

Follow-up dei pazienti ricoverati in una terapia intensiva generale ad un anno dalla dimissione

Follow-up of patients admitted to a general ICU one year after discharge

■ ALBERTO LUCCHINI¹, HERMAN BONDI², ANGELA PEDRUZZI³, VERONICA PIROLA³, GUJA CATTANEO³, MAGDA MASCHERONI⁴

¹ Infermiere Coordinatore, Terapia Intensiva Generale, Dipartimento di Emergenza e Urgenza, Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca

² Infermiere, Master in Scienze Infermieristiche e Terapia Intensiva, Master in Ricerca Infermieristica, Blocco Operatorio, Policlinico S. Orsola-Malpighi, Bologna

³ Infermiere, Master in Scienze Infermieristiche e Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, Bergamo

⁴ Infermiere, Terapia Intensiva Generale, Azienda Ospedaliera S. Gerardo di Monza

RIASSUNTO



Introduzione: il ricovero di terapia intensiva è un evento stressante per le persone ricoverate. I postumi fisici e i ricordi del vissuto possono protrarsi per molto tempo dopo la dimissione.

Obiettivo: intervistare ad un anno dalla dimissione le persone dimesse da una terapia intensiva polivalente per investigare la loro autonomia in alcune aree specifiche (mobilità, cura di sé, attività usuali e dolore). Materiali e metodi: realizzazione di un questionario pilota da somministrare mediante intervista telefonica. Il questionario pilota è stato creato utilizzando alcuni items del questionario Euro-QoL 5D®. Il questionario è composto da 12 domande chiuse e 4 domande aperte.

Risultati: l'intervista telefonica è stata possibile in 78 persone. L'età media degli intervistati è di 69,94 (DS 15,24) anni. La degenza media è stata di 5,32 (DS 5,41) giorni. Ad un anno dal ricovero il 30% circa del campione non è in grado di provvedere autonomamente alla propria igiene personale, ha difficoltà a vestirsi autonomamente. Il 50% non è in grado di deambulare come prima del ricovero e non ha ancora ripreso la propria attività lavorativa. Il 40% ha difficoltà a dormire ed ha iniziato ad avere incubi dopo il ricovero.

Le procedure ricordate come le peggiori sono: la broncoaspirazione (22%), la CPAP con scafandro (15%), la contenzione fisica (7%) e l'estubazione (7%).

I pazienti con più di 80 anni e con degenza superiore ai 5 giorni sono quelli con limitazioni maggiori per quanto riguarda l'area della cura di sé e della mobilità ad un anno dalla dimissione.

Conclusioni: il follow-up telefonico ad un anno dalla dimissione è uno strumento semplice per indagare quale sia il recupero funzionale in alcune aree specifiche come la mobilità, la cura di sé ed il ritorno alle attività usuali prima del ricovero.

Parole chiave: Follow-up, Qualità di vita, Ricordi, Terapia intensiva.

ABSTRACT



Introduction: the stay in an intensive care unit is a stressful event for any hospitalized person. Physical after-effects and memories can last long after the discharge.

Objective: to assess the feasibility of a follow-up one year after discharge.

Materials and methods: implementation of a pilot questionnaire to be administered by phone interview. The pilot questionnaire was created by extracting some items from the QoL Euro-5D® questionnaire. The questionnaire consists of 12 closed questions and 4 open-ended questions.

Results: it was possible to arrange telephone interviews with 78 people. The average age of respondents is 69.94 (SD 15.24) years. The average hospital stay length was 5.32 (SD 5.41) days. One year after the admission, about 30% of the sample are unable to take care of their personal hygiene independently and have difficulty in dressing. 50% are unable to walk as they did before their hospitalization and have not resumed their work. 40% have trouble sleeping and began to have nightmares after discharge.

The procedures remembered as the most distressing are: bronchoaspiration (22%), helmet CPAP (15%), physical restraint (7%) and extubation (7%).

Patients with more than 80 years and stay longer than 5 days are those with more mobility and self-care problems one year after discharge.

Conclusions: the telephone follow-up one year after discharge is a useful tool to investigate some recovery areas, such as mobility, self-care and daily activities.

Key words: Follow up, Quality of life, Memories, Intensive Care Unit.

Articolo originale

PERVENUTO IL 21/02/2014
 ACCETTATO IL 08/04/2014

Corrispondenza per richieste:

Alberto Lucchini, a.lucchini@hsgerardo.org

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

Introduzione

Negli ultimi decenni il progresso delle cure ha incrementato la percentuale di sopravvivenza dei pazienti ammessi in terapia intensiva.^{1,2,3} La sola sopravvivenza è un buon indicatore dell'efficacia del trattamento, ma non può essere l'unico indicatore di esito in quanto non considera la qualità di vita post-ricovero.^{4,5,6}

La degenza ed il suo vissuto possono essere un evento destabilizzante per la persona sia dal punto di vista fisico che psico-sociale. I disturbi più frequenti sono l'ansia, la depressione, l'irritabilità, l'insonnia, il dolore e l'astenia.⁷ In terapia intensiva il paziente è totalmente dipendente dal personale per tutti i bisogni di assistenza infermieristica a causa dell'immobilità, della disfunzione degli organi, della necessità di cure intensive prolungate, per le modificazioni dello stato mentale e le alterazioni del ritmo sonno-veglia. L'immobilità forzata, spesso secondaria alla sedazione e maggiormente alla paralisi farmacologica, può potenziare i reliquati a lungo termine del ricovero.⁸ I modelli di sospensione giornaliera dei sedativi, seguiti da terapia fisica ed occupazionale durante il ricovero in terapia intensiva, possono determinare minori necessità di ventilazione meccanica, minore incidenza di delirium e migliori esiti funzionali alla dimissione dalla struttura ospedaliera.⁸ Uno dei rischi maggiori a cui sono esposti i pazienti è il sovradosaggio dei farmaci sedativi, soprattutto

se ad emivita lunga ed a lento smaltimento (benzodiazepine). Le finestre quotidiane permettono di valutare quotidianamente le necessità di sedazione e la velocità di emersione dalla stessa. Alcuni autori identificano proprio queste fasi (sovrasedazione, emersione lenta da livelli profondi) come le responsabili della maggior parte dei ricordi negativi legati al ricovero.^{8,9,10}

Tra i pazienti che sopravvivono al ricovero, la letteratura riporta un aumento di prevalenza di alterazioni della funzionalità respiratoria, un maggior ricorso a cure ospedaliere ed una maggiore mortalità. La debolezza neuromuscolare, le alterazioni della funzionalità fisica e degli aspetti della vita di relazione sono frequenti e possono essere persistenti.⁹ La presenza di sequele può protrarsi anche molto tempo dopo la dimissione, determinando dei mutamenti nella qualità di vita della persona.^{3,4,7}

Nei pazienti che sono stati instabili e ad alto rischio, il ricordo del decorso clinico mantiene una grande importanza per molto tempo dopo la guarigione.

La presenza di ricordi fastidiosi e/o stressanti, può essere legata a particolari eventi come il dolore, la privazione di sonno, la presenza di tubi, maschere o caschi oppressivi, l'impossibilità di comunicare.¹⁰

Un altro fattore di stress/disturbo è legato alla percezione dei suoni generati dalle apparecchiature e dalla voce

del personale. Alcuni pazienti riportano anche ricordi fastidiosi per la percezione dei discorsi tra il personale sull'andamento clinico dei pazienti.¹¹

Obiettivo del lavoro è investigare le condizioni delle persone dimesse dalla terapia intensiva con lo scopo di verificare la percezione/ricordo del ricovero e fornire eventuali indicazioni utili a migliorare l'assistenza infermieristica.¹

Materiali e metodi

Sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati nel 2010 presso la Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza, con età maggiore di 18 anni, degenza superiore alle 24 ore e dimessi vivi.

Sono stati esclusi i pazienti deceduti al domicilio e quelli ricoverati per tentato suicidio. Eventuali precedenti ricoveri in terapia intensiva non hanno rappresentato un criterio di esclusione.

I pazienti sono stati contattati telefonicamente da tre infermieri della terapia intensiva generale. Mentre il primo infermiere conduceva l'intervista in modalità viva-voce, il secondo trascriveva le risposte su una scheda dati opportunamente creata.

A tutti i pazienti contattati è stato chiesto il consenso verbale all'intervista.

La richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'intervista telefonica è stata sottoposta ad approvazione da parte del Comitato Etico dell'Azienda Ospe-

Tabella 1 – Questionario somministrato

Domanda (rispetto a prima del ricovero)	Spiegazione
1 Parla come prima?	Parole e tono della voce
2 Utilizza O2 / Ventilatore domiciliare?	
3 Riesce a provvedere autonomamente alla sua igiene?	Igiene intima, possibilità di fare il bagno o la doccia
4 Riesce a vestirsi e spogliarsi da solo?	
5 Deambula autonomamente?	Cammina da solo o con l'aiuto di una persona
6 Utilizza ausili per deambulare?	Bastoni, girello, ecc.
7 Utilizza tutti e quattro gli arti?	Muove le braccia, le mani, le gambe ed i piedi come prima del ricovero?
8 È stato costretto a cambiare le sue abitudini alimentari?	C'è qualcosa che non può più mangiare dopo il ricovero?
9 Ha ripreso la sua attività lavorativa/vita precedente (attività)?	Riferito al lavoro o ad una attività tipo: "curare l'orto, andare in bicicletta, coltivare un hobby"
10 Dorme come prima del ricovero?	
11 Ha iniziato ad assumere farmaci per dormire dopo il ricovero?	
12 Ha incubi riguardanti la sua degenza?	
A Ricorda una procedura come la più dolorosa/fastidiosa? (se sì quale)	
B Riusciva a dormire in terapia intensiva e per quanto tempo? (se sì definire qualitativamente il sonno)	
C Percepiva il rumore intorno a sé come sgradevoli e insopportabili?	
D Prova angoscia/fastidio circa i discorsi dei sanitari intorno a sé?	

daliera. Il Comitato ha approvato lo svolgimento dell'attività di follow-up senza limitazioni temporali (possibilità di proseguimento dell'attività nel tempo).

Le dimensioni investigate hanno utilizzato la struttura di analisi delle domande dello strumento EuroQol-5D[®] 12, relative ai temi del self-care, della mobilità e delle attività usuali e sono state elaborate basandosi sul modello concettuale di Virginia Henderson, fondato sull'autonomia nella soddisfazione dei bisogni assistenziali.^{13,14} Lo strumento EuroQol-5D[®] prevede l'analisi anche dello stato "ansia della persona" con relativi riferimenti al tema della depressione. Su indicazione del Comitato etico, questa area di intervento non è stata implementata. Per questo, sono stati utilizzati solo gli item relativi alle seguenti aree: mobilità, cura di sé, recupero dell'attività abituale e area del dolore.

Il questionario era composto da 12 domande chiuse, attraverso le quali si ri-

chiedeva all'utente se, ad un anno dalla dimissione dalla terapia intensiva, fosse in grado di soddisfare autonomamente i bisogni di:

- comunicare con gli altri,
- respirare,
- igiene e protezione dei tessuti,
- vestirsi e spogliarsi,
- muoversi ed assumere posizioni adeguate, alimentarsi e bere,
- occuparsi allo scopo di realizzarsi (recupero delle attività abituali svolte prima del ricovero),
- dormire e riposare.

Per tutte le dimensioni esplorate è stato chiesto di valutare la situazione attuale ed eventuali modificazioni rispetto a prima del ricovero (**Tabella 1**).

Nel questionario, inoltre, sono state inserite 4 domande aperte, per indagare i ricordi che gli utenti riportano con più frequenza dopo il ricovero in terapia intensiva:

- procedure dolorose/fastidiose subite¹⁵

- quantità/qualità di sonno^{16,17,18,19,20,21}
- percezione di rumori sgradevoli¹⁷
- angoscia/fastidio circa i discorsi dei sanitari.¹⁵

Per identificare quali fattori fossero associati a esiti funzionali migliori o peggiori, la popolazione investigata è stata poi suddivisa in base a due criteri:

- le giornate di degenza,
- l'età dei pazienti intervistati.

Questa suddivisione del campione è stata utilizzata poiché alcuni studi hanno correlato l'insorgenza di deficit funzionali relativamente all'area della mobilità e della cura di sé, all'utilizzo continuativo di alti livelli di farmaci sedativi.^{22,23}

Le giornate di degenza in terapia intensiva ed il livello medio di sedazione sono fattori che portano ad un aumento del rischio di complicanze polmonari, neuromuscolari e psichiche.^{9,24}

Le risposte sono state quindi suddivise in base a tre intervalli di degenza: inferiore a 3 giorni, tra 3 e 5 gior-

Tabella 2 – Aspetti negativi emersi dal questionario

Domanda	Aspetto negativo	n (%)
9	Non ha ripreso la sua attività lavorativa/attività usuale	25 (32)
8	È stato costretto a cambiare le sue abitudini alimentari	23 (29)
6	Utilizza ausili per deambulare	22 (28)
11	Ha iniziato ad assumere farmaci per dormire dopo il ricovero	12 (15)
10	Non dorme come prima del ricovero	9 (12)
12	Ha incubi riguardanti la sua degenza	8 (10)
1	Non parla come prima del ricovero	7 (9)
2	Utilizza O ₂ /Ventilatore domiciliare?	6 (8)
3	Non riesce a provvedere autonomamente alla sua igiene	6 (8)
4	Non riesce a vestirsi e spogliarsi da solo	6 (8)
5	Non deambula autonomamente	5 (7)
7	Non utilizza tutti e quattro gli arti	5 (6)
A	Ricorda una procedura come la più dolorosa/fastidiosa? (55/78)	28 (51)
C	Fastidio per il rumore intorno a sé (57/78)	11 (19)
B	Non riusciva a dormire in terapia intensiva (57/78)	7 (12)
D	angoscia/fastidio per i discorsi dei sanitari intorno a sé (56/78)	3 (5)

ni e maggiore di 5 giorni. Per ognuno di questi intervalli è stata calcolata la mediana della scala Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)²⁵ al fine di quantificare il livello medio di sedazione dei soggetti.

L'età dei pazienti ricoverati è un altro dei fattori che possono peggiorare la qualità di vita.²⁶ Le risposte affermativo sono state divise per fasce d'età, utilizzando la stratificazione dello studio Eldicus²⁷ (minore di 40 anni, 41-60 anni, 61-80 anni e maggiore di 80 anni).

Analisi statistica

I dati delle risposte alle interviste sono stati raccolti con il software Excel di Microsoft[®]. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata con il software SPSS (IBM) versione 18 per Windows[®]. Per le comparazioni tra gruppi è stato utilizzato il test chi-quadro (significatività per $p < 0,05$).

Risultati

I pazienti eleggibili sono stati 197 (33% dei ricoverati totali). In 59 casi non è stato possibile recuperare un numero di telefono. Sono stati contattati 138 pazienti: 51, pur avendo telefonato in tre date diverse non sono stati raggiunti e 9 hanno rifiutato l'intervista. Sono state quindi intervistate 78 persone.

L'età media dei 78 intervistati è di 69.94 (DS±15.24) anni, rappresentati per il 63% da maschi, con una degenza media in terapia intensiva di 5.32 (DS±5.41) giorni.

Le principali patologie che hanno portato al ricovero sono: patologia chirurgica non elettiva (25 pazienti pari al 32%), insufficienza respiratoria acuta (18 pazienti – 23%), sindrome da distress respiratorio nell'adulto (8 pazienti – 10%), shock settico (7 pazienti – 9%), politrauma della strada (6 pazienti – 8%), altre patologie mediche (6 pazienti – 8%), insufficienza respi-

atoria cronica (5 pazienti – 6%) e shock cardiogeno (3 pazienti – 4%).

Tutti i pazienti intervistati hanno risposto alle prime 12 domande chiuse (**Tabella 2**).

Nei quattro quesiti relativi al vissuto in terapia intensiva, circa 1/3 dei pazienti riferisce di non avere ricordi relativi al ricovero.

Cinquantacinque pazienti (70%) ricordano procedure/dispositivi causa di stress/dolore: 12 (22%) broncoaspirazione, 8 (15%) CPAP con scafandro, 7 (4%) estubazione, 7 (4%) contenzione fisica, 7 (4%) medicazione lesione da pressione, 4 (2%) emocoltura con puntura di vena periferica, 4 (2%) posizionamento della padella per le cure igieniche, 5 (3%) sondaggio nasogastrico, 5 (3%) tracheostomia, 5 (3%) drenaggio toracico, 5 (3%) catetere vescicale, 13 (7%) risposte varie tra cui la ventilazione con maschera facciale, drenaggi toracici, estubazione e procedure di medicazione complesse.

Su 57 persone che hanno risposto alla domanda sul sonno, per 7 (13%) è stato "impossibile", 16 (29%) hanno dichiarato di avere mediamente riposato solo ad intervalli, mentre 33 (59%) hanno riferito di aver dormito normalmente.

Nella **tabella 3** vengono riportate le risposte per fasce di età. Non sono emerse differenze nella distribuzione della frequenza di risposte nelle classi analizzate ad eccezione della domanda in cui si chiedeva all'intervistato se avesse problemi nel ciclo del sonno dopo il ricovero. È emersa una differenza statisticamente significativa ($p < 0,05$) nella distribuzione delle risposte, con evidenza che

Tabella 3 – Aspetti negativi suddivisi per fasce di età

Domanda	Aspetto negativo	< 40 aa	41-60 aa	61-80 aa	>80 aa
		n = 7 (9%)	n = 11 (14%)	n = 46 (59%)	n = 14 (18%)
1	Non parla come prima del ricovero	0 (0)	1 (9)	5 (11)	2 (14)
2	Utilizza O ₂ / Ventilatore domiciliare	0 (0)	1 (9)	3 (7)	2 (14)
3	Non riesce a provvedere autonomamente alla propria igiene	0 (0)	2 (18)	11 (24)	5 (34)
4	Non riesce a vestirsi e spogliarsi da solo	0 (0)	2 (18)	12 (25)	5 (34)
5	Non deambula autonomamente	0 (0)	3 (27)	16 (35)	7 (50)
6	Utilizza ausili per deambulare	0 (0)	3 (27)	13 (28)	6 (43)
7	Non utilizza tutti e quattro gli arti	1 (14)	3 (27)	9 (20)	3 (29)
8	Ha cambiato le proprie abitudini alimentari	2 (29)	5 (45)	10 (22)	6 (43)
9	Non ha ripreso la sua attività lavorativa/ usuale	1 (14)	2 (18)	20 (43)	6 (43)
10 *	Non dorme come prima del ricovero	0 (0)	4 (36)	12 (26)	3 (29)
11	Assunzione di farmaci per dormire post ricovero	0 (0)	1 (9)	7 (15)	3 (29)
12	Ha incubi riguardanti la degenza	0 (0)	2 (18)	6 (13)	0 (0)

questa sia una problematica importante nella popolazione con età maggiore ad 80 anni.

Le risposte sono state poi suddivise in base alle giornate di degenza (**Tabella 4**).

Le risposte sono risultate omogenee nelle sottoclassi investigate e si è registrata una sola differenza statisticamente significativa ($p < 0.05$) per la domanda

relativa all'assunzione di farmaci dopo il ricovero in terapia intensiva.

Discussione

La ricerca conferma che il ricovero in terapia intensiva rappresenta un evento potenzialmente lesivo con effetti a lungo termine con diversi gradi d'intensità.¹² Nella ricerca EuroQol, da cui deriva il quesio-

nario, il 31% del campione ha disturbi di mobilità post ricovero in TI.¹² Le interviste per questo studio, confermano il dato: nella fascia d'età 60-80, il 45% non deambula autonomamente e negli over 80 anni, tale percentuale raggiunge il 50%.

Circa la metà degli utenti ha problemi nell'attività usuale (si intenda con questo termine il lavoro o occupazione non re-

Tabella 4 – Aspetti negativi suddivisi per giornate di degenza

Domanda	Aspetto negativo	Degenza media in terapia intensiva		
		< 3 gg n=35 (45%)	3-5 gg n=17 (22%)	>5 gg n=26 (33%)
Mediana RASS (Quartile 1 – Quartile 3)		0 (0;-1)	-1 (0;-1)	-1 (0;-2)
		n (%)	n (%)	n (%)
1	Non parla come prima del ricovero	5 (14)	1 (6)	2 (8)
2	Utilizza O ₂ / Ventilatore domiciliare	2 (6)	2 (12)	2 (8)
3	Non riesce a provvedere autonomamente alla propria igiene	9 (24)	4 (24)	5 (19)
4	Non riesce a vestirsi e spogliarsi da solo	9 (24)	4 (24)	4 (15)
5	Non deambula autonomamente	11 (31)	4 (24)	11 (42)
6	Utilizza ausili per deambulare	8 (23)	4 (24)	10 (38)
7	Non utilizza tutti e quattro gli arti	8 (23)	4 (24)	5 (19)
8	Ha cambiato le proprie abitudini alimentari	10 (29)	2 (12)	11 (42)
9	Non ha ripreso la sua attività lavorativa/ usuale	16 (46)	7 (41)	14 (54)
10	Non dorme come prima del ricovero	25 (71)	1 (6)	9 (35)
11*	Assunzione di farmaci per dormire post ricovero	3 (9)	1 (6)	8 (31)
12	Ha incubi riguardanti la degenza	3 (9)	2 (12)	3 (12)

munerativa svolta prima del ricovero) e circa ¼ nel self care.

La lunghezza della degenza non è sempre collegata alla gravità della patologia che ha determinato il ricovero. Soprattutto nelle persone anziane anche patologie a bassa gravità possono determinare, a causa dei trattamenti intensivi, una degenza prolungata.^{27,28,29}

Il 35% dei pazienti con degenza superiore a 5 giorni, affermano di avere una qualità di sonno peggiore rispetto a prima del ricovero. In letteratura viene riportato che molti pazienti ricoverati in terapia intensiva, riferiscono di avere incubi, allucinazioni, ansia e depressione anche ad un anno dalla dimissione.^{16,17,18,19,20,21}

La maggior parte del campione (41 persone – 74% di coloro che ricordano) ha dichiarato di essere riuscito a dormire in modo soddisfacente durante il ricovero. Questo dato, in parte conferma i risultati di un altro studio da noi recentemente pubblicato.^{29,30}

Questi disturbi possono anche giustificare che 8 persone (31%) con degenza maggiore a 5 giorni, sostengono di avere iniziato ad assumere farmaci ipnotici, un dato almeno quattro volte superiore rispetto a quello degli utenti con degenza inferiore.

È stato difficile valutare i ricordi legati alla terapia intensiva. Come in altri studi^{1,15} il 30% degli intervistati sostiene di non avere nessun tipo di ricordo, ma il restante 70% ha ricordi più o meno nitidi in particolare per gli eventi più stressanti, identificando la broncoaspirazione come la procedura più dolorosa o fastidiosa; tale percentuale risulta molto inferiore rispetto l'81% riportato da altri auto-

ri.¹⁵ Questa differenza può essere imputabile al fatto che la pubblicazione dello studio sopraccitato è antecedente all'emissione delle ultime linee guida sulla broncoaspirazione³¹, adottate invece nella nostra Terapia Intensiva sede dello studio³² (identificazione del timing corretto, abolizione delle procedure routinarie, riduzione della pressione di aspirazione e scelta del corretto calibro del sondino). Il 15% (8 persone) dei pazienti ricorda lo scafandro (casco) abbinato alla CPAP come dispositivo medico maggiormente fastidioso, nonostante l'applicazione di tutte le misure preventive consigliate al fine di ottimizzare il comfort da alcune pubblicazioni.³³

Limiti dello studio

I limiti dello studio sono costituiti dall'esiguità del campione investigato.

Conclusione

La degenza in terapia intensiva può essere un evento destabilizzante per tutti i pazienti. Con l'avanzare dell'età aumentano i rischi connessi a tutti gli aspetti investigati nello studio, probabilmente determinati anche da una fragilità di partenza del paziente anziano.

È nostra intenzione istituzionalizzare il follow-up dei pazienti ricoverati con l'obiettivo di riconoscere quelli a maggior rischio di sviluppo di complicanze durante e dopo il ricovero, al fine di attivare delle misure preventive che garantiscano la continuità assistenziale anche al domicilio. Questa nostra esperienza si sta rivelando utile soprattutto per identificare il miglior percorso di degenza intra-ospedaliera e di dimissione protetta per le per-

sone che abbiano avuto un ricovero in terapia intensiva.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano il Sig. Gianpiero Tangari ed il servizio informatico dell'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza per la preziosa collaborazione nel reperimento dei dati anagrafici e demografici.

Bibliografia

1. STRAHAN E, MCCORMICK J, UPRICHARD E, NIXON S, LAVERY G. *Immediate Follow up after ICU discharge: establishment of a service and initial experiences*. Nursing in Critical Care. 2003; 8(2): 49-55.
2. SKINNER EH, WARRILOW S, DENEHY L. Health related quality of life in Australian survivors of critical illness. Crit. Care Med. 2011;39(8): 1896-905.
3. HOFHUIS JG, SPRONK PE, VAN STEL HF, SCHRIJVERS GJ, ROMMES JH, BAKKER J. *The impact of critical illness on perceived health-related quality of life during ICU treatment, hospital stay and after hospital discharge, a long term follow up study*. Chest. 2008;133(2):377-385.
4. DOWDY DW, EID MP, SEDRAKYAN A, MENDEZ-TELLEZ PA, PRONOVOST PJ, HERRIDGE MS, NEEDHAM DM. *Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature*. Intensive Care Med. 2005;31(5): 611-620.
5. HOFHUIS JG, SPRONK PE, VAN STEL HF, SCHRIJVERS AJ, BAKKER J. *Quality of life before intensive care unit admission is a predictor of survival*. Critical Care. 2007;11(4):78-84.
6. HOFHUIS JG, VAN STEL HF, SCHRIJVERS GJ, ROMMES JH, BAKKER J, SPRONK PE. *Conceptual issues specifically related to health-related quality of life in critically ill patients*. Critical Care. 2009;13(1):118-121.
7. KLIMASAUSKAS A, SEREIKĖ I, KLIMASAUSKIENĖ A, KĖKŠTAS G, IVAŠKEVI. *The impact of medical conditions on the quality of life of survivors at*

- discharge from intensive care unit. *Medicina* (Kaunas). 2011;47(5):270-7.
8. NOVAES MA, KNOBEL E, BORK AM, PAVÃO OF, NOGUEIRA-MARTINS LA, FERRAZ MB. *Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team*. *Intensive Care Med*. 1999;25(12):1421-6.
 9. SCHWEICKERT WD, POHLMAN MC, POHLMAN AS, NIGOS C, PAWLK AJ, ESBROOK CL, et al. *Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial*. *Lancet*. 2009; 30:373(9678):1874-82.
 10. DESAI SV, LAW TJ, NEEDHAM DM. *Long-term complications of critical care*. *Crit Care Med*. 2011;39(2):371.
 11. JOHANSSON L, BERGBOM I, WAYE KP, RYHERD E, LINDAHL B. *The sound environment in an ICU patient room-A content analysis of sound levels and patient experiences*. *Intensive Crit Care Nurs*. 2012 Apr 24. [Epub ahead of print].
 12. BADIA X, DIAZ-PRieto A, GORRIZ MT, HERDMAN M, TORRADO H, FARRERO E et al. *Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit*. *Intensive Care Med*. 2001;27(12):1901-7.
 13. BIZIER N. *Dal pensiero al gesto*. Milano: Edizioni Sorbona; 1987.
 14. MANZONI E. *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano: Edizioni Masson; 1996.
 15. GRANJA C, LOPES A, MOREIRA S, DIAS C, COSTA-PEREIRA A, CARNEIRO A et al. *Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life*. *Critical Care*. 2005;9(2):96-109.
 16. FANFULLA F, CERIANA P, D'ARTAVILLA LUPO N, TRENTIN R, FRIGERIO F, NAVA S. *Sleep Disturbances in Patients Admitted to a Step-Down Unit After ICU Discharge: the Role of Mechanical Ventilation*. *Sleep*. 2011;34(3):355-362.
 17. FREEDMAN NS, GAZENDAM J, LEVAN L, PACK AI, SCHWAB RJ. *Abnormal Sleep/Wake Cycles and the Effect of Environmental Noise on Sleep Disruption in the Intensive Care Unit*. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001;163(2):451-457.
 18. SAMUELSON KA. *Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients*. *Intensive Crit Care Nurs*. 2011;27(2):76-84.
 19. RINGDAL M, PLOS K, LUNDBERG D, JOHANSSON L, BERGBOM I. *Outcome after injury: memories, health related quality of life, anxiety, and symptoms of depression after intensive care*. *J Trauma*. 2009;66(4): 1226-33.
 20. ETHIER C, BURRY L, MARTINEZ MOTTA C, TIRGARI S, JANG D, McDONALD E, et al. *Recall of Intensive care Unit stay in patients managed with a sedation protocol*. *J Crit Care*. 2011;26(2):127-132.
 21. KIEKKAS P, THEODORAKOPOULOU G, SPYRATOS F, BALTOPOULOS GI. *Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review*. *Int. Nurs. Rev*. 2010;57(3):288-96.
 22. BANERJEE A, GIRARD TD, PANDHARIPANDE P. *The complex interplay between delirium, sedation, and early mobility during critical illness: applications in the trauma unit*. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2011;24(2):195-201.
 23. KRESS JP. *Sedation and mobility: changing the paradigm*. *Crit Care Clin*. 2013;29(1):67-75.
 24. BOUMENDIL A, MAURY E, REINHARD I, LUQUEL L, OFFENSTADT G, GUIDET B. *Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit*. *Intensive Care Med*. 2004; 30:647-654.
 25. SESSLER CN, GOSNELL MS, GRAP MJ, BROPHY GM, O'NEAL PV, KEANE KA et al. *The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients*. *Am. J. Respir. Critical care Medicine*. 2002;166(10):1338-1344.
 26. FLETCHER SN, KENNEDY DD, GHOSH IR, MISRA VP, KIFF K, COAKLEY JH et al. *Persistent neuromuscular and neurophysiologic abnormalities in long-term survivors of prolonged critical illness*. *Crit Care Med*. 2003; 31:1012-1016.
 27. SPRUNG CL, BARAS M, IAPICHINO G, KESECIOGLU J, LIPPERT A, HARGREAVES C et al. *The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: Part I – European Intensive Care Admission Triage Scores (ELCATS)*. *Crit. Care Med*. 2012; 40(1):1-7.
 28. PAVONI V, GIANESELO L, PAPARELLA L, BUONINSEGNINI LT, MORI E, GORI G. *Outcome and quality of life of elderly critically ill patients: An Italian prospective observational study*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012;54(2):193-198.
 29. HOFHUIS JG, VAN STEL HF, SCHRIJVERS AJ, ROMMES JH, SPRONK PE. *Changes of Health-Related Quality of Life in Critically Ill Octogenarians*. *Chest*. 2011;140(6):1473-83.
 30. TOPPI R, LUONGO M, BONDI H, ROCCI S, MASCHERONI M, ACCARDO R et al. *La qualità del sonno nei pazienti ricoverati in una terapia intensiva polivalente*. *Scenario*. 2011;28(4):21-28.
 31. American Association for Respiratory Care. *Clinical practice guideline. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways: 2010*. *Respir Care*. 2010;55(6):758-764.
 32. LUCCHINI A, ZANELLA A, BELLANI G, GARIBOLDI R, FOTI G, PESENTI A et al. *Tracheal secretion management in the mechanically ventilated patient: comparison between standard assessment and an acoustic secretion detector*. *Respir Care*. 2011;56(5):596-603.
 33. LUCCHINI A, VALSÈCCHI D, ELLI S, DONI V, CORSARO P, TUNDO P et al. *The Helmet Bundle: il comfort del paziente ventilato con CPAP con scafandro*. *Assist Inferm Ric*. 2010;29(4):174-83.