

Maria Laura Bracci, Dott. Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Professore a Contratto presso l'Università degli Studi di Siena Facoltà Medicina e Chirurgia Corso di Laurea per Infermiere Polo Universitario di Grosseto, Rianimazione Azienda USL 9 Grosseto

Rianimazione Chiusa versus Rianimazione Aperta

Una indagine conoscitiva nella Terapia Intensiva di Grosseto



Riassunto

Razionale: l'Area Critica è il luogo in cui si intrecciano molti aspetti interconnessi tra loro e, tra questi, non è affatto da trascurare la sfera dei rapporti interpersonali che si vengono a creare, non solo all'interno dell'équipe medico-infermieristica, ma anche con i pazienti ed i loro familiari. La consapevolezza dell'importanza di tali problematiche ci ha indotto a riflettere sull'attuale organizzazione degli ingressi dei familiari in Rianimazione e se fosse adeguata alle esigenze non solo dei familiari ma anche dei professionisti che operano all'interno della nostra Area Critica.

Metodo: allo scopo di rispondere a questi quesiti è stata utilizzata una ricerca di tipo quantitativo utilizzando tre campioni: i familiari, gli infermieri e i medici cui sono stati somministrati questionari semi-strutturati costruiti ad hoc.

Risultati: si rileva una sostanziale soddisfazione da parte dei familiari che ritengono adeguato il tempo in cui possono stare con il paziente anche se propongono una o due visite aggiuntive; gli infermieri, pur consapevoli del beneficio che il paziente può trarre dalla vicinanza dei suoi familiari, si ritengono abbastanza soddisfatti dell'attuale organizzazione mentre i medici sarebbero favorevoli ad una ulteriore apertura della Rianimazione.

Conclusioni: lo studio ha dimostrato che una ulteriore apertura della nostra Rianimazione deve essere considerata prioritaria in quanto il binomio paziente-nucleo familiare deve essere al centro dell'attenzione medico-infermieristica e deve essere riconosciuto, oltre che inscindibile, parte integrante del piano terapeutico-assistenziale che solo in questo modo potrà essere veramente personalizzato e condiviso. Aprire le porte della Terapia Intensiva potrebbe significare maggiore gratificazione dell'intero team sanitario ed in particolare di quello infermieristico, anche se, a tutt'oggi, sono proprio gli infermieri a dimostrarsi meno propensi a una nuova organizzazione. Sarebbe utile quindi riproporre nuovamente il questionario allo staff infermieristico ed ai familiari per valutare il loro giudizio a fronte di una nuova maggiore apertura della nostra Area Critica.

Parole chiave: ICU non restrittiva, ICU restrittiva, Relazione, Comunicazione

ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 26/06/08
approvato il 30/08/08

L'Area Critica non è soltanto caratterizzata dalla criticità e dalla instabilità delle condizioni cliniche dei pazienti, dalla complessità dell'approccio e dell'intervento medico-infermieristico, ma anche, da tutta una sfera di rapporti interpersonali da gestire, sempre con la massima delicatezza e professionalità, sia nei confronti dei pazienti sia legati alla presenza dei familiari che interagiscono in maniera attiva con l'équipe e l'organizzazione, che fanno domande, chiedono informazioni e sostegno e contemporaneamente mostrano disagio, tensione, paura, preoccupazione soprattutto quando gli viene precluso l'accesso alla Terapia Intensiva¹.

Volendo tracciare una rapidissima storia dell'organizzazione degli accessi dei familiari nella nostra realtà, dobbiamo sottolineare che fino al 1991 i familiari

potevano avere un contatto visivo con il paziente solo attraverso monitors posti esternamente all'Area di degenza ed al termine dell'orario di "visita" la Terapia Intensiva tornava ad isolare i pazienti dal mondo esterno. Da allora vi sono state successive modifiche dell'organizzazione sempre all'insegna di una maggiore apertura; attualmente sono previsti due ingressi giornalieri a tutti i familiari che lo desiderano per una durata massima totale che oscilla tra i 60 ed 120 minuti giornalieri ed inoltre, da marzo 2007, è stato ritenuto inutile far indossare ai familiari camice e soprascarpe mantenendo, invece, un accurato lavaggio sociale delle mani da effettuarsi prima e dopo l'ingresso in Rianimazione.

Tale decisione è stata presa in accordo con i recenti studi scientifici che non dimostrano correlazione tra i patogeni responsabili delle infezioni in Area

Critica e quelli che possono essere introdotti dai familiari; nel 2002 H. Burchardi² scriveva *“protective clothing for visitors (including shoes) is not recommended as a measure of infection control”* mentre nel 2006 S. Fumagalli ed altri³ affermano che la percentuale di complicazioni settiche sono numericamente simili sia nelle Rianimazioni *“aperte”* che in quelle definite *“chiuse”* mentre l'unica misura veramente utile è il semplice lavaggio delle mani.

L'esperienza del ricovero in Terapia Intensiva, per una persona, rappresenta un evento che mette a dura prova, non solo, le risorse dell'individuo ma anche quelle del proprio nucleo familiare: l'imprevedibilità dell'evento, il modo repentino del suo presentarsi, l'incertezza dell'esito terapeutico, costituiscono la base di forti emozioni che devono essere gestite da professionisti formati e con esperienza.

Craven afferma che *“...il paziente deve essere considerato come un membro attivo di una unità familiare (...). Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come entità separate durante la malattia...”* ed inoltre asseriva che *“...l'infermiere deve estendere il concetto di paziente da quello di individuo in un letto a quello di membro attivo di una famiglia...”*⁴ estendendo inevitabilmente il suo ruolo assistenziale e perciò il professionista infermiere ha la responsabilità e quindi, il dovere, di salvaguardare il nucleo familiare grazie ad una adeguata comunicazione che lo renderà più partecipe e consapevole. Volendo fare un elenco dei bisogni espressi e non possiamo ricordare che i familiari hanno bisogno di *“... di essere informati, ... essere importanti e parte attiva nei processi di guarigione, ... di essere rassicurati rispetto al fatto che il loro caro riceva le migliori cure, ...di sentire che ci siano speranze ... di espletare il proprio diritto di fronte ad una prognosi infausta, di riappropriarsi della persona cara fino ad accompagnarla alla morte...”* (Rega M.L. ed altri)⁵.

Lo stesso Codice Deontologico dell'Infermiere, all'articolo 4.10 afferma: *“L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari”*⁶.

In quest'ottica parlare di Rianimazione Chiusa significa definire un luogo in cui la chiusura si attua sul piano tempora-

le, fisico e relazionale (Giannini)⁷. Camici, soprascarpe, mascherine che, ancora nel 95% delle Terapie Intensive italiane, si fanno indossare ai familiari, rappresentano delle vere e proprie barriere tra familiari e pazienti; oltre alla loro inutilità, vengono percepite come un ostacolo che tende a creare difficoltà di rapporti e falsano la relazione che può esistere tra il paziente e la sua famiglia.

Rianimazione Aperta, però, non deve essere intesa come sinonimo di ambiente senza regole ma, per definirla con le parole dello stesso Giannini, una *“struttura di cure intensive dove uno degli obiettivi dell'équipe è una razionale riduzione o abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale”*⁷. Aprire le porte della Terapia Intensiva significa considerare paziente-nucleo familiare un binomio inscindibile considerando che pazienti e familiari hanno dei diritti e che l'aspetto etico della nostra professione dovrebbe farci riconoscere quali elementi fondamentali l'accoglienza, l'ospitalità, la sensibilità sociale, l'empatia pur mantenendo invariata la qualità degli aspetti tecnici, tecnologici e assistenziali. L'infermiere dovrà acquisire il ruolo di facilitatore della comunicazione: la scelta delle parole, la gestualità, la comunicazione verbale e non verbale dovranno di volta in volta essere adeguate ai diversi interlocutori che dovranno essere partecipi del piano assistenziale, degli obiettivi da raggiungere e del percorso diagnostico-terapeutico programmato⁸.

Obiettivo dello studio

Obiettivo della ricerca è quello di indagare quali siano le aspettative ed i bisogni dei familiari che vi accedono senza dimenticare le opinioni e le esigenze del personale sanitario; lo scopo di questa analisi è quello di capire se un ulteriore cambiamento verso una maggiore apertura sia possibile e se ciò viene percepito come un bisogno reale.

A tale proposito si è cercato di dare risposte alle seguenti domande :

1. *Che cosa desiderano i familiari dei pazienti ricoverati in Rianimazione a Grosseto, dal punto di vista dell'organizzazione degli accessi al reparto?*
2. *La presenza dei familiari influisce in maniera positiva o negativa sull'ero-*

gazione dell'assistenza medico-infermieristica?

3. *L'organizzazione attuale è quella migliore per gli operatori sanitari, i familiari ed i pazienti?*
4. *L'attuale organizzazione dell'ingresso dei familiari risponde appieno ai loro bisogni?*
5. *La struttura favorisce una eventuale nuova apertura?*

Materiali e metodi

Il progetto di ricerca è stato realizzato con l'utilizzo di tre questionari diversi rigorosamente anonimi i cui destinatari sono stati: familiari, infermieri e medici della Rianimazione di Grosseto⁹.

I questionari sono stati costruiti ed adeguati alla nostra realtà¹⁰, dopo averne visionato e analizzato altri utilizzati per ricerche analoghe effettuate in Lazio e Campania. Nelle domande che non prevedono risposte affermative o negative, si è adottato l'utilizzo dell'indice di valore, da uno a cinque, secondo la scala di Likert con la seguente corrispondenza: 1 = molto in disaccordo, 2 = abbastanza in disaccordo, 3 = d'accordo, 4 = molto d'accordo, 5 = totalmente d'accordo.

Un tema, che è stato volontariamente escluso dallo studio, è quello della comunicazione di informazioni sanitarie tra operatori sanitari e familiari, attraverso l'utilizzo del telefono, argomento sicuramente interessante, ma ritenuto poco adeguato per la ricerca trattata e di non facile attuazione a causa della normativa sulla privacy.

Prima di somministrare i questionari la cui compilazione è stata libera e volontaria, quest'ultimi sono stati sottoposti al giudizio del Comitato Etico Locale che non ha rilevato impedimenti al loro utilizzo; ogni questionario era accompagnato da una spiegazione dettagliata delle motivazioni dello studio.

Il primo campione preso in esame, è rappresentato dalla totalità dei 30 Infermieri della U.O. Rianimazione di Grosseto. Tutti i questionari somministrati sono stati restituiti compilati correttamente e nessuno è stato escluso dall'elaborazione.

Il secondo campione dello studio è stato di convenienza ed infatti ha avuto come target tutti i familiari dei pazienti ricoverati presso la Rianimazione nei mesi di agosto, settembre e ottobre 2007

senza nessuna esclusione. I questionari raccolti sono stati 67 e tale numero è stato ritenuto soddisfacente dato che i ricoveri effettuati in Rianimazione, nello stesso periodo, sono stati complessivamente 126 ma di questi ben 32 pazienti hanno avuto una degenza minore di 48 ore e quindi è stato meno significativo per i loro familiari il tema dello studio, in quanto, hanno percepito il ricovero in Terapia Intensiva come una parentesi terapeutica necessaria e inevitabile ma senza sentire pressante la necessità di visitare il paziente con più frequenza e/o per periodi di tempo più lunghi; sono stati esclusi anche i familiari degli 11 pazienti deceduti entro le 24 ore dal ricovero. Ne sono stati eliminati 4 poiché compilati scorrettamente o parzialmente.

Il terzo campione ha avuto come destinatari tutti i medici della U.O. di Anestesia e Rianimazione ma sono stati scelti solamente quelli che prestano servizio all'interno della Rianimazione, escludendo gli specializzandi e, ovviamente, coloro che lavorano nelle Sale Operatorie in quanto meno motivati ed interessati alle dinamiche che questa analisi vuole approfondire. Anche in questo caso i 10 questionari distribuiti sono stati correttamente compilati, riconsegnati e quindi elaborati.

Analisi dei dati: gli infermieri

Il questionario era composto da dodici items cui è stato aggiunto uno spazio riservato a libere osservazioni.

Il primo e il secondo items identificano l'intervistato nei confronti del sesso e dell'anzianità di servizio: i dati ottenuti mostrano una netta predominanza del sesso femminile con l'80% del campione; dal Grafico 1 possiamo notare che la maggioranza degli infermieri ha una lunga esperienza lavorativa, ma sono

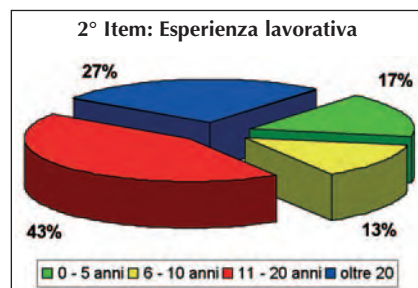


Grafico 1

affiancati da colleghi con minore anzianità e ciò ha reso il campione molto interessante in quanto è rappresentativo di una popolazione infermieristica che proviene da una formazione di base differente e con un diverso core esperienziale clinico.

La maggioranza degli infermieri (Grafico 2) ritiene l'attuale orario di ingresso dei familiari adeguato, ma dobbiamo considerare che in questo ultimo periodo abbiamo cercato di rendere più aperta la nostra struttura, quindi questo dato deve essere interpretato con un segno positivo della condivisione e dell'accettazione del cambiamento e molti, fra coloro che non ritengono appropriata l'organizzazione degli accessi, hanno sfruttato lo spazio disponibile per fare proposte e riflessioni:

- Si potrebbero organizzare ingressi aggiuntivi sia nelle ore diurne che notturne.
- Modificare l'orario di visita su richiesta dei familiari.
- L'orario di visita deve essere flessibile cercando di conciliare le esigenze degli operatori con quelle dei pazienti e dei familiari adattandoli quotidianamente.
- Variare l'orario di visita in base alla situazione del paziente per esempio favorire la presenza dei familiari quando il paziente è sveglio e cosciente anche se mantiene il supporto ventilatorio.
- Organizzare l'orario nell'arco delle 24 h, mantenendo comunque elasticità e rispettando le esigenze dei pazienti e degli stessi familiari.

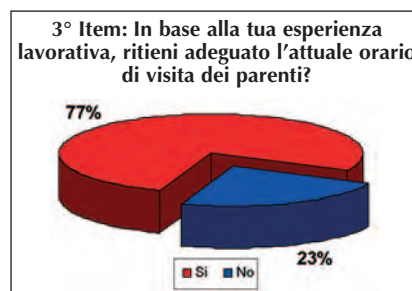


Grafico 2

L'insieme delle proposte sono espressioni di idee che emergono dalla tendenza ad avere una organizzazione molto più dinamica e flessibile e che sia sensibile alle esigenze dei familiari, che possa adattarsi ed essere modificabile in base alle situazioni cliniche del paziente e alle attività assistenziali quotidiane.

Il quarto item fa riferimento a tutte quelle situazioni in cui vengono fatte eccezioni all'orario di visita dei familiari; tutti gli infermieri, con l'esclusione di un solo collega, ritengono giusto far entrare i familiari nei casi in cui i pazienti siano giovani o quando sono gravemente compromessi o quando i familiari vengono da lontano e comunque quando il carico di lavoro lo consente.

La domanda successiva, introdotta provocatoriamente, mostra una tendenza nettamente contraria a quanto fin qui espresso come mostrano le percentuali del Grafico 3.



Grafico 3

Forse possiamo comprendere meglio tale risultato se andiamo ad analizzare i dati provenienti dai due successivi items in cui viene chiesto esplicitamente il motivo della risposta precedente (Grafico 4-5).

Coloro che vorrebbero una Rianimazione totalmente chiusa adducono motivazioni che hanno a che vedere con la maggiore tranquillità del paziente, con la difficoltà di poter prestare assistenza soprattutto nelle situazioni d'urgenza oltre alla prevenzione delle infezioni. Queste motivazioni potrebbero essere modificabili con una adeguata formazione del personale riguardo tali problematiche: nelle Rianimazioni Aperte le complicanze cardio-vascolari sono significativamente ridotte, la "anxiety score" è minore (Fumagalli ed al.)³ e, ancora, Sculte D. afferma che i pazienti che possono rimanere più a lungo con la loro famiglia mostrano una frequenza cardiaca significativamente più bassa¹¹. Per quanto riguarda la qualità dell'assistenza, diversi autori, affermano che non diminuisce con la presenza dei familiari anche se talvolta può essere influenzata da un punto di vista dei tempi.

L'item 8 riguarda le informazioni che vengono fornite dagli infermieri ai familiari ed i risultati valutabili sono conte-

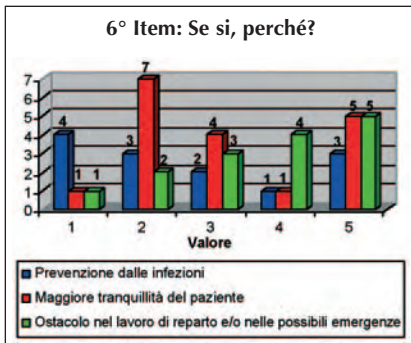


Grafico 4

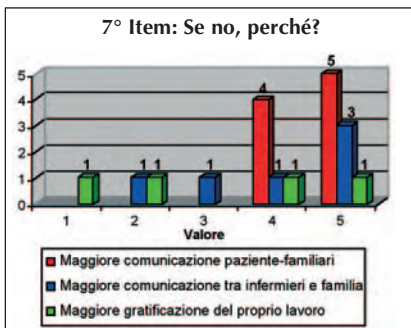


Grafico 5

nuti nel Grafico 6: solo pochi infermieri forniscono liberamente notizie riguardanti ovviamente l'aspetto assistenziale di nostra competenza come se ciò potesse in qualche modo interferire con l'area di competenza medica, mentre invece ha un ruolo determinante nel

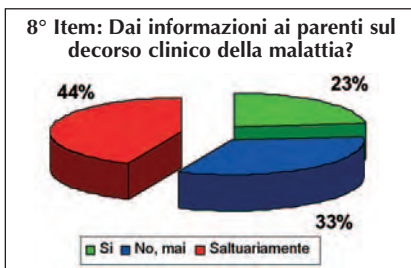


Grafico 6

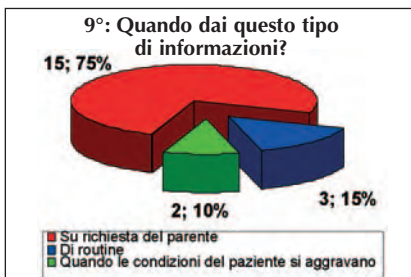


Grafico 7

migliorare o consolidare il rapporto con i familiari dei pazienti. Tale problematica viene confermata dai dati contenuti nel Grafico 7. La maggior parte degli infermieri fornisce delle informazioni solo e soltanto su richiesta dei familiari. I dati dimostrano il bisogno della famiglia di avere un ulteriore interlocutore e come tale necessità viene spesso disattesa confermando una certa reticenza infermieristica a stabilire e mantenere una comunicazione autonoma in ambito clinico¹².

Ma se da un lato sembrerebbe che nella nostra Rianimazione la presenza dei familiari dei pazienti non sia gradita per periodi più lunghi di quanto attualmente stabilito, perché può interferire con la qualità dell'assistenza erogata (Grafico 8), se si osservano i dati del Grafico 9 si evidenzia un conflitto tutto infermieristico tra gli aspetti riferibili all'assistenza diretta e gli aspetti etici della professione. Risulta ben evidente la consapevolezza degli infermieri riguardo al fatto che la vicinanza dei familiari in situazioni complesse, come quelle vissute in Terapia Intensiva, possa costituire un aiuto e un beneficio per i pazienti.

L'ultima domanda del questionario riguarda un giudizio sull'adeguatezza della struttura architettonica in merito ad una possibile maggiore apertura¹³. La maggior parte degli infermieri riscontra delle difficoltà strutturali e ciò significa che anche questo parametro non può non essere considerato se si vogliono cambiare le regole e modificare l'attuale assetto organizzativo degli ingressi dei familiari.

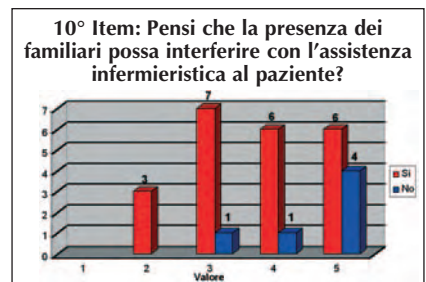


Grafico 8

Di seguito vengono riportate alcune delle osservazioni più significative rilasciate dagli infermieri in merito alla Rianimazione Aperta:

- Prima di ogni cambiamento organizzativo sarebbe opportuno che tra i membri dell'équipe vi fosse condivisione del progetto; alla base vi deve essere comunicazione, libero scam-

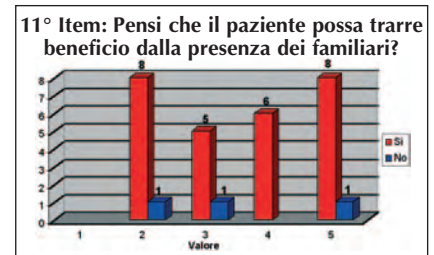


Grafico 9

bio di opinioni e in modo da avere una linea comportamentale comune nei confronti dell'utente.

- Ritengo che questo tipo di progetto sia attuabile ed efficace. Io ci credo, perché ho potuto sperimentarlo personalmente ed ho riscontrato: maggiore consapevolezza da parte dei familiari sulle condizioni cliniche del paziente e maggiore comprensione della professione infermieristica. È altorché importante l'assoluta adesione da parte di tutto il personale al progetto e un buon clima organizzativo.

Analisi dei dati: i familiari

Il questionario proposto ai familiari è composto da quindici domande ed anche questo è corredato di uno spazio libero riservato ad eventuali osservazioni. Dalle prime due domande abbiamo ottenuto alcuni dati significativi sul campione e ciò ci permette di avanzare le seguenti ipotesi: la problematica dell'organizzazione degli accessi in Rianimazione viene percepita importante sia dal sesso femminile (52%) che maschile (48%) e non esiste una fascia di età prevalente sulle altre in modo significativo. Questi dati ci hanno non poco stupito: erroneamente avevamo pensato che gli uomini ed i più giovani sarebbero stati meno sensibili a tale problematica mentre i dati hanno completamente smentito questa idea preconcetta.

Ci siamo interessati alla comunicazione che deve necessariamente esistere tra l'équipe medico-infermieristica ed i familiari fin dal primo approccio; è sulla base del primo incontro che si stabiliranno le relazioni interpersonali di fiducia e se il personale sanitario disattende questa necessità inficia i futuri rapporti con i familiari dei pazienti ricoverati. Dai Grafici 9 e 10 appare evidente che nella maggior parte dei casi la comunicazione è stata esauriente ed efficace, ma esiste una quota significativa in cui

la relazione non è stata corretta; la risposta "Non ricordo" è da valutarsi come negativa, in quanto indice di informazioni divulgate in modo scorretto o non esaurienti e quindi possibile causa di incomprensioni e di scarsa disponibilità all'ascolto ed alla relazione. Nei casi in cui le aspettative dei familiari non sono state soddisfatte, il canale comunicativo nasce alterato e può indurre in atteggiamenti talvolta ostili o indurre a credere che l'atteggiamento dei sanitari sia freddo e distaccato o ancora può portare a incomprensioni che possono pregiudicare i futuri rapporti relazionali¹⁴.

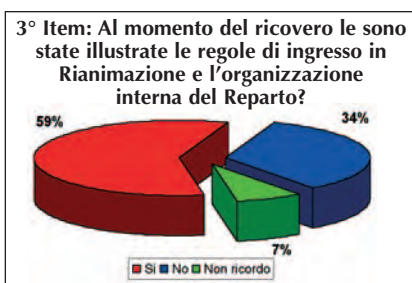


Grafico 9

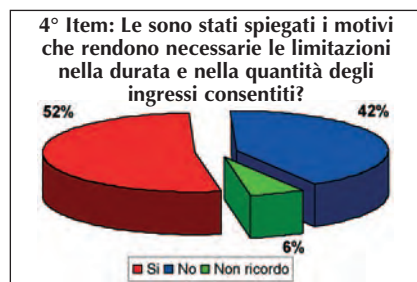


Grafico 10

Le successive tre domande riguardano sostanzialmente il nucleo della ricerca chiedendo direttamente ai familiari le loro opinioni in merito all'organizzazione degli ingressi. Nel Grafico 11 appare evidente che la maggior parte degli intervistati ritiene sufficiente il tempo che trascorre con i pazienti; nel Grafico 12 una netta maggioranza non modificherebbe l'attuale organizzazione mentre nel successivo Grafico 13 si nota che spesso gli orari di visita non sono rispettati e ciò può comportare disagio soprattutto per coloro che lavorano o devono gestire altre necessità familiari. Questo risultato, oltre ad evidenziare poca soddisfazione nel rispetto degli orari di ingresso, evidenzia una scarsità delle informazioni fornite (come rilevato nel Grafico 10) e che, in questi casi,

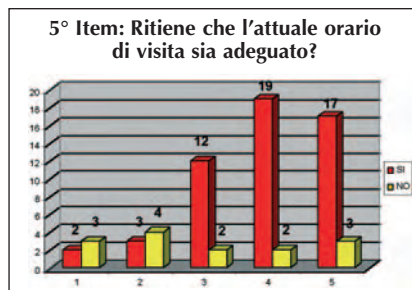


Grafico 11

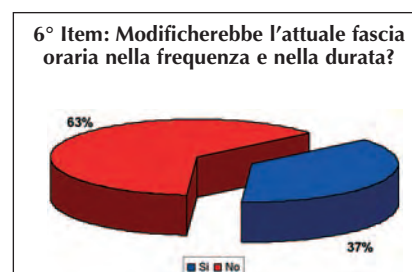


Grafico 12

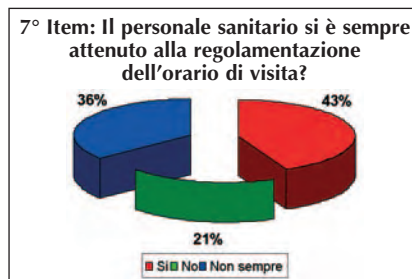


Grafico 13

dovrebbero prevedere la spiegazione dei motivi di carattere assistenziale che possono interferire proprio con il rispetto degli orari di visita: le situazioni di emergenza-urgenza, la diagnostica strumentale e radiologica, i nuovi ricoveri o semplicemente la necessità di dover

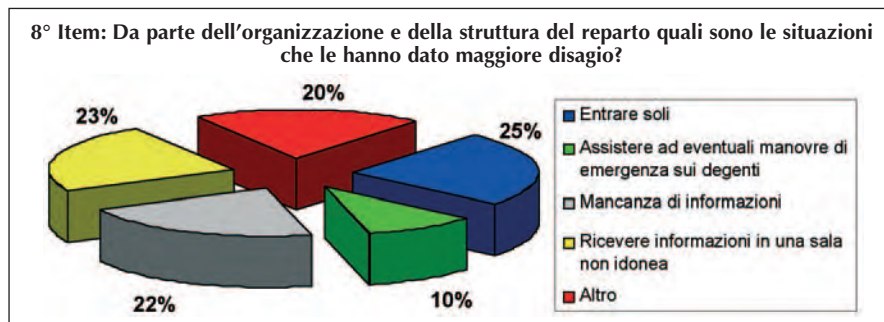


Grafico 14

procedere all'assistenza di base⁸. In questa sezione avevamo previsto uno spazio in cui i familiari potessero esprimere liberamente le loro opinioni anche perché siamo fermamente convinti che dobbiamo dare e ascoltare la voce anche di chi non si ritiene soddisfatto. A tale scopo di seguito si possono leggere alcuni degli appunti lasciati dai familiari:

- Più disponibilità negli orari.
- Ci vorrebbe un'apertura al pubblico anche la mattina presto.
- Credo che vada benissimo, anche se mezz'ora in più non sarebbe male.
- Orari di visita scaglionati in quattro fasce orarie, soprattutto con una visita notturna.

Nel successivo item, abbiamo chiesto quali fossero le situazioni che creato loro maggiore disagio e, sono diverse quelle a cui gli infermieri ed i medici possono porre rimedio modificando di poco le loro abitudini quotidiane, per esempio accompagnando i familiari al letto del paziente soprattutto se sono persone anziane o bisognose di conforto o è la loro prima visita (Grafico 14). L'infermiere può essere una figura estremamente importante e può capire le situazioni in cui il disagio è più evidente ed essere di grande aiuto per superare tale difficoltà.

Una ulteriore situazione che si potrebbe facilmente modificare è di evitare di lasciare troppo a lungo i familiari senza notizie soprattutto nelle fase del ricovero o quando la situazione clinica si aggrava. Il non sapere cosa accade dietro una porta chiusa comporta grande stress e apprensione talvolta ingiustificata. La relazione che medici ed infermieri possono e devono avere con i familiari in questi casi è determinante: oltre a fornire notizie sullo stato clinico del paziente si possono conoscere le dinamiche e le problematiche familiari e quindi avere maggiori elementi per aiu-

tarli a controllare ansia, paura e disagio. È chiaro che il ricevere informazioni deve avvenire in una sala idonea di cui, fortunatamente, siamo dotati anche se spartana; dovrebbe essere quello il luogo ideale per dare notizie, distanti dal paziente, proteggendo la privacy e garantendo ai familiari un periodo di tempo interamente loro dedicato senza interruzioni, senza distrazioni e soprattutto senza fretta.

Altrettanto spartana è la sala di attesa riservata ai familiari ed il nostro giudizio viene confermato dalla valutazione degli intervistati (Grafico 15), infatti viene attribuito un valore medio all' idoneità della stanza ma ciò potrebbe essere dovuto al fatto che, in alcune circostanze, l'accoglienza di un luogo non è prioritario. Le sale d'attesa e per il colloquio dovrebbero essere rese il più possibile accoglienti e confortevoli anche perché alcuni familiari vi passano la notte.

La prima visita del familiare al paziente

9° Item: Ritiene che lo spazio famiglia a voi riservato sia confortevole ed accogliente?

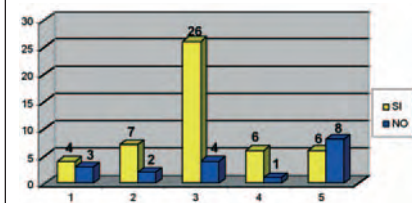


Grafico 15

è uno dei momenti più delicati e che può modificare le relazioni tra familiare/paziente e familiare/staff sanitario; la presenza di un infermiere è assolutamente irrinunciabile in questo frangente perché può rispondere con competenza e professionalità alle domande che vengono poste. Il fatto che tale presenza ci fosse sicuramente solo nel 40% dei casi induce a pensare che talvolta l'in-

10° Item: Quando è entrato/a per la prima volta in reparto, era presente un infermiere accanto al letto del paziente?

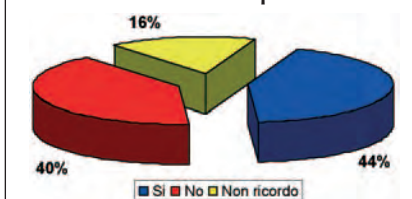


Grafico 16

fermiere non si riconosce ancora come l' "interlocutore ideale" in queste situazioni. (Grafico 16)

Continuando ad indagare sul rapporto che intercorre tra i familiari e infermieri, è stato richiesto un giudizio esplicito sul comportamento del personale infermieristico per ottenere una serie di informazioni che ci consentono di capire come gli utenti percepiscano la nostra professione, in questo item sono state attribuite delle caratteristiche riferite alla capacità infermieristica di relazionarsi con i familiari; per ogni singola caratteristica si è aggiunto un valore da uno a cinque utilizzando la scala Likert e potevano essere scelte anche più opzioni contemporaneamente. Analizzando attenta-

Con la domanda successiva è stato chiesto quale fosse la figura sanitaria a cui si rivolgono i familiari per ricevere le informazioni giornaliere sulle condizioni generali del proprio congiunto e dai risultati viene riconosciuto il medico come il principale responsabile (63%), ma anche gli infermieri (19%) vengono chiamati in causa ed infatti nei due items che seguiranno si andrà a valutare il loro linguaggio ed il tipo di informazioni che vengono fornite.

Appare subito chiaro dai Grafici 18 e 19 che quando gli infermieri si relazionano con i familiari lo fanno con un linguaggio, per la maggior parte, semplice, comprensibile e adeguato al grado di comprensione mostrato dall'interlocuto-

11° Item: Come è stato il comportamento del personale infermieristico?

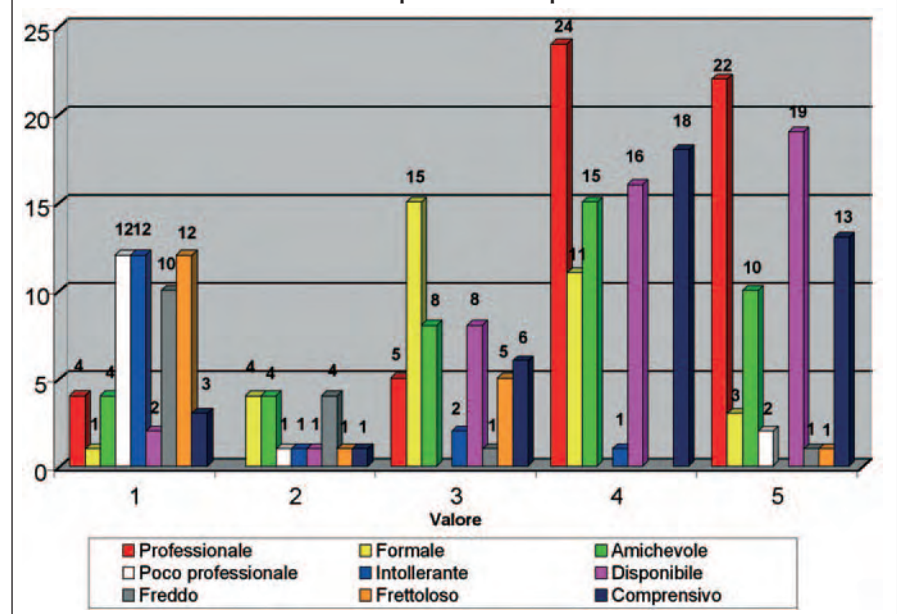


Grafico 17

mente il Grafico 17 possiamo osservare che c'è congruità nelle risposte: ad esempio chi ha dato un valore cinque alla caratteristica professionale, ha poi assegnato valore uno nella casella del poco professionale o si è astenuto. Nel complesso si valuta positivamente la professionalità degli infermieri. Vanno comunque sottolineati alcuni dati che indicano la possibilità di un miglioramento: caratteristiche come freddo, intollerante o frettoloso, non dovrebbero far parte del modo di "essere" di un infermiere ma sono menzionate solo da un numero limitato di familiari¹².

re oltre a rilasciare informazioni inerenti alle proprie competenze e responsabilità. Ciò dimostra che gli infermieri responsabili dei pazienti conoscono bene il piano terapeutico-assistenziale previsto e mostrano una volontà relazionale anche se non sempre spontanea.

Le ultime due domande chiedevano se era loro capitato di pernottare nella sala destinata all'attesa durante la prima settimana di ricovero ed il 61% ha risposto positivamente ed anzi è da sottolineare che 7 persone hanno trascorso nella sala d'attesa 3 notti, mentre 8 ne hanno passato più di 3.

13° Item: Ogni volta che gli infermieri hanno parlato con lei, è stato usato un linguaggio comprensibile?

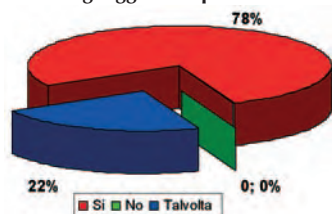


Grafico 18

A conclusione di questo paragrafo sembra doveroso proporre di seguito alcune delle considerazioni positive e negative scritte dai familiari liberamente:

- Curare meglio l'ambiente ospedaliero con maggiore pulizia.
- Essere più gentili e cortesi.
- Essere più presenti nel sentire la necessità del paziente talvolta per esempio: coprirlo con la coperta, sollevargli la testa etc.
- Migliorare la sala di aspetto, sia per le condizioni igieniche sia per il tipo di

arredo più adeguato a tempi lunghi. Migliore canalizzazione delle informazioni tra il medico e i familiari al fine di evitare richieste di informazioni a persone non direttamente preposte.

- Accompagnare la famiglia al letto del proprio caro, almeno la prima volta.
- Troppo lunghi a volte i tempi di attesa.
- Cosa direi di persone comprensive e professionali, che mi hanno ridato la voglia di sorridere.

14° Item: Quali informazioni vengono date dagli infermieri?

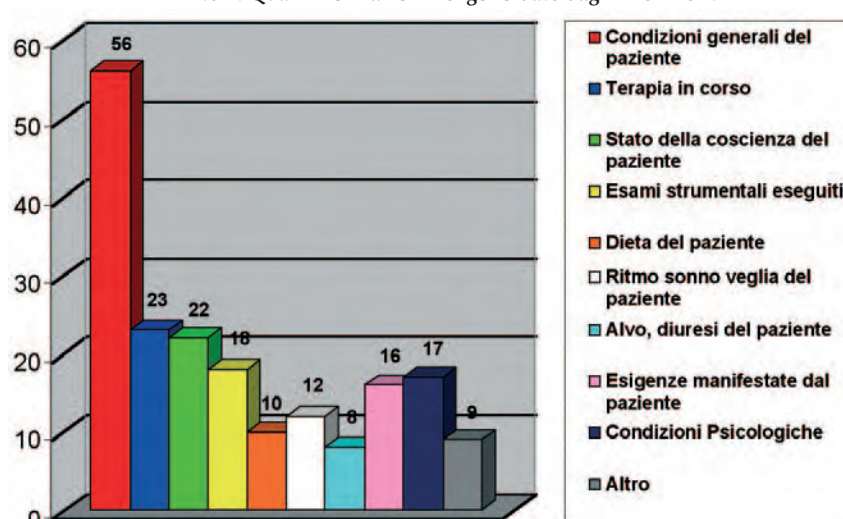


Grafico 19

Solitamente ciò avviene quando le condizioni cliniche del paziente si aggravano o sono molto instabili o quando è necessario un intervento chirurgico urgente e quindi impreveduto, ma dato il periodo estivo in cui sono stati raccolti i dati, è possibile che tale dato sia inficiato dal fatto che in estate aumentano i ricoveri dei non residenti, visto che la nostra zona è una meta turistica. Quindi è possibile che i familiari abbiano avuto la necessità di passare la notte nella sala destinata all'attesa in cui peraltro si trovano diverse poltrone reclinabili, un bagno, un tavolo. Talvolta, nelle situazioni di grande criticità, aumentano i pernottamenti a testimonianza del grande desiderio di stare vicino al paziente anche se attendono dietro una porta chiusa ed in questo modo il nucleo familiare sente di continuare a prendersi cura e proteggere i propri membri.

Analisi dei dati: i medici

Il questionario ricalca per buona parte quello riservato agli infermieri e le prime due domande sono riferite al sesso e all'anzianità di servizio dei medici intervistati. La distribuzione del sesso risulta omogenea, dimostrando un ottimo equilibrio tra i due sessi e l'esperienza clinica è di rilievo, tre medici che lavorano in questo settore da più di undici anni, altrettanti da oltre venti.

È stata riproposta anche ai medici la domanda sull'adeguatezza dell'attuale organizzazione degli ingressi e la maggioranza (80%) non lo ha ritenuto adeguato; nonostante il campione sia numericamente contenuto, la risposta è estremamente importante e testimonia che esiste un interesse ad apportare modifiche organizzative che vadano incontro alle necessità dei familiari e dei pazienti e che siano, al contempo, utili allo staff medico-infermieristico

6° Item: Se no, perché?

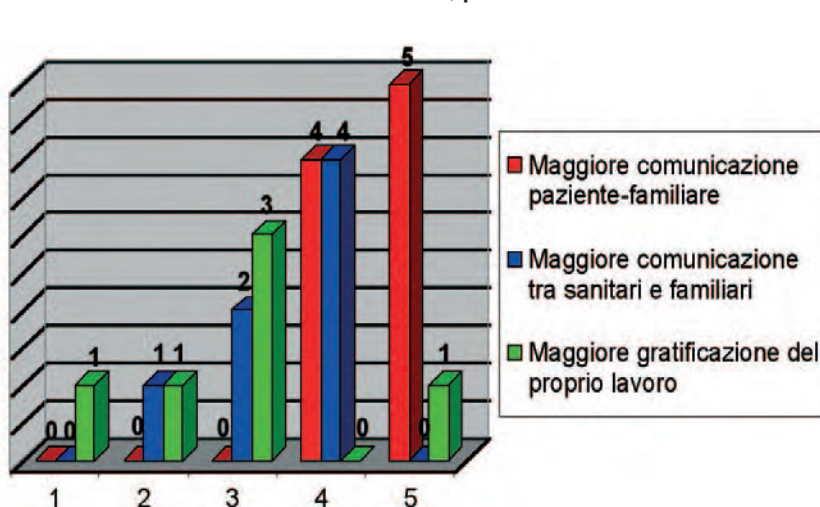


Grafico 20

per avere maggiore empatia, maggiore comprensione delle problematiche familiari, probabilmente anche per diminuire l'accanimento terapeutico, il contenzioso o facilitare il lento recupero della salute.

L'interesse dei medici nei confronti della problematica proposta è osservabile anche da quanto scritto nello spazio dedicato e che vengono riportate di seguito:

- *Maggiore flessibilità negli orari di ingresso.*
- *Prolungare l'orario di visita personalizzando sulle esigenze dell'utente e familiari.*
- *Tutto il pomeriggio dalle 14:00 alle 20:00.*
- *Aprire le porte della Rianimazione.*
- *Più ampio l'intervallo delle visite.*

Nell'Item 4 è stata chiesta se preferissero lavorare in una Rianimazione Chiusa, (con una o due visite al giorno per uno o due familiari per venti/trenta minuti); nessuno dei medici si è trovato d'accordo con questo tipo di organizzazione e, quindi, si intuisce l'intenzione di andare incontro alle esigenze dei familiari mediante un'organizzazione più elastica. Nel Grafico 20 è possibile notare come la comunicazione familiare/paziente e familiari/medici sia ritenuta indispensabile per il buon fine del piano terapeutico-assistenziale.

7° Item: Pensi che la presenza dei familiari possa interferire con l'assistenza medica al paziente?

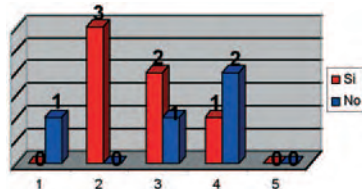


Grafico 21

8. Pensi che il paziente possa trarre beneficio dalla presenza dei familiari?

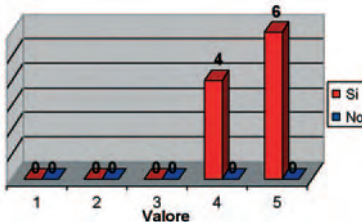


Grafico 22

Nei dati contenuti nei Grafici 21-22, si rileva la tendenza a ritenere che la presenza dei familiari in Rianimazione possa interferire con l'assistenza medica al paziente anche se con minore convinzione rispetto agli infermieri mentre è decisamente forte la consapevolezza di considerare la loro presenza come fattore positivo per il paziente.

Il 9° Item chiede se la struttura architettonica attuale possa essere adeguata per il progetto di Rianimazione Aperta ed il 60% di loro ritiene che non sarebbe possibile "aprire ulteriormente le porte" mantenendo invariata la struttura. In accordo con il team infermieristico anche i medici ritengono inappropriata l'attuale tipologia strutturale per poter gestire adeguatamente la presenza dei familiari per periodi di tempo più lunghi di quelli attualmente previsti.

Le ultime due domande del questionario, riguardano specificatamente la relazione medico/familiare: è stato chiesto se ritenessero idoneo il luogo dove si svolgono i colloqui quotidiani che hanno lo scopo di aggiornare i parenti sulle condizioni cliniche dei pazienti. La totalità degli intervistati ritiene non idonea la stanza riservata e di seguito riportiamo le osservazioni e i consigli per modificare tale situazione:

- *Poltrone e arredo adeguato.*
- *Più confortevole e pulito.*
- *Stanza arredata come uno studio con sedie e quadri, colori adeguati, maggiore ordine e pulizia.*
- *Ampliandolo e abbellendolo con immagini positive.*

Benché venga indicato l'utilizzo della stanza dedicata al colloquio con i familiari, viene anche constatata la tendenza di qualche medico a fornire informazioni accanto al letto o altrove e, quindi, vengono confermate le sensazioni e le perplessità espresse da alcuni familiari a questo riguardo.

Conclusioni

È ora possibile attraverso i dati e le opinioni raccolte, rispondere alle domande che ci siamo posti nell'introduzione. Lo studio intrapreso ha delineato gli attuali rapporti tra familiari e operatori sanitari oltre ad indicarci un possibile miglioramento del modello organizzativo degli accessi in Terapia Intensiva.

Per quanto riguarda i familiari desiderano dall'organizzazione maggiori infor-

mazioni, sia in ambito tecnico-organizzativo che in quello clinico; l'aggiunta di uno o due ingressi, oltre a quelli presenti, aiuterebbe molti familiari ad organizzare meglio gli impegni giornalieri. Inoltre, in caso di pazienti la cui clinica viene definita instabile e critica, potrebbe essere di grande conforto rimanere accanto al paziente più a lungo. La presenza dei familiari viene ritenuta, in generale, un fattore positivo per il paziente ma allo stesso tempo una inadeguata organizzazione o struttura, potrebbe rendere la presenza dei familiari un ostacolo per l'erogazione dell'assistenza medico-infermieristica e, quindi, nel caso di una maggiore apertura, sarebbe opportuno rivedere per esempio i tempi dedicati all'assistenza di base o alla visita¹⁵.

Forse il timore di cambiare i piani delle attività o il fatto di essere osservati, giudicati e valutati può avere condizionato le risposte degli infermieri intervistati, ma con una adeguata formazione e sensibilizzazione, si potrebbe renderli consapevoli che il mostrare come quotidianamente ci prendiamo cura dei nostri pazienti può aumentare la nostra visibilità sociale ed il nostro lavoro essere valorizzato; quella infermieristica non è senz'altro da considerarsi una missione ma fonda le sue radici in una Scienza con teorie e teorici: è questo che ci rende professionisti a tutti gli effetti e non solo da un punto di vista legislativo. Nel complesso, l'attuale organizzazione adottata a Grosseto, può soddisfare le richieste dei familiari, sempre che, vengano rispettati gli orari di visita e si utilizzino una comunicazione efficace. Tale situazione potrebbe migliorare ancora prevedendo, per esempio, una figura infermieristica che abbia la responsabilità di fungere da mediatore per facilitare la relazione e la comunicazione chiara, efficace, efficiente ed empatica tra il team sanitario e gli stessi familiari. La volontà attuale è quella di tenere in grande considerazione i suggerimenti proposti dai familiari aggiungendo un ulteriore ingresso nelle fasce notturne, limitando inizialmente il numero dei familiari per paziente ed individuare una figura infermieristica che rappresenterebbe il *trait d'union* tra sanitari e familiari cercando di capire, prevedere e, se possibile, attivarsi per risolvere le eventuali problematiche emergenti oltre a partecipare anche ai colloqui giornalieri¹⁶.

Si potrebbe successivamente riproporre un nuovo test di gradimento considerando che talvolta piccoli accorgimenti e pochi cambiamenti possono indurre nell'utenza grande soddisfazione; ogni dettaglio deve essere considerato importante e, quindi, tenere in considerazione i suggerimenti proposti può significare maggiore gratificazione del team sanitario ed in particolare di quello infermieristico a cui non si deve, soltanto, riconoscere la capacità di erogare assistenza, ma anche, la capacità di prevedere, indirizzare, ricercare, decidere e perseguire le scelte più opportune al fine di soddisfare i bisogni dei pazienti e dei loro familiari.

Bibliografia

- GENTILI A, NASTASI M, RIGON LA, SILVESTRI C, TANGANELLI P. *Il paziente critico: Clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana; 2004.
- BURCHARDI H., RATHGEBER J, SCHORN B, FALK V, KAZMAIER S, SPIEGEL T. *Let's open the door!* Intensive Care Med 2002;28;1371-2
- FUMAGALLI S, BONCINELLI L., LO NOSTRO A., VALOTI P., BALDERESCHI G., DI BARI M. ED AL., *Reduced cardiocirculatory complications with unrestricted visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial*. Circulation 2006; 113; 946-52
- CRAVEN RF, HIRNLE CJ. *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica 2a ed*. Milano Ambrosiana; 2004.
- REGA ML, CRISTOFORI E, GALLETTI C, VELLONE E, SCELSI S. *La Rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza*. Scenario 2006 Mar 23 (1): 16-26
- CALAMANDREI C, D'ADDIO L. *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere 1a ed*. Milano: McGraw Hill; 1999
- GIANNINI A. *Open Intensive care units: the case in favour*. Minerva Anestesiologica 2007; 73: 299-305
- MOGGIA F. *I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in un reparto di terapia intensiva*. Atti del XIX Nazionale Aniarti; Genova 15.16-17 Nov.; Genova, Italia.
- FAIN JA. *La ricerca infermieristica leggerla, comprenderla e applicarla*. 2° ed Milano: McGraw Hill; 2004.
- Bosco A. *Come si costruisce un Questionario*, 1° ed. Roma: Carocci; 2003.
- SCHULTE DA, BURRELL LO, GUELDER SH, BRAMLETT MH, FUSZARD B, STONE SK ED AL. *Pilot study of the relationship between heart rate and ectopy and unrestricted vs restricted visiting hours in the coronary care unit*. Am J Crit Care 1993;2:134-6
- BURLANDO S. *Psicoaspetti nella realtà di una rianimazione: relazione infermiere-parenale in una rianimazione aperta*. http://www.infermierionline.net/specialistiche/burlando_psicoaspetti.htm ultimo accesso 10/07/ 2007.
- ALTINI P, GUIOTTO A, MATEROSI L. *Umanizzazione della struttura in riferimento ai bisogni del paziente*. Minerva Anestesiologica 1992 Ott 58 (10) : 83-90.
- SLUGA S. *Il ricovero in terapia intensiva: Un'esperienza di pianificazione del primo incontro con i familiari per migliorare la relazione di supporto*. Nursing Oggi 2004 Gen 21 (1): 52-53.
- BARONTINI L, VIGNALI S. *Rianimazione Aperta* <http://www.fondazione-livia-benini.org/curanti/n10bar.htm> ultimo accesso 03/02/2007
- GIANNINI A. *Si può fare la Rianimazione "Aperta"?* <http://www.fondazione-livia-benini.org/curanti/n10ra.htm> ultimo accesso 10/07/2007

Abstract

Background: Critical Area is the place where many aspects are interconnected, one of which is represented by the sphere of interpersonal relationships not only within medical and nursing staff but even with the patients and their relatives. The awareness of these relevant issues has led us to think over the current organization concerning admittances in ICU for patients' relatives and if this system is pertinent both to families' needs and professionals health's ones on duty in our ICU.

Methods: it was led a quantitative research to answer to these questions, using 3 samples: families, nurses and doctors to whom were administered appropriate semi-structured questionnaires.

Results: families' members were quite satisfied and they considered appropriate the time they could spend with patients although they suggested one or two further admittances. Though nurses were conscious of the benefits effected by families' presence on their relatives' health, they considered satisfactory the current organization. Finally doctors would be in favour of a further open ICU.

Conclusions: this study showed the importance of a further open ICU because the binomial patient-family must be the core of medical and nursing care. This binomial must be considered both an inseparable and integral part of medical and nursing plan that only in this way can be really personalized and shared. Open ICU's doors could mean a staff satisfied especially speaking of nurses even if our study showed that nurses were unwilling to further admittances. Therefore it'd be useful to administrate again the questionnaires to staff nurses and families to evaluate their opinions as a consequences of a further open ICU.

Keywords: Unrestricted ICU, Restricted ICU, Relationship, Communication

aniarti@aniarti.it