

# Terapia intensiva “aperta”: apriamo la mente prima delle porte

■ **ALESSANDRO GALAZZI<sup>1</sup>, ALBERTO GIANNINI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Infermiere - Referente Ricerca e Formazione Area Terapie Intensive, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Italia

<sup>2</sup> Medico - Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione Pediatrica, Ospedale dei Bambini, ASST Spedali Civili di Brescia, Italia

# The “open” intensive care unit policy: let's open the mind before the doors

■ **ALESSANDRO GALAZZI<sup>1</sup>, ALBERTO GIANNINI<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> RN - Referent for Nursing Research and Education for Critical Care Department, Foundation IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico of Milan, Italy

<sup>2</sup> MD - Director S.C. Pediatric Anesthesia and Intensive Care, Children Hospital, ASST Spedali Civili of Brescia, Italy

## GUEST EDITORIAL

PERVENUTO 21/09/2018

ACCETTATO 25/09/2018

## Per corrispondenza/Correspondance:

Galazzi Alessandro,

[alessandro.galazzi@policlinico.mi.it](mailto:alessandro.galazzi@policlinico.mi.it)

Gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interessi.

Nel 2008 Scenario pubblicò un articolo nel quale pionieristicamente si descriveva l'allora decennale esperienza di Terapia Intensiva (TI) “aperta” della TI Pediatrica, della Clinica De Marchi del Policlinico di Milano, come una realtà bella ed intensa, ricca di emozioni per gli operatori, per i pazienti ed i loro familiari e concludeva augurandosi che negli anni a venire si sarebbero aperte altre TI<sup>[1]</sup>. Anni fa i colleghi, seppur in un contesto particolarmente dotato di sensibilità come quello pediatrico, avevano già colto l'importanza di una modalità di essere TI che va oltre il fare TI, anche per il paziente adulto.

In Letteratura le *policy* sugli orari di visita in TI sono discusse dal 1984 ma una loro reale attuazione vede gli albori solamente negli anni successivi<sup>[2]</sup>. Viene descritto un cambiamento di mentalità radicale: incentrare l'assistenza anche sulla famiglia e fare della comunicazione il fulcro attorno al quale ruoti la buona riuscita del processo di assistenza e cura<sup>[1]</sup>. La fatica nel perseguire questi obiettivi è dovuta al fatto che le TI a partire dalla loro creazione sono state reparti chiusi, dove l'accesso ai visitatori era molto limitato perché considerato inutile e pericoloso. C'erano molte paure per il rischio di infezioni, di interferenza con le cure, di aumento dello stress per pazienti e familiari, e di violazione della confidenzialità delle informazioni<sup>[3,4]</sup>. Il ricovero del paziente in TI ha obbedito a lungo a quello che è stato definito il “principio della porta girevole”: quando entra il paziente, i familiari vengono fatti uscire<sup>[3,5]</sup>. Oggi però sappiamo non solo che questi timori sono del tutto infondati, ma anche che la separazione dai propri cari è un importante motivo di sofferenza per il malato e che uno dei bisogni più importanti dei familiari è stare accanto alla persona amata. Molte ricerche hanno provato che avere una persona cara ricoverata in TI causa grande sofferenza: tra i familiari dei pazienti vi è un'altissima incidenza di ansia, depressione e stress post-traumatico, che spesso dura per mesi anche dopo le dimissioni del parente<sup>[6,7]</sup>.

Numerosi studi suggeriscono che la liberalizzazione dell'accesso alla TI per familiari e visitatori non è in alcun modo pericolosa. In particolare non causa un aumento delle infezioni nei pazienti, mentre si riducono in modo significativo le complicanze cardiovascolari e i livelli di ansia perché si abbassano gli indici ormonali di stress e si dimezza l'incidenza di delirium<sup>[8,9]</sup>. Un ulteriore importante effetto positivo è rappresentato dalla netta riduzione dell'ansia nei familiari<sup>[10]</sup>. Per tutti questi motivi la lettera F di family è entrata a pieno titolo nell'ABCDE bundle<sup>[11]</sup>. Anche il Comitato Nazionale Italiano per la Bioetica ha rimarcato le motivazioni etiche oltre che cliniche dell'apertura delle TI, sottolineando che

In 2008 Scenario published an article about the, at the time ten-year long experience, “open” pediatric Intensive Care Unit (ICU) of the Policlinic of Milan. The article pioneeringly described it as a fine and intensive reality, full of emotions for the health care workers, for the patients, for their relatives and ended wishing the opening of other “open” ICUs in the near future<sup>[1]</sup>. Years ago, the colleagues of a particularly sensitive setting such as the pediatric had already understood the importance of a way of being ICU which goes beyond doing ICU for the adult patient too.

In the literature, the policies about the opening times in ICUs have been discussed since 1984 but their concrete actual realization only started in the following years<sup>[2]</sup>. A radical change in mentality is described: to focus the healthcare also on the family and to direct communication to obtain good outcomes<sup>[1]</sup>. The effort to pursue these objectives depends on the fact that since their creation ICUs have been closed wards where the admittance was very restricted: it was considered useless and dangerous because of the risk of infections, interference with the treatments, increase of the stress for both the patient and his/her relatives and of the violation of the confidential nature of information<sup>[3,4]</sup>. The patient's admittance to ICU has followed the so-called “revolving door” principle: when the patient enters, his/her relatives are let out<sup>[3,5]</sup>. However nowadays we know that not only these fears are groundless, but that the family separation from their dear one is a very important cause of suffering for the patient, the relatives' most important need is to stay closed to their beloved. A lot of researches have proved that having a beloved one in ICU causes great suffering: among the patient's relatives there is a very high incidence of anxiety, depression and post-traumatic stress which often lasts for months after the patient's discharge<sup>[6,7]</sup>.

Several studies suggest that the liberalization of access to ICU for relatives and visitors is not dangerous at all, in particular it doesn't cause an increase in infections for the patient, while the cardio-vascular complications and levels of anxiety are reduced because the stress hormonal indicators decrease and the delirium incidence is halved<sup>[8,9]</sup>. A further important positive effect is the drastic reduction of the relatives' anxiety<sup>[10]</sup>. For all these reasons the letter F of family has fully become part of the ABCDE bundle<sup>[11]</sup>. The Italian National Committee for Bioethics has emphasized the clinical and ethical motivations of the ICU opening, underlying that the relatives' presence

la presenza dei familiari accanto al malato non è una concessione ma il rispetto di un ben preciso diritto del paziente<sup>[5]</sup>. Condividono questo messaggio anche ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) ed ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) il cui presidente nel 2002 scrisse quello che può essere considerato il manifesto della TI aperta dove mise nero su bianco che era giunta l'ora di aprire le porte e che l'umanità nella cura dei nostri pazienti dovesse avere alta priorità<sup>[12]</sup>.

Tuttavia sarebbe sbagliato minimizzare le difficoltà o gli inconvenienti relativi alla scelta di aprire la TI che sono prevalentemente legati alle abitudini e al carattere tanto dell'équipe medico-infermieristica quanto dei familiari dei pazienti. Gli operatori sanitari non sono abituati ad essere osservati durante lo svolgimento delle loro attività e spesso considerano la comunicazione con i familiari come un'ulteriore aumento del carico di lavoro. Dovremmo anche considerare che invadenza, aggressività o diffidenza tendono ad essere quasi sempre esasperate da situazioni nuove e stressanti. Tutto questo viene spesso affrontato in modo rigido, facendo più riferimento ai regolamenti (veri totem della vita ospedaliera) che non al senso degli eventi e alla ricerca di soluzioni equilibrate e razionali<sup>[3,4]</sup>. Ti "aperta" non significa comunque TI "senza regole", ed è utile e necessario porre alcuni paletti. Ai visitatori si dovrà chiedere non soltanto di avere la massima attenzione per tutti i pazienti del reparto ma anche di rispettare alcune norme igieniche (es. lavarsi le mani prima e dopo la visita), di sicurezza (es. non toccare apparecchiature o linee infusionali) e gestionali (es. uscire durante particolari manovre)<sup>[3,4]</sup>. Ogni singola TI potrà elaborare le sue regole e modificarle nel tempo sulla base di un lavoro di revisione critica del proprio operato. Una TI progettata e realizzata con porte e menti aperte, fornisce ai familiari il sostegno necessario per condividere le scelte terapeutiche e per sentirsi parte del processo assistenziale<sup>[3,5]</sup>. È inoltre importante garantire all'équipe medico-infermieristica tempi e spazi propri, consentendo piena libertà di confronto e comunicazione. Solo con questo cambiamento di sguardo si potrà dare vita a un sistema di cura che non sia solo "centrato sul paziente", come spesso si dice, quanto "centrato sulla famiglia". O, in una prospettiva più ampia, realmente "antropocentrico", dove cioè ogni persona (paziente, familiari e componenti dell'équipe curante) vedono pienamente riconosciuta, rispettata e valorizzata la loro umanità<sup>[13]</sup>. In Europa l'apertura delle TI è in buona misura già realtà e anche in Italia ci si orienta sempre più a realizzare questo nuovo modello culturale ed organizzativo, ma dopo vent'anni siamo sicuri che sia così una novità e non una solida e motivata esperienza da seguire?

next to the patient isn't a favor but the observance of a specific right of the patient<sup>[5]</sup>. This message is shared by ANIARTI (Italian Association of Critical Care Nurses), SIAARTI (Italian Society of Anesthesiologists, Intensivists and Pain Therapists,) and ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) whose president in 2002 wrote what can be considered as the manifesto of the open ICU. He declared that it was time to open the doors and that humanity had to have high priority in our patients' assistance<sup>[12]</sup>.

However, it would be wrong to minimize the difficulties or the problems regarding the choice of opening the ICU which are linked to the habits and the characters of both the medical-nursing team and the patient's relatives. Healthcare workers aren't accustomed to being observed during the performance of their activities and they often consider communication with the relatives as a further increase in their workload. We should also consider that intrusiveness, aggressiveness or distrust are nearly always exacerbated by new and stressful situations. All this is often faced in a strict way, making reference more to the rules (real totem of hospital life) than to the sense of the events and to the search of balanced and rational solutions<sup>[3,4]</sup>. "Open" ICU doesn't mean "ruleless" ICU and it is useful and necessary to establish some regulations. Visitors will be asked to pay the greatest attention to all the ward patients but also to respect some rules of hygiene (e.g. to wash one's hands before and after the visit), safe (e.g. don't touch equipment or infusion lines) and management (e.g. going out during some particular manoeuvres)<sup>[3,4]</sup>. Every ICU will work out its rules and modify them during the years on the basis of a critical revision of the work done. A well-planned ICU with open doors and open minds can give the relatives the necessary support to share the therapeutic choices and to feel part of the health caring process<sup>[3,5]</sup>. It is also important to grant the medical-nursing team their times and spaces allowing full freedom of comparison and communication. With its change of look we will be able to create a care system which will not be only "patient-centered", as we often say, but "family-centered", or, in a wider perspective, even "anthropocentric" where the humanity of every person (patient, relatives and health care team) is fully recognized, respected and appreciated<sup>[13]</sup>. In Europe, the openings of ICUs is already a reality and also in Italy we are getting more and more inclined towards the realization of this model. But after 20 years, are we so sure that it is such a novelty and not a grounded experience to follow?

## BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

- MADEO M, PARI S. *Apriamo le porte: dieci anni di rianimazione aperta alla clinica De Marchi*. Scenario 2008;25 (3): 26-29.
- CAPPELLINI E, BAMBI S, LUCCHINI A, MILANESIO E. *Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams*. Dimens Crit Care Nurs 2014;33(4):181-93.
- GIANNINI A. *Open intensive care units: the case in favour*. Minerva Anestesiol. 2007 May;73(5):299-305.
- GIANNINI A. *The "open" ICU: not just a question of time*. Minerva Anestesiol. 2010 Feb;76(2):89-90.
- GIANNINI A, GARROUSTE-ORGEAS M, LATOUR JM. *What's new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed?* Intensive Care Med. 2014 May;40(5):730-3.
- DAVIDSON JE, JONES C, BIENVENU OJ. *Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family*. Crit Care Med. 2012 Feb;40(2):618-24.
- SCHMIDT M, AZOULAY E. *Having a loved one in the ICU: the forgotten family*. Curr Opin Crit Care. 2012 Oct;18(5):540-7.
- FUMAGALLI S, BONCINELLI L, LO NOSTRO A, VALOTI P, BALDERESCHI G, DI BARI M, UNGAR A, BALDASSERONI S, GEPPETTI P, MASOTTI G, PINI R, MARCHIONNI N. *Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit: results from a pilot, randomized trial*. Circulation. 2006 Feb 21;113(7):946-52.
- ROSA RG, TONETTO TF, DA SILVA DB, GUTIERRES FA, ASCOLI AM, MADEIRA LC, RUTZEN W, FALAVIGNA M, ROBINSON CC, SALLUH JI, CAVALCANTI AB, AZEVEDO LC, CREMONESE RV, HAACK TR, EUGÉNIO CS, DORNELLES A, BESSEL M, TELES JMM, SKROBIK Y, TEIXEIRA C; ICU Visits Study Group Investigators. *Effectiveness and Safety of an Extended ICU Visitation Model for Delirium Prevention: A Before and After Study*. Crit Care Med. 2017 Oct;45(10):1660-1667.
- GARROUSTE-ORGEAS M, PHILIPPART F, TIMSIT JF, DIAW F, WILLEMS V, TABAH A, BRETTEVILLE G, VERDAVAINNE A, MISSET B, CARLET J. *Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*. Crit Care Med. 2008 Jan;36(1):30-5.
- ELY EW. *The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families*. Crit Care Med 2017;45:321-330.
- BURCHARDI H. *Lef's open the door!* Intensive Care Med 2002;28:1371-2.
- GALAZZI A. *An experience in a Swedish intensive care unit, a comparison with a different nursing*. Italian Journal of Nursing. 2014; 17 (12):34-36.