

Aprire le terapie intensive?

I reparti di rianimazione e terapia intensiva sono stati da sempre luoghi inaccessibili a familiari e amici del paziente. Ma la situazione sta finalmente cambiando, sia negli Stati Uniti sia in Europa, perché la vicinanza dei cari, in un momento così delicato come la malattia, comincia a essere percepita come risorsa preziosa per la cura dei pazienti e non come ostacolo al lavoro dell'equipe o fonte di infezioni.

Alberto Giannini



Fin dalla loro creazione, meno di cinquant'anni fa, i reparti di rianimazione sono stati strutture *chiuse*, in cui l'accesso di familiari e visitatori era limitato perché considerato sfavorevole per il paziente. Questa strategia è stata spesso motivata da timori riguardo il rischio di infezioni, l'interferenza con le cure al paziente, l'aumento dello stress per pazienti e familiari e la violazione della confidenzialità. La riduzione o l'abolizione dei con-

tatti con il proprio mondo degli affetti rappresentavano quindi il ragionevole prezzo da pagare per benefici d'entità nettamente superiore: la vita e la salute. Il ricovero del paziente in rianimazione ha perciò obbedito a lungo a quello che si potrebbe definire il *principio della porta girevole*, secondo cui, quando entra il paziente, i familiari vengono sospinti fuori. Le attuali conoscenze mediche non solo hanno fatto venire meno i timori precedentemente accennati (l'utilizzo di indumenti

protettivi per i visitatori non ha nessun ruolo nel controllo delle infezioni nei pazienti), ma hanno anche evidenziato che la separazione dai propri cari è motivo di sofferenza per il paziente. Da più parti allora è stata sollevata la necessità di *aprire* le riani-

L'autore

Alberto Giannini
è medico rianimatore presso l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
a.giannini@policlinico.mi.it

mazioni, anche se limiti alle visite continuano a persistere, sia in Europa sia negli Stati Uniti.

Rianimazione *chiusa* e rianimazione *aperta*

Con rianimazione *chiusa* si intende un reparto di cure intensive ad accesso limitato che interdice la presenza, e talvolta anche la sola visita, di familiari e visitatori. Di fatto, questa chiusura si esprime sul piano fisico ma soprattutto su quello relazionale. Al piano fisico appartengono tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono proposte o imposte al visitatore (assenza di contatto fisico col paziente, utilizzo di indumenti protettivi come camice, mascherina, ecc). A quello relazionale appartengono invece tutte le espressioni, sia pure di diversa intensità, di una comunicazione frammentata, compressa o addirittura negata fra i tre elementi che costituiscono i vertici del particolare *triangolo relazionale* della rianimazione: il paziente, l'equipe curante e la famiglia. La rianimazione *aperta* può essere invece definita come la struttura di cure intensive dove uno degli

obiettivi dell'equipe è la razionale riduzione o l'abolizione di tutte le limitazioni non necessarie poste a livello fisico e relazionale.

La realtà italiana, europea e nordamericana

Un recente studio ha posto in evidenza come, in Italia, la quasi totalità dei reparti di rianimazione abbia poli-

paziente ricoverato è un bambino (9%), né se il paziente sta morendo (21%). I reparti con elevato numero di ricoveri e quelli appartenenti alle regioni del Sud Italia (comprese Sicilia e Sardegna) hanno orari di visita significativamente più limitati. Un quarto dei reparti esaminati non ha una sala d'attesa per i familiari e nel 95% dei casi si obbliga i visitatori a

La tendenza a mantenere i reparti di terapia intensiva chiusi può essere attribuita a fattori culturali: il concetto di rianimazione centrata sul paziente non è forse così diffuso e perdurano aspetti di paternalismo medico

tiche restrittive in tema di presenza di familiari e visitatori. Il tempo di visita a disposizione è molto limitato (in media un'ora al giorno) e vengono attuate restrizioni sia sul numero dei visitatori (accade nel 92% delle strutture di rianimazione esaminate), sia sul tipo di visitatori (il 17% dei reparti ammette solo familiari stretti, mentre il 69% non permette che i bambini facciano visite). Parte dei reparti considerati nello studio, inoltre, non modifica le sue regole per l'accesso dei visitatori se il

indossare indumenti protettivi. I dati provenienti dagli altri Paesi europei e dagli Stati Uniti mostrano complessivamente una grande variabilità di comportamenti per quanto riguarda la presenza di familiari e visitatori nelle strutture di rianimazione, ma la realtà italiana appare la più restrittiva. Solo le Fiandre hanno un quadro per certi versi paragonabile all'Italia, con solo il 3,3% dei reparti che non applica restrizioni alle visite. In Francia la media del tempo di visita è attual-

mente di quattro ore al giorno e più di un quinto delle cliniche non attua restrizioni. In Svezia, nel Regno Unito e negli Stati Uniti i reparti di rianimazioni che consentono visite ventiquattr'ore al giorno sono rispettivamente il 70%, il 22% e il 32%.

La tendenza a mantenere i reparti di terapia intensiva *chiusi* può essere attribuita prevalentemente a fattori culturali: il concetto di *rianimazione centrata sul paziente* non è forse ancora così diffuso e sembrano perdurare alcuni aspetti del paternalismo medico. In questo modo il paziente e i suoi bisogni tendono a essere considerati prevalentemente su un piano strettamente tecnico, e si lasciano le famiglie (e gli aspetti relazionali) fuori dalla porta.

La risposta alla sofferenza

Il lavoro svolto in rianimazione sotto gli occhi dei familiari contribuisce a dare rassicurazione, rafforzando la convinzione che il proprio caro è seguito con impegno e in modo continuato. La possibilità di stare accanto al proprio caro, insieme a informazio-

ne, rassicurazione, sostegno e comfort, rappresentano i cinque bisogni principali dei familiari di pazienti ricoverati in rianimazione, ma medici e infermieri speso sottostimano questo aspetto. Il ricovero in rianimazione e la separazione dal proprio mondo degli affetti rappresentano un motivo di grande sofferenza sia per il paziente sia per la famiglia, e numerosi dati suggeriscono che la liberalizzazione dell'accesso alla rianimazione per familiari e visitatori è benefica. In particolare, l'*apertura* della rianimazione non solo non causa l'aumento di infezioni nei pazienti, ma anzi si riducono in modo statisticamente significativo sia le complicanze cardiovascolari sia gli attacchi di ansia e le modificazioni ormonali dovute allo stress. E inoltre c'è una netta riduzione dell'ansia nei familiari.

La presenza dei familiari di per sé non riduce il livello di assistenza al paziente, anche se può essere percepita dagli infermieri come un elemento di interferenza o di sovraccarico nella loro attività. Se allora da un lato la presenza dei familiari può divenire un elemento di ulteriore stress per l'equipe (e come tale va trat-

tato), dall'altro può però offrire un efficace sostegno al paziente in un tempo di particolare gravosità, facilitando anche la comunicazione tra paziente e curanti.

per saperne di più

- ▶ D. M. Berwick, M. Kotagal, "Restricted visiting hours in ICUs: time to change". In: *Jama*, 2004.
- ▶ H. Burchardi, "Let's open the door!". In: *Intensive Care Medicine*, 2002.
- ▶ J. E. Davidson et al, "Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005". In: *Critical Care Medicine*, 2007.
- ▶ A. Giannini, "Open intensive care units: the case in favour". In: *Minerva Anestesiologica*, 2007.
- ▶ A. Giannini et al, "Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey". In: *Intensive Care Medicine*, 2008.
- ▶ E. Lévinas, *Etica e infinito*. Città Nuova Editrice, Roma, 1984.

D'altronde, non esiste alcuna solida base scientifica per limitare l'accesso dei visitatori in rianimazione, e come si dice in un articolo di Donald Berwick e Meera Kotagal pubblicato su *Jama*: «restricting visiting in ICUs is neither caring, compassionate, nor necessary», (ridurre le visite nei reparti di terapia intensiva non ha nulla a che fare né con la cura, né con la compassione. E non è necessario). Solo un grave pericolo per la salute pubblica potrebbe eccezionalmente giustificare la restrizione delle visite.

Infine, esiste anche una motivazione squisitamente etica che supporta l'*apertura* della rianimazione: riconoscere il *volto dell'altro*, secondo l'espressione di Emmanuel Lévinas, chiama alla responsabilità. Pertanto termini come accoglienza e ospitalità debbono essere assunti come modalità della relazione con l'altro anche nel contesto ospeda-

liero e devono essere concretamente tradotti persino in una realtà particolare e complessa come la rianimazione.

Una risposta efficace ai bisogni del malato

La rianimazione *aperta*, infine, offre la possibilità di garantire cura e attenzione anche quando si è raggiunto il limite terapeutico. La morte può essere affrontata in modo differente, con un linguaggio e dei gesti diversi da quelli consueti. Anziché consegnare un corpo dopo la morte, si possono creare le condizioni perché la persona sia accompagnata nel tempo della morte.

L'obiettivo generale non è però aprire indiscriminatamente la rianimazione a qualunque presenza, ma consentire al paziente, quando questo sia possibile, di autodeterminare le presenze per lui significati-

ve e stabilire alcune norme di gestione, di igiene e di sicurezza, che ogni singolo reparto potrà elaborare e modificare nel tempo.

L'*apertura* della rianimazione e la presenza dei familiari accanto al malato non sono una concessione, né una nuova moda o l'ultimo grido del *politically correct* in campo sanitario, ma rappresentano una risposta efficace ai bisogni del malato e della sua famiglia. È una scelta che impegna a individuare soluzioni originali per ogni singola realtà, che richiede periodiche verifiche, che ha bisogno di essere rimotivata nel tempo, anche in considerazione dell'elevato *turn over* delle equipe di rianimazione.

La rianimazione *aperta* rinnova e arricchisce i gesti dell'alleanza terapeutica tra la persona ammalata e quanti si prendono cura del malato. ○

Alberto Giannini