

Ricerca infermieristica in terapia intensiva. Quali traiettorie nel presente?

Nursing research in intensive care clinical settings: where are we going

■ **STEFANO BAMBI¹, ALBERTO LUCCHINI², PASQUALE IOZZO³, LAURA RASERO¹**

¹ Professore Associato MED 45, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Firenze

² Infermiere Coordinatore, Terapia Intensiva Generale Ospedale San Gerardo, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Monza

³ Infermiere, Responsabile Assistenziale del Dipartimento Emergenza e Urgenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Paolo Giaccone" di Palermo

GUEST EDITORIAL

PERVENUTO IL 31/03/2022

ACCETTATO IL 05/04/2022

Corrispondenza per richieste:

Prof. Stefano Bambi,
stefano.bambi@unifi.it

Gli autori dichiarano che il presente articolo non è stato pubblicato in precedenza e non è stato inoltrato presso altra rivista; gli autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse.

Nel 1983, in un editoriale sulla rivista *Heart & Lung*, Lewandowski e Kositsky, hanno affermato: "Research is vital for nursing practice"^[1]. Nei setting di area critica, dobbiamo decidere se crederci ancora oppure no. Può sembrare una provocazione, ma di fatto non lo è, in quanto è estremamente complesso reperire i fondi da dedicare a questa attività scientifica.

Lo stato di salute della ricerca infermieristica in terapia intensiva, in particolare in Italia, è, almeno in buona parte, incerto.

L'attenzione verso il miglioramento delle cure è il motore principale che spinge le industrie di dispositivi medici ad investire denaro per aumentare conoscenze, ideare e sperimentare innovazioni che siano utili per garantire una sempre maggiore qualità delle cure e migliorare la sopravvivenza delle persone ricoverate nelle terapie intensive.

L'assistenza infermieristica, da un punto di vista culturale e sociale, non è ancora stata compresa del tutto, quantomeno nelle sue molteplici sfaccettature, dalla società. Non viene sempre recepito quanto l'atto di assistere possa essere atto di cura^[2], e quindi, quanto tutto ciò che è assistenza infermieristica diretta e tutto quello che vi ruota attorno, abbia bisogno di essere confermato in termini di efficacia, possibilmente correlata ad esiti maggiori che spesso si sovrappongono ai

"noti" esiti sensibili infermieristici (sopravvivenza, lunghezza di degenza, giornate libere da ventilazione...riduzione delle complicanze nei sopravvissuti dimessi)^[3].

Se da un lato è importante creare cultura favorendo l'acquisizione della consapevolezza dell'importanza della ricerca in area intensiva da parte degli infermieri (oltre che della capacità di farla), dall'altro è necessario che le società scientifiche si assumano la responsabilità, non solo di renderla visibile e fruibile ai colleghi impegnati al letto del paziente, ma anche di valorizzarne gli sforzi, i risultati (che possono derivare anche fuori dai contesti clinici) e i cambiamenti auspicabili, confrontandosi con autorevolezza con le altre discipline e professioni, e soprattutto, sensibilizzando i laici, cioè la stragrande maggioranza della società.

Lo sanno bene gli ex pazienti e i loro familiari quanto importanti siano gli infermieri, e quanto spesso si rendano conto di aver sottovalutato questa professione nel momento in cui hanno toccato con mano la grande competenza che gli infermieri hanno nel trasformare l'atto di assistere in atto di cura, e quindi l'essere fondamentali alla loro sopravvivenza, e soprattutto alla loro restituzione nel tessuto familiare e sociale nelle migliori condizioni di funzionalità possibili^[4].

Accanto alla ricerca di tipo quantitativo,

la ricerca con metodi qualitativi sta assumendo un ruolo sempre più importante nel contesto delle terapie intensive^[5,6]. E se ci pensiamo bene, la terapia intensiva è il setting ospedaliero dove più di tutti gli altri, grazie al rapporto numerico privilegiato tra infermieri e pazienti, si può realizzare un'assistenza davvero personalizzata, trovando quindi una grande legittimazione della ricerca qualitativa, attenta a cogliere vissuti, esperienze, comportamenti e modelli di relazioni che possono essere estremamente utili nel trovare un "fitting" adeguato di molti interventi assistenziali sulle caratteristiche dei singoli individui ricoverati e dei loro gruppi familiari (ponendo attenzione anche alle differenti culture ed etnie di provenienza dei nostri assistiti).

In questo momento storico, segnato dalla fatica della pandemia, dalla paura e indignazione per la guerra molto vicina a noi, e anche dalle conseguenze socio-economiche che si prospettano ancora peggiori nel futuro prossimo, è importante che gli infermieri si non si arrendano.

È necessario continuare adesso più di prima a porci domande di ricerca, che possano far partire nel nostro "orto" o "assieme a quello degli altri", percorsi di "ideazione" o "scoperta" di contenuti nuovi, spendibili nella pratica clinica, nella comunicazione/relazione, nell'organizzazione, e nella formazione, sol-

tanto per citare quattro aree fondamentali che ci riguardano da vicino.

Pensiamo ai fondamenti dell'assistenza infermieristica. Ad oggi le evidenze a supporto di quello che applichiamo quotidianamente al letto dei nostri assistiti sono ancora pochissime^[7]. Ne sono esempi concreti i problemi aperti (aree grigie), spesso sottostimati e/o trascurati, che ancora oggi persistono su alcune procedure che quotidianamente mettiamo in atto e non hanno ancora basi scientifiche consolidate o manca qualche innovazione concreta una parola definitiva interventi infermieristici, come, ad esempio, la gestione del sondino nasogastrico; manca infatti un metodo bedside alla portata di tutti, che abbia una adeguata specificità tale da metterci al sicuro verso il posizionamento non corretto o la dislocazione, con tutti i rischi che ne conseguono per i pazienti^[9].

Pensiamo a quanto sia necessario, in questo momento, avere informazioni sui vissuti dei familiari e dei sopravvissuti nelle aree COVID-19 durante il loro periodo di degenza, per capire come poter modulare la possibilità di far interagire le persone in isolamento con i loro familiari, magari con approcci non "a taglia unica", ma individualizzati (visite al letto della persona, telefonate, videochiamate...).

Pensiamo alla necessità di documentare con approccio metodologicamente adeguato gli effetti dei cambiamenti organizzativi che vengono introdotti nei nostri contesti rispetto all'esistente, e della nascente ottica della flessibilità e rimodulazione delle unità operative in sincrono con l'andamento pandemico^[9].

Pensiamo alla misurazione dell'impatto che la formazione completamente a distanza ha avuto sui nostri ultimi neolaureati, e quanto possa esser utile sviluppare nuove strategie di inserimento dei neoassunti nelle nostre terapie intensive.

Queste sono solo poche suggestioni sulle quali la professione deve riflettere.

Per fare tutto questo serve che la passione che mettiamo nel nostro lavoro (molti tra noi definiscono "il più bello del mondo"), riacenda adesso anche la voglia di fare ricerca sul campo.

Dobbiamo (e possiamo) tornare a vivere quel "mood" tipico della fine degli anni '90 ed inizio del nuovo millennio in cui moltissimi gruppi infermieristici vedevano il loro momento

d'oro... in cui si respirava una voglia di crescere e mettere a condivisione esperienze... quello che ognuno di noi, nei rispettivi momenti diversi, ricorda come il gruppo che ha fatto "un pezzetto di storia della propria terapia intensiva".

Per tutti, anche per i più giovani che ancora nei primi anni 2000 non c'erano, la ricetta per non mollare è sempre la stessa: non lavorare in solitudine. Dobbiamo ricominciare lavorare dentro i nostri gruppi e valorizzare tutti i talenti che ci sono: "i creativi", "i tenaci", "gli appassionati delle novità", "i precisi", "gli organizzatori", "i mentori", "i leader", "gli scrittori", "gli entusiasti", "i critici". E poi è necessario coinvolgere soprattutto chi non è nel gruppo di ricerca ma sarà attore della ricerca stessa, e fare "massa critica", consapevole. Se i mezzi e le risorse che abbiamo a disposizione al momento non sono sufficienti, cerchiamo aiuto, facciamo rete.

Le Università e i nostri Ordini sono sensibili alla ricerca, non ce lo dimentichiamo.

Se non siamo compresi rischiamo di essere ostacolati, quindi coinvolgiamo proattivamente, argomentiamo. Spesso i contenuti di una ricerca possono esser utili a più discipline, e questo può diventare un punto a nostro favore, per cercare anche alleanze reciprocamente fruttuose.

È faticoso. Ma è l'unica strada che abbiamo. Lo dobbiamo a noi stessi, ai nostri giovani, ai nostri studenti, ed in primis ai nostri assistiti.

Se l'infermieristica in terapia intensiva si nutrirà di contenuti nuovi, attuali, e consistenti, spendibili all'interno delle nostre organizzazioni, faremo ulteriori passi avanti nel renderci visibili, riconosciuti, e prima ancora appagati dal contribuire a processi assistenziali con un nursing "a regola d'arte". E questo grazie ad ognuno di noi.

Ognuno, infatti, a qualsiasi livello, deve fare la sua parte, perché solo insieme possiamo elevare il livello di questa professione, "il lavoro più bello del mondo".

BIBLIOGRAFIA

1. LEWANDOWSKI LA, KOSITSKY AM. *Research priorities for critical care nursing: a study by the American Association of Critical-Care Nurses*. Heart Lung. 1983;12(1):35-44.
2. GEARY PA, HAWKINS JW. *To cure, to care, or*

to heal. Nurs Forum. 1991;26(3):5-13. doi: 10.1111/j.1744-6198.1991.tb00883.x.

3. SAVITZ LA, JONES CB, BERNARD S. *Quality Indicators Sensitive to Nurse Staffing in Acute Care Settings*. In: HENRIKSEN K, BATTLES JB, MARKS ES, LEWIN DI, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation* (Volume 4: Programs, Tools, and Products). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005 Feb.
4. YUAN C, TIMMINS F, THOMPSON DR. *Post-intensive care syndrome: A concept analysis*. Int J Nurs Stud. 2021;114:103814. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103814.
5. HØYE S, SEVERINSSON E. *Methodological aspects of rigor in qualitative nursing research on families involved in intensive care units: a literature review*. Nurs Health Sci. 2007 Mar;9(1):61-8. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00300.x.
6. GEORGE M, HERNANDEZ C, SMITH S, NARSAVAGE G, KAPPELLA MC, CARNO M, GUTTORMSON J, DISLER RT, HART DE, CHLAN LL, HAPP MB, CHEN Z, HETLAND B, HUTCHINSON AF, JONSDOTIR H, REDEKER NS, SCHELL-CHAPLE H, FLETCHER M, YORKE J. *Nursing Research Priorities in Critical Care, Pulmonary, and Sleep: International Delphi Survey of Nurses, Patients, and Caregivers*. Ann Am Thorac Soc. 2020;17(1):1-10. doi: 10.1513/AnnalsATS.201909-705ST.
7. RICHARDS DA, HILLI A, PENTECOST C, GOODWIN VA, FROST J. *Fundamental nursing care: a systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene*. J Clin Nurs. 2018;27(11-12):2179-2188. doi: 10.1111/jocn.14150.
8. METHENY NA, KRIEGER MM, HEALEY F, MEERT KL. *A review of guidelines to distinguish between gastric and pulmonary placement of nasogastric tubes*. Heart Lung. 2019;48(3):226-235. doi: 10.1016/j.hrtlung.2019.01.003.
9. ARABI YM, AZOULAY E, AL-DORZI HM, PHUA J, SALLUH J, BINNIE A, HODGSON C, ANGUS DC, CECCONI M, DU B, FOWLER R, GOMERSALL CD, HORBY P, JUFFERMANS NP, KESECIOLU J, KLEINPELL RM, MACHADO FR, MARTIN GS, MEYFROIDT G, RHODES A, ROWAN K, TIMSIT JF, VINCENT JL, CITERIO G. *How the COVID-19 pandemic will change the future of critical care*. Intensive Care Med. 2021;47(3):282-291. doi: 10.1007/s00134-021-06352-y.