | <b>OSSERVATI</b><br>Aprile e Maggio 2024                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>IMPEGNO FINANZIARIO</b><br>non rilevati                                                                                                                                                          | <b>COSTI PREVENTIVATI</b><br>Non rilevati                                                                                                                                                                                                      | <b>COSTI SOSTENUTI</b><br>Non rilevati                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                           |

