

Articolo di ricerca

“Ascolto nel silenzio” Rianimazione a misura d'uomo

AMODIO E¹, AVITABILE R¹, MELONI C¹, RITI FP¹, GIANCOTTI E², CODA V³.

¹ P.O. “S. Leonardo” di Castellammare di Stabia, U.O.C. Anestesia e Rianimazione; ² P.O. “S. Leonardo” di Castellammare di Stabia, Direzione Sanitaria; ³ P.O. “S. Leonardo” di Castellammare di Stabia, Psicologa Volontaria

Abstract

Razionale. Il nostro progetto è stato ideato per realizzare una nuova Unità di Terapia Intensiva dove la cura si coniuga, allo stesso tempo, con la ricezione ed il supporto dei pazienti.

Obiettivi. La terapia intensiva San Leonardo è stata progettata per consentire ai familiari l'ingresso diretto nell'Unità

Metodologia. Un'équipe multidisciplinare supporta i pazienti ed i loro familiari durante tutto il periodo di cura attraverso interventi informativi e di supporto per focalizzare l'attenzione e discutere circa lo stato ansioso-depressivo che emerge nelle Unità ad alto rischio degli ospedali. Il supporto psicologico è anche messo in atto attraverso l'accoglienza ai familiari dei degenti.

Risultati. Questo “trattamento” è risultato molto efficiente perché riduce l'agitazione dei parenti. Riguardo l'ansia, gli indicatori utilizzati hanno messo a confronto i contatti extra-trattamento (la conversazione telefonica con i parenti, con i medici di base, con il primario del reparto, il pernottamento dei familiari nello Spazio Famiglia) con il fattore tempo. Negli ultimi 3 mesi c'è stata una diminuzione dei contatti extra-trattamento.

Conclusioni. Nel prossimo futuro, l'équipe dell'Unità di Terapia Intensiva ha pianificato una rete informatica con webcam e computer portatili così che i pazienti ed i loro familiari possano mettersi in contatto.

Parole chiave: Accoglienza, Empatia, Sostegno, Ansia

RAZIONALE

Il presente progetto nasce con l'obiettivo di realizzare un reparto di Rianimazione dove la cura sia unita ad un'efficace rete di accoglienza e sostegno per l'umanizzazione dei percorsi sanitari altrimenti oggettivanti.

La Rianimazione del “San Leonardo” è stata progettata e realizzata modificando l'assetto classico delle unità intensive in modo da consentire ai parenti l'accesso diretto, seppur regolamentato, al reparto. Un'équipe multidisciplinare sostiene i pazienti ed i loro familiari, nel percorso di cura, attraverso colloqui informativi e di sostegno per evidenziare e sostenere le problematiche, generalmente ansioso-depressive, che emergono in contesti ospedalieri ad alto rischio. Il sostegno emotivo è anche espresso attraverso uno spazio accogliente destinato ai congiunti dei pazienti.

La validità e l'efficacia del trattamento è stata valutata in base alla sua capacità di riduzione dell'ansia dei familiari. Come indicatori di ansia manifesta, sono stati individuati i contatti extratratamento (colloqui telefonici con i familiari e/o con i medici di base, colloqui con il primario del reparto, pernottamento dei familiari nello Spazio Famiglia) analizzati sul fattore tempo.

Nell'arco di tre trimestri si è potuta constatare una netta diminuzione delle richieste di contatti extratratamento, come risposta positiva dei familiari alle modalità di accoglienza ed ai servizi proposti.

La rianimazione è tradizionalmente una struttura “chiusa”, con regole d'accesso molto restrittive: ingresso e presenza dei familiari sono limitati. Questa “chiusura” è evidente, anche sul piano fisico (assenza di contatto diretto col paziente, uso di camicie, mascherina, guanti, ecc.) e relazionale (comunicazione compressa, fram-

mentata o addirittura abolita tra paziente, équipe e familiari). Con la rianimazione “aperta”, di contro, i problemi non mancano: aumento del rischio d'infezioni per il paziente, interferenze con le cure, maggior carico di lavoro per l'équipe medico-infermieristica, aumento del livello di stress per pazienti e familiari. L'apertura verso l'esterno fa nascere l'esigenza di rimettere in gioco ritmi e regole che appartengono ad una radicata tradizione, pone l'accento sulla necessità di un cambiamento culturale e sulla necessità di una riflessione sul senso e la qualità dei rapporti con il paziente e la sua famiglia [1]. Affinché i pazienti ed i loro familiari possano ricevere tempestivamente cure adeguate e sostegno per vivere in modo meno traumatico ed invasivo l'evento critico, la Rianimazione del “San Leonardo” è stata progettata in modo da integrare i due aspetti, di “chiusura” e di “apertura”.

Accanto ad uno spazio chiuso, controllato ed a basso rischio di infezioni che garantisce il massimo delle cure, si colloca uno spazio aperto, adeguato alle esigenze dei familiari, definito “Spazio-Famiglia”, in cui i familiari possano confortevolmente attendere il momento del colloquio con l'équipe multidisciplinare, costituita da medici, psicologi ed infermieri e, successivamente, il momento della visita al parente degente.

Il trait d'union tra i due spazi, chiuso ed aperto, è un terzo spazio: uno spazio mentale, comune a tutti gli operatori della rianimazione, che ha lo scopo di permettere ai familiari di essere vicini al proprio caro, ed al paziente di essere al centro di un legame affettivo profondo [2,3].

Nella Rianimazione del “San Leonardo”, si è voluto creare un legame tra la Medicina e la Psicologia con lo scopo di gestire con maggiore sensibilità la sofferenza ed il disorientamento dei pazienti

Autore Referente: Emilio Amodio - Infermiere Professionale, U.O.C. Anestesia e Rianimazione, P.O. “S. Leonardo”, Castellammare di Stabia

in carico e delle loro famiglie.

Nel nostro reparto vengono ricoverati un gran numero di pazienti in coma: si tratta di persone passate in brevissimo tempo da uno stato di benessere ad una condizione di imminente pericolo di vita. Se in un altro reparto il paziente ed i suoi familiari possono avere un approccio graduale all'evoluzione della malattia, in terapia intensiva ci si trova ad affrontare delle situazioni in cui la vita dei pazienti e dei loro familiari è sconvolta nel giro di pochi minuti. Si devono fronteggiare reazioni emotive spesso tumultuose che vanno dalla negazione alla rabbia, alla proiezione sul proprio interlocutore della responsabilità di ciò che è successo, facendone quasi il colpevole. La comunicazione con il paziente è impossibile, quella con i familiari è ostacolata dalle loro emozioni e dalle reazioni soggettive alla malattia. I vissuti di ansia, rabbia, depressione ed i meccanismi di difesa inconsci, riducono la collaborazione e favoriscono una regressione ostile. Questi sentimenti vengono accentuati dall'isolamento fisico del malato, dall'apparato tecnologico che lo sovrasta e dal senso di impotenza che i parenti vivono trovandosi nell'impossibilità di svolgere un ruolo attivo nel processo terapeutico. I fattori emotivi ostacolano la comunicazione fra curanti e familiari producendo una reciproca difficoltà nel decodificare i messaggi ed un continuo fraintendimento tra chi dà e chi riceve le informazioni.

L'elettronica e le macchine, presenti in rianimazione, creano una barriera fra i familiari ed il paziente: da un lato l'unità operativa a connotazione supertecnologica, dall'altro l'ambiente familiare profondamente umano carico di sofferenza, pathos, senso di impotenza, con una profonda destrutturazione dei ruoli [4]. I parenti, d'altronde, necessitano del maggior numero di informazioni possibile sul decorso della malattia, anche per fronteggiare l'imprevista situazione stressante [5]. Impiegare tempo ed energie per l'ascolto, cercare di entrare in sintonia, capire esattamente che cosa le persone chiedono e che cosa non vogliono sentire, trovare il coraggio e le parole per parlare di ciò che ognuno di noi tende abitualmente ad escludere dalla conversazione e dal pensiero; in sintesi, la corretta gestione della relazione e la comunicazione empatica, devono essere considerate parte integrante del lavoro di chi opera in rianimazione.

Il contesto ambientale in cui collocare l'evento della comunicazione riveste particolare importanza. Un colloquio in un luogo appartato e senza motivi di distrazione consente ai familiari di concentrarsi sulle informazioni che vengono date, di elaborarle e di esprimere i propri sentimenti permettendo così la costruzione di una relazione empatica con l'équipe curante. Questa è la premessa per un rapporto solido con i familiari e la strada per ridurre al minimo le possibilità di essere "violenti" nelle comunicazioni, oppure inadeguati, lontani e distaccati [6]. I parenti vengono messi sempre a conoscenza delle condizioni del paziente, degli obiettivi terapeutici e delle opzioni alternative e possono testimoniare la volontà espressa dal proprio caro circa gli interventi di rianimazione e la donazione degli organi. Nel reparto i familiari possono entrare, sia pure con limiti di orario, sentirsi in qualche modo partecipi, come parte integrante ed attiva, del percorso di cura.

Non si tratta di scegliere se informare, ma di capire che cosa dire, come dirlo e quando dirlo. Anche il silenzio può essere inteso come una forma di comunicazione che rende superflua o troppo pericolosa in quel momento la parola. Il rapporto fra familiari ed équipe curante si trasforma in un'alleanza terapeutica, cioè in una

condivisione dell'azione terapeutica, solo se gli obiettivi sono esplicitati chiaramente e condivisi all'unanimità fra tutti gli operatori.

METODOLOGIA

Nel maggio 2005, nell'ospedale "San Leonardo" dell'ASL NA5, si inaugura la nuova ala tecnologica riservata all'U.O.C. di Anestesia e Rianimazione. In tale unità operativa, ove si concentrano le attività a maggiore criticità, si è inteso intraprendere, fin dall'inizio, un percorso che favorisse l'umanizzazione dell'assistenza con l'adozione del modello di cura bio-psico-sociale.

Il progetto "Ascolto nel silenzio" nasce parallelamente, con i seguenti obiettivi:

- organizzare la nuova U.O.C. a misura d'uomo, a partire dalla progettazione stessa degli spazi;
- verificare, man mano, l'impatto sull'utenza di tutte le attività svolte per assicurare al paziente l'umanizzazione della cura ed il comfort di degenza ospedaliera e l'accoglienza ed il sostegno adeguati ai loro familiari.

Sono state identificate due fasi: la prima, che si basa sull'organizzazione spaziale e sull'acquisizione di risorse tecnologiche, la seconda sull'analisi e sullo sviluppo dell'accoglienza e del sostegno bio-psico-sociale.

Fase 1 - La Rianimazione ha valenza dipartimentale e l'apertura della nuova ala tecnologica amplia la disponibilità di ricovero dell'ospedale di otto posti letto. Il reparto è organizzato attorno ad un'area di lavoro a controllo centrale con una strumentazione all'avanguardia: ventilatori, apparecchiature per la dialisi, sistemi extracorporei per il controllo della temperatura, letti-bilancia con sistema antidecubito, apparecchiature in grado di effettuare tutti i moderni trattamenti per aumentare la sopravvivenza dei pazienti a rischio elevato. Oltre al reparto di degenza altamente tecnologico e con un accesso rigidamente regolamentato, è stato strutturato un luogo di circa 90 mq, dedicato ai familiari, attrezzato per rendere più confortevole la permanenza e l'attesa con divani, sedie, biblioteca, frigorifero, dispenser di generi alimentari, televisore e lettore DVD con la proiezione ciclica di un filmato/documentario sull'organizzazione e sulle attività clinico-assistenziali svolte in reparto.

Fase 2 - Ai familiari vengono proposti:

- colloquio di accoglienza al primo accesso durante il quale si instaura una relazione di tipo empatico e collaborativo. Il colloquio è a cura del medico che accetta il ricovero, in collaborazione con l'infermiere che stila il programma assistenziale;
- colloquio giornaliero medico-psicologico di durata adeguata al tipo di richiesta sollevata dalla famiglia;
- supporto multidisciplinare durante l'accesso diretto in reparto;
- possibilità di colloqui con il primario e/o colloqui psicologici di sostegno individuali, familiari, o di gruppo, a richiesta dei familiari.

Per valutare l'efficacia del trattamento, si sono messi a confronto i contatti extratratamento, individuati come indicatori d'ansia manifesta, analizzati sul fattore tempo. L'ipotesi di partenza, che ha orientato la scelta degli indicatori, è che una corretta informazione, unitamente ad una comunicazione empatica, possa svolgere una funzione di contenimento dell'ansia dei familiari.

Gli indicatori utilizzati sono stati i seguenti:

- numero di telefonate in reparto da parte di medici di base (su richiesta della famiglia);
- numero di telefonate in reparto da parte di familiari;

- numero di richieste di colloquio con il Primario della Rianimazione;
 - numero di familiari che pernottano nello "Spazio-famiglia".
- Fattore tempo: sono stati individuati tre periodi di 90 giorni.

1° trimestre: dal 1 giugno al 31 agosto 2005

2° trimestre: dal 1 settembre al 30 novembre 2005

3° trimestre: dal 1 dicembre 2005 al 28 febbraio 2006

RISULTATI E VALUTAZIONE

Dalla lettura delle tabelle, con relativi grafici, si evince che tutti i fenomeni rilevati tramite gli indicatori, registrano una progressiva riduzione.

La Figura 1 a seguire mostra come la media di familiari che hanno usufruito della possibilità di pernottare nello Spazio-famiglia è passata da 10 ad 1, solo in virtù della maggiore disponibilità di informazioni e sostegno.

Anche il numero medio dei colloqui settimanali con il primario si è progressivamente e notevolmente ridotto, come mostra la Figura 2.

Figura 1 - Permanenza media notturna dei familiari nello Spazio Famiglia

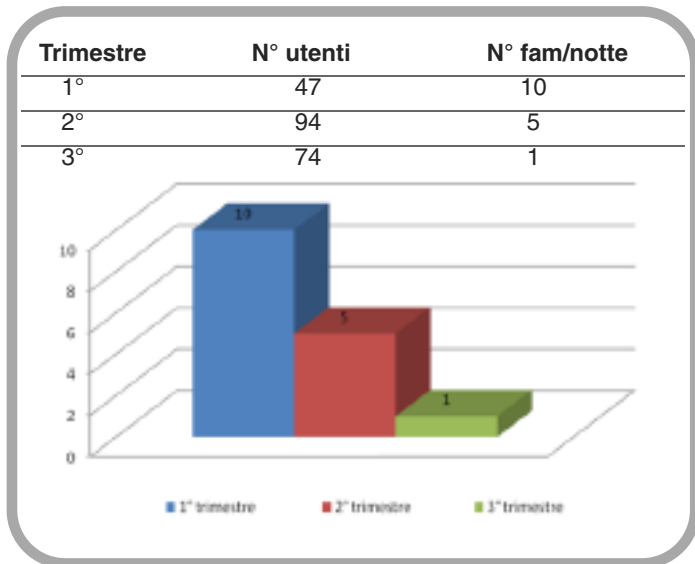
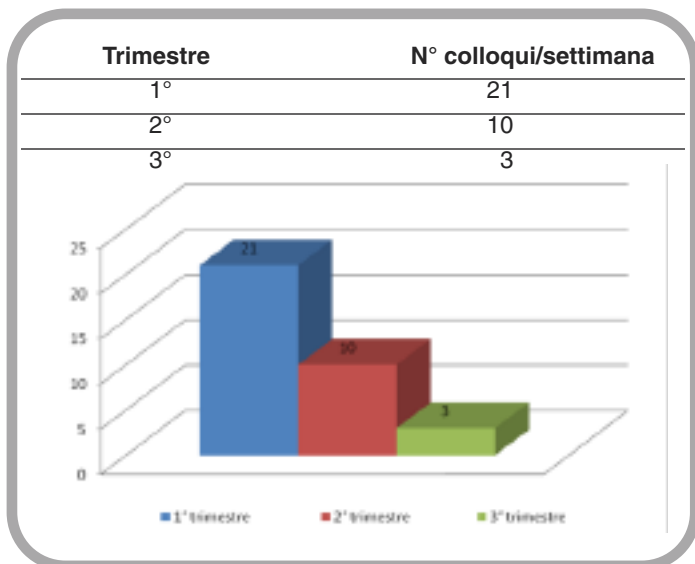


Figura 2 - Numero di colloqui medi settimanali con il primario



Nelle Figure 3 e 4, dal confronto tra i dati relativi ai tre trimestri, si conferma ancora una significativa diminuzione dei contatti telefonici da parte dei familiari, mentre per i contatti telefonici da parte dei medici di base si registra, già dal secondo trimestre, un azzeramento.

Figura 3 - Telefonate medie giornaliere in reparto da parte dei medici di base

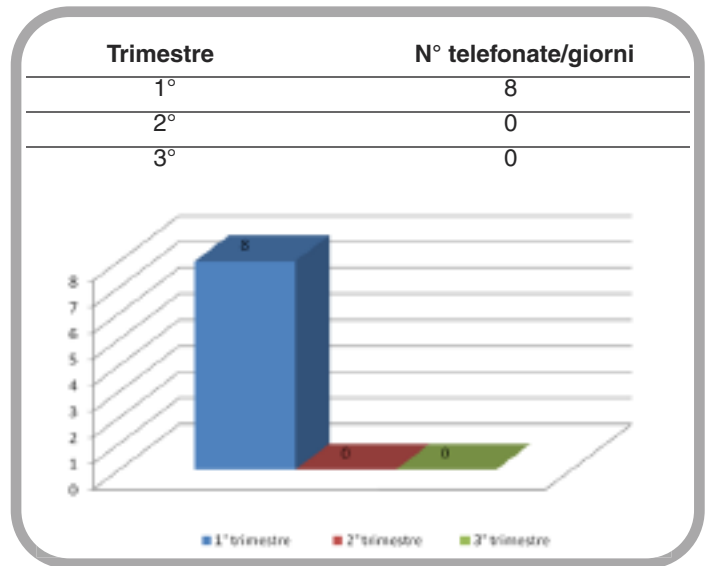
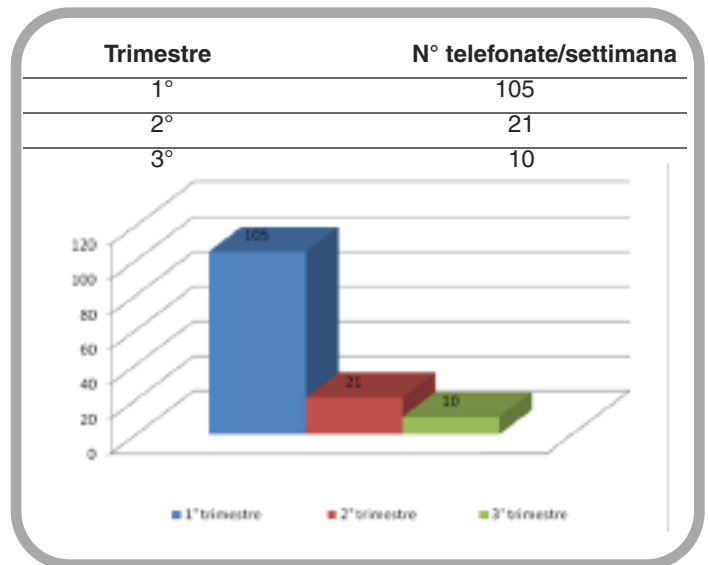


Figura 4 - Telefonate medie settimanali in reparto da parte dei familiari



CONCLUSIONI

Quello che emerge dallo studio è l'esigenza manifestata dai familiari di diminuire la sofferenza data dal distacco dal proprio congiunto. L'obiettivo dovrebbe quindi essere quello di garantire un maggior coinvolgimento del parente, compatibilmente con le esigenze del reparto. È risultato che il linguaggio comprensibile usato dal personale medico ed infermieristico per comunicare informazioni di carattere generale (stato di coscienza, alvo, diuresi, esami clinici, esigenze del paziente, ecc.), oltre a migliorare i livelli di comprensione, contribuisce ad abbattere le invisibili barriere che la sofferenza innalza. Lavorando con questo modello si evidenzia che una valida comunicazione, puntuale, diretta ed empatica non age-

vola solo il rapporto con la famiglia di riferimento ma anche con quelle che accederanno in tempi successivi al reparto, segnale ulteriore della crescente richiesta da parte di pazienti e familiari di ricoprire un ruolo attivo in un momento della vita così critico e depersonalizzante.

È stato inoltre progettato un sistema composto da webcam per dare la possibilità ai soli congiunti di avere un contatto visivo con il proprio caro da casa o durante i colloqui con l'équipe, e, con i personal computer portatili, di dare la possibilità ai pazienti coscienti di comunicare in tempo reale con la propria famiglia anche se distante. Si desidera in questo modo annullare o comunque minimizzare ogni forma di barriera, sia essa fisica o mentale, affinché i confini della cura diventino permeabili al calore delle esistenze. La cura e la professionalità posta alla base del processo comunicativo indicano quanto l'essere umano nella sua totalità sia centrale nel percorso di cura seguito.

La tecnologia, della quale la scienza medica si avvale, allargherà nel tempo i suoi confini; ciò che deve rimanere immutato è il rispetto della persona e della vita che accompagna ogni respiro ad un pensiero ed ogni pensiero ad un'emozione. Una rianimazione adeguata preserva il corpo con la sua mente.

BIBLIOGRAFIA

1. Dunstan GR. Hard question in Intensive Care: a moralist answers questions put to him at a meeting at the Intensive Care Society. *Anaesthesia* 1985;40:479.
2. Vincent JL. Communication in the ICU. *Int Care Med* 1997;23:1093-6.
3. Jastremsky CA: Caring for the families of those who die in the critical care unit. *CCM* 1998;26(7): 1150-1.
4. Azoulay E, Chevret S, Leleu G et al. Half the families of intensive care units patients experience inadequate communications with physicians. *CCM* 2000;28(8):3044-9.
5. Malacrida R, Bettelini CM, Degrate A et al. Reasons for dissatisfaction: a survey of relatives of intensive care patients who died. *CCM* 1998;26(7):1187-93.
6. Fins JJ, Solomon MZ. Communication in Intensive Care setting: The challenge of futility disputes. *CCM* 2001; 29(2) (Suppl): 10-15.

"Listening in the silence" - Intensive Therapy Built for People

Rationale. The aim of the project was to create a new Intensive Care Unit, where healthcare is jointed to patients' receipt and support.

Objectives. "San Leonardo" Intensive Care Unit was meant to let patients' relatives enter the division.

Methods. A multidisciplinary team take care of patients and their relatives during the staying through constant information, pointing out and talking about the state of anxiety-depression that comes out in the high-risk units of hospitals. Psychological support is given in the receipt of patients' relatives too.

Results. The efficiency of the project has been demonstrated comparing extra-treatment contacts (phone conversations with relatives, general practitioners and the head of the Unit, overnight staying in "Spazio Famiglia") and time factor. In the last three-month period there was a decrease of the extratreatment contacts and of relatives' anxiety.

Conclusion. For the next future, it has been planned a communication network between patients and their relatives, thanks to the use of webcams and notebooks, in order to make more contacts possible.

Key words: Receipt, Empathy, Support, Anxiety