

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Medicina**

**CORSO DI LAUREA TRIENNALE IN INFERMIERISTICA**

**Tesi di laurea**

**Terapie intensive aperte: "umanizzazione delle cure e  
centralità del paziente"**

**INDAGINE EPIDEMIOLOGICA SVOLTA PRESSO L'U.O. DI TERAPIA  
INTENSIVA DELL'AZIENDA ULSS 17 – REGIONE VENETO**

**RELATORE:** Prof. Lamberto Padovan

**CORRELATORE:** Dr.ssa Paola Zatti

**Laureando:** AnnaDeVincenzo

**ANNO ACCADEMICO 2014/2015**

**Sede di Monselice**



Dedico questo lavoro a tutte le persone che mi hanno accompagnata e mi sono state vicine in questi tre anni.

Ringrazio la mia famiglia che mi ha permesso di completare questo meraviglioso percorso di studi.

Ringrazio la mia amata nonna per aver sempre creduto in me e il mio fidanzato per avermi sempre sostenuta e appoggiata.

Infine ,ma non per ultimi, ringrazio il mio relatore e la mia correlatrice per avermi guidata e aiutata nella realizzazione di questa tesi.

Grazie



## INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1- LA TERAPIA INTENSIVA APERTA E L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE.....	3
1.1-COS'E' LA TERAPIA INTENSIVA?.....	3
1.2-TERAPIA INTENSIVA CHIUSA.....	4
1.3-LE RACCOMANDAZIONI DEL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA.....	5
1.4-UMANIZZAZIONE DELLE CURE.....	7
1.5-TERAPIA INTENSIVA APERTA.....	8
1.6TERAPIA INTENSIVA APERTA NEL MONDO.....	9
REVISIONE DELLA LETTERATURA.....	10
PROGETTO TERAPIA INTENSIVA APERTA AZ.ULSS17.....	18
ANALISI CONTESTO PROGETTUALE.....	11
CAPITOLO 2- MATERIALI EMETODI.....	21
CAPITOLO 3-RISULTATI DELLO STUDIO.....	25
CAPITOLO 4 DISCUSSIONE E CONCLUSIONE.....	28
BIBLIOGRAFIA.....	32
ALLEGATI.....	34



***“Sopra di me un soffitto bianco. L’infermiera si aggira con passi d’ovatta. Ogni tanto entra il dottore con un altro dottore e si scambiano frasi che non capisco ma che suonano come minacce.***

***Darei molto perché arrivassero la mia amica o tuo padre, meglio ancora i miei genitori: m’era parso di udirne le voci. Invece non viene nessuno fuorché quei due col camice bianco.”***

*Oriana Fallaci, Lettera a un bambino mai nato*

***“Aprire la terapia intensiva non è una concessione. E' invece il riconoscere un diritto fondamentale del paziente e della sua famiglia.”***

*prof. Alberto Giannini*

***“E' tempo di riconoscere che la terapia intensiva deve essere un luogo dove l'umanità deve avere un'alta priorità. E' ora di aprire quelle terapie intensive che sono ancora chiuse”***

*Burchardi*



## ABSTRACT

**Problema:** Il 98 % delle Terapie Intensive italiane ha adottato una politica di restrizione alle visite. Sono caratterizzate quindi da un ambiente chiuso al pubblico, dove i pazienti vengono isolati dalle loro realtà e dai loro familiari fatta eccezione per qualche ora al giorno.

La situazione sta, però, gradualmente cambiando. La vicinanza dei propri cari in un momento così delicato segnato dalla sofferenza e dalla malattia, inizia ad essere percepita come una preziosa risorsa per la cura dei pazienti e non più vista come un ostacolo al lavoro dell'equipe o fonte di infezione. È necessario quindi che l'organizzazione delle terapie intensive, anche in Italia si adegui al modello della "terapia intensiva aperta", recuperando il divario rispetto ad altri Paesi Europei e Americani che già da tempo si sono orientati con successo in questa direzione.

**Scopo della Tesi:** indagare se la presenza continua di un familiare di riferimento, durante la degenza di un paziente adulto in terapia intensiva comporti dei benefici alla salute del paziente stesso e dei suoi familiari e quali effetti abbia sulla qualità dell'assistenza erogata. Si ricercheranno poi quali siano le opinioni e preoccupazioni dei curanti, che lavorano in Terapia Intensiva, nei confronti dell'adozione di un modello aperto. Sarà analizzato il quadro della situazione di partenza sotto il profilo logistico, temporale e relazionale dell'unità di Terapia Intensiva e Rianimazione e valutata l'aderenza della proposta progettuale in corso nel nuovo polo ospedaliero di Schiavonia (PD). Successivamente saranno ricercate le attitudini e le conoscenze dell'equipe che vi lavora, mettendole a confronto con gli studi recuperati in letteratura. Verranno poi suggerite alcune strategie, al fine di realizzare concretamente l'apertura della terapia intensiva, secondo le caratteristiche della realtà locale.

**Materiali e Metodi:** Revisione della letteratura attraverso l'utilizzo di banche dati, analisi a livello internazionale, riviste e approfondimenti di temi specifici. Utilizzo del questionario BAVIQ

**Risultati:** L'indagine condotta nei reparti di Terapia Intensiva (TI), Sub-Intensiva polivalente/neurologica (TIS) e unità Intensiva Coronarica (UTIC), ha evidenziato che la maggior parte dell'equipe possiede buone conoscenze su quali siano i benefici della presenza continua dei familiari in reparto, ma è emersa la paura nel sentirsi controllati e giudicati. Un altro punto controverso per il personale è rappresentato dal timore di non riuscire a dare al paziente un'assistenza adeguata a causa delle continue interruzioni legate alle numerose domande da parte dei familiari. I risultati dell'indagine risultano così in linea con i risultati ricercati in letteratura.

## **Conclusione.**

La presenza dei familiari viene ritenuta, in generale, un fattore positivo per il paziente ma allo stesso tempo di fronte ad un' organizzazione o struttura inadeguata, potrebbe risultare un ostacolo per l'erogazione delle cure medico- infermieristiche. Quindi nel caso di una maggiore apertura, sarebbe opportuno rivedere alcuni aspetti dell'organizzazione assistenziale.

Forse il timore di cambiare i piani delle attività o il fatto di essere osservati, giudicati e valutati può avere condizionato le risposte dello staff intervistato ma con una adeguata formazione e sensibilizzazione, si può renderlo consapevole di come il rendere visibile la loro attività di cura riduca l'ansia nei familiari, aumenti la fiducia verso gli operatori e valorizzi il loro operato.

## **INTRODUZIONE**

Le Terapie Intensive (TI) sono reparti nei quali vengono ricoverati pazienti ad elevatissima complessità e criticità, ai quali ,questi reparti, sono in grado di garantire un'assistenza tecnologicamente molto avanzata e sono caratterizzati da un' elevatissima specializzazione. Paziente critico è colui che presenta una o più insufficienza d'organo e che richiede di essere sostenuto artificialmente. Le Terapie Intensive sono realtà molto dure, difficili da accettare dai parenti stessi e dai loro familiari ,ma sono l'unica possibilità per poter continuare a vivere.

Durante la mia breve ma intensa esperienza di tirocinio nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale di Monselice mi sono resa conto di come, nonostante tutte le cure erogate, fossero presenti nei pazienti ricoverati e nei loro familiari la sofferenza, la paura e il disorientamento.

I pazienti qui ricoverati vivono in una sorta di limbo, in un letto non loro, collegati a molti presidi invasivi dei quali non conoscono la funzione. Per evitare loro le sofferenze della malattia e delle procedure necessarie sono sottoposti a trattamenti antidolorifici e sedativi che li rende disorientati nel tempo e nello spazio. Sono circondati da persone sconosciute che parlano tra loro entrando ed uscendo dalla stanza e sono disturbati da rumori acuti e ripetitivi accompagnati da spie luminose che impediscono loro un regolare riposo. A ciò si aggiunge che spesso sono costretti a rimanere lontano dai propri cari potendoli vedere solo per una/due ore al giorno.

In realtà, in quell'esperienza ho potuto conoscere l'interesse e il bisogno di introdurre in quella UO strumenti etici nella prassi quotidiana al fine di poter attuare cure che la tecnologia sembrerebbe ostacolare.

## **STRUTTURA DELL'ELABORATO**

L'elaborato consiste in una revisione della letteratura con lo scopo di indagare quali siano le evidenze scientifiche disponibili , riguardo una diversa politica di visite delle terapie intensive e in particolare se una loro apertura comporti dei benefici in primo luogo per i pazienti ma anche per familiari ed equipe. Si cercherà poi di capire quali sono le perplessità le credenze e le opinioni del personale sanitario sfatando poi quelle errate grazie alla letteratura.

La seconda parte illustra la presentazione del percorso/progetto in via di realizzazione presso il nuovo polo ospedaliero di Schiavonia, relativo all'umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva (TI) noto come “rianimazione a porte aperte”,rispettando le raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica. In questo elaborato verrà illustrato il quadro della situazione di partenza sotto il profilo logistico, temporale e relazionale del reparto. Successivamente si procederà alla consegna del questionario BAVIQ (Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire)

nell'area critica composta dalla Terapia Intensiva, Sub-intensiva polivalente/neurologica e dall' unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC), utile a conoscere gli orientamenti, le preoccupazioni e le proposte dell'equipe al fine di realizzare concretamente il progetto, secondo le caratteristiche della realtà locale. I Risultati verranno poi confrontati con quelli ricercati in letteratura.

In questo modo si potranno individuare gli elementi che potrebbero ostacolare l'attuazione del modello aperto per mettere in atto misure in grado di coinvolgere il team sanitario, incentivandolo a portare avanti il nuovo modello insieme alla rimozione di barriere strutturali, temporali e relazionali.

# CAPITOLO 1 – LA TERAPIA INTENSIVA APERTA E L'UMANIZZAZIONE DELLE CURE

## 1.1 -COS'E' LA TERAPIA INTENSIVA?

Il concetto di terapia intensiva secondo la SIAARTI è : l'insieme *delle strutture che tratta i pazienti critici per insufficienza di uno o più organi. Il trattamento assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità- instabilità vitale della persona malata e della complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale infermieristico e medico.* (1) Secondo questa definizione, quindi, i punti nevralgici attorno a cui nasce e si caratterizza una unità di terapia intensiva (ICU) sono sostanzialmente tre: requisiti strutturali, criticità delle condizioni fisiche e alta complessità medico assistenziale.

Analizziamo uno per uno questi.

### 1.1.1 REQUISITI STRUTTURALI

Nel 2012, la Critical Care Medicine ha pubblicato le nuove Linee Guida per la progettazione delle Terapie Intensive (2). In questo documento, oltre a esserci indicazioni di natura prettamente architettonica, emerge la direzione che sta prendendo la comunità scientifica internazionale: un'assistenza che metta al centro del proprio essere il paziente concepito in modo olistico. La struttura deve essere tale da prevedere la presenza dei familiari, cioè un ambiente che garantisca la privacy, l'intimità del malato e della sua famiglia. Importante risulta l'influenza positiva della luce naturale e tutti quegli aspetti di arredo del posto letto, utili all'orientamento spazio temporale del paziente. Il percorso dei visitatori deve essere concepito per non ostacolare l'assistenza degli operatori. Quindi una struttura che deistituzionalizzi il più possibile gli ambienti di cura intensiva.

### 1.1.2 CONDIZIONI FISICHE DEL MALATO

Gli elementi distintivi dell'assistenza infermieristica in aria critica derivano necessariamente dalle caratteristiche del tipo di paziente che qui è ricoverato, in particolare si parlerà di: criticità, instabilità e intensività.

I pazienti ricoverati in Terapia Intensiva sono definiti *critici* in quanto, almeno nelle prime fasi, si trovano in pericolo di vita. Il loro organismo non è più in grado di raggiungere l'omeostasi e quindi le funzioni vitali quali la respirazione, la circolazione, lo stato neurologico, la temperatura risultano alterate a causa dell'insufficienza di uno o più organi e sistemi.

Per questo aspetto è richiesta un'osservazione e un monitoraggio continuo e sostegni artificiali delle funzioni vitali, interventi rapidi, pertinenti ed efficaci.

Per “*instabilità*”, invece, si intende la possibilità che, in un qualsiasi momento, la situazione fisica del paziente, apparentemente stabile, possa precipitare e ritornare in una condizione di criticità. La figura dell'infermiere ricopre qui un ruolo decisivo: un'accurata assistenza che preveda oltre al corretto monitoraggio dei parametri vitali, anche la previsione di eventi avversi attesi che obbligano a mettere in atto i migliori sistemi di prevenzione.

Infine, l'aggettivo “*intensività*” fa riferimento all'intero sistema di cure medico-infermieristiche; l'assistenza è continuativa, costante e altamente impegnativa (un'evidenza di ciò sta nel rapporto infermiere-paziente che è di 1:2 in alcuni casi 1:1).

### **1.1.3 ALTA COMPLESSITA' DI CURE**

In TI costantemente gli operatori sanitari sono chiamati ogni giorno ad attuare una valutazione multidisciplinare, a tutto tondo, di ogni variabile, di ogni aspetto che gli si pone davanti e ad andare al fondo della questione. L'approccio medico-infermieristico con questi pazienti è quindi impegnativo e difficile e lo sarebbe ancora di più se ogni singolo operatore si trovasse a lavorare come singolo individuo. Alla luce di ciò, in questo ambiente, il modello organizzativo che più di tutti dà risultati in termini di efficienza è quello che prevede la collaborazione.

La complessità riguarda inoltre aspetti organizzativi. A fianco di medici e infermieri vi è una grande varietà di professionisti (fisioterapisti, tecnici di radiologia, chirurghi ecc...) perciò diviene indispensabile l'integrazione: coordinare adeguatamente la molteplicità.

Un'ulteriore peculiarità delle ICU sta nella maggiore autonomia, soprattutto degli infermieri (confrontati con l'esperienza nelle normali corsie), che deriva soprattutto da un'alta variabilità di casi affrontati che richiedono una necessaria personalizzazione delle cure e un aggiornamento continuo.

Una corretta analisi della complessità permette di organizzare meglio il processo di cure: decidere cosa eseguire direttamente, cosa demandare agli altri, stabilire le priorità, trovare in tempi veloci soluzioni pertinenti.

## **1.2- TERAPIA INTENSIVA CHIUSA**

Fino a qualche anno fa ai familiari era impedito l'accesso diretto al letto del proprio caro ed era concessa soltanto la possibilità di vederlo, per alcuni minuti, attraverso una vetrata che, allo scadere del tempo, veniva oscurata. La motivazione di queste scelte risiedeva da un lato da un perpetuarsi di consuetudini ed usi, dall'altro dalla preoccupazione di trasmettere infezioni e di disturbare il lavoro

di cure. In questo modo si trascurava però l'aspetto umano e relazionale dei pazienti ricoverati, creando una sorta di isolamento.

Così per molti anni l'ammissione di un paziente in TI ha seguito quello che è stato definito come il "principio della porta girevole" quando il paziente entrava, la famiglia veniva mandata fuori subito dopo aver raccolto i dati anamnestici. (3;4)

La logica che si può intravedere in questi consolidati comportamenti è riconducibile a una concezione tecnocratico-razionalista tendente a separare rigidamente i luoghi delle diverse attività tecniche e di lavoro da quelli delle relazioni familiari assolutizzando le pur buone ragioni di organizzazione, sicurezza ed igiene. 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 che aspettano fuori dalla porta.

### **1.3 -LE RACCOMANDAZIONI DEL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA**

Un primo elemento da considerare dal punto di vista etico è costituito dal principio del rispetto della persona - malato nei trattamenti sanitari, che è previsto dall'art. 32, co. 2 cost. La persona va rispettata nella sua integrità e quindi come essere in relazione con altri, senza imporle in modo ingiustificato una condizione di separazione proprio nel momento in cui viene sottoposta a trattamenti sanitari. I luoghi di cura e i trattamenti medici devono pertanto essere organizzati in modo da separare il meno possibile la persona dai suoi mondi vitali favorendo i momenti di continuità con i vissuti familiari e sociali delle persone coinvolte. In tal modo si rispetta anche l'autonomia del malato, che dovrebbe risultare sostenuta e rafforzata dalla presenza e dall'accompagnamento delle persone care, mentre una solitudine forzata aggrava inutilmente la già difficile condizione della malattia e della costrizione nella TI. L'autonomia decisionale del malato, inoltre, risulta valorizzata almeno quando il paziente è in grado di esprimere la propria volontà circa la presenza accanto a sé di persone con le quali intrattiene relazioni significative. Infatti, il paziente – quando le circostanze lo permettano – dovrebbe avere la possibilità di indicare quali persone siano particolarmente significative per lui e chi desidera quindi avere accanto nel difficile tempo della malattia. Questo, del resto, è uno dei principali bisogni espressi dai pazienti ricoverati in TI [29].

Del resto, dal punto di vista pratico, una consistente percentuale di ricoveri in TI non è causata da eventi improvvisi o acuti, ma è invece programmata (chirurgia maggiore, trapianti) o rappresenta una fase prevedibile nell'evoluzione di malattie croniche riguardanti le insufficienze d'organo. Vi sono quindi moltissime possibilità di consultare i pazienti per quanto riguarda i loro desideri, così che possano decidere in anticipo quali presenze siano importanti per loro. I medici curanti devono

pertanto avvertire la responsabilità di interpellare per tempo i pazienti su questo tema. Anche successivamente, durante il ricovero in TI, i pazienti devono poter sempre esercitare il diritto di determinare e richiedere che siano consentite le presenze per loro significative all'interno del proprio mondo familiare ed affettivo.

Un'ulteriore considerazione sul piano etico riguarda i principi di *beneficenza* e di *non maleficenza*. Sulla scorta delle attuali conoscenze scientifiche e di un'estesa prassi, la presenza accanto a sé delle persone care non costituisce in alcun modo una «minaccia» per il paziente, ma, al contrario rappresenta un'azione positiva in grado di produrre effetti benefici sia per il paziente, con riscontri clinici oggettivi, sia per i familiari con la riduzione dello stress correlato.

Sul piano etico non è dunque giustificabile – se non in casi eccezionali – la rinuncia a compiere un'azione positiva in tal senso, in grado di offrire effetti benefici al paziente. La tutela della salute, in altre parole, non implica necessariamente il sacrificio della vita di relazione nemmeno nelle TI.

Sebbene medici e infermieri non abbiano formalmente una specifica obbligazione verso familiari, ma solo verso il paziente, molti studi e raccomandazioni oggi riconoscono l'opportunità che in TI l'équipe medico-infermieristica si prenda cura non solo del paziente, ma anche, in senso lato, della sua famiglia [30].

Sulla scorta di queste considerazioni, il CNB propone le seguenti raccomandazioni:

- 1) l'organizzazione delle TI deve essere orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- 2) i familiari – e in particolar modo i genitori dei bambini ricoverati e i parenti stretti degli anziani – e in generale le persone indicate dal paziente devono poter avere la possibilità di stare accanto al paziente in TI;
- 3) i pazienti in grado di esprimere la loro volontà devono perciò essere consultati in merito a quali persone essi desiderano accanto a sé; mentre nel caso di pazienti attualmente incapaci dovranno essere valorizzate le loro eventuali precedenti «dichiarazioni anticipate di trattamento»<sup>1</sup>; naturalmente dovrà essere tutelata anche la scelta del malato di non ricevere visite;
- 4) le TI devono adeguare gradualmente, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature attualmente esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità), la loro organizzazione e le loro visiting policies al modello della TI “aperta”;
- 5) medici e infermieri di TI devono ricevere un'adeguata e aggiornata formazione per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;
- 6) i piani nazionali e regionali di edilizia sanitaria devono prevedere spazi adeguatamente attrezzati

per favorire la presenza delle famiglie dei pazienti e dei visitatori;

7) l'Amministrazione sanitaria, nelle sue diverse articolazioni, deve impegnarsi a favorire e sostenere la realizzazione del modello della TI "aperta".

#### **1.4-UMANIZZAZIONE DELLE CURE**

Nella seconda metà del 900 la medicina è andata in contro ad una profonda trasformazione. Le numerose conquiste scientifiche sia a livello tecnologico che teorico e l'introduzione di un percorso di studi indirizzato all'iper-specializzazione contribuirono a rendere il medico certamente più tecnico ma anche ad allontanarlo dai pazienti stessi.

I due grandi momenti della nascita e della morte furono trasferiti dalla casa all'ospedale e le visite a domicilio andarono pian piano a scomparire portando con loro quella confidenzialità tra medico e paziente. Si arriva dunque alla medicina contemporanea efficace nel curare le malattie ma poco attenta al prendersi cura delle persone malate nella loro globalità.

Umanizzazione delle cure vuol dire passare dal curare al prendersi cura: mettere cioè al centro la persona malata e non la malattia.

Aprire le Terapie Intensive significherebbe anche attribuire al paziente un valore in quanto persona e quindi come "individuo unico e insostituibile simile e al tempo stesso diverso da qualsiasi altra persona che sia mai vissuta e che mai vivrà" (6)

Si deve considerare che il paziente ha anche dei desideri e dei bisogni affettivi, spirituali e relazionali che non devono essere tralasciati nemmeno in un reparto ad alta intensità di cura. In quest'ottica si parlerebbe quindi di "Umanizzazione delle cure" non solo per il paziente ma anche per familiari e operatori.

Una TI «aperta» offre dunque la possibilità di realizzare nuovi gesti e linguaggi ricchi di umanità nella direzione del prendersi cura. . Un primo esempio riguarda il corpo: toccare il corpo del paziente, accarezzarlo, alimentarlo un poco e così via, sono gesti di enorme valore sia sul piano relazionale sia sul piano terapeutico. È necessario uno sforzo per realizzare le condizioni per rendere questo possibile (con tutte le dovute cautele), ma deve divenire chiaro che il corpo del paziente non è necessariamente qualcosa di «espropriato» e inaccessibile per i suoi cari.

#### **1.5-TERAPIA INTENSIVA "APERTA"**

Le nuove evidenze scientifiche e l'entrata in scena del Comitato Nazionale di Bioetica, hanno messo in discussione quelle barriere intrinseche che caratterizzavano le Terapie Intensive "chiuse" . Sia negli Stati Uniti quanto in Europa infatti la vicinanza dei propri cari in un momento così

delicato di sofferenza per la grave malattia, inizia ad essere percepita come una preziosa risorsa per la cura dei pazienti anziché un ostacolo al lavoro dell'equipe o come rischio infettivo.

Ad oggi l'unica risposta che sembrerebbe adeguata 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 strettamente necessarie alla cura del paziente ed in cui al contempo venga promosso un trattamento personalizzato, che tenga conto delle varie dimensioni (fisica, psicologica e relazionale) di ogni individuo. (5)**

Al *piano fisico* appartengono tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono proposte o imposte al visitatore, quali l'assenza di contatto fisico col paziente, 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 TI: il paziente, l' équipe curante e la famiglia. Infine le barriere *temporali* comprendono tutte le limitazioni degli orari di visita e le lunghe attese fuori dalla porta causate dal citofono.(5)

## **1.6- LA TERAPIA INTENSIVA APERTA NEL MONDO**

Risale a un decennio fa il primo appello – dalla voce di Hilmar Burchardi, all'epoca presidente della European Society of Intensive Care Medicine - a rendere la terapia intensiva «**un luogo dove l'umanità abbia alta priorità**», incentivandone un'accessibilità estesa sulle 24 ore. Ad accogliere per primi l'innovazione **gli ospedali nord-europei, oggi un modello per i reparti «aperti**». Uno studio del 2014 rileva che in Svezia lo sono il 70 per cento delle terapie intensive per adulti e il 100 per cento di quelle neonatali. L'Italia dove, seppure negli ultimi cinque anni la situazione sia migliorata, **solo il 2 per cento delle terapie intensive non pone restrizioni di orari**. Anche quando a essere ricoverato è un bambino: due terzi delle terapie intensive pediatriche non consentono la presenza costante di un genitore nemmeno nelle ore diurne. «La separazione dai genitori è invece la maggior fonte di stress per i bambini ospedalizzati – commenta Alberto Giannini della Terapia Intensiva Pediatrica dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.(7;8)

Tabella 1- Terapia intensiva nel mondo

Svezia	70%
USA	32%
UK	22%
Olanda	14%
Francia	7%
Belgio	3%
Italia	1-2%

## **RILEVANZA PER LA PROFESSIONE**

Sebbene medici, infermieri e operatori socio-sanitari non abbiano formalmente una specifica obbligazione verso familiari ma solo verso il paziente, oggi è riconosciuta l'opportunità che nelle Terapie Intensive l'equipe si prenda cura non solo del paziente, ma anche, in senso lato, della sua famiglia. Questo permetterà di instaurare una relazione di fiducia che con il tempo di degenza andrà aumentando e porterà allo sviluppo efficace della comunicazione tra familiare e personale sanitario. Una maggiore libertà di accesso esercita un risvolto positivo anche sulla percezione che i parenti hanno delle cure fornite al proprio caro : aumenta i livelli di fiducia nei confronti dell'equipe curante andando ad indebolire quegli atteggiamenti di chiusura che spesso i parenti adottano nei confronti di quella parte di personale che si presenta ostile e poco disponibile.

Il colloquio quotidiano con medico e infermiere, la continuità di comunicazione lungo tutto l'arco della settimana, facilitano il passaggio di informazioni, riducono il rischio di incomprensioni e fraintendimenti.

Il lavoro in TI implica un forte carico emotivo che va indagato ed elaborato: le emozioni proprie sono spesso quelle degli altri, ed è importante agire per risolvere le situazioni conflittuali, accogliere in maniera costruttiva critiche ed obiezioni, essere in grado di affrontare tematiche dai contenuti sgradevoli o scomodi, comunicare efficacemente anche in condizioni di stress.

Riconoscere le emozioni, sentimenti propri e degli interlocutori sta alla base dell'empatia nella relazione d'aiuto, per questo è indispensabile affinare la capacità di ascolto per una migliore comprensione.

## **REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Attraverso la letteratura si è cercato di rispondere a questioni da parte dei professionisti sanitari e di sfatare alcune errate convinzioni riguardo le conseguenze dell'adozione di un modello aperto che possono essere così riassunte:

1. aumento del rischio infettivo
2. aumento dell'interferenza sull'attività lavorativa, aumento del carico di lavoro dell'equipe e

dei limiti sulla quantità e qualità dell'assistenza fornita.

3. aumento dei livelli di stress per i pazienti
4. aumento dell'ansia nei familiari
5. violazione della privacy

## AUMENTO RISCHIO INFETTIVO

Le evidenze scientifiche confermano che l'apertura delle ICU al pubblico non presenta alcun rischio medico e non ci sono studi che sostengano l'uso di dispositivi di barriera (camici, mascherine ecc) come utili ed efficaci metodi per ridurre le contaminazioni dell'esterno. (14)

E' noto che le ICU sono luoghi ad alto rischio di infezione ma si tratta principalmente di infezioni nosocomiali, la cui incidenza in ICU è cinque-dieci volte superiore rispetto all'incidenza nei reparti di medicina generale.

Nel 2008 l'area rischi infettivi dell'ASSR (10) ha condotto uno studio di verifica sul reale rischio infettivo dei pazienti ricoverati presso le unità di terapia intensiva e sull'impiego dei dispositivi di barriera da parte dei visitatori; si è occupata di analizzare criticamente in letteratura evidenze a favore realmente delle evidenze a favore; ne è emerso che la limitazione alle visite e la pratica della vestizione non sono supportate da evidenze di efficacia ma che, anzi, i pazienti contraggono infezioni causate da microrganismi patogeni differenti da quelli che veicolano i parenti. Per queste ragioni l'aumento dei visitatori non provoca l'incremento delle infezioni a carico dei pazienti così come il contatto fisico diretto non costituisce un reale pericolo .

Nel 2011 uno studio osservazionale (11) non randomizzato condotto in una terapia intensiva cardiologica su 8 posti letto ha riportato che la maggior parte delle infezioni contratte dai pazienti erano causate da microrganismi nosocomiali. Pazienti sedati e sottoposti a procedure invasive come ad esempio l'intubazione presentavano il maggior numero di infezioni. La presenza di familiari non aumentava l'incidenza e l'uso di indumenti protettivi è risultato poco utile nella prevenzione delle infezioni a differenza del lavaggio delle mani che è invece sostenuto da evidenze e raccomandato come principale misura di prevenzione.

## STRESS PER IL PAZIENTE

Seppur datato, un autorevole studio pubblicato sul Lancet nel 1999 ha ben indagato la percezione dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, mostrando quali siano le cause che comportano, con maggior frequenza, sofferenza al paziente.

Ai primi posti compaiono senso di paura, ansia, solitudine e isolamento.

(12)Tabella 2- Cause di sofferenza del paziente

Sete	63%
Paura/Ansia	62%
Senso di solitudine ed isolamento	46%
Privazione del sonno	61%
Dolore	43%
Caldo	37%
Mancanza di informazioni	33%
Freddo	21%
Fame	13%

Molti studi sono a sostegno del fatto che la presenza di un familiare provochi una riduzione dell'ansia e dello stress (13), un miglioramento del sonno e una diminuzione dei valori di TSH con conseguente normalizzazione dei parametri vitali e delle complicanze cardiocircolatorie (10)

Di particolare evidenza sono anche i risultati di un trial clinico italiano che ha messo a confronto gli effetti del modello chiuso e di quello aperto rispetto ad una serie di parametri. I risultati hanno dimostrato come a seguito dell'applicazione del modello aperto è stata rilevata una diminuzione delle complicanze cardio-vascolari, dell'ansia ed una riduzione altrettanto significativa dei marcatori ormonali di stress. (14)

Altro importante lavoro nord-americano pubblicato, su Critical Care Med. nel 2001, mostra un'ancora più specifica fotografia del vissuto dei pazienti in terapia intensiva nello specifico, in questo frangente, di un collettivo di malati oncologici. Lo studio indaga ed elenca una serie di motivi di sofferenza e di stress che gravano sul paziente: al terzo posto, come importanza, troviamo il limite imposto alla presenza delle persone care (29% dei pazienti). Lo studio mostra chiaramente come l' allontanamento delle persone amate durante un ricovero in terapia intensiva sia, per quasi un terzo dei pazienti ,sentito come un vero e proprio motivo di sofferenza.(15)

Anche un recente studio condotto in India su 40 pazienti ricoverati in Terapia Intensiva ha rilevato elevati livelli di depressione, ansia e stress tra i pazienti e questi erano significativamente più alti nei pazienti in terapia intensiva rispetto a quelli ricoverati in altri reparti. E' stato osservato che vari fattori possono influenzare il benessere psicologico dei pazienti, tra cui l'ambiente ospedaliero, i care -givers, la presenza dei familiari, la gravità della malattia e l'apprensione circa la possibilità di morte.(16)

## STRESS PER LA FAMIGLIA

Anche secondo questo aspetto il messaggio che ci giunge dalla letteratura scientifica è significativo: analizzando il punto di vista della famiglia, il poter stare accanto al proprio caro in una situazione così difficile è uno dei bisogni più sentiti.

Spesso si trascura il fatto che al di fuori della porta di Terapia Intensiva ci siano i familiari, con i loro bisogni e soprattutto paure, di fronte ad un ricovero caratterizzato da una continua evoluzione.

I familiari dei pazienti sono frequentemente soggetti a sviluppare persistenti sintomi correlati allo stress, in prevalenza ansia (73,4%) e depressione (35,4%), fino a presentare un rischio moderato-elevato di insorgenza di una vera e propria sindrome post-traumatica (33%), proprio a seguito del ricovero del proprio caro in TI. (17)

In uno studio prospettico sui familiari di 50 pazienti ricoverati in terapia intensiva dopo 6 mesi di osservazione il 35% dei partecipanti soffriva di disturbo post-traumatico da stress. Si è visto anche come questi sintomi persistono anche dopo 3 mesi dalla dimissione del proprio caro e come conservino più ricordi dell'esperienza del ricovero rispetto ai pazienti (18)

In un contesto di apertura si è riscontrato invece una diminuzione dei livelli di ansia del 65% e di stress dell'88% dei membri della famiglia. (19) Numerosi studi hanno indicato che i parenti che ricevono una migliore informazione e assistenza psicologica durante la permanenza in terapia intensiva dei loro cari, soprattutto di quelli morenti, presentano meno ansia, depressione e sintomi post-traumatici. (20)

## VIOLAZIONE DELLA PRIVACY

La salvaguardia della privacy è un tema che deve essere affrontato sia nella sua dimensione fisica ma anche in quella comunicativa.

Se da un lato, all'aumento di occhi indiscreti, in un ambiente open-space, si può porre facilmente rimedio grazie a sistemi di separazione mobili (tendine, séparé o simili) per l'inadeguata o assente comunicazione sono necessarie altre misure.

E' indispensabile dedicare il tempo necessario alla comunicazione circa la prognosi e le scelte terapeutiche che si stanno affrontando, come è altrettanto importante utilizzare strategie comunicative che permettano la giusta percezione delle informazioni. Da questa riflessione, deriva la scelta di condurre il colloquio medico in stanze riservate, a discapito di un'erronea consuetudine di informare in modo frettoloso, ai piedi del paziente o, peggio ancora, lungo il corridoio. (28) Una comunicazione inefficiente equivale ad una comunicazione inefficace, che contribuisce solo ad inasprire il rapporto tra operatori e famiglia, alimentando false speranze, paure e stress complessivo.

Un recente studio francese ha rivelato che i membri della famiglia dei pazienti ricoverati in ICU

possono incorrere in un equivoco della diagnosi nel 20% dei casi, della prognosi nel 43% , del trattamento nel 40% o di una combinazione di questi elementi nel 53%. (22).

Un'ulteriore riflessione va fatta in merito al ruolo che l'infermiere potrebbe ricoprire a favore di una comunicazione efficace con la famiglia: integrare nel colloquio medico la figura infermieristica comporta duplici risvolti positivi: arricchisce l'informazione medica di elementi sull'assistenza erogata, sul grado generale di benessere e/o malessere ravvisato nel paziente, sul suo stato psicologico ed emotivo e facilita l'elaborazione consapevole della malattia da parte della famiglia. Per certi aspetti rappresenta un utile strumento di mediazione tra medico e famiglia, in grado di veicolare o chiarire informazioni che il medico ha fornito ma che il paziente non ha adeguatamente compreso.

### INTERFERENZA DURANTE ATTIVITA' LAVORATIVA

La presenza della famiglia di per se non riduce il livello di cura fornito all'assistito anche se talvolta può rallentare il lavoro dell'equipe (5).L'opinione , supportata in alcuni casi dall'esperienza, percepisce il familiare come colui che si interpone e talvolta si intromette nelle vicende assistenziali; molti lo considerano un ostacolo che valuta e critica l'operato dei professionisti sanitari aumentando il loro livello di stress.

Si tratta senza dubbio dell'aspetto più temuto da medici ed infermieri di area critica.

Di rilievo a questo proposito si dimostra essere uno studio francese , pubblicato nel 2008 su Critical Care Medicine nel quale sono stati arruolati 209 pazienti, 149 familiari e 43 tra medici ed infermieri. Proprio questi ultimi percepiscono maggiormente l'apertura come potenziale lavoro addizionale e vedono nella politica non restrittiva un rischio di frequenti interruzioni alle cure. (22)

Anche lo studio Americano condotto in 5 terapie intensive con una politica restrittiva non mostra risultati diversi. I medici ritengono che 24 ore visita "non è preferito; non è un'opzione " ,anche se non si sono opposti ad una certa flessibilità. Ritengono che il ruolo del familiare non coincida con quello di una presenza costante in Terapia Intensiva e che siano importanti solo una volta che il paziente viene dimesso. I medici affermano che il loro ruolo primario è quello di curare i pazienti e che non possono di perdere tempo per la comunicazione alle famiglie dei ricoverati e che quindi deve essere fatta da altri componenti del team sanitario (ad es: infermieri).Interpellando il personale infermieristico per quanto riguarda la presenza delle famiglie dei pazienti ricoverati, si evince che, pur ritenendo indispensabile un maggior tempo di visita, rimane la paura di una svalutazione dell'assistenza.(23)

Lo studio condotto al Policlinico Universitario di Alava -Txagorritxu (24) ha preso in considerazione 64 membri del personale sanitario tra medici, infermieri e operatori socio sanitari di terapia intensiva.

Il 67% degli intervistati ritiene che l'adozione di un modello aperto abbia un effetto benefico sul paziente e il 61% sulla famiglia. Il 62% di tutto il personale però ritiene che una politica aperta risulterebbe poco benefica per loro stessi.

Il personale più giovane è risultato più favorevole all'apertura mentre il 50% del personale intervistato manterrebbe orari di visita limitati che si estenderebbero solo in casi eccezionali su richiesta diretta del familiare.

Per un familiare/amico risulta molto rassicurante invece vedere con i propri occhi come il paziente è assistito e trattato dall'equipe sanitaria. Questo permette un ulteriore grado di fiducia e tranquillità nei confronti del personale sanitario (25). Una fiducia che con il tempo di degenza andrà aumentando e porterà allo sviluppo efficace della comunicazione tra familiare a personale sanitario. Una maggiore libertà di accesso esercita un risvolto positivo anche sulla percezione che i parenti hanno delle cure fornite al proprio caro : aumenta i livelli di fiducia nei confronti dell'equipe curante andando ad indebolire quegli atteggiamenti di chiusura che spesso i parenti adottano nei confronti di quella parte di personale che si presenta ostile e poco disponibile. La dilatazione dei tempi assistenziali può e deve essere utilizzata in maniera positiva; basti pensare che, una volta che il paziente verrà dimesso, sarà a carico della propria famiglia, per cui il tempo che un parente passa in TI potrebbe essere utilizzato per attuare un processo educativo volto alla preparazione dei familiari alla successiva, se necessaria, assistenza domiciliare. (27)

Nel quadro generale i benefici ,a seguito dell'adozione di un protocollo di apertura, ricavati dai diversi studi analizzati si possono riassumere in tre categorie:

### **Benefici potenziali per il paziente:**

- Miglioramento delle procedure di assesment in fase di ammissione (facilitazione alla presa in carico e raccolta di dati anamnestici);
- Riduzione del senso di isolamento;
- riduzione dell'incidenza di stati ansiosi e depressivi stress-correlati;
- Riduzione al ricorso di sistemi di contenzione fisica;
- Riduzione al ricorso di presidi di contenzione farmacologica (sedazione);

- implementazione di protocolli di sedazione e DIS;
- riduzione di complicanze cardio-vascolari;

La presenza dei familiari o comunque di una persona significativa è un fatto molto positivo per il paziente, riduce ansia e stress; vi è una notevole diminuzione del TSH con conseguente riduzione delle complicanze vascolari e normalizzazione dei parametri vitali.

### **Benefici per la famiglia**

- Percezione di un elevato standard qualitativo di cure (filosofia di cura innovativa);
- Riduzione dello stress correlato al ricovero in area critica;
- Maggior senso di fiducia verso gli operatori sanitari (trasparenza);
- Miglior integrazione dei familiari nell'ambiente intensivo, favorente un coping più efficace in risposta ad una situazione fortemente stressante e, presumibilmente, riduzione conseguente della conflittualità;
- Continuità delle informazioni;
- Coinvolgimento effettivo della famiglia nei processi di decision making.

### **Benefici per i curanti**

- la famiglia come reale risorsa alla facilitazione delle cure;
- Sviluppo di competenze comunicative orientate alla relazione terapeutica;
- Esperienza professionalizzante all'interno di un modello e filosofia di cura più completo (organo e persona);
- valorizzazione dei ruoli professionali e del loro operato.

## **SCOPO DELLO STUDIO:**

Mettere a confronto le opinioni e le paure dei curanti che lavorano in Terapia Intensiva ricercate in letteratura con quelle dell'equipe della Terapia Intensiva dell'Azienda ULSS17 in modo da proporre degli interventi per preparare l'equipe all'adozione del modello aperto.

## **SINTESI DELLA RICERCA IN LETTERATURA**

La letteratura nazionale ed internazionale, gli studi eseguiti da gruppi multidisciplinari e il comitato nazionale di bioetica, dimostrano che la proposta avanzata dal modello “aperto” è di indubbia utilità. I benefici percepiti e riscontrati sono innumerevoli: nel paziente, dal punto di vista

psicofisico, si apprezzano importanti miglioramenti dei parametri vitali (minori casi di ipotensioni o ipertensioni), normalizzazione degli indici di stress, miglioramento dell'orientamento spazio temporale (deliri), nonché del suo livello di ansia; la famiglia riferisce di sentirsi maggiormente a proprio agio e di saper gestire meglio l'ansia, di riuscire a comprendere quello che sta succedendo in maniera più consapevole e di nutrire una sempre maggiore fiducia nell'operato dell'equipe assistenziale che vede lavorare con impegno, con costanza, con tenacia. Infine gli operatori, da una parte, avvertono la maggiore responsabilità dovuta ad uno sguardo attento e costante dei familiari che spesso rappresenta una fatica in più, ma, dall'altra, il lavoro svolto sotto gli occhi dei familiari consente ad essi di acquistarne la stima, il rispetto, la fiducia e la considerazione.

Per queste ragioni la terapia intensiva aperta rappresenta un'utile ed efficace risposta ai bisogni tanto dei pazienti quanto dei loro familiari.

È necessario quindi che l'organizzazione delle terapie intensive anche in Italia si adegui al modello della “terapia intensiva aperta”, recuperando il divario rispetto ad altri Paesi in Europa e in America che già da tempo si sono orientati con successo in questa direzione

## **PROGETTO TERAPIA INTENSIVA APERTA AZ.ULSS 17**

I principi guida organizzativi e gestionali nazionali e della Regione del Veneto in materia di organizzazione ospedaliera indicano il modello per “intensità di cure” come quello più idoneo alla

presa in carico effettiva dei pazienti, nell'attuazione del principio della centralità della persona. Tuttavia, è necessario creare le condizioni affinché si realizzino concretamente le forme del prendersi cura. Il modello per intensità di cure, superando l'articolazione per reparti differenziati secondo discipline specialistiche, è strutturato secondo i bisogni dei pazienti in termini di rischio/gravità clinica e necessità assistenziali. Fondamentalmente, sono identificati tre settori corrispondenti a tre livelli di cura e assistenza: 1) un'area intensiva per pazienti acuti ; 2) una area sub -intensiva per pazienti instabili 3) un'area di degenza per pazienti stabilizzati che può presentare un livello assistenziale variabile (high care e low care)

In ogni settore, pur nel rispetto delle competenze specialistiche, vengono affrontati prioritariamente i bisogni clinico-assistenziali di gravità e intensità simili.

Il modello per intensità di cure è stato adottato dall' AZ. ULSS17 (1° nella regione Veneto) , nel Nuovo ospedale del territorio a sud della provincia di Padova.

Questo modello è fondato oltre che su razionali principi clinici, assistenziali e organizzativi anche su fondamentali principi bioetici integrati formalmente nei percorsi clinico-assistenziali.

Il modello Terapia Intensiva aperta rientra tra le risposte organizzative fondato sui principi organizzativi e etici sopra citati.

Fasi del progetto:

1. Presentazione del progetto in corso di prossima realizzazione partendo dalle raccomandazioni di bioetica.
2. Condivisione del progetto con altre realtà che hanno già applicato le raccomandazioni(Terapia intensiva di Feltre) .
3. Presentazione del quadro generale a tutto il personale dell'unità di Terapia Intensiva e Rianimazione (incontro preliminare di giugno 2015)
4. Analisi del quadro della situazione di partenza sotto il profilo logistico,temporale dell'unità operativa e del personale tramite un **questionario** per valutare le competenze, le preoccupazioni e i suggerimenti circa l'applicazione delle raccomandazioni del comitato di bioetica.
5. Stesura del regolamento da parte di un gruppo dedicato
6. Incontri formativi per tutto il personale
7. Predisposizione degli aspetti strutturali identificati e dei supporti informativi necessari.

Questo lavoro è stato preso in considerazione per la realizzazione del punto 4 cioè l'analisi di

partenza del reparto sotto il profilo logistico, temporale e relazionale e delle opinioni, preoccupazioni e suggerimenti dell'equipe.

## **ANALISI DEL CONTESTO PROGETTUALE ( U.O Terapia Intensiva ospedale Riuniti Padova Sud AZZ. ULSS 17)**

### 1\_ Analisi delle barriere fisiche e relazionali

Per prima cosa sono state evidenziate all'interno dei reparti , le barriere fisiche dal punto di vista logistico e le barriere relazionali, che possono limitare e ostacolare le visite.

Sono state così divise in due categorie: quelle modificabili e quelle non modificabili.

#### **Modificabili:**

- accesso tramite citofono
- utilizzo di camice e calzari per i visitatori
- elevato livello di inquinamento acustico (allarmi sonori delle apparecchiature)
- Occasionale comunicazione tra il personale infermieristico e i visitatori non strutturata
- Mancanza della presenza di un infermiere durante i colloqui tra familiari e medico
- Ambiente familiare parzialmente realizzato a causa dalle condizioni strutturali delle postazioni di degenza

#### **Non modificabili:**

- Assenza di stanze singole fatta eccezione per quattro box riservati ai pazienti più critici

### 2\_ Analisi delle barriere temporali

L'ingresso ai visitatori attualmente si limita a 2-3 ore.

Può essere considerata una barriera temporale anche il tempo di risposta al citofono da parte del personale che genera attese per i visitatori.

### 3\_ Analisi degli elementi favorevoli.

- Garantito spazio privato grazie a cinque box e a pannelli disegnati con temi distensivi nello spazio open-space.
- Presenza di una “stanza del lutto” dove i familiari possono raccogliersi attorno alla salma.
- Presenza di una stanza dedicata al colloquio tra medici e familiari.

#### 4 Analisi dell'attitudine dei curanti all'apertura

Sono state intervistate le risorse umane ( infermieri, medici e operatori socio sanitari), mediante il questionario validato BAVIQ, al fine di valutarne la conoscenza, le preoccupazioni, gli ostacoli, i suggerimenti e le proposte nei confronti dell'adozione di un modello aperto.



## CAPITOLO 2- MATERIALI E METODI

### Disegno dello studio:

Prospettico dal 28/08/ 2015 al 30/09/2015

### Campionamento:

Infermieri, i medici e operatori socio sanitari della terapia intensiva, sub intensiva polivalente/ neurologica e l'unità di terapia intensiva cardiologica.

### Criteri di esclusione:

Non è stato preso in considerazione il personale con contratto a tempo determinato e neo- assunti.

### Setting:

I reparti di Terapia Intensiva, Sub Intensiva e l'Unità coronarica dell'ospedale Riuniti Padova Sud Madre Teresa di Calcutta ,Schiavona (PD)

Tabella 3- I reparti

	<b>Terapia Intensiva</b>	<b>Terapia sub-intensiva polivalente e neurologica</b>	<b>Unità di Terapia Intensiva coronarica</b>
<b>Struttura di degenza</b>	12 posti letto così organizzati: 4 box singoli, 2 aree open-space, a destra e a sinistra dei box , da 4 posti letto ciascuna separati da pannelli.	5 stanze da 2 posti letto.	5 stanze da 2 posti letto
<b>Principali patologie</b>	IRA, post-operati, sepsi, politraumi	Post-operati, ictus, IRA	IMA
<b>Scopo</b>	Sostegno delle funzioni vitali	Monitoraggio funzioni vitali	Monitoraggio cardiovascolare e trattamento delle cardiopatie ischemiche.
<b>Rapporto infermieri/pazienti</b>	1:2	1:4	1:4
<b>Modello organizzativo assistenziale</b>	Funzionale	Funzionale	Funzionale
<b>Politiche di visita</b>	Tutti i giorni dalle ore 13.00 alle 14.30 e dalle 19.00 alle 20.30. Accesso consentito massimo 2 persone alla volta Ingresso non	Tutti i giorni dalle 7.30-alle 8.30 , dalle 11.30 alle 13 e dalle 17.30 alle 19.00 Accesso consentito massimo 2 persone alla volta. Ingresso non	Tutti i giorni dalle 7.30-alle 8.30 , dalle 11.30 alle 13 e dalle 17.30 alle 19.00 Accesso consentito massimo 2 persone alla volta. Ingresso non

	consentito ai bambini. Viene modificato l'orario di visita in base alle richieste del parente.	consentito ai bambini.	consentito ai bambini.
<b>Comportamenti che deve adottare il parente prima di entrare in visita</b>	Indossare il camice, calzari . Eseguire disinfezione delle mani	Non è necessario indossare il camice, calzari e mascherina se non per speciali disposizioni. Eseguire lavaggio delle mani	Non è necessario indossare il camice, calzari e mascherina se non per speciali disposizioni. Eseguire lavaggio delle mani
<b>Colloquio con il medico</b>	Prima di entrare in visita ore 13.00-14.00	Durante orario di visita	Durante orario di visita
<b>Presenza infermiere al colloquio</b>	no	no	no

## 2.1 ATTIVITA' DI RACCOLTA DATI

**Strumento** : Per cercare di capire quali fossero le opinioni e le conoscenze del personale sanitario riguardo la TI aperta, è stato loro proposto il questionario BAVIQ dell'autore belga Philip Moons da lui inviato tramite mail nella versione Italiana. L'autore del questionario ha concesso l'autorizzazione al suo utilizzo e all'esercizio di eventuali modifiche. (Allegato 2)

Il questionario BAVIQ è strutturato in modo da includere:

- caratteristiche degli intervistati (sesso, titolo di studio, anni di servizio) analizzate mediante utilizzo di misure di frequenza a tendenza centrale;
- convinzioni circa l'accesso dei familiari al reparto e alle visite ai degenti;
- atteggiamento verso le visite;
- commenti, suggerimenti, idee

Sono state formulate domande chiuse, chiedendo all'operatore di scegliere un avverbio di frequenza della scala: forte disaccordo, disaccordo, indifferente, d'accordo, fortemente d'accordo. Sono state inserite due domande nelle quali si chiedeva di definire il numero limite di persone che singolarmente o contemporaneamente possono far visita al paziente nell'arco delle 24 ore.

Esempio di domanda e risposta del BAVIQ:

	Sono in forte disaccordo	Sono in disaccordo	Non sono né d'accordo, né in disaccordo	Sono d'accordo	Sono fortemente d'accordo
Penso che le visite abbiano effetto benefico sui pazienti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 MODALITA' DI RACCOLTA: Dal 1/09/2015 al 15/09/2015 i questionari sono stati disposti in un porta documenti sopra il bancone della guardiola di TI, sub intensiva e UTIC, dopo aver avvertito i caposala e il primario di comunicare a tutti i componenti dello staff di compilarli. Dopo 15 giorni i questionari compilati erano troppo pochi. A questo punto è stata adottata un'altra strategia cioè consegnare direttamente a “brevi manu” a medici, infermieri e operatori socio sanitari il questionario spiegando lo scopo e su cosa si dovesse indagare. La raccolta dati terminerà il 30/09/2015.

2.3 ANALISI DEI DATI: i risultati dei dati raccolti sono rappresentati tramite 32 istogrammi. Ogni istogramma rappresenta le risposte date da medici, infermieri e OSS dei reparti di TI, TIS e UTIC. Per facilitare la lettura e renderla più immediata sono state accorpate le cinque opzioni di risposta in sole tre: Accordo, Disaccordo, Neutrale. (Allegato3)

## 2.4 DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Tabella 4- Componenti equipe

Reparto	Medici	Infermieri	OSS
Terapia intensiva	17	28	6
Terapia Sub-intensiva	0	13	3
UTIC	15	15	3

Totale campione: 101

Tot: Maschi: 28

Femmine: 72

Media classe d'età: 46-65

## 2.5 RISULTATI RISPETTO AI QUESITI

Tabella 5- Percentuali di risposta

REPARTO	Questionari distribuiti totali	Questionari compilati n°	Questionari compilati %
Terapia Intensiva	51	<b>42</b> (15 medici; 21 infermieri; 6 operatori socio sanitari)	<b>82%</b>
Infermieri Terapia sub. Intensiva	16	<b>15</b> (12 infermieri; 3 operatori socio sanitari)	<b>94%</b>
UTIC	33	<b>24</b> (12 medici; 9 infermieri; 3 operatori socio sanitari)	<b>73%</b>

Totale Maschi: 14

Totale Femmine: 68

Media età : 46-65

Partecipanti all'evento formativo di giugno 2015:

- 2 infermieri Terapia sub intensiva.
- 5 infermieri Terapia intensiva.
- 2 medici TI/Sub intensiva.
- 1 OSS Terapia intensiva.

## CAPITOLO 3- RISULTATI DELLO STUDIO

Le Tabelle con i risultati sono consultabili nell'allegato n°3.

La maggior parte dei **medici** di T.I , Sub-intensiva polivalente/neurologica e UTIC dimostra di conoscere quali siano i benefici della Terapia intensiva aperta.

Per il Paziente:

- le visite hanno un effetto benefico sul paziente (81%)
- la presenza dei familiari non causa stress fisico (74%) e psicologico al paziente (70%);
- la presenza della famiglia aiuta il paziente nella guarigione (71%);

Per i familiari:

- l'apertura favorisce la diminuzione di ansia e stress per i familiari (69%);

Meno favorevoli sono state le risposte rispetto le conseguenze, di una presenza continua dei familiari, sulla qualità dell'assistenza:

- il 45% teme di sentirsi sorvegliato e giudicato dai visitatori;
- il 44% teme di perdere tempo a causa delle molteplici interruzioni in quanto il familiare richiederebbe informazioni continue;
- il 67% crede che i visitatori non siano un utile supporto all'assistenza

Per quanto riguarda invece gli orientamenti di visita

- il 55% afferma che l'orario di visita nell'arco delle 24 ore deve essere limitato;
- il 81% pone un limite al numero di persone che si recano in visita;
- il 81% crede che sia utile adattare il protocollo di apertura valutando le condizioni psicologiche del paziente.

I questionari compilati dall'**equipe infermieristica** rivelano invece che questi possiedono conoscenze più superficiali rispetto i benefici della terapia intensiva aperta, sostenendo che:

Per i Pazienti:

- le visite hanno un effetto benefico sui pazienti (53%)
- le visite disturbano il riposo del paziente(56% UTIC);
- le visite sono causa di risposte emodinamiche avverse(56% UTIC e 46% TI);
- Il 56% si rivela neutrale alla domanda se le visite causino stress fisico al paziente e il 41% stress psicologico.

Per i familiari:

- una politica aperta può ridurre l'ansia dei familiari(56%);

Sulla qualità dell'assistenza:

- la presenza della famiglia interferisce con l'assistenza diretta al paziente(67% UTIC e 58% sub-intensiva, 78% UTIC);
- li faccia sentire sorvegliati (89% UTIC, 58% TIS e 57% TI);
- il 21% ritiene che i familiari non siano un supporto utile all'assistenza.

Come i medici anche gli infermieri, rispetto all'organizzazione delle visite, dichiarano che:

- il numero dei visitatori che fanno visita nello stesso momento deve essere limitato (86%);
- la durata delle visite dev'essere limitata (60%);
- l'apertura ai visitatori dev'essere adattata alle condizioni psicologiche del paziente (62%).

Infine, i questionari degli **operatori socio sanitari** si rivelano simili a quelli degli infermieri anche se in alcune domande risalta maggiormente le mancanza di conoscenze:

Per il paziente

- le visite disturbano il riposo del paziente (78%)
- un protocollo di apertura alle visite crea reazioni emodinamiche avverse ai degenti (45%)
- la presenza dei familiari crea stress fisico (50%) e psicologico (33%) dei ricoverati

Per i familiari:

- non c'è riduzione dello stress per i componenti della famiglia (38%)

Anche gli OSS come i medici e gli infermieri sulla qualità dell'assistenza ritengono che:

- un protocollo di apertura alle visite faccia sentire il personale più sorvegliato (39%)
- i familiari facciano perdere molto tempo per dare loro informazioni (50%)

Infine rispetto alla politica di visita emerge che:

- il numero di visitatori nelle 24ore deve essere limitato (83%)
- la durata delle visite deve essere limitata (100%)
- il numero delle persone che fanno visita nello stesso momento dovrebbe essere limitato (94%)
- il protocollo delle visite dovrebbe essere libero quando il paziente è morente (78%)

Secondo medici, infermieri e operatori socio sanitari nell'arco delle 24 ore il numero di visitatori può essere limitato mediamente a 4 persone e solo 2 persone nello stesso momento possono far visita al paziente.

Pochi sono stati coloro che hanno completato la sezione dei commenti, suggerimenti e idee. Dopo aver fatto un riassunto delle risposte date è emerso nuovamente il timore di sentirsi giudicati e controllati dall'occhio critico dei visitatori. L'equipe dichiara che un protocollo di apertura deve essere adattato alle singole esigenze del paziente e alla sua condizione clinica e psicologica, allontanando i familiari che creano agitazione ai malati.

Molti hanno evidenziato la necessità di istruire e formare i familiari visitatori in modo da rendere utile la loro presenza per la guarigione del proprio caro e per l'equipe (es: insegnare al familiare come eseguire una corretta igiene insieme all'infermiere). Altro suggerimento è quello di istituire una figura responsabile per il controllo dei visitatori che entrano ed escono dal reparto, in modo da non disturbare il lavoro dell'equipe e garantire la privacy del paziente. Gli intervistati suggeriscono anche di mettere a disposizione uno psicologo affinché ci sia un sostegno per i familiari in un momento di sofferenza i quali necessitano di esprimere le loro paure, angosce provate durante il ricovero del proprio caro.



## **CAPITOLO 4-DISCUSSIONE E CONCLUSIONE**

### **4.1 DISCUSSIONE**

A seguito dell'analisi di partenza delle barriere fisiche, temporali e relazionali si è evidenziata la necessità di apportare alcune modifiche e migliorie per rendere l'ambiente di cura e i tempi di visita più adatti ad una politica aperta.

Le risposte date dall'équipe non presentano discrepanze con quelle degli studi trovati in letteratura. Anche nella Terapia Intensiva dell'azienda ULSS 17 è emersa la paura di sentirsi controllati e giudicati e il timore di non riuscire a dare al paziente un'assistenza adeguata per le continue interruzioni causate dalle numerose domande da parte dei familiari. Lo staff possiede però buone conoscenze su quali siano i benefici della presenza continua dei familiari in reparto. I commenti, le esperienze e le riflessioni riportate dal personale fanno emergere, come punti fondamentali, dei veri e propri bisogni formativi ai quali è necessario dare risposta. Nel contempo è emerso che chi ha partecipato all'incontro formativo di giugno 2015 sulle Terapie Intensive Aperte possiede una maggior conoscenza.

In seguito all'analisi di partenza delle barriere fisiche, temporali e relazionali dei reparti e alle risposte date, emerge la necessità di:

#### **1. Bisogno formativo:**

- A giugno del 2015 si è tenuto il primo incontro formativo per medici, infermieri e OSS del reparto di rianimazione e terapia intensiva. L'incontro è stato organizzato dal presidente del comitato etico aziendale e dal primario della Terapia Intensiva e Sub-Intensiva dell'azienda ULSS 17 e supportato dal direttore dell'Azienda Sanitaria di Feltre e da alcuni infermieri che hanno raccontato la loro esperienza dopo l'apertura della Terapia Intensiva. In questo primo evento molti operatori hanno avuto l'opportunità di migliorare e perfezionare le loro conoscenze sulla materia.
- Al fine di migliorare l'opinione dell'équipe sulla terapia intensiva aperta si dovranno organizzare incontri formativi per l'intera componente assistenziale, in cui siano analizzati gli elementi salienti di questo argomento (infezioni e presenza dei familiari, stress, benefici, ecc...) e in particolare la comunicazione tra equipe e familiari ; arricchire tali incontri di contributi forniti da persone che hanno fatto o fanno esperienza di una politica di apertura (infermieri, ex pazienti, familiari) e da esponenti del comitato etico aziendale.

## **2. Rimozione delle barriere fisiche, temporali e relazionali presenti:**

- Accesso al reparto liberalizzato secondo regole .
- Eliminazione di camice e calzari che, come è emerso dalla letteratura scientifica ,non sono efficaci metodi per ridurre le contaminazioni dell'esterno ma che accrescono il senso di separazione, ansia e timore nei familiari e non permettono una comunicazione efficace limitando il contatto fisico con il paziente.

## **3. Predisposizione di sistemi di facilitazione per l'accessibilità da parte dei familiari nello spazio di degenza del paziente.**

- Mettere a disposizione nelle stanze di degenza una poltrona ergonomica, orologi, calendari e fornire la possibilità ai familiari di poter utilizzare la radio, la televisione, la visione di un video familiare e anche fragranze profumate, in modo da creare un ambiente più prossimo a quello abituale in grado di stimolare l'orientamento e il sensorio del paziente.
- Sportello psicologico per l'assistenza di pazienti , familiari ma anche per lo staff

## **4. Comunicazione efficace tra personale/familiare e tra l'equipe:**

Questo aspetto merita una particolare analisi.

Un' adeguata comunicazione rappresenta uno dei requisiti fondamentali per una corretta gestione delle Terapie Intensive aperte. Ogni operatore di terapia intensiva dovrebbe chiedersi quanto la sua abilità nel comunicare potrebbe essere migliorata. Ad ogni componente dello staff sanitario si richiedono capacità quali il saper ascoltare, la capacità di gestire i conflitti e di facilitare gli incontri. In questo senso, la comunicazione con i familiari fatta di domande aperte, interazione riflessiva e chiara ed onesta informazione può aiutarli a scaricare le emozioni, a sentirsi rassicurati, rinforzati e confortati. Attraverso la comunicazione efficace si forniscono le informazioni necessarie a rendere consapevoli familiari e pazienti dei benefici attesi di un trattamento, dei rischi, delle alternative, delle complicità in sua assenza e della situazione clinica. Tutto ciò favorisce lo sviluppo dell'autonomia decisionale e la diminuzione dell'ansia del familiare. Diversamente una cattiva comunicazione

produce una relazione fra équipe curante, paziente e familiari contraddistinta da frustrazione, sfiducia, fino all'espressione di atteggiamenti ostili e poco collaborativi.

In TI la comunicazione con il paziente spesso è ostacolata da numerosi fattori come ad esempio l'alterato stato di coscienza del paziente, le reazioni nei confronti della malattia dei familiari e dal senso di impotenza per non svolgere alcun ruolo attivo nel processo terapeutico.

Per una comunicazione attiva nei reparti aperti di Terapia Intensiva e Rianimazione di Schiavonia si propongono alcune strategie:

- La creazione di un opuscolo informativo in T.I dispensato ai familiari, nel momento dell'accoglimento del paziente in reparto, permetterà di stabilire una nuova alleanza terapeutica caratterizzata dai diritti, i doveri e le reciproche responsabilità di familiari e operatori. Sarà illustrato anche il ruolo pro-attivo del familiare in alcune fasi di degenza (es: igiene e alimentazione) . (Allegato 4)
- Rendere più sensibili gli operatori ad una comunicazione non verbale dei pazienti ma anche dei familiari, sviluppando così l'empatia.
- Fornire le informazioni in modo graduale, diluite nel tempo per permettere al paziente e ai suoi cari di elaborare le notizie.
- Aumento del tempo da mettere a disposizione del familiare per informarlo sulla situazione clinica del paziente, coinvolgendo sia medici che infermieri nello stesso colloquio.
- Garantire una costante integrazione nonché comunicazione tra i vari membri dell'equipe, per evitare confusione di contenuti diversificati atti ad alimentare fraintendimenti e sfiducia negli interlocutori in causa.

## **4.2 LIMITI DELLO STUDIO**

In pochi hanno compilato la sezione commenti, suggerimenti e idee.

## **4.3 RACCOMANDAZIONI PER LA RIPETIZIONE DI STUDIO ANALOGO**

Effettuare la consegna a mano dei questionari agli intervistati spiegando loro lo scopo dell'intervista e la struttura del questionario. Ricercare un momento della giornata lavorativa nel quale l'intervistato possa dedicare del tempo alla compilazione del questionario, senza avere fretta oppure permettere loro di compilarlo a casa tramite internet.

## **4.4 CONCLUSIONE**

L'apertura dei reparti di Terapia Intensiva, Sub-Intensiva e UTIC dell'ospedale di Schiavonia dopo

alcune semplici modifiche e dopo la formazione e sensibilizzazione del personale si è resa possibile nonché doverosa anche se è necessario un cambiamento culturale e una seria riflessione sul senso e la qualità dei rapporti con il paziente e la sua famiglia. L'apertura rappresenta infatti un passo necessario verso un modello di assistenza che tenga conto della persona in senso olistico e verso l'umanizzazione delle cure. La terapia intensiva è il luogo della lotta per la vita ma è anche il luogo dove si può incontrare la morte. Aprire le porte consentirebbe di vivere la malattia e la sofferenza in maniera più costruttiva, facendo ricoprire al familiare un ruolo attivo che si realizza in un aiuto al proprio caro nella lotta contro la malattia. La presenza del familiare infatti è utile nel migliorare i benefici delle terapie farmacologiche e ad aumentare l'autonomia del paziente, rendendolo più consapevole della sua situazione e a vincerla. La vicinanza consente anche una migliore elaborazione del lutto. Quanto appena elencato non è realizzabile senza una corretta comunicazione da parte di un'equipe istruita e sensibilizzata ,che permetta il giusto passaggio di informazioni a pazienti familiari.

Rianimazione “aperta” non significa, però, rianimazione senza regole. Si tratterà quindi di chiedere, oltre alla massima attenzione per tutti i pazienti ricoverati, anche il rispetto di alcune semplici regole di sicurezza, gestionali e di igiene che ogni singola terapia intensiva potrà elaborare e modificare nel tempo sulla base di un lavoro di revisione critica del proprio operato.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Gruppo di Studio ad Hoc della Commissione di Bioetica della SIAARTI. SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for limitation of treatment in intensive care. *Minerva Anesthesiol.* 2003 Mar;69(3):101-11, 111-18. English, Italian. PubMed PMID: 12792579.
- (2) Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, Schmitz EV, St Andre AC, Axon DC, Harrell JW, Harvey MA, Howard A, Kaufman DC, Petersen C. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med.* 2012 May;40(5):1586-600. PubMed PMID: 22511137.
- (3) Burchardi H. Let's open the door! *Intensive Care Med* 2002 Oct;28(10):1371-1372.
- (4) Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, Ungar A, Baldasseroni S, Geppetti P, Masotti G, Pini R, Marchionni N. Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation.* 2006 Feb 21;113(7):946-52. PubMed PMID: 16490836.
- (5) Gianni A. (2008) Aprire le terapie intensive? *Janus* 30:13-16
- (6) Melotti RM, Bergonzi A, Benedetti A, Bonarelli S, Campione F, Canestrari S, Castagnoli A, Chattat R, Di Nino G, Fortuna D, Gambale G, Gamberini E, Guberti A, Manici M, Meli M, Pasetto A, Ridolfi L, Zanello M (2009) Progetto umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva della Regione Emilia-Romagna. *Anestesia Forum* 2:75-82
- (7) Giannini A, Miccinesi G, Prandi E, Buzzoni C, Borreani C, ODIN Study Group. Partial liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study. *Intensive Care Med* 2013 Dec;39(12):2180-2187.
- (8) Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanese E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs* 2014 Jul-Aug;33(4):181-193.
- (9) Malacarne P. et al., "Building a continuous multicenter infection surveillance system in the intensive care unit: findings from the initial data set of 9'493 patients from 71 Italian intensive care units." *Crit Care Med* 2008.
- (10) Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anesthesiol* 2007 May;73(5):299-305.
- (11) Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *Am J Infect Control* 2011 12;39(10):898-900.
- (12) Simini B (1999) Patient's perceptions of intensive care. *The Lancet* 354:571-572
- (13) Marfell J., Garcia J. "Contracted visiting hours in the coronary care unit: a patient-centered quality improvement project." *Nursing Clinics of North America* 1995

- (14) Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial. *Circulation* 2006 Feb 21;113(7):946-952.
- (15) Nelson JE, Meier DE, Oei EJ, Nierman DM, Senzel RS, Manfredi PL, Davis SM, Morrison RS. Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Crit Care Med*. 2001 Feb;29(2):277-82. PubMed PMID: 11246306.
- (16) Sharma BG, Evs M, Ms K, B G. Psychological evaluation of patients in critical care/intensive care unit and patients admitted in wards. *J Clin Diagn Res* 2014 Dec;8(12):WC01-3.
- (17) Pochard F, Darmon M, Fassier T et al. (2005) Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care*. 20:90-96
- (18) Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *J Gen Intern Med* 2008 Nov;23(11):1871-1876.
- (19) Simon S., et al. "Current practices regarding visitation policies in critical care units." *American Journal of Critical Care* 1997.
- (20) Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med* 2007 Feb 1;356(5):469-478.
- (21) Peris A, Bonizzoli M, Iozzelli D, Migliaccio ML, Zagli G, Bacchereti A, et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011;15(1):R41.
- (22) Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2008 Jan;36(1):30-35.
- (23) Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care* 2014 Jul;23(4):316-324.
- (24) Ayllon Garrido N, Montero Rus P, Acebes Fernandez MI, Sanchez Zugazua J. Open door intensive care unit: perspective of the professionals. *Enferm Intensiva* 2014 Apr-Jun;25(2):72-77.
- (25) GIANNINI A., MICCINESI G., LEONCINO S., (2007) Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Medicine* 2008; 34: 1256-1262.
- (26) MAXWELL K., STUENKEL D., SAYLOR C. (2007) Needs of family members of critically ill patients: a comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung* 2007; 36 : 367- 376.
- (27) GURLEY M. (1995) Determining ICU visitation hours. *Medical Surgical Nursing* 1995; 4: 40-43.

(28) Young GB, Plotkin DR. "ICU: ineffective communication unit." Crit Care Med 2000

(29)24. Olsen KD, Dysvik E, Hansen BS (2009) The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study. Intensive Crit Care Nurs 25:190-8

(30) Ciufo D, Hader R, Holly C (2011) A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. Int J Evid Based Healthc 9:362-87

## **ALLEGATI**

Allegato 1: Materiali e metodi ricerca in Letteratura

Allegato 2: Questionario BAVIQ

Allegato 3: Grafici

Allegato4:OpuscoloInformativo



## **Allegato 1**

### **MATERIALI E METODI - REVISIONE DELLA LETTERATURA**

#### **Quesito di ricerca della letteratura**

La presenza continua di un familiare di riferimento durante la degenza di un paziente adulto in terapia intensiva, rispetto alla sua assenza, quali effetti comporta sulla salute del paziente e dei familiari e sulla qualità dell'assistenza erogata?

**P** pazienti adulti ricoverati in Terapia Intensiva, familiari dei pazienti, personale sanitario

**I** presenza continua del familiare senza limiti di orario

**C** orari di visita prestabiliti

**O** effetti sulla salute e sulla qualità dell'assistenza

#### **Metodologia della ricerca**

Per la ricerca in letteratura sono stati utilizzati vari strumenti al fine di orientare il progetto all'evidenza scientifica e permettere l'approfondimento di temi strettamente legati all'implementazione del modello aperto

Gli strumenti attraverso i quali si è sviluppata la ricerca sono i seguenti:

##### **1) Banche dati quali**

Cochrane Library, Italian Cochrane Centre, CINAHL, American Nurses Association, Nursing Research, Medline, PubMed, National Guideline Clearinghouse

##### **2) Analisi di progetti a livello internazionale**

Importanti riferimenti teorici sono stati i progetti già esistenti, riguardo il passaggio da un sistema chiuso ad uno aperto in specifici contesti di singole istituzioni o più ampiamente, pluri-istituzionali a livello regionale. In particolare il progetto *di Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva della Regione Emilia-Romagna*, quello *Formazione all'apertura*, elaborato dagli psicologi clinici dell'ospedale San Giovanni Bosco di Torino e infine il progetto *Open.ICU* della terapia intensiva dell'Ospedale di Mendriso il quale mi ha fornito lo spunto per utilizzare il questionario B.A.V.I.Q oltre che importanti riferimenti bibliografici e strutturali.

##### **3) Approfondimenti di temi specifici**

Sono stati approfonditi inoltre i temi di bioetica a riguardo grazie all'articolo pubblicato il 24 luglio 2013 dal comitato nazionale per la bioetica

## Parole chiave utilizzate per la ricerca delle evidenze in letteratura

- Visiting Policy

- ICU

Intensive Care Unit (acronimo inglese di Unità di Terapia intensiva)

- UTI

Unità di terapia intensiva

- UVP

Unrestrictive Visiting Policy (Politica non restrittiva delle visite)

- RVP

Restrictive Visiting Policy (politica restrittiva delle visite)

- OPV

Open Visiting Policy (politica di visita aperta)

## REPORT RICERCA IN LETTERATURA

### PubMed

<b>Stringa di ricerca</b>	<b>Limiti</b>	<b>Risultati</b>	<b>Articoli selezionati</b>
"Open ICU"	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	4	2
"Open door ICU"	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	8	1
"Family" AND "ICU"	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	198	1
"Anxiety" AND "open ICU"	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	3	1
"Nurses" AND "open ICU"	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last 10 years	44	1
"restrictive intensive care unit visitation "	Humans, All Adult 19+ year, Published in the last	4	1

## CRITERI DI SELEZIONE

Sono stati esclusi dalla ricerca gli studi finanziati.

I criteri di selezione sono stati:

1. Pertinenza al tema di studio: terapie intensive aperte, stress, complicanze cardiocircolatorie, infezioni ecc...
2. Lingua: italiano o inglese.,
3. Tipologia di rivista: preferenze per le riviste relative all'area critica (Critical Care Medicine)
4. Tipologia di studio: studi osservazionali ma anche studi qualitativi.

La ricerca in letteratura è stata effettuata dal 12/07/2015 al 20/08/2015

Complessivamente la revisione di letteratura si è basata su 18 articoli che saranno citati nel testo e riportati nella lista delle referenze finali.



## ALLEGATO N°2

### QUESTIONARIO SULL'ACCESSO AL REPARTO DA PARTE DEI FAMILIARI DEI DEGENTI (da compilare da parte del personale medico, infermieristico, O.S.S)

Sono Anna, una studente del 3° anno infermieristica.  
Vi chiedo 10 minuti del vostro tempo per compilare, in modo del tutto anonimo, il presente questionario. Lo scopo della mia ricerca si propone di conoscere il pensiero di chi è impegnato in prima linea sulla questione dell'accesso dei parenti dei ricoverati all'interno dei vostri reparti di T.I –sub-intensiva – UTIC.  
Ringraziando anticipatamente per la Vostra attenzione e contributo, vi chiedo di rispondere sinceramente (aggiungendo nell'apposito spazio) anche alle osservazioni, commenti o idee, consegnandolo, per quanto possibile, in breve tempo.  
Sarà mio impegno farvi conoscere i risultati della ricerca una volta elaborati i dati.  
Vi saluto cordialmente.  
Anna De Vincenzo

#### **Dati personali di chi compila il questionario**

**Sesso:**         Maschio  
                   Femmina

**Età:**             22-33 anni  
                   34-45 anni  
                   46-60 anni

**Ho conseguito:**     Laurea in medicina  
                           Diploma in Infermiere professionale  
                           Laurea in Infermieristica I livello  
                           Laurea in Infermieristica II livello  
                           Diploma OSS  
                           Altro: .....

**Attualmente lavoro nel reparto:**     T.I.  
   T.subI.  
   U.T.I.C.

**Lavoro da:**             pochi mesi a 1 anno  
                           2-5 anni  
                           6-10 anni  
                           oltre 10 anni

**Ho partecipato all'evento formativo riguardante "l'apertura della T.I." svolto in giugno 2015:**  
 si  
 no

©BAVIQ (Beliefs and Attitudes toward Visitation in ICU Questionnaire) developed by Berti D, Ferdinande P, Moons P.  
Permission for the use of the BAVIQ can be obtained by email: Philip.Moons@med.kuleuven.be

<p><b>“Protocollo di Restrizione alle visite”:</b> sono previste restrizioni al numero di visite, alla loro durata lunghezza e/o al numero dei visitatori.</p>	<p><b>“Protocollo di Apertura alle visite”:</b> non è prevista alcuna restrizioni all’accesso dei parenti al Reparto</p>
--	--

In base alle definizioni riportate sopra, nel tuo reparto è in vigore un protocollo di:

- restrizione alle visite
- apertura alle visite
- non sò

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

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

		Sono in forte disaccordo	Sono in disaccordo	Non sono né d'accordo, né in disaccordo	Sono d'accordo	Sono fortemente d'accordo
12	Un protocollo di apertura alle visite interferisce con l'assistenza diretta al paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Un protocollo di apertura alle visite fa sentire gli infermieri, medici, OSS più sorvegliati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Un protocollo di apertura alle visite interferisce con la pianificazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Un protocollo di apertura alle visite interferisce sui rapporti tra personale medico, infermieristico, OSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Un protocollo di apertura alle visite fa spendere più tempo al personale nel dare informazioni ai familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Un protocollo di apertura alle visite fa aumentare il rischio di errori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Un protocollo di apertura alle visite contribuisce al miglioramento del rapporto paziente-personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Credo che i visitatori siano un utile supporto all'assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **ATTEGGIAMENTO VERSO LE VISITE**

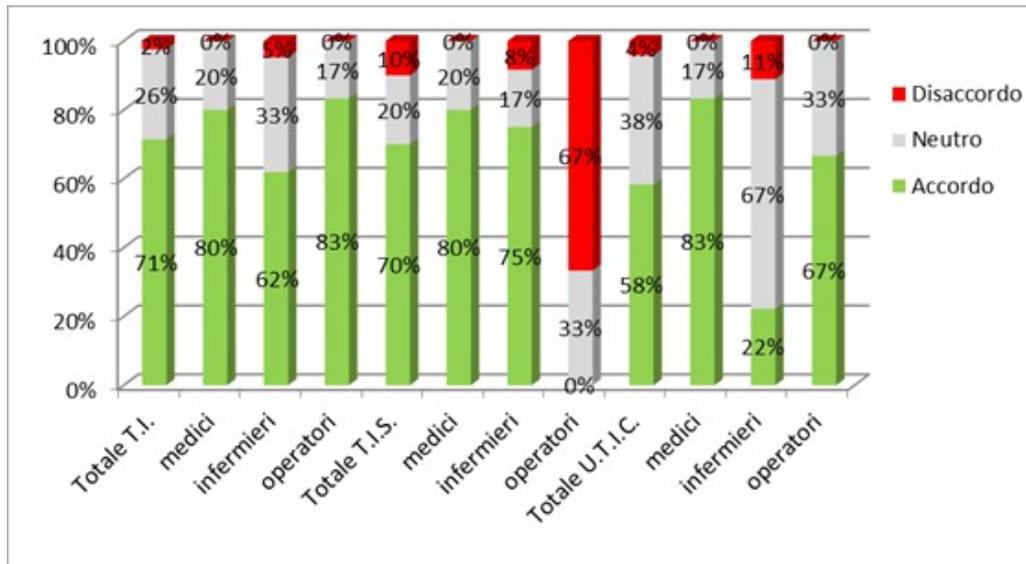
20	Se c'è l'approvazione del paziente dovrebbe essere ammessa la visita a chiunque	<input type="checkbox"/>				
21	Il numero di visitatori nell'arco delle 24 non dovrebbe essere limitato	<input type="checkbox"/>				
22	La durata delle visite non dovrebbe essere limitata	<input type="checkbox"/>				
23	Il numero delle persone che fanno visita al paziente nello stesso momento non dovrebbe essere limitato	<input type="checkbox"/>				
24	Un protocollo di apertura alle visite può essere attuato nella nostra unità	<input type="checkbox"/>				
25	L'orario di visita deve essere adattato alle singole esigenze quando i familiari hanno particolari problemi	<input type="checkbox"/>				
26	L'orario di visita deve essere adattato alle condizioni psicologiche del paziente	<input type="checkbox"/>				

		Sono in forte disaccordo	Sono in disaccordo	Non sono né d'accordo, né in disaccordo	Sono d'accordo	Sono fortemente d'accordo
27	Quando il paziente è cosciente può decidere spontaneamente quando ricevere visite, la loro durata e il numero di visitatori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Il protocollo delle visite deve essere adattato alla cultura/etnia del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Un orario di inizio visite deve essere rigido, ma la durata delle visite può essere flessibile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Il protocollo delle visite dovrebbe essere flessibile durante le prime 24 ore di ricovero in UTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Il protocollo delle visite dovrebbe essere libero quando il paziente è morente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Nell'arco delle 24 ore il numero di visitatori può essere limitato a ..... persone					
33	Solo( <i>scrivere un numero</i> )..... persone nello stesso momento possono fare visita al paziente					

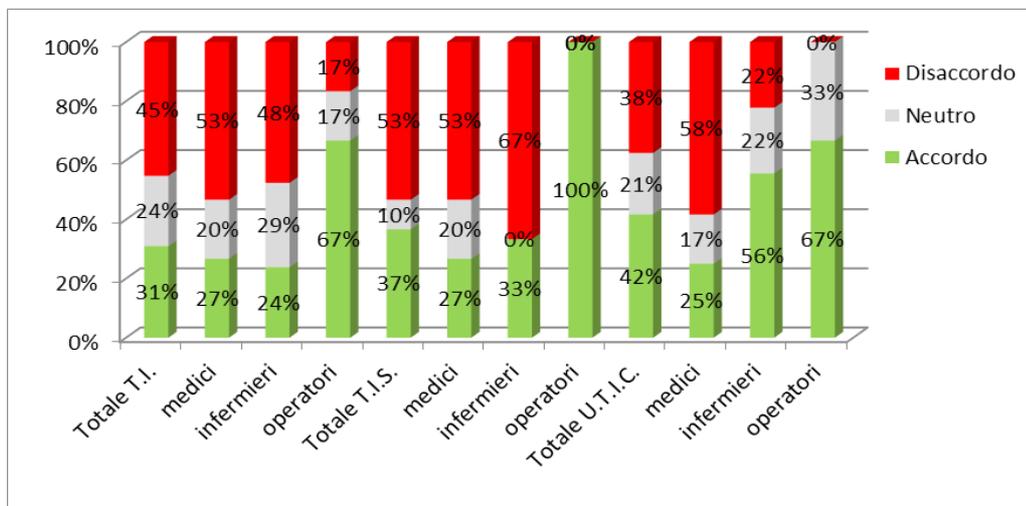
Commenti,suggerimenti,idee.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## ALLEGATO N° 3

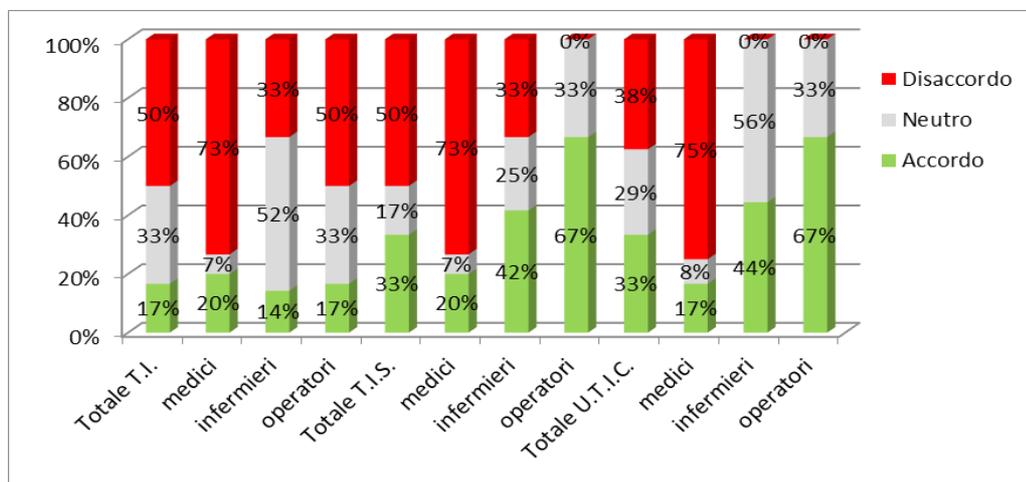
### 1- Le visite hanno un effetto benefico sul paziente



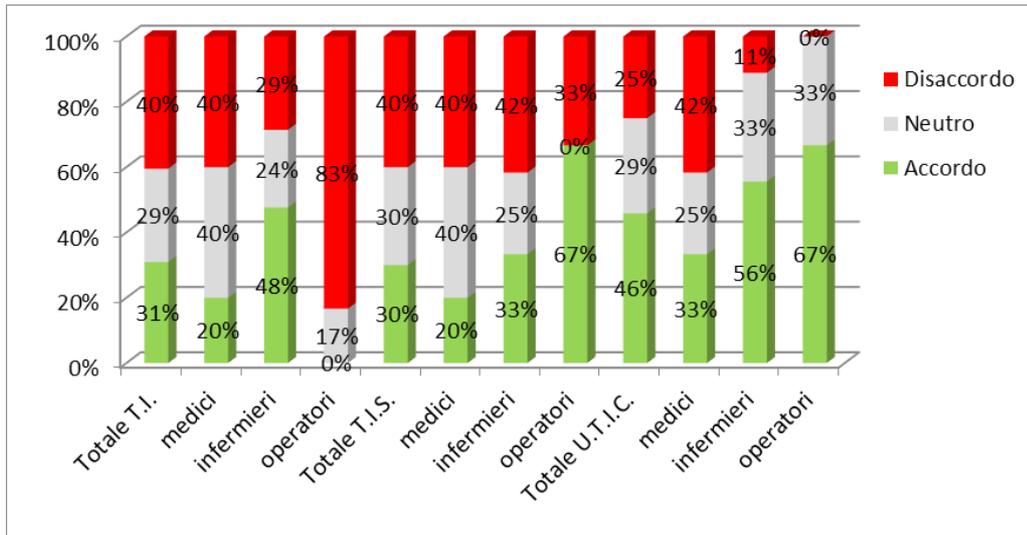
### 2- Le visite impediscono il riposo del paziente



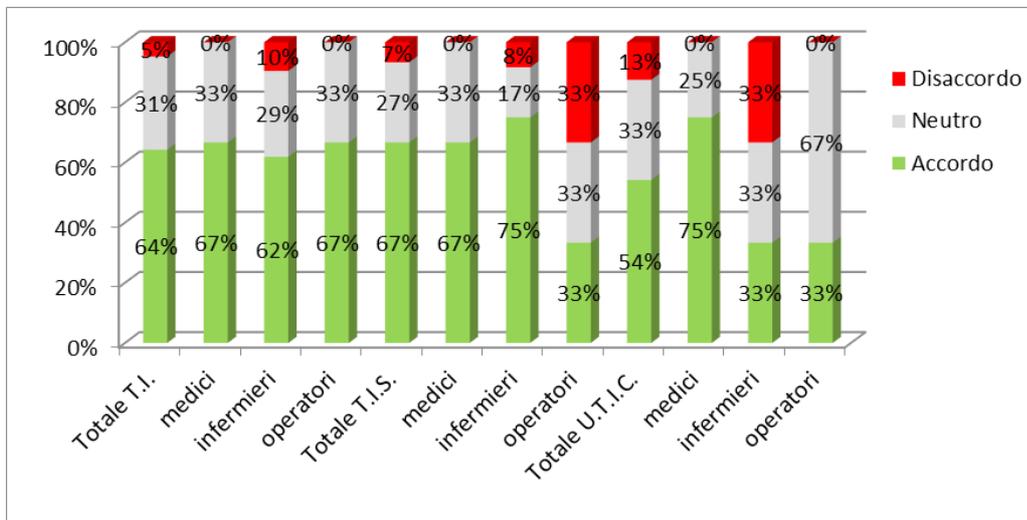
### 3- Le visite causano uno stress fisico sul paziente



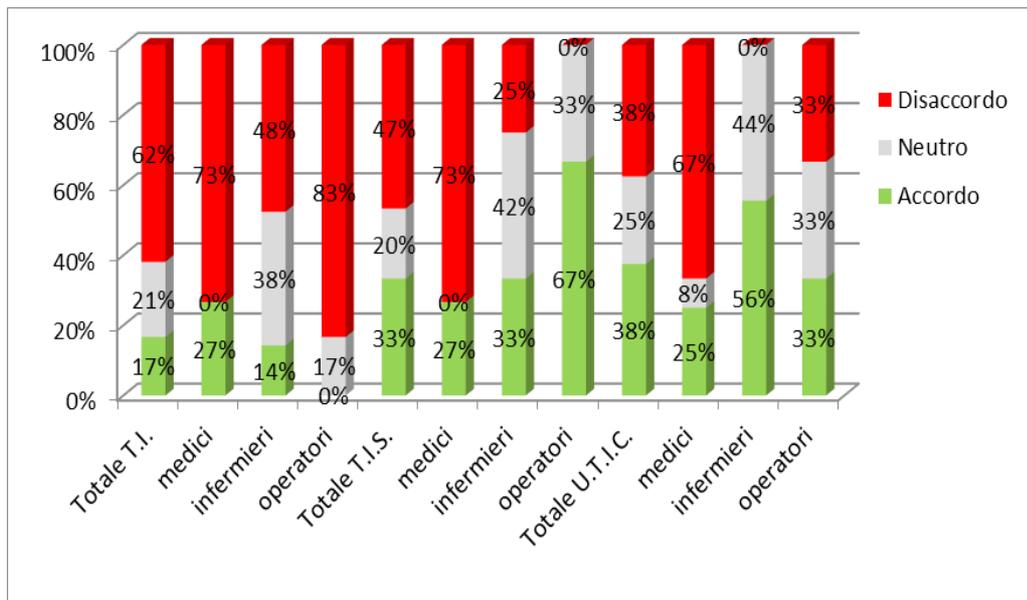
#### 4- Le visite creano nel paziente risposte emodinamiche avverse



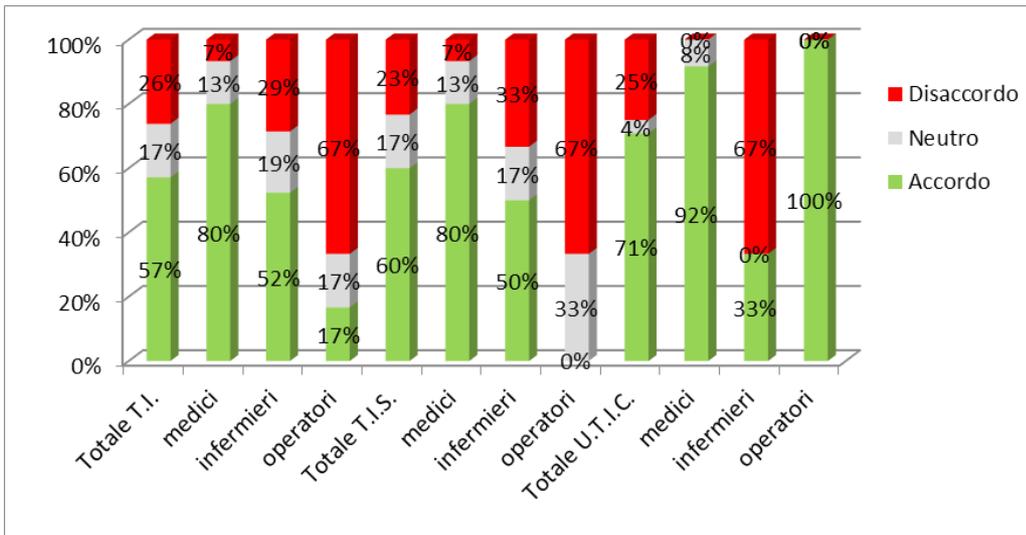
#### 5- Un protocollo di apertura alle visite aiuta il paziente nella guarigione



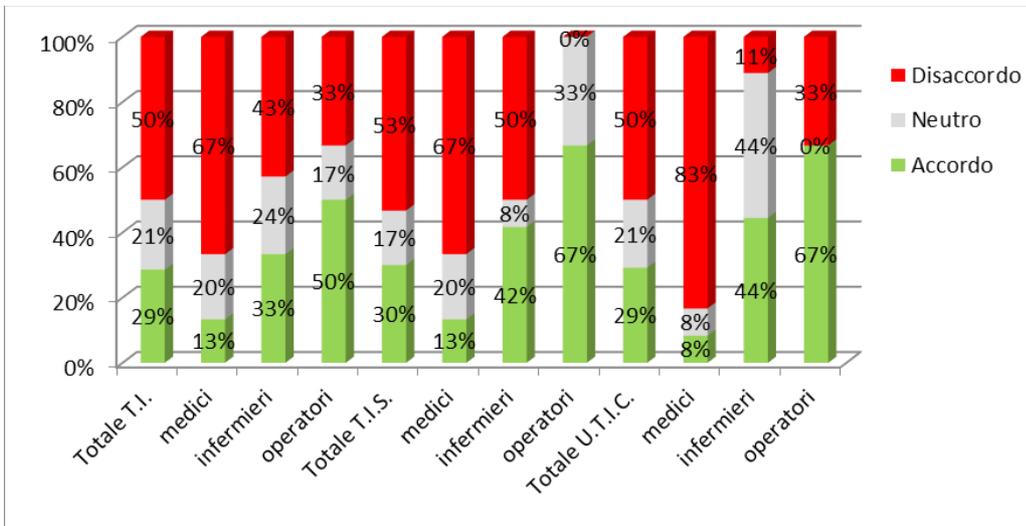
#### 6- Le visite creano stress psicologico al paziente



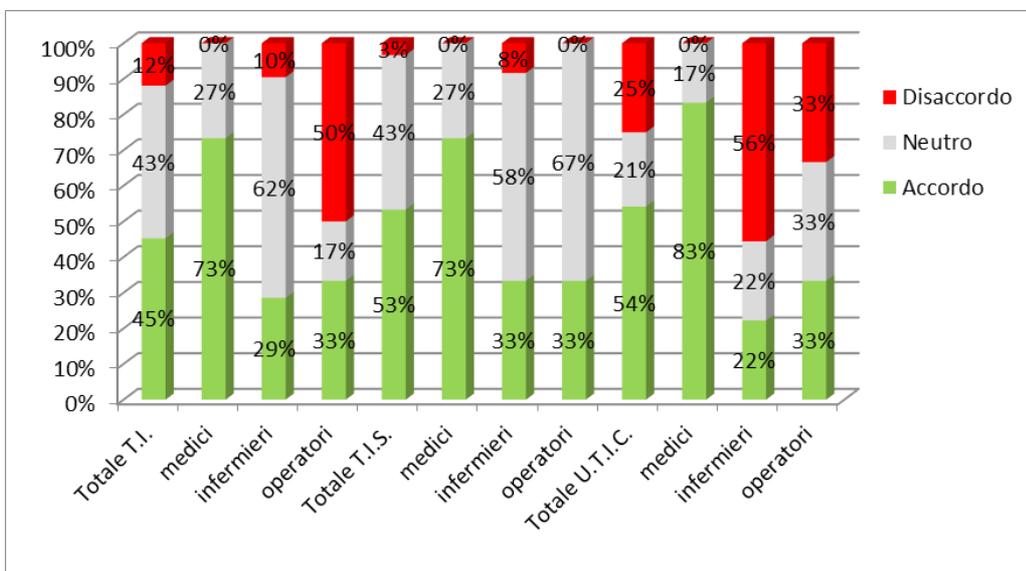
7- I visitatori possono aiutare il paziente ad interpretare le informazioni sulle condizioni fisiche.



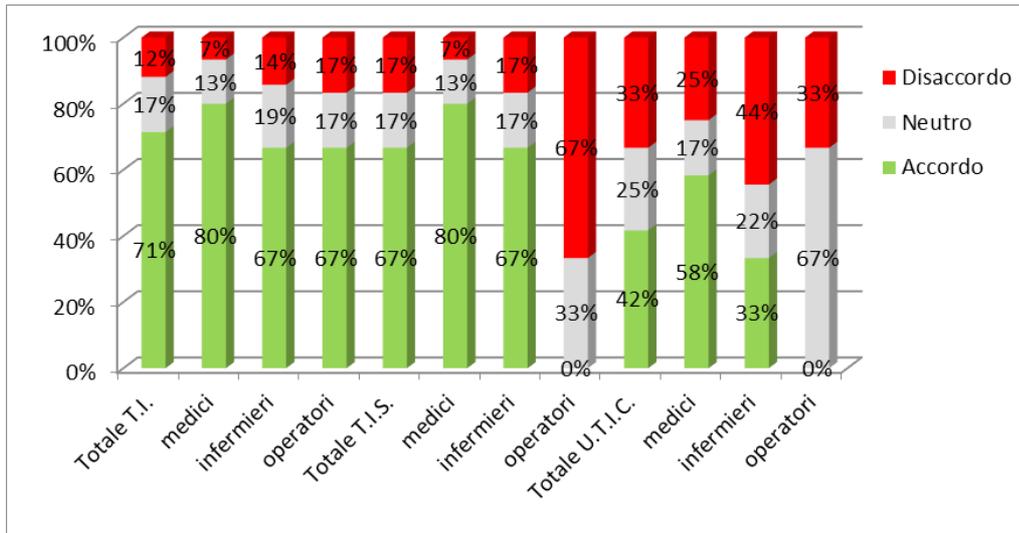
8- Un protocollo di apertura alle visite disturba la privacy del paziente



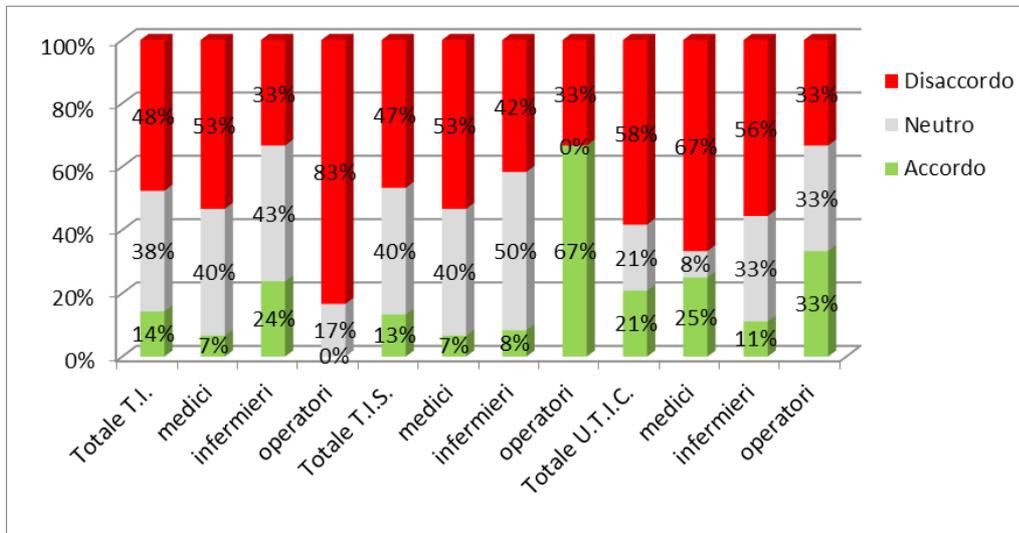
9- Un protocollo di apertura alle visite offre maggior comfort al paziente



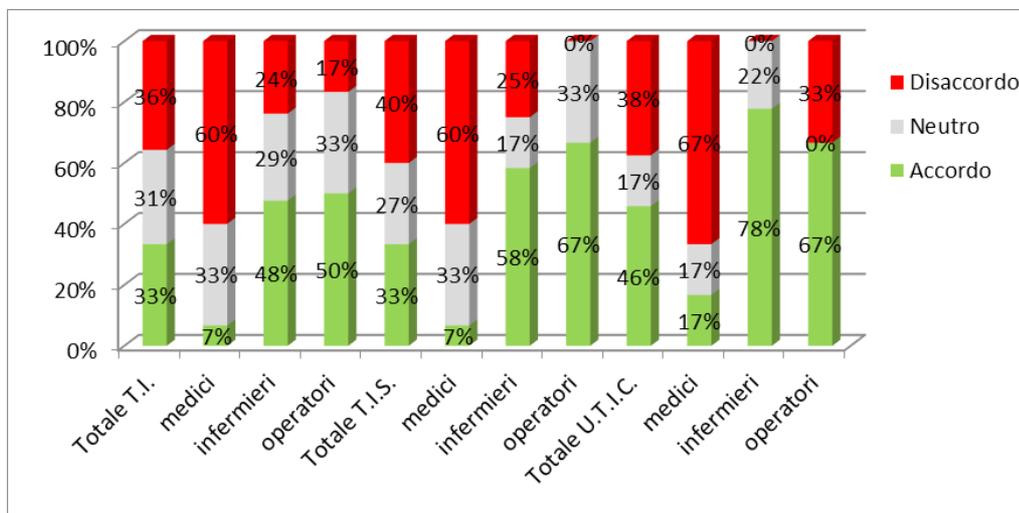
10- Un protocollo di apertura alle visite diminuisce l'ansia dei familiari



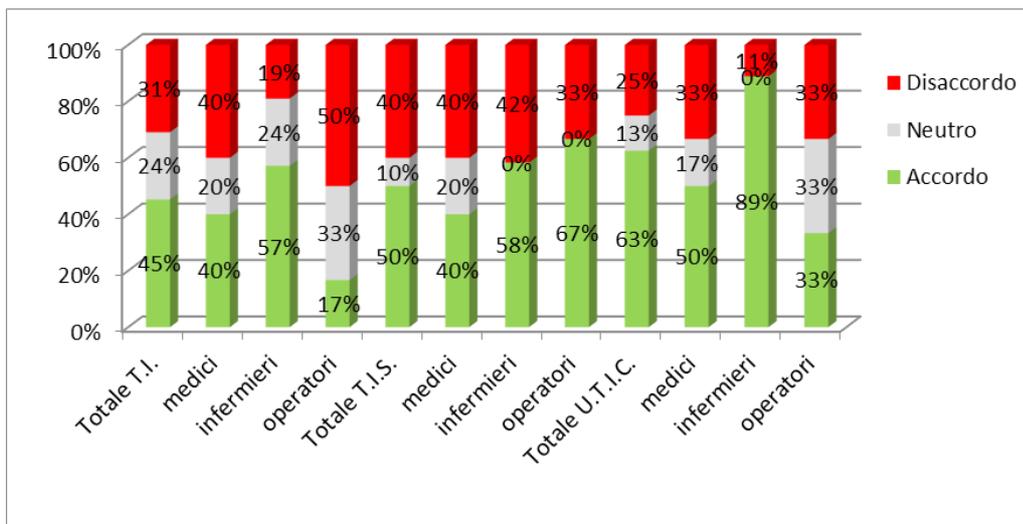
11- Un protocollo di apertura alle visite causa stress ai familiari poiché si sentono obbligati a stare con il paziente



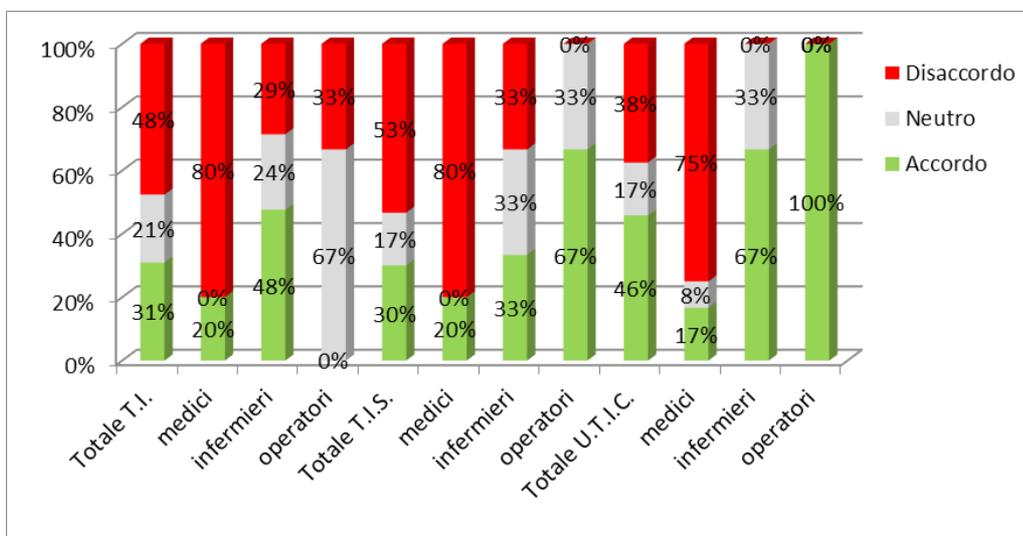
12- Un protocollo di assistenza alle visite interferisce con l'assistenza diretta al paziente.



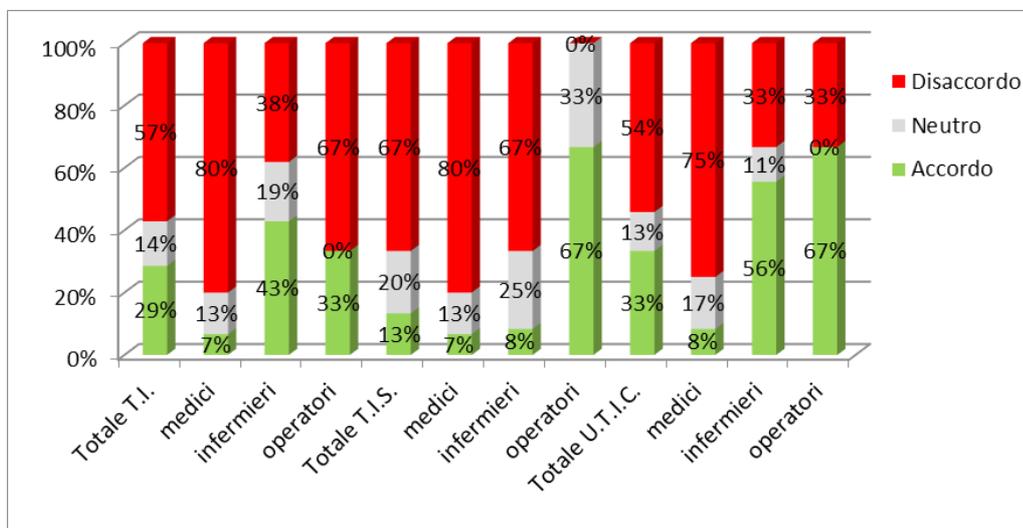
13- Un protocollo di assistenza alle visite fa sentire il personale più sorvegliato



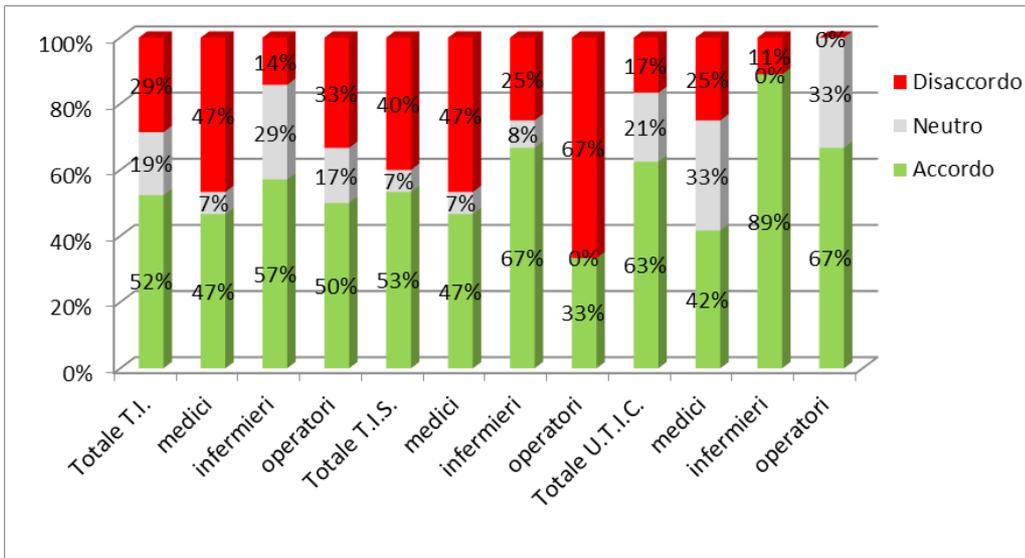
14- Un protocollo di apertura alle visite interferisce con la pianificazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale



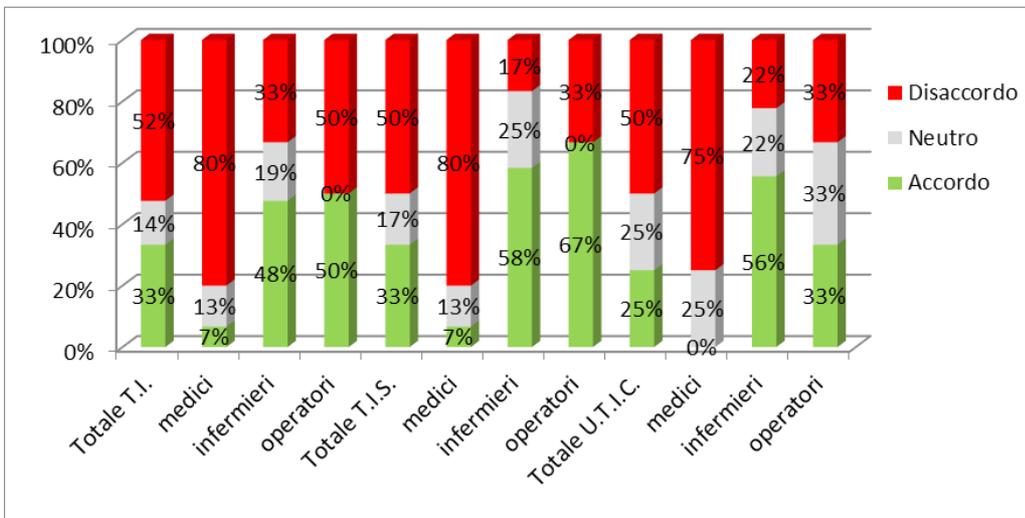
15- Un protocollo di assistenza alle visite interferisce sui rapporti tra personale medico, infermieristico e operatori



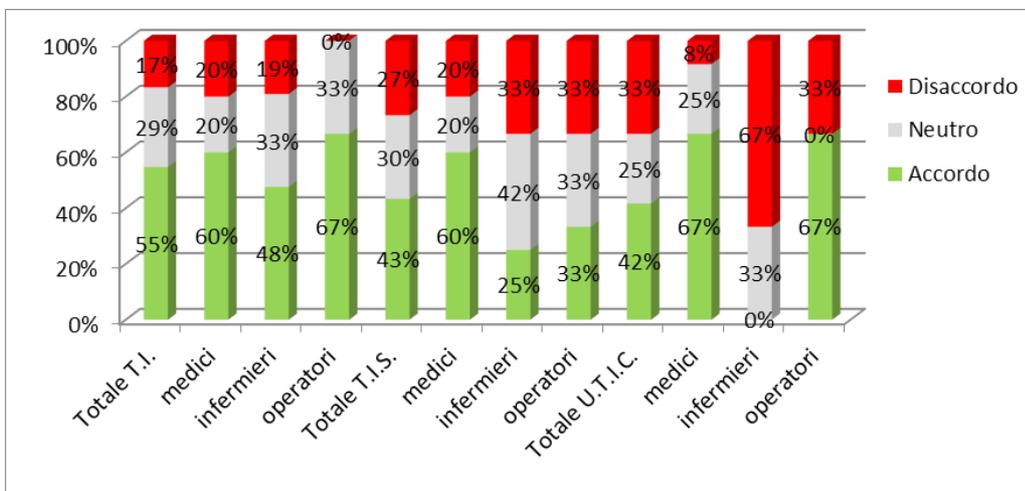
16- Un protocollo di assistenza alle visite fa spendere più tempo al personale nel dare informazioni ai familiari



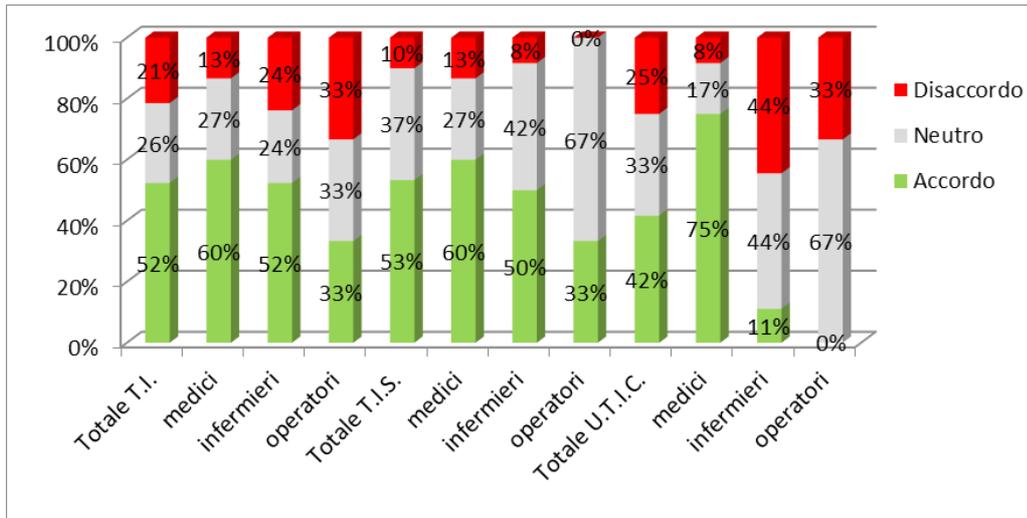
17- Un protocollo di apertura alle visite fa aumentare il rischio di errori



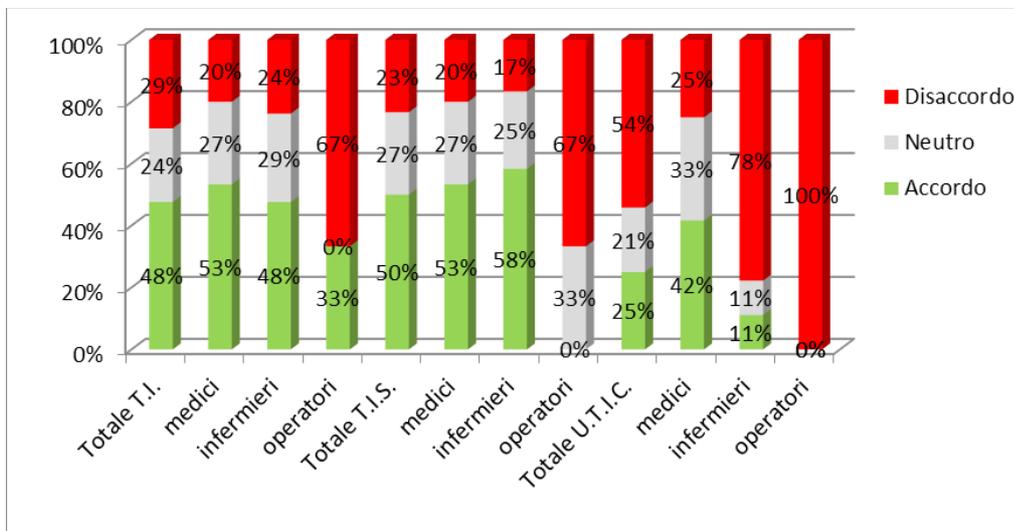
18- Un protocollo di apertura alle visite contribuisce al miglioramento del rapporto paziente-ospedale



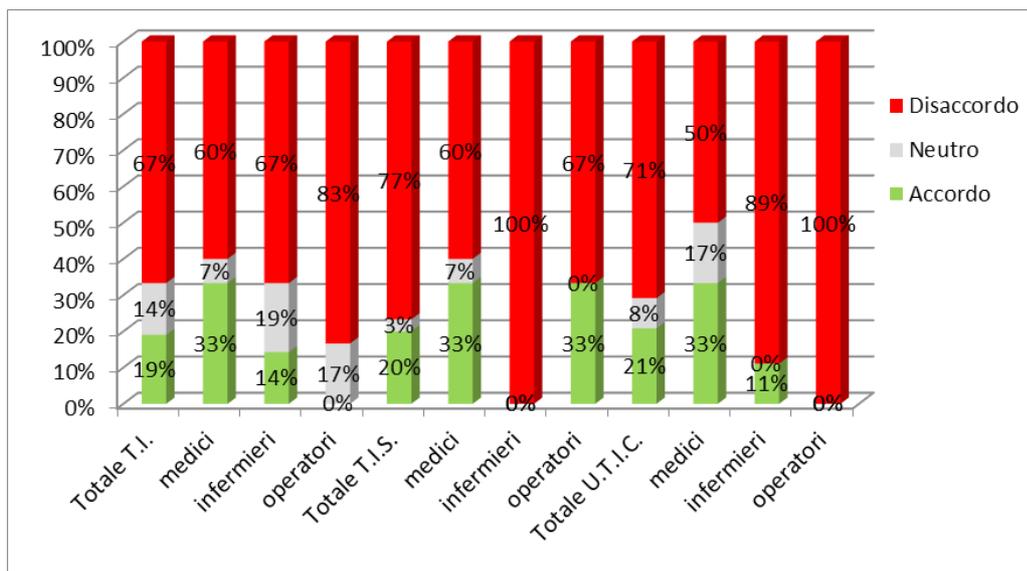
19- Credo che i visitatori siano un utile supporto di assistenza



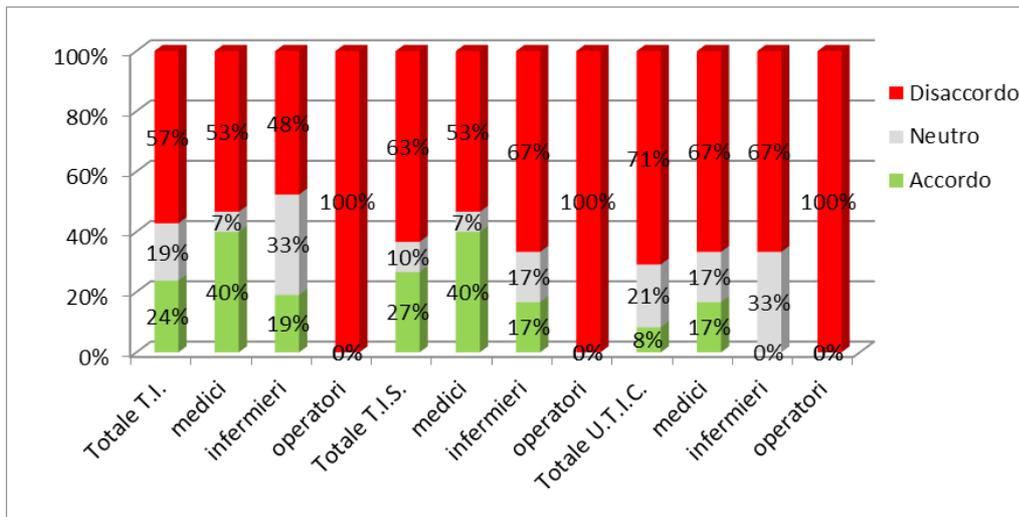
20- Se c'è l' approvazione del paziente dovrebbe essere ammessa la visita a chiunque



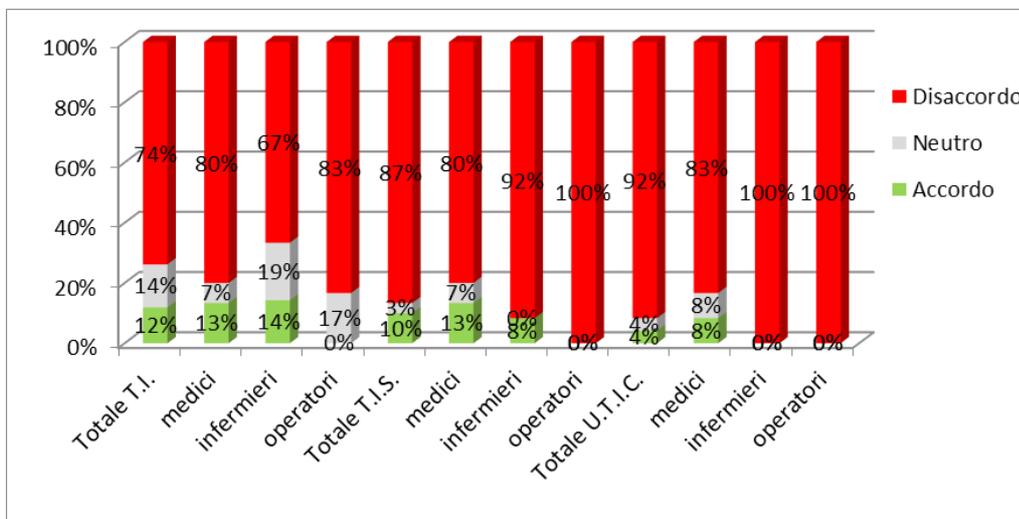
21- Il n° dei visitatori nelle 24ore non dovrebbe essere limitato



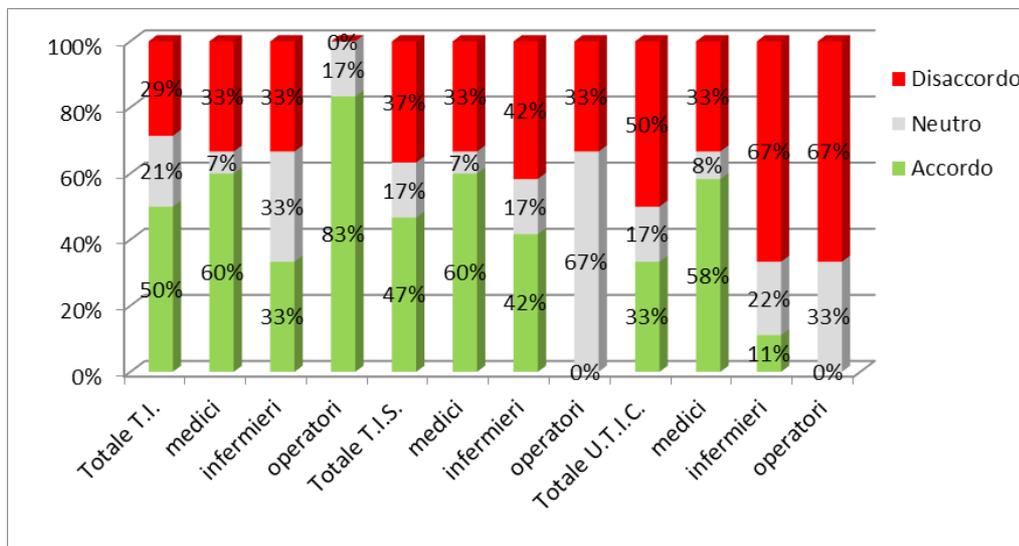
22-La durata delle visite non dovrebbe essere limitata



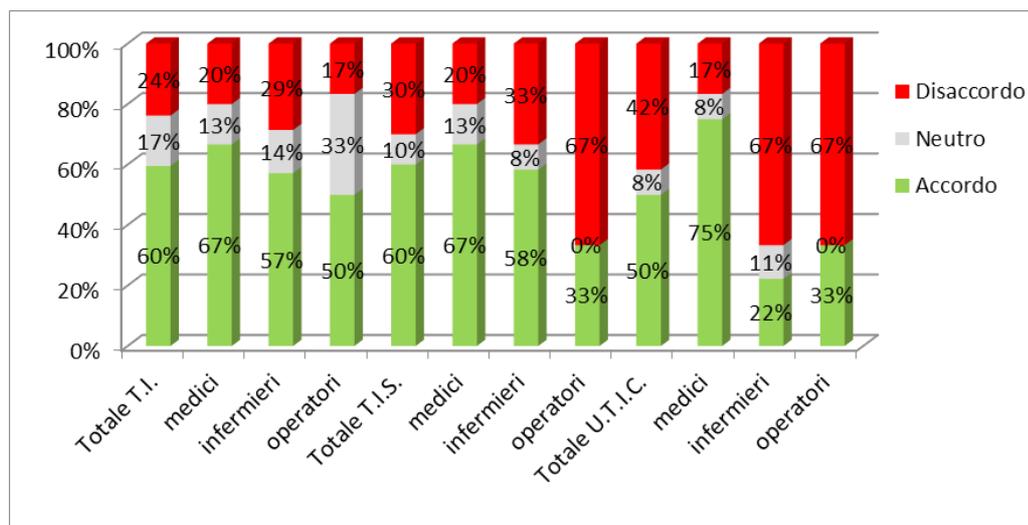
23- Il n° delle persone che fanno visita al paziente nello stesso momento non dovrebbe essere limitato



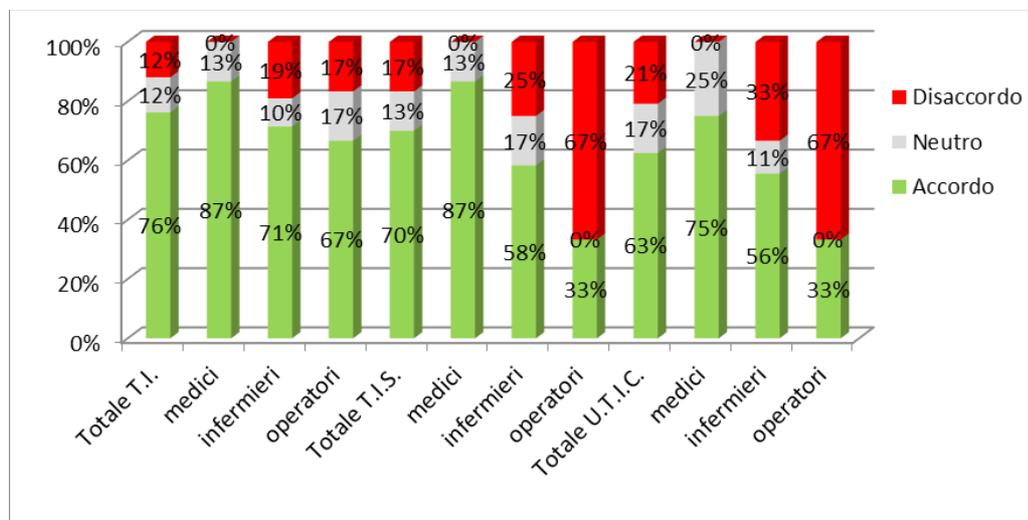
24- Un protocollo di apertura alle visite non può essere attuato nelle nostre unità operative



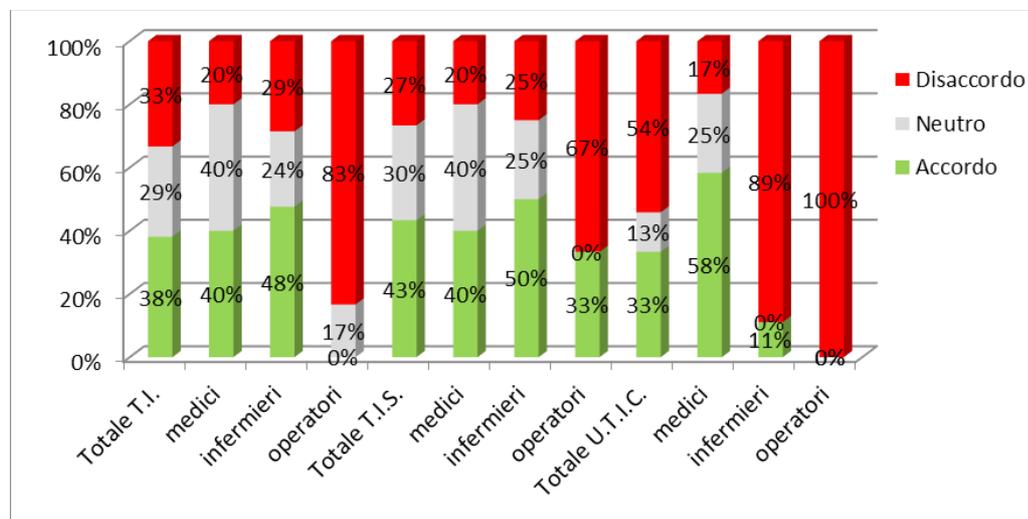
25- L'orario di visita deve essere adattato alle singole esigenze quando i familiari hanno particolari problemi



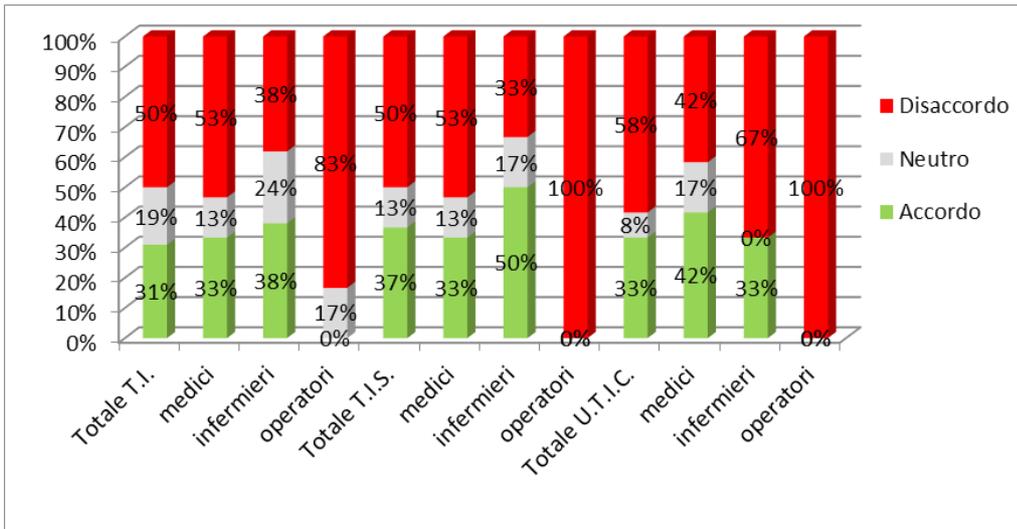
26- L'orario di visita deve essere adattato alle condizioni cliniche del paziente



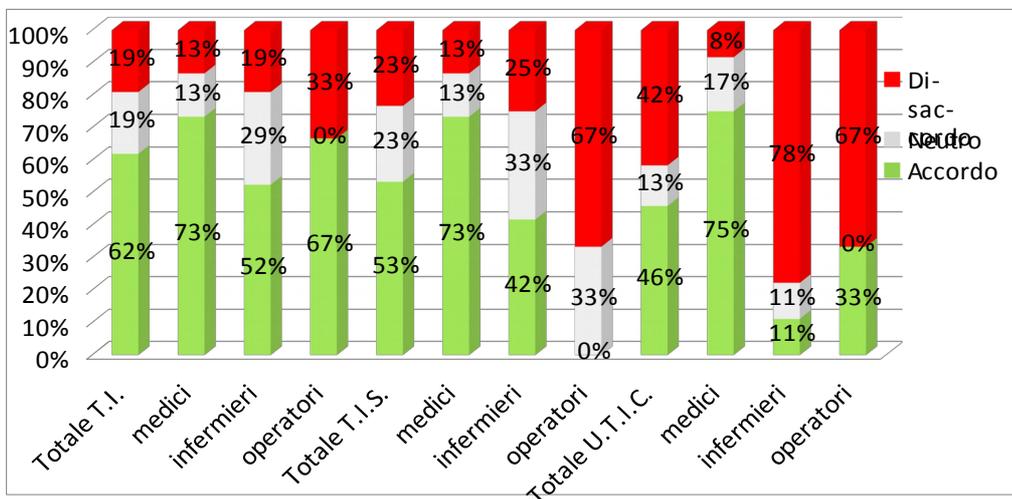
27- Quando il paziente è cosciente può decidere spontaneamente quando ricevere le visite, la loro durata e il n° dei visitatori



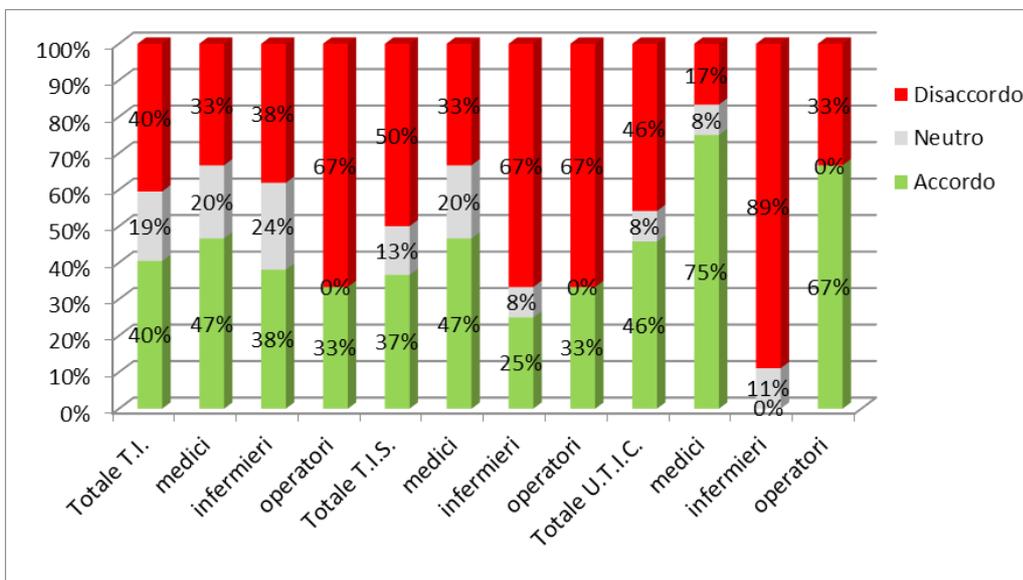
28- Il protocollo delle visite deve essere adattato alla cultura/etnia del paziente



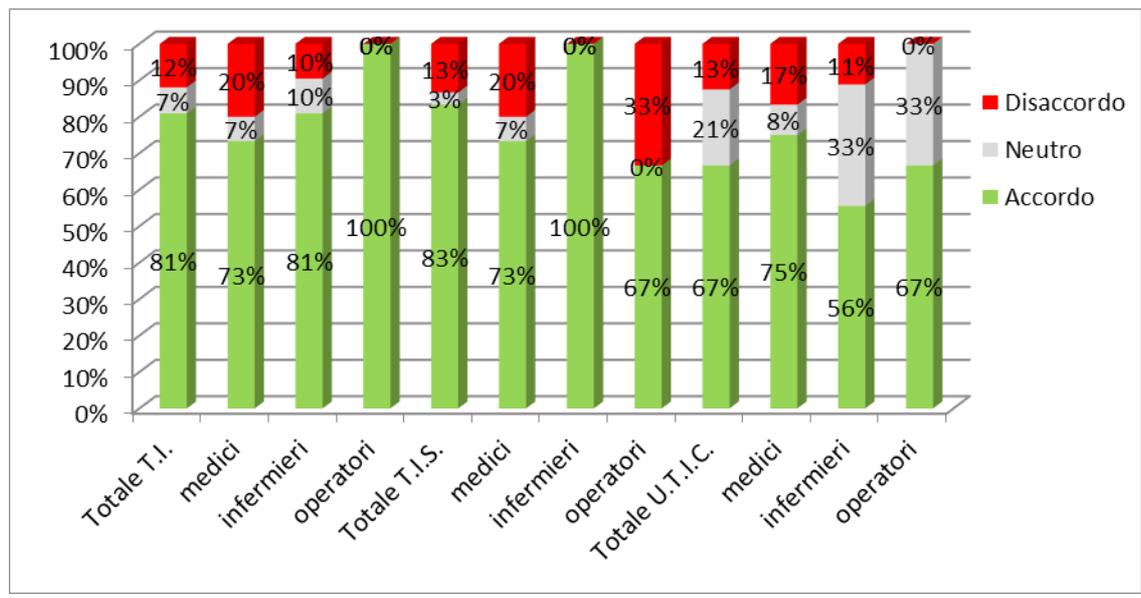
29- Un orario di inizio visite deve essere rigido ma la durata delle visite può essere flessibile



30- Il protocollo delle visite dovrebbe essere flessibile durante le prime 24 ore di ricovero in TI



31- Il protocollo delle visite dovrebbe essere libero quando il paziente è morente





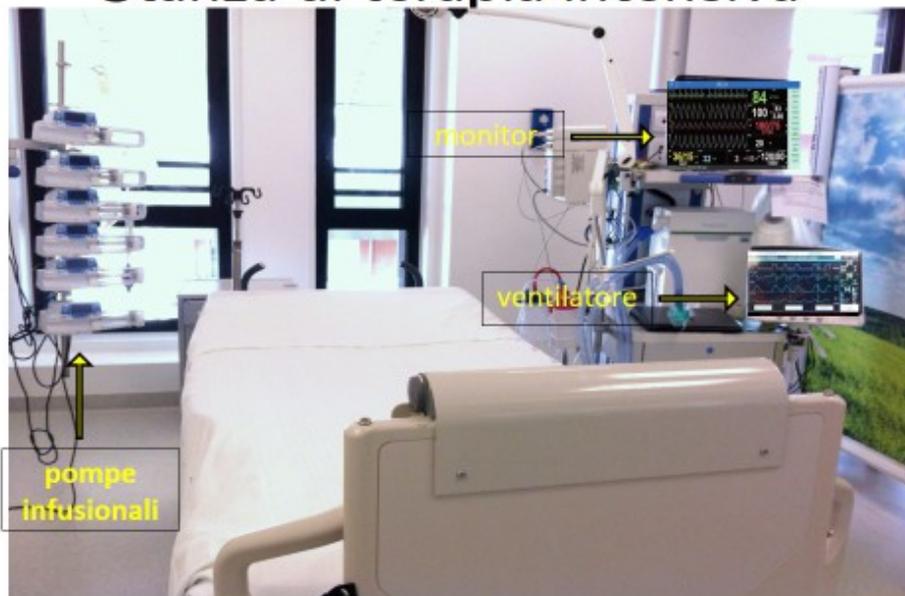


## Opuscolo Informativo

Il ricovero in Terapia Intensiva è spesso causa di ansia, stress e paura, sia per la persona ricoverata che per il familiare. Migliorare l'informazione e la comunicazione potrebbe ridurre questi spiacevoli sentimenti.



## Stanza di terapia intensiva



# La terapia intensiva

è un reparto creato per garantire maggior sicurezza a quelle persone che non riescono a mantenere stabili le proprie funzioni vitali come:  
**respirazione,**  
**circolazione,**  
**stato di coscienza.**



## Com'è organizzata la nostra terapia intensiva

La terapia intensiva funziona 24 ore su 24 ore, dotata di 12 posti letto( 4 box con letto singolo, 4 letti sull'ala est, 4 letti sull'ala ovest).

Al suo interno operano:

- 1 primario, presente giornalmente;
- 1 medico di guardia che si alterna ogni 12 ore (dalle ore 8.00 alle 20.00 e dalle 20.00 alle 8.00);
- 1 medico coordinatore giornaliero, presente dalle ore 8.00 alle 15.00;
- 1 coordinatore infermieristico(o sostituto referente), presente giornalmente dalle ore 8.00 alle 15.00;
- 4 infermieri turnisti, che si ruotano nelle 24 ore con i seguenti cambi(ore 7.00-14.00, 14.00-21.00, 21.00-7.00);
- 1 infermiere giornaliero la mattina(7.00-14.00) e 1 di pomeriggio(14.00-21.00);
- 2 operatori socio-sanitari giornalieri la mattina(7.30-13.30) e 2 di pomeriggio(14.00-20.00).





## Come riconoscere il personale



## Il momento del ricovero

Al momento del ricovero in rianimazione, il paziente ha bisogno di cure immediate ed urgenti, che occupano tutto il personale in servizio. Per questo motivo vi potrà capitare di dover attendere a lungo, prima di avere notizie sul suo stato di salute; sappiamo che questo è per voi un momento di sofferenza ed ansia, ma dobbiamo occuparci per prima cosa del vostro caro. Appena possibile saremo da voi!



## Il momento del ricovero

Nel frattempo vi consigliamo di tenere a portata di mano:

tessera sanitaria,  
documento d'identità,

referti clinici precedenti,  
terapia domiciliare,

recapiti telefonici.



## Familiare referente

Sarà necessario comunicare al personale della terapia intensiva a chi dovranno essere date le informazioni cliniche sullo stato di salute del proprio caro.





## L'orario di visita

Orari di visita: dalle ore..... alle ore.....  
E' consentito l'ingresso di solo due persone alla volta, che possono comunque alternarsi durante l'orario; qualsiasi variazione riguardo orario e numero delle visite va preventivamente concordata con il personale in servizio.  
Durante l'orario di visita il medico di reparto è a vostra disposizione per informarvi sulle condizioni cliniche del malato.  
Per ovvie ragioni di riservatezza, le informazioni vengono fornite solo ai familiari diretti.



Purtroppo, può accadere che gli orari di visita non vengano sempre rispettati, a causa di ricoveri o manovre da attuare urgentemente: per questo, vi potrebbe esser chiesto di uscire dalle stanze o addirittura dal reparto. Abbiate pazienza, il personale vi farà rientrare appena possibile.

### Regole di comportamento durante la visita:

- Per motivi igienici, lavarsi le mani con soluzione disinfettante all'ingresso e all'uscita dalla terapia intensiva;
- E' consigliabile astenersi dalle visite se si è portatori di malattie infettive respiratorie;
- Se siete raffreddati vi consigliamo di indossare la mascherina di protezione;
- In alcuni casi, per evitare contaminazioni all'esterno, vi sarà chiesto di indossare camici e guanti di protezione, che dovrete togliervi prima di uscire dalla stanza di degenza;
- Indossare copriscarpe nel caso le calzature siano visibilmente sporche.



## Tanti fili e dispositivi che circondano il vostro caro...

Non impressionatevi per i numerosi fili e dispositivi di monitoraggio che potranno suonare con allarme intenso, senza riscontro di un reale problema clinico.

Accanto al letto del vostro parente vedrete:

- un **monitor** che serve a rilevare i parametri vitali, evitate ansia inutile concentrando le vostre attenzioni sul familiare e non sulle minime variazioni dei parametri vitali, che non possono essere riconosciute ed interpretate se non da personale qualificatamente esperto;
- un **ventilatore meccanico** che sarà collegato al vostro caro qualora la respirazione spontanea risulti inefficace;
- diverse **pompe infusionali** che somministrano in modo preciso e continuo farmaci nelle 24 ore.



## Il vostro caro potrebbe avere:

### -tubo orotracheale / rinotracheale:

tubo di plastica sagomato, introdotto in trachea dal naso o dalla bocca che serve a collegare il paziente al ventilatore per permettere una ventilazione meccanica adeguata e tenere pulite le vie aeree aspirando il catarro; può rimanere in sede per brevi periodi di tempo; in alcuni casi verrà rimosso, in altri verrete informati sulla necessità di sostituirlo con una cannula tracheostomica.

### -cannula tracheostomica:

tubo introdotto in trachea direttamente attraverso il collo, tramite una piccola incisione chirurgica; ha le stesse funzioni del tubo introdotto in trachea per la bocca o per il naso, ma può rimanere in sede per tempi più lunghi.



Se il vostro caro ha un tubo in trachea, è normale che non riesca a parlare. Non spaventatevi, è una situazione solo momentanea. Quando il tubo o la cannula verranno tolti il paziente potrà parlare normalmente.

**-sondino naso gastrico:**

e' una piccola sonda posizionata attraverso il naso che raggiunge lo stomaco, con lo scopo di svuotare lo stomaco e/o somministrare appositi preparati alimentari per nutrire il paziente.



**-catetere venoso centrale:**

tubicino di materiale plastico inserito dal medico in una grossa vena del collo o del torace, con lo scopo di somministrare farmaci e nutrire il malato.



## Sedazione

Al momento del ricovero, la maggior parte dei pazienti necessita di sedazione farmacologica, la quale implica la somministrazione continua di un farmaco anestetico e analgesico che crea una sorta di "sonno artificiale", atto ad agevolare il lavoro respiratorio e alleviare il senso di disagio del paziente.



## PERCHE' LA TERAPIA INTENSIVA APERTA?

La vostra presenza e vicinanza può essere benefica per il vostro caro.

Un ruolo attivo si realizza in un grande aiuto nella lotta del paziente contro la malattia.

Vi invitiamo dunque ,se lo desiderate, a partecipare alle attività di cura insieme all'infermiere il quale vi guiderà e vi sosterrà .  
(es: mobilizzazione passiva, alimentazione, cure igieniche ecc...)



## Contenzione fisica

Al fine di garantire la sicurezza fisica del vostro familiare, potrebbero essere utilizzati dei polsini, per evitare che rimuova accidentalmente i dispositivi in uso (tubo oro-tracheale, sondino, catetere vescicale, drenaggi), poiché l'assunzione di sedativi seppur leggeri, potrebbe alterare lo stato di coscienza sino a sviluppare talvolta un senso di agitazione e smarrimento. La zona di contenzione viene costantemente controllata e protetta per evitare lesioni. La vostra presenza può diminuire le misure di contenzione in quanto il vostro caro sentendovi vicini sarà più tranquillo e più orientato nel tempo e nello spazio.



## Conseguenze della prolungata immobilizzazione

La prolungata immobilità del paziente provoca alcuni problemi.

- Per ridurre il gonfiore alle mani e braccia, verranno utilizzati dei dispositivi per sollevare gli arti rispetto al piano del corpo.
- Per prevenire le piaghe da decubito, i letti son dotati di materassi ad aria.
- Vengono messe in pratica azioni come:
  - mobilizzazione a letto,
  - uso di creme emollienti sulle zone a rischio(su provvista del familiare),
  - fisiokinesiterapia, se le condizioni del paziente lo consentono.



## Impressioni sul vostro caro

Non sorprendetevi se mentre voi parlate il malato si addormenta: questo succede spesso, sia per effetto dei farmaci sedativi(valutata la necessità), sia per l'affaticamento che accompagna ogni malattia grave.



## Come dimostrare la vicinanza al proprio caro

Probabilmente avrete voglia di stringere la mano, accarezzare o baciare il vostro caro per dimostrargli la presenza e il vostro



affetto: fatelo senza problemi, parlate delle cose a lui care, ma attenzione a non toccare tubi, fili e strumenti vari.

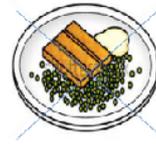
## Utilità della vostra presenza...

- Vi sconsigliamo di far accedere al reparto minori di 12 anni ma se ritenete che la loro presenza possa recare beneficio al vostro caro la richiesta verrà valutata dal medico.
- Vi consigliamo di rimanere accanto al letto del vostro caro per tutta la durata della visita, evitando intralci al personale di reparto impegnato nelle attività assistenziali e di invadere la privacy degli altri pazienti;
- E' preferibile che al paziente venga garantita la disponibilità di effetti personali quali: detergente di uso personale per l'igiene, pettine, deodorante, rasoi monouso, salviette per l'igiene;
- Se il paziente è sveglio, la vostra vicinanza è un elemento prezioso per recuperare alcune attività di base tipo espettorare, mangiare, senso di orientamento nel tempo e spazio; vi potrebbe esser chiesto di portargli occhiali, riviste, protesi dentarie, apparecchio acustico che aveva a casa



## Utilità della vostra presenza...

- Se il paziente è in coma o sedazione farmacologica, la vostra vicinanza è altrettanto importante, per cui vi esortiamo a chiedere al personale che lo assiste se è possibile toccarlo, parlargli, fargli ascoltare la musica preferita o voci di persone a lui care.
- Non è possibile portare cibo, bevande, ai pazienti, a meno che non abbiate ricevuto l'autorizzazione da parte del personale sanitario.
- Se avete ricevuto il permesso, potrete far sorseggiare un po' d'acqua o eventualmente inumidire le labbra.
- Potete assumere un ruolo attivo nella cura del vostro caro affiancando l'infermiere in alcune delle attività assistenziali ( cure igieniche, alimentazione, mobilitazione passiva)



## Servizio religioso

Tutto il personale della rianimazione è molto attento nei confronti di ogni esigenza di carattere religioso. Esprimete pure le necessità del vostro caro: verrà fatto quanto possibile per rispettarle.





## Suggerimenti

In sala d'attesa troverete un **quaderno** sul quale potrete scrivere le vostre impressioni, emozioni, disagi, paure, criticità, lamentele e suggerimenti.



Questo quaderno vuole essere un punto di ascolto, di incontro e crescita tra chi lavora in questo ambiente e chi ci deve entrare suo malgrado.



## NUMERI UTILI

Vi ricordiamo che le notizie riguardanti lo stato di salute dei degenti possono essere fornite solo ai parenti stretti conosciuti dall'equipe; nel caso abbiate necessità di comunicare con il personale di servizio, potrete farlo ai seguenti numeri:

Terapia Intensiva: 0429.71.5416  
Fax Terapia Intensiva: 0429.71.5609  
e-mail: [rianimazione.monselice@ulss17.it](mailto:rianimazione.monselice@ulss17.it)  
Centralino: 0429.71.4111

