

Indice

Abstract	2
1. Introduzione.....	3
2. Materiali e metodi.....	6
3. Risultati.....	7
3.1 Delirio e durata della degenza	8
3.2 Infezioni e mortalità.....	12
3.3 Ansia, depressione e disturbo da stress post traumatico (PTSD) nei pazienti e nei famigliari.....	15
3.4 Soddisfazione pazienti e famigliari.....	18
3.5 Concezione della politica di visita flessibile.....	20
3.6 Prospettiva degli operatori sanitari	22
4. Discussioni	25
4.1 Delirio	27
4.2 Durata della degenza.....	28
4.3 Ansia, depressione e PTSD	28
4.4 Infezioni	29
4.5 Mortalità.....	31
4.6 Complicanze cardiovascolari e profilo ormonale	31
4.7 Soddisfazione.....	32
4.8 Prospettiva degli operatori sanitari	33
5. Conclusioni.....	35
6. Bibliografia.....	39

Abstract

Le UTI (Unità Terapia Intensiva) sono reparti dove vengono ricoverati pazienti ad elevatissima complessità assistenziale e criticità clinica. In un momento così delicato di sofferenza la vicinanza dei propri cari inizia ad essere riconosciuta come una preziosa risorsa per il buon esito degli assistiti piuttosto che un ostacolo a livello operativo o come rischio infettivo. Le conoscenze attuali dimostrano che la separazione dai propri parenti è una importante causa di sofferenza per il paziente ricoverato in UTI e che, per la famiglia, poterlo visitare senza eccessive restrizioni rappresenta uno dei bisogni più importanti. L'obiettivo di questo studio è confrontare gli effetti delle politiche di visita illimitate con le politiche di visite ristrette nelle unità di terapia intensiva per adulti, rispetto agli esiti relativi a delirio, infezione e mortalità al fine di migliorare il percorso terapeutico assistenziale della persona ricoverata. È stata effettuata una revisione della letteratura consultando le banche dati Medline ed Embase. Le parole chiave inserite sono state: intensive care unit, open visit, adult patient. I criteri di inclusione sono: articoli in Full Text e Free Full Text con Abstract disponibile; articoli pubblicati negli ultimi 20 anni; articoli in lingua italiana e inglese; articoli che riguardassero la popolazione in studio di pazienti adulti. Sono stati selezionati un totale di 17 articoli. I risultati indicano che le UVP (Unrestricted Visiting Policies) possono ridurre l'incidenza del delirio nei pazienti delle UTI, accorciare la durata dei ricoveri e ridurre i punteggi di ansia e depressione, senza aumentare i tassi di infezione acquisita, complicanze settiche e mortalità. Degenti e famigliari sono più soddisfatti del sistema di visite flessibile, mentre gli operatori sanitari risultano titubanti nell'accettare questa apertura, anche se molti sono convinti che si venga a creare un'atmosfera vantaggiosa per il recupero del degente, nonostante la percezione fortemente radicata di un aumento del carico di lavoro e di un ritardo o interruzione nel prestare le cure. Un approccio olistico all'assistenza sanitaria dovrebbe includere l'integrazione dei membri della famiglia, enfatizzando il concetto di umanizzazione delle cure, cosicché possano partecipare al supporto psicologico, sociale ed emotivo dei pazienti critici per promuovere il loro riorientamento, la salute cognitiva e la riabilitazione. I risultati di questa revisione

suggeriscono che la liberalizzazione degli orari di ingresso ai familiari non danneggia i pazienti, ma piuttosto apporta svariati benefici.

1. Introduzione

Le Unità di Terapia Intensiva sono reparti nei quali vengono ricoverati pazienti ad elevatissima complessità assistenziale e criticità clinica. In queste unità operative sono garantite delle assistenze tecnologicamente molto avanzate e caratterizzate da un'elevata specializzazione. Per pazienti ad elevata criticità si intendono quei soggetti che versano in gravi condizioni di salute e che necessitano di assistenza continua per il mantenimento delle funzioni vitali. Lo scopo della terapia intensiva è infatti quello di stabilizzare le funzioni vitali degli assistiti critici la cui vita è in pericolo immediato e permettere il successivo trasferimento in reparti meno intensivi ma specializzati nel trattamento della singola patologia. Il tutto avviene grazie ad un monitoraggio avanzato del paziente e tramite l'utilizzo di tecnologie che supportano in primo luogo le funzioni respiratorie e cardiocircolatorie. Il personale medico ed infermieristico che lavora in terapia intensiva deve possedere una formazione specifica. Infine, l'allestimento degli spazi dev'essere tale da garantire interventi assistenziali rapidi in caso di emergenza. A partire dall'introduzione delle medicine intensive, meno di settanta anni fa e per molti anni a seguire, le UTI sono state, in Italia come altrove, reparti "chiusi" dove l'accesso di familiari e visitatori era considerato sfavorevole e, quindi, molto limitato. Le politiche di orari ridotti sono principalmente motivate dall'alto rischio di contrarre e trasmettere infezioni. Inoltre, la presenza dei familiari comporta una percezione di aumento del carico di lavoro, dello stress per soddisfare i bisogni dell'assistito e una violazione delle confidenzialità delle informazioni (1). Le politiche di orari flessibili offrono ampia considerazione al beneficio dato dalla presenza dei familiari. Gli assistiti sono sottoposti a trattamenti antidolorifici e sedativi; circondati da persone sconosciute e disturbati da rumori acuti e ripetitivi accompagnati da spie luminose. A tutto questo si aggiunge la costrizione a rimanere lontano dai propri cari, potendoli vedere solo per una o due ore al giorno. Diversi studi hanno dimostrato che una politica di visita flessibile non causa un aumento delle infezioni e riduce

in modo statisticamente significativo le complicanze cardiovascolari e gli anxiety score, inoltre nei pazienti sono stati rilevati indici ormonali di stress più bassi (2). Le nuove evidenze scientifiche e il Comitato Nazionale di Bioetica mettono in discussione quelle barriere intrinseche che caratterizzavano le Unità di Terapie Intensive “chiuse”. Infatti, la vicinanza dei propri cari in un momento così delicato di sofferenza per la grave malattia inizia ad essere riconosciuta come una preziosa risorsa per la cura dei pazienti piuttosto che un ostacolo a livello operativo o come rischio infettivo. Ad oggi l'unica risposta che sembrerebbe appropriata è appunto il modello della “terapia intensiva aperta”. Per terapia intensiva aperta s'intende l'abolizione di tutte quelle barriere temporali, fisiche e relazionali non riconosciute come indispensabili alla cura del paziente e al contempo venga promosso un trattamento personalizzato. Al piano fisico appartengono tutti i limiti che, con motivazioni diverse, vengono proposti o imposti al visitatore, quali l'assenza di contatto fisico col paziente, l'utilizzo di indumenti protettivi quali camice, mascherina, ecc. A quello relazionale appartengono invece tutte le espressioni, sia pure di diversa intensità, di una comunicazione frammentata, compressa o addirittura negata fra i tre elementi che costituiscono i vertici del particolare “triangolo relazionale” che si viene a costituire in UTI: il paziente, l'équipe curante e la famiglia. Infine, le barriere temporali comprendono tutte le limitazioni degli orari di visita. L'obiettivo generale non è però aprire indiscriminatamente la Rianimazione a qualunque presenza, bensì permettere all'assistito, ove possibile, di autodeterminare le presenze per lui significative e stabilire alcune norme di gestione, di igiene e di sicurezza, che ogni singolo reparto potrà elaborare e modificare nel tempo. L'apertura della Rianimazione e la presenza dei familiari accanto al degente non sono una concessione, né una nuova moda o l'ultimo grido del politically correct in campo sanitario, ma rappresentano una risposta efficace ai bisogni del paziente e della sua famiglia (3). Così per molti anni l'ammissione di un paziente in UTI ha seguito quello che è stato definito come il “principio della porta girevole”: quando il paziente entrava, la famiglia veniva invitata a rimanere fuori (4). La logica che si può intravedere in questi consolidati comportamenti è riconducibile a una concezione tecnocratico-razionalistica tendente a separare rigidamente i luoghi delle diverse attività tecniche e di lavoro da quelli delle relazioni famigliari, assolutizzando le pur buone ragioni di organizzazione, di sicurezza o di

igiene. In questa ottica, difatti, si tende a ritenere che, pur di raggiungere un obiettivo di primaria importanza come la tutela della vita e della salute del paziente, si possa giustificare una sorta di “sequestro” del paziente stesso. La totale assenza di contatti con il proprio mondo, di relazioni significative e degli affetti sarebbero, in altri termini, il «prezzo da pagare» per un beneficio d’entità nettamente superiore, qual’ è appunto la tutela della vita e della salute. Inoltre, la porta chiusa consente anche 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. Le conoscenze attuali dimostrano che la separazione dai propri cari è una importante causa di sofferenza per il paziente ricoverato in UTI e che, per la famiglia, poterlo visitare senza eccessive restrizioni rappresenta uno dei bisogni più importanti. La tradizionale terapia intensiva “chiusa” limita gli orari di visita e impedisce l’accesso dei parenti al paziente, limitando il sostegno sia fisico che emotivo (4) (5). A tal proposito è interessante notare che medici e infermieri sottovalutano notevolmente sia la necessità dell’assistito di avere vicino i propri cari, sia l’importanza di ricevere informazioni da parte dei parenti. Questo distacco diviene spesso un ulteriore e ingiustificato «prezzo da pagare» non legato alla malattia o all’evento acuto che ha provocato il ricovero in UTI (6). L’infermiere di Unità di Terapia Intensiva è un professionista capace di garantire un’assistenza completa e globale anche attraverso l’utilizzo di strumenti e presidi di rilevante componente tecnologica ed informatica. Esso è dotato di competenze che gli permettono di assistere il degente durante il periodo di criticità della malattia, indipendentemente dall’organo colpito e dall’origine della sintomatologia. L’infermiere dell’UTI identifica, analizza, valuta e tratta i rischi connessi all’erogazione delle cure, pianifica l’assistenza mediante strumenti scientifici validati e valuta sistematicamente gli outcomes assistenziali. In questo setting caratterizzato dalla complessità degli interventi, il singolo intervento clinico assume notevole importanza nel processo di cura globale. Quindi l’assistenza infermieristica in un’Unità di Terapia Intensiva è caratterizzata dalle competenze; dalle elevate conoscenze teoriche e pratiche; dalla capacità gestionale, relazionale ed educativa; dal problem solving in tempi rapidi considerando la criticità della persona assistita.

Obiettivo

Scopo di questa revisione della letteratura è mettere a confronto gli effetti delle politiche di visita illimitate con la politica di visita ristretta nelle unità di terapia intensiva per adulti, rispetto agli esiti relativi a delirio, infezione e mortalità al fine di migliorare il percorso terapeutico assistenziale della persona assistita.

2. Materiali e metodi

La ricerca è stata realizzata tramite le consultazioni delle banche dati Medline, ed Embase utilizzando delle specifiche parole chiave inserite per la ricerca degli articoli attraverso il database di Pubmed ed il motore di ricerca Google Scholar. Oltre agli articoli così ricavati sono stati identificati documenti inerenti l'oggetto della ricerca bibliografica da altre fonti quali libri di testo scientifici.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: intensive care unit, open visit, adult patient. Successivamente sono state strutturate in stringa di ricerca per essere utilizzate in Pubmed utilizzando l'operatore booleano "And".

I criteri di selezione degli articoli ricercati tramite Pubmed sono stati i seguenti:

- Articoli in Full Text e Free Full Text con Abstract disponibile;
- Articoli pubblicati negli ultimi 20 anni;
- Articoli in lingua italiana e inglese;
- Articoli che riguardassero la popolazione in studio di pazienti adulti

I criteri di esclusione degli articoli evidenziati dalla ricerca sono stati:

- Articoli che studiassero solo il punto di vista familiare;
- Articoli che studiassero solo il punto di vista degli operatori delle UTI;
- Articoli che riguardassero popolazione di studio pediatriche;
- Articoli che riguardassero esclusivamente il periodo della pandemia da Covid-19

La seguente revisione della letteratura è stata svolta da Giugno 2023 a Ottobre 2023. Sono stati analizzati 17 articoli, di cui due studi prospettici di coorte, quattro revisioni della letteratura, due meta-analisi, due Trial Clinici Randomizzati, articoli di editoria e pareri degli esperti, inoltre le Linee Guida del Comitato Nazionale per la Bioetica e Scenario, ovvero la rivista ufficiale di Aniarti.

3. Risultati

Jing et al ha redatto una revisione della letteratura comprensiva di 16 articoli: 10 hanno utilizzato un approccio quantitativo, cinque sono ricerche qualitative e uno studio a metodo misto. L'obiettivo è valutare criticamente la letteratura esistente in merito alla UVP nelle UTI per adulti. La definizione di "flessibile" si riferisce più ampiamente a qualsiasi politica di visita che miri a ridurre le restrizioni preesistenti e aumenti la presenza della famiglia. Questo lavoro ha risaltato la mancanza di un consenso, nella letteratura, sulla definizione di "visita aperta", nonostante le varie somiglianze siano condivise. Diversi studi l'hanno interpretata come "visita illimitata", ovvero il contrario di "visita ristretta" in cui sono stati posti confini all'intero processo. In alcuni paper è stato utilizzato il termine "visita flessibile" in modo intercambiabile con "visita aperta", mentre per altri è implicito che hanno una valenza diversa. Altri ancora invece, non hanno fornito nessuna spiegazione. Il termine "aperta" genera confusione e aspettative irrealistiche introducendo ulteriori variabili come la presenza dei famigliari durante le procedure assistenziali ed il loro coinvolgimento nel processo di cura. Il termine "UTI chiusa" viene usato per fare riferimento ad un reparto con accesso limitato. La visita è limitata a brevi "finestre"

temporali, generalmente non più di un'ora al giorno. Queste tematiche sono molto dibattute all'interno dei reparti di rianimazione. La "visita aperta" deve assumere una definizione chiara e precisa. Questa enfasi sulla "flessibilità" piuttosto che sulla "apertura" emerge come una voce condivisa da molti studi, il che suggerisce che forse "aperta" potrebbe non essere la parola migliore da utilizzare, bensì "flessibile" risulta più accurata e incentrata sul binomio paziente-nucleo familiare (7).

3.1 Delirio e durata della degenza

Secondo la letteratura scientifica le UVP possono aiutare i pazienti stabilendo un contatto con il mondo esterno, dando loro coraggio e fiducia per affrontare l'attuale condizione. In secondo luogo, i visitatori possono fornire supporto mentale, sociale e alleviare le emozioni negative dei pazienti durante il trattamento, il che protegge dallo stress. Infine, il coinvolgimento della famiglia può ridurre la necessità di analgesici e sedativi, diminuire l'incidenza della sindrome da terapia intensiva e abbreviare i ricoveri in UTI. Collettivamente, i risultati suggeriscono che le UVP dovrebbero essere implementate nelle UTI in modo che i membri della famiglia possano partecipare al supporto psicologico, sociale ed emotivo dei pazienti critici promuovendo il loro riorientamento, la salute cognitiva e la riabilitazione. I risultati indicano che le UVP possono ridurre l'incidenza del delirio nei pazienti delle UTI, accorciare la durata dei ricoveri e ridurre i punteggi di ansia e depressione, senza aumentare i tassi di infezione acquisita (7).

Questa revisione della letteratura individua la famiglia come una delle strategie fondamentali per la prevenzione del delirio nei pazienti adulti ricoverati nelle TI (Terapie Intensive), difatti la F di famiglia è stata inclusa nel bundle ABCDEF per la prevenzione del delirio.

Da una meta-analisi di Yuchen Wu et al condotta su undici studi, di cui cinque RCT (Randomized Controlled Trial) e sei QE (Quasi-Experimental), con un totale di 3741 partecipanti, arruolati tra il 2006 e il 2021, 1868 sono stati assegnati ad un gruppo UVP e 1873 assegnati a un gruppo RVP (Restricted Visiting Policies). Ben nove articoli,

comprendenti quattro RCT e cinque QE, per un totale di 2975 pazienti, hanno indagato l'effetto delle UVP nell'incidenza del delirio. L'obiettivo è quello di confrontare la sicurezza e gli effetti delle politiche di visita illimitata e delle politiche di visita ristretta nelle UTI, rispetto agli esiti relativi a delirio, infezione e mortalità. La meta-analisi complessiva ha mostrato che vi è una differenza significativa nell'incidenza del delirio nei gruppi RVP e UVP (OR = 0,40, 95% CI 0,25-0,63 , $P = 0,0001$). Un RCT e sei QE comprendenti 2972, pazienti hanno riportato la durata della degenza in UTI. L'analisi aggregata dei dati ha indicato che le visite flessibili potrebbero ridurre la durata (SMD = -0,97, IC 95% da -1,61 a -0,32, $p = 0,003$). Il delirio è fortemente associato alla mortalità, ma quest'ultima è quasi la stessa nei gruppi RVP e UVP. Solo quattro studi hanno riportato dati sulla percentuale dei decessi, nove hanno riportato dati sul delirio; mentre la durata delle visite, il numero di visitatori durante ogni visita e la frequenza delle visite variavano tra gli studi. Più della metà dei pazienti in condizioni critiche presenta sintomi di ansia e depressione, quindi l'incidenza del delirio in risposta a questi sintomi varia dal 38,9% al 77,4% (8).

La revisione letteraria di B.A. Pabón-Martínez et al include otto articoli, cinque dei quali sono studi quantitativi e tre qualitativi. La ricerca riporta una serie di dati che sembrano stabilire una relazione tra la flessibilità delle visite e la diminuzione dell'incidenza e/o della durata del delirio. Altri benefici di questa politica sono i giorni senza delirio, diminuzione dell'incidenza di infezioni, minor durata della degenza ospedaliera e riduzione dell'ansia e depressione nei famigliari. D'altra parte, gli interventi relativi all'insegnamento delle politiche di buona condotta rivolte ai famigliari, sviluppate dagli infermieri e dai protocolli di orientamento, sembrano indicare la riduzione della durata del delirio e la sua gravità. Gli interventi più frequentemente riportati per prevenire e diminuire il decorso del delirio sono gli orari di visita flessibili ed il riorientamento del paziente. Questi interventi sono utili in un contesto di UTI e favoriscono l'interazione tra paziente e familiare, al fine di migliorare la salute psichica e fisica. In tutti i casi analizzati si riscontra una riduzione dell'incidenza del delirium con l'UVP (9).

Antonio Paulo Nassar Jr. et al ha redatto una revisione sistematica e una meta-analisi con l'obiettivo di sintetizzare i dati sugli esiti relativi ai pazienti, famigliari e professionisti

delle UTI, confrontando le politiche di visita flessibili e restrittive. Sedici studi sono stati inclusi nella revisione sistematica e sette nella meta-analisi. Dieci studi avevano modelli di visita UVP, solo due studi erano randomizzati. Sono stati valutati almeno uno dei seguenti risultati correlati al paziente: mortalità, infezioni acquisite, delirio, durata della degenza all'interno delle UTI, durata della ventilazione meccanica, necessità di sedativi, ansia, depressione e soddisfazione. Esiti correlati ai membri della famiglia: ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e soddisfazione. Risultati relativi ai professionisti: burnout, carico di lavoro e soddisfazione. La durata delle visite varia da uno a nove ore nel modello restrittivo e da 105 minuti a 24 ore nel modello flessibile. Ai fini dell'analisi sono state considerate visite restrittive quelle di durata inferiore o uguale alle sei ore, flessibili oltre le sei ore. Due studi, su un totale di 354 pazienti, hanno mostrato che l'UVP riduce la frequenza del delirio (OR, 0,39; 95% CI, 0,22-0,69; $I^2 = 0\%$). Quattro studi hanno valutato la durata della degenza, mostrando un'assenza di correlazione con le politiche di visita (MD, -0,26 d; 95% CI, -0,57 a 0,05; $I^2 = 54\%$) (10).

Hu Yong Yang et al ha effettuato uno studio clinico randomizzato, in aperto, a gruppi paralleli. Nei criteri di inclusione ci sono pazienti con tempi di ricovero superiori alle 24 ore. I pazienti arruolati sono stati divisi casualmente nel gruppo sperimentale e nel gruppo di controllo. Nel gruppo di controllo le visite erano consentite ogni giorno per 30 minuti al massimo, ai visitatori era richiesto di cambiarsi i vestiti e indossare mascherine, copricapi, copriscarpe, eseguire una corretta igiene delle mani ed essere al massimo in tre, mentre nel gruppo sperimentale è stato adottato un sistema di appuntamenti sempre per un tempo massimo di 30 minuti. Sono stati inclusi nello studio 280 pazienti, 140 sono stati inclusi nel gruppo sperimentale e 140 nel gruppo di controllo. Il delirio si è verificato in otto pazienti (5,7%) nel gruppo di intervento e in 24 (17,1%) nel gruppo di controllo ($p = 0,003$). L'incidenza del delirium è significativamente ridotta e la differenza statisticamente rappresentativa. Nell'UTI la durata della degenza nel gruppo sperimentale era di sei giorni, contro gli otto del gruppo di controllo ($\chi^2 = 5,337$, $p = 0,041$), mostrando un'effettiva diminuzione. Tuttavia, non si è ridotta la degenza ospedaliera (17 vs. 19 giorni, $\chi^2 = 1,721$, $p = 0,923$) (11).

In uno studio prospettico del 2017 di R.G. Rosa et al con l'obiettivo di confrontare

L'incidenza di delirio tra i pazienti ricoverati in una UTI medico-chirurgica, sono stati arruolati in totale 286 pazienti, 141 in RVP e 145 in UVP. Nelle RVP erano consentiti due o meno visitatori per paziente alla volta, per un massimo di 4,5 ore/giorno ed il delirium si è verificato in 29 pazienti su 141 (20,5%). Nelle UVP l'accesso era consentito sempre a due visitatori ma fino a 12 ore al giorno ed il delirium si è verificato in 14 dei 145 pazienti (9,6%). Un'analisi di sensibilità ha confermato la minore incidenza durante le visite aperte (aRR, 0,44; IC 95%, 0,21-0,92). Anche la degenza senza delirio ha risultati a favore delle visite flessibili. Infatti, dallo studio risulta una durata minore nelle UVP (1 giorno [IQR, 1,0-1,0] vs 2 giorni [IQR, 1,2-3,2]; $p = 0,007$). La durata del coma, tempo di insorgenza e tempistica della prima identificazione del delirio non differiscono significativamente tra i due gruppi di studio. La mediana della durata della degenza è più breve per i pazienti con UVP (3 giorni [IQR, 2,0-4,0] vs 4 giorni [IQR, 2,0-6,0]; $p = 0,04$), mentre i pazienti con delirium hanno una mediana maggiore rispetto chi non lo ha sviluppato (7,0 giorni [IQR, 4,0-12,0] vs 3,0 giorni). I risultati mostrano nettamente una maggiore durata della degenza per i pazienti con delirio (12).

Nel 2019 sempre R.G. Rosa et al ha svolto uno studio clinico randomizzato cluster-crossover che confronta i risultati di pazienti, famigliari e medici in un modello di visita familiare flessibile rispetto al classico modello di visita ristretta nelle UTI per adulti. Le unità operative sono state assegnate in modo casuale a una delle due sequenze di interventi: visita flessibile seguita da visita ristretta o visita ristretta seguita da visita flessibile. Le visite flessibili consentivano l'accesso fino a 12 ore al giorno ed erano supportate da un programma educativo. Sono stati arruolati un totale di 1685 pazienti, 1295 membri della famiglia e 826 medici, tutti con caratteristiche simili tra loro. Il delirium si è verificato in 157 su 831 pazienti (18,9%) nel gruppo UVP e in 170 su 845 pazienti (20,1%) nel gruppo RVP (rapporto di rischio [RR], 0,91 [IC 95%, da 0,73 a 1,15]; differenza aggiustata, -1,7% [IC 95%, da -6,1% a 2,7%]; $P = 0,44$). Tra le due politiche di visita non ci sono differenze significative negli effetti per il rischio giornaliero di delirio (0,09 vs 0,10; rapporto di rischio, 0,88 [95% CI, da 0,74 a 1,04]; differenza aggiustata, -0,02 [95% CI, da -0,13 a 0,09]; $P = 0,52$), nei giorni mediani di degenza in terapia intensiva (5,0 vs 5,0; differenza aggiustata, -0,02 giorni [IC 95%, da -0,15 a 0,09]; $P = 0,99$). Questo dato contraddice i

precedenti studi che riportano una minore incidenza di delirio con modelli di visita flessibili (13).

Giannini et al sostiene che attualmente molti interventi non farmacologici, come ad esempio la mobilitazione precoce, la comunicazione orientativa e l'igiene del sonno, sono ritenuti utili per prevenire o limitare il delirio dei pazienti nelle UTI. Inoltre, la mancanza di visite è un ben noto fattore di rischio per il delirium (14).

3.2 Infezioni e mortalità

I pazienti ricoverati in UTI hanno un alto rischio di poter sviluppare un'infezione a causa della costante esposizione ai microrganismi, a procedure invasive, ai fattori intrinseci del paziente stesso come l'immunocompromissione, alle comorbilità o alle visite dei familiari. I risultati di questa prevalenza sono riportati in uno studio EPIC II, che ha mostrato che su 14.414 pazienti provenienti da 1.265 unità di terapia intensiva, il 51% ha sviluppato un'infezione, come riportato da Cappellini et al nella sua revisione di 29 articoli, principalmente composta da studi descrittivi. Le linee guida sulle UTI aperte riconoscono le preoccupazioni riguardo il rischio di infezioni, imponendo il lavaggio delle mani ai visitatori per prevenire questa complicanza nei pazienti. In uno degli studi sottoposti a screening è stato notato che l'incidenza e la tipologia delle infezioni nelle UTI, durante due periodi con orari di visita differenti, non hanno subito una differenza statisticamente significativa (5).

Un interessante studio pilota randomizzato di Fumagalli et al del 2006 ha confrontato le complicanze associate a UVP e RVP. Per due anni, sequenze di due mesi delle due politiche di visita sono state alternate in modo casuale per un totale di 226 pazienti arruolati (RVP/UVP, n=115/111). Sono stati sistematicamente valutati la contaminazione microbica ambientale, le complicanze settiche e cardiovascolari, il profilo emotivo e la risposta agli ormoni dello stress. Nelle RVP è stato fatto entrare un solo visitatore per paziente, per 30

minuti due volte al giorno, dopo essersi lavato le mani per 3-5 minuti con sapone antibatterico, indossando camici monouso e sovrascarpe. Nelle UVP, il numero e la durata delle visite sono stati lasciati alla preferenza del paziente, con la sola restrizione di un visitatore alla volta. I requisiti igienici erano gli stessi delle RVP. All'indagine microbica sistematica, l'aria nel corridoio era significativamente meno contaminata dai batteri durante le RVP rispetto ai periodi UVP, mentre la contaminazione dell'aria nelle stanze dei pazienti era simile. Le superfici nelle stanze dei pazienti erano significativamente più contaminate da batteri nei periodi con UVP e da funghi nei periodi RVP. La contaminazione batterica delle superfici è stata positivamente associata alla contaminazione batterica dell'aria ($P = 0,038$), alla temperatura ambiente ($P = 0,001$) e alle UVP ($P = 0,001$). Mentre l'umidità e la contaminazione fungina superficiale, le uniche altre covariate inserite in questo modello, non sono predittrici di una significativa contaminazione batterica delle superfici. Nonostante la minore contaminazione batterica nel periodo RVP, l'incidenza cumulativa di polmonite, infezioni del tratto urinario, sepsi generalizzata e complicanze settiche sono simili nei due gruppi sperimentali. Nel complesso, i dati microbiologici suggeriscono che l'aumento del numero e della durata delle visite durante il periodo UVP è stato associato a una maggiore contaminazione batterica ambientale. In questo RCT sono state studiate tutte le principali complicanze cardiovascolari che erano più frequenti nei periodi RVP rispetto a quelli UVP, la differenza era statisticamente significativa per l'edema polmonare e lo shock. In totale, il rischio relativo di qualsiasi tipo di complicanza cardiovascolare era quasi doppio nei periodi RVP rispetto ai periodi UVP. In un'analisi separata dei 156 pazienti (RVP, $n=80$; UVP, $n=76$) con infarto miocardico acuto, si è confrontata la distribuzione della classe Killip tra l'ammissione e la dimissione dall'UTI. Nei periodi RVP, la differenza tra ricovero e dimissione non era significativa ($P=1,00$), mentre nei periodi di UVP, solo il 3,4% dei pazienti è peggiorato, mentre il 58,8% è migliorato fino alla dimissione ($P=0,039$). La mortalità intraospedaliera è stata del 5,2% ($n=6$) nei pazienti ricoverati casualmente durante i periodi RVP e dell'1,8% ($n=2$) in quelli ricoverati durante i periodi UVP, ma senza significatività statistica ($P=0,28$) (2).

Uno degli obiettivi dello studio di Hu-Yong Yang et al era verificare se si fosse sviluppata un'infezione nosocomiale, ovvero quella che si verifica 48 o 72 h dopo il ricovero. Sono

stati inclusi i seguenti tipi di infezione: polmonite, setticemia e infezione del tratto urinario. Ci sono stati 28 casi di infezione nosocomiale nel gruppo sperimentale e 29 casi nel gruppo di controllo; pertanto, l'incidenza delle infezioni era del 20% contro il 20,7% ($\chi^2 = 0,022$, $p = 0,882$), di fatto il sistema di visita flessibile non ha aumentato l'incidenza delle infezioni nosocomiali (11).

Anche nella revisione sistematica di Paulo Nassar Jr. et al, in tre studi, per un totale di 1.042 pazienti, si è valutata la frequenza di infezioni acquisite in UTI concludendo che non esisteva nessuna differenza in merito alle politiche di visita (OR, 0.98; 95% CI, 0.68–1.42; $I^2 = 11\%$). Sempre tre studi hanno valutato la mortalità, per un totale di 60.509 pazienti, e, non c'era alcuna correlazione tra UVP e mortalità (OR, 0,71; IC 95%, 0,38–1,36; $I^2 = 86\%$) (10).

Tra gli esiti secondari dei due studi di Rosa et al (2017, 2019) abbiamo la valutazione di qualsiasi infezione acquisita nelle UTI e della mortalità ospedaliera. Nello studio prospettico il tasso delle infezioni non differisce significativamente tra i due gruppi di studio; nell'RCT l'incidenza delle infezioni acquisite tra i due gruppi sono: 3,7% nelle UVP vs 4,5% nelle RVP; [RR, 0,81; 95% CI, da 0,51 a 1,29], anche qui non c'è una differenza statisticamente significativa (12) (13). I due studi concordano sul fatto che nella visita flessibile l'incidenza ha un valore inferiore, 8 (5,5%) e 31 (3,7%) pazienti rispetto alla visita ristretta, 13 (9,2%) e 38 (4,5%) pazienti (9). Da questo si può ipotizzare che l'UVP comporta gli stessi rischi della visita abituale; quindi, potrebbe essere utilizzata per interventi di evidente beneficio per il paziente, come il riorientamento (9). La mortalità nello studio prospettico durante l'UVP è stata del 2,1%, mentre del 6,3% durante l'RVP [IC 95%: 0,34 (0,09-1,26)]; $p = .10$, dunque la mortalità non differisce significativamente tra i due gruppi di studio. Mentre l'RCT presenta il 14,8% per l'UVP e il 14,4% per la RVP [IC 95%: 1,01 (0,77- 1,32)]; $p = .9$, anche in questo caso gli effetti delle visite flessibili non erano significativamente diversi dagli effetti delle visite ristrette per quello che riguarda la mortalità (9) (12) (13).

Dalla revisione di Yuchen Wu et al quattro studi (due RCT e due QE) hanno misurato gli effetti delle UVP correlati alla mortalità dei pazienti nelle UTI. Sono stati valutati 2727 pazienti e si è notato che il tasso di mortalità non aumenta con la visita flessibile ($I^2=49\%$,

$p = 0,12$, modello a effetti fissi; $OR=1,03$, IC 95% $0,83-1,28$, $p=0,75$). Sei studi (tre RCT e tre QE) per un totale di 3246 pazienti hanno indagato le relazioni tra UVP e infezioni acquisite. Le visite flessibili non hanno avuto alcuna influenza sugli esiti infettivi ($OR=0,92$, 95% CI $0,72-1,18$, $p = 0,5$). Sei studi hanno esaminato l'incidenza delle VAP (Ventilator Associated Pneumoniae) e nella meta-analisi un modello a effetti fissi ha mostrato che le UVP non ne hanno fatto aumentare l'incidenza ($I^2=0\%$, $p=0,49$, $OR=0,96$, 95% CI $0,71-1,30$, $p = 0,80$). Cinque studi (tre RCT e due QE) su 3082 pazienti hanno valutato CRBSI (Catheter-related bloodstream infection) e CAUTI (Catheter-Associated-Urinary Tract Infections) nei pazienti in UTI. Le visite aperte non hanno aumentato l'incidenza di CRBSI ($OR 1,15$, 95% CI $0,72-1,84$, $p=0,56$) e CAUTI ($OR 0,97$, 95% CI $0,52-1,80$, $p=0,92$) (8).

3.3 Ansia, depressione e disturbo da stress post traumatico (PTSD) nei pazienti e nei famigliari

Numerosi studi hanno indagato l'insorgenza dei sintomi di ansia, depressione e PTSD sia nei pazienti che nei famigliari. I dieci studi esaminati da S.Whitton et al nella sua revisione della letteratura esplorano le visite flessibili e l'impatto che hanno su pazienti, famiglie ed infermieri. I risultati di questi studi indicano che i pazienti non sempre percepiscono le visite dei famigliari come utili e potrebbe esserci un po' di stress associato ad esse (15).

Secondo McAdam et al la visita aperta è stata molto studiata dal punto di vista della famiglia e degli operatori sanitari, ma dal punto di vista dei pazienti vi si sono concentrati pochissimi studi. Questo perché i pazienti nelle UTI sono spesso incapaci di comunicare le proprie preferenze sulle visite, venendo così esclusi dagli studi di ricerca. I degenti si sentivano stressati quando cercavano di comunicare con i loro cari e ripensando a quanto sia sconvolgente questa esperienza per la loro famiglia. Le famiglie possono contribuire alla cura del paziente tenendo dei diari di terapia intensiva, questi serviranno al paziente una volta dimesso a fare ordine nella propria mente e nei propri ricordi, aiutandolo a

metabolizzare la propria esperienza nell'UTI. Difatti nelle famiglie che tenevano i diari sono stati riferiti minori sintomi di PTSD, sia nei pazienti che famigliari, a distanza di 12 mesi dalla dimissione (16).

Nel già citato studio di Rosa et al 2019, per i membri della famiglia, gli esiti secondari includevano ansia e depressione, valutati utilizzando la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). I punteggi mediani sono significativamente migliori per l'ansia (6,0 vs 7,0; differenza aggiustata, -1,6 punti [95% CI, da -2,3 a -0,9]; $P < .001$) e la depressione (4,0 vs 5,0 ; differenza aggiustata, -1,2 punti [IC 95%, da -2,0 a -0,4]; $P = 0,003$). Le analisi di sensibilità dell'HADS mostrano che le UVP hanno portato ad una prevalenza significativamente inferiore di probabile ansia clinica (13,4% vs 28,2%; rapporto di prevalenza [PR], 0,48 [IC 95%, da 0,35 a 0,66]; differenza aggiustata, -14,6% [IC 95%, da -20,8% a -8,3%]; $P < .001$) e depressione (8,1% vs 17,7%; PR, 0,46 [95% CI, da 0,28 a 0,76]; differenza aggiustata, -9,5% [95% CI, da -15,3% a -3,7%]; $P = .001$). L'aggiustamento dei punteggi HADS in base alla storia di ansia o depressione non ha modificato i risultati delle analisi primarie (13).

Paolo Nassar Jr. et al ha valutato i sintomi di depressione e ansia in due studi condotti dallo stesso gruppo di ricerca, utilizzando l'HADS in 285 pazienti. Sebbene non si sia osservata alcuna differenza nei sintomi depressivi (MD, -1,91; IC 95%, da -4,35 a 0,52; $I^2 = 89\%$), i sintomi di ansia erano meno gravi nei pazienti esposti alla UVP rispetto alla RVP (MD, -2,20; IC 95%, da -3,80 a -0,61; $I^2 = 71\%$) (10).

In uno degli studi analizzati da Cappellini et al la permanenza del paziente in UTI provoca ansia e depressione nei parenti. Dei 544 famigliari intervistati su questi disturbi, il 73% soffriva di ansia e il 35% di depressione. In un'altra analisi, l'8% dei parenti ha riferito di aver ricevuto sostegno da uno psicologo dopo il ricovero di un famigliare in rianimazione. La stessa percentuale aveva necessità di assumere farmaci psicotropi dopo la degenza di una persona a loro cara. Inoltre, un parente su tre è a rischio di sviluppare un disturbo da stress post-traumatico, anche solo con pochi giorni di ricovero del famigliare (5).

Yuchen et al in due studi ha utilizzato la Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) e la Hamilton Depression Scale (HAM-D) per valutare l'ansia e depressione nel paziente. Uno studio ha utilizzato la Self Rating Anxiety Scale (SAS) e la Self-Rating Depression Scale (SDS) per

valutarli. I punteggi di ansia sono migliori nel gruppo delle UVP rispetto al gruppo di controllo, ma non in modo statisticamente significativo (SMD= -2,39, IC 95% da -5,03 a 0,25, p=0,08). C'è una notevole riduzione dei punteggi della HAM-D associati alle UVP (SMD-2,1, IC 95% da -3,22 a -0,97, p=0,0003, I² = 93%) (8).

Fumagalli et al ha scoperto che il punteggio relativo all'ansia era simile al basale nei due gruppi di studio, poi si è ridotto significativamente nel gruppo UVP fino alla dimissione, mentre è stata osservata solamente una lieve riduzione non significativa nel gruppo RVP. Nel complesso, i due gruppi hanno mostrato un cambiamento simile quando i punteggi di ansia sono stati confrontati tra l'ammissione e la dimissione. Il punteggio della depressione non è cambiato tra il ricovero e la dimissione in entrambi i gruppi (RVP: 3,9±0,3 al ricovero vs. 3,9±0,3 alla dimissione, P=0,79; UVP: 2,9±0,3 al ricovero vs. 3,1±0,3 alla dimissione, P=0,39). Confrontandolo con il valore all'ingresso, il TSH plasmatico era significativamente più alto alla dimissione in entrambi i gruppi; la differenza era più marcata nel gruppo RVP. La concentrazione plasmatica di cortisolo (RVP: 542±28 nmol/L all'ammissione rispetto a 452±15 nmol/L della dimissione, P<0,001; UVP: 603±48 nmol/L all'ammissione rispetto a 443±15 nmol/L della dimissione, P< 0,001) e l'escrezione urinaria di acido vanilmandelico nelle 24 ore (RVP: 5,8±0,3 mg/24 ore al momento del ricovero rispetto a 4,6±0,2 mg/24 ore alla dimissione, P<0,001; UVP: 5,4±0,3 mg/24 ore al momento del ricovero rispetto a 4,2 ±0,2 mg/24 h della dimissione, P<0,001) sono diminuite in misura simile nei due gruppi dal momento del ricovero alla dimissione (2).

Nello studio prospettico di coorte di Fumis et al, l'obiettivo è confrontare l'incidenza dei sintomi di ansia, depressione e PTSD nelle coppie (paziente/rispettivo familiare), durante la degenza in UTI e a 30 e 90 giorni dopo la dimissione. L'analisi è stata effettuata su 184 coppie intervistate in una mediana di 3 (2-4) giorni dopo il ricovero. Per quanto riguarda il punteggio della scala IES (Impact of Even Scale), a 30 giorni i pazienti e i membri della famiglia hanno ottenuto valori simili; tuttavia, i famigliari avevano valori significativamente più alti dopo 90 giorni. Grazie ai risultati dell'HADS si nota che i pazienti e famigliari hanno sintomi comparabili di ansia (26,1% vs. 33,2%; p = 0,117), depressione (12% vs. 22,2%, p = 0,597) o entrambe (8,7% vs. 9,8%, p = 0,99) durante la degenza. Tuttavia, a 30 giorni meno pazienti rispetto ai membri della famiglia presentano

ansia (0,8% vs. 7,6%; $p = 0,008$) e depressione (3,4% vs. 6,7%; $p = 0,344$). Entrambi i sintomi sono stati riscontrati solo nei familiari a 30 giorni (4,2%). A 90 giorni solo i membri della famiglia presentavano ansia (1,9%), mentre i sintomi della depressione erano simili tra le coppie (1,0% vs. 3,9%; $p = 0,375$). Per quanto riguarda i sintomi di PTSD le coppie presentano sofferenze simili a 30 giorni (5,9% vs. 2,5%; $p = 0,344$). Dopo 90 giorni, solo i parenti dei pazienti deceduti hanno presentato manifestazioni (4,9%). Considerando il punteggio HADS nel tempo tramite valutazioni ripetute, si è scoperto che l'ansia e la depressione variavano significativamente tra i gruppi ($p < 0,001$). L'analisi post hoc ha mostrato che i degenti presentavano meno sintomi di ansia e depressione, a 30 e 90 giorni, rispetto ai familiari dei pazienti dimessi e/o deceduti ($p < 0,001$). A 90 giorni, i familiari dei pazienti deceduti presentavano sintomi maggiori di ansia e depressione rispetto a quelli dei sopravvissuti ($p = 0,048$). Ansia e depressione sono correlati positivamente tra le coppie ($r = 0,5186$, $p = 0,001$). Non c'era alcuna correlazione tra le ore di visita ed il punteggio HADS all'interno del nucleo familiare ($\rho = 0,111$; $p = 0,134$), a 30 giorni ($\rho = -0,005$; $p = 0,956$) e a 90 giorni ($\rho = -0,004$, $p = 0,964$). Inoltre, non c'era alcuna correlazione tra le ore di visita ed il punteggio IES per i congiunti a 30 giorni ($\rho = 0,023$; $p = 0,784$) e 90 giorni (0,012; $p = 0,888$). I pazienti hanno un rischio maggiore di sviluppare PTSD se durante il periodo di ricovero mostrano segni di ansia e/o depressione, mentre per i congiunti il manifestarsi di queste due condizioni durante la degenza del proprio caro è predittivo di PTSD (17).

3.4 Soddisfazione pazienti e familiari

Nell'RCT di Hu Yong et al sono stati raccolti in totale 280 questionari di valutazione della soddisfazione nei pazienti. I risultati del gruppo sperimentale (UVP) e del gruppo di controllo (RVP) sono stati rispettivamente del 98,6% e del 92,1% ($\chi^2 = 6,534$, $p = 0,011$) evidenziando il fatto che i degenti sono più soddisfatti del sistema di visite flessibile (11).

All'interno della meta-analisi di Paulo Nassar Jr. et al solo uno studio ha valutato la soddisfazione del paziente, utilizzando una scala Likert a cinque punti per intervistare 20 pazienti durante il periodo RVP e 12 pazienti durante UVP. Il livello di soddisfazione è

aumentato da 3,15 a 4,42 ($p < 0,005$). In altri due si è valutata la soddisfazione sia dei pazienti che dei familiari, in uno di questi le risposte di 34 intervistati durante le RVP sono state confrontate con quelle di 32 soggetti nel periodo di UVP, utilizzando una scala Likert a quattro punti. Il livello di soddisfazione ha avuto un aumento non significativo da 3,85 a 3,94. Nell'altro studio, su 86 intervistati, il 51% ha dichiarato di essere molto soddisfatto della RVP, ma dopo l'introduzione della UVP ben il 91% ha riferito di esserlo completamente. L'appagamento unicamente familiare è stato valutato in nove studi, ma l'uso di strumenti valutativi molto diversi hanno precluso un'analisi combinata dei dati. In otto di questi studi, l'esaudimento è aumentato grazie alla UVP, mentre solo un risultato non ha mostrato alcun miglioramento (10).

Anche dalla revisione di Whitton et al è emerso che complessivamente gli studi scansionati confermano l'elevata soddisfazione per la UVP. Le famiglie hanno riconosciuto come un "lusso" il fatto di poter stare accanto al proprio caro e poter garantire un supporto fisico ed emotivo per periodi di tempo superiori ai canonici, tipici delle RVP (15).

Nell'RCT di Rosa et al la soddisfazione è stata valutata utilizzando il Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI). I punteggi medi per la soddisfazione della visita aperta sono: 146,1 vs 132,6; differenza aggiustata, 13,5 punti [IC 95%, da 10,4 a 16,7]; $P < .001$). Le analisi di sensibilità dei domini CCFNI hanno mostrato punteggi medi significativamente migliori con la UVP rispetto alla RVP; nella vicinanza (31,5 vs 27,6); nelle informazioni (27,8 vs 25,2); nella assicurazione (25,3 vs 23,5); comfort (19,0 vs 17,4) e supporto (42,4 vs 38,9) (13).

L'insoddisfazione dei parenti è spesso legata alla mancanza di informazioni (22%) ed al fatto di riceverle in una stanza non idonea (23%). Un altro studio sulle famiglie, usando sempre la CCFNI, ha scoperto che complessivamente il 90% dei parenti era soddisfatto delle risposte ricevute per i loro bisogni, ma con una più alta percentuale di "completamente soddisfatti" riportata dal gruppo di UVP, confermando la preferenza per gli orari di visita meno restrittivi (5).

Bergwick et al sostiene la politica di visite aperte, affermando che solitamente non aumentano i livelli di stress dei pazienti, come rilevato dalla pressione sanguigna, dalla frequenza cardiaca e dalla pressione intracranica, ma possono infatti abbassare questi

parametri clinici, mentre la singola presenza degli operatori sanitari spesso aumenta lo stress (1).

3.5 Concezione della politica di visita flessibile

Le RVP si basano sul concetto di ridurre il rischio di infezioni nei pazienti più vulnerabili come quelli che soggiornano nelle UTI. La maggior parte di tali unità operative adotta queste misure definendo il numero di visitatori, gli orari di visita e altri fattori, basati su una gestione unificata della politica ospedaliera e le caratteristiche delle loro UTI. Le tipologie di visite possono essere catalogate in vari modi. Le restrittive non soddisfano i bisogni mentali dei pazienti e delle loro famiglie e sono una significativa causa di sofferenza per il paziente. A causa della variabilità culturale e del trattamento unico all'interno di questo specifico ambiente, oltre il 70% delle UTI nel mondo adottano ancora delle limitazioni nelle modalità di visita, orari, frequenze e numero di visitatori consentiti (8). Gli orari di visita variano da paese a paese a causa di differenze culturali e religiose, fattore però che non poteva essere affrontato nella meta-analisi. Rispetto ai paesi in via di sviluppo, le politiche di visita nei paesi industrializzati sono maggiormente flessibili, consentendo delle visite relativamente lunghe. La durata media delle visite è maggiore a quattro ore al giorno in Brasile, Stati Uniti e Italia, mentre varia da 1,5 a 24 ore al giorno nei Paesi Bassi, rispetto a 1-2 ore al giorno in Iran. Il concetto di UVP varia tra studi e paesi, possono essere correlati a diversi periodi, aspetti culturali e organizzativi (8).

Secondo Giannini et al è rimasto costante un elemento in Italia, cioè la struttura “chiusa” della UTI. Esso ha usato questo termine per fare riferimento ad una UTI con accesso limitato, arrivando nei casi estremi ad escludere la presenza dei famigliari, inoltre, in alcuni casi anche la visita è consentita solo per brevi “finestre” temporali. Non ci sono dati specifici che trattano questo argomento in Italia; tuttavia, un recente studio francese ha scoperto che il 97% delle rianimazioni prese in considerazione ha limitazioni sui periodi di accesso (solo una volta al giorno nel 33% dei casi, due volte nel 62%). Al contrario, un sondaggio svedese ha rivelato che il 70% non ha nessuna restrizione sull'orario di visita, né di giorno né di notte (4) (5) (6). Quasi tutte le UTI statunitensi (90%) hanno limitazioni

sulle politiche di visita, e la maggior parte (62%) ne impone tre o più, come ad esempio il numero dei visitatori, la frequenza o la durata delle visite. È sconcertante che questi risultati non sono poi così diversi da quelli riportati nel 2007, dove solo il 32% aveva visite aperte. Questa statistica è fuorviante, perché "aperta" si riferiva solo alle ore di visita e la maggior parte delle UTI considerate tali aveva restrizioni sul numero e l'età dei visitatori (16). Indipendentemente dalle politiche, quasi tutte le UTI tendono a non ammettere più di due visitatori per paziente. Nel 17% di quelle italiane l'accesso è consentito solo ai parenti più prossimi. Per i bambini le regole sono completamente diverse: negli Stati Uniti sotto i 12 anni non possono entrare nel 91% dei casi e nel 78% nel nord-est italiano. C'è anche un divieto totale di accesso per i bambini di qualsiasi età nel 69% delle UTI italiane, nell' 11% delle francesi, e nel 9% di quelle fiamminghe. Un'altra caratteristica singolare è l'obbligo di indossare indumenti protettivi. L'Italia è la nazione con la più alta imposizione di dispositivi di protezione per i parenti. Indossare i camici è obbligatorio in molte UTI, con percentuali variabili dal 23% nel Regno Unito al 91% in Italia. Anche i sovrascarpe sono ampiamente utilizzati (87%), mentre indossare le cuffie protettive varia dal 2% al 51%, e analogamente le mascherine chirurgiche (1% - 47%). Il lavaggio delle mani e l'applicazione delle precauzioni standard per prevenire la trasmissione delle infezioni sono obbligatori (5). Le UVP continuano a generare sfide, come dimostrato dalla mancanza di flessibilità riguardo gli orari di visita. Come detto, la Svezia ha il 70% di UTI aperte, mentre negli Stati Uniti la percentuale scende al 32%, in Francia al 23% e nel Regno Unito al 20%. In Belgio e in Italia sono quasi tutte "chiuse", cioè con politiche di visita limitate (Tabella 1). Peraltro, vengono attuate restrizioni sia sul numero dei visitatori (92% delle TI) sia sul tipo di visitatori (il 17% dei reparti ammette solo familiari stretti, il 69% non permette che i bambini facciano visite). Alcune TI non modificano le proprie regole per l'accesso dei visitatori se il paziente ricoverato è un bambino (9%) né se il paziente sta morendo (21%). La quasi totalità impone ai visitatori l'utilizzo di indumenti protettivi (camice, sovrascarpe, mascherina, guanti). Aspetto di particolare rilievo è il fatto che un quarto delle UTI per adulti non ha una sala d'attesa per i familiari (4) (5) (6).

Svezia	70%
U.S.A.	32%
Gran Bretagna	23%
Olanda	14%
Francia	7%
Belgio	3,3%
Italia	2%

Tabella 1. Diffusione UVP nei paesi industrializzati.

3.6 Prospettiva degli operatori sanitari

Per Jing et al una delle principali sfide delle visite aperte, emerse dalla letteratura, è la percezione negativa del personale. Sono stati individuati quattro sotto temi: scetticismo sui benefici; percepita perdita di controllo del reparto; aumento del carico di lavoro; interruzione delle procedure assistenziali. Queste percezioni si sono tradotte in atteggiamenti negativi del personale nei confronti delle UVP. In uno studio che esamina i punti di vista degli infermieri nessun partecipante ha votato a favore, così come i medici interpellati in un ulteriore studio. Pur riconoscendo che le famiglie svolgono un ruolo importante nella cura dei pazienti critici, i medici percepiscono di non avere il tempo per intrattenere delle frequenti conversazioni con ciascuna famiglia, a causa del pesante carico di lavoro. Anche gli infermieri hanno identificato nella maggior presenza dei famigliari il motivo di un aumentato carico lavorativo. Essi causano interruzioni nella pianificazione e nell'erogazione delle cure compromettendo l'intera organizzazione assistenziale. A causa dei significativi disturbi nei confronti dei pazienti e del personale, cinque UTI olandesi sono passate da una politica di visita aperta a chiusa (7).

McAdam et al ha confrontato le convinzioni e gli atteggiamenti degli operatori sanitari nei confronti delle UVP, mostrando che gli infermieri, generalmente, non sono favorevoli. Essi temono di perdere il controllo dell'ambiente lavorativo, percepiscono che le visite non

offrono più conforto e sostegno alla famiglia, inoltre viene ostacolata la privacy ed il riposo (16).

Nella meta-analisi di Nassar Jr. et al sono stati esaminati i sintomi della sindrome da burnout tra i professionisti della UTI, mostrando che i livelli, misurati dal Maslach-Jackson Burnout Inventory, sono aumentati dal 34,5% al 42,6% ($p = 0,001$) dopo l'introduzione dell'UVP. Questo studio ha anche valutato l'ansia di stato e l'ansia di tratto, usando la State-Trait Inventory. Nessuno dei due punteggi è cambiato dopo l'implementazione delle UVP (ansia di stato: 37,0 contro 38,3; $p = 0,10$. Ansia di tratto: 37,7 vs 38,7; $p = 0,29$) (10).

Non sono stati trovati studi che valutassero la depressione tra i professionisti. La soddisfazione è stata valutata in quattro studi. In due si sono utilizzati dei questionari che hanno identificato nella visita flessibile la miglior opzione possibile. Un'analisi su 198 professionisti ha mostrato una lieve riduzione, non significativa, sulla preferenza di visita, in favore della RVP (72,7% vs 71,3%; $p = 0,83$). Sebbene l'87,0% delle 69 opinioni dei medici fosse favorevole, solo il 62,7% di 126 infermieri ha espresso un parere simile ($p = 0,001$) (10).

Un altro studio su 28 operatori ha utilizzato una scala Likert a 5 punti e non ha mostrato differenze significative nel livello di soddisfazione (3,64 punti prima vs 3,65 punti dopo l'introduzione di UVP). Un'altra analisi ha valutato la percezione del carico di lavoro dei professionisti: in un gruppo con RVP 10 operatori su 29 (35%) hanno percepito un aumento, mentre 20 su 42 (48%) hanno riferito un incremento di esso con le UVP (10).

Secondo Berwick et al una preoccupazione è quella della presenza illimitata dei propri cari al capezzale, rendendo più difficile, per infermieri e medici, fare il loro lavoro a causa dell'interferenza con l'erogazione delle cure. I membri della famiglia possono essere in grado di fornire dei feedback a infermieri e medici in modo più efficace di quanto possa fare il paziente ricoverato, facilitando la comunicazione e creando un rapporto di lavoro migliore per tutti. Gli ospedali sono più propensi ad un cambiamento meno radicale, potrebbero stabilire che ci possono essere dei momenti in cui la stanza di un paziente, o l'intera unità, deve essere chiusa per alcune procedure o durante le emergenze. Questa decisione offrirebbe ai medici la possibilità di chiedere ai famigliari di lasciare momentaneamente il reparto, se la loro presenza si ritenga possa ostacolare la fornitura di

cure (1).

Whitton et al ha confermato che le UVP generano attriti negli infermieri. Essi affermano che la visita ha interferito con l'assistenza infermieristica e che il coinvolgimento emotivo con i parenti ha prodotto delle tensioni e una forma di stress emotivo. Bisogna tener presente che gli operatori desiderano limitare gli stimoli dannosi per i pazienti in ogni circostanza. Si è cercato di determinare il parere degli infermieri in tema di flessibilità, intervistandone 46 che lavorano nelle UTI utilizzando una scala Likert a 7 punti. Ai partecipanti è stato chiesto di prendere nota degli aspetti positivi o negativi, non presenti nella scala delle credenze inclusa nel questionario. La metà degli infermieri intervistati pensava che la visita aperta esaurisse l'energia del paziente avendo un impatto sulla loro condizione emodinamica, mentre il resto ha espresso il parere contrario. Devono essere messe in atto alcune linee guida coerenti ed oggettive, in modo da non far confondere i membri della famiglia sulle routine standard (15).

Da un trattato rivisto da Cappellini et al si è notato che un'alta percentuale del personale (88%) considera auspicabile coinvolgere i parenti nella cura, tramite un'attenta educazione comportamentale (74%) o in loro presenza (67%). Un'altra indagine su 731 membri di 263 UTI ha confermato l'atteggiamento positivo dei professionisti francesi, dove il 63% di chi lavora con una RVP ritiene utile estendere l'orario di visita, mentre solo il 9% di quelli impegnati in una UVP preferirebbero una riduzione. Al contrario, la maggior parte degli infermieri belgi ha espresso un'opposizione all'apertura delle loro UTI (75%), ritenendo che la flessibilità non possa essere utile per la degenza dei pazienti (56%) e nemmeno offrirebbe conforto (58%). Anche quasi tutti (94%) gli infermieri ateniesi di sei UTI sono contrari alle visite aperte; l'85% ha dichiarato questo perché non identificano nei parenti una vera forma di supporto. In Italia circa il 60% del personale medico ed infermieristico, coinvolti in un'indagine su 28 UTI della regione Toscana, hanno riconosciuto il valore e i benefici di una UVP, anche se sono stati evidenziati grossi problemi architettonici e organizzativi che si possono presentare, inoltre vengono riferiti aumenti dei carichi di lavoro dovuti alle continue richieste di informazioni. Da tre UTI italiane è emerso che le UVP promuovono il recupero fisico e psicologico. Questo risultato è comune tra i team delle UTI aperte rispetto alle chiuse (91% vs 63% per i medici, 84% vs 67% per gli

infermieri). Allo stesso modo, viene supportata l'opinione che possano aiutare a ridurre l'ansia dei parenti (73% vs 60% per i medici, 73% vs 67% per gli infermieri). Altre evidenze hanno confermato l'influenza negativa della politica di visita sul lavoro di squadra. Da queste, il 45% degli infermieri che lavorano nelle UTI aperte e il 55% delle chiuse, pensano che le UVP ostacolino l'intero piano di cura. In un progetto è stato somministrato un questionario a 13 medici e 30 infermieri che lavorano in un'UTI con visite aperte h 24. Gli infermieri hanno riportato l'impressione di una maggiore disorganizzazione rispetto ai medici ($P = .008$) e una minore percezione di fiducia da parte dei parenti ($P = .0023$). I medici erano meno a loro agio, rispetto agli infermieri, durante la visita dei pazienti ($P = .02$). Avevano però un parere più favorevole rispetto a loro sull'estensione delle visite (odds ratio, 0,35; $P < .001$), anche diversi mesi dopo la modifica dell'orario di visita (odds ratio, 0,5; $P < .001$) (5).

Nell'RCT di Rosa et al la prevalenza del burnout nei medici è stata valutata come risultato secondario, utilizzando il Maslach Burnout Inventory. Sono stati valutati anche i seguenti esiti terziari: soddisfazione per la politica di visita, percezione della disorganizzazione dell'assistenza e conflitti con i visitatori. Sono state valutate le interviste di 737 medici, la prevalenza del burnout non differiva significativamente tra i gruppi UVP e RVP (22,0% vs 24,8%); PR, 0,89 [95% CI, da 0,70 a 1,14]. Per quanto riguarda il punteggio medio di soddisfazione, non c'era differenza significativa (2,5 vs 2,4). Il punteggio mediano delle percezioni relative alla disorganizzazione dell'assistenza (1,0 vs 0); [IC 95%, da -0,01 a 0,4]; $P = .06$ e conflitti con i visitatori (3,9% vs 4,8 %; RR, 0,83 [IC 95%, da 0,37 a 1,87]; non differiva in maniera rilevante (13).

4. Discussioni

La letteratura scientifica evidenzia l'importanza delle UVP nell'aiutare i pazienti a stabilire un contatto con il mondo esterno, dando coraggio e fiducia per affrontare la loro condizione. In secondo luogo, i visitatori possono fornire supporto mentale, sociale e alleviare le

emozioni negative dei pazienti durante il trattamento, il che protegge dallo stress. Infine, il coinvolgimento della famiglia può ridurre la necessità di analgesici e sedativi, diminuire l'incidenza della sindrome da terapia intensiva e abbreviare la durata dei ricoveri in UTI.

La produzione scientifica indica che un approccio olistico all'assistenza sanitaria dovrebbe includere l'integrazione dei membri della famiglia, enfatizzando il concetto di umanizzazione delle cure (15). Inoltre, ci sono indicazioni per affermare che le UVP potrebbero ridurre l'incidenza del delirio nei pazienti e i punteggi di ansia e depressione (8). L'incidenza di infezioni e le complicanze settiche non hanno differenze statisticamente significative tra le UVP e RVP così come la mortalità. Uno studio ha mostrato risultati interessanti per le complicanze cardiovascolari ed il profilo degli ormoni dello stress. La maggior parte degli studi suggerisce che sia i pazienti che i membri della famiglia sono più soddisfatti del modello di visita flessibile. I professionisti, tuttavia, hanno una concezione negativa delle visite illimitate.

Le preoccupazioni espresse dai professionisti sanitari si potrebbero ridurre utilizzando una comunicazione terapeutica basata sull'empatia, cercando di spostare l'attenzione da "il mio tempo di cura viene limitato dalle continue domande dei famigliari" a "anche le risposte ai dubbi e alle domande del familiare sono tempo di cura", potendo così creare una forte relazione di fiducia. La maggior parte delle volte i dubbi e le domande nascono dalla non conoscenza e dalla paura di intraprendere un processo di cambiamento. Ponendosi sullo stesso piano con il caregiver si potrebbe facilitare l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure, rendendo il familiare non solo un supporto all'assistenza, ma parte integrante di essa. Per favorire questo processo è necessario informare correttamente e puntualmente i familiari sulle condizioni del paziente. Questo significa possedere non solo capacità tecniche e professionali, ma anche un'intelligenza emotiva che permetta al professionista di gestire i rapporti mediante una comunicazione attiva, efficace ed empatica.

Collettivamente, i risultati suggeriscono che le UVP dovrebbero essere implementate nelle UTI in modo che i membri della famiglia possano partecipare al supporto psicologico, sociale ed emotivo dei pazienti critici per promuovere il loro riorientamento, la salute cognitiva e la riabilitazione.

4.1 Delirio

Su sei studi analizzati, cinque (8) (9) (10) (11) (12) indicano che la comparazione tra i due modelli è associata ad una minore incidenza di delirio. In una delle analisi, su un totale di 2.975 pazienti studiati ha visto che le UVP potrebbero ridurre l'incidenza. Il limite principale di questo studio è aver valutato paper in cui gli orari di visita variavano da paese a paese, a causa delle differenze culturali, religiose ed organizzative (8). Anche Pabon Martinez et al hanno rilevato che questo indice è inferiore nelle UTI aperte rispetto alle chiuse, anche se con questo campione è difficile stabilire l'impatto che questa strategia ha sulla prevenzione del delirio. La limitazione principale è che non avendo analizzato degli studi misti, l'inclusione di articoli qualitativi potrebbe dar luogo a diverse interpretazioni, dove i risultati quantitativi sono confutati o contrastati e questo non era l'obiettivo della sua ricerca (9). Hu Yong et al hanno mostrato dati piuttosto favorevoli e la differenza è statisticamente significativa anche se l'analisi è monocentrica, svolta su un piccolo campione suscettibile di contaminazione e bias di misurazione (11). Nella meta analisi di Paulo Nassar et al due studi hanno valutato la frequenza del delirium e conseguente mitigazione, in un totale di 354 pazienti. I risultati si basano su pochi studi, con piccoli campioni e moderato rischio di parzialità, anche in questo caso il concetto di orario di visita flessibile è diverso tra i vari studi e paesi (10). Nello studio prospettico monocentrico di R.G. Rosa et al il delirium ha un'incidenza notevolmente inferiore, così come la sua durata, mentre la degenza senza delirio è significativamente più alta. In questo caso la differenza è statisticamente rilevante, ma anche qui il campione risulta numericamente povero, l'analisi è monocentrica e non è stato valutato complessivamente l'impatto sul personale sanitario. I risultati sono incoraggianti per poter scongiurare l'insorgenza e la durata del delirio. Questa condizione apporta sofferenza sia al personale che alla famiglia, incrementa la necessità di terapie farmacologiche e comportamentali, aumenta la degenza ed i relativi oneri (12). L'unico studio in contrasto con i precedenti risultati è l'RCT del 2019 di Rosa et al, il quale ha un valore statistico maggiore dato che è stato condotto in 34 diverse UTI ed il campione era circa sei volte più grande di quello studiato da Rosa et al nel 2017. Sebbene la differenza sull'incidenza del delirio, tra le due politiche di visita, non fosse statisticamente

significativa, possiamo ipotizzare che l'UVP comporta gli stessi rischi della RVP, quindi potrebbe essere utilizzata per interventi di marcato beneficio per il paziente (9). I limiti di questo scritto sono però numerosi: la breve durata del tentativo della visita flessibile, il fatto che i criteri di arruolamento escludevano un ampio numero di pazienti con aumentato rischio di delirio, essere svolto in un unico paese a reddito medio, la randomizzazione a grappolo era suscettibile di bias di reclutamento poiché i partecipanti erano a conoscenza degli interventi; la durata del follow-up clinico potrebbe essere stata insufficiente per valutare correttamente il burnout del personale (13).

4.2 Durata della degenza

Sei studi (8) (9) (10) (11) (12) (13) hanno valutato se l'UVP fosse correlata ad un aumento della durata della permanenza nelle UTI e, complessivamente, non è stato identificato nessun incremento. Tre studi (8) (11) (12) sostengono che le visite aperte riducono i giorni di degenza in reparto, anche se Hu Yong Yang et al ha evidenziato che non si è ridotta la degenza ospedaliera in modo significativo. Tre studi (9) (10) (13) invece indicano che non vi è nessuna differenza statisticamente importante. Anche se una degenza più breve comporterebbe una riduzione delle spese sanitarie e un maggior beneficio per il paziente, la letteratura non è riuscita a dare un responso soddisfacente al quesito, pertanto siamo in una zona grigia.

4.3 Ansia, depressione e PTSD

I congiunti forniscono rassicurazione e sostegno emotivo, pertanto dovrebbero essere incoraggiati nel partecipare attivamente al processo di cura. Questo perché spesso l'infermiere non è in grado di garantire il supporto necessario (15). Sotto il profilo emotivo e psicologico i risultati dell'effetto delle UVP su ansia, depressione e PTSD sono incoraggianti. Rosa et al 2019 e Yuchen et al mostrano punteggi mediani significativamente migliori per l'ansia e depressione. Mentre Paulo Nassar et al e Fumagalli et al non hanno

rilevato differenze nei sintomi depressivi, mentre l'ansia è meno grave nei pazienti con visite flessibili. La scoperta principale di Fumis et al risulta essere che i familiari soffrono maggiormente di ansia, depressione e PTSD rispetto ai loro cari, soprattutto quando questi si ammalano gravemente o periscono. I professionisti dovrebbero intercettare precocemente coloro che mostrano sintomi di ansia e depressione, aumentando così la possibilità di fornire un supporto tempestivo e impedendo un'evoluzione in PTSD. Il limite principale di questo studio è la sua progettazione monocentrica, eseguito in una terapia intensiva brasiliana privata. L'organizzazione di una UTI aperta con stanze private non è rappresentativa di tutte quelle brasiliane, sebbene molte stiano oggi cambiando per facilitare le visite dei familiari. Un'altra limitazione è rappresentata dall'alta percentuale di pazienti non inclusi a causa delle condizioni eccessivamente critiche al momento del ricovero, e aver ricevuto dei finanziamenti (17). Nella meta-analisi di Paulo Nassar et al vediamo che l'ansia, tra i professionisti, non è variata con il passaggio da RVP a UVP. Non si sono trovati studi che valutassero la depressione tra i professionisti (10). Questo potrebbe essere un importante argomento su cui indagare in futuro. I risultati su questi aspetti psicologici ed emotivi ci indicano un'associazione positiva, ma non ci sono studi di notevole valenza e dati abbastanza esaustivi per poter dare una risposta definitiva. Un miglioramento di questi outcomes potrebbe comportare un notevole beneficio non solo per il paziente ma anche per le famiglie; diminuire il ricorso a farmaci psicotropi e/o incontri con specialisti; facilitare il processo di guarigione, ecc...

4.4 Infezioni

Sette studi (2) (5) (8) (10) (11) (12) (13) hanno indagato sulla principale preoccupazione legata alla visita aperta, ovvero il rischio di trasmissione delle infezioni e le complicanze settiche. I dati riportati affermano che una visita flessibile non causa un aumento delle infezioni acquisite. Cappellini et al confrontano l'incidenza delle infezioni nelle UTI in due periodi con orari di visita differenti. Gli esperti non hanno riscontrato differenze statisticamente rilevabili nell'incidenza e nelle tipologie di infezioni nei pazienti tra i due

periodi. Lo stesso autore aveva già dimostrato che i tamponi effettuati su mani e mucose nasali, somministrati ai visitatori durante l'orario di visita, erano negativi per i microrganismi che avevano causato infezioni nei degenti. I limiti di questa revisione è quella di aver indagato unicamente su studi in lingua inglese e italiana, questi includevano una grande diversificazione per gli orari di visita aperti e per il numero di visitatori (5). Questi risultati trovano conferma sia nello studio di Hu Yong et al, suggerendo che l'incidenza infettiva tra le due politiche rimane invariata, sia nell'analisi combinata dei dati di Paulo Nassar et al nonché nella meta analisi di Yuchen et al. Quest'ultima ha ulteriormente dimostrato che l'incidenza delle VAP, delle CRBSI o delle CAUTI non aumenta. Entrambi gli studi di Rosa et al confermano che il tasso delle infezioni acquisite in UTI non differisce significativamente tra i due gruppi di studio. Il trial di Fumagalli ha dimostrato che, nonostante la minore contaminazione batterica nel periodo RVP, l'incidenza cumulativa di polmoniti, infezioni del tratto urinario, sepsi generalizzata e complicanze settiche in generale era simile nei due gruppi di studio. Durante l'UVP la contaminazione batterica dell'aria era significativamente maggiore rispetto al periodo di RVP nel corridoio della terapia intensiva, ovvero l'area più intensamente percorsa da visitatori e personale, ma era simile nelle stanze dei pazienti. La contaminazione delle superfici nelle stanze dei pazienti era intuitivamente maggiore durante l'UVP, con una minore concentrazione di funghi che può essere interpretata come il risultato della loro naturale competizione con i batteri. Nel complesso, i dati microbiologici suggeriscono che l'aumento del numero e della durata delle visite è associato ad una maggiore contaminazione batterica ambientale. Tuttavia, l'incidenza di qualsiasi tipo di complicanza settica era simile durante i due periodi. Questo approfondimento suggerisce che la contaminazione ambientale non è un fattore determinante delle complicanze settiche, che è meglio prevenire con un accurato lavaggio delle mani (2).

I degenti delle UTI sono in condizioni critiche, immunocompromessi, sottoposti a procedure invasive e molto suscettibili alle infezioni. Visite frequenti possono aumentare il rischio di trasmissione delle infezioni. I membri delle famiglie vengono informati in merito alle misure sul loro controllo e la compliance è elevata. Con le RVP, i visitatori vogliono fornire il massimo supporto al loro caro nel breve tempo che hanno a disposizione, finendo

con l'ignorare l'igiene delle mani. Le UVP forniscono un tempo maggiore, quindi, è più probabile che venga eseguito il lavaggio delle mani. Questo potrebbe essere il motivo per cui non sono associate ad un aumento dell'incidenza delle infezioni (8).

4.5 Mortalità

Vi è evidenza scientifica che il delirio è fortemente associato alla mortalità e questa è quasi la stessa nei gruppi RVP e UVP in tutti gli studi valutati (8). Difatti è stata valutata in cinque studi (2) (8) (10) (12) (13). Questi ultimi, all'unanimità, confermano che le visite aperte non sono assolutamente correlate ad un aumento del tasso di mortalità dei degenti. Sui 2727 pazienti valutati da Yuchen et al si è visto che l'UVP non era associata ad un aumento di questo dato (8). Questa conclusione è coerente con i risultati di Nassar et al registrati su un totale di 60509 pazienti (10); Fumagalli et al conferma questo trend anche se i risultati sono senza significatività statistica. Bisogna evidenziare i limiti di quest'ultima analisi: a causa della piccola dimensione del campione la forza dei risultati sugli esiti cardiaci è limitata e non si è riuscito a dimostrare se certamente l'UVP sia anche associata ad una significativa riduzione della mortalità. Inoltre, non si è misurata l'incidenza cumulativa del delirio nei due periodi, così come non è stato valutato nessun indicatore per lo stress del personale e per la soddisfazione o insoddisfazione di pazienti e visitatori (2). Rosa et al 2017 e 2019 sostengono fortemente che non c'è una differenza significativa tra la mortalità in UVP e RVP (12) (13).

4.6 Complicanze cardiovascolari e profilo ormonale

Un solo scritto ha indagato gli effetti delle UVP sulle complicanze cardiovascolari e sul profilo ormonale. I pazienti con RVP avevano un rischio due volte maggiore di complicanze cardiovascolari, in particolare l'edema polmonare o lo shock, ma anche aritmie. Si potrebbe ipotizzare che la minore incidenza di complicanze cardiovascolari

registrata nei periodi UVP sia il risultato di una maggiore tempistica d'interazione paziente-famigliare. L'UVP è associata a una significativa riduzione del punteggio dell'ansia che non si verificava con la RVP. Questa differenza, sebbene non significativa al confronto delle tendenze nel tempo, è stata associata a un diverso decorso temporale di un ormone correlato allo stress, rappresentato da un aumento significativamente maggiore del TSH nel gruppo RVP rispetto al gruppo UVP. Presumiamo quindi che l'aumento del numero e della durata delle visite abbiano prodotto una riduzione dell'ansia che, a sua volta, potrebbe essere stata associata a meno stress, attivazione ormonale ridotta e, infine, meno complicanze cardiovascolari (2).

4.7 Soddisfazione

Grazie ai risultati ottenuti possiamo dedurre che le UVP sono associate ad un maggior grado di soddisfazione sia per i pazienti che per i parenti. Nello studio di Hu Yong et al la soddisfazione è aumentata passando da una RVP ad una UVP fino al 98,6% degli intervistati. Anche la maggior parte degli studi inclusi nella meta analisi di Paulo Nassar et al suggeriscono un maggior grado di soddisfazione con le visite flessibili. Questo probabilmente grazie alla possibilità di poter passare più tempo con il proprio caro, anche se un'analisi combinata dei dati non era possibile (10). La ricerca ha costantemente dimostrato che le visite illimitate aumentano la soddisfazione del nucleo familiare, rendono i pazienti più felici, più rilassati e possono migliorare la comunicazione tra tutte le figure coinvolte nel processo di cura (15). Possiamo quindi affermare che le visite flessibili soddisfano ampiamente le esigenze di entrambe le parti. I benefici apportati dalle UVP attirano l'attenzione sull'importante ruolo dell'organizzazione della UTI nella prevenzione dell'insoddisfazione familiare e del disagio psicologico. Di conseguenza, i migliori risultati osservati con la visita flessibile potrebbero essere favoriti da una migliore comunicazione, vicinanza al paziente, rassicurazione e sostegno (13). Cappellini et al, dopo l'introduzione della UVP, ha dimostrato che complessivamente il 90% dei parenti è "completamente soddisfatto" di questa politica (5). Anche i pazienti esprimono la propria preferenza per una politica di visita meno restrittiva, abbastanza flessibile da soddisfare le

loro esigenze (2). Una percepita perdita di controllo del reparto da parte del personale sanitario è menzionata in diversi casi. Questa sensazione è alla base dell'insoddisfazione per l'apertura delle visite poiché non si ha il controllo su chi può entrare in visita e sugli orari. Gli infermieri sono convinti che rispondere alle domande dei visitatori tolga tempo all'assistenza diretta, inoltre si sentono costantemente sorvegliati, aumentando di fatto, la pressione percepita. Le interferenze percepite durante il processo assistenziale potrebbero essere causate dalle contenute competenze, dall'inadeguato numero di personale e dall'aumento della mole lavorativa. Questo studio ha valutato solo analisi in lingua inglese e sulle UTI aperte per gli adulti che risultano numericamente limitate (7). La regolamentazione delle UVP dovrebbe tenere in considerazione i desideri del paziente, in modo da creare un ambiente di guarigione ottimale.

4.8 Prospettiva degli operatori sanitari

I vantaggi delle UVP per i pazienti e i loro famigliari non trovano un'approvazione unanime da parte dei professionisti. Infatti, da diversi studi sono emerse delle evidenti preoccupazioni nei confronti dei visitatori, i quali sono considerati come la principale causa di trasmissione delle infezioni. Pertanto, sono tenuti a praticare la corretta igiene delle mani e indossare indumenti protettivi monouso e/o dispositivi di protezione individuale quando appropriato (8). Giannini et al afferma che nell'equipe multidisciplinare delle UTI ci sono delle convinzioni profondamente radicate contrarie all'apertura dei reparti e alla presenza dei visitatori. Le ragioni di tali credenze possono essere così riassunte: aumento del rischio infettivo, interferenza con i trattamenti, incremento del carico di lavoro, aumento dello stress per pazienti e famigliari, violazione della privacy (15) (6). Un'alta percentuale di infermieri riferisce che la famiglia interrompe o posticipa alcune delle cure e non aiuta molto nella fornitura di assistenza. Tuttavia, sebbene gli operatori sanitari possano essere d'accordo sul fatto che la visita aperta produca un maggior carico fisico e psicologico, credono anche che crei un'atmosfera vantaggiosa per il recupero del degente e che i

benefici superino in modo schiacciante i rischi. Analizzando i risultati di questa revisione, si deduce che le UVP soddisfano le esigenze dei pazienti e dei familiari, mentre le RVP appagano quelle del personale. Queste evidenze confermano le percezioni dei professionisti riportate in alcuni studi, nei quali si evince che la presenza delle famiglie ostacola il lavoro (1) (5) (6) (8) (15). Non è possibile stabilire se esiste una correlazione tra UVP e aumento del burnout del personale, poiché è stato valutato in soli due studi (10) (13). In quello di Paulo Nassar et al c'era una correlazione mentre in quello di Rosa et al 2019 no. L'implementazione delle visite flessibili può richiedere l'adozione di strategie volte a prevenire i sintomi del burnout, come la riduzione del carico di lavoro, formazione del personale in empatia, abilità comunicative, e educazione dei visitatori (10). Essendo l'unico punto negativo degli outcomes in generale, si consiglia di approfondire l'argomento e misurare l'impatto che può avere sul rapporto rischi/benefici. In futuro si dovrebbero svolgere ulteriori studi per ampliare le conoscenze riguardo il rischio di burnout ed il possibile aumento dei carichi di lavoro.

Nonostante in letteratura siano documentati i benefici delle UVP nelle UTI per adulti, le visite ristrette rimangono ampiamente praticate in tutto il mondo (10) (17). La mancanza di una definizione precisa, oggettiva e chiara porta a delle interpretazioni contrastanti delle visite aperte, con una grande variabilità in fatto di orari e numero di visitatori consentiti, sia tra i diversi paesi che tra le UTI nello stesso paese. Questo rappresenta una sfida per l'adozione di questa raccomandata pratica (5) (7). L'obiettivo desiderabile dovrebbe essere estendere le UVP, al fine di garantire un libero accesso nell'arco delle 24 ore. Ci sono alcune variabili non ben esplorate dagli studi, come la progettazione dei locali. Una UTI open space è probabilmente meno adeguata ad accogliere i visitatori al capezzale del paziente rispetto a una camera singola (5). La visita aperta, quindi, deve essere chiaramente definita e trovare una propria identità, dato che non può riferirsi semplicemente all'aspetto temporale, ma deve anche spostarsi nella dimensione fisica e in quella delle relazioni (6). Linee guida, editoriali e commenti sostengono categoricamente l'idea di visite più liberali riguardo il numero di ore, arrivando a sostenere una presenza illimitata dei visitatori. Questi incoraggiamenti si basano principalmente sul concetto di umanizzazione delle cure, ovvero l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali,

piuttosto che su ricerche approfondite sull'argomento (10). In conclusione, si può confermare che la prospettiva degli operatori sanitari risulta l'unico outcomes che non vada in una direzione chiaramente positiva. Le indagini hanno mostrato che la maggior parte del personale delle UTI è convinto che si venga a creare un'atmosfera vantaggiosa per il recupero del degente, nonostante la percezione fortemente radicata di un aumento del carico di lavoro e di un ritardo o interruzione nel prestare le cure. Il rischio di burnout è stato valutato in soli due paper; pertanto, risulta difficile un'interpretazione oggettiva e realistica. La letteratura dovrebbe approfondire le conoscenze riguardo queste sensazioni e sul burnout del personale, bisognerebbe cercare di fornire dei dati statisticamente rilevanti derivanti da studi di una certa caratura. In questo modo si dovrebbe dare una risposta esaustiva sul parere del personale e comprendere se effettivamente sussiste una forte volontà nell'aprire le rianimazioni proprio da chi realmente ci lavora.

5. Conclusioni

La letteratura suggerisce che un approccio olistico all'assistenza sanitaria dovrebbe includere l'integrazione dei membri della famiglia. Per quanto riguarda la cura della persona amata mentre è in UTI, una maggiore comprensione dei desideri e bisogni dei congiunti può portare a migliori risultati rispetto alla situazione attuale. Sia i famigliari che i pazienti affermano in modo schiacciante la preferenza per le visite illimitate, come possiamo notare dai risultati in merito alla soddisfazione, inoltre esse rendono i degenti più felici e rilassati, riuscendo a migliorare la comunicazione tra tutte le parti coinvolte (15). Nonostante la famiglia sia ancora poco coinvolta nel percorso di cura all'interno delle UTI è dimostrato che la sua interazione con il proprio caro può ridurre l'incidenza e/o la durata del delirio. In questo contesto i famigliari rappresentano una preziosa risorsa piuttosto che un problema. Essi possono ricoprire molteplici ruoli che, purtroppo, spesso non vengono valorizzati o riconosciuti dal personale sanitario (14). Ciò ha portato all'attuazione di speciali normative relative all'apertura delle UTI, con quelle che sono ora conosciute come

UTI a porte aperte (9). I sistemi di visita possono essere approssimativamente suddivisi nei seguenti quattro modelli: completamente aperti (visita a qualsiasi ora), completamente isolati (divieto di visita), semiaperti e ristretti. Ciascuno dei quattro sistemi di visita presenta vantaggi e svantaggi. Il sistema di visite completamente aperto pone un onere elevato sulle attrezzature e sulle condizioni della UTI. La maggior parte degli ospedali trova difficile soddisfare gli standard di cura previsti da questo sistema, mentre il rispetto delle regole da parte dei famigliari è spesso scarso. UVP significa che i pazienti e le loro famiglie possono fissare un appuntamento per la visita in base alle loro esigenze, lontano dalle attività di assistenza sanitaria routinaria, questo è significativamente diverso dal precedente sistema di visita. Gli orari di visita variano da Paese a Paese a causa di differenze culturali e religiose. Rispetto ai paesi in via di sviluppo, le politiche di visita nelle UTI nei Paesi industrializzati sono più flessibili, consentendo visite relativamente lunghe (8). Nel nostro Paese le UTI adottano generalmente sistemi di visita semiaperti, ristretti o completamente isolati in base allo stato di salute del paziente (8) (11). Il termine “UTI chiusa” viene usato per fare riferimento ad un reparto con accesso limitato. La visita è limitata a brevi “finestre” temporali, generalmente non più di un’ora al giorno. La mancanza di una definizione chiara e coerente di “visita aperta” è problematica. Sono urgentemente necessarie delle strategie per supportare il personale e fornire un’assistenza olistica alla cura del paziente critico e della sua famiglia. Questa mancanza di definizione ne ostacola l’adozione da parte delle organizzazioni sanitarie (7). In alcuni studi è stato utilizzato il termine "visita flessibile" in modo intercambiabile con "visita aperta", mentre in altri è implicito che hanno una valenza diversa, alcuni invece non hanno fornito nessuna spiegazione. Il termine “aperta” genera confusione e aspettative irrealistiche, introducendo ulteriori variabili come la presenza dei famigliari durante le procedure assistenziali ed il loro coinvolgimento nel processo di cura. Queste tematiche sono molto dibattute all'interno dei reparti di rianimazione. La “visita aperta” deve assumere una definizione chiara e precisa. Questa enfasi sulla "flessibilità" piuttosto che sulla “apertura” emerge come una voce condivisa da molti studi, il che suggerisce che forse "aperta" potrebbe non essere la parola migliore da utilizzare, bensì "flessibile" risulta più accurata e incentrata sul binomio paziente-nucleo famigliare. Il superamento dei limiti varia da una parte all'altra a seconda

degli studi, potrebbero essere l'ora del giorno, la durata di ciascuna visita, il numero di visitatori ad ogni accesso o l'abolizione di tutte le restrizioni (7). Spesso a causa dei tempi limitati per le visite, i membri della famiglia che vogliono fornire maggior supporto ai loro cari hanno un breve periodo di tempo, rischiando d'ignorare l'igiene delle mani. Al contrario, il superamento dei limiti temporali mitigherebbe questa grave problematica (8). Gli ospedali dovrebbero aprire le possibilità di accesso e chiedere ai loro pazienti, famiglie, infermieri e medici che cosa funziona, valutando obiettivamente e criticamente l'impatto di questi cambiamenti. Bisogna muoversi verso una politica di visita definita ma senza restrizioni. Nel complesso, le prove disponibili indicano che i pericoli e i problemi relativi alle visite aperte sono generalmente sopravvalutati e gestibili. Aprire le UTI alle famiglie comporta un cambiamento culturale che può verificarsi solo con la giusta determinazione ed il giusto impegno (1). Oltre a non essere né premuroso né compassionevole, limitare l'orario di visita potrebbe essere ingiustificato e non necessario per proteggere i pazienti, perché non riduce il tasso di complicanze infettive (2). Qualunque sia la scelta di base, tra UVP e RVP, non può in alcun modo interferire con il lavoro del team multidisciplinare, poiché deve sempre essere fornita la migliore assistenza possibile secondo gli standard qualitativi. I risultati della revisione suggeriscono che la liberalizzazione delle UVP non danneggia i pazienti ma piuttosto apporta svariati benefici (1) e, dal punto di vista etico, è indifendibile non compiere un'azione positiva che possa procurare beneficio al paziente (14). Un sistema di visite flessibili riduce l'incidenza e la durata del delirium nei pazienti critici. Inoltre, aumenta i giorni senza delirio, potrebbe accorciare la durata della degenza, riduce i punteggi di ansia e depressione e migliora la qualità dei servizi infermieristici. Il sistema non aumenterebbe l'incidenza delle infezioni nosocomiali, le complicanze settiche e la mortalità. In futuro bisognerebbe svolgere ulteriori studi su larga scala affinché si possano ottenere delle risposte esaustive. La ricerca dovrebbe concretamente indagare se le visite aperte possano effettivamente diminuire le complicanze cardiovascolari e migliorare i profili ormonali correlati allo stress, tramite degli studi di notevole rilevanza clinica. Sebbene sembrano essere vantaggiosi per gli outcomes dei pazienti, ma anche dei famigliari, è possibile l'impatto del burnout sui professionisti nelle UTI. Questo richiede molta attenzione e l'adozione di strategie volte a prevenire l'insorgenza di questo disturbo. Il

personale deve essere formato nelle abilità comunicative, empatiche e di educazione dei visitatori (10). Il professionista sanitario ha il delicato ed oneroso compito d'istruire i famigliari sulle regole da adottare nelle UTI e favorire la consapevolezza di poter essere una preziosa risorsa per il buon esito del loro caro, agevolando il processo di umanizzazione e personalizzazione delle cure. L'infermiere non si limita esclusivamente ad espletare le proprie competenze tecniche ma esercita anche tutto un processo di educazione, utilizzando le proprie capacità comunicative e di ascolto attivo nei confronti di tutte le parti coinvolte. Esso tramite la propria empatia e intelligenza emotiva riconosce che il tempo di relazione è tempo di cura, esaltando di fatto l'assistenza infermieristica olistica. Tuttavia, questi risultati devono essere ulteriormente verificati da ampi studi clinici multicentrici, poiché, ulteriori conoscenze in questi campi potrebbero aiutare nel facilitare la liberalizzazione degli orari di visita. Sulla base di ciò, si suggerisce di implementare le UVP nelle UTI (8) (11) (15). La limitazione principale di questa revisione è l'aver individuato studi che avevano concetti di orario di visita variabili tra loro e aver subito l'influenza degli aspetti culturali, organizzativi e religiosi presenti nei vari paesi e tra le varie UTI all'interno dello stesso paese. Le ricerche che riguardassero esclusivamente gli outcomes dei pazienti adulti nelle UTI sono esigue. La maggior parte dei campioni analizzati nei vari studi sono scarni e gli studi prevalentemente a carattere monocentrico. Un'altra limitazione è aver selezionato gli articoli degli ultimi 20 anni che potrebbero apportare delle visioni distorte rispetto alle ultime tendenze. In futuro bisognerebbe svolgere ulteriori studi multicentrici su campioni numericamente significativi affinché si possano ottenere delle risposte esaustive

6. Bibliografia

1. Berwick DM, Kotagal M: Restricted visiting hours in ICUs: Time to change. *JAMA* 2004; 292:736–737
2. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation*. 2006;113:946Y952
3. Giannini A. Open Intensive Care Units? *Janus* 30. il futuro del presente, 2008.
4. Raccomandazioni Comitato Nazionale per la Bioetica. Sitografia: <https://bioetica.governo.it>
5. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014;33(4):181–93. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000052>
6. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anestesiol*. 2007;73:299-306
7. Ning J, Cope V. Open visiting in adult intensive care units: a structured literature review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020;56:102763. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2019.102763>
8. Yuchen Wu, Guoqiang Wang, Zhigang Zhang, Luo Fan, Fangli Ma , Weigang Yue , Bin Li and Jinhui Tian et al. Efficacy and safety of unrestricted visiting policy for critically ill patients: a meta-analysis. *Critical Care* (2022) 26:267 <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04129-3>
9. B.A. Pabón-Martínez, L.I. Rodríguez-Pulido, A.M. Henao-Castano et al. The family in

preventing delirium in the intensive care unit: Scoping review. *Enfermeria Intensiva* (English ed) Volume 33, Issue 1. January–March 2022, Pages 33-43. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.01.003>

10. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2018;46(7):1175–80. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003155>

11. Hu Yong Yang, Fang Feng et al. Application of a flexible visitation system in critically ill patients: A randomized clinical trial. *Science Progress*. March 27, 2023. <https://doi.org/10.1177/00368504231165663>

12. Rosa RG, Tonietto TF, da Silva DB, Gutierrez FA, Ascoli AM, Madeira LC, et al. Effectiveness and safety of an extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. *Crit Care Med*. 2017; 45 (10):1660–7. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002588>

13. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit. *JAMA*. 2019; 322:216, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2019.8766>.

14. Giannini A.: When the letter “F” meets the letter “D”: Beneficial impact of open visiting and family presence on incidence of delirium among ICU patients. *Crit Care Med* 2017; 45:1785–1786

15. Whitton S. MSN, RN; Laura I. Pittiglio PhD, RN et al. Critical Care Open Visiting Hours. *Crit Care Nurs Q* Vol. 34, No. 4, pp. 361–366. 2011. DOI:10.1097/CNQ.0b013e31822c9ab1

16. McAdam J.L. and Kathleen A Puntillo et al. Open visitation policies and practices in

US ICUs: can we ever get there? *Critical Care* 2013, 17:171. Doi:10.1186/cc12763

17. Fumis R.R.L. , Otavio T. Ranzani, Martins P.S. , Schettino G. et al. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. 2015 Jan 23;10(1):e0115332. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>