

# L'accoglienza del visitatore minore in terapia intensiva per adulti: un'indagine tra gli infermieri

## *Admitting minor visitors in adult Intensive Care Units: a survey among nurses*

■ CATERINA BARERA<sup>1</sup>, DENISE GHEDIN<sup>2</sup>, MARIA BENETTON<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Infermiere, Centro Servizi per Anziani "I Tigli", Meolo (VE)

<sup>2</sup> Infermiere, Terapia intensiva neurochirurgica, Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, Treviso



### RIASSUNTO

**Introduzione:** nonostante un cambiamento culturale che ha permesso di adottare un modello di Terapia Intensiva (TI) aperta volta ad un'assistenza olistica incentrata sul *Family Centered Care*, ci sono ancora molte restrizioni nelle Terapie Intensive per adulti per l'accesso dei visitatori minori che vengono spesso esclusi o consentendolo solo ai visitatori adolescenti. Le motivazioni riscontrate in letteratura non sono dimostrate da evidenze scientifiche ed il minore, non vedendo il proprio familiare, può interpretare la separazione come punizione e mancanza di amore, sviluppando sentimenti di abbandono e senso di colpa.

**Materiali e metodi:** studio osservazionale-descrittivo multicentrico. Per l'indagine è stato somministrato un questionario online *ad hoc* ad infermieri di Terapia Intensiva per adulti di diversi ospedali d'Italia. È stata contestualmente eseguita una ricerca bibliografica.

**Risultati:** hanno risposto 76 infermieri, prevalentemente operanti in TI generali del Nord Italia (58%) e del Centro Italia (41%). Nonostante la maggioranza degli infermieri accoglierebbe il visitatore solo in età adolescenziale, circa la metà non esclude di far entrare anche bambini in età prescolare e scolare. Il campione si dimostra non sempre d'accordo con le motivazioni che la letteratura fornisce per l'esclusione della visita. In molte realtà non si interviene per facilitare l'accoglienza, ma la maggior parte del campione è disposto ad aprirsi all'esperienza ed ha definito esperienze pregresse "utili" e "confortanti".

**Conclusioni:** gli infermieri si dimostrano aperti all'accoglienza dei minori come visitatori nelle TI per adulti. Così come suggerito dalla letteratura, anche il campione indagato ritiene che sarebbe utile sviluppare protocolli per l'accoglienza del minore, informare e formare i professionisti sanitari e le famiglie per combattere i pregiudizi che ancora sussistono.

**Parole chiave:** Terapia intensiva per adulti, visitatori, bambini, family centered care, infermieri.



### ABSTRACT

**Introduction:** despite a cultural change that has allowed an open intensive care model and that is aimed at more family centered holistic care, there are still many restrictions in the adult Intensive Care Unit (ICU) regarding access to minor visitors who are often excluded, or access is permitted only to teenagers. The reasons found in literature are not based on scientific evidence and a minor prevented from seeing his own family could interpret the separation as a punishment or a lack of love and could develop feelings of abandonment and guilt.

**Materials and methods:** multicentre observational-descriptive study. For the survey an *ad hoc* online questionnaire was administered to adult intensive care nurses from different hospitals in Italy. Bibliographic research was performed at the same time.

**Results:** 76 nurses replied, mainly operating in general ICUs in Northern Italy (58%) and Central Italy (41%). Despite the fact that most of the nurses would welcome only adolescent visitors, about half would not exclude the possibility of allowing preschool and school age children. The sample does not always agree with the reasons that literature provides for excluding the visits. In many situations nurses do not intervene to facilitate visits from children, but the majority of those questioned are willing to be open to this experience and described past experiences as "useful" and "comforting."

**Conclusions:** nurses are open to welcoming children as visitors to adult ICUs. As suggested by literature, the sample investigated also believes it would be useful to develop protocols for the reception of minors, to inform and train healthcare professionals and families and to combat the existing prejudices.

**Keywords:** adult intensive care unit, visitors to patients, children, family centered care, nurses.

**ARTICOLO ORIGINALE**

PERVENUTO IL 11/03/2018

ACCETTATO IL 15/05/2018

**Corrispondenza per richieste:**

Caterina Barera

cate.barera@libero.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

**INTRODUZIONE**

L'assistenza in area critica è caratterizzata dall'instabilità, dalla criticità e dall'intensività delle cure; per questi motivi c'è il rischio che i professionisti sanitari si focalizzino esclusivamente sul monitoraggio e sul mantenimento delle funzioni vitali, trascurando così il concetto secondo cui quando una persona della famiglia si ammala, l'evento si ripercuote su ciascun membro modificandone l'equilibrio al suo interno.<sup>[1,2]</sup> Infatti, è da considerare che il ricovero mette a dura prova anche le risorse dei familiari del degente che determinano l'insorgenza di episodi di ansia, depressione e sintomi da stress dovuti all'esperienza traumatica, che gli infermieri si ritrovano a gestire. Essere vicini al proprio caro consente invece ai membri della famiglia di partecipare e di essere coinvolti nell'assistenza, aiutandoli a far fronte alla situazione. Proprio da queste considerazioni nasce la filosofia del *Family Centered Care* in cui l'assistenza deve essere centrata non solo sul paziente ma anche sulla famiglia.<sup>[3,4,5]</sup> Tra le priorità assistenziali del percorso clinico rientra quindi anche il bisogno di informazione e di supporto sia a livello comunicativo che relazionale dei familiari. Per questo motivo la letteratura scientifica ha effettuato numerosi studi, ma risultano limitati quelli compiuti sui minori, i cui bisogni di conferma affettiva e relazionali non vengono considerati determinando perciò la loro esclusione dalla visita al familiare ricoverato. In accordo con la Convenzione sui Diritti del Bambino del 1990<sup>[6]</sup>, il minore ha diritto di essere informato di ciò che accade all'interno della famiglia perché percepisce le dinamiche che si creano, in particolare i cambiamenti della routine quotidiana e delle relazioni.

La letteratura reperita riguardante la visita dei bambini ai familiari ricoverati in Terapia Intensiva (TI) non dimostra effetti negativi e correlazioni con un aumento del rischio di infezione; al contrario emerge che contribuisce a diminuire sentimenti di paura, preoccupazione e separazione. Nonostante questi effetti positivi riscontrati, i minori non vengono ammessi alla visita o esistono restrizioni per alcune fasce d'età con motivazioni non dimostrate scientificamente ma spesso derivate dalla convinzione degli adulti di proteggere così i bambini.<sup>[6,7,8,9]</sup> Analizzando i motivi più ricorrenti emersi in letteratura, si segnalano il rischio di infezione sia per il bambino che per il paziente, l'incapacità del minore di comprendere la situazione, la preoccupazione per il rischio di trauma psicologico, le caratteristiche dell'ambiente giudicato pauroso per la presenza di alta tecnologia, odori, suoni, le

condizioni in cui si trova il degente, il disagio per il personale sanitario e per il paziente e la diminuzione di sicurezza di quest'ultimo. Ulteriori motivi per cui gli infermieri scoraggiano la visita sono la paura di non essere in grado di gestire l'accoglienza soprattutto dal punto di vista emotivo o la scarsa conoscenza dei benefici che la visita può avere nel mantenimento della relazione affettiva con la persona ammalata.<sup>[10,11]</sup>

Esistono pochi studi sulle opinioni ed esperienze dei genitori e/o tutori e ciò rende difficile capire le motivazioni delle loro scelte. La maggior parte dichiara di aver paura di spaventare il minore, sostenendo di essere preoccupata nel suscitare ansia, paura e di esporlo ad un'esperienza sconvolgente.<sup>[11]</sup> Coloro che hanno permesso la visita, invece, l'hanno ritenuta positiva in quanto ha aumentato nei minori la consapevolezza della condizione del loro familiare.<sup>[12]</sup>

Da alcuni report esperienziali effettuati per conoscere i pensieri e le emozioni vissute dai minori che hanno visitato il loro familiare ricoverato, emerge che spesso prima dell'incontro provano paura ed è quindi necessario rassicurarli ed aiutarli a controllare questa emozione contrapponendo messaggi di comprensione e, coerentemente con la situazione clinica, di speranza, fiducia e sicurezza. Tuttavia questi minori indagati nella ricerca, hanno definito l'esperienza positiva perché hanno potuto accertarsi che il loro familiare era presente e che potevano trascorrere del tempo con lui. Hanno affermato che la visita ha suscitato sentimenti di conforto, coinvolgimento e che la realtà ha contraddetto, positivamente, le loro fantasie che erano più paurose.<sup>[13,14]</sup>

La letteratura conferma che le fasi dello sviluppo cognitivo del bambino devono essere conosciute e rispettate per facilitare la visita perché consentono di rispondere ai suoi bisogni. Conoscendo queste, gli infermieri sono in grado di comunicare con il minore con un linguaggio adeguato che gli permetta di comprendere quanto viene spiegato e di vivere l'esperienza con comfort e supporto.<sup>[6]</sup>

**OBIETTIVO DELLO STUDIO**

L'obiettivo era indagare il fenomeno e di verificare se nelle Terapie Intensive italiane per adulti viene permessa la visita, le modalità che vengono adottate per facilitarla, nonché conoscere le opinioni degli infermieri, le loro esperienze il loro bisogno formativo per gestirla adeguatamente. Infine si sono volute ricavare indicazioni utili al progetto di accoglienza del minore.

**MATERIALI E METODI**

Studio di tipo osservazionale, descrittivo, multicentrico. È stata effettuata una ricerca bibliografica nei database MEDLINE (PubMed), CINAHL, UptoDate e nel motore di ricerca Google Scholar. L'indagine ha coinvolto un campione di infermieri di TI per adulti di diversi ospedali d'Italia, reclutati su base volontaria. È stato elaborato un questionario informatizzato ad hoc poiché non si è potuto reperire uno validato in letteratura. È stato valutato per verificare la comprensione, la chiarezza, la sequenzialità delle domande da un infermiere esperto in TI, un docente di psicologia ed un esperto in pubblicazioni scientifiche infermieristiche. Il questionario finale risulta costituito da 15 item a risposta multipla con possibilità di specificazione rispetto alcuni quesiti. Prevede una prima parte relativa a dati socio-anagrafici ed esperienza lavorativa del campione, e la tipologia di TI; nella seconda parte, le aree indagate sono le motivazioni all'ingresso del minore, la modalità di visita, conoscenza e competenze relazionali per gestire il suo ingresso, opinioni sulle modalità organizzative. L'analisi dei dati è stata effettuata in un foglio di calcolo di Microsoft Excel 2016™. Si è intervenuti con una procedura statistica di tipo descrittivo attraverso il calcolo di frequenze assolute, relative, percentuali dei dati.

**RISULTATI**

Il campione è costituito da 76 soggetti di cui il 55.3% maschi e il 44.7% femmine ed è distribuito principalmente nella fascia tra i 31 e 50 anni. Alta l'età lavorativa specifica in TI (da 6 a oltre 15 anni), che rappresenta quindi un campione di infermieri esperti. Quasi la totalità delle risposte proviene dal Nord e Centro Italia e più della metà (57.9%) lavora in una TI polivalente.

Per quanto riguarda la fascia d'età che deve avere il minore in visita, più della metà del campione (68.4%) sostiene che il minore debba essere in età scolare; il 52.6% concederebbe la visita solo a partire dai 13 anni. Tuttavia una fascia moderata, corrispondente al 31.6%, non pone limiti e sostiene che il minore può fare visita a qualsiasi età, quindi già a partire da 0-6 anni. **(Grafico 1)**

Sul grado di accordo/disaccordo rispetto le motivazioni di esclusione della visita per i minori nella fascia d'età 0-12 anni, in una scala Likert da 0 a 4 (0= "in completo disaccordo" e 4= "molto d'accordo"), emerge che più della metà del campione non considera un problema le seguenti motivazioni: disagio / disturbo al paziente e al personale sanitario

Grafico 1.



Grafico 2.

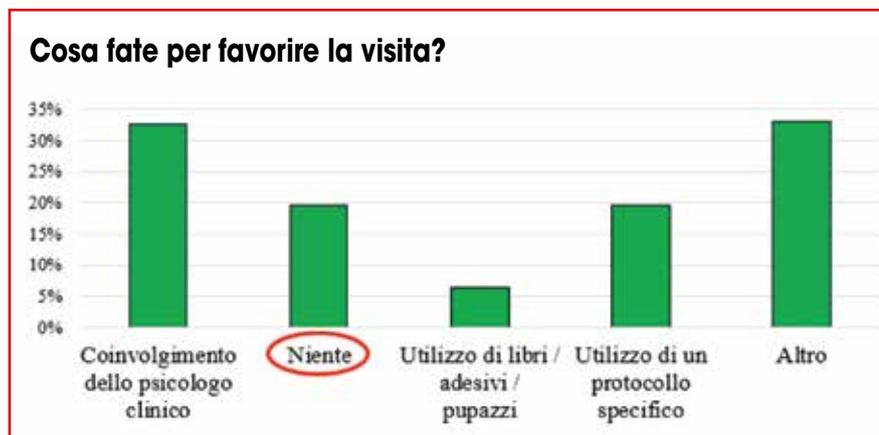


Grafico 3.



e rischio di infezione per il paziente. Emerge invece una maggiore preoccupazione per il rischio di infezione per il minore (51%), il rischio di trauma psicologico (70%) e l'ambiente pauroso (43%). Un elemento rilevante nella decisione di permettere la visita è rappresentato dalla relazione parentale che intercorre. Infatti, solo nel caso in cui il paziente fosse un genitore, l'intero campione sarebbe d'accordo nel consentire sempre la visita, indipen-

dentemente dall'età. Al contrario, più il grado di relazione si allontana (fratello, nonno, altro familiare) più aumenta il disaccordo degli infermieri nel permettere la visita ai minori a partire dalla fascia d'età 0-6 anni. Le condizioni cliniche rappresentano un'importante motivazione per negare la visita: solo nel caso in cui fosse sveglio e vigile l'intero campione accetterebbe sempre la visita del minore, se fosse in condizioni critiche o morente il 47%

del campione permetterebbe la visita agli adolescenti, solo il 21% già da 0-6 anni e una piccola parte non la consentirebbe proprio. Se il paziente fosse incosciente solo il 25% permetterebbe la visita in età 0-6 anni mentre un 16% la negherebbe indipendentemente dall'età.

Altri risultati significativi riguardano il quesito "Nella realtà in cui lavora viene permessa la visita al minore?" dove emerge che nella maggior parte dei casi (69.7%) viene concessa con restrizioni d'età ed in 15 realtà non viene consentito l'accesso.

Tra i 46 soggetti che hanno fornito almeno una opzione alla domanda "Cosa fate per favorire la visita?", le risposte più selezionate sono state: coinvolgimento dello psicologo clinico (32.6%), utilizzo di un protocollo specifico (19.6%), utilizzo di libri / adesivi / pupazzi (6.5%). È da notare che il 19.6% dichiara di fare "niente" per favorirla. Tra le specificazioni che sono state fornite nella risposta "altro" si riscontrano in più occasioni l'adozione di misure di protezione per il minore soprattutto a livello visivo tra cui l'utilizzo di paraventi e coperture per evitare che il bambino veda parte dell'ambiente. (Grafico 2)

Solamente un numero molto limitato di infermieri (14.5%) ritiene di possedere sufficienti informazioni, conoscenze, esperienza per poter gestire l'accoglienza di un minore in TI. (Grafico 3)

La metà del campione sostiene che le figure professionali più adatte per prendersi cura del minore prima, durante e dopo la visita sono l'infermiere, il medico e lo psicologo clinico. Dei 58 soggetti che hanno risposto alla domanda su pregresse esperienze di visite di minori, il 65% l'ha descritta "utile" e "confortante", una modesta parte "traumatica".

## DISCUSSIONE

Dalla letteratura reperita<sup>[15,16]</sup> emerge che è opportuno permettere la visita al proprio caro ricoverato a partire già da 0-6 anni, perché la malattia si riflette sull'intera famiglia<sup>[3,4]</sup>, compresi i minori. È interessante notare che, sebbene la maggioranza del campione intervistato abbia dichiarato che accoglierebbe il visitatore solo in età adolescenziale, circa la metà non esclude di far entrare anche bambini in età prescolare e scolare.

Dallo studio condotto emerge tra gli infermieri un desiderio di protezione, per cui negherebbero la visita per l'ambiente pauroso, per il rischio di trauma psicologico e per le condizioni cliniche in cui si trova il paziente. Anche il grado di relazione che intercorre interferisce sulla possibilità di incoraggiare la visita; questo si scontra con la realtà sociale attuale, in cui c'è una considerevole variazione della composizione della famiglia tradizionale; i minori spesso vivono con compagni/e di una nuova relazione genitoriale, fratelli nati

da altre relazioni o sono accuditi dai nonni e babysitter. Proprio in base al tipo di rapporto che il minore ha con il degente, insorgono in lui sentimenti diversi a causa della malattia. È necessario quindi preparare gli infermieri ad avere una visione aperta nei confronti delle tipologie di famiglie post-moderne, per evitare che l'incoraggiamento alla visita si basi su interpretazioni personali che possono risultare errate.<sup>[5]</sup>

Un altro dato rilevante riguarda le modalità utilizzate per facilitare l'accoglienza del minore. Quasi il 20% dichiara di non fare "niente" per favorirla ed un numero molto limitato utilizza un protocollo specifico, in accordo con studi reperiti in letteratura<sup>[2,10]</sup>, in mancanza di una formalizzazione sulle politiche di accoglienza dei visitatori, si dimostra come siano l'esperienza e le competenze relazionali personali che superano le difficoltà ed i pregiudizi, anche se viene ribadito la necessità di una formazione appropriata per gestire l'accoglienza di questi visitatori particolari, dato che alcuni infermieri l'hanno descritta come traumatica perché mal gestita.

La formazione degli infermieri e dell'equipe sanitaria è necessaria anche per incoraggiare e spiegare i benefici della visita ai genitori e tutori, rispettando comunque qualsiasi loro decisione.

Al minore, invece, deve essere garantito un orientamento individuale basato sulla sua maturità cognitiva, per cui è utile incontrarlo per mostrare e spiegare l'ambiente intensivo utilizzando termini semplici e comprensibili, anche servendosi di libri, giochi (che solo pochi infermieri dichiarano di usare per favorire la visita), come indicato anche in letteratura<sup>[9,16,17]</sup>.

Il dato positivo che emerge è che la popolazione intervistata è disposta ad assumersi il ruolo di assistente del minore durante la visita, benché il supporto di uno psicologo clinico sia utile nel preparare il bambino soprattutto se piccolo o se coinvolto in modo particolare nella causa che ha portato il familiare in TI ed anche per valutare eventuali segni di stanchezza o ansia indicanti che le emozioni suscitate rischiano di prendere il sopravvento sulle capacità di elaborazione del minore.<sup>[11]</sup>

#### Limiti dello studio

I principali limiti sono il campione di convenienza non probabilistico selezionato su base volontaria, la sua ridotta numerosità e l'utilizzo di un questionario non validato sta-

tisticamente. Inoltre, vista la bassa corrispondenza da parte del Sud Italia, i dati sono stati generalizzati solo per il Nord e Centro Italia.

#### CONCLUSIONI

L'infermiere di area critica deve fornire un'assistenza olistica alla persona ricoverata ponendo anche l'attenzione alla sua sfera sociale e relazionale, prendendo in carico l'intero nucleo familiare compresi i minori, che potrebbero vivere l'assenza del familiare malato come un abbandono.

L'obiettivo della visita è quello di aiutare il minore ad adattarsi a questa nuova condizione sempre rispettando il suo ruolo; non deve quindi essere implicato nelle scelte, nelle decisioni o nella cura del degente ma l'esperienza della visita ha lo scopo semplicemente di spiegarli cosa sta succedendo e di permettergli di regolare le sue risorse davanti ad una nuova realtà a cui dovrà far fronte.

A fronte di limitate evidenze scientifiche sui bisogni ed i benefici che i minori traggono nel far visita ai loro familiari in TI per adulti, ancora oggi il fenomeno è scarsamente considerato. È auspicabile una riflessione più approfondita sui potenziali effetti a breve e lungo termine che la visita determina, in particolare sui benefici ma anche sui potenziali rischi, non ancora sufficientemente chiariti. Poiché la ricerca non ha trovato analoghi riscontri in ambito italiano, sarebbe interessante poter esplorare maggiormente e confrontare le esperienze anche con quanto presentato nella letteratura internazionale.

#### BIBLIOGRAFIA

1. CLARKE CM. *Children visiting family and friends on adult intensive care units: the nurses' perspective*. J Adv Nurs 2000;31(2):330-338.
2. VINT PE. *Children visiting adults in ITU - what support is available? A descriptive survey*. Nurs Crit Care 2005 Mar;10(2):64-71.
3. GERRITSEN R.T., HARTOG C.S., RANDALL CURTIS J. *New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit*. Intensive Care Med (2017) 43:550-553.
4. DAVIDSON J.E., ET AL. *Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU*. Critical Care Medicine Journal. January 2017, Volume 45, Number 1.
5. KNUTSSON S, BERGBOM I. *Nurses' and physicians' viewpoints regarding children visiting/not visiting adult ICUs*. Nurs Crit Care 2007 Mar;12(2):64-73.
6. CLARKE CM, HARRISON D. *The needs of children visiting on adult intensive care units: a review of the literature and recommendations for practice*. Journal of Advanced Nursing 2001 Apr;34(1):61-68.
7. JOHNSTONE M. *Children visiting members of their family receiving treatment in ICUs: a literature review*. Intensive Crit Care Nurs 1994;10(4):289-292.
8. VINT PE. *An exploration of the support available to children who may wish to visit a critically adult in ITU*. Intensive Crit Care Nurs 2005;21(3):149-159.
9. PINOL A. *L'accueil d'un enfant auprès d'un parent hospitalisé en réanimation*. Rev Infirm 2015;211:39-40.
10. KNUTSSON S, OTTERBERG C, BERGBOM I. *Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations*. Intensive and Critical Care Nursing 2004;20(5):264.
11. KNUTSSON S, ENSKR K, GOLSTER M. *Nurses' experiences of what constitutes the encounter with children visiting a sick parent at an adult ICU*. Intensive Crit Care Nurs 2017;39:9-17.
12. KNUTSSON S, BERGBOM IL. *Custodians' viewpoints and experiences from their child's visit to an ill or injured nearest being cared for at an adult intensive care unit*. J Clin Nurs 2007;16(2):362-371.
13. KNUTSSON S, SAMUELSSON LP, HELLSTRM A, BERGBOM I. *Children's experiences of visiting a seriously ill/injured relative on an adult intensive care unit*. J Adv Nurs 2008;61(2):154-162.
14. KNUTSSON S, BERGBOM I. *Children's thoughts and feelings related to visiting critically ill relatives in an adult ICU: A qualitative study*. Intensive Crit Care Nurs 2016;32(1):33-41.
15. MURIEL AC. *Preparing children for the loss of a loved one*. UptoDate. Jul 2017
16. HANLEY JB, PIAZZA J. *A visit to the intensive care unit: a family-centered culture change to facilitate pediatric visitation in an adult intensive care unit*. Crit Care Nurs Q 2012;35(1):113-122.
17. RAINER J. *Child visitor, adult ICU*. Nurs Manage 2012;43(2):28-31.