



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**UMANIZZAZIONE DELLE CURE IN ERA COVID:
È POSSIBILE RIDURRE L'ISOLAMENTO SOCIALE
IN TERAPIA INTENSIVA?**

Relatore:
Dott. Daniele Messi

Tesi di Laurea di:
Federica Di Silvestro

Correlatore:
Prof.ssa Erica Adrario

A.A. 2020/2021

INDICE

Introduzione	1
Obiettivo	6
Materiali e metodi	7
• Descrizione del problema	7
• Quesito di ricerca	7
• Metodi di ricerca delle evidenze	8
• Criteri di selezione delle evidenze	8
Risultati.....	9
Discussione	20
Conclusioni	32
Implicazioni per la pratica clinica.....	33
Bibliografia e Sitografia.....	34
Allegati.....	37

ABSTRACT

Introduzione: L'insorgenza della pandemia Covid-19 ha causato un'assoluta interruzione dei contatti umani interrompendo bruscamente il progetto di *Rianimazione Aperta* che già annaspava nello scenario intensivistico mondiale, portando alla ricerca di soluzioni rapide e sicure e che permettessero di garantire una comunicazione paziente-familiare efficace.

Le restrizioni delle politiche di visita hanno indotto una condizione di isolamento sociale dei ricoverati in Terapie Intensive, tralasciando l'aspetto sociale ed umano che incide fortemente sullo stato clinico del paziente, comportando la comparsa di problematiche riscontrate nei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive *chiuse*.

L'obiettivo del lavoro è individuare ed analizzare i possibili interventi e strategie da attuare in UTI per ridurre la condizione di isolamento sociale in era Covid.

Materiali e metodi: Il quesito di ricerca è stato identificato con metodo PICO; la ricerca eseguita tramite banche dati come PubMed e CINAHL e attraverso GoogleScholar ha permesso di eseguire una revisione della letteratura scorgendo articoli inerenti all'umanizzazione delle cure in UTI e le modalità di contatto interpersonale redatti dal 2020 ad oggi.

Risultati: Sono stati selezionati 9 studi che hanno esposto le esperienze di diverse realtà per fronteggiare l'isolamento dato dall'insorgenza della pandemia, identificando principalmente due strategie d'attuazione: metodi telematici con l'impiego di dispositivi digitali, più utilizzato, e l'ingresso di familiari in UTI, sporadicamente applicato.

Discussione: Per rispondere alla situazione sono stati scelti per lo più metodi con approccio telematico, che permettessero a familiari e pazienti di rimanere in contatto durante il ricovero in UTI; l'utilizzo di check-list e guide ha permesso di condurre in maniera ottimale le conversazioni garantendo informazioni, sicurezza ed equità e la creazione di dispositivi o software ne ha ottimizzato l'utilizzo.

Sono state individuate comunque diverse limitazioni all'approccio virtuale come problemi legati alla privacy e sicurezza del paziente, al rischio infezioni crociate,

all'impatto emotivo sui familiari e come potesse sottolineare la disuguaglianza nell'accesso e nelle capacità di utilizzo delle tecnologie.

Nonostante l'impiego di dispositivi digitali sia stata una valida risposta nel momento iniziale della pandemia, dove si è riscontrata la completa limitazione dei contatti, oggi non sono più sufficienti e bisognerebbe permettere l'ingresso di familiari all'interno delle UTI, garantiti dall'applicazione di protocolli e linee guida sicuri, chiari e univoci.

Conclusioni: La possibilità di ingresso dei familiari nelle UTI viene supportata dalla inefficienza riscontrata nelle interazioni virtuali; la strategia inizialmente adottata risulta ottimale in una situazione precaria ma non più soddisfacente a 2 anni dall'insorgenza della pandemia, in quanto sono stati redatti protocolli, linee guida, raccomandazioni e materiali che andrebbero a tutelare i parenti e permetterebbero l'ingresso in Terapia Intensiva in modo sicuro e adeguato.

La possibilità di ingresso risulta quindi reale e permetterebbe di far ripartire il processo di apertura delle UTI, incrementandone eventualmente l'applicazione tenendo conto dell'esperienza di assoluto isolamento vissuta nei momenti più critici della pandemia.

Parole chiave: intensive care, intensive care unit, UTI, care humanization, ICU humanization, social isolation, communication, covid communication

INTRODUZIONE

Il 2020 è stato un anno particolare perché segnato dalla comparsa e dalla propagazione a livello mondiale della malattia SARS-coronavirus 2, segnalata inizialmente nel dicembre 2019 in Cina e ormai nota come COVID-19; questa ha rappresentato una grande sfida per la medicina, soprattutto nell'ambito della Terapia Intensiva, a causa dell'elevato numero di ricoveri (Krähenbühl, Oddo, Piquilloud, & Pantet, 2020).

In base ai primi dati epidemiologici provenienti dalla Cina, il nuovo Coronavirus induce una malattia severa nel 15% dei casi con necessità di ricovero in UTI nel 5% dei pazienti, per comparsa di grave insufficienza respiratoria con evoluzione verso la Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS) (Romano, 2020).

L'elevato numero di casi in Italia ha portato una riorganizzazione delle strutture incrementando il numero di posti letto disponibili e, quando ciò non è stato sufficiente, si è dovuto rispondere con il trasferimento dei pazienti in altre regioni italiane; per via di questo e a causa del rischio di contagio sono stati molti i pazienti rimasti soli nelle Terapie Intensive senza alcun contatto con i parenti, che molto spesso non hanno avuto la possibilità di dire addio ai propri cari (Team Life Lines, 2020).

Questo problema è stato di forte impatto in molti paesi portando sempre più ad una perdita dell'umanizzazione della malattia, per la quale si è combattuto soprattutto in questi tipi di setting cercando di incrementare una organizzazione delle Rianimazioni di tipo *aperte*. Le restrizioni degli accessi, legati al rischio per sé stessi e per la comunità e la limitata disponibilità di dispositivi di protezione (DPI), hanno portato un grave danno ai familiari, comportando un alto rischio di elaborazione scorretta del lutto; inoltre, i pazienti hanno vissuto un eccezionale isolamento sociale che ha contribuito ulteriormente a stress, ansia e depressione (Team Life Lines, 2020); perciò non si parla solamente di solitudine, concetto generalmente accettato come sensazione soggettiva di essere soli, ma anche di isolamento sociale, ovvero uno stato oggettivo definito dagli ambienti sociali e dal livello di interazioni degli individui (Hwang, Rabheru, Peisah, Reichman, & Ikeda, 2020)

Lo stato d'emergenza connesso alla pandemia ha recato quindi un radicale cambiamento, coinvolgendo anche il campo della comunicazione riferito a questo completo isolamento sociale, comportando paura ed un'enorme sofferenza psicologica (Gruppo di lavoro

intersocietario COMUNICOID (SIAARTI, ANIARTI, SIMEU, SICP), 2020), perciò si è ricorso all'utilizzo di diversi metodi d'approccio per fronteggiare questa distanza così da andare a limitare le carenze di contatto diretto tra i pazienti e i propri cari.

La pandemia quindi, ha portato alla luce il problema dell'isolamento sociale e di tutto ciò che ne consegue, sottolineando la necessità di comprenderne tutte le sfaccettature e di rispondere a questa condizione al meglio, riconoscendola come priorità; le politiche di allontanamento fisico introdotte per controllare la propagazione del SARS-Coronavirus 2 sono state intensificate e ampliate comportando così un notevole impatto sulla salute mentale data dalla perdita della routine abituale e da alti livelli di stress, paura, irritabilità e frustrazione; questa esperienza ha quindi sottolineato l'importanza che la connessione sociale da al benessere e soprattutto alla salute (Smith & Lim, 2020).

Bisogna ricordare infatti come, secondo L'Organizzazione Mondiale Sanità (OMS), esistano fattori non medici che influenzano i risultati della salute conosciuti come *determinanti sociali della salute*, nonché forze e sistemi che condizionano la vita quotidiana di ogni individuo; l'obiettivo principale dell'Organizzazione è infatti *il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute definita non più come assenza di malattie o infermità ma bensì come uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale* (Ministero della Salute, 2017).

Le restrizioni sulle normali interazioni sociali nel lavoro, nel tempo libero e nei contesti comunitari istituite durante la pandemia hanno costretto la popolazione a comprendere come interagire e vivere con l'altro nel modo più opportuno (Smith & Lim, 2020) obbligando ad adattarsi quindi alla situazione reinventando le interazioni con l'altro.

Naturalmente a risentirne più di questa situazione sono stati gli anziani, parte della popolazione più vulnerabile, a causa del loro compromesso sistema immunitario e per via della maggior probabilità di presentare una delle condizioni croniche identificate come fattori di rischio per le complicanze del COVID-19 (Wu, 2020); non solo sono soggetti più fragili e maggiormente a rischio per via del virus, ma sono anche più inclini alla solitudine e all'isolamento, per esempio negli Stati Uniti circa un quarto degli anziani residenti in comunità è considerato socialmente isolato e il 43% di essi riferisce di sentirsi solo (National Academics of Sciences Engineering and Medicine, 2020).

Se prima della pandemia la maggior parte degli anziani partecipava ad attività, che vanno dalla frequentazione di centri per anziani ad altri eventi sociali ed era possibile un

continuo contatto diretto con i familiari, andando quindi a limitare questo senso di solitudine, con l'avvento del COVID-19, le varie politiche di blocco hanno compromesso la possibilità di mettere in atto questi tipi di interventi aumentando quindi i sentimenti di solitudine, particolarmente dannosi anche per i familiari.

Come si è anticipato, questa situazione ha portato l'attenzione sui reparti di Terapia Intensiva, reparti particolari per via della tipologia di pazienti che vi si trovano, sono infatti pazienti critici, i quali non sono caratterizzati solamente dall'instabilità e dalla complessità degli interventi medico-infermieristici, ma anche da una sfera relazionale che va a indicare e permette di gestire i rapporti sociali con professionalità, rapporti che comprendono sia il confronto col paziente che le interazioni tra equipe e familiari, che nonostante non siano il fulcro della situazione risentono molto della stessa cercando informazioni e sostegno e mostrando allo stesso tempo disagio e preoccupazione, soprattutto nel momento in cui l'accesso nell'unità operativa gli viene negato.

Il reparto di Rianimazione è sempre stato un reparto a se, le politiche inerenti all'accesso di persone al di fuori del personale in servizio non hanno mai permesso l'ingresso di familiari, infatti fino al 1991 potevano limitarsi ad un contatto prettamente visivo attraverso monitor posti al di fuori dell'unità operativa che venivano attivati solo in determinate fasce orarie ed al termine dell'orario di visita i monitor si spegnevano riportando i pazienti ad un completo isolamento dal mondo; col passare del tempo e grazie a numerosi studi si è però potuto mettere in atto diverse modifiche così da portare l'organizzazione della Terapia Intensiva verso sempre una maggiore apertura, che inizialmente comprendeva l'ingresso di familiari nell'unità operativa per un tempo che andava dai 60 ai 120 minuti (Bracci, 2008), un tempo breve ma che permetteva comunque un incontro tra paziente e familiare.

Il focus sull'umanizzazione delle cure in Rianimazione, conosciuta col concetto *Terapia Intensiva aperta*, è un tema di recente attenzione in Italia, mentre in altri paesi come la Svezia, che presenta il 70% delle UTI aperte, l'organizzazione di questo tipo è predominante. (Escudero, et al., 2015)

Nonostante questo approccio *aperto* sia riconosciuto anche dagli alti organi dello Stato italiano, ricordiamo il Disegno di legge n. 3248 comunicato il 4 aprile 2012, che espone le linee guida per la realizzazione dei reparti di Terapia Intensiva aperta, e la Proposta di legge n. 1215 del 28 settembre 2018 che indica le disposizioni concernenti la

realizzazione di reparti di Terapia Intensiva aperta, nel nostro paese solamente l' 1% delle unità operative di Rianimazione attuano questa politica aperta posizionandosi tra i paesi con le regole di visita più restrittive in Europa, inoltre non si ha una definizione certa di *visita aperta* in quanto in letteratura le vengono date molteplici interpretazioni spaziando da visita in qualsiasi momento alla rimozione di tutte le restrizioni di visita. (Ning & Cope, 2020)

Con apertura e umanizzazione della Terapia Intensiva quindi andiamo ad indicare un'organizzazione che riconosce il ruolo dei familiari nel percorso del malato, identificando la vicinanza di persone care ai pazienti ricoverati in UTI come uno dei bisogni fondamentali dell'assistito; secondo esperienze e diverse evidenze scientifiche, questo tipo di contatto affettivo, produce effetti benefici sul decorso clinico e limita le complicanze che implicano l'allungamento della degenza in reparto. (Padovan, 2018)

Sempre grazie a numerose evidenze scientifiche si è riuscito a sfatare diversi miti che destavano preoccupazione nell'ampliare queste politiche come la compromissione e l'intralcio nelle cure o l'aumento del rischio infezioni, inoltre la maggior parte del personale, dopo un periodo di esperienza lavorativa in UTI *aperta*, la reputa un'organizzazione con molteplici risvolti positivi; A tal proposito il comitato nazionale per la bioetica ha invitato ad aprire i reparti di Rianimazione presenti sul territorio italiano sottolineando come queste diffidenze fossero infondate cercando di incrementare l'apertura delle Terapie Intensive portandole alla possibilità d'accesso 24 ore su 24 come succede in molti altri stati come Svezia, Regno Unito, Francia. (Arnone, 2017)

Questo tipo di organizzazione, infatti, reca diversi risvolti positivi, non solo al paziente, ma anche alla famiglia e allo staff stesso; per quanto riguarda il paziente si è riscontrato come la presenza di persone care durante il ricovero abbia diminuito l'assetto ormonale correlato allo stress, ridotto le complicanze cardiovascolari, la frequenza cardiaca l'incidenza di delirium (Nassar Junior, et al., 2018); nei familiari si è riscontrata una riduzione dell'ansia e miglior elaborazione del lutto mentre per il personale si è notata una diminuzione dei conflitti e delle lamentele, un miglioramento della comunicazione, un aumento della soddisfazione personale per il proprio lavoro, e di sostegno e fiducia da parte delle famiglie degli assistiti. (Padovan, 2018)

È bene sottolineare quindi come questo tipo di organizzazione risponda accuratamente al bisogno del paziente rendendo quindi le cure più umane e rispettando la loro dignità.

L'insorgenza della pandemia ha quindi messo in risalto l'importanza di mantenere un appropriato contatto paziente-familiare, che si è sempre tenuto con le semplici visite dei parenti all'interno dell'unità operativa di Rianimazione in determinate e ristrette fasce orarie, tralasciando tutte le possibilità che lo sviluppo tecnologico e professionale ha portato.

L'improvvisa ondata di pazienti malati e l'enorme numero di ricoveri in Terapia Intensiva accompagnato dal costante bisogno di professionisti nella gestione pratica dei pazienti, ha portato inizialmente una trascuratezza della sfera sociale dei ricoverati limitandosi a brevi chiamate giornaliere ai parenti per l'aggiornamento sullo stato di salute.

Solo in un secondo momento si è cercato di compensare questa assenza quando possibile; fortunatamente il progresso tecnologico ha permesso di sviluppare e trovare diverse soluzioni per andare a permettere connessioni sociali nonostante le varie restrizioni, andando a trasformare il modo in cui avvengono le interazioni sociali, permettendo varie possibilità di contatto, diretto e indiretto, paziente-familiare.

Sono diversi gli interventi possibili, come l'utilizzo di servizi di messaggistica istantanea, chiamate o videochiamate, bisogna comunque sempre tener conto delle varie considerazioni etiche e legali, soprattutto nel momento in cui viene utilizzata la tecnologia per intervenire su isolamento e solitudine. (Wu, 2020)

Questo può quindi permettere che, nel momento in cui un contatto diretto non sia possibile per motivazioni di salute o logistiche, si eviti di far rimanere i pazienti ricoverati soli, così da poter favorire tramite ulteriori mezzi, il concetto di Rianimazione *aperta*, progetto che negli anni ha riscosso sempre più fama ma senza trovare stabilità nelle Terapie Intensive italiane.

OBIETTIVO

L'obiettivo dello studio è di individuare ed analizzare, grazie alla revisione della letteratura, i possibili interventi e strategie da attuare in Terapia Intensiva al fine di ridurre la condizione di isolamento sociale in era Covid.

MATERIALI E METODI

- DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

La pandemia causata dal virus Sars-Covid 2 ha portato a politiche restrittive importanti comportando una condizione di isolamento sociale all'interno dei reparti di Terapia Intensiva andando a limitare totalmente gli accessi dei parenti all'interno delle UTI portando significative carenze nell'aspetto umano della malattia.

Accettando il concetto di salute come stato di totale benessere fisico, mentale e sociale si prende in considerazione il soggetto in modo olistico, tenendo conto quindi di tutti i propri aspetti e non solo del problema clinico che presenta; questa osservazione ha permesso di capire quanto la figura del familiare sia importante per l'esito clinico del paziente migliorando il percorso e limitando le complicanze che potrebbero insorgere nel momento in cui il paziente si ritrovasse a vivere un'esperienza significativa come quella del ricovero in Terapia intensiva totalmente abbandonato a se stesso.

- QUESITO DI RICERCA

Tabella 1 - Applicazione del metodo PICO per la formulazione del quesito di ricerca

P	Popolazione	Pazienti ricoverati in un'unità di Terapia Intensiva durante la pandemia Covid19
I	Intervento	Utilizzo di strategie alternative che permettono il contatto paziente-familiare
C	Comparazione	/
O	Outcome	Compenso della completa assenza degli incontri paziente-familiari data dalle restrizioni di politiche di visita indotte dalla pandemia Covid19

Nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva durante la pandemia Covid19 è possibile compensare la completa assenza degli incontri paziente-familiari date dalle restrizioni di politiche di visita tramite l'utilizzo di strategie alternative?

- METODI DI RICERCA DELLE EVIDENZE

È stato svolto un lavoro di revisione della letteratura utilizzando le banche dati PubMed, CINAHL, NCBI, ScienceDirect, BMC, i siti web del Ministero della Salute e dell'OMS attraverso GoogleScholar.

- CRITERI DI SELEZIONE DELLE EVIDENZE

Gli studi selezionati rispondono ai seguenti criteri di inclusione:

- Articoli inerenti alla pandemia Covid
- Terapia Intensiva Covid
- Isolamento sociale
- Contatto famiglia-paziente
- Con articoli completi
- In lingua inglese
- In lingua spagnola
- In lingua italiana
- Pubblicati dal 2020

Sono stati applicati i seguenti criteri di esclusione:

- Situazione Covid nelle unità di degenza ordinaria
- Situazione Covid nelle residenze private
- Disponibile solo l'abstract

RISULTATI

Nella presente revisione sono stati presi in considerazione 9 studi con l'intento di raccogliere il maggior numero di strategie attuabili per limitare l'isolamento sociale provato dai pazienti ricoverati in Terapia Intensiva dal marzo 2020, viste le politiche restrittive vigenti sul territorio per limitare il propagarsi del virus Sars-Covid 2.

Partendo, grazie all'inserimento in ricerca delle parole chiave precedentemente elencate, da un totale di 282 studi, si è giunti al prendere in considerazione 9 studi grazie ai criteri di inclusione ed esclusione applicati e dopo le letture integrali degli articoli (Fig. 1).

La ricerca ha sottolineato come le modalità di contatto telematico sia stata la più utilizzata mentre l'ingresso nelle UTI sia stato impiegato sporadicamente (Tab. 2).

L'articolo più recente è di giugno 2021 (Thomas, et al., 2021) mentre il meno recente risale a maggio 2020 (Flint & Kotwal, 2020).

In 5 articoli viene esposta l'utilità dell'impiego di una checklist preparatoria o per la conduzione dell'incontro tra paziente e familiari.

Nei 9 articoli individuati sono presenti 2 studi qualitativi, utilizzando interviste telematiche per acquisire le informazioni, (Valley, et al., 2020) (Kennedy, et al., 2021) e 1 studio di coorte retrospettivo (Galazzi, et al., 2021).

In 9 studi si parla dell'utilizzo di dispositivi digitali per permettere le visite virtuali, mentre in 2 viene esposta la possibilità di ingresso in Terapia Intensiva da parte dei familiari.

I principali aspetti negativi esposti sono i problemi correlati alla privacy e alla sicurezza, all'impatto emotivo che può avere il contatto indiretto col proprio caro, al rischio di infezioni crociate e come ci siano limitazione nell'utilizzo e nell'accesso a dispositivi tecnologici.

FIGURA 1 – Flowchart per l'individuazione degli studi

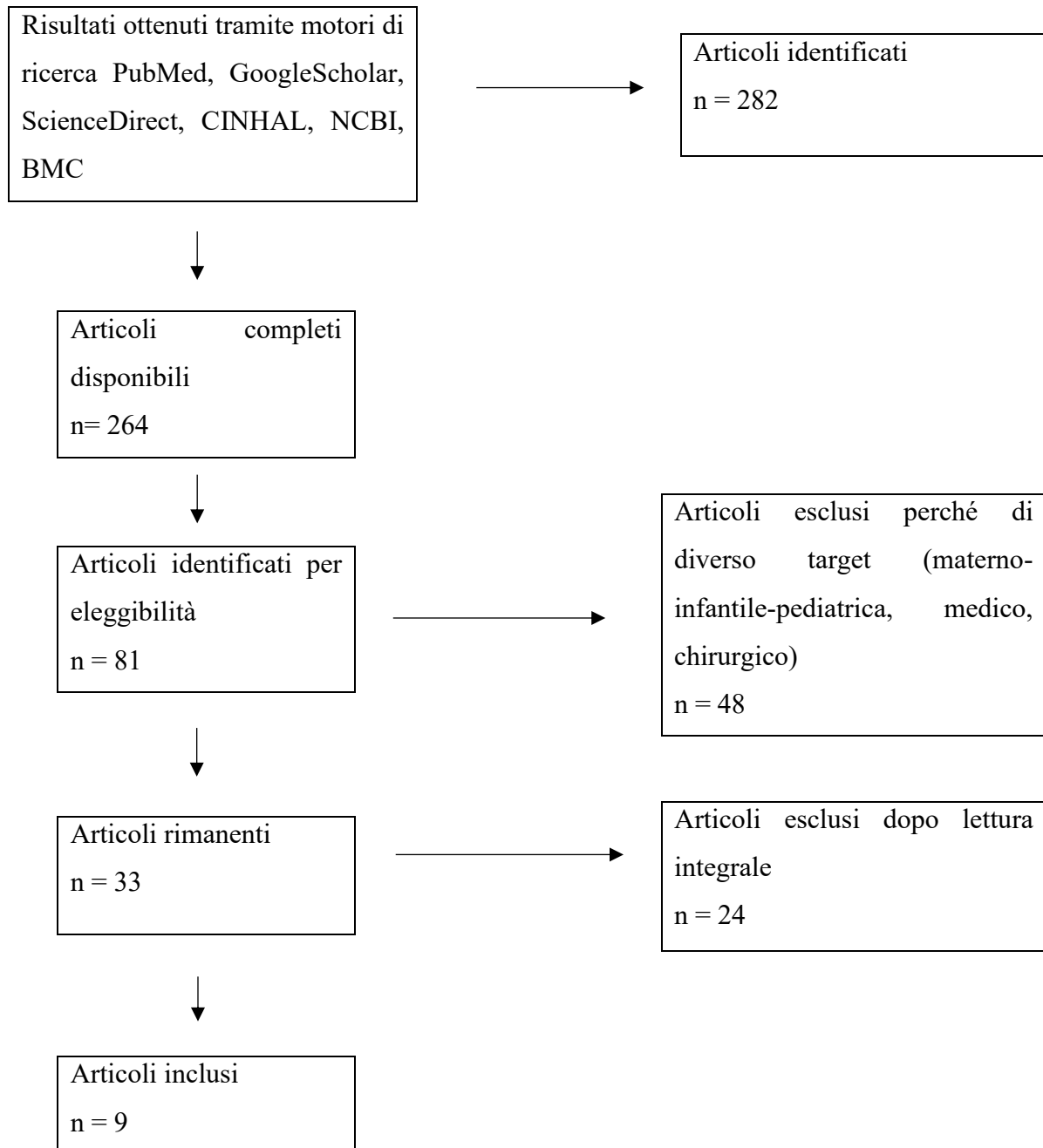


TABELLA 2 – Analisi degli studi

TITOLO	AUTORE	TIPO DI FONTE	PUBBLICAZIONE	FOCUS-CONCLUSIONI
Introducing the video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during covid-19 pandemia	Alessandra Negro, Milena Mucci, Paolo Beccaria, Giovanni Borghi, Tania Capocasa, Matteo Cardinali, Nicola Pasculli, Roberta Ranzani, Giulia Villa, Alberto Zangrillo	Lettera all'editore (Intensive Care Nursing)	ScienceDirect, ottobre 2020	Sviluppo di una check-list per guidare medici nella conduzione della videochiamata tra paziente e famiglia così da garantire una conversazione uniforme ed assicurare le giuste informazioni; per l'esecuzione della videochiamata si richiedono condizioni adeguate dell'ambiente (nessuna urgenza o nuovo ricovero) e condizioni cliniche ed emotive del paziente stabili.
Implementing video call visit system in a coronavirus disease 2019 unit	Muhammad S. Moolla, Alistair Broadhurst, Mohammed A.Parker, Arifa Parker, Abdurasiet Mowlana	Articolo di rivista (African Journal of Primary Health Care & Family Medicine)	NCBI, settembre 2020	Implementazione di un sistema di videochiamate a basso costo che utilizza tablet disposti di internet ad alta velocità tramite WiFi o SIM prepagate; per le videochiamate vengono utilizzate diverse applicazioni popolari come WhatsApp, Skype, Microsoft Teams, Zoom o TrueCaller.

				Vengono esposti i problemi principali dell'utilizzo di un dispositivo condiviso, nonché la contaminazione e l'infezione crociata al personale e ad altri pazienti, le relative misure per limitarli e i problemi relativi alla privacy.
Virtual visits to inpatients by their loved ones during COVID-19	Izabel Cristina Rios, Ricardo Tavares de Carvalho, Victor Maia Teles Ruffini, Amanda Cardoso Montal, Leila Suemi Harima, Douglas Henrique Crispim, Lilian Arai, Beatriz Perondi, Anna Miethke Morais, Andrea Janaina de Andrade, Eloisa	Articolo di rivista (Clinics)	NCBI, luglio 2020	Riconoscimento delle visite virtuali come pratiche istituzionali di cura, identificate come opportunità per pazienti e famiglie di ricevere incoraggiamento e sostegno a vicenda per aiutare a far fronte alla sofferenza e alla malattia. L'attuazione implica un ulteriore sovraccarico del lavoro del personale sanitario perciò nell'Hospital das Clinicas, Facoltà di Medicina dell'Università di San Paolo si è deciso di implementare un team di volontari non direttamente coinvolti nella cura del paziente.

	Silva Dutra de Oliveira Bonfa			Per limitare il problema del rischio di diffusione della malattia sono stati modificati dei supporti per monitor della pressione così da creare un supporto per tablet così da posizionare il dispositivo davanti al paziente ma lontano dal letto durante l'utilizzo. È stata realizzata una routine che il gruppo di volontari deve seguire nelle visite virtuali che indicano le norme da seguire prima, durante e dopo la chiamata e le istruzioni inerenti.
Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic	Thomas S. Valley, Amanda Schutz, Max T. Nagle, Lewis J. Miles, Kyra Lipman, Scott W. Ketcham, Madison Kent, Clarice E. Hibbard, Emily A. Harlan, Katrina Hauschildt	Articolo di rivista (American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine)	NCBI, settembre 2020	Indagine sulle modifiche apportate alle politiche di visita degli ospedali dello stato del Michigan (USA) identificando le strutture con unità di Terapia Intensiva. Le informazioni sono state raccolte tramite interviste telefoniche o tramite sondaggio online ed il tasso di risposta è stato del 55%. Per ogni ospedale è stato identificato un medico o un coordinatore infermieristico di UTI portando la testimonianza di 49 ospedali

				<p>su 89, ne è risultato che tutti i 49 ospedali hanno subito modifiche alle proprie politiche di visita.</p> <p>Un ospedale (2%) ha indicato come fosse consentita la visita in Terapia Intensiva ma limitata ad un visitatore per paziente, i restanti (98%) ha implementato la politica <i>nessun visitatore</i> ma 29 ospedali (59%) lo hanno consentito per alcune eccezioni.</p>
<p>The New Normal: Key Considerations for Effective Serious Illness Communication Over Video or Telephone During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic</p>	<p>Lynn Flint, Ashwin Kotwal</p>	<p>Articolo di rivista (Annals of internal medicine)</p>	<p>NCBI, maggio 2020</p>	<p>Vengono espone le strategie per avere conversazioni significative con i pazienti e i loro cari utilizzando le telecomunicazioni ed identificando quattro punti chiave.</p> <p>Significativamente importante l'istaurazione di un rapporto di fiducia, seguire una checklist per eseguire le videochiamate e dare informazioni nel modo più adeguato.</p> <p>È importante prestare attenzione alle emozioni che possono essere evidenti o</p>

				impercettibili così da avere conversazioni di alta qualità.
Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19	Niki R. Kennedy, Alexis Steinberg, Robert M. Arnold, Ankur A. Doshi, Douglas B. White, Will DeLair, Karen Nigra, Jonathan Elmer	Articolo di rivista (Annals of the American Thoracic Society)	NCBI, maggio 2021	<p>Studio qualitativo con un campione di 21 membri di famiglia e 14 medici di pazienti cardiotoracici e neurologici in Terapia Intensiva.</p> <p>Sono state condotte interviste qualitative semi-strutturate esplorando temi di efficacia, benefici, limiti, strategie di comunicazione e discussioni a distanza.</p> <p>Gli intervistati hanno considerato la comunicazione telematica efficace ma inferiore a quella di persona, le telefonate sono state considerate, sia dai medici che dalle famiglie, utili per la condivisione di informazioni e brevi aggiornamenti, mentre le videochiamate per allineare le prospettive cliniche alla famiglia.</p>

				Le principali limitazioni riguardano gli inconvenienti inerenti ai supporti video come carenza di segnale e le mancanze di informazioni non verbali.
Video calls at end of life are feasible but not enough: a 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic	Alessandro Galazzi, Filippo Binda, Simone Gambazza, Maura Lusignsi, Giacomo Grasselli, Dario Laquintana	Articolo di rivista (Nursing in critical care)	NCBI, maggio 2021	<p>Analisi del primo anno di pandemia nelle unità di Terapia Intensiva della Fondazione IRCCS Ca' Grande Ospedale Maggiore Policlinico di Milano con focus sull'esperienza di videochiamate a fine vita.</p> <p>Le videochiamate sono state eseguite in modo strutturato, cioè dopo aver informato i familiari della sospensione dei trattamenti intensivi lasciando spazio a cure palliative.</p> <p>Le videochiamate venivano proposte dal medico ed effettuate col consenso dei familiari, la videochiamata veniva gestita dal medico e dall'infermiere ed eventualmente veniva coinvolto un cappellano.</p> <p>L'analisi ha portato a sottolineare la disomogeneità nell'accesso alle tecnologie,</p>

				non tutti sono stati in grado di poter accedere ai servizi di assistenza in quanto erogati tramite mezzi digitali.
Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families and Technology Companies	Kathleen AS Thomas, Bernadine F. O'Brien, Agatha T. Fryday, Ellen C. Robinson, Marissa JL Hales, Sofia Karipidis, Aaron Chadwick, Kimberley J. Fleming, Alan P. Davey-Quinn	Articolo di rivista (Journal of Intensive Care Medicine)	NCBI, giugno 2021	Identificazione di cinque criteri per avere un sistema di visite virtuali allineato con l'assistenza centrata sulla famiglia del paziente: simulare una visita aperta e flessibile, essere in grado di accogliere le differenze nelle dimensioni, nelle dinamiche e nelle pratiche culturali della famiglia, utilizzare una piattaforma di videoconferenza privata e sicura, essere di facile utilizzo e non aumentare il carico di lavoro del personale di terapia intensiva. È stato individuato un team multidisciplinare di personale UTI ha collaborato con consulenti per l'adozione di tecnologie sanitarie che andassero a soddisfare i criteri individuati, questo lavoro ha permesso

				l'elaborazione di HowRU, sistema innovativo basato su cloud che simula da vicino una visita aperta garantendo al contempo privacy, dignità e sicurezza del paziente e della famiglia.
Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic	Giovani Mistraletti, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Paolo Malacarne, Davide Mazzon, Elisabetta Cerutti, Alessandro Galazzi, Ilaria Giubbilo, Marco Vergano, Vladimiro Zagrebelsky, Luigi Riccioni, Giacomo Grasselli, Silvia Scelsi, Maurizio	Articolo di rivista (Critical Care)	BMC, giugno 2021	Analisi dei vantaggi nel consentire le visite in Terapia Intensiva durante un periodo di pandemia, identificazione degli ostacoli e discussione delle possibili strategie per superarli. Modalità telematiche sono possibili ma non sufficienti, inoltre pongono diverse difficoltà oggettive come la privacy e la riservatezza. Le visite in Terapia Intensiva, Covid e non Covid, se condotte correttamente non comportano rischio aggiuntivo per la sicurezza del paziente e dei visitatori. È importante stabilire un protocollo di visita semplice e condiviso con la Direzione Ospedaliera, garantirne una corretta

	Cecconi, Flavia Petrini			<p>applicazione con istruzioni chiare, ben definite e monitorando attentamente l'attuazione.</p> <p>I protocolli devono prevedere anche vestizione e svestizione da far seguire correttamente ai familiari.</p> <p>I visitatori saranno informati sui rischi legati all'accesso alle aree Covid.</p>
--	----------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura eseguita, ha come fine quello di individuare le maggiori informazioni possibili inerenti agli interventi che permettono il contatto paziente-familiare in terapia intensiva, limitato dal marzo 2020 dall'insorgenza della pandemia dovuta alla diffusione del virus Sars-Covid2; dalla ricerca sono emerse numerose strategie che hanno permesso ai pazienti di avere rapporti con i propri cari, nonostante le politiche restrittive applicate per controllare la propagazione del virus, prendendo in considerazione varie possibilità per lo più di tipo telematico.

Spinti dal riconoscimento del ruolo che le interazioni sociali hanno per la salute dell'individuo e dalla condivisione del processo di umanizzazione delle cure in UTI, conosciuto come progetto *Rianimazione Aperta* e fermato bruscamente per via della situazione Covid, sono emersi diversi studi con lo scopo di fornire alternative sicure per tutti coloro che si sono trovati ricoverati all'interno di un reparto di Terapia Intensiva.

Rinunciare al contatto con la famiglia significa ritornare alle situazioni pre *Politica Aperta* che portava a maggior incidenza e durata di delirium e incremento della permanenza in reparto, per citarne alcune, per questo motivo si è ipotizzato come anche solo un oramai normale contatto telematico, come una videochiamata, potesse andare a compensare l'assenza di interazioni con i propri cari.

In era pre-covid l'ingresso in Terapia Intensiva ha permesso di rispondere ai bisogni più basilari dei familiari e dei pazienti, nonché l'*essere vicini*, e ha offerto una maggiore opportunità di vivere l'evento con l'assistito; nonostante ciò, non è una pratica universalmente accettata e ha trovato modalità di adesioni differenti nel mondo, passando da paesi in cui era prassi permettere l'ingresso di familiari, ad altri in cui rappresenta ancora oggi un vero e proprio tabù.

In Italia, infatti, questo tipo di organizzazione ha sempre avuto un limitato consenso, portandola ad essere uno dei paesi più restrittivi per quanto riguarda le politiche di accesso in UTI e l'avvento del virus ha solo comportato una retrocessione di questa possibilità.

Uno dei maggiori limiti dell'applicazione parte dall'interpretazione del concetto stesso in quanto esistono in letteratura differenti definizioni di *politica aperta*, infatti possiamo indicare una politica totalmente permissiva, in quanto si verifica la rimozione di tutte le

restrizioni alla visita compresi orari, durata, numero ed età dei visitatori, o visite più flessibili, per esempio in termini di orario (Ning & Cope, 2020); nonostante questo ci si riferisce in generale al concetto con una qualsiasi politica di visita che miri a ridurre le restrizioni applicate in precedenza.

L'applicazione della riduzione delle restrizioni ha portato differenti risvolti, in particolare modo sullo stato clinico del paziente; si è dimostrato infatti come la presenza di familiari comportava una ridotta frequenza del delirium e della sintomatologia dell'ansia tra i pazienti, come non si siano riscontrate associazioni tra gli orari di visita flessibili e l'aumento di rischio mortalità, rischio infezioni o il prolungamento del tempo di degenza e come la possibilità di incontro abbia incrementato la soddisfazione personale di pazienti e familiari. (Nassar Junior, et al., 2018).

Al contempo è bene ricordare come questa pratica possa essere percepita in modo negativo dal personale, registrando un aumento dei sintomi di burnout tra i professionisti per via della costante presenza di familiari in UTI e per l'aumento del carico di lavoro, o come possano verificarsi situazioni come violazione dei diritti del paziente, in quanto potrebbero non sempre desiderare la presenza di familiari attorno a sé (Ning & Cope, 2020).

Nonostante ciò, sono sempre di più gli studi che ne promuovono l'applicazione perché basati sul valido argomento di umanizzazione delle cure, nonché un'assistenza che si basa sulla centralità del paziente e che riconosce quanto la sfera sociale possa influire sulle condizioni di esso, portando una visione globale dell'assistito e che non si soffermi più solo sulla malattia.

Mettere in atto una politica di Rianimazione aperta quindi non implica solamente ridurre o eliminare le limitazioni delle visite, il processo infatti coinvolge profondamente anche tutta l'equipe, che non dovrà più limitarsi a mettere in pratica le proprie conoscenze e competenze tecniche e specialistiche, ma dovrà anche mettere in campo una serie di peculiarità che gli permetteranno di esercitare il proprio ruolo con la massima professionalità possibile, come le proprie capacità comunicative con il personale e con i visitatori, la propria umanità, e mostrare buona empatia e ascolto; il cambiamento principale perciò si verificherà nella mentalità di approccio col paziente e ciò che lo riguarda che può implicare un'ulteriore formazione del personale che mira a toccare i processi comunicativi, riconoscere e gestire le emozioni ed i sentimenti propri e degli

interlocutori, migliorare la capacità d'ascolto ed affrontare la definizione del proprio ruolo.

Tutto ciò permette di mostrare con naturale trasparenza ciò che succede in UTI e ciò che il personale fa per ogni paziente limitando così i problemi che solitamente insorgevano con la famiglia, legati a comunicazione, aspettative non corrisposte e diffidenza che avrebbe potuto trasformarsi in sfiducia, inoltre, questa situazione porta una forte solidarietà tra i familiari di diversi pazienti che, vivendo la medesima esperienza, condividono sostegno, opinioni e speranze (Livigni, 2015); nonostante gli aspetti positivi che si riscontrano, queste pratiche sono poco conosciute nella collettività recando ansia e forte disagio quando si pensa ad un ricovero in UTI, perciò sono nati diversi progetti con l'obiettivo di divulgare il più possibile le opportunità che la Rianimazione aperta avrebbe potuto portare.

Proprio per questo, in Italia nel 2017 è partito il Progetto Intensiva 2.0 così da permettere di migliorare il rapporto fra professionisti e assistito/familiari; il progetto, coordinato dalla SIAARTI (Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva), ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), HEROIC bundle (Humanizing to Enhance Recovery On Intensive Care) e dall'AAROI EMAC (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica), ha portato alla creazione di un sito internet che permettesse alle famiglie di avere più nozioni possibili riguardanti cosa sia la Terapia Intensiva, come sia organizzata, lo staff presente all'interno e le situazioni che si possono creare post ricovero, inoltre sono presenti esperienze personali di familiari e pazienti, una serie di materiali informativi, come libri e video, e dà la possibilità a chiunque abbia vissuto un'esperienza inerente al ricovero in UTI di raccontare la propria storia.

Nonostante questa volontà di promuovere l'apertura delle UTI, i vari programmi non hanno riscosso molto successo e, come è stato detto in precedenza, l'insorgenza della pandemia ha totalmente annullato quei piccoli passi avanti che erano stati fatti, portando ad un completo isolamento dei reparti intensivi.

La ricerca eseguita ha permesso di individuare come sia stato fatto fronte all'isolamento provato in UTI dal marzo 2020 cercando di tamponare provvisoriamente la completa assenza di contatto umano e provando a rimediare modi che permettessero alle famiglie e ai pazienti di essere trattati con rispetto ed umanità.

Sono diverse le pubblicazioni che hanno mostrato come rispondere a questa condizione tramite l'utilizzo di contatti telematici, notoriamente utilizzati nella vita quotidiana ma sbarcati nell'assistenza da relativamente poco tempo, e molti sottolineano l'importanza di seguire una lista di controllo; ricercando si è notato come diversi studi hanno introdotto l'utilizzo di questi strumenti per permettere la conduzione e la preparazione del colloquio rendendola il più efficiente possibile, soffermandosi ognuno su un aspetto diverso.

Il lavoro realizzato da Negro et al. (2020), per esempio, si è incentrato sulla progettazione di un intervento mirato a migliorare la qualità della comunicazione e gli esiti tra professionisti e famiglie dei pazienti ricoverati in UTI.

L'equipe ha sviluppato una check-list (Allegato 1) per guidare i professionisti nella conduzione della videochiamata tra il paziente e la sua famiglia così da fornire supporto durante la conversazione, garantendo un contatto uniforme e assicurando la giusta comunicazione di informazioni.

Viene sottolineato come vi siano delle condizioni iniziali da rispettare prima di avviare la videochiamata come creare il giusto setting per l'equipe e il paziente, avere stabili condizioni cliniche ed emotive dell'assistito e come l'equipe non debba essere occupata nel gestire situazioni di urgenza o nuovi ricoveri, inoltre è bene preparare le famiglie all'impatto visivo visto che i pazienti possono presentare dispositivi che contribuiscono a cambiare l'immagine della persona ed una volta accertata la possibilità di iniziare la videochiamata, può essere avviata e condotta seguendo la lista.

La videochiamata viene quindi utilizzata come metodo per mitigare gli effetti negativi portati dall'isolamento in UTI, così da permettere un contatto quotidiano tra professionisti e familiari promuovendo una comunicazione efficace e che miri a migliorare la soddisfazione e il benessere psicologico dei familiari e la fiducia nell'equipe.

Un altro studio (Moolla, Broadhurst, Parker, Parker, & Mowlana, 2020) si è invece soffermato sulla preparazione di un elenco preparatorio per eseguire gli incontri andando a discutere gli elementi di un'implementazione di successo di un sistema di videochiamate a basso costo presso il Tygerberg Hospital di Città del Capo.

Con l'aiuto di diverse donazioni e grazie alla disponibilità di Internet ad alta velocità nelle aree ospedaliere o tramite l'acquisto di SIM prepagate, l'ospedale ha dato l'opportunità a pazienti e familiari di tenersi in contatto durante lo stato d'emergenza.

Secondo l'articolo, per avviare le videochiamate, sono infatti necessari diversi componenti ed è stato sviluppato l'elenco di controllo (Allegato 2) indicante i materiali da utilizzare, le piattaforme per eseguire le videochiamate, la preparazione dello staff, la prevenzione e il controllo delle infezioni e la preparazione del reparto.

Per l'avvio delle chiamate sono stati identificati tre percorsi differenti: su richiesta del paziente, su invito da parte del personale o tramite una richiesta da parte dei familiari chiamando la postazione infermieristica o inviando un messaggio al dispositivo assegnato al reparto, indicando nome e reparto del paziente e nome, numero di contatto e nome utente per l'applicazione da utilizzare.

Il lavoro eseguito presso l'Hospital das Clinics, dell'Università di San Paolo in Brasile, (Rios, et al., 2020) ha invece ribadito le svariate attenzioni da seguire nella logistica operativa esponendo le accortezze da rispettare nei vari step della videochiamata.

Lo studio ha indicato come sia stato avviato un modello per implementare visite virtuali grazie ad un team di volontari non direttamente coinvolti nella cura del paziente, così da integrare le visite remote senza sovraccaricare il lavoro d'equipe.

Il progetto è stato diffuso online per coinvolgere il maggior numero di volontari, contando anche diversi studenti di medicina; il gruppo è stato poi formato incrementando la capacità di comunicazione con famiglia e pazienti ed istruendoli nel seguire i protocolli di sicurezza COVID-19.

I partecipanti scelti per eseguire queste visite virtuali, vengono selezionati dall'equipe sanitaria che valuterà la loro capacità di poter parlare ed interagire con i propri familiari, mentre per i pazienti incoscienti vengono preferite registrazioni audio o video, successivamente i volontari contatteranno telefonicamente la famiglia dell'assistito spiegando il funzionamento della *visita* e le regole da seguire: non si ha il permesso di fotografare o registrare la visita e non verranno date informazioni cliniche alla famiglia perché il team sanitario eseguirà chiamate telefoniche giornaliere per l'aggiornamento dello stato del paziente.

Il team di volontari riceve quindi giornalmente il programma di videochiamate e le istruzioni riguardanti i pazienti coinvolti, ogni volontario visiterà a sua volta circa 6-8 pazienti rispettando tutte le procedure di sicurezza previste e, nella stanza del paziente dopo aver avuto conferma della disponibilità dell'assistito di eseguire la videochiamata, avvierà la stessa che durerà circa 10 minuti.

Al termine, assicuratosi che non vi siano dubbi, il volontario bloccherà il numero chiamato per evitarne l'uso inappropriato da parte dei familiari e procederà con la disinfezione e la restituzione dell'attrezzatura e la registrazione dell'avvenuta chiamata in un database elettronico di controllo.

Un altro tipo di lista, esposta nel lavoro di Lynn Flint & Ashwin Kotwal (2020), si è orientata sull'individuazione di 4 elementi chiave (Allegato 3) nell'utilizzo delle telecomunicazioni per avere conversazioni significative con pazienti critici e i propri familiari

Il primo passo è un'attenta preparazione valutando la capacità del paziente di partecipare alla conversazione, l'eventuale necessità di un traduttore e le proprie preferenze, la capacità di utilizzare il dispositivo o eventualmente incaricare volontari per l'aiuto in questo; inoltre viene invitato il medico a condurre la visita in privato così da preservare la privacy del paziente, a rimuovere i DPI ed iniziare la conversazione dopo aver verificato con i propri occhi la situazione del paziente.

La comunicazione richiede una rapida creazione di rapporti e di fiducia, altro punto cardine, che possono risultare ardui tramite video o telefonate perciò, per favorirne la continuità, vengono inclusi nel processo figure infermieristiche o membri del personale che lavorano regolarmente col paziente; viene suggerito come abbia un miglior riscontro avere diversi contatti brevi piuttosto che uno unico prolungato, come sia fondamentale avere una prima conversazione iniziale senza processi decisionali per favorire l'adesione alla telecomunicazione, ed iniziare quindi la costruzione di un rapporto, e quando si riscontra una delusione da parte dei familiari può essere opportuno utilizzare affermazioni come *vorrei*.

Intraprendere una conversazione, terzo punto, implica una serie di nozioni come condividere informazioni, fornire supporto emotivo, identificare obiettivi e prendere decisioni, per questo sono stati diffusi diversi framework open source, anche specifici per COVID-19, che permettono di condurre la conversazione in caso di comunicazione di brutte notizie, per esempio risulta di fondamentale importanza controllare la comprensione dei familiari ed utilizzare affermazioni riassuntive; l'utilizzo di device permette quindi di seguire linee step by step mentre si conversa con l'altro anche se si raccomanda di non attenersi rigorosamente agli algoritmi ma piuttosto di rimanere flessibili.

In fine si sottolinea l'importanza di rispondere alle varie emozioni, la pandemia ha portato a galla diversi sentimenti come tristezza, paura, preoccupazione, disagio e traumi non solo nei familiari e nei pazienti ma anche nel personale; durante il colloquio bisognerebbe far quindi attenzione ai segnali di angoscia, palesi o impercettibili, far pause e chiedere se si può andare avanti, inoltre può essere utile seguire l'acronimo *NURSE* (Name, Understand, Respect, Support, Explore) per dare risposte empatiche.

Ogni UTI che ha intrapreso il percorso di visite virtuali, quindi, ha utilizzato le piattaforme universalmente impiegate per mantenere contatti a distanza, anche se limitanti in quanto non nate per l'utilizzo in ambito sanitario, per questo motivo il lavoro di Thomas et al. ha sviluppato un sistema partendo da diversi suggerimenti familiari sulle visite virtuali, soddisfacendone pienamente i desideri, focalizzandosi sulla richiesta d'accesso e garantendo il mantenimento della privacy, della sicurezza e della dignità dei pazienti.

Per questo sono stati individuati cinque criteri che una visita virtuale avrebbe dovuto rispettare: utilizzare una piattaforma di videoconferenza privata e sicura in linea con le linee guida sulla protezione dei dati del paziente, simulare da vicino il solito standard di visita aperta, essere flessibili nell'andare incontro alle preferenze della famiglia, essere di facile utilizzo richiedendo minime competenze tecniche e non aumentare il carico di lavoro del team UTI.

La soluzione trovata è stata quindi *HowRU*, sistema di visite supportato e basato su cloud che utilizza la piattaforma Webex aggiungendo un innovativo software di programmazione automatizzata; al momento del ricovero in UTI la famiglia del paziente viene indirizzata al sito web www.connectingpatients.com.au dove vi troverà esplicate in modo chiaro e preciso tutte le informazioni sull'utilizzo del software e tutti i consensi da accettare, seguirà poi la creazione di un account personale per il paziente immettendo i dati dell'assistito e i contatti dei familiari permettendo di generare un nome utente e una password anonimi, univoci per l'account.

Questo sistema permette di creare uno spazio d'incontro virtuale, ridurre notevolmente il carico di lavoro nella pianificazione delle visite e nella configurazione degli account e di rispettare le linee guida sulla protezione dei dati ospedalieri; verrà posizionato un iPad ad ogni posto letto e la prima chiamata verrà accettata con un semplice doppio tocco del display mandando una notifica sui dispositivi dei vari familiari ed avvertendo la

possibilità di iniziare una videochiamata, ciò permette di simulare la flessibilità degli orari di visita.

Il software può permettere una comunicazione telematica varia spaziando da sms a messaggi vocali, può essere considerato come un diario di UTI perché vengono registrate tutte le interazioni eseguite durante il ricovero e, a mano a mano che il paziente diventa più autonomo, può assumere un ruolo sempre più attivo nell'utilizzo.

Il progetto dello studio è stato spinto dai limiti nell'utilizzo di piattaforme standard per eseguire videochiamate come utilizzare account privati dei pazienti oppure, nell'utilizzo di account unici, c'era il rischio di dare inavvertitamente il numero dell'UTI ai familiari comportando chiamate insistenti o accesso di familiari mentre altre famiglie utilizzano l'account, violando così la riservatezza del paziente; si è dovuto quindi bloccare i dettagli del chiamante comportando una pianificazione delle chiamate.

Altro ostacolo sta proprio nella pianificazione delle riunioni in quanto necessita di tempo ed organizzazione, implica la creazione di una lista digitale per tenere al sicuro i contatti dei familiari accessibili dal team e di conseguenza porta ad un aumento del carico di lavoro del personale; la programmazione di visite ha portato perciò una moderata rigidità di politica di visita non consentendo la flessibilità spesso richiesta dal tipo di setting.

Le limitazioni riscontrate dall'utilizzo di piattaforme convenzionali sono infatti diverse, anche nello studio di Moolla et al. (2020) una delle principali preoccupazioni insorte è stata il mantenimento della privacy dei pazienti, in quanto i messaggi e i media condivisi tramite le applicazioni rimanevano memorizzati sul device, per tanto era necessario eliminare tutti i contenuti dopo l'utilizzo e disconnettere gli account personali dal dispositivo.

Altra problematica analizzata nel lavoro è stata il rischio di contaminazione e di infezione crociata al personale e ad altri pazienti; il SARS-Cov2 può rimanere attivo fino a 3 giorni sulle superfici plastiche e per far fronte a questo tipo di problema sono state impiegate guaine di plastica monouso sostituibili ad ogni utilizzo, procedendo poi con decontaminazione con soluzioni a base alcolica e utilizzando DPI standard per il personale.

L'Hospital das Clinics, dell'Università di San Paolo in Brasile (Rios, et al., 2020), ha invece risposto a questo ostacolo creando supporti per i device modificando le aste per i

monitor della pressione; la soluzione ha consentito di ridurre l'esposizione dei volontari al virus posizionando il supporto davanti al paziente ed allontanandosi poi dal letto.

Altro limite riscontrato negli incontri telematici secondo i medici dello studio di Kennedy et al. (2020), nonché un'intervista di un campione di 21 familiari e 14 medici da 3 unità di Terapia Intensiva presso un centro medico nella Pennsylvania sudoccidentale nell'aprile del 2020, sono state le problematiche inerenti al telefono e ai supporti video; sebbene le videochiamate permettano di captare maggiori informazioni riguardanti le espressioni facciali, esiste una relativa mancanza di informazioni non verbali e l'incapacità di utilizzare il linguaggio del corpo che, durante una conversazione di persona, andrebbero ad amplificare le informazioni veicolate.

Dalle interviste risulta inoltre come le famiglie abbiano espresso preoccupazione correlate all'utilizzo di una comunicazione esclusivamente di tipo telematica come il risultare esigenti, avere una limitata capacità di vedere i cambiamenti dello stato del proprio caro e avere la preoccupazione di non essere totalmente preparati nell'utilizzo di tecnologie.

Utilizzare videochiamate in UTI in contesti di fine vita risulta un'ulteriore problematica dibattuta (Galazzi, et al., 2021), si ritiene infatti come potesse risultare un'esperienza traumatica per i familiari e il personale stesso; sono state riscontrate diverse limitazioni nell'utilizzo di modalità telematiche per questi pazienti, per esempio le famiglie potrebbero ricordare il proprio caro in una forma diversa dall'ultima volta in cui è stato visto o potrebbe esserci un ulteriore carico emotivo da parte del personale, già saturo per l'enorme lavoro in pandemia.

Inoltre, nonostante si pensi all'utilizzo di dispositivi digitali come ad una pratica normalmente utilizzata, i limiti più importanti riguardano l'accesso in sé in quanto possono sottolineare l'esistenza di *gap* economico-sociali dato che non tutti dispongono di mezzi finanziari, tecnici o fisici per comunicare in modo indipendente tramite piattaforme, (Moolla, Broadhurst, Parker, Parker, & Mowlana, 2020) per esempio, nel Tygerberg Hospital di Città del Capo, in questi casi è stata data disponibilità tramite dispositivi aggiuntivi di partecipare alle visite, tramite un luogo sicuro all'interno dell'ospedale.

Quello di Valley et al. (2020), studio che ha cercato di comprendere le modifiche apportate alle politiche di visita nello stato del Michigan (USA) tramite interviste telefoniche o sondaggio online a medici di UTI o coordinatori infermieristici, ha indicato

come questo approccio potrebbe sottolineare disuguaglianze razziali e socioeconomiche, infatti le comunità svantaggiate possono avere meno accesso alle tecnologie; la comunicazione digitale può perciò ostacolare la capacità di adattarsi alle differenze di stili di comunicazione ed un eventuale attuazione di politiche di visita ristretta con eccezioni comporterebbe un'applicazione distorta delle stesse.

Anche nello studio di Galazzi et al. (2021), che espone l'esperienza con le videochiamate peri mortem nelle unità di terapia intensiva della Fondazione *IRCCS* (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) Ca' Grande Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nel primo anno di pandemia dal febbraio 2020, periodo nel quale sono stati ricoverati 297 pazienti, si è sottolineato l'enorme disomogeneità nell'accesso alla tecnologia dimostrando come non tutti siano in grado di accedere ai servizi tramite digitale, per esempio tra le famiglie con persone con più di 65 anni, solamente il 34% aveva una connessione a banda larga, e molti pazienti deceduti senza la presenza virtuale di un proprio caro rientravano proprio in questa categoria.

Bisognerebbe quindi considerare se le politiche di non visita siano essenziali per la prevenzione continua e fino a che punto i cambiamenti nella comunicazione potrebbero involontariamente portare a risultati di salute scadenti e non equi; le videochiamate in questo contesto sono state quindi uno strumento prezioso per rispondere velocemente al totale isolamento dove il divieto di visite familiari è stato la più grande barriera di comunicazione, rivelando però così un divario digitale importante con gravi conseguenze sui vari individui coinvolti.

Passati quasi 2 anni dall'inizio dell'emergenza, si è giunti al punto in cui le connessioni virtuali, per quanto utili nei primi tempi, non siano più abbastanza, infatti tramite l'intervista qualitativa di Kennedy et al. (2021) si è riscontrato come la comunicazione tramite telefonate e video, per quanto valutata su una scala da 1 a 10 con una media di 7.0 e 7.2 per i familiari e 6.2 e 6.6 per i medici, sia inferiore rispetto agli incontri di persona. Se quindi in diverse realtà è stato permesso a volontari e, facendo alcune eccezioni come indica lo studio di Valley et al. (2020), ad alcuni familiari di entrare nelle UTI, la possibilità di ingresso non dovrebbe più rappresentare un'utopia nemmeno in situazioni pandemiche.

Il documento di Mistraletti et al. (2021) dimostra infatti come sia prioritario l'ingresso di familiari in UTI anche in periodo di pandemia sottolineando l'importanza di stabilire

obiettivi strategici ben definiti per permetterne la realizzazione, vengono quindi esposti i vantaggi di consentire l'ingresso ai familiari in reparto ed identificate le strategie per superare i vari ostacoli che possono incombere.

Viene esposto come la comunicazione sia fondamentale in queste situazioni ma come telefonate e videochiamate non siano sufficienti mostrando anche qui alcuni limiti importanti come privacy e riservatezza, o come la presenza di familiari motivi fortemente i pazienti e accresca la fiducia e l'apprezzamento nei confronti dell'equipe; perciò, i benefici legati alla presenza fisica delle famiglie in UTI superano di gran lunga i rischi pandemici, controllabili grazie a protocolli specifici.

Le strategie adottate permettono di preservare la quantità e la qualità delle relazioni paziente-familiare, le visite condotte in sicurezza non comportano infatti nessun rischio aggiuntivo per la salvaguardia degli individui interessati ed una volta stabilito un protocollo di visita, l'equipe sarà responsabile della corretta applicazione e della creazione di condizioni appositamente escogitate per il determinato setting consentendo visite più sicure.

È necessario in questi casi avere protocolli semplici, condivisi con la Direzione Ospedaliera, dando istruzioni chiare, definite ed univoche ai familiari e valutandone attentamente l'attuazione; nei reparti Covid è essenziale proteggere i familiari facendo seguire protocolli di vestizione e svestizione mentre nei reparti Covid-free sarebbe ottimale eseguire una sorveglianza sanitaria con tampone orofaringeo ed adeguate protezioni individuali.

Viene consigliato di predisporre fin dall'inizio protocolli diversi che possano essere adattati automaticamente secondo normative nazionali/regionali/locali così da fronteggiare, per esempio, eventuali modifiche sul numero dei visitatori.

Tutti coloro che richiedono accesso alle aree Covid devono essere informati sui potenziali rischi e bilanciarli con i benefici attesi dalla vicinanza col proprio caro, inoltre potrebbe essere fatto firmare un consenso informato scritto e predisposto dalla Direzione Sanitaria. La riapertura dovrebbe essere anche una procedura il più possibile condivisa sia dal personale, già fortemente stressato e con un forte carico lavorativo ed emotivo, che da tutti i reparti ospedalieri così da evitare ulteriori aumenti di stress a seguito del significativo cambiamento ambientale.

Per procedere all'apertura e all'ingresso dei familiari nelle UTI è necessario che paziente e familiari lo vogliano, che i familiari non siano in isolamento domiciliare o fiduciario, che non presentino fattori di rischio per malattie contagiose, che vi sia disponibilità di DPI e che vi siano persone formate col compito di indicare e spiegare i percorsi interni e il corretto utilizzo di dispositivi personali.

Vi sono poi delle accortezze secondarie da ricordare come l'utilizzo di percorsi di ingresso e d'uscita per garantire un adeguato comportamento all'interno dei locali ospedalieri come il rispetto della distanza interpersonale, predisporre un monitoraggio della temperatura corporea dei visitatori all'ingresso verificando l'assenza di sintomatologia semi-influenzale attraverso la compilazione di questionari, pianificando gli incontri per evitare il sovraffollamento delle sale d'attesa e limitare eventualmente il numero di visitatori per paziente.

Vi sono quindi molti presupposti per tornare ad un contatto vero e proprio permettendo l'ingresso di familiari nelle UTI ma il conseguimento delle modalità telematiche, ritenute più *sicure* per via dell'approccio a distanza utilizzato, ne limitano l'applicazione nonostante le varie problematiche riscontrate.

CONCLUSIONI

La pandemia insorta nell'inverno 2020 ha sottolineato l'importanza che le interazioni sociali hanno nella vita di ogni individuo, soprattutto in un contesto di cure, totalmente interrotte dalle politiche di distanziamento sociale introdotte per promuovere la sicurezza della popolazione mondiale, comportando una situazione di completo isolamento nei plessi ospedalieri e colpendo specialmente i reparti di Terapia Intensiva.

Per rispondere a questo disagio si è quindi deciso di impiegare dispositivi tecnologici per permettere interazioni paziente-familiare, risposta che inizialmente ha permesso di avere contatti rispettando le varie politiche restrittive affermate, così da tamponare la situazione evitando le problematiche che l'isolamento provato poteva portare.

Questa strategia, per quanto valida nelle prime fasi della pandemia, ha portato alla consapevolezza di diverse limitazioni nell'applicazione implicando risposte adeguate ed efficaci ai vari problemi.

Giunti a quasi 2 anni dalla dichiarazione di stato d'emergenza, questa pratica risulta non più sufficiente nel rispondere ai bisogni di pazienti e familiari, e in una situazione in cui si cerca di ritornare alla normalità accresce la voglia di tornare a stare in vero contatto col proprio caro.

Se l'ingresso nei reparti UTI è ormai normalità per professionisti e personale che lavora nell'ambiente ospedaliero, la possibilità di ingresso per i civili non dovrebbe risultare più un problema se seguite tutte le raccomandazioni predisposte, come protocolli di vestizione, e se verrà garantita un'adeguata educazione.

Cercare di introdurre familiari nel setting intensivo infatti porterebbe ad un raggiungimento della concezione adeguata di cure intensive permettendo di ripristinare, a poco a poco, la realizzazione di un incremento di *Terapie Intensive Aperte*.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA

Permettere la realizzazione di una Rianimazione aperta in era covid, soprattutto a 2 anni dall'insorgenza, non dovrebbe più destare preoccupazioni in quanto l'esperienza biennale nell'utilizzo di tecnologie ha sottolineato quanto i limiti e i riscontri finali abbiano portato ad una soddisfazione sufficiente ma non del tutto equiparabile all'esperienza di contatto reale.

L'ingresso di familiari nelle UTI potrebbe essere tranquillamente possibile e realizzabile eseguendo una minima riorganizzazione della politica, condivisa e approvata dalla Direzione Sanitaria, che potrebbe creare un consenso informato specifico da far leggere e firmare ai visitatori.

La realizzazione risulta attuabile grazie all'utilizzando i protocolli di vestizione e svestizione, già vigenti per il personale, incrementando preparazione ed educazione dei visitatori con brochure, opuscoli e video informativi, ed individuando nel personale una figura per turno che possa informare i familiari delle regole all'interno del reparto e mettendoli a conoscenza degli eventuali rischi così che possano bilanciarli con i benefici aspettati del contatto col proprio caro, sia su loro stessi che sul paziente.

Grazie al conseguimento delle accortezze, delle raccomandazioni, delle linee guida e dei protocolli, eventualmente riadattati per i civili, e cercando di divulgare il progetto, si potrebbe conseguire la realizzazione di una politica aperta il più simile possibile a quelle che erano presenti in era pre-covid, così da ripartire col progetto di apertura delle UTI soprattutto tenendo conto dell'esperienza di completo isolamento provata negli ultimi 2 anni.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Arnone, A. (2017, Gennaio 12). *L'assistenza senza confini: la terapia intensiva aperta*.
Tratto da Nurse Times: <https://www.nursetimes.org/l'assistenza-senza-confini-la-terapia-intensiva-aperta/28626>
- Bracci, M. L. (2008). Rianimazione Chiusa versus Rianimazione Aperta. *aniarti*, 17-25.
- Escudero, D., Martín, L., Viña, L., Forcelledo, L., García-Arias, B., & López-Amor, L. (2015, novembre). Abrir las puertas de la UCI. Una necesidad inexcusable. *Medicina Intensiva*, p. 522-523.
- Flint, L., & Kotwal, A. (2020). The New Normal: Key Considerations for Effective Serious Illness Communication Over Video or Telephone During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *Annals of internal Medicine*, 486-488.
- Galazzi, A., Binda, F., Gambazza, S., Lusignani, M., Grasselli, G., & Laquintana, D. (2021, Maggio 5). Video calls at end of life are feasible but not enough: A 1-year intensive care unit experience during the coronavirus disease-19 pandemic. *Nursing in critical care*.
- Gruppo di lavoro intersocietario *COMUNICOVID* (SIAARTI, ANIARTI, SIMEU, SICP). (2020). Come comunicare con i familiari dei pazienti in completo isolamento durante la pandemia da SARS-CoV-2. *Recenti Progressi in Medicina*, 357-367.
- Hwang, T.-J., Rabheru, K., Peisah, C., Reichman, W., & Ikeda, M. (2020). Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *Int Psychogeriatr*, 1-4.
- Kennedy, N., Steinberg, A., Arnold, R., Doshi, A., White, D., DeLair, W., . . . Elmer, J. (2021, Maggio 18). Perspectives on Telephone and Video Communication in the Intensive Care Unit during COVID-19. *Annals of the American Thoracic Society*, p. 838-847.
- Krähenbühl, M., Oddo, M., Piquilloud, L., & Pantet, O. (2020). COVID-19 : Intensive care management. *Revue Médicale Suisse*.

- Livigni, S. (2015, Ottobre 1). *Terapia intensiva aperta: il gioco vale la candela? I risultati di un'esperienza pluriennale*. Tratto da *Insalute news*: <https://www.insalutenews.it/in-salute/terapia-intensiva-aperta-il-gioco-vale-la-candela-i-risultati-di-unesperienza-pluriennale/>
- Ministero della Salute. (2017, Ottobre 6). *Organizzazione Mondiale Sanità*. Tratto da *Rapporti Internazionali*: <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&id=1784&area=rapporti&menu=mondiale#:~:text=Secondo%20la%20Costituzione%20dell'OMS,assenza%20di%20malattie%20o%20infermit%C3%A0%E2%80%9D>.
- Mistraletti, G., Giannini, A., Gristina, G., Malacarne, P., Mazzon, D., Ceruti, E., . . . Petrini, F. (2021). Why and how to open intensive care units to family visits during the pandemic. *Critical Care*, 191.
- Moolla, M. S., Broadhurst, A., Parker, M. A., Parker, A., & Mowlana, A. (2020). Implementing a video call visit system in a coronavirus disease 2019 unit. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, e1-e3.
- Nassar Junior, A., Besen, B., Robinson, C., Falavigna, M., Teixeira, C., & Rosa, R. (2018). Politiche di visita flessibili e restrittive nelle unità di terapia intensiva: una revisione sistematica e una meta-analisi. *Critical Care Medicine*, 1175-1180.
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system*. Washington DC: The National Academic Press.
- Negro, A., Mucci, M., Beccaria, P., Borghi, G., Capocasa, T., Cardinali, M., . . . Zangrillo, A. (2020). Introducing the Video call to facilitate the communication between health care providers and families of patients in the intensive care unit during COVID-19 pandemia. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Ning, J., & Cope, V. (2020). Visita aperta nelle unità di terapia intensiva per adulti: una revisione strutturata della letteratura. *Intensive and Critical Care Nursing*.

- Padovan, L. (2018, Luglio 9). *Terapia Intensiva aperta e umanizzazione delle cure*. Tratto da Infermiere Online: <http://www.infermiereonline.it/terapia-intensiva-umanizzazione-delle-cure/>
- Rios, I. C., Carvalho, R. T., Ruffini, V. M., Montal, A. C., Harima, L. S., Crispim, D. H., . . . Oliveira Bonfa, E. S. (2020). Virtual visits to inpatients by their loved ones during COVID-19. *Clinics*, 75.
- Romano, M. (2020, Aprile 4). Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19. *Recenti Progressi in Medicina*, 223-230.
- Smith, B. J., & Lim, M. (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract*.
- Team Life Lines. (2020, Maggio 31). *Restricted family visiting in intensive care during COVID-19*. Tratto da <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7261454/>
- Thomas, K., O'Brien, B., Fryday, A., Robinson, E., Hales, M., Karipidis, S., . . . Davey-Quinn, A. (2021). Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology Companies. *Journal of Intensive Care Medicine*, 1130-1140.
- Valley, T., Schutz, A., Nagle, M., Miles, L., Lipman, K., Ketcham, S., . . . Hauschildt, K. (2020, Settembre 15). Changes to Visitation Policies and Communication Practices in Michigan ICUs during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, p. 883-885.
- World Health Organization. (s.d.). *Social determinants of health*. Tratto da World Health Organization: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy*.

ALLEGATI

Allegato 1

Checklist for the video call in ICU between the patients and the relatives.

Preparation call with the family member	<ul style="list-style-type: none">• Name of the patient _____• Ask if family members want to get in touch with their relative by video call, allow them time to reflect on it and legitimise any response• If yes, anticipate that you will call them at the agreed time, advising them to wait for the call in a quiet place.• Evaluate and settle the presence of children.• Inform that the video call will be short and should be based on positive and encouraging contents.• If the patient is unable to verbalise, for example because they have an endotracheal tube, ask the family members not to ask open questions
Preparation of the patient	<ul style="list-style-type: none">• Ask the patient if they want to get in touch with someone on video call and with whom, leave time to reflect on it, without influencing, and legitimising any response.• If yes, prepare them by optimising their position
Preparation of the caller	<ul style="list-style-type: none">• Inform that the video call will be short• Make sure to call at a suitable time for you and for the team• If appropriate, involve other professionals in the call• Call the family member at the scheduled time• Inform the whole team that you are about to make a video call, in order to set up an adequate environment and limit interruptions.• Check for the calling devices and web connection.
Start	<ul style="list-style-type: none">• The video call begins outside the patient's vision• Present yourself with name and qualification.• Check who you are talking to.• Smile and approach the patient talking to the family member
Conduction	<ul style="list-style-type: none">• Connect the patient and the family member• Stay close to the patient and check their reactions• If necessary, help the patient to understand the contents• If the patient becomes fatigued or disinterested bring the communication towards closure.
End	<ul style="list-style-type: none">• Take back control of the communication, thank the patient and move away from them telling that you will come back• Check the emotional state of the family members and allow them to ask for questions.• Take a few minutes for yourself.

Check-list per le videochiamate tra paziente e familiare (Negro, et al., 2020)

Allegato 2

Hardware

- Tablets and/or cellphones
- Device accessories including charger and protective covering
- SIM cards (RICA'ed, pre-paid or data contract)
- Two-point plug adapter
- WiFi (preferable)

Software

- WhatsApp
- Skype
- Microsoft teams
- Zoom
- TrueCaller

Staffing

- Video call champion in each ward or area
- All the staffs must be aware of system and booking process
- Specific staff with appropriate training allocated to handle bookings and calls

Infection prevention and control

- Plastic sleeves for devices
- Personal protective equipment for the staff
- Medical waste bins

Ward preparation

- Notices advertising the service and instructions in all common local languages
- Secure storage cabinet
- Well ventilated call area for visitors

Check-list preparatoria per l'avvio di una videochiamata (Rios, et al., 2020)

Allegato 3

Table. Strategies to Address Common Barriers to Successful Conversations Over Telephone or Video

Key Elements of Serious Illness Communication	Barriers During Telephone or Video Visits	Strategies to Address Barriers During Telephone and Video Visits
Preparing	Unclear communication preferences or language discordance	Assess the patient's ability to participate, preferred language, prior documentation on legal proxies and wishes, and which loved ones to include
	Poor internet connection or inexperience with technology	Engage volunteers to help set up technology in the hospital; invite family members to join a few minutes before the meeting; if there are several family members, designate 1 or 2 as primary spokespeople; participants should mute if not talking, or leader should mute others
	Hearing impairment	Speak slowly, start sentences with the person's name, silence hospital devices, use hearing aids, use pocket talkers if available, and avoid yelling or exaggerating one's voice
	Vision impairment Mask obscuring clinician's face Clinical distractions	Ensure the patient's use of glasses and good lighting Clinicians and participants can call from private locations with masks removed Take a deep breath before starting conversations, and silence cellphones or pagers
Building rapport and trust	Difficulty in building rapport or trust when interactions are remote	Communicate early and often, and encourage storytelling by patients and families to build connection (e.g., "Tell me about life before coronavirus." "I'm glad you have pictures in your room, can you tell me about them?")
	Lack of continuity due to transitions in clinical providers or shift work	Include staff who regularly work with or have a previously established relationship with the patients (e.g., nurses, primary care physician, or clinical liaisons)
	Disappointment with telecommunication Clinicians may appear distracted	Use "I wish" statements (e.g., "I wish I could be there in person to support you.") Look at the camera (rather than the screen) and give brief verbal responses ("Yes." "Go on.")
Having the conversation	Conversations can be disorganized or difficult to initiate over the telephone or video	Consider the agenda and limit meetings to 1 or 2 top priorities Consider a communication framework (e.g., CALMER [Check in, Ask about COVID, Lay out issues, Motivate to talk about what matters, Expect emotion, Record conversation])*; keep the framework on a separate screen as a reference during conversations Ask permission to discuss difficult topics or to transition to a new topic Check for understanding by referring to persons by name, using summarizing statements, or orienting back to patients
Responding to emotion	Limited nonverbal emotional support, such as touch or silence	Listen and watch for verbal and physical signs of distress (e.g., crying, long pauses, repeated questions); pause frequently to check for understanding or permission to go on; when using silence, indicate you are present and listening by nodding
	Impression of being cold or robotic	Acknowledge that these are extraordinary times and use NURSE (Name, Understand, Respect, Support, Explore) statements†

* From references 3 through 7.

† From reference 7.

Elenco degli elementi chiave per permettere un'adeguata conversazione telematica (Flint & Kotwal, 2020)