

Approcci non-farmacologici per la prevenzione e la gestione del delirium nel paziente critico: revisione della letteratura

Non-pharmacological approaches to delirium prevention and management in critically ill patient: a literature review

Mattia Boarin, Infermiere, Urologia, Ospedale San Raffaele. Docente Corso di Laurea in Infermieristica, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano
Mauro Dossi, Infermiere, Terapia Intensiva Generale, Ospedale San Raffaele. Tutor del Master di 1° livello in Assistenza Infermieristica Avanzata al Paziente Critico, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano
Carlo Leggieri, Medico Anestesista-Rianimatore, Terapia Intensiva Generale, Ospedale San Raffaele, Milano

Riassunto

Introduzione: il delirium, definito come insufficienza cerebrale acuta e come stato confusionale acuto, ha un forte impatto ed un'alta incidenza nelle unità operative di terapia intensiva; è stato calcolato che l'87% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva sviluppano delirium. Rappresenta dunque una condizione grave associata ad outcome negativi. Il trattamento del delirium si basa su due tipi di approcci combinati: quello farmacologico e quello non-farmacologico.

Obiettivo: indagare le strategie e gli approcci non-farmacologici per la prevenzione e gestione del delirium.

Materiali e metodi: revisione della letteratura sugli approcci non-farmacologici attraverso una ricerca all'interno delle banche dati PubMed e CINAHL; sono stati selezionati 28 articoli. La ricerca è stata poi effettuata nella letteratura grigia.

Risultati: il delirium è notevolmente sottodiagnosticato e sottogestito, anche perché spesso è considerato come una condizione normale e attesa del paziente critico. Il problema delirium non è considerato prioritario tra le condizioni che si possono verificare nel paziente critico e di conseguenza risulta poco valutato ed accertato. Le difficoltà sono collegate soprattutto all'interpretazione dei pazienti sedati ed intubati e alla documentazione dell'accertamento dei pazienti con delirium. Il riorientamento, gli interventi ambientali e il coinvolgimento dei familiari rappresentano i principali approcci non-farmacologici.

Conclusioni: l'infermiere ha un ruolo chiave nel riconoscimento e nella gestione dei pazienti con delirium, soprattutto per l'applicazione degli approcci non-farmacologici e multicomponente. La prevenzione rimane il cardine per il trattamento. È necessario implementare interventi educativi specifici per aumentare la conoscenza relativa al problema e creare strumenti validati, come protocolli strutturati e basati su prove di efficacia, per favorire l'integrazione dell'accertamento del delirium nella pratica clinica di routine.

Parole chiave: Delirium, Terapia intensiva, Paziente critico, Infermieristica, Approccio non-farmacologico.

Abstract

Background: delirium, defined as acute cerebral insufficiency and as acute confusional state, has a strong impact and an high incidence in intensive care units; it has been calculated that 87% of hospitalized patients in ICU develop delirium. Therefore, it is a serious condition associated with negative outcomes. Delirium treatment is based on the combination of two types of approaches: the pharmacological approach and the non-pharmacological one.

Objective: to investigate non-pharmacological strategies and approaches to delirium prevention and management.

Materials and methods: literature review on non-pharmacological approaches through a research in PubMed and CINAHL databases; 28 articles were selected. The research was also carried out in the gray literature.

Results: delirium is significantly underdiagnosed and undermanaged, because it is often considered as a normal and expected condition in critically ill patients. Delirium is not considered a priority among the conditions that may occur in critically ill patients and therefore it results under-assessed. The difficulties are mainly related to the interpretation of sedated and intubated patients and the assessment recording of patients with delirium. Reorientation, environmental interventions and family members involvement are the main non-pharmacological approaches used.

Conclusions: nurses have a key role in the recognition and management of patients with delirium, especially in the application of non-pharmacological and multicomponent approaches. Prevention remains the mainstay of treatment. It's necessary to implement specific educational interventions to increase knowledge about delirium and to create validated instruments, such as structured and evidence-based protocols, to encourage the integration of delirium investigation in routine clinical practice.

Keywords: Delirium, Intensive care unit, Critically ill patient, Nursing, Non-pharmacological approach.

Introduzione

Il delirium, definito come insufficienza cerebrale acuta e come stato confusionale acuto, è considerato una sindrome clinica caratterizzata da disturbi della coscienza, della funzione cognitiva o della percezione, che nella maggior parte dei casi ha un esordio

acuto e un decorso fluttuante che generalmente si sviluppa in 1-2 giorni.^{1,2,3,4} Questa sindrome clinica, che colpisce approssimativamente dal 10% al 50% dei pazienti ospedalizzati⁵, è fortemente associata ad un aumento della morbilità, della durata della degenza ospedaliera e del rischio di ricovero in ambiente protetto, così come ad una riduzione dello stato funzionale dopo la dimissione.

REVISIONE

PERVENUTO IL 03/09/2012

ACCETTATO IL 21/11/2012

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

MATTIA BOARIN, boarin.mattia@hsr.it

ne⁶; rappresenta dunque una condizione grave associata ad outcome negativi³, che deve essere riconosciuta e gestita.^{7,8,9} Secondo Schiemann et al.,¹⁰ la gestione di questa sindrome in terapia intensiva rappresenta un aspetto fondamentale per migliorare la prognosi dei pazienti critici.

In uno studio descrittivo pubblicato nel 2010 su *Journal of Advance Nursing*¹¹ sono stati individuati i principali argomenti o quesiti di ricerca ritenuti prioritari secondo alcuni infermieri di terapia intensiva. Attraverso la conduzione di un studio Delphi, sono state individuate 52 aree o argomenti di ricerca, suddivisi in 12 macroaree, che vanno da aspetti prettamente clinici, come la sicurezza e il benessere del paziente critico, ad aspetti propriamente organizzativi, come il carico di lavoro e le influenze sugli outcome; nella macroarea relativa al benessere del paziente, la prevalenza e la prevenzione della psicosi e del delirium nei pazienti ricoverati in terapia intensiva risultano all'ottavo posto su un elenco di sedici item. È chiaro dunque come il delirium rappresenta un tema di grande interesse nell'ambito dell'assistenza infermieristica al paziente critico.

Il trattamento del delirium, che secondo Perini e Galvagni¹ mira alla correzione delle cause e alla protezione della sicurezza del paziente, degli operatori sanitari e dell'ambiente sanitario dai comportamenti inconsapevoli e violenti del paziente, si basa generalmente su due tipi di approcci combinati: quello farmacologico e quello non-farmacologico. La terapia farmacologica è ampiamente utilizzata nei casi accertati di delirium, ma la sua efficacia e influenza sugli outcome non è ancora chiaramente provata; soprattutto non vi sono evidenze che gli interventi farmacologici possano prevenire questa sindrome.¹² Inoltre, l'uso di farmaci non è considerato una strategia di prima linea nel trattamento del delirium.^{3,13} Anche se, l'alooperidolo è raccomandato dalle linee guida ed è ampiamente utilizzato nella clinica, poche evidenze sono a disposizione per sostenerne l'efficacia.^{14,15,16}

Il trattamento e gli approcci di tipo non-farmacologico, per i quali l'infermiere ha un ruolo fondamentale e che molti studi hanno dimostrato essere efficaci soprattutto nella prevenzione, dovrebbero essere integrati nella

gestione di tutti i pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva (ICU), indipendentemente dal sottotipo di delirium.^{12,17}

L'obiettivo del presente articolo è di indagare le strategie e gli approcci non-farmacologici per la prevenzione e gestione del delirium nel paziente critico attraverso una revisione della letteratura sull'argomento.

Materiali e metodi

Il processo di revisione della letteratura è partito dalla consultazione di due banche dati di riferimento (PubMed e CINAHL) attraverso alcune parole chiave combinate opportunamente tra loro con gli operatori booleani in ricerca libera e MeSH: *intensive care unit, critically ill patient, nursing, non-pharmacological approach, delirium prevention, delirium management*.

Sono stati posti limiti sulla lingua (inglese e italiana) e sull'anno di pubblicazione (ultimi 10 anni).

Una volta selezionati gli articoli, si è proceduto alla costruzione di una tabella per l'estrazione dei dati con lo scopo di permettere una rapida selezione delle fonti trovate. La ricerca è stata poi condotta, oltre che all'interno delle banche dati, anche tramite la consultazione di materiali provenienti da letteratura grigia.

Risultati

Sulla base della ricerca bibliografica svolta nelle banche dati sono stati selezionati 28 articoli su 872 reperiti; è stato selezionato un articolo in lingua spagnola (revisione narrativa) senza impostare limiti, per la rilevanza rispetto al tema trattato. L'esito della consultazione delle banche dati è riassunto nella Tabella 1, dove per "articoli reperiti" si intende tutto ciò che è stato trovato inserendo la specifica stringa di ricerca, e per "articoli selezionati" quelli considerati pertinenti al quesito, dopo una prima lettura del titolo e dell'abstract.

Gli articoli sono stati ulteriormente selezionati tenendo conto della pertinenza dell'argomento trattato, della rilevanza dei risultati e della tipologia di studio. Dalla letteratura grigia sono state incluse le linee guida sul delirium del *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)*.³

Discussione

Impatto del delirium in ambiente intensivo

Il delirium è una complicanza comune e grave nei pazienti critici, con un forte impatto ed un'alta incidenza in ICU.¹⁸ Dai dati presenti attualmente nella letteratura di riferimento, emerge come l'incidenza del delirium vari dall'11% al 87%.^{2,9,14,18,20,21} Secondo Perini e Galvagni¹ l'87% dei pazienti in ICU e l'83% dei pazienti ventilati meccanicamente, per parte del tempo della degenza sviluppano delirium. L'incidenza nei pazienti non intubati varia dal 30 al 50% e l'incidenza nei pazienti intubati sale fino a oltre l'80%.^{8,10} Inoltre è stato calcolato che una percentuale che varia tra il 4% e il 40% dei pazienti critici che sviluppano delirium riporterà una disabilità permanente.¹

Il delirium è associato ad esiti avversi in generale, soprattutto in ambito intensivo, per l'ampiezza delle conseguenze spiacevoli cui è collegato, che sembrano associati alla durata del fenomeno, in contrapposizione alla semplice presenza o assenza.¹⁸ È associato ad un incremento della morbilità e mortalità, ad una riduzione a lungo termine della qualità di vita^{19,22}, ad un prolungamento delle cure in ambiente intensivo e dell'ospedalizzazione in generale²⁰, ad un aumento dei costi sanitari²³, così come ad una riduzione dello stato funzionale dopo la dimissione¹². È stato calcolato come lo stato confusionale acuto contribuisce ad aumentare il periodo di degenza da 9 a 21 giorni, e quindi i costi assistenziali.^{3,4} Inoltre, i pazienti che sviluppano delirium in ambiente intensivo hanno una ridotta probabilità di sopravvivere per i successivi 6-24 mesi.¹⁰ Nello specifico dell'ambiente ad alta intensità di cura, l'aumento di questo fenomeno, oltre ad essere associato ad un aumento della mortalità, ad un prolungamento della durata del ricovero in ICU e ad un aumento dei costi, è correlato ad un aumento della durata della sedazione, della necessità di ventilazione meccanica e ad un tasso di reintubazione tre volte più elevato.^{8,10,14} Schiemann et al.,¹⁰ parlano di circolo vizioso, nel senso che pazienti sedati e ventilati meccanicamente hanno un rischio elevato per lo sviluppo di delirium e, dall'altro, il delirium è di per sé un fattore di rischio per la sedazione e la ventilazione meccanica.

Tabella 1. Risultati della ricerca bibliografica (al 17 luglio 2012)

Banca dati	Parole chiave e stringhe di ricerca (Limiti: pubblicati negli ultimi 10 anni, lingua inglese e italiana)	Articoli reperiti	Articoli selezionati
PubMed	intensive care unit AND delirium AND nurs*	118	18
	critically ill patient AND delirium AND nurs*	49	0
	acute care AND delirium AND nurs*	140	2
	delirium AND non pharmacological approach AND nurs*	1	1
	delirium AND non pharmacological instruments AND nurs*	1	0
	delirium AND non-pharmacological treatment AND nurs*	5	0
	delirium prevention AND non pharmacological treatment	53	1
	delirium management AND non pharmacological treatment	70	0
	delirium AND non-pharmacological treatment	15	1
Cinahl	delirium AND non pharmacological (nessun limite)	224	3
	intensive care unit AND delirium	188	2
	delirium AND non-pharmacological	8	0

Eziopatogenesi e fattori di rischio

I meccanismi fisiopatologici che portano allo sviluppo di delirium in terapia intensiva sono controversi e ancora non bene compresi, in quanto è solitamente una sindrome multifattoriale, spesso guidata da diversi fattori di rischio, che non permettono quindi di determinare una specifica causa.^{1,4,17,18} Secondo alcuni autori è probabile che non vi sia un'unica causa ma vi siano diverse alterazioni a livello dei neurotrasmettitori^{4,24} e sono state formulate diverse ipotesi su questi meccanismi fisiopatologici.^{17,18} Nel paziente critico la natura e il numero di fattori di rischio di sviluppo del delirium sono differenti rispetto ad altre tipologie di pazienti; gli interventi di prevenzione devono quindi focalizzarsi sui fattori di rischio più comuni in ambiente intensivo, tra cui principalmente gli squilibri idro-elettrolitici, le infezioni e l'esposizione a farmaci sedativi e analgesici.^{25,26} In ogni caso, sono state condotte sperimentazioni limitate per determinare i fattori di rischio per il delirium in terapia intensiva; alcune di queste hanno anche risultati discordanti.¹⁷ Anche se i dati che descrivono le cause in ambiente intensivo sono limitati, ci sono azioni che gli infermieri possono intraprendere per tentare di ridurre il rischio di sviluppare questa sindrome.¹⁵ La privazione di sonno rappresenta un importante fattore che è frequente in ICU a causa delle continue attività mediche ed infermieristiche e dai rumori e allarmi.^{1,26} In ambiente intensivo la luce è artificiale ed il paziente spesso non può vedere la variazione di luce della giornata per l'assenza di finestre, imponendo così una privazione sensoriale; a ciò si aggiungono l'uniformità e la monotonia degli stimoli e dei rumori.

Gli stimoli visivi di questi pazienti sono limitati, nella maggior parte dei casi, alla visione delle pareti bianche o del soffitto e degli strumenti.¹ È chiaro, come sottolineato da Khalifezadeh et al.,¹⁴ perché, il ricovero stesso in terapia intensiva rappresenta un fattore di rischio. Eppure, Boot²⁴, Arend e Christensen²⁷ hanno messo in discussione l'idea che i fattori ambientali sono causa di delirium.

L'azione di alcuni farmaci riveste un ruolo importante nello sviluppo di delirium; le sostanze con effetto anticolinergico possono portare ad agitazione, allucinazioni, delirium e stato di coma. Anche le benzodiazepine, adatte al controllo dell'ansia e dell'agitazione, e il propofol, ampiamente utilizzato in ambiente intensivo per la sedazione, possono contribuire a determinare il delirium.¹

I farmaci sedativi e analgesici, associati al delirium e ampiamente impiegati in ambiente intensivo¹⁸, sono fondamentali nel mantenere il comfort del paziente e un adeguato controllo del dolore, ma è necessario evitare un eccesso di sedazione, somministrando questi farmaci solo se necessario; infatti, i protocolli che utilizzano scale di sedazione validate, enfatizzano l'impiego di boli intermittenti piuttosto che infusioni continue e promuovono l'interruzione quotidiana dei sedativi e analgesici per migliorare significativamente i risultati clinici.²⁵ Una valutazione continua e periodica della sedazione da parte degli infermieri può permettere una somministrazione adeguata di questi farmaci, anche se sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio l'associazione tra questi farmaci e lo sviluppo di delirium.²⁴

Sottostima del delirium in ambiente intensivo

Gli infermieri di area critica, grazie alle loro competenze cliniche, identificano rapidamente e trattano opportunamente evidenti cambiamenti dello stato clinico del paziente, come ad esempio i problemi emodinamici.²⁸ Nonostante le evidenze siano concordi nel sottolineare gli outcome negativi dei pazienti e i fattori di rischio legati al delirium, spesso questa condizione non è riconosciuta dai professionisti sanitari²⁹; tuttavia è aumentata negli ultimi anni la consapevolezza del delirium in terapia intensiva come un problema che richiede un precoce intervento terapeutico.¹⁰

È stato calcolato come il delirium sia sottodiagnosticato e sottotrattato in più del 94% dei pazienti anziani ospedalizzati.³⁰ Secondo alcuni autori il delirium non è riconosciuto in ben due terzi dei pazienti ospedalizzati, suggerendo così che gli infermieri non notano i sottili cambiamenti associati a questa sindrome.^{29,31} Però gli infermieri hanno un ruolo cruciale nel riconoscimento precoce e nell'accertamento del delirium, in quanto rappresentano la figura professionale che trascorre più tempo al letto del paziente, rispetto ad esempio ai medici.²³ Risulta chiaro dalla letteratura come l'incidenza del delirium sia ancora attualmente sottostimata, in quanto molti casi non vengono riconosciuti⁴ e sono mal gestiti dal personale medico e infermieristico.^{4,22}

Il riconoscimento precoce del delirium, non solo consente la gestione rapida della causa clinica di base, ma permette anche la rapida attuazione di interventi mirati contro i fattori di rischio individuali predisponenti e precipitanti e dunque la riduzione della prevalenza,

della gravità, della durata e delle conseguenze negative.^{7,22} Secondo Hamdan-Mansour e Othman²² un'altra spiegazione della sottostima potrebbe essere legata alla percezione degli infermieri sull'importanza del delirium in ambiente intensivo. Devlin et al.,³² hanno riportato che solo il 3% degli infermieri in ICU hanno classificato il delirium come la condizione più importante da valutare. Questi risultati indicano che la qualità assistenziale delle cure ai pazienti a rischio di delirium in ICU è compromessa, mettendo in grave pericolo la vita stessa del paziente.²²

L'utilizzo di uno strumento di screening validato è fondamentale per il rilevamento del delirium, in quanto la capacità del personale di area critica di identificarlo solamente sulla base di un'impressione clinica è scarsa.¹⁷ È ormai ampiamente riconosciuto come sia necessario che gli infermieri rilevino e monitorizzino il delirium attraverso l'uso appropriato di uno strumento standard progettato per la valutazione cognitiva, in collaborazione con tutto il team multidisciplinare, e di come ciò sia di vitale importanza per la prevenzione.^{7,9,13,24,27,29}

Considerando le caratteristiche di questi pazienti, infatti, lo strumento di valutazione deve essere in grado di rilevare la disfunzione cognitiva nel paziente che non è in grado di comunicare verbalmente, in quanto intubato e ventilato meccanicamente.²⁴ La scala *Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit* (CAM-ICU) è considerata il gold standard per l'accertamento del delirium.³⁰ Alcuni studi di coorte hanno concluso che la CAM-ICU è lo strumento più valido ed affidabile nella valutazione del delirium nel paziente critico³³, in particolare in quello intubato e ventilato meccanicamente, ed è stata recentemente raccomandata dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) come strumento di scelta per la diagnostica del delirium nel paziente in ICU.^{1,3,21,24} Anche una recentissima revisione sistematica ha concluso come la CAM-ICU sia lo strumento più specifico per la valutazione del delirium nei pazienti critici.³⁴ Questa scala ha dimostrato un'elevata affidabilità, una facilità di utilizzo e una riduzione del tempo necessario alla valutazione, con tempi medi che variano tra 2 e 5 minuti; queste caratteristiche potrebbero promuove

vere un maggiore utilizzo da parte degli infermieri di area critica.²⁴

Approccio multidisciplinare al delirium

Gli infermieri dovrebbero svolgere un ruolo fondamentale nella prevenzione, nel riconoscimento precoce e nel trattamento del delirium.⁷ Anche se hanno un'adeguata preparazione sui disturbi psichiatrici durante la loro formazione di base, sono spesso poco preparati per identificare e gestire correttamente i vari stati di delirium; questo si può spiegare con il fatto che sono abituati ai segnali luminosi, agli allarmi e alla tecnologia presente nell'ambiente intensivo e non riescono a comprendere appieno gli impatti negativi che hanno sul paziente, tendendo così ad accettare il fatto che sia irrequieto o che abbia un sonno discontinuo e intermittente.²⁸

L'infermiere di terapia intensiva ha un ruolo centrale nel valutare olisticamente il paziente con delirium all'interno del team multidisciplinare, per tentare di ridurre al minimo i fattori di rischio modificabili.²⁴ La prevenzione è considerata il cardine nel trattamento del delirium, anche se mancano studi validi sugli interventi preventivi.⁴ Diversi autori concordano che l'approccio migliore rimane l'identificazione delle cause sottostanti¹² e di come il trattamento dovrebbe concentrarsi sulla prevenzione e sulla minimizzazione o eliminazione dei fattori predisponenti e precipitanti;^{4,27} gli interventi di prevenzione²⁵ devono focalizzarsi sui fattori di rischio che sono più comuni in ambito intensivo, tra cui principalmente gli squilibri idro-elettrolitici, le infezioni e l'esposizione a farmaci sedativi e analgesici. È necessario valutare ed identificare quotidianamente i fattori di rischio per facilitare notevolmente la prevenzione.^{4,17}

Ci sono diverse evidenze secondo cui appropriate strategie di gestione multidisciplinare⁴ e programmi di intervento formativi dello staff di cura^{7,12} possono diminuire la prevalenza del delirium. Come sottolineano Morandi e Jackson¹⁸, il delirium è generalmente una sindrome multifattoriale, pertanto un approccio multicomponente può essere il più efficace. Milisen et al.,⁷ attraverso una revisione sistematica, hanno cercato di determinare le caratteristiche e l'efficacia di diverse strategie di intervento multidisciplinare al delirium nelle persone anziane ospedalizzate. Queste si

sono rivelate efficaci nel ridurre l'incidenza, soprattutto se attuate attraverso la cooperazione sinergica tra le varie discipline sanitarie; inoltre hanno avuto effetti positivi sulla durata e sulla gravità del delirium, oltre che sullo stato funzionale del paziente.⁷

Fino a poco tempo fa, è stata data poca attenzione alla prevenzione, in parte a causa della limitata evidenza del suo effetto; tuttavia, molte ricerche hanno messo in luce i fattori di rischio del delirium e il loro ruolo nella prevenzione, evidenziando come sia essenziale la sua applicazione in ambito clinico.⁶ La maggior parte degli studi condotti negli ultimi anni sulla valutazione di protocolli di prevenzione e trattamento del delirium, hanno incluso pazienti non ricoverati in ambiente intensivo, ma alcune informazioni possono essere raccolte dagli studi fatti, ad esempio, sui pazienti chirurgici.¹⁸

Gli interventi multidisciplinari specifici sui fattori di rischio sono stati sviluppati attraverso programmi di formazione del personale sanitario, protocolli di intervento non-farmacologico e con il miglioramento dell'ambiente di degenza.¹³ Anche se le evidenze sull'efficacia clinica e sui costi degli interventi multidisciplinari per la prevenzione sono di moderata qualità, non vi sono prove sulla loro efficacia a lungo termine e, sebbene si ipotizzino dei benefici, sono necessarie ulteriori ricerche.³

Le linee guida NICE³ raccomandano come l'intervento multidisciplinare debba includere la valutazione di un professionista sanitario qualificato e competente, mettendo in atto azioni adeguate alle esigenze della persona ed interventi raccomandati per la prevenzione, in particolare il riorientamento, la rivalutazione della terapia farmacologica, l'adeguata idratazione e l'igiene del sonno; l'incidenza, la gravità e la durata del delirium devono essere misurate almeno ogni giorno, utilizzando uno strumento diagnostico convalidato, e registrate adeguatamente.³

Strumenti e approcci non-farmacologici

Le strategie di trattamento non-farmacologiche sono sovrapponibili alle strategie di prevenzione e si possono considerare come la continuazione di una serie di misure antideliranti messe in atto durante tutta l'ospedalizzazione del paziente.¹⁰ Il cardine per la gestione

non-farmacologica è il precoce riconoscimento delle aree problematiche potenziali ed esistenti, seguito da un intervento per correggere o modificare la situazione.¹

Mentre non ci siano prove che gli interventi farmacologici possano prevenire il delirium, molti studi hanno dimostrato che gli approcci non-farmacologici sono efficaci e possono quindi rivelarsi molto utili, anche se sono ancora sottoutilizzati.⁶ È necessario dunque aumentare lo sforzo per attuare strategie di prevenzione e gestione non-farmacologica nella routine clinica quotidiana.¹⁰ Inouye et al.,³⁵ attraverso la conduzione di un trial clinico che esaminava l'impatto del livello di aderenza sull'efficacia della strategia di intervento basata su approcci non-farmacologici, hanno dimostrato come più alti livelli di aderenza portano a tassi di delirium più bassi; i pazienti nel gruppo di massima aderenza hanno infatti dimostrato una riduzione del 89% nel rischio di delirium. È chiaro dunque come l'adesione svolga un ruolo importante per l'efficacia della strategia basata su interventi non-farmacologici e multidisciplinare.³⁵ Globalmente, questi interventi sono efficaci nel ridurre l'incidenza, la gravità e la durata del delirium ed è stato dimostrato che sono costo-efficaci nel prevenirlo quando sono applicati in pazienti a rischio.^{3,13}

Gli interventi infermieristici sono considerati come uno dei metodi non-farmacologici nel trattamento di delirium ed è stato dimostrato come l'impiego adeguato di questi approcci nelle ICU è associato ad una riduzione del delirium.¹⁴ Le linee guida NICE³ identificano chiaramente l'importanza del ruolo del personale infermieristico.

Khalifezadeh et al.,¹⁴ in un trial clinico prospettico, hanno valutato l'effetto degli interventi infermieristici sul delirium in pazienti ricoverati in una terapia intensiva neurochirurgica di un ospedale iraniano; sono state confrontate la distribuzione della frequenza di irritabilità e la distribuzione della frequenza di delirium prima dell'intervento e al quinto giorno, in due gruppi di intervento e di controllo. Gli interventi eseguiti sul gruppo di intervento comprendevano: rassicurazione, supporto emotivo, fornire informazioni chiare e una comunicazione efficace con i pazienti e le loro famiglie, permettere le visite dei familiari due volte al giorno; nel gruppo di

controllo, il campione ha ricevuto trattamenti di routine. I ricercatori hanno concluso che gli interventi multicomponente sembrano efficaci e che gli interventi infermieristici nel complesso sono necessari per osservare gli effetti positivi sul trattamento del delirium.¹⁴

Gli approcci di tipo non-farmacologico descritti in letteratura includono: il riorientamento ripetuto dei pazienti, lo svolgimento ripetuto di attività cognitivamente stimolanti per i pazienti, l'applicazione di un protocollo non-farmacologico per il sonno, la mobilitazione precoce, l'esecuzione di esercizi di mobilitazione, la tempestiva rimozione dei device e della contenzione fisica, l'uso di occhiali da vista e di apparecchi acustici, l'igiene delle orecchie, un'adeguata idratazione, la prevenzione di disturbi metabolici (ad esempio l'iponatremia), una gestione adeguata del dolore e della sedazione, la minimizzazione dei rumori inutili e degli stimoli nocivi.^{8,10,17} Altri interventi non-farmacologici descritti comprendono: la promozione delle attività giornaliere, il mantenimento di un ambiente ben illuminato, la continuità del personale assistenziale, evitare cambi di camera o di letto, incoraggiamento nell'utilizzo di oggetti personali del paziente.^{3,13}

Bruno e Warren¹⁷ sostengono come anche le procedure e le manovre assistenziali non devono essere sottovalutate, in quanto hanno un possibile potenziale nel favorire o esacerbare il delirium nel paziente critico. Tutti gli interventi diretti sul paziente (ad esempio: i prelievi ematochimici, la misurazione dei parametri vitali, la somministrazione di terapie) dovrebbero essere rivisti e interrotti se non necessari, soprattutto durante le ore notturne, per minimizzare le interruzioni inutili e favorire il riposo/sonno. Inoltre, dovrebbero essere coordinate tutte le procedure che vengono effettuate sullo stesso paziente, proprio per aiutare a ridurre ulteriormente le interruzioni e per dare al paziente un senso di continuità nelle cure.^{3,13,17} È quindi importante evitare, per quanto possibile, misure ed interventi terapeutici che possono peggiorare il grado di discomfort del paziente.³⁶ Pun e Boehm¹⁵ hanno individuato anche il bundle ABCDE come strategia non-farmacologica multidisciplinare per creare un ambiente a basso rischio per lo sviluppo di delirium in ICU. Esso comprende e sintetizza diverse pratiche

basate su prove d'efficacia, utilizzando un approccio strutturato per migliorare i risultati dei pazienti in generale, ed include: il risveglio (*awakening*) e la prova di respiro spontaneo (*breathing trial*), una scelta accurata della sedazione (*careful sedation choice*), il monitoraggio del delirium (*delirium monitoring*) e una mobilitazione precoce (*early exercise/mobility*).^{15,16,37}

Secondo Tabet e Howard⁶, la maggior parte degli studi pubblicati relativi agli approcci non-farmacologici si basano sull'individuazione dei fattori di rischio e sull'introduzione di programmi educativi per aumentare la conoscenza e la consapevolezza dello staff. Inoltre, dalla letteratura disponibile, tutte le ICU studiate mettono in pratica la maggior parte delle strategie non-farmacologiche.²⁰ Tuttavia, vi è ancora una carenza di studi che valutino gli interventi non-farmacologici, a causa delle difficoltà connesse con la ricerca sul delirium in generale e, nello specifico, con la valutazione di questi approcci.^{6,20}

Una ragione potrebbe essere la difficoltà di delineare questi interventi come specificatamente diretti al trattamento del delirium, rendendo quindi difficoltosa la creazione di specifiche domande d'indagine.² In letteratura, gran parte degli studi sugli interventi non-farmacologici sono osservazionali e non randomizzati controllati, e molti dei risultati incoraggianti si sono basati per la maggior parte sulle migliori prassi.⁶ Diversi autori, poi, sottolineano come fino ad oggi gli studi sugli approcci preventivi e non-farmacologici, sebbene raccomandati anche nei pazienti critici, si sono concentrati principalmente su una popolazione di pazienti non-intensivi e non studiati nel paziente ricoverato in ICU, in cui la natura ed i fattori di rischio di delirium sono differenti rispetto ad altre tipologie di pazienti.^{8,17,25}

Non vi sono quindi evidenze chiare per valutare gli effetti di tali interventi sul paziente critico.¹⁷ Da ciò emerge la necessità di sviluppare ulteriori studi anche in un contesto intensivo, dove il margine di miglioramento può essere notevole a causa dei tassi di prevalenza più elevati e di una maggiore durata del delirium⁸, per rafforzare il ruolo degli interventi non-farmacologici nella prevenzione.^{6,17}

Gli infermieri dovrebbero svolgere un ruolo attivo nella ricerca, in particolare

attraverso lo sviluppo degli studi sulla prevenzione e sulle strategie non-farmacologiche per modificare i fattori di rischio.¹⁵

Interventi ambientali: l'ambiente di degenza del paziente deve soddisfare alcune caratteristiche particolari, ed è quindi necessario adottare misure per modificarlo. È stato dimostrato che la luce solare aiuta a discernere il giorno della notte e a ripristinare un normale ciclo sonno-veglia e nel ristabilire il ritmo circadiano. Del resto, i disturbi del sonno, che sono comuni nei pazienti critici ricoverati in ambiente intensivo, possono avere conseguenze gravi.²⁶ È necessario minimizzare i rumori ambientali in eccesso, nemici del paziente con delirium. Potrebbe essere utile fornire una stimolazione sensoriale, attraverso, ad esempio, la musicoterapia che può ridurre l'ansia.^{14,17,36} L'impiego delle misure di contenzione fisica per il comportamento aggressivo nei pazienti affetti da delirium è spesso una pratica comune e giustificata in quanto si pensa possa impedire le cadute, aiutare a mantenere in sede i vari dispositivi e i sensori per il monitoraggio, aiutare a mantenere il corretto posizionamento del paziente, migliorare la sicurezza dello stesso e dello staff; tuttavia, il loro utilizzo non solo non impedisce le cadute e non aumenta la sicurezza del paziente, ma ha conseguenze negative sia fisiche che psicologiche.³⁶

Riorientamento: il riorientamento, uno dei principali approcci non-farmacologici per la gestione del delirium, è raccomandato come strategia di cura nelle linee guida evidence-based e nei protocolli sebbene venga spesso trascurato.^{17,38} Esso è basato su misure di supporto ambientale create per riorientare il paziente con il concetto del "qui e ora" e che minimizzano i fattori che contribuiscono alla confusione.³⁰ La letteratura sull'argomento raccomanda un approccio fondato sull'equilibrio flessibile tra orientamento alla realtà e la terapia di validazione, sincronizzato con le evoluzioni nella routine clinica del paziente e le reazioni della persona anziana.³⁸ Le misure di riorientamento includono: utilizzo di strumenti di orientamento temporale come orologi e calendari; chiamare il paziente con il nome proprio; dichiarare chiaramente le attività che si stanno per intraprende-

re sul paziente; utilizzare frequentemente richiami verbali sull'orario, sul giorno e sul luogo; fornire al paziente occhiali ed apparecchi acustici se necessari; limitazione dell'illuminazione; minimizzare i rumori sia durante il giorno che durante la notte per favorire il sonno e il riposo; utilizzare una comunicazione efficace (ad esempio con un linguaggio conciso e ripetitivo); evitare un linguaggio non familiare; mostrare fotografie di familiari o effetti personali; incoraggiare le visite dei familiari; assicurare un adeguato controllo del dolore.³⁰ Day et al.,³⁸ hanno analizzato criticamente la letteratura relativa alle esperienze di anziani ricoverati in ospedale durante un episodio di delirium e hanno indagato l'adeguatezza delle strategie di orientamento, in relazione alle raccomandazioni più recenti; i ricercatori hanno concluso che non deriva nessun danno dall'uso di approcci di orientamento e che sono dunque raccomandati nella pratica clinica.

Comunicazione e coinvolgimento della famiglia: nel paziente critico sono spesso presenti barriere comunicative, che possono tradursi in una mancanza di comprensione dei trattamenti e delle cure fornite, favorendo così lo sviluppo di delirium; le barriere, più comunemente relative all'udito, alla vista, alla lingua e alle barriere culturali, devono essere valutate al momento del ricovero e rivalutate quotidianamente.¹⁷ Inoltre è necessario rafforzare la comunicazione parlando con il paziente lentamente e in modo chiaro, fornendo un sostegno emotivo.¹⁴ Comprensione, sostegno e riconoscimento di ciò che le persone stanno vivendo, spiegando la situazione, dando la possibilità di parlare dell'esperienza vissuta e favorire la presenza della famiglia, rappresentano importanti interventi che possono aiutare il paziente ad uscire dall'esperienza di delirium.⁹ È importante anche il coinvolgimento dei familiari, che devono essere informati, spiegando loro che i sintomi sono temporanei e reversibili, in quanto ciò permette di rassicurare i pazienti e di promuoverne l'orientamento.³⁶ I membri della famiglia dovrebbero essere incoraggiati a visitare e comunicare con i pazienti quanto più possibile.¹⁷ Boot²⁴ sottolinea come gli infermieri abbiano un ruolo fondamentale anche nell'educazione dei familiari, attraverso informazioni sulle caratteristiche e sulla

natura fluttuante e temporanea del delirium, aiutando in questo modo ad alleviare le preoccupazioni e le paure; gli infermieri dovrebbero essere anche in grado di identificare e incoraggiare i membri della famiglia più adatti per favorire il riorientamento del paziente.

Ruolo della formazione nella prevenzione e gestione del delirium

Alcune difficoltà nella diagnosi, nel trattamento e nella prevenzione, derivano in parte da una scarsa attenzione storica al problema nella formazione dei professionisti sanitari.^{6,12,23,39} Secondo Hamdan-Mansour e Othman²² gli infermieri che lavorano in ICU non hanno le conoscenze appropriate per gestire efficacemente nella pratica il delirium nei pazienti critici. Si è visto come una specifica formazione multidisciplinare e programmi di intervento infermieristici portano ad una diminuzione della durata e della gravità del delirium, sebbene il successo di tali strategie dipenda dal piano specifico, dalla popolazione di pazienti e dall'implementazione degli interventi stessi.⁸

Anche se alcuni ricercatori hanno scoperto che i programmi formativi destinati agli infermieri possono migliorare gli esiti sui pazienti deliranti, è stata condotta poca ricerca sulla valutazione delle conoscenze e delle competenze dei professionisti in ambito intensivo.²² Hamdan-Mansour e Othman²² hanno condotto uno studio tra gli infermieri di alcune ICU in Giordania per determinare il livello di conoscenza e capacità nella gestione dei pazienti critici con delirium. È stato somministrato un questionario a 232 infermieri di area critica; i risultati hanno individuato la necessità di più specifiche conoscenze e competenze per valutare e gestire in modo più efficace questa condizione.

Forsgren ed Eriksson²⁰ hanno condotto uno studio per indagare la consapevolezza e l'osservazione del delirium e gli interventi di prevenzione e gestione e per esaminare l'influenza della formazione dello staff, somministrando un questionario ai pazienti ricoverati nelle ICU svedesi; questo studio dimostrava che la consapevolezza del problema era basso e una mancanza di implementazione di strumenti di screening validati per la diagnosi; secondo gli autori è dunque necessario porre l'accento sulla formazione e sull'implementazione di

questi strumenti, per migliorare la qualità delle cure dei pazienti critici. Considerando il grave impatto del delirium sui pazienti e le loro famiglie, rispetto a quanto evidenziato dalla letteratura, la formazione infermieristica dovrebbe ricevere più enfasi e dovrebbe essere maggiormente implementata, sia al livello di base che in quello avanzato.^{12,23}

Conclusioni

Il delirium ha un'elevata incidenza nel paziente critico ricoverato nelle ICU ed ha un impatto negativo notevole sugli outcome clinici, oltre che sui costi sanitari, in quanto è collegato ad un aumento del tempo di degenza in ambiente intensivo e ad un incremento della mortalità. Si è visto come sono necessari ulteriori studi per determinare chiaramente quali sono i meccanismi fisiopatologici che stanno alla base di questa sindrome. L'infermiere ha un ruolo chiave e straordinario nel riconoscimento e nella gestione dei pazienti con delirium, soprattutto per l'applicazione degli approcci non-farmacologici e multi-componente. Del resto gli interventi infermieristici sono considerati in letteratura come metodi non-farmacologici nel trattamento del delirium. Il riorientamento, gli interventi ambientali e il coinvolgimento dei familiari rappresentano i principali approcci non-farmacologici. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare chiaramente l'efficacia di questi approcci, soprattutto nei pazienti critici ricoverati in terapia intensiva, con lo stretto coinvolgimento degli infermieri. Tuttavia la prevenzione rimane il cardine per il trattamento del paziente con delirium.

Il delirium è notevolmente sottodiagnosticato e sottogestito, anche perché spesso viene considerato come una condizione normale e attesa del paziente ricoverato in ambiente intensivo.

Vi è la necessità di accrescere la conoscenza relativa al problema nel personale infermieristico, di favorire l'integrazione della valutazione e dell'accertamento del delirium nella pratica clinica di routine, di implementare degli interventi educativi specifici e di creare degli strumenti validati, come protocolli strutturati e basati su prove di efficacia. La formazione di base e avanzata hanno un'importanza fondamentale nell'incre-

mentare la consapevolezza di questo problema e dunque nel migliorare le strategie di prevenzione e trattamento.

Bibliografia

1. PERINI C, GALVAGNI M. *Il delirium in terapia intensiva: aspetti clinici ed assistenziali. Analisi di un caso.* Scenari 2006; 23(1): 9-14.
2. HOLLY C, CANTWELL ER, JADOTTE Y. *Acute delirium: differentiation and care.* Crit Care Nurs Clin North Am 2012; 24(1): 131-47.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Delirium. Diagnosis, prevention and management.* London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010.
4. MARINELLI E. *Quesiti clinico-assistenziali. Delirium post operatorio.* (Anno 3, n. 16). Milano: Editore Zadig, 2011.
5. FINOTTO S, ARTIOLI G, DAVOLI L, BARBARA B. *Interventi infermieristici nella prevenzione del delirium in Unità Coronarica: uno studio randomizzato.* Prof Inferm 2006; 59(4): 228-32.
6. TABET N, HOWARD R. *Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium.* Age Ageing 2009; 38:374-9.
7. MILISEN K, LEMIENGRE J, BRAES T, FOREMAN MD. *Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review.* J Adv Nurs 2005; 52(1): 79-90.
8. PUN BT, ELY EW. *The importance of diagnosing and managing ICU delirium.* Chest, 2007; 132: 624-36.
9. BELANGER L, DUCHARME F. *Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies.* Nurs Crit Care 2011; 16(6): 303-15.
10. SCHIEMANN A, HADZIDIKOS D, SPIES C. *Managing ICU delirium.* Curr Opin Crit Care 2011; 17: 131-40.
11. BLACKWOOD B, ALBARRAN JW, LATOUR JM. *Research priorities of adult intensive care nurses in 20 European countries: a Delphi study.* J Adv Nurs 2010; 67(3): 550-62.
12. TABET N, HOWARD R. *Prevention, diagnosis and treatment of delirium: staff educational approaches.* Expert Rev Neurother 2006; 6(5): 741-51.
13. CEREJEIRA J, MUKAETOVA-LADINSKA, EB. *A Clinical Update on Delirium: From Early Recognition to Effective Management.* Nurs Res Pract 2011:875196, Epub 2011 Jun 16.
14. KHALIFEZADEH A, SAFAZADEH S, MEHRABI T, MANSOUR BA. *Reviewing the effect of nursing interventions on delirious patients admitted to intensive care unit of neurosurgery ward in Al-Zahra Hospital, Isfahan University of Medical Sciences.* Iran J Nurs Midwifery Res 2011; 16(1): 106-12.
15. PUN BT, BOEHM L. *Delirium in the intensive care unit: assessment and management.* AACN Adv Crit Care 2011; 22(3): 225-37.
16. HIPPE DM, ELY EW. *Pharmacological and nonpharmacological management of delirium in critically ill patients.* Neurotherapeutics 2012; 9(1): 158-75.
17. BRUNO JJ, WARREN ML. *Intensive care unit delirium.* Crit Care Nurs Clin North Am 2010; 22: 161-78.
18. MORANDI A, JACKSON JC. *Delirium in the intensive care unit: a review.* Neurol Clin 2011; 29(4): 749-63.
19. VAN ROMPAEY B, SCHUURMANS MJ, SHORTRIDGE-BAGGETT LM, TRUIJEN S, ELSEVIERS M, BOSSAERT L. *Long term outcome after delirium in the intensive care unit.* J Clin Nurs 2009; 18(23): 3349-57.
20. FORSGREN LM, ERIKSSON M. *Delirium-awareness, observation and interventions in intensive care units: a national survey of Swedish ICU head nurses.* Intensive Crit Care Nurs 2010; 26(5): 296-303.
21. JUNG JH, LIM JH, KIM EJ, AN HC, KANG MK, LEE J, MIN YK, PARK EZ, SONG XH, KIM HR, LEE SM. *The Experience of Delirium Care and Clinical Feasibility of the CAM-ICU in a Korean ICU.* Clin Nurs Res 2012 (in attesa di pubblicazione).
22. HAMDAN-MANSOUR AM, FARHAN NA, OTHMAN EH, YACOB MI. *Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan.* J Contin Educ Nurs, 2010; 41(12): 571-6.
23. AKECHI T, ISHIGURO C, OKUYAMA T, ENDO C, SAGAWA R, UCHIDA M, FURUKAWA TA. *Delirium training program for nurses.* Psychosomatics 2010; 51(2): 106-11.
24. BOOT R. *Delirium: A review of the nurses role in the intensive care unit.* Intensive Crit Care Nurs 2012; 28(3): 185-9.
25. GIRARD TD, PANDHARIPANDE PP, ELY EW. *Delirium in the intensive care unit.* Crit Care 2008; 12 Suppl 3:S3.
26. HOFHUIS JG, LANGEVOORT G, ROMMES JH, SPRONK PE. *Sleep disturbances and sedation practices in the intensive care unit - A postal survey in the Netherlands.* Intensive Crit Care Nurs 2012; 28(3): 141-9.
27. AREND E, CHRISTENSEN M. *Delirium in the intensive care unit: a review.* Nurs Crit Care 2009; 14(3): 145-54.
28. LITTON KA. *Delirium in the critical care patient: what the professional staff needs to know.* Crit Care Nurs Q 2003; 26(3): 208-13.
29. FLAGG B, COX L, McDOWELL S, MWOSE JM, BUELOW JM. *Nursing identification of delirium.* Clin Nurse Spec 2010; 24(5): 260-6.
30. SKI C, O'CONNELL B. *Mismanagement of delirium places patients at risk.* Aust J Adv Nurs, 2006; 23(3): 42-6.
31. INOUE SK, FOREMAN MD, MION LC, KATZ KH, COONEY LM Jr. *Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings.* Arch Intern

- Med 2001; 161(20): 2467-73.
32. DEVLIN JW, FONG JJ, HOWARD EP, SKROBIK Y, MCCOY N, YASUDA C, MARSHALL J. *Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions*. Am J Crit Care 2008; 17(6): 555-65.
33. VAN DEN BOOGAARD M, PICKKERS P, SLOOTER AJ, KUIPER MA, SPRONK PE, VAN DER VOORT PH, VAN DER HOEVEN JG, DONDEERS R, VAN ACHTERBERG T, SCHOONHOVEN L. *Development and validation of PRE-DELIRIC (PREdiction of DELIRium in ICU patients) delirium prediction model for intensive care patients: observational multicentre study*. BMJ 2012; 344:e420.
34. NETO AS, NASSAR AP JR, CARDOSO SO, MANETTA JA, PEREIRA VG, ESPÓSITO DC, DAMASCENO MC, SLOOTER AJ. *Delirium screening in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis*. Crit Care Med 2012; 40(6): 1946-51.
35. INOUE SK, BOGARDUS ST JR, WILLIAMS CS, LEO-SUMMERS L, AGOSTINI JV. *The role of adherence on the effectiveness of nonpharmacologic interventions*. Arch Intern Med 2003; 163(8): 958-64.
36. DURÁN ALONSO JC, PAGEO GIMÉNEZ MDEL M. *Non-pharmacological treatment of delirium*. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008; 43(3): 25-32.
37. BALAS MC, VASILEVSKIS EE, BURKE WJ, BOEHM L, PUN BT, OLSEN KM, PEITZ GJ, ELY EW. *Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice*. Crit Care Nurse 2012; 32(2): 35-48.
38. DAY J, HIGGINS I, KEATINGE D. *Orientation strategies during delirium: are they helpful?* J Clin Nurs 2011; 20(23-24): 3285-94.
39. SCHUURMANS MJ, DUURSMA SA, SHORTRIDGE-BAGGETT LM. *Early recognition of delirium: review of the literature*. J Clin Nurs 2001; 10(6): 721-9.

32° Congresso nazionale Aniarti

6/7/8 novembre 2013

Gli infermieri di area critica e la questione civile

**Come contribuire a cambiare il Paese
Cosa stiamo già facendo. Cosa vogliamo fare ancora**

PRIMO ANNUNCIO

Come cittadini abbiamo la grande preoccupazione di partecipare al recupero urgente del senso della comunità del nostro Paese.

La questione civile si impone. Da decenni, perfino elementari regole di convivenza sono vilipesi e considerate con sempre minori freni e scrupoli, esclusivamente impedimenti agli interessi personali. La società civile è l'ambito di esercizio di queste regole, che sono l'unica garanzia di accesso ai diritti; chi le vive, le difende o ne pretende il rispetto non può essere dileggiato o considerato un idealista fuori dal tempo.

I luoghi e le situazioni dentro cui, da infermieri, viviamo chiedono una svolta radicale e generalizzata. Non siamo sordi.

Con il congresso Aniarti del 2013, lanciamo una sfida a noi stessi innanzitutto, cittadini professionisti dell'assistenza. Vogliamo evidenziare come responsabilità, passione civile, intelligenza e creatività, cambiano il nostro Paese dal basso.

Non aspettiamo soluzioni: le pensiamo, le proponiamo, mostriamo quelle che abbiamo già attuato e che, pur essendo dei fari, sono sempre tenute coperte, considerate poca cosa. E lo diremo al Paese. Troveremo il nostro modo di farci ascoltare.

La questione civile è una constatazione realistica sulla nostra storia recente e un'esigenza che fonda una speranza: ricostruire le relazioni dalle basi: giustizia, equità, pari dignità, solidarietà verso tutti, misura.

La funzione dell'assistere è da sempre l'espressione delle società avanzate, coese, inclusive.

L'assistere deve manifestare il peso della propria essenza in termini di esigenza e capacità di cambiamento e di nuovo avanzamento.

È un'operazione culturale, che determina qualità di vita, struttura sociale ripensata, economia ri-finalizzata, benessere nuovo che è prima di tutto bene-vivere...

Gli infermieri devono recuperare rapidamente la propria responsabilità nella storia e nelle società. L'alternativa sarebbe contribuire indirettamente al degrado delle relazioni e dei valori fondanti.

Significativa anche l'esperienza storica dell'attribuzione al *femminile* l'assistere ed invece al *maschile* il governare, con le analogie nelle figure professionali che assistono e il ruolo solo subalterno loro concesso nella nostra società. Gli esiti che constatiamo sono parte del problema di fondo. È chiara la necessità di una maggior incidenza del *femminile* e di un minore condizionamento del *maschile*.

La reinterpretazione delle competenze, come delle procedure, delle caratteristiche, della valenza e dei limiti delle cure, fino all'organizzazione dei servizi per la salute, sono – dovranno essere – un passaggio obbligato per i professionisti della salute, in modo particolare per gli infermieri, per corrispondere al proprio mandato etico e contribuire, insieme, al nuovo futuro comune.

La strada è lunga, ma sembra molto condivisa e chiaramente tracciata per gli infermieri. A partire dall'area critica possiamo e dobbiamo indicare obiettivi coraggiosi ed improbabili.

Questo esprimerà il convegno Aniarti 2013, rendendo manifeste le esperienze ed i contributi che già esistono, *in nuce* o consolidati, nelle nostre realtà di lavoro.

**Contribuisci anche tu con noi a costruire l'assistenza infermieristica
nell'area critica del futuro!
e a costruire una società del futuro più attenta alle sue vere priorità!**

Il 32° Congresso Aniarti sarà una tappa in questa direzione.

Porta la tua esperienza e partecipa.

Per tutte le informazioni: www.aniarti.it