

Parole chiave:

cure umane, terapia intensiva, sedazione leggera, eCASH

ARTICOLO

Info Autori :

¹ Infermiere Asl4² Responsabile del reparto di cure primarie della Asl5³ Infermiere e tutor clinico in Asl5⁴ Coordinatore tecnico e di tirocinio in Asl5Federici Lorenzo¹, Nardini Michela², Nativi Olimpia³, Cantinotti Enrica⁴**COMFORT E CURA AL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA IN ASSENZA DI SEDAZIONE PROFONDA:
UNO STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO TRASVERSALE****INTRODUZIONE**

L'umanizzazione delle cure è intesa come "l'attenzione alla persona nella sua totalità, fatta di bisogni organici, psicologici e relazionali" ⁽¹⁾.

Nell'art.4 del codice deontologico dell'infermiere, relazione di cura, viene specificato il giusto approccio infermieristico nei confronti del paziente: *"Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura"*.

Il ricovero ospedaliero è quasi sempre un'esperienza drammatica, ancor di più se in terapia intensiva, sia per il soggetto coinvolto, che per la sua famiglia.

In terapia intensiva il paziente viene frequentemente sottoposto a sedazione profonda, ventilato meccanicamente, nutrito mediante la nutrizione enterale o parenterale, quindi affidato a una gestione meccanica che soddisfi i bisogni fisiologici del paziente, poiché non autosufficiente.

Questo approccio moderno alla cura, o meglio "ipertecnologico" riesce a sostituire molte delle facoltà umane rispondendo ai bisogni primari del paziente, allo stesso però privandogliene di altri, rendendo la cura per necessità disumanizzante.

Il 98% delle terapie intensive in Italia utilizza politiche restrittive di visita ai pazienti da parte dei parenti e caregiver, adottando il modello di "terapia intensiva chiusa", ponendo a sua volta delle barriere a livello relazionale tra familiare e paziente ⁽²⁾.

In passato è sempre stato incentivato il modello di "terapia intensiva chiusa", poiché si pensava che esso potesse influire sulla mortalità del paziente e sull'aumento delle infezioni ICA (infezioni correlate all'assistenza).

In questo momento però non esiste una base scientifica per limitare l'accesso ai familiari in UTI, ma anzi, un modello di terapia intensiva aperta risponderebbe alle esigenze di familiari e pazienti ⁽³⁾.

Le revisioni sistematiche dichiarano, come la famiglia a supporto del ricoverato in terapia intensiva, riduca la durata della degenza senza influire sulla mortalità ⁽⁴⁾, e come gli orari flessibili delle visite in unità di terapia intensiva, hanno il potenziale per ridurre i fenomeni di delirium, ansia ⁽⁵⁾.

Il protocollo eCASH ⁽⁶⁾ rappresenta un nuovo paradigma di assistenza nei pazienti in terapia intensiva che non necessitano di sedazione profonda, l'acronimo indica: *precoce, comfort, analgesia, sedazione minima e massima cura umana*, ciò per favorire lo sviluppo del sonno, una mobilitazione precoce e una migliore comunicazione dei pazienti con il personale e i propri cari; evitando complicanze a lungo termine causate dalla degenza in terapia intensiva (es. isolamento, confusione) contribuendo alla riabilitazione del paziente e a migliorare il benessere clinico dei pazienti, sia durante il ricovero in terapia intensiva sia dopo.

MATERIALI E METODI

Lo studio in questione è di tipo osservazionale descrittivo trasversale multicentrico, eseguito nel periodo compreso tra marzo e maggio 2021.

E' stata effettuata un'attenta analisi della letteratura e ricerca di strumenti già esistenti e già validati che andassero ad indagare le conoscenze degli Infermieri riguardo il protocollo eCASH⁽⁶⁾⁽¹⁾ e i suoi tre elementi fondamentali (il dolore, la sedazione, e l'umanizzazione delle cure).

Non essendo stati trovati strumenti in letteratura che andassero ad indagare le conoscenze degli Infermieri rispetto i tre elementi del protocollo, è stato elaborato autonomamente un questionario.

Il questionario è stato visionato e autorizzato per la raccolta dati finalizzata allo studio, pubblicazione/ricerca nel rispetto delle norme sulla privacy, dal Direttore S.C. Pianificazione e Qualità, Accreditamento e Formazione, ed dal Direttore della S.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero DMPO Asl 5.

Per rendere lo studio più rigoroso, sono stati stampati in formato cartaceo dei questionari di prova, e lasciati a disposizione della S.C. Rianimazione COVID Stabilimento San Bartolomeo di Sarzana dell'Asl 5, per un arco di tempo di due settimane, per l'elaborazione della validità di facciata.

Nell'introduzione al questionario è stato chiesto di rispondere alle domande, con l'obiettivo finale di apportare suggerimenti e/o correzioni generali attraverso la validità di facciata (Face validity).

Nello specifico, con la validità di facciata si chiede ai destinatari del questionario la valutazione della forma e dei termini usati per costruire le domande, quindi se le domande sono chiare, o se quest'ultime contengono termini difficili, offensivi o se le domande dovrebbero essere riformulate.

Con la validità di facciata, sono state proposte dai professionisti Infermieri, diverse modifiche alle domande e alle risposte. Le modifiche apportate all'interno del questionario, grazie al parere dei professionisti, relativi alla validità facciata (Face validity), hanno dato forma a uno strumento validato.

Il numero delle domande era in totale di 31 nel questionario di validazione e sono state riconfermate dai professionisti tutte le 31. Essendo uno studio a livello nazionale, è stata aggiunta dal gruppo di studio una domanda nell'anagrafica che va a chiedere la sede lavorativa del professionista, se nord, centro o sud Italia. Quindi in totale, all'interno del nuovo questionario troviamo 32 domande.

Il questionario validato in questo caso è stato creato con la piattaforma Moduli di Google.

La partecipazione allo studio è stata su base volontaria. E' stato specificato nell'introduzione del questionario il progetto e lo studio, e la modalità di trattamento relativa ai propri dati, facendo riferimento al D.Lgs. n.196/2003 sulla tutela dei dati personali.

Un campione di 130 infermieri, ha compilato un questionario online divulgato via internet, su base volontaria e anonima. I criteri di inclusione per la compilazione del questionario hanno previsto il reclutamento di Infermieri che lavoravano attualmente nell'unità di terapia intensiva, indipendentemente da mesi o anni, senza distinzione di tipologia di contratto (determinato/indeterminato), orario di lavoro (full-time o part-time), genere ed età. Sono stati inclusi nello studio anche i coordinatori infermieristici delle terapie intensive.

Il questionario prevedeva una prima sezione di domande di carattere sociodemografico (età, sesso, titolo di studio, esperienza lavorativa, posizione lavorativa, sede lavorativa) e altre tre sezioni, comprendenti domande volte ad indagare le conoscenze degli infermieri riguardo:

- L'umanizzazione delle cure, 7 items
- Il dolore, 6 items
- La sedazione, 3 items
- Il protocollo eCASH, 10 items

RISULTATI

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

Il questionario validato è stato compilato da 130 infermieri di terapia intensiva. Il 78,5% degli infermieri ha compilato il questionario totalmente mentre per il 21,5% l'ha compilato parzialmente. Vengono raffigurate nella **Tabella I** le caratteristiche sociodemografiche del campione.

TABELLA I

CARATTERISTICHE SOCIODEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

	N:	130
Genere	Gender:	
	-Uomo	27,9%
	-Donna	72,1%
Fascia d'età	-21-30	55,4%
	-31-40	22,3%
	-41-50	13,1%
	-51-60	8,2%
	-Oltre i 60 anni	1%
Esperienza lavorativa	-0-10 anni	65,4%
	-11-20 anni	18,5%
	-21-30 anni	10%
	-Oltre i 30 anni	6,1%
Titoli	Laurea triennale o titoli equipollenti	63,6%
	Master 1 livello o specializzazioni	29,4%
	Laurea magistrale	6,2%
	Master 2 livello	0,8%
Posizione lavorativa	Infermiere di UTI	99,2%
	Coordinatore infermieristico di UTI	0,8%
Sede lavorativa	Nord Italia	69,8%
	Centro Italia	23,2%
	Sud Italia	7%

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Le risposte relative alla sezione riguardante il tema dell'umanizzazione delle cure dimostrano che l'82% degli intervistati dichiara che la presenza di un familiare opportunamente formato sull'utilizzo dei DPI e sulle modalità di approccio/contatto con il paziente in unità di terapia intensiva, non aumenti il rischio di infezione del malato (figura I).

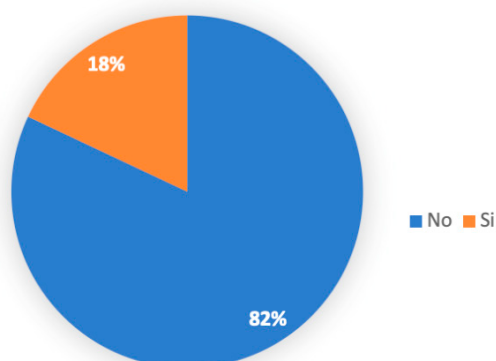


Figura I

Il 96,9% degli infermieri che hanno fatto parte dello studio, ritengono che l'umanizzazione delle cure sia importante o molto importante (figura II).

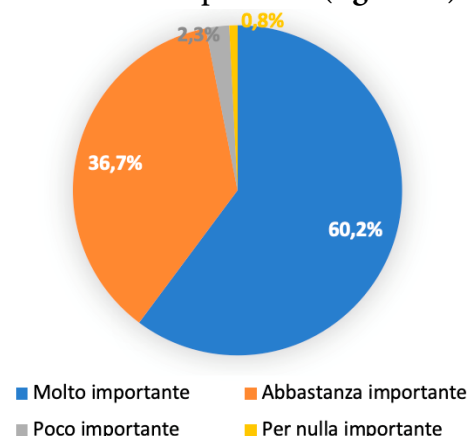


Figura II

l'importanza dell'umanizzazione delle cure, secondo gli infermieri.

Dai dati, si evince che meno della metà degli infermieri che hanno partecipato allo studio, conosce la media reale di apertura alle visite delle terapie intensive in Italia "due ore" (2) (1) (figura III), e che solo meno della metà degli infermieri dichiara di lavorare in una terapia intensiva a modello aperto (figura IV).

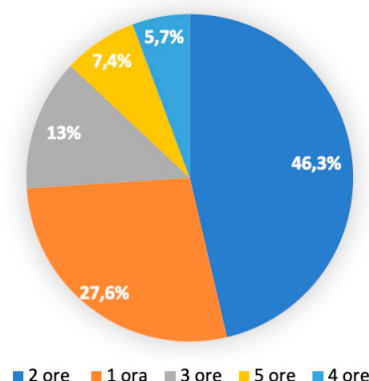


Figura III

conoscenza della media di apertura alle visite delle terapie intensive italiane, secondo gli infermieri.

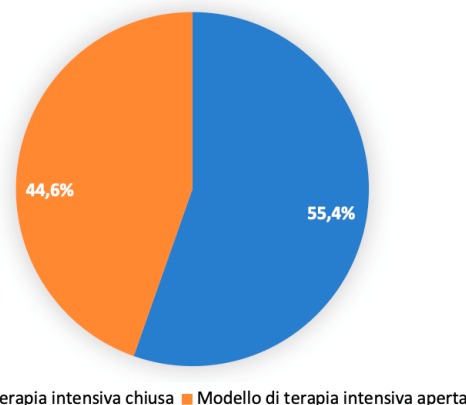


Figura VI

modello di terapia intensiva attuato dove lavorano gli infermieri.

DOLORE

Rispetto le risposte relative alla sezione riguardante il tema dell'analgisia, è importante ricordare prima che, nel 1996 il Patto infermiere cittadino sottolinea l'importanza dell'attenzione alla persona alla sua autonomia alla sua dignità, e alla vicinanza nei momenti di dolore. Attraverso un lungo iter normativo si è arrivati all'emanazione della legge 38/2010 art.7. Nonostante siano passati undici anni dalla promulgazione di tale legge, il 46.5% degli intervistati afferma di non conoscerla (**figura V**).

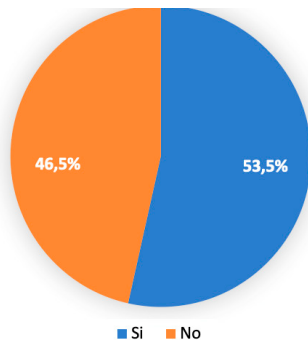


Figura V

Conoscenza degli infermieri rispetto la legge del dolore 38/2010.

Analizzando l'utilizzo proprio o improprio delle scale di valutazione del dolore sulla base dello stato di coscienza del malato, è emerso che: nel paziente cosciente le scale più utilizzate dai partecipanti (potendo selezionare più alternative) sono: per il 82,3% la scala Numeric Pain Rating Scale (NRS), per il 62,3% la scala Visual Analogue Scale (VAS). Mentre nel paziente non cosciente, le più utilizzate sono: per il 66,1% la scala Behavioral Pain Scale (BPS), per il 48,8% la scala Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT). Dai dati si evidenzia che il 12,6% degli intervistati ha indicato la VAS e il 6,3% ha indicato la NRS, come scale adatte alla valutazione del dolore del paziente non cosciente.

SEDAZIONE

Le domande relative alla sezione della sedazione hanno portato alla luce un livello di conoscenza quasi ottimale in relazione alle modalità di sedazione e ai farmaci utilizzati per quest'ultima.

PROTOCOLLO ECASH

In ultima analisi, si ritiene importante sottolineare che il 9,4% degli intervistati dichiara di essere a conoscenza del protocollo *eCASH* ⁽⁶⁾ ⁽²⁾, seppure tale protocollo sia innovativo e poco divulgato, e le pubblicazioni a riguardo siano estremamente scarse.

CONCLUSIONI

I risultati dello studio forniscono una panoramica relativa alle conoscenze degli infermieri, rispetto ai tre elementi del protocollo *eCASH* (il dolore, la sedazione, e l'umanizzazione delle cure) ⁽⁶⁾ ⁽³⁾, identificando alcune lacune.

La valutazione quotidiana dell'intensità del dolore porta ad una migliore qualità della vita dei pazienti dopo la loro dimissione.

La misurazione del dolore è fondamentale nella valutazione e nella strategia terapeutica per il suo controllo. Per scegliere il trattamento farmacologico più adeguato, il *primum movens* sta nella corretta valutazione dell'intensità, della gravità e della durata del dolore.

Generalmente, esistono diverse scale di valutazione del dolore: scale monodimensionali (indicate per il dolore acuto e cronico) e anche scale multidimensionali (indicate per il dolore cronico).

Il "gold standard" nella valutazione del dolore è l'auto-valutazione del paziente che si può effettuare nei pazienti coscienti. L'auto-valutazione del paziente però non è sempre possibile per le condizioni cliniche dei pazienti (sedazione profonda, ventilazione meccanica).

La letteratura e gli studi dimostrano che i due strumenti più idonei per i pazienti che non sono in grado di comunicare il loro livello di dolore poiché non coscienti o perché sedati profondamente (solitamente pazienti ricoverati in UTI) sono la "Behavioral-Pain Scale (BPS)" e la "Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)" ⁽⁷⁾.

Avendo analizzato l'utilizzo proprio o improprio delle scale di valutazione del dolore sulla base dello stato di coscienza del malato, si evince che nel paziente non cosciente, tre le scale più utilizzate utilizzate dai partecipanti, sono: per il 66,1% la scala Behavioral Pain Scale (BPS), per il 48,8% la scala Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT).

Dai dati si evidenzia che il 12,6% degli intervistati ha indicato la VAS e il 6,3% ha indicato la NRS, come scale adatte alla valutazione del dolore del paziente non cosciente, essendo entrambe scale idonee a pazienti vigili ed orientati.

Questi ultimi dati rivelano un gap formativo da colmare obbligatoriamente.

Prima di divulgare il protocollo *eCASH* per un'eventuale implementazione del suo utilizzo, sarebbe opportuno sanare i gap conoscitivi relativi all'analgesia (alla sua gestione e trattamento), e attuare una formazione specifica al fine di garantire una maggiore umanizzazione delle cure.

La legge 38/2010 art.7 punto cardine della gestione e trattamento del dolore obbliga le aziende a formare il personale in merito alla rilevazione e gestione del dolore stesso, in particolare: c'è l'obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica; "nella sezione medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, devono essere riportate le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, dosaggi, e i risultati ottenuti".

Relativamente a quanto sopra anche se sono passati tredici anni dalla promulgazione di tale legge, il 46,5% degli intervistati ha affermato di non conoscerla. Il 96,9% degli infermieri che hanno fatto parte dello studio, ritengono che l'umanizzazione delle cure sia importante o molto importante.

Il 46,3%, quindi, meno della metà degli infermieri che hanno partecipato allo studio, conosce la media reale di apertura alle visite delle terapie intensive in Italia "due ore" ⁽²⁾ ⁽³⁾ e il 44,6%, sempre meno della metà degli infermieri dichiara di lavorare in una terapia intensiva a modello aperto.

Dai dati si evince una discrepanza tra l'importanza che gli infermieri attribuiscono all'apertura alle visite, che favorisce una maggiore umanizzazione delle cure, e la realtà dei fatti.

Come evidenziato nel nostro studio, per migliorare le conoscenze e le conformità individuali degli infermieri di UTI, rispetto ai tre elementi caratterizzanti il protocollo *eCASH*, e per dare consequenzialità al lavoro svolto sarebbe utile per i nostri pazienti in futuro elaborare un progetto pilota circoscritti alle aree meglio indagate (nord Italia), volti a formare il personale infermieristico sul nuovo protocollo *eCASH*.

BIBLIOGRAFIA

1. ANESTESIA FORUM 2009 FORUM; 2; 75-62 "Progetto umanizzazione delle cure e dignità della persona in terapia intensiva della Regione Emilia-Romagna".
2. Disposizioni concernenti la realizzazione di reparti di terapia intensiva aperta A.C. 141. Dossier n°313 – Elementi per la valutazione degli aspetti legittimità costituzionale 25 ottobre 2017.
3. Giannini A. Open intensive care units: the case in favour. *Minerva Anesthesiol.* 2007 May;73(5):299-305. Epub 2006 Nov 20. PMID: 17115012.
4. Lee HW, Park Y, Jang EJ, Lee YJ. Intensive care unit length of stay is reduced by protocolized family support intervention: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2019 Aug;45(8):1072-1081. doi: 10.1007/s00134-019-05681-3. Epub 2019 Jul 3. Erratum in: *Intensive Care Med.* 2019 Oct 8; PMID: 31270579. PubMed.
5. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, et al., Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Critical Care Medicine.* 2018 Jul;46(7):1175-1180. DOI: 10.1097/ccm.0000000000003155. Europe PMC.
6. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS et al., Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the *eCASH* concept. *Intensive Care Med.* 2016 Jun;42(6):962-71. doi: 10.1007/s00134-016-4297-4. Epub 2016 Apr 13. PMID: 27075762; PMCID: PMC4846689.
7. Kotfis K, Zegan-Barańska M, Szydlowski Ł et al., Methods of pain assessment in adult intensive care unit patients - Polish version of the CPOT (Critical Care Pain Observation Tool) and BPS (Behavioral Pain Scale). *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2017;49(1):66-72. doi: 10.5603/AIT.2017.0010. PMID: 28362033.