

## INDAGINE SULLA PERCEZIONE DEI SANITARI ICU AOU CAGLIARI SULLA “RIANIMAZIONE APERTA”

Aviles Gonzalez Cesar Ivan<sup>1</sup>, Melis Paola<sup>2</sup>, Paba Simone<sup>3</sup>, Pinna MariaRita<sup>4</sup>,  
Massidda M.Valeria<sup>5</sup>

### ABSTRACT

La rianimazione aperta è intesa come la volontà di eliminare tutte le barriere temporanee, fisiche e relazionali, non strettamente necessarie per la cura del paziente nella prospettiva della promozione di un trattamento personalizzato, che tenga conto di diverse dimensioni: fisica, psicologica e relazione di ogni individuo, supportata nella letteratura scientifica; essa stabilisce i pro e i contro di questa forma di assistenza sanitaria. Numerosi sono gli studi che mostrano i benefici per le famiglie dei pazienti e il gruppo di lavoro. In Italia questa tipologia di servizio sta prendendo piede con difficoltà nell'assistenza sanitaria a causa della presenza di parenti nelle unità di terapia intensiva. L'ospedale universitario di Cagliari ha avviato alla fine del 2016 un processo formativo, informativo e organizzativo con l'obiettivo di implementare questo modello organizzativo. Qual è l'opinione dello staff sanitario degli uci dell'ospedale universitario di Cagliari in relazione a questa modalità di terapia intensiva?

### BACKGROUND

L'obiettivo è conoscere le opinioni del gruppo di lavoro della terapia intensiva dell'ospedale universitario di Cagliari in relazione a questo nuovo modello organizzativo, istituendo un confronto già evidenziato nella letteratura scientifica in materia, e in questo modo di effettuare interventi contestualizzati e favorire l'introduzione di questo modello (rianimazione aperta).

**ENG:** The ICU (intensive care unit) open-door is understood as the abolition of all temporary, physical and relational barriers not strictly necessary for the care of the patient, in the perspective of the promotion of a person centred care, which takes into account several dimensions as: physical, psychological and relational. This approach is supported by the scientific literature that establishes the benefits and negative effects of this form of healthcare. Many studies show the benefits for patients, families and health staff. In Italy, this type of service modality is starting to be carried out, finding resistances in health workers due to the presence of relatives in the intensive care units. Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari has started at the end of 2016 a formative, informative and organizational process with the purpose of implementing this organizational model. This research study wants to find out what is the opinion of the health staff of the ICU of Azienda Ospedaliera Universitaria of Cagliari in relation to the open-door modality

- <sup>1</sup> Infermiere Anestesia e rianimazione AOU Cagliari  
<sup>2</sup> Infermiere Ambulatorio Cure palliative AOU Cagliari  
<sup>3</sup> Infermiere Anestesia e rianimazione AOU Cagliari  
<sup>4</sup> Dirigente delle professioni sanitarie AOU Cagliari  
<sup>5</sup> Coordinatore Infermieristico Anestesia e rianimazione AOU

**Keywords:**  
terapia intensiva,  
rianimazione aperta, barriere

This article was published on  
June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-4>  
Copyright © 2018 SIMEDET.

**METODO / METHOD**

La progettazione dello studio prevede l'osservazione partecipativa e la valutazione della percezione del gruppo sanitario in relazione alla rianimazione aperta nell'ospedale universitario di Cagliari.

**Popolazione:** gruppo sanitario della terapia intensiva dell'ospedale universitario di Cagliari.

**Campionamento a scelta:** 3 medici, 5 infermieri e 2 assistenti sanitari.

**Metodo e tecnica di raccolta dei dati:** focus group, field diary e osservazione partecipativa.

**Analisi dei dati:** Trascrizione del gruppo focale e diario di bordo codifica e categorizzazione dei dati con il software Atlas. Ti, triangolazione metodologica.

**ENG:** The design of the study foresees the participative observation and the evaluation of the perception of the health group in relation to the ICU open doors, in the university hospital of Cagliari.

**Population:** health staff of the Azienda Ospedaliera Universitaria of Cagliari.

**Convenience sampling:** made up by 3 doctors, 5 nurses and 2 health assistants.

**Method and technique of data collection:** focus group, field diary and participatory observation

**Data analysis:** Transcription of the focal group and the field diary coding and categorization of the data with Atla.Ti software, methodological triangulation.

**CONCLUSIONI / CONCLUSIONS**

L'analisi dei dati del gruppo focale, ha mostrato una visione condivisa dell'effetto benefico nell'interazione famiglia - paziente, in relazione alle condizioni cliniche e mentali del paziente e alla qualità dell'assistenza. D'altra parte, le criticità tra queste, prevalgono sul timore che i familiari possano essere un ostacolo nella gestione ordinaria del paziente e nella percezione di poche abilità nella gestione delle relazioni umane e di gruppo; Allo stesso modo, il gruppo richiede regole, trasparenza e omogeneità nelle linee di comportamento, compresi spazi adeguati per i familiari e il supporto di uno psicologo per il gruppo di lavoro, la famiglia e il paziente.

**ENG:** The analysis of the data of the focus group has shown a common vision of the beneficial effect for the family - patient interaction, for the clinical and mental conditions of the patient and for the quality of care. On the other hand, as critical points prevail the fear that family members can be an obstacle in the routine management of the assistance to the patient and the perception of lack of skills in the management of human and group relationships; Moreover, the group demands rules, transparency and homogeneity in the rules of conduct, including adequate spaces for family members and the support of a psychologist for the staff members, family and patient.

**BACKGROUND** Con la locuzione "Terapia intensiva aperta" s'intende l'abolizione delle barriere temporali, fisiche e relazionali non strettamente necessarie alla cura del paziente nella prospettiva di promozione di un trattamento personalizzato, nel rispetto delle varie dimensioni, fisica, psicologica e relazionale, di ogni individuo<sup>(1)</sup>.

Il piano fisico si riferisce a tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono imposte al visitatore, l'utilizzo di indumenti protettivi quali camice, mascherina ecc. Il piano relazionale invece considera tutte le modalità di una comunicazione frammentata, compressa tra il paziente, l'equipe curante e la famiglia. Infine le barriere temporali comprendono tutte le limitazioni degli orari di visita.

Le attuali evidenze scientifiche e il pronunciamento del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel 2013<sup>(2)</sup> hanno messo in discussione quelle barriere intrinseche che caratterizzavano le Terapie Intensive "chiuse".

In letteratura scientifica vi sono numerose evidenze che confermano che l'apertura delle Unità di Terapie Intensive (UTI) al pubblico non comporta aumento dell'incidenza delle infezioni<sup>(1,3,4,5,6,7)</sup> e non ci sono studi che sostengano l'uso di dispositivi di barriera come efficaci metodi per ridurre le contaminazioni dell'esterno<sup>(4,8)</sup>.

Gli effetti benefici sul paziente ricoverato in una terapia intensiva aperta dove l'orario di visite è flessibile e consente la vicinanza dei propri cari, sono stati confermati da diversi studi<sup>(9,4,10)</sup>.

È stato evidenziato anche un consolidamento della promozione del recupero del paziente grazie alla riduzione dello stress e all'aumento della calma<sup>(11)</sup>. Inoltre, il modello di UTI aperta ha dimostrato di favorire il riposo del paziente<sup>(1)</sup> e contribuisce ad aumentare la soddisfazione dello stesso<sup>(11,12)</sup>.

Linee d'indirizzo di associazioni professionali e raccomandazioni internazionali e nazionali oggi riconoscono l'opportunità che in UTI l'equipe medico-infermieristica si prenda cura non solo del paziente, ma anche, in senso lato, della sua famiglia.

Sono numerosi gli studi condotti nelle terapie intensive aperte che riportano ricadute benefiche anche per i familiari dei pazienti ricoverati: riduzione dei livelli di ansia e di stress<sup>(13,14,15,2,16,17)</sup>.

Alcuni studi, tuttavia, riportano la presenza di stress emotivo a carico dei familiari<sup>(1)</sup> e un aumento dell'ansia e depressione dei familiari<sup>(16,18)</sup>.

I familiari si sono spesso dimostrati un supporto nella cura del paziente ricoverato in UTI<sup>(1,3,4,5)</sup>.

La famiglia si configura quindi come supporto all'assistenza e fattore di facilitazione della comunicazione tra paziente e infermieri.<sup>(11,12)</sup>

È stata riscontrata inoltre una riduzione della degenza grazie ad un'educazione terapeutica dei familiari<sup>(19)</sup>.

Sono state studiate anche le percezioni e le ricadute del modello UTI aperta sul personale sanitario ed è stato riscontrato: un aumento della soddisfazione degli infermieri per il proprio lavoro grazie al feedback positivo dai familiari<sup>(11)</sup>; il miglioramento della comunicazione con il personale d'assistenza e quindi miglior conoscenza del paziente<sup>(20)</sup>; il miglioramento delle procedure assistenziale grazie al coinvolgimento dei familiari<sup>(21)</sup>.

Tra le criticità presenti in letteratura si rileva che la presenza dei familiari è percepita come un'interferenza, se non proprio come un'intromissione nelle vicende assistenziali; talora viene considerata un ostacolo che valuta e critica l'operato dei professionisti sanitari aumentando il loro livello di stress<sup>(14)</sup>.

Un riscontro simile, sull'interferenza con i processi assistenziali, è riportato da Biancofiore<sup>(22)</sup> e una riduzione delle possibilità di intervento sul paziente<sup>(19)</sup> anche se lo stesso studio evidenzia come la presenza del familiare ben istruito migliora l'efficacia del processo di cura, come confermato da Hardin<sup>(20)</sup>.

Nel 2012, la Critical Care Medicine ha pubblicato le nuove Linee Guida per la progettazione delle Terapie Intensive<sup>(23)</sup>. In questo documento si conferma l'orientamento e lo sforzo della comunità scientifica internazionale verso un'assistenza che metta al centro del proprio essere il paziente concepito in modo olistico. L'Italia è tra i Paesi nei quali la presenza di familiari e visitatori nei reparti di Terapia Intensiva è soggetta a molte restrizioni<sup>(5,24)</sup> anche se l'orientamento comincia a cambiare e aumentano le esperienze di adozione dei nuovi modelli di UTI aperta, soprattutto in alcune regioni (Emilia Romagna e Veneto).

Biancofiore et al. (2010) hanno condotto uno studio per valutare opinioni, attitudini e grado di accettazione di medici e infermieri delle UTI verso le UTI aperte<sup>(22)</sup>.

In questa indagine descrittiva si è evidenziato una maggiore propensione dei medici rispetto agli infermieri ad adattarsi ai bisogni emozionali e psicosociali di pazienti e visitatori.

In effetti, ridurre o abolire le limitazioni agli orari di visita, in modo da aprire il reparto ai familiari, è un processo complesso che coinvolge inevitabilmente tutto il personale della Terapia Intensiva.

Agli operatori è chiesto di mettere in gioco, insieme alle loro conoscenze tecniche e specialistiche, anche la loro umanità. In questo senso aprire la Terapia Intensiva ancor più che una rimodulazione dell'organizzazione dell'attività clinica implica un cambiamento di mentalità, cambiamento peraltro già annunciato dall'aspirazione dei professionisti sanitari di ridare centralità al paziente nella sua dimensione umana.

Il cambiamento si attualizza anche nella maggiore interazione con la famiglia e quindi in un ancor più profondo confronto con la componente affettiva ed emotiva della malattia.

In Italia il CNB, con un documento del 2013, propone le seguenti raccomandazioni:

- a) organizzazione delle UTI orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- b) possibilità per i familiari e, in generale, per le persone indicate dal paziente di stare accanto al paziente in TI; contestuale tutela anche nella scelta del malato di non ricevere visite;

c) adeguamento progressivo delle UTI al modello della UTI “aperta”, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità),

d) adeguata e aggiornata formazione per medici e infermieri di UTI per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;

L'opportunità di introdurre il modello organizzativo della “rianimazione aperta” s'innesta sulla contemplazione dei principi di beneficenza e di non maleficenza. Le attuali conoscenze scientifiche, infatti, e le esperienze già in essere confermano che la presenza delle persone care non costituisce una minaccia per il paziente, ma, al contrario, rappresenta un'azione positiva in grado di produrre effetti benefici sia per il paziente, con riscontri clinici oggettivi, sia per i familiari con la riduzione dello stress correlato.

Il processo verso l'adozione di un modello di TI aperta risulta quindi guidato da:

- Adesione alle evidenze riguardanti l'apertura della T.I.
- Umanizzazione delle cure rispettando la dignità della persona degente in T.I.
- Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura

La revisione narrativa che accompagna questo studio, estesa a quanto pubblicato dall'anno 2000 in poi sulle riviste scientifiche e sul web in lingua italiana e inglese, intende indagare le strategie, le problematiche e criticità nonché le prospettive che hanno accompagnato l'adozione del modello “terapie intensive aperte”. La creazione di un opuscolo informativo in UT.I da dispensare ai familiari, nel momento dell'accoglimento del paziente in reparto, permetterà di stabilire una nuova alleanza terapeutica caratterizzata dai diritti, i doveri e le reciproche responsabilità di familiari e operatori.

#### METODI TIPO DI STUDIO

**E'** stato eseguito uno studio di tipo qualitativo con utilizzo del focus Group su campione non probabilistico. La scelta di utilizzare il focus Group è basata sulla

revisione della letteratura<sup>(2,3,25,26)</sup>; la metodologia permette l'interazione fra i componenti del gruppo ed è particolarmente adeguata alla evocazioni, associazioni, richiami.

#### METODI SCOPO DELLA RICERCA

**L**o studio qualitativo ha lo scopo di mettere a confronto le opinioni e le paure dei curanti che lavorano in Terapia Intensiva ricercate in letteratura con quelle dell'equipe della Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari in modo da proporre degli interventi per preparare l'equipe all'adozione del modello aperto.

Domanda di ricerca: “Che opinione o concetto hanno i professionisti sanitari nei confronti della rianimazione aperta dell'unità operativa anestesia e rianimazione AOU Cagliari?”

#### METODI STRUMENTI E METODI

**I**l disegno di ricerca qualitativo prevede l'osservazione partecipata: in scenari dove i ricercatori intervengono di forma professionale (come infermiere e coordinatore infermieristico) e la valutazione della percezione dei professionisti sanitari nei confronti della rianimazione aperta dell'unità operativa anestesia e rianimazione AOU Cagliari.

#### METODI POPOLAZIONE E CAMPIONE

**L**a popolazione è rappresentata dai professionisti sanitari che lavorano presso l'UOC anestesia rianimazione AOU Cagliari.

Il campione di convenienza preso in esame è rappresentato da 3 medici rianimatori, 5 infermieri e 2 operatori sociosanitari.

I criteri di reclutamento utilizzati sono stati i seguenti: L'arruolamento è avvenuto tramite email e la partecipazione è volontaria e previo consenso informato. Ai partecipanti è assicurata la confidenzialità dei dati e l'anonimato nella gestione dell'informazione e l'identificazione dei partecipanti con nomi fittizi.

Criteri d'inclusione: operatori sanitari che lavorano esclusivamente nel reparto di rianimazione della AOU Cagliari.



**METODI  
METODI DI RACCOLTA**

I metodi di raccolta comprendono:

Focus Group, diario di campo e osservazione partecipata.

Focus Group basato sullo studio qualitativo descrittivo, al fine di analizzare il significato che gli individui danno ai fenomeni sociali, in particolare si cercherà di enfatizzare i concetti sulla rianimazione aperta.

Il focus audio registrato, della durata di 120 minuti (25,4,26), è stato condotto da uno dei ricercatori mentre un altro ricercatore procedeva all'osservazione del linguaggio verbale e non verbale<sup>(26)</sup>, variabili considerate indispensabili per capire ed interpretare di forma efficace i contenuti verbalmente espressi<sup>(26)</sup>.

La registrazione è stata affidata al segretario con l'obiettivo di diminuire gli errori di analisi ed aumentare l'affidabilità alla successiva trascrizione letterale di quanto registrato.

Il conduttore ha aperto il focus, presentando la finalità dello studio, il motivo della registrazione e la durata dell'incontro, ha dato inizio al focus con una domanda, non specifica e molto ampia: "che cosa intendi per rianimazione aperta?". Dopo la prima domanda generica è stata letta la brochure informativa sul modello della rianimazione aperta (come da progetto), quindi poste le seguenti domande:

- quale criticità ritieni possano esserci con questa organizzazione?
- quale maggiore vantaggio ritieni possa esserci con questa organizzazione

Il conduttore ha permesso che tutti i partecipanti rispondessero, facilitando l'interazione fra i componenti, incoraggiando la partecipazione di tutti e riconducendo la discussione entro gli obiettivi del focus<sup>(27)</sup>.

**METODI  
ANALISI E VALIDAZIONE DATI**

Successivamente alla trascrizione del Focus Group e del diario di bordo, l'analisi condotta prevede cinque fasi fondamentali: immersione nei dati (familiarization), identificazione di una cornice tematica (identifying a thematic frame work), codificazione (indexing), costruzione delle tabelle tematiche, categorie e sottocategorie (charting), mappatura ed interpretazione dei dati (mapping and interpretation)<sup>(26)</sup>.

Il gruppo di ricerca ha provveduto ad associare i contenuti alle categorie individuate con l'uso della triangolazione metodologica.

**RISULTATI**

Al focus group hanno preso parte dieci persone: cinque infermieri (4 femmine e 1 maschio), tre medici (2 femmine e 1 maschio) e due operatori socio sanitari (Oss) (2 femmine). I partecipanti, eccetto un Oss, la cui precedente esperienza lavorativa è stata in corsia, hanno dichiarato di avere pluriennale esperienza lavorativa in unità di Terapia Intensiva (anche se non nella stessa Terapia Intensiva in cui ha avuto sede il focus group).

**TAB.1 TEMA CONDUTTORE: RELAZIONE ASSISTENZIALE**

Positivo	Programmatico	Negativo
Facilitazione del processo di guarigione	Necessità di regole condivise e trasparenti	Percezione di supervisione da parte dei parenti
Partecipazione / collaborazione dei familiari alle cure	Necessità di spiegare le attività assistenziali e le disposizioni	Aumento di stress per il personale
Miglioramento dell'adesione ai trattamenti	Imparare a gestire le reazioni dei familiari	- Rischio di pretese da parte dei familiari - Intralcio nelle attività - Aumento delle situazioni conflittuali

La relazione assistenziale risulta essere il tema conduttore intorno al quale gli operatori hanno articolato le loro considerazioni sull'apertura al pubblico delle terapie intensive e sull'estensione degli orari di visita.

Sia medici che infermieri hanno rilevato come la presenza di una persona cara eserciti un effetto positivo, se non propriamente terapeutico, sulla persona ricoverata in un'Unità di Terapia Intensiva:

Il beneficio terapeutico è stato messo in relazione ai maggiori stimoli sensoriali a cui sarebbe esposto il paziente per la vicinanza di un proprio caro; i vantaggi sono tanti dal punto di vista funzionale l'approccio sensoriale fa parte della guarigione della criticità (Infermiere 1)

E' una figura che deve stimolare costantemente il paziente anche se il paziente è in coma perché comunque non possiamo negare che anche se il paziente è in coma, può percepire stimoli sensoriali quali ad esempio la carezza o anche la voce. (Medico 1).

Il superamento delle barriere spaziali e temporali che si realizza con il modello della Terapia Intensiva aperta potrebbe anche favorire una migliore condivisione del piano terapeutico da parte dei familiari, la cui presenza potrebbe anche

essere sfruttata al fine di ottenere una più efficace adesione alle terapie da parte del paziente; un rapporto di collaborazione, noi in primis, con i parenti, al fine di migliorare quelle che sono le cure e l'adesione anche alle cure, soprattutto quando non abbiamo più dei pazienti sedati. (Infermiere 5)

Tra gli aspetti negativi riconducibili al tema della relazione assistenziale è stata evidenziata l'attesa di una percepita supervisione da parte dei parenti, tale atteggiamento scrutatore è temuto dai diversi operatori

sanitari. Collegato alla nuova modalità di lavorare sotto l'occhio giudicante del visitatore ci si attende un aumento delle situazioni stressanti per il personale: questo ci fa sentire sempre sotto osservazione da parte dei parenti e anche sottoposti ad uno stress maggiore sia in ambito lavorativo ma anche personale.... A parte ... questo stare sempre sotto gli occhi dei parenti, in prima battuta non sappiamo .. ci stanno studiando , scrutando ci stanno valutando. (Medico 1)

Si paventa anche la difficoltà e il rischio di dover gestire e rispondere ad attese più o meno realistiche e legittime da parte dei familiari;

si possono poi creare situazioni di confidenza, il familiare può pensare che può pretendere determinate cose e penso si possano verificare delle situazioni critiche. (Medico 1)

Se tu dai un dito poi continuano con il braccio fino ad arrivare alla spalla, bisogna quindi avere una linea unica da condividere. (Infermiere 5)

La presenza costante dei visitatori è vista come possibile intralcio alle attività assistenziali soprattutto

**TAB.2 TEMA CONDUTTORE: CAMBIAMENTO CULTURALE**

Positivo	Programmatico	Negativo
Superamento delle barriere organizzative	Necessità di formazione ulteriore	Resistenza al cambiamento
	Necessità di organizzare gli spazi	Inadeguatezza della struttura
	Necessità di coinvolgere altri operatori	Incapacità di gestire la maggiore libertà del parente
	Necessità di gradualità	Sacrifici personali e di gruppo

da parte di infermieri e Oss; per quanto possa essere di beneficio, ma può essere anche di intralcio e di difficoltà nella gestione della terapia o nella gestione del rapporto con i pazienti. (Infermiere 1)

L'aspettativa di una più ampia possibilità di costruire un rapporto fiduciario con i familiari è riportata insieme con la previsione di un più alto rischio d'incorrere in denunce contro i sanitari, qualcuno ha evocato anche il ricorso alla medicina difensiva; instaureremo con i parenti un rapporto comunque

fiduciario e reciproco per cui diciamo ci si può venire un pochino incontro. (Infermiere 5).

Per noi si è sollevato molto la questione della medicina difensiva che nella nostra professione questi ultimi anni è andata molto avanti. (Infermiere 3)

La rilevazione dei bisogni formativi e delle azioni da intraprendersi ha ricevuto una particolare attenzione da parte di tutti i partecipanti al focus group: Per una forma di tutela nostra e per il paziente il programma di formazione è importante. (Infermiere 2)

Per quanto riguarda il tema cardine della relazione assistenziale è emerso in maniera preponderante il bisogno d'individuare delle regole condivise da parte di tutto il personale dell'unità operativa e che siano anche rese esplicite e chiare ai visitatori; far capire il rispetto di queste regole o di comunicare in maniera empatica con tutte le tipologie di familiari che ci potrebbero capitare e un po' le regole potrebbero sembrare imposte. (Infermiere 2)

Sicuramente saranno necessarie delle regole in maniera tale che la presenza del familiare non sia di ostacolo a quelli che lavorano. (OSS 2)

È ribadita, in modo corale, la necessità di trovare tempi e modi adeguati per fornire spiegazioni sulle attività assistenziali ai familiari che rimangono vicino al paziente nonché l'opportunità di rendere chiare e note le disposizioni organizzative ai visitatori: mentre tu fai una cosa che per te è scontata, per chi lavora con te è scontata, ma per il familiare non lo è, quindi devi spiegarla e quindi diventa più impegnativo... (Medico 2)

Alcuni ulteriori bisogni formativi relativi alle competenze necessarie per gestire situazioni conflittuali e reazioni emotive abnormi vengono riportati soprattutto degli infermieri e dagli OSS.

Dobbiamo essere allineati perché la denuncia è sempre alle porte, il parente è arrabbiato perché il congiunto è in quel letto. (OSS 2)

La consapevolezza che il cambiamento dei modelli organizzativi, in funzione del superamento delle barriere spaziali e temporali che limitano l'accesso e la presenza dei visitatori nelle terapie intensive, è qualcosa che rappresenta un vero e proprio cambiamento culturale ed è riportata dalla maggior parte dei partecipanti e, giudicata, in linea di principio, come cambiamento positivo se pure inevitabile: bisogna fare cultura, bisogna crescere, bisogna umanizzare (...). Questo fare cultura significa a diffondere la voglia di cambiamento e di crescita comunque necessaria, perché è vero si parla di problemi ma è necessario cambiare con l'impegno di tutti. (Infermiere 1)

**TAB.3 TEMA CONDUTTORE: CAMBIAMENTO CULTURALE**

Positivo	Programmatico	Negativo
Instaurazione di un rapporto fiduciario	Necessità di gestire la comunicazione	Gestire le famiglie problematiche
Soddisfazione dei diritti del paziente	Necessità di assistenza psicologica ai familiari	
Cura degli affetti	Necessità di valutazioni etiche	

Tuttavia questo cambiamento sembra richiedere sacrifici e il personale prevede lo sviluppo di alcuni rischi.

Da un punto di vista organizzativo invece ci sarà molto da lavorare dobbiamo impegnarci tutti. (Infermiere 2) Alcuni ostacoli sarebbero legati all'inadeguatezza degli spazi e della struttura, altri sarebbero più addebitabili ad aspetti professionali e personali riconducibili, secondo il parere dei partecipanti, alla resistenza al cambiamento.

Una delle maggiori difficoltà legate al cambiamento culturale, insito nelle Terapie Intensive Aperte, è legata al sentirsi impreparati a gestire la maggiore libertà di cui godrebbe il parente visitatore.

La mia preoccupazione e la mia paura è che noi non abbiamo la formazione per gestire queste situazioni alle quali non siamo preparati. (Infermiere 2).

Questo problema della relazione tra i parenti e il personale sia medico che infermieristico, il problema c'è da ambo le parti, non siamo preparati a sufficienza. (Medico 1)

Numerose e correlate le proposte e gli impegni programmatici individuati dai partecipanti, in primis la richiesta di ulteriore e specifica formazione, la necessità di coinvolgere gli operatori delle altre unità operative della struttura sanitaria.

Importante anche sentire gli altri operatori, quelli che lavorano fuori dalla rianimazione per esempio un fisioterapista o un chirurgo (Infermiere 5)

È stata evidenziata anche l'esigenza di riorganizzare gli spazi così da poter accogliere in maniera confortevole i visitatori e garantire la privacy e la sicurezza di ognuno.

Anche io avevo pensato a degli spazi se erano o dovevano essere previsti in modo che loro sappiano dove andare, con una macchinetta del caffè e quant'altro. (Infermiere 5)

L'auspicio, espresso soprattutto dal personale infermieristico, è che il processo di cambiamento avvenga gradualmente per favorire un migliore adattamento del personale al nuovo contesto e dotarsi delle risorse e della preparazione necessarie.

Il tema dell'umanizzazione delle cure è emerso in numerosi interventi dei partecipanti:

dal punto di vista umano avremo un vantaggio sia noi sia il paziente e sia il familiare. (Infermiere 2)

Per me il vantaggio più grande sarà nella cura del paziente, l'umanizzazione dei rapporti tra paziente e parenti, con tutte le regole che dovranno essere seguite da tutti. (Oss 1)

La possibilità data ai familiari e alle persone care al paziente di potergli stare vicino durante la degenza in terapia intensiva, un ambiente di per sé molto "medicalizzato", caratterizzato da complessità assistenziale e dall'alto utilizzo di apparecchiature tecnologiche, rappresenterebbe, secondo medici e infermieri, un nuovo canale attraverso cui costruire il rapporto fiduciario tra paziente, familiari e professionisti della salute, stimolare quindi un

rapporto fiduciario tra noi e coloro che sono i nostri assistiti. (Medico 3)

La presenza del proprio caro, evitando l'isolamento dagli affetti che il paziente subisce quando vi è una forte limitazione degli accessi e la rigidità negli orari di visita, potrebbe servire, secondo i partecipanti al focus group a superare sentimenti di diffidenza possibili nel paziente stesso e nei familiari e aiuterebbe a ridurre le paure di chi è ricoverato; avremo a che fare con un numero molto ridotto di pazienti che arrivano in ospedale diffidenti (Infermiere 2)

L'umanizzazione delle cure è vista non solo come il riconoscimento dei diritti del paziente, secondo le nuove raccomandazioni internazionali e nazionali, ma anche come quel processo e quell'attitudine che riesce a ricreare un ambiente familiare:

come sentirsi all'interno, diciamo così, delle sue cure familiari. (Medico 1)

E' un diritto che noi dobbiamo assicurare ai pazienti. Mi sembra un cioè garantire la trasparenza nel nostro operato e garantire soprattutto il rispetto comunque degli affetti e il conforto degli affetti penso che cioè io penso che vada verso una forma di medicina più umana e più adeguata rispetto a quella del passato (Medico 3).

L'adozione di un modello organizzativo che permette di dare maggiore spazio ai bisogni affettivi del paziente sono enfatizzate dai vari operatori: ci sarà il parente che lo riempirà di coccole, che gli darà tutte le carezze che gli darà tutto quello che cerchiamo di dargli quando non c'è (Oss 1).

Gli aspetti critici sono focalizzati soprattutto attorno alla gestione dei rapporti con famiglie problematiche, ossia quelle famiglie dove esistono contrasti e ruoli poco chiari.

La rilevazione di questa criticità è ispirata da precedenti esperienze vissute da alcuni operatori: ci siamo trovati di fronte per esempio situazioni in cui i figli non volevano che entrassero la moglie, il fratello, che magari non vedevano da tanto tempo, e noi non siamo carabinieri per poter sapere.

Questo è un punto nel quale bisogna capire chi deve



individuare chi e chi impone cosa, perché a volte parenti tra di loro non riescono a mettersi d'accordo. (Infermiere 5)

Numerosi gli aspetti programmatici individuati sotto il tema dell'umanizzazione delle cure:

innanzitutto la necessità di dare particolare attenzione alla comunicazione, sia con i familiari, sia a quella inter professionale, in modo che l'equipe si presenti coesa e i messaggi siano coerenti:

relativamente alla comunicazione, per anni noi ci siamo abituati a condividere a comunicare in un certo modo, ora si tratta di rimettere in gioco completamente è tutt'altro modo di fare e porta a mettere a mettere in gioco anche il lavoro che noi dobbiamo fare con i nostri colleghi. (Infermiere 2)

Da parte della componente infermieristica è stato suggerita anche l'opportunità di avere la collaborazione di uno psicologo per sostenere i familiari che vivono l'esperienza di un loro congiunto ricoverato in terapia intensiva: lo psicologo, secondo me non bisogna aspettare il futuro ma questa figura bisogna metterla da subito, perché oltre il motivo che abbiamo del paziente abbiamo anche quello del parente (Infermiere 5)

Si sono presi in considerazione anche gli aspetti e le implicazioni etiche del nuovo assetto rappresentato dalla Terapia Intensiva aperta. Un infermiere ha sottolineato quanto risulti importante, nel nuovo contesto, interrogarsi su come viene interpretato l'agire degli operatori sanitari e quanto questo possa portare l'operatore a interrogarsi maggiormente sul proprio agito: non siamo abituati a vedere quello che noi facciamo (...) ma il parente che non è dell'ambiente per loro è vista...io lo dico esplicitamente è una violenza in tutte le sue sfumature. (Infermiere 4)

Alcuni hanno espresso il parere di voler dare giudizi di valenza etica solo se contestualizzati caso per caso: eticamente parlando la rianimazione aperte è una buona cosa però...non si può fare un discorso generale bisogna valutare caso per caso. (Infermiere 3)

Un medico ha evidenziato che il nuovo approccio, in linea con l'attuale sforzo di umanizzazione delle cure, impegni anche il personale ad evitare ogni forma

d'imposizione e prevaricazione: noi non dobbiamo imporre niente a nessuno, noi siamo personaggi neutri all'interno di tutto questo processo, noi facciamo da filtro nell'interesse dei nostri assistiti. (Medico 3)

**CONCLUSIONI** Gli aspetti positivi e negativi della rianimazione aperta identificati del personale sanitario sono sovrapponibili a quelli emersi dalla letteratura sull'argomento.

Tra gli aspetti positivi vi è la diffusa convinzione che la presenza dei familiari rappresenta un positivo stimolo sensoriale per il paziente e promuove un ambiente sereno intorno allo stesso.

Tra gli aspetti critici o negativi abbiamo in evidenza il timore di possibili conflitti tra il personale sanitario e famigliari dovuti alle possibili interruzioni e intralcio, ma anche al timore di un eccesso di controllo sulle attività svolte dall'operatore da parte dei familiari che potrebbe rendere difficile lo svolgimento delle proprie attività.

Le proposte dei partecipanti al focus, per ridurre queste criticità, sono la formazione per la gestione dei conflitti, l'apertura graduale della rianimazione, la disponibilità di spazi fisici per i familiari e la presenza di uno psicologo a supporto dei familiari e degli operatori.

## BIBLIOGRAFIA

1. Giannini A, Berwick DM, Kotagal M. Open intensive care units: the case in favour. *minerva Anesthesiol.* 2007 ;7373(299):299–306.
2. Bioetica CN per la. terapia intensiva “aperta”alle visite dei familiari. *quotidianosanità.it.* 2013.
3. Sims DC, Jacob J, Mills MM, Fett PA, Novak G. Evaluation and Development of Potentially Better Practices to Improve the Discharge Process in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics.*2006 Nov 1;118(Supplement 2):S115–23.
4. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced Circulatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit: Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation.* 2006 Feb 21;113(7):946–52.
5. Knutsson SEM, Otterberg CL, Bergbom IL, Juknialis B, Jackson DL, Tinténia A De, et al. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit care Nurs.* 2004 Oct;20(5):264–74.
6. Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *Am J Infect Control [Internet].* 2011 Dec ;39(10):898–900.
7. Malacarne P, Langer M, Nascimben E, Moro ML, Giudici D, Lampati L, et al. Building a continuous multicenter infection surveillance system in the intensive care unit: findings from the initial data set of 9,493 patients from 71 Italian intensive care units. *Crit Care Med .* 2008 Apr;36(4):1105–13.
8. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A, Jackson DL, Tinténia A de. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit care Nurs.* 2008 Dec;24(6):366–74.
9. Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. *Crit Care Nurs Q.* 2011 ;34(4):361–6.
10. S Haghbin, Z Tayebi. Visiting hour policies in ICU. *Iran Red Crescent Med J [Internet].* 2011;13(9):684–6.
11. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med.* 2007 May 24;33(6):1060–5.
12. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care.*;11(1):33–41.
13. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005 Mar 2017 Mar 4;20(1):90–6
14. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/ restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014 Jul;23(4):316–24.
15. Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *MINERVA Anesthesiol* 89 MINERVA ANESTESIOLOGIA.2010;7676(2):89–90.
16. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 May 1 ;171(9):987–94.
17. Ciuffo D, Hader R, Holly C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *Int J Evid Based Healthc .* 2011 Dec ;9(4):362–87.
18. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24- hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med [Internet].* 2008 Jan;36(1):30–5.
19. Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med.* 2003 May;31(5 Suppl):S362–6.
20. Hardin SR, Bernhardt-Tindal K, Hart A, Stepp A, Henson A. Critical-Care Visitation. *Dimens Crit Care Nurs.* 2011 Jan;30(1):53–61.
21. Cypress BS. Using the Synergy Model of Patient Care in Understanding the Lived Emergency Department Experiences of Patients, Family Members and Their Nurses During Critical Illness. *Dimens Crit Care Nurs.* 2013;32(6):310–21.
22. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *MINERVA Anesthesiol.* 2010 ;76(2):93–9.
23. Thompson DR, Hamilton D, Kirk Cadenhead, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine.* 2012;40 (5):1586:1600.
24. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med .* 2007 Feb ;356(5):469–78.
25. Baldrey A. Focus group in azione. 1st ed. Faber C, editor. 2005.
26. Amaducci G, Iemmi M, Saffioti A, Carpanoni M, Mecugni D. La pratica infermieristica basata sui modelli teorici : uno studio qualitativo sull'apercezionedegli. *Professioni infermieristiche.* 2013;66:99–108.
27. De Marinis M G, Piredda M, Tartaglini D, Pascanella M G, Il Focus Group: una tecnica per la ricerca qualitativa. *Int Nurs Persp.* 2004;4 (3): 123-131.