

La qualità dell'assistenza in terapia intensiva chiusa e aperta: la voce dei pazienti

The quality of care in closed and open ICU: the voice of patients

Sally Savino, Patrizia Savorani, Infermiere, Master in Area Critica, Anestesia e Rianimazione, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Ausl di Forlì
 Giorgio Gambale, Medico, direttore Anestesia e Rianimazione, Ospedale Morgagni-Pierantoni, Ausl di Forlì
 Barbara Calderone, Vittoria Sturlese, Sociologhe, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna

Riassunto

Introduzione: una politica di visita aperta nei reparti di Terapia Intensiva è consigliata non solo dalla letteratura internazionale, ma anche favorita dalle politiche della Regione Emilia-Romagna. Obiettivo della ricerca è stato quello di raccogliere la valutazione sulla qualità dell'assistenza nella TI dell'Ausl di Forlì, sia prima sia dopo la decisione di attuare una politica di visita aperta.

Materiali e metodi: sono stati intervistati, con intervista faccia a faccia (questionario di 50 item), 113 pazienti ricoverati nella TI, 68 quando la TI aveva una politica di visita chiusa (1 ora al giorno, obbligo di indossare camice, calzari, mascherina) e 45 dopo l'apertura del reparto (entrata libera nel pomeriggio e obbligo solo di lavarsi le mani).

Risultati: rispetto ai fattori di disagio durante il ricovero, nel primo gruppo prevalgono il dolore, il tubo endotracheale e l'impossibilità a muoversi; nel secondo il rumore, il sonno disturbato, le attività mediche e la paura. In entrambi i gruppi emerge come principale elemento di sollievo la presenza costante degli operatori; nel secondo emerge però anche la capacità rassicurante della presenza dei familiari, delle informazioni ricevute, della vicinanza e del supporto emotivo. Nel secondo gruppo si nota inoltre un aumento medio della qualità percepita rispetto a tutti gli elementi relativi agli infermieri (gentilezza, disponibilità all'ascolto, capacità di tranquillizzare e dare chiarimenti). Cresce tuttavia anche la loro tendenza a parlare davanti al paziente come se lui/lei non ci fossero. Si può notare infine un apprezzamento da parte dei pazienti circa l'aumento del tempo dedicato alla visita dei parenti, che non incide negativamente sul rispetto delle privacy.

Conclusioni: nel complesso i pazienti sono molto soddisfatti del servizio ricevuto in TI. I ricoverati del secondo gruppo sono nettamente più "entusiasti" degli altri. L'apertura della TI appare quindi un elemento non solo gradito dai ricoverati, ma in grado di favorire il loro benessere psico-fisico.

Parole chiave: Terapia Intensiva Aperta, Terapia Intensiva Chiusa, Pazienti, Familiari, Qualità Percepita.

Abstract

Introduction: the opening access policy in Intensive Care Unit (ICU) is recommended by international evidences and supported by the Regional Health System of Emilia-Romagna. The aim of this research was to assess health-care quality provided in the ICU of AUSL Forlì, before and after the starting of the open access policy to the Unit, in order to evaluate the impact of this change on the perception of patients.

Material and methods: a sample of 113 ICU patients were face-to face interviewed, using a 50-item questionnaire. 68 people were interviewed before the opening and 45 after.

Results: the analysis of results showed that the main discomfort factors are different in the two groups. The first group reported pain, discomfort caused by the endotracheal tube and inability to move. The second group reported noise, disturbed sleep, disturb by medical activities and fear. The survey highlighted a common relief factor for both groups which was the presence of health-care workers. The presence of family members, receiving information, perception of closeness and emotional support were particularly relevant for the second group. In the second group we also found higher rates of perceived quality of nursing-related topics, such as kindness, ability to reassure, willingness to give explanations and to listen to patients requests. On the other hand, a perceived negative element was the attitude of nurses to speak in front of patients as if they were not there. We also found out that patients appreciated the increasing of visiting time, which did not affect privacy issue.

Conclusions: overall, the patients were satisfied with the service received in the ICU. The second group was much more "enthusiastic" than the other. The open access policy of the ICU could really have positive psychological and physical impacts, which are appreciated by patients.

Key words: Open Intensive Care Unit, Restricted Intensive Care Unit, Patients, Family, Perceived quality.

INTRODUZIONE

Nell'immaginario collettivo quando si parla di terapia intensiva (TI), il primo pensiero va ad una struttura chiusa con accesso limitato sia sul piano temporale (massimo un parente per paziente per un'ora al giorno), fisico (dispositivi di protezione) che relazionale. Sono sempre più diffuse, le "rianimazioni cosiddette aperte", o meglio le terapie

intensive con politica di accesso non restrittiva: strutture dove gli obiettivi dell'équipe sono proprio l'eliminazione delle barriere fisiche, temporali, relazionali, e dove viene promosso un trattamento personalizzato, che tiene conto delle varie dimensioni di ogni individuo. Diversi studi descrittivi sugli effetti fisiologici delle visite dei parenti dimostrano che non vi è alcun razionale nel limitare le visite, anzi la famiglia potrebbe contribuire alla cura del paziente¹. Aprire le porte della terapia intensiva

ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO 22/06/2011

ACCETTATO 30/12/2011

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

PATRIZIA SAVORANI,

patty.savo@libero.it

significa quindi considerare "paziente-nucleo familiare" un binomio inscindibile con propri diritti, così come afferma il nostro Codice Deontologico² nell'articolo²: "l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa".

Avere un accesso meno restrittivo all'interno delle terapie intensive, non significa agire in assenza di regole, ma è fondamentale anche per le famiglie stabilire buone norme comportamentali e igieniche alle quali attenersi durante la permanenza in TI. al fine di garantire una migliore gestione del paziente da parte degli operatori sanitari.

In Italia, secondo alcuni recenti studi condotti da Giannini³ relativi a circa il 40% delle terapie intensive, il modello organizzativo applicato nella quasi totalità delle strutture (99,6%) è quello chiuso, con una media di una sola ora al giorno di visita per i famigliari. In Europa solo le Fiandre e il Belgio, hanno un atteggiamento paragonabile a quello italiano. In Francia il tempo medio di visita è di 120-360 minuti e nel 2005 il 23% delle terapie intensive risultava avere adottato una politica aperta. In Svezia il 70% delle terapie intensive non hanno restrizioni di orari. Nel Regno Unito oltre la metà delle terapie intensive opera con un modello aperto.

In linea con la tendenza europea e con le indicazioni assistenziali internazionali, nel dicembre 2006 l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna⁴, hanno avviato un gruppo di lavoro regionale multidisciplinare e multi professionale (composto da medici ed infermieri intensivisti, giuristi e psicologi in rappresentanza delle diverse realtà regionali), dal titolo "Umanizzazione delle cure e la dignità della persona in terapia intensiva". L'obiettivo era di favorire la loro progressiva apertura e ricercare una modalità clinico-organizzativa di conduzione dell'assistenza in area critica orientata alla considerazione del paziente come "persona", essere unico ed insostituibile, con un suo specifico contesto relazionale. Al progetto regionale hanno aderito 10 terapie intensive della Regione Emilia Romagna, tra le quali la Rianimazione dell'Ospedale "Pierantoni Morgagni" di Forlì, che si è fatta pioniera del progetto. Aderendo al progetto, nel dicembre 2008 c'è stata una riorganizzazione interna:

l'estensione dell'orario di visita a 4 ore con due visitatori presenti contemporaneamente; l'introduzione della possibilità di fare cambi se ci sono più famigliari; non si è più resa necessaria la vestizione dei parenti, ma è stata ribadita l'importanza del lavaggio delle mani prima e dopo l'ingresso in reparto, come da indicazione regionale¹. Già nel 2002, Burchardi⁵ scriveva "protective clothing for visitors (including shoes) is not recommended as a measure of infection control", nel 2006 Fumagalli⁶ ed altri affermano che la percentuale di complicazioni settiche sono numericamente simili sia nelle rianimazioni "aperte" che in quelle definite "chiusure", mentre l'unica misura realmente utile è il semplice lavaggio delle mani.

Contemporaneamente si è cercato di formare gli operatori, e raccogliere le loro percezioni riguardo all'apertura delle porte, tenendo conto anche delle paure, perplessità e dei dubbi nell'accogliere il familiare.

Obiettivo della ricerca

La ricerca (studio di tipo osservazionale) ha avuto come obiettivo principale quello di valutare la percezione sulla qualità dell'assistenza fornita in TI, sia prima sia dopo l'apertura del reparto stesso, per verificare l'impatto di tale cambiamento organizzativo sulla percezione delle persone ricoverate. Per valutare gli effetti, positivi e negativi, di questa riorganizzazione, la Direzione della U.O. di Anestesia e Rianimazione dell'Ausl di Forlì, ha ritenuto opportuno raccogliere anche l'opinione dei pazienti e dei familiari sulla qualità dell'assistenza fornita, sia prima e che dopo l'apertura del reparto (unica in tutta la Regione Emilia Romagna). Nell'articolo vengono descritti in particolare la metodologia e i risultati dell'indagine sulla percezione e l'opinione dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, con specifica attenzione agli aspetti assistenziali che più coinvolgono gli infermieri.

Materiali e metodi

Strumenti di ricerca

Per quanto attiene la rilevazione della qualità dell'assistenza ricevuta in UTI, sono stati elaborati due diversi strumenti di ricerca: una scheda paziente, per la

raccolta dei dati clinici di tutti i ricoverati (data di ingresso e di trasferimento, nome del reparto di trasferimento, tipologia e motivi del ricovero, indicatori di severità della patologia e terapia eseguita) ed un questionario per la valutazione della qualità delle cure ricevute in TI che raccoglie le opinioni sulle principali componenti dell'assistenza in ospedale su elementi tipici delle cure fornite in TI e su specifici comportamenti del personale⁷. I pazienti sono stati intervistati tramite intervista faccia a faccia, da giovani volontari del servizio civile o laureandi, appositamente formati alla conduzione di questa tecnica di intervista e "senza conflitti di interesse" con i risultati della ricerca. Il questionario si compone complessivamente di 50 domande chiuse, suddivise in sezioni tematiche, più uno spazio finale per raccogliere suggerimenti per migliorare la qualità del servizio.

(Tabella 1)

L'intero questionario è stato sottoposto ad una prima valutazione tramite analisi di affidabilità e coerenza interna, con tecniche multivariate (Alpha di Cronbach e analisi fattoriale)

Campione e modalità di raccolta dei dati

Sono stati complessivamente intervistati 113 pazienti ricoverati in Terapia Intensiva: 68 tra aprile e settembre 2008, quando la TI aveva una politica di visita chiusa, e 45 tra il maggio e luglio 2009, dopo l'apertura del reparto. Tutte le persone sono state contattate e intervistate circa 4-5 giorni dopo la dimissione dalla TI nei reparti ospedalieri dello stesso presidio in cui erano stati trasferiti; questo per permettere al paziente di riacquistare un minimo di lucidità e distanza emotiva dell'evento critico ed evitare di raccogliere l'opinione dentro il reparto che si chiedeva di valutare. Non è stato possibile intervistare le persone trasferite direttamente presso altri ospedali o strutture protette. I due gruppi di pazienti sono piuttosto simili in termini di caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche e pertanto si possono ritenere confrontabili

Nota1. Prima della riorganizzazione del reparto, l'accesso era consentito solo all'interno di fasce orarie predefinite di circa 1 ora al giorno, ad un solo visitatore per paziente, che doveva indossare i dispositivi di protezione individuale previo lavaggio delle mani. Il colloquio con i familiari avveniva da parte del medico di guardia in assenza dell'infermiere.

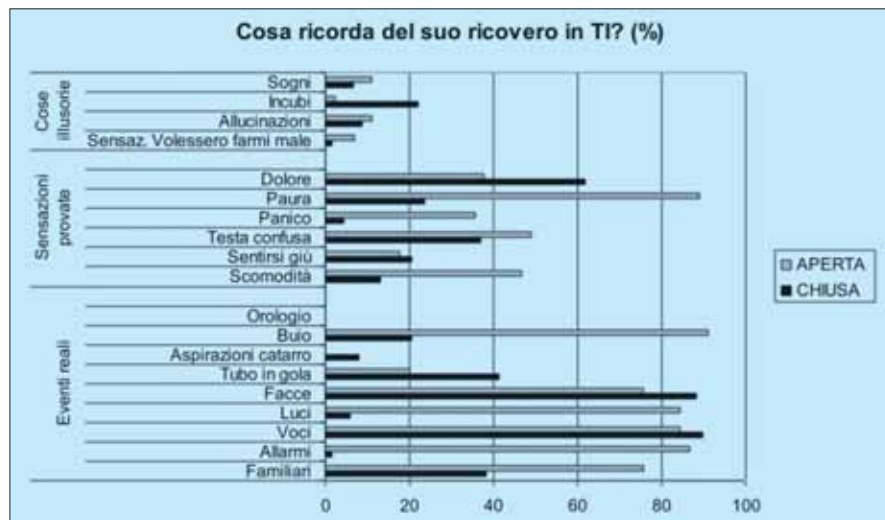
Tab. 1. Le aree del questionario

AREA DI INDAGINE	DIMENSIONE DELLA QUALITÀ
PRIMA DELLA PRESTAZIONE	
Informazioni	Informazioni al momento del ricovero
DURANTE LA PRESTAZIONE	
Memoria del ricovero	Presenza/assenza di memoria dell'esperienza di ricovero in UTI Presenza di disturbi (stress, panico)
Personale	Cortesia/gentilezza (di medici e inf.)
	Ascolto delle esigenze (da parte del medico e inf.)
	Informazioni su condizioni di salute da parte del medico
	Informazioni sui rischi legati alle cure da parte del medico
	Informazioni su rischi legati a particolari manovre
	Capacità di tranquillizzare da parte dell'infermiere
	Disponibilità a dare chiarimenti da parte dell'infermiere
Trattamento del dolore	Presenza di particolare comportamenti (di medici e inf.) [NB: Batterie del Picker Institute]
	Informazioni su trattamento del dolore Terapia del dolore
Ambiente e aspetti organizzativi	Comfort
	Pulizia
	Temperatura delle stanze
	Luminosità delle stanze
	Toni di voce del personale
	Rumore apparecchiature
	Orari di visita (dei familiari)
	Tempo dedicato al colloquio (col medico)
	Rispetto della privacy
Fattori di disagio e sollievo	Fattori che hanno procurato maggior disagio
	Fattori che hanno procurato maggior sollievo
DOPO LA PRESTAZIONE	
Valutazione complessiva	Importanza attribuita ad aspetti dell'assistenza
	Valutazione complessiva
	Rispetto delle aspettative
	Percezione stato di salute
	Suggerimenti

(nessuna differenza è statisticamente significativa). Entrambi i campioni sono equamente composti da uomini e donne. L'età media degli intervistati è pari a 64,6 anni nel primo gruppo e 68 nel secondo. Tra gli intervistati del primo gruppo prevalgono leggermente i titoli di studio medio-alti (52,9%), nel secondo gruppo quelli medio-bassi (66,7%). Poco più della metà degli intervistati è stato ricoverato in TI a seguito di un intervento chirurgico programmato (54,1% e 56,1%), il resto in modalità urgente (44,6% e 40,9%). La maggior parte degli intervistati ha avuto una condizione patologica non particolarmente grave o di bassa severità (SAPS II score da 0 a 34 pari al 73%; durata media della ventilazione meccanica pari a 1,5 giorni; assenza di sepsi nel 73% dei casi, somministrazione di farmaci psicotropi nell' 80% dei casi). Tutti gli intervistati sono di nazionalità italiana. La ricerca ha permesso di intervistare circa la metà dei ricoverati in TI nei 2 periodi presi in esame, tuttavia ha

potuto raccogliere l'opinione dei soggetti più giovani, colti e clinicamente meno gravi. Non è stato possibile intervistare nessuno straniero.

Grafico 1



Analisi statistica

I dati raccolti sono stati elaborati con il software SPSS e sottoposti ad analisi descrittive monovariate (distribuzioni di frequenze, medie, mediane, mode) e bivariate (confronti tra distribuzioni di frequenza e medie).

Risultati

I ricordi

Nell'indagine condotta sono state analizzate le varie tipologie di ricordi suddivisi in fatti illusori, sensazioni provate e fattori concreti8. In generale si nota che entrambi i gruppi di ricoverati ricordano soprattutto fattori concreti e sensazioni provate: voci, facce e dolore i pazienti della prima indagine; buio, ansia/paura, allarmi, luce, voci e familiari i pazienti della seconda indagine. Si notano però alcune differenze importanti: rispetto ai fattori concreti aumentano i ricordi del buio, delle luci, degli allarmi e dei famigliari. Per quanto riguarda le sensazioni provate, aumentano i ricordi di paura, panico e della scomodità, mentre calano quelli del dolore e del tubo in gola. Riguardo ai fatti illusori, vi è una diminuzione degli incubi. Pur non potendo ipotizzare alcun rapporto di causa effetto tra apertura della Terapia Intensiva e tipologia di ricordi, appare tuttavia evidente come la presenza dei familiari, scarsamente ricordata dai pazienti del primo gruppo, sia uno dei principali ricordi dei ricoverati nella TI aperta. (Grafico 1)

I fattori di disagio

Analizzando i dati relativi i fattori di disagio^{9,10,11} provati durante la permanenza in reparto, nel primo gruppo prevalgono il dolore, il tubo endotracheale e l'impossibilità a muoversi; mentre nel secondo gruppo il rumore, il sonno disturbato, le attività mediche e la paura. Si nota inoltre una diminuzione del fastidio provato per alcuni elementi concreti come il dolore (senza che nel frattempo siano state fatte modifiche nelle terapie antalgiche), il tubo endotracheale, la sete e l'impossibilità di parlare e muoversi. Al contrario aumentano il disagio provato per il rumore, il sonno disturbato e per attività mediche. Pur non potendo affermare che la diminuzione del dolore deriva dalla presenza più costante dei familiari, appa-

re plausibile pensare che la diminuzione della percezione di questo fattore può avere influito positivamente sul disagio che provocano gli altri elementi sopracitati. L'apertura della TI sembra invece aumentare il disagio dovuto direttamente o indirettamente alle attività mediche e alla presenza di più persone (rumore, attività di cura...). (Grafico 2)

Fattori di sollievo

Il principale elemento che determina sollievo^{12,13,14} al paziente è la presenza costante degli operatori. Nel secondo gruppo emerge però anche la presenza del familiare come elemento di rassicurazione, le informazioni ricevute, la vicinanza e il supporto emozionale; mentre diminuisce la forza delle competenze

degli operatori e quella della pulizia e dell'igiene personale. Detto in altri termini, osservando i dati è evidente come la presenza del familiare crea beneficio al paziente sia in maniera diretta, sia aumentando la potenza ad altre azioni collegate, come la capacità di anticipazione dei bisogni dei pazienti, di fornire vicinanza e supporto emozionale, di dare/ricevere informazioni efficaci, il tutto associato alla presenza costante degli operatori. (Grafico 3)

Valutazione e comportamenti del personale infermieristico

Rispetto al personale infermieristico¹⁵ nella seconda indagine si nota un aumento medio della qualità percepita rispetto a tutti gli elementi analizzati, che risulta statisticamente significativo sulla disponibilità a dare chiarimenti (da 4.66 a 5.05) [t(105.16) -2.56; p.<.05] e ad ascoltare le richieste (da 4.76 a 5.02) [t(108.99) -1.98; p>.05]. Questi dati sono coerenti anche con il miglioramento della qualità percepita dai pazienti sulla capacità dei medici di fornire informazioni circa le condizioni di salute, i rischi legati alle cure e a particolari manovre. (Grafico 4)

Riguardo inoltre ad alcuni comportamenti specifici degli operatori, la ricerca evidenzia che sono aumentati gli infermieri che praticano i trattamenti con modalità che tengono conto del dolore del paziente, che rispondono prontamente alle richieste di aiuto e che forniscono risposte comprensibili al paziente. Sembrano invece aumentare gli infermieri che talvolta parlano davanti al paziente di lui o di altri argomenti come se il paziente stesso non ci fosse o si rivolgono ai ricoverati con parole o gesti che imbarazzano. Se c'è una maggiore disponibilità relazionale, mentre emerge però un aumento della tendenza a parlare davanti al paziente come se lui/lei non ci fosse.

Aspetti concreti del ricovero

Dalla valutazione sugli aspetti concreti del ricovero più connessi all'apertura della TI, emerge che le medie relative ai toni di voce del personale e al rispetto della privacy rimangono immutate in entrambe le indagini, mentre la valutazione sul tempo dedicato alla visita dei familiari aumenta significativamente nel secondo studio [t(102) -2.9; p.<.05]. Si

Grafico 2

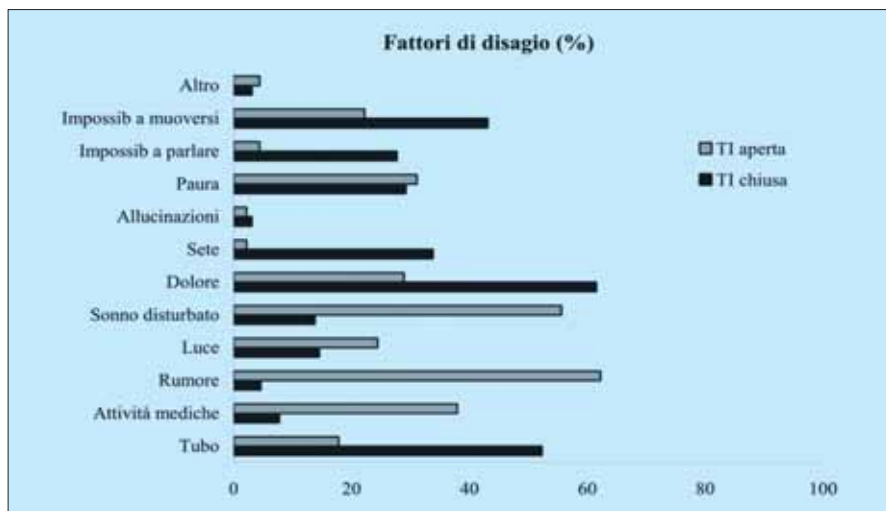


Grafico 3

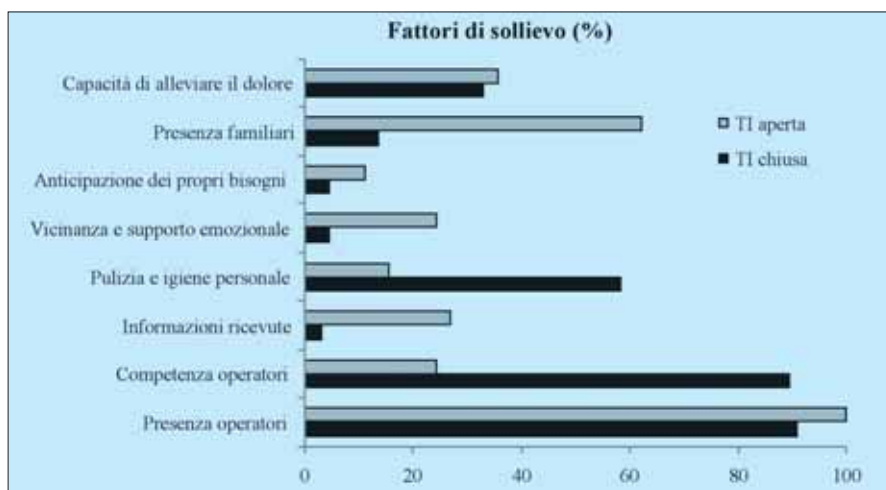


Grafico 4

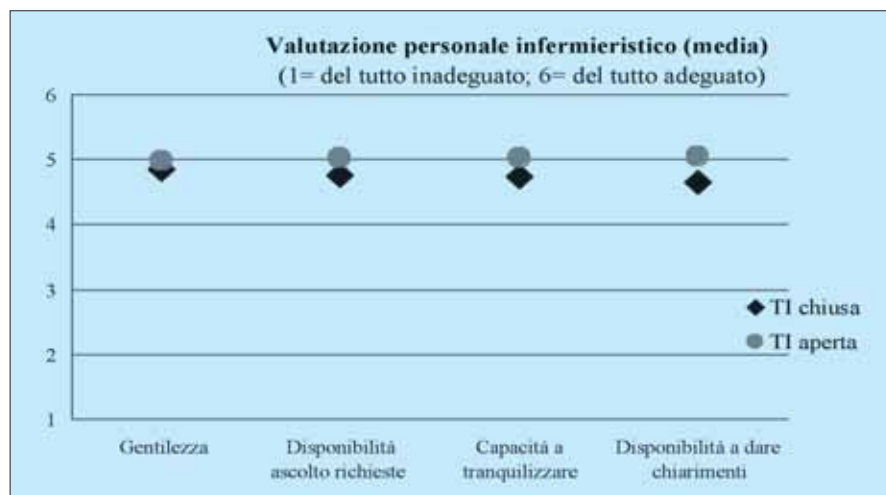
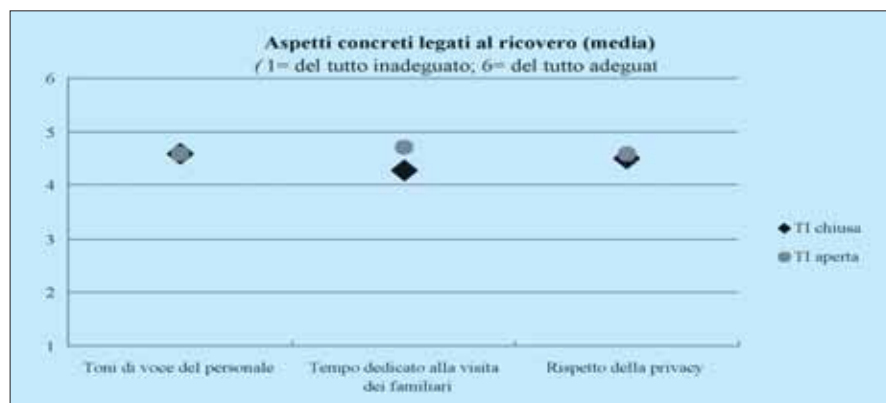


Grafico 5



può notare un apprezzamento da parte dei pazienti circa l'aumento del tempo dedicato alla visita dei parenti, che non incide negativamente sul rispetto delle privacy. (Grafico 5)

Valutazione complessiva del servizio ricevuto

Nel complesso i pazienti sono molto soddisfatti del servizio ricevuto in terapia intensiva. I ricoverati della seconda indagine siano nettamente più "entusiasti" degli altri: il giudizio di inadeguatezza compare infatti solo nella prima indagine, così come cala la valutazione adeguata a favore del giudizio molto adeguato, che cresce. (Grafico 6)

Importanza attribuita ad aspetti dell'assistenza in Terapia Intensiva.

Alla fine dell'intervista è stato chiesto di ordinare per importanza una serie di fattori che caratterizzano l'assistenza. Gli

elementi di maggiore rilevanza sono, in entrambe le indagini, il personale medico e, a seguire, il personale infermieristico. Per il primo gruppo di pazienti seguono gli ambienti, il tempo di visita dei familiari, la terapia del dolore e la privacy. Dopo l'apertura della terapia intensiva il tempo di visita dei familiari sale al terzo posto, la terapia del dolore al quarto, la privacy al quinto, mentre gli ambienti risultano l'aspetto meno rilevante di tutti. Si può dedurre che l'aumento del tempo di visita del familiare diventa un aspetto cruciale dell'assistenza, che distoglie l'attenzione del paziente dall'ambiente che lo circonda e ne ridimensiona fortemente l'importanza.

Discussioni e Conclusioni

Sulla base di tutti gli elementi fin qui descritti, riteniamo che la presenza del

parente accanto al malato sia, non solo un elemento molto gradito e importato, ma anche in grado di contenere i livelli di dolore (uno degli elementi più memorizzati e di maggior disagio nel caso di TI chiusa) e utile per alleviare in generale la sofferenza di chi è ricoverato. Gli elementi critici e di disagio che l'apertura del reparto sembra portare in primo piano (rumore, sonno disturbato, attività mediche, difficoltà degli operatori a parlare in maniera discreta davanti ai degenti), sono probabilmente elementi transitori, da tenere sotto controllo probabilmente connessi al periodo immediatamente successivo all'apertura del reparto stesso. Il fatto inoltre che in ambedue le indagini, la presenza costante degli operatori sia considerata il principale elemento di sollievo e la competenza di medici e infermieri il fattore più importante, dimostra come l'apertura della TI sia in grado di indurre una relazione positiva tra operatori e familiari. Sicuramente tale sinergia di cura non è né automatica né priva di fatica, ma va accompagnata nel tempo con impegno e premura: nasce quindi l'esigenza di creare un nuovo ordinamento di gestione interna per omogeneizzare i comportamenti da tenere con e per i visitatori e far sì che l'organizzazione del lavoro tenga conto della nuova presenza in reparto. A tale scopo si è costituito un "gruppo di lavoro multidisciplinare" composto di quattro infermieri, un Operatore Socio Sanitario, il coordinatore infermieristico, tre medici e la psicologa di reparto. Il team si è occupato, tra l'altro, di stilare un "libretto informativo"¹⁶ che viene consegnato ai familiari al momento del ricovero del malato, circa le abitudini del reparto, la tipologia del paziente e i comportamenti da tenere; tale gruppo si è fatto interprete presso la Direzione di stimolare la revisione dell'organizzazione del lavoro in reparto.

Tale esperienza conduce a dedurre come sia essenziale per gli operatori essere seguiti e sostenuti da supporto psicologico e potersi confrontare sui casi particolari di pazienti degni di peculiare attenzione. Tale supporto ha anche funzione nel migliorare il rapporto fiduciario con le famiglie dei pazienti nella tutela della loro privacy.

Dopo aver effettuato l'indagine post-apertura, oltre all'ampliamento dell'orario di visita, sono state apportate altre modifiche ritenute necessarie alla completezza del rapporto con i familiari dei

Grafico 6



degenti, come la presenza dell' "infermiere di riferimento" e dello psicologo al colloquio insieme al medico, al fine di omogeneizzare e rendere coerenti gli elementi di informazione alle famiglie facilitando quindi la relazione con l'equipe, oltre a migliorare il livello di empatia comunicazionale tra il personale sanitario, i familiari e i pazienti.

Si è anche creato un album a disposizione delle famiglie in sala d'attesa, ove le stesse potessero scrivere quanto ritenuto necessario sulle loro esperienze del periodo di ricovero.

Nelle proposte per il futuro, consci che la qualità dell'assistenza erogata debba essere verificata costantemente, mai lasciata a se stessa o data per scontata, abbiamo pensato ad un test di qualità percepita da proporre sistematicamente alle famiglie finalizzato ad evidenziare anche piccoli temi, ma talora di grande rilevanza per la nostra utenza, che ci mettano nelle condizioni di produrre un processo di miglioramento continuo.

L'infermiere di area critica deve iniziare a comprendere che anche le capacità non tecniche (come quelle nel campo della relazione/comunicazione), assieme al fattore umano, abbiano un ruolo fondamentale nella ricerca del miglior risultato terapeutico a tutto tondo.

Il cambiamento radicale di mentalità che deve prodursi è quello di incentrare l'assistenza sui bisogni dell'assistito e della sua famiglia.

I benefici potenziali possono essere rilevanti per il paziente ed i familiari, ma anche per gli operatori: i "feedback" positivi che oggi si ricevono ogni giorno da parte di chi "stava fuori dalla porta" sono di forte impatto e motivanti.

Sulla base dell'esperienza qui riportata e in accordo con la letteratura,^{17,18} si può ritenere che una politica di accesso non restrittivo sia un elemento di sicuro beneficio fisico e psicologico per tutte le componenti umane dell'ambiente Terapia Intensiva.

Bibliografia

- LIVIGNI S. *La terapia intensiva "aperta" ai familiari*. Minerva Anestesiologica 2007; 73(Suppl 1 al 10):285-6.
- Federazione Nazionale Collegio I.P.A.S.V.I. *Codice deontologico dell'infermiere*. 2009
- GIANNINI A, MICCINESI G, LEONCINO S. *Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey*. Intensive Care Med. 2008 34(7):1256-1262.
- Determinazione Giunta regionale n. 803/2010- *Ricostituzione del gruppo tecnico di lavoro "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva"* di cui alla DD. n. 18059/2006; Determinazione Giunta regionale n. 606/2008- *Rettifica mero errore materiale nella composizione del gruppo tecnico di lavoro "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva"*; Determinazione Giunta regionale n. 18059/2006- *Costituzione del gruppo tecnico di lavoro "Umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva"*.
- BURCHARDI H, RATHGEBER J, SCHORN B, FALK V, KAZMAIER S, SPIEGEL T. *Let's open the door!* Intensive Care Med 2002;28:1371-1372.
- FUMAGALI S, BONCINELLI L, LO NOSTRO A, VALOTI P, BALDERESCHI G, DI BARI M, et al. *Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an Intensive Care Unit: results from a pilot, randomized trial*. Circulation 2006;113: 946-952.
- PICKER INSTITUTE EUROPE'S APPROACH. <http://www.pickerEurope.org/pickerap->

proach Last updated: 23rd December 2009.

- CAPUZZO M, VALPONDI V, CINGOLANI E, DE LUCA S, GIANSTEFANI G, GRASSI L, ALVISI R. *Application of the Italian version of the Intensive Care Unit Memory tool in the clinical setting*. Critical Care, 8(1):R48-55,2004.
- ROTONDI AJ, CHELLURI L, SIRIO C, MENDELSON A, SCHULZ R, BELLE S, KELLY DM, PINSKY M. *Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit*. Critical Care Med, 30(4):746-752, 2002.
- VAN DE LEUR JP, VAN DER SCHANS CP, LOEF BG, DEELMAN BG, GEERTZEN JH, ZWAVELING JH. *Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients*. Critical Care 2004;8:R467.73.
- PENNOCK BE, CRAWSHAW L, MAHER T, PRICE T, KAPLAN PD. *Distressful events in the ICU as perceived by patients recovering from coronary artery bypass surgery*. Heart Lung 1994;23:323-327.
- FREDRIKSEN SD, RINGSBERG KC. *Living the situation stress-experiences among intensive care patients*. Intensive and Critical Care Nursing, 23 (3):124-131, 2007.
- STEIN-PARBURY J, MCKINLEY S. *Patients' experiences of being in an intensive Care Unit: a select literature review*. AJCC, 9(1):20-27,2000.
- DOERING LV, MCGUIRE AW, ROURKE D. *Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know*. AJCC 2002; 11:333-343.
- HOLLAND C, CASON CL, PRATER LR. *Patients' recollections of critical care*. Dimens Nurs Crit Care, 16(3):132-141, 1997.
- KLEINPELL RM. *Needs of families of critically ill patients: a literature review*. Critical Care Nurse, 11(8):34, 38-40,1991.
- 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):33-41,2006.
- SIMPSON T, WILSON D, MUCKEN N, MARTIN S, WEST E, GUINN N. *Implementation and evaluation of a liberalized visiting policy*. AJCC,

Si ringrazia il Dottore Luigi Maldini-Medico dell'UTI di Forlì; Alice Torresani e Matteo Buccioli, Volontari del servizio civile presso UTI di Forlì; Valentino Rambaldi, Laureando in Scienze Infermieristiche, che hanno reso possibile la ricerca.