

# “Ospedale Aperto” in Pronto Soccorso: revisione narrativa della letteratura

## “Open Hospital” in emergency department: narrative review of literature

■ FLAVIA RINALDI<sup>1</sup>, VIVIANA GRECO<sup>2</sup>, ALESSIA CORSI<sup>1</sup>, MICHELE FRIGOTTO<sup>3</sup>, ENRICO VALLAPERTA<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Infermiere, Pronto Soccorso Borgo Trento, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona

<sup>2</sup> Infermiere, Libero Professionista, Verona

<sup>3</sup> Infermiere, SUEM 118, Verona

<sup>4</sup> Infermiere Coordinatore, Pronto Soccorso Borgo Trento, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata, Verona.

### RIASSUNTO



**Introduzione:** in una società in continua evoluzione si parla sempre più frequentemente di “Ospedale Aperto” anche se tale modello organizzativo non viene ancora applicato nella maggior parte delle Unità Operative. Fino ad ora è stata dedicata poca attenzione a questa tematica nelle realtà se non di Terapia Intensiva e di Pediatria e soprattutto l’ingresso dei familiari accanto ai pazienti adulti in un Dipartimento d’Emergenza sembra essere un’utopia.

**Materiali e metodi:** è stata eseguita una ricerca sulla banca dati Pubmed per esplorare la pratica attuale riguardo la presenza dei familiari di pazienti adulti in Pronto Soccorso. 13 articoli sono risultati idonei alla ricerca: sei studi descrittivi, uno esplorativo, due studi qualitativi, un case report, due studi sperimentali e una revisione sistematica.

**Risultati:** dall’analisi dettagliata dei diversi studi è parso evidente come gli autori si concentrino su due temi distinti: l’assistenza durante manovre ad alta complessità di cura, per esempio la Rianimazione Cardio-Polmonare (RCP) e l’assistenza a pazienti a bassa complessità. È emerso che la presenza dei familiari in entrambi i casi è un fattore positivo.

**Conclusioni:** l’adozione di un modello organizzativo aperto porta sicuramente ad una serie di vantaggi che, se adeguatamente sfruttati, sviluppati e strutturati, potrebbero determinare un’evoluzione ed un miglioramento del processo di cura dei pazienti critici e non. Occorre fare ricerca rispetto ai casi con minore intensità di cura per garantire l’implementazione dell’intero processo nella realtà quotidiana.

**Parole chiave:** Caregivers, Famiglia, Assistenza infermieristica, Valutazione infermieristica, Dipartimento d’emergenza, Infermieristica d’emergenza.

### ABSTRACT



**Introduction:** In a constantly changing society, more and more often we speak of the “Open Hospital”, although this organizational model is not yet implemented in most settings. Until now, except for Pediatric departments and the Adult Intensive Care Unit, little attention has been paid to this issue and, indeed, in these situations, the possibility for family members to stay close to patients seems to be a utopia.

**Materials and methods:** we did a search on Pubmed database to explore the current practice regarding the presence of family members of adult patients in the emergency department. 13 articles were relevant to the search: six descriptive studies, one exploratory study, two qualitative studies, a case report, two experimental studies and a systematic review.

**Results:** a detailed analysis of the various studies shows that the authors’ focus has two distinct themes: the presence of family members during high complexity care procedures, such as cardiopulmonary resuscitation (CPR), and their presence in situations with low complexity health care. It was shown that the presence of family members in both cases is a positive factor.

**Conclusion:** the adoption of an “open” organizational model, that permits the access of relatives, offers various advantages which, if properly exploited, developed and structured, would give rise to improvement in the care process of critical and non-critical patients. It is necessary to improve the research in the field of non-critical care patients to ensure the implementation of the entire process in day to day practice.

**Key words:** Caregiver, Family, Nursing, Nursing assessment, Emergency department, Emergency nursing.

#### Revisione bibliografica

PERVENUTO IL 10/05/2014

ACCETTATO IL 31/05/2014

#### Corrispondenza per richieste:

Flavia Rinaldi,

rinaldi.flavia@gmail.com

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interessi.

### Introduzione

Si parla, sempre di più, di “Ospedale Aperto”, ossia un luogo in cui i parenti possono rimanere con i propri cari senza limiti di orario. Ciò che manca in gran parte dalla letteratura di riferimento è una definizione specifica di “Ospedale Aperto”. I diversi autori fanno riferimento a un ospedale umanizzato che ha come finalità quella di garantire al paziente il rispetto della propria identità e del proprio privato, attraverso un’organizzazione delle attività ospedaliere che tutelino i ritmi fisiologici di ciascuno, la personalizzazione dell’assistenza e la continuità con il mondo esterno.<sup>1,2</sup> Le Unità Operative che attualmente sono riuscite ad orientarsi verso questa direzione sono le Terapie Intensive e le Pediatrie.

L’apertura dei reparti alla presenza costante dei parenti è un tema largamente discusso, qualcuno si è dimostrato restio e qualcun altro ha aperto togliendo gli orari vincolanti, umanizzando la medicina. Questa nuova forma di organizzazione non solo garantisce al paziente di condividere al meglio la situazione con i suoi familiari, ma permette di personalizzare le cure rendendo i familiari parte del progetto terapeutico, attribuendo loro un valore morale in modo da farsi sentire ascoltati e supportati.

Lo stesso Codice Deontologico dell’Infermiere all’articolo 4 afferma: “L’Infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell’assistito e dei familiari”.<sup>3</sup> Preservare e coltivare il nucleo familiare diventa per il personale sanitario un nuovo obiettivo assistenziale da perseguire. L’esempio dato dalle Tera-

pie Intensive Neonatali e Pediatriche, che per prime hanno permesso la presenza costante dei genitori, è la dimostrazione della possibile realizzazione di un progetto di umanizzazione della medicina. In ambito pediatrico, la presenza legale del “tutore” ha fatto da leva al progredire verso la trasformazione organizzativa. Numerosi studi hanno dimostrato che è stato facile adottare la politica dell’“Ospedale Aperto” nelle Terapie Intensive Pediatriche, proprio per questo concetto di una medicina più umanistica e maternalistica.<sup>4,5,6</sup> La presa in carico basata su scelte terapeutiche in accordo con la volontà di chi assiste il bambino quale parte integrante del concetto “famiglia” viene suffragata dalla Carta dei diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale emanata nel 2008, e dalla Legge per la tutela dei bambini ricoverati in ospedale della Regione Veneto.

Questi concetti gettano le basi per una politica di “Ospedale Aperto”, inteso non come ambiente senza regole, ma che considera il paziente e il familiare come un binomio inscindibile con dei diritti, in cui l’aspetto etico della professione sanitaria dovrebbe farci riconoscere gli elementi fondamentali quali l’accoglienza, l’ospitalità, la sensibilità sociale, l’empatia, pur mantenendo invariata la qualità degli aspetti tecnici, tecnologici ed assistenziali.

La realtà dei servizi di Emergenza e Urgenza, come si evince dalla letteratura, non emerge spesso come “focus” di studi rispetto a questa formula organizzativa. Il Pronto Soccorso è caratterizzato da disagio, da sofferenza e da emozioni tra loro in contraddizione.

Il soggetto che accede al Servizio di Emergenza giunge con la percezione che la sua condizione sia grave e la vita sia minacciata. L’utente si sente vulnerabile, ansioso, stressato e impaurito. Un infermiere specificatamente formato lo accoglie e stabilisce le priorità di accesso; per la maggior parte dei casi, dopo il triage segue l’attesa. L’organizzazione attuale di molti servizi di Pronto Soccorso prevede che il familiare possa seguire il paziente solo ed esclusivamente in alcune particolari situazioni (paziente minore, disabile, paziente con disturbi psichici, ecc.) oppure su autorizzazione del personale sanitario; questo per garantire non solo un’assistenza mirata ma soprattutto la tutela globale di pazienti ed operatori.<sup>7,8</sup>

Dalla letteratura presente emerge che avere accanto una figura di riferimento diminuisce l’ansia e aumenta la *compliance* del paziente soprattutto in quelli con un basso livello di urgenza.<sup>7,9</sup>

Attraverso una revisione narrativa si è cercato di avvalorare questa ipotesi, esplorando tra i diversi studi limitati ai pazienti adulti in Pronto Soccorso. Sono emerse due macro-aree: alta e bassa intensità di cura.

L’obiettivo è quello di fornire alcuni validi mezzi per migliorare la pratica attuale con il fine di coinvolgere la famiglia nel processo di cura.

### Materiali e metodi

È stata eseguita una ricerca sulla banca dati di Pubmed utilizzando le seguenti parole chiave: *caregivers, family, nursing care, nursing, nursing assessment, emergency service hospital, emergency nursing*.

Tabella 1 – Report degli studi analizzati

ARTICOLO	STUDIO	OBIETTIVO	RISULTATI
<b>Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department.</b> Egging D, Crowley M, Arruda T, Proehl J, Walker-Cillo G, Papa A, Li S, Walsh J. 2011	Case report	Analizzare le Emergency Nursing Resources (ENRs) per fornire agli infermieri di emergenza informazioni basate sulle evidenze da utilizzare ed attuare nella cura dei pazienti in emergenza e dei loro familiari.	Sono state sviluppate linee guida atte a fornire agli infermieri di emergenza informazioni basate sulle evidenze riguardo la presenza della famiglia durante manovre di rianimazione.
<b>The patient experience in the emergency department: a systematic synthesis of qualitative research.</b> Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. 2010	Revisione sistematica	Esplorare l'esperienza del paziente all'interno di un reparto d'emergenza per descrivere quali fattori la influenzano.	I pazienti riportano un senso di "urgenza emotiva" durante l'attesa e percepiscono tempestività nel ricevere attenzioni. È descritto come "una buona assistenza" un approccio di caring, con la spiegazione di ciò che sta accadendo e mettendo i pazienti a proprio agio in un ambiente stressante.
<b>The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers.</b> Ekwall A, Gerdz M, Manias E. 2008	Prospettico cross-sectional survey	Analizzare i fattori che influenzano il grado di soddisfazione nell'assistenza in emergenza tra le persone che accompagnano i pazienti al Pronto Soccorso ed esplorare gli accordi tra l'infermiere di triage e gli accompagnatori per quanto riguarda l'urgenza.	I caregiver dei pazienti più urgenti erano maggiormente soddisfatti rispetto a quelli dei pazienti con urgenza di grado inferiore. Questi risultati erano indipendenti dal reale tempo d'attesa o dalla conoscenza della metodica del triage dei pazienti.
<b>Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying persons.</b> Ekwall A, Gerdz M, Manias E. 2009	Prospettico cross-sectional survey	Misurare i livelli di ansia nelle persone che accompagnano gli utenti al Pronto Soccorso.	Fornire informazioni è un modo per diminuire lo stato ansioso. Gli accompagnatori di utenti con un basso livello di urgenza hanno bisogno di maggior attenzione e informazioni per diminuire la loro preoccupazione.
<b>Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department.</b> Hung MS, Pang SM. 2011	Descrittivo	Verificare l'esperienza dei membri della famiglia i cui parenti sono sopravvissuti alla Rianimazione Cardio-Polmonare in Pronto Soccorso e le loro opinioni in merito all'essere presenti alle procedure.	La presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie risulta essere positiva per questi ultimi, anche se non viene praticata nella maggior parte delle istituzioni.
<b>Family presence during cardiopulmonary resuscitation.</b> Clark AP, Aldridge MD, Guzzetta CE, Nyquist-Heise P, Reverend Mike Norris, Loper P, Mevers TA, Voelmeck W. 2005	Descrittivo	Verificare l'esperienza dei membri della famiglia i cui parenti sono sopravvissuti alla Rianimazione Cardio-Polmonare in Pronto Soccorso e le loro opinioni in merito all'essere presenti alle procedure.	La presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie risulta essere positiva per questi ultimi, anche se non viene praticata nella maggior parte delle istituzioni.
<b>Family-Centered Care in the ED A medical emergency is often a family affair. But are families assessed adequately in the ED?</b> Kamienski M. 2004	Descrittivo	Gli infermieri e medici del Dipartimento di Emergenza devono fornire cure e risposte alle esigenze della famiglia, ma è difficile definire cosa comprende il concetto di "Famiglia".	Gli infermieri, per interagire con le famiglie, devono utilizzare buone maniere, identificare le persone significative per il paziente, capire lo stato d'animo ed il tipo di relazione che il familiare ha con il paziente.
<b>Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation.</b> Paavilainen E, Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Paussu P. 2009	Descrittivo	Attraverso un questionario gli autori hanno voluto analizzare le esperienze dei pazienti rispetto al counselling, definito come l'insieme delle informazioni e dei suggerimenti forniti da parte del personale infermieristico, nel reparto di emergenza.	Dai risultati è emerso che i familiari sembrano essere partner importanti in situazioni di consulenza. La loro presenza è fonte di sostegno e guida verso il percorso assistenziale. I Dipartimenti di Emergenza dovrebbero favorire le attività di counselling, progettandole e strutturandole.
<b>Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR.</b> Madden E, Condon C. 2007	Descrittivo	Esaminare le pratiche attuali degli infermieri di un Dipartimento di Emergenza nella comprensione della presenza della famiglia durante la Rianimazione cardiopolmonare.	Per ottenere il massimo grado di soddisfazione per le esigenze di sicurezza e cura dei pazienti, familiari e personale dovrebbero sviluppare politiche scritte e linee guida.
<b>Nurse-patient/visitor communication in the emergency department.</b> Pytel C, Fielden NM, Meyer KH, Albert N. 2009	Descrittivo	I pazienti e i visitatori devono essere incoraggiati ad esprimere le loro esigenze e disporre di sufficienti informazioni pertinenti in modo che il trattamento e il recupero dalla malattia siano ottimizzati.	È necessario che gli infermieri si concentrino sui bisogni di comunicazione di pazienti e visitatori.
<b>L'esperienza dell'attesa in Pronto Soccorso: indagine qualitativa sui familiari dei pazienti.</b> Mollares M, Nannelli T. 2011	Indagine qualitativa	Investigare l'esperienza vissuta da familiari in attesa nella sala di aspetto di un Pronto Soccorso italiano.	Emerge la necessità di prestare grande attenzione al processo di comunicazione, in particolare è necessario rispondere in maniera più efficace ai bisogni dell'utenza in attesa, e strutturare momenti di comunicazione all'interno dei piani di lavoro.
<b>Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff?</b> Boyd R, White S. 2000	Qualitativo	Accertare se la presenza dei parenti dei pazienti durante le manovre invasive aumenta lo stress nel personale di emergenza.	La presenza di parenti testimoni di tentativi di rianimazione non influisce sullo stress del personale che partecipa alle manovre.
<b>An exploration of family-centred care in Neuman's model with regard to the care of the critically ill adult in an accident and emergency setting.</b> Picton CE.	Esplorativo	Riflettere sulle cure prestate in un Dipartimento di Emergenza per dare cure individualizzate, rispettando le relazioni che la persona aveva prima di assumere lo status di paziente.	Bisognerebbe pianificare ed essere proattivi nell'incontrare esigenze familiari.

Da una prima combinazione sono emersi 77 articoli. Sono poi stati inseriti dei limiti quali: ultimi 5 anni, adulti >19 anni e infanti < 23 mesi. Sono stati trovati 5 articoli riguardanti il paziente pediatrico e 25 per il paziente adulto. Successivamente, allargando il campo agli ultimi 10 anni ed utilizzando gli operatori booleani, sono emersi altri 16 articoli.

Esaminando gli abstract, gli articoli sono stati schematizzati per aree, per tipologia di studio, per tema (alta intensità di cura rispetto alla bassa intensità di cura in un servizio di Pronto Soccorso) e sono stati separati da quelli riguardanti esclusivamente l'area pediatrica.

Sono stati scartati gli articoli non significativi per la ricerca e accorpati i simili.

Sono stati presi in considerazione ed analizzati infine 13 articoli concernenti il paziente adulto di cui:

- un case report<sup>10</sup>
- una revisione sistematica<sup>11</sup>
- due studi sperimentali<sup>9,12</sup>
- sei studi descrittivi<sup>13,14,15,16,17,18</sup>
- due studi qualitativi<sup>7,19</sup>
- uno studio esplorativo.<sup>20</sup>

### Risultati

Dagli studi presi in considerazione, si evidenzia una prima suddivisione del tema in assistenza durante procedure ad alta e a bassa complessità di cure (**Tabella 1**). Sono, inoltre, emersi tre punti di vista: quelli del paziente, del familiare e dei sanitari.

### La voce del paziente

Per quanto riguarda l'opinione del paziente sulla presenza dei familiari du-

rante la rianimazione cardiopolmonare (RCP), i risultati degli studi dimostrano che ci sono poche prove che indicano gli effetti positivi o negativi, dal momento che si trova in una condizione di incoscienza.<sup>10</sup>

Diversi, invece, i risultati sull'opinione del paziente durante le procedure a basso livello di complessità. I pazienti desiderano il caregiver al proprio fianco perché si sentono sostenuti soprattutto durante l'attesa, oltre che essere aiutati ad orientarsi sullo stato clinico; essi apprezzano il contesto del Dipartimento di Emergenza anche se riportano un senso di "urgenza emotiva", intesa come un miscuglio di ansia e paura nell'attendere informazioni sul loro stato di salute.

I pazienti descrivono come "buona assistenza" un approccio di caring che dà spiegazione su ciò che sta accadendo e che li mette a proprio agio in un ambiente altamente stressante.<sup>11</sup>

### La voce del familiare

Durante la rianimazione cardiopolmonare, la maggior parte dei familiari ha indicato una forte volontà di essere presenti, affermando che "è loro diritto", credendo che assistere alla RCP dovrebbe essere una propria scelta.<sup>21</sup>

Sono stati condotti molti studi per osservare come un evento traumatico come la RCP potesse influire sul familiare che vi assiste. Nel recente studio descrittivo condotto da Hung nel 2011 in un Dipartimento d'Emergenza di Hong Kong, si è studiato l'esperienza dei membri della famiglia i cui parenti sono sopravvissuti alla rianimazione in Pronto Soccorso. Sono stati intervistati 18 familiari, ma

nessuno di questi era presente durante gli interventi, solo cinque sono entrati in stanza dopo che le condizioni dei pazienti erano state stabilizzate. Dall'intervista, emergono tre temi principali:

1. il legame emotivo: la maggior parte dei partecipanti riteneva necessario essere presenti perché rafforzava il senso di unità con il parente stesso;
2. la conoscenza del congiunto: intesa come fornire le informazioni necessarie per contribuire al successo delle manovre rianimatorie;
3. l'appropriatezza percettiva, che comprende la corretta percezione delle diverse procedure, degli inconvenienti e delle molteplici regole del servizio.

L'autore deduce che dovrebbero essere sviluppati interventi infermieristici adeguati e linee guida per soddisfare le esigenze individuali durante tali momenti critici e pericolosi per la vita nei reparti di Pronto Soccorso.<sup>13</sup>

Gli studi dimostrano che questa esperienza ha effetti positivi sui familiari poiché vedere che viene fatto ogni sforzo per rianimare una persona cara fa scaturire nel congiunto una reazione migliore, con esiti migliori nell'eventuale elaborazione del lutto.<sup>14</sup> Rimane comunque un argomento controverso nella maggior parte delle istituzioni, poiché spostata l'assistenza all'intero nucleo familiare e chiede una riorganizzazione psicologica e professionale del sanitario oltre che una ristrutturazione del servizio ospitante.

Alcuni autori<sup>9,12,15</sup> hanno dimostrato che bisogna incoraggiare i familiari nel partecipare a situazioni di counselling nei Dipartimenti di Emergenza. Nello studio di

Ekwall<sup>9</sup> si evince che in quasi il 98% dei casi vi è un aumento dello stato di ansia per l'arrivo del congiunto in Pronto Soccorso. Una comunicazione scadente con gli operatori sanitari è associata a sensazioni ed emozioni negative come frustrazione, irritazioni, stress e paura. È emerso che la comunicazione è un fattore decisivo per ridurre l'ansia.<sup>7</sup> Tuttavia le informazioni trasmesse dovrebbero prima essere discusse e preparate tra i diversi professionisti sanitari, in quanto i parenti di utenti con un basso livello di urgenza hanno bisogno di maggiori attenzioni e spiegazioni per diminuire ansia e preoccupazione.<sup>7,12</sup>

### La voce dei sanitari

Dagli studi esaminati si evidenzia che la presenza dei familiari non influisce sullo stress dei sanitari impegnati nelle manovre rianimatorie<sup>19</sup>, anzi il 58,9% degli infermieri sostiene la scelta di far presenziare il congiunto.<sup>16</sup> All'unanimità si ritiene utile la presenza di un professionista designato all'assistenza dei familiari. Creare una "figura dedicata", come segnalato nel quinto punto delle Linee Guida emanate dall'ENA (Emergency Nurse Association)<sup>10</sup>, con la funzione specifica di fornire una spiegazione di ciò che sta accadendo, in modo da garantire empatia ed un adeguato comfort.<sup>10,21</sup>

Anche nell'area di Pronto Soccorso, le evidenze scientifiche pongono al centro operatori esperti, come l'Infermiere Practitioner o l'Infermiere Case Manager, per una completa gestione della presa in carico anche dei casi minori.<sup>22</sup> I risultati emersi, soprattutto per l'area a bassa intensità di cura, sono centrati principalmente sugli aspetti relazionali. In ciascuna situazione,

l'evento che porta il paziente in un Pronto Soccorso ha un forte impatto sulla famiglia e sull'operatore che li prende in carico. Gli infermieri ritengono che per capire lo stato d'animo del familiare, così come il tipo di relazione che ha con il suo congiunto, sia assolutamente necessario allenare tecniche comunicative, così da poter interagire con efficacia.<sup>14</sup>

### Discussione

Nei diversi studi analizzati, la presenza del caregiver si è dimostrata positiva e, secondo il personale sanitario, determinerebbe una presa in carico "globale".

È importante che l'utente di Pronto Soccorso abbia accanto un familiare sia durante il periodo di attesa che, soprattutto, in situazioni di counselling e di orientamento sullo stato clinico.<sup>15</sup> La presenza del familiare durante le procedure a bassa complessità è un argomento ancora da esplorare fino in fondo<sup>7</sup> ma focalizzandosi su una buona relazione tra infermieri, familiari e pazienti, contraddistinta da semplici processi di *caring*, si rileva una maggior soddisfazione degli stessi, che si sentono in un ambiente che possiamo definire "familiare" se pur caotico.<sup>11</sup>

Gli infermieri, dunque, devono interagire con le famiglie identificando le persone significative per il paziente, il tipo di relazione che c'è tra i membri<sup>14</sup>, apprendendo e applicando strategie di consulenza, comunicazione efficace, ascolto attivo e anche di mediazione culturale.

### Conclusioni

I risultati ottenuti dalla revisione mostrano che l'applicazione di un modello organizzativo "aperto" in un Dipartimento

di Emergenza è un cambiamento necessario che diventa possibile attraverso l'inserimento di una "figura dedicata". Questa è individuabile in operatori esperti in grado di instaurare un'assistenza mirata davanti a una varietà di situazioni. L'attività di counselling garantirebbe il coinvolgimento del caregiver trasformandolo in risorsa per il paziente e supporto al personale sanitario. L'Infermiere Practitioner/Case Manager avrebbe, quindi, una funzione perno sia su quadri clinici ad alta che a bassa complessità.

Il Dipartimento di Emergenza è contraddistinto generalmente da carenza di personale, inadeguatezza delle strutture ed elevati carichi di lavoro, attuali ostacoli per l'implementazione del modello in esame.

Gli autori pongono in evidenza che il superamento di questi problemi è possibile con un'adeguata formazione del personale sanitario, che garantisca comunicazione efficace per il miglioramento e la soddisfazione delle diverse esigenze.

Si rende però necessario in futuro un ampliamento della ricerca rispetto a questa tematica perché l'apertura ai familiari è fondamentale per un modello di assistenza più umana che tenga conto della persona in senso olistico.

### Bibliografia

1. REGA M, CRISTOFORI E, GALLETI C, VELLONE E, SCELSI S. *La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza*. Scenario. 2006; 23(1):16-26.
2. BRACI M. *Rianimazione chiusa versus rianimazione aperta*. Scenario. 2008; 25(3):17-25.
3. FEDERAZIONE NAZIONALE IPASVI. *Codice deontologico dell'Infermiere 2009*.

4. COLOGNA M, MAGNARELLI G, PEDERZINI F. *La presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare del bambino in ambito ospedaliero*. Assistenza infermieristica e ricerca. 2007, 26, 4.
5. O'MALLEY P, BROWN K, MACE SE. *Patient- and Family-Centered Care and the Role of the Emergency Physician Providing Care to a Child in the Emergency Department*. Pediatrics. 2006 Nov; 118(5): 2242-4.
6. BROWN K, MACE SE, DIETRICH AM, KNAZIK S, SCHAMBAN NE. *Patient and family-centred care for pediatric patients in the emergency department*. CJEM. 2008 Jan; 10(1):38-43.
7. MOLLARES M, NANNELLI T. *L'esperienza dell'attesa in Pronto Soccorso: indagine qualitativa sui familiari dei pazienti*. L'infermiere. 2011 Dec, 48(6):e59-e66.
8. G.F.T. *Triage infermieristico*. Milano: Mc Graw Hill; 2010.
9. EKWALL A, GERDTZ M, MANIAS E. *The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers*. J Clin Nurs. 2008 Mar;17(6):800-9.
10. EGGING D, CROWLEY M, ARRUDA T, PROEHL J, WALKER-CILLO G, PAPA A, LI S, WALSH J. *Emergency nursing resource: family presence during invasive procedures and resuscitation in the emergency department*. J Emerg Nurs. 2011 Sep; 37(5):469-73.
11. GORDON J, SHEPPARD LA, ANAF S. *The patient experience in the emergency department: A systematic synthesis of qualitative research*. Int Emerg Nurs. 2010 Apr;18(2):80-8.
12. EKWALL A, GERDTZ M, MANIAS E. *Anxiety as a factor influencing satisfaction with emergency department care: perspectives of accompanying person*. J Clin Nurs. 2009 Dec; 18 (24):3489-3497.
13. HUNG MS, PANG SM. *Family presence preference when patients are receiving resuscitation in an accident and emergency department*. J Adv Nurs. 2011 Jan;67(1):56-67.
14. KAMIENSKI M. *Family-Centered Care in the ED. A medical emergency is often a family affair. But are families assessed adequately in the ED?*. AJN. 2004 Jan;104 (1).
15. PAAVILAINEN E, SALMINEN-TUOMAALA M, KURIKKA S, PAUSSU P. *Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation*. J Clin Nurs. 2009 Aug;18(15):2217-24.
16. MADDEN E, CONDON C. *Emergency nurses' current practices and understanding of family presence during CPR*. J Emerg Nurs. 2007 Oct;33(5):433-40.
17. PYTEL C, FIELDEN NM, MEYER KH, ALBERT N. *Nurse-patient/visitor communication in the emergency department*. J Emerg Nurs. 2009 Sep; 35(5):406-11.
18. CLARK AP, ALDRIDGE MD, GUZZETTA CE, NYQUIST-HEISE P, REVEREND MIKE NORRIS, LOPER P, MEYERS TA, VOELMECK W. *Family presence during cardiopulmonary resuscitation*. Crit Care Nurs Clin North Am. 2005 Mar; 17(1):23-32.
19. BOYD R, WHITE S. *Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff?* Eur J Emerg Med. 2000 Mar; 7(1):51-3.
20. PICTON C.E. *An exploration of family-centred care in Neuman's model with regard to the care critically ill adult in an Accident and Emergency setting*. PSYCHO-SOCIAL.
21. SHAW K, RITCHIE D, ADAMS G. *Does witnessing resuscitation help parents come to terms with the death of their child? A review of the literature*. Intensive Crit Care Nurs. 2011 Oct;27(5):253-62.
22. BECATTINI G. "See & treat traguardi" tratto da SIMEU VIII Congresso Nazionale Palacongressi Rimini 20 ottobre 2013.