

Maria Luisa Rega, DAI, Infermiere coordinatore, Tutor d'Aula Corso Master di I livello in Management Infermieristico sulle Funzioni di Coordinamento

Elena Cristofori, DAI, Infermiere, Tutor clinico, Corso di Laurea in Infermieristica

Caterina Galletti, DAI, Dott., Coordinatore didattico, Corso di Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche e Ostetriche

Ercole Vellone, DAI, Caposala, UOC di Cardiologia, Ospedale S. Carlo, Roma, Prof. a contratto di Metodologia della Ricerca Infermieristica, Corso di Laurea e Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Silvia Scelsi, (DAI), Coordinatore Infermieristico, Responsabile U.O. Formazione, ARES 118 Lazio

La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza



Riassunto

L'incidenza di infezioni nei reparti ad alta intensità di cure (ICU) è cinque volte superiore rispetto ai reparti generici di degenza ospedaliera sia per le condizioni di suscettibilità e complessità dei pazienti sia per le molteplici occasioni di trasmissione delle infezioni attraverso le pratiche assistenziali. A fronte di questi rischi, i programmi di controllo (NNIS System, CDC) non sempre riescono a mantenere livelli costanti di adesione alle pratiche raccomandate (come ad esempio per il lavaggio delle mani), sia perché non uniformemente applicati sia perché mancano adeguati strumenti di verifica.

Parallelamente si è sviluppato fino ad oggi, un preventivo atteggiamento restrittivo all'ingresso dei familiari dei pazienti ricoverati nelle ICU, tuttavia non sono presenti in letteratura lavori scientifici che dimostrino la correlazione tra l'ingresso dei visitatori e le infezioni nosocomiali.

La scelta di "aprire" le ICU è motivata dall'evidenza scientifica che le infezioni nei pazienti critici sono causate da fattori di rischio intrinseci e da germi portati dallo stesso paziente.

L'umanizzazione del processo di cura e della pratica curativa presuppone e richiede oltre alla competenza professionale, alla flessibilità intellettuale, emotiva, di ascolto e relazionale anche la capacità di adattare e modificare lo stile di assistenza e lo stile comunicativo relazionale con le persone assistite e i loro familiari.

L'ambiente, in quanto struttura e organizzazione, condiziona notevolmente l'assistenza, da qui la necessità di comparare alcuni esempi delle rianimazioni di ieri e di oggi, le quali a colpo d'occhio permettono di notare immediatamente il percorso di umanizzazione delle cure che è stato fatto.

Parole chiave: ICV, Infezioni ospedaliere, Umanizzazione in terapia intensiva, Relazione di aiuto, Relazione con i familiari

Background

Il nucleo familiare è senza dubbio una opportunità assistenziale da preservare e coltivare, l'esempio ci viene dato dalle terapie intensive neonatali e pediatriche le quali per prime hanno aperto le porte ai genitori dei piccoli pazienti promuovendo attività come la marsupio-terapia per la tutela dell'unità della coppia madre-figlio.

Il futuro dell'assistenza, nell'ottica di un processo di umanizzazione, è basato sulla costruzione ragionata e dinamica di percorsi che siano esplicativi di accuratezza e appropriatezza e non di approssimazione, atti a sviluppare modalità di relazione sempre più rispondenti alle esigenze delle persone

e funzionali alla realizzazione degli obiettivi assistenziali. Infatti, attraverso una adeguata formazione, esiste la possibilità di prevedere approcci comportamentali preordinati allo scopo di ottenere il contenimento, il controllo e il superamento di alcune situazioni che inevitabilmente riguardano l'impatto del cittadino-utente con la struttura e in particolare con l'ICU.

Gli interventi di sostegno al cittadino si realizzano attraverso la definizione di una tipica relazione di aiuto, nell'ambito della quale gli strumenti di gestione (modalità di comunicazione, contenuti della comunicazione, approccio alla famiglia, ecc.), variano e si adeguano continuamente al mutare delle capacità e possibilità del paziente di stabilire

EDITORIALE

pervenuto il 31/01/06
approvato il 16/02/06

contatti con l'esterno. La forma di comunicazione più efficace con la persona a grave rischio di vita è quella empatica, poche parole a descrizione di una dimensione emozionale intensa, sentita ed ascoltata.

Caratteristiche del percorso assistenziale in area critica

L'area critica viene definita¹ come *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.*

La situazione che vive il paziente ricoverato presso un centro di rianimazione o di terapia intensiva è definita *complessa*. L'aggettivo complesso indica qualcosa che comprende in sé più aspetti, più parti o più elementi, di cui bisogna tener conto. Inoltre, *ciò che rende una situazione complessa e che permette a questa di essere affrontata e gestita, è il fatto che le parti di cui è composta sono molteplici e in relazione tra loro*², pertanto è necessaria una valutazione multidimensionale di tutte le variabili di cui è composta, di tutti quegli aspetti che sono in stretta relazione tra loro.

L'impatto assistenziale con questo tipo di paziente è impegnativo e difficile, proprio per la situazione in cui si trova sotto l'aspetto fisiopatologico, ambientale, psicologico, di isolamento, tutte variabili che caratterizzano questo evento come critico e sebbene siano in relazione tra di loro vanno studiate, analizzate separatamente per essere affrontate e risolte. La gestione infermieristica di questi pazienti è molto delicata e multifaccettata: *siamo immersi nella complessità in tutti i nostri campi d'azione. Complessità tra l'altro non implica che se l'azione è piccola, l'effetto sarà proporzionalmente piccolo, e neanche che se l'azione è buona, il risultato sarà per forza buono*³.

I pazienti che vivono l'esperienza di un incidente o di una crisi improvvisa sono spesso sopraffatti dall'ansia, poiché non hanno avuto il tempo di mobilitare le forze per adattarsi alla nuova situazione o al contesto che li accoglie. Essi vivono con la malattia un'esperienza di paura, mutilazione, immobilizzazione e in generale di non conoscenza che rappresenta un'aggressione alla loro personalità e all'integrità del proprio

corpo. In queste situazioni, accanto al paziente vi è sempre la famiglia che, allo stesso modo, ha bisogno di supporto e di incoraggiamento.

L'assistenza infermieristica dovrebbe costituire in questi casi, un processo metodologico per la soluzione di problemi in tempi veloci e situazioni incalzanti, riconoscendo i problemi, stabilendo le priorità, governando la situazione, tenendo sempre al centro la persona e la sua famiglia.

Gli elementi fondanti e distintivi dell'assistenza in area critica, sono

- **la criticità**, *quale situazione di pericolo di vita che richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori; il medico in questo evento ha un ruolo rilevante,*
- **l'instabilità**, *quale situazione in cui possono verificarsi ancora eventi di pericolo di vita non sempre precocemente prevedibili; l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante,*
- **l'intensività**, *che definisce un processo curativo medico-infermieristico caratterizzato da un costante, continuo e sistematico impegno assistenziale.*

Tali elementi posti in relazione al processo di assistenza, all'organizzazione del lavoro e al numero di operatori necessari per un'assistenza specifica per queste situazioni critiche danno luogo al modello della complessità assistenziale proposto da A. Silvestro⁴.

Infatti, collegare la complessità assistenziale al processo di assistenza significa pensare in termini di intensività assistenziale, ossia al processo curativo con costante, intensivo e sistematico impegno, anche con l'utilizzo di apparecchiature complesse.

La complessità anche organizzativa delle ICU deriva anzitutto da due elementi fondamentali: la specializzazione (*differenziazione*) e la necessità di coordinamento (*integrazione*). È evidente che queste tipologie di unità operative lavorano grazie al contributo di un numero cospicuo di professionisti diversi ed erogano prestazioni differenti ma che si integrano fra di loro. È altrettanto evidente che la difficoltà più grande nel gestire queste differenti professionalità è quella di riuscire a farle lavorare insieme (*integrazione*). Si può così affermare che tanto più le attività di un operatore, di una unità operativa sono differenzia-

te, tanto maggiore sarà la necessità di integrazione, aumentando così il carico di lavoro gestionale.

Un'altra caratteristica organizzativa è l'autonomia degli operatori, in modo particolare dei medici e degli infermieri. In queste figure è presente una elevata competenza sulle modalità di utilizzo delle risorse, derivante da vari fattori come l'estrema variabilità dei casi che vengono affrontati, che richiedono al contempo capacità di personalizzazione dell'assistenza e capacità di standardizzare le modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica.

Caratteristica importante dei meccanismi operativi, della quale è opportuno tener conto, è la possibilità di standardizzare i processi di lavoro, intendendo per *standardizzabile una attività eseguibile, nella maggior parte delle situazioni, con sequenze ripetitive e controllabili*⁵. Più si riesce a standardizzare le modalità operative di un determinato settore di attività, meglio si programmano i tempi e le risorse che quella attività richiede, innalzandone il rendimento organizzativo; al contrario, meno le attività sono standardizzabili, meno sarà possibile riuscire a programmare.

Nell'analisi della complessità organizzativa un'altra variabile da considerare è l'interdipendenza funzionale. Il grado di interdipendenza degli operatori nell'espletamento delle attività delle ICU con altre unità e con altri operatori, è un importante indice di complessità organizzativa. Più si dipende da altri per erogare un servizio, più l'attività sarà legata a quella degli altri e maggiori saranno le necessità gestionali. Per fare un esempio, durante il ricovero di una persona con IMA in UTIC, si possono ipotizzare collegamenti di questa con il laboratorio analisi, il servizio di emodinamica, la radiologia, l'unità di cardiologia, il servizio dietetico e quant'altro può essere necessario per quel determinato profilo di cura.

Il livello di complessità alta, media o bassa, è rilevante per l'infermiere al fine di decidere cosa effettuare direttamente e cosa demandare ad altri alla luce dell'appropriatezza e della pertinenza sancite anche dal D.L.g.vo n. 229/1999⁶ all'art. 1.6 per cui sono escluse dalle prestazioni erogate a carico del servizio sanitario nazionale quelle che non soddisfano i *principi dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non*

è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o che sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate, o se ci sono altre prestazioni per lo stesso scopo, quelle che non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse quanto a una modalità di organizzazione dell'assistenza⁷.

Ciò che si richiede è superare una logica di frammentazione dei percorsi per avere una continuità assistenziale, per definire eccellente ciò che è una rete integrata di strutture, servizi, professionisti dotati delle adeguate competenze, una logica di programmazione di cooperazione interistituzionale, socio-sanitaria, e rifondare l'assistenza specialistica su un sistema di valori universalmente condiviso.

L'assistenza in area critica come approccio globale alla persona assistita e alla sua famiglia

Il ricovero ospedaliero di una persona e in particolar modo in ICU è un evento critico che mette in difficoltà l'intero nucleo familiare. Infatti, al momento dell'ingresso in tali unità operative la porta chiusa, consente a tutti gli operatori di lavorare in modo ottimale ma favorisce ed accresce paure, incertezze, senso di esclusione e rabbia da parte del paziente e ancor più delle persone a lui significative che aspettano fuori dalla porta.

La gravità clinica, la repentinità dell'evento, l'incertezza dell'esito terapeutico, sono alla base delle emozioni del paziente e dei familiari e sono aspetti difficili da gestire laddove non si è formati e preparati a farlo.

Spesso, durante la degenza in ICU, si assiste ad una regressione infantile del paziente con conseguente incremento della richiesta di gratificazione affettiva⁸. La presenza di un familiare può rappresentare un contenimento della situazione ansiogena, ma parallelamente, se non adeguatamente gestita, può generare una sorta di competizione con gli operatori. In alcune situazioni in caso di pazienti particolarmente disorientati o agitati, o di fronte a un paziente con patologie psichiatriche, il familiare entra in gioco come figura terapeutica, diventa una risorsa che permette il contenimento di fronte ad una situazione

dissociativa e potenzia un auspicabile adeguamento all'ambiente volto alla riduzione e/o alla rimozione della fonte del disagio⁹.

L'infermiere è chiamato a potenziare le risorse, migliorare la confidenza con l'unità operativa e con chi vi opera.¹⁰ Questo permette di chiarire il concetto che il ruolo dell'infermiere, in qualsiasi ambito assistenziale, si esplica in maniera significativa nella salvaguardia della persona, ossia nella presa in carico della stessa, del suo entourage e dell'evento malattia che ha determinato il ricorso alla sua competenza professionale. In questo senso l'infermiere è capace di arricchire l'assistenza e rendere unico il suo intervento differenziandosi da quello degli altri operatori sanitari.

Già negli Stati Uniti nel 1972 Kraven¹¹ affermava se l'infermiere estende il concetto di paziente da quello di individuo in un letto a quello di membro attivo di una famiglia, di conseguenza dovrà estendere il suo ruolo assistenziale (...). Il paziente deve essere considerato come un membro attivo di una unità familiare all'interno di una struttura totale. Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come entità separate durante la malattia. Infatti, è compito dell'infermiere salvaguardare il nucleo familiare, anche ai fini di una non vanificazione del processo assistenziale, da una sua possibile disgregazione facilitando, attraverso una giusta comunicazione, la presa di coscienza dell'accaduto.

Santagallo¹² scrive l'infermiere, anche colui che lavora in area critica, deve essere un professionista con strumenti oltre che tecnici, di capacità empatica, di adeguamento e di collegamento con i familiari poiché la gravità clinica, la repentinità dell'intervento, l'incertezza dell'esito terapeutico, sono alla base delle emozioni dei familiari e sono aspetti difficili da gestire laddove non si è formati e preparati.

I bisogni dei familiari espressi e non, variabili a grandi linee in base alla loro presenza al momento del ricovero, alla modalità con cui si è manifestato l'evento acuto o la riacutizzazione di un evento morboso cronicizzato, all'età e al sesso del paziente, sono raggruppabili in:

- bisogno di essere informati,
- bisogno di essere importanti e parte attiva nei processi di guarigione,
- bisogno di essere rassicurati rispetto

al fatto che il loro caro riceva le migliori cure,

- bisogno di sentire che ci siano speranze,
- bisogno di espletare il proprio diritto di fronte ad una prognosi infausta, di "riappropriarsi della persona cara" fino ad accompagnarlo alla morte.

Ma è anche possibile trovarsi di fronte ad una richiesta di non collaborazione e di non coinvolgimento da parte di un familiare, tale richiesta può manifestarsi con il rifiuto¹³ della malattia, della gravità clinica e con la colpevolizzazione del degente. È quindi indispensabile individuare in questi casi altre figure di riferimento evitando però la conflittualità con i familiari e, per quanto possibile, usare un approccio volto a ottenere un seppur minimo coinvolgimento degli stessi. Al momento dell'inserimento nel percorso assistenziale di terze persone, è opportuno intervenire con processi standardizzati e con vari livelli di interazione.

Può altresì verificarsi che il paziente rifiuti i familiari. Nel rispetto della volontà di quest'ultimo è possibile comunque cercare di mediare le diverse istanze, con particolare attenzione alle motivazioni del rifiuto per una loro possibile soluzione¹⁴.

Spesso però, in questi reparti ad alta intensività di cure, dove vengono ricoverati pazienti in condizioni gravi e di urgenza, tutta l'attenzione viene riservata al paziente e pertanto il personale sanitario impegnato nel monitorare e mantenere attive le funzioni vitali dell'assistito, trascura che fuori dalla porta ci sono i familiari che aspettano, che hanno anche loro dei bisogni, che possono essere in condizioni di grande disagio.

Nello studio descrittivo di Titler¹⁵ et al. (1991), i familiari riferivano che il ricovero del proprio caro in terapia intensiva aveva comportato sulla famiglia distruzione della routine domestica e cambio delle relazioni tra i familiari (per alcuni in senso positivo con aumento dell'unità familiare e occasioni di crescita personale, per altri in senso negativo con effetti disgreganti e di conflittualità). L'infermiere si trova quindi quotidianamente coinvolto nella relazione tra paziente e familiare e in virtù di questo dovrebbe mediare le visite dei familiari con le esigenze assistenziali, creare un ambiente che favorisca la relazione tra familiare e paziente, fornire informazioni sugli aspetti assistenziali,

organizzativi, chiarire le informazioni ricevute dal medico, quando necessario.

I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in ICU sono stati studiati nella realtà italiana nel 1999 da Magotti A., Saiani L., Drigo M.L., con uno studio descrittivo intervistando 50 familiari e 72 infermieri nelle Rianimazioni e Unità Coronariche del Trentino Alto Adige. È stato utilizzato per questo studio lo strumento per la rilevazione dei dati creato da Molter e Leske, il *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI). Questo contiene un elenco di 45 voci di possibili bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in una unità di terapia intensiva ai quali viene chiesto di attribuire un valore di importanza da 1 a 10 e fra questi scegliere i tre ritenuti più importanti. Ciascuna voce risponde a categorie diverse di bisogni: relazionali (per esempio avere qualcuno con cui parlare con cui esprimere quello che si prova e anche poter piangere), informativi (per esempio ricevere informazioni quotidianamente), di comfort (per esempio avere una sala d'aspetto vicina e confortevole). Lo strumento è stato validato da diversi studi, utilizzato in diversi contesti e tradotto in varie lingue (francese, olandese, cinese ed italiano).

Lo strumento utilizzato tuttavia è stato leggermente modificato per eliminare alcune voci ritenute poco importanti dagli autori (ad esempio: avere un consulente per problemi finanziari) e aggiunge altre più importanti per la nostra realtà (ad esempio: ricevere informazioni rispetto a strutture dove poter soggiornare).

Obiettivo della ricerca è stato quello di individuare i bisogni percepiti come importanti per i familiari dei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive del Trentino e per gli infermieri e, risponde alle seguenti domande:

- quali sono i bisogni percepiti come i più importanti dai familiari?
- Quali bisogni dei familiari sono percepiti come più importanti dagli infermieri?
- Il tipo di contesto (Unità Coronaria e Rianimazione), incide sulla percezione dei bisogni?
- Secondo gli infermieri in che misura vengono soddisfatti i bisogni dei familiari?
- Per quali motivi i bisogni non vengono soddisfatti?

È stato somministrato un questionario sia ai familiari sia agli infermieri. Il

primo raccoglieva anche informazioni circa i dati anagrafici di chi compila il questionario e del familiare ricoverato includendo inoltre una domanda aperta per esplorare i suoi bisogni alla luce dell'esperienza vissuta. Al familiare veniva inoltre chiesto di dare un punteggio ad un elenco di 31 possibili bisogni. Egli doveva selezionare le 10 voci ritenute più importanti e attribuire un punteggio di priorità da 1 a 10 (considerando 1 la più importante).

I 31 bisogni sono stati raggruppati in cinque categorie:

- **bisogno di sostegno psicologico**, ad esempio avere qualcuno con cui parlare per poter esprimere quello che si prova, avere delle figure di riferimento esperte di problemi di famiglia, sentirsi sicuri che venga fornita la migliore assistenza possibile,
- **bisogno di sostegno nel rapporto con il paziente**, ad esempio ricevere chiarimenti su apparecchiature e presidi collegati al paziente prima di entrare nella stanza, vedere il paziente frequentemente,
- **bisogni informativi**, ad esempio ricevere informazioni in termini comprensibili, parlare con il medico almeno una volta al giorno,
- **bisogno di comfort personale**, ad esempio avere una sala d'aspetto vicina, accogliente, avere un bagno vicino,
- **bisogno di essere riconosciuto dall'équipe curante**, ad esempio sentirsi accettati dal personale sanitario, avere informazioni circa la qualifica del personale che si prende cura del proprio caro.

I dati sono stati raccolti su cinquanta familiari (venticinque di Rianimazione e altrettanti di UCIC).

Il questionario per gli infermieri raccoglieva informazioni circa i dati anagrafici, l'età, gli ambiti di esperienza professionale e veniva sottoposto un elenco di trentuno possibili bisogni. All'infermiere veniva poi chiesto di selezionare le dieci voci ritenute più importanti ed di attribuire un punteggio di priorità da uno a dieci (considerando uno la più importante). Inoltre, in base all'esperienza personale veniva chiesto di definire il livello di soddisfazione di ciascun bisogno su una scala da uno (per nulla soddisfatto) a quattro (molto soddisfatto).

Il questionario è stato sottoposto a ottantacinque infermieri che lavoravano nei reparti di Rianimazione e Unità di Cure Intensive Coronariche (UCIC) dell'Ospedale S. Chiara di Trento e di Rovereto. Sono stati restituiti settantacinque questionari e quelli utili per l'analisi sono stati settantadue dei quali ventotto dalla rianimazione di Trento, diciassette da quella di Rovereto, tredici dall'UCIC di Trento e quattordici da quella di Rovereto.

I dati sugli infermieri e sui familiari sono riportati rispettivamente nelle tabelle 1 e 2.

Nella tabella 3 sono riportati, in ordine di priorità, i bisogni percepiti come più importanti dai familiari (l'importanza è stata definita rispetto alla frequenza di scelta, indipendentemente dal peso attribuito).

Avere garanzie su come viene assistito il congiunto è l'aspetto più importante (primo e quarto posto); al secondo e terzo e quinto ci sono gli aspetti relativi all'informazione.

Nella tabella 4 sono stati elencati invece quelli che sono i bisogni prioritari

Tabella 1. Dati relativi agli infermieri

Infermieri n. 72					
Sesso	M 16 (22%)	F 56 (77.8%)			
Età	22-29 45 (62.5%)	30-40 24(33.3%)	>40	3	
Anni di esperienza in reparto	<2 21(29.2%)	2-6 26(36.1%)	>6	25(34.3%)	

Tabella 2. Dati relativi ai familiari

Familiari n. 50					
Sesso	M 51 (30.0%)	F 35 (70.0%)			
Età	>40 16 (32.0%)	40-59 21 (42.0%)	60-70	(26.0%)	
Grado di parentela	Coniuge 24 (48.0%)	Genitore 3	Figlio 19 (38.0%)	Fratello 4	

Tabella 3. Bisogni individuati come i più importanti dai familiari.

Bisogno	Frequenza di scelta (n. 50)	Frequenza di scelta (%)	Frequenza di scelta in ordine di priorità		
			I	II	III
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza	46	92	23	6	2
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	39	78	7	6	10
Essere assicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi o negativi delle condizioni del paziente	39	78	4	6	8
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	37	74	1	7	3
Avere una figura di riferimento da chiamare in ospedale per ricevere informazioni quando non si è là	34	68		2	7
Conoscere la previsione della malattia	32	64	1	4	3
Ricevere informazioni in termini comprensibili	30	60	2	3	3
Avere orari di visita più flessibili	22	44		3	
Vedere il paziente frequentemente	20	40	2	3	
Sapere esattamente in cosa il paziente sta migliorando	19	38		1	2

Tabella 4. Bisogni individuati come i più importanti dai familiari.

Bisogno	Frequenza di scelta (n. 50)	Frequenza di scelta (%)	Frequenza di scelta in ordine di priorità		
			I	II	III
Ricevere informazioni in termini comprensibili	68	94.4	16	14	11
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	62	86.1	12	19	3
Essere assicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi o negativi delle condizioni del paziente	55	76.4		5	8
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza	54	75.0	18	8	10
Avere orari di visita più flessibili alle proprie esigenze	46	63.9	3	5	5
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	46	63.9	3	5	5
Conoscere la previsione sull'esito della malattia	45	62.5	5	4	5
Avere indicazioni su cosa poter fare al letto del paziente	32	44.4	1		1
Vedere il paziente frequentemente	32	44.4	7	6	3
Avere una sala d'aspetto vicina e confortevole	28	38.9			

Tabella 5. differenze statisticamente significative fra familiari ed infermieri

Bisogno	Classifica familiari	% Scelta familiari	Classifica infermieri	% Scelta infermieri	Differenze statisticamente significative
Sentirsi sicuro che venga fornita la migliore assistenza possibile	1	92	4	75	P=0.03
Ricevere informazioni in termini comprensibili	7	60	1	94	P=0.000
Avere una figura di riferimento da chiamare all'ospedale per ricevere informazioni quando non si è lì	4	68	12	26	P=0.000
Sapere esattamente in che cosa il paziente sta migliorando	10	38	21	16.6	P=0.01
Avere indicazioni su cosa poter fare al letto del paziente	19	18	8	44	P=0.005

ri per gli infermieri. Gli infermieri presiedono l'informazione e la possibilità di avere accesso al paziente e danno importanza anche agli aspetti di accoglienza.

Nella tabella 5 viene riportata la frequenza di scelta dei singoli bisogni rispettivamente per i familiari e per gli infermieri, per i bisogni dei quali sono emerse differenze statisticamente significative.

I familiari intervistati riconoscono come prioritari:

- *il bisogno di sentirsi sicuri che al loro caro venga fornita la migliore assistenza possibile,*
- *la possibilità di parlare con il medico almeno una volta al giorno,*
- *essere rassicurati di venir chiamati a casa qualora si verificassero dei cambiamenti nelle condizioni cliniche del paziente. Questi risultati coincidono anche con la letteratura esistente^{16,17,18}.*

Gli infermieri intervistati dimostrano una buona capacità e attenzione nel rilevare quali sono i bisogni più importanti per i familiari, aspetto fondamentale per poter fornire assistenza mirata non solo alle esigenze del paziente ma dell'intero nucleo familiare.

Il fatto che gli infermieri sovrastimino il bisogno di informazioni (ricevere informazioni comprensibili, è stato classificato al primo posto per gli infermieri ed al settimo dai familiari), potrebbe riflettere il loro vissuto e la percezione che la gestione dell'informazione sia di competenza medica.

Il bisogno di avere una figura di riferimento da chiamare in ospedale per ricevere informazioni quando non si è lì, è stato collocato al dodicesimo posto dagli infermieri e al quarto dai familiari.

Probabilmente il tempo dell'attesa è un tempo misconosciuto dagli operatori sanitari, mentre i minuti e le ore passano spesso velocemente ad assistere e monitorizzare il paziente, si corre il rischio di dimenticare che per un familiare, al quale è stata negata la possibilità di stare al fianco del proprio caro, la stessa frazione di tempo può sembrare interminabile.

Queste conclusioni vanno lette rispetto ad alcuni limiti dello studio riportato, come ad esempio, il campione troppo piccolo di familiari non ha permesso di suddividerlo in gruppi numericamente importanti con caratteristiche diverse. Inoltre, un elenco pre-strutturato di

bisogni può aver limitato e condizionato l'espressione dei bisogni da parte dei familiari.

Una ulteriore indagine è stata eseguita dal gruppo ANIARTI nel 2000, nelle terapie Intensive italiane utilizzando lo stesso strumento del precedente studio il CCFNI.

Elaborato il protocollo di ricerca, il responsabile con l'intera équipe e insieme ai delegati regionali ANIARTI, hanno individuato i gruppi infermieristici che, data la loro disponibilità alla partecipazione, rientrassero nelle caratteristiche che erano state determinate per la definizione del campione. Fra questi gruppi sono stati individuati i responsabili che avevano il compito di gestire lo studio illustrando la ricerca, richiedendo gli eventuali permessi al Comitato Etico, ove necessario e fornendo le informazioni ai parenti coinvolti.

Sono stati predisposti gli strumenti per la conduzione dell'indagine ed è stato inviato il materiale necessario ai responsabili infermieristici delle U.U.O.O., precedentemente contattati.

Il questionario doveva esser fatto compilare a venti familiari di pazienti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva da non meno di ventiquattro ore e da non più di settantadue ore, mentre il campione degli infermieri doveva comprendere gli operatori che lavoravano da almeno sei mesi in quella tipologia di unità operativa.

Il familiare (non più di uno per paziente), veniva contattato dal referente del progetto di ricerca del reparto, al momento della visita al paziente. Ad esso veniva spiegato il motivo della ricerca, rassicurato che i dati sarebbero stati utilizzati ai fini di un miglioramento della qualità dell'assistenza, che la partecipazione era volontaria e che veniva garantito l'anonimato. Era preferibile che il questionario venisse compilato in ospedale ma, se il parente lo richiedeva poteva portarlo a casa e riconsegnarlo il giorno dopo.

Gli infermieri venivano contattati anch'essi dal referente del progetto di ricerca del reparto. Il questionario per i familiari era composto da:

- *domande su dati anagrafici del familiare e del parente ricoverato,*
- *domanda aperta per chiedere al familiare di esprimere ulteriori esigenze rispetto all'esperienza vissuta,*
- *un elenco di trentuno possibili bisogni di un familiare di una persona*

ricoverata in un reparto di terapia intensiva. Rispetto ai trentuno bisogni, scegliere i dieci ritenuti più importanti e fra i dieci scelti selezionare in ordine di priorità i tre più importanti.

Il questionario per gli infermieri era composto da:

- *domande su dati anagrafici di chi compila il questionario,*
- *domanda sulla permanenza in servizio in quella unità operativa,*
- *un elenco di trentuno possibili bisogni di un familiare di una persona ricoverata in un reparto di terapia intensiva.*

Rispetto ai trentuno bisogni veniva chiesto all'infermiere di sceglierne dieci in ordine di importanza e tra questi di selezionare in ordine di priorità, i primi tre. Per i dieci scelti l'infermiere doveva anche indicare il livello di soddisfazione, su una scala da 1 a 4 (dove 1 indicava per nulla soddisfatto, 4 molto soddisfatto).

I bisogni considerati prioritari dagli infermieri sono stati ancora quelli di tipo informativo, con una priorità maggiore per quello che si identifica con il *saper cosa viene fatto e perché*.

Da questo studio risultavano insoddisfatti per gli infermieri solo i bisogni che i parenti ritengono non prioritari, ma emerge chiaramente che entrambi valutano indispensabile il bisogno di ricevere informazioni. La concordanza tra percezione degli infermieri e dei parenti è complessivamente elevata come emerge sia negli studi di *Kleinpell R. e Powers M. J.*¹⁹ e *Magotti A., Saiani L., Drigo M. L.* Rispetto ai bisogni ritenuti più importanti, 8 su 10 coincidono. Vi è quindi una buona concordanza tra gli infermieri e i familiari, questo significa che gli infermieri sono molto attenti e precisi nella rilevazione dei bisogni dei familiari, cosa particolarmente gratificante per la nostra professione.

Una riflessione sulla qualità delle informazioni trasmesse deriva dal fatto che solo il 32% degli infermieri la ritiene soddisfacente, sarebbe altresì interessante andare ad analizzare che cosa ne pensano i parenti, se sono realmente soddisfatti di questo bisogno.

La diade persona-famiglia non dovrebbe essere scissa al momento dell'ingresso in un reparto ad alta intensività di cure, purtroppo, invece, sono poche oggi quelle realtà che permettono l'ingresso dei familiari in terapia intensiva e in rianimazione.

La richiesta di informazione è il prim grande bisogno condiviso dal paziente e dai familiari, in questi ultimi si affianca al bisogno di essere utili. Proprio per questa esigenza, in alcune realtà il familiare ha la possibilità di prendersi cura di piccoli aspetti quali, l'igiene del viso, la pulizia delle mani e delle unghie.²⁰ Questa partecipazione non risulta utile solo per il degente, ma anche per il familiare in quanto si sente investito di un ruolo attivo che lo aiuta nel superamento del proprio senso di impotenza.²¹ La presenza dell'infermiere accanto al familiare in queste situazioni, è necessaria per equilibrare gli eccessi o i difetti di collaborazionismo quali interventi incauti, come per esempio un approccio al congiunto senza aver compiuto un adeguato lavaggio delle mani.

Nonostante quindi la oramai innegabile esigenza del paziente ad avere accanto il proprio nucleo familiare, e viceversa, in un momento molto delicato come può esserlo un ricovero in terapia intensiva, la struttura e l'organizzazione del lavoro di molte realtà, a tutt'oggi non asseconda questi bisogni. Inoltre ad avvalorare questo tipo di approccio favorevole ad una chiusura dei reparti di area critica, è stato per lungo tempo la convinzione che l'ingresso dei familiari fosse correlato ad un maggior numero di infezioni.

La frequenza delle infezioni nosocomiali è prevalente nei reparti ad alte cure intensive, cinque volte superiore rispetto ai reparti generici.²² Le cause della presenza delle infezioni sono legate alle alterazioni fisiopatologiche dei pazienti, quindi a condizioni di stress, shock, ridotte difese immunitarie, come limitata mobilità attiva, malnutrizione o interventi chirurgici. Per questi motivi vi è l'attivazione e la moltiplicazione della popolazione batterica endogena.

Altre cause della presenza di infezioni, sono invece legate all'ambiente, e quindi determinate dalla contemporanea presenza di più soggetti a rischio in aree ristrette, dalle procedure invasive, dal rapporto infermiere-paziente < 1. La conseguenza di ciò è l'aumento del rischio di contagio dei batteri esogeni.

A testimonianza di quanto finora detto è stato attuato in passato e tutt'ora nella stragrande maggioranza delle realtà delle ICU, un preventivo atteggiamento restrittivo all'ingresso dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva o in Rianimazione.

In particolare, laddove concesso l'ingresso dei familiari, l'orario di visita era/è molto rigido e ridotto, con la possibilità di stare accanto al proprio congiunto solo mezz'ora al giorno circa e una persona alla volta. Senza dubbio questa limitazione risulta tutt'oggi necessaria durante lo svolgimento di determinati atti assistenziali e terapeutici.

I pazienti ricoverati nei reparti ad alta intensità di cure, presentano, nella maggior parte dei casi, infezioni causate da germi interni: Staphilococchi meticillino-resistenti, Pseudomonas Aeuriginosa, Acinetobacter Anitratus. Le infezioni esterne sono causate invece da germi non appartenenti alla famiglia dei Pneumococchi e poichè sono molto rare, è necessario agire sulle precedenti.

Inoltre non sono presenti in letteratura lavori scientifici che dimostrino la correlazione tra la presenza dei visitatori nei Centri di Rianimazione o Terapie Intensive e le infezioni nosocomiali

Oggi, nonostante l'evidenza scientifica non dimostri più questa ipotesi, l'atteggiamento di chiusura si è ormai radicato all'interno delle nostre organizzazioni, a discapito, di un approccio globale alla persona e di un processo di umanizzazione dell'assistenza.

La struttura e l'organizzazione del lavoro in terapia intensiva e sua evoluzione

Entrando in una terapia intensiva si rimane colpiti dalla gran quantità di apparecchiature ad alta tecnologia che circondano i pazienti e sicuramente anche dai suoni inconsueti che provengono dagli strumenti che aiutano a sostenere le funzioni vitali dei pazienti, fino molte volte a compromettere il comfort del paziente e degli stessi operatori.

Altra caratteristica importante era ed è tutt'ora in alcune realtà, la scarsità di pareti, spesso addirittura sostituite da vetrate, rendendo l'ambiente molto impersonale con una totale mancanza di privacy, tanto da mettere a disagio la persona assistita, soprattutto quando ci sono momenti critici di instabilità vitale

o quando si provvede all'igiene personale. Tutto questo fa riferimento ad una logica strutturale che prevede un *open space* oppure una *distribuzione a ragiera* dei posti letto intorno alla postazione infermieristica, che risponde bene ai criteri di funzionalità, poiché permette di avere sempre e continuamente il paziente sotto controllo potendone osservare i movimenti, e le necessità assistenziali, ma appartiene ad una vecchia logica per lo più *funzionalista*, non ispirata a principi come quello di preservare la persona da sguardi indiscreti (Figura 1).



Figura 1: Rianimazione open space

Inoltre fino a qualche anno fa, nella stragrande maggioranza delle realtà operative, i familiari potevano vedere il proprio congiunto solo attraverso un vetro e parlare, qualora fosse possibile, attraverso un citofono. Gli infermieri del reparto, al termine dell'orario delle visite, abbassavano le tendine od oscuravano le vetrate e ricominciava l'isolamento della persona ricoverata in ICU dal resto del mondo. Le motivazioni che sottostavano a questa logica di comportamento erano legate ad usi e consuetudini e alla convinzione che i familiari potessero trasmettere le infezioni ai pazienti già gravemente compromessi.

Le Terapie Intensive sono sorte grazie alle sempre maggiori possibilità di supporto delle funzioni vitali offerte dalla tecnologia: da una fase iniziale caratterizzata dall'entusiastica applicazione dei nuovi mezzi che la tecnica era in grado di fornire *per fare uscire vivo* il paziente si è passati ad una evoluzione culturale delle figure sanitarie che operano in Terapia Intensiva, da ricondurre a diversi fattori:

- gli studi, anche italiani (come GIVITP³ ed ERICUS⁴), miranti a valutare gli effetti della pratica clinica sull'outco-

me dei pazienti, con conseguenti riflessioni sull'appropriatezza d'uso delle Terapie Intensive,

- la crescente consapevolezza, da parte del personale sanitario in essa operante, di avere la necessità di possedere una visione globale del paziente, non specialisti di organi o malattia, ma di paziente critico,
- la percezione della necessità di superare la divaricazione tra efficacia tecnica e valenze umane dell'assistenza e della crescente importanza dei fattori relazionali,
- la consapevolezza che l'assunzione di nuovi poteri di intervento sulla vita ponga l'assunzione di nuove responsabilità a forte connotazione etica.

Il fine della medicina e dell'assistenza in generale, si delinea sempre più con la moderna visione di quello che è il maggior beneficio per il paziente, in quel momento e per quella particolare situazione che sta vivendo. La decisione a riguardo di qualsiasi intervento da attuare su quella e per quella persona, necessita della condivisione da parte del paziente nonché del rispetto dei suoi valori, senza ledere la dignità di persona pensante e capace di prendere decisioni. Da ciò è nata la consapevolezza che la pratica assistenziale, sia medica che infermieristica, più appropriata non si identifichi necessariamente con quella che richiede l'impiego di tutte le risorse di cui dispone la tecnologia, così come non può e non deve limitarsi ad una mera applicazione ed utilizzo delle stesse a tutti i costi. La tecnologia, per essere di vero e reale supporto all'équipe assistenziale ha bisogno di un governo e di un controllo che passa in prima istanza attraverso la formazione e la capacità di discernimento delle priorità da mettere in atto (appropriatezza delle prestazioni).

Oggi, le Terapie Intensive, hanno sicuramente trovato un punto di incontro tra le cure assistenziali intensive, che inizialmente primeggiavano su tutto, e i bisogni psicologici, relazionali, di comfort ambientale, di sicurezza dell'integrità della fisicità, che implica una presa in carico della persona in tutte le sue dimensioni.

Un cambiamento così radicale nella concezione di questo tipo di cura si è riflettuto anche dal punto di vista strutturale e architettonico. A riguardo sono state elaborate delle Linee Guida dalla

Società Americana di Terapia Intensiva SCCM-ACCM²⁵ per la progettazione dell'Unità di Terapia Intensiva che si pongono come riferimento per le istituzioni sanitarie nella progettazione di una nuova ICU o per la modificazione di una già esistente.

In questo documento si ribadisce l'importanza di un ambiente intimo, che tenga in considerazione tutti i bisogni della persona e che consenta di ritagliare uno spazio vitale per sé e per i suoi cari, soprattutto per la gestione di momenti con forti emozioni che una esperienza del genere può comportare. Viene garantito, in questo modo, il diritto della persona ad avere accanto i propri familiari in un ambiente intimo che tuteli la loro relazione e favorisca un contatto più e sereno.

In tal senso un utilizzo congruo della ICU comporta sia la necessità di verificare l'appropriatezza dei ricoveri, delle scelte terapeutiche, dell'utilizzo delle risorse (verifica di qualità), sia la necessità di rispettare i diritti del paziente, compreso quello di "una morte dignitosa" in un contesto, seppure intensivo, di centralità della persona e dei suoi diritti.²⁶

Un richiamo in tal senso è espresso anche dal Codice Deontologico dell'infermiere²⁷ che al punto 4.15 recita: "L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito".

Altra parte del documento che ci porta a riflettere sul cambiamento che si è reso necessario all'approccio assistenziale in area critica è l'articolo 4.10:

"L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari"

Oggi la struttura dell'ambiente di tali reparti è fondamentale per la realizzazione di un ambiente intimo, che tenga in considerazione tutti i bisogni della persona, favorendo la percezione del proprio corpo, dal momento dell'igiene

al letto alla relazione con i ministri di culto e i propri cari. Forti momenti personali carichi di emozioni sono anche le situazioni di accertamento della morte cerebrale, la comunicazione ai parenti e l'inizio dei lavori delle commissioni per l'eventuale espanto degli organi.

Ogni sforzo dovrebbe essere compiuto per offrire un ambiente che minimizzi lo stress al paziente e al gruppo di lavoro. La progettazione delle ICU dovrebbe considerare sistemi di illuminazione naturale e vedute panoramiche privilegiando stanze singole con finestra. Le finestre sono un importante aspetto dell'orientamento sensoriale e più camere possibili dovrebbero essere munite di finestre per rinforzare l'orientamento giorno/notte²⁸. Approcci addizionali per migliorare l'orientamento sensoriale dei pazienti possono prevedere la disponibilità di un orologio, di un calendario, di una tabella delle atti-



Figura 2: Rianimazione a box separati

vità e/o auricolari connessi alla radio e alla televisione. Per fornire dettagli di stimolazione visiva, una o più pareti entro il raggio di visuale del paziente potrebbero essere decorate con tonalità di colore, trame particolari, effetti o stampe²⁹ (Figura 2).

Una scorta di sedili pieghevoli o portatili dovrebbe essere disponibile per permettere le visite dei familiari al letto del paziente. Dovrebbero essere sollecitati pareri dagli ingegneri e dagli architetti per deistituzionalizzare per quanto possibile le aree di cura del paziente.

Le terapie intensive chiuse vs le terapie intensive aperte

In Italia nel 2002 a riguardo dell'apertura delle ICU, è stata condotta un'indagine osservazionale³⁰ a livello nazionale, contattando i centri di rianimazione di diverse regioni, Umbria, Lazio, Marche, Toscana, per capire se le stesse fossero strutture aperte o chiuse. Sono state così scelte in seguito città di grandi dimensioni come Roma, Firenze, Ancona ed altre piccole e assimilabili alla realtà di provenienza delle ricercatrici. Sono state escluse dallo studio le Rianimazioni e Terapie Intensive Specialistiche e quelle pediatriche per una maggiore omogeneità del campione.

È stato necessario utilizzare, come strumento di rilevazione dei dati un questionario snello, elaborato per lo studio in essere, che richiedesse tempi brevi, permettesse risposte semplici e facilmente trascrivibili, poiché i contatti con le strutture interessate sono stati presi telefonicamente. I destinatari dell'indagine sono stati gli infermieri e i caposala. Di seguito vengono riportati i centri di rianimazioni che sono stati contattati.

Tale studio ha rilevato che l'80% delle strutture contattate esiste da circa 20 anni e ospita una media di 8 posti letto.

Vi sono però gli *outliers*, cioè coloro che si discostano notevolmente dalla media, come ad esempio il Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma la cui Rianimazione ha 18 posti letto e la Rianimazione di Spoleto con 4 posti letto.

Il 70% delle strutture interrogate ha dichiarato di essere una Rianimazione chiusa, e purtroppo di essere ancora strutturata a schema a raggiera e, data la limitazione degli spazi, anche con una parziale visibilità dei pazienti dalla postazione infermieristica.

Le strutture che si dichiarano aperte lo sono sin dalla loro nascita, mentre le strutture che si dichiarano chiuse non sono mai passate attraverso il cambiamento, neanche per eseguire un periodo di prova.

Il momento della visita dei familiari ai degenti, risulta essere un momento di maggiore impegno per gli infermieri e anche per i medici ed altri operatori, poiché, nel 20% dei casi, risulta essere un ostacolo al lavoro.

Per il 15%, l'entrata dei familiari

auumenterebbe l'incidenza delle infezioni per i degenti, mentre il 3% considera questo momento come minoritario alla tranquillità del paziente.

Ciò che si evince da questo studio, è il fatto che la scelta del centro di Rianimazione, in quanto struttura aperta o chiusa, non dipende direttamente dagli anni di esistenza di tale reparto, dal numero dei posti letto o dal numero di operatori sanitari in servizio, ma unicamente dalla convinzione della leadership aziendale che la malattia è un fatto esistenziale e che come tale coinvolge allo stesso modo chi ha bisogno delle cure come anche la sua famiglia.

Il questionario è stato strutturato con domande aperte e/o chiuse, se ne riporta in allegato la struttura.

Una ulteriore indagine osservazionale descrittiva, negli stessi anni, è stata fatta in Liguria presso l'azienda ospedaliera Villa Scassi di Sampierdarena Genova, a cura di Stefano Burlando, infermiere del reparto di Rianimazione presso la suddetta azienda, questa volta però rivolta ai familiari. Sono stati distribuiti 100 questionari ai parenti dei degenti ricoverati nel periodo aprile-giugno 2001 e ne sono stati restituiti 81.

Ciò che è emerso dall'indagine è che alla domanda **Ritiene adeguato l'attuale orario di visita?** il 56% circa risponde **NO**, proponendo a grande maggioranza l'entrata di almeno tre persone e la possibilità di non entrare da soli.

I parenti inoltre, confermano l'aspettativa che il personale infermieristico si attiene solo in minima parte alla rigida osservanza dell'orario di visita; alla domanda **Il personale infermieristico si è attenuto alla regolamentazione dell'orario di visita?** il 51% dei parenti rispondono alla relativa domanda **non sempre**, il 10% **NO**, solo il 29% rispondono **SI**, segno che il personale infermieristico è favorevole alla rianimazione aperta.

Un aspetto che emerge fortemente è il disagio prodotto dalla inadeguatezza e ristrettezza della sala d'aspetto, con assenza o quasi della privacy per i familiari. Infatti alla domanda **Quali sono le situazioni che hanno creato maggior disagio nell'organizzazione e nella struttura del reparto?** il 60% risponde la **mancaza di una sala d'aspetto**.

Un ulteriore e importante aspetto che emerge dallo studio, è l'esigenza manifestata dal parente di diminuire la sofferenza data dal distacco dal proprio congiunto, dovuta non solo a problemi di orari di visita limitati, ma anche legato alla struttura ospedaliera che spesso non permette una permanenza nelle vicinanze del reparto.

Gli infermieri tuttavia si mostrano molto sensibili a questa tematica e usano un linguaggio comprensibile, comunicando ai familiari informazioni di carattere generale, garantendo un continuum paziente e congiunto, compatibilmente con le esigenze di reparto. Jamerson P.A³¹, Scheibmeir M., Bott M. J., Crighton F., Hinton R.H., Cobb A.K., hanno studiato nel 1996, presso l'università di Kansas City (U.S.A.), l'esperienza di coloro che hanno avuto un proprio congiunto ricoverato presso un reparto ad alta intensità di cure. È stato attuato uno studio qualitativo, descrittivo retrospettivo, su un campione di 18 donne e 2 uomini che avessero un familiare ricoverato presso una ICU, e nello specifico in una sezione chirurgico-traumatologica. Il metodo utilizzato per raccogliere i dati è stato quello di interviste individuali e di gruppo non strutturate.

Le conclusioni sono state, ancora una volta, che la famiglia vive, insieme al proprio congiunto una esperienza di forte distacco improvviso e un senso di grande incertezza per il futuro che possono essere contenuti con l'incremento di informazioni e visite in reparto al proprio congiunto.

Gli operatori sanitari, ovvero gli *Health Care Professionals*, hanno una forte capacità nel minimizzare lo stress associato all'ospedalizzazione così repentina e inaspettata, anticipando le informazioni e i bisogni dei familiari.

Il 33° Congresso Annuale della *Society of Critical Care Medicine*³² (SCCM), ha dedicato l'anno 2004 alla coppia *paziente e la sua famiglia* che vive una esperienza di ricovero in ICU³³. L'iniziativa è stata portata a termine e presentata dal Dott. David Kaufman e la *Saint Vincent's Critical Care Unit*. È stata scelta l'ICU proprio per mostrare quanto sono importanti ed esemplari le strategie utilizzate al fine di supportare, confortare e sostenere i pazienti in stato di criticità vitale e la loro famiglia. Infatti la filosofia del *Saint Vincent*, è quella di avere

cura allo stesso modo e del paziente grave e della sua famiglia.

Appena una persona subisce un ricovero in un reparto ad alta intensità di cure, viene distribuita al suo nucleo familiare una brochure con tutte le spiegazioni necessarie alla conoscenza logistica e dei servizi utili in tali circostanze. In tale documento vengono dichiarate le difficoltà e i problemi tipici che si incontrano in queste situazioni, viene indicata la figura professionale a cui ci si può rivolgere per le diverse necessità, quali operatori si incontreranno nella ICU e cosa ci si può attendere da ciascuno di loro.

Inoltre in questa guida si pone l'accento sull'importanza di alcune manovre, come il lavaggio delle mani, alla cui adesione e corretta esecuzione devono partecipare anche i congiunti delle persone ivi ricoverate per limitare al massimo la trasmissione crociata di infezioni. Infine si

invita il nucleo familiare ad avere cura di se stesso per poi avere la forza di prendersi cura del proprio congiunto.

In questa struttura gli spazi di attesa sono pensati e realizzati in modo da accogliere ed ospitare le famiglie dei pazienti ricoverati presso l'ICU. In tali luoghi sono infatti presenti tutte le comodità quali grandi stanze fornite di cucina, bagno, reparto biancheria, telefono e computer con connessione gratuita ad internet.

Alle famiglie tuttavia viene chiesto di essere molto presenti accanto al paziente, naturalmente preparati, affiancati e supportati dell'équipe infermieristica.

Da questi esempi riportati, si evince quanto sia sentita oggi l'esigenza sia a livello nazionale e internazionale, di garantire alla persona una assistenza globale, revisionando sia la struttura architettonica, sia l'organizzazione dei nosocomi.

Conclusioni

Sono ancora poche oggi le realtà italiane di area critica che coltivano il percorso di umanizzazione dell'assistenza presentato in questo documento. Le grandi esperienze internazionali hanno già adottato il modello della Rianimazione Aperta legato all'ingresso dei familiari. L'apertura all'esterno delle *Intensive Unit Care* (ICU), delle *Pediatric Intensive Care Unit* (PCIU) e delle *Neonatal Intensive care Unit* (NICU) oggi, in particolare in America e in Canada (*George Washington University Hospital, S. Michael's Hospital, Mount Sinai Hospital, Toronto General Hospital*) è data dall'inserimento nel piano di cure del medico di famiglia e delle figure mediche significative per l'assistito di concerto con gli *intensivist*, ossia i medici anestesisti e rianimatori presenti normalmente in tali unità operative.

Tabella 6. - Questionario telefonico utilizzato nell'indagine osservazionale a livello nazionale nel 2002.

ALLEGATO

Domanda	SI	NO	Risposta aperta
Da quanto tempo esiste il Vs centro di Rianimazione?			anni
Di quanti posti letto è composta?			n°
La Vs Rianimazione è generale o specialistica?			generale specialistica
La Vs. struttura è a schema a raggiera o a box separati?			raggiera box separati
Se è a box separati, con visibilità o senza visibilità tra essi?			con visibilità senza visibilità
Se a postazione a raggiera, con visibilità totale o parziale?			visibilità totale visibilità parziale
La Vs. struttura prevede un sistema misto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La Vs. rianimazione è di tipo aperto o chiuso?			aperto chiuso
È stata sempre aperta oppure chiusa?			sempre aperta sempre chiusa
Motivazioni della scelta.....			
Esiste un percorso esterno per i parenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'entrata dei parenti è concessa il mattino oppure il pomeriggio?			mattino pomeriggio
L'entrata dei parenti è concessa sia il mattino che il pomeriggio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quanto tempo è concesso ai parenti per restare con il proprio familiare?			ore /24
Per ciascun paziente è permessa la visita di più persone contemporaneamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quanti infermieri vi sono per turno?			N°
Il momento della visita dei parenti è di maggior impegno per gli infermieri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Il percorso di umanizzazione dell'assistenza è molto lungo, visto nel più vasto panorama di una sanità a servizio dell'individuo, il tema della Rianimazione Aperta vuole essere solo un esempio per comprendere che l'educazione e la formazione dell'operatore sanitario ad un rapporto di maggiore qualità nei confronti dei pazienti sarà il core dell'assistenza e in molti casi la ragione per tanti affanni.

In Italia, il progetto della Rianimazione Aperta ha assorbito molto interesse da parte della ricerca scientifica, delle direzioni sanitarie, della ricerca microbiologica. Forse è stato dato per scontato un aspetto che invece merita senza dubbio una attenzione diversa; al cambiamento strutturale ed organizzativo delle T.I. deve necessariamente corrispondere un adeguato cambiamento delle relazioni. La relazione interpersonale, infatti, presuppone una maturità da parte dell'infermiere, una buona conoscenza di se stessi, il possedere dei valori personali, la coscienza delle proprie reazioni di fronte alle diverse situazioni e il valore della persona.

Da sempre l'infermiere è la figura privilegiata che riesce a mediare il rapporto fra persona malata, nucleo familiare, struttura sanitaria e altri operatori, ma è necessario non lasciare tutto questo alla buona volontà del singolo.

Bibliografia

- Atti IV Congresso Nazionale ANIARTI, 1985.
- COEN D., XXII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna Novembre 2003.
- BUSINARO U. L. XXII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna Novembre 2003.
- SILVESTRO A. (2003) *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica*. In I quaderni dell'infermiere; 7:3-31.
- A. SILVESTRO, ANIARTI Atti dei Congressi Nazionali 1999.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- MOROSINI, PERRARO. (2001). *Enciclopedia della gestione della qualità in Sanità*.
- FALLI F. (2000). *I fattori stressogeni in Area Critica*. In Atti del IV Convegno AISACE, Liguria, giugno.
- ibidem
- MONGIARDI F. (1987). *The needs of relatives of patients admitted to the coronary care unit*. Intensive-Care Nursing. pp 20-22.
- KRAVEN C. (1979). *Educational assistant*.
- SANTAGALLO F. *Psicologia della relazione*
- NORRIS L.O., GROVE S.K. (1986) *Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients* Heart Lung. 15: 194-199
- ibidem
- TITLER M.G., ZICHI COHEN M., CRAFT M J. (1991) *Impact of adult care hospitalization: perception of patients, spouses, children and nurse*. Heart Lung; 20: 174-182
- RUKHOLM E., BAILY P., COUTU-WAKULCZYK G., BAILY W.B. *Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients*. J Adv. Nurs 1991; 16: 920-928
- PRICE D., FORRESTER D.:A, MURPHY PA et al. *Critical care family needs in a urban teaching medical center*. Heart Lung 1991; 20:138-188
- O'MALLEY P., FAVAROLO R., ANDERSON B., et. Al. *critical care nurse perceptions of family needs*. Heart Lung 1991;20: 189-201
- KLEINPELL R., POWERS M.J. (1992). *Needs of family Members of Intensive Care Unit Patients*
- COULTHER M. (1989). *The needs of family members of patients in Intensive Care Units*.
- LYNN F., MC HALE. (1988). *Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of members perception*.
- VINCENT J.L., BINARI D.J., SUER P.M. et al. JAMA 1995; 274:639-644
- Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva, Malacarne P., Stella A., Giudici D., Bertolini G, *Infection surveillance in intensive care units. Preliminary results of a multicenter GiViTi study in 71 Italian ICUs; Minerva Anestesiol 2004; 70(5): 321 - 328.*
- EURICUS I. (1999) Progetto di ricerca della Fondazione per la Ricerca sulle Cure Intensive in Europa.
- Society of Critical Care Medicine. (1988)- American Association of Critical Care Medicine.
- AACN, American Association of Critical Care Nurses.
- Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I., (1999). Codice Deontologico dell'Infermiere.
- KEEP P.J. (1997). *Stimulus deprivation in windowless rooms*. Anesthesia; 32:598-602
- PIERMAN BC (Ed). *Color in the Health care environment. Proceedings of a special workshop held at the National Bureau of standards*, Gaithersburg, MD, November 16, 1976, US Government Printing Office, Washington, DC, publication. NBS SP-516.
- JAMERSON P.A. et. al. (1996). *The experience of families with a relative in the intensive unit care*. Heart Lung.
- Società Americana di Terapia Intensiva, American College of Critical Care.
- Award Recipient. (2004). Saint Vincent's Medical Center Worcester, MA

Abstract

The incidence of infections in the intensive care units is fivefold that of general wards. This is due to higher patient complexity and vulnerability as well as higher possibility of infection transmission during nursing activities. In face of these risks, infection control programmes (NNIS System, CDC) are not always able to maintain adequate levels of commitment to the recommended practices (i.e. hand washing), both because not uniformly implemented and because of a lack of efficient control systems.

On the other hand there has been, in the past, a restrictive and preventive attitude to family entrance in the intensive care setting. There is still no scientific evidence that demonstrates positive correlations between family visits and incidence of nosocomial infections.

Open visiting in ICU's is thrived by emerging evidence that patient infections in ICU are determined by intrinsic patient risk factors and own bacterial flora.

Humanistic nursing and medical care requires, as well as professional competence, intellectual, emotional, relational flexibility, the ability to adapt and change caring models and relational styles to meet patient's and family's needs.

Environment, intended both as structure and organization, conditions nursing care in a considerable way. With this in mind, the need to compare some examples of yesterday's and today's intensive care settings offers the possibility to verify, even with a glance, the course to humanization that has occurred in the meanwhile.

Key Words: ICU (Intensive Care Unit), Nosocomial Infection, Humanization of care, Help relation, Family relation.