



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI BRESCIA

DIPARTIMENTO DI SPECIALITÀ MEDICO-CHIRURGICHE,
SCIENZE RADIOLOGICHE E SANITÀ PUBBLICA

Corso di Laurea in Infermieristica

Elaborato finale

LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE VENTILATO:
STRATEGIE COMUNICATIVE ALTERNATIVE COME
STRUMENTO TERAPEUTICO

Relatore: Dott. Venturi Andrea

Laureanda:
Bonomi Denise

Matricola n. 726225

Anno Accademico 2020/2021

*“A me stessa,
alle mie immense fragilità e alla forza
con cui ho affrontato ogni istante.*

*Alla mia famiglia,
per la loro costante dedizione nel rendermi felice.”*

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1- Inquadramento teorico	4
1.1 L'essenza della relazione nel processo di cura	4
1.2 La comunicazione non verbale	8
1.3 La ventilazione meccanica invasiva e le barriere comunicative nel paziente ventilato	10
1.4 I limiti della comunicazione tra pazienti, professionisti e familiari	12
CAPITOLO 2- Materiali e metodi	16
2.1 Obiettivi dello studio	16
2.2 Quesito di background e strategia di ricerca	16
2.3 Criteri di selezione del materiale	17
2.4 Sintesi degli studi selezionati	18
CAPITOLO 3- Risultati della ricerca	21
3.1 L'esperienza dell'infermiere rispetto alla problematica della relazione con il paziente incapace di comunicare a voce	21
3.2 Metodologie di comunicazione alternativa	27
3.3 L'esperienza dei pazienti protagonisti della comunicazione non verbale	34
CAPITOLO 4- Discussione dei risultati	39
4.1 Valutazione critica della letteratura	39
4.2 Limiti della ricerca	40
CONCLUSIONI	42
BIBLIOGRAFIA	44

RINGRAZIAMENTI

ALLEGATO I - *Algoritmo di S. ten Hoorn, et al. 2016*

ALLEGATO II - *Dispositivo di tracciamento oculare (ETD), Duffy Erin I., et al.2018*

ALLEGATO III - *Tavola illustrativa, Duffy Erin I., et al.2018*

ALLEGATO IV - *Rappresentazione indicazioni operative per il personale sanitario*

INTRODUZIONE

Grazie alla mia ultima esperienza di tirocinio svolta nel reparto di Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale di Chiari, ho vissuto in prima persona quella che è la realtà dell'area critica. Ho sviluppato capacità e conoscenze che mi hanno portata ad approfondire ancor di più quello che inizialmente era solo un aspetto che attirava la mia attenzione. Durante questi mesi ho avuto l'opportunità di potermi avvicinare al letto dei malati, con la consapevolezza e la curiosità di osservare tutte quelle dinamiche ancor poco conosciute o ritenute non fondamentali per la presa in carico del soggetto.

L'area comunicativa e/o relazionale è uno dei punti cardine che si pone alla base dei principi e dei valori della professione infermieristica, ancor di più se applicata in contesti di cure intensive.

Un paziente si definisce critico quando presenta una condizione di insufficienza acuta di uno o più organi o sistemi con conseguente rischio per la vita. (*Gentili A. et al. 1993*)

La complessità dell'assistenza infermieristica in questo caso deriva sostanzialmente dalle condizioni di precarietà dell'assistito, dalla sua eccessiva suscettibilità ai cambiamenti e dall'imprevedibilità del suo stato clinico.

L'area critica, intesa anche come area situazionale, necessita di un'alta intensità di cura e rapidità di interventi atti a sostenere le funzioni vitali dell'individuo in condizioni cliniche instabili.

È doveroso, a tal fine, mettere in atto risposte assistenziali intensive per garantire una stabilizzazione del paziente sia dal punto di vista fisico che psicologico.

Tali criteri di azione si rendono necessari non solo per garantire la sopravvivenza della persona, ma anche per evitare l'insorgenza di complicanze e, in questo modo, tendere alla migliore qualità di vita possibile per il paziente.

L'assistenza infermieristica rivolta ad un paziente critico è indubbiamente complessa, richiede capacità organizzative particolari e presenta molteplici ambiti di applicazione. (*Gentili A. et al. 1993*)

La corretta gestione del malato richiede, oltre che un monitoraggio costante e globale, l'utilizzo di strumenti all'avanguardia che, spesso, sostituiscono le funzioni degli organi compromessi.

I presidi utilizzati sono fondamentali per salvaguardare le condizioni del paziente, ma determinano l'esposizione dello stesso ad un numero maggiore di fattori stressanti, che molto spesso vengono poco considerati. A tale scopo il professionista di area critica dovrebbe essere qualificato, attraverso un percorso di specializzazione post-base che gli permette una quantità, una qualità e una continuità assistenziale che lo contraddistingue dall'infermiere che opera in altre aree operative. Nonostante ciò, la continua evoluzione della gestione di questo tipo di soggetti ha portato notevoli sviluppi sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista del riconoscimento e della risposta ai bisogni del malato.

Il processo di assistenza infermieristica rappresenta il mezzo attraverso il quale l'infermiere progetta e realizza gli interventi che mirano alla risoluzione delle problematiche che l'assistito manifesta. Questo avviene mediante l'utilizzo di strumenti standardizzati e capacità decisionali che pongono le basi per supportare la pianificazione, la metodologia, l'erogazione e la valutazione dell'assistenza al paziente.

Tutto questo nell'ottica di un livello sempre più elevato di assistenza basata sulla centralità della persona, seguendo criteri di efficacia, efficienza ed equa distribuzione delle risorse sia materiali che umane. *(Istanboulian, et al. 2019)*

L'obiettivo di questo elaborato è quello di analizzare e approfondire la presa in carico del paziente critico soffermandosi in modo specifico sull'aspetto della comunicazione tra infermiere e assistito sottoposto a ventilazione meccanica in reparti di terapia intensiva.

La natura della relazione con i pazienti in area critica comporta, insieme allo sviluppo di conoscenze ed abilità finalizzate al trattamento e alla gestione della condizione fisica, l'accrescimento di competenze relazionali complesse basate sulla comprensione dell'esperienza soggettiva e dei problemi percepiti dai pazienti, ambiti ancora poco esplorati dalla ricerca infermieristica.

Consapevoli della complessità del problema, ancor più in questo contesto particolare, *comunicare resta un "tentativo" per il quale non vi è garanzia di*

risultato a priori, ma il cui risultato è oggetto di una molteplicità di variabili: lo scostamento fra la conoscenza del vissuto del paziente e la capacità di risposta da parte dell'operatore, l'interpretazione dei feed-back, l'utilizzo di più canali comunicativi espressivi e, non da ultimo, la difficile comprensione dei bisogni del paziente. (Arrigoni et al. 2013)

In questi anni mi sono chiesta molte volte se l'aspetto relazione rappresenti sempre e indubbiamente un punto di crescita per il paziente e per l'operatore.

Mi sono resa conto che questo non è sempre possibile, soprattutto all'interno di situazioni in cui sono presenti barriere comunicative che ostacolano pesantemente il rapporto tra l'assistito e l'esterno.

Infatti, quando la comunicazione fallisce, in parte o completamente, la frustrazione genera nel paziente sentimenti negativi impattanti sulla sua condizione clinica già di per sé instabile. Comunicare in modo efficace significa contenere lo stress che un'inadeguata comunicazione arreca, sia per il paziente sia per l'operatore. (Cornock MA. et al. 1998)

Al contrario, quando la comunicazione è efficace, l'azione educativa stimola le risorse del paziente e ne permette un ruolo attivo. (Cristensen M. et al, 2007)

Ne consegue quindi che l'infermiere deve acquisire competenze sempre più complesse ed articolate per essere efficace nell'assistenza al malato.

Questo “**tentativo**” di comunicare diventa ancor più difficile nel momento in cui si deve interagire con un paziente sottoposto a ventilazione meccanica invasiva, impossibilitato ad esprimersi verbalmente.

Molto spesso vi è la tendenza a dimenticare questo limite, ritenendolo poco significativo per il percorso di cura.

Viene focalizzata quindi l'attenzione sulla ricerca degli aspetti più evidenti che caratterizzano la comunicazione con questo tipo di assistiti, tra cui le esperienze e le metodologie utilizzate dal personale infermieristico, l'approccio e le strategie comunicative alternative disponibili, le barriere fisiche, psicologiche e materiali che incidono prepotentemente sull'organizzazione dell'assistenza e infine il vissuto dei pazienti ricoverati in terapia intensiva sottoposti a ventilazione meccanica.

CAPITOLO 1

Inquadramento teorico

1.1 L'ESSENZA DELLA RELAZIONE NEL PROCESSO DI CURA

Un buon livello di assistenza deve basarsi su interventi e tecniche di documentata efficacia, ma sarebbe riduttivo pensare che questa sia l'unica componente di un'assistenza di buona qualità. Quando si parla di assistenza infermieristica ci si riferisce ad un insieme di variabili che racchiudono sia contenuti teorici applicabili nella pratica, sia aspetti relazionali e di educazione.

“Assistere” significa dare attenzione, preoccuparsi per qualcuno, eseguire interventi che producano benefici non soltanto fisici e quindi “stare accanto” al paziente. (*Corner, 1997*).

Il concetto di aiuto è l'elemento centrale dell'assistenza infermieristica, e per questo motivo si parla di relazione di aiuto i cui obiettivi sono quelli di sostenere, assistere e prendersi cura.

Alla base di ciò una buona comunicazione non è mai disgiunta dall'empatia e dalle capacità di mettersi nei panni dell'altro, situazioni in cui gli aspetti cognitivi si incontrano con quelli emotivi e motivazionali. Per migliorare l'adattamento psicologico e sociale non conta solo quello che viene detto, ma il modo in cui viene detto, sia a livello verbale che non verbale, così come le condizioni in cui la comunicazione si realizza. E' necessario che un professionista sanitario possieda un'adeguata competenza relazionale in quanto ha il potere di indurre cambiamenti positivi o negativi nell'assistito e di conseguenza della sua condizione clinica. Quindi: aiutare significa anche attivare, alimentare, stimolare e sollecitare tutte le potenzialità dell'assistito, agendo in un'ottica di **empowerment**.

Con il Decreto Ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994 viene definito il profilo professionale dell'infermiere dove si identificano i campi di competenza dell'assistenza infermieristica, ossia: preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa secondo interventi di natura tecnica, educativa e relazionale. Vengono poste le basi riguardo alla sfera relazione e comunicativa come ambito di interesse della professione.

Successivamente nel 2019 con il nuovo Codice Deontologico della professione infermieristica vengono specificate e sottolineate maggiormente quelle che sono le attività dell'assistenza al malato.

Nel primo comma si introducono i principi e valori della professione facendo attenzione a quella che è la relazione con il paziente grazie all'introduzione dell'articolo 4: *“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.”*

La relazione implica ripartizione, proporzionalità e reciprocità fra le due parti, attraverso ascolto e dialogo. Il tempo che viene impiegato per la relazione con l'assistito deve essere la costante che guida il professionista nel suo agire.

A tal proposito per l'infermiere si può considerare un obbligo morale il fatto di riconoscere il tempo a disposizione per instaurare il miglior percorso di cura creando così “un'alleanza terapeutica”. Il tempo determina una buona occasione per l'incontro con il paziente, incrementando maggiormente anche l'esperienza personale del professionista.

La comunicazione oltre a rappresentare uno strumento con cui trasmettere informazioni o influenzare l'altra persona, rappresenta l'elemento essenziale attraverso il quale si realizza un rapporto sociale, ossia la costruzione di significati condivisi che entrambi i soggetti (chi ascolta e chi parla) devono comprendere. Non sempre la comunicazione avviene in modo simmetrico in cui entrambi i soggetti si trovano sulla stessa linea e possiedono gli stessi “poteri”. infatti, ad esempio, la relazione infermiere-paziente o medico-paziente non è simmetrica e paritaria perché è caratterizzata da saperi e poteri diversi: un soggetto necessita di cure e l'altro le eroga. Per questo importante motivo, affinché l'infermiere possa agire direttamente sulla relazione e sulla cura dell'assistito occorre infatti che, oltre a conoscere sé stesso e il contesto in cui opera, sappia chi è il malato, qual è il suo temperamento e quali sono le sue aspettative. (Fassio, 2006)

Watzlawick, Beavin e Jackson nel 1967 elaborarono “*La teoria della comunicazione*” con particolare attenzione agli aspetti comportamentali cercando così di descrivere l’ambito comunicativo nel dettaglio teorico.

Viene stabilito che ogni interazione, sia conscia che inconscia, fra due soggetti deve essere considerata comunicazione.

Questo gruppo di ricercatori ha individuato cinque assiomi della comunicazione umana che hanno implicazioni interpersonali.

Queste proprietà sono:

1. *L'impossibilità di non comunicare*: è impossibile non avere un comportamento, in una situazione di interazione il comportamento può assumere valore di messaggio e quindi vale a dire valore comunicativo semplicemente espresso con il corpo; si evince quindi che è impossibile non comunicare (un passeggero che ha gli occhi chiusi comunica che non vuole essere disturbato).
2. *Livelli comunicativi di contenuto e di relazione*: in ogni comunicazione sono presenti un contenuto e un aspetto di relazione in modo che il secondo classifica il primo ed è quindi “meta comunicazione”. Questo tipo di comunicazione si basa sul senso, sul valore e sul significato della comunicazione stessa. Si tratta di spiegare realmente ciò che si voleva intendere con il primo messaggio, assicurandosi che ciò che viene detto venga comunicato in modo efficace senza fraintendimenti. Si può dire che questa modalità di comunicazione sia rappresentata “da un messaggio sul messaggio”.
3. *La punteggiatura della sequenza degli eventi*: si tratta della connessione logica e temporale nella quale un’analista può osservare lo scambio di messaggi tra i soggetti. Ognuno interpreta la comunicazione degli altri in modo personale e di conseguenza organizza il proprio comportamento.
4. *Comunicazione numerica e analogica*: la comunicazione analogica non è altro che la comunicazione non verbale, mentre il linguaggio numerico o digitale serve a scambiare informazioni su certi “oggetti” e ha la funzione di trasmettere le conoscenze di epoca in epoca.

5. *Interazione complementare e simmetrica*: tutti gli scambi di informazioni possono essere simmetrici o complementari a seconda che si basino rispettivamente sull'uguaglianza o sulla differenza dei piani dove i soggetti si collocano.

Esempio di comunicazione non paritaria: medico-paziente.

Diverse sono le forme in cui può avvenire la comunicazione e variano fondamentalmente in base al contesto in cui ci si trova, alle condizioni dei soggetti e alle caratteristiche metodologiche-comportamentali dei protagonisti.

La **comunicazione verbale** è il modo più semplice per poter essere capiti e per capire gli altri. Rappresenta l'essenza della comunicazione, necessaria per sopravvivere, per proteggersi, per esporsi con il mondo esterno e per soddisfare i propri bisogni fisici e psicologici.

La **comunicazione para-verbale** rappresenta non tanto il messaggio, quanto il modo e il contesto in cui avviene lo scambio di informazioni. Si tratta principalmente di vocalizzazioni aggiuntive ossia esclamazioni, risate, pianti, sbuffi, intonazione e volume della voce. Ci sono vari aspetti della qualità della voce non legati direttamente al discorso ma alle emozioni che si vogliono esprimere: la velocità, il volume, la continuità e i momenti di silenzio che possono produrre enfasi, intensità o riflessione.

La **comunicazione non verbale** è il modo in cui possono essere espresse una grande quantità di informazioni attraverso un comportamento più istintivo costituito dalla gestualità, la mimica, il contatto corporeo e la postura. Gran parte dei messaggi inviati attraverso la comunicazione non verbale può essere evidenziata anche quando il soggetto non ha un'intenzionalità comunicativa o ancor prima che il soggetto decida consapevolmente di esprimersi.

Oltre a queste modalità comunicative che vengono utilizzate anche nella quotidianità e con cui si ha una certa padronanza, esistono metodi di comunicazione non verbale ben più difficili e poco conosciuti.

“Ma qual è il modo per comunicare efficacemente attraverso il linguaggio non verbale?”

Questa è la domanda che bisogna porsi nel momento in cui ci si trova di fronte ad una situazione in cui è impossibile comunicare a voce.

Se non conosciamo i metodi di comunicazione non verbale è impossibile comprendere e/o capire il messaggio che vogliamo mandare e/o che stiamo ricevendo. E' necessario quindi essere a conoscenza di tutte quelle che sono le modalità con cui un soggetto si esprime attraverso il linguaggio del corpo, senza l'utilizzo della voce e delle parole.

1.2 LA COMUNICAZIONE NON VERBALE

La comunicazione infermiere-paziente nei reparti di terapia intensiva e nei reparti semi-intensivi è spesso difficoltosa e ciò è dovuto principalmente all'impossibilità dell'assistito di comunicare verbalmente. Il paziente sottoposto a ventilazione meccanica non ha altro modo di interagire con l'esterno che attraverso il linguaggio del corpo. Relazionarsi in modo efficace permette agli assistiti di esprimere i propri bisogni personali ma anche di far comprendere sentimenti, emozioni, opinioni e stati d'animo.

“Il volto è l'unico fatto sociale che riflette con precisione la nostra esperienza soggettiva” (*Ekman, 1957*), soprattutto durante la pratica clinica.

Molto spesso però la comunicazione non verbale può trasmettere informazioni o richieste che in quel momento un soggetto non intendeva comunicare, eppure attraverso il suo corpo lo ha fatto inconsapevolmente. D'altro canto però, durante l'interazione con un paziente sottoposto a ventilazione meccanica, ogni piccolo segno potrebbe significare grandi quantità di informazioni da tenere in considerazione. E' un processo dinamico e in continua mutazione ed è indispensabile essere in grado, come operatore sanitario, di percepire ogni sforzo che il paziente compie per farci arrivare anche un semplice messaggio. Le principali modalità espressive della comunicazione non verbale che il paziente può utilizzare per esprimere i propri bisogni o che il professionista utilizza per interagire con l'assistito sono rappresentate da:

- *Postura e orientamento del corpo*: rappresentata dalla posizione del corpo consapevolmente o inconsapevolmente assunta dal soggetto per definire la propria relazione con il contesto e con l'altro. Gli assetti posturali della comunicazione hanno un elevato significato pragmatico, ossia influenzano in modo determinante il comportamento altrui; Essi assolvono un ruolo

essenziale sia nell'aprire, mantenere o interrompere la comunicazione tra più individui. (Nanetti, 1996)

- *Comportamento spaziale*: indica la collocazione del corpo nello spazio. Lo studio dell'uso che l'uomo fa dello spazio sociale, personale e della percezione che ha di sé è la prossemica. È importante in ambito assistenziale in quanto l'ospedalizzazione stravolge le abitudini personali e l'uso dell'ambiente circostante fino ad arrivare in alcuni casi alla spersonalizzazione, che può divenire fattore causale di stati patologici come il disorientamento spazio-temporale.
- *Gestualità*: in genere durante l'interazione verbale tra due soggetti, l'utilizzo di particolari gesti ha l'obiettivo di illustrare o enfatizzare inconsapevolmente ciò che viene detto a voce. Altri segnali invece, soprattutto se vengono rappresentati da un paziente impossibilitato ad esprimersi verbalmente, possono essere tradotti in gesti di adattamento che rappresentano un modo per chiedere e soddisfare i propri bisogni. In genere, un paziente cosciente emette segnali con l'intenzione di veicolare un messaggio preciso.
- *Contesto*: secondo Bateson, (1972) il contesto è la matrice di significati. E' dato dal tempo, dallo spazio e dallo spessore sociale. Il momento inteso come orario, stagione ecc., il luogo fisico inteso come casa, ospedale, parco, ecc. e l'insieme di convenzioni, cultura ed esperienze danno significato alla relazione comunicativa. *Nel caso in cui il contesto non è condiviso, si possono avere disguidi ed incomprensioni perché ciascuno dà un significato diverso da ciò che accade.* (Natoli et al., 2006)

E' molto semplice quindi sviluppare una relazione di cura inefficace e poco incentivante utilizzando esclusivamente la comunicazione non verbale, anche perché il professionista sanitario deve tener conto che durante la pratica assistenziale, il paziente è il primo soggetto che ancor prima di ascoltare le parole osserva il volto: il corrugamento della fronte potrebbe indicare tensione, concentrazione o sforzo; storcere il naso potrebbe significare disgusto; abbassare lo sguardo potrebbe riflettere imbarazzo o rispetto; fissare attentamente una persona negli occhi potrebbe manifestare sicurezza oppure aggressività.

Questa immensità di comportamenti, di fronte ad un soggetto impossibilitato ad esprimersi verbalmente rappresentano il primo motivo di incomprensione e allontanamento.

Il linguaggio non verbale rappresenta la fonte principale dei fraintendimenti e dei malintesi interpretativi che possono causare l'interruzione o il fallimento degli obiettivi della comunicazione o rendere più difficile la relazione. In tale contesto il comportamento non verbale costituisce il mezzo primario per segnalare o recepire i mutamenti di qualità nell'evolversi delle interazioni comunicative. (*Danzinger, 1982*).

Comunicare è essenziale ma per fare ciò è importante per gli infermieri conoscere e valutare le esigenze che variano da paziente a paziente.

Individuare le opportune strategie comunicative per limitare la frustrazione e il senso di impotenza dell'assistito rappresenta la base dell'assistenza. Assicurare l'accessibilità del piano assistenziale a tutto il personale che interagisce con il paziente rappresenta la collaborazione e la promozione di una comunicazione efficace e positiva in un'ottica di empowerment.

Tuttavia ad oggi gli studi che sono stato ricercati identificano una mancanza di formazione e conoscenze post-base per gli infermieri che intendono lavorare in reparti di terapia intensiva a stretto contatto con pazienti incapaci di comunicare verbalmente.

1.3 LA VENTILAZIONE MECCANICA INVASIVA E LE BARRIERE COMUNICATIVE NEL PAZIENTE VENTILATO

L'aspetto comunicativo riveste un ruolo fondamentale per la vita del paziente tracheotomizzato che si trova in una situazione di incapacità di esprimersi a voce.

Questa difficoltà deriva dal fatto che a livello della trachea viene inserito un presidio medico chirurgico chiamato cannula che, aggiunto alla presenza di una cuffia, esclude il passaggio d'aria espirata attraverso le corde vocali, impedendo così l'emissione di qualsiasi suono e, quindi, l'espressione verbale. (*Grossbach I, et al. 2011*). Il posizionamento di una cannula endotracheale o il confezionamento di una tracheotomia e/o tracheostomia permette al paziente di essere sottoposto ad una ventilazione artificiale continua e prolungata, indispensabile per lo

svolgimento di ogni processo organico. Questa metodica di accesso alle vie respiratorie rappresenta la tecnica più antica, ma ancora oggi, insieme o in alternativa all'intubazione tracheale, costituisce la scelta migliore per consentire una ventilazione polmonare ottimale, sia in respirazione spontanea, sia in assistenza respiratoria.

Nei reparti di Rianimazione è possibile incontrare pazienti coscienti e/o incoscienti, sottoposti a ventilazione meccanica; in questo elaborato l'attenzione è rivolta a coloro che percepiscono la realtà in maniera trasparente e che quindi non vengono sottoposti a nessun tipo di terapia sedativa. L'assenza di sedazione riveste per il paziente sia un lato positivo che uno negativo. La positività dell'azione è rappresentata dalla stabilità clinica per cui non è necessario ricorrere alla sedazione per controllare le sue funzioni vitali; dall'altro lato però questa sua condizione di veglia implica l'instaurarsi di un contatto con chi gli sta attorno e quindi inevitabilmente la necessità di comunicare i propri bisogni, non potendo svolgere in autonomia anche le più semplici delle attività quotidiane.

A livello medico è necessario però fare chiarezza sull'utilizzo corretto dei termini tracheotomia e tracheostomia sopra citati. Con il primo termine si intende il risultato finale dell'atto chirurgico di posizionamento di una cannula mediante sezionamento temporaneo e reversibile della parete tracheale e della cute, mentre con il termine tracheostomia ci si riferisce al confezionamento definitivo di uno stoma, ossia di un'apertura chirurgica della trachea con abboccamento dei suoi margini alla cute e inserzione della cannula. Entrambi gli interventi si effettuano perché sono molto più tollerati dal paziente rispetto ad un tubo endotracheale e riducono inoltre di gran lunga il rischio di complicanze infettive e di estubazione accidentale. (*Gentili A. et al. 1993*)

Le parti principali di una cannula endotracheale sono le seguenti: la cannula, ossia la parte esterna che viene inserita in trachea; la contro-cannula, ovvero un tubo rimovibile del diametro interno della cannula che serve per evitare ostruzioni a causa del ristagno di secrezioni e per mantenere la cannula nella posizione corretta evitando spostamenti accidentali.

La finalità del posizionamento di una via respiratoria artificiale è quella di:

- Realizzare una comunicazione diretta tra aria ambiente e vie aeree inferiori, superando così eventuali ostacoli presenti nel cavo orale o a livello faringo-laringeo.
- Ridurre l'entità dello spazio morto anatomico migliorando la ventilazione alveolare.
- Consentire una valida toilette bronchiale.
- Stabilire una netta separazione tra le vie aeree e le vie digestive.
- Rendere possibile il collegamento del paziente al respiratore automatico.
- Permettere ai pazienti coscienti una ripresa dell'alimentazione per via orale.

La ventilazione artificiale ha lo scopo di fornire un sufficiente apporto di ossigeno all'organismo garantendo un adeguato scambio gassoso e rimuovendo l'anidride carbonica. (*Gentili A. et al. 1993*)

Nella pratica clinica, la ventilazione meccanica viene intrapresa ogni volta che a causa di un'insufficienza respiratoria si ha una caduta della ventilazione spontanea del paziente tanto grave da minacciare la sua salute.

Il problema emergente da affrontare con massimo rispetto in questi casi particolari è l'interazione sociale, proprio perché i pazienti ventilati meccanicamente descrivono la compromissione della comunicazione come uno degli eventi più stressanti, disumanizzanti e frustranti del ricovero ospedaliero. (*Karlsson V. et al; Guttormson J. et al. 2015*)

Per questo motivo, gli articoli ricercati hanno evidenziato quali siano state le emozioni e i sentimenti sviluppati dagli assistiti durante il loro percorso clinico così da rendere disponibile l'esperienza personale del paziente stesso.

1.4 I LIMITI DELLA COMUNICAZIONE TRA PAZIENTI, PROFESSIONISTI E FAMILIARI

Spesso il paziente ricoverato in terapia intensiva o in un reparto semi-intensivo non è in grado di esprimersi verbalmente e questo è il primo aspetto limitante della sfera comunicativa e successivamente del suo stato clinico. Si aggiunge poi la limitazione o l'impossibilità di potersi relazionare con i propri cari, familiari o amici.

Questi tipi di ambienti, altamente asettici, nella maggior parte dei casi non permettono alla famiglia di comunicare fisicamente con il paziente, fondamentalmente per questioni organizzative di reparto. Ne consegue che le ansie, le paure e le preoccupazioni si moltiplicano e assumono un carattere rilevante nel processo di guarigione dell'assistito. La sua incapacità ad esprimersi, unita alla solitudine e alla presenza di un ambiente a lui estraneo, suscita angoscia e richiede un approccio medico-infermieristico finalizzato soprattutto a colmare questo suo stato di abbandono dalla famiglia e dalle sue abitudini sociali. I pilastri di una comunicazione efficace sono la veridicità, la coerenza e la gradualità. (*Raccomandazioni SIAARTI, 2020*)

La comunicazione clinica ha cinque obiettivi essenziali:

1. fornire informazioni comprensibili sulla malattia e sulle opzioni terapeutiche;
2. ottenere informazioni sulle aspettative dei familiari e sui valori e le scelte del paziente;
3. mostrare empatia e partecipazione;
4. consentire ai familiari di esprimere le proprie emozioni;
5. prevenire incomprensioni e conflitti con il team di assistenza.

I familiari rappresentano una risorsa unica e fondamentale per la buona riuscita di una assistenza, in modo ancor più rilevante in questo tipo di pazienti così suscettibili e fragili già di per sé. Resta indispensabile per il professionista sanitario collaborare in stretto contatto con le persone più presenti nella vita del paziente, cercando di raccogliere più informazioni possibili utili allo sviluppo del percorso clinico-assistenziale e condividendo gli aspetti più significativi del piano diagnostico-terapeutico adottato.

È necessario precisare che il coinvolgimento dei familiari avviene sia nell'interesse del paziente, in quanto rende possibile ricostruire la sua anamnesi, la sua biografia e i suoi valori, sia nell'interesse dei familiari, in quanto la comunicazione da parte dell'équipe di cura instaura un senso di vicinanza al proprio caro e consente la miglior tutela della loro salute.

Dal punto di vista della dimensione psichica e sociale, è indubbio che la ricezione delle notizie sul decorso clinico del proprio caro svolga un ruolo estremamente significativo per la riduzione del disagio psicologico dei familiari.

Se fino a qualche tempo fa le uniche limitazioni erano quelle sopra descritte, ad oggi, durante una pandemia, il problema diventa ancor più difficile di quanto possa sembrare.

In situazioni in cui l'isolamento è necessario e il contatto fisico è praticamente ridotto alle massime necessità, la dimensione relazionale ed umana assume straordinaria rilevanza.

Instaurare e mantenere una comunicazione efficace fra operatori e ricoverati è difficoltosa, sia per il quadro clinico instabile, sia per la necessità di utilizzare DPI che impediscono anche il riconoscimento del professionista. La comunicazione è al tempo stesso essenziale per i pazienti ricoverati, perché hanno la possibilità di comunicare esclusivamente con gli operatori di reparto.

Pur con le limitazioni che i dispositivi di sicurezza causano, rendendo irriconoscibili e privi di espressioni di mimica facciale chiunque, i professionisti sanitari devono rivestire anche il ruolo relazionale che normalmente è ricoperto da parenti e amici.

Nei mesi scorsi, i familiari e/o caregiver anche se non potevano comunicare fisicamente con il paziente avevano la possibilità di osservarlo da lontano e di avere comunque un confronto con i medici e infermieri in tempi e modi stabiliti.

Nell'emergenza, si è privilegiato il livello informativo del colloquio con i familiari anche se questo ha comportato molteplici difficoltà di interazione. E' necessario richiamare l'attenzione sulla comunicazione intermediata tecnologicamente, che oggi giorno, come abbiamo potuto osservare, riveste un'importanza sempre maggiore. Quando si utilizza una comunicazione attraverso modi che non contemplano l'interazione diretta fra le due parti, va tenuta in considerazione la perdita di elementi non verbali potenzialmente utili a una buona comprensione reciproca, soprattutto se parliamo di soggetti che comunicano quasi totalmente con il linguaggio non verbale.

In questi ultimi tempi, anche le procedure ordinarie della pratica clinica, tra cui la comunicazione, sono state inevitabilmente stravolte dal carico di lavoro e dal tempo limitato a disposizione degli operatori. E' stato comunque necessario garantire ai familiari un tempo appropriato per la comunicazione, in una situazione in cui, in ragione delle caratteristiche del contesto emergenziale, essa è

fortemente limitata nelle sue componenti non verbali e nella sua valenza terapeutica.

Ora come mai, emerge con evidenza che la cura è un atto relazionale fondamentale anche in contesti di emergenza.

CAPITOLO 2

Materiali e Metodi

2.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO

- Definizione della relazione infermiere-paziente.
- Approfondimento delle teorie e dei campi di applicazione della comunicazione.
- Definizione dei bisogni relazionali e dei limiti del paziente incapace di comunicare verbalmente.
- Descrizione del paziente portatore di tracheotomia e/o tracheostomia sottoposto a ventilazione meccanica invasiva in area intensiva.
- Approfondimento della relazione con i caregivers durante la pandemia da Covid-19.
- Condurre una sintesi degli studi disponibili in letteratura correlati all'esperienza relazionale vissuta dagli infermieri e dai pazienti portatori di tracheostomia/tracheotomia, in terapia intensiva e in reparti sub-intensivi.
- Esaminare metodi di comunicazione alternativi a quella verbale.
- Identificare le strategie disponibili per migliorare la comunicazione infermiere-paziente.

2.2 QUESITO DI BACKGROUND E STRATEGIA DI RICERCA

“Esistono metodi di comunicazione alternativi e/o innovativi rispetto alla comunicazione verbale tra infermiere e paziente tracheostomizzato sottoposto a ventilazione meccanica?”

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione e l'utilizzo di banche dati online quali Pubmed (Medline), motori di ricerca quali Google e Google scholar e tramite integrazioni e approfondimenti con altre fonti quali libri, siti web (ANIARTI: Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) e linee guida.

Per definire il campo di ricerca è stato sviluppato un quesito clinico seguendo la metodologia PIO: Population, Intervention, Outcome che ha permesso di approfondire in maniera strutturata il quesito.

Non è stata presa in considerazione durante questo studio la fase di comparazione (C=Comparison del metodo PICO), in quanto non utile al tipo di ricerca effettuata.

Il quesito iniziale è stato utilizzato per intraprendere la ricerca degli articoli in modo generale.

QUESITO DI BACKGROUND SECONDO MODELLO PIO

P (Population or Patient)	Pazienti adulti portatori di tracheostomia e/o in ventilazione meccanica, incapaci di comunicare verbalmente con Glasgow Coma Scale > 13.
I (Intervention)	Strategie e metodi disponibili in letteratura, che l'infermiere può utilizzare per migliorare la comunicazione.
O (Outcome)	Determinare un miglioramento dell'efficacia della relazione tra infermiere e paziente ventilato ottenendo un'assistenza di qualità.

2.3 CRITERI DI SELEZIONE DEL MATERIALE

La consultazione delle banche dati è stata effettuata utilizzando la combinazione delle seguenti parole chiave in lingua inglese: tracheostomy, ventilated patient, alternative communication, patients' experience, conscious patient, Augmentative and alternative communication, nursing, nonspeaking patient, mechanical ventilation.

Per delineare gli articoli in modo più mirato è stato utilizzato l'indicatore booleano "AND" che ha permesso di includere nella ricerca entrambe le parole, i campi o i valori definiti ritenuti indispensabili.

Per la revisione sono stati selezionati e successivamente inclusi nella ricerca:

- Studi pubblicati dal 2011 al 2021;
- Studi con abstract e full text disponibili;
- Studi in lingua italiana e inglese;
- Studi rivolti ad una popolazione adulta > 18 anni;
- Studi che prendono in considerazione pazienti tracheostomizzati e/o ventilati, incapaci di comunicare verbalmente;
- Studi che descrivono le possibili strategie comunicative alternative, applicabili nella pratica clinica;

Sono stati invece esclusi dalla ricerca:

- Studi pubblicati prima del 2011;
- Studi senza disponibilità di full free test;
- Studi rivolti ad una popolazione inferiore a 18 anni;
- Studi con titolo non coerente alle mie richieste;

2.4 SINTESI DEGLI STUDI SELEZIONATI

Banca dati	Chiavi di ricerca	Articoli trovati	Articoli Inclusi	Riferimenti bibliografici
Pubmed	Ventilated patient AND alternative communication	86	6	-KS. Dithole et al. “Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients.” -S. Ten Hoorn et al. “Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients.” -Istanboulian Laura et al. Systematic Reviews: “Barriers to and facilitators for use of augmentative and alternative communication and voice restorative devices in the adult in ICU”

				-Pina Sara et al. "Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients."
				-Chittenden Eva H. and Craig D. Blinderman. "Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit."
				-Duffy Erin I. et al. "A pilot study assessing the spiritual, emotional, physical/environmental, and physiological needs of mechanically ventilated surgical intensive care unit patients via eye tracking devices, head nodding, and communication boards."
Conscious patient AND tracheostomy	166	1		-Modrykamien Ariel M. "Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients."
Communication AND nonspeaking patient	17	4		-Asaad Nasser Salim Al-Yahyai et al. "Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy". -Jill V. Radtke, et al. "Nurses' perceptions of communication training in the ICU."

			- Mary Beth Happ et al. "Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit."
			- Broyles Lauren M. et al. "Use of Augmentative and Assistive Communication Strategies by Family Members in the ICU."
Augmentative and alternative communication AND nursing	44	1	-Marci Nilsen et al. "Nurse and Patient Characteristics Associated with Duration of Nurse Talk During Patient Encounters"
Patients' experiences AND mechanical ventilation AND communication	232	3	- Danille Prime et al. "Patient experiences during awake mechanical ventilation." - Marci Lee Nilsen et al. "Nurse and Patient Characteristics Associated with Duration of Nurse Talk During Patient Encounters in ICU." -Guttormson Jill L., et al. "Not Being Able to Talk was Horrid": A Descriptive, Correlational Study of Communication During Mechanical Ventilation."
TOTALE ARTICOLI INCLUSI		15	

CAPITOLO 3

Risultati della ricerca

Gli articoli sono stati aggregati e analizzati per concetti e tematiche che trattassero lo stesso argomento e/o aspetti simili attraverso quesiti di foreground più specifici. E' stato presentato un riepilogo accurato degli studi presi in considerazione per una particolare variabile ed è stata proposta una sintesi argomentativa del contenuto e dei risultati di ogni articolo.

3.1 APPROFONDIMENTO DELL'ESPERIENZA DEL PERSONALE INFERMIERISTICO IN RELAZIONE ALL'ASPETTO COMUNICATIVO CON IL PAZIENTE INCAPACE DI COMUNICARE VERBALMENTE.

Per raggruppare questi studi sono stati posti i seguenti quesiti di foreground:

- Il personale infermieristico che esperienza possiede rispetto all'area relazione con il paziente ventilato in reparti di terapia intensiva?
- Conosce le strategie che può applicare nella pratica clinica?
- Si sente preparato ad affrontare questo tipo di comunicazione?
- Come vengono valutate le strategie comunicative dal personale infermieristico durante la pratica assistenziale?

Lo scopo degli articoli è quello di descrivere l'esperienza e la percezione dei professionisti sanitari rispetto alla comunicazione con il paziente portatore di tracheostomia/tracheotomia o tubo endotracheale. L'approfondimento di questo aspetto include anche l'applicazione di particolari tecniche e strumenti di formazione da poter offrire al personale infermieristico così da implementare la loro formazione sulle competenze comunicative.

Titolo	Caratteristiche dell'infermiere e del paziente associate alla durata della comunicazione durante gli incontri tra infermiere-paziente in terapia intensiva.
Autori, anno	Marci Lee Nilsen, Susan Sereika, Mary Beth Happ. National Institutes of Health, NIH (2013).
Tipo di studio	Studio osservazionale.

Campione	<p>Sono stati considerati 30 infermieri con almeno un anno di esperienza infermieristica nel reparto di terapia intensiva, che svolgevano turnazioni a tempo pieno, erano di lingua inglese e non avevano problemi di udito o parola.</p> <p>I pazienti selezionati sono stati 89, non parlanti a causa del tubo endotracheale o della tracheostomia, intubati per più di 48 ore, in grado di comprendere l'inglese, con una Glasgow Coma Scale maggiore di 13.</p>
Materiali e Metodi	<p>Analisi osservazionale per testare l'impatto di due interventi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formazione sulle abilità comunicative di base per gli infermieri; 2. Formazione sui dispositivi di CAA con consulenza logopedistica.

Titolo	Percezione degli infermieri rispetto alla formazione e alla comunicazione in terapia intensiva.
Autori, anno	Jill. V Radtke, Judith A Tate, Mary Happ. National Institutes of Health, NIH (2012).
Tipo di studio	Intervista e analisi qualitativa de dati.
Campione	Sono stati considerati 6 infermieri e 6 pazienti degenti in terapia intensiva. Le variabili incluse per la selezione del campione sono state: competenza comunicativa percepita, intenzione di comunicazione, benefici della formazione, ostacoli all'attuazione, utilizzo delle strategie, condividere le indicazioni.
Materiali e Metodi	Analisi dell'esperienza degli infermieri in merito ad un intervento di comunicazione: BCST (Basic Communication Skill Program). Conoscenza delle percezioni degli infermieri rispetto ai dispositivi di comunicazione elettronica e del linguaggio logopedistico.

Titolo	L'ascolto del paziente senza voce: case report nella comunicazione assistita nel reparto di terapia intensiva.
Autori, anno	Mary Beth Happ., Jill V. Radtke, Brooke M. Baumann, Kathryn L. Garret, (2011)
Tipo di studio	Case report, studio osservazionale.
Campione	Sono stati considerati tre pazienti in condizioni cliniche di differente gravità neurologica/cognitiva, sensoriale, motoria e comunicativa.
Materiali e Metodi	In base alle differenze dei tre casi clinici sono stati attuati interventi di comunicazione alternativa proposti al personale infermieristico attraverso l'utilizzo di CAA, consulenza logopedistica e valvole fonatorie.

Titolo	Intervento sulle abilità comunicative: promuovere una comunicazione efficace tra infermieri e pazienti ventilati meccanicamente.
Autori, anno	KS Dithole, Gloria Thupayagale, Oluwaseyi A. Akpor, Mary M. Moleki. BMC infermieristica (2017).
Tipo di studio	Intervista e analisi qualitativa dei dati.
Campione	Partecipazione di venti infermieri di terapia intensiva tra i 25 e 51 anni con un'esperienza lavorativa di almeno un anno. I pazienti considerati sono stati 16, ventilati meccanicamente.
Materiali e Metodi	Dopo l'intervista personale agli infermieri rispetto alla loro esperienza comunicativa con i pazienti di terapia intensiva sono stati organizzati dei laboratori interattivi e dei lavori in gruppo.

Con lo studio sopra citato di *Mary Beth Happ. et al. (2011)* vengono descritte le esperienze e le percezioni degli infermieri rispetto all'ambito della comunicazione con pazienti non parlanti, degenti nelle unità di terapia intensiva.

L'infermiere professionista di area critica svolge mansioni sempre più tecniche e all'avanguardia, finalizzate alla cura e all'assistenza di coloro che presentano

caratteristiche cliniche instabili e che quindi hanno bisogno di un monitoraggio preciso e continuo. Come risultato di queste condizioni di malattia, i pazienti considerati critici presentano un livello di vulnerabilità sempre maggiore rispetto all'interruzione della comunicazione e alle conseguenze associate. Per questo motivo, il professionista riveste il ruolo di unico partner con cui il malato può relazionarsi e affacciarsi al mondo esterno. (*Mary Beth Happ. et al. 2011*)

La responsabilità dell'infermiere in questi casi viene considerata come valore fondamentale dell'assistenza, perché è lui stesso che deve essere in grado di percepire, capire e agire secondo i bisogni e le richieste dell'assistito, spesso non esplicite e chiare a causa dell'incapacità di comunicare a voce.

Gli scambi di comunicazione sono spesso limitati a brevi dichiarazioni relative a compiti o procedure avviate e controllate dall'infermiere nei confronti del malato (*Ashwort, 1980; Hall 1996; Happ et al.,2011; Salyer e Stuart, 1985*).

Tale comunicazione, pressochè unilaterale, ostacola ed esclude il paziente dal processo decisionale relativo al suo trattamento, incrementando sensazioni di angoscia, frustrazione e perdita del senso di controllo. (*Jill V. Radtke, et al. 2012*)

In merito a ciò, gli studi selezionati hanno cercato di capire se il professionista si sente preparato per affrontare queste situazioni delicate e per salvaguardare il malato da questo suo senso di impotenza. *KS Dithole et al. (2017)* dichiara che i partecipanti al suo studio, nonché gli infermieri di terapia intensiva presi in considerazione, trovano particolarmente difficile comunicare con pazienti molto malati, incoscienti, sedati o ventilati meccanicamente proprio perché l'interazione tra infermiere e paziente, in questi casi, richiede conoscenze, abilità e impegni specifici. Gli infermieri di terapia intensiva riferiscono di aver imparato a comunicare con i pazienti intubati e ventilati attraverso tentativi ed errori, osservando gli altri (*Hemsley et al. 2001*).

Per supportare questa affermazione è necessario specificare che tutti gli studi analizzati hanno alluso alla necessità di una formazione post-base rivolta ai professionisti rispetto alle abilità comunicative/relazionali da applicare durante l'assistenza al malato, per il semplice motivo che gli infermieri di terapia intensiva dichiarano di non ricevere alcuna formazione sulla valutazione della comunicazione o sulle tecniche da utilizzare con pazienti che non parlano.

KS Dithole et al. (2017) descrive e illustra i risultati che sono emersi attraverso un programma organizzato sulla base di laboratori riguardanti abilità comunicative per infermieri, al fine di aiutarli a raggiungere le capacità per relazionarsi efficacemente con pazienti ventilati. I laboratori interattivi sono stati condotti coinvolgendo in prima persona il professionista attraverso la simulazione di situazioni reali che potrebbero accadere durante la pratica clinica e la dimostrazione delle tecniche disponibili da applicare. Gli scenari hanno incluso la comunicazione durante l'intubazione, l'aspirazione o per esempio la cura della tracheotomia. E' seguita poi la discussione di gruppo e lo scambio di esperienze personali tra i partecipanti che li hanno aiutati a comprendere quali siano stati i comportamenti, i punti di forza e di debolezza rispetto al loro agire.

L'accento è stato posto sulla valutazione iniziale del paziente con lo scopo di identificare la sua capacità di comunicare in modo che l'infermiere possa verificare quale dei dispositivi e degli strumenti sono più indicati e appropriati al paziente stesso. Da questo studio sono emersi sei temi:

- Accettazione dello sviluppo di conoscenze e competenze da parte degli infermieri, attraverso i laboratori proposti.
- Supporto alla gestione.
- Apprezzamento dei dispositivi di comunicazione aumentativa e alternativa (CAA).
- Cambiamento negli atteggiamenti con il paziente.
- La necessità di condividere con i colleghi le conoscenze acquisite.
- L'inclusione di corsi di formazione sulle abilità comunicative come parte integrante di un pacchetto di orientamento per tutti gli infermieri.

La maggior parte dei partecipanti, come afferma lo studio in questione, hanno dichiarato di aver iniziato ad applicare le strategie di comunicazione che hanno imparato durante questo percorso e hanno sostenuto fortemente di incorporare la comunicazione con i pazienti come area di prestazione da valutare durante la degenza nei reparti di terapia intensiva e rianimazione. Nonostante gli apprezzamenti in merito, è stata sottolineata la necessità di un supporto alla gestione da parte dei coordinatori dell'unità operativa e della direzione, chiedendo loro di garantire tutto il materiale disponibile affinché questo tipo di comunicazione

possa essere applicata nel migliore dei modi. Inoltre è stato ribadito il fatto che durante l'orientamento universitario non è stata data enfasi e importanza alla comunicazione, partendo dal presupposto che si dà per scontato che tutti gli infermieri possano comunicare con pazienti ventilati senza difficoltà, invece non è così.

Jill V. Radtke, Mary Beth Happ et al. (2012) descrivono maggiormente quelli che sono stati i limiti e gli ostacoli incontrati durante il programma di formazione dello studio analizzato in relazione a questo elaborato. Nonostante l'intenzione di comunicare fosse ben sostenuta da tutti i partecipanti, i vincoli di tempo sono emersi ripetutamente come soglia o fattore determinante nelle preferenze e nelle decisioni di utilizzare o rifiutare le tecniche di comunicazione alternativa. Non tutti i partecipanti hanno accettato o adottato i principi del programma perché ritenuti poco indispensabili rispetto alla gestione clinica del malato, in particolar modo per i pazienti con stato mentale compromesso, in cui le attività mediche hanno la priorità sulla comunicazione. Gli infermieri, durante l'assistenza al malato, hanno incontrato altre barriere che hanno impedito la piena implementazione delle nuove conoscenze comunicative. Alcuni ausili come i pannelli oculari o la scansione assistita sono stati valutati come irrealizzabili, inappropriati per l'uso in terapia intensiva, dove la debilitazione cognitiva e la sedazione spesso accompagnano le limitazioni motorie del paziente. Gli infermieri che percepiscono come una "perdita di tempo" alcune strategie di comunicazione, possono richiedere supporto e rinforzo ad un'altra figura professionale: il logopedista, che utilizza tecniche ancor più specifiche e mirate. (*Jill V. Radtke et al. 2012*). Un buon lavoro di equipe in questo caso è necessario per incrementare tutte le capacità di lavoro dei professionisti in relazione ai loro ambiti di applicazione. Inoltre, per ottenere un cambiamento più pronunciato e sostenibile nella pratica della comunicazione nelle ICU, è garantito lo sviluppo di leader infermieristici. Il supporto per gli infermieri e un'ampia diffusione della formazione deve avvenire da parte dei sistemi sanitari competenti, finanziando un percorso di conoscenza alla comunicazione più ampio e intensivo, disponibile per tutti i professionisti sanitari.

3.2 DESCRIZIONE DELLE METODOLOGIE DI COMUNICAZIONE ALTERNATIVA DA POTER APPLICARE NEL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL PAZIENTE INCAPACE DI RELAZIONARSI A VOCE.

Per raggruppare questi studi sono stati posti i seguenti quesiti di foreground:

- Sono disponibili delle strategie e dei metodi di comunicazione non verbale? Se sì, quali sono?
- Queste metodologie alternative permettono una comunicazione efficace con il paziente tracheostomizzato e/o sottoposto a ventilazione meccanica?

L'obiettivo degli articoli selezionati, inerenti ai quesiti posti, è quello di identificare gli strumenti e le strategie disponibili, sviluppati per migliorare la comunicazione tra professionista e paziente. Inoltre viene posta l'attenzione sul mappare i benefici che queste tecniche comunicative producono nei confronti dei pazienti coscienti incapaci di comunicare verbalmente.

Titolo	Strategie per comunicare con pazienti critici coscienti, ventilati meccanicamente.
Autori, anno	Ariel M. Modrykamien. (2019).
Tipo di studio	Intervista semi-strutturata e analisi dei dati.
Campione	Inclusione di tre pazienti tracheotomizzati precedentemente ricoverati in terapia intensiva.
Materiali e Metodi	Pazienti precedentemente ricoverati in terapia intensiva, protagonisti della comunicazione non verbale.

Titolo	Comunicare a chi non parla: tecnica di comunicazione aumentativa e alternativa (CAA) come strategia essenziale.
Autori, anno	Asaad Nasser Salim Al-Yahyai et al. (2021)
Tipo di studio	Revisione sistematica della letteratura.
Campione	194 infermieri che lavorano nelle unità di terapia intensiva, che hanno assistito pazienti critici non parlanti per più di un anno, che hanno dato il consenso alla partecipazione dello studio.
Materiali e Metodi	Presentazione di 21 strategie utilizzate per comunicare con

pazienti non parlanti con successivo questionario di gradimento per gli infermieri dove è stato richiesto di valutare i metodi proposti nello studio.

Titolo	Comunicazione Aumentativa e Alternativa per pazienti ventilati.
Autori, anno	Pina S. et al. (2020)
Tipo di studio	Revisione sistematica ed esplorativa della letteratura.
Campione	Pazienti adulti ventilati degenti nell'unità di terapia intensiva personale sanitario e familiari.
Materiali e Metodi	Selezione di 7 articoli che analizzano i benefici della CAA e descrivono i metodi utilizzati nella pratica clinica.

Titolo	Comunicare con consapevolezza a pazienti critici ventilati meccanicamente.
Autori, anno	S.ten Hoorn, P.W.Elbers, A.R.Girbes, P.R.Tuinman. (2016)
Tipo di studio	Revisione sistematica della letteratura.
Campione	Pazienti coscienti intubati e/o tracheostomizzati ventilati meccanicamente non in grado di comunicare verbalmente con più di 18 anni, degenti in ICU.
Materiali e Metodi	Analisi di 31 articoli che rappresentano i diversi metodi di CAA per progettare un algoritmo per la valutazione e la selezione di un intervento di comunicazione per il paziente.

Titolo	Uno studio pilota che valuta i bisogni spirituali, emotivi, fisici, ambientali e fisiologici dei pazienti delle unità di terapia intensiva chirurgica ventilati meccanicamente tramite dispositivi di tracciamento oculare, movimenti del capo e schede di comunicazione.
Autori, anno	Duffy EI, Garry J, Talbot et al. (2018)
Tipo di studio	Studio prospettico.
Campione	12 pazienti ventilati meccanicamente tramite tubo

endotracheale o tracheostomia, di lingua inglese, senza compromissioni cognitive e senza lesioni cerebrali con un punteggio scala RASS da -1 a +1.

Materiali e Metodi Valutazione dell'efficacia del dispositivo di tracciamento oculare (ETD) nel corso di 24 ore attraverso l'applicazione diretta con il paziente.

Nelle unità di terapia intensiva c'è un'alta prevalenza di pazienti ventilati meccanicamente che, a causa della loro condizione, necessitano di una gestione particolare come già specificato nei capitoli precedenti. Secondo il documento denominato *"Referral Network for Intensive Care Medicine" settembre 2016*, in Europa, nelle unità di terapia intensiva vengono ventilati da circa 990.000 a 150.000 pazienti/anno. Questo dato viene sottolineato per cercare di definire quelle che sono le situazioni attuali di pazienti sottoposti a ventilazione, che hanno come conseguenza lo sviluppo di una comunicazione inefficace a breve o a lungo termine. La Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA), come insieme di strumenti e strategie per superare le barriere alla comunicazione quando il verbale è impedito e/o compromesso, può essere una risorsa sia per i pazienti che per gli infermieri. Nello studio di *Pina S. et al. (2020)* la CAA può assumere diverse forme di comunicazione, come il discorso, il testo, i gesti, i simboli, le immagini e/o i dispositivi ad alta tecnologia. Questa grande varietà di strumenti deve essere adattata alle esigenze e alle caratteristiche del paziente a cui vengono applicati poiché le esigenze dello stesso paziente possono variare durante il ricovero, per cui lo stesso strumento può essere indicato inizialmente e non successivamente, considerando ad esempio il livello di sedazione in cui viene sottoposto il soggetto. E' fondamentale però ricordare ai medici e infermieri che mentre i pazienti sono senza voce, comunicano costantemente con gli altri anche attraverso l'uso del silenzio (*Black et al. 2013; Karlsen et al. 2019*). Ciò significa che, ogni comportamento umano all'interno di situazioni interazionali ha un messaggio di valore. *Al Yahyai et al. (2021)* all'interno della loro revisione specificano che questo "messaggio" che sta a rappresentare bisogni, sentimenti o richieste da parte del paziente, la maggior parte delle volte viene analizzato dagli infermieri

attraverso l'uso di metodi di comunicazione tradizionali come la lettura delle labbra, l'espressione facciale, i gesti o i cenni del capo. Tuttavia, se questi semplici metodi possono sicuramente migliorare e colmare il divario della comunicazione, spesso richiedono troppo tempo e non riescono soprattutto a soddisfare le esigenze del pz, creando frustrazione e impotenza per entrambi i soggetti. Le strategie di comunicazione aumentativa e alternativa (CAA) rappresentano quindi una soluzione per superare quasi totalmente le barriere comunicative associate ai pazienti critici incapaci di parlare. *S. Ten Hoorn, et al. (2016)* descrivono in modo specifico quali possono essere questi dispositivi di comunicazione alternativa identificati per pazienti coscienti con una Glasgow come scale >13:

- Le ***schede di comunicazione*** utilizzate per pazienti intubati e/o ventilati sono composte da icone o immagini che rappresentano i bisogni di base. Questo tipo di strumento, tuttavia, può essere utilizzato in quei pazienti coscienti che hanno difficoltà comunicative ma che non presentano deficit motori. L'obiettivo in questo caso è quello di far indicare al paziente, attraverso l'immagine, quale sia il suo bisogno in quel momento. Le tavole illustrative rappresentano le attività della vita quotidiana e le esigenze di base come lavarsi, bere, scaricarsi, avere caldo, avere freddo, essere aspirato, sapere l'orario. Alcuni studi hanno evidenziato vantaggi ed efficienza con l'utilizzo di una lavagna che rappresentava l'immagine del corpo umano e una scala numerica. Questo tipo di strumento può essere utilizzato per la valutazione e la localizzazione del dolore, incrementando così nel paziente una rapida espressione dei bisogni e una diminuzione della frustrazione. Come l'utilizzo di queste tavole iconiche, sono disponibili anche gli ***ausili per la comunicazione vocale*** (VOCA) che non sono altro che un sottoinsieme di dispositivi CAA in cui i pazienti toccano attraverso dispositivi touch una parola o icone per produrre un messaggio vocale pre-registrato inerente all'immagine che compare sullo schermo.
- Per i pazienti tracheotomizzati e/o tracheostomizzati, attualmente sono disponibili diversi tipi di ***cannule tracheostomiche parlanti***, specializzate per consentire la comunicazione con una cuffia gonfiata. I tubi

tracheostomici in questione hanno un lume aggiuntivo sopra la classica cuffia attraverso il quale l'aria può fluire nella laringe per facilitare la fuoriuscita del suono e quindi della voce. Ovviamente l'applicazione di questi dispositivi all'avanguardia ha bisogno di un tempo medio-breve (dai 2 ai 6 giorni) prima che venga prodotta un'adeguata intensità della voce. Un'altra opzione è rappresentata da una cannula tracheostomica che incorpora due meccanismi valvolari separati, attraverso i quali tutta l'aria inspirata erogata dal ventilatore viene diretta ai polmoni, mentre l'aria espirata può fuoriuscire tramite fenestrazioni delle vie aeree superiori per consentire la fonazione. La maggior parte degli studi che si sono interessati all'applicazione e all'osservazione dell'utilizzo di questi strumenti hanno chiarito un notevole miglioramento e una grande soddisfazione personale dei pazienti che finalmente, nonostante le loro condizioni cliniche, potevano comunicare efficacemente in tempi brevi.

- **L'elettrolaringe** è un dispositivo portatile alimentato a batteria che viene posizionato sul collo del paziente per trasmettere il suono che deriva dalla vibrazione della cavità oro-faringea. Sono stati eseguiti sette studi riguardo l'applicazione di questo strumento in pazienti portatori di tracheostomia. Più dell'80% dei risultati hanno mostrato una comunicazione di successo, avendo la possibilità di creare discorsi articolati e comprensibili dopo 15-30 minuti di istruzioni all'utilizzo. Il limite di questi dispositivi altamente tecnologici è rappresentato dalle disponibilità economiche e dal costo che rivestono.
- I **dispositivi computerizzati di CAA** sono computer specializzati che contengono un database di frasi o immagini prestabilite. Le frasi che il paziente legge e successivamente seleziona, sono espresse da un sintetizzatore vocale che permette di crearne il suono. I dispositivi più recenti utilizzano anche rilevatori di battito di ciglia a infrarossi, pulsanti a sfioramento o schermo sensibile al tocco. Il dispositivo di tracciamento oculare di *Duffy Et, et al. (2018)* ha dato la possibilità di comunicare i bisogni di base anche a quei pazienti con capacità motorie limitate e che quindi utilizzavano solamente lo sguardo come strumento di

comunicazione. L'utilizzo di questo strumento e di tutti i dispositivi ad alta tecnologia ha avuto un impatto psicosociale positivo ottenendo più soddisfazione rispetto all'utilizzo delle tabelle alfabetiche semplici, anche se purtroppo pochi studi hanno approfondito i benefici e l'efficacia sulla vita del paziente.

Nello studio di *S. Ten Hoorn, et al. (2016)* viene rappresentato inoltre un algoritmo (*Allegato A*) che permette di identificare quale sia lo strumento più adatto al paziente secondo il grado di coscienza, di sedazione, presenza o assenza di abilità motorie, capacità visive e uditive capacità di scrittura, comprensione della lingua e tipo di intubazione (orotracheale oppure tracheotomia). Anche l'utilizzo di particolari scale di valutazione permette di identificare lo stato clinico del paziente e di classificarlo all'interno di una categoria in cui è possibile applicare certi tipi di strumenti piuttosto che altri.

Le scale a disposizione sono le seguenti:

- **CAM-ICU:** Confusion Assesment Method-Intensive Care Unit comprende la valutazione del delirium e dello stato neurologico del paziente che presenta una RASS > -3 e che quindi può mostrare segni di responsività.
- **RASS:** Richmond Agitation-Sedation Scale consiste nella valutazione del grado di agitazione o sedazione del malato. Offre un punteggio da 0 a -5 per quanto riguarda il livello di sedazione, dove 0 rappresenta lo stato di coscienza ottimale e -5 il grado di sedazione più profondo. Per valutare l'agitazione è possibile assegnare un punteggio da 0 a + 5, dove lo 0 rappresenta lo stato di coscienza ottimale e il +5 uno stato di agitazione massima.
- **GCS:** Glasgow Coma Scale viene utilizzata per definire lo stato di coma del paziente secondo tre aspetti: la risposta oculare, verbale e motoria. Viene utilizzata nei pazienti con livelli di sedazione minimi o assenti.

Lo studio in questione ha rivelato inoltre che nei reparti di terapia intensiva viene data relativamente poca attenzione al miglioramento delle possibilità di comunicazione con il paziente. E' proprio per questo che gli autori si sono preoccupati di esporre come risultato principale della loro revisione gli interventi di comunicazione alternativa per pazienti coscienti e ventilati meccanicamente.

Tutti e quattro i tipi di intervento proposti hanno mostrato buone capacità di comunicare con il paziente ed è stato affermato che è consigliabile un approccio che utilizzi la combinazione di più metodi.

Non si può escludere che la maggior soddisfazione dei pazienti e gli esiti positivi derivati da questi strumenti riportati possano essere dovuti alla maggior attenzione che stavano ricevendo i pazienti stessi da parte degli infermieri e dei ricercatori che analizzavano con precisione ogni condizione e ogni bisogno.

Un limite presente in questo tipo di studio, affermato all'interno del documento stesso, è il fatto che non sia stata condotta una meta-analisi e che quindi non è stato possibile fare affermazioni certe su quale metodo di comunicazione si sia dimostrato più efficace. E' necessario anche ricordare che quando si considerano i risultati di singoli studi, si deve tener presente che tutti i pazienti sono consapevoli di partecipare ad un esperimento e che quindi possono entrare in gioco variabili personali che incidono positivamente o negativamente sul disegno di studio.

Duffy E.I, Garry J, Talbot, et al. (2018) hanno valutato l'utilizzo di un **dispositivo innovativo di tracciamento oculare (ETD)** in grado di rilevare il movimento e la posizione degli occhi, integrandolo con dati disponibili sul dispositivo per creare la selezione di un'informazione; questa selezione viene poi verbalizzata al paziente e/o al caregiver dal computer ETD. Questo tipo di strumento, oltre a includere messaggi e pagine preselezionate nella memoria del dispositivo, ha un enorme potenziale perchè permette al malato di esprimere liberamente il messaggio che intende comunicare creandolo in modo personalizzato (*Allegato II*). Gli ETD sono ben consolidati come metodo di comunicazione vantaggioso per i pazienti con disturbi neuromuscolari.

Tuttavia l'uso di questi dispositivi richiede ancora esaminazioni più accurate rivolte ad un numero di pazienti sempre maggiore.

Lo studio in questione ha richiesto un'ampia disponibilità dei soggetti che intendevano partecipare all'analisi del dispositivo di tracciamento oculare, attraverso risposte mirate, precise e personalizzate alle domande che venivano richieste così da poter analizzare l'efficacia dell' ETD per ogni singolo caso.

Dopo aver posto semplici domande sui bisogni di base, ottenendo un'accuratezza delle risposte pari al 100% dei quesiti richiesti, è stato comunicato ai pazienti la

possibilità di esprimere nel formato di domanda o di affermazione, i bisogni o le richieste che intendevano comunicare agli operatori (*Allegato III*).

Questo step successivo ha evidenziato che l'83 %, ossia la maggior parte dei pazienti (10 su 12), ha espresso un bisogno o un desiderio aggiuntivo alle domande già poste in precedenza specificando richieste di carattere spirituale, emotivo, fisico/ambientale e fisiologico. E' stato valutato anche il dolore, separatamente come parte delle domande sui bisogni di base, a meno che il paziente non lo abbia espressamente indicato come valore fondamentale e necessario da comunicare durante la parte delle risposte libere e personali.

Molte delle richieste espresse dai pazienti sono state ritenute specifiche e quindi difficili da comunicare senza l'uso di un dispositivo di comunicazione assistita, poiché annuire con la testa non sarebbe stato sufficiente.

Duffy Et, et al. (2018) dichiarano l'importanza di valutare i bisogni spirituali ed emotivi dei pazienti degenti in terapia intensiva poiché questi al contrario della valutazione del dolore o della necessità di somministrazione di farmaci, sono difficili da determinare se non specificamente esaminati e considerati.

3.3 DESCRIZIONE DEGLI STATI D'ANIMO DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A VENTILAZIONE MECCANICA, INCAPACE DI ESPRIMERSI A VOCE ED ESPERIENZE VISSUTE DAI FAMILIARI IN MERITO ALLA COMUNICAZIONE NON VERBALE.

Per raggruppare questi studi sono stati posti i seguenti quesiti di foreground:

- Come si sente il paziente che si trova in una situazione di impossibilità ad esprimere i propri bisogni e le proprie emozioni?
- I familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, sottoposti a ventilazione meccanica come vivono questa situazione?
- I familiari conoscono i metodi di comunicazione alternativa che possono essere utilizzati per relazionarsi con il proprio caro?

L'obiettivo degli articoli presi in considerazione per lo sviluppo di questo aspetto è quello di descrivere le sensazioni e il vissuto del paziente che si trova intrappolato in un letto d'ospedale senza avere la capacità di esprimersi verbalmente. Inoltre

viene data particolare importanza anche a coloro che sono vicini al malato, ossia parenti e familiari, per cercare di capire come vivono questo limite comunicativo.

Titolo	Esperienze del paziente in stato di veglia durante la ventilazione meccanica
Autori, anno	Prime Danille, et al. (2016)
Tipo di studio	Indagine osservazionale prospettica
Campione	Pazienti adulti, intubati e ventilati meccanicamente per più di 24 ore, con assenza di deterioramento cognitivo secondo CAM-ICU scale, in grado di comunicare a gesti o scrivendo.
Materiali e Metodi	Questionari quantitativi e qualitativi per esaminare pazienti e familiari rispetto alle loro esperienze comunicative.

Titolo	“Non poter parlare era orribile”: uno studio descrittivo e correlazionale sulla comunicazione durante la ventilazione meccanica.
Autori, anno	Guttormson Jill L., Karin L. Bremer, Rachel M. Jones. (2015)
Tipo di studio	Analisi secondaria dei dati raccolti
Campione	Pazienti adulti degenti in terapia intensiva, di lingua inglese, sottoposti a ventilazione meccanica per più di 24 ore, senza compromissioni neurologiche.
Materiali e Metodi	Interviste strutturate e questionari con domande aperte e chiuse rivolte ai pazienti dopo l'estubazione con l'obiettivo di descrivere le esperienze dei pazienti sulle sfide di comunicazione e scambi durante la ventilazione meccanica.

Titolo	Uso di strategie di comunicazione aumentativa e alternativa (CAA) da parte dei familiari in terapia intensiva.
Autori, anno	Broyles Lauren M., et al. (2012)
Tipo di studio	Analisi qualitativa secondaria di dati esistenti da uno studio clinico che testava gli interventi per migliorare la comunicazione infermiere-paziente in terapia intensiva.

Campione Pazienti degenti in terapia intensiva con il coinvolgimento della famiglia riguardo i metodi di comunicazione e l'uso degli strumenti di CAA.

Materiali e Metodi Interviste strutturate rivolte alle famiglie con pazienti non parlanti in terapia intensiva utilizzando uno strumento di osservazione standardizzato stabilito nella ricerca precedente.

Prime D., et al. (2016) attraverso lo studio prospettico includono alcuni degli aspetti più rilevanti della comunicazione non verbale. L'esperienza del paziente incapace di relazionarsi a voce, le percezioni dei familiari rispetto a questa condizione e di conseguenza le loro esperienze comunicative rivestono molta importanza rispetto al percorso di cura del malato.

Grazie all'utilizzo di questionari rivolti ai pazienti e familiari, è emerso che il settantacinque per cento dei malati inclusi nello studio era d'accordo sul fatto di aver provato dolore durante il periodo di intubazione e/o ventilazione, ma di non essere stati in grado di farlo capire al personale infermieristico a causa della compromissione comunicativa. Nonostante questo problema che influenzava la loro stabilità clinica, la metà dei pazienti ha dichiarato di preferire uno stato di veglia in cui non venivano sottoposti ad alcun tipo di sedazione, perché questa causava in loro maggior agitazione e instabilità.

Se dal punto di vista medico le attuali linee guida richiedono e consigliano di ridurre al minimo la sedazione con l'obiettivo di trattare il dolore e il delirio, mancano dati validi su come questo approccio influenzi le esperienze dei pazienti.

I pazienti intervistati dopo l'estubazione hanno dichiarato infatti di avere ricordi negativi, comunemente attribuiti al disagio del tubo nel momento in cui erano lucidi e senza terapia sedativa proprio perché avevano grandi difficoltà di comunicare.

A sostegno di ciò due pazienti, ossia il 12,5 % degli intervistati, hanno indicato di aver preferito non essere svegli durante il periodo in cui necessitavano dell'intubazione. I malati che hanno espresso di essere stati frustrati per immobilizzazione prolungata, difficoltà respiratorie, mancanza di lucidità mentale e desiderio di essere a casa hanno rappresentato la percentuale più alta rispetto al

totale dei pazienti partecipanti allo studio. La stessa cosa è accaduta per i parenti e famigliari intervistati: l'89% era d'accordo sul fatto che i pazienti fossero frustrati a causa dei problemi di comunicazione; dieci parenti, ossia il 53%, ha dichiarato di percepire che i loro cari avevano paura oltre che per le loro incapacità relazionali anche per la gravità della malattia. I sentimenti espressi dai famigliari si sono identificati in emozioni tra cui tristezza, apprensione, paura, ansia e stress.

Parlando in termini di genere, le pazienti di sesso femminile hanno dimostrato di essere più disposte degli uomini rispetto alla segnalazione del dolore (*Wandner LD, et al. 2012*). Questa tendenza può essere spiegata dal fatto che le pazienti di sesso femminile hanno valutato la comunicazione come aspetto fondamentale necessario al miglioramento del loro stato di salute e che quindi cercavano di superare questa barriera in modo più prepotente.

I partecipanti dello studio di *Guttormson Jill L., et al. (2015)* hanno aggiunto al loro bagaglio di ricordi sentimenti di impotenza, spaventi, insicurezza, mancanza di controllo e soprattutto una percepita mancanza di informazioni comprensibili rispetto alla ventilazione meccanica. I pazienti hanno dichiarato che maggiori informazioni riguardo alla loro condizione, ossia benefici e limiti sui trattamenti medici attuati, sarebbero state utili. E' emerso che il personale medico-infermieristico forniva informazioni o approfondimenti ai malati nel momento in cui questi chiedevano di ottenere maggiori informazioni con perseveranza. Sebbene questo risultato possa essere correlato alla quantità di informazioni fornite dal personale, potrebbe anche essere dovuto all'incapacità dei partecipanti di comprendere o ricordare le informazioni, pertanto deve essere ulteriormente analizzato. Nonostante i pazienti abbiano dichiarato questa "mancanza", hanno anche parlato dei benefici che le informazioni ricevute hanno portato. La conoscenza del loro stato di salute oppure degli interventi a cui venivano sottoposti hanno contribuito a rassicurarli, alleviandone l'ansia e stabilizzando la mente.

I pazienti hanno anche segnalato momenti di mancata comunicazione che hanno interpretato come errata interpretazione o mancanza di comprensione dei loro desideri da parte del personale di terapia intensiva. Quando i tentativi di comunicazione falliscono, i pazienti percepiscono ciò come una mancanza di

risposta o considerazione nei loro confronti, aumentando così il loro senso di impotenza.

Chi si occupa della gestione e dell'interazione con i malati incapaci di comunicare verbalmente non è solo il personale medico-infermieristico, ma anche i familiari e i parenti dei degenti. Il coinvolgimento della famiglia rispetto alle problematiche comunicative è stato analizzato da *Broyles Lauren M., et al. (2012)*; cinque temi principali hanno identificato questo aspetto in relazione agli strumenti di CAA disponibili per la comunicazione con i pazienti tracheostomizzati e/o ventilati da parte dei familiari.

Emerge che le famiglie sono impreparate e inconsapevoli delle conseguenze che una comunicazione inadeguata può arrecare. In questi casi sono gli infermieri stessi che incoraggiano e guidano le famiglie verso una conoscenza approfondita delle condizioni cliniche del malato e dei metodi che possono utilizzare per relazionarsi con loro. Le percezioni familiari sull'efficacia della comunicazione sono state per lo più negative, sottolineando più volte la frustrazione e l'impotenza di non riuscire a comunicare efficacemente con i propri malati. (*Broyles Lauren M., et al. 2012*)

CAPITOLO 4

Discussione dei risultati

4.1 VALUTAZIONE CRITICA DELLA LETTERATURA

La maggior parte degli studi ricercati per la stesura di questo elaborato hanno evidenziato non solo l'aspetto tecnico della comunicazione con il paziente incapace di esprimersi a voce, ma anche un insieme di sentimenti, emozioni, prospettive ed esperienze che coinvolgono sia i pazienti stessi che gli infermieri e i familiari che vivono questa situazione particolare.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica rivolta ai pazienti di area critica intubati e/o tracheostomizzati sottoposti a ventilazione meccanica, tutti gli studi analizzati hanno sottolineato l'importanza e la necessità di permettere ai professionisti di partecipare a percorsi di formazione post-base e soprattutto di offrire loro la possibilità di avere una conoscenza mirata e specifica di tutti gli strumenti che possono essere d'aiuto per la gestione e la cura dei pazienti non parlanti. Sarebbe opportuno a questo punto definire un protocollo condiviso tra tutte le unità di terapia intensiva rispetto all'utilizzo delle diverse strategie di comunicazione in relazione al paziente trattato. L'algoritmo definito da *S. Ten Hoorn et al. (2016)*, (*Allegato I*) rappresenta un punto di partenza per ulteriori ricerche, poiché le prove per il suo disegno sono ancora relativamente scarse e quindi dovrebbe essere convalidato e possibilmente aggiustato nella pratica clinica dai professionisti esperti di CAA. Non viene specificato il motivo per cui questo algoritmo non viene utilizzato o viene utilizzato in parte; si presuppone che non venga considerato per la sua complessità o per la sua specificità nell'applicazione di un contesto clinico.

Tutti i risultati riscontrati fino ad oggi mostrano sicuramente un miglioramento nella comunicazione con il paziente incapace di comunicare a voce, tuttavia la combinazione di più metodi potrebbe creare l'opzione di una comunicazione sempre migliore ed efficace.

La domanda che deve essere ancora affrontata potrebbe quindi essere:

“Quale intervento di comunicazione apporta più benefici nel paziente rispetto alle sue condizioni cliniche?”

La ricerca futura prima di sviluppare strumenti innovativi dovrebbe includere la comprensione di varianti di base specifiche per ogni paziente, affinché lui stesso, gli operatori e i familiari possano trovare benefici nell'utilizzo di queste metodologie.

4.2 LIMITI DELLA RICERCA

Una buona parte degli studi inclusi ha analizzato in maniera superficiale quelli che potrebbero essere i benefici derivati dall'uso delle strategie di CAA, si intende a dire l'applicazione e l'utilizzo degli strumenti di alta tecnologia, quali tablet, dispositivi con uscita di voce, dispositivi di tracciamento oculare.

Di conseguenza non è stato possibile ricercare specificamente quali potrebbero essere le prospettive e le sensazioni dei pazienti rispetto all'uso di queste strategie piuttosto che altre.

Anche le limitazioni economiche rappresentano un ostacolo all'applicazione e all'incremento nell'utilizzo delle metodologie di comunicazione. Le scarse risorse economiche infatti impediscono o limitano le aziende sanitarie nell'acquisto di strumenti ad alta tecnologia che renderebbero molto più specifica la comunicazione.

Per valutare alcuni aspetti comunicativi, ad esempio l'utilizzo del ETD, è stato possibile reclutare soltanto una popolazione campione relativamente piccola, il che ha quindi precluso la determinazione di un metodo ottimale. Consentire un maggior accesso al dispositivo avrebbe sicuramente aumentato la sua familiarità con il paziente e probabilmente suscitano maggior interesse per uno studio futuro. Sono stati reperiti molti studi che si sono concentrati principalmente sull'importanza della relazione infermiere-paziente piuttosto che sulla ricerca delle metodologie e dei comportamenti da proporre ai professionisti di area critica.

Non sono stati trovati studi che abbiano affrontato nel concreto l'efficacia di un percorso di formazione post-base che trattasse della problematica comunicativa rivolto agli infermieri in area critica. Tuttavia altri studi descritti in precedenza

hanno presentato i risultati emersi da piccoli laboratori o interviste organizzati e rivolti agli infermieri di alcune aree operative nel territorio Europeo ed extra Europeo. Si afferma che la maggior parte degli studi sono stati condotti oltre oceano, in special modo negli Stati Uniti. Sarebbe interessante per questo motivo concretizzare il tutto, includendo un territorio di ricerca più ampio verso le nostre latitudini.

Purtroppo non è stato possibile svolgere uno studio sperimentale sul campo poiché la disponibilità dei pazienti e dei reparti di terapia intensiva è stata fortemente limitata a causa della Pandemia da Covid-19.

CONCLUSIONI

Come già ribadito durante la stesura di questo progetto, la comunicazione rappresenta un aspetto fondamentale nel percorso di cura, in quanto sta alla base del rapporto tra infermiere e paziente non solo eticamente e deontologicamente parlando, ma trattando nel concreto la qualità e il benessere che la relazione riveste nel contesto clinico vero e proprio.

Comunicare efficacemente è essenziale e rappresenta uno dei bisogni umani necessari alla sopravvivenza, per questo motivo l'impossibilità di farlo induce nel soggetto sensazioni di stress, ansia, paura, frustrazione, perdita di controllo, autonomia e capacità di partecipare alla propria cura, rinunciando di conseguenza alla relazione con i familiari ed il mondo esterno.

Per assistere certi tipi di pazienti, in questo caso tracheostomizzati e/o ventilati, incapaci di esprimersi verbalmente, è necessario conoscere e comprendere quali siano gli strumenti necessari per farlo.

A questo proposito vengono messe a disposizione le strategie di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA) che purtroppo ad oggi sono ancora poco conosciute dagli infermieri che offrono assistenza a malati di area critica.

L'obiettivo di una comunicazione efficace e positiva tra pazienti e operatori sanitari, e quindi di una formazione in CAA e dello sviluppo di abilità e conoscenze riguardo alla gestione, alle strategie e alle metodologie di comunicazione, dovrebbe pertanto essere inserito nei modelli organizzativi di tutte le strutture sanitarie che offrono la possibilità di ricoveri in reparti intensivi.

La gestione di questi malati, oltre che includere le procedure tecniche proprie della professione infermieristica, dovrebbe incrementare quelle che sono le attitudini e le potenzialità umane quali la comprensione, la solidarietà, l'altruismo e l'empatia nei confronti dell'altro.

Pertanto, assunta l'ipotesi che l'utilizzo delle strategie comunicative alternative sia efficace per questo tipo di pazienti, quello che ci si aspetta dalla realtà professionale quotidiana è un miglioramento continuo della comunicazione da parte dei pazienti tracheostomizzati e/o ventilati e una più rapida comprensione dei loro bisogni da parte del personale infermieristico.

Dagli studi analizzati si presuppone che in alcuni casi la mancata considerazione dei bisogni dei pazienti, come da loro descritti, non derivi dai comportamenti di ostilità del personale infermieristico, ma sia un limite della conoscenza di questa condizione comunicativa. A tal punto, ribadendo il concetto di cura e di aiuto, si ritiene doveroso ricordare l'importanza di una preparazione e di una formazione continua da parte dei professionisti sanitari, con l'obiettivo di garantire al paziente un grado di efficienza dell'assistenza infermieristica sempre più alto.

E' necessario anche sottolineare che il coinvolgimento della famiglia con i malati degenti in terapia intensiva e con le strategie di CAA diventerà un punto centrale dell'assistenza rivolta alla famiglia e al paziente, con il rilascio di nuovi standard di accreditamento ospedaliero della Joint Commission. Questi standard richiedono inizialmente l'identificazione delle esigenze comunicative del paziente da parte del personale sanitario e in secondo luogo l'uso di una combinazione di dispositivi e di strategie di CAA per soddisfare i livelli comunicativi dei pazienti con disabilità sensoriali e/o di comunicazione.

In relazione all'algoritmo (*Allegato I*) proposto da S. Ten Hoorn, et al. (2016) è stata delineata una semplice rappresentazione grafica riassuntiva (*Allegato IV*) di quelle che sono le metodologie più fattibili da utilizzare nella pratica clinica così da indirizzare i professionisti sanitari durante la scelta dello strumento di comunicazione più efficace per uno specifico paziente.

Bonomi Denise

BIBLIOGRAFIA

- Arrigoni C. et al. *“Risvegliarsi in terapia intensiva.”* La comunicazione, benessere per il paziente e competenza per l’infermiere. Scenario, 2013; 30(2):11-15
- Asaad Nasser Salim Al-Yahyai et al. *“Communicating to Non-Speaking Critically Ill Patients: Augmentative and Alternative Communication Technique as an Essential Strategy.”* Volume 7:1-9 2021
- Broyles Lauren M., et al *“Use of Augmentative and Assistive Communication Strategies by Family Members in the ICU.”* 2012;21(2):e21-e32
- Brunner, Suddarth. (2006) *Infermieristica Medico-Chirurgica*. Terza edizione, volume 1, casa editrice Ambrosiana. pp 626-633
- Chittenden Eva H. and Craig D. Blinderman. (2011) *“Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit.”*
- “Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento.”* Gruppo di lavoro intersocietario “comunicovid”, società italiana di anestesia analgesia rianimazione e terapia intensiva (SIAARTI), associazione nazionale infermieri di area critica (ANIARTI), società italiana di medicina di emergenza e urgenza (SIMEU), società italiana di cure palliative (SICP). Versione 1, 20/04/2020. 111:357-367
- Craven R., Hirnle C J. (2004) *“Principi fondamentali dell’assistenza infermieristica.”* Quinta edizione, volume 1, casa editrice Ambrosiana. pp 28-38
- Duffy Erin I., Garry J., Talbot L., et al. *“A pilot study assessing the spiritual, emotional, physical/environmental, and physiological needs of mechanically ventilated surgical intensive care unit patients through eye tracking devices, head nodding and communication boards.”* 2018;3e000180

-Federazione Nazionale Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI). *Commentario al Nuovo Codice Deontologico delle professioni infermieristiche*. Roma, maggio 2020.

-Federazione Nazionale Ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI). *Profilo professionale dell'infermiere*, D.M. 14 settembre 1994, n.739. Testo aggiornato al 15 dicembre 2005.

-Gentili A. et al. (1993) "*Clinica e assistenza infermieristica in anestesia e rianimazione*", in *Il paziente critico*, Milano: Casa editrice Ambrosiana, pp. 3-5

-Grossbach I, Stranbergs S, Chlan L. "*Promoting effective communication for patients reciving mechanical ventilation.*" *Critical Care Nurse*, 2011; 31(3):46-60.

-Guttormson Jill L., Karin Lindstrom Bremer, Rachel M. Jones. "*Not Being Able to Talk was Horrid*": A Descriptive, Correlational Study of Communication During Mechanical Ventilation." 2015;31(3):179-186

-Laura Istanbulian, Louise Rose, Yana Yunusova, et al. "*Systematic Reviews : Barriers to and facilitators for use of augmentative and alternative communication and voice restorative devices in the adult intensive care unit: a scoping review protocol.*" (2019) 8:311.

-Jill V. Radtke, Judith A. Tate and Mary Beth Happ. "*Nurses' perceptions of communication training in the ICU.*" 2012; 28(1):16-15

-KS. Dithole, et al. "*Communication skills intervention: promoting effective communication between nurses and mechanically ventilated patients.*" (2017) 16:74

- Marci Nilsen, Susan M. Sereika, Mary Beth Happ. *“Nurse and Patient Characteristics Associated with Duration of Nurse Talk During Patient Encounters” in ICU.* 2013; 42(1): 5-12

- Mary Beth Happ, Kathryn Garrett, Dana Di Virgilio Thomas, et al. *“Nurse-Patient Communication Interactions in the Intensive Care Unit.”* 2011;21(2):e12-32

- Ministero della Salute, Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Ufficio III. *“Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti.” Elementi teorici della comunicazione, Modulo 1.* Maggio 2015

- Modrykamien Ariel M. *“Strategies for communicating with conscious mechanically ventilated critically ill patients.”* 2019; 32(4).534-53

- Paul Watzlawick, Janet Helminck Beavin, don d. Jackson. (1967) *“La pragmatica della comunicazione umana.”* Roma, Astrolabio.

- Pina Sara, Madalena Canellas, Rita Prazeres, et al. *“Augmentative and Alternative Communication in Ventilated Patients: A Scoping Review.”* 01-10-2020

- Prime Danille et al. *“Patient experiences during awake mechanical ventilation.”* 17 Febbraio 2016.

- S. Ten Hoorn, et al. *“Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review.”* (2016) 20:333

- Saiani L, Brugnolli A. (1999) *“La relazione nel processo assistenziale. Cunico L.”* in *Trattato di cure Infermieristiche.* Volume 1, terza edizione, casa editrice Sorbona. pp.64-73

- Vicenti E, Vicenti H. (2004) *“Lezioni per Scienze Infermieristiche.”* In *Rianimazione e Terapia intensiva,* Roma: L'espresso S.p.A.

RINGRAZIAMENTI

Sono giunta al termine di questo lungo percorso con un bagaglio colmo di esperienze indimenticabili. E' stata dura, devo ammetterlo, ma grazie a questi tre anni mi sono arricchita di conoscenze ed esperienze che nessuno potrà mai togliermi. La fatica è stata tanta e i sacrifici non sono mai mancati, ma nonostante ciò, ad oggi, sono fiera, soddisfatta e orgogliosa della persona che sono.

“Dedico questo traguardo a me stessa, alle mie immense fragilità e a tutta la forza con cui ho affrontato per arrivare fin qui.”

Ringrazio il mio relatore Andrea, per aver accolto la mia richiesta e per essermi stato d'aiuto nella realizzazione di questo elaborato.

Grazie ad Elena, Chiara, Alessandra e Maria Grazia per essere state delle tutor di riferimento indispensabili per il mio percorso formativo.

Grazie a tutti gli infermieri che mi hanno affiancata, in particolar modo ringrazio Calogero e Tommaso per essere stati degli assistenti di tirocinio speciali che hanno contribuito alla mia crescita professionale e personale, dandomi la possibilità di migliorare sempre.

Ringrazio poi Fiorella, molto più di una semplice assistente: una fonte di ispirazione, una spalla su cui appoggiarmi ed un'amica su cui contare. Spero di condividere ancora gran parte del tempo insieme e di poterti chiamare finalmente collega.

Grazie ad Alessandra, amica d'infanzia e mia complice in tutti questi anni.

Grazie per aver creduto in me dal giorno zero e per essermi stata sempre ad un passo dal cuore. Insieme dal primo giorno della scuola materna fino all'ultimo giorno della triennale. Pianti e disperazione ci hanno sempre contraddistinte nell'affrontare ogni nuova avventura ma nonostante ciò oggi siamo qui più forti di sempre con la tenacia e la voglia di non smettere mai di realizzare i nostri desideri. Sono fiera di noi.

Per tutto quello che è stato e per tutto quello che verrà, grazie.

Ringrazio Martina, compagna fedele di studio che ha condiviso con me la stessa passione. Grazie per aver percorso questo cammino mano nella mano perché senza la tua presenza non sarebbe stato tutto così speciale. Ti ho incontrata durante questi anni ed è stato un piacere passare con te le giornate di studio interminabili ma anche le serate di libera uscita che ci siamo permesse dopo aver realizzato ogni piccolo traguardo.

Sono pronta ad iniziare una nuova avventura insieme perché anche se siamo l'opposto, tante nostre sfumature si somigliano.

Ringrazio il mio fidanzato Andrea, punto di riferimento fondamentale per me.

Grazie per aver appoggiato ogni mia scelta con amore e grazie per la costanza con cui mi hai accompagnata in questi anni. Mi hai spinto a credere in me stessa quando pensavo che tutto fosse impossibile.

Ti ringrazio per avermi spronata e incoraggiata nell'affrontare i momenti difficili, sicuro che poi ne sarei uscita vincente.

Sei il compagno perfetto con cui vorrei condividere il mio futuro.

“Ricorda che i sogni se condivisi, pesano la metà”

Ringrazio i miei genitori Daniela e Raffaele, mio porto sicuro nel mondo e mia guida. Grazie per avermi permesso di realizzare questo desiderio. Grazie per il coraggio che avete sempre mostrato di fronte ad ogni ostacolo e grazie per essere stati indispensabili ogni istante, dal primo giorno che vi ho conosciuti.

Siete la parte migliore di me.

Ve ne sono immensamente grata.

Grazie a mio fratello Gabriele, parte integrante della mia quotidianità, che a modo suo ha saputo dimostrarmi la sua gratitudine.

“Siamo cane e gatto ma con lo stesso modo di camminare”

Grazie ai miei nonni Rosa e Paolo e a tutta la mia famiglia, per essermi stati vicini nonostante le difficoltà che la Pandemia ha causato.

Ringrazio Daniela, Enrico e Denise per essere la mia seconda famiglia da sette anni a questa parte. Grazie per l'affetto che avete sempre mostrato nei miei confronti nonostante la vita vi abbia messo davanti a dure prove.

Ringrazio tutti quelli che, anche solo con il pensiero, mi hanno pensata e supportata.

Grazie anche a chi da lassù mi protegge e mi copre le spalle.

Vi porto nel cuore.

Spero siate orgogliosi di me..

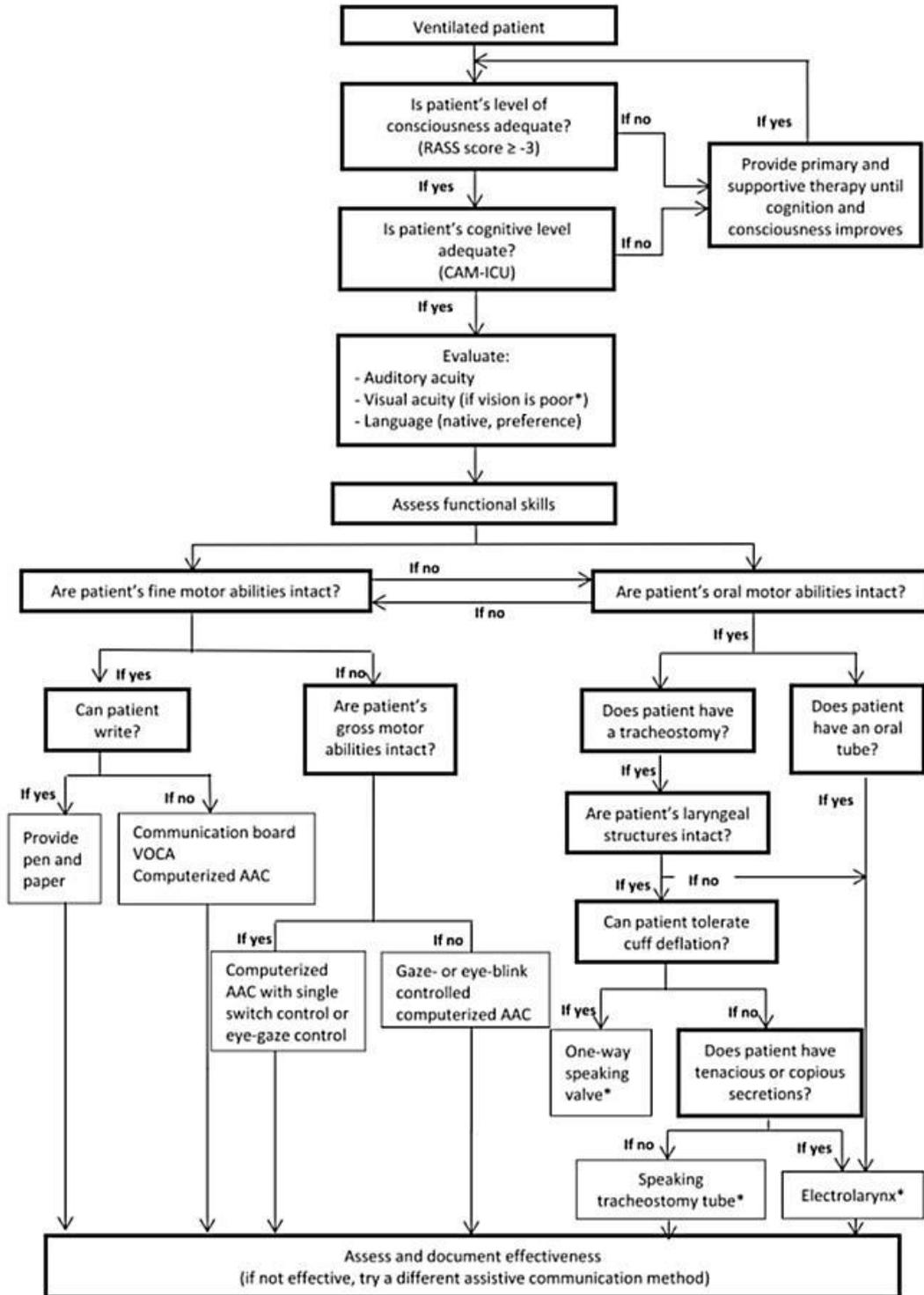
“Quando si tratta di prendersi cura di qualcuno non si perde mai.

Si vince o si impara.”

Chiamatemi finalmente infermiera.

ALLEGATI

ALLEGATO I (Algoritmo di S. ten Hoorn, et al. 2016)



*In grado di utilizzare in pazienti con problemi di vista.

ALLEGATO II (Dispositivo di tracciamento oculare (ETD) di Duffy Erin I., et al.2018)



ALLEGATO III (Tavola illustrativa di Duffy Erin I., et al.2018)

PAIN CHART

LEVEL OF PAIN

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

itches

stings

hurts/aches

burns

can't move /numb

dull

sharp

radiating

I WANT PAIN MEDICINE

shot one pill two pills

how am I doing?

what day /time?

what is happening?

when is tube coming out?

IV

remove restraints

exercise

massage

leave me alone

don't leave

come back later

prayer

bathroom

cool cloth

pillow

glasses

blanket

socks

wash face

shampoo

bath

comb/brush

teeth brushed

All images copyright Children's Hospital Boston 2008. Used by permission. All rights reserved.

● I AM

short of breath in pain choking feeling sick

hungry/thirsty cold/hot tired dizzy

angry afraid frustrated sad

● I WANT

to be suctioned lip moistened water to be comforted to sleep

tv/video/dvd call light /remote it quiet lights off/on to go home

to sit up to lie down to turn left/right head of bed up/down get out of bed

● I WANT TO SEE

doctor nurse family chaplain

no **yes** **STOP** pen/paper

A B C D E F G H I 1 2 3 Thank You

J K L M N O P Q R 4 5 6 I Love You

S T U V W X Y Z . 7 8 9

' , ? ! SPACE + 0 -

The EZ Board is approved for single patient use only. Use of this product between patients increases risk of spreading nosocomial infections and is not compliant with patient safety standards. Do not reuse.

EZ BOARD

ALLEGATO IV: Indicazioni operative per il personale sanitario

