



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

**Terapie Intensive aperte: una nuova frontiera di umanizzazione
delle cure.**

Relatore: Prof.ssa Falchero Susanna

Laureando: Simonato Valentina

(Matricola n.: 1228387)

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Problema: In Italia, pre-pandemia, solo il 2% delle Terapie Intensive è a modello aperto. Questo comporta gravi limitazioni nell'erogare cure sempre più umane e che mettano al proprio centro la famiglia e il paziente; portando i malati a trovarsi in un'ambiente estraneo, isolati dai loro familiari, se non per tempi limitati. La situazione sta però migliorando, anche se questo è stato limitato dalla pandemia. E' utile quindi, ritornare, con alcune eccezioni, ad un modello di visita aperto, anche mediante l'uso delle visite virtuali.

Scopo della tesi: Indagare se la presenza continua di un familiare, di un paziente adulto ricoverato in Terapia Intensiva, possa comportare dei benefici alla salute del paziente stesso e dei familiari, e quali effetti comporti sull'assistenza erogata. Indagare, successivamente, i pro e i contro della chiusura temporanea delle Terapie Intensive (a causa della pandemia da Covid-19), riguardo l'umanizzazione delle cure. Saranno poi esaminati gli articoli trovati riguardanti gli argomenti, ed analizzati i risultati. Infine, sono proposti alcuni suggerimenti e riflessioni in merito ai risultati.

Materiali e metodi: Revisione della letteratura attraverso l'utilizzo di banche dati, analisi a livello internazionale, riviste e approfondimenti di temi specifici. Formazione di due quesiti di ricerca.

Risultati: La revisione della letteratura evidenzia l'utilità e i benefici dell'apertura delle Terapie Intensive; per quanto riguarda i professionisti sanitari, non sono tutti favorevoli ad un cambiamento nelle politiche di visita, per il timore del giudizio e/o dell'interruzione da parte dei familiari. Nel periodo di pandemia, invece, nonostante la chiusura totale o quasi delle Terapie Intensive, sono state messe in atto delle strategie per favorire l'umanizzazione delle cure, come le visite virtuali.

Conclusione: La presenza dei familiari, in generale, è un fattore positivo per il paziente, che, allo stesso tempo, deve essere gestita mediante un'attenta organizzazione e preparazione da parte dell'équipe. E' indispensabile il supporto psicologico. Nei contesti emergenziali o in situazioni particolari, è utile l'utilizzo delle visite virtuali, anche se queste non si sostituiscono alle visite di persona. E' importante continuare ad implementare questi mezzi ed eseguire ricerche in merito all'argomento.

Key Words: Intensive care unit, close/open Icu, humanization of care, Covid-19, technology. Terapia Intensiva aperta/chiusa, umanizzazione delle cure.

INDICE

INTRODUZIONE.....	Pag. 1
CAPITOLO 1: TERAPIA INTENSIVA A MODELLO APERTO, CHIUSO E UMANIZZAZIONE DELLE CURE.....	Pag. 3
1.1 Cos'è la terapia intensiva?	Pag. 3
1.1.1 Requisiti strutturali	Pag.4
1.1.2 Condizioni fisiche del malato	Pag.4
1.1.3 Alta complessità delle cure	Pag.5
1.2 Terapia intensiva a modello aperto	Pag.6
1.3 Terapia intensiva a modello chiuso	Pag.8
1.4 Umanizzazione delle cure	Pag.8
1.5 Terapia intensiva e umanizzazione delle cure nel contesto di pandemia da Covid-19	Pag.11
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	Pag.15
2.1 Obiettivo e quesiti di ricerca	Pag.15
2.1.1 Primo quesito clinico di ricerca	Pag.15
2.1.2 Secondo quesito clinico di ricerca	Pag.16
CAPITOLO 3: RISULTATI DELLA RICERCA	Pag.19
3.1 Bisogni dei familiari	Pag.22
3.2 Utilizzo di dispositivi di protezione individuale durante le visite	Pag.23
3.3 Effetti positivi dell'apertura delle Terapie Intensive, sia fisici che psicologici nei confronti di pazienti e familiari	Pag.24
3.4 Aspetti negativi nella politica delle Terapie Intensive aperte e	

nuove sfide Pag.28

3.5 Risultati del secondo quesito di ricerca Pag.30

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE DEI RISULTATI E IMPLICAZIONI

NELLA PRATICA Pag.39

4.1 Limiti dello studio Pag.43

4.2 Conclusioni Pag.43

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

In Italia, i posti letto di terapia intensiva sono 9.194 (Agenas,2022). Delle Terapie Intensive totali, presenti in Italia, solo il 2% risulta attuare un modello di “visiting policies” di tipo aperto (A.C. 141,25 Ottobre 2017). Nonostante le raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica, che insiste sul fatto che “i dati della letteratura scientifica suggeriscano la liberalizzazione dell’accesso alla Terapia Intensiva per i familiari e i visitatori non solo non è in alcun modo pericolosa per i pazienti, ma anche è benefica sia per loro sia per le famiglie” (Terapia intensiva “aperta” alle visite dei familiari, 2013), ci sono ancora presidi ospedalieri che non attuano questa politica di visita.

La Terapia Intensiva è un reparto complesso e dinamico, dove vengono ricoverati pazienti critici ed ai professionisti è sempre più richiesto non solo una padronanza tecnica e scientifica nell’uso dei diversi device e gestione dei vari interventi, ma anche tutta una serie di non technical skills, volte ad umanizzare le cure. Chi si trova in questo reparto, è costantemente sottoposto al suono degli allarmi, che si ripetono in maniera costante nel tempo, alle luci dei monitor ma anche del reparto stesso, che spesso restano accese per consentire interventi tempestivi a chi ne avesse bisogno. Durante il ricovero, i pazienti spesso affrontano la solitudine, la paura e l’angoscia di non avere i propri cari accanto; spesso i pazienti vengono inoltre sottoposti a sedazione o utilizzo di farmaci antidolorifici che li rendono disorientati nello spazio e nel tempo. Inoltre, i familiari, possono avere un ruolo centrale nelle cure del proprio caro in Terapia Intensiva, anche se spesso si dimostrano angosciati e intimoriti da questi reparti, anche per paura di poter manomettere i device e la preoccupazione per le condizioni cliniche del paziente.

Nel tirocinio che ho svolto in questo reparto, mi sono resa conto anche di come la pandemia da Covid-19 abbia fatto ritornare questi luoghi ad ambienti meno aperti, chiusi (anche per limitare il contagio, soprattutto per le condizioni critiche e fragili dei pazienti stessi). Fortunatamente, nonostante le chiusure dovute ai decreti, i professionisti sanitari si sono messi in gioco per garantire la continuità delle cure ed un’assistenza basata sulla famiglia, mediante l’uso delle visite virtuali.

STRUTTURA DELL'ELABORATO.

L'elaborato consiste in una revisione della letteratura composta da due quesiti.

Il primo quesito indaga i benefici e le sfide dell'apertura delle Terapie Intensive, non solo per i pazienti ed i familiari, ma anche per l'équipe sanitaria. Sono stati indagati anche i confronti tra questi due modelli di visita (aperte o chiuse), sia in Italia, che nel mondo. Il secondo quesito, invece, esamina come le Terapie Intensive si sono modificate durante la pandemia da Covid-19: in particolare, si concentra sulle tecniche messe in atto per garantire delle visite (virtuali o non), le difficoltà emerse ed i benefici.

Successivamente sono stati analizzati gli articoli ricercati nelle varie banche dati per individuare gli elementi comuni relativi ai quesiti di ricerca. Infine, sono state descritte delle proposte di miglioramento e le implicazioni nella pratica.

CAPITOLO 1

TERAPIA INTENSIVA A MODELLO APERTO, CHIUSO E UMANIZZAZIONE DELLE CURE

1.1 Cos'è la Terapia Intensiva?

Nel contesto attuale, con Terapia Intensiva identifichiamo un luogo in cui vengono collocate persone ad elevata criticità vitale, con necessità di cure intensive dovute al particolare stato di salute del paziente; dalla Terapia Intensiva non si è mai dimessi al domicilio, ma trasferiti ad un altro livello di cure. La caratteristica principale di questo luogo consiste nel supporto intensivo del paziente in toto, che comprende il controllo delle funzioni respiratorie, cardiovascolari, neurologiche, nefrologiche, e il controllo dell'omeostasi e delle infezioni, tutto al fine di ripristinare al meglio le sue funzioni fisiologiche.

Con il termine di Rianimazione e Terapia Intensiva o Unità di Terapia Intensiva, si intende un'area logisticamente definita nell'ambito dell'ospedale, con personale qualificato ed attrezzature idonee al monitoraggio e trattamento, 24 ore su 24, di pazienti in condizioni critiche (SIAARTI, 2003).

E' l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità, instabilità vitale della persona malata e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale infermieristico e medico (Atti IV Congresso Nazionale ANIARTI, 1985).

I pazienti candidati al ricovero in questo reparto possono essere raggruppati in due classi principali:

- Pazienti che richiedono un trattamento intensivo mirato poiché affetti da una o più insufficienze d'organo acute potenzialmente reversibili, che comportano pericolo di vita od insorgenza di complicanze maggiori
- Pazienti che richiedono monitoraggio e mantenimento delle funzioni vitali al fine di prevenire complicanze maggiori.

Tra i requisiti fondamentali, vi sono tre aspetti peculiari:

1. Requisiti strutturali
2. Condizioni fisiche del malato
3. Alta complessità delle cure.

Vediamoli ora in dettaglio.

1.1.1 Requisiti strutturali

La Terapia Intensiva, per definizione reparto intensivo e critico, richiede delle peculiarità strutturali che ne permettano un utilizzo migliore sia per i professionisti sanitari, che qui spesso devono affrontare urgenze ed emergenze, spostamenti, interventi invasivi, sia per le persone che vi vengono ricoverate.

Prove di efficacia dimostrano che l'ambiente fisico condiziona la fisiologia, la psicologia e i comportamenti sociali di chi vive quel luogo. L'obiettivo del processo di progettazione è quello di creare un ambiente adatto alla guarigione – un ambiente che produca miglioramenti misurabili nello stato fisico o psicologico dei pazienti, staff, medici e visitatori (Thompson *et al.* 2012).

Come sottolineano le Linee Guida del 2012 della Critical Care Medicine, l'ambiente intensivo deve indirizzarsi sempre più ad essere anche un ambiente a misura di famiglia, mettendo al centro dell'assistenza il paziente in modo olistico.

Le strutture devono poter garantire privacy, intimità del malato e della sua famiglia.

Anche gli elementi come la luce, il posto letto, orologi e calendari non sono messi a caso: devono garantire anche l'orientamento spazio temporale del paziente, perché spesso il ricovero in questi reparti sembra fermare il tempo stesso.

Il percorso per i visitatori deve essere strutturato in modo tale da non ostacolare l'assistenza degli operatori. Quindi una struttura che intende istituzionalizzare il più possibile gli ambienti di cura intensiva, rendendoli più umani.

1.1.2 Condizioni fisiche del malato

I pazienti ricoverati in Terapia Intensiva sono definiti critici, poiché, soprattutto nelle prime fasi del ricovero, si trovano in pericolo di vita. Le loro condizioni fisiche sono instabili,

l'organismo non è in grado di supportare autonomamente alcune attività, tra cui respirazione, circolazione, stato neurologico, temperatura; né di raggiungere l'omeostasi. Il tutto a causa di una o più insufficienze d'organo.

Da questo ne evince che vi sia la necessità di un monitoraggio intensivo, continuo ed eventualmente un sostegno artificiale alle funzioni vitali, oltre ad interventi rapidi, pertinenti ed utili.

Agli infermieri è quindi richiesta non solo la capacità di monitorare segni e sintomi, ma anche una serie di technical skills proprie di questo ambiente.

Inoltre, i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva sono per definizione instabili, ovvero, in qualsiasi momento le condizioni fisiche del soggetto possono precipitare e incombere in criticità.

A tutto questo, si aggiunge anche l'intensità delle cure e dei trattamenti, dell'assistenza continua e costante, nonché molto impegnativa.

1.1.3 Alta complessità delle cure

Con il termine “alta complessità” si vuole sottolineare come la situazione che vive il paziente ricoverato presso un centro di terapia intensiva sia complessa. Questo indica qualcosa che comprende in sé più aspetti, più parti o elementi, di cui bisogna tenere conto (Aniarti, Scenario, 2006).

La complessità delle cure riguarda in primo luogo la persona ricoverata, che, come detto in precedenza, necessita di cure e monitoraggio continuo. Questo implica che l'équipe multidisciplinare venga chiamata ogni giorno a valutare a 360 gradi la persona e che riesca a lavorare in team, poiché oltre a medici e infermieri, vi sono moltissimi professionisti sanitari, tra cui fisioterapisti, chirurghi, radiologi ecc.

La complessità però non riguarda solo le cure, ma anche l'organizzazione: è necessario che ognuna di queste figure cooperi per il bene del paziente e che vi sia dialogo tra le parti.

Tutto ciò comporta anche una maggiore autonomia negli infermieri stessi (rispetto ai reparti di degenza ordinaria), poiché si trovano ad affrontare situazioni variabili che richiedono una personalizzazione delle cure e aggiornamento continuo.

Richiede, inoltre, capacità di decision making, per capire quali interventi effettuare, cosa demandare ad altri, stabilire le priorità in tempi ridotti.

1.2 Terapia Intensiva a modello aperto

Con il termine Terapia Intensiva “aperta” si indicano quei reparti di cure intensive in cui è possibile l’accesso da parte di caregivers e familiari per far visita al loro caro.

Si 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 (Giannini 2008).

Per barriere fisiche si intendono tutte quelle barriere che vengono imposte al visitatore, come l’assenza del contatto fisico col proprio caro, l’uso di camici o dispositivi protettivi. 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 (Giannini 2008).

Il Comitato Nazionale di Bioetica sottolinea la difficoltà nell’applicazione della politica delle visite in Terapia Intensiva, spesso in contrasto con il principio del rispetto della persona nei trattamenti sanitari (Art. 32, co. 2 Cost.).

Spesso, sono proprio gli operatori sanitari stessi ad avere paura di una possibile apertura delle Terapie Intensive, per il timore che questo possa comportare un aumento del rischio di infezione, un’interruzione nello svolgimento delle procedure e degli interventi sul paziente,

Questo principio implica una presa in carico globale della persona, considerandola non solo un mero corpo da curare, bensì persona con delle relazioni significative.

Aprire questi reparti critici alle visite permette di non perdere il legame con i propri cari, di umanizzare le cure, rendendo i familiari e i caregivers, per quanto possibili, partecipi alle stesse. I luoghi di cura e i trattamenti medici devono essere organizzati in modo da separare

il meno possibile la persona e il suo mondo vitale favorendo momenti di continuità con i vissuti familiari e sociali delle persone coinvolte. Così facendo si rispetta l'autonomia del malato, che in questo modo deve essere sostenuta e rafforzata con la presenza e dall'accompagnamento delle persone care, mentre la solitudine forzata aggrava inutilmente la già difficile condizione della malattia e della costrizione della Terapia Intensiva.

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 Terapia Intensiva (Olsen, Dysvik, Hansen 2009).

Spesso i ricoveri in Terapia Intensiva sono rappresentati da interventi programmati (chirurgia maggiore, trapianti), o rappresentano una fase prevedibile dell'evoluzione di malattie croniche riguardanti le insufficienze d'organo. Così, risulta più facile consultare i pazienti per quanto riguarda i loro desideri, così che possano decidere in anticipo quali presenze siano per loro importanti.

Questo deve essere possibile anche durante il ricovero stesso in questo reparto, per far sì che i pazienti possano esercitare il diritto di determinare e richiedere che siano consentite le presenze per loro significative all'interno del mondo familiare ed affettivo.

Nel mondo, le Terapie Intensive a modello Aperto sono state introdotte primariamente e maggiormente nel Nord Europa.

Già nel 2002, il Presidente della Società Europea di Terapia Intensiva, pubblicò un articolo su Intensive Care Medicine dal titolo *Let's open the door*, in cui spiegava le ragioni per cui era necessario aprire le porte delle Terapie Intensive, “luoghi dove l'umanità deve avere alta priorità”, incentivando un'accessibilità estesa sulle 24 ore.

In Italia, solo il 2% delle Terapie Intensive non limita gli orari di visita.

1.3 Terapia Intensiva a modello chiuso

Il modello di Terapia Intensiva chiusa alle visite dei familiari era in vigore fino a qualche decennio fa, in cui era impedito l'accesso diretto dei familiari al letto del proprio caro, consentendo solamente la possibilità di vederlo attraverso una vetrata, per pochi minuti, che allo scadere del tempo veniva poi oscurata. Ciò che si celava dietro questo atteggiamento è da un lato un'abitudine e un uso consolidato e perpetuatosi nel tempo; dall'altra parte la paura del personale sanitario di trasmettere infezioni e di disturbare durante il lavoro di cura. Così facendo, però, veniva trascurato in toto l'aspetto umano e la relazione come bisogno del paziente.

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 (Burchardi, 2002). Entra il malato ed escono i parenti. Da quel momento il corpo del malato viene espropriato da se stesso e da chi lo ama. Un prezzo in più da pagare per chi entra in questo reparto.

Questa logica di chiusura risente molto del comportamento tecnico-razionalistico, che tende a separare i luoghi delle diverse attività tecniche e di lavoro da quelle familiari e relazionali, rendendo assiomi le paure degli operatori sanitari (quindi l'igiene e il disturbo durante il lavoro), accrescendo però la rabbia e la frustrazione da parte dei familiari e caregivers che vedono chiusa la possibilità di mantenere un contatto, come un filo sottile, con il proprio caro.

1.4 Umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva

Il concetto di umanizzazione delle cure è fondamentale in ogni livello di assistenza, da quella base a quella critica. In particolar modo, in un reparto come la Terapia Intensiva, dove vi è un alto livello di tecnologia e tecniche da applicare, è possibile che il paziente venga considerato più per i suoi problemi fisici e critici, dimenticandosi di una visione olistica.

Grazie alle ricerche e acquisizioni tecnologiche e scientifiche effettuate in questi anni, è possibile trattare numerose patologie una volta incurabili, effettuare indagini diagnostiche e di laboratorio direttamente in reparto, potendo analizzare problemi in tempo reale.

Questo però, ha portato indubbiamente a dei grandi vantaggi, ma vi è anche il rischio di incorrere in una crescente disumanizzazione. Questo succede quando, tramite la scienza e la tecnologia, gli individui vengono ridotti ad oggetti, incorrendo nel rischio che la persona venga considerata paziente portatore di una patologia e non più persona.

Invece, è soprattutto quando la persona viene ricoverata, in Terapia Intensiva (ma non solo), che dovrebbe essere considerata in maniera olistica, poiché mantiene comunque dei bisogni umani che devono essere riconosciuti e, in alcuni casi, in cui ci si deve occupare in toto di queste necessità per le condizioni critiche del malato che non permettono la completa autonomia.

Il ricovero in Terapia Intensiva, sia per il malato che per il suo nucleo familiare, è un'esperienza critica, durante la quale si viene a creare un triangolo relazionale ai cui vertici si trovano l'equipe medico-infermieristica, la persona assistita e la famiglia (Anestesia Forum, 2009, 2, 75-82).

Il concetto di umanizzazione in ambito sanitario è inteso come la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali più aperte, più sicure e senza dolore, conciliando accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile in condivisione con il paziente.

Quando si parla di umanizzazione ci si riferisce pertanto al “prendersi cura della persona” dall'inizio alla fine dell'iter diagnostico, dall'accoglienza alla dimissione, considerando l'utente non come paziente/portatore di una specifica patologia, bensì come individuo unico ed insostituibile con i suoi sentimenti, le sue conoscenze, le sue credenze, che richiede attenzione e ascolto rispetto al proprio stato di salute. Ciò comporta l'affermazione della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale (Morsello, Cilona, & Misale, 2017).

Il tema dell'umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva significa ricercare delle modalità clinico-organizzative di conduzione dell'assistenza in area critica, orientate alla considerazione del paziente come “persona”, essere unico ed insostituibile, con un suo specifico contesto relazionale (Anestesia Forum, 2009, 2, pag. 75-82).

Umanizzare le cure significa rendere i luoghi dell'assistenza più sicuri, accoglienti, senza dolore (Legge 15 Marzo 2010, n.38 Ospedale-territorio senza dolore).

Per fare questo è necessario passare dal curare al prendersi cura: mettere cioè al centro la persona malata e non la sua malattia.

Spesso l'esperienza di una persona che viene ricoverata in ospedale (in qualsiasi reparto, ma soprattutto in quelli di area critica), viene descritta come un intervento psicologico traumatizzante, caratterizzato da una serie di disagi psichici e fisici che si aggiungono alla sofferenza derivante dallo specifico stato morboso che ha motivato il ricovero.

I fattori più spesso indicati come determinanti della disumanizzazione in Ospedale sono:

- Separazione brutale dall'ambiente familiare
- Cattive condizioni di accoglienza
- Isolamento
- De-personalizzazione dei rapporti umani

Umanizzare le cure per il paziente significa ridurre il più possibile il danno biologico in modo tale che egli possa, in base alla sua autonomia fisica e psichica, personalizzare la sua esperienza e condividerla alla pari con gli altri; valorizzare il più possibile l'unicità della persona malata (la sua volontà, il modo particolare che ciascuno di noi ha di "prendere" ciò che gli sta accadendo) in quanto danno da curare e il grado possibile di condivisione con gli altri. Attribuire a ciascun paziente un valore morale non subordinato né all'efficacia delle tecniche sanitarie né all'autonomia personale, in modo che la dignità resti sempre integra, anche grazie al valore che gli attribuiscono coloro i quali lo aiutano.

Per i familiari, invece, umanizzare le cure significa ridurre le conseguenze che un ricovero comporta, in modo che il familiare possa essere il più possibile se stesso e condividere al meglio la condizione col paziente, altri familiari e operatori sanitari.

Nei confronti degli operatori sanitari significa aiutarli di fronte al senso di inadeguatezza e impotenza che sorge quando le tecniche terapeutiche non sono sufficienti a ridurre la malattia e allontanare la minaccia di morte del paziente.

Le linee guida per il supporto della famiglia nelle terapie intensive "patient-centered" formulate dall'American College of Critical Care nel 2007, mostrano come sia necessario coinvolgere la famiglia nel "decision making", ovvero spendere tempo, attenzione ed energie nella spiegazione della situazione clinica, delle ragionevoli opportunità terapeutiche disponibili e della prognosi; viene inoltre promossa l'organizzazione di incontri dello staff

multiprofessionale della terapia intensiva, al fine di condividere il percorso decisionale e slatentizzare eventuali criticità.

La vera emergenza attuale non è costituita tanto dalla necessità di venire incontro ai bisogni delle persone, quanto dall'urgenza di creare ambienti idonei che odorano di umanità.

Le persone sofferenti e sole devono poter sentire tramite le mani dei professionisti sanitari il calore e l'amore della pietà, per una costruttiva "relazione di aiuto".

La dignità della persona è in un certo senso scalfita da un problema sociale che amplia lo spazio della solitudine, dello sconforto, dell'individualismo e dell'esclusione, aggravata da vanità, potere ed orgoglio.

Lo scopo fondamentale, dunque, rimane quello di non dimenticare, da parte degli operatori sanitari, che prima della malattia e della criticità vi è sempre e comunque una persona.

1.5 Terapia intensiva e umanizzazione delle cure nel contesto di pandemia da Covid-19

Nel contesto di pandemia da Covid-19, le Terapie Intensive sono state rivoluzionate, dovendosi adattare all'aumento di persone che ne richiedevano un ricovero.

I posti letto vengono aumentati, come anche il personale e spesso, per sopperire all'emergenza sanitaria, ci si trova con persone che non hanno mai affrontato un reparto di area critica, in un contesto, come quello della Pandemia, che induce un alto carico di lavoro e stress correlato.

Sebbene vi sia stato un aumento dei posti letto, il rapporto infermiere-paziente non è stato alterato, mantenendolo 1:1 o 1:2.

Gli aspetti dell'assistenza che gli infermieri hanno documentato come maggiormente compromessi dall'elevato carico di lavoro sono stati, per l'aspetto prettamente assistenziale, la sicurezza delle cure (valutazione e gestione dei rischi), l'igiene personale (soprattutto quella del cavo orale) e la mobilitazione (ginnastica passiva a letto). Per quanto riguarda la sfera psicologica: la comunicazione verbale e non verbale, il benessere emotivo e l'assenza di supporto per i pazienti da parte dei loro familiari, specialmente in Italia, Francia e Regno Unito. L'aumento dello stress psicologico è stato riportato da più del 60% dei partecipanti,

soprattutto per quanto riguarda la difficoltà nel garantire un'assistenza adeguata ai pazienti, l'impossibilità di accogliere i parenti degli assistiti e il distacco dalla propria famiglia per la paura di essere fonte di contagio (Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2020).

In questo contesto particolare di emergenza per Covid 19, gli operatori sanitari hanno svolto attività direttamente coinvolte nell'assistenza di pazienti che hanno dovuto fronteggiare varie situazioni stressanti:

- Sovraccarico di lavoro
- Senso di smarrimento e incertezza
- Rapido turn-over della tipologia di attività richiesta
- Rapporto con i familiari in situazioni di drammaticità
- Responsabilità gestionali e di coordinamento
- Trattamento dei pazienti critici

Tutto ciò ha modificato in modo sostanziale il benessere organizzativo nell'ambiente di lavoro, richiedendo lo sviluppo di "non technical skills (NTS)". Esse sono definite come le abilità cognitive, sociali e le risorse personali che, insieme alle abilità tecniche, contribuiscono a garantire performance sicure e di qualità (Flin *et al.* 2008).

Queste abilità vennero inizialmente sviluppate da anestesisti e chirurghi, divennero poi necessarie anche per le attività infermieristiche, anche se spesso vengono sottovalutate dal personale, che tende a considerare solo le competenze direttamente correlate agli atti di salute che mettono in pratica.

Tra le NTS proprie degli infermieri si annoverano: la comunicazione, la consapevolezza situazionale, il lavoro di squadra, la cooperazione, la capacità di leadership, la capacità di assumere decisioni e risolvere problemi, la capacità di gestire lo stress (Pires *et al.*, 2017).

In un contesto di chiusura dato dai Decreti, dalle quarantene, dalle regole da rispettare, anche alcuni Ospedali, per un periodo più o meno breve, vengono chiusi alle visite di familiari e caregivers. Questo comporta il ritorno ad una sorta di Terapia Intensiva a modello chiuso ma forzato.

Anche se, in questo contesto, la tecnologia non è stata portatrice di disumanizzazione, bensì di unione: vengono utilizzati tablet, computer, cellulari da parte del personale sanitario, per

permettere ai malati, anche in Terapia Intensiva, di avere un contatto, seppur breve, con i propri cari. In alcuni casi, anche un ultimo saluto.

Anche queste azioni fanno parte dell'umanizzazione delle cure, in cui si cerca di non spezzare quel filo sottile e debole che tiene uniti i pazienti e i familiari e che aiuta anche i sanitari stessi a non cadere nello sconforto di vedere vite spegnersi senza la possibilità di un ultimo saluto.

Sicuramente le videochiamate, messaggi, chiamate, non sostituiscono il calore umano di chi si ama, ma in questa pandemia si è forse riscoperto il piacere e in un certo senso anche la necessità di curare aspetti di chi è ricoverato, che spesso si trascurano.

Inoltre, umanizzare le cure ha un'enorme rilevanza anche per le professioni sanitarie stesse. Questo permette di prendersi cura non solo del paziente, ma anche, in un certo senso, della sua famiglia, permettendo così di instaurare un rapporto di fiducia che aumenterà con il tempo di degenza e permetterà di sviluppare una comunicazione efficace.

Vista con gli occhi dei familiari, l'umanizzazione delle cure nei confronti del proprio caro permette di avere anche una percezione positiva delle cure che vengono erogate ai parenti.

Per permettere tutto questo è necessario anche lavorare sul carico di stress ed emotivo che deve essere elaborato, per permettere di capire le emozioni che si stanno provando (e che spesso coincidono con quelle del resto dell'équipe sanitaria). E' fondamentale riconoscere le emozioni e sentimenti, sia propri che degli interlocutori, siano essi familiari o pazienti, per mettere le radici per una relazione d'aiuto.

CAPITOLO 2

MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivo e quesiti di ricerca

Lo scopo di questo lavoro di ricerca è illustrare l'importanza dell'umanizzazione delle cure, da parte di tutta l'équipe ma in particolar modo dagli infermieri, nei reparti di Terapia Intensiva. Questi reparti sono molto tecnici, caotici, spesso le decisioni vengono prese in pochissimo tempo e si rischia di mettere in secondo piano il bisogno di umanità del paziente.

La ricerca si suddivide in due quesiti, il primo più generale, per capire se effettivamente l'umanizzazione delle cure in Terapia Intensiva, (inclusa, implicitamente, l'apertura della stessa alla visita dei parenti), comporti dei rischi o dei benefici nei pazienti.

Nel secondo quesito invece, viene reso più attuale il tema dell'umanizzazione delle cure trasportandolo nello scenario di Pandemia che abbiamo vissuto e che stiamo vivendo tutt'ora. Indaga, soprattutto, se la chiusura totale o parziale delle Terapia Intensive alle visite (in seguito ai decreti emanati dallo Stato), abbia comportato se e quali rischi e benefici per il paziente.

2.1.1 Primo quesito clinico di ricerca

Il primo quesito indaga se la presenza continua di un familiare, di un paziente adulto ricoverato in Terapia Intensiva, possa comportare dei benefici alla salute del paziente stesso e dei familiari e quali effetti comporti sull'assistenza erogata.

Quesito in forma estesa: “La presenza costante di un familiare o caregiver di un paziente adulto ricoverato in Terapia Intensiva, rispetto alla sua presenza ad orari prestabiliti, aumenta l'umanizzazione delle cure?”

Tabella I: Quesito clinico di ricerca effettuata secondo la metodologia PICO.

P	Popolazione	Pazienti adulti ricoverati in Terapia Intensiva, familiari e caregivers
I	Intervento	Apertura delle Terapie Intensive
C	Confronto	Terapie Intensive chiuse (orari prestabiliti)
O	Outcome	Umanizzazione delle cure (effetti sulla salute e sulla qualità dell'assistenza)

Le parole chiave utilizzate per questo quesito di ricerca sono:

- Open icu/ Terapia Intensiva aperta
- Close icu/ Terapia Intensiva Chiusa
- humanization/ umanizzazione delle cure

In alcune stringhe di ricerca è stato anche utilizzato l'operatore booleano AND.

2.1.2 Secondo quesito clinico di ricerca

Vengono indagati, successivamente, i pro e i contro della chiusura temporanea delle terapie intensive (a causa della pandemia da Covid 19), riguardo l'umanizzazione delle cure, andando a valutare tramite la ricerca in letteratura, quali siano state le strategie e i mezzi adottati da infermieri e personale sanitario per evitare la solitudine e permettere l'umanizzazione delle cure nelle Terapie Intensive che, a causa della Pandemia, sono state riportate ad un modello "Chiuso", ovvero senza visite o con visite molto limitate.

Quesito in forma estesa: "A causa della pandemia da Sars-Cov 2, in che modo è stato possibile, da parte degli infermieri (tramite strumenti tecnologici e altre non technical skills), umanizzare le cure dei pazienti adulti ricoverati nelle Terapie Intensive chiuse?"

Tabella II: Quesito clinico di ricerca effettuata secondo la metodologia PIO.

P	Popolazione	Pazienti adulti ricoverati in Terapia Intensiva durante la Pandemia da Covid 19
I	Intervento	Utilizzo di strumenti tecnologici e altre non technical skills da parte di infermieri e personale sanitario
O	Outcome	Umanizzazione delle cure nelle Terapie Intensive chiuse

Le parole chiave utilizzate per questo quesito di ricerca sono:

- Covid 19
- Intensive care unit/ icu
- Humanization
- technology
- Terapia Intensiva
- Umanizzazione
- Tecnologia

In alcune stringhe di ricerca è stato utilizzato l'operatore booleano AND.

CAPITOLO 3

RISULTATI DELLA RICERCA

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'interrogazione di banche dati biomediche e psicologiche, quali Pubmed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), Scopus, tramite il portale Galileo Discovery dell'Università degli Studi di Padova e tramite Google Scholar. La ricerca in queste banche dati è stata effettuata utilizzando una serie di filtri e parole chiave.

Sono stati utilizzati tutti i titoli e gli abstracts, eliminando articoli trovati più di una volta, per selezionare gli articoli ritenuti rilevanti. Gli articoli che non sono stati inclusi in questa revisione sono stati considerati poco pertinenti all'obiettivo del lavoro di tesi.

Al fine di formulare una valida strategia di ricerca, per un'efficace interrogazione delle banche dati biomediche e per un ottimale selezione degli articoli pertinenti l'argomento considerato nello studio, sono stati sviluppati due quesiti clinici seguendo la metodologia PICO (paziente/popolazione, intervento, confronto, outcome), illustrato in Tabella I (Capitoli 2.1.1 e 2.1.2).

Per la revisione sono stati inclusi:

- Gli studi completi, non solo di abstract, ma anche del corpo centrale da poter consultare interamente.
- Gli studi in lingua inglese e italiana
- Gli studi appartenenti a riviste infermieristiche, mediche, psicologia della salute
- Le revisioni della letteratura, anche sistematiche
- Studi osservazionali, sperimentali e analitici
- Ricerche pubblicate a partire dal 2000

Nella sezione allegati, la Tabella III e la Tabella IV rappresentano un riassunto degli studi analizzati lanciando la stringa di ricerca con le keywords utilizzate nel Capitolo 2.1.1 e 2.1.2.

Per quanto riguarda il primo quesito di ricerca, sono stati selezionati 21 studi, tra cui 5 revisioni della letteratura (Villa *et al.* (2016); Mongardi *et al.* (2008); Zupanets *et al.* (2018); Whitton *et al.* (2011); Cappellini *et al.* (2014)) e 2 revisioni sistematiche della letteratura (Nassar *et al.* (2018); Ciuffo *et al.* (2011)); uno studio sperimentale di tipo trial controllato

randomizzato (Fumagalli *et al.* (2006)), 3 studi qualitativi (Aviles *et al.* (2018); Milner *et al.* (2021); Medeiros *et al.* (2016)); 8 studi osservazionali, di cui, nell'ordine che segue, i primi 3 descrittivi, il quarto trasversale e il quinto caso-controllo (Marco *et al.* (2006); Anzoletti Boscolo *et al.* (2008), Olsen *et al.* (2008); Brauchle *et al.* (2022); De Havenon *et al.* (2015); Corso *et al.* (2015); Savino *et al.* (2012); Chapman *et al.* (2016)) e 2 studi analitici (Giannini *et al.* (2013)), di cui uno longitudinale prospettico (Pochard *et al.* (2005)). Le caratteristiche chiave dei singoli studi sono sintetizzate nella Tabella V (sezione allegati).

Glossario: In questo capitolo verranno utilizzate le seguenti abbreviazioni:

- “p”: indica il p value o il valore di significatività osservato, ovvero la probabilità che per un'ipotesi supposta vera (chiamata ipotesi nulla), si ottengano risultati ugualmente o meno compatibili, di quelli osservati durante il test, con la medesima ipotesi. Nella pratica, il valore di p aiuta a comprendere se nei risultati ottenuti dallo studio vi sia differenza o meno con quelli ipotizzati e se questa differenza è data dalla casualità introdotta col campionamento; oppure se la differenza è statisticamente significativa, cioè non spiegabile o difficilmente spiegabile tramite causalità dovuta al campionamento.
- IC: intervallo di confidenza, viene utilizzato soprattutto in statistica. Quando si effettua la stima di un parametro, questa spesso non è sufficiente per individuare un singolo valore, ecco allora che viene utilizzato, in aggiunta alla stima, un intervallo di valori probabili per quel parametro, indicato, per l'appunto, come intervallo di confidenza o intervallo di fiducia. In alcuni studi si trova al 95% (cioè (1-0.05)%), questo indica che si confida al 95% che l'intervallo conterrà il vero valore della media della popolazione.
- OR: odds ratio, cioè il rapporto tra la frequenza con cui si verifica un evento in un gruppo e la frequenza con cui lo stesso evento si verifica nei pazienti di controllo.

In generale, nel mondo, la percentuale maggiore di Terapie Intensive aperte si registra in Svezia (70%), con l'Italia con il tasso minore (1%). Le politiche di visita sugli orari e il numero di persone ammesse sono variabili, da periodi di tempo precisi nel corso della giornata a 24 ore e solitamente due visitatori. (Cappellini *et al.* (2014)).

In particolare, le Terapie Intensive a modello aperto in Italia rappresentano una piccola percentuale sul totale: come descritto nello studio di Anzoletti Boscolo *et al.* (2008), che ha

contattato 110 Terapie Intensive del nord est d'Italia, il 94.5% ha un orario di visita generalmente inferiore alle 4 ore al giorno; il 16% ha limitato le visite a 30 minuti al giorno; la maggior parte ha solo una fascia oraria (36%) o 2 (50%) giornaliere, il 63% non consentiva più di 2 visitatori alla volta. In questi reparti presi in considerazione, il 13% degli orari di visita è stato deciso dai medici, il 3% da infermieri e nell'82% dei casi da entrambi. E' stato segnalato che nel 21% dei casi si verificano eccezioni alle regole con alta frequenza, mentre in circostanze particolari nel 77%. E' emersa, inoltre, un'associazione statistica tra gli orari di visita e il tipo di Terapie Intensive: quelle aperte più a lungo sono quelle di tipo pediatrico ($p < 0.001$) e con orari di visita più lunghi ($p = 0.009$); un'altra associazione statistica riguarda la volontà di fare eccezioni agli orari di visita e la durata totale dei tempi di visita ($p = 0.029$). Non vi erano associazioni statistiche per i tempi di visita totali e la media tra il rapporto di infermieri per letto ($p = 0.96$) o la data di apertura del reparto ($p = 0.84$).

In Germania, la situazione è simile: dallo studio di Brauchle *et al.* (2021) mediante questionario, si evince, dalle risposte inviate dai clinici (19.8%) che le Terapie Intensive senza restrizioni, aperte 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, rappresentano il 36.6% di tutte le risposte, con una percentuale significativamente più alta per le Terapie Intensive pediatriche (79.2%), per adulti (21.3%) e miste (41.2%), con un $p < 0.01$. Le ore di visita mediane nelle Terapie Intensive con limitazioni sono state di 6 ore, con un numero maggiore in quelle pediatriche 21.5 ore, 5 ore nelle miste e 5 in quelle per adulti, ($p < 0.001$).

La situazione Ucraina, descritta nella revisione sistematica di Zupanets *et al.* (2018), per quanto concerne le politiche di visita in Terapia Intensiva, risente in parte delle influenze politiche: durante il periodo post-sovietico le visite erano limitate, anche perché non esisteva una definizione chiara della possibilità di visita in questi reparti. Gli svantaggi principali di questa vecchia politica di visita sono lo stress psicologico, il non poter contattare un medico e ottenere delle informazioni sulla prognosi del paziente. L'apertura delle visite in Terapia Intensiva in questo paese ha riscontrato delle difficoltà anche per la diversità culturale e il mix di ideologie occidentali e orientali nelle credenze e percezioni della società. A giugno del 2016, però è stato firmato dal ministro della salute l'ordine che istituisce le politiche di visita aperta. I requisiti sono: nessun vincolo di orario, massimo due visitatori, rispetto dei regolamenti interni della Terapia Intensiva e della privacy; non possono entrare persone sotto alterazioni da uso di alcool o droghe o chi presenti sintomi influenzali.

Sono state raggruppate le tematiche maggiormente discusse nei vari studi, suddivise in cinque item: bisogni dei familiari, utilizzo di dispositivi di protezione individuale durante le visite in Terapia Intensiva, effetti positivi dell'apertura delle Terapie Intensive, sia fisici che psicologici sui pazienti e sui familiari ed infine, gli aspetti negativi dell'apertura delle Terapie Intensive.

3.1 I Bisogni dei familiari

Del totale analizzato, nelle revisioni della letteratura vengono valutati differenti aspetti riguardanti la politica delle visite in Terapia Intensiva: nello studio di Villa *et al.* (2016), vengono analizzati i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, confrontando le differenze tra le varie politiche di visita, mediante la compilazione del questionario "Critical Care Family Needs", un questionario composto da 45 items a cui è attribuibile un punteggio da 1 a 4, con un punteggio che può oscillare tra un minimo di 45 punti e un massimo di 180. Infatti, da questa revisione, sono stati individuati 12 bisogni principali (tra parentesi è espresso il punteggio totale ottenuto) e per farlo è stato definito un punteggio soglia basato sui punteggi di ogni singolo item, compreso tra 66 (1 punto per i 66 compilatori) e 264 (4 punti per i 66 compilatori): il bisogno di percepire che i sanitari curano il paziente (253/264), conoscere esattamente cosa è stato fatto per il paziente (250/264), ricevere informazioni giornalmente (249/264), ricevere spiegazioni comprensibili (248/264), parlare con i medici ogni giorno e conoscere l'esito atteso (246/264), essere chiamati telefonicamente e ottenere risposte sincere (245/264), parlare del rischio di morte e conoscere i dettagli rispetto ai progressi del paziente (244/264), essere rassicurati che il proprio caro riceva la migliore assistenza (238/264) ed avere orari di visita flessibili (219/264). Non sono emerse differenze statisticamente significative tra i punteggi delle domande in funzione delle caratteristiche considerate nel campione (il grado di parentela del compilatore, la sua età, le ore di lavoro, il livello di istruzione, il tempo impiegato per giungere in ospedale, gli anni del paziente e le pregresse esperienze di ricovero), con un valore di $p > 0.05$. I limiti sono rappresentati dalla costruzione dello strumento, poiché non è possibile la compilazione da parte dei familiari che non si recano a trovare il paziente, o per quelle persone che sostano per brevissimo tempo. Inoltre, il questionario è stato creato negli Stati Uniti, tenendo conto delle condizioni economiche e del tipo di assistenza sanitaria tipico di quel paese.

I bisogni dei familiari e il loro grado di soddisfazione sono stati analizzati anche in uno studio osservazionale (Corso *et al.* (2015)): degli 80 questionari somministrati, il 68.3% sono stati completati da donne, mentre la maggior parte dei visitatori che ha compilato il questionario è rappresentato dai figli dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, per il 37%. I dieci bisogni più importanti appartengono alla sfera del supporto emotivo, informazione e rassicurazione. Il bisogno che ha ottenuto più frequenza di scelta è rappresentato da “percepire che i professionisti sanitari curano il paziente” (93.3%), seguito da “avere risposte sincere” (90%), “sentirsi fornire informazioni comprensibili” (88.3%), “ricevere giornalmente informazioni sul paziente” (85%), “sentirsi rassicurati che il paziente riceva la miglior assistenza possibile” (83.3%), “sentire che c’è speranza” e “parlare con i medici ogni giorno” (entrambi 81.7%), “conoscere perché il paziente è sottoposto a una determinata procedura” e “sentirsi chiamare telefonicamente se si devono cambiare delle condizioni che riguardano il paziente” (entrambi 80%) ed infine, “sentirsi accettati dai professionisti sanitari” e “conoscere esattamente cosa è stato fatto per il paziente” (entrambi 75%). È emerso che vi sono relazioni significative tra bisogni, sesso ed età: per esempio, “avere orari di visita ripartiti durante la giornata” è molto più importante per le donne rispetto agli uomini ($p < 0.05$); mentre “sentire che c’è speranza” è più soddisfatto per gli uomini che per le donne ($p < 0.05$). Per la relazione con l’età, i familiari più giovani (età < 46 anni) sono meno soddisfatti rispetto ai più anziani per la categoria di informazione (con valori di $p=0.05$ e 0.01). Tra i bisogni meno importanti, invece, figurano quello riguardante il comfort dei familiari (secondo gli autori, è da collegare al fatto che i familiari antepongono ai propri bisogni quelli del proprio caro che sta vivendo una situazione di difficoltà).

3.2 Utilizzo di dispositivi di protezione individuale durante le visite

In più studi è stata valutata l’effettiva efficacia dell’utilizzo, da parte dei visitatori, di dispositivi di protezione individuale (Mongardi *et al.* (2008); Cappellini *et al.* (2014); Nassar *et al.* (2018)), dimostrando che non ci sono alcune evidenze scientifiche a supporto di ciò, portando ad un aumento dell’uso di risorse (materiali e personale), se non, come unica eccezione, per i pazienti affetti da malattie infettive-contagiose o per quelli con compromissione del sistema immunitario. Nello studio di Mongardi (2008), gli orari e la durata delle visite dipendono da problemi organizzativi e strutturali. Per quanto riguarda la revisione sistematica di Cappellini (2014), una delle caratteristiche esaminate, era l’utilizzo di dispositivi protettivi, con l’Italia al vertice nell’utilizzo degli stessi, i camici implicati nel

91% delle Terapie Intensive Italiane, insieme all'uso di copri scarpe e mascherine. Anche dallo studio sperimentale di Fumagalli (2006) viene dimostrato che, nonostante in periodi di studio in cui vi era un'apertura alle visite con maggiore contaminazione microbica delle superfici, le complicanze settiche erano simili nei due periodi e, per determinarli, è stata generata una sequenza casuale di periodi di due mesi di RVP e UVP tramite una procedura computerizzata, in cui si alternavano 6 periodi di 2 mesi per ciascuna politica di visita per un totale di due anni, (incidenza polmoniti 8.7% in periodi RVP e 12.6% UVP, $p=0.60$; infezioni tratto urinario 7% RVP, 2.7% UVP, $p=0.19$; sepsi generiche 0.9% RVP, 0.9% UVP, $p=0.82$; qualsiasi altra infezione 16.6% RVP, 14.2% UVP, $p=0.67$).

In Italia, in uno studio osservazionale (Boscolo Anzoletti *et al.* (2008)) condotto nelle Terapie Intensive nel Nord-Est, oltre il 75% di esse fa indossare un camice ai visitatori; l'abbigliamento completo è richiesto nel 40% dei casi, mentre il lavaggio delle mani solo nel 59% dei casi.

3.3 Effetti positivi dell'apertura delle Terapie Intensive, sia fisici che psicologici nei confronti di pazienti e familiari

Inoltre, l'apertura di questo reparto, comporta anche degli effetti positivi, come una riduzione delle complicanze cardiovascolari: in un trial clinico randomizzato (RCT) (Fumagalli *et al.* (2006)), sono stati confrontati i dati raccolti in due periodi, uno denominato UVP in cui vi erano politiche di visita non restrittive (ovvero visitatore singolo con frequenza e durata della visita scelta dal paziente stesso) ed RVP, in cui le visite erano restrittive (un solo visitatore per 30 minuti due volte al giorno). La durata media del soggiorno era simile ($p=0.68$), con un tempo di visita che copre il 4.1% e il 10.9% dell'intera durata della degenza dei pazienti rispettivamente nel periodo restrittivo e non restrittivo ($p=0.001$). Nel gruppo RVP, le complicanze cardiocircolatorie erano due volte tanto rispetto al periodo non restrittivo, con una differenza statisticamente significativa per edema polmonare e shock, con un odds ratio di 2, IC (intervallo di confidenza) al 95%, $p=0.03$. Anche i livelli di ansia erano ridotti nei periodi di apertura delle visite, oltre ad una diminuzione dei livelli di cortisolo (RVP $p=0.001$; UVP $p=0.001$); mentre il punteggio per la depressione non è cambiato tra ammissione e dimissione in entrambi i gruppi (RVP: $p=0.79$; UVP: $p=0.39$).

E' stata evidenziata anche una riduzione della frequenza di delirium associata ad una politica di visita flessibile in due studi contenuti nella revisione sistematica di Nassar (2018), con un OR di 0.39 (IC 95% 0.22-0.69).

Anche per i familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, le visite aperte hanno portato dei benefici: nello studio di Chapman (2016), realizzato mediante la somministrazione di questionari per valutare la soddisfazione dei familiari sia nel periodo "pre-apertura" che in quello "post", si dimostra che le 3 componenti maggiormente discusse e con punteggi maggiori sono la sala d'attesa (34.7%), l'orario di visita (14.1%) e le interazioni con il personale ospedaliero (9.7%). I rispettivi valori Alpha di Cronbach (indice utilizzato per determinare l'attendibilità di uno studio, in cui se $\alpha < 0.4$ vi è bassa attendibilità, se $0.4 < \alpha < 0.6$ è attendibilità incerta, se $0.6 < \alpha < 0.8$ vi è attendibilità accettabile, mentre se $0.8 < \alpha < 0.9$ vi è buona attendibilità) erano 0.81; 0.83 e 0.53, sottolineando come, per le interazioni con il personale, il valore ottenuto fosse basso. Confrontando i punteggi dei componenti nel prima e dopo la modifica della politica di visita, è stato riscontrato che l'orario di visita e la convenienza di esso era statisticamente più elevate nel periodo post cambiamento ($p < 0.001$), mentre quelle di atmosfera e sala d'attesa erano significativamente più elevate dopo il cambiamento riguardante le visite ($p = 0.02$). Gli infermieri, compilando il questionario sulla percezione che avevano della soddisfazione dei familiari, hanno attribuito i maggiori punteggi a: soddisfazione dei visitatori 18.3%, interferenza della famiglia 32.4% e informare e aggiornare i visitatori. L'analisi di affidabilità ha prodotto valori Alpha di Cronbach rispettivamente di 0.81, 0.74 e 0.53, e, confrontando i punteggi degli infermieri sulla soddisfazione dei visitatori, erano significativamente maggiori dopo il cambiamento nella politica di visita, con un $p = 0.03$.

Altri aspetti positivi sottolineati sono la convinzione, da parte di medici e infermieri, che la presenza dei familiari accanto al paziente possa essere uno stimolo sensoriale positivo e possa promuovere un ambiente sereno. (Aviles Gonzalez *et al.* (2018)).

In più studi viene chiesto al personale sanitario, in particolare agli infermieri, di valutare, mediante questionario, la politica di visita aperta nei confronti dei pazienti, familiari e infermieri stessi. Nello studio osservazionale-descrittivo di Marco (2006), è stato chiesto agli infermieri di una Terapia Intensiva spagnola di compilare un questionario proprio su questa tematica. Il tasso di risposta è stato del 100%. Per quanto riguarda la parte delle "convinzioni

degli infermieri”, il punteggio medio è di 3.001 (valori compresi tra un minimo di 1 e un massimo di 4) e gli item a cui è stato attribuito un punteggio maggiore sono “la famiglia fornisce supporto emotivo al paziente” (100% d’accordo); “la famiglia riduce al minimo la noia del paziente” (100% d’accordo); “la famiglia aumenta la voglia di vivere del paziente” (91.3% d’accordo); “gli effetti della visita dipendono sia dal paziente che dalla famiglia” (100%); mentre si trovano in disaccordo per gli item che riguardano “la presenza della famiglia ostacola il riposo del paziente” (82.6%) e “in generale, la visita destabilizza il paziente” (97.8%). Per quanto riguarda la scala degli atteggiamenti verso la visita aperta, il valore medio del punteggio era di 6.005 (massimo di 7 e minimo di 1). Infine, per quanto riguarda la soddisfazione degli infermieri per l’attuale sistema di visite aperte, il 93.3% dei partecipanti ha risposto positivamente, il 6.7% negativamente. La correlazione tra le variabili “credenze” e “atteggiamenti” è positiva e significativa con $p < 0.0001$; altre correlazioni positive e significative riguardano le 3 sotto scale (paziente $p= 0.003$; famiglia $p= 0.001$; infermiere $p=0.016$). Non ci sono associazioni statisticamente significative tra le variabili sociodemografiche e quelle di interesse, fatta eccezione per la variabile “atteggiamento” e “avere figli” ($p= 0.03$); inoltre, non ci sono state differenze statisticamente significative per gli infermieri con precedente esperienza in Terapia Intensiva. Per quanto riguarda i commenti formulati dagli infermieri su questa tematica, i più gettonati sono l’adattamento della condizione del paziente e delle caratteristiche familiari e l’influenza delle caratteristiche strutturali dell’unità (31-4%); mentre per quanto riguarda l’orario e la durata delle visite, i commenti sono stati del 22.85%.

La qualità dell’assistenza fornita è stata analizzata in uno studio osservazionale svoltosi in una Terapia Intensiva dapprima chiusa alle visite, e poi, in un secondo periodo, con una modalità di visita aperta, per poter analizzare l’impatto di questo cambiamento organizzativo sulla percezione delle persone coinvolte (professionisti sanitari, pazienti e famiglie). I questionari, che analizzavano la dimensione della qualità tramite le informazioni del ricovero, durante la degenza (ricordi, trattamento del dolore, ambiente e organizzazione, fattori di disagio) e una valutazione complessiva, compilati durante il periodo di chiusura erano 68, 45 durante quello di apertura. I due gruppi avevano caratteristiche simili in termini socio-anagrafici e cliniche, dunque confrontabili senza differenze statisticamente significative. Nell’indagine, i ricordi sono stati suddivisi in fatti illusori, sensazioni provate e fatti concreti; in generale, i pazienti ricordavano maggiormente questi ultimi due,

soprattutto le voci (80%), facce (90%) e dolore (60%) per i pazienti del primo gruppo (Terapia Intensiva chiusa), buio (90%), ansia/paura (90%), luce (80%), allarmi (85%), voci (80%) e familiari (75%) nel secondo periodo, in cui si è notata una diminuzione della sensazione di dolore e di “tubo in gola”. Riguardo i fatti illusori, nel secondo periodo vi è una riduzione degli incubi e gli autori sottolineano che, pur non potendo ipotizzare una relazione causa-effetto tra apertura della Terapia Intensiva e tipologia di ricordi, in questo gruppo la presenza dei familiari è uno dei ricordi principali. Tra i fattori di disagio principali nel primo gruppo vi sono l'impossibilità di muoversi (50%); dolore (>60%); Tubo endotracheale (50%); mentre nel secondo gruppo: sonno disturbato per il 60%, rumore (60%), le attività mediche (40%) e la paura (35%). Il principale elemento che crea sollievo, invece, è la presenza costante degli operatori sanitari per entrambi i gruppi (100% nel secondo e 90% nel primo), ma nel secondo gruppo emerge anche la presenza del familiare (70%) come elemento di rassicurazione, insieme alle informazioni ricevute (30%), la vicinanza e il supporto emozionale (30%). Questi risultati sono simili a quelli dello studio osservazionale di Olsen (2009) in cui vengono aggiunti, tra i bisogni dei pazienti, quelli di informazioni generali sulla permanenza in Terapia Intensiva, sulla malattia, il trattamento, sapere chi fossero i visitatori e i dettagli delle visite. Anche in questo studio è emerso come la presenza dei familiari diminuisca le allucinazioni e gli incubi; mentre non è stata considerata importante la durata delle visite.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, nel secondo gruppo emerge un aumento medio della qualità percepita in tutti gli elementi analizzati, che risulta statisticamente significativo sulla disponibilità a chiedere chiarimenti ($p < 0.05$) e ad ascoltare le richieste ($p > 0.05$), dati coerenti con il miglioramento della qualità percepito dai pazienti sulla capacità dei medici di fornire informazioni sulle condizioni di salute, rischi delle procedure e manovre. Rimangono immutate le medie relative ai toni di voce del personale e al rispetto della privacy in entrambe le indagini. Al termine delle interviste è stato chiesto di ordinare una serie di item riguardanti l'assistenza in ordine di importanza: in entrambi i gruppi ai primi posti si trovano il personale medico e infermieristico; seguiti poi nel primo gruppo da ambienti, il tempo di visita dei familiari, la terapia del dolore e la privacy; mentre nel secondo gruppo è più rilevante il tempo di visita, la terapia del dolore e per ultimo l'ambiente (Savino S., *et al.* (2012)).

3.4 Aspetti negativi nella politica delle Terapie Intensive aperte e nuove sfide

In taluni studi, si ricava che l'apertura della Terapia Intensiva comporti nei professionisti sanitari, e in particolar modo negli infermieri, delle preoccupazioni, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza al paziente. Nello studio qualitativo di Milner (2021), vengono identificate delle "barriere", e in esse, si individua anche quella in riferimento agli atteggiamenti negativi da parte degli infermieri che temevano che l'apertura del reparto interferisse con la loro assistenza verso il paziente: per superare ciò, gli autori suggeriscono di utilizzare la pratica basata sull'evidenza (EBP), l'empatia ed un governo condiviso. Anche nella fase di implementazione e di sostegno dell'apertura delle Terapie Intensive, gli infermieri hanno riscontrato delle barriere: sia cliniche, ovvero situazioni accettate di sospensione delle visite (per esempio durante la stagione influenzale, per proteggere i pazienti più fragili), sia non cliniche, come le modifiche dell'ambiente inteso come struttura vera e propria, per esempio la chiusura delle porte di accesso o la sospensione delle visite in alcuni orari. Anche in questo caso, gli autori propongono come possibili soluzioni, la discrezionalità infermieristica, vale a dire che il professionista sanitario possa decidere autonomamente se è utile sospendere la visita o meno in base alle condizioni cliniche dei pazienti; la creazione di spazi per le famiglie e la sicurezza ambientale.

In aggiunta a ciò, lo studio di Aviles Gonzalez (2018), che si proponeva di conoscere le opinioni del gruppo di lavoro della Terapia Intensiva di un ospedale italiano in relazione al nuovo modello di visite, confrontando il modello aperto e chiuso, ha messo in evidenza il fatto che tra il personale sanitario vi sia il timore di possibili conflitti con i familiari, per paura di possibili interruzioni o intralcio nelle attività, ma anche per la preoccupazione di un eccessivo controllo sulle attività svolte da medici e infermieri che potrebbe rendere difficile lo svolgimento delle stesse. I partecipanti hanno suggerito, al fine di ridurre queste criticità, l'apertura graduale della rianimazione, la disponibilità di spazi fisici per i familiari, la presenza di uno psicologo a supporto dei familiari e degli operatori e la formazione dei professionisti sanitari nella gestione dei conflitti.

Nella revisione sistematica di Zupanets (2018), tra i professionisti sanitari vi è una divisione: tra i timori vi sono l'aumento dello stress per il paziente, l'interferenza con le cure; mentre per altri l'apertura delle Terapie Intensive viene considerata una componente essenziale per permettere la comunicazione continua con i familiari.

I familiari sperimentano sintomi di ansia (73.4%) e depressione (35.3%) al termine della degenza dei propri cari in Terapia Intensiva (dopo una degenza mediana di 9 giorni); non sono state riscontrate prove del fatto che ansia o depressione diminuissero con l'abitudine dei membri della famiglia al reparto. Fattori significativamente associati all'ansia erano un punteggio SAPS II, (il "Simplified Acute Physiology Score II", un questionario che stima la mortalità dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva, in cui devono essere inseriti i peggiori parametri registrati nelle 24 ore, tenendo conto di età, battiti cardiaci per minuto, pressione sistolica, temperatura, punteggio della Glasgow coma Scale, pressione parziale dell'Ossigeno e Fio2, ed alcuni valori di determinati esami ematochimici, tra cui (urea sierica, sodio, potassio, bicarbonati, bilirubina, numero di globuli bianchi), l'output urinario, se sono presenti malattie croniche ed il tipo di ammissione in reparto, se chirurgica, medica o emergente) peggiore ($p= 0.02$), e l'età avanzata ($p= 0.01$), oltre al fatto di essere coniuge del paziente; mentre per la depressione, un fattore significativo è il fatto che il proprio caro fosse deceduto in Terapia Intensiva (48.2%). (Pochard *et al.* (2005))

Altre sfide evidenziate dallo studio di Medeiros (2013), sono rappresentate dal fatto che, per umanizzare le cure è necessario creare spazi/ambienti di lavoro che prestino attenzione alle tecnologie relazionali, come l'ascolto, l'accoglienza, il dialogo e la negoziazione per poter produrre e gestire la sanità. Per quanto riguarda la complessità nelle azioni sanitarie, è necessario rinnovare la forma di organizzazione e attuazione del lavoro, considerando che l'utenza è composta da persone ed in quanto tali hanno unicità e bisogno di multidimensionalità; per quanto riguarda l'integrazione dei processi che si fanno promotori dell'umanizzazione delle cure, è necessario che i professionisti sanitari apprezzino maggiormente le dimensioni soggettive e sociali in tutte le pratiche sanitarie e gestionali, con il rafforzamento dei processi di integrazione e promozione dell'impegno, integrandoli con i valori etici di dignità umana, responsabilità, sensibilità e solidarietà. E' necessario, quindi, creare uno spazio di comunicazione interattivo e che favorisca la relazione paziente-famiglia e con i sanitari stessi.

Con le visite aperte, però, aumenta anche il livello di burnout degli infermieri: a dimostrazione di ciò, è stato condotto uno studio da Giannini (2013), in cui è stato fatto compilare al personale di Terapia Intensiva il questionario del burnout di Maslach-Jackson (1998) e quello dell'ansia di stato e di tratto, ovvero lo STAI "State-Trait Anxiety Inventory (1970) sia prima del cambiamento della politica di visita, dopo 6 mesi e dopo un anno. In

tutte e 3 le fasi si riscontrano alti livelli di burnout tra gli infermieri ($p=0.002$), mentre i punteggi dell'ansia di stato e di tratto sono rimasti stabili (rispettivamente, $p=0.100$ e $p=0.288$). Nonostante ciò, la maggior parte del personale ha visto il cambiamento in maniera positiva nel primo momento (medici 81.7%, infermieri 67.7%) e anche a distanza di un anno (87% medici e 62.7% infermieri). La probabilità di commentare negativamente era maggiore nei soggetti con alti livelli di burnout ($p=0.011$).

3.5 Risultati del secondo quesito di ricerca.

Per il secondo quesito di ricerca, invece, sono stati selezionati 15 studi, di cui 3 revisioni della letteratura (Bokolo *et al.* (2020); Kathleen *et al.* (2021); Fernandez Martinez *et al.* (2022)); 4 studi qualitativi (Langher *et al.* (2022); Sasangohar *et al.* (2021), Klop *et al.* (2021); Fiest *et al.* (2021)); 3 studi osservazionali, di cui 2 di tipo descrittivo, uno di coorte retrospettivo (Fiest *et al.* (2021); Itamura *et al.* (2021); Ashwin *et al.* (2020)), 4 studi analitici, di cui tre trasversali (Rose *et al.* (2020); Tabah *et al.* (2022); Hanne *et al.* (2021)) ed uno longitudinale prospettico (Zante *et al.* (2022)); un articolo scientifico (Igra *et al.* (2020)).

Le caratteristiche chiave degli studi analizzati singolarmente, sono sintetizzate nella Tabella VI (sezione allegati).

Dalla revisione degli articoli reperiti, in merito al secondo quesito (riferimento al Capitolo 2.1.1; Tabella II), sono emersi degli aspetti principali: in generale, lo scenario del cambiamento nella politica delle visite nel mondo durante la pandemia da Covid-19, e, come illustrato in Tabella X, i benefici e le sfide di queste nuove metodiche utilizzate.

La pandemia da Covid-19 ha costretto gli ospedali, ed in particolar modo le Terapie Intensive, ad una riorganizzazione delle politiche di visita interna. Cinque studi analizzati hanno evidenziato la situazione generale rispettivamente nei vari continenti (il campione ottenuto è rappresentante delle Terapie Intensive di tutti i continenti),(Tabah *et al.* (2022)), in Canada, nel Regno Unito, Italia e in Danimarca, Norvegia e Svezia (Fiest *et al.* (2021); Rose *et al.* (2021); Langer *et al.* (2022); Hanne *et al.* (2021)). Nel mondo, tramite l'analisi condotta da Tabah (2022), che prendeva in considerazione le Terapie Intensive (52% dall'Europa e Asia centrale, 18% Medio Oriente e Nord Africa, 15% da Asia orientale e Pacifico, 7% da America Latina e dai Caraibi, 45% da Africa subsahariana, 3% dal sud Asia

e 2% Nord America), nel periodo antecedente la pandemia, il 20% delle Terapie Intensive avevano visite illimitate per quanto riguarda gli orari, mentre il 6% non consentiva la visita di persona. Nelle Tabelle VII e VIII sono riportate le percentuali relative alle visite sia nel periodo di picco dei ricoveri, sia nel periodo di effettuazione dello studio (marzo e luglio 2021), rispettivamente per i pazienti con Covid-19 e non.

Tabella VII: Percentuali riguardanti la situazione delle politiche di visita nelle Terapie Intensive partecipanti allo studio rispettivamente di pazienti affetti da Covid-19 e non durante l'effettuazione dello studio (marzo e luglio 2021). (Tabah *et al.* (2022))

	Pazienti affetti da Covid-19	Pazienti non affetti da Covid-19
Visite non di persona	84%	55%
Visite di persona per meno di 30 minuti	5%	12%
Visite di persona consentite tra i 30 e i 60 minuti	4%	5%
Visite di persona senza restrizioni negli orari di visita	2%	3%

Tabella VIII: Percentuali riguardanti la situazione delle politiche di visita nelle Terapie Intensive partecipanti allo studio rispettivamente di pazienti affetti da Covid-19 e non durante il picco di ricoveri. (Tabah *et al.* (2022))

	Pazienti affetti da Covid-19	Pazienti non affetti da Covid-19
Visite non di persona	55%	26%
Visite di persona per 30 minuti	14%	21%
Visite di persona consentite tra i 30 e i 60 minuti	11%	13%
Nessuna restrizione oraria	4%	6%

In Canada, prima del Covid-19, le Terapie Intensive aperte 24h erano il 66%, il 12% invece aveva limitazioni di orari o della durata; durante la pandemia le restrizioni, con alcune eccezioni, sono diventate l'86% dei casi, con l'1% delle rianimazioni senza visitatori. Nel periodo denominato "tardo-Covid-19", le Terapie Intensive senza visitatori ma con eccezioni, sono salite a 76% dei casi, con il 2% senza visitatori. Le eccezioni, per entrambi gli studi, riguardavano soprattutto i pazienti durante il fine vita. In generale, sono state trovate regole riguardanti le visite nel 77% dei casi nel periodo pre-Covid; nel 93% durante la pandemia e nell'88% nel tardo-Covid. La limitazione negli orari di visita racchiudeva 5 sottotemi: le ragioni politiche riguardanti la limitazione delle visite, le politiche e le aspettative di visita, eccezioni alle politiche, assistenza centrata sul paziente e sulla famiglia (PFCC) e comunicazione e trasparenza.

Nel Regno Unito, invece, considerando un campione di 182 Terapie Intensive, il 16% degli ospedali che sono stati presi in esame nello studio ha indicato che le visite dei familiari non erano consentite in nessuna circostanza; mentre le restanti Terapie Intensive indicavano una visita limitata in circostanze particolari (63%). Per quanto riguarda i pazienti nel fine vita, sono stati ritenuti non eleggibili per le visite virtuali nel 7% delle Terapie Intensive intervistate.

In Italia è stata condotta un'indagine nazionale tramite web tra 299 Terapie Intensive: di queste, il 60% era dedicato a pazienti COVID-19, il 21% era dedicato ai pazienti senza COVID-19 e il 19% era misto (dedicato ad entrambe le categorie). Di tutti i pazienti, solo il 6% ha ricevuto almeno una visita. La comunicazione con i familiari era garantita tramite l'uso di dispositivi elettronici (è aumentato significativamente l'utilizzo degli stessi $p=0.0001$) ed era indirizzata prevalentemente verso lo stesso familiare. (Langer *et al.* (2022)).

In uno studio trasversale che ha esaminato la situazione in Danimarca, Norvegia e Svezia, il tasso di risposta è stato del 53%. In tutti e 3 i paesi vi erano restrizioni nelle visite (rispettivamente, di seguito, ci sono le percentuali relative, nell'ordine a Danimarca, Norvegia e Svezia): non permettevano le visite nel 9%, 6% e 7%; l'accesso era consentito per i pazienti nel fine vita nel 39%, 33% e 68% dei casi; l'accesso era limitato nel 52%, 61% e 18% dei casi. Nella maggior parte delle Terapie Intensive sono stati utilizzati telefoni, tablet, computer per permettere un contatto video tramite Skype, Facetime, zoom, teams.

Alcune Terapie Intensive in Danimarca e Norvegia utilizzavano solo piattaforme digitali ospedaliere protette. I familiari venivano incitati a scrivere lettere che venivano poi date ai pazienti o ad inviare foto.

Tabella IX: Percentuali relative alle motivazioni nella limitazione delle visite. Fiest K.M.,et al. (2021).

Pre-Covid	Durante/Tardo Covid
Discrezionalità del team sanitario (42%) Tutela privacy e diritti pazienti (24%) Prevenzione infezioni (21%) Evitare distrazioni durante le consegne (6%)	Proteggere gli operatori sanitari (73%) Prevenire la diffusione del COvid-19 (37%) Conservare le risorse (8%)

In generale, le sfide e i benefici principali della riduzione o limitazione nelle visite, sono spiegati in Tabella X.

Durante la pandemia da COVID-19 sono stati implementati diversi approcci dai diversi paesi, per colmare il vuoto della restrizione o totale negazione delle visite di persona (per limitare la diffusione del virus stesso ed i contagi). Tra questi, i più sperimentati sono la telemedicina e l'uso di software appositi per effettuare videochiamate tra i pazienti e i familiari: questi metodi permettono da un lato, la continuità delle cure, fornendo ai pazienti isolati un collegamento con amici e familiari, ma anche per conservare i dispositivi di protezione individuale.

Non sono stati utilizzati solo supporti tecnologici: come dimostrato negli studi di Rose (2021), e Klop (2021) nel Regno Unito su 106 Terapie Intensive prese in considerazione, in 59 è stato istituito un team di comunicazione familiare apposito, composto da infermieri con esperienza in questo reparto (68%) e non (58%), medici, studenti di medicina e volontari; anche nei Paesi Bassi è stato istituito un Family Support Teams (FST), costituito da personale non affiliato alla Terapia Intensiva che ha contattato telefonicamente i parenti. Questo servizio è stato valutato positivamente da quasi tutti gli utenti. Sono stati identificati 4 item principali: 1) i pilastri importanti degli FST (trasparenza sulla situazione del paziente; attenzione per il benessere e le emozioni dei parenti; prevedibilità e certezza), 2) combinare le chiamate quotidiane degli FST con il supporto delle Terapie Intensive, 3) essere un

contatto familiare primario e 4) il ruolo dopo le cure. In generale i familiari si sono dimostrati soddisfatti di questa iniziativa, anche se, essere un contatto diretto primario con il paziente è stato vissuto in maniera ambivalente dai familiari: sia come prezioso che come fardello emotivo. Un aspetto negativo è che in molti casi l'assistenza post cure veniva interrotta precocemente, nonostante i familiari abbiano espresso la necessità di un supporto esteso anche in quel momento.

Tabella X: I principali benefici e le sfide/ostacoli delle videochiamate incontrati nei vari articoli.

Benefici	Sfide/ostacoli	Articolo
Riduzione del disagio psicologico del paziente (78%), miglioramento del morale del personale (68%) e il ri-orientamento dei pazienti con delirium (47%).	Tempo insufficiente del personale, la rapida implementazione della tecnologia di videoconferenza, le sfide associate alla capacità dei membri della famiglia di usare la tecnologia o di avere accesso ad un dispositivo.	Rose L., <i>et al.</i> (2021).
Riduzione del tempo necessario per ottenere una diagnosi e avviare, trattare o stabilizzare un paziente; facilitano il follow up; riducono il movimento delle persone, riducendo al minimo il rischio di infezione intraospedaliera; supportano il coordinamento delle risorse mediche; prevengono il rischio di contagio; aiuta a informare il pubblico in generale.	Fondi sufficienti a supportare l'implementazione, deve esserci un addestramento mirato dei professionisti all'uso degli stessi, devono essere garantite privacy e sicurezza per i pazienti, deve esserci la disponibilità di una rete Wi-Fi e la volontà di pazienti e famiglie di aderire a queste proposte.	Bokolo A., <i>et al.</i> (2021).

	Incapacità di comunicare a causa dello stato del paziente (44%), difficoltà tecniche (35%), mancanza di contatto fisico e presenza fisica (11%) e la frequenza e la chiarezza delle comunicazioni con il team di assistenza (11%).	Sassangohar F., <i>et al.</i> (2020).
	Difficoltà di connessione internet (44%), tempi di attesa (57%), qualità del video (27%), comprensione da parte del paziente di poter fare domande sul follow-up (34%).	Itamura K., <i>et al.</i> (2021)
Utilizzo dell'infrastruttura già esistente (con uno scopo diverso dall'originale), costi bassi, possibilità di comunicazione e supervisione tra il team dei clinici, supporto alle famiglie dei pazienti critici, possibilità di implementare la formazione clinica a letto del paziente.	Impossibilità di comunicazione faccia a faccia tra i clinici di una zona rossa (reparto con pazienti infetti da COVID-19), limitazioni nelle visite. Necessità di mantenere la privacy dei pazienti.	Igra A., <i>et al.</i> (2020)

Possibilità di utilizzare comunque forme alternative di visita per vedere i propri cari.	In alcuni casi non vi è disponibilità di presidi di comunicazione per i pazienti e le famiglie, le barriere linguistiche, la mancanza di familiarità con la tecnologia, le condizioni cliniche del paziente. Per il personale sanitario, le sfide sono identificate nel coordinamento di più familiari, nel monitorare che fossero attuate le misure di prevenzione delle infezioni e la formazione del personale.	Fiest K.M., <i>et al.</i> (2022).
--	--	-----------------------------------

Tre studi hanno messo in luce gli effetti dell'esperienza di visita virtuale nei confronti dei familiari e pazienti. (Itamura *et al.* (2021); Sasangohar *et al.* (2020); Fiest *et al.* (2021)). Nello studio di Sasangohar (2020), l'analisi dei sentimenti è stata condotta utilizzando due metodi: nel primo caso i ricercatori si sono avvalsi del VADER "Valence Aware Dictionary for sentiment Reasoner" (Hutto & Gilbert (2014)), che utilizza un grande campione di parole correlate con la loro polarità nel caso in cui esprimano sentimenti positivi o negativi, e per ciascuna parola è stato attribuito un peso; il secondo metodo, invece, un programmatore ha esaminato ogni risposta, valutando manualmente il contenuto ed etichettandole come negative, neutre o positive per definirne la polarità. Questo ha evidenziato, in un totale di 230 commenti, sentimenti positivi, rispettivamente mediante VADER o manualmente, nell'88.2% e nell'86.8% dei casi, neutrali nel 7.3% e nel 6.8% ed infine negativi nel 4.5% e nel 6.4% dei casi; non ci sono differenze statisticamente significative tra le proporzioni di negativi ($p=0.4$), neutro ($p=0.85$) o positivi ($p=0.66$). Per quanto riguarda le sfide incontrate dai familiari, sono state descritte in Tabella X. Tra i suggerimenti forniti, vi sono l'accesso on demand (51%), migliorare la comunicazione col team di assistenza (17%), migliorare i processi di pianificazione (10%) e miglioramento del sistema di feedback e capacità tecniche (17%) (Sasangohar *et al.* (2020)). La soddisfazione è maggiore nelle visite di persona rispetto a quelle virtuali soprattutto per l'attenzione nell'ascolto ($p < 0.001$) e la quantità di informazioni ottenute ($p < 0.001$). (Itamura K., *et al.* (2021)). Nello studio qualitativo di

Fiest (2021), dall'analisi tematica sono stati individuati 5 temi principali: 1) accettazione della visita ristretta, 2) impatto della visita ristretta, 3) fiducia nel sistema sanitario durante la pandemia, 4) modalità di comunicazione e 5) impatto dell'attuazione delle politiche sulla pratica clinica. Per il primo punto, in generale i familiari e i pazienti hanno compreso che le restrizioni servivano per limitare il contagio da COVID-19 e che il team di professionisti sanitari stesse facendo il massimo nelle loro possibilità. Per quanto riguarda l'impatto di questa tipologia di visite, i familiari si sentivano spesso ansiosi o con sensi di colpa quando descrivevano come si sentivano per non poter visitare il proprio caro in Terapia Intensiva; mentre i medici si definivano spesso angosciati o tristi.

E' stato analizzato se vi fosse una correlazione tra videochiamate e disturbo post-traumatico da stress (PTSD) nei familiari dei pazienti in Terapia Intensiva. Per fare ciò, è stato utilizzato l'Event Scale Revised IES-R (Weiss D.S., Marmar C.R. (1996)), che contiene 22 item composti da 3 sotto scale (evitamento, intrusione e ipereccitazione), con una valutazione da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Si è scoperto che le videochiamate non hanno avuto effetti significativi sui sintomi di PTSD nei familiari. I 91 commenti sulle esperienze dei partecipanti sono stati suddivisi in: informazione/comunicazione, supporto emotivo, aspetti tecnici ed emotivi delle videochiamate. Per il primo punto, ci sono stati 46 commenti: i familiari hanno avuto una buona comunicazione sulle condizioni cliniche del proprio caro; tuttavia, ci sono state anche segnalazioni di informazioni mancanti o tardive; per quanto riguarda il supporto emotivo (27 commenti), vi erano sia aspetti positivi, come il supporto da parte del personale sanitario, l'ascolto delle preoccupazioni, rispondere ai bisogni dei familiari o essere gentili, che negativi, come le restrizioni alle visite. Infine, per il terzo punto, (18 commenti), tra gli aspetti difficili vi erano la scarsa qualità video, mentre, emotivamente, i familiari hanno notato una riduzione della sensazione di impotenza e la sensazione di vicinanza al proprio caro (Zante *et al.* (2022)).

La revisione sistematica di Fernandez-Martinez (2022) si concentra sugli interventi messi in atto per garantire, nelle Terapie Intensive, le cure incentrate sulla famiglia. Per permettere ciò, sono stati utilizzati diversi metodi: l'uso di sistemi di comunicazione, come per esempio, le videochiamate (che consentono anche di visualizzare il paziente e quindi anche il linguaggio non verbale) o telefonate, oppure l'adattamento di risorse già disponibili all'interno delle Terapie Intensive, come le videocamere di sorveglianza o microfoni da camera; gli interventi multidisciplinari; la promozione del coinvolgimento e del sostegno

familiare. Qualsiasi sia il mezzo di comunicazione, essa deve essere diretta, chiara, veritiera e adattata alle caratteristiche di ciascun membro della famiglia. Tra gli interventi multidisciplinari, hanno avuto grande importanza alcune figure che possono fornire supporto non solo a pazienti e familiari, ma anche al team di Terapia Intensiva, come guide spirituali, volontari, psicologi. Le funzioni principali di queste figure sono: supporto o consultazione, alleggerimento del carico di lavoro dei professionisti sanitari e lavoro integrato. Infine, per avvicinare le famiglie e coinvolgerle, è possibile la creazione di gruppi di collegamento tra la Terapia Intensiva e le famiglie, l'utilizzo di turni di visita virtuale e di persona, e l'uso della videoconferenza come alternativa alle visite familiari quando non possibili. Particolare importanza è data alla possibilità, delle famiglie, di poter dare un ultimo saluto al proprio caro. Essendo tutto questo stressante, è importante anche fornire sostegno ed un'identificazione precoce dei bisogni delle famiglie e una prevenzione e diagnosi precoce di possibili disturbi psicologici (possibilità di fornire supporto psicologico).

CAPITOLO 4

DISCUSSIONE DEI RISULTATI E IMPLICAZIONI NELLA PRATICA.

Analizzando i risultati ottenuti tramite la ricerca in letteratura, si denota come, escludendo il periodo di Pandemia da Covid-19, la situazione delle Terapie Intensive nel mondo ed in Italia, si stia delineando verso un'apertura delle stesse.

Innanzitutto, tra le criticità emerse, vi è il fatto che è necessario individuare una definizione di apertura delle visite, che può essere intesa sia come “reparto totalmente aperto” (con possibilità di visita 24h su 24, per tutta la settimana), oppure a fasce orarie, aprendo le porte della Terapia Intensiva per più ore e più volte al giorno. L'apertura delle stesse permette una migliore organizzazione da parte dei familiari, avendo più possibilità di vedere il proprio caro. Inoltre, favorisce l'umanizzazione delle cure.

La letteratura trovata in merito al primo quesito: “ La presenza costante di un familiare o caregiver di un paziente adulto ricoverato in Terapia Intensiva, rispetto alla sua presenza ad orari prestabiliti, aumenta l'umanizzazione delle cure?” è sia di carattere specifico: 12 su 21 studi analizzati contengono informazioni specifiche in merito a chiusura e apertura delle Terapie Intensive, mentre 9 su 21 sono più generali, concentrandosi sugli aspetti umani delle cure o su un particolare dettaglio o conseguenza diretta.

I benefici dell'apertura delle Terapie Intensive sono molteplici: sul piano fisico, le persone ricoverate in questi reparti, in seguito alle visite, sperimentano una riduzione del rischio di delirium e stato confusionale, ma anche del rischio di problematiche cardiache. Avere accanto il proprio familiare riduce l'ansia e lo stress correlato ad una situazione molto delicata. E' utile ricordare che le Terapie Intensive sono reparti dinamici, dove le condizioni cliniche dei pazienti cambiano in maniera repentina ed è utile intervenire tempestivamente: a tal proposito spesso le luci vengono lasciate accese tutto il giorno e tutta la notte; inoltre, sono presenti moltissime apparecchiature elettroniche (dai monitor multi parametrici, ai ventilatori meccanici, alle pompe infusionali) dotate ognuna dei propri allarmi, creando, in un certo senso, una sorta di “confusione acustica”, che spesso può destabilizzare e confondere il paziente. Tutto questo, legato anche alla complessità clinica del malato, rende la rianimazione un reparto ostile anche per i familiari, spesso preoccupati di poter manomettere qualche device, o spaventati dal suono di qualche allarme.

A tal proposito, ci sono vari progetti italiani che permettono, tramite semplici ma efficaci accorgimenti, di rendere meno ostili e freddi questi reparti, uno tra questi è “Intensiva 2.0”, nato grazie alla collaborazione tra SIAARTI, ANIARTI, AAROI-EMAC. Questo progetto è aperto ed in continua evoluzione, ed ha come mission quella di aiutare a ridurre l’ansia e la depressione nei familiari ed il burnout dei professionisti sanitari. Ha avuto inizio nel 2017 e nel 2020 ha coinvolto circa 335 centri partecipanti. Tramite l’adesione, sono disponibili vari materiali (locandine, brochure) che permettono di rendere più chiaro, spiegando in modo semplice, com’è fatto il reparto di Terapia Intensiva e cosa viene svolto al suo interno. Viene spiegato sia da cosa è composta l’unità di cura del paziente, spiegando quali device ci sono e la loro funzione (letto, materasso, ventilatore meccanico, pompe infusionali, monitor, defibrillatore...), chi sono i professionisti che compongono l’équipe di cura e qual è il loro ruolo; i tempi ed i metodi di comunicazione in Terapia Intensiva.

Anche i familiari si dimostrano maggiormente soddisfatti in merito a questa politica di visita, non solo per motivi legati alla logistica (con una maggiore possibilità di visita, chi lavora può organizzarsi meglio), ma anche per i benefici che le visite di persona comportano: riducono ansia e stress, vi è la possibilità di confronto con l’équipe sanitaria, nonché lo scambio di informazioni importanti riguardo al paziente. Inoltre, è possibile, se le condizioni cliniche lo permettono e il familiare esprime il consenso, educare il caregiver ad aiutare il personale in alcune attività di base, come le cure igieniche, l’alimentazione, la mobilitazione passiva, l’idratazione della cute; rendendo così il familiare parte attiva in questo processo di cure in un ambiente in cui, spesso, vi è difficoltà e paura nei familiari, anche solo di toccare il proprio caro.

Nella pratica tutto questo si può tradurre con la possibilità di distribuire, in forma cartacea o tramite QR-code, degli opuscoli informativi o dei video, in cui viene spiegato cosa accade in reparto, come funziona lo stesso, ed alcune informazioni generali. E’ buona prassi l’organizzazione delle visite, per permettere anche ai professionisti sanitari di gestire al meglio il proprio lavoro.

L’utilizzo di camice e dispositivi di protezione, dovrebbe essere limitato a quei visitatori di pazienti con compromissione del sistema immunitario o infezioni; per tutti gli altri, è buona norma l’igiene delle mani. Questi dati sono già presenti in letteratura, ed è stato messo in luce come l’uso di questi dispositivi, quando non necessario, accresca il distanziamento, la

paura e l'angoscia nei familiari, non permettendo una comunicazione efficace e limitando il contatto fisico.

In alcuni studi è stata messa in discussione la presenza dei bambini come visitatori: è interessante come spesso, nelle Terapie Intensive per adulti, la presenza di un minore venga esclusivamente vietata a priori. Con una preparazione adeguata del personale, mettendolo in grado di poter comunicare e spiegare efficacemente al minore la situazione che sta vivendo il familiare, è possibile consentire l'uso delle visite. Sicuramente, è necessaria collaborazione tra équipe e famiglia, nonché il supporto psicologico.

Per quanto riguarda il personale sanitario, se da un lato molti si dimostrano curiosi e aperti verso questa nuova politica di visita, non mancano, dall'altro lato, le preoccupazioni e i timori legati a questa prassi: la paura di venire interrotti durante l'assistenza, il timore di essere giudicati e osservati nella pratica clinica, la riduzione dei tempi di assistenza. E' interessante soffermarsi su questo, poiché molte delle preoccupazioni espresse dai professionisti sanitari, si potrebbero limitare o annullare creando un dialogo empatico e di cura, cercando di spostare l'attenzione da "il familiare produce domande e questo limita il mio tempo di cura" a "anche le risposte ai dubbi e alle domande del familiare sono tempo di cura", in cui si crea una relazione di fiducia. Spesso, infatti, molti dubbi e domande sono legati alla non conoscenza e alla paura. Potersi mettere sullo stesso piano con i caregiver permette di umanizzare e personalizzare le cure, rendendo il familiare non solo un supporto all'assistenza, ma parte integrante di essa.

Ci sono anche degli aspetti negativi da considerare, che fanno parte di tutti i cambiamenti nelle abitudini ormai consolidate: in molti studi che hanno confrontato il prima (chiusura delle Terapie Intensive) con il dopo (la loro apertura), è stato evidenziato un aumento dei livelli di burnout da parte dei professionisti sanitari, in particolare gli infermieri. Questo dato è da collegarsi con il fatto che, sicuramente la presenza dei familiari, in un primo momento può generare stress negli infermieri, ma anche perché spesso non vengono predisposte le informazioni necessarie ai sanitari o non è presente un supporto psicologico. A tal proposito, è utile che ogni professionista, in Terapia Intensiva, si interroghi sulla propria abilità comunicativa: per far ciò, è necessario saper ascoltare, saper gestire i conflitti e facilitare gli incontri. Inoltre, per poter umanizzare le cure, è necessario informare correttamente e puntualmente i familiari sulle condizioni del paziente; significa possedere non solo capacità

tecniche e professionali (che in Terapia Intensiva sono particolarmente richieste), ma anche esercitare un'intelligenza emotiva in grado di gestire i rapporti tramite l'ascolto empatico e attivo.

Per quanto riguarda il secondo quesito di ricerca, ovvero “A causa della pandemia da Sars-Cov 2, in che modo è stato possibile, da parte degli infermieri (tramite strumenti tecnologici e altre non technical skills), umanizzare le cure dei pazienti adulti ricoverati nelle Terapie Intensive chiuse?”, nella letteratura è stato evidenziato come, in generale, quasi tutti i reparti di Terapia Intensiva abbiano messo in atto delle strategie per evitare una chiusura totale del reparto stesso. Tra le più utilizzate ci sono state le videochiamate mediante le classiche piattaforme come Zoom, Meets, Skype, anche se spesso questi sistemi generano alcuni dubbi da parte dei professionisti sanitari (ad esempio, se fossero abbastanza sicuri e se venisse garantita la privacy). Altri, invece, hanno utilizzato dei sistemi software aziendali, oppure creati appositamente per la situazione (come HowRu).

Tra le sfide maggiormente incontrate, da parte dei professionisti sanitari, vi era senza dubbio la gestione delle videochiamate (che si sostituivano alla visita fisica stessa), la garanzia di privacy, sia per l'uso di piattaforme stesse che utilizzano dati sensibili del paziente, sia perché in alcuni casi non è possibile per la persona ricoverata utilizzare in autonomia il device. Altre difficoltà riguardano i mezzi stessi per poter effettuare una videochiamata, non sempre disponibili in tutti i reparti in quantità adatte, o per indisponibilità da parte dei familiari o incapacità nell'utilizzo stesso. I benefici sono che, seppur la visita virtuale non possa sostituire quella fisica e il contatto umano, ha comunque permesso di rendere più umana la degenza in ospedale, basta pensare alle persone che dovevano affrontare il fine vita in solitudine senza poter vedere i propri cari almeno per un ultimo saluto. Tra le eccezioni alla regola della chiusura totale alle visite in Terapia Intensiva, vi è sicuramente l'aspetto del fine vita. In molti studi è stato evidenziato come in questa situazione venisse concessa almeno una visita di persona nei confronti del paziente.

Quanto trovato e analizzato in letteratura e l'esempio delle Terapie Intensive stesse non deve essere fine a se stesso, ma può essere utilizzato come esempio per tutte quelle situazioni di emergenza sanitaria (pandemie ma anche guerre, disastri ambientali) in cui, per un motivo o per l'altro, i rapporti vengono ad interrompersi. Sicuramente, sono da implementare e

migliorare le piattaforme che permettono questi servizi, magari creandone alcune apposite per l'area sanitaria. Inoltre, per rispettare la privacy del paziente, si potrebbero installare dei supporti a letto o muro in modo tale da non aver bisogno della presenza di un operatore sanitario nella stanza di degenza. A livello pratico, è utile fornire informazione al personale sanitario sull'utilizzo dei dispositivi in modo corretto, identificare delle fasce orarie in cui consentire le videochiamate con i familiari, potendo organizzare e gestire il lavoro stesso, identificare i pazienti che necessitano di visite di persona per determinati motivi (repentino cambiamento delle condizioni cliniche, fine vita). E' utile, inoltre, fornire supporto psicologico sia al personale sanitario, sia a pazienti e familiari, per rendere la comunicazione, seppur virtuale, più efficace e la lontananza e il distacco meno pesanti.

Dato che, in contesti emergenziali come quello della pandemia da Covid-19, le relazioni vengono limitate o tagliate del tutto, per ridurre il contagio, è utile creare un "ponte", un legame con la famiglia, con qualsiasi mezzo a disposizione, consentendo al paziente di sperimentare, se lo vuole, la vicinanza dei propri cari per combattere la solitudine.

4.1 Limiti dello studio

Per il primo quesito, non sono stati trovati molti articoli recenti. Per quanto riguarda il secondo quesito (Capitolo 2, 2.1.2), spesso molti studi hanno analizzato più la tematica riguardante i mezzi e le sfide/benefici degli stessi, senza concentrarsi sugli atteggiamenti di umanizzazione delle cure. Non sono stati trovati studi riguardanti le non technical skills utilizzate nel contesto di pandemia da Covid-19.

4.2 Conclusioni

L'apertura delle Terapie Intensive ha un ruolo centrale nell'umanizzazione delle cure, rendendo questi ambienti più a misura "d'uomo". E' necessario sviluppare ancora questa prassi, che, se tuttavia stava portando ad una maggiore apertura delle stesse, ha visto compiere dei passi indietro durante questi anni di pandemia, portando anche quelle Terapie Intensive che erano aperte, ad una regressione verso la chiusura totale o quasi. Sicuramente, in generale, la presenza dei familiari è un aspetto importante nell'umanizzazione delle cure, apportando numerosi benefici. Le sfide riguardano soprattutto una maggior organizzazione del reparto stesso, in modo da non intralciare l'assistenza erogata dal personale sanitario, e la capacità di comunicazione che devono saper mettere in atto infermieri e medici di fronte

alle domande e paure della famiglia. E' necessario rendere questi reparti più vicini alle famiglie e più a loro misura, mediante opuscoli, illustrazioni, spiegazioni, sale dedicate al confronto con l'équipe e la possibilità di stare accanto al paziente in comodità.

Nel contesto di pandemia, seppur le Terapie Intensive hanno visto una loro chiusura, sono stati messi in atto, a livello mondiale, molti interventi per permettere un contatto non fisico, col proprio caro, mediante le visite virtuali. Questi mezzi non sostituiscono la fisicità, ma permettono dignità e umanità alle cure.

E' necessario implementare questi mezzi e ritornare, a poco a poco, alla riapertura di questi reparti, che non significa non avere regole, bensì massima attenzione per i pazienti ricoverati mediante l'utilizzo di alcune semplici regole. Gli infermieri hanno la responsabilità di orientare l'organizzazione verso l'umanizzazione dell'assistenza (Codice Deontologico dell'Infermiere art. 47): l'umanizzazione che passa attraverso l'accoglienza dei bisogni delle persone, siano esse i malati o coloro che li amano.

I risultati raggiunti sono buoni, ma esiste sempre la speranza che chi verrà dopo riuscirà a fare di meglio.

BIBLIOGRAFIA e SITOGRAFIA

Aviles G.C.I., Melis P., Paba S., Pinna MR., & Massidda M.V., (2018). *Indagine sulla percezione dei sanitari in Icu AOU Cagliari sulla "Rianimazione Aperta"*. Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine. doi.org/10.30459/2018-4.

Bokolo, A., et al. (2021). *Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic*. Ir J Med Sci 190, 1–10 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11845-020-02299-z>.

Boscolo Anzoletti A., Buja A., Bortolusso V., & Zampieron A. (2008). *Access to intensive care units: A survey in North-East Italy*. Intensive and Critical Care Nursing (2008); 24, 366-374. doi:10.1016/j.iccn.2008.04.004.

Brauchle M., Nydahl P., Pregartner G., Hoffmann M., & Jeitziner M.M. (2022). *Practice of family-centred care in intensive care units before the COVID-19-pandemic: A cross-sectional analysis in German-speaking countries*. Intensive And Critical Care Nurse 2022; 68. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103139>

Burchardi H. *Let's open the door!* Intensive Care Med (2002 Oct);28(10):1371-1372.

Cappellini E., Bambi S., Lucchini A., & Milanesio E. (2014). *Open Intensive Care Units: A Global Challenge for Patients, Relatives, and Critical Care Teams*. Dimension Critical Care Nursing (2014); 33(4): 181-193. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000052.

Chanchlani G., Arora N., Nasa P., Sodhi K., Bahrani M.J.A., Tayar A.A., Hashmi M., Jaiswal V., Kantor S., Lopa A.J., Mansour B., Mudalige A.D., Nadeem R., Shrestha G.S., Taha A.R., Türkoğlu M., & Weeratunga D. (2022). *Visiting and Communication Policy in Intensive Care Units during COVID-19 Pandemic: A Cross-sectional Survey from South Asia and the Middle East*. Indian J Crit Care Med. 2022 Mar;26(3):268-275. DOI: 10.5005/jp-journals-10071-24091. PMID: 35519910; PMCID: PMC9015923.

Chapman D.K., Collingridge D.S., Mitchell L.A., Wright E.S., Hopkins R.O., Butler J.M., & Brown S.M. (2016). *Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-*

profile intensive care unit. American Journal of Critical Care (2016); 25(1). DOI: <http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2016789>.

Ciufo D., Hader R., & Holly C. (2011). *A comprehensive systematic review of visitation models adult critical care units within the context of patient and family centred care*. Int. J. Evid. Based Healthc (2011); 9: 362-387. doi:10.1111/j.1744-1609.2011.00229.x

Corso M., Battistella C., & Peruzzo C., (2015). *Identificare e soddisfare i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva: uno studio osservazionale*. Scenario 2015; 32(3): 19-27.

Costituzione della Repubblica Italiana, Articolo 32.

Davidson J, et al. (2004-2005). *Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force*. Crit Care Med 2007; 35:2333-48.

De Havenon A, et al. (2015). *A pilot study of audiovisual family meetings in the intensive care unit*. J Crit Care <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.05.027>.

Documento della Camera, (25 Ottobre 2017). *Disposizioni concernenti la realizzazione di reparti di terapia intensiva aperta*. Dossier n° 313 - Elementi per la valutazione degli aspetti di legittimità costituzionale.

Fernández-Martínez E., Mapango E.A., Martínez-Fernández M.C., & Valle-Barrio V. (2022). *Family-centred care of patients admitted to the intensive care unit in times of covid-19: A systematic review*. Intensive and Critical Care Nursing, 70, 103223. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103223>.

Fiest K.M., Krewulak K.D., Jaworska N., Spence K.L., Mizen S.J., Bagshaw S.M., Burns K., Cook D.J., Fowler R.A., Olafson K., Patten S.B., Rewa O.G., Rochweg B., Spence S., West A., Stelfox H.T., & Parsons Leigh J.(2022). *Impact of restricted visitation policies during COVID-19 on critically ill adults, their families, critical care clinicians, and decision-makers: a qualitative interview study. Impact des politiques de visites restreintes pendant la COVID-19 sur les adultes gravement malades, leurs familles, les intensivistes et les décideurs : une étude d'entrevue qualitative*. Canadian journal of anaesthesia = Journal

canadien d'anesthésie, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12630-022-02301-5>.

Fumagalli S., Boncinelli L., Lo Nostro A., Valoti P., Baldereschi G., Di Bari M., Ungar A., Baldasseroni S., Geppetti P., Masotti G., Pini R., & Marchionni N. (2006). *Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial*. PubMed 21;113(7):946-52. PMID: 16490836.

Gianni A. (2008) *Aprire le terapie intensive?* Janus 30:13-16.

Giannini A., Miccinesi G., Prandi E., Buzzoni C., & Borreani C., ODIN Study Group. (2013 Dec.) *Partial Liberalization of visiting policies and ICU staff: a before-and-after study*. Intensive Care Med ; 39(12):2180-2187.

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.

Itamura, K., Tang, D. M., Higgins, T. S., Rimell, F. L., Illing, E. A., Ting, J. Y., Lee, M. K., & Wu, A. (2021). *Comparison of Patient Satisfaction Between Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic and In-person Visits Pre-pandemic*. The Annals of otology, rhinology, and laryngology, 130(7), 810–817. <https://doi.org/10.1177/0003489420977766>.

Jensen, H. I., Åkerman, E., Lind, R., Alfheim, H. B., Frivold, G., Fridh, I., & Ågård, A. S. (2022). *Conditions and strategies to meet the challenges imposed by the COVID-19-related visiting restrictions in the intensive care unit: A Scandinavian cross-sectional study*. Intensive & critical care nursing, 68, 103116. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103116>.

Kapadia F.N., & Pattanaik S.(2022). *Visitors in the Intensive Care Unit in the COVID Era*. Indian J Crit Care Med 2022;26(3):251–252.

Kathleen AS., O'Brien, B. F., Fryday, A. T., Robinson, E. C., Hales, M., Karipidis, S., Chadwick, A., Fleming, K. J., & Davey-Quinn, A. P. (2021). *Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology*

Companies. Journal of intensive care medicine, 36(10), 1130–1140. <https://doi.org/10.1177/08850666211030845>.

Klop H.T., *et al.* (2021). *Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative evaluation study into experiences of relatives*. BMC Health Services Research. 21: 1060. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07095-8>.

Langer, T., Depalo, F.C., Forlini, C. *et al.* (2022). *Communication and visiting policies in Italian intensive care units during the first COVID-19 pandemic wave and lockdown: a nationwide survey*. BMC Anesthesiol 22, 187. <https://doi.org/10.1186/s12871-022-01726-1>.

Marco L., Bermejillo I., Garayalde N., Sarrate I., Margall M.A., & Asiain M.C. (2006). *Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses*. British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care 2006; 11 (1).DOI: 10.1111/j.1362-1017.2006.00148.x.

Medeiros AC., Siqueira HCH., Zamberlan C., Cecagno D., Nunes SS., & Thurow MRB. (2016). *Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit*. (2016); 50(5): 816-822. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600015>.

Melotti R.M., 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.

Milner K.A., Marmo S., & Goncalves S. (2021). *Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A multicentre qualitative study*. Intensive & Critical Care Nursing 2021. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102927>.

Mongardi M., Melotti R., Sonetti S., & Moro M.L. (2008) . *Il rito della vestizione per l'accesso dei visitatori nelle Unità di Terapia Intensiva: revisione della letteratura e indicazioni operative*. Scenario 2008; 25 (3): 30-34.

Nassar Junior A.P., Besen B.A., Robinson C.C., Falavigna M., Teixeira C., & Rosa R.G. (2018). *Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-*

analysis. Crit Care Med 2018; 46: 1175–80.
<https://doi.org/10.1097/CCM.00000000000003155>.

Olsen, K. D., Dysvik, E., & Hansen, B.S. (2009). *The meaning of family members' presence during intensive care stay: a qualitative study*. Intensive & critical care nursing, 25(4), 190–198. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.04.004>.

Pochard F., *et al.* (2009) Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. Journal of Critical Care 20, 90-96. doi:10.1016/j.jcrc.2004.11.004.

Ramaswamy, A., Yu, M., Drangsholt, S., Ng, E., Culligan, P. J., Schlegel, P. N., & Hu, J. C. (2020). *Patient Satisfaction With Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: Retrospective Cohort Study*. Journal of medical Internet research, 22(9), e20786. <https://doi.org/10.2196/20786>.

Rose, L., Yu, L., Casey, J., Cook, A., Metaxa, V., Pattison, N., Rafferty, A. M., Ramsay, P., Saha, S., Xyrichis, A., & Meyer, J. (2021). *Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey*. Annals of the American Thoracic Society, 18(10), 1685–1692. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.202012-1500OC>.

Sasangohar F., Dhala A., Zheng F., Ahmadi N., Kash B., & Masud F. (2021). *Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis*. BMJ. (2021); 30:715-721. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011604>.

Savino S., Savaroni P., Gambale G., & Calderone B., (2012). *The quality of care in closed and open ICU: the voice of patients*. Scenario (2012) 29 (1): 15-20.

SIAARTI, ANIARTI, AAROI-EMAC (2017). *Intensiva 2.0*. Disponibile in: <https://www.intensiva.it> [10 Ottobre 2022].

Tabah., *et al.* (2022). *Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: the COVISIT international survey*. Journal of Critical Care. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154050>.

Thompson D.R., Hamilton D.K., Cadenhead C.D., Swoboda S.M., Schwindel S.M., Anderson D.C., Schmitz E.V., St Andre A.C., Axon D.C., Harrell J.W., Harvey M.A., Howard A., Kaufman D.C., & Petersen C. (2012 May). *Guidelines for intensive care unit design*. Crit Care Med. 40(5):1586-600. PubMed PMID: 22511137.

Villa L., Terzoni S., Galazzi A., & Destrebecq A. (2016). *The family needs of the patient admitted in ICU (Open Vs Closed)*. SCENARIO. 33. 16-21.

Whitton S., & Pittiglio L.I. (2011). *Critical Care Open Visiting Hours*. Critical Care Nursing (2011); 34(4): 361-366. DOI: 10.1097/CNQ.0b013e31822c9ab1.

Zante B., Erne K., & Jeitziner M.M. (2022). *Video calls did not reduce PTSD symptoms in relatives during restricted ICU visits in the COVID-19 pandemic*. Nature (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18616-8>.

Zupanets I.A., Dobrova V., Ratushna K., & Silchenko S.O., (2018). *Introduction of open visiting policies in intensive care units in Ukraine: policy analysis and the ethical perspective*. Asian Bioethics Review (2018) 10: 105-121. <https://doi.org/10.1007/s41649-018-0057-9>.

ALLEGATI

In questa sezione sono presenti quattro tabelle che illustrano, in sintesi, quanto ricercato in letteratura, come descritto nel capitolo 2 e nel capitolo 3.

Nel caso in cui, cercando nelle varie banche dati le parole chiave, siano stati trovati dei documenti ma non ve ne sia stato selezionato alcuno, è perché i documenti non rispecchiavano le tematiche analizzate in questa revisione.

Tabella III, selezione degli studi per il primo quesito di ricerca. (Capitolo 3)

Banche dati	Parole chiave	Nr. documenti trovati	Nr. documenti selezionati	Data ultima ricerca effettuata
National Guideline Clearinghouse	Open ICU Humanization of care	391	0	26/09/2022
RNAO	Open ICU Close ICU Humanization of care	0	0	1/10/2022
SNLG ISS	Open ICU Humanization of care	0	0	1/10/2022
NICE accredited	Open ICU Humanization of care	1	0	1/10/2022
CINAHL	Open ICU Humanization of care	0	0	5/10/2022
Cochrane Library	Open ICU Humanization of care	21	0	5/10/2022
Pubmed (National Library of Medicine)	Open ICU Close ICU Humanization of care	244	21	27/09/2022

Scopus	Open ICU Humanization of care	0	0	22/09/2022
Trip database	Adult patient Open ICU Close ICU Humanization of care	56	0	7/09/2022

Tabella IV, selezione degli studi per il secondo quesito di ricerca. (Capitolo 3)

Banche dati	Parole chiavi	Nr. documenti trovati	Nr. documenti selezionati	Data ultima ricerca effettuata
National Guideline Clearinghouse	Covid-19 AND Humanization AND technology	0	0	23/09/2022
RNAO	Covid-19 AND Humanization AND technology	0	0	7/10/2022
SNLG ISS	Covid-19 AND Humanization AND technology	0	0	7/10/2022
NICE accredited	Covid-19 AND Humanization AND technology	0	0	7/10/2022
CINAHL	Covid-19 AND Humanization AND technology	0	0	22/09/2022
Cochrane Library	Covid-19 AND Humanization AND ICU	5	0	23/09/2022
Pubmed (National	Covid-19 AND Humanization	126	11	22/09/2022

Library of Medicine)	AND technology Covid-19 AND Humanization AND close icu	4	3	27/09/2022
Scopus	Covid-19 AND Humanization AND technology			22/09/2022
Trip database	Covid-19 ICU Technology Humanization Operatore Booleano AND	5	0	23/09/2022

Tabella V: Articoli selezionati in letteratura per il quesito 2.1.1.

In questa tabella verranno utilizzate le seguenti abbreviazioni: TI (Terapia Intensiva), pz (paziente/i).

Autore/Anno/Rivista/ Titolo	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati principali
Fumagalli S., <i>et al.</i> (2006). <i>Circulation. Reduced Cardiac Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit</i>	Sperimentale di tipo RCT (Trial pilota randomizzato).	Confrontare le complicanze associate a politiche di visita non restrittive (con un singolo visitatore e con durata della visita scelta dal paziente) con quelle restrittive (unico visitatore per 30 minuti due volte al giorno).	Un totale di 226 pz, escludendo chi presentava: severe alterazioni dello stato di coscienza, delirium o problematiche cognitive (Mini Mental State examination con un punteggio <21), psicosi maggiori con richiesta di trattamento farmacologico, degenza minore di 24 ore, trasferimento ad un altro reparto, riammissioni. Del totale, 115 sono stati ammessi randomicamente nelle visite aperte, 111 in quelle restrittive.	Alternanza di 2 mesi in cui vi erano politiche di visite aperte e restrittive, per un totale di 6 periodi di 2 mesi per ogni politica, per 2 anni. Nelle politiche di visita restrittiva le visite erano ammesse per un solo visitatore per 30 minuti/2 die (14.00-14.30 e 19.00-19.30). Nelle visite non restrittive, il nr e la durata delle visite erano scelte sulle preferenze del pz. I visitatori dovevano indossare in entrambi i casi calzari e camice e igienizzare le mani. Raccolta di dati riguardo la contaminazione batterica, complicanze settiche e cardiovascolari, profilo emozionale e risposta agli ormoni dello stress.	L'aria nella TI con politiche di visita restrittive era meno contaminata da batteri, mentre quella delle stanze era simile nei due periodi. Le superfici, invece, erano rispettivamente colonizzate da batteri nel periodo non restrittivo, mentre da funghi in quello restrittivo. Nonostante ciò, si è visto che applicare una politica di visite non restrittiva non è pericoloso in termini di complicanze settiche; inoltre, sono stati notati effetti benefici in termini di riduzione di complicanze cardiovascolari. I risultati suggeriscono che i benefici sono descritti come un minore livello di ansia associata ad un profilo ormonale migliore.

<p>Aviles G.C.I., <i>et al.</i> (2018). Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine. <i>Indagine sulla percezione dei sanitari di Icu AOU Cagliari sulla "Rianimazione Aperta"</i>.</p>	<p>Qualitativo.</p>	<p>Conoscere le opinioni del gruppo di lavoro della TI dell'Ospedale Universitario di Cagliari in relazione al nuovo modello organizzativo, istituendo un confronto tra le TI a modello aperto e chiuso, ed effettuare interventi contestualizzati per favorire l'introduzione di questo modello (rianimazione aperta).</p>	<p>3 medici (2 donne e 1 uomo), 5 infermieri (4 donne e 1 uomo) e 2 operatori socio sanitari (2 donne). I criteri di reclutamento erano:</p> <ul style="list-style-type: none"> - arruolamento tramite mail - partecipazione volontaria previo consenso informato. <p>Criteri di inclusione: operatori sanitari che lavorano esclusivamente nel reparto di rianimazione della AOU Cagliari.</p>	<p>Analizzare i dati tramite registrazione audio, mentre un altro ricercatore osservava il linguaggio verbale e non. La domanda iniziale posta dal conduttore era "Che cosa intendi per rianimazione aperta?". Dopo ciò, veniva fatta leggere la brochure informativa sul modello della rianimazione aperta, ponendo poi le seguenti domande: "quali criticità ritieni possano esserci con questa organizzazione?" e "Quale maggiore vantaggio ritieni possa esserci con questa organizzazione?". Successivamente vi sono state 5 fasi: immersione nei dati (familiarization), identificazione di una cornice tematica (identifying a thematic framework), codificazione (indexing), costruzione delle tabelle di mappatura e interpretazione dei dati (mapping and interpretation).</p>	<p>Il tema principale nelle risposte degli intervistati ruota attorno al tema della relazione assistenziale, concentrando le attenzioni sull'apertura al pubblico della TI. Medici e infermieri hanno rilevato che la presenza di una persona cara eserciti un effetto positivo, se non propriamente terapeutico, sulla persona ricoverata in TI. Tra gli aspetti positivi vi è la diffusa convinzione che la presenza dei familiari rappresenti uno stimolo positivo sensoriale per il pz e promuove un ambiente sereno attorno allo stesso. Tra gli aspetti critici o negativi, vi sono il timore di possibili conflitti tra il personale sanitario e i familiari dovuti alle possibili interruzioni ed intralcio, ma anche il timore di un eccesso di controllo sulle attività svolte dall'operatore, che potrebbe rendere difficile lo svolgimento delle stesse. Le proposte, per ridurre ciò, sono la formazione e la gestione</p>
--	---------------------	---	---	--	---

					dei conflitti, l'apertura graduale della TI, la disponibilità di spazi fisici per i familiari e la presenza di uno psicologo a supporto dei familiari ed operatori.
Villa L., <i>et al.</i> (2016). Scenario. <i>The family needs of the patient admitted in ICU (Open vs Closed).</i>	Revisione della letteratura.	Rilevare i bisogni dei familiari dei pz in TI, confrontando le differenze emerse tra quelle aperte (nessun limite di orario, compatibilmente con le attività di reparto) e chiuso (orario rigido di ricevimento dei parenti). Tra quelli secondari, vi sono il grado di associazione tra alcune variabili socio-demografiche con il modificarsi dei bisogni.	Selezione di 5 ospedali, con un totale di 8 Ti (5 aperte, 3 chiuse), di cui 3 generali, 2 neurochirurgie e 3 post-operatorie. Vi è un campione di convenienza con parenti di età >18 anni, in grado di comprendere l'italiano, di pz ricoverati >36h. Criteri di esclusione: pz pediatrici, pz incapaci di intendere e volere, familiari con limitazioni cognitive o in stato di shock emotivo. Totale di 66 questionari: 42 donne, 24 maschi, età mediana 50 anni.	Somministrazione del Critical Care Family Needs (CCFNI), insieme a delle spiegazioni per la compilazione. E' uno strumento valido per rilevare i bisogni dei familiari dei pz di TI. E' composta da 45 items che il compilatore contrassegna usando una scala sommativa Likert da 1 a 4 (1= non importante, 4= molto importante). Necessario il consenso informato.	Sono stati selezionati i bisogni con un range > a quello della mediana. Per individuare i dati rappresentativi, sono state individuate le domande con punteggi superiori al 3° quartile. In totale sono stati ottenuti 12 bisogni: percepire che i sanitari curano il pz, conoscere esattamente cosa è stato fatto per il pz, ricevere giornalmente info, ricevere spiegazioni comprensibili, parlare con i medici ogni giorno, conoscere l'esito atteso, essere chiamati telefonicamente, ottenere risposte sincere, parlare del rischio di morte, conoscere i dettagli rispetto ai progressi del pz, essere rassicurati che riceva la migliore assistenza, avere orari di visita flessibili. Sono da implementare e

					sostenere i modelli assistenziali aperti.
Pochard F., <i>et al.</i> (2005). <i>Journal of Critical Care</i> . 20; 90-96. <i>Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study.</i>	Analitico longitudinale tipo prospettico multicentrico .	Identificare e determinare i sintomi di ansia e depressione per aiutare i caregivers e supportare le famiglie dei pz soprattutto quando la morte è imminente.	126 TI Francesi secondo 3 criteri: pz adulti ricoverati in TI, pz devono avere più di 2 medici curanti, TI deve avere più di 6 posti letto. Di queste hanno aderito 78 TI, di cui 48% di medicina e chirurgia, 40% mediche, 12% chirurgiche. Pz esclusi se deceduti entro 48 h, pz che non hanno ricevuto visite entro 5 gg dal ricovero e membri della famiglia che si sono rifiutati di partecipare.	Completare la scala dell'ansia e depressione dell'ospedale il giorno della morte del loro caro o il giorno in cui veniva dimesso il pz. La scala valutava la prevalenza di potenziali fattori di rischio associati a sintomi di ansia e depressione.	Dei 357 pz presi in considerazione, 544 membri della famiglia hanno completato la scala per la depressione e l'ansia dell'Ospedale. I sintomi di ansia e depressione sono stati trovati rispettivamente, nel 73.4% e nel 35.3% dei membri della famiglia. Il 75,5% dei membri della famiglia e l'82.7% dei coniugi presentavano segni di ansia o depressione (p: 0,007). I sintomi della depressione erano più prevalenti nei familiari dei non sopravvissuti (48.2%) rispetto ai sopravvissuti (32.7%) (p:0,008). In qualsiasi caso, la prevalenza dei sintomi di ansia e depressione rimane elevata alla fine della degenza in TI, qualsiasi sia la diagnosi e la prognosi dei pz.
Giannini A., <i>et al.</i> (2013). <i>Intensive Care</i>	Analitico.	Indagare il possibile distress	8 TI Italiane che stavano per aumentare l'orario di	Scelta di una sola fascia oraria per la visita e	Tasso di risposta basale dell'89% (230/258); 198

<p>Medicine. <i>Partial liberalization of visiting policies and ICU STAFF: a before and after study.</i></p>		<p>psicologico nello staff dopo la parziale liberalizzazione delle politiche di visita in TI. Valutare il parere di medici e infermieri riguardo alla liberalizzazione delle TI.</p>	<p>visita giornaliero ad almeno 8 ore, cioè un aumento minimo di quattro volte rispetto agli orari di visita precedenti e circa 8 volte il tempo di visita giornaliero in TI in Italia al momento dello studio.</p>	<p>organizzazione di una formazione specifica per prepararsi al cambiamento. Compilazione del Maslach-Jackson Burnout Inventory (MBI), composto da 22 item compilabili per determinare la severità della sindrome di burnout, esplorando esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale; e dello State Trait Anxiety Inventory (STAI) prima del cambiamento della politica di visite (T0), dopo 6 mesi (T1) e dopo 12 mesi (T2). Quest'ultimo è fatto da 40 item in cui si sceglie fra 4 risposte per misurare l'ansia di stato e di tratto. I punteggi vanno da 20 a 80.</p>	<p>soggetti hanno risposto a T0 e T2, 184 a tutte e 3 le fasi. Sono stati riscontrati alti livelli di burnout nel 34.5% dei partecipanti a T0 e 42.6% a T2 ($p=0.001$). Tutte le fasi mostrano una predominanza di alti livelli di burnout tra gli infermieri ($p=0.002$). I punteggi di ansia di stato e di tratto sono rimasti stabili ($p=0.100$ e $p=0.288$). Molti hanno notato un cambiamento in positivo a T0 e T2. A T2, 129 partecipanti hanno commentato (180 positivamente, 139 negativamente), tra questi, chi ha commentato negativamente ha una maggiore predisposizione ad alti livelli di burnout. Il commento positivo riscontrato più spesso riguarda l'effetto benefico sul pz dovuto alla riduzione del distress psicologico (24% dei commenti). Tra gli altri commenti frequenti vi erano la riduzione del disagio per la famiglia (20%) e una migliore relazione tra familiari e lo staff (21%). L'apertura delle TI è</p>
--	--	--	---	---	--

					<p>stata accompagnata dopo un anno da un piccolo, ma significativo, incremento della percentuale, in particolare infermieri, del livello di burnout. La maggior parte dello staff della TI vede nel modello aperto un elemento positivo, mantenendolo anche un anno dopo. Nel complesso i medici si sono mostrati più favorevoli a questa politica rispetto agli infermieri. Inoltre, l'apertura ha migliorato le relazioni e la comunicazione con le famiglie, con maggiore fiducia da parte loro.</p>
<p>Corso M., <i>et al.</i> (2015). Scenario, 32 (3) 19-27 <i>Identificare e soddisfare i bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva: uno studio osservazionale.</i></p>	<p>Osservazionale.</p>	<p>Identificazione dei bisogni dei familiari dei pz in TI e il loro grado di soddisfazione.</p>	<p>I criteri di inclusione sono stati: la presenza di un pz ricoverato da almeno 24h e la maggiore età del familiare/amico/caregiver. Degli 84 pz ricoverati, 64,3% sono stati eleggibili perché corrispondevano al limite di permanenza di almeno 24 h. Di questi, 38 sono di sesso maschile, mentre 16 sono donne.</p>	<p>Identificazione di 3 quesiti di ricerca: Nella realtà indagata, quali sono i bisogni percepiti dai familiari dei pz ricoverati in TI che vengono ritenuti più importanti dai familiari stessi? In che misura questi bisogni vengono soddisfatti dallo staff assistenziale? Quali sono le strategie per migliorare il grado di soddisfazione per i bisogni</p>	<p>I bisogni dei familiari vengono soddisfatti dall'équipe. Tra i più importanti, vi sono quelli che appartengono alle aree della rassicurazione e dell'informazione; mentre, quello meno importante riguarda il comfort dei familiari, antepoendo l'interesse per il congiunto (è ragionevole pensare che questo derivi dal fatto che il</p>

			<p>La degenza media dei pz selezionati è di 5.9 giorni; età media di 65 anni.</p> <p>Per quanto riguarda i familiari, delle 80 persone individuate, il 75% ha riconsegnato il questionario compilato, mentre il restante 25% non ha partecipato all'indagine. La maggior parte di essi è di sesso femminile, con età compresa tra i 20 e 72 anni e una media di 44 anni. Più della metà del campione ha frequentato la scuola media e il maggior numero dei visitatori è rappresentato da figli/e.</p> <p>Il 70% dei visitatori non ha avuto precedenti esperienze in TI; il 73.3% non vive col pz.</p>	<p>che, dall'analisi dei dati, risultano meno soddisfatti? La raccolta dei dati è stata eseguita tramite la somministrazione di un questionario validato: il Critical Care Family Needs Inventory (questionario sui bisogni della famiglia nell'ambito delle cure critiche), composto da 34 item.</p> <p>I bisogni sono suddivisi in 5 gruppi: informazione, supporto emotivo, vicinanza al paziente, assicurazione e comfort.</p> <p>Richiesto il consenso informato.</p> <p>La significatività statistica è stata assunta per valori di $p < 0.05$.</p>	<p>questionario è stato somministrato nei primi giorni di ricovero, dove lo stress emotivo e l'ansia non permettono ai familiari di concentrarsi su sé stessi).</p> <p>Sono state trovate relazioni significative per il bisogno: "avere orari di visita ripartiti durante la giornata", ritenuto maggiormente importante dalle donne; il bisogno "sentire che c'è speranza", è stato soddisfatto maggiormente dagli uomini.</p> <p>La restrizione degli orari di visita impedisce vicinanza e tende ad escludere la componente familiare che si sente così trascurata.</p>
<p>Savino S., et al. (2012) Scenario 29 (1): 15-20 <i>The quality of care in closed and open ICU: the voice of patients.</i></p>	<p>Osservazionale.</p>	<p>Valutare la percezione sulla qualità dell'assistenza fornita in TI, sia prima sia dopo l'apertura del</p>	<p>113 pz di TI in Emilia Romagna: 68 quando il reparto aveva una politica di visita chiusa, 45 quando è stato aperto. I due gruppi di pz sono simili per caratteristiche</p>	<p>Intervista effettuata 4-5 gg dopo la dimissione dalla TI nei reparti ospedalieri dello stesso presidio per permettere di avere un minimo di lucidità e distanza emotiva.</p>	<p>I ricordi, sono stati suddivisi in fatti illusori, sensazioni provate e fattori concreti. In entrambi i gruppi, i pz ricordano soprattutto fattori concreti e sensazioni provate: voci, facce e dolore per i pz</p>

		<p>reparto stesso, per verificare l'impatto di tale cambiamento organizzativo sulla percezione dei pz. Raccogliere l'opinione dei pz e dei familiari sulla qualità dell'assistenza fornita, sia prima che dopo l'apertura del reparto.</p>	<p>socio-anagrafiche e cliniche e si possono ritenere confrontabili. Età media 64.6 anni nel primo gruppo, 68 nel secondo.</p>	<p>Elaborazione di 2 strumenti per raccogliere i dati clinici (data ingresso e trasferimento, nome reparto trasferimento, tipologia e motivo ricovero, indicatori di severità della patologia e terapia eseguita) ed un questionario per valutare la qualità delle cure ricevute in TI con le opinioni sulle componenti dell'assistenza in ospedale. E' composto da 50 domande chiuse, divise per tematiche, più uno spazio libero per raccogliere suggerimenti.</p>	<p>della prima indagine; buio, ansia/paura, allarmi, luce, voci e familiari per i pz della seconda. Per quanto riguarda i fattori di disagio, nel primo gruppo prevalgono il dolore, il tubo endotracheale, l'impossibilità di muoversi; nel secondo gruppo il rumore, il sonno disturbato, le attività mediche e la paura. L'apertura della TI sembra quindi aumentare il disagio dovuto direttamente o indirettamente alle attività mediche e alla presenza di più persone. Tra i fattori di sollievo, quello principale è la presenza costante degli operatori. Nel secondo gruppo, però, emerge anche la presenza dei familiari come elemento di rassicurazione, le informazioni ricevute, la vicinanza e il supporto emozionale; mentre diminuisce la forza delle competenze degli operatori e quella della pulizia e dell'igiene personale. Complessivamente i pz sono soddisfatti del servizio</p>
--	--	--	--	--	---

					ricevuto in TI; i ricoverati della seconda indagine sono nettamente più soddisfatti degli altri. Alla fine dell'intervista è stato chiesto di ordinare per importanza dei fattori che riguardano l'assistenza. In comune per entrambe le indagini vi sono il personale medico e infermieristico. Ma, mentre per il primo gruppo seguono l'ambiente, il tempo di visita dei familiari, la terapia del dolore e la privacy, nel secondo gruppo (dopo l'apertura delle visite), gli aspetti, in ordine, sono: tempo di visita dei familiari, terapia del dolore, privacy e ambiente.
Mongardi M., <i>et al.</i> (2008) Scenario, 25 pg 30-34 <i>Il rito della "vestizione" per l'accesso dei visitatori nelle Unità di Terapia Intensiva: revisione della letteratura ed indicazioni operative.</i>	Revisione della letteratura.	Valutare se la vestizione o svestizione dei familiari comporta dei benefici nell'assistenza al pz.	TI. Inclusi gli articoli pubblicati nella fascia 1998-2007, in qualsiasi lingua e qualsiasi fascia d'età. Totale di 11 studi selezionati (1 revisione sistematica, che includeva solo studi controllati randomizzati e quasi randomizzati in TI	Formulazione di 2 quesiti di ricerca: "Le misure restrittive attualmente impiegate presso molte unità di TI per l'accesso ai visitatori sono sostenute da prove di efficacia?"; "Altri operatori sanitari che accedono alle TI devono adottare le misure	Non vi è evidenza scientifica a supporto della vestizione dei visitatori, tranne per i parenti di pz affetti da malattie infettivo-contagiose o pz immunocompromessi. Non influenza il tasso di infezioni correlate all'assistenza. Le misure evidenziate per il controllo del rischio infettivo,

			<p>neonatale o nel nido, e 10 articoli originali sulla popolazione adulta, anche se nessuno di questi riportava il confronto tra modalità di vestizione e impatto sull'incidenza di infezioni, mentre 3 articoli riportavano i risultati di indagini conoscitive sulle pratiche di vestizione di TI di paesi europei.</p>	<p>precauzionali che adottano i familiari dei pz oppure per loro si devono adottare comportamenti diversi?''.</p>	<p>sono: accurata igiene delle mani sia per visitatori che operatori sanitari; educare la famiglia che accede in TI poiché raramente si considera potenziale veicolo di trasmissione di patogeni; evitare di accedere se si hanno disturbi influenzali; gli orari delle visite e la durata dipendono da questioni organizzative; gli operatori sanitari esterni devono rispettare le procedure di prevenzione delle infezioni (igiene delle mani, cambio divisa se sporca o contaminata, uso dispositivi di protezione se si devono mettere in atto alcune procedure).</p>
<p>Olsen K.D., <i>et al.</i> (2009) <i>Intensive and Critical Care Nursing</i> 25, 190-198 <i>The meaning of family members' presence during intensive care stay: A qualitative study.</i></p>	<p>Osservazionale descrittivo.</p>	<p>Ricerca per i pz, da chi volessero ricevere visite. Indagare come i pz hanno sperimentato la presenza dei membri della loro famiglia mentre vivevano situazioni critiche e</p>	<p>TI Ospedale Universitario Norvegese, con 12 posti letto. Campione di 11 pz, 4 donne e 7 uomini, età compresa tra 19 e 69 anni. Criteri di inclusione: età tra 18 e 70 anni; periodo di sedazione; trattamento con un ventilatore per più di 24h. Esclusione pz con</p>	<p>Richiesta del consenso informato. Intervista con domande aperte derivanti da intervista guidata semistrutturata, composta in 2 parti: nella prima veniva richiesto cosa ricordavano delle visite, se gli era stato detto qualcosa riguardo le visite ricevute,</p>	<p>Molti dei partecipanti non avevano memoria immediata o in piccola parte, riguardo il ricovero. La presenza di un familiare ha rappresentato un importante supporto, anche se alcuni tra i pz non ricordano l'esperienza in reparto, davano per scontato che i loro familiari fossero stati</p>

		vulnerabili.	malattie croniche dipendenti nelle ADL, riduzione della salute dopo il ricovero in TI.	e da chi sono state fatte le visite; e se preferivano la visita di qualcuno; nella seconda è stato chiesto se la presenza della famiglia influenzasse il disagio e il dolore, la capacità di dormire, rilassarsi, possibili sogni o allucinazioni, la motivazione a svegliarsi e l'orientamento nella realtà. E' stato chiesto cosa pensassero della presenza del familiare durante la malattia e chi ha ricevuto informazioni sullo stato di salute; inoltre, se era soddisfatto e cosa può essere migliorato riguardo le visite in TI.	presenti. Questo è stato percepito come premuroso e con un senso di appartenenza. Questo studio ha mostrato l'importanza, per i pz ricoverati in TI, soprattutto per chi è incosciente o non in grado di decidere per sé stesso, di avere accanto solo i membri più stretti della famiglia, come i loro compagni, figli o amici stretti. Inoltre, la ricerca evidenzia come le visite abbiano diverse funzioni, in primis di sostegno, ma anche come livello di stress, soprattutto per quanto riguarda la comunicazione. La durata delle visite, da quanto emerge in questo studio, non è stata considerata un fattore importante; è stata, invece, richiesta più flessibilità.
Milner A.K., <i>et al.</i> (2021) <i>Intensive & Critical Care Nursing. Implementation and sustainment strategies for open visitation in the intensive care unit: A</i>	Qualitativo multicentrico	Documentare le barriere e le strategie per implementare e sostenere la visita aperta nella TI per adulti negli Stati	68 ospedali Magnet e 32 Pathway to Excellence con visita aperta nelle TI per adulti. Sono stati individuati 40 indirizzi mail di infermieri in posizioni di leadership; di	Colloquio orale telefonico semi-strutturato. Le domande erano: "Qual è il tuo ruolo in questo ospedale? Da quanti anni hai visite aperte in TI per adulti? Hai visite aperte in	Sono state identificate delle barriere in 3 fasi: pre-attuazione della visita aperta, attuazione della visita aperta e sostegno della visita aperta. Durante la prima fase, le barriere principali identificate

<p><i>multicentre qualitative study.</i></p>		<p>Uniti, sperimentate dalla dirigenza infermieristica.</p>	<p>questi hanno accettato 19 dirigenti infermieristici di 15 ospedali.</p>	<p>tutte le tue TI per adulti? Se no, quali sono le differenze? Descrivi come hai implementato la visita aperta in TI per adulti. Come hanno risposto i diversi membri del personale alla politica di visita aperta? (Ricordi la reazione degli infermieri? Ricordi la reazione dei medici? Ricordi la reazione degli assistenti sociali? Altre discipline?) Ci sono stati ostacoli o sfide affrontate durante l'attuazione? Se sì, quali pensi fossero le ragioni di queste barriere o sfide? Quali strategie sono state utilizzate per superare queste barriere? Cosa ha avuto successo durante l'implementazione? Cosa ha avuto successo durante il sostegno? Hai un processo di miglioramento delle qualità per monitorare l'adesione alla politica di visita aperta? Se sì,, descrivi il processo di miglioramento della qualità</p>	<p>sono gli atteggiamenti infermieristici negativi, percepiti come "resistenza" da parte degli stessi verso questa politica di visita. I dubbi principali, erano la capacità di erogare assistenza e cure di alta qualità ai pz critici con visitatori presenti. Per superare ciò, hanno identificato 2 mezzi possibili: empatia e Evidence Based Practice. Nella fase di attuazione della visita aperta, la barriera più spesso segnalata riguarda gli atteggiamenti negativi degli infermieri verso la famiglia, poiché preoccupati di possibili interferenze con la loro attività di cura. La soluzione potrebbe essere quella di promuovere una pratica basata sull'evidenza. Nella fase di sostegno, le barriere individuate sono quelle cliniche, ovvero situazioni accettate in cui la visita è sospesa, per esempio durante la stagione influenzale; e quelle non cliniche: ovvero, delle</p>
--	--	---	--	---	---

				Hai ulteriori idee o pensieri per l'implementazione e sostegno alla visita aperta in TI per adulti?	modifiche alla TI, come la chiusura delle porte del reparto, le discrezioni dei vari infermieri in turno, la sicurezza e gli spazi familiari. Per promuovere ciò, si possono fornire spazi familiari per collegare visitatori e l'ambiente di TI.
Nassar J.P.A., <i>et al.</i> (2018) <i>Critical Care Medicine. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis.</i>	Revisione sistematica della letteratura e metanalisi.	Sintetizzare i dati sugli esiti relativi a pz, familiari e professionisti sanitari in TI, confrontando politiche di visita flessibili e restrittive in TI.	16 studi selezionati, 7 sono stati meta-analizzati. La maggior parte degli studi è stata valutata come a rischio moderato di bias. Sono stati inclusi quelli che hanno soddisfatto i seguenti criteri: confronto tra le politiche di visita flessibili e restrittive in TI; valutazione di almeno uno dei seguenti risultati: esiti correlati al pz (mortalità in TI, infezioni acquisite in reparto, delirio, durata della degenza in TI, durata della ventilazione meccanica, necessità di sedativi, ansia, depressione e soddisfazione); esiti relativi ai familiari: ansia,	Ricerca in banca dati con l'uso, nelle stringhe di ricerca, dei termini "Terapia Intensiva", "visite", uniti dall'operatore booleano AND.	10 studi avevano un disegno di studio prima e dopo, con l'introduzione di un modello di visita flessibile. La durata delle visite variava da 1 a 9 ore nel modello restrittivo e da 105 minuti a 245 ore nel modello flessibile. Lo studio più ampio ha suddiviso la politica delle visite in meno di 2, tra le 2 e le 6 e maggiori di 6, ma ai fini delle analisi sono state considerate le visite familiari restrittive quelle di durata inferiore o uguale alle 6 ore di visita e le visite familiari flessibili quelle di durata superiore a 6. 10 studi hanno valutato i risultati relativi al pz, 8 mostrano, invece, risultati legati alla famiglia; 5 studi,

			depressione, disturbo post traumatico da stress (PTSD) e soddisfazione; risultati professionali in TI : burnout, carico di lavoro e soddisfazione.		relativi al personale in TI. I risultati relativi al pz sono stati 2, che hanno valutato la frequenza di delirio, su un totale di 354 pz. Solo uno studio ha valutato la soddisfazione del pz per le politiche di visita flessibili rispetto a quelle restrittive. I risultati che hanno tenuto conto della soddisfazione della famiglia sono 9: in 8 è aumentata grazie alle visite flessibili. Infine, solo uno studio ha indagato la sindrome di burnout tra i professionisti della TI, mostrando che questo incrementa con la flessibilità nella politica di visite.
Brauchle M., <i>et al.</i> (2022) Intensive & Critical Care Nursing. <i>Practice of family-centered care in intensive care units before the Covid-19-pandemic: A cross-sectional Analysis in German-speaking countries.</i>	Osservazione analitico trasversale.	Fornire approfondimenti sulle politiche di visita e sulle pratiche di assistenza incentrate sulla famiglia con particolare attenzione ai bambini come visitatori nelle unità	Totale partecipanti 385 medici di TI: 280 di TI per adulti, 21 da quella mista, 79 da quella pediatrica (età 0-17 anni) e 5 persone non hanno fornito queste informazioni.	Consenso informato. Somministrazione questionario tramite mail in lingua inglese, composto da 27 domande: 7 racchiudevano dati metrici (nr. di posti letto ospedalieri...), 2 hanno studiato strutture e processi, 2 comprendevano valutazioni dell'attuazione di 10 e 8 elementi, 2	Le TI senza restrizioni di visite erano aperte 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, e rappresentavano il 36.3% di tutte le risposte, con una percentuale significativa più alta di TI aperte in ambito pediatrico (per adulti 21.3%, mista 42.2% e pediatrica 79.2%, p< 0.001). Le ore mediane di visita nelle TI con limitazioni alle visite

		di TI nei paesi di lingua tedesca.		domande aperte su barriere e possibili strategie per migliorare le pratiche di assistenza incentrate sulla famiglia e le restanti 13 erano domande a risposta singola.	sono state di 6 (4-8 ore), con un numero significativamente maggiore di TI aperte in ambito pediatrico (per adulti 5 ore, miste 5 ore, pediatriche 21,5 ore, $p < 0.001$). I medici hanno espresso l'ambiguità tra danni possibili e benefici per i bambini come visitatori, sottolineando che dovrebbero essere supportati. Sicuramente i risultati eterogenei tra medici, paesi e contesti adulti e pediatrici stimolano la riflessione sulle pratiche e politiche di visita. Il basso tasso di risposta (20%) solleva dei dubbi. E' stato così calcolato il numero minimo di TI che sarebbe rappresentativo di tutte le stesse, con un intervallo di confidenza al 95% e un numero minimo di 321 unità. In questo sondaggio, il numero di reparti considerati è maggiore. Dall'altra parte, però, le TI non sono state selezionate in forma randomizzata, portando così ad un probabile bias di reclutamento e ad una
--	--	------------------------------------	--	--	--

					sopravvalutazione del tasso di attuazione.
Zupanets I.A., <i>et al.</i> (2018) Asian Bioethics Review 10: 105-121. <i>Introduction of open visiting policy in intensive care units in Ukraine: policy analysis and the ethical perspective.</i>	Revisione della letteratura e successivo approccio deduttivo.	Esaminare condizioni e cause della creazione della politica di visita aperta (OVP) in Ucraina. Analisi etica delle parti interessate: pz in TI, familiari e personale medico. Analisi dei rischi e benefici della OVP.	6 studi in cui sono stati applicati il Policy Streams Approach e il modello Longest.	Esaminazione della letteratura in merito. Il processo di formazione dell'OVP è stato analizzato mediante il Policy Streams Approach, che rappresenta la formazione delle politiche come risultato di 3 processi: il flusso del problema, il flusso della politica e il flusso politico; e il modello del processo di policy-making pubblico negli USA (modello Longest): rappresenta il processo decisionale tramite cui vengono formulate politiche pubbliche, distinguendo 3 fasi interattive e indipendenti, quella di formulazione, implementazione e modifica.	Il flusso del problema dimostra che la limitazione nelle visite era tipica del periodo post-sovietico e del fatto che non ci fosse, nei regolamenti, una definizione chiara della possibilità di visita in TI. Gli svantaggi principali della vecchia politica di visita sono lo stress psicologico, il non poter contattare un medico e ottenere una qualsiasi informazione sulla prognosi del pz. Per quanto riguarda il flusso delle politiche, OVP ha riscontrato difficoltà per la diversità culturale dell'Ucraina e il mix di ideologia occidentale e orientale nelle credenze e percezioni della società. Ciò ha reso possibile l'attuazione della seconda fase di formulazione delle politiche. L'ordine che istituisce OVP è stato firmato in giugno del 2016 dal ministro della salute. Tra i requisiti: nessun vincolo

					<p>di orario, massimo 2 visitatori, rispetto della privacy, dei regolamenti interni alla TI; non sono autorizzate ad entrare persone con sintomi di malattie infettive, o alterate dall'uso di alcool o droghe.</p> <p>I professionisti sanitari sono divisi: tra i timori vi sono l'aumento dello stress per il pz, l'interferenza con le cure; altri, invece, considerano OVP come componente essenziale per una comunicazione continua per pz, famiglia e staff. I familiari hanno una visione positiva di questo progetto anche se non è attuato correttamente in tutte le TI. I benefici maggiori sono per il pz, mentre il più alto nr di rischi è relativo al personale medico e infermieristico. E' necessario ottimizzare le strutture di TI e delle procedure interne, nonché supervisionare l'attuazione dell'OVP.</p>
Chapman D.K., <i>et al.</i> (2016) American Journal of Critical Care.	Osservazionale.	Determinare se una transizione da orari di visita	TI negli Stati Uniti con 24 posti letto. Sono stati coinvolti i	Consenso informato dei partecipanti. Misurazione della	Hanno completato il questionario l'82% dei partecipanti nel periodo

<p><i>Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile Intensive Care Unit.</i></p>		<p>minimamente restrittivi a illimitati migliora la soddisfazione dei pz. Valutare gli effetti del cambiamento sulla soddisfazione degli infermieri e sulla percezione di soddisfazione degli infermieri riguardo i membri della famiglia.</p>	<p>familiari > 18 anni. sono stati contattati un totale di 61 familiari nel periodo pre, 64 nel periodo post. Infermieri coinvolti 83 nel periodo pre-cambio e 87 post-cambio.</p>	<p>soddisfazione dei familiari tramite il questionario "Questionnaires Measuring Satisfaction With Old and New Visitation Policies". Misurazione della soddisfazione degli infermieri con lo stesso questionario, aggiungendo le domande riguardo: età, anni di esperienza come infermieri, anni di esperienza in TI, storia personale di ricoveri, ricovero recente di un membro della famiglia o un amico, maggior diploma ottenuto.</p>	<p>precedente l'apertura; mentre l'83% in quello post apertura. Sono state identificate 3 componenti ricorrenti: l'ambiente/sala d'attesa tranquilla, gli orari di visita e le comodità, le interazioni col personale ospedaliero. Confrontando i punteggi prima e dopo, le misure sugli orari di visita erano più elevate dopo il cambiamento della politica di visita ($p < 0.001$); le misure riguardo la sala d'attesa erano anch'esse più elevate ($p = 0.02$). Tra gli infermieri, nel pre-cambio hanno partecipato il 73% di essi, nel periodo post, il 77%. Tra le componenti individuate vi era l'interferenza dei familiari, la soddisfazione dei visitatori percepita e tenere informati i visitatori. Confrontando i punteggi, la percezione degli infermieri sulla soddisfazione dei familiari erano più alta dopo il cambiamento ($p = 0.03$); mentre quello sull'interferenza familiare non è cambiato.</p>
--	--	--	---	--	--

					I risultati di questa revisione supportano la visita illimitata nell'ambito della TI centrata sul pz e sulla famiglia.
Whitton S., <i>et al.</i> (2011) Critical Care and Nursing. <i>Critical Care Open Visiting Hours.</i>	Revisione della letteratura.	Acquisire comprensione e maggiore conoscenza degli effetti dell'orario di apertura delle visite su pz, familiari e infermieri in TI.	10 studi empirici condotti dal 2004 al 2011.	Ricerca in letteratura tramite parole chiave "ICU", "cure critiche", "visite aperte" e "visite familiari".	Per quanto riguarda gli infermieri, i vari studi mostrano che sono concordi col fatto che l'apertura delle visite possa interferire con alcuni aspetti della cura dei pz ma che i benefici sono maggiori e superano i rischi. E' necessario, inoltre, creare linee guida per non generare dubbi sui familiari. La percezione del pz rispetto alle TI aperte non è sempre vista come utile e che è possibile associare un po' di stress legato alla visita stessa. E' bene tenere conto dei desideri del pz e creare un ambiente di guarigione più sano. Per quanto riguarda la percezione dei familiari, essi preferiscono un approccio olistico in cui si include l'integrazione della famiglia stessa alla visita. E' stato evidenziato dalla maggioranza

					<p>delle famiglie, che la visita illimitata ha avuto un beneficio positivo per la loro esperienza in TI, diminuendo ansia e paura.</p> <p>In conclusione, l'apertura delle TI genera molta soddisfazione in pz e familiari, poiché promuove armonia di mente, corpo e spirito; rappresenta anche una sfida per gli infermieri che devono indubbiamente tenere conto delle preferenze del pz stesso.</p>
<p>Cappellini E., <i>et al.</i> (2014). Dimension and Critical Care Nursing. <i>Open Intensive Care Units. A Global Challenge for Patients, Relatives, and Critical Care Teams.</i></p>	<p>Revisione della letteratura.</p>	<p>Descrivere lo stato attuale delle politiche sugli orari di visita in TI e di esplorare l'influenza delle politiche di visita aperte in TI sulle percezioni dei pz, dei visitatori e del personale, inoltre anche gli esiti sul pz.</p>	<p>29 articoli originali, principalmente studi descrittivi.</p>	<p>Ricerca in letteratura tramite MEDLINE, EMBASE e CINAHL. I limiti di tempo erano fissati negli ultimi 10 anni; i limiti di ricerca sulla popolazione adulta e lingua inglese o italiana.</p> <p>Parole chiave usate: "visitare", "ora", "ICU", "politica", "intensivo/unità di cura".</p> <p>Sono stati poi eliminati gli studi doppi e analizzati gli articoli così trovati.</p>	<p>Le TI aperte nel mondo sono: 70% in Svezia, Stati Uniti 32%, Francia 23%, Regno Unito 20%. In Belgio e Italia le TI sono quasi tutte chiuse (orari di visita limitati). Al momento dello studio, però, 1/3 delle TI stava rivalutando le politiche di accesso. Per quanto riguarda i bambini, considerati come visitatori, quelli di età pari o inferiore ai 12 anni non può entrare nel 91% delle TI degli Stati Uniti, nel 78% del nord-est dell'Italia. Vi è un divieto totale di accesso dei bimbi di</p>

					<p>qualsiasi età per le TI Italiane nel 69% dei casi, nell'11% in Francia e nel 9% in quelle fiamminghe.</p> <p>Un'altra caratteristica è l'uso degli indumenti protettivi (camici, calzari, guanti): il 91% delle TI Italiane, 23% Regno Unito. Tuttavia, sono necessari maggiori studi sull'utilità di ciò. Il lavaggio delle mani e le precauzioni standard per i pz con malattie infettive sono obbligatori.</p> <p>Per quanto riguarda i pz, affermano che la presenza dei familiari fornisca loro supporto emotivo e possa aiutarli a comprendere le informazioni fornite dal personale; allo stesso tempo i parenti sono fonte di informazioni sulla storia medica e i bisogni del pz. In uno studio, il 49% dei pz in TI cardiaca ha preferito politiche di visita senza restrizioni di orario, durata e nr di visitatori. I familiari hanno espresso insoddisfazione correlata alla mancanza di formazione (22%), all'ingresso da soli in</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>TI (25%) e al ricevere informazioni in una stanza non idonea (23%).</p> <p>Per quanto riguarda il personale sanitario, vi sono opinioni contrastanti, che andrebbero indagate.</p> <p>Gli studi sugli effetti delle visite aperte sui pz presentano dati molto limitati.</p>
<p>Marco L., et al. (2006). British Association of Critical Care Nurses, Nursing in Critical Care.</p> <p><i>Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses.</i></p>	<p>Osservazione descrittiva.</p>	<p>Analizzare la relazione tra le convinzioni e gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti dell'effetto di una politica di visita aperta su pz, familiari e infermieri.</p>	<p>46 Infermieri di TI medico-chirurgica, in possesso del diploma di laurea; 38 di queste ha effettuato una specializzazione in TI, le restanti 8 stanno seguendo il medesimo corso.</p> <p>Criteri eleggibilità: lavorare in TI da almeno 6 mesi.</p>	<p>Consenso informato. Compilazione di 2 questionari autosomministrati. Il primo era una scala di tipo Likert comprendente 26 item (13 positivi, 13 negativi), suddivisi in 3 sottoscale (pz, famiglia e infermieri), consentendo 4 risposte possibili (totale disaccordo, disaccordo, accordo e completo accordo); utilizzato per ottenere le convinzioni del personale sugli effetti della visita aperta. Il secondo era una semantica differenziale a 7 punti, che analizzava l'atteggiamento degli infermieri nei confronti</p>	<p>Con un campione di 46 infermieri, il tasso di partecipazione era del 100%. Sulla scala delle convinzioni, gli infermieri hanno dato un punteggio medio di 3.001 (con punteggio minimo 1 e massimo 4). Per la seconda scala, il valore medio era 6.005 (con un massimo di 7 e un minimo di 1). Riguardo alla soddisfazione per l'attuale sistema di visite, 93.3% ha risposto affermativamente, il 6.7% negativamente. La correlazione tra le variabili sulle credenze e atteggiamenti è positiva e significativa ($r=0.523$, $p<0.0001$). Sono state riscontrate anche correlazioni positive e significative anche</p>

				<p>delle visite al pz, alla famiglia e agli infermieri; per il punteggio di andava da 7=buono a 1=cattivo, da 1=nocivo a 7=benefico e da 7=positivo a 1=negativo. E' stata poi calcolata la media dell'intera scala.</p>	<p>nelle sottoscale paziente (r=0.427, p=0.003); famiglia (r=0.476, p=0.001) e infermiere (r=0.354, p=0.016). In primo luogo, vi è unanimità del campione nel ritenere che la famiglia dia supporto emotivo al pz, accresca il suo desiderio di vivere e non sia destabilizzante; anche se tutti commentano che questo dipende anche dalle caratteristiche del pz stesso e della famiglia. E' stato riscontrato che 23 infermieri ritengono che la visita aperta consumasse energia del pz e ne alterasse le condizioni emodinamiche, mentre il resto esprimeva l'opinione opposta. Per quanto riguarda i familiari, la visita li rende meno ansiosi e più soddisfatti, ricevendo maggiori informazioni; gli infermieri non ritengono che la visita aperta possa aumentare la stanchezza dei visitatori né si sentano obbligati a stare accanto al pz. In conclusione, lo staff afferma che la visita aperta</p>
--	--	--	--	--	--

					aumenti il loro carico fisico e psicologico, ma che ne vale la pena perché aiuta la convalescenza del pz, aiuta, grazie ai familiari, ad avere più informazioni sul proprio caro per pianificare meglio le attività di assistenza.
Medeiros C.A., <i>et al.</i> (2016). Revista da escola de enfermagem da USP. <i>Comprehensiveness and humanization of nursing care management in the Intensive Care Unit.</i>	Qualitativo.	Identificare gli elementi che promuovono la completezza e l'umanizzazione della gestione infermieristica in TI, con approccio ecosistemico.	7 documenti ufficiali del Ministero della Salute.	Ricerca dei documenti ufficiali. Analisi degli stessi in 3 fasi: analisi critica del documento, analisi dei contenuti e analisi dei punti chiave del documento. Sono stati poi registrati i dati e raggruppati in categorie.	Sono stati presentati quelli in merito alla complessità nelle azioni sanitarie e quella di integrazione dei processi e promotori dell'umanizzazione. Riguardo il primo punto vi sono delle sfide, mostrando che è necessario innovare la forma di organizzazione e attuazione del processo di lavoro, che considera l'importanza di riscattare la peculiarità e complessità degli utenti, che sono esseri umani unici e hanno bisogno di multidimensionalità; per il secondo punto, è necessario apprezzare le dimensioni soggettive e sociali in tutte le pratiche sanitarie e gestionali, con il rafforzamento dei processi di integrazione e

					promozione dell'impegno, integrandosi con i valori etici di dignità umana, responsabilità, sensibilità e solidarietà. E' necessario creare uno spazio comunicativo, interattivo e relazionale.
Anzoletti Boscolo A., <i>et al.</i> (2008). Intensive and Critical Care Nursing. <i>Access to intensive care units: A survey in North-East Italy.</i>	Osservazione descrittiva.	Descrivere le politiche di visita nelle TI nel Nord-Est Italia e verificare l'ipotesi di un'associazione tra atteggiamenti in merito all'accessibilità ai visitatori e variabili ambientali, organizzative o logistiche.	Tutte le TI del Nord-Est Italia. Di 110, 104 hanno compilato il questionario (94.5%): 54 erano TI generali, 23 cardiologiche, 15 specialistiche e 12 pediatriche/neonatali.	Consenso informato. Invio per posta dei questionari ai coordinatori delle TI. Era composto da 31 domande	Solo il 14% delle TI ha riferito di avere orari di visita che coprono più di 4 ore al giorno, senza limitazioni sui visitatori; il 62% di loro ha limitato le visite ad un'ora al giorno. Secondo i ricercatori, non è ben chiaro cosa si intenda per TI aperta. Il comportamento restrittivo è considerato dannoso perché impedisce ai pz di ricevere supporto emotivo essenziale; il rapporto tra personale e famiglia è più limitato, ponendo delle sfide a chi lavora o abita lontano. In 26% delle TI vi poteva accedere un visitatore al giorno, mentre nel 37% due. Nell'85% deve esserci almeno una forma di protezione, nel 24% obbligatorio l'uso di un

					set completo (camice, calzari, mascherina e cuffia). L'unica cosa su cui tutta la comunità scientifica è in accordo è il lavaggio delle mani. In conclusione, le TI Italiane non sono inclini ad essere liberali e flessibili nelle visite, avendo regole restrittive prive di basi scientifiche. L'indagine conferma e sostiene la necessità di migliorare le politiche di visita, per consentire maggiori e migliori relazioni pz-famiglia e famiglia-personale.
Ciufo D., <i>et al.</i> (2011). International Journal of Evidence-Based Healthcare. <i>A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family centred care.</i>	Revisione sistematica della letteratura.	Valutare e sintetizzare le migliori evidenze disponibili sui modelli di visita usati nelle TI per adulti negli ospedali per acuti. Esplicitare la congruenza con i concetti fondamentali di pz e assistenza centrata sulla famiglia (PFCC).	Totale di 871 articoli. Di questi, 64 sono stati esaminati; 51 esclusi per genericità o concettualità, revisioni della letteratura, guida alle risorse, popolazione sbagliata, risultati non correlati alle domande di ricerca, un editoriale e 2 condotti con impostazione errata.	Ricerca in banche dati. Inclusione di studi che descrivono gli effetti del modello di visita su pz, famiglia e/o infermieri; studi full text in lingua inglese. Periodo dal 1988 al 2009. Esclusi gli studi in cui vi era solo l'abstract o sinossi, quelli condotti in aree diverse dalla TI. Gli studi quantitativi sono randomizzati controllati, controllati, coorte, serie di casi, prima e dopo,	Gli infermieri considerano le politiche relative all'orario di visita come linee guida, pensate per essere flessibili secondo necessità, a beneficio di pz e infermiere, che possono essere considerate congruenti con i concetti di PFCC. La politica di visita perfetta non esiste. I pz hanno bisogno di conforto e sostegno, i visitatori di stare vicino alla persona amata. Gli infermieri ritengono che la visita aperta/flessibile sia

		Descrivere l'impatto degli attuali modelli di visita percepiti da pz, familiari e infermieri.		incrociati, descrittivi e sperimentali. I disegni qualitativi presi in considerazione sono quelli di fenomenologia, teoria fondata, analisi narrativa, ricerca-azione, etnografici che esaminano le percezioni di orari di visita restrittivi, aperti e flessibili.	vantaggiosa per pz e famiglie, ma vogliono comunque controllare la politica. E' emerso il fabbisogno di informazioni da parte dei pz e dei famigliari, in termini chiari, potendo parlare con i medici ogni giorno e sapere chi, nel team, può fornire loro indicazioni, ottenendo una comunicazione onesta e informazioni sulla prognosi del pz. E' fondamentale, inoltre, la preparazione delle famiglie prima di entrare in TI, includendo le condizioni del pz, una breve descrizione dell'ambiente circostante, cosa aspettarsi e cosa ci si aspetta dal familiare.
De Havenon A., <i>et al.</i> (2015). <i>Journal of Critical Care. A pilot study of audiovisual family meetings in the intensive care unit.</i>	Osservazione analitica, tipo caso controllo (Pilota prospettico) non randomizzato e non cieco.	Valutare se, gli incontri dei familiari dei pz in TI che avvengono tramite teleconferenza o con Skype, comportino una maggiore soddisfazione delle famiglie stesse ed	Pz ricoverati in TI, e loro familiari. Età media dei 22 pz, 66 anni. Il 64% erano maschi. 16 erano caucasici, 5 ispanici, 1 isolano del Pacifico.	Consenso informato dei partecipanti. Nella prima fase, somministrazione questionario di 6 domande ai familiari dei pz, per valutare la soddisfazione dell'incontro e il processo decisionale. Per ogni quesito, sono disponibili 7 risposte, da fortemente d'accordo a fortemente in	Nella prima fase, 38 membri della famiglia hanno partecipato al sondaggio dopo 12 incontri. Nella seconda fase, 50 hanno completato l'indagine dopo 10 incontri, di cui 6 includevano l'intervento audiovisivo (di questi, 5 hanno usato la chiamata in conferenza, 1 Skype). In totale, 29 (33%) provenivano

		<p>un processo decisionale più efficiente.</p>		<p>disaccordo. Nella seconda fase, alla famiglia è stata chiesta l'opportunità di usare la tecnologia audiovisiva prima dell'incontro; è stato chiesto loro anche di compilare lo stesso questionario della fase 1 chiedendo anche perché hanno optato, oppure no, all'intervento audiovisivo. I dati sono stati divisi in 2 coorti, in cui una era basata sull'uso degli interventi audiovisivi (n=6) vs controlli (n=6).</p>	<p>da incontri audiovisivi, mentre 59 (67%) da riunioni di controllo. Il numero mediano di familiari presenti agli incontri era 3, senza differenze significative tra intervento e controllo.</p> <p>I membri della famiglia erano generalmente soddisfatti dalle riunioni indipendentemente dal tipo di intervento. Dal 60 al 70% del totale ha indicato 6/6 risposte positive al sondaggio; non vi è alcuna associazione tra intervento audiovisivo e ritiro delle cure (p=0.682) o residenza fuori dallo stato (p=0.419).</p> <p>Non viene confutato né incoraggiato l'intervento audiovisivo in TI. L'intervento è stato accolto favorevolmente in % considerevole dai familiari, non ha avuto impatto negativo sulla soddisfazione.</p> <p>Limiti dello studio: non randomizzato controllato e dimensione del campione piccola.</p>
--	--	--	--	--	--

Tabella VII. Fonti biomediche e relative strategie di ricerca per il secondo quesito di ricerca (2.1.2).

In questa tabella verranno utilizzate le seguenti abbreviazioni: TI (Terapia Intensiva), pz (paziente/i).

Autore/Anno/Rivista/ Titolo	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Interventi oggetto dello studio	Risultati principali
Bokolo A.J., <i>et al.</i> (2020) Irish Journal of Medicine Science. <i>Exploring the adoption of telemedicine and virtual software for care of outpatients during and after COVID-19 pandemic.</i>	Revisione della letteratura.	Valutare le implicazioni sull'opportunità, l'applicazione e le sfide della telemedicina e se vi è l'esistenza di software virtuali esistenti adottati come iniziative idonee a ridurre la	35 articoli. Criteri di inclusione: lingua inglese; articoli di riviste, atti di conferenze e rapporti di documenti; pubblicazione dal 2020 ad oggi; studi che forniscono possibili risposte a domande di ricerca in base al titolo e al contenuto; studi concettuali, revisioni	Identificazione dei quesiti di ricerca: 1) Come adottare la telemedicina e le piattaforme software virtuali per il trattamento dei pz ambulatoriali durante e dopo la pandemia di covid-19? 2) Quali sono le piattaforme di telemedicina e software virtuale che vengono	La telemedicina e i software virtuali si rivelano utili per superare le barriere fisiche e l'impossibilità di recarsi a visitare i pz per la trasmissione del contagio. Vengono, inoltre, utilizzate, per conservare i dispositivi di protezione, sostenere la continuità delle cure ambulatoriali e per fornire un

		diffusione del Covid 19.	della letteratura, quantitativi e qualitativi, sperimentali; studi relativi a piattaforme software virtuali; studi relativi al ruolo della TI Covid nella gestione della pandemia.	adottate durante e dopo il Covid-19? 3) Quali fattori influiscono sull'adozione della telemedicina e delle piattaforme software virtuali durante e dopo il Covid-19? Ricerca in letteratura. Analisi degli studi.	collegamento con familiari e amici. Aiutano a ridurre il tempo necessario per ricevere diagnosi e avviare un trattamento; facilitano il follow-up; riducono il rischio di contagio; supportano il coordinamento delle risorse mediche; risparmio sui costi del materiale di protezione.
Kathleen A.S., <i>et al.</i> (2021), <i>Journal of Intensive Care Medicine</i> . <i>Developing an Innovative System of Open and Flexible, Patient-Family-Centered, Virtual Visiting in ICU During the COVID-19 Pandemic: A Collaboration of Staff, Patients, Families, and Technology Companies.</i>	Revisione della letteratura.	Effettuare una ricerca della letteratura e successivamente individuare le barriere incontrate nell'utilizzo dei vari dispositivi per permettere le visite virtuali in TI. Implementare l'utilizzo di HowRU.	TI con pz COVID-19. Equipe di TI (12 infermieri, medici, staff amministrativo e assistenti sociali). Criteri per un sistema di visita virtuale funzionale e sostenibile: una piattaforma priva e sicura in linea con le politiche ospedaliere; deve essere in grado di simulare una visita aperta e flessibile; deve essere flessibile per accontentare tutte le famiglie; deve essere semplice da utilizzare; non deve compromettere il lavoro dell'équipe della TI.	Analizzare la letteratura in merito all'uso di dispositivi per favorire le visite virtuali dei pz con i familiari. Le barriere dei classici dispositivi sono l'uso di un account privato da parte del pz, alcuni account necessitano del nr di telefono. Inoltre, un'altra barriera era rappresentata dalle visite programmate. All'ingresso di un nuovo pz, viene spiegato come accedere alle visite virtuali tramite spiegazioni video e a voce. Dopo il consenso informato, viene creato dallo staff l'account del pz. Una volta ottenuto, il BOT	Nessun dispositivo è in grado di sostituire il comfort fisico di avere il proprio caro accanto. Tuttavia, quando non è possibile visitare personalmente un pz, è possibile provvedere con una visita virtuale flessibile che s allinea con le cure centralizzate sul pz e la famiglia. HowRU garantisce privacy, riservatezza, dignità e sicurezza. E' semplice da utilizzare, non richiede speciali tecniche e aggiunge un minimo lavoro allo staff di TI. Inoltre, HowRU è disponibile in commercio.

				crea uno spazio virtuale in cui la famiglia può comunicare col pz e quando la famiglia riesce, è possibile far iniziare la chiamata, posizionando l'Ipad in uno stand.	
Langer T., <i>et al.</i> (2022) BMC Anesthesiology. <i>Communication and visiting policies in Italian intensive care units during the first Covid-19 pandemic wave and lockdown: a nationwide survey.</i>	Indagine nazionale online.	Descrivere le politiche di comunicazione e di visita delle TI italiane, durante la prima ondata pandemica COVID-19 e il lockdown nazionale e confrontare questi dati con le condizioni pre pandemiche.	299 TI di 154 ospedali hanno completato l'indagine (202 per adulti, 7 pediatriche). Criterio di inclusione: TI esistente prima di dicembre 2020.	Indagine nazionale tramite web tra gli ospedali partecipanti al progetto Terapia Intensiva 2.0 (un progetto italiano che promuove una TI incentrata sull'uomo). Il questionario di indagine consisteva in domande a scelta singola e multipla strutturato in 5 sezioni: organizzazione della TI pre pandemica e durante la prima ondata; descrizione abitudini relative alla comunicazione famiglia-pz e famiglia-medico; ruolo del servizio di psicologia clinica; politiche di visita aperte in TI.	Gli ospedali si sono rapidamente riorganizzati per far fronte all'aumento di pazienti critici, limitando le politiche di visita per ridurre i contatti. Dunque, la presenza del familiare in TI come parte fondamentale del processo di umanizzazione delle cure, con dei risvolti clinici della massima importanza, è cessata quasi del tutto. Tuttavia, i medici si sono adattati alla nuova realtà quotidiana fornendo informazioni quotidiane ai membri della famiglia, tramite le comunicazioni a distanza. Questo studio permette di avere una visione dettagliata di come già la situazione pre pandemica fosse migliore per quanto riguarda la politica delle visite, con un tempo

					<p>mediano di 5 ore e con il 12% delle TI che consentiva l'accesso alla famiglia per più di 12 ore al giorno. La percentuale di pz che hanno ricevuto una visita era diversa a seconda del tipo di TI: i pz ricoverati in quelle non COVID hanno ricevuto più visite rispetto a quelli ricoverati in quelle COVID o miste.</p>
<p>Fernandez Martinez E., <i>et al.</i> (2022) <i>Intensive & Critical Care Nursing. Family-centered care of patients admitted to the intensive care unit in times of COVID-19: A systematic review.</i></p>	<p>Revisione sistematica della letteratura.</p>	<p>Descrivere gli interventi, nella pratica clinica, mirati a fornire le cure centrate sul paziente e la famiglia in TI durante la Pandemia da Covid 19, il loro impatto nei pz, familiari e nello staff.</p>	<p>La popolazione presa in esame in letteratura comprende: pz adulti e familiari, membri della famiglia dei pz ammessi in TI, pz ricoverati in TI cardiologiche, cardiache, neurologiche durante la pandemia. Criteri di esclusione: pz pediatrici e loro genitori, familiari dei pz non ricoverati in TI.</p>	<p>Sono state consultate 6 associazioni e 22 riviste online, utilizzando le seguenti parole: family centred care, intensive care, covid 19; contenute nel titolo, abstract e nelle parole chiave. Sono stati, inoltre, utilizzati gli operatori booleani AND o OR. La letteratura presa da siti web è stata esplorata nella sezione riservata ai ricercatori. Gli articoli sono stati analizzati tramite criteri di qualità (affidabilità, pertinenza ed i risultati). Per l'analisi e il confronto, è stata utilizzata</p>	<p>Sono state ottenute 209 informazioni totali, (172 da database scientifici, 37 da altre risorse). Di questi, ne sono stati inclusi 24: 8 studi qualitativi, 5 descrittivi, 1 studio cross-sectional, un programma pilota e una revisione della letteratura. I 4 temi principali sono: l'uso dei sistemi di comunicazione; interventi multidisciplinari; promozione e impegno della famiglia e il supporto alla famiglia. Gli interventi proposti sfruttano i sistemi di telecomunicazioni o le videochiamate; oppure le videocamere di sorveglianza</p>

				l'analisi tematica.	con dei microfoni collegati; altri metodi come la scrittura di mail o lettere. Le raccomandazioni per il futuro sono: creare protocolli per stabilire la comunicazione con i familiari; includere checklist per informare la famiglia in modo chiaro; garantire la disponibilità di risorse materiali per le visite in presenza per i pz infetti; poter contare su un team di supporto in caso di necessità.
Fiest M.K., <i>et al.</i> (2021) Pubmed. <i>Impact of restricted visitation policies during COVID-19 on critically ill adults, their families, critical care clinicians and decision-makers: a qualitative interview study.</i>	Qualitativo descrittivo (mediante intervista).	Descrivere l'impatto delle politiche di visita ristretta durante il COVID-19, nei confronti di pz critici, famiglie, clinici di TI, chi doveva prendere decisioni. Evidenziare le sfide affrontate nel mettere in pratica queste politiche e delineare strategie per mitigarne gli effetti.	3 pz, 8 familiari (4 bambini, 3 coniugi, 1 fratello), 13 medici, 15 infermieri, un'infermiera clinica, un educatore, 3 decisori (i responsabili politici o le forze dell'ordine). I clinici sono stati individuati in 23 TI di 8 province.	Consenso informato. Intervista semistrutturata con pz adulti in condizioni critiche e i loro familiari, medici di TI e decisori.	Sono emersi 5 temi principali: accettazione della visita ristretta (i pz e i familiari hanno capito il motivo delle restrizioni sui visitatori; mentre i medici si mostrano divisi: alcuni ritengono le misure restrittive non appropriate per quanto accadeva nella loro città, altri che potessero esserci visite utilizzando i dispositivi di protezione adeguati); impatto della visita ristretta, soprattutto personale, per pz, famiglia e operatori sanitari. Il tema della fiducia nel sistema

					<p>sanitario durante la pandemia, in cui le famiglie si sono sentite sfiduciate perché non avevano certezza circa le condizioni cliniche del proprio caro.</p> <p>La modalità di comunicazione, che spesso avveniva tramite telefono. Le visite virtuali erano utilizzate per pz e familiari, anche se talvolta sono state usate anche dal personale medico per informare i familiari stessi. Spesso però i dispositivi non erano disponibili, o le persone non in grado di utilizzarli. Infine, impatto dell'attuazione delle politiche sulla pratica clinica, aggiungendo compiti aggiuntivi, le modifiche riguardo le modalità di visita spesso non venivano comunicate tempestivamente. I ricercatori suggeriscono di avere una politica specifica per la TI, applicabile in modo coerente da tutti gli operatori sanitari.</p>
Rose L., <i>et al.</i> (2020) Pubmed.	Analitico Investigativo,	Comprendere tramite quali mezzi	217 Ospedali del Servizio sanitario nazionale (NHS)	Sondaggio elettronico multicentrico, trasversale e	Tutti gli ospedali hanno risposto che la modalità di

<p><i>Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic. A UK National Survey.</i></p>	<p>tipo trasversale e multicentrico.</p>	<p>si è riusciti a comunicare con le famiglie, i pz e il team di TI durante la pandemia. Tra gli obiettivi secondari, vi erano comprendere le strategie utilizzate per facilitare la visita virtuale e i vantaggi e svantaggi ad essa associati.</p>	<p>con almeno una TI in Inghilterra, Galles, Scozia e Irlanda del Nord. Di questi, un totale di 117 ospedali (tasso di risposta al 54%), che rappresentano le pratiche di visita familiare durante l'impennata di casi da COVID-19 della primavera 2020 di oltre 182 TI.</p>	<p>autosomministrato. Prevedeva vari domini: la politica di visita della famiglia durante la pandemia da COVID-19; strategie di comunicazione per l'erogazione di aggiornamenti clinici e pianificazione assistenziale avanzate; comunicazione del fine vita; visita virtuale della famiglia, compreso l'uso della soluzione di visita virtuale LifeLines; formazione del personale ai metodi di comunicazione. La forma finale prevedeva 6 domini con 15 domande in totale e altre 2 domande sul numero abituale di ricoveri in TI e posti letto rispetto a quelli al picco di casi COVID-19. Le risposte erano chiuse, aperte, con la possibilità di fornire esempi di esperienze positive e negative riguardo le videochiamate.</p>	<p>visita, con l'impennata di casi da COVID-19, è cambiata. 19 ospedali hanno indicato che le visite di persona non erano consentite in nessuna circostanza; il resto degli ospedali, che le visite erano limitate in circostanze particolari (i pz terminali erano uno dei motivi principali per consentire la presenza della famiglia in TI). In 59 ospedali era presente un team dedicato alla comunicazione, formato da infermieri, dottori, staff di amministrazione, studenti di medicina, psicologi e volontari. Solo 32 ospedali hanno fornito formazione al personale sulla comunicazione verso la famiglia e sulle visite virtuali, su come stabilire il consenso a queste ultime, indicazioni e suggerimenti su situazioni di comunicazione difficili e su come dare cattive notizie. I vantaggi alla visita virtuale sono: riduzione del disagio psicologico; miglioramento del morale dello staff; metodo</p>
---	--	--	--	--	--

					per orientare i pz con delirium; superamento delle barriere linguistiche; miglioramento assistenza basata sul pz. Le barriere, invece, sono quelle collegate alla famiglia (incapacità di utilizzo dei dispositivi o non possedere gli stessi); e quelle di sistema (difficoltà di connessione, mancanza team IT..).
Sasangohar F., <i>et al.</i> (2021). BMJ. <i>Use of telecritical care for family visitation to ICU during the COVID-19 pandemic: an interview study and sentiment analysis.</i>	Qualitativo tramite intervista telefonica.	Documentare i risultati delle interviste condotte con i membri della famiglia su 3 categorie: sentimenti vissuti durante la visita; barriere, sfide o preoccupazioni affrontate utilizzando questo servizio e opportunità di miglioramento. Le visite sono state effettuate tramite il sistema utilizzato nell'ospedale, mediante le	639 membri della famiglia di pz ricoverati in TI. Di questi, 230 hanno acconsentito verbalmente a partecipare ai colloqui post visita. 170 hanno risposto alla seconda categoria, mentre 59 alla terza categoria.	Consenso informato verbale. Intervista telefonica che ha indagato 3 aree principali: 1) sentimenti sperimentati durante la visita; 2) barriere, sfide o preoccupazioni affrontate con l'uso di questo servizio; 3) opportunità di miglioramenti. Per i punti 1) e 3) a domanda era a risposta aperta; per l'area 2) i familiari dovevano scegliere tra: tenersi in contatto con i propri pz, informarsi sullo stato di salute o sui processi assistenziali amministrati; anticipare il corso futuro e	Complessivamente, i sentimenti e le esperienze sono state positive (88.2% e 86.6% rispettivamente), con sentimenti di gioia, gratitudine e sollievo. Media e mediana dell'intensità di sentimento erano 0.5 e 0.6. La restante parte ha dichiarato sentimenti neutri (7.3% e 6.8%) o negativi (4.5% e 6.4%). Non ci sono differenze significative tra le proporzioni di sentimenti negativi (p=0.4), neutri (p=0.85) o positivi (p=0.66) tra metodo manuale o automatizzato. Per quanto riguarda le barriere, il 15.8% dei familiari ha trovato problematico

		telecamere nella stanza del pz.		la tempistica della persona amata; domande ai fornitori in merito a cure, processi o piani o aggiungere altre preoccupazioni. Analisi quantitativa dei dati.	tenersi in contatto e/o mostrare solidarietà e sostegno al pz; il 15.8% ha ritenuto confuso chiedere informazioni sullo stato di salute o su processi assistenziali; l'11.7% aveva problemi ad anticipare il futuro corso dei propri familiari. Il 37% si è ritenuto soddisfatto e il 33% ha risposto altre preoccupazioni, tra cui incapacità di comunicare a causa dello stato del pz, difficoltà tecniche, mancanza di contatto e presenza fisica e frequenza e chiarezza delle comunicazioni col team di assistenza. Per quanto riguarda i miglioramenti delle visite virtuali, sono stati individuati 4 temi principali: migliore comunicazione col team (17%); processi di pianificazione migliorati (10%); miglioramento del feedback del sistema e delle capacità tecniche (17%).
Itamura K., <i>et al.</i> (2021). <i>Annals of</i>	Osservazionale, tipo	Confrontare l'esperienza del pz	Pz visitati presso un ospedale in Canada.	Consenso informato. Somministrazione del	Tasso di risposta del 20% per le visite di persona, del 25% su

<p>Otology, Rhinology & Laryngology. <i>Comparison of Patient Satisfaction Between Virtual Visits During the COVID-19 Pandemic and In-person Visits Pre-pandemic.</i></p>	<p>descrittivo.</p>	<p>di una visita di persona con una visita virtuale, in particolare con la sua implementazione durante la pandemia di COVID-19.</p>	<p>Totale di 1284 sondaggi parziali o completi di visite di persona e 221 sondaggi parziali o completi di visite virtuali.</p>	<p>questionario di soddisfazione del pz (PS), con domande riguardanti le informazioni ricevute, l'ascolto, se gli operatori sanitari conoscessero la storia del pz, se ci si fidasse dello staff, se la qualità del video fosse buona, quale metodo di connessione con un operatore sanitario è stato facile da usare, se fossero in grado di parlare con un operatore sanitario in modo tempestivo. A queste domande, era possibile rispondere con sì decisamente; sì principalmente; sì un po'; no, attribuendo un punteggio da 0 a 2.</p>	<p>quelle virtuali. Vi sono punteggi statisticamente inferiori nelle domande sulle capacità di comunicazione interpersonale e la valutazione dei fornitori per i pz che hanno subito una visita virtuale rispetto a quella di persona. Anche le valutazioni complessive sulla visita virtuale hanno riportato punteggi statisticamente inferiori. I ricercatori suppongono che ciò derivi dalle applicazioni utilizzate per la telemedicina: sebbene il tempo di visita virtuale fosse doppio rispetto al normale, i pz lamentano tempi di attesa più lunghi. I deficit delle visite virtuali possono essere correlati alla banda internet, scarsità di supporti per effettuarle, incapacità d'uso.</p>
<p>Klop H.T., <i>et al.</i> (2021). BMC Health Services Research. <i>Family support on intensive care units during the COVID-19 pandemic: a qualitative</i></p>	<p>Qualitativo.</p>	<p>Esaminare le esperienze dei familiari con i Family Support Teams (FST) in due TI di un centro medico</p>	<p>2 FST di due TI di un centro medico universitario olandese. Inclusioni dei partecipanti che hanno chiamato il FST almeno 5 volte. Totale di 21 partecipanti.</p>	<p>Consenso informato. Intervista tramite due ricercatori formati. Durata tra i 16 e 56 min, tramite telefono o videochiamata. Gli argomenti erano: benessere della situazione</p>	<p>Tutti i partecipanti hanno indicato di aver affrontato un periodo difficile. Quasi tutti hanno valutato positivamente gli FST. 3 pilastri degli FST erano fornire ai familiari trasparenza sulla situazione</p>

<p><i>evaluation study into experiences of relatives.</i></p>		<p>universitario olandese e valutarne le strategie di lavoro.</p>		<p>relativa e attuale; contatto con FST (elementi strutturali, esperienze con questi elementi, temi discussi, essere referente e impatto, coinvolgimento di altri parenti); esperienze con il FST (sentimenti di sostegno, aspetti importanti del supporto, impatto sulla vita quotidiana), aspettative di FST (aspettative in anticipo, esperienze positive o negative, suggerimenti di miglioramento, raccomandazioni).</p>	<p>del pz, prestare attenzione al benessere dei familiari e fornire prevedibilità e certezza chiamando quotidianamente in un periodo pieno di insicurezza. In secondo luogo, i parenti soddisfavano l'esigenza di informazioni sia chiamando gli FST, che fornivano informazioni dettagliate e affidabili, sia chiamando gli infermieri in TI, che fornivano loro informazioni sull'assistenza quotidiana al pz. Per i familiari, essere un contatto col pz è stato visto sia come prezioso, sia come fardello emotivo. I partecipanti hanno espresso la necessità di un supporto esteso anche nel momento in cui viene a mancare il pz o viene dimesso, poiché hanno avuto forti emozioni.</p>
<p>Zante B., <i>et al.</i> (2022). Nature. <i>Video calls did not reduce PTSD symptoms in relatives during restricted ICU visits in</i></p>	<p>Analitico longitudinale, tipo prospettico monocentrico a metodo</p>	<p>Indagare l'effetto delle videochiamate sui sintomi del disturbo post-traumatico da</p>	<p>Criteria di esclusione: conoscenza insufficiente di tedesco, francese o italiano, riluttanza a partecipare allo studio ed età <18 anni. Un solo parente per pz.</p>	<p>Consenso informato. Intervista telefonica mediante utilizzo dell'Event Scale-Revised (IES-R) per valutare i sintomi del PTSD 3 mesi</p>	<p>Non vi sono differenze statisticamente significative tra i punteggi IES-R del VCG e l'SCG (p=0.54). Durante la degenza in TI (media di 12 giorni), il VCG</p>

<p><i>the COVID-19 pandemic.</i></p>	<p>misto.</p>	<p>stress (PTSD) nei parenti dei pz in TI.</p>	<p>52 familiari di pz ricoverati in TI (di cui 26 il gruppo che effettuò videochiamate (VCG), 26 quelli che ebbero assistenza standard (SCG)). Campionamento di convenienza: i parenti interessati al servizio di videochiamata e che potessero utilizzarlo, appartengono al VCG; quelli senza l'attrezzatura tecnica, al SCG.</p>	<p>dopo la degenza in TI. Esso contiene 22 item con 3 sottoscale definite (evitamento, intrusione e ipereccitazione), con valutazione da 0 (per niente) a 4 (estremamente). Punteggio da 0 a 88. Cut off a 33. E' stata usata anche una versione adattata per valutare la soddisfazione familiare della TI, il 24-Item-Revised (aFS-ICU24R), composta da 8 item, con un punteggio da 1 (mi sono sentito molto escluso) a 5 (mi sono sentito molto incluso); punteggio tot. da 9 a 45. L'esito primario è la differenza di punteggio IES-R a 3 mesi tra il VCG e l'SCG. Analisi induttiva del contenuto dei commenti dei parenti in merito alla soddisfazione sul processo decisionale e l'assistenza in TI.</p>	<p>ha effettuato una media di 3 videochiamate. Non è stata trovata alcuna differenza tra i gruppi con le telefonate convenzionali nello stesso periodo (VCG 9 chiamate, SCG 5 chiamate, p=0.54). I punteggi aFS-ICU24R erano 38 nel VCG e 40 nel SCG. L'uso delle videochiamate sembra avere scarso effetto sulla riduzione dei sintomi del PTSD in momenti di sospensione o limitazione delle visite in TI. La soddisfazione della famiglia è migliore se la visita è limitata piuttosto che completamente vietata. Sono necessarie ulteriori ricerche.</p>
<p>Fiest K.M., <i>et al.</i></p>	<p>Quantitativo e</p>	<p>Descrivere</p>	<p>257 documenti in</p>	<p>Analisi delle politiche di</p>	<p>L'analisi ha individuato 5 temi</p>

<p>(2021). Can J Anesth. <i>An environmental scan of visitation policies in Canadian intensive care units during the first wave of the COVID-19 pandemic.</i></p>	<p>qualitativo.</p>	<p>l'estensione, la variazione e la fluttuazione delle politiche di visita in TI per adulti degli ospedali canadesi durante la pandemia da COVID-19.</p>	<p>riferimento alle politiche di visita (39% pre-covid, 28% durante e il 33% late-covid). Di questi, 38 erano specifici per la TI, 70 ne facevano riferimento. Del totale, 246 erano disponibili al pubblico, mentre 11 erano politiche interne ottenute dagli ospedali.</p>	<p>visita canadesi per gli ospedali e la TI in 3 momenti diversi: pre-covid, metà-covid (5-7 Maggio 2020) e late-covid (1-30 Giugno 2020). Sono stati invitati a partecipare allo studio anche i familiari dei pz. Analisi quantitativa dei dati tramite un modulo standard, includendo: nome ospedale, provincia, tipo di documento, tipo di politica di visita, nr visitatori ammessi e orari di visita. I dati qualitativi sono stati analizzati per identificare temi e sottotemi durante le 3 fasi.</p>	<p>generali: 1) ragioni per limitare le visite; 2) politiche e aspettative sulle visite; 3) eccezioni alle politiche di visita; 4) assistenza centrata sul pz e sulla famiglia; 5) comunicazione e trasparenza. Durante la pandemia, la maggior parte delle TI aveva restrizione nelle visite, ad eccezione dei pz in fine vita. Sono necessari ulteriori studi per valutarne la coerenza e l'impatto sul pz e la famiglia. Sono state trovate regole di visita per il 77% nel pre-covid, nel 93% nel mid-covid e nell'88% nel late-covid. Nel periodo pre-covid, le politiche di visita erano aperte 24/24 (64%), o aperte con eccezioni nel 17%. Nel mid-covid, 1% aveva il divieto assoluto, l'86% prevedeva divieto con eccezioni. Durante l'apertura graduale delle visite, il 76% manteneva politiche di nessun visitatore se non con eccezione, caso per caso nel 2%, un solo visitatore nel 9% e un numero limitato di visitatori nel 5%.</p>
---	---------------------	--	--	--	---

					<p>Le motivazioni alle restrizioni nel pre-covid, mostravano discrezionalità da parte del team, tutela privacy e diritti e prevenzione diffusione delle infezioni. Nel mid-covid e late-covid, i motivi includevano proteggere i pz, prevenire la diffusione del COVID-19 e conservare le risorse.</p> <p>I limiti dello studio sono che le risorse ricercate sono solo politiche di visita pubbliche o disponibili in siti Web.</p>
<p>Igra A., <i>et al.</i> (2020). <i>Future Healthcare Journal. Rapid deployment of virtual ICU support during the COVID-19 pandemic.</i></p>	<p>Articolo pubblicato su rivista scientifica.</p>	<p>Portare alla luce l'esempio di due ospedali che hanno implementato una serie di soluzioni digitali per affrontare le sfide delle visite durante il COVID-19. Applicazione in 3 domini clinici: comunicazione con le famiglie, comunicazione clinica tra medici ed erogazione di</p>	<p>Due ospedali del Regno Unito, durante la pandemia da COVID-19.</p>	<p>Installazione al posto letto di webcam con microfono, e, mediante il software di teleconferenza era possibile connettere il pz con la famiglia o i medici. Ha consentito di mettere in connessione medici di "zone rosse" e "zone verdi". La piattaforma funziona di continuo, permettendo di mettere in collegamento il personale in prima linea. Questo metodo è stato utilizzato per mettere in</p>	<p>3 aree chiave della pratica clinica trasformata usando soluzioni digitali a basso costo, disponibili durante la pandemia da COVID-19: comunicazione e supervisione all'interno dei team clinici; supportare le famiglie dei pz critici; formazione clinica. E' fondamentale mantenere la sicurezza dei dati riservati dei pz, tramite linee guida cliniche e di governance delle informazioni. L'uso della comunicazione video non è perfetto, essendo una novità,</p>

		formazione clinica.		comunicazione i familiari dei pz durante la quarantena; per permettere un consulto rapido dei vari medici all'interno degli ospedali con quelli che si trovano in reparti COVID-19 e infine, per favorire la formazione pratica infermieristica, per permettere agli infermieri di reparti diversi, di imparare le tecniche e conoscenze sui pz critici di TI.	va implementato. Le videochiamate con la famiglia possono essere difficili quando i pz sono gravemente malati e potrebbero non sopravvivere, riconoscendo che non possono sostituire il contatto fisico. Abbracciare soluzioni digitali permette di connettere pz, famiglie e medici.
Ramaswamy A., <i>et al.</i> (2020). J. Med Internet Res. <i>Patient Satisfaction with Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: retrospective cohort study.</i>	Coorte osservazionale e retrospettivo.	Determinare se la soddisfazione dei pazienti varia con le visite tramite video o di persona.	38609 risultati dell'indagine sulla soddisfazione dei pazienti (620 visite con i video, 37989 di persona). Il tempo viene identificato come pre-COVID e COVID-19 (prima e dopo il 4 marzo 2020). Età media 58.8 anni.	Analisi della soddisfazione dei pazienti mediante il test Wilcon-Mann-Whitney, che contiene 31 item con punteggi da 1 a 5 (molto povero, povero, giusto, buono molto buono) per valutare 7 domini nella cura dei pz (domande di base (3 items), accesso (8 items), muoversi attraverso la visita (4 items), infermieri (3 items), operatore sanitario (6 items), problemi personali (4 items) e	C'è stato un incremento nell'uso delle visite virtuali con il COVID-19 rispetto al periodo precedente, dell'87,29%. Non sono state riscontrate differenze significative riguardo i due gruppi. Nel periodo pre, solo lo 0.3% dei pz ha sperimentato le visite virtuali. Nel periodo COVID, il 21.9% le ha sperimentate. I punteggi di soddisfazione di Press Ganey erano significativamente maggiori nel periodo COVID rispetto al periodo antecedente

				<p>valutazione complessiva (3). Analisi statistica dei dati.</p>	<p>(93.4% vs 92.5%, $p < 0.001$). In particolare, nel periodo di studio, la soddisfazione per le visite video è stata significativamente maggiore rispetto alle visite di persona (94.9% vs 92.5% $p < 0.001$). Nelle analisi aggiustate, le visite video (IC 95%), il periodo di COVID e l'età tra i 60 e 79 anni, erano associati a punteggi maggiori nel Press Ganey. Il genere femminile e la nuova tipologia di visita erano associati a punteggi minori dello stesso questionario.</p>
<p>Tabah A., <i>et al.</i> (2022). Journal of Critical Care. <i>Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey.</i></p>	<p>Trasversale online.</p>	<p>Ottenere informazioni sulle politiche di visita e sulle modalità di comunicazione, compreso l'uso della visita virtuale (videoconferenza).</p>	<p>TI in tutto il mondo. Sondaggio visualizzato 1352 volte.</p>	<p>Periodo marzo-luglio 2021. Sondaggio in 3 domini (rapporti di personale e orari di visita; sviluppo e modifiche delle politiche di visita e comunicazione familiare durante la pandemia; strategie di comunicazione e utilizzo della visita virtuale) con 32 item: i dati riflettevano 3 periodi principali: antecedenti il COVID, nel</p>	<p>Totale di 773 sondaggi da 667 TI nel mondo (52% dall'Europa e Asia centrale, 18% Medio Oriente e Nord Africa, 15% da Asia orientale e Pacifico, 7% da America Latina e dai Caraibi, 45 da Africa subsahariana, 3% dal sud Asia e 2% Nord America). Nel periodo antecedente la pandemia, il 20% delle TI aveva visite illimitate, il 6% non ha consentito la visita di persona. Al picco, l'84%</p>

				<p>momento del picco di ricoveri in TI e al momento del completamento del sondaggio.</p>	<p>aveva implementato una politica di visita non di persona per i pz con COVID, 66% per i pz senza COVID. Il 12% delle TI implementava la stessa politica di visita indipendentemente dalla malattia. Nel periodo del sondaggio, il divieto di visita era sceso del 55%; e il 67% delle TI aveva una politica di visite con un regolamento scritto. Le situazioni in cui è stata liberalizzata la politica di visita era durante il fine vita e il deterioramento clinico. Il 43% delle TI disponevano di un opuscolo informativo fisico o digitale che conteneva info sul COVID, politiche di visita e dispositivi di protezione. Nel 55% dei casi venivano fornite informazioni regolari e giornalieri a telefono sullo stato del pz.</p>
<p>Jensen H.I., <i>et al.</i> (2021). Intensive and Critical Care Nursing. <i>Conditions and strategies to meet the challenges imposed by</i></p>	<p>Trasversale.</p>	<p>Esaminare le condizioni e le strategie per affrontare le sfide imposte dalle restrizioni di vista</p>	<p>TI in Danimarca, Norvegia e Svezia. Periodo novembre/dicembre 2020.</p>	<p>Somministrazione di un questionario riguardante le sfide e le strategie utilizzate. Era composto da 6 sezioni: capacità e personale in TI, politiche</p>	<p>Tasso di risposta del 53% (74/140 partecipanti). Tutte le TI avevano restrizioni di visita, (percentuali rispettivamente di Danimarca, Norvegia e Svezia): il 9% non</p>

<p><i>the COVID-19 related visiting restrictions in the intensive care unit: a Scandinavian cross-sectional study.</i></p>		<p>relative alla malattia da COVID-19 nelle TI Scandinave.</p>		<p>di visita e accesso in TI, informazioni e conferenze con i parenti, informazioni scritte, figli come parenti e iniziative di follow-up.</p>	<p>permetteva l'accesso, il 39% solo per pz in fine vita, 52% accesso limitato; 6% negava l'accesso, 33% per pz in fine vita, 61% accesso limitato; 7% nessun accesso, 68% per pz in fine vita, 18% accesso limitato. Nella maggior parte delle TI sono stati utilizzati telefoni, tablet, computer per permettere un contatto video tramite Skype, Facetime, zoom, teams. Alcune TI in Danimarca e Norvegia utilizzavano solo piattaforme digitali ospedaliere protette. I familiari venivano incitati a scrivere lettere che venivano poi date ai pz o ad inviare foto.</p>
--	--	--	--	--	---