

Intensive Care Med (2002) 28:1371-1372  
Intensive Care Med (2003) 1:4-5 Ed. Italiana  
Pubblicato online il 18 Luglio 2002  
© Springer-Verlag 2002

## **H. Burchardi**

### **APRIAMO LE PORTE**

Zentrum Anaesthesiologie,  
Rettungs- und Intensivmedizin, University Hospital,  
Robert-Koch-Strasse 40, 37075 Göttingen, Germany  
e-mail: hburcha@gwdg.de  
Tel.: +49 (551) 396027, Fax: +49 (551) 396530

Una recente inchiesta eseguita su 95 unità di terapia intensiva francesi [1] ha rivelato l'esistenza di regole restrittive sulla visita dei parenti dei pazienti in quasi tutte le rianimazioni esaminate. Per esempio, il 97% delle ICU contemplavano ore di visita limitate, nel 90% era limitato il numero dei parenti ammessi, nel 55% delle ICU la visita non era permessa ai bambini (o era permesso solo in modo restrittivo), e nel 40% era permesso l'ingresso solo ai parenti stretti. Dobbiamo rallegrarci del fatto che questo problema sia giunto alla nostra attenzione. È tempo di pensare alle relazioni con i pazienti e loro parenti ed amici. Nel 1993 la Associazione Americana delle infermiere di Terapia Intensiva (AACN) ha organizzato una conferenza di consenso per promuovere una terapia critica più umana [2]. Apparentemente, gli atteggiamenti dei curanti stanno lentamente cambiando. Almeno ora vengono ben considerate le necessità delle famiglie [3].

Nella mia opinione, vi sono cinque buone ragioni per aprire le ICU a parenti e visitatori:

1. L'apertura della ICU al pubblico non presenta un rischio medico. È noto che le ICU sono luoghi ad elevato rischio di infezione. Comunque, si tratta principalmente di infezioni nosocomiali [4], la cui incidenza in ICU è cinque-dieci volte superiore rispetto all'incidenza nei reparti di medicina generale [5]. Lo studio Europeo sulla Prevalenza delle Infezioni in Terapia Intensiva (EPIC), condotto in 1417 ICU di 17 paesi Europei nel 1992, ha mostrato che il 45% dei pazienti di ICU presentava infezioni ed il 21% mostrava un'infezione

acquisita in ICU, spesso indotta da micro-organismi multiresistenti [6]. In uno studio epidemiologico Europeo più recente, eseguito su 14 364 pazienti di ICU, il 21% presentava già un'infezione al momento del ricovero in ICU [7]. Fra i pazienti scevri da infezione prima del ricovero, l'8% acquisiva un'infezione durante la degenza in ICU. Metà delle infezioni acquisite in ICU, comunque, si verificava nei pazienti che presentavano già un'infezione al momento del ricovero in ICU. Viene generalmente accettato che il rischio predominante di infezione sia il trasferimento dei micro-organismi da paziente a paziente ad opera del personale infermieristico e medico: si raccomanda perciò di lavarsi le mani frequentemente ed approfonditamente come misura preventiva più importante. Il rischio di infezioni nosocomiali non è causato dai visitatori provenienti dall'esterno dell'ospedale. Anche la protezione dei visitatori con camici e soprascarpe non risulta efficace come misura di controllo delle infezioni [8]; comunque ricordare le condizioni speciali di un reparto di terapia intensiva può provocare disagi psicologici ai visitatori. Di conseguenza, la nostra ICU è stata aperta ai visitatori molti anni fa: i parenti dei pazienti possono entrare più o meno ogni volta che lo desiderano (eccetto in alcune ore durante il giro medico). Il nostro personale è ora abituato al fatto che la maggioranza del tempo vi siano visitatori e parenti dei pazienti. Al massimo, il personale si lamenta di essere intrattenuto dai visitatori durante il lavoro quotidiano – ma, onestamente, ci dovremmo vergognare di tali argomenti! Un importante miglioramento sarebbe un posto accogliente in tutte le ICU, vicino al reparto, dove i visitatori possano attendere, rilassarsi e meditare, e dove possano avere conversazioni confidenziali con medici ed infermieri. Non si deve mai dimenticare che, in ICU, i parenti dei pazienti sono spesso esposti ad angoscia e dolore inattesi.

2. La comunicazione continua con i parenti dei pazienti è il requisito essenziale del processo di informazione medica. Fornire informazioni e consigli è una parte importante della missione medica. L'obiettivo non è solo fornire informazioni sulla patologia e sulle attività mediche ad essa correlate. Ancora più importante è instaurare un rapporto di fiducia e confidenza con i parenti dei pazienti. Questo può essere ancora più importante in terapia intensiva rispetto a qualsiasi altro luogo, per le caratteristiche prevalentemente acute

e a rischio di vita della situazione. Una conversazione profonda e di ampie vedute con i membri della famiglia crea confidenza in modo molto più efficace rispetto ad una conversazione metodica e frettolosa di fatti oggettivi; costruire un tale rapporto confidenziale richiede tempo. Entrambe le parti devono imparare a comprendersi vicendevolmente. Ma vi è poco tempo – a volte troppo breve se i problemi sono complessi come accade spesso in terapia intensiva. Quindi si dovrebbero usare tutte le opportunità disponibili – ed aprire le nostre ICU.

3. I parenti possono aiutare il paziente a sopportare il difficile periodo di terapia intensiva. Costruire la comprensione e la fiducia fra i parenti ed il personale medico può aiutare i parenti a sopportare le situazioni difficili. Questo a sua volta supporta la famiglia nel difficile compito di confortare il malato critico – e può facilitare profondamente la cura medica. Nella nostra esperienza i parenti dei pazienti si adeguano bene alla routine clinica giornaliera e diventano interlocutori realmente utili del personale medico durante la prolungata degenza del paziente critico in ICU.

4. I parenti giocano un ruolo importante nel confortare il paziente in fin di vita. Il decesso di un paziente critico è sempre un episodio stressante per la famiglia. Si dovrebbe rendere sempre possibile, se attuabile, la presenza dei famigliari o degli amici durante il processo del decesso. Nella nostra esperienza è necessario a volte convincere i parenti a partecipare visto che nella società moderna è stata in qualche modo soppressa l'esperienza personale con la morte. Infine, i parenti dei pazienti, comunque, riconoscono un valore profondo alla possibilità di essere con il loro caro, e questo ancora aiuta il personale medico ed infermieristico della terapia intensiva, rimuovendo alcuni dei suoi limiti. Infine, anche il personale della terapia intensiva può trarre grande beneficio dalla partecipazione a tali eventi fondamentali della vita umana. Dopo tutto, questa potrebbe essere una delle motivazioni primarie per molti di noi: commuove profondamente leggere una nota di gratitudine indirizzata al personale della terapia intensiva nel necrologio sul giornale per un paziente deceduto in ICU.

5. L'apertura delle ICU al pubblico è nel nostro stesso interesse. La terapia intensiva è stata calunniata, ridotta nell'opinione pubblica a medicina "disumana" o "altamente tecnologica". Sappiamo tutti che questo è ingiusto e che, al contrario,

la cura infermieristica in ICU è più intensiva che in qualsiasi altro reparto dell'ospedale. È per questo motivo che le risorse umane consumano la porzione più ampia (60%-70%) delle spese in terapia intensiva. Aprendo le ICU ai parenti dei pazienti è possibile dimostrare loro tutto il lavoro che viene svolto sui pazienti, e quanto può essere "intensiva" la terapia intensiva individuale!

Inoltre, la terapia intensiva è sostanzialmente cambiata negli ultimi dieci anni. Almeno in Europa la strategia comune della ventilazione meccanica, con il crescente uso del respiro spontaneo parziale, riduce ora la necessità di una sedazione viepiù profonda [9]. Così la comunicazione con il paziente sta diventando possibile. Per gli infermieri abituati alla cura dei pazienti in stato di incoscienza, servirà un po' di tempo per accettare la nuova situazione ed imparare come affrontarla; ma una volta abituati a tale cambiamento apprezzeranno certamente il fatto di curare individui con i quali è possibile comunicare invece di esseri umani in stato di incoscienza.

Dopo molti anni di esperienza il nostro personale di terapia intensiva è soddisfatto della ICU "aperta" (nel senso Europeo: aperta ai visitatori). Il cambiamento richiede un po' di adattamento, in particolare per il personale infermieristico sempre più direttamente coinvolto con la famiglia del paziente. Ma ora non si vuole tornare indietro. È il momento di riconoscere che la ICU deve essere un luogo dove l'umanità riveste un'elevata priorità. È tempo di aprire le ICU che sono ancora chiuse. Ognuno – pazienti, famiglie, e l'intero personale di terapia intensiva – ne trarrà beneficio. La ICU non deve più essere un'area ristretta! Lo studio di sorveglianza condotto da Quinito e coll. [1] dovrebbe stimolarci ad affrontare il fatto che è necessario cominciare a muoversi!

#### Bibliografia

1. Quinio P, Savry C, Deghel A, Guilloux M, Catineau J, Tinteniach AD (2002) A multicenter survey of visiting policies in French intensive care units. *Intensive Care Med* (<http://dx.doi.org/10.1007/s00134-002-1402-7>)
2. Harvey MA, Ninos NP, Adler DC, Goodnough-Hanneman SK, Kaye WE, Nikas DL (1993) Results of the consensus conference on fostering more humane

critical care: creating a healing environment.

Society of Critical Care

Medicine. AACN. Clin Issues Crit Care

Nurs 4:484–549

3. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B (2001) Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 163:135–139

4. Richards MJ, Edwards JR, Culver DH, Gaynes RP (1999) Nosocomial infections in medical intensive care units in the United States. National Nosocomial Infections Surveillance System. *Crit Care Med* 27:887–892

5. Widmer AF (1994) Infection control and prevention strategies in the ICU. *Intensive Care Med* 20 [Suppl 4]:7–11

6. Vincent J, Bihari D, Suter P, Bruining H, White J, Nicolas-Chanoin M, Wolff M, Spencer R, Hemmer M (1995) The prevalence of nosocomial infection in intensive care units in Europe. *JAMA* 274:639–644

7. Alberti C, Brun-Buisson C, Burchardi H, Martin C, Goodman S, Artigas A, Sicignano A, Palazzo M, Moreno R, Boulme R, Lepage E, Le Gall R (2002) Epidemiology of sepsis and infection in ICU patients from an international multicentre cohort study. *Intensive Care Med* 28:108–121

8. Goldmann DA (1991) The role of barrier precautions in infection control. *J Hosp Infect* 18 [Suppl A]:515–523

9. Rathgeber J, Schorn B, Falk V, Kazmaier S, Spiegel T, Burchardi H