

Indice

INTRODUZIONE.....	I
1 CAPITOLO 1.....	1
1.1 Esiti di terapia intensiva.....	1
1.2 Disturbo Post-Traumatico da Stress o PDTS	3
2 CAPITOLO 2.....	10
2.1 Ricordi dell'esperienza vissuta in UTI	10
2.2 Fattori e eventi di terapia intensiva che contribuiscono allo stress fisico e psicologico.....	13
2.2.1 Ambiente di terapia intensiva.....	14
2.2.2 Sedazione e analgesia	17
2.2.3 Il dolore.....	20
2.2.4 Delirium o psicosi da ICU.....	21
2.2.5 Privazione del sonno.....	23
3 CAPITOLO 3.....	25
3.1 Gestione del dolore	25

3.2	Gestione Agitazione e Sedazione	30
3.3	Cure centrate sulla persona.....	35
3.3.1	Limitare i disagi della Ventilazione Meccanica nel paziente cosciente.....	35
3.3.2	Promozione del sonno	38
3.3.3	Diari infermieristici: «colmare le lacune» e dare un significato vero e reale ai ricordi deliranti.	40
3.3.4	Terapia intensiva aperta: vicinanza con i famigliari	42
	CONCLUSIONI.....	45
	BIBLIOGRAFIA.....	48

Introduzione

Argomento di Studio

In questa tesi viene affrontato il problema delle sequele psicologiche, in particolare il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PDTS), che insorge in seguito al forte impatto emotivo dell'esperienza del ricovero in Unità di Terapia Intensiva (UTI) e che permane dopo la dimissione per un medio-lungo tempo, influenzando il recupero di una normale qualità di vita.

L'interesse nell'approfondire tale tema deriva dall'esperienza di tirocinio svolta nel reparto di Terapia Intensiva e in seguito ai recenti racconti di pazienti, sopravvissuti all'attuale emergenza sanitaria COVID-19, che hanno vissuto la gravità e la criticità della malattia dal letto della rianimazione.

Spinta dalla curiosità di conoscere cosa vive e sente il paziente ricoverato nell'ambiente ostile e "asettico" della terapia intensiva, ho orientato la mia analisi di studio sulla necessità di comprendere a fondo come il ricovero in UTI possa risultare un'esperienza di forte stress e traumatizzante, tale da conferire il rischio di andare incontro ad un esito psicopatologico di profondo impatto sulla qualità di vita futura, e sulla successiva importanza della salvaguardia del benessere mentale in tale contesto.

Metodologia

Per ciò che riguarda la metodologia, è stata effettuata una ricerca nel motore di ricerca Google e nelle banche dati di Pubmed, utilizzando le seguenti parole chiave: qualità della vita correlata alla salute post-ICU, sequele neuropsicologiche, Terapia Intensiva o UTI o ICU, Sindrome Post Terapia Intensiva o PICS, Disturbo Post-traumatico da stress o PDTS, Trauma psicologico, memorie di terapia intensiva, Delirium o Psicosi Post-Icu, dolore, disagio, Analgesia, Sedazione Cosciente, Privazione del Sonno, Ventilazione Meccanica, NIV, terapia intensiva aperta, Diary-ICU.

Sono stati considerati studi di follow-up, che indagavano sui risultati a lungo termine nei pazienti sopravvissuti alla malattia critica e alle cure di terapie intensive. Sono state visionate revisioni di studi qualitativi che, attraverso la somministrazione di questionari specifici, indagavano e riportavano le esperienze vissute dai pazienti durante il loro soggiorno in terapia intensiva e valutavano l'associazione tra i ricordi di quelle esperienze

e la qualità della vita correlata alla salute percepita dai pazienti dopo la dimissione dall'ICU.

Sono state tratte informazioni di studi che esaminano la correlazione tra i principali fattori ed eventi della terapia intensiva e lo sviluppo di disturbi da stress fisico e psicologico duraturi.

In seguito, sono stati riportati gli effetti sui risultati a lungo termine dell'implementazione di nuove strategie e di protocolli, basati sull'evidenza, per ridurre al minimo l'impatto degli eventi stressanti dell'ICU, sottolineando l'importanza di garantire il raggiungimento e il mantenimento di una qualità di vita soddisfacente.

Struttura dell'elaborato

L'elaborato si compone di tre capitoli, nei quali vengono presi in esame gli aspetti principali di seguito riassunti:

- Nel Capitolo I viene fornito un inquadramento generale sui disturbi fisici, cognitivi e mentali (noti con il termine PICS o Sindrome Post-Intensiva) che insorgono e permangono dopo la degenza in Terapia Intensiva, con particolare interesse sulla prevalenza e sull'impatto sulla qualità di vita dei sintomi del disturbo post traumatico da stress o PTSD, i quali compaiono in seguito all'esperienze psicologicamente traumatiche vissute in terapia intensiva. Successivamente, il fenomeno di interesse, viene definito sulla base dei criteri diagnostici del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2013 (DSM-5), esponendo il meccanismo fisiopatologico e l'origine.
- Nel Capitolo II vengono riportati i risultati di interviste e studi qualitativi sulle esperienze vissute in terapia intensiva, che indagano su come vengono percepite, conservate e ricordate dai sopravvissuti e su come impattano sulla qualità di vita successiva, in particolare sul benessere mentale. Vengono poi riassunti gli effetti, a breve e a lungo termine, degli aspetti di terapia intensiva che influiscono sulla risposta allo stress e sono potenzialmente associati a esiti psicologici, con particolare interesse riguardo ai farmaci sedativi-analgesci e all'ambiente fisico dell'ICU e al loro ruolo nella comparsa, durante la degenza, di situazioni comuni di dolore, disturbi del sonno e delirium.
- Nel Capitolo III vengono esposti e sintetizzati i risultati dell'implementazione di approcci di cura maggiormente individuati come utili e efficaci per ottimizzare il

comfort e benessere, ridurre al minimo l'esposizione a fattori e situazioni, fonti di stress e prevenire sequele psicologiche nei sopravvissuti alla terapia intensiva, in vista dell'obiettivo di garantire, non solo il benessere fisico, ma anche quello psicologico e emotivo, importante per un recupero ottimale.

Risultati e Conclusioni

L'ambiente di terapia intensiva e gli interventi salvavita consentono di sopravvivere a malattie o lesioni potenzialmente letali, tuttavia, creano una situazione di forte stress per il paziente che si ripercuote sulla qualità di vita successiva, lasciando segni fisici, cognitivi e emotivi-psicologici, profondi e duraturi.

Data l'elevata prevalenza di questi disturbi e il loro impatto negativo sulla qualità della vita a lungo termine nei sopravvissuti in terapia intensiva, ne deriva che, tra gli esiti auspicabili da una degenza in Terapia Intensiva, si deve includere, non solo la sopravvivenza del paziente rispetto alle condizioni acute, ma anche la salvaguardia del benessere fisico e psicologico, al fine da garantire una miglior qualità di vita successiva secondo un modello bio-psicosociale.

In vista di questo obiettivo, occorre tenere in considerazione, oltre ai bisogni e aspetti puramente clinici della malattia, secondo una concezione di malattia intesa come "disease", anche i bisogni di sicurezza, comfort e rispetto di sé del paziente, intendendo la malattia come "illness" (malattia vissuta dal paziente).

Emerge perciò la necessità di comprendere e identificare i fattori stressanti e psicologicamente traumatici della terapia intensiva e di individuare e implementare strategie terapeutiche e assistenziali che consentano di ottimizzare le procedure di cura, in modo che possano essere più tollerate dal paziente e di ridurre al minimo l'impatto dell'esperienza ricovero in terapia intensiva, in modo da preservare il benessere psicologico.

1 Capitolo 1

1.1 Esiti di terapia intensiva

Disturbi fisici, cognitivi e mentali post-UTI e il loro impatto in termini di prevalenza e di disabilità sulla qualità di vita.

Negli ultimi anni le possibilità di sopravvivere alle malattie critiche, molto gravi e pericolose per la vita, sono notevolmente aumentate grazie ai rapidi progressi e all'evoluzione che hanno interessato le cure intensive.

Dalla letteratura consultata, si evidenzia che i progressi nelle conoscenze mediche e nella tecnologia disponibile nei servizi di Unità di Terapia Intensiva (UTI) hanno incrementato la percentuale di sopravvivenza dei pazienti ammessi in terapia intensiva: si calcola infatti che il 75% circa delle persone sopravviva al ricovero in UTI. [1]

Tuttavia è noto come vi siano delle sequele che permangono anche dopo la dimissione del paziente.

Gli alti livelli di tecnologia e le procedure invasive possono aumentare la sopravvivenza alla fase critica, ma scatenano nei pazienti uno stato di stress, manifestato con eventi di ansia, agitazione, dolore e discomfort, che possono interferire con la cura, causare complicanze cliniche durante la degenza e influire negativamente sul recupero di una qualità di vita accettabile.

Da studi di follow up effettuati a un anno dalla dimissione dalla Terapia Intensiva, che osservano gli effetti residui a lungo termine, emerge che una parte sostanziale dei sopravvissuti in terapia intensiva è a rischio di sviluppare la Sindrome Post-Intensiva (PICS, dall'inglese Post Intensive Care Syndrome), condizione descritta per la prima volta nel 2012, caratterizzata dalla comparsa di difficoltà fisiche (dolore, debolezza), disturbi cognitivi (disturbi dell'attenzione e di memoria) e problemi emotivi (ansia, depressione, sintomi del disturbo da stress post-traumatico). [1]

Queste difficoltà possono verificarsi durante la permanenza in terapia intensiva o al momento della dimissione, persistendo, in molti casi, a medio-lungo termine dopo il ricovero, influenzando una qualità di vita accettabile.

Come dimostrato negli studi, durante il primo anno dopo il ricovero in terapia intensiva, questi pazienti presentano limitazioni più o meno gravi nello svolgimento delle attività

basiche e strumentali della vita quotidiana, nonché difficoltà nella partecipazione alla vita sociale e lavorativa, ostacolando, quindi, il ritorno a una normale qualità di vita. [2]

Da una revisione sistematica di studi qualitativi che valutavano gli esiti in diversi domini, quali soddisfazione globale della vita, salute cognitiva, salute fisica e salute mentale, emerge come questi ultimi (salute mentale e la salute fisica) erano i temi più comunemente segnalati come altamente debilitanti per il benessere psicofisico del sopravvissuto. [3]

Mentre le comorbilità fisiche, che causano una ridotta qualità della vita correlata alla salute, sono maggiormente individuabili e visibili, richiedono una gestione clinica in corso e migliorano nel tempo, riducendo man mano il loro impatto, le menomazioni psichiche, possono essere più difficili da riconoscere e persistono molto più a lungo dei sintomi di compromissione fisica.

Da un punto di vista fisico le alterazioni più frequenti sono il calo ponderale, la debolezza muscolare e la conseguente possibilità di camminare e di tollerare le attività. Molti pazienti riferiscono una sensazione soggettiva di debolezza (fatica), una mobilità ridotta e difficoltà a camminare, situazioni che impediscono loro di completare le attività quotidiane o di tornare al lavoro e che si ripercuotono sul benessere generale. La debolezza si osserva anche nella muscolatura orofaringea, che sembra essere correlata a problemi di deglutizione, riferiti come disturbi dell'appetito.

Per quanto riguarda le prestazioni cognitive, al momento della dimissione dall'UTI, le alterazioni cognitive possono interessare la quasi totalità dei pazienti. Un anno dopo, tra il 46-80% soffre ancora di questa riduzione delle prestazioni e il 20% mantiene queste difficoltà 5 anni dopo il ricovero in terapia intensiva. Possibili cause di deterioramento persistente dopo il ricovero potrebbero essere le fluttuazioni del glucosio sierico (ipo o iperglicemia) e/o episodi di stati confusionali (delirium) che si verificano durante il periodo critico della malattia e di stress acuto. Tutte le componenti della cognizione possono essere influenzate in misura maggiore o minore, ma spiccano le difficoltà dell'attenzione, le alterazioni delle capacità visuo-spaziali, della memoria (sia a lungo che a breve termine) e delle funzioni esecutive.

Desti grande preoccupazione l'osservazione che, in una percentuale considerevole di pazienti, il ricovero in rianimazione rappresenta un'esperienza estremamente traumatizzante, in cui compaiono sintomi emotivi molto forti (angoscia, paura, terrore),

in grado di determinare, anche a distanza di tempo, problemi psicologici. In alcuni casi la sofferenza psicologica che ne deriva può essere particolarmente intensa da portare a un disturbo post traumatico da stress (PTSD), che si presenta con vari sintomi, tra cui alterazione della memoria, incubi e deficit cognitivi.

Dopo il ricovero in terapia intensiva, sono stati descritti disturbi del sonno e ripercussioni emotive, quali depressione (30%), ansia (70%) e disturbo post traumatico da stress (10-50% dei casi).

Il disturbo post-traumatico da stress merita una menzione specifica poiché colpisce tra il 10 e il 50% dei pazienti dopo la terapia intensiva. Esso può apparire dopo un evento minaccioso o una percezione di mancanza di sicurezza. Il problema principale è la possibilità di persistenza dei sintomi a lungo termine (anche 14 anni dopo l'evento traumatico).

Diversi pazienti hanno riportato sintomi di PDTS. È comune in tali pazienti, il rivivere le immagini dell'UTI sotto forma di ricordi intrusivi, per lo più sgradevoli o sotto forma di sogni e incubi, principale motivo di ansia e angoscia e turbamento dell'attività quotidiana. Altri dichiarano di aver provato emozioni negative, ossia atteggiamenti evitanti tutto ciò che ricordi o che sia riconducibile all'esperienza traumatica, che si sono manifestate quando si è ricordato della loro malattia critica (ad esempio, guidare vicino a un ospedale o persino sentire sirene, allarmi alla radio o alla televisione). Di comune riscontro sono le alterazione della memoria e i deficit cognitivi (difficoltà di concentrazione). Tutti questi sintomi erano riportati come fortemente debilitanti e associati a un peggioramento nelle funzioni quotidiane, un tempo di invalidità più lungo, aumento di costi di cure mediche e a una successiva grave riduzione della qualità di vita. [4]

1.2 Disturbo Post-Traumatico da Stress o PDTS

Definizione

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), genericamente definito come “risposta patologica che si manifesta in seguito all'esposizione a un evento traumatico”, è un disturbo psicopatologico il cui sviluppo consegue all'esposizione, da parte di un individuo, a uno o più eventi traumatici, in cui sia stata messa a rischio la vita o si sia

corso un grave pericolo. Il quadro clinico è caratterizzato da un insieme di sintomi, di durata e intensità variabile, in grado di generare sofferenza emotiva (sentimenti di paura, terrore e di impotenza) e disagi significativi dal punto di vista clinico (aumento della reattività fisiologica, battito cardiaco accelerato, sudorazione, tensione muscolare e nausea), con evidente compromissione delle funzioni in ambito interpersonale.

Secondo la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali [5], per fare diagnosi di PTSD, è necessario valutare la presenza dei criteri di seguito riportati. Il primo criterio (criterio A) riguarda l'esposizione a evento traumatico estremo, in cui la persona ha vissuto in prima persona (ha fatto esperienza diretta) o ha assistito, a uno o più eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica, propria o di altri.

Il secondo criterio (criterio B) comprende la comparsa, successiva all'evento, dei sintomi cosiddetti intrusivi. Per sintomi intrusivi si intende sintomi che si impongono nella coscienza del soggetto indipendentemente dalla sua volontà. Questi possono essere reazioni psichiche, come improvvisi ricordi spiacevoli dell'evento, sogni e incubi ricorrenti o reazioni dissociative, come i flashback, in cui il soggetto si sente o agisce come se l'evento si stesse ripresentando (rivivere il trauma piuttosto che ricordarlo). È possibile il riscontro di altri aspetti dissociativi, quali fenomeni di depersonalizzazione e/o derealizzazione.

Un altro gruppo di sintomi, spesso insorti come risposta ai sintomi precedenti, sono definibili nel Criterio C, come sintomi di evitamento degli stimoli, che coincidono con condotte evitanti fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che ricordano, simboleggiano o sono in qualche modo associate all'evento traumatico. Con il tempo, questa strategia di coping diventa sempre più problematica, poiché la persona può finire per ritirarsi dalle interazioni sociali, smettere di frequentare i luoghi abituali, o cambiare significativamente le proprie abitudini per non incorrere in dettagli che possano scatenare sintomi disturbanti. L'evitamento può riguardare anche l'esperienza interna della persona: in maniera più o meno consapevole, la vittima può sopprimere ricordi spiacevoli o emozioni intense e negative, assumendo comportamenti spericolati o auto-distruttivi ad esempio facendo uso di alcool e droghe, giocando d'azzardo o compiendo atti di autolesionismo.

Il disturbo può comportare (criterio D) alterazioni negative della cognizione e dell'umore. La persona può sviluppare convinzioni o aspettative negative riguardo se stessi, ad altri o al mondo (per es. Io sono cattivo, sono responsabile di quanto mi è accaduto, non ci si può fidare di nessuno, il mondo è assolutamente pericoloso). Anche la memoria può essere significativamente alterata, ad esempio la persona può non ricordare particolari o aspetti importanti del trauma, un fenomeno noto come amnesia post-traumatica. Emozioni negative comuni includono colpa, vergogna, rabbia, paura e umore depresso. Altre volte, per proteggersi dal dolore psicologico, la persona può cercare di distaccarsi dalle proprie emozioni, e può quindi risultare insensibile, disinteressata o estraniata rispetto agli altri, anche quando si tratta di persone care o di attività che precedentemente le procuravano gioia.

Particolarmente importanti sono anche i sintomi di marcata attivazione (iper-attivazione o arousal) e reattività emozionale descritti nel Criterio E. La persona sviluppa una sorta di ipersensibilità ai potenziali segnali di pericolo, che la porta a essere costantemente in allerta, a rispondere in maniera esplosiva e rabbiosa anche in assenza di provocazione e a vivere in uno stato di ipervigilanza e tensione che va a interferire con la capacità di addormentarsi e di concentrarsi.

Questo profilo di sintomi deve essere persistente (durare più di un mese; Criterio F), creare sofferenza e interferire con il funzionamento della persona in aree importanti (Criterio G) e non essere attribuibile agli effetti di sostanze stupefacenti o a un'altra condizione medica (Criterio H).

Numerose osservazioni epidemiologiche sottolineano poi la possibilità frequente, che si associno altri disturbi psicopatologici, quali Disturbi dell'Umore, Disturbi d'Ansia, Disturbi dell'Alimentazione, Disturbi da Abuso di Sostanze, Disturbi Dissociativi e alcuni Disturbi di Personalità, come il Disturbo Borderline e quello Narcisistico. [6] [7]

In base ai criteri riportati, si conclude che è una sindrome complessa che coinvolge sia il piano biologico (marcata reattività fisiologica, difficoltà di sonno), che quello neuro-psicologico (ricordi intrusivi, flash back, sogni spiacevoli, difficoltà di concentrazione, pensieri negativi, riduzione d'interessi, incapacità di provare emozioni positive), comportamentale (evitamento degli stimoli, evitamento dei ricordi) e relazionale (disagio significativo in ambito sociale, lavorativo, familiare)

Meccanismo di risposta a una minaccia: lo stress

Da ricerche sui meccanismi fisiopatologici dello stress, è stato osservato che l'elevato grado e/o l'esposizione prolungata allo stress, insieme a fattori individuali predisponenti, altera i normali processi di adattamento e di elaborazione delle informazioni, potenzia la risposta infiammatoria e riduce le capacità cognitive.

Come definito dal fisiologo ungherese, Hans Selye [8], lo stress è una risposta aspecifica dell'organismo a richieste di modificazione e cambiamento da parte dell'ambiente, caratterizzata dall'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene che innesca dei cambiamenti sistemici e comportamentali, i quali migliorano la capacità omeostatica aumentando le possibilità di adattamento e di sopravvivenza.

Se l'attivazione dell'Asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (HPA) è considerata una risposta adattiva e indispensabile per la sopravvivenza dell'organismo, in quanto prepara il corpo a reazioni di attacco-fuga davanti a pericoli, producendo effetti transitori di potenziamento difese immunitarie, aumento tono cardiovascolare, aumento energia con sintesi di glucosio e enzimi epatici, il suo stato di attività prolungata può determinare conseguenze negative, come ipertensione, insorgenza diabete mellito e esaurimento delle funzioni immunitarie.

La sovrabbondanza di glucocorticoidi, causata da una attività protratta di HPA, arreca effetti negativi sulla funzionalità del cervello. Questi ormoni, in grado di oltrepassare la barriera ematoencefalica e di agire direttamente sul sistema nervoso, sono responsabili del rallentamento in alcuni domini cognitivi, in particolare nell'attenzione e nella memoria.

A livello neurochimico una risposta allo stress molto forte con produzione eccessiva di cortisolo induce un'inibizione della funzione dell'ippocampo, impedendo la codifica e elaborazione delle informazioni esplicite. Inoltre le catecolamine, anch'esse prodotte a seguito della risposta allo stress, possono compromettere la memoria dichiarativa, dal momento che intensificano la codifica implicita della paura che avviene nell'amigdala. Questo determina un malfunzionamento del sistema e le informazione acquisite al momento dell'evento, incluse le immagini, i suoni, l'emotività e le sensazioni fisiche, vengono conservate a livello neurologico nel suo stato disturbante, vengono codificate in maniera implicita, impedendo un richiamo cosciente. Perciò queste informazioni continuano a essere rievocate da una gamma di stimoli interni ed esterni, senza avere reale

consapevolezza e si esprimono sotto forma di incubi, flashback e pensieri intrusivi [9]. Queste reazioni neurofisiologiche sono utili per spiegare alcuni sintomi invalidanti che compaiono nel disturbo da stress post-traumatico come i sintomi intrusivi o flashback.

L'Innesco: la terapia intensiva come evento traumatico

Sempre più PTSD è stato riscontrato in pazienti sopravvissuti a una grave malattia potenzialmente letale che hanno trascorso un periodo significativo di tempo in UTI. L'incidenza di PTSD, ancorata all'esperienza in terapia intensiva e non correlata a esperienze stressanti passate, è stata costantemente intorno al 10% nel primo anno dopo le dimissioni ospedaliere. [10]

Il trattamento e l'esperienza vissuta in terapia intensiva risulta essere un evento stressante e traumatico, e può generare problemi psicologici nei pazienti.

In Terapia Intensiva, il malato si confronta con eventi altamente stressanti che possono rappresentare veri e propri traumi, in grado di produrre uno sconvolgimento dei sistemi mentali che impedisce all'individuo di avere un senso di controllo su di sé (senso di impotenza) e su ciò che succede e di attribuire all'evento un significato.

Nonostante la malattia critica e le cure intensive differiscono dai traumi più tradizionalmente definiti, come le gravi ustioni, incidenti automobilistici, aggressioni sessuali o esposizioni alle guerre, ci sono alcuni fattori associati all'esperienza dell'unità di terapia intensiva che possono risultare "traumatizzanti". I pazienti percepiscono e elaborano situazioni di stress e di forte sollecitazione correlate alla cura in terapia intensiva, come l'incapacità di parlare dovuta all'intubazione, il senso di soffocamento in seguito all'aspirazione endotracheale, l'alterazione dello stato mentale e il verificarsi di allucinazioni e incubi indotti dai sedativi.

Il confronto con tali esperienze traumatiche, se non elaborate e ricostruite, può tradursi in stress che spesso si concretizza in alcuni sintomi psicologici, i quali possono cronicizzarsi e persistere anche anni dopo che l'evento traumatico si è svolto, compromettendo la normale funzionalità di un individuo.

Quando si parla di "trauma psicologico" ci si riferisce agli effetti sulla mente e sul comportamento prodotti da un evento fisico, psicologico o sociale altamente stressante. Nello specifico il trauma psicologico è una reazione psichica da intendersi come ferita causata da esperienze che generano un forte impatto emotivo e ciò comporta l'insorgenza

di un senso di impotenza e vulnerabilità di fronte ad una minaccia, soggettiva o oggettiva, che può riguardare l'integrità fisica della persona, o più in generale il suo senso di sicurezza psicologica.

I primi studi sugli effetti cronici post-traumatici ritenevano il trauma psicologico come la conseguenza di un evento "traumatico", ossia di "un agente patogeno costituito da una situazione grave, collocata idealmente al di fuori delle esperienze umane comuni che produce una reazione estrema".

Secondo questa prima discriminazione specifica di circostanze in grado di generare un trauma psicologico, venivano ritenuti "eventi traumatici" soprattutto diversi accadimenti di natura obiettivamente grave e straordinaria, quali violenze fisiche, abusi sessuali, disastri naturali (terremoti, alluvioni, ecc.), disastri tecnologici (incidenti chimici, nucleari, danni energetici, ecc.), guerre, torture, incidenti e rapimenti.

Ben presto, tuttavia, il criterio principale che permette di circoscrivere le condizioni in grado di generare traumi psicologici è stato rivisitato e collegato a fattori soggettivi, piuttosto che alle caratteristiche oggettive degli eventi affrontati.

Pertanto, si è evidenziato che la stessa sindrome post-traumatica può essere generata da una ampia gamma di situazioni la cui gravità non è insita nell'evento, bensì derivante dall' "interpretazione traumatizzante" dello stesso e dai conseguenti vissuti emotivi che ne derivano.

Vengono attribuiti significati traumatizzanti a qualsiasi evento negativo in cui una persona vive direttamente o come testimone di uno o più situazioni connesse alla morte reale o temuta, ovvero in cui sperimenta una minaccia per la propria o altrui incolumità fisica, tale da mettere a dura prova il senso di sicurezza psicologica. Il vissuto di timore o danno, derivante dall'interpretazione soggettiva, e spesso inconsapevole, dell'evento affrontato si accompagna a risposte di intensa paura, di impotenza e di orrore (DSM IV). Freud (1895) scriveva che "qualsiasi esperienza che susciti una situazione penosa, quale la paura, l'ansia, la vergogna o il dolore fisico, può agire da trauma", e definì i traumi "eventi in grado di provocare una eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla o elaborarla".

Questa visione più ampia dei fattori traumatizzanti permette di comprendere perché spesso i sintomi di un disturbo post-traumatico possono comparire anche in seguito a

situazioni naturalmente presenti nella vita umana, quali malattie o lutti, nel corso delle quali la percezione soggettiva può diventare traumatizzante.

[11]

2 Capitolo 2

2.1 Ricordi dell'esperienza vissuta in UTI

Fattori determinanti nello sviluppo di sequele neuropsicologiche: qualità e contenuto dei ricordi e salute mentale

Mentre le sequele funzionali sembrano dipendere maggiormente dal precedente stato di salute e dall'aggressività subita durante il periodo di malattia critica, le sequele neuropsicologiche dipendono, non solo dalla minaccia reale dell'evento, ma anche dalla "minaccia percepita", cioè dalla capacità dei pazienti di elaborare e conservare le situazioni vissute in quel periodo. Il ricordo del decorso clinico in Terapia Intensiva riveste una grande importanza anche dopo molto tempo dalla guarigione, e spesso modifica profondamente la visione del mondo, valori e aspettative.

Si è voluto indagare su cosa ricordano i sopravvissuti della loro permanenza in UTI e come i ricordi di quelle esperienze impattano sulla qualità di vita correlata alla salute (HR-QOL) e sulla comparsa di sequele psicopatologiche.

A tal fine sono state riordinate informazioni e risultati di un'intervista in cui le esperienze vissute in terapia intensiva sono state raccolte attraverso lo strumento ICUM (Intensive Care Unit Memory) e in cui sono stati somministrati contemporaneamente scale per individuare e misurare lo stress post-traumatico (questionario PTSS-10) e scala di impatto dello stress (questionario IES-R). È stato chiesto ai pazienti se ricordavano il periodo di degenza e in che misura (totale amnesia, ricordi frammentati, ricordi vividi), il contenuto delle memorie (esperienze reali di disagio, allucinazioni e incubi) e come la loro presenza influenzasse la qualità di vita percepita.

La maggior parte dei partecipanti a questo studio ha ricordato alcune memorie della loro permanenza in terapia intensiva mentre altri hanno un ricordo minimo, vago, o nullo di eventi reali verificatisi, non sono in grado di descriverli, ma sono in grado di ricordare un'ampia varietà di sogni, allucinazioni e incubi. [12]

Il tipo più frequente di memorie riportate corrispondeva a eventi reali. Spesso tali eventi reali di terapia intensiva vengono ricordati e riferiti come esperienze stressanti e fastidiosi. Vengono ricordate esperienze di dolore, la privazione di sonno, la sete, la presenza di tubi nella bocca o nel naso, il senso di impotenza e vulnerabilità, l'impossibilità a muoversi liberamente, l'impossibilità di parlare e quindi di comunicare

adeguatamente i propri bisogni, l'assenza di vestiti, la mancanza delle persone care. Sono ricordate anche sensazioni uditive, cinestesiche (di sensibilità al movimento) e propriocettive, come gli odori pungenti, i rumori delle apparecchiature, i cambi posturali vissuti in passività. [13] [14]

Di seguito vengono riportate in tabella i 33 principali fattori di stress riferiti dai pazienti in terapia intensiva, ordinati dal più stressante (punteggio 4) al meno o per nulla stressante (punteggio 1). [13]

1 Presenza del tubo endotracheale	19 Noia
2 Aspirazione delle secrezioni attraverso il tubo endotracheale	20 Assenza di indumenti intimi
3 Incapacità di comunicare verbalmente	21 Presenza di strane apparecchiature
4 Difficoltà ad addormentarsi	22 Inconsapevolezza di giorno e ora
5 Difficoltà a respirare	23 Fastidio per il catetere vescicale
6 Limitazione del movimento	25 Lamenti degli altri pazienti
7 Dolore	26 Inconsapevolezza delle manovre praticate
8 Presenza di cannule e cavi	27 Paura di morire
9 Impossibilità di andare in bagno	28 Frequente squillo del telefono
10 Sonno disturbato	29 Inconsapevolezza del luogo
11 Sete	30 Mancanza di privacy
12 Incapacità di comprendere discorsi di medici e infermieri	31 Non conoscenza dei nomi di medici e infermieri +rotazione del personale
13 Contatto ridotto con i familiari	32 Vista degli altri pazienti
14 Ambiente rumoroso	33 Ripetuti esami di medici e infermieri
15 Carenza di informazioni sulle proprie condizioni di salute	
16 Rumori di allarmi e apparecchiature	
17 Senso di solitudine	
18 Luce sempre accesa	

Tabella 1. Principali fattori di stress percepiti dai pazienti in ICU [13]

La prevalenza segnalata di sintomi deliranti dalla malattia critica, le cosiddette delusional memories, che includono il richiamo di allucinazioni, incubi, sogni e paranoie (ricordi di qualcuno che cerca di ferirli, di aver visto cose strane), varia dal 25 al 73%.

Le delusional memories sono per lo più spaventose e contengono temi persecutori: essere tenuto prigioniero, essere strangolato o tenuto sott'acqua, essere in un paese straniero o in un altro mondo. I pazienti hanno anche descritto di vedere cose inquietanti o strane come pareti in movimento o sangue sulle superfici della stanza [15].

Si tratta di ricordi di informazioni deliranti e oniriche avvolte da contenuto emotivo che vengono codificate durante la degenza nei periodi di incoscienza, ma anche dopo l'interruzione della sedazione e in stati che producono eccitazione. Il registro metaforico e immaginifico può essere letto come un tentativo di dare un senso e una rappresentabilità di un'esperienza vissuta nel disorientamento e nella passività.

Sebbene irrazionali e bizzarri, i pazienti descrivono questi ricordi come molto vividi, estremamente resistenti e fanno irruzione inconsapevolmente nella memoria sotto forma di flash. Il soggetto non riesce a liberarsene neanche in presenza di convincenti prove della loro inconsistenza, permangono per mesi dopo la malattia critica, provocando un intenso tormento psicologico, disagio e notevoli disturbi emotivi con conseguenze sulla salute mentale e sul recupero di una normale vita quotidiana.

Dalla letteratura consultata emerge che i pazienti senza alcun richiamo fattuale della terapia intensiva, ma con la presenza di memorie deliranti hanno ottenuto punteggi più alti nelle scale di ansia, depressione e PTSD rispetto ai pazienti con eventi fattuali richiamati.

Tra gli intervistati, il 51% ha sperimentato sogni e incubi durante il soggiorno in terapia intensiva, di questi, il 14% ha affermato che quei sogni e incubi disturbano la loro attuale vita quotidiana e mostrano una HR-QOL peggiore. Il 41% dei pazienti ha riportato disturbi del sonno, difficoltà del 38% a concentrarsi nelle attività quotidiane attuali e difficoltà del 36% nel ricordare eventi recenti. I disturbi quotidiani causati da sogni e incubi, difficoltà di concentrazione e difficoltà nel ricordare eventi recenti erano predittori indipendenti di peggiore HR-QOL, in particolare nelle dimensioni del dolore / disagio e dell'ansia, depressione e problemi di natura cognitiva (disturbi di memoria). [16]

Gli studi suggeriscono, quindi, che, anche se le memorie di eventi concreti di terapia intensiva siano riportati come ricordi spiacevoli "fastidiosi" e motivo di forte disagio,

possono fornire una certa protezione dall'ansia e il successivo sviluppo di sintomi correlati al PTSD, rispetto a importanti ricordi deliranti. Al contrario la natura frammentaria e confusa dei ricordi dell'esperienza in terapia intensiva (assenza di ricordi reali, amnesie) e l'elevata percentuale di ricordi deliranti che vengono successivamente richiamati rendono difficile per i pazienti dare un senso a ciò che è accaduto e sono perciò la principale causa precipitante di PTSD in questa popolazione.

2.2 Fattori e eventi di terapia intensiva che contribuiscono allo stress fisico e psicologico.

In una terapia intensiva molti fattori influiscono sulla risposta allo stress contribuendo alla formazione di memorie disturbanti, limitate o distorte: prolungano l'attivazione dell'asse ipotalamico-ipofisi-surrene, aumentano il rilascio di citochine infiammatorie e alterano l'elaborazione delle informazioni degli eventi che si verificano [17].

Di fronte alla patologia grave che mette in pericolo la vita, vengono messi in atto i normali meccanismi di difesa: si genera uno stato di stress generalizzato (aumento delle catecolamine esogene) a cui possono associarsi stati di ipossia, situazione che scatena sentimenti di panico e stati di gravi disordini metabolici, i quali possono costituire la causa primaria del delirium. La gravità della malattia può richiedere, oltre al sostegno della funzione respiratoria, che spesso necessita di alte dosi di sedativi e miorilassanti, anche il sostegno circolatorio, tramite l'infusione di dopamina o noradrenalina, che porta a un aumento di catecolamine in circolo, potenziando la risposta allo stress. [18]

Le attività di cura intensive, quali intubazione endotracheale e ventilazione meccanica e le attività di assistenza routinarie, come cateteri venosi e arteriosi, catetere vescicale, drenaggi, sonda naso gastrica, manovra di aspirazione endotracheale, rilevamento parametri, posizionamento, sono tutte esperienze che producono uno stato di eccitamento, ostacolano il normale ritmo sonno-veglia e si rivelano essere importanti fonti di ansia e disagio (o dolore procedurale).

La strategia di sedazione, intesa a limitare l'impatto emotivo dei trattamenti salvavita, può provocare periodi di amnesia, impedendo l'elaborazione degli eventi, la codifica e consolidamento dei ricordi a lungo termine. Inoltre, la brusca interruzione dei farmaci può causare ampie reazioni di astinenza, che possono contribuire al delirio.

Il paziente si trova poi in un contesto sfavorevole: l'isolamento, la mancanza di supporto familiare, i vincoli fisici della posizione obbligata e dei presidi di supporto respiratorio (che creano incapacità di muoversi e di comunicare), stimoli visivi e rumorosi, sono sollecitazioni che possono aumentare l'esperienza delle allucinazioni ipnagogiche, oltre a essere motivo di forte disagio e ansia e di disturbi del sonno.

2.2.1 Ambiente di terapia intensiva

Il paziente ricoverato in terapia intensiva è spesso collegato a un ventilatore meccanico, un sistema di supporto respiratorio salvavita o potenzialmente tale, capace di sostituire o sostenere la respirazione spontanea, laddove si determinano condizioni dove lo svolgimento e mantenimento di un lavoro respiratorio adeguato alle richieste metaboliche risulti impossibile o difficoltoso. La ventilazione meccanica fornisce al paziente l'ossigeno indispensabile al mantenimento in salute e al corretto funzionamento degli organi più importanti del corpo umano (cervello, cuore, fegato). Nello specifico permette la riduzione dell'ipossiemia, dell'ipercapnia, della fatica muscolare, la riduzione del consumo di ossigeno sistemico e miocardico e, entro certi limiti, la riduzione dell'ipertensione endocranica. [19]

La ventilazione meccanica, di per se non è una procedura dolorosa, ma può risultare un'esperienza traumatica, dovuta sia all'interfaccia utilizzata, che sia un presidio non invasivo (maschera o casco) o tubo endotracheale, che al collegamento al ventilatore stesso. In questa situazione il paziente vive l'esperienza di dipendenza da una macchina, il disagio dei rumori e allarmi del ventilatore, l'impossibilità di comunicare per la presenza del presidio, procedure di aspirazione, dei posizionamenti e delle valutazioni frequenti. Inoltre l'asincronia ventilatore-paziente, la discrepanza tra la domanda del paziente e l'offerta del ventilatore, può portare a un adeguato scambio di ossigeno e a un aumento dello sforzo respiratorio, contribuendo a stati di dispnea o apnea che interrompono il sonno e causano senso di soffocamento e agitazione. È una condizione che ha degli importanti risvolti psicologici, risulta un'importante causa di stress, ansia e paura. [20]

È sempre più diffuso l'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva o NIV, che non prevede l'uso di dispositivi endotracheali, ma permette di somministrare aria nelle vie aeree inferiori tramite presidi esterni quali maschera o casco, in quanto associata a

notevoli benefici e vantaggi rispetto alla ventilazione meccanica invasiva. Se correttamente applicata, riduce l'intubazione oro-tracheale e la necessità di alti dosi di sedativi e miorilassanti e facilita anche lo svezzamento (weaning) dalla ventilazione meccanica invasiva. Permette di ottenere un grado di efficacia simile a quello della ventilazione invasiva, evitando il discomfort del tubo endotracheale e i rischi ad esso connessi, come l'aumentata incidenza di polmonite ventilatore associata (VAP), atrofia del muscolo diaframma, il prolungamento della permanenza in Terapia Intensiva e l'incremento della mortalità intraospedaliera. È stato riscontrato, infatti, un aumento dell'ossigeno nel sangue, miglioramento del sonno notturno, recupero di un ritmo respiratorio costante e migliore indipendenza rispetto alla ventilazione invasiva. [21]

Anche se clinicamente vantaggiosa, la NIV può essere molto impegnativa per i pazienti. Nelle interviste effettuate nel periodo post-NIV, i pazienti hanno menzionato più barriere, esperienze stressanti che rendevano difficile l'adattamento alla terapia e che procuravano la sensazione di "voler togliere la maschera", piuttosto che benefici. Inoltre il richiamo persistente (per settimane o anche dopo 2 anni) di ricordi traumatici relativi sia alle difficoltà respiratorie ("fame d'aria", "sforzo respiratorio" per sincronizzarsi con il respiratore) sia all'incapacità di muoversi e comunicare, ha contribuito fortemente sul carico psicologico post-terapia intensiva, favorendo l'insorgenza di sentimenti di angoscia, panico, insicurezza, disturbi del sonno.

Molti pazienti dimessi hanno riferito emozioni negative provate durante il trattamento: disagi correlati alla presenza della maschera, quali dolore fisico da ferite che si creano se mal posizionate o lasciate in sede a lungo, agitazione nel non riuscire a vedere bene, senso di claustrofobia, sensazione di essere "intrappolato", impossibilità di comunicare con le altre persone, mancanza di libertà, senso di dipendenza, a cui si associano sentimenti di panico e angoscia per la paura di morire e per una dispnea persistente o in peggioramento. Questi sentimenti si sono mostrati degli ostacoli che compromettevano l'aderenza alla cura e potevano portare al suo rifiuto, come mostrato dagli atteggiamenti di togliersi la maschera.

La dispnea durante la NIV è una questione complessa. La NIV serve per migliorare gli scambi di O₂ e quindi per alleviare la dispnea nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta, ma c'è l'alta possibilità che il supporto ventilatorio non sia sufficiente a raggiungere un risultato adeguato, se non adeguatamente impostato non riesce ad

alleviare la dispnea o potrebbe peggiorarla, creando un circolo vizioso traumatico. La dispnea ricordata è associata a stress post-traumatico (PTSD) nei sopravvissuti in terapia intensiva. [22]

L'impossibilità di parlare o di comunicare in modo efficace a causa della ventilazione meccanica è il sintomo angosciante più comunemente indicato per i pazienti in terapia intensiva. I pazienti riportano sentimenti panico, ansia, disumanizzazione e frustrazione in quanto non sono in grado di riferire verbalmente i loro sintomi, i livelli di dolore e di esprimere bisogni e manifestazioni emozionali. Ne risulta una difficile o errata interpretazione e risposta ai loro messaggi su sintomi, preferenze di trattamento, esigenze o preoccupazioni.

La contenzione fisica, ossia l'immobilità obbligata e specialmente l'uso di restrizioni fisiche, è associata a numerosi effetti avversi, tra cui tra cui ulcere da pressione, stasi venosa, aumentato rischio di polmonite nosocomiali, maggiore predisposizione allo sviluppo di delirium. Inoltre l'immobilità prolungata è anche associata a significative riduzioni della massa muscolare e della forza, che portano al declino funzionale, alla degenza ospedaliera più lunga, all'istituzionalizzazione e alla morte.

L'uso di restrizioni fisiche, che includono cinture, ringhiere o altri dispositivi che limitano la mobilità della persona, sebbene possano essere utili nella gestione dell'agitazione e nella prevenzione di lesioni al personale, sono associati a diversi pericoli e complicanze: aumentano di 4 volte il rischio di sviluppare delirio, ulcere e infezioni. Tali situazioni sono molto più pericolose nel paziente di terapia intensiva molto più vulnerabile e suscettibile. Inoltre 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. È quindi una situazione che crea ansia e paura e produce un livello di stress che aumenta il consumo di ossigeno, la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e può peggiorare l'ipossia. [23]

L'ambiente dell'UTI 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 non solo non consente al paziente di rispettare i propri ritmi sonno-veglia ma lo portano ad accumulare un livello di stress sempre maggiore e produrre disturbi dell'attenzione e allucinazioni.

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. Nelle unità di cure intensive permane l'illuminazione artificiale al neon per gran parte delle ventiquattro ore, per cui non riesce a vedere la variazione di luce durante la giornata e a distinguere il giorno dalla notte. In condizioni normali la luce diurna inibisce il rilascio di melatonina, per cui è elevato durante la notte e basso durante il giorno. La permanenza di luce anche nelle ore notturne induce una iposecrezione di melatonina, ostacolando il sonno e determinando quindi uno stato di veglia più prolungato.

La monotonia sensoriale include le stimolazioni acustiche prodotte da allarmi di monitor e ventilatori, pompe d'infusione, fonte di ossigeno, aspiratore, telefono ecc, e rumore prodotto dal personale, visitatori e attività generali. Secondo quanto documentato in letteratura, la conversazione del personale e l'allarme sembrano essere i rumori più inquietanti per il sonno, inoltre gli stimoli uditivi intermittenti possono produrre allucinazioni visive e uditive che, nei soggetti più suscettibili ricoverati in UTI, aumentano il rischio di problemi psicologici. [24]

Altro stimolo percepito con disagio e perturbatore del sonno è la frequenza delle attività di cure notturne. Queste si posizionano costantemente come una delle principali fonti di disturbo del sonno nelle indagini sui sopravvissuti in terapia intensiva, anche più del livello di rumore. In uno studio, le interazioni di cura del paziente hanno rappresentato il 7% delle eccitazioni del sonno in terapia intensiva, mentre il 18% di tutte le interazioni ha provocato l'interruzione del sonno. I pazienti in terapia intensiva possono sperimentare da 40 a 60 interruzioni ogni notte a causa delle attività di cura del paziente. Queste attività comprendono la valutazione dei pazienti, la misurazione dei segni vitali, l'adeguamento dell'attrezzatura, la somministrazione di farmaci, le radiografie, la cura delle ferite e il bagno. [25]

2.2.2 Sedazione e analgesia

La sedazione e l'analgesia vengono spesso richieste in terapia intensiva, in quanto risultano essere misure indispensabili per i diversi trattamenti e procedure invasive a cui sono sottoposti i pazienti per le loro gravi condizioni cliniche.

Gli obiettivi principali della sedazione nei pazienti critici in terapia intensiva sono: ottimizzare il comfort del paziente e la sicurezza, in modo che possa essere “compliance” agli interventi terapeutici che potrebbero essere sgradevoli e da ridurre, dunque, il rischio di auto-rimozione dei presidi invasivi; migliorare la condizione del paziente attraverso una gestione adeguata del dolore, ridurre l’ansia e l’agitazione; migliorare la sincronizzazione alla ventilazione meccanica riducendo il lavoro respiratorio e il consumo di ossigeno; fornire amnesia e il rilassamento facilitando l’assistenza infermieristica e l’esecuzione di procedure diagnostiche e terapeutiche [26].

Questi farmaci sono spesso somministrati ad alte dosi per periodi prolungati e possono causare effetti negativi come l’aumento di tassi di insufficienza d’organo (per l’instaurarsi di bradicardia e ipotensione), valutazioni neurologiche imprecise, insorgenza di stati deliranti, difficoltà e ritardo nello svezzamento dal ventilatore, con conseguente aumento del tempo di degenza e insorgenza di morbilità a lungo termine. [27]

La sedazione induce una riduzione dose-dipendente dello stato di coscienza e si può suddividere in tre livelli: sedazione leggera, moderata e profonda. A ognuno di questi corrisponde una particolare reattività del paziente e una crescente depressione della funzionalità cardiorespiratoria e dei riflessi protettivi delle vie aeree (tosse, deglutizione). La maggior parte dei sedativi e degli analgesici sono noti per causare una riduzione del sonno SWS (a onde lente) e REM, le fasi che sono considerate le più riparative e indispensabili per il consolidamento dei ricordi. Vi sono prove che i sedativi esercitano il loro effetto agendo sui percorsi neuronali, producendo uno squilibrio neuronale e aumentando il rischio di delirium. [28]

Oltre a questi effetti, che sono ampiamente riconosciuti in letteratura, sono stati scoperti alcune influenze della sedazione e analgesia sulla memoria relativa al soggiorno in terapia intensiva e le sue conseguenze psicologiche.

I risultati di indagini sulla relazione tra sedazione e memorie riportate dai pazienti che sono stati sottoposti a ventilazione meccanica (VM) associata a sedazione profonda e prolungata, dopo la loro dimissione dall’ICU, indicano che la sedazione sembra essere un ulteriore fattore che ha contribuito al verificarsi di memorie illusorie. La maggior parte dei partecipanti ha mostrato amnesia rispetto alla loro permanenza in terapia intensiva e un numero significativo di coloro che avevano memoria, hanno riportato ricordi illusori.

Inoltre il ricordo di alcuni eventi, come lo svezzamento da MV, viene riferita come un'esperienza spaventosa e motivo di agitazione. [29]

Tutti gli agenti anestetici, a una certa dose, producono una condizione di amnesia, ossia le informazioni provenienti dal mondo esterno non vengono elaborate e non vengono formati ricordi coscienti.

Una sedazione leggera con benzodiazepine (propofol o midazolam) produce un'amnesia "cosciente", con effetti sulla memoria episodica o esplicita, per cui non vengono ricordati eventi che si sviluppano in dato contesto e tempo. A dosi più elevate si ha una compromissione della memoria, produce effetti sulla qualità di codifica delle informazioni che vengono distorte e poi richiamate.

L'intervallo della dose di farmaco dall'amnesia cosciente (senza sedazione profonda) alla compromissione della memoria dalla sedazione è molto limitato e non prevedibile in un dato individuo. Pertanto, un problema chiave nello studio dell'amnesia cosciente è la capacità di quantificare il grado di sedazione presente, misurare l'effetto di un farmaco sui processi di memoria necessari per misurare le prestazioni dell'attività.

I sedativi producono uno stato che può assomigliare fisicamente al sonno, ma in realtà ci sono differenze clinicamente significative tra sonno indotto farmacologicamente e sonno naturale. Entrambi portano a una ridotta reattività agli stimoli esterni (riduzione dello stato di coscienza), alla diminuzione del tono muscolare e alla depressione/rallentamento della funzione respiratoria. Vi sono, tuttavia, differenze importanti. Il sonno naturale, al contrario della sedazione, è una funzione biologica essenziale, necessaria per la vita, avviene spontaneamente ed è reversibile dagli stimoli esterni, inoltre, è caratterizzato da un ritmo circadiano e da una progressione ciclica attraverso le varie fasi con regolari schemi di elettroencefalogramma (EEG) per ogni fase del sonno.

Gli effetti di sedazione, invece, piuttosto che ciclici, sono specifici del farmaco e dose-dipendenti, e spesso portano a schemi EEG atipici non osservati nel sonno naturale.

I sedativi più comunemente usati, gli agonisti GABA, le benzodiazepine e il propofol, hanno effetti primari sul sonno, determinano una diminuzione della durata del sonno e influiscono negativamente sull'architettura sopprimendo sia il sonno ad onde lente N3, che il sonno REM, non fornendo quindi le stesse proprietà riparative del sonno naturale. Inoltre, agendo sui percorsi neuronali delle vie del sonno, impediscono la sintesi di melatonina da parte della ghiandola pineale e producono uno squilibrio dei

neurotrasmettitori, rilasciano in eccesso noradrenalina, aumentando il rischio di sviluppo di stati confusionali e delirium.

Diverso meccanismo d'azione ha la dexmedetomidina, non agisce sui percorsi neuronali del sonno, con conseguente riduzione del rilascio noradrenergico. La sedazione con dexmedetomidina somiglia maggiormente al sonno naturale ed è associata a una ridotta incidenza di delirio rispetto alle benzodiazepine.

Gli analgesici oppioidi, comunemente usati insieme ai sedativi per ridurre il dolore e aiutare con la sedazione, sopprimono il sonno REM e il sonno a onde lente in modo dose-dipendente, ma nonostante questi effetti sulla architettura del sonno gli oppioidi, possono migliorare il sonno e ridurre il rischio di delirio nei pazienti che provano dolore acuto. [30]

2.2.3 Il dolore

Il dolore è una conseguenza indesiderata e talvolta inevitabile delle procedure di terapia intensiva e per questo sperimentata molto spesso dai pazienti ricoverati in ICU. Indipendentemente dalla diagnosi di ingresso il 50%-70% dei soggetti ricoverati in terapia intensiva prova esperienze di dolore a riposo, la maggior parte delle quali di moderata o elevata intensità, causate da patologie e dalle complicanze cui sono soggetti. In media presentano un leggero dolore a riposo che aumenta notevolmente durante lo svolgimento di procedure come la rotazione, la rimozione di drenaggi e l'aspirazione bronchiale.

Il dolore rappresenta un onere sostanziale per i sintomi e per le sue conseguenze fisiologiche e psicologiche che possono essere significative e permanere per lungo tempo. Il dolore non rilevato e non opportunamente alleviato, pone le persone a rischio di complicanze multisistemiche e psicosociali. [31] [26]

La risposta allo stress, evocata dal dolore, può avere conseguenze dannose per i pazienti in terapia intensiva. Si ha un'alterazione potenzialmente fatale dello stato emodinamico con vasocostrizione arteriolare, alterata perfusione, ridotta pressione parziale di ossigeno tissutale, dovuto al rilascio di catecolamine e cortisolo; incremento del rischio infettivo da alterazioni immunitarie; iperglicemia da catabolismo ed aumentata resistenza insulinica; cambiamenti anatomici e fisiologici del sistema nervoso, che può provocare

insorgenza di delirium. Oltre a ciò può evolversi in un problema cronico che non risponde ai trattamenti (dolore cronico neuropatico) e che persiste dopo la dimissione come impronta di terapia intensiva per tutta la vita. Infine la sua esperienza può risultare angosciante, molto spesso viene riportata come uno dei ricordi più traumatici della degenza in ICU e può associarsi a diversi effetti psicosociali, che includono depressione, ansia, disturbi del sonno e PTSD, portando, dunque, al peggioramento delle funzioni del paziente, della qualità di vita e di benessere.

Molto frequente è il dolore inteso nella sua alta componente emotiva, associato a situazioni non dolorose ma che provocano ansia, agitazione e forte disagio/sofferenza, ad esempio l'isolamento, le restrizioni fisiche, la discronia con il ventilatore, l'incapacità di comunicare.

2.2.4 Delirium o psicosi da ICU

Il Delirium è secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition [32] un disturbo della coscienza, che compromette la capacità di ricevere, elaborare, archiviare e ricordare informazioni. È caratterizzato da una alterazione della cognizione che può manifestarsi come: impoverimento della memoria; linguaggio disconnesso; disorientamento o disturbo della percezione (che si può palesare con allucinazioni, illusioni, delusioni). Ciò che lo distingue dalla demenza (deterioramento lento ma progressivo delle abilità mentali), è il fattore temporale: ha un esordio acuto, si manifesta in un breve periodo di tempo, ore o giorni, è di solito reversibile, anche se a molte volte questo disturbo può perdurare per molto tempo, soprattutto se sottovalutato) e ha un andamento incerto e incostante (fluttuante). Detta anche Sindrome Neuropsichiatrica transitoria, è caratterizzata da manifestazioni discontinue nell'arco della giornata con conseguente riduzione dei processi cognitivi dell'attenzione e della consapevolezza dell'ambiente circostante, associato a perdita della memoria a breve termine. Molti pazienti nell'arco della loro degenza, possono sviluppare differenti livelli di degrado delle funzioni cognitive.

Alla base del Delirium c'è un'idea delirante, definibile come un pensiero patologico poiché non corrisponde a realtà, non è veritiera né attendibile, non ha collegamenti con il passato o con l'esistenza attuale del soggetto. È un'idea radicata che non può essere modificata con ragionamenti razionali. Il paziente delirante ha un'inclinazione morbosa

verso queste idee, ed è attaccato ad esse in maniera ostinata. Esiste un difetto di giudizio della realtà.

La ricerca condotta nell'ultimo decennio ha costantemente dimostrato che il delirio, spesso indicato come disfunzione cerebrale acuta o psicosi da ICU, è un problema significativo nel contesto della terapia intensiva. La prevalenza del delirio negli adulti ventilati meccanicamente è dell'83% ed è associato a molteplici esiti sfavorevoli, tra cui: costi ICU e ospedalieri più elevati, ricoveri in terapia intensiva più lunghi e aumento della degenza in generale, maggiore uso di sedazione continua e restrizioni fisiche, aumento dell'autorimozione dei cateteri e estubazione e maggiore mortalità in terapia intensiva. Inoltre, l'impatto del delirio si estende al periodo post-dimissione. Le sequele post-dimissione del delirio includono: compromissione neurocognitiva a lungo termine, maggiore declino funzionale, mortalità superiore dopo sei mesi.

Nei pazienti critici la sindrome risulta molte volte, poco o per nulla visibile/distinguibile. È stato osservato che nei pazienti ricoverati in terapia intensiva chirurgica nel 64% e 60% dei casi si manifesta nella forma ipoattiva, caratterizzata da un livello depresso di coscienza (appare poco responsivo, letargico) e mancanza di agitazione psicomotoria. Molto meno diffuse sono la forma mista (che si verifica nel 9% e 6%) e quella puramente iperattiva (0% e 1%), caratterizzata invece da uno stato di ansia, irrequietezza, vigilanza aumentata, agitazione psicomotoria severa e comportamento aggressivo e associata a un maggior rischio di rimozione dei devices e dei presidi invasivi. [33] [34]

Spesso non è possibile determinare una causa di delirium, poiché l'eziologia, pur possedendo una forte base organica, è multifattoriale. L'azione di farmaci e in particolare degli agenti anticolinergici riveste un ruolo sempre più importante nella genesi del delirium e 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 e i principali sono: 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, procedure iatrogene.

2.2.5 Privazione del sonno

Studi di polisonnografia e sondaggi sui sopravvissuti in terapia intensiva hanno dimostrato che i pazienti in condizioni critiche presentano una ridotta durata e qualità del sonno rispetto ai soggetti sani e dimostrano che l'interruzione e l'incapacità di dormire si collocano tra le prime tre principali fonti di ansia e stress durante il soggiorno in terapia intensiva (insieme a dolore e intubazione).

Esami di polisonnografia condotti durante il soggiorno in terapia intensiva sui pazienti critici ventilati meccanicamente, hanno rivelato la presenza di sonno disturbato sia in termini di quantità che di qualità: riduzione della TST (riduzione del tempo totale del sonno) e cambiamenti nella struttura del sonno, ovvero fasi N1 e N2 prolungate, e ridotta durata della fase profonda N3 e della fase REM.

In tali pazienti, sebbene la quantità totale di sonno vari dalle 3 alle 19 ore, il sonno è costantemente frammentato e molto meno tempo viene speso nelle fasi più profonde (onde lente e REM) rispetto agli individui sani. I pazienti in terapia intensiva mostrano anche ritmi circadiani interrotti, con quasi il 50% del sonno durante il giorno anziché in un sonno notturno consolidato.

La privazione del sonno può causare conseguenze varie, sia fisiologiche che comportamentali, importanti sulla salute psicofisica, nonché sul prolungamento del periodo di degenza e aumento morbilità post-dimissione.

Le conseguenze fisiologiche più rilevanti sono una ridotta risposta immunitaria, un'alterazione dei sistemi metabolici ed endocrini, un aumento della sensibilità al dolore e cambiamenti nelle modulazioni cardiache da sistemi simpatici e parasimpatici. I cambiamenti comportamentali comprendono attenzione ridotta, umore e prestazioni psicomotorie, aumento della sonnolenza diurna, sensazione di affaticamento e irritabilità, che possono perdurare a lungo e influire negativamente sul benessere e qualità di vita.

Le menomazioni neurocognitive post- icu quali disattenzione, perdita di memoria a breve termine, riduzione dei tempi di reazione e alterazione della funzione esecutiva rappresentano un onere significativo per i sopravvissuti in UTI, che incontrano difficoltà con il funzionamento quotidiano, l'isolamento sociale e le difficoltà a tornare al lavoro.

Inoltre l'attivazione simpatica durante le interruzione e l'eccitazione del sonno potenzia le risposte allo stress sottostanti a disturbi psichiatrici post-icu tra cui PTSD e disturbi d'ansia. I disturbi del sonno sono uno dei numerosi fattori che possono contribuire alla

comparsa del delirio nei pazienti in UTI con conseguente aumento di fattori come la morbilità, la mortalità, dell'assistenza sanitaria e dei costi. [35]

3 Capitolo 3

Approcci terapeutici e assistenziali per salvaguardare il benessere psicologico

L'ICU è un reparto ospedaliero dove vengono garantite all'assistito cure intensive e che dispone di apparecchiature sanitarie ad alto contenuto tecnologico.

Il paziente, per le sue condizioni critiche e per l'alto livello di complessità assistenziale a cui è sottoposto, è particolarmente vulnerabile, pertanto gli operatori devono essere più consapevoli che ciascuna delle loro cure avrà un impatto sul suo futuro, sia che si tratti della durata del suo ricovero in ospedale o della qualità del suo recupero.

Le cure e l'assistenza intensiva devono essere finalizzate, non solo a tenere in vita il "corpo malato", ma soprattutto a consentire alla "persona" di vivere al meglio la sua permanenza in terapia intensiva, in modo da garantire una qualità di vita soddisfacente dal punto di vista bio-psicosociale. Al fine di limitare l'impatto emotivo di tale realtà e, quindi, salvaguardare il benessere sia fisico che psicologico, sarà necessario orientare l'assistenza verso una dimensione relazionale, che possa prendersi cura della persona assistita nella sua interezza, curando non semplicemente la patologia e gli aspetti strettamente clinico-assistenziali, ma tenendo conto dei bisogni e esigenze più "umane". Nell'ambiente ICU, l'assistenza puramente tecnicistica deve essere sottoposta a un'assistenza orientata verso l'ottimizzazione del comfort e l'umanizzazione delle cure, incentrate sul limitare inutili disagi e sofferenze.

3.1 Gestione del dolore

I pazienti in terapia intensiva sperimentano abitualmente dolore, sia a riposo che durante cure di routine e, se non opportunamente alleviato, può portare a conseguenze fisiologiche e psicologiche negative che possono essere significative e di lunga durata.

Il dolore è definito dall'American Pain Society come il 5 segno vitale, e in quanto tale deve essere valutato. La valutazione e la gestione del dolore nelle persone assistite risulta essere un onere di tutto lo staff sanitario, un dovere etico ma anche legale.

Infatti, in accordo alla vigente normativa che fa riferimento alla politica di governo clinico per garantire l'“Ospedale senza dolore”, nella cartella clinica nelle sezioni medica ed infermieristica è necessario riportate le valutazioni del dolore, il trattamento e gli effetti. Il controllo del dolore è un fondamentale diritto umano [36] e in particolare l'articolo 3 sancisce testualmente: “il diritto di tutte le persone con dolore di avere accesso ad una appropriata valutazione e trattamento del dolore da parte di professionisti sanitari adeguatamente formati”. Nello specifico della professione infermieristica, il vigente codice deontologico e precisamente all'articolo 18, recita testualmente: “l'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi ad esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona” [37].

Nei pazienti in Aria Critica, più vulnerabili e più soggetti all'esperienza dolore, il trattamento adeguato del dolore diventa una priorità e richiede un'attenzione mirata: deve essere ricercato, valutato e documentato a intervalli regolari (almeno ogni 4 ore e dopo il trattamento analgesico), in modo efficiente e riproducibile, tramite strumenti facili da usare, validi e affidabili, che siano opportuni rispetto alle condizioni del paziente. [38]

Il dolore è “un'esperienza sensitiva ed emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta come tale” [39].

Per la sua natura multidimensionale (sia fisica che emotiva) e carattere soggettivo, l'esperienza dolore può essere espressa solo dalla persona che lo prova. Per cui, l'autovalutazione da parte dell'assistito è il “gold standard” per l'accertamento sul dolore, che avviene attraverso scala numerica (NRS, Downie, 1978; Grossi, 1983) o visiva (VAS, Scott Huskisson, 1976), in cui il paziente indica l'intensità del dolore con un numero da 1 a 10, dove 1 è dolore minimo e 10 il dolore massimo possibile. Se la persona non è in grado di usare una scala numerica può essere impiegata una scala verbale di descrittori del dolore, per esempio assenza di dolore, dolore lieve, dolore moderato, dolore forte, dolore insopportabile (Verbal Rating Scale – VRS, Keele, 1948; validazioni successive JPSM, 2002).

La determinazione del dolore attraverso l'autovalutazione, diventa problematica quando il paziente non è in grado di auto-riferirsi e comunicare il proprio dolore, non permettendo una corretta valutazione, e conseguente gestione del dolore. Tale condizione è molto frequente nelle unità operative di terapia intensiva, dove i pazienti vengono sottoposti a

trattamenti come intubazione orotracheale o a elevati dosaggi di sedativi e miorilassanti, che limitano la loro capacità verbale o cognitiva, non permettendo loro di comunicare con il professionista che li assiste.

Come osservato dall'Associazione internazionale per lo studio del dolore (IASP), anche questi pazienti, indipendentemente dal loro livello di coscienza e dalla loro capacità di auto-riferirsi, possono provare dolore, che si manifesta attraverso svariati comportamenti e possono avere bisogno di un appropriato trattamento di sollievo.

Seppur non possano esprimere l'intensità del sintomo, i pazienti con capacità verbali limitate, se coscienti, possono indicare la sola presenza o assenza del dolore, attraverso un semplice SI/NO scritti su una lavagnetta o tramite altre vocalizzazioni o gesti, come stringere la mano o l'ammiccamento. Nei pazienti incapaci di auto-riportare il dolore, soprattutto in quelli ventilati meccanicamente e incoscienti, al fine di standardizzare la valutazione e renderla dunque misurabile e riproducibile, è opportuno usare strumenti di valutazione osservazionali, che prendono in considerazione indicatori oggettivi del dolore, perché gli unici che possono essere rilevati da persone esterne al paziente.

L'osservazione delle espressioni facciali e dei dettagli del comportamento è il metodo principale per la valutazione del dolore nei soggetti ventilati, purchè la loro funzione motoria sia intatta. È noto che durante le procedure dolorose si verifica un aumento dei movimenti del viso: occhi chiusi, sopracciglia abbassate, coperchio chiuso, guance sollevate e labbra aperte. Inoltre, i movimenti del corpo, la rigidità muscolare, la conformità con il ventilatore meccanico e / o i suoni sono altri indicatori comportamentali dell'intensità del dolore nei pazienti in terapia intensiva. [40]

Sulla base di questi indicatori del dolore, sono state sviluppate e validate scale del dolore comportamentali, unidimensionali o multidimensionali, a seconda degli argomenti considerati. Le scale unidimensionali sono composte da una singola dimensione (risposte comportamentali ossia movimento del corpo, tensione muscolare) e possono considerarne uno (espressioni facciali) o più domini (espressioni facciali, movimenti del corpo e suoni). Le scale multidimensionali valutano due o più dimensioni del dolore (comportamenti, risposte fisiologiche ossia i segni vitali) e hanno diversi domini all'interno di ciascuna dimensione.

Le recenti linee guida per la pratica clinica per la gestione del dolore, dell'agitazione e del delirio nei pazienti adulti nell'unità di terapia intensiva individuano due strumenti di

dimostrata validità e efficacia nei pazienti incapaci di auto riportare il dolore, con diagnosi medica, traumatica (eccetto lesioni cerebrali) e chirurgica, con funzionalità motoria intatta e comportamenti osservabili. Essi sono la Behavioral Pain Scale (BPS) e Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT), interamente strutturati sulla base degli indicatori comportamentali, il cui uso regolare viene raccomandato dall'American Society.

La scala Behavioral Pain Scale BPS, sviluppata da Payen et al. (2001) per valutare il dolore nei pazienti sedati e ventilati meccanicamente, basandosi sulle scoperte fatte da Puntillo et al. (1997), è composta da 3 domini comportamentali che comprendono espressione facciale, movimenti degli arti superiori e compliance col ventilatore. Ogni dominio può essere valutato con un punteggio da 1 a 4, in base al comportamento che il valutatore riscontra. Il punteggio totale della scala può variare da un minimo di 3 (assenza di dolore) a un massimo di 12 (massimo dolore possibile). Un valore maggiore di 5 indica che il paziente sta provando dolore significativo.

La "Critical-Care Pain Observation Tool" (CPOT) è stata sviluppata da Gelinas et al. (2006) per valutare il dolore sia in pazienti ventilati meccanicamente che estubati ma non comunicanti. Si compone di quattro elementi principali: espressioni facciali, movimenti corporei, tensione muscolare, adattamento alla ventilazione meccanica per i pazienti intubati e vocalizzazione per quelli estubati. A ognuno di essi deve essere attribuito un numero da 0 a 2 corrispondente a una determinata sottocategoria. Il punteggio totale della scala può variare da 0 (assenza di dolore) a 8 (massimo dolore possibile).

L'uso di segni vitali, pressione sanguigna (BP), frequenza cardiaca (HR) e frequenza respiratoria (RR) da parte di infermieri in terapia intensiva è una pratica comune per il facile accesso attraverso il monitoraggio continuo. Tuttavia la variazione dei segni vitali non può essere utilizzata come unico metodo di valutazione del dolore, in quanto il dolore non è l'unica causa che può modificarli. È noto che i segni vitali possono aumentare, diminuire o rimanere stabili nei pazienti in terapia intensiva a seconda delle loro condizioni cliniche. Inoltre, è anche dimostrato che i cambiamenti nei parametri fisiologici possono essere causati da paura, ansia e altri fattori di stress psicologico o possono essere soppressi dall'analgesia.

Per cui l'utilità dei segni vitali per la valutazione del dolore, dovrebbe essere associata a misure oggettive (scale comportamentali) per informazioni complete e affidabili sull'intensità del dolore del paziente.

Una valutazione del dolore, in modo protocollizzato a intervalli regolari e tramite l'uso di strumenti affidabili, quali le scale comportamentali del dolore, è associata a effetti positivi sia sulla salvaguardia del benessere, riducendo dell'incidenza e intensità degli episodi dolorosi e eventi di agitazione e sia sul contenimento degli effetti avversi degli agenti anestetici, migliorando quindi gli esiti clinici. Consente di monitorare il sintomo nel tempo e determinare la risposta e l'adeguatezza degli interventi terapeutici effettuati per il suo trattamento, permettendo un uso più efficiente di analgesici e /o sedativi in base alle richieste, riducendo quindi il dolore e disagio senza dose eccessiva di farmaci. Ci sarebbero minori eventi avversi correlati al trattamento analgesico: minore durata della ventilazione meccanica, minore durata del ricovero in terapia intensiva, riduzione mortalità e, sul lungo termine, riduzione dell'incidenza delle complicanze psicosociali. Tuttavia, appena possibile, queste scale osservazionali devono essere sostituite con una semplice scala verbale o numerica, in quanto spesso sono inficiate dalla soggettività dell'operatore, che interpreta i segnali e, nella maggior parte dei casi, tende a sottovalutare i bisogni di analgesia dei pazienti. Il confondente principale è la discronia con il ventilatore che può essere dovuta anche a un aumento della pressione addominale (singhiozzo, tosse) o volume/pressione della macchina non adeguati.

Poiché molto spesso l'esperienza di dolore è associato a procedure, occorre individuare la causa potenzialmente dolorosa al fine di adottare strategie per alleviare il sintomo.

È stato osservato che le seguenti procedure mediche e infermieristiche, azioni inevitabili e necessarie, sono responsabili dei cambiamenti nell'intensità del dolore rispetto al riposo: posizionamento, cioè la rotazione dei pazienti sui decubiti laterali, la rimozione dei drenaggi dalle ferite, il cambio delle medicazioni dalle ferite chirurgiche o traumatiche, l'aspirazione dalla bocca o endotracheale, il posizionamento di cateteri venosi centrali e la rimozione dei cateteri femorali.

Tra queste attività di routine, l'aspirazione tracheale è stata considerata la più dolorosa, responsabile di alcuni comportamenti (smorfia, risposte facciali e pugni chiusi) e cambiamenti nei parametri fisiologici. [14]

Prima di procedure invasive e potenzialmente dolorose (es. prima della rimozione del tubo toracico) è fortemente consigliata, dalla Society of Critical Care Medicine (2013), la somministrazione preventiva di analgesico e l'utilizzo di tecniche di rilassamento (incoraggiare ad effettuare un respiro profondo). Per altre manovre assistenziali, per

esempio cambio di postura, anche se non confermato, è stato suggerito che la maggior parte ne potrebbe trarre beneficio. In ogni caso la strategia è quella di limitarle al minimo necessario. [26]. Per quanto riguarda l'aspirazione tracheale, i risultati di uno studio che mette a confronto il ricordo dell'aspirazione endotracheale con due metodi di aspirazione, aspirazione endotracheale di routine e aspirazione delle vie aeree minimamente invasiva, mostrano che il disagio derivante dal tubo endotracheale e dal suo trattamento può essere ridotto, limitando la procedura a casi strettamente necessari (secrezioni abbondanti e dense difficili da rimuoverle) e utilizzano la procedura meno invasiva. Tale procedura consiste nel usare un catetere di aspirazione più corto e nel non farlo progredire nelle vie aeree inferiori, limitando così l'aspirazione solo nel tubo endotracheale.

Inoltre uno dei fattori di rischio dell'intensificazione del dolore durante una procedura nocicettiva è la presenza di dolore pre-procedurale, per cui sarà necessario usare strategie di comunicazione, per spiegare la procedura e rassicurarlo.

3.2 Gestione Agitazione e Sedazione

Tradizionalmente, gli obiettivi dell'analgesia e della sedazione in terapia intensiva erano facilitare la ventilazione meccanica, prevenire lesioni al paziente e al personale sanitario da improvvisi movimenti di agitazione, ed evitare le conseguenze psicologiche e fisiologiche di un trattamento inadeguato di dolore, ansia, agitazione e delirio. È ormai noto che la sedazione eccessiva, ad alte dosi e prolungata è associata a varie complicanze che influiscono sul processo di guarigione, come atrofia e debolezza muscolare, dipendenza dal ventilatore, malattia tromboembolica, compressione dei nervi, piaghe da decubito, effetti sulla sfera psichica con aumento del rischio di delirio e disfunzioni cognitive a lungo termine. Prolunga l'esposizione ai fattori di rischio per le infezioni, quali la microaspirazione, riduzione della motilità gastrointestinale, perdita della regolazione della microcircolazione e l'alterazione della risposta immunitaria. Inoltre come precedentemente osservato, la somministrazione notturna di sedativi, eseguita nel tentativo di favorire il sonno, in realtà peggiora la qualità del sonno rispetto all'assenza di sedazione, riducendo numero e durata dei periodi di sonno REM.

Ne deriva la necessità di limitare l'impiego della sedazione terapeutica più profonda per la gestione clinica di situazioni acute gravi (es. trauma cranico, ARDS grave, ecc.) o per sedare pazienti gravemente agitati (es. RASS \geq 2-3) e, una volta superata la fase acuta

iniziale, di utilizzare una sedazione minima o “cosciente”, che permetta di alleviare e migliorare la tolleranza all'ambiente, alla malattia e cure necessarie, senza indurre coma. Si passa da un paziente “assopito” a un “paziente critico cosciente”. Ciò implica che il paziente sia abbastanza sveglio, da poter essere in contatto e di rispondere a semplici ordini, pur rimanendo tranquillo nell’ambiente “ostile” che lo circonda e con i device di cui è portatore, in modo da prevenire il verificarsi di ansia, che spesso causa agitazione. Questo grado di reattività e consapevolezza, dimostrate dalla sua capacità di rispondere a semplici comandi (aprire gli occhi, mantenere il contatto visivo, stringere la mano, tirare fuori la lingua e muovere le dita dei piedi) e di essere risvegliato facilmente attraverso una stimolazione verbale, va oltre il fatto che i pazienti siano semplicemente "assonnati ma suscettibili". Diventa essenziale per la valutazione del dolore attraverso l'auto-segnalazione del paziente, per valutare la prontezza dei pazienti a essere svezzati ed estubati, per eseguire valutazioni del delirio e per implementare la mobilità precoce.

Non è però ancora chiaro se è meglio mantenere un paziente costantemente sveglio, cooperativo e calmo, o tenerlo in un livello più profondo di sedazione e risvegliarlo quotidianamente tramite l’interruzione della somministrazione di sedativi.

Entrambe le modalità sono correlate alla riduzione del rischio che il paziente raggiunga uno stato di sedazione moderata o profonda.

Un’ adeguato protocollo di gestione della sedazione, basato su strumenti di valutazione della sedazione validi e affidabili è un elemento fondamentale per i pazienti ricoverati in terapia intensiva, porta a miglioramenti su 3 aspetti:

- per il paziente, riduce lo stress della malattia, riduce al minimo gli effetti dell’alterazione di coscienza (previene le memorie frammentarie e sviluppo di pensieri deliranti), porta a uno svezzamento precoce e riduce i tempi di ospedalizzazione;
- per l'infermiere, permette di lavorare in maniera adeguata;
- per le aziende ospedaliere, migliora il costo farmaco-beneficio.

Il mantenimento di un adeguato livello di analgo-sedazione è subordinato ad un’attenta valutazione medico-infermieristica delle esigenze del paziente, all’impiego di adeguate scale di valutazione per misurare la profondità della sedazione e del grado di agitazione e per adeguare le dosi dei farmaci al target individuato, e al rilievo routinario di altri parametri clinici che tengono conto del variare delle condizioni cliniche.

Non esiste un livello di sedazione ottimale uguale per tutti i pazienti. A ognuno di loro deve essere attribuito un target ottimale di sedazione personale stabilito in base ai diversi gradi di compromissione d'organo che comporta la malattia, alle condizioni cliniche e agli interventi terapeutici e di supporto richiesti. Tale target non è fisso, viene stabilito all'inizio della terapia ma deve essere rivalutato in modo protocolizzato su base regolare e con strumenti affidabili, visto il variare nel tempo delle condizioni cliniche dei pazienti e delle loro necessità.

Il mantenimento costante del livello di sedazione opportuno permette di evitare l'insorgenza di quadri di over sedation (depressione respiratoria, ipotensione, bradicardia, prolungamento dei tempi di ventilazione meccanica e permanenza in ICU, aumento dei costi, difficile valutazione dei deficit del SNC, immobilità, aumentato rischio di TVP e under sedation (ansia severa, interferenza con procedure medico-infermieristiche, iperattività adrenergica, possibili auto-lesioni, estubazione accidentale).

Sono stati progettati diversi strumenti con lo scopo di aiutare i clinici nel monitoraggio del livello della sedazione e dell'agitazione e di minimizzare gli aspetti soggettivi legati all'interpretazione di chi compie la valutazione. Dai diversi studi che ne hanno testato la validità e affidabilità è emerso che due di questi sono molto validi e affidabili in pazienti adulti che non ricevono farmaci bloccanti neuromuscolari. Essi sono: Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) e Sedation-Agitation Scale (SAS).

“Richmond Agitation-Sedation Scale” (RASS), di più recente sviluppo, formulata da Sessler nel 2002, è una scala di 10 punti, composta da quattro livelli di ansia o agitazione (da +1 a +4), un livello per indicare uno stato di calma e di allerta (0) e 5 livelli di sedazione (da -1 a -5) che culmina in non risvegliabile (-5). Il punteggio può variare da -5 a +4. I numeri negativi indicano la profondità di sedazione e vanno da -5, che denota un paziente non risvegliabile nemmeno con stimoli dolorosi, a -1, che allude a un livello di sedazione leggero. I numeri positivi indicano invece il grado di agitazione. Vanno da +1, denotando un paziente ansioso, a +4, alludendo a un paziente combattivo. 0 rappresenta un paziente in uno stato di calma. Il punteggio viene assegnato secondo tre tipi di valutazione: l'osservazione, la stimolazione verbale e fisica: inizialmente va osservato il paziente per rilevare eventuali segni di agitazione come frequenti movimenti afinalistici, alterata sincronizzazione tra paziente e ventilatore. Successivamente, se il paziente non è sveglio, si esamina la reazione alla stimolazione verbale e la sua capacità

di aprire gli occhi e mantenere il contatto visivo su richiesta con l'interlocutore. Infine, se non si è ancora ottenuta alcuna risposta, si osserva il paziente per eventuali movimenti di risposta alla stimolazione fisica che consiste nello scuotimento delle spalle o allo sfregamento dello sterno.

“Sedation-Agitation Scale” (SAS) è stata progettata nel 1994 da Riker et.al nel 1994. Il punteggio può variare da +1 a +7, dove 1 allude a un paziente non responsivo, 7 a un paziente estremamente agitato. Come per la scala RASS, inizialmente il paziente va osservato per eventuali segni di agitazione; se non è sveglio, si esamina la difficoltà a risvegliarlo tramite stimolazione vocale e la sua capacità di eseguire semplici comandi; se non si ottiene risposta, si ripete l'operazione prima con uno scuotimento leggero del corpo e poi, se necessario, con una stimolazione fisica anche dolorosa. Il livello più profondo di sedazione descrive un paziente che presenta una minima o un'assente risposta a uno stimolo doloroso. Importante notare che viene specificato che quando il paziente è profondamente sedato potrebbe avere ancora alcuni movimenti corporei spontanei.

La capacità del paziente di eseguire semplici comandi senza manifestare segni di agitazione e di essere risvegliato tramite stimolazione verbale è traducibile con il punteggio della scala RASS di -2 (lievemente sedato, brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi) o -1 (soporoso, apre gli occhi allo stimolo verbale) o di 0 (sveglio e tranquillo e comprende i periodi di sonno fisiologico) e SAS di 4 (calmo e collaborante, risvegliabile, esegue i comandi). Sopra tali valori si parla di sottosedazione, sotto di sovrasedazione. [26]

Prevenire il delirium

L'agitazione è molto frequente nei pazienti in terapia intensiva e può peggiorare e evolversi in uno stato confusionale acuto, ostacolando il processo di guarigione e di recupero. Data l'elevata percentuale di pazienti in terapia intensiva coinvolti, la prevenzione del Delirium è considerato uno dei più importanti obiettivi per il miglioramento della qualità assistenziale.

Un'opportuna gestione dell'agitazione consiste nel proteggere il paziente e gli operatori sanitari dai comportamenti inconsapevoli e violenti del paziente stesso (es. auto-

rimozione di device) attraverso un'adeguata sedazione, e nel risolvere la causa scatenante, rimuovendo i fattori di rischio scatenanti. [41]

È necessario il riconoscimento precoce di segni e sintomi di delirium nel paziente ventilato meccanicamente attraverso di strumenti validi e appropriati al contesto della terapia intensiva, di facile e rapido utilizzo.

Attualmente in letteratura due strumenti di screening vengono ritenuti affidabili e validati in ambito ICU: il metodo di valutazione della confusione - ICU (CAM-ICU) e l'elenco di controllo per lo screening del delirio in terapia intensiva (ICDSC).

Sviluppata per l'uso in pazienti critici e non vocali, la CAM-ICU valuta il funzionamento cognitivo e definisce il delirio in termini di quattro caratteristiche diagnostiche. Il delirio è considerato presente quando un paziente mostra un'alterazione acuta o una fluttuazione dello stato mentale (caratteristica 1), disattenzione (caratteristica 2) e un livello di coscienza alterato tramite valutazione RASS, (caratteristica 3, presente se RASS è diverso da 0, cioè si presenta agitato, sedato o incosciente) o pensiero disorganizzato (caratteristica 4).

L'ICDSC contiene otto elementi che vengono assegnati come 1 (presente) o 0 (assente). Un punteggio totale di 4 o superiore è considerato uno schermo positivo per il delirio.

Valuta il grado di alterazione stato di coscienza (coma, nessuno stimolo, normale veglia, sopore o risposta esagerata) e dare un punteggio di 1 solo se sono presenti le ultime due condizioni, la presenza di disattenzione, disorientamento, allucinazioni o psicosi, agitazione o ritardo psicomotorio, alterazione del linguaggio o dell'umore, disturbo del ciclo sonno/veglia, fluttuazione dei sintomi.

Questi strumenti, se supportati da corretta applicazione e costante valutazione, consentono di misurare il grado di sedazione ottimale e offrono reali miglioramenti negli out-comes dei pazienti colpiti dal fenomeno, riducendo la morbilità, mortalità e costi sanitari e, in generale, garantendo la qualità della vita della persona assistita.

Il paziente degente in Terapia Intensiva ha un altissimo rischio di sviluppare il delirio in quanto mediamente è esposto a dieci o più fattori di rischio, che possono essere distinti in due tipologie: fattori predisponenti e fattori precipitanti.

I fattori predisponenti sono già presenti all'ammissione in ospedale e indicano una vulnerabilità di base. Sono fattori predisponenti alle psicosi in ICU: l'età avanzata, la

demenza, patologie cerebrali degenerative (Sindrome Alzheimer), patologie cerebrali, alcolismo, abuso di droghe, stati settici gravi, tumori e/o malformazioni cerebrali.

I fattori precipitanti includono fattori fisici e strutturali correlati all'ospedalizzazione che possono indurre e o aumentare le disfunzioni cerebrali, come l'immobilità durante la fase acuta della malattia, il dolore, l'impossibilità di comunicare a causa di presidi (tubo oro-tracheali), farmaci sedativi e antidolorifici e la deprivazione del sonno causata da allarmi di monitor e ventilatori automatici e rumori e luci spesso accese per tutta la notte a causa delle circostanze lavorative in ICU.

L'equipe assistenziale, oltre a evidenziare uno stato di agitazione psicomotoria e confusione mentale, deve individuare i fattori di rischio coinvolti nello sviluppo e nella progressione del delirium e adottare interventi volti a ridurre i fattori ambientali e psicologici che inducono disagio e agitazione, esponendo maggiormente al rischio i pazienti con alta vulnerabilità. [33]

3.3 Cure centrate sulla persona

3.3.1 Limitare i disagi della Ventilazione Meccanica nel paziente cosciente

In terapia intensiva, oltre alla ventilazione meccanica tradizionale, invasiva, sta prendendo largo impiego anche la Ventilazione meccanica non invasiva, la cui peculiarità è appunto quella di non utilizzare device che bypassano le vie aeree naturali del paziente, come tubi endotracheali orali o nasali o cannule tracheostomiche.

Raccomandata in precise situazioni, (edema polmonare acuto cardiogeno, insufficienza respiratoria acuta, insufficienza respiratoria acuta ipercapnica, BPCO riacutizzata), apporta notevoli vantaggi. È associata a una riduzione della mortalità a breve termine nell'edema polmonare acuto, riduzione delle intubazioni e dei rischi correlati e una minore degenza in terapia intensiva.

Tra gli svantaggi ci sono complicanze ad alto impatto emotivo, che generano discomfort ansia e agitazione e che possono compromettere la cura e il benessere post-dimissione: scarsa aderenza dell'interfaccia al soma del paziente, lesioni cutanee, irritazioni oculari, secchezza nasale, scarso adattamento del paziente alla ventilazione.

La gestione infermieristica del paziente sottoposto a NIV si deve focalizzare quindi sul rendere la cura “sostenibile” e confortevole, in modo da rendere efficace il trattamento e limitare il disagio psicologico.

L'infermiere nel caso in cui il paziente sia cosciente deve assicurarsi la collaborazione del paziente, rassicurandolo, fornendo informazioni e spiegazioni riguardo la sincronizzazione con la macchina e spiegando vantaggi e alternative per far accettare al meglio il presidio. Deve garantire la corretta adesione del presidio, in modo da evitare dispersioni di ossigeno e ottenere quindi un buon risultato, scegliendo la giusta maschera e la giusta misura, e deve garantire una tolleranza al mantenimento, utilizzando protezioni (ad esempio, idrocolloidi) sui punti di maggior pressione (come naso e mento) per prevenire lesioni causate dalla camera pneumatica e, ove possibile, variando i tipi di maschera alternando i presidi.

Deve controllare lo stato di coscienza e di agitazione del paziente, avvalendosi di scale di valutazione; valutare la necessità di inserire un SNG per evitare la distensione gastrica ed eventuali episodi di vomito e deve consentire un'armonizzazione della sincronizzazione con il ventilatore. [42]

La discronia con il ventilatore, oltre ad avere conseguenze cliniche significative (inadeguato scambio di O₂) porta un senso di “fame d'aria”, soffocamento e una percezione fastidiosa dell'entrata di alti flussi di aria nei polmoni, situazioni che possono comportare disturbi del sonno e postumi psicologici. [43] Risulta opportuno regolare le impostazioni del ventilatore alle esigenze del paziente. Le strategie sono: la ventilazione assistita proporzionale, in cui la pressione viene applicata in proporzione allo sforzo inspiratorio del paziente e l'assistenza ventilatoria regolata neuralmente, in cui la pressione viene applicata in proporzione all'attività elettrica del diaframma del paziente. È la macchina che deve adattarsi al paziente e non il contrario, per cui sono sconsigliate dosi di sedativi elevate e le misure di contenimento, le restrizioni (cinghie, guantini) devono essere usate solo come ultima risorsa.

Nelle persone sottoposte a ventilazione meccanica, la presenza dei presidi, che sia invasivo o non, impone il disagio dell'impossibilità di comunicare verbalmente, di esprimersi tramite l'uso della parola.

Questa complicata condizione rende molto difficoltosa o addirittura impossibile l'esternazione dei propri bisogni, dei propri desideri, della propria volontà e può portare gli utenti ad uno stato di estrema frustrazione, rabbia, ansia, panico.

Esistono però dei metodi di comunicazione alternativi, spesso anche piuttosto semplici da sperimentare, che possono essere scelti insieme al paziente e che sono personalizzabili in base alle sue esigenze. Utilizzandoli, l'utente può mantenersi in contatto con la realtà che lo circonda e esternare le proprie esigenze, emozioni e disagi.

Si può utilizzare la scrittura tramite penne o pennarelli e lavagne, fogli, block notes. Si può optare per i "cenni del capo", ossia il paziente risponde con movimenti della testa a semplici domande, somministrate una per volta, dove le risposte possibili sono Sì o No. Vanno evitati quesiti che richiedono più di una scelta o risposte lunghe e articolate, impossibili da esplicitare con dei semplici cenni. Esempi corretti: "vuole essere girato?", "ha bisogno di essere aspirato?", "ha dolore?". Risultano efficaci anche i cenni delle mani, degli occhi o espressioni del viso, ad esempio scuotere l'indice per dire No, unire pollice ed indice per esprimere un OK, guardare in basso verso il tubo o la cannula per far capire che si ha bisogno di un'aspirazione tracheobronchiale. Gli occhi, poi, possono essere usati da pazienti costretti alla totale immobilità per rispondere a domande semplici e dirette, con un ammiccamento si può indicare "Sì" e con due, "No".

Tali metodi, indicati come interventi di comunicazione aumentativa e alternativa AAC, associati a un'opportuna spiegazione e istruzione, hanno dimostrato un impatto positivo sull'efficienza della comunicazione e sul benessere emotivo del paziente. L'uso di lavagne dove il paziente può scrivere o cartelli già prestampati con le lettere dell'alfabeto o con disegni sottotitolati delle domande poste più frequentemente, ha consentito un accurato trasferimento di informazioni, in particolare per quanto riguarda le esigenze mediche immediate. Ciò ha permesso una conseguente accuratezza della valutazione e del trattamento dei sintomi e anche la partecipazione alle discussioni sulle preferenze terapeutiche e la comunicazione di messaggi finali.

La comunicazione con il paziente riguardo l'ora e il giorno, e il luogo dove si trova, si è dimostrata utile anche al fine di riorientarlo e di migliorare la percezione sensoriale a cui è sottoposto. [44] [45]

3.3.2 Promozione del sonno

Il sonno è un processo fisiologico, ciclico costituito dall'alternarsi di fasi, caratterizzato da una ridotta reattività cognitiva e sensoriale agli stimoli ambientali che, dal punto di vista fisiologico, è fondamentale per il benessere, la conservazione dell'omeostasi e dell'equilibrio dei diversi sistemi e apparati del soggetto e essenzialmente serve per la crescita, la sopravvivenza dell'organismo e per l'equilibrio psichico dell'uomo. Il sonno non deve essere considerato un lusso bensì un bisogno fisiologico che va rispettato. Per cui, il soddisfacimento di un sonno fisiologico nei pazienti dell'ICU risulta un obiettivo particolarmente importante.

Durante la permanenza in terapia intensiva, a causa dell'ambiente ICU specifico e del fatto che rimangono incoscienti, i pazienti non sono in grado di fornire informazioni sul riposo percepito e sui fattori sentiti come inquietanti e disturbanti attraverso una valutazione soggettiva. Per cui è dovere del team terapeutico valutare il sonno del paziente attraverso strumenti di studio adeguati, al fine di monitorare la qualità del sonno in risposta all'esposizione di particolari stimoli nel contesto di terapia intensiva e in risposta a interventi potenzialmente benefici. La polisonnografia, sistema avanzato di monitoraggio dell'attività elettrica del cervello e dei parametri del sonno, rimane la procedura standard per la valutazione qualitativa e quantitativa del sonno in ambito ICU nei pazienti in condizioni critiche e ventilati meccanicamente.

La privazione di sonno è frequente in terapia intensiva ed è un fattore associato allo sviluppo del delirium. Ci sono molteplici fattori che contribuiscono all'interruzione del sonno dei pazienti. Il sonno scarso è generalmente attribuito a fattori ambientali come le continue attività mediche ed infermieristiche, gli inevitabili rumori e allarmi, la luce artificiale costante, farmaci, e a fattori personali, propri del paziente come gravità, complessità, instabilità della malattia che comporta dolore e che richiede la ventilazione meccanica.

Gli interventi di promozione del sonno si basano essenzialmente sul limitare l'esposizione a fattori ambientali percepiti come disturbatori del sonno e motivo di disagio.

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 diverse persone si affacciano attorno al letto del malato, disturbandolo inconsapevolmente ed

interrompendo il riposo, inoltre spesso la notte è simile al giorno e ciò può aumentare la confusione del paziente. Il paziente poi non indossa indumenti e la temperatura ambientale potrebbe essere non idonea e molto spesso si trova nell'impossibilità di comunicare gli eventuali disagi dovuti dalla sensazione di freddo o di caldo.

L'Implementazione di interventi multifattoriali ambientali sia diurni che notturni, è stata associata a effetti positivi riguardo sia la qualità oggettiva del sonno (misurato tramite polisonnografia), minimizzando le interruzioni del sonno notturno, e mantenendo il ciclo omeostatico del sonno-veglia, e sia i risultati secondari, come durata della degenza in terapia intensiva e il funzionamento psicologico e cognitivo post-terapia intensiva.

Per ridurre le interruzioni del sonno, sono stati implementati interventi ambientali notturni, tra cui prevenzione di allarmi non necessari, selezionando il livello sonoro più basso delle apparecchiature, temperatura ambiente ottimizzata, l'abbassamento dell'intensità delle luci del corridoio, in modo da ricreare nel limite del possibile, le variazioni luminose del giorno e della notte, e organizzazione e riprogrammazione delle attività di cura e di assistenza a orario, non indispensabili (es. cambio medicazioni, misurazione parametri vitali, flebotomia) durante le ore diurne, evitando dunque di interrompere il riposo. Per promuovere i normali ritmi circadiani e il sonno notturno, sono stati implementati interventi diurni che includevano la veglia diurna promossa con luce solare ambientale (innalzamento delle tapparelle) e la prevenzione di un riposo eccessivo durante il giorno, l'incoraggiamento alla mobilitazione. [46]

Si è provata l'efficacia dell'uso di ausili per il sonno non farmacologici. L'uso di schermi individuali inclusi tappi per le orecchie, maschere per gli occhi e tecniche di rilassamento (ad es. musica rilassante), si sono dimostrate strategie utili per compensare il limite dei rumori, luci e attività indispensabili e necessarie. Riducendo il numero o l'intensità di stimoli ambientali disturbanti, migliorano il comfort e la possibilità di riposare senza interruzioni.

Occorre prendere in considerazione anche l'uso giudizioso e contenuto di farmaci che influenzano negativamente il sonno. Oltre ai sedativi e analgesici ci sono altri farmaci comunemente somministrati ai pazienti in terapia intensiva, che alterano il sonno. Questi sono: vasopressori e beta-bloccanti, che hanno effetti negativi sulla produzione di melatonina; antidepressivi, che possono ridurre il tempo trascorso nel sonno REM; gocciolamenti e diuretici endovenosi continui, che richiedono cateteri urinari a

permanenza scomodi; e corticosteroidi che riducono il sonno REM e aumentano l'incidenza degli incubi.

Gli antipsicotici sono raccomandati per l'uso in pazienti critici nel tentativo di ridurre e trattare il delirio, ma sono anche somministrati per i loro effetti sedativi. L'aloiperidolo, l'antipsicotico tipico più comunemente usato in questa impostazione, ha dimostrato di aumentare l'efficienza del sonno e di avere un effetto scarso o nullo su SWS. Tuttavia, questi agenti devono essere usati con cautela dato il loro significativo profilo di effetti collaterali. [30]

3.3.3 Diari infermieristici: «colmare le lacune» e dare un significato vero e reale ai ricordi deliranti.

Uno degli interventi proposti che permette di far fronte alla difficoltà del paziente di ricordare gli eventi reali che si verificano durante il tempo trascorso in ospedale e che quindi consente di ricostruire ed elaborare il vissuto del ricovero nel periodo successivo alla dimissione dalla terapia intensiva, prevenendo i disturbi psicologici, è la compilazione di un diario (ICU diary).

Si tratta di un diario, redatto dal personale sanitario e dai membri della famiglia, in cui vengono riportati in forma narrativa gli avvenimenti di maggior rilievo che hanno caratterizzato la vita del paziente durante il ricovero in terapia intensiva. Tali avvenimenti vengono annotati cronologicamente con un linguaggio semplice, informale e con l'eventuale integrazione di fotografie. In questo modo il paziente, che ha subito esperienze traumatiche a causa dei processi clinico-assistenziali (trattamenti invasivi, stati dolorosi, procedure diagnostico-terapeutiche) e delle caratteristiche strutturali e ambientali (rumori, luci, spazi chiusi) proprie dei reparti di area critica, può essere aiutato a ricordare e a ricostruire una parte della sua esperienza, a ricomporre quel tassello della propria vita, che altrimenti sarebbe perduto o ricordato in maniera confusa o distorta.

Come precedentemente affrontato, molto spesso, a causa dei lunghi periodi di sedazione, i pazienti hanno dei ricordi frammentati del periodo trascorso in cure intense, sviluppano delirium e questo offusca ancora di più i ricordi creando, alle volte, un mix fra realtà e pensieri deliranti.

La scarsa capacità di ricordare in maniera chiara influenza la consapevolezza del proprio stato di malattia. I vaghi ricordi sono poi legati spesso a sensazioni provate in stato di

semi incoscienza e la loro mente interpreta tali situazioni distorcendole. Ad esempio un'aspirazione bronchiale attraverso un tubo endotracheale potrebbe essere ricordata come un tentativo di soffocamento da parte di un nemico, gli allarmi dei monitor come sirene durante un bombardamento, le varie procedure invasive come tentativi di accoltellamento, ecc.

Il paziente dimesso dalla terapia intensiva ha piu' possibilità di ritornare alla vita normale quanto piu' riesce a ricordare ed elaborare un'esperienza cosi' traumatica come la degenza in rianimazione. Appare ovvio che, per elaborare qualcosa, bisogna averne un corretto ricordo, che spesso il paziente ricoverato in terapia intensiva non ha.

Da qui l'idea di tenere un diario di terapia intensiva in cui, con uno stile narrativo, venga raccontato al paziente quanto avviene attorno a lui. Gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, possono raccontare al paziente quanto viene fatto turno per turno riguardo le attività e il piano di cura di cui il paziente è oggetto e soggetto. Ad esempio, l'infermiere potrà spiegare al paziente che è stato pronato con l'aiuto di colleghi per migliorare la ventilazione, che è stato messo seduto in poltrona per la prima volta durante il ricovero con l'aiuto di un sollevatore, che ha eseguito una broncoscopia allo scopo di un lavaggio bronchiale, ecc. Il tutto con parole molto semplici, come se fosse un racconto, in modo che il paziente, una volta dimesso, potrà fare ordine nella propria mente e nei propri ricordi e elaborare correttamente la propria esperienza in terapia intensiva, comprendendo quanto è accaduto effettivamente ed aumentando la consapevolezza del proprio stato di malattia.

Questo intervento potrebbe avere risvolti rilevanti per il miglioramento della qualità di vita dei soggetti ricoverati in TI, che in genere, dopo il trasferimento e la dimissione dal reparto di area critica, vanno incontro a una disfunzione della salute fisica e/o cognitiva, tra cui problemi di elaborazione mentale, mobilità limitata, disturbi del sonno, che causa sofferenza psicologica e ripercussioni nella vita sociale del paziente persistendo anche per molti anni. [47]

La compilazione del diario è una pratica che può essere largamente utilizzata nelle terapie intensive in quanto non incide sui tempi assistenziali, richiede solo 5 minuti a turno, è una attività a basso costo e la sua introduzione può favorire la prevenzione della sofferenza psicologica di pazienti e familiari, migliorando la qualità di vita dopo l'esperienza traumatica della terapia intensiva.

Molti studi evidenziano i benefici che si possono trarre dal poter accedere a informazioni riguardanti il loro soggiorno in area critica: la possibilità di ricostruire gli eventi che si sono vissuti nell'inconsapevolezza e nell'incoscienza, reintegrando dettagli che possono agganciarsi ai ricordi frammentati, permette di dare al paziente un senso di controllo sulla propria vita ed è in grado di compensare e in molti casi risolvere le sequele allucinatorie, gli attacchi di panico frequenti nel lungo termine e la sindrome PTSD. [48]

Il diario risulta una strategia aggiuntiva agli interventi ritenuti efficaci per facilitare la ripresa fisica e psicologica del paziente ricoverato in area critica, quali la precoce sospensione della sedazione, l'estubazione, la valutazione attiva del delirio, oltre a interventi mirati per favorire l'equilibrio sonno-veglia e l'attività per accelerare il recupero della forza muscolare.

3.3.4 Terapia intensiva aperta: vicinanza con i familiari

Il modello di rianimazione "aperta", che consente cioè l'assidua presenza di un familiare in reparto, è probabilmente in assoluto quello più adatto per la prevenzione dei disturbi psichiatrici nel paziente di Terapia Intensiva.

La presenza di un familiare potrebbe avere non solo la funzione di limitare l'angoscia del paziente in virtù dell'indubbio supporto psicologico, ma consentirebbe anche di facilitare la "fissazione" dei ricordi reali. I racconti dei visitatori, infatti, potrebbero assumere la preziosa funzione di mantenere aggiornato il paziente sulle vicende familiari, lavorative e perfino sui fatti di cronaca, evitando il rischio del disorientamento temporale. Le notizie ricevute potrebbero, analogamente ai diari infermieristici, costituire un ausilio per la ricostruzione della storia del ricovero in Rianimazione.

La Terapia Intensiva è da sempre un reparto chiuso in cui, fino a qualche anno fa, la presenza dei familiari era fortemente limitata solo attraverso una vetrata. Questa scelta era correlata alla consuetudine che la loro presenza potesse aumentare il rischio di infezioni dei pazienti, lo stress e i disturbi del sonno, la violazione della privacy, inclusa la dilazione dei tempi di assistenza.

La "chiusura" dei reparti di Terapia Intensiva riguardava non solo il piano temporale, con la riduzione gli orari di visita per non interferire con le fasi di cure e assistenza e per timore di uno stress al paziente indotto dalla presenza del familiare, ma si esprimeva anche sul piano fisico e su quello relazionale. Al piano fisico appartengono tutte le

barriere che, con motivazioni diverse, venivano imposte al visitatore, come l'assenza di contatto fisico col paziente o utilizzo di indumenti protettivi, per timore di rischio di trasmissione infezioni. A quello relazionale appartenevano invece tutte le espressioni di una comunicazione frammentata o inefficace fra il paziente, l'équipe e la famiglia, che esprimono stile paternalistico dei curanti verso i famigliari e la persona malata, considerato mero oggetto di trattamento.

Oggi, numerosi dati della letteratura scientifica suggeriscono che la presenza accanto al malato delle persone care non costituisce in alcun modo una minaccia per il paziente, ma, al contrario rappresenta un'azione positiva in grado di produrre effetti benefici sia al paziente che ai familiari: non causa un aumento delle infezioni nei pazienti, non ostacola il lavoro dello staff, mentre si riducono in modo significativo sia le complicanze cardiovascolari quanto i punteggi di ansia e gli indici ormonali di stress, migliora la qualità del ricovero dei pazienti, minor rischio di andare in contro a forme di delirium e necessità di sedazione, e facilita l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra curanti e famiglia, che spesso si sente esclusa. [49]

È stato dimostrato infondato il timore nel personale sanitario che il cambiamento dei propri piani di attività per la presenza di persone esterne, il fatto di essere sempre osservati, giudicati e valutati da queste, potesse creare problemi o condizionare (compromettere e intralciare) le proprie attività professionali. Rendendo il personale sanitario più sensibile e formato dal punto di vista umano, lo si rende più consapevole di come, il rendere visibile la propria pratica clinica di fronte ai familiari, ne riduca l'ansia e la preoccupazione, aumenti la fiducia negli operatori e ne valorizzi l'operato clinico. Un "apertura" alla relazione e alla comunicazione con i famigliari, permette la diminuzione di lamentele e conflitti, migliora la fiducia e percezione della qualità delle cure oltre a dare soddisfazione per il proprio lavoro all'operatore

Ne è emersa che la chiusura delle aree intensive ai non sanitari non è utile nella prevenzione delle infezioni, in quanto i pazienti contraggono infezioni sostenute da microorganismi diversi da quelli di cui sono portatori i visitatori. L'apertura delle terapie intensive non incide in alcun modo ad un aumento del rischio di infezioni e i dispositivi di protezione individuale indossati da parte dei visitatori durante la "vestizione" pre-ingresso non sono utili nella prevenzione del rischio di infezioni, anzi aumentano il senso di distacco e isolamento.

Dal punto di vista etico, privare forzatamente il paziente di relazioni personali è un atto deleterio, in quanto uno dei bisogni fondamentali è la vicinanza di persone care, non solo per sostegno affettivo ma anche per fiducia riposta in queste persone di fronte alla necessità di esercitare diritti e volontà di un soggetto fragile e dipendente. La separazione dai propri cari ed affetti provoca sofferenza al malato, ma anche a tutte le persone della sua cerchia personale, provocando stati d'ansia e di depressione.

Secondo il principio del "rispetto del malato nei trattamenti sanitari", previsto dalla Costituzione Italiana, la persona va rispettata nella sua integralità e quindi come essere in relazione agli altri, senza farle subire un ingiustificato allontanamento proprio nel momento in cui ne avrebbe più bisogno. La presenza dei familiari accanto al malato non è una concessione ma il rispetto di un ben preciso diritto del paziente.

La liberalizzazione o apertura dell'accesso alla TI per familiari e visitatori, intesa come razionale abolizione di tutte le limitazioni non motivatamente necessarie poste a livello temporale, fisico e relazionale, [50] è una scelta possibile, in quanto può essere proposta in qualunque ICU, utile, in quanto apporta notevoli benefici e necessaria, in quanto la vicinanza con i famigliari nel momento difficile della malattia è un diritto fondamentale dell'uomo e quindi un dovere etico.

Conclusioni

L'ambiente di terapia intensiva e gli interventi salvavita consentono di sopravvivere a malattie o lesioni potenzialmente letali, tuttavia, creano una situazione di forte stress per il paziente che si ripercuote sulla qualità di vita successiva.

È sempre più riconosciuto che molti sopravvissuti in terapia intensiva risentano di disturbi significativi nel funzionamento fisico, cognitivo e mentale che persistono ben oltre il loro ricovero. Fenomeno di largo interesse, sia per prevalenza che per impatto sulla qualità di vita, è il riscontro di disturbi psicologici duraturi, anche a distanza di mesi o anni, tra cui la sintomatologia del disturbo post-traumatico da stress.

Il disturbo da stress post-traumatico è lo sviluppo di sintomi psicologici e fisici, come potenziale risposta personale a uno o più eventi traumatici "estremi" (es. disastri naturali, aggressione, incidente), in grado di sconvolgere gravemente l'equilibrio mentale e innescare sentimenti intesi di impotenza e paura, terrore.

I sintomi di PTSD includono ricordi intrusivi (rivivere il trauma in flashback, ricordi o incubi); sintomi evitanti e paralizzanti (emozioni ridotte ed evitamento di situazioni che ricordano l'evento traumatico); e sintomi di ipereccitazione (irritabilità, reazioni di allarme esagerate o difficoltà a dormire o concentrarsi). Tali sintomi hanno un impatto importante sulla qualità di vita, illustrato dal fatto che i pazienti presentano limitazioni nello svolgimento delle normali attività di vita quotidiana e di relazione con gli altri.

Da quanto emerso, le persone che escono dalla terapia intensiva hanno un alto rischio di contrarre il disturbo da stress, infatti, circa un decimo, il 10% dei pazienti che permangono per più di 48h in ICU, soddisfa i criteri diagnostici per PPTS nell'anno successivo al ricovero. È una condizione che origina dalla percezione del ricovero in Rianimazione come "evento traumatico" in grado di minacciare l'integrità fisica e la sicurezza psicologica e dagli intensi vissuti emotivi che ne derivano da tale interpretazione. Un ruolo determinante nello sviluppo della sindrome è la persistenza e il richiamo, sottoforma di flashback e incubi, di ricordi traumatici, spaventosi o distorti e deliranti, correlati a situazioni e sensazioni vissute durante la degenza in UTI.

Durante il ricovero in terapia intensiva, i pazienti vengono esposti a fattori ed eventi, che potenziano la risposta fisiologica allo stress e alterano l'elaborazione delle informazioni sugli eventi che si verificano, producendo ricordi limitati o distorti dell'esperienza del ricovero.

L'ambiente fisico del reparto di terapia intensiva (rumori, luci artificiali, isolamento sociale, immobilità, comunicazione assente), i trattamenti istituiti (somministrazione di sedativi e analgesici, intubazione endotracheale, Ventilazione Meccanica VM) e le attività di cura (posizionamento, igiene, aspirazione endotracheale) sono stati individuati come fattori associati a dolore, disagio, ansia, agitazione, stati confusionali (allucinazioni e deliri) e disturbi del sonno, situazioni di forte stress fisico e emotivo, che impattano sia sul decorso clinico e sia sulla qualità del recupero successivo.

L'unità di terapia intensiva dovrebbe essere un luogo in cui il paziente può vivere come essere umano, non solo un posto dove sopravvivere. È stato dimostrato che un'assistenza adeguata, incentrata sulla promozione del comfort e sull'umanizzazione delle cure, può permettere di vivere meglio il suo passaggio in terapia intensiva, riducendo ansia e disagio, limitare la comparsa di complicazioni e migliorare il futuro dei pazienti ospedalizzati in terapia intensiva.

La letteratura mostra strategie assistenziali per migliorare il comfort, permettere una maggior tolleranza alle cure e per ridurre al minimo l'impatto dell'esperienza ricovero in terapia intensiva.

Si è mostrato efficace l'uso routinario di strumenti di valutazione al fine di monitorizzare e mantenere livelli di analgesia e sedazione ottimali, adattati alle esigenze del paziente, in modo da alleviare dolore, prevenire agitazione, conferire comfort e tolleranza alle procedure invasive e limitare contemporaneamente le complicanze di una sedazione profonda e prolungata. È opportuno tener conto delle esigenze dei pazienti coscienti sottoposti a supporto ventilatorio, limitando i disagi correlati al presidio e alla discronia con la macchina e migliorando anche l'efficienza del trattamento.

È fondamentale, poi, un'assistenza che tenga conto degli aspetti più umani della persona e che soddisfi i suoi bisogni di tranquillità, di comunicare, di dormire, di essere capito, rassicurato, di sentire le persone care affianco, di sapere cosa sta vivendo. A tal fine si sono mostrati utili interventi ambientali che possono promuovere il sonno, quali riduzione di livelli sonori e di luci e di attività di cura notturni non indispensabili, strategie alternative di comunicazione a pazienti incapaci di parlare a voce, maggiore coinvolgimento familiare, redazione di diari infermieristici, un resoconto di ciò che è accaduto durante la degenza.

In seguito, sono necessari programmi di follow up che prevedano una revisione fisica, psicologica, cognitiva e consentano di monitorare e prendersi cura di queste persone dopo la dimissione dall'UTI. È importante che, dopo un adeguata identificazione e valutazione, vengano avviati trattamenti multidisciplinari che non si concentrino su un singolo aspetto della sindrome, ma che intervengano sia sui deficit fisici (cercando di ripristinare le prestazioni precedenti) che su questioni di natura emotiva e relazionale (ruoli, famiglia, ecc.), rispondendo al bisogno di ascolto e comprensione.

Bibliografia

- [1] N. D. e. al., «Migliorare i risultati a lungo termine dopo la dimissione dall'unità di terapia intensiva: relazione di una conferenza delle parti interessate .,» *Crit. Care Med.*, pp. 502-9, febbraio 2012.
- [2] M. H. e. al., «Qualità di vita correlata alla salute e ritorno al lavoro dopo una malattia critica nei pazienti dell'unità di terapia intensiva generale: uno studio di follow up dopo 1 anno,» *Crit. Care Med.*, luglio 2010.
- [3] M. D. e. al., «Risultati del paziente dopo una malattia critica: una revisione sistematica degli studi qualitativi dopo la dimissione dall'ospedale.,» *Crit. Care*, 2016.
- [4] J. C. e. al., «Sintomi correlati al disturbo da stress post-traumatico nei parenti di pazienti in terapia intensiva.,» *Terapia Intensiva Med.*, pp. 456-60, Marzo 2004.
- [5] «DSM-5,» 2013.
- [6] [Online]. Available: <https://www.onap-profiling.org/disturbo-post-traumatico-da-stress-e-analisi>.
- [7] «www.istitutobeck.com,» [Online]. Available: [https://www.istitutobeck.com/disturbo-post-traumatico-da-stress](https://www.istitutobeck.com/disturbo-post-traumatico-da-stress-conseguenze-trauma) conseguenze-trauma.
- [8] S. H., «The Stress of life,» 1936.
- [9] F. F., «Gli effetti della risposta allo stress sulla memoria,» 11 2018. [Online]. Available: <https://www.stateofmind.it/2018/11/stress-attenzione-memoria/>.
- [10] J. J. M. A. e. a. Patel MB, «Incidenza e fattori di rischio per il disturbo da stress post-traumatico correlato all'unità di terapia intensiva nei veterani e nei civili .,» *Crit Care Med.*, pp. 1373-81, 2016.
- [11] [Online]. Available: <http://www.emdrroma.com/esperienze-di-vita-stressanti-e-traumatiche/>.
- [12] C. G. e. al., «I ricordi dei pazienti delle esperienze nell'unità di terapia intensiva possono influenzare la loro qualità di vita.,» *Crit Care*, pp. 96-109, settembre 2005.
- [13] L. R. N. C. e. a. Silvia Strimmer, «Valutazione dei fattori di stress percepiti dal paziente ricoverato in terapia intensiva,» *Scenario*, 2004.

- [14] e. a. Van de Leur JP, «Disagio e ricordo effettivo nei pazienti in terapia intensiva.,» *Crit Care Med*, pp. 467-73, Dicembre 2004.
- [15] J. L. Guttormson, «"Liberare un sacco di veleni dalla mia mente": ricordi deliranti di terapia intensiva dei pazienti,» *Assistant Professor Cuore Polmone*, pp. 427-31, settembre 2014.
- [16] G. R. H. G. e. a. Jones C, «Memoria, delusioni e sviluppo di sintomi acuti correlati al disturbo da stress post-traumatico dopo terapia intensiva,» *Crit Care Med*, pp. 573-80, marzo 2001.
- [17] G. R. e. a. Jones C, «Disturbi della memoria e amnesia legati alla terapia intensiva.,» *Memoria*, pp. 79-94, Marzo 2000.
- [18] K. H. e. al, «Disturbo post-traumatico da stress nei sopravvissuti alla sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) e shock settico».
- [19] R. G., «Ventilazione artificiale meccanica invasiva,» in *Il neuroleso grave*, Milano, Springer, 2010, pp. 87-95.
- [20] C. L. e. a. Rotondi AJ, «Ricordi dei pazienti di esperienze stressanti durante la ventilazione meccanica prolungata in un'unità di terapia intensiva.,» *crit care med*, pp. 746-52, aprile 2002.
- [21] A. M. e. al., «A comparison of noninvasive positive-pressure ventilation and conventional mechanical ventilation in patients with acute respiratory failure.,» *N Engl J Med*, 1998.
- [22] M. I. e. al, «" Ho avuto la sensazione di essere intrappolato ": uno studio qualitativo al capezzale degli atteggiamenti cognitivi e affettivi nei confronti della ventilazione non invasiva in pazienti con insufficienza respiratoria acuta,» *Ann Intensive Care*, 2019.
- [23] M. B. H. e. al., «Interazioni di comunicazione infermiere-paziente nell'unità di terapia intensiva,» *Sono J Crit Care*, pp. 28-40, marzo 2011.
- [24] J. K. ., G. H. M. Hui Xie, «Revisione clinica: l'impatto del rumore sul sonno dei pazienti e l'efficacia delle strategie di riduzione del rumore nelle unità di terapia intensiva,» *Crit Care*, 2009.
- [25] C. C. d. S. T. C. M. C. Fernanda L. Hamze, «L'influenza degli interventi di cura sulla continuità del sonno dei pazienti in terapia intensiva,» *Rev Lat Am Enfermagem*, pp. 789-96, 2015.
- [26] G. L. F. ., e. a. Juliana Barr, «Clinical Practice Guidelines per la gestione della dolore, agitazione e delirio nei pazienti adulti in terapia intensiva Unità,» *Critical Care Medicine*, Gennaio 2013.

- [27] Y. S. ., T. S. W. ., P. P. P. ., J. A. B. e. a. Jean-Louis Vincent, «Comfort e cura centrata sul paziente senza sedazione eccessiva: il concetto eCASH,» *Terapia intensiva Med* , p. 962–971., 2016.
- [28] P. A. G. G. Capuzzo M., «Analgesia, sedazione e memoria della terapia intensiva,» *Crit Care*, 2001.
- [29] I. S. S. M. ., C. R. L. d. M. ., A. C. J. ., P. A. D. D. Jaquiline Barreto da Costa, «Sedazione e ricordi di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica in un'unità di terapia intensiva,» *Rev Bras Ter Intensiva* , 2014 aprile-giugno;.
- [30] F. V. H. ., V. L. Lori J Delaney, «Dormire su un problema: l'impatto dei disturbi del sonno sui pazienti in terapia intensiva - una revisione clinica,» *Ann Intensive Care* , 2015.
- [31] C. Chamorro, «Dolore in terapia intensiva - Il quinto segno, non il quinto elemento,» *Medicina Intensiva*.
- [32] «Quarta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali,» *American Psychiatric Association-APA-*, 2000.
- [33] G. M. Perini C., «Il delirium in terapia intensiva: aspetti clinici ed assistenziali. Analisi di un caso,» *SCENARIO*, 2006.
- [34] G. T. D. Nathan E. Brummel, «Prevenire il delirio nell'unità di terapia intensiva,» *Crit Care Clin*, 2013.
- [35] D. M. N. ., N. A. C. Biren B. Kamdar, «La privazione del sonno nella malattia critica: il suo ruolo nel recupero fisico e psicologico,» *J Terapia intensiva Med* , 2012.
- [36] '. A. f. t. S. o. P. (IASP), «Dichiarazione di Montreal: Dichiarazione che l'accesso alla gestione del dolore è un diritto umano fondamentale,» in *International Pain Summit (IPS)* , 2010.
- [37] FNOPI, «codice deontologico delle professioni infermieristiche,» 2019.
- [38] G. A. P. N. G. G. Bambi S., «Valutazione del dolore nel paziente adulto ricoverato in Area Critica,» *SCENARIO*, 2019.
- [39] «International Association for the study of Pain,» 1979.
- [40] C. G. Jane Topolovec-Vranic, «Validazione e valutazione di due strumenti di valutazione osservazionale del dolore in un'unità di terapia intensiva traumatologica e neurochirurgica,» *Pain Res Manag*, 2013 .
- [41] G. F., «Paziente con ICU-Delirium,» [Online].

- [42] C. D'Angelo, «La ventilazione non invasiva: Gestione Infermieristica della NIV,» 2014. [Online].
- [43] R. B. B. , M. R. , M.-P. , L. D. , S. , A. D. Matthieu Schmidt, «Sofferenza non riconosciuta in terapia intensiva: affrontare la dispnea nei pazienti ventilati meccanicamente,» *Terapia intensiva Med* , 2014.
- [44] T. P. Happ M.B., «“Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in intensive care unit”,» *American Journal of Critical Care*.
- [45] «Ventilazione meccanica invasiva: come comunicare col paziente?,» [Online].
- [46] N. P. K. D. M. Biren B., «L'effetto di un intervento di miglioramento della qualità sulla qualità del sonno percepita e sulla cognizione in una terapia intensiva medica,» *Crit Care Med*.
- [47] «www.postintensiva.it,» [Online].
- [48] B. C. C. M. E. I. F. H. Jones C., «I diari di terapia intensiva riducono il disturbo da stress post traumatico di nuova insorgenza a seguito di una malattia critica: uno studio randomizzato e controllato».
- [49] E. R. Cappellini, «Unità di terapia intensiva aperte : una sfida globale per pazienti, parenti e team di terapia intensiva Cappellini,» *Dimensions of Critical Care Nursing*, 2014.
- [50] «www.infermiereonline.it,» [Online].
- [51] «DSM-IV-TR,» in *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, 2002.
- [52] J. B. d. C. e. al., «Sedazione e ricordi di pazienti sottoposti a ventilazione meccanica in un'unità di terapia intensiva».
- [53] K. D. M. N. P. Biren B., «L'effetto di un intervento di miglioramento della qualità sulla qualità del sonno percepita e sulla cognizione in una terapia intensiva medica».