

# 7 aprile - Giornata mondiale della salute. Infermieri del mondo



*...molte crisi che attanagliano il mondo in via di sviluppo potrebbero essere evitate. Vedere gente che si mette in coda per andare a morire in tre*

*in un letto - due sopra e uno sotto - in un ospedale alle porte di Lilongwe, in Malawi, e sapere che le cose potrebbero andare diversamente, è troppo per la maggior parte di noi. ...ci aiuta a capire che la parola "insensato" significa 15.000 persone che muoiono ogni giorno di malattie prevenibili o curabili, come AIDS, tubercolosi, malaria, per la mancanza di medicinali che per noi sono qualcosa di acquisito.*

*Questo numero, da solo, ridicolizza un'idea alla quale parecchi di noi tengono molto: l'idea di eguaglianza. Quanto accade in Africa vanifica e mette in dubbio pietà, preoccupazioni e sforzi dedicati a questo ideale: infatti, se fossimo onesti con noi stessi, dovremmo ammettere che in qualsiasi altro angolo del pianeta non permetteremo tutte queste morti inutili, che si ripetono giorno dopo giorno. Certamente non nell'America settentrionale, in Europa o in Giappone. Un intero continente in fiamme? Se fossimo intimamente convinti che le loro vite - le vite degli africani - sono uguali alle nostre, faremmo molto di più per spegnere quell'incendio. Questa è la dura verità.*

*...Possiamo essere la prima generazione che non accetta più che un fattore casuale come la latitudine determini la vita e la morte di un bambino, ma saremo quella generazione? Noi occidentali, sfrutteremo le nostre potenzialità o ci limiteremo a dormire sono tranquilli, nell'apatia e nell'indifferenza, cullati dal benessere che ci garantisce la nostra ricchezza. Quindicimila persone muoiono ogni giorno - ogni santo giorno... Sono madri, padri, insegnanti, infermiere, meccanici, bambini. Questa è la crisi dell'Africa.. Non la vediamo tutte le sere al telegiornale, ma questo non significa che non la dobbiamo considerare un'emergenza: è anche la nostra crisi.<sup>(1)</sup>*

*"La costruzione di un ordine mondia-*

*le più giusto è, in primo luogo, un imperativo morale. Ma non è solo questo: un mondo nel quale i benefici del progresso scientifico e della crescita economica siano ripartiti in modo più equo è anche un mondo più sicuro per tutti.*

*Una società che spende centinaia di miliardi in armamenti e consente che ogni anno muoiano di fame cinque milioni di bambini è una società malata di egoismo e di indifferenza.*

*È un impegno che non può essere disatteso: ne dipende in larga misura la convivenza pacifica tra i nostri popoli nei prossimi decenni.*

*La povertà e la fame sono i più antichi nemici dell'umanità. Per la prima volta nella storia disponiamo dei mezzi per sconfiggerli: abbiamo le risorse economiche, la tecnologia e il sostegno dell'opinione pubblica. Dipende soltanto da noi."<sup>(2)</sup>*

Come non essere colpiti da queste citazioni... A volte ricorrono nella stampa che scorriamo. Troppo spesso ci sentiamo impotenti. Non è così. Non deve essere così. La posta in gioco è troppo alta e pericolosa. Per le persone coinvolte, per noi stessi, per la sopravvivenza nostra e di tutti, per la sopravvivenza di un modo di essere umanità, in cui ci pare di vedere un po' di luce. "Dipende soltanto da noi".

E noi infermieri di area critica, come ci collochiamo in questi panorami? ...con le nostre strutture infarcite di tecnologie, materiali d'avanguardia, organizzazioni, competenze... rispetto a quelle code per andare a morire in tre in un letto di qualche luogo che chiamano ospedale...?

Quale considerazione abbiamo dei mezzi, delle risorse che quotidianamente utilizziamo per l'assistenza ad un numero relativamente piccolo di malati dei nostri attrezzatissimi ospedali? Come possiamo sostenere e giustificare la smisurata differenza tra le nostre terapie intensive e la spesa pro-capite per l'assistenza sanitaria in Etiopia di 2 € annui? Che uso facciamo delle nostre competenze tecniche e relazionali, sempre più aggiornate, accurate, sensi-

bili? Sono una mera dimostrazione di autoreferenzialità o diventano, queste competenze, anche strumento ed occasione di feedback per i nostri concittadini,

da noi che, fortunati, siamo posti - ogni santo giorno - di fronte al senso reale della vita e dovremmo essere, oltre che professionisti della sopravvivenza, anche i filosofi della convivenza? Come coniugare valore della vita, sollievo dalla sofferenza, condivisione delle conoscenze e delle possibilità, appropriatezza delle risorse e senso del limite, scelte politiche consapevoli e dimensione non solo locale ma mondiale dei problemi che gestiamo? ...perché questa, è comunque la reale dimensione che dobbiamo attribuire a tutti gli scenari che viviamo oggi. Alcuni tragici fenomeni ce lo dicono con chiarezza: le migrazioni a costo di migliaia di morti in mare, la prevaricazione della finanza sulla realtà del lavoro e sulla politica, il terrorismo...

E che tipo di equità e solidarietà siamo in grado di sviluppare noi infermieri di area critica con i nostri colleghi infermieri di altre latitudini per contribuire a migliorare la sopravvivenza dei nostri comuni concittadini? In che cosa può consistere lo scambio? Concretamente e tenendo ben presenti le differenze, ma anche l'inderogabilità dello scambio e magari della restituzione...

Come diventare insomma, infermieri del mondo? Come finalmente, uscire dai confini?

È una domanda che sembra più grande di noi? Ma attorno a noi è già tutto molto più grande di noi. Prepariamoci, prima che sia troppo tardi.

La giornata della salute è mondiale. Appunto.

## Citazioni

1. Bono, Introduzione al libro: La fine della povertà, J. D. Sachs; Mondadori ed. 2005.
2. Carlo Azeglio Ciampi, Presidente della Repubblica Italiana - Roma, 17.10.05: 60° anniversario Fao.

**Mirella Molinari**, Infermiera presso Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena  
**Davide Boni**, Infermiere presso il servizio di Anestesia/Rianimazione 1° e terapia intensiva, Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena, docente infermieristica area critica presso il corso di laurea per infermieri Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

## Analisi delle criticità nella gestione infermieristica dei trattamenti di ultrafiltrazione in terapia intensiva e correlazione tra la continuità del trattamento e le attività di nursing



### Riassunto

*Caratteristiche dei trattamenti di emofiltrazione sono la continuità degli stessi, la continuità è importante perché può incidere sul controllo uremico e idroelettrolitico dei pazienti e può consentire di mantenere bassi i livelli di mediatori della sepsi. Lo studio condotto ha l'obiettivo di evidenziarne alcuni punti critici nella gestione infermieristica delle sedute di emofiltrazione, in particolare quelli riguardanti la continuità del trattamento. Sono stati reclutati 15 soggetti ricoverati in T.I.P.O. (terapia intensiva post operatoria) presso l'Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena nel periodo compreso fra ottobre 2003 e luglio 2004 sottoposti a CVVH (continuous veno-venous hemofiltration); in 214 giorni cumulativi è stato studiato l'andamento dei 121 trattamenti in funzione del tempo. Dall'analisi di 3417 h di terapia sostitutiva renale è emerso che l'attivazione dei trattamenti in alcune fasce orarie risulta complicata dall'incombente di altre attività di nursing: il numero dei trattamenti attivati nel pomeriggio è il doppio del numero dei processi iniziati al mattino, l'incidenza di fine trattamento si mantiene elevata nella fascia oraria compresa fra le ore 6 e le 11, orario in cui si concentra la maggior parte dell'assistenza di base. **Esiste una correlazione forte fra organizzazione delle attività infermieristiche e andamento dei trattamenti sostitutivi renali. L'organizzazione e i carichi di lavoro possono incidere sull'andamento dei trattamenti quanto le stesse attività assistenziali.***

**Parole chiave:** CVVH, Tempi di interruzione della terapia, Assistenza infermieristica

### ARTICOLO ORIGINALE

pervenuto il 11/01/06  
 approvato il 16/02/06

**L**e terapie renali sostitutive continue rappresentano una opzione terapeutica di recente introduzione.

La loro applicazione nei reparti di terapia intensiva diventa un'esigenza in virtù della instabilità emodinamica dei pazienti; rispetto alla dialisi intermittente e alla dialisi peritoneale, l'emofiltrazione infatti garantisce una rimozione lenta e graduale dei liquidi degli elettroliti, dei cataboliti azotati nonché dei mediatori della sepsi.<sup>1</sup>

Una delle caratteristiche dei trattamenti di emofiltrazione è la continuità,

importante perché può incidere sul controllo uremico e idroelettrolitico o può consentire di mantenere bassi i livelli di mediatori della sepsi. Poiché la depurazione avviene con flussi bassi, dolcemente, il tempo di trattamento richiesto si prolunga nel tempo, importanti autori indicano che il periodo di non trattamento deve essere inferiore alle 8 h al giorno per mantenere la concentrazione di urea e creatinina entro valori accettabili.<sup>2</sup>

La conclusione del trattamento è conseguente ad una decisione di miglioramento del quadro clinico come ad esempio la ripresa della funzionalità

renale nelle IRA, le interruzioni del trattamento invece possono avere diverse cause, che vanno dalla trombizzazione delle linee del circuito extracorporeo alla perdita di efficienza di ultrafiltrazione, dalle esigenze di eseguire diagnostica fuori reparto fino all'interruzione precauzionale per usura della linee stesse.

Se il trattamento riesce a prolungarsi nel tempo senza complicanze si riduce il numero di riattivazioni con conseguente beneficio sulle spese di gestione in termini di circuiti, filtri, sacche di soluzione e carico di lavoro infermieristico poiché ogni interruzione prevede il riallestimento di un novo circuito extracorporeo.

Nel 1° servizio di Anestesia e Rianimazione del Policlinico di Modena l'introduzione come mezzo terapeutico dell'emofiltrazione con macchine dedicate è recentissimo, dal 2001 ad oggi il management clinico infermieristico sui trattamenti è diventato una realtà con l'acquisizione di competenze sia sul campo, con l'esperienza, sia attraverso la formazione e l'aggiornamento continuo.

Mentre in altre parti del mondo la scelta organizzativa prevede una gestione mista fra infermieri di terapia intensiva e infermieri di dialisi<sup>3, 4</sup>, in questo caso si è scelto di adottare un management unico, con la conseguente crescita sia in termini di responsabilità, oltre che di carico di lavoro e di impegno globale nella cura del paziente.

Il carico di lavoro aggiuntivo richiesto all'infermiere che segue direttamente un trattamento potrebbe incidere sull'andamento delle sedute di emofiltrazione. Sottoporre un paziente a trattamenti di emofiltrazione veno-venosa continua vuol dire allestire e mantenere un circuito extracorporeo, il funzionamento macchina necessita di azioni continue come lo scarico e il carico delle sacche di infusato e ultrafiltrato con la movimentazione di centinaia di litri di liquido per trattamento, il controllo frequente dello stato coagulativo e della funzionalità renale oltre alle routinarie attività di assistenza intensiva che queste persone necessitano.

Il sovraccarico di attività in alcuni momenti comporta ritardi nel ripristino dei livelli dei gocciolatori o nella sostituzione della siringa di anticoagulante, nella sostituzione delle sacche di infusato o di ultrafiltrato, o peggio l'impossibilità di far fronte immediatamente a

situazioni critiche come ad esempio la presenza di aria nelle linee, occlusioni o riduzioni delle portate e dei flussi che generano la sospensione della pompa sanguigna con conseguente stasi dei fluidi nelle linee ematiche extracorporee.

Queste disattenzioni generano con facilità la formazione di coaguli nel circuito e rendono impossibile la prosecuzione del trattamento, il lasso di tempo durante il quale la seduta risulta sospesa in assenza di indicazioni mediche (*off-therapy*) potrebbe essere legato all'organizzazione degli interventi assistenziali infermieristici.

Lo studio ha l'obiettivo di:

- a) *Descrivere la durata media dei trattamenti di CVVH e i tempi di off-therapy.*
- b) *Evidenziare i motivi di sospensione del trattamento.*
- c) *L'intervallo di tempo tra interruzione di un trattamento ed attivazione del successivo.*
- d) *Valutare eventuali problemi organizzativi.*

## Materiali e metodi

Lo studio descrittivo-osservazionale prospettico è stato condotto su 15 pazienti consecutivi sottoposti ad emofiltrazione presso il 1° servizio di Anestesia e Rianimazione del Policlinico di Modena, nel periodo compreso fra ottobre 2003 e luglio 2004.

Per tutti è stata utilizzata la macchina Equa Smart® della Medica, lo stesso tipo di circuiti monouso (cartuccia) forniti dalla stessa ditta produttrice della macchina, i medesimi filtri del tipo Diafilter D-30NR®. I liquidi di infusione usati sono stati soluzione Bical (miscela di B1-basica e C1-polisalina) e formula D6 (soluzione composta da sodio, cloro e bicarbonato), e per tutti i pazienti sono stati utilizzati nella modalità "prediluzione"\*.

Il sistema anticoagulante continuo invece veniva scelto dal medico di turno, sulla base dello stato coagulativo generale del paziente; nel 60% è stata usata eparina, nel 13% dei casi prostacicline, in 2 casi è stato possibile non aggiungere anticoagulante, in 2 casi sono stati usati alternativamente eparina e flolan; per tutti era previsto un bolo iniziale di 2 ml di anticoagulante.

La gestione delle attività e dei servizi da erogare venivano programmate

secondo la metodologia di *primary nursing* (infermiere responsabile del paziente o dei pazienti nominalmente) inserito in un contesto più ampio di équipe medico infermieristica integrata.

Il rapporto pazienti-infermiere poteva variare da 1:1 a 3:1 in funzione della criticità della persona assistita, e in base a protocolli interni o esigenze di reparto; in ogni caso non sono mai stati affidati ad un infermiere più di un paziente sottoposto a CVVH.

I dati sono stati registrati in schede appositamente predisposte dove veniva registrato con frequenza bioraria il flusso del sangue, la portata dell'ultrafiltrato (Quf), la velocità dell'anticoagulante, la pressione massima del filtro (Pdrop), la pressione della linea venosa, la pressione della linea arteriosa, il volume infuso, il calo peso orario, il calo peso progressivo, il ptt, la PVC e il cambio delle sacche in entrata e in uscita.

Di questi dati sono stati presi in considerazione: il numero di ore di trattamento (*h T*); la vita media di un circuito, le ore trascorse fra un trattamento e quello immediatamente successivo (*ore di non trattamento, h NT*), è stata rilevata l'incidenza delle pause di trattamento con alcune fasce orarie critiche per l'attività infermieristica che abbiamo identificato come: cambio turno e consegne: 13.00, 21.00, 7.00; orario visita parenti: 18.00-19.00; *nursing* di base (igiene mobilizzazione, medicazioni semplici): dalle 7.00 alle 12.00; bilancio idrico: 8.00 e 20.00; medicazioni complesse, manovre invasive: generalmente dalle 10.00 alle 12.00; trasferimenti degenti: tra le 10.00 e le 14.00 ecc...

Sono state identificate e considerate nello studio tutte le interruzioni di trattamento inferiori alle 24 ore in quanto una interruzione superiore alle 24 ore è molto probabilmente associata a ripresa della funzionalità renale piuttosto che a possibili cause organizzative.

## Risultati

Sono stati osservati 15 soggetti ed analizzati 121 trattamenti, corrispondenti a 3417 h di emofiltrazione.

### Nota

\* Il materiale è quello in normale uso nel reparto. Non vi sono stati contatti particolari con la Ditta fornitrice che non è intervenuta in nessun modo in questo lavoro.



U.O.	pazienti	n° T	h T	h NT	med T	med NT	%NT	% T	NT/T
TIPO	1	16	352	101	22	7,2	22,30%	77,70%	0,29
TIPO	2	22	684	73*	31,1	6,6	9,64%	90,36%	0,1
TIPO	3	10	275	29*	27,5	4,8	9,50%	90,50%	0,1
TIPO	4	4	106	7*	26,5	3,5	6,20%	93,80%	0,06
TIPO	5	4	63	19*	16,35	9,5	22,60%	77,40%	0,29
TIPO	6	10	267	25*	26,7	6,25	8,60%	91,40%	0,09
TIPO	7	3	29	26	9,7	13	47,30%	52,70%	0,9
TIPO	8	3	41	22	13,7	11	34,90%	65,10%	0,54
RIAN	9	6	244	47*	34,9	11,9	16,20%	83,80%	0,19
RIAN	10	6	129	19*	21,5	3,1	12,80%	87,20%	0,13
TIPO	11	15	337	34*	22,5	3,78	9,20%	90,80%	0,1
TIPO	12	3	56		18,6				
RIAN	13	2	49	5	24,5	5	9,25%	90,75%	0,1
TIPO	14	6	412	34	68,6	8,5	7,63%	92,37%	0,08
TIPO	15	11	373	47	33,9	6,7	11,20%	88,80%	0,13
<b>totali</b>	<b>15</b>	<b>121</b>	<b>3417</b>	<b>235</b>	<b>26,5</b>	<b>7,2</b>	<b>16,24%</b>	<b>83,72%</b>	

Il trattamento con singolo circuito e filtro più lungo è durato 139 h ed è stato sospeso per prevenire complicanze dovute all'usura del circuito e ridotta efficienza del filtro, il trattamento più breve è stato disattivato per problemi coagulativi dopo appena due ore. Nella tabella 1 sono indicati i valori di media, moda e mediana per le ore di trattamento (hT) e per i periodi di off-therapy (hNT).

Tabella 1

	h T	h NT
RANGE	2-139	0-26
MEDIANA	23	5
MODA	25	0
MEDIA	26,5	7,2

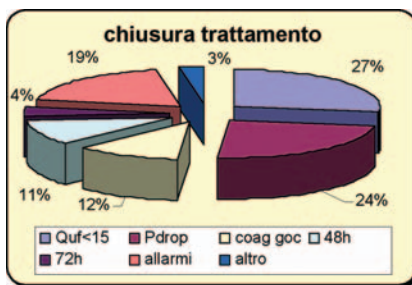


Grafico I

42 dei 121 trattamenti hanno avuto una indicazione medica, rappresentano cioè sia prime sedute assolute che nuovi trattamenti in pazienti già sottoposti ad ultrafiltrazione in cui il quadro clinico e biomorale in peggioramento richiede-

va di nuovo il ricorso alla terapia renale sostitutiva continua; gli altri 79 trattamenti (il 65%) sono trattamenti riattivati in seguito ad interruzione per cause tecniche (ridotta efficienza filtro = 27%, clotting (coagulazione) circuito e filtro = 55%, superamento dei tempi raccomandati dalla casa produttrice dei circuiti = 15%), il rimanente 3% rappresenta casi di interruzione per diagnostica, interventistica fuori reparto e cause non meglio precisate.

Su 214 giorni di osservazione l'83,7% delle ore è stato sfruttato attivamente per i trattamenti, il rimanente 16,3% rappresenta la percentuale di off-time.

Allo scopo di poter avere un paragone con altri dati in letteratura sono stati calcolati anche gli intervalli di trattamento nelle 24 h, in questo caso si sale al 18,75% di NT con una media di 4,5 h al giorno di tempo non dedicato alle sostituzioni della funzione renale con emofiltrazione.

L'inizio del trattamento è sempre rimandato alla fine delle attività di nursing che si concentrano durante la mattinata dalle 7 alle 9, questa tendenza risulta essere indipendente dal fatto che sia un primo trattamento, una disattivazione durante una finestra clinica nefrologica, o una interruzione legata a disfunzioni del circuito extracorporeo.

Nel grafico II è riportato l'andamento di attivazione di tutte le sedute analizzate, nel grafico III esclusivamente i trattamenti indicati come nuovi.

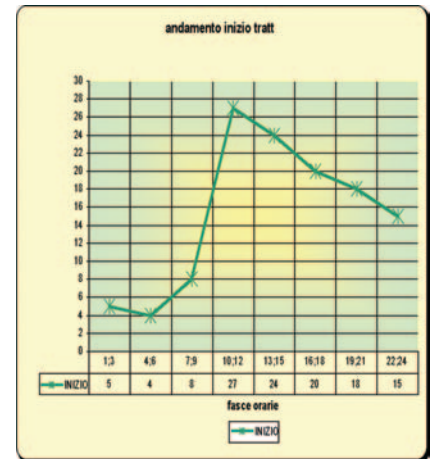


Grafico II

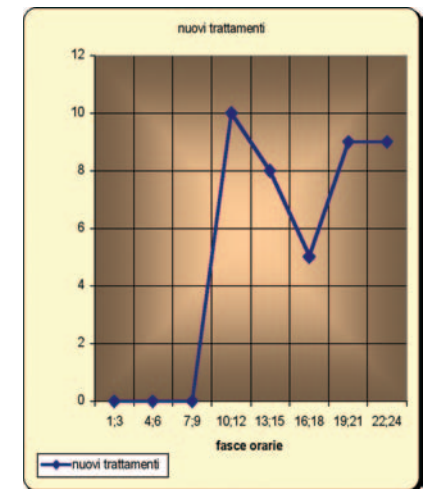


Grafico III

Il picco di inizio trattamento si ha sempre dopo le 12.

I dati complessivi indicano che dalle 1,00 alle 12,00 vengono attivati il 36,6% dei processi, dalle 13,00 alle 24,00 il doppio dei trattamenti (63,7%).

Il grafico IV descrive l'andamento di chiusura dei processi in fasce orarie, fra le 1,00 e le 3,00 vengono interrotti il 2,5% dei trattamenti mentre nella fascia fra le 10,00 e le 12,00 si verifica circa 10 volte una frequenza di disattivazione maggiore (22%). In questo caso non è stato necessario distinguere tra chiusure definitive e interruzioni temporanee in considerazione del fatto che tutti i trattamenti venivano portati a termine con la conclusione della vita del circuito.

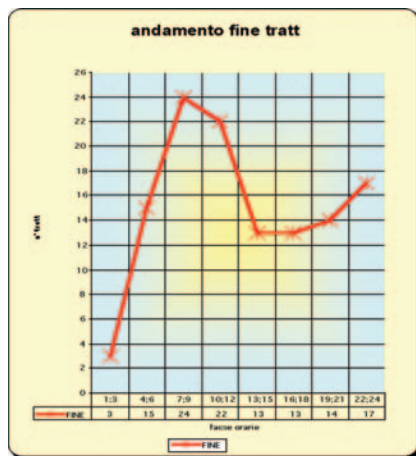


Grafico IV

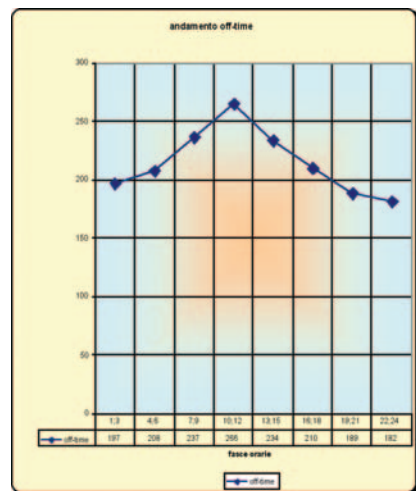


Grafico V

Nel complesso i trattamenti subiscono interruzioni nella fascia oraria fra le 8,00 e le 12,00, quando il paziente viene lavato, medicato, mobilizzato etc. mentre è minima fra l'una e le tre di notte quando gli interventi assistenziali sono molto più limitati.

Il rischio di essere in una fase di non trattamento alle ore 11,00 è 1,53 volte più elevata che alle ore 23,00 (rischio ore 11,00 = 0,43, rischio ore 23,00 = 0,28). La fascia 8-12 corrisponde anche con quella in cui è maggiore la prevalenza di pausa fra due trattamenti immediatamente consecutivi (fase *off-therapy* - grafico V).

### Conclusioni

Concordemente con altri studi, la causa principale di sospensione dei trattamenti è rappresentata dalla coagulazione delle linee ematiche extracorporee, molto meno frequente è la chiusura del processo per consentire a l'esecuzione di diagnostica fuori reparto.

Qualunque sia la causa di sospensione del trattamento, non decisa su base clinica, passa un certo periodo di tempo prima di attivare un nuovo trattamento, in media i pazienti trascorrono circa 4,5 h (mediana=5h) al giorno disconnessi dai dispositivi medici per emofiltrazione, in altre parole ricevono circa l'81% della dose di trattamento possibile in una giornata.

L'inizio dei trattamenti in alcune fasce orarie può risultare complicato dall'incombenza di altre attività di *nursing*.

Esiste quindi una correlazione forte fra organizzazione delle attività infermieristiche e andamento dei trattamenti sostitutivi renali.

Non solo l'organizzazione e i carichi di lavoro possono incidere sull'andamento dei trattamenti quanto le stesse attività, questo spiegherebbe per quale motivo l'incidenza di fine trattamento è massimo alle ore 8 e alle 10 e si mantiene comunque elevata nella fascia oraria compresa fra le ore 6 e le 11, orario in cui si concentra la maggior parte dell'assistenza di base.

Statisticamente le sedute di emofiltrazione in termini di dose di trattamento somministrato, di tempo morto

Tabella 2

	NT med %	tratt/24h
Rianimazione/TIPO Policlinico di Modena Italia	4,5	81,25%
Austin Melbourne Australia	4,75 h	78%
S. Bortolo Vicenza Italia	3-4 h	85%

nell'arco delle 24 h e in termini di durata media del circuito extracorporeo rientrano perfettamente in quelle riportate da diversi luminari della materia.(Tab 2)

Nonostante in letteratura siano stati pubblicati più studi indirizzati a determinare quale sia il miglior sistema anticoagulante da adottare ed esistono più studi sulla durata dei filtri<sup>6,7,8,9</sup>,(Tab. 3) non è stata dimostrata l'esistenza un sistema migliore dell'altro né il rimedio universale che garantisca per tempo indeterminato la conservazione delle linee extracorporee ematiche, in verità non esiste nemmeno un rimedio che garantisce un numero minimo di ore di trattamento continuo in quanto i fattori in gioco nella creazione dei coaguli sono veramente numerosi e nessuno segue una precisa legge matematica, a volte un processo termina dopo poche ore in un paziente estremamente scoagulato semplicemente perché la postura dello stesso ha generato giochi pressori tali da ridurre il flusso endoluminale del CVC o ancora più banalmente perché le sezioni delle linee ematiche che passano nelle pompe peristaltiche non subiscono in tutti i punti la stessa compressione.

Detto questo va anche evidenziato che esiste comunque un certo margine entro cui si può operare per prolungare la vita del circuito e dei filtri, dai dati rilevati era emerso in particolare:

1. *formazione e aggiornamento in materia sono importanti nel determinare un miglioramento nella gestione tecnica dei trattamenti*<sup>10, 11</sup>.
2. *Una continua revisione delle procedure interne del reparto fondate su solidi criteri di evidenza scientifica possono aiutare a individuare strategie e sistemi per aumentare la sopravvivenza del circuito extracorporeo e la dose di terapia renale sostitutiva , ridurre i costi di tratta-*

Tabella3: Confronto tra media di trattamento in ore, anticoagulante utilizzato e tecnica.

	med h T	anticoagulante	tecnica	anno
Molinari/Boni	23,8	eparina	cvvh	2004
	20,6	PG12		
	46,5	eparina/no anticoag		
	26,8	eparina/PG12		
Martin	24,7	eparina	cvvh	1994
	22,1	no anticoag		
Metha	40,5	eparina	cavhdf	
	60	citrato	cvvhdf	
Langenecker	14,3	eparina	cvvh	
	17,8	PG12		
	22	eparina/PG12		
Davemport	35	eparina	cvvh	
	48	PG12		

mento e il carico di lavoro infermieristico<sup>12, 13</sup>.

Futuri studi dovrebbero essere mirati a verificare se i lavaggi con cristalloidi, eseguiti solo al bisogno e in coincidenza delle fasce orarie a maggiore rischio di interruzione dei trattamenti, possano rappresentare una valida strategia o meno per ridurre i tempi morti tra le sedute di emofiltrazione.

3. *L'organizzazione del lavoro e le attività di nursing possono incidere sull'andamento dei trattamenti*<sup>14</sup>.

La consapevolezza di ciò deve portare allo sviluppo di nuove, o semplicemente diverse, metodologie assistenziali.

### Bibliografia

1. BELLOMO, RONCO. *Acute renal failure in Intensive care unit: which treatment is best.* Intensive and Emergency medicine. 1995 vol 20 pp 385-407.
2. RONCO, BELLOMO et altri. *Effects of different doses in continuous veno venous haemofiltration on outcomes of acute renal failure: a prespective randomized trial.* Lancet 356:26-30
3. KEAR T. *Renal Therapy.* Advance online editions for nurse in www.advanceforurse.com
4. POLITOSI GIGI, MAYER B. et al. *Continuous renal replacement therapy, a national perspective AACN/NKF.* Critical care nursing clinics of north America. 10:2 171-177.
5. BALDWIN, BELLOMO. *Blood Flow Reduction Associated with nursing care activities during continuous renal replacement therapy.* Blood Purif 2001; 19:329-346
6. DAVENPORT A., MEHTA S.. *ADQI, acute dia-*

*lysis initiative, workgroup 6. access and anti-coagulation.*

7. UDERMANS-VAN STRAATEN. *Guidelines for anticoagulation in continuous venovenous hemofiltration (CVVH).* NVIC guidelines for nephrology and intensive care. 1-12.
8. BESSERMANN, CLEAVES. *Filter life in CVVH therapy: a case study.* Blood purify 1999, 17:99-119
9. DORVAL, LEVEILLE et al.. *comparative performance of 4 different anticoagulation strategies in continuous veno-venous hemodiafiltration.* 1999 blood purify. 177-99-119
10. SULLIVAN M. et al. *strategies for Orientating and training nurses to Monitor and Manage patient receiving continuo renal replacement therapies.* Blood purify 2001; 19:329-346
11. MARTIN R. et al. *Assessing nursing competency in continuous veno-venous hemodialysis.* Blood purify 1995;13:385-401
12. VIBOR, IBSEN et al. *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use score in Intensive care unit in patient treated with Continuous renal replacement Therapy .* Blood Puri 2000 18:61-90
13. PIGNATARO, PASSAFIUME et al. *emofiltrazione continua in terapia intensiva: impatto economico e carico di lavoro infermieristico in una rianimazione polivalente.* Esia- Italia EDUCATIONAL SYNOPSIS IN ANESTHESIOLOGY and CRITICAL CARE MEDICINE - Italia
14. BALDWIN, BELLOMO. *Blood Flow Reduction Associated with nursing care activities during continuous renal replacement therapy.* Blood Purif 2001; 19:329-346
15. PRASAD, PALEVSKY et al. *Factor affecting system clotting in continuous renal replacement therapy: result of a randomized controlled trial.* Clin. nefr. Vol.53 n.1/2000:55-60
16. BALDWIN, BELLOMO. *Blood Flow Reduction Associated with nursing care activities during continuous renal replacement therapy.* Blood Purif 2001; 19:329-346

### Abstract

An issue within hemofiltration approaches to therapy regards the continuity of these treatments. Continuity is important because it can affect the possibility to control patient's ureic, water and electrolyte status, as well as maintaining low levels of sepsis mediators. The aim of this study is to highlight some critical factors during nursing management of hemofiltration sessions, with a particular attention on the continuity of treatment. Fifteen (15) patients from a SICU (Surgical Intensive Care Unit) of the Azienda Ospedaliera Policlinico di Modena, that were treated with CVVH (continuous veno-venous hemofiltration) were enrolled for the study over a period between October 2003 and July 2004; in 214 cumulative days the performance of 121 treatments were studied in function of time. The analysis of 3417 hours of renal replacement therapy evidenced how starting of treatments were difficult in some periods of the day due to the amount of other nursing activities: the number of treatments started in the afternoon shift were the double respect to the same started in the morning shift; the incidence of interruption of treatments was constantly elevated during the 6.00 a.m and the 11.00 a.m timeframe, time during which most basic nursing activities occur. There is strong correlation between the organization of nursing activities and the performance of renal replacement therapies. Nursing workloads and organization can interfere with renal replacement therapies as well as nursing activities.

**Key words:** CVVH, Time of therapy, Nursing



Chiara Perini, Infermiere Laureato, U.O. Geriatria  
 Michela Galvagni, Infermiere, U.O. Anestesia e Rianimazione  
 Ospedale S.Maria del Carmine di Rovereto, Trento.

# Il delirium in terapia intensiva: aspetti clinici ed assistenziali. Analisi di un caso



ARTICOLO ORIGINALE  
 pervenuto il 02/03/06  
 approvato il 03/03/06

## Riassunto

*Questo caso clinico prende in esame il delirium in terapia intensiva, contesto in cui l'incidenza del delirium è molto alta e l'impatto sul paziente realmente pesante. Le complicanze del delirium sono molte ed in alcuni soggetti possono rivelarsi gravemente disabilitanti poiché il delirium implica il prolungamento della degenza in terapia intensiva con il potenziale aumento dei rischi di sviluppare altre patologie e l'incremento dei costi sociali e sanitari. Questa ricerca ha lo scopo di presentare questo quadro clinico secondo gli studi più attuali, respingere la convinzione che il delirium sia un evento normale o atteso nei pazienti ricoverati in terapia intensiva, determinare il ruolo che l'infermiere riveste in questa situazione e l'importanza della migliore qualità dell'assistenza infermieristica rivolta al paziente in questa situazione.*

*Attraverso l'esposizione di un caso clinico paradigmatico e la successiva discussione nonché tramite una revisione critica dei trattamenti praticati, si tenta di rispondere ai seguenti quesiti: è possibile prevenire il delirium e diminuire il rischio di sviluppo di questa grave evenienza? L'infermiere ha la possibilità e i mezzi per accertare la presenza del delirium e contenerne le conseguenze? Che ruolo possono assumere i familiari dei pazienti che hanno sviluppato il delirium?*

*Lungo la trattazione vengono proposte alcune soluzioni concrete basate sulle evidenze scientifiche con lo scopo di osservare più criticamente la pratica in uso ed i possibili miglioramenti che si possono apportare su ogni singolo paziente.*

*Gli infermieri di area critica devono prima di tutto conoscere il quadro del delirium per saperlo gestire e lavorare uniti e con un metodo logico per tendere sempre al miglioramento.*

**Parole chiave:** Delirium, Terapia intensiva, Nursing / assistenza infermieristica

**I**l delirium ha un forte impatto ed un'alta incidenza nelle unità operative di terapia intensiva, spesso tuttavia il personale sanitario definisce questo problema come *psicosi da terapia intensiva* lasciando così trasparire come questa situazione sia una condizione normale, e talvolta persino attesa, del paziente critico, ciò con il rischio di sottostimare una situazione estremamente seria e grave che molte volte sottende o anticipa il precipitare della situazione clinica. Molte sono le complicazioni che ne derivano, alcune delle quali molto inabilitanti per il paziente. Sorgono quindi alcune domande: è possibile prevenire il delirium e diminuire i fattori di rischio? È possibile riconoscere tempestivamente il delirium e contenere i suoi effetti? Che ruolo possono rivestire i familiari dei pazienti rispetto al delirium?

Lo studio di questo problema si snoda attraverso i seguenti punti: analisi generale del delirium, caso clinico, discussione del caso clinico, revisione critica del trattamento effettuato.

## Aspetti generali del delirium

Il delirium è definito come insufficienza cerebrale acuta<sup>1</sup> e come stato confusionale acuto, ed è questo uno dei più comuni problemi psichiatrici in rianimazione<sup>2,3</sup>. Pochi sono i dati esistenti concernenti l'incidenza del delirium in terapia intensiva (TI), tuttavia usando un particolare strumento di accertamento<sup>4</sup> emerge che l'87% dei pazienti in TI e l'83% dei pazienti ventilati meccanicamente per parte del tempo della degenza<sup>5</sup> sviluppano delirium; inoltre una percentuale che varia tra il 4 e il 40% dei pazienti che sviluppano il deli-

rium in terapia intensiva riporterà una disabilità permanente<sup>1, 6</sup>. Spesso non è possibile determinare una causa di delirium, poiché l'eziologia, pur possedendo una forte base organica, è multifattoriale<sup>2, 7, 8, 9</sup>. L'azione di farmaci ed in particolare degli agenti anticolinergici riveste un ruolo sempre più importante nella ricerca della genesi del delirium<sup>6, 10, 11</sup> ed a seguire tutte le sindromi di astinenza, ipossiemia ed ipercapnia, disordini elettrolitici e metabolici, alterazioni emodinamiche, dolore, patologia acuta grave, contesto ambientale. Vi sono poi alcuni fattori di rischio ed i principali sono<sup>12, 13</sup>: preesistente demenza, condizione medica severa, abuso di alcool, limitazione funzionale dovuta all'allettamento forzato per la presenza di tubo endotracheale, alterazione di udito e vista, psicofarmaci, shock, anemia, dolore, procedure iatrogene.

Il delirium possiede delle caratteristiche cliniche molto specifiche che lo dividono in due tipologie<sup>1, 6</sup>: *delirium iperattivo* (intensa agitazione psicomotoria) e *delirium ipoattivo* (letargia). Si possono inoltre rilevare: deficit di memoria, disorientamento, alterazioni del linguaggio, disattenzione<sup>1</sup>, diffusi e generali rallentamenti del ritmo all'elettroencefalogramma (EEG)<sup>11, 14</sup>. Nella maggior parte dei casi di delirium l'esordio è acuto ed improvviso. Il paziente si presenta confuso nello spazio e nel tempo, è impreciso ed incoerente nel ragionamento; può presentare disartria o afasia, disnomia e aprassia strutturale<sup>1</sup>, possono essere presenti le cosiddette malinterpretazioni.

È importante conoscere gli strumenti per valutare il delirium e che questi siano appropriati al contesto della terapia intensiva e quindi di facile e rapido utilizzo<sup>15</sup>. La revisione della letteratura ha portato in luce un importante strumento di accertamento del delirium, il Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (CAM-ICU)<sup>4</sup> altamente specifico nella valutazione del paziente critico intubato<sup>16</sup>.

Il trattamento del delirium mira a correggere le cause e proteggere il paziente, gli operatori sanitari e l'ambiente sanitario dai comportamenti inconsapevoli e violenti del paziente. Si possono quindi distinguere due momenti terapeutici: il primo mirato a proteggere il paziente ed il secondo a risolvere la causa scatenante<sup>1, 11, 17</sup>.

Indispensabili infine sono alcuni

interventi ambientali indirizzati a riorientare il paziente dove il coinvolgimento dei familiari può avere un ruolo importante<sup>1</sup>.

### Caso clinico

**1° giornata:** Il signor X.Y., 62 anni, celibe, viene ricoverato nel reparto di chirurgia generale a seguito di una caduta. Diagnosi d'ingresso: fratture costali multiple a destra, frattura della scapola sinistra, frattura somatica amielica di D8 e lussazione della spalla sinistra. Nega la presenza di patologie concomitanti, l'assunzione di farmaci e di alcool o sostanze che possano determinare qualche forma di dipendenza fisica e psichica, non presenta precedenti psichiatriche. I parenti più prossimi confermano quanto affermato dal paziente. Il paziente si presenta vigile, orientato e collaborante. Nel pomeriggio insorge rapidamente un quadro di insufficienza respiratoria acuta che si manifesta con dispnea, tachipnea, riduzione dei valori di saturazione periferica di ossigeno, stato ansioso crescente. Vengono somministrati 3 mg di Diazepam ev. L'emogasanalisi (EGA), in aria ambiente, rivela i seguenti valori: pH 7,38 – PCO<sub>2</sub> 27 mmHg – PO<sub>2</sub> 80 mmHg – HCO<sub>3</sub> 22 mmol/L – SaO<sub>2</sub> 92%. Il paziente si presenta tachipnoico, sudato, oggettivamente affaticato; la tomografia assiale computerizzata (TAC) al torace evidenzia uno emopneumotorace a livello dell'emitorace destro. Viene posizionato un drenaggio toracico che drena immediatamente 200 ml di liquido ematico. La saturazione periferica di ossigeno (SpO<sub>2</sub>) rimane pressoché invariata con ossigeno in maschera facciale 40% FiO<sub>2</sub>. Si decide di trasferire il paziente in terapia intensiva per un monitoraggio più accurato e un supporto respiratorio. Dopo sedazione con Propofol 2%, a 2 ml/h in infusione continua ev. il paziente viene posto in ventilazione CPAP – NIV al 40% FiO<sub>2</sub>, 5 cmH<sub>2</sub>O di PEEP. Nulla da segnalare per ciò che riguarda il quadro emodinamico: valori cardio pressori nei limiti, diuresi conservata. Insonne per tutta la notte.

**2° giornata:** le condizioni respiratorie si aggravano ulteriormente, il paziente è confuso.

EGA: pH 7,35 – PCO<sub>2</sub> 48 mmHg – PO<sub>2</sub> 70 mmHg – HCO<sub>3</sub> 24 mmol/L –

SaO<sub>2</sub> 90%. Il paziente permane tachipnoico (FR: 28 atti/minuto) ed alterna momenti di calma a momenti di intensa agitazione. Non tollera la ventilazione. Si procede a sedazione con Propofol e intubazione endotracheale: CPAP/ASB (12 cmH<sub>2</sub>O)/ 7 cmH<sub>2</sub>O PEEP/ FIO<sub>2</sub> 70%. Il paziente viene mantenuto sedato con infusione continua di Propofol 2% (4 ml/h).

**3° e 4° giornata:** la situazione clinica generale si presenta stabile. Il paziente è costantemente agitato, soprattutto durante la notte, insonne nonostante la sedazione. Il giorno seguente vengono variate le impostazioni del respiratore: CPAP/ASB (12 cmH<sub>2</sub>O) – PEEP 11 cm H<sub>2</sub>O – FIO<sub>2</sub> 50%. EGA: PH 7,36 – PCO<sub>2</sub> 48 mmHg – PO<sub>2</sub> 78 mmHg – HCO<sub>3</sub> 24 mmol/L – SaO<sub>2</sub> 93%. Da segnalare un calo della pressione arteriosa (90/65 mm Hg) della durata di circa un'ora. La situazione si risolve dopo la somministrazione di 500 ml di soluzione colloidale. Al controllo delle ore 22 si segnalano perdite ematiche dal drenaggio toracico di 200 ml in 8 ore. In seguito ad un controllo ematochimico che rileva emoglobina 9,9 g/dl vengono somministrate tre sacche di concentrati eritrocitari.

Paziente insonne, agitato, confuso e non collaborante. Permane la somministrazione di Propofol in infusione continua, che viene aumentata a 6 ml/h.

La saturazione si mantiene costantemente inferiore a 92 %.

**7° giornata:** il quadro psichico del paziente subisce costanti cambiamenti, passando da fasi di forte ansia a momenti di importante agitazione psicomotoria. Gesticola con le mani, alza e abbassa le gambe meccanicamente, non coordina i movimenti, non risponde ad ordini semplici. Decisamente disorientato e spaventato. Si provvede alla somministrazione di Lorazepam 1 mg x 2 ev, in aggiunta al Propofol 2% 6 ml/h.

**8° e 9° giornata:** situazione clinica generale in progressivo miglioramento. Permane lo stato di agitazione incontrollata e poco gestibile. EGA: PH 7,39 – PCO<sub>2</sub> 38 mmHg – PO<sub>2</sub> 87 mmHg – HCO<sub>3</sub> 24 mmol/L – SaO<sub>2</sub> 94%. Viene rimosso il drenaggio toracico ed il tubo endotracheale: attuale ventilazione spontanea CPAP – NIV FiO<sub>2</sub> 50% PEEP 7 cm H<sub>2</sub>O.

**11° giornata:** la sedazione viene ridotta per permettere una maggior effi-



cacia dell'attività respiratoria spontanea (Propofol 2% da 6 ml/h a 2 ml/h). Il paziente si presenta tranquillo, ma disorientato ed a tratti allucinato, agita le braccia come per afferrare qualcosa, sembra cercare di comunicare con qualcuno anche quando accanto al suo letto non c'è nessuno, volta la testa freneticamente da un lato all'altro della stanza come se si sentisse minacciato. In terapia viene aggiunto Midazolam 1 mg/h ev in infusione continua.

**12° e 13° giornata:** lo stato di confusione acuta peggiora, il paziente alterna tratti di sopore a momenti di forte confusione, la comunicazione risulta impossibile, il paziente manifesta uno stato di delirium conclamato: appare allucinato, pronuncia parole incomprensibili ed ha comportamenti violenti verso l'équipe assistenziale. Si sfilava il sondino naso gastrico, trazione il catetere venoso centrale e il catetere arterioso, si rimuove in continuazione la maschera facciale e trazione il catetere vescicale. Si rende necessaria la contenzione fisica e la somministrazione estemporanea di un bolo di 2 mg di Aloperidolo ev. La terapia sedativa viene variata: Aloperidolo 2 mg x 3, Propofol 2% 2 ml/h, Lorazepam 1 mg x 2, Midazolam 1mg/h.

**14° giornata:** lo stato mentale permanente gravemente alterato. Da segnalare un rialzo termico TC 38,2°C. Nuovo peggioramento respiratorio. EGA: PH 7,31 – PCO<sub>2</sub> 53 mmHg – PO<sub>2</sub> 68 mmHg – HCO<sub>3</sub> 28 mmol/L – SaO<sub>2</sub> 82%. Viene confezionata una tracheostomia e il paziente viene connesso al ventilatore: CPAP FiO<sub>2</sub> 40% - PEEP 5 cm H<sub>2</sub>O.

**16° giornata:** il paziente trascorre la notte più tranquillamente. Il mattino appare più attento a ciò che gli succede, è meno agitato. Gli scambi gassosi migliorano. EGA: PH 7,38 – PCO<sub>2</sub> 35 mmHg – PO<sub>2</sub> 91 mmHg – HCO<sub>3</sub> 23 mmol/L – SaO<sub>2</sub> 94%.

Viene abbandonata la ventilazione a pressione positiva e si passa alla ventilazione spontanea con ossigeno terapia umidificata a caldo con 40% FiO<sub>2</sub>. Il paziente durante la notte riposa.

**18° giornata:** il signor X.Y. viene trasferito nel reparto di medicina. Si presenta attento, calmo e collaborante. Non ricorderà nulla dei giorni di delirium.

## Discussione del caso

### Manifestazioni

Dopo due giorni di degenza nel reparto di rianimazione il paziente mostra importanti variazioni del comportamento, soprattutto di notte ed in seguito al peggioramento del quadro respiratorio ed alla successiva intubazione.

Il quadro respiratorio del paziente nei giorni seguenti migliora, la sedazione viene alleggerita ed il paziente viene estubato. Ad un miglioramento dello stato fisico, però, non corrisponde un miglioramento dello stato mentale: lo stato di agitazione aumenta fino a diventare delirium conclamato.

Di seguito vengono identificate le possibili cause che hanno portato al delirium.

### Identificazione delle possibili cause

#### Cause organiche:

1. *Ipossia secondaria ad anemia e alterazione degli scambi gassosi.*
2. *Ipotensione.*
3. *Effetti dei farmaci.*
4. *Infezioni.*

#### Cause ambientali:

1. *Deprivazione di sonno.*
2. *Deprivazione sensoriale e stimoli monotoni.*

#### Altre cause:

1. *Gravità della patologia.*
2. *Ventilazione artificiale meccanica.*
3. *Terapie invasive.*

### Analisi delle cause ed evidenze scientifiche che le supportano

#### Cause organiche:

**Ipossia:** le anomalie degli scambi gassosi sono associate a molti sintomi psicologici e di deterioramento cognitivo: perdita della memoria a breve termine, modificazione della percezione, disattenzione<sup>9</sup>.

Nel caso del sig. X.Y. l'ipossia è da attribuire all'importante trauma toracico e all'anemizzazione dovuta all'emorragia. L'evoluzione del delirium sembra essere associata alla diminuzione della concentrazione di emoglobina<sup>18</sup>; da un recente studio<sup>19</sup> emerge che i pazienti con delirium severo hanno concentrazioni di emoglobina significativamente basse. Si può osservare che il momento di massima manifestazione di delirium avviene in 13° - 14° giornata, momento di massimo distress respiratorio.

**Ipotensione:** questo evento ha contribuito a determinare una ulteriore riduzione nell'apporto totale di ossigeno al cervello.

**Azione dei farmaci:** esistono molti farmaci in grado di indurre il delirium. Murray compone una lista di ben 90 sostanze farmacologiche associate al delirium, principalmente sostanze con proprietà anticolinergiche<sup>6,7,17</sup>.

Le sostanze che posseggono effetto anticolinergico possono portare agitazione, allucinazioni, delirium e stato di coma. La sindrome anticolinergica include: disturbi della memoria<sup>20</sup>, disorientamento nel tempo e nello spazio, eccitamento psicomotorio, allucinazioni visive, disartria, atassia e asineria<sup>21</sup>.

Il sistema limbico è la porzione anatomica dell'encefalo a cui corrisponde la funzione di regolare il comportamento e l'espressione emozionale attraverso il sistema colinergico. L'ipotalamo che è connesso al sistema limbico ha delle funzioni implicate nelle manifestazioni del delirium<sup>22</sup> quali il controllo degli stati emozionali di eccitazione e rabbia e la regolazione del ritmo sonno veglia.

Per quanto riguarda l'ipotesi causale farmacologica, i farmaci assunti dal signor X.Y. durante la degenza che possono essere associati al delirium, sono i seguenti: Propofol, Midazolam, Lorazepam, Penicillina, Furosemide, Omeprazolo.

Midazolam e Lorazepam, pur essendo benzodiazepine adatte al controllo dell'ansia e dell'agitazione, possono contribuire a determinare il delirium<sup>2</sup> e se somministrate da sole possono rivelarsi inefficaci<sup>6,11</sup>. Il Propofol, per la rapidità della sua azione e la rapida eliminazione è estremamente efficace nella sedazione prolungata in terapia intensiva. L'apertura di finestre libere dal farmaco, utilizzate per valutare lo stato di coscienza, rappresentano una situazione in cui il paziente non è completamente sedato tuttavia permane un quadro di disorientamento dato dal mancato recupero di un completo stato di coscienza; questa condizione è associata al delirium. È inoltre possibile che si manifesti una sindrome da astinenza da Propofol<sup>11</sup>.

La terapia antibiotica: l'esame microbiologico del materiale bronchiale implicava la somministrazione di una terapia antibiotica con piperacillina e tazobactam. Tutte le penicilline sono irritanti per il sistema nervoso

centrale<sup>21, 20</sup>. Tra gli effetti avversi vengono riportate le allucinazioni.

Terapia diuretica: la Furosemide è una sostanza con effetti anticolinergici<sup>13</sup>.

Protettore gastrico: l'Omeprazolo può produrre i seguenti effetti collaterali: insonnia, stordimento e raramente confusione, agitazione e aggressività, come riferito dalla stesse case farmaceutiche.

**Infezioni:** la 14° giornata è caratterizzata anche da un picco febbrile a 38,2°C, PCR di 13.9, leucociti 16,5 x 10<sup>9</sup>/L. L'organismo reagisce alle infezioni producendo diversi mediatori chimici dei processi flogistici: TNF $\alpha$ , interferone e interleuchina<sup>123</sup>, sostanze capaci di inibire la funzione colinergica delle zone ippocampali<sup>17</sup>. Una delle funzioni dell'ippocampo è quella di trasformare la memoria a breve termine in memoria a lungo termine, che quindi viene inibita dai processi infiammatori.

**Dolore:** il dolore determina l'aumento della produzione di catecolamine, le quali hanno effetti anticolinergici<sup>1, 2, 14, 22, 24</sup>. Inoltre lo stimolo doloroso determina un aumento del livello di cortisolo che inibisce la produzione di melatonina, un ormone implicato nella determinazione del ritmo sonno-veglia<sup>3</sup>.

## Cause ambientali

**Deprivazione di sonno:** il sonno è essenziale per la sopravvivenza dell'organismo e per l'equilibrio psichico dell'uomo. Il sonno è un processo ciclico costituito da due fasi: **NREM** (Non Rapid Eye Movement, assenza di movimenti oculari rapidi) a sua volta divisa in quattro stadi, e quella di sonno **REM** (Rapid Eye Movement, presenza di movimenti oculari rapidi)<sup>20, 25</sup>. La privazione di sonno è frequente in terapia intensiva ed è un fattore associato allo sviluppo del delirium<sup>3</sup>. Spesso, come nel caso clinico esaminato, la manifestazione di delirium è preceduta da una o più notti insonni. La deprivazione di sonno in rianimazione è aumentata dalle continue attività mediche ed infermieristiche e dagli inevitabili rumori e allarmi<sup>3</sup>. Il ritmo circadiano sonno-veglia, inoltre, è regolato dall'ormone melatonina i cui livelli sono elevati durante la notte e bassi durante il giorno, poiché la luce diurna inibisce la sua secrezione<sup>3</sup>. In rianimazione la luce è artificiale ed il paziente spesso non può vedere la variazione di luce della giornata. Vi

sono inoltre alcune sostanze farmacologiche che ostacolano la produzione di melatonina (es. benzodiazepine).

**Privazioni sensoriale e stimoli monotoni:** in aggiunta alla privazione del sonno, l'ambiente intensivo impone una privazione sensoriale che può contribuire allo sviluppo di problemi psicologici. Per privazione sensoriale si intende l'assenza di finestre, l'uniformità e la monotonia degli stimoli e dei rumori. Tutto ciò può produrre disturbi dell'attenzione e allucinazioni<sup>2</sup>. Gli stimoli visivi di questi pazienti sono limitati nella maggior parte dei casi alla visione delle pareti bianche o del soffitto e degli strumenti che occupano lo spazio sopra il capo. La monotonia sensoriale include anche le stimolazioni acustiche prodotte da: allarmi acustici di monitor e ventilatori, pompe d'infusione, fonte di ossigeno, aspiratore, telefono ecc. È riportato che gli stimoli uditivi intermittenti possono produrre allucinazioni visive e uditive nei soggetti normali e gli stimoli della terapia intensiva hanno la potenzialità, nei pazienti più suscettibili, di sviluppare problemi psicologici<sup>9</sup>. L'insieme di tutti questi rumori non solo non consente al paziente di rispettare i propri ritmi sonno-veglia ma lo portano ad accumulare un livello di stress sempre maggiore.

## Altre cause

**Patologia grave che mette in pericolo di vita:** trovandosi di fronte ad eventi così improvvisi e gravi, il paziente mette in atto dei normali meccanismi di difesa, quali la regressione, la negazione e l'isolamento<sup>26</sup>. I pazienti catalogati dall'*American Heart Association* come classi I per insufficienza cardiaca congestizia avevano una possibilità del 29% di sviluppare delirium, mentre l'incidenza era del 100% in classe IV<sup>9, 10</sup>. È tuttavia importante sottolineare come ad una patologia seria si associano spesso anche gravi disordini metabolici che possono costituire la causa primaria del delirium.

**Ventilazione meccanica:** in questa situazione il paziente vive l'esperienza di dipendenza da una macchina, ed è una condizione che ha degli importanti risvolti psicologici ed è una importante causa di stress, ansia e paura<sup>5</sup>.

Il paziente non può comunicare verbalmente, ma non riesce nemmeno a sospirare, a starnutire o esprimere altre manifestazioni emozionali<sup>9</sup>.

**Terapie invasive:** intubazione endotracheale, cateteri venosi ed arteriosi, catetere vescicale, drenaggi, sonda naso gastrica, manovra di aspirazione endotracheale, materasso ad aria in continuo movimento sono tutte esperienze che ostacolano il normale ritmo sonno-veglia e si rivelano essere importanti fonti di ansia e stress.

## Trattamento effettuato e revisione critica degli interventi praticati

**Interventi ambientali:** lo scopo di questi interventi è quello di ridurre i fattori ambientali che possono indurre o far precipitare il delirium, la confusione e le malinterpretazioni e individuare il livello ottimale di stimoli positivi<sup>10, 18</sup>. L'equipe assistenziale, pur evidenziando uno stato di agitazione psicomotoria e confusione mentale, dal punto di vista ambientale e psicologico non propone interventi validi al contenimento o risoluzione della situazione. Uno dei primi segni che si sarebbe potuto valutare e gestire in modo più adeguato è stata l'insonnia del paziente durata numerose notti prima della chiara manifestazione di delirium.

## Come garantire un sonno adeguato

L'ambiente intensivo non è favorevole al paziente: le luci sono accese per la maggior parte del giorno, vi è un altissimo livello di rumorosità, di stimoli monotoni e molte persone diverse si affaccendano attorno al letto del malato. Nel reparto di terapia intensiva spesso la notte è simile al giorno e ciò può aumentare la confusione del paziente. Gli interventi non farmacologici utili ad aiutare i pazienti a dormire durante la notte sono molti.

**Il livello delle luci:** nelle unità di cure intensive permane l'illuminazione artificiale al neon per gran parte delle ventiquattro ore, ciò costituisce un ostacolo al sonno e una iposecrezione di melatonina, determinando quindi uno stato di veglia più prolungato di quello di sonno. Andranno quindi ricate, nel limite del possibile, le variazioni luminose del giorno e della notte.

**Gli stimoli rumorosi:** durante la notte l'infermiere può selezionare un livello di allarme sonoro delle apparecchiature più basso.

**Eliminazione dei risvegli notturni non necessari:** potrebbe risultare utile ridurre

re le attività infermieristiche durante la notte<sup>10</sup>.

**Il comportamento degli operatori:** per la stretta vicinanza degli operatori al paziente è facile disturbare inconsapevolmente ed interrompere il riposo dei pazienti, diventa quindi fondamentale limitare i rumori.

**Le sensazioni del paziente:** il paziente in T.I. si trova nell'impossibilità di comunicare eventuali disagi dovuti dalla sensazione di freddo o di caldo. Va ricordato che il paziente non indossa indumenti e quindi la temperatura ambientale può risultare non idonea.

**Lo stato psicologico del paziente:** uno stato ansioso di base e lo stress emotivo può determinare da solo l'impossibilità a prendere sonno.

### Come riorientare il paziente

La memoria a breve termine ne risente particolarmente di questo stato, diventa quindi importante al paziente ricordare la data, il luogo in cui si trova e cos'è accaduto. Qualora ne facesse uso, può risultare utile riposizionare al più presto eventuali protesi acustiche, occhiali o lenti a contatto con lo scopo di migliorare la percezione sensoriale. La presenza dei familiari può essere utile in quanto, dopo una adeguata preparazione, possono essere rassicuranti per il paziente<sup>14</sup>. Molte volte sono proprio i membri della famiglia che possono venir turbati ed aver bisogno d'aiuto per comprendere la situazione. Di fronte al paziente con delirium l'infermiere dovrà essere calmo e professionale, mai accondiscendente alle idee deliranti, ma sempre portato a riorientare il paziente<sup>26</sup>.

La contenzione fisica verso il signor X.Y. è stata dettata dallo stato di necessità<sup>27</sup> poiché il suo comportamento era pericoloso in primo luogo per se stesso ma anche per il contesto ambientale. La contenzione fisica produce tuttavia notevoli effetti collaterali<sup>28</sup>. Un paziente confuso non può comprendere il significato delle restrizioni fisiche e la limitazione dei propri movimenti viene spesso letta come un affronto personale incoraggiando i pensieri di persecuzione<sup>19</sup>. È quindi una situazione che crea ansia e paura e produce un livello di stress molto severo: aumenta la richiesta di ossigeno, la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, può peggiorare l'ipossia.

### Interventi farmacologici

Lo scopo della sedazione del paziente è quello di eliminare l'ansia, produrre amnesia, controllare le risposte in stress, permettere di tollerare l'intubazione endotracheale, ridurre il consumo di ossigeno e riprodurre, se possibile, il normale ciclo di sonno-veglia<sup>29</sup>. La terapia sedativa del signor X.Y. era costituita da Propofol e Lorazepam ev. Il Propofol è un ipnotico ad azione rapida raccomandato per la sedazione prolungata in terapia intensiva. Un recente studio clinico randomizzato<sup>30</sup> confronta il Propofol con il Dexmedetomidine, un farmaco ad azione sedativa, analgesica, con proprietà ansiolitiche e non dotato di importati effetti avversi sulla pressione sanguigna e sull'attività respiratoria. Lo studio dimostra che i pazienti trattati con il Propofol erano maggiormente soddisfatti rispetto ai pazienti trattati con il Dexmedetomidine.

Il Lorazepam veniva somministrato al signor X.Y. alle 12.00 ed alle 24; questa scelta è approvata dall'APA (*American Psychiatric Association*), poiché il Lorazepam non produce metaboliti attivi<sup>18</sup>. La valutazione dell'infermiere riveste ora un ruolo importante in quanto ha il compito di valutare il livello di sedazione poiché è la figura sanitaria che lo può fare nel modo migliore osservando il paziente durante tutto l'arco della giornata<sup>2</sup>.

Il Propofol e il Lorazepam non sono stati sufficienti a sedare il signor X.Y. È stato quindi necessario aggiungere il Midazolam in infusione ev continua. Nonostante ciò il paziente è rimasto allucinato, violento e pericoloso. Inizia la terapia con Alopèridolo ev. L'APA lo considera l'antipsicotico di prima scelta (grado di evidenza 1a): agisce rapidamente, ha solo lievi effetti anticolinergici, non possiede effetti avversi sulla pressione sanguigna e sull'attività respiratoria<sup>6,11,17</sup>. La via di somministrazione endovenosa rappresenta la scelta migliore in quanto produce i minori sintomi extrapiramidali, raggiunge l'effetto desiderato molto velocemente<sup>10</sup> ed evita le iniezioni intramuscolo, fattore importante poiché il paziente confuso interpreta un'iniezione come una aggressione verso se stesso.

### Ipotesi di ulteriori miglioramenti

Un recente studio<sup>31</sup> mette in evidenza che all'opinione corrente del personale sanitario, che riconosce al delirium un

forte impatto sullo sviluppo delle complicanze e sulla mortalità, non segue una pratica clinica basata sulle evidenze e sulle linee guida. Gli infermieri devono prestare maggiore attenzione al delirium e per riconoscerlo tempestivamente sono necessari validi strumenti di accertamento. In terapia intensiva c'è la necessità di possedere uno strumento di accertamento veloce e di facile utilizzo, poiché l'équipe infermieristica può non possedere particolari conoscenze psichiatriche<sup>15</sup>. Inoltre il paziente intubato non può parlare e quindi non è in grado di sostenere un'intervista. Il CAM-ICU<sup>4</sup> è l'unico strumento adatto a queste situazioni, concepito appositamente per le unità di cure intensive ed è sostenuto da un alto grado di evidenza (2a), sensibilità e specificità<sup>17,31,32</sup>.

Durante la notte la sedazione può essere aumentata rispetto al giorno per garantire il riposo<sup>14</sup>. Ed infine è possibile migliorare ulteriormente la prevenzione evidenziando i principali fattori di rischio.

### Conclusioni

Il caso del signor X.Y. risulta paradigmatico poiché rappresenta una situazione reale che l'infermiere di area critica può trovarsi ad affrontare quotidianamente. Questa tesi vuole abbattere la convinzione che il delirium sia un evento normale nel paziente in rianimazione e rimarcare l'importanza del ruolo dell'infermiere nell'offrire la migliore assistenza al paziente. L'infermiere è importante per rilevare precocemente il delirium e per questo deve possedere le conoscenze e la capacità di affrontare questa situazione.

I quesiti inizialmente erano: è possibile prevenire l'insorgenza del delirium? Vi sono eventuali accortezze che l'infermiere può adottare per ridurre il rischio di delirium? A queste due prime domande la risposta è affermativa, l'infermiere può fare molto. Un altro quesito riguardava la possibilità di riconoscerne tempestivamente l'insorgenza in modo da minimizzarne gli effetti e, in conclusione, si può affermare che pur potendo individuare dei fattori di rischio, il delirium è un evento improvviso e per questo difficilmente contenibile.

Un importante strumento di valutazione per accertare la presenza o meno del delirium è rappresentato dal CAM-ICU.



Il delirium rappresenta una emergenza medica che richiede la sedazione ed il trattamento della causa primaria. Può essere necessario ricorrere alla contenzione fisica.

L'infermiere è la persona che dovrà guidare i familiari del paziente attraverso questa esperienza che risulta essere molto impegnativa e per certi aspetti spaventosa. Se i familiari comprendono la situazione, possono essere d'aiuto al paziente.

Tutto lo staff deve lavorare unito, con un metodo unico e con ordine, con l'obiettivo di migliorarsi continuamente.

## Bibliografia

- HALL JB, SCHMIDT GA, WOOD LDH, *Principles of Critical Care*. 2nd ed, New York, McGraw-Hill, 1998.
- The Society of Critical Care Medicine, *Textbook of Critical Care*. 2nd ed, Philadelphia, WB Saunders Company, 1989.
- OLOFSSON K, ALLING C, LUNDBERG D, MALMROS C, *Abolished circadian rhythm of melatonin secretion in sedate and artificially ventilated intensive care patients*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2004;48:679-684.
- ELY EW, INOUE SK, BERNARD GR, GORDON S, FRANCIS J, MAY L, et al. *Delirium in Mechanically Ventilated Patient. Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. JAMA 2001;286:2703-2709.
- SHU-MIN L et al, *The impact of delirium on the survival of mechanically ventilated patients*. Critical Care Medicine, 2004;32:2245-2259.
- American Psychiatric Association. *Disease definition, epidemiology, and natural history*. Available online at: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/pg\\_delirium\\_2cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_delirium_2cfm)
- MCGUIRE BE, BASTEN CJ, RYAN CJ, GALLAGHER J, *Intensive Care Unit Syndrome. A Dangerous Misnomer*. Arch Intern Med, 2000;160:906-909.
- Official Patient and Family Web Site of the Society of Critical Care Medicine Certified by American Association of Critical-Care Nurses. Available online at: <http://www.icu-usa.com>
- TOBIN MJ, *Principles and Practice of Mechanical Ventilation*. New York, McGraw-Hill, 1994.
- CHERNOW B, *The Pharmacologic Approach to the Critically Ill Patient*. 3rd ed, Baltimore, Williams & Wilkins, 1994.
- IRWIN RS, RIPPE JM, *Intensive Care Medicine*. 5th ed, 2nd ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2003.
- INOUE SK, CHARPENTIER PA, *Precipitating Factors for Delirium in Hospitalized Elderly Persons*. JAMA, 1996 Mar 20; 275(11):852-7.
- MARGIOTTA A, *Perchè insorge il delirium*, 49° Congresso Nazionale della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia. Firenze. 2004.
- CIVETTA JM, TAYLOR RW, KIRBY RR, *Critical Care*. 2nd ed, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1998.
- TULLMANN DF, *Assessment of delirium: Another step forward*. Critical Care Medicine, 2001;29:1481-1482.
- MCCNICOLL L, PISANI MA, ELY EW, GIFFIRD D, INOUE SK, *Detection of delirium in the intensive care unit: comparison confusion assessment method for the intensive care unit with confusion assessment method ratings*. Journal of the American Geriatrics Society, 2005 Mar, 53(3):595-500.
- MUSSI C, SALVIOLI G, *Linee guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano*. Giornale di gerontologia, 2000; 48:433-440.
- American Psychiatric Association. *Treatment principles and alternatives*. Available online at: [http://www.psych.org/psych\\_pract/treatg/pg/pg\\_delirium\\_2cfm](http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_delirium_2cfm)
- GRANBERG AA, MALMROS CW, BERGBOM IL, LUNDBERG DBA, *Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anemia, drug therapy and duration of ventilation treatment*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2002;46:726-731.
- KATZUNG BG, *Farmacologia generale e clinica*. 4 ed. Padova, Piccin, 2000.
- BOZZA MARRUBINI M, GHEZZI LAURENZI R, UCCELLI P, *Intossicazioni Acute*. 2aed. Milano, Organizzazione Editoriale Medico Farmaceutica, 1987.
- KIMBER-GRAY-STACKPOLE, *Anatomia e fisiologia*. 17 ed. Padova, Piccin, 1985.
- ELY EW, SHINTANI A, TRUMAN B, SPEROFF T, GORDON SM, HARRELL FE, *Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically ventilated Patients in the Intensive Care Unit*. JAMA, 2004;291:1753-1760.
- YAGAN MB, WHITE D, STAAB J, *Sedation of the mechanically ventilated Patient*. Critical Care Nursing Quarterly, 2000;22(4):90-100.
- ADAMS RD, VICTOR M, *Principi di neurologia*. 4°ed, Milano, McGraw-Hill, 1992.
- DE BERTOLINI C, RUPOLO G, *Psicologia medica*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 1996.
- BENCI L, *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. Elementi di giurisprudenza sanitaria. 2aed, Milano, McGraw-Hill, 1999.
- NIRMALAN M, DARK PM, NIGHTINGALE P, HARRIS J, *Physical and pharmacological restraint of critically ill patients: clinical facts and ethical considerations*. British Journal of Anaesthesia, 2004;92(6):789-792.
- TORRI G, CALDERINI E, *Tecniche di ventilazione artificiale*. Milano, Fogliazza Editore, 2000.
- MALLOW CORBETT S, REBUCK JA, GREENE CM, CALLAS PW, NEAL BW, HEALEY MA, LEAVITT BJ, *Dexmedetomidine does not improve patient satisfaction when compared with Propofol during mechanical ventilation*. Critical Care Medicine, 2005;33:940-945.
- ELY EW, STEPHENS RK, JACKSON JC, THOMASON JW, TRUMAN B, GORDON S, DITTS RS, BERNARD GR, *Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: A survey of 912 healthcare professionals*. Critical Care Medicine, 2004;32:106-112.
- COOK IA, (2004). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with delirium*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. Available online at: [http://www.psych.org/psych\\_pract/tretg/pg/prac\\_guide.cfm](http://www.psych.org/psych_pract/tretg/pg/prac_guide.cfm)

## Abstract

This case study takes in account delirium in the intensive care setting, were the incidence is very high and deeply affects patient's outcomes. Delirium produces many complications and adverse effects and, in some population of patients, can be disabling because delirium prolongs length of stay, exposing patients to further risks of developing adverse conditions as well as increasing social and health care costs. This paper aims to picture the clinical condition of delirium with up to date knowledge, reject the usual conviction that delirium is a normal or inevitable event in intensive care patients, outline nursing role for this condition and point out the importance of improving the quality of nursing care for patients affected by this condition.

Through the analysis of a paradigmatic case study and the subsequent discussion, as well as a review of actual treatment options, the following questions will tentatively be answered: Can delirium be prevented and the risk of development reduced? Do nurses have the possibility and instruments to detect the condition in a timely manner and contain the consequences? What can the family's role be to help dealing with the condition? Throughout the paper some concrete solutions will be proposed based on emerging scientific evidences, with the aim to critically observe current practices and identify possible improvements that can be undertaken for individual patient needs. Critical Care Nurses need to understand delirium and the underlying clinical condition to be able to manage it, and, at the same time, be able to work together with a logical method to try to gain improvements in nursing care.

**Key words:** Delirium, Intensive Care, Nursing

**Maria Luisa Rega**, DAI, Infermiere coordinatore, Tutor d'Aula Corso Master di I livello in Management Infermieristico sulle Funzioni di Coordinamento

**Elena Cristofori**, DAI, Infermiere, Tutor clinico, Corso di Laurea in Infermieristica

**Caterina Galletti**, DAI, Dott., Coordinatore didattico, Corso di Laurea Specialistica in Scienze infermieristiche e Ostetriche

**Ercole Vellone**, DAI, Caposala, UOC di Cardiologia, Ospedale S. Carlo, Roma, Prof. a contratto di Metodologia della Ricerca Infermieristica, Corso di Laurea e Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche Università Cattolica del S. Cuore, Roma

**Silvia Scelsi**, (DAI), Coordinatore Infermieristico, Responsabile U.O. Formazione, ARES 118 Lazio

## La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza



### Riassunto

*L'incidenza di infezioni nei reparti ad alta intensità di cure (ICU) è cinque volte superiore rispetto ai reparti generici di degenza ospedaliera sia per le condizioni di suscettibilità e complessità dei pazienti sia per le molteplici occasioni di trasmissione delle infezioni attraverso le pratiche assistenziali. A fronte di questi rischi, i programmi di controllo (NNIS System, CDC) non sempre riescono a mantenere livelli costanti di adesione alle pratiche raccomandate (come ad esempio per il lavaggio delle mani), sia perché non uniformemente applicati sia perché mancano adeguati strumenti di verifica.*

*Parallelamente si è sviluppato fino ad oggi, un preventivo atteggiamento restrittivo all'ingresso dei familiari dei pazienti ricoverati nelle ICU, tuttavia non sono presenti in letteratura lavori scientifici che dimostrino la correlazione tra l'ingresso dei visitatori e le infezioni nosocomiali.*

*La scelta di "aprire" le ICU è motivata dall'evidenza scientifica che le infezioni nei pazienti critici sono causate da fattori di rischio intrinseci e da germi portati dallo stesso paziente.*

*L'umanizzazione del processo di cura e della pratica curativa presuppone e richiede oltre alla competenza professionale, alla flessibilità intellettuale, emotiva, di ascolto e relazionale anche la capacità di adattare e modificare lo stile di assistenza e lo stile comunicativo relazionale con le persone assistite e i loro familiari.*

*L'ambiente, in quanto struttura e organizzazione, condiziona notevolmente l'assistenza, da qui la necessità di comparare alcuni esempi delle rianimazioni di ieri e di oggi, le quali a colpo d'occhio permettono di notare immediatamente il percorso di umanizzazione delle cure che è stato fatto.*

**Parole chiave:** ICV, Infezioni ospedaliere, Umanizzazione in terapia intensiva, Relazione di aiuto, Relazione con i familiari

### Background

Il nucleo familiare è senza dubbio una opportunità assistenziale da preservare e coltivare, l'esempio ci viene dato dalle terapie intensive neonatali e pediatriche le quali per prime hanno aperto le porte ai genitori dei piccoli pazienti promuovendo attività come la marsupio-terapia per la tutela dell'unità della coppia madre-figlio.

Il futuro dell'assistenza, nell'ottica di un processo di umanizzazione, è basato sulla costruzione ragionata e dinamica di percorsi che siano esplicativi di accuratezza e appropriatezza e non di approssimazione, atti a sviluppare modalità di relazione sempre più rispondenti alle esigenze delle persone

e funzionali alla realizzazione degli obiettivi assistenziali. Infatti, attraverso una adeguata formazione, esiste la possibilità di prevedere approcci comportamentali preordinati allo scopo di ottenere il contenimento, il controllo e il superamento di alcune situazioni che inevitabilmente riguardano l'impatto del cittadino-utente con la struttura e in particolare con l'ICU.

Gli interventi di sostegno al cittadino si realizzano attraverso la definizione di una tipica relazione di aiuto, nell'ambito della quale gli strumenti di gestione (modalità di comunicazione, contenuti della comunicazione, approccio alla famiglia, ecc.), variano e si adeguano continuamente al mutare delle capacità e possibilità del paziente di stabilire

### EDITORIALE

pervenuto il 31/01/06  
approvato il 16/02/06

contatti con l'esterno. La forma di comunicazione più efficace con la persona a grave rischio di vita è quella empatica, poche parole a descrizione di una dimensione emozionale intensa, sentita ed ascoltata.

### Caratteristiche del percorso assistenziale in area critica

L'area critica viene definita<sup>1</sup> come *l'insieme delle strutture ad alta intensità assistenziale e l'insieme delle situazioni caratterizzate dalla criticità - instabilità vitale della persona malata e dalla complessità dell'approccio e dell'intervento assistenziale infermieristico e medico.*

La situazione che vive il paziente ricoverato presso un centro di rianimazione o di terapia intensiva è definita *complessa*. L'aggettivo complesso indica qualcosa che comprende in sé più aspetti, più parti o più elementi, di cui bisogna tener conto. Inoltre, *ciò che rende una situazione complessa e che permette a questa di essere affrontata e gestita, è il fatto che le parti di cui è composta sono molteplici e in relazione tra loro*<sup>2</sup>, pertanto è necessaria una valutazione multidimensionale di tutte le variabili di cui è composta, di tutti quegli aspetti che sono in stretta relazione tra loro.

L'impatto assistenziale con questo tipo di paziente è impegnativo e difficile, proprio per la situazione in cui si trova sotto l'aspetto fisiopatologico, ambientale, psicologico, di isolamento, tutte variabili che caratterizzano questo evento come critico e sebbene siano in relazione tra di loro vanno studiate, analizzate separatamente per essere affrontate e risolte. La gestione infermieristica di questi pazienti è molto delicata e multifaccettata: *siamo immersi nella complessità in tutti i nostri campi d'azione. Complessità tra l'altro non implica che se l'azione è piccola, l'effetto sarà proporzionalmente piccolo, e neanche che se l'azione è buona, il risultato sarà per forza buono*<sup>3</sup>.

I pazienti che vivono l'esperienza di un incidente o di una crisi improvvisa sono spesso sopraffatti dall'ansia, poiché non hanno avuto il tempo di mobilitare le forze per adattarsi alla nuova situazione o al contesto che li accoglie. Essi vivono con la malattia un'esperienza di paura, mutilazione, immobilizzazione e in generale di non conoscenza che rappresenta un'aggressione alla loro personalità e all'integrità del proprio

corpo. In queste situazioni, accanto al paziente vi è sempre la famiglia che, allo stesso modo, ha bisogno di supporto e di incoraggiamento.

L'assistenza infermieristica dovrebbe costituire in questi casi, un processo metodologico per la soluzione di problemi in tempi veloci e situazioni incalzanti, riconoscendo i problemi, stabilendo le priorità, governando la situazione, tenendo sempre al centro la persona e la sua famiglia.

Gli elementi fondanti e distintivi dell'assistenza in area critica, sono

- **la criticità**, *quale situazione di pericolo di vita che richiede l'impegno rapido e sicuro di tutti gli operatori; il medico in questo evento ha un ruolo rilevante,*
- **l'instabilità**, *quale situazione in cui possono verificarsi ancora eventi di pericolo di vita non sempre precocemente prevedibili; l'infermiere con competenze avanzate ha un ruolo rilevante,*
- **l'intensività**, *che definisce un processo curativo medico-infermieristico caratterizzato da un costante, continuo e sistematico impegno assistenziale.*

Tali elementi posti in relazione al processo di assistenza, all'organizzazione del lavoro e al numero di operatori necessari per un'assistenza specifica per queste situazioni critiche danno luogo al modello della complessità assistenziale proposto da A. Silvestro<sup>4</sup>.

Infatti, collegare la complessità assistenziale al processo di assistenza significa pensare in termini di intensività assistenziale, ossia al processo curativo con costante, intensivo e sistematico impegno, anche con l'utilizzo di apparecchiature complesse.

La complessità anche organizzativa delle ICU deriva anzitutto da due elementi fondamentali: la specializzazione (*differenziazione*) e la necessità di coordinamento (*integrazione*). È evidente che queste tipologie di unità operative lavorano grazie al contributo di un numero cospicuo di professionisti diversi ed erogano prestazioni differenti ma che si integrano fra di loro. È altrettanto evidente che la difficoltà più grande nel gestire queste differenti professionalità è quella di riuscire a farle lavorare insieme (*integrazione*). Si può così affermare che tanto più le attività di un operatore, di una unità operativa sono differenzia-

te, tanto maggiore sarà la necessità di integrazione, aumentando così il carico di lavoro gestionale.

Un'altra caratteristica organizzativa è l'autonomia degli operatori, in modo particolare dei medici e degli infermieri. In queste figure è presente una elevata competenza sulle modalità di utilizzo delle risorse, derivante da vari fattori come l'estrema variabilità dei casi che vengono affrontati, che richiedono al contempo capacità di personalizzazione dell'assistenza e capacità di standardizzare le modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica.

Caratteristica importante dei meccanismi operativi, della quale è opportuno tener conto, è la possibilità di standardizzare i processi di lavoro, intendendo per *standardizzabile una attività eseguibile, nella maggior parte delle situazioni, con sequenze ripetitive e controllabili*<sup>5</sup>. Più si riesce a standardizzare le modalità operative di un determinato settore di attività, meglio si programmano i tempi e le risorse che quella attività richiede, innalzandone il rendimento organizzativo; al contrario, meno le attività sono standardizzabili, meno sarà possibile riuscire a programmare.

Nell'analisi della complessità organizzativa un'altra variabile da considerare è l'interdipendenza funzionale. Il grado di interdipendenza degli operatori nell'espletamento delle attività delle ICU con altre unità e con altri operatori, è un importante indice di complessità organizzativa. Più si dipende da altri per erogare un servizio, più l'attività sarà legata a quella degli altri e maggiori saranno le necessità gestionali. Per fare un esempio, durante il ricovero di una persona con IMA in UTIC, si possono ipotizzare collegamenti di questa con il laboratorio analisi, il servizio di emodinamica, la radiologia, l'unità di cardiologia, il servizio dietetico e quant'altro può essere necessario per quel determinato profilo di cura.

Il livello di complessità alta, media o bassa, è rilevante per l'infermiere al fine di decidere cosa effettuare direttamente e cosa demandare ad altri alla luce dell'appropriatezza e della pertinenza sancite anche dal D.L.g.vo n. 229/1999<sup>6</sup> all'art. 1.6 per cui sono escluse dalle prestazioni erogate a carico del servizio sanitario nazionale quelle che non soddisfano i *principi dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non*



è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o che sono utilizzate per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate, o se ci sono altre prestazioni per lo stesso scopo, quelle che non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse quanto a una modalità di organizzazione dell'assistenza<sup>7</sup>.

Ciò che si richiede è superare una logica di frammentazione dei percorsi per avere una continuità assistenziale, per definire eccellente ciò che è una rete integrata di strutture, servizi, professionisti dotati delle adeguate competenze, una logica di programmazione di cooperazione interistituzionale, socio-sanitaria, e rifondare l'assistenza specialistica su un sistema di valori universalmente condiviso.

### L'assistenza in area critica come approccio globale alla persona assistita e alla sua famiglia

Il ricovero ospedaliero di una persona e in particolar modo in ICU è un evento critico che mette in difficoltà l'intero nucleo familiare. Infatti, al momento dell'ingresso in tali unità operative la porta chiusa, consente a tutti gli operatori di lavorare in modo ottimale ma favorisce ed accresce paure, incertezze, senso di esclusione e rabbia da parte del paziente e ancor più delle persone a lui significative che aspettano fuori dalla porta.

La gravità clinica, la repentinità dell'evento, l'incertezza dell'esito terapeutico, sono alla base delle emozioni del paziente e dei familiari e sono aspetti difficili da gestire laddove non si è formati e preparati a farlo.

Spesso, durante la degenza in ICU, si assiste ad una regressione infantile del paziente con conseguente incremento della richiesta di gratificazione affettiva<sup>8</sup>. La presenza di un familiare può rappresentare un contenimento della situazione ansiogena, ma parallelamente, se non adeguatamente gestita, può generare una sorta di competizione con gli operatori. In alcune situazioni in caso di pazienti particolarmente disorientati o agitati, o di fronte a un paziente con patologie psichiatriche, il familiare entra in gioco come figura terapeutica, diventa una risorsa che permette il contenimento di fronte ad una situazione

dissociativa e potenzia un auspicabile adeguamento all'ambiente volto alla riduzione e/o alla rimozione della fonte del disagio<sup>9</sup>.

L'infermiere è chiamato a potenziare le risorse, migliorare la confidenza con l'unità operativa e con chi vi opera.<sup>10</sup> Questo permette di chiarire il concetto che il ruolo dell'infermiere, in qualsiasi ambito assistenziale, si esplica in maniera significativa nella salvaguardia della persona, ossia nella presa in carico della stessa, del suo entourage e dell'evento malattia che ha determinato il ricorso alla sua competenza professionale. In questo senso l'infermiere è capace di arricchire l'assistenza e rendere unico il suo intervento differenziandosi da quello degli altri operatori sanitari.

Già negli Stati Uniti nel 1972 Kraven<sup>11</sup> affermava se l'infermiere estende il concetto di paziente da quello di individuo in un letto a quello di membro attivo di una famiglia, di conseguenza dovrà estendere il suo ruolo assistenziale (...). Il paziente deve essere considerato come un membro attivo di una unità familiare all'interno di una struttura totale. Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come entità separate durante la malattia. Infatti, è compito dell'infermiere salvaguardare il nucleo familiare, anche ai fini di una non vanificazione del processo assistenziale, da una sua possibile disgregazione facilitando, attraverso una giusta comunicazione, la presa di coscienza dell'accaduto.

Santagallo<sup>12</sup> scrive l'infermiere, anche colui che lavora in area critica, deve essere un professionista con strumenti oltre che tecnici, di capacità empatica, di adeguamento e di collegamento con i familiari poiché la gravità clinica, la repentinità dell'intervento, l'incertezza dell'esito terapeutico, sono alla base delle emozioni dei familiari e sono aspetti difficili da gestire laddove non si è formati e preparati.

I bisogni dei familiari espressi e non, variabili a grandi linee in base alla loro presenza al momento del ricovero, alla modalità con cui si è manifestato l'evento acuto o la riacutizzazione di un evento morboso cronicizzato, all'età e al sesso del paziente, sono raggruppabili in:

- bisogno di essere informati,
- bisogno di essere importanti e parte attiva nei processi di guarigione,
- bisogno di essere rassicurati rispetto

al fatto che il loro caro riceva le migliori cure,

- bisogno di sentire che ci siano speranze,
- bisogno di espletare il proprio diritto di fronte ad una prognosi infausta, di "riappropriarsi della persona cara" fino ad accompagnarlo alla morte.

Ma è anche possibile trovarsi di fronte ad una richiesta di non collaborazione e di non coinvolgimento da parte di un familiare, tale richiesta può manifestarsi con il rifiuto<sup>13</sup> della malattia, della gravità clinica e con la colpevolizzazione del degente. È quindi indispensabile individuare in questi casi altre figure di riferimento evitando però la conflittualità con i familiari e, per quanto possibile, usare un approccio volto a ottenere un seppur minimo coinvolgimento degli stessi. Al momento dell'inserimento nel percorso assistenziale di terze persone, è opportuno intervenire con processi standardizzati e con vari livelli di interazione.

Può altresì verificarsi che il paziente rifiuti i familiari. Nel rispetto della volontà di quest'ultimo è possibile comunque cercare di mediare le diverse istanze, con particolare attenzione alle motivazioni del rifiuto per una loro possibile soluzione<sup>14</sup>.

Spesso però, in questi reparti ad alta intensività di cure, dove vengono ricoverati pazienti in condizioni gravi e di urgenza, tutta l'attenzione viene riservata al paziente e pertanto il personale sanitario impegnato nel monitorare e mantenere attive le funzioni vitali dell'assistito, trascura che fuori dalla porta ci sono i familiari che aspettano, che hanno anche loro dei bisogni, che possono essere in condizioni di grande disagio.

Nello studio descrittivo di Titler<sup>15</sup> et al. (1991), i familiari riferivano che il ricovero del proprio caro in terapia intensiva aveva comportato sulla famiglia distruzione della routine domestica e cambio delle relazioni tra i familiari (per alcuni in senso positivo con aumento dell'unità familiare e occasioni di crescita personale, per altri in senso negativo con effetti disgreganti e di conflittualità). L'infermiere si trova quindi quotidianamente coinvolto nella relazione tra paziente e familiare e in virtù di questo dovrebbe mediare le visite dei familiari con le esigenze assistenziali, creare un ambiente che favorisca la relazione tra familiare e paziente, fornire informazioni sugli aspetti assistenziali,

organizzativi, chiarire le informazioni ricevute dal medico, quando necessario.

I bisogni dei familiari dei pazienti ricoverati in ICU sono stati studiati nella realtà italiana nel 1999 da Magotti A., Saiani L., Drigo M.L., con uno studio descrittivo intervistando 50 familiari e 72 infermieri nelle Rianimazioni e Unità Coronariche del Trentino Alto Adige. È stato utilizzato per questo studio lo strumento per la rilevazione dei dati creato da Molter e Leske, il *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI). Questo contiene un elenco di 45 voci di possibili bisogni dei familiari di un paziente ricoverato in una unità di terapia intensiva ai quali viene chiesto di attribuire un valore di importanza da 1 a 10 e fra questi scegliere i tre ritenuti più importanti. Ciascuna voce risponde a categorie diverse di bisogni: relazionali (per esempio avere qualcuno con cui parlare con cui esprimere quello che si prova e anche poter piangere), informativi (per esempio ricevere informazioni quotidianamente), di comfort (per esempio avere una sala d'aspetto vicina e confortevole). Lo strumento è stato validato da diversi studi, utilizzato in diversi contesti e tradotto in varie lingue (francese, olandese, cinese ed italiano).

Lo strumento utilizzato tuttavia è stato leggermente modificato per eliminare alcune voci ritenute poco importanti dagli autori (ad esempio: avere un consulente per problemi finanziari) e aggiunge altre più importanti per la nostra realtà (ad esempio: ricevere informazioni rispetto a strutture dove poter soggiornare).

Obiettivo della ricerca è stato quello di individuare i bisogni percepiti come importanti per i familiari dei pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive del Trentino e per gli infermieri e, risponde alle seguenti domande:

- quali sono i bisogni percepiti come i più importanti dai familiari?
- Quali bisogni dei familiari sono percepiti come più importanti dagli infermieri?
- Il tipo di contesto (Unità Coronaria e Rianimazione), incide sulla percezione dei bisogni?
- Secondo gli infermieri in che misura vengono soddisfatti i bisogni dei familiari?
- Per quali motivi i bisogni non vengono soddisfatti?

È stato somministrato un questionario sia ai familiari sia agli infermieri. Il

primo raccoglieva anche informazioni circa i dati anagrafici di chi compila il questionario e del familiare ricoverato includendo inoltre una domanda aperta per esplorare i suoi bisogni alla luce dell'esperienza vissuta. Al familiare veniva inoltre chiesto di dare un punteggio ad un elenco di 31 possibili bisogni. Egli doveva selezionare le 10 voci ritenute più importanti e attribuire un punteggio di priorità da 1 a 10 (considerando 1 la più importante).

I 31 bisogni sono stati raggruppati in cinque categorie:

- **bisogno di sostegno psicologico**, ad esempio avere qualcuno con cui parlare per poter esprimere quello che si prova, avere delle figure di riferimento esperte di problemi di famiglia, sentirsi sicuri che venga fornita la migliore assistenza possibile,
- **bisogno di sostegno nel rapporto con il paziente**, ad esempio ricevere chiarimenti su apparecchiature e presidi collegati al paziente prima di entrare nella stanza, vedere il paziente frequentemente,
- **bisogni informativi**, ad esempio ricevere informazioni in termini comprensibili, parlare con il medico almeno una volta al giorno,
- **bisogno di comfort personale**, ad esempio avere una sala d'aspetto vicina, accogliente, avere un bagno vicino,
- **bisogno di essere riconosciuto dall'équipe curante**, ad esempio sentirsi accettati dal personale sanitario, avere informazioni circa la qualifica del personale che si prende cura del proprio caro.

I dati sono stati raccolti su cinquanta familiari (venticinque di Rianimazione e altrettanti di UCIC).

Il questionario per gli infermieri raccoglieva informazioni circa i dati anagrafici, l'età, gli ambiti di esperienza professionale e veniva sottoposto un elenco di trentuno possibili bisogni. All'infermiere veniva poi chiesto di selezionare le dieci voci ritenute più importanti ed di attribuire un punteggio di priorità da uno a dieci (considerando uno la più importante). Inoltre, in base all'esperienza personale veniva chiesto di definire il livello di soddisfazione di ciascun bisogno su una scala da uno (per nulla soddisfatto) a quattro (molto soddisfatto).

Il questionario è stato sottoposto a ottantacinque infermieri che lavoravano nei reparti di Rianimazione e Unità di Cure Intensive Coronariche (UCIC) dell'Ospedale S. Chiara di Trento e di Rovereto. Sono stati restituiti settantacinque questionari e quelli utili per l'analisi sono stati settantadue dei quali ventotto dalla rianimazione di Trento, diciassette da quella di Rovereto, tredici dall'UCIC di Trento e quattordici da quella di Rovereto.

I dati sugli infermieri e sui familiari sono riportati rispettivamente nelle tabelle 1 e 2.

Nella tabella 3 sono riportati, in ordine di priorità, i bisogni percepiti come più importanti dai familiari (l'importanza è stata definita rispetto alla frequenza di scelta, indipendentemente dal peso attribuito).

Avere garanzie su come viene assistito il congiunto è l'aspetto più importante (primo e quarto posto); al secondo e terzo e quinto ci sono gli aspetti relativi all'informazione.

Nella tabella 4 sono stati elencati invece quelli che sono i bisogni prioritari

Tabella 1. Dati relativi agli infermieri

Infermieri n. 72					
Sesso	M 16 (22%)	F 56 (77.8%)			
Età	22-29 45 (62.5%)	30-40 24(33.3%)	>40 3		
Anni di esperienza in reparto	<2 21(29.2%)	2-6 26(36.1%)	>6 25(34.3%)		

Tabella 2. Dati relativi ai familiari

Familiari n. 50					
Sesso	M 51 (30.0%)	F 35 (70.0%)			
Età	>40 16 (32.0%)	40-59 21 (42.0%)	60-70 (26.0%)		
Grado di parentela	Coniuge 24 (48.0%)	Genitore 3	Figlio 19 (38.0%)	Fratello 4	

Tabella 3. Bisogni individuati come i più importanti dai familiari.

Bisogno	Frequenza di scelta (n. 50)	Frequenza di scelta (%)	Frequenza di scelta in ordine di priorità		
			I	II	III
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza	46	92	23	6	2
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	39	78	7	6	10
Essere assicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi o negativi delle condizioni del paziente	39	78	4	6	8
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	37	74	1	7	3
Avere una figura di riferimento da chiamare in ospedale per ricevere informazioni quando non si è là	34	68		2	7
Conoscere la previsione della malattia	32	64	1	4	3
Ricevere informazioni in termini comprensibili	30	60	2	3	3
Avere orari di visita più flessibili	22	44		3	
Vedere il paziente frequentemente	20	40	2	3	
Sapere esattamente in cosa il paziente sta migliorando	19	38		1	2

Tabella 4. Bisogni individuati come i più importanti dai familiari.

Bisogno	Frequenza di scelta (n. 50)	Frequenza di scelta (%)	Frequenza di scelta in ordine di priorità		
			I	II	III
Ricevere informazioni in termini comprensibili	68	94.4	16	14	11
Parlare con il medico almeno una volta al giorno	62	86.1	12	19	3
Essere assicurati di venir chiamati a casa se si verificano cambiamenti positivi o negativi delle condizioni del paziente	55	76.4		5	8
Sentirsi sicuro che viene fornita la migliore assistenza	54	75.0	18	8	10
Avere orari di visita più flessibili alle proprie esigenze	46	63.9	3	5	5
Vedere che il paziente è tranquillo e curato	46	63.9	3	5	5
Conoscere la previsione sull'esito della malattia	45	62.5	5	4	5
Avere indicazioni su cosa poter fare al letto del paziente	32	44.4	1		1
Vedere il paziente frequentemente	32	44.4	7	6	3
Avere una sala d'aspetto vicina e confortevole	28	38.9			

Tabella 5. differenze statisticamente significative fra familiari ed infermieri

Bisogno	Classifica familiari	% Scelta familiari	Classifica infermieri	% Scelta infermieri	Differenze statisticamente significative
Sentirsi sicuro che venga fornita la migliore assistenza possibile	1	92	4	75	P=0.03
Ricevere informazioni in termini comprensibili	7	60	1	94	P=0.000
Avere una figura di riferimento da chiamare all'ospedale per ricevere informazioni quando non si è lì	4	68	12	26	P=0.000
Sapere esattamente in che cosa il paziente sta migliorando	10	38	21	16.6	P=0.01
Avere indicazioni su cosa poter fare al letto del paziente	19	18	8	44	P=0.005



ri per gli infermieri. Gli infermieri presiedono l'informazione e la possibilità di avere accesso al paziente e danno importanza anche agli aspetti di accoglienza.

Nella tabella 5 viene riportata la frequenza di scelta dei singoli bisogni rispettivamente per i familiari e per gli infermieri, per i bisogni dei quali sono emerse differenze statisticamente significative.

I familiari intervistati riconoscono come prioritari:

- *il bisogno di sentirsi sicuri che al loro caro venga fornita la migliore assistenza possibile,*
- *la possibilità di parlare con il medico almeno una volta al giorno,*
- *essere rassicurati di venir chiamati a casa qualora si verificassero dei cambiamenti nelle condizioni cliniche del paziente. Questi risultati coincidono anche con la letteratura esistente<sup>16,17,18</sup>.*

Gli infermieri intervistati dimostrano una buona capacità e attenzione nel rilevare quali sono i bisogni più importanti per i familiari, aspetto fondamentale per poter fornire assistenza mirata non solo alle esigenze del paziente ma dell'intero nucleo familiare.

Il fatto che gli infermieri sovrastimino il bisogno di informazioni (ricevere informazioni comprensibili, è stato classificato al primo posto per gli infermieri ed al settimo dai familiari), potrebbe riflettere il loro vissuto e la percezione che la gestione dell'informazione sia di competenza medica.

Il bisogno di avere una figura di riferimento da chiamare in ospedale per ricevere informazioni quando non si è lì, è stato collocato al dodicesimo posto dagli infermieri e al quarto dai familiari.

Probabilmente il tempo dell'attesa è un tempo misconosciuto dagli operatori sanitari, mentre i minuti e le ore passano spesso velocemente ad assistere e monitorizzare il paziente, si corre il rischio di dimenticare che per un familiare, al quale è stata negata la possibilità di stare al fianco del proprio caro, la stessa frazione di tempo può sembrare interminabile.

Queste conclusioni vanno lette rispetto ad alcuni limiti dello studio riportato, come ad esempio, il campione troppo piccolo di familiari non ha permesso di suddividerlo in gruppi numericamente importanti con caratteristiche diverse. Inoltre, un elenco pre-strutturato di

bisogni può aver limitato e condizionato l'espressione dei bisogni da parte dei familiari.

Una ulteriore indagine è stata eseguita dal gruppo ANIARTI nel 2000, nelle terapie Intensive italiane utilizzando lo stesso strumento del precedente studio il CCFNI.

Elaborato il protocollo di ricerca, il responsabile con l'intera équipe e insieme ai delegati regionali ANIARTI, hanno individuato i gruppi infermieristici che, data la loro disponibilità alla partecipazione, rientrassero nelle caratteristiche che erano state determinate per la definizione del campione. Fra questi gruppi sono stati individuati i responsabili che avevano il compito di gestire lo studio illustrando la ricerca, richiedendo gli eventuali permessi al Comitato Etico, ove necessario e fornendo le informazioni ai parenti coinvolti.

Sono stati predisposti gli strumenti per la conduzione dell'indagine ed è stato inviato il materiale necessario ai responsabili infermieristici delle U.U.O.O., precedentemente contattati.

Il questionario doveva esser fatto compilare a venti familiari di pazienti ricoverati nei reparti di Terapia Intensiva da non meno di ventiquattro ore e da non più di settantadue ore, mentre il campione degli infermieri doveva comprendere gli operatori che lavoravano da almeno sei mesi in quella tipologia di unità operativa.

Il familiare (non più di uno per paziente), veniva contattato dal referente del progetto di ricerca del reparto, al momento della visita al paziente. Ad esso veniva spiegato il motivo della ricerca, rassicurato che i dati sarebbero stati utilizzati ai fini di un miglioramento della qualità dell'assistenza, che la partecipazione era volontaria e che veniva garantito l'anonimato. Era preferibile che il questionario venisse compilato in ospedale ma, se il parente lo richiedeva poteva portarlo a casa e riconsegnarlo il giorno dopo.

Gli infermieri venivano contattati anch'essi dal referente del progetto di ricerca del reparto. Il questionario per i familiari era composto da:

- *domande su dati anagrafici del familiare e del parente ricoverato,*
- *domanda aperta per chiedere al familiare di esprimere ulteriori esigenze rispetto all'esperienza vissuta,*
- *un elenco di trentuno possibili bisogni di un familiare di una persona*

*ricoverata in un reparto di terapia intensiva. Rispetto ai trentuno bisogni, scegliere i dieci ritenuti più importanti e fra i dieci scelti selezionare in ordine di priorità i tre più importanti.*

Il questionario per gli infermieri era composto da:

- *domande su dati anagrafici di chi compila il questionario,*
- *domanda sulla permanenza in servizio in quella unità operativa,*
- *un elenco di trentuno possibili bisogni di un familiare di una persona ricoverata in un reparto di terapia intensiva.*

Rispetto ai trentuno bisogni veniva chiesto all'infermiere di sceglierne dieci in ordine di importanza e tra questi di selezionare in ordine di priorità, i primi tre. Per i dieci scelti l'infermiere doveva anche indicare il livello di soddisfazione, su una scala da 1 a 4 (dove 1 indicava per nulla soddisfatto, 4 molto soddisfatto).

I bisogni considerati prioritari dagli infermieri sono stati ancora quelli di tipo informativo, con una priorità maggiore per quello che si identifica con il *saper cosa viene fatto e perché*.

Da questo studio risultavano insoddisfatti per gli infermieri solo i bisogni che i parenti ritengono non prioritari, ma emerge chiaramente che entrambi valutano indispensabile il bisogno di ricevere informazioni. La concordanza tra percezione degli infermieri e dei parenti è complessivamente elevata come emerge sia negli studi di *Kleinpell R. e Powers M. J.*<sup>19</sup> e *Magotti A., Saiani L., Drigo M. L.* Rispetto ai bisogni ritenuti più importanti, 8 su 10 coincidono. Vi è quindi una buona concordanza tra gli infermieri e i familiari, questo significa che gli infermieri sono molto attenti e precisi nella rilevazione dei bisogni dei familiari, cosa particolarmente gratificante per la nostra professione.

Una riflessione sulla qualità delle informazioni trasmesse deriva dal fatto che solo il 32% degli infermieri la ritiene soddisfacente, sarebbe altresì interessante andare ad analizzare che cosa ne pensano i parenti, se sono realmente soddisfatti di questo bisogno.

La diade persona-famiglia non dovrebbe essere scissa al momento dell'ingresso in un reparto ad alta intensività di cure, purtroppo, invece, sono poche oggi quelle realtà che permettono l'ingresso dei familiari in terapia intensiva e in rianimazione.

La richiesta di informazione è il prim grande bisogno condiviso dal paziente e dai familiari, in questi ultimi si affianca al bisogno di essere utili. Proprio per questa esigenza, in alcune realtà il familiare ha la possibilità di prendersi cura di piccoli aspetti quali, l'igiene del viso, la pulizia delle mani e delle unghie.<sup>20</sup> Questa partecipazione non risulta utile solo per il degente, ma anche per il familiare in quanto si sente investito di un ruolo attivo che lo aiuta nel superamento del proprio senso di impotenza.<sup>21</sup> La presenza dell'infermiere accanto al familiare in queste situazioni, è necessaria per equilibrare gli eccessi o i difetti di collaborazionismo quali interventi incauti, come per esempio un approccio al congiunto senza aver compiuto un adeguato lavaggio delle mani.

Nonostante quindi la oramai innegabile esigenza del paziente ad avere accanto il proprio nucleo familiare, e viceversa, in un momento molto delicato come può esserlo un ricovero in terapia intensiva, la struttura e l'organizzazione del lavoro di molte realtà, a tutt'oggi non asseconda questi bisogni. Inoltre ad avvalorare questo tipo di approccio favorevole ad una chiusura dei reparti di area critica, è stato per lungo tempo la convinzione che l'ingresso dei familiari fosse correlato ad un maggior numero di infezioni.

La frequenza delle infezioni nosocomiali è prevalente nei reparti ad alte cure intensive, cinque volte superiore rispetto ai reparti generici.<sup>22</sup> Le cause della presenza delle infezioni sono legate alle alterazioni fisiopatologiche dei pazienti, quindi a condizioni di stress, shock, ridotte difese immunitarie, come limitata mobilità attiva, malnutrizione o interventi chirurgici. Per questi motivi vi è l'attivazione e la moltiplicazione della popolazione batterica endogena.

Altre cause della presenza di infezioni, sono invece legate all'ambiente, e quindi determinate dalla contemporanea presenza di più soggetti a rischio in aree ristrette, dalle procedure invasive, dal rapporto infermiere-paziente < 1. La conseguenza di ciò è l'aumento del rischio di contagio dei batteri esogeni.

A testimonianza di quanto finora detto è stato attuato in passato e tutt'ora nella stragrande maggioranza delle realtà delle ICU, un preventivo atteggiamento restrittivo all'ingresso dei familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva o in Rianimazione.

In particolare, laddove concesso l'ingresso dei familiari, l'orario di visita era/è molto rigido e ridotto, con la possibilità di stare accanto al proprio congiunto solo mezz'ora al giorno circa e una persona alla volta. Senza dubbio questa limitazione risulta tutt'oggi necessaria durante lo svolgimento di determinati atti assistenziali e terapeutici.

I pazienti ricoverati nei reparti ad alta intensità di cure, presentano, nella maggior parte dei casi, infezioni causate da germi interni: Staphilococchi meticillino-resistenti, Pseudomonas Aeuriginosa, Acinetobacter Anitratus. Le infezioni esterne sono causate invece da germi non appartenenti alla famiglia dei Pneumococchi e poichè sono molto rare, è necessario agire sulle precedenti.

Inoltre non sono presenti in letteratura lavori scientifici che dimostrino la correlazione tra la presenza dei visitatori nei Centri di Rianimazione o Terapie Intensive e le infezioni nosocomiali

Oggi, nonostante l'evidenza scientifica non dimostri più questa ipotesi, l'atteggiamento di chiusura si è ormai radicato all'interno delle nostre organizzazioni, a discapito, di un approccio globale alla persona e di un processo di umanizzazione dell'assistenza.

### La struttura e l'organizzazione del lavoro in terapia intensiva e sua evoluzione

Entrando in una terapia intensiva si rimane colpiti dalla gran quantità di apparecchiature ad alta tecnologia che circondano i pazienti e sicuramente anche dai suoni inconsueti che provengono dagli strumenti che aiutano a sostenere le funzioni vitali dei pazienti, fino molte volte a compromettere il comfort del paziente e degli stessi operatori.

Altra caratteristica importante era ed è tutt'ora in alcune realtà, la scarsità di pareti, spesso addirittura sostituite da vetrate, rendendo l'ambiente molto impersonale con una totale mancanza di privacy, tanto da mettere a disagio la persona assistita, soprattutto quando ci sono momenti critici di instabilità vitale

o quando si provvede all'igiene personale. Tutto questo fa riferimento ad una logica strutturale che prevede un *open space* oppure una *distribuzione a ragiera* dei posti letto intorno alla postazione infermieristica, che risponde bene ai criteri di funzionalità, poiché permette di avere sempre e continuamente il paziente sotto controllo potendone osservare i movimenti, e le necessità assistenziali, ma appartiene ad una vecchia logica per lo più *funzionalista*, non ispirata a principi come quello di preservare la persona da sguardi indiscreti (Figura 1).



Figura 1: Rianimazione open space

Inoltre fino a qualche anno fa, nella stragrande maggioranza delle realtà operative, i familiari potevano vedere il proprio congiunto solo attraverso un vetro e parlare, qualora fosse possibile, attraverso un citofono. Gli infermieri del reparto, al termine dell'orario delle visite, abbassavano le tendine od oscuravano le vetrate e ricominciava l'isolamento della persona ricoverata in ICU dal resto del mondo. Le motivazioni che sottostavano a questa logica di comportamento erano legate ad usi e consuetudini e alla convinzione che i familiari potessero trasmettere le infezioni ai pazienti già gravemente compromessi.

Le Terapie Intensive sono sorte grazie alle sempre maggiori possibilità di supporto delle funzioni vitali offerte dalla tecnologia: da una fase iniziale caratterizzata dall'entusiastica applicazione dei nuovi mezzi che la tecnica era in grado di fornire *per fare uscire vivo* il paziente si è passati ad una evoluzione culturale delle figure sanitarie che operano in Terapia Intensiva, da ricondurre a diversi fattori:

- gli studi, anche italiani (come GIVITP<sup>3</sup> ed ERICUS<sup>4</sup>), miranti a valutare gli effetti della pratica clinica sull'outco-

me dei pazienti, con conseguenti riflessioni sull'appropriatezza d'uso delle Terapie Intensive,

- la crescente consapevolezza, da parte del personale sanitario in essa operante, di avere la necessità di possedere una visione globale del paziente, non specialisti di organi o malattia, ma di paziente critico,
- la percezione della necessità di superare la divaricazione tra efficacia tecnica e valenze umane dell'assistenza e della crescente importanza dei fattori relazionali,
- la consapevolezza che l'assunzione di nuovi poteri di intervento sulla vita impongono l'assunzione di nuove responsabilità a forte connotazione etica.

Il fine della medicina e dell'assistenza in generale, si delinea sempre più con la moderna visione di quello che è il maggior beneficio per il paziente, in quel momento e per quella particolare situazione che sta vivendo. La decisione a riguardo di qualsiasi intervento da attuare su quella e per quella persona, necessita della condivisione da parte del paziente nonché del rispetto dei suoi valori, senza ledere la dignità di persona pensante e capace di prendere decisioni. Da ciò è nata la consapevolezza che la pratica assistenziale, sia medica che infermieristica, più appropriata non si identifichi necessariamente con quella che richiede l'impiego di tutte le risorse di cui dispone la tecnologia, così come non può e non deve limitarsi ad una mera applicazione ed utilizzo delle stesse a tutti i costi. La tecnologia, per essere di vero e reale supporto all'équipe assistenziale ha bisogno di un governo e di un controllo che passa in prima istanza attraverso la formazione e la capacità di discernimento delle priorità da mettere in atto (appropriatezza delle prestazioni).

Oggi, le Terapie Intensive, hanno sicuramente trovato un punto di incontro tra le cure assistenziali intensive, che inizialmente primeggiavano su tutto, e i bisogni psicologici, relazionali, di comfort ambientale, di sicurezza dell'integrità della fisicità, che implica una presa in carico della persona in tutte le sue dimensioni.

Un cambiamento così radicale nella concezione di questo tipo di cura si è riflettuto anche dal punto di vista strutturale e architettonico. A riguardo sono state elaborate delle Linee Guida dalla

Società Americana di Terapia Intensiva SCCM-ACCM<sup>25</sup> per la progettazione dell'Unità di Terapia Intensiva che si pongono come riferimento per le istituzioni sanitarie nella progettazione di una nuova ICU o per la modificazione di una già esistente.

In questo documento si ribadisce l'importanza di un ambiente intimo, che tenga in considerazione tutti i bisogni della persona e che consenta di ritagliare uno spazio vitale per sé e per i suoi cari, soprattutto per la gestione di momenti con forti emozioni che una esperienza del genere può comportare. Viene garantito, in questo modo, il diritto della persona ad avere accanto i propri familiari in un ambiente intimo che tuteli la loro relazione e favorisca un contatto più e sereno.

In tal senso un utilizzo congruo della ICU comporta sia la necessità di verificare l'appropriatezza dei ricoveri, delle scelte terapeutiche, dell'utilizzo delle risorse (verifica di qualità), sia la necessità di rispettare i diritti del paziente, compreso quello di "una morte dignitosa" in un contesto, seppure intensivo, di centralità della persona e dei suoi diritti.<sup>26</sup>

Un richiamo in tal senso è espresso anche dal Codice Deontologico dell'infermiere<sup>27</sup> che al punto 4.15 recita: "L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito".

Altra parte del documento che ci porta a riflettere sul cambiamento che si è reso necessario all'approccio assistenziale in area critica è l'articolo 4.10:

"L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari"

Oggi la struttura dell'ambiente di tali reparti è fondamentale per la realizzazione di un ambiente intimo, che tenga in considerazione tutti i bisogni della persona, favorendo la percezione del proprio corpo, dal momento dell'igiene

al letto alla relazione con i ministri di culto e i propri cari. Forti momenti personali carichi di emozioni sono anche le situazioni di accertamento della morte cerebrale, la comunicazione ai parenti e l'inizio dei lavori delle commissioni per l'eventuale espanto degli organi.

Ogni sforzo dovrebbe essere compiuto per offrire un ambiente che minimizzi lo stress al paziente e al gruppo di lavoro. La progettazione delle ICU dovrebbe considerare sistemi di illuminazione naturale e vedute panoramiche privilegiando stanze singole con finestra. Le finestre sono un importante aspetto dell'orientamento sensoriale e più camere possibili dovrebbero essere munite di finestre per rinforzare l'orientamento giorno/notte<sup>28</sup>. Approcci addizionali per migliorare l'orientamento sensoriale dei pazienti possono prevedere la disponibilità di un orologio, di un calendario, di una tabella delle atti-



Figura 2: Rianimazione a box separati

vità e/o auricolari connessi alla radio e alla televisione. Per fornire dettagli di stimolazione visiva, una o più pareti entro il raggio di visuale del paziente potrebbero essere decorate con tonalità di colore, trame particolari, effetti o stampe<sup>29</sup> (Figura 2).

Una scorta di sedili pieghevoli o portatili dovrebbe essere disponibile per permettere le visite dei familiari al letto del paziente. Dovrebbero essere sollecitati pareri dagli ingegneri e dagli architetti per deistituzionalizzare per quanto possibile le aree di cura del paziente.



## Le terapie intensive chiuse vs le terapie intensive aperte

In Italia nel 2002 a riguardo dell'apertura delle ICU, è stata condotta un'indagine osservazionale<sup>30</sup> a livello nazionale, contattando i centri di rianimazione di diverse regioni, Umbria, Lazio, Marche, Toscana, per capire se le stesse fossero strutture aperte o chiuse. Sono state così scelte in seguito città di grandi dimensioni come Roma, Firenze, Ancona ed altre piccole e assimilabili alla realtà di provenienza delle ricercatrici. Sono state escluse dallo studio le Rianimazioni e Terapie Intensive Specialistiche e quelle pediatriche per una maggiore omogeneità del campione.

È stato necessario utilizzare, come strumento di rilevazione dei dati un questionario snello, elaborato per lo studio in essere, che richiedesse tempi brevi, permettesse risposte semplici e facilmente trascrivibili, poiché i contatti con le strutture interessate sono stati presi telefonicamente. I destinatari dell'indagine sono stati gli infermieri e i caposala. Di seguito vengono riportati i centri di rianimazioni che sono stati contattati.

Tale studio ha rilevato che l'80% delle strutture contattate esiste da circa 20 anni e ospita una media di 8 posti letto.

Vi sono però gli *outliers*, cioè coloro che si discostano notevolmente dalla media, come ad esempio il Policlinico Universitario A. Gemelli di Roma la cui Rianimazione ha 18 posti letto e la Rianimazione di Spoleto con 4 posti letto.

Il 70% delle strutture interrogate ha dichiarato di essere una Rianimazione chiusa, e purtroppo di essere ancora strutturata a schema a raggiera e, data la limitazione degli spazi, anche con una parziale visibilità dei pazienti dalla postazione infermieristica.

Le strutture che si dichiarano aperte lo sono sin dalla loro nascita, mentre le strutture che si dichiarano chiuse non sono mai passate attraverso il cambiamento, neanche per eseguire un periodo di prova.

Il momento della visita dei familiari ai degenti, risulta essere un momento di maggiore impegno per gli infermieri e anche per i medici ed altri operatori, poiché, nel 20% dei casi, risulta essere un ostacolo al lavoro.

Per il 15%, l'entrata dei familiari

umenterebbe l'incidenza delle infezioni per i degenti, mentre il 3% considera questo momento come minoritario alla tranquillità del paziente.

Ciò che si evince da questo studio, è il fatto che la scelta del centro di Rianimazione, in quanto struttura aperta o chiusa, non dipende direttamente dagli anni di esistenza di tale reparto, dal numero dei posti letto o dal numero di operatori sanitari in servizio, ma unicamente dalla convinzione della leadership aziendale che la malattia è un fatto esistenziale e che come tale coinvolge allo stesso modo chi ha bisogno delle cure come anche la sua famiglia.

Il questionario è stato strutturato con domande aperte e/o chiuse, se ne riporta in allegato la struttura.

Una ulteriore indagine osservazionale descrittiva, negli stessi anni, è stata fatta in Liguria presso l'azienda ospedaliera Villa Scassi di Sampierdarena Genova, a cura di Stefano Burlando, infermiere del reparto di Rianimazione presso la suddetta azienda, questa volta però rivolta ai familiari. Sono stati distribuiti 100 questionari ai parenti dei degenti ricoverati nel periodo aprile-giugno 2001 e ne sono stati restituiti 81.

Ciò che è emerso dall'indagine è che alla domanda **Ritiene adeguato l'attuale orario di visita?** il 56% circa risponde **NO**, proponendo a grande maggioranza l'entrata di almeno tre persone e la possibilità di non entrare da soli.

I parenti inoltre, confermano l'aspettativa che il personale infermieristico si attiene solo in minima parte alla rigida osservanza dell'orario di visita; alla domanda **Il personale infermieristico si è attenuto alla regolamentazione dell'orario di visita?** il 51% dei parenti rispondono alla relativa domanda **non sempre**, il 10% **NO**, solo il 29% rispondono **SI**, segno che il personale infermieristico è favorevole alla rianimazione aperta.

Un aspetto che emerge fortemente è il disagio prodotto dalla inadeguatezza e ristrettezza della sala d'aspetto, con assenza o quasi della privacy per i familiari. Infatti alla domanda **Quali sono le situazioni che hanno creato maggior disagio nell'organizzazione e nella struttura del reparto?** il 60% risponde la **manca di una sala d'aspetto**.

Un ulteriore e importante aspetto che emerge dallo studio, è l'esigenza manifestata dal parente di diminuire la sofferenza data dal distacco dal proprio congiunto, dovuta non solo a problemi di orari di visita limitati, ma anche legato alla struttura ospedaliera che spesso non permette una permanenza nelle vicinanze del reparto.

Gli infermieri tuttavia si mostrano molto sensibili a questa tematica e usano un linguaggio comprensibile, comunicando ai familiari informazioni di carattere generale, garantendo un continuum paziente e congiunto, compatibilmente con le esigenze di reparto. Jamerson P.A<sup>31</sup>, Scheibmeir M., Bott M. J., Crighton F., Hinton R.H., Cobb A.K., hanno studiato nel 1996, presso l'università di Kansas City (U.S.A.), l'esperienza di coloro che hanno avuto un proprio congiunto ricoverato presso un reparto ad alta intensità di cure. È stato attuato uno studio qualitativo, descrittivo retrospettivo, su un campione di 18 donne e 2 uomini che avessero un familiare ricoverato presso una ICU, e nello specifico in una sezione chirurgico-traumatologica. Il metodo utilizzato per raccogliere i dati è stato quello di interviste individuali e di gruppo non strutturate.

Le conclusioni sono state, ancora una volta, che la famiglia vive, insieme al proprio congiunto una esperienza di forte distacco improvviso e un senso di grande incertezza per il futuro che possono essere contenuti con l'incremento di informazioni e visite in reparto al proprio congiunto.

Gli operatori sanitari, ovvero gli *Health Care Professionals*, hanno una forte capacità nel minimizzare lo stress associato all'ospedalizzazione così repentina e inaspettata, anticipando le informazioni e i bisogni dei familiari.

Il 33° Congresso Annuale della *Society of Critical Care Medicine*<sup>32</sup> (SCCM), ha dedicato l'anno 2004 alla coppia *paziente e la sua famiglia* che vive una esperienza di ricovero in ICU<sup>33</sup>. L'iniziativa è stata portata a termine e presentata dal Dott. David Kaufman e la *Saint Vincent's Critical Care Unit*. È stata scelta l'ICU proprio per mostrare quanto sono importanti ed esemplari le strategie utilizzate al fine di supportare, confortare e sostenere i pazienti in stato di criticità vitale e la loro famiglia. Infatti la filosofia del *Saint Vincent*, è quella di avere

cura allo stesso modo e del paziente grave e della sua famiglia.

Appena una persona subisce un ricovero in un reparto ad alta intensità di cure, viene distribuita al suo nucleo familiare una brochure con tutte le spiegazioni necessarie alla conoscenza logistica e dei servizi utili in tali circostanze. In tale documento vengono dichiarate le difficoltà e i problemi tipici che si incontrano in queste situazioni, viene indicata la figura professionale a cui ci si può rivolgere per le diverse necessità, quali operatori si incontreranno nella ICU e cosa ci si può attendere da ciascuno di loro.

Inoltre in questa guida si pone l'accento sull'importanza di alcune manovre, come il lavaggio delle mani, alla cui adesione e corretta esecuzione devono partecipare anche i congiunti delle persone ivi ricoverate per limitare al massimo la trasmissione crociata di infezioni. Infine si

invita il nucleo familiare ad avere cura di se stesso per poi avere la forza di prendersi cura del proprio congiunto.

In questa struttura gli spazi di attesa sono pensati e realizzati in modo da accogliere ed ospitare le famiglie dei pazienti ricoverati presso l'ICU. In tali luoghi sono infatti presenti tutte le comodità quali grandi stanze fornite di cucina, bagno, reparto biancheria, telefono e computer con connessione gratuita ad internet.

Alle famiglie tuttavia viene chiesto di essere molto presenti accanto al paziente, naturalmente preparati, affiancati e supportati dell'équipe infermieristica.

Da questi esempi riportati, si evince quanto sia sentita oggi l'esigenza sia a livello nazionale e internazionale, di garantire alla persona una assistenza globale, revisionando sia la struttura architettonica, sia l'organizzazione dei nosocomi.

## Conclusioni

Sono ancora poche oggi le realtà italiane di area critica che coltivano il percorso di umanizzazione dell'assistenza presentato in questo documento. Le grandi esperienze internazionali hanno già adottato il modello della Rianimazione Aperta legato all'ingresso dei familiari. L'apertura all'esterno delle *Intensive Unit Care* (ICU), delle *Pediatric Intensive Care Unit* (PCIU) e delle *Neonatal Intensive care Unit* (NICU) oggi, in particolare in America e in Canada (*George Washington University Hospital, S. Michael's Hospital, Mount Sinai Hospital, Toronto General Hospital*) è data dall'inserimento nel piano di cure del medico di famiglia e delle figure mediche significative per l'assistito di concerto con gli *intensivist*, ossia i medici anestesisti e rianimatori presenti normalmente in tali unità operative.

Tabella 6. - Questionario telefonico utilizzato nell'indagine osservazionale a livello nazionale nel 2002.

### ALLEGATO

Domanda	SI	NO	Risposta aperta
Da quanto tempo esiste il Vs centro di Rianimazione?			anni
Di quanti posti letto è composta?			n°
La Vs Rianimazione è generale o specialistica?			generale specialistica
La Vs. struttura è a schema a raggiera o a box separati?			raggiera box separati
Se è a box separati, con visibilità o senza visibilità tra essi?			con visibilità senza visibilità
Se a postazione a raggiera, con visibilità totale o parziale?			visibilità totale visibilità parziale
La Vs. struttura prevede un sistema misto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La Vs. rianimazione è di tipo aperto o chiuso?			aperto chiuso
È stata sempre aperta oppure chiusa?			sempre aperta sempre chiusa
Motivazioni della scelta.....			
Esiste un percorso esterno per i parenti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
L'entrata dei parenti è concessa il mattino oppure il pomeriggio?			mattino pomeriggio
L'entrata dei parenti è concessa sia il mattino che il pomeriggio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quanto tempo è concesso ai parenti per restare con il proprio familiare?			ore /24
Per ciascun paziente è permessa la visita di più persone contemporaneamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Quanti infermieri vi sono per turno?			N°
Il momento della visita dei parenti è di maggior impegno per gli infermieri?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Il percorso di umanizzazione dell'assistenza è molto lungo, visto nel più vasto panorama di una sanità a servizio dell'individuo, il tema della Rianimazione Aperta vuole essere solo un esempio per comprendere che l'educazione e la formazione dell'operatore sanitario ad un rapporto di maggiore qualità nei confronti dei pazienti sarà il core dell'assistenza e in molti casi la ragione per tanti affanni.

In Italia, il progetto della Rianimazione Aperta ha assorbito molto interesse da parte della ricerca scientifica, delle direzioni sanitarie, della ricerca microbiologica. Forse è stato dato per scontato un aspetto che invece merita senza dubbio una attenzione diversa; al cambiamento strutturale ed organizzativo delle T.I. deve necessariamente corrispondere un adeguato cambiamento delle relazioni. La relazione interpersonale, infatti, presuppone una maturità da parte dell'infermiere, una buona conoscenza di se stessi, il possedere dei valori personali, la coscienza delle proprie reazioni di fronte alle diverse situazioni e il valore della persona.

Da sempre l'infermiere è la figura privilegiata che riesce a mediare il rapporto fra persona malata, nucleo familiare, struttura sanitaria e altri operatori, ma è necessario non lasciare tutto questo alla buona volontà del singolo.

## Bibliografia

- Atti IV Congresso Nazionale ANIARTI, 1985.
- COEN D., XXII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna Novembre 2003.
- BUSINARO U. L. XXII Congresso Nazionale ANIARTI, Bologna Novembre 2003.
- SILVESTRO A. (2003) *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica*. In I quaderni dell'infermiere; 7:3-31.
- A. SILVESTRO, ANIARTI Atti dei Congressi Nazionali 1999.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 - Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- MOROSINI, PERRARO. (2001). *Enciclopedia della gestione della qualità in Sanità*.
- FALLI F. (2000). *I fattori stressogeni in Area Critica*. In Atti del IV Convegno AISACE, Liguria, giugno.
- ibidem
- MONGIARDI F. (1987). *The needs of relatives of patients admitted to the coronary care unit*. Intensive-Care Nursing. pp 20-22.
- KRAVEN C. (1979). *Educational assistant*.
- SANTAGALLO F. *Psicologia della relazione*
- NORRIS L.O., GROVE S.K. (1986) *Investigation of selected psychosocial needs of family members of critically ill adult patients* Heart Lung. 15: 194-199
- ibidem
- TITLER M.G., ZICHI COHEN M., CRAFT M J. (1991) *Impact of adult care hospitalization: perception of patients, spouses, children and nurse*. Heart Lung; 20: 174-182
- RUKHOLM E., BAILY P., COUTU-WAKULCZYK G., BAILY W.B. *Needs and anxiety levels in relatives of intensive care unit patients*. J Adv. Nurs 1991; 16: 920-928
- PRICE D., FORRESTER D.:A, MURPHY PA et al. *Critical care family needs in a urban teaching medical center*. Heart Lung 1991; 20:138-188
- O'MALLEY P., FAVAROLO R., ANDERSON B., et. Al. *critical care nurse perceptions of family needs*. Heart Lung 1991;20: 189-201
- KLEINPELL R., POWERS M.J. (1992). *Needs of family Members of Intensive Care Unit Patients*
- COULTHER M. (1989). *The needs of family members of patients in Intensive Care Units*.
- LYNN F., MC HALE. (1988). *Need satisfaction levels of family members of critical care patients and accuracy of members perception*.
- VINCENT J.L., BINARI D.J., SUER P.M. et al. JAMA 1995; 274:639-644
- Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva, Malacarne P., Stella A., Giudici D., Bertolini G, *Infection surveillance in intensive care units. Preliminary results of a multicenter GiViTI study in 71 Italian ICUs; Minerva Anestesiol 2004; 70(5): 321 - 328.*
- EURICUS I. (1999) Progetto di ricerca della Fondazione per la Ricerca sulle Cure Intensive in Europa.
- Society of Critical Care Medicine. (1988)- American Association of Critical Care Medicine.
- AACN, American Association of Critical Care Nurses.
- Federazione Nazionale Collegi I.P.A.S.V.I., (1999). Codice Deontologico dell'Infermiere.
- KEEP P.J. (1997). *Stimulus deprivation in windowless rooms*. Anesthesia; 32:598-602
- PIERMAN BC (Ed). *Color in the Health care environment. Proceedings of a special workshop held at the National Bureau of standards*, Gaithersburg, MD, November 16, 1976, US Government Printing Office, Washington, DC, publication. NBS SP-516.
- JAMERSON P.A. et. al. (1996). *The experience of families with a relative in the intensive unit care*. Heart Lung.
- Società Americana di Terapia Intensiva, American College of Critical Care.
- Award Recipient. (2004). Saint Vincent's Medical Center Worcester, MA

## Abstract

The incidence of infections in the intensive care units is fivefold that of general wards. This is due to higher patient complexity and vulnerability as well as higher possibility of infection transmission during nursing activities. In face of these risks, infection control programmes (NNIS System, CDC) are not always able to maintain adequate levels of commitment to the recommended practices (i.e. hand washing), both because not uniformly implemented and because of a lack of efficient control systems.

On the other hand there has been, in the past, a restrictive and preventive attitude to family entrance in the intensive care setting. There is still no scientific evidence that demonstrates positive correlations between family visits and incidence of nosocomial infections.

Open visiting in ICU's is thrived by emerging evidence that patient infections in ICU are determined by intrinsic patient risk factors and own bacterial flora.

Humanistic nursing and medical care requires, as well as professional competence, intellectual, emotional, relational flexibility, the ability to adapt and change caring models and relational styles to meet patient's and family's needs.

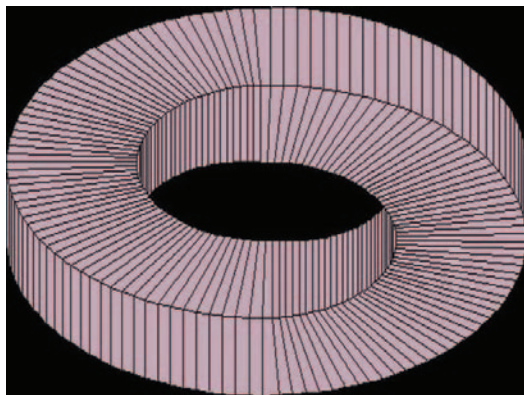
Environment, intended both as structure and organization, conditions nursing care in a considerable way. With this in mind, the need to compare some examples of yesterday's and today's intensive care settings offers the possibility to verify, even with a glance, the course to humanization that has occurred in the meanwhile.

**Key Words:** ICU (Intensive Care Unit), Nosocomial Infection, Humanization of care, Help relation, Family relation.



**Sandra Scalorbi**, Infermiera DDSI – ASV, Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri “Principessa di Piemonte” della Croce Rossa Italiana, Bologna  
**Marco Marseglia**, Infermiere AFD, Coordinatore Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica, Policlinico Universitario S.Orsola-Malpighi, Bologna, Componente del Comitato Direttivo Aniarti

## Il concetto di complessità nell'organizzazione, nell'assistenza, nell'intensità di cure: una diversa lettura del modo di “stare” in sanità



**P**er sviluppare questo tema la scelta è partire dalla riflessione su alcuni termini chiave contenuti nel titolo, rappresentati da *complessità* e *diversa lettura del modo di stare in sanità*.

Ci si soffermerà quindi su quegli aspetti che si ritiene contribuiscano a rendere “complesso” il nostro essere infermieri nelle odierne organizzazioni sanitarie, con particolare riferimento all'ambito di cui l'Aniarti si fa portavoce, cioè l'area critica.

Nel fare questo si intende dare risalto agli aspetti di *diversità*, nel suo significato di *essere volti o procedere in un'altra direzione*, intesa quindi come discontinuità rispetto all'oggi e al passato riferita agli atteggiamenti, alle conoscenze, ai comportamenti che ci possono consentire di stare là dove la complessità esiste.

La parola stare, in questo caso, non significa solo essere collocati, ma essere consapevolmente protagonisti dei processi che si realizzano nelle organizzazioni, esprimere competenza in un ambito di professionalità ben definito e distinto da tutti gli altri, in modo tale che la propria specificità sia riconosciuta sia dai vari professionisti che dagli utenti.

Stare significa essere valore aggiunto, essere visibili, *durare* nel tempo, consistere, cioè avere il proprio fondamento in qualcosa ed essere costituiti da qualcosa: i valori propri della professione, la sua storia interna ed esterna, i contenuti disciplinari infermieristici e quelli mutuati da altre discipline e declinati in un agire professionale integrato nell'organizzazione.

Uno dei punti critici su cui il convegno porta ad interrogarsi è *Gli infermie-*

*ri non sono: fanno*. L'intento è di aiutare la riflessione in tal senso.

Ripartiamo quindi dal concetto di complessità.

Complesso può essere definito *ciò che risulta dall'unione di varie parti o di diversi elementi, che si manifesta sotto molteplici e contrastanti aspetti, difficile da comprendere*.

Il campo materiale e l'oggetto di studio dell'infermieristica è l'essere umano, complesso in quanto tale.

Le varie discipline che fanno parte del nostro patrimonio culturale professionale si sono occupate di ciò che è complesso, ma si intende partire da qualcosa che è proprio dell'infermieristica ed usarlo come guida per tutto l'intervento.

Osservando quindi il modello per la lettura della complessità assistenziale, aderente al valore della centralità della persona nell'assistenza infermieristica, abbiamo più volte osservato come l'asse salute/malattia richieda elevata capacità di integrazione, soprattutto con il personale medico anche se più in generale è fondamentale l'integrazione socio-sanitaria.

Se integrazione, seguendo la definizione qui proposta, è *virtualizzazione del rapporto fra uguaglianze e differenze, equilibrio fra bisogni individuali e del gruppo....* e se è vero che ciascuno porta nel gruppo il proprio esclusivo contributo, allora affinché si abbia sviluppo, cioè crescita del sistema di competenze sia individuale che del gruppo, apprendimento e trasformazione, l'integrazione deve andare di pari passo con la differenziazione. Questo significa per noi infermieri non abdicare a modelli e linguaggi non propri, bensì rendere disponibili il nostro patrimonio e la nostra ricchezza culturale per raggiungere un risultato che è diverso dalla

### COMUNICAZIONE

pervenuto il 31/01/06  
 approvato il 10/02/06

somma di quelli raggiunti dall'agire delle singole professionalità.

In caso contrario più che di integrazione si tratterebbe di colonizzazione, subita, ovviamente, dagli infermieri, che crea confusione nell'utente e all'interno dell'organizzazione nell'individuazione delle responsabilità.

È necessario vigilare attentamente, anche nell'ambito della formazione, affinché nessuno si appropri di quanto è nostro.

Per potersi integrare è necessario essere in primo luogo consapevoli rispetto al *profilo di competenze professionali posseduto*.

Su questo aspetto ci si soffermerà più avanti, ma vogliamo solo sottolineare quanto la nostra consapevolezza debba essere forte rispetto a chi siamo ed a quale esclusivo servizio offriamo, anche a fronte della nascita di *nuove professioni*, che a volte possono sembrarci quasi l'ampliamento e lo sviluppo di funzioni un tempo proprie dell'infermiere.

Quando ci saremo spogliati di tutto il superfluo, dovrà rimanere qualcosa che nessun altro sa e può fare, e rispetto a quello dovremo essere forti e inattaccabili dal punto di vista culturale, tecnico e relazionale.

La società odierna può dirsi complessa per una serie di ragioni, tra le quali quella di risultare costituita da una *rete* di organizzazioni.

A loro volta le organizzazioni sanitarie rappresentano sistemi organizzativi complessi, anche in ragione della loro origine a partire da una serie eterogenea di strutture ed enti.

All'integrazione fra professionisti non può allora non accompagnarsi l'integrazione fra i Servizi, nei dipartimenti, e ancora fra ospedale e territorio, al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza tanto più necessaria tanto più le tecnologie e le cure intensive consentono la sopravvivenza delle persone ma non sempre la guarigione o l'autosufficienza.

Dobbiamo ricordare che la persona assistita appartiene alla propria famiglia, al proprio contesto sociale, in cui noi infermieri, dobbiamo aiutarla a ritornare utilizzando tutti gli strumenti che abbiamo a disposizione (ad esempio i fogli di dimissione infermieristica e la consulenza che può essere prestata da infermieri esperti anche a domicilio).

Il fatto che la persona abbia superato la fase critica, quando residuano impor-

tanti bisogni sanitari e sociali, esprime che l'obiettivo dell'équipe assistenziale è stato raggiunto solo parzialmente ed è perciò necessario proseguire secondo la logica della continuità socio - assistenziale...

L'altro elemento che richiama l'asse salute/malattia è l'applicazione di tecnologie complesse per il sostegno delle funzioni vitali.

Sicuramente questo è un aspetto di complessità dell'assistenza intensiva; ma esiste il pericolo che gli strumenti si trasformino da mezzi a fini, *all'agire, ..., subentra il fare come mera produzione di risultati che procedono dalla corretta esecuzione di operazioni tecniche*" (P. Androni 2005), che è un altro modo di dire *gli infermieri non sono, fanno*.

Le cure intensive, molto onerose sul piano economico e psicologico, possono avere (es. anziani, terminali) un effetto scarso sul prolungamento della vita ed un effetto addirittura negativo sulla qualità di vita.

La sanità rischia di seguire l'andamento generale legato al rapporto produzione/consumo.

Non si produce per rispondere ad un bisogno, ma si deve consumare tutto ciò che è possibile produrre (con la tecnica si deve fare tutto ciò che si può fare) ed i cittadini sono consapevoli dello sviluppo tecnologico ma non sempre dei suoi limiti.

Crediamo che pian piano dovremo imparare a svolgere una funzione regolatrice in tal senso, sia nei confronti degli utenti che degli altri professionisti, anche medici.

Un breve accenno all'argomento spesa sanitaria: dobbiamo ricordare che ognuno di noi, ogni giorno, consuma una elevata quantità di risorse, per realizzare interventi prescritti dagli infermieri stessi o da altri professionisti.

Oltre a *quanto* spendiamo per queste risorse, chiediamoci *come* le spendiamo, *per che cosa*, e quanto noi infermieri siamo coinvolti nelle decisioni che riguardano questi aspetti, nelle scelte e nella gestione delle risorse che vengono messe in campo per tutelare la salute dei cittadini.

Pensiamo anche a come impieghiamo il nostro tempo/lavoro, risorsa preziosa che va dedicata a quanto di esclusiva pertinenza infermieristica, allo scopo di non lasciare un bisogno insoddisfatto come affermava già V. Henderson.

L'asse comprensione/scelta richiama l'elevata competenza relazionale ed educativa che l'infermiere esprime sia nei confronti della persona che della famiglia, ed anche la dimensione etica dell'infermiere, che, in situazioni quali quella critica, assume su di sé le scelte della persona e realizza l'assistenza facendosi garante dei valori e dei desideri della stessa.

Per quanto la tecnica sia indispensabile, essa non può sostituire l'uomo nel prendersi cura, nella relazione.

Prendiamo in esame ora altri elementi di complessità.

L'asimmetria informativa che caratterizza il mercato sanitario dovrebbe essere compensata dal rapporto di fiducia che si instaura con il professionista, es. l'infermiere, ma anche quest'ultimo, inevitabilmente, non possiede tutte le informazioni per agire tenendo conto esclusivamente dell'interesse del proprio assistito.

A volte la mancata erogazione di alcune prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale può essere interpretata dagli utenti come necessità di risparmiare risorse e non di utilizzare le stesse secondo criteri di efficacia ed appropriatezza.

Altro aspetto riguarda il ruolo della comunità, formata dai singoli e dalle famiglie, nel mantenimento della salute. L'infermieristica deve sapersi porre come partner delle famiglie e delle comunità per aumentare la loro abilità di gestire e mantenere la salute; ciò si ricollega al concetto di promozione della salute.

Il prolungamento della durata della vita non dipende affatto solo dal risultato degli interventi sanitari, anzi, la salute si conquista e si mantiene in un ambiente idoneo, attraverso comportamenti sani.

Va mantenuta alta l'attenzione sulla prevenzione e sulla possibilità che ognuno possa controllare i determinanti della salute.

Inoltre va garantita l'assistenza di lungo periodo per cronici e non autosufficienti, la cui domanda sarà sempre maggiore in futuro.

Attraverso la Promozione della salute i cittadini godono di uguali diritti ma si devono assumere una responsabilità diretta nei confronti del loro benessere, per aumentarlo.

Per questo è necessario sviluppare le proprie abilità di negoziazione, non

solo nel gruppo di lavoro, quindi, ma anche con la persona, in una situazione di *partnership* e non di subordinazione o paternalismo correlato al potere dato dalle conoscenze.

Questi concetti richiamano quello di responsabilità sociale (*accountability*), ricoperto dalle aziende sanitarie in base al loro fine ultimo, il cosiddetto *core business*, cioè la tutela della salute (come interesse sia individuale che collettivo).

Da un lato le organizzazioni sanitarie sono responsabili delle modalità con cui impiegano le risorse pubbliche e dei risultati che raggiungono; dall'altro, i cittadini sono sempre più consapevoli rispetto al tipo di servizi che il SSN deve erogare, alla loro qualità ed all'utilizzo delle risorse a tal scopo, soprattutto in relazione al sistema del federalismo fiscale (Vagnoni, 2004).

Due dovrebbero essere, quindi, le leve di fondo che guidano il comportamento organizzativo degli operatori sanitari: la responsabilità dei singoli nei confronti dei risultati ottenuti rispetto agli obiettivi definiti e l'*accountability*, cioè la responsabilità degli stessi nei confronti della collettività e degli *stakeholders* (coloro che sono portatori di interessi nei confronti dell'azienda) sull'utilizzo delle risorse e sui risultati conseguiti.

Non si intende un processo formale (*formal accountability*) ma un coinvolgimento profondo della responsabilità degli operatori ed è evidente il legame con quanto affermato a partire dall'asse salute/malattia.

Le aziende sanitarie sono perciò tenute a rendere conto dei risultati ottenuti e dei criteri in base ai quali vengono operate le scelte sulla base delle priorità, ma questo vale anche per i professionisti e quindi anche per gli infermieri.

Per concludere questa seconda parte, il concetto di responsabilità sociale si ricollega a quello di equità.

Il concetto di equità o giustizia distributiva non è definito in modo univoco, lo dimostra il fatto che esistono diverse teorie che mirano a descriverlo e spiegarlo.

Alcune teorie, ad esempio, si concentrano sul reddito o sulla distribuzione delle risorse materiali.

Secondo Sen l'obiettivo di una società giusta dovrebbe essere l'uguaglianza delle capacità dei suoi membri, intesa come l'insieme di azioni e condizioni

che una persona ritiene importanti per la propria vita, es. essere in buona salute, sapere leggere e scrivere, ecc. tra le quali deve poter scegliere, anche se la responsabilità individuale ha un ruolo forte nell'effettiva realizzazione delle stesse.

Chi ha problemi di salute vede ridotto l'insieme di tali capacità, lo stato di salute rappresenta perciò uno degli elementi di valutazione multidimensionale dell'equità secondo questo modello.

Una società equa non dovrebbe quindi concentrarsi sulla distribuzione delle risorse ma sul fatto che quelle risorse permettano ad ognuno di fare o essere in un certo modo.

Soprattutto rispetto all'asse autonomia/dipendenza, ma in realtà anche rispetto agli altri, si mette in luce l'esclusiva competenza infermieristica nell'effettuazione del processo diagnostico infermieristico, nella pianificazione dell'assistenza, nella sua attuazione diretta o demandata, nella supervisione di quanto da altri effettuato, nella valutazione del raggiungimento degli obiettivi assistenziali e del processo.

Gli elementi di complessità relativi a questi aspetti sono molteplici, ad es. spesso non siamo in grado di attribuire un nome, che abbia significato univoco per tutti noi infermieri, ai problemi assistenziali che trattiamo.

Se non ci impegniamo per fare questo, allora sarà sempre difficile spiegare perché noi siamo indispensabili, perché facciamo determinate cose e a quale scopo.

Se poi adottiamo modelli che non sono nostri, la confusione e la dipendenza aumentano anziché diminuire. Non siamo più ausiliari, siamo autonomi, ma nel fare che cosa?

E nel farlo come? La mancanza di uniformità nell'erogazione delle prestazioni può essere una ricchezza, ma ciascuno dovrebbe effettuare interventi di provata efficacia, secondo le modalità che si sono dimostrate più appropriate e sicure.

È importante valutare la pratica clinica assistenziale; diversità nelle pratiche assistenziali possono infatti portare ad esiti diversi.

Va riconosciuta l'importanza dell'efficacia clinica, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate ai cittadini; a volte le prestazioni sono addirittura inutili, anche nel campo assistenziale; pensiamo a tutte quelle che si

erogano di routine a tutti i soggetti, anche in assenza dell'identificazione di un bisogno o forse proprio a causa di ciò.

È evidente allora l'importanza della ricerca infermieristica purché possa essere libera dai condizionamenti che attanagliano altri ambiti.

Inoltre i cambiamenti imposti dalla finanza pubblica possono trasformarsi in occasioni per orientarsi verso trattamenti più efficaci e di qualità.

Va però riconosciuto come sia difficile valutare l'efficacia degli interventi infermieristici quando gli indicatori sono qualitativi e quando è forte la ricaduta della componente relazionale, comunicativa ed educativa, soprattutto nel lungo periodo.

La difesa dell'ambito di esclusività si deve necessariamente accompagnare alla cessione di quelle attività non proprie, sia per utilizzare al meglio la risorsa umana infermieristica, sia per aiutare tutta la professione a rendere più netti i confini fra noi e gli altri, noi che veniamo confusi con gli operatori di supporto, i volontari, le aiutanti familiari - badanti, ecc.

Rispetto alla risorsa infermieristica, E. Vagnoni afferma in un recentissimo testo: *Dall'analisi dei costi per assistenza ospedaliera emerge che il 51,8% (dati riferiti al 2002) è da considerarsi costi del personale. Tra questi, il 45,1% è da ascrivere al personale infermieristico e il 46,2% al personale medico. La componente di costo riferita al personale infermieristico è molto consistente seppure scarsa sia l'attenzione dedicata ai processi di impiego e ai modelli di misurazione dei risultati di tale risorsa.*

Usare bene la risorsa infermieristica significa allora andare oltre la logica dell'infermiere unico - apparentemente semplice - che ancora ci blocca, rispettare le competenze specifiche dei colleghi, utilizzare e valorizzare la funzione di consulenza in ambito infermieristico-logica apparentemente complessa.

L'infermiere di area critica, come si è detto, è un consulente prezioso, ed al suo interno troviamo tipi di competenze diverse (dialisi, analgesia, ecc.).

Oggi anche la formazione infatti è finalmente più articolata e consente uno sviluppo di competenze sia a livello orizzontale che verticale (master, laurea specialistica, ecc.).

Possono essere delineate due conclusioni, la prima di tipo più manageriale e



l'altra di natura più propriamente assistenziale.

Una organizzazione che non cambia è destinata a morire.

Poiché un'azienda è sempre e fondamentalmente il derivato di interazioni fra persone, l'obiettivo è rendere le persone capaci di *performare congiuntamente*, far sì che le loro forze siano efficaci e le loro debolezze irrilevanti.

Non si possono però svolgere le proprie funzioni senza potere ed autonomia decisionale sufficiente (U. Montaguti, 2005).

Le organizzazioni traggono quindi vantaggio dall'avere professionisti autonomi e *potenti*; tutti devono sapere di essere *padroni* del loro lavoro; a volte però qualcuno preferisce pensare che la responsabilità è di altri, e non vedere che le proprie attività portano comunque ad un risultato, e non sono semplicemente delle azioni fini a se stesse.

L'indifferenza, la mancanza di coinvolgimento, le lacune di competenze rappresentano barriere all'eccellenza.

Gli aspetti che abbiamo esaminato possono apparire complessi, però *non sono le cose in sé ad essere semplici o complesse. Sono chi le osserva ed il suo sistema di interpretazione a redigerle come tali. La complessità mette, positi-*

*vamente, l'uomo in rapporto con sé stesso, con la sua finitezza in un approccio di continua investigazione, nel gioco continuo fra chiarezza ed oscurità, fra certezza ed incertezza. (P. Androni, 2005)*

Cosa ci può aiutare? Ci può aiutare mettere davvero al centro la persona assistita, sforzandoci di soddisfare i suoi bisogni e non quelli dell'organizzazione e cercando di liberarci per primi dall'immagine negativa della professione che a volte noi stessi portiamo dentro le organizzazioni, mettendo al centro, insieme alla persona, la professione.

Forse, *essere volti o procedere in un'altra direzione*, essere diversi, può voler dire tornare alle radici più profonde del nostro essere infermieri.

Sofferamoci su cosa significhino per noi, oggi, le parole infermiere ed assistenza, e ricominciamo da questo, per potere attribuire a questi termini un significato sempre congruente con quanto ci richiedono gli utenti e con quanto noi sentiamo di potere offrire loro in modo esclusivo.

*Molte persone, oggi, anche nelle professioni scientifiche o di più alto livello, hanno paura delle proprie radici, del significato profondo delle parole, della loro filologia, della loro ontogenesi (P. Androni, 2005).*

## Bibliografia

- ANDREONI PIERENRICO *Tempo e lavoro Storia, psicologia e nuove problematiche* Bruno Mondadori, Milano, 2005
- BALDINI MASSIMO E TOSO STEFANO *I fondamenti etici della redistribuzione*, Materiali per il corso di Economia Pubblica, A.A. 2004 -05
- BIZIER NICOLE *Dal pensiero al gesto Un modello concettuale di assistenza infermieristica* Sorbona, Milano, 1990
- BRANDOLI M., SCALORBI S., *"Esame di un caso di dolore da cancro: Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità"*, Scenario 2004;21(3):7-12
- CAPODIFERRO P., SCALORBI S. *"Intensività assistenziale alla persona instabile"* Scenario 2003;20 (4):23-28
- MONTAGUTI UBALDO *Memoria didattica delle lezioni di Sociologia dei processi culturali e comunicativi* A.A. 2004/2005 Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, Università degli studi di Ferrara
- QUAGLINO GIAN PIERO, CASAGRANDE SANDRA, CASTELLANO ANNA MARIA *Gruppo di lavoro Lavoro di gruppo Un modello di lettura della dinamica di gruppo* Una proposta di intervento nelle organizzazioni Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992
- VAGNONI EMIDIA *La direzione delle aziende sanitarie* Criticità di contesto, economico e tutela della salute Franco Angeli, Milano, 2004
- VINEIS PAOLO, DIRINDIN NERINA *In buona salute Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica* Einaudi, Torino, 2004

## Premio Aniarti 2006

# "L'Infermiere e l'Area Critica"

### Finalità del premio

Le finalità del Premio Aniarti 2006 sono di incentivare e valorizzare la produzione scritta degli infermieri su tematiche inerenti l'esperienza assistenziale in Area Critica. L'elaborato potrà riguardare esperienze proprie o altrui, vissute o di fantasia, riflessioni, descrizioni, aneddoti, ecc... che favoriscano la conoscenza completa della realtà della vita degli uomini nelle strutture intensive e dell'emergenza.

È ammessa la composizione di qualsiasi lavoro in forma scritta fino ad un massimo di 3000 parole, utilizzando il carattere Times New Roman corpo 12 su Word per Windows.

### Requisiti generali

Possono concorrere al premio letterario tutti gli Infermieri regolarmente iscritti negli albi dei Collegi IPASVI italiani, anche se non iscritti all'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica.

I lavori presentati dovranno essere originali, del tutto inediti, ed inerenti il tema proposto dall'Aniarti per l'anno 2006.

Gli infermieri interessati possono partecipare singolarmente o in collaborazione con altri autori, che abbiano comunque gli stessi requisiti. La partecipazione al Concorso letterario è gratuita.

### Informazioni

Presso l'Ufficio Soci Aniarti, tel. 055 434677 da lunedì a venerdì, ore 9,30 - 12,30 o e-mail: [aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it)

**Ulteriori informazioni ed aggiornamenti sul sito internet [www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)**