

La sopravvivenza non è abbastanza. Quale recupero dopo l'esperienza di ricovero in aree intensive

Survival is not enough. Which recovery after hospitalization experience in critical care

■ **Gian Domenico Giusti.** Infermiere, Azienda Ospedaliero Universitaria di Perugia. Unità di Terapia Intensiva. Direttore "SCENARIO. Il nursing nella sopravvivenza"

L'attenzione dei professionisti sanitari che operano in aree intensive, spesso è catturata dall'emergenza e le priorità degli interventi sono il mantenimento delle funzioni vitali di base dell'assistito. In questo editoriale, come nei successivi che verranno pubblicati su "SCENARIO. Il nursing nella sopravvivenza", si proverà a considerare alcune conseguenze delle azioni intraprese dando spazio ad approfondimenti, spunti di riflessione per future linee di ricerca e studi ad esse correlate.

I progressi tecnologici e terapeutici continuano a migliorare la sopravvivenza dei pazienti critici, tuttavia con l'aumento di questa, si è iniziato a comprendere che il recupero completo dalla malattia risulti essere molto complesso.

Recuperare dopo un ricovero in area intensiva, può richiedere molte settimane se non anni e questo è influenzato da numerosi fattori che possono essere suddivisi in:

- Cause correlate alla persona (età, comorbilità, condizione fisica pre-ricovero in area intensiva, bisogno di riabilitazione, capacità di adattamento alla nuova situazione, funzione cognitiva e psicologica preesistente)
- Cause correlate all'assistenza ricevuta durante il ricovero (tipo di sedazione e ventilazione, insorgenza di *delirium*, presenza di "debolezza post ICU", mobilitazione precoce, piano di dimissione coordinato, presenza di familiari e *caregivers*)
- Cause di natura generale (risorse familiari e sociali, presenza di servizio *follow-up* post dimissione...) [1]

Il percorso riabilitativo è unico e difficilmente standardizzabile soprattutto in termini di tempistiche e riconoscere che la "sopravvivenza" non è abbastanza, ha permesso in questi anni di orientare la ricerca verso l'approfondimento di questa tematica, cercando di comprendere quali fattori e quali strategie potrebbero aiutare il recupero [2]. La crescita delle informazioni su questo argomento, possono aiutare il personale sanitario nella scelta degli interventi, i pazienti nel ricevere sempre i

trattamenti più appropriati, i familiari nell'aver la certezza che le scelte operate sono le più opportune.

Come per qualsiasi intervento sanitario, anche rispetto alle strategie per il recupero non esiste una formula del tutto corretta. Quello che probabilmente rappresenta la giusta strada da intraprendere, è indirizzare gli interventi durante il ricovero mirando alla "riduzione del danno" e cercando quindi di evitare il più possibile l'insorgenza di complicanze secondarie. Per determinare quali obiettivi raggiungere, è necessario conoscere le condizioni di salute prima dello stato critico, che saranno utili per capire anche eventuali possibilità di recupero. Inoltre occorrerà valutare i "desideri" dei pazienti e della loro famiglia anche se, dato che spesso la "malattia critica" è inattesa, è difficile conoscere lo stato di base della persona e le sue reali volontà, queste devono essere desunte dalle informazioni fornite dai familiari con numerose difficoltà.

Gli esiti che solitamente si vanno a misurare non sono idonei per comprendere questo problema, parlare solo di mortalità, riammissioni o insufficienza d'organo non è abbastanza quando si devono valutare le reali possibilità di recupero. La valutazione degli *outcomes* dovrebbero iniziare durante il ricovero in Terapia Intensiva e continuare per tutto il periodo di ricovero. Valutare gli aspetti fisici, psicologici, cognitivi, sociali e di qualità della vita è importante, anche se non esiste un accordo su quali strumenti siano più efficaci e quando questi vadano utilizzati. Monitorare gli esiti è importante sia per vedere le possibilità di ripresa, sia per comprendere chi non potrà avere un recupero ottimale. Tra i vari strumenti utilizzati per misurare gli esiti abbiamo quelli che prendono in considerazione:

- la funzione fisica;
- le attività di vita quotidiana;
- la funzione psicologica;
- la funzione cognitiva;
- la qualità di vita;
- il supporto sociale. [3]

Le numerose scale che possono essere

utilizzate, alcune già tradotte, adattate culturalmente e validate anche in lingua italiana, permettono di valutare precocemente dove intervenire.

Proprio come esistono linee guida, protocolli e "bundle" per specifiche patologie, anche per organizzare il recupero dovranno essere implementate strategie per migliorare la sopravvivenza sia per le persone coinvolte dalla malattia, che per la famiglia, ed è quest'ultima, non necessariamente riconducibile alla definizione genetica o legale, che dovrà essere sempre più coinvolta sia durante la degenza che negli aspetti riabilitativi [4,5].

La ricerca continua a crescere per identificare interventi efficaci per prevenire e ridurre al minimo deficit e migliorare il recupero ma questo cambiamento organizzativo richiederà il coinvolgimento di tutte le professioni sanitarie e dovrà necessariamente riguardare tutte le strutture.

Aniarti e gli infermieri d'Area Critica sono pronti nell'accettare anche questa nuova sfida.

Bibliografia:

1. Jutte JE, Erb CT, Jackson JC. Physical, Cognitive, and Psychological Disability Following Critical Illness: What Is the Risk?. *Semin Respir Crit Care Med* 2015;36:943-958.
2. Marshall AP. Survival is not enough: the importance of recovery after critical illness. *Aust Crit Care* 30 (2017) 55-56.
3. Aitken LM, Marshall AP. Monitoring and optimising outcomes of survivors of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs* 2015;31(1):1-9.
4. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, et al. Guidelines for family centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Crit Care Med* 2017;45(1):103-128
5. Gerritsen RK, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centred care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2017;43(4):550-553