



Alla cortese attenzione
Sen Antonio Tomassini
Presidente XII Commissione Permanente Igiene e Sanità
Senato della Repubblica

e alla c.a.
Sen. Fiorenza Bassoli
Sen. Antonio Fosson

Oggetto: Disegno di Legge n. 3248 *"Disposizione in materia di reparti di terapia intensiva aperta"*
- Proposta emendativa.

In merito al DdL in oggetto, desidero rinnovare gli apprezzamenti e ringraziare le SS.LL. per l'audizione concessa in data 27 settembre.

La letteratura scientifica è ricca di studi che confermano l'utilità e l'efficacia degli interventi psicologici in tale contesto.

L'Unità di Terapia Intensiva (UTI) è il reparto in cui vengono ricoverati i pazienti con crisi che compromettono il funzionamento di uno o più organi vitali, e che richiede un intervento continuo e di monitoraggio permanente da parte degli operatori sanitari. È innegabile che tali circostanze diventino una fonte di stress per il malato, la sua famiglia, e per il personale sanitario (Novaes, Aronovich, Ferraz, Knobel 1997). Sentire dolore, diventare incapaci di dormire, avere i tubi in bocca o nel naso con le limitazioni che essi comportano, non avere alcun controllo sul proprio corpo, non avere alcuna spiegazione riguardo il trattamento sono tutti elementi altamente stressanti a detta dei pazienti (Novaes, Knobel, Bork, Pavao, Nogueira-Martins, Bosi Ferraz 1999).

Anche i familiari e gli operatori sanitari rivestono un ruolo importante nella valutazione dello stress percepito dai pazienti, dal momento che possono agire da catalizzatori o modulatori, anche in relazione al proprio stato psicofisico e alle risorse di coping che posseggono. Studi condotti da Elpern, Patterson, Gloskey e Bone (1992) e Yarchesky, Knapp-Spooner (1994) mostrano che le azioni messe in campo dall'équipe al fine di rendere più umano l'ambiente di terapia intensiva, risultano connesse alla percezione che gli operatori hanno degli effetti che gli stressors esercitano sulla condizione del paziente. Studi condotti da Vita Carvalho, Martins Linhares, Pereira Padovani e Martinez (2009), mostrano che il sostegno psicologico fornito alle madri di bambini pre-termine, ricoverati in UTI, incide positivamente sui loro livelli di ansia e depressione, successivi alle dimissioni.



In questo ambito lo psicologo ha molteplici funzioni e livelli di intervento che meritano di essere precisati.

L'importanza di considerare il ruolo dello psicologo in una unità di terapia intensiva è sostenuta da Scragg, Jones e Fauvel (2001), che confermano che il trattamento in terapia intensiva può generare problemi psicologici nei pazienti che interferiscono con la qualità della vita, con particolare riguardo per ansia e depressione (47% dei pazienti), ripetutamente riscontrate negli studi clinici (Hansen-Flaschen, 1994; McCartney & Bolan, 1994; Tesar & Stern, 1995, Paredes, Parra, Urueña & Serrano, 1997, Epstein e Breslow, 1999).

Il termine psicosi o sindrome da UTI (intensive care unit syndrome: ICU syndrome) è stato appositamente coniato per riferirsi ad alterazioni affettive, comportamentali e cognitive in pazienti in terapia intensiva, legate alla privazione del sonno, l'esposizione a sovraccarico sensoriale, restrizioni ambientali e farmaci (Fontaine, 1994; Durbin, 1995; Sivark, Higgins e Seiver, 1995; Granberg, Bergborn Engberg, Lundberg, 1999).

Le diverse esperienze vissute in terapia intensiva (intubazione o estubazione, sentimenti di perdita di controllo, etc.), insieme a fattori di vulnerabilità personale possono innescare lo sviluppo di un disturbo da stress post-traumatico (PTSD) (Horta, Piazzè e Serrano, 1998), che è stato osservato nel 38% dei pazienti, da Scragg, Jones e Fauvel (2001).

I sintomi di PTSD si raggruppano in tre cluster. I primi due sono specifici per l'eziologia traumatica e riguardano la ri-esperienza del trauma e l'evitamento di stimoli che possono ricordare al paziente il trauma. La Ri-esperienza del trauma include ricordi intrusivi e immagini vivide dell'evento durante le ore di veglia, che possono essere di intensità tale che la persona perde il contatto con l'ambiente. Gli incubi del trauma sono comuni. L'evitamento degli stimoli che possono ricordare al paziente il trauma includono conversazione che evitano, luoghi, persone e attività associate con il trauma. Il terzo cluster è dato dalla ipervigilanza (ad esempio difficoltà a dormire, mancanza di concentrazione e irritabilità) e questo cluster si manifesta comunemente in altri disturbi psicologici e nel PTSD. Studi condotti con modelli di regressione multipla testimoniano che le persone più giovani di età e quelle dimesse da maggior tempo esperiscono maggiormente tali sintomi (Scragg, Jones e Fauvel 2001).

È anche importante prestare attenzione agli effetti collaterali dei farmaci frequentemente utilizzati per la unità di terapia intensiva (Tekeres, 2000; Tung & Rosenthal, 1995) e le condizioni di soppressione immunitaria associata alle condizioni del paziente in terapia intensiva (Dekeyser, 2003; Krueger, Thoth, Floyd e cols, 1994. Schrader, 1996).

Lo psicologo, specialmente in terapia intensiva, deve avere competenze personali e professionali che gli consentono di interagire con le persone in condizioni particolari, diverse da quelle che si trovano comunemente in altri ambiti professionali. Allo stesso modo, deve integrare le conoscenze che gli derivano dalla sua disciplina, con altre provenienti dalle scienze biomediche e sociali.

In questa direzione, il ruolo dello psicologo in terapia intensiva è compatibile con quella dello psicologo della salute, con competenze specifiche dal momento che l'intervento con un paziente asmatico non può essere considerato equivalente a quello richiesto per un paziente in stato critico.

In considerazione delle sue caratteristiche, l'Unità di Terapia Intensiva è uno dei luoghi ospedalieri che ha un impatto profondo sui pazienti e familiari. L'uso costante di dispositivi ad alta tecnologia (es. monitor, ventilazione meccanica, linee endovenose, tubi nasogastrici, tubo vescicale e pompe di infusione, etc.) e le condizioni fisiche artificiali, che includono i rumori emessi dai dispositivi di monitoraggio e di illuminazione permanente, favoriscono la perdita di cicli giorno-notte e l'instaurarsi di condizioni di dipendenza, facilitate dal costante monitoraggio



da parte degli operatori e dalla immobilità e nudità necessaria per l'esecuzione di procedure d'emergenza e di pulizia e cura. Oltre alla ovvie difficoltà di comunicazione dovute all'uso del un tubo endotracheale o per effetto di farmaci, sono stati osservati numerosi sintomi come sete, insonnia, dolore, limitazione o incapacità di parlare, immobilità, rumore, problemi di respirazione, confusione, incapacità di stabilire ora e giorno, disperazione e solitudine (Fontaine, 1994; Cook, Meade e Perry, 2001).

In generale, diversi studi concordano nel considerare le condizioni fisiche della terapia intensiva come generatori di stress psicologico (Bell, Fisher & Loomis, 1978; Davis, 1978; Fontaine, 1994; Hayden, 1994; Durbin, 1995; Campioni, 1998, Simini, 1999; Wunderlich, Perry, Lavin & Katz, 1999).

Fowler & Smyth (1997) hanno evidenziato che le condizioni di stress cui i pazienti sono esposti possono ripercuotersi sulle risposte alla malattia, perché favoriscono un aumento dello sforzo cardiovascolare e consumo di ossigeno, che si riflette in un soggiorno più lungo in terapia intensiva e una progressiva diminuzione della loro stabilità biologica e psicologica.

La letteratura scientifica suggerisce di tener conto dei diversi profili psicologici, per essere in grado di rispondere adeguatamente alle esigenze del paziente e valutare meglio il suo livello di gravità e la probabilità di morte. Gli indicatori di gravità della malattia (SDI) sono stati designati per gruppi di pazienti non per individui. Ad es. se un gruppo di pazienti ha un rischio di mortalità ospedaliero del 25% questa valutazione riguarda l'intero gruppo di pazienti che presenta quelle caratteristiche (es. diagnosi all'ammissione, gravità della malattia, età, risposta fisiologica, procedura, ritardi, ecc.) su cui è basato l'indice. L'accuratezza della prognosi è quindi limitata (Oggioni, s.d.). Per questi motivi, tra i fattori da considerare (utilità-beneficio) per le decisioni di TRIAGE, oltre alla possibilità di esito favorevole, sono stati presi in considerazione:

- Aspettative di vita del paziente (causata dalla malattia)
- Qualità di vita anticipata dal paziente
- Desideri del paziente e dei parenti
- Risorse (costi finanziari e psicologici)
- Opportunità per curare altri pazienti
- Salute ed altre necessità della comunità
- Valori individuali ed istituzionali (moralità e religiosi)

Per quanto riguarda gli interventi, alcuni studi hanno dimostrato che gli interventi comportamentali e ambientali sono efficaci, in combinazione con il trattamento farmacologico (Blacher 1987; Chlan, 1998; Fontaine, 1994; Posen, 1995; Sivak, Higgins e Seiver, 1995; Granber, Engberg e Lundberg, 1999; McGuire, Baste, Ryan & Gallagher, 2000). Anche la musica contribuisce a promuovere il rilassamento e la gestione del dolore (Biley, 2000; Fontaine, 1994; Horta, Jaimes, Rodriguez e Serrano, 2000; Magill, 1993), facilitando le attività mediche e un minor utilizzo di farmaci (Bonebreak, 1996).

Altre modalità di intervento riconducibili alla psicologia ambientale (Trites, Galbraith, Sturdavant & Leckwart, 1970; Bell, Fisher & Loomis, 1978; Carlopio, 1996) tendono ad incidere sulla fase preoperatoria e post-intervento, tramite una diversa disposizione degli ambienti e delle strumentazioni e una specifica formazione degli operatori, al fine di aiutare i pazienti ad affrontare tali condizioni, specialmente quando non possono essere modificate o eliminate (per esempio, immobilità e dispositivi), riducendo la comparsa di deliri in fase di degenza (Roberts, 2001): la riduzione del rumore, specialmente di notte, con musica e voci familiari, il parlare con un tono calmo, guardando il paziente, senza l'utilizzo di un gergo medico che possa disturbare o indurre



idee irrazionali, il ri-orientamento temporale e spaziale sono tutti elementi che possono alleviare la deprivazione sensoriale.

Notevole è l'importanza della presenza di persone vicine, come i membri della famiglia e di supporto, che possono direttamente aiutare il paziente con azioni di comunicazione e di stimolazione sensoriale, al fine di alleviare l'ansia causata dall'ambiente estraneo della terapia intensiva.

E' indispensabile fornire una corretta gestione del dolore, spesso associato ad irritabilità e disturbi del sonno: tali sintomi compaiono con la sindrome delirante. In casi di delirio, è necessario calmare anche i familiari e renderli edotti in merito alla sindrome, così come è importante offrire supporto anche al paziente spiegando la natura della sindrome, il suo decorso a seguito della malattia e i possibili trattamenti.

Dekeyser (2003) ritiene che sia gli psicologi che il personale opportunamente formato (es. infermieri) sono in grado di svolgere diverse azioni che consentono ai pazienti di aumentare i loro sentimenti di sicurezza e comfort. Nello studio di Laitinen (1996), i pazienti hanno sottolineato l'importanza di avere un rapporto più stretto con gli operatori sanitari, perché ritengono che la calma percepita, la sicurezza e l'accettazione dipendono dalla qualità di questa presenza.

Per quanto sopra esposto, dunque si chiede di emendare la norma in parola.

Proposta emendativa

All'art. 2, comma 1 lett. c) eliminare "...di una specifica figura professionale" e sostituire con "previsione della figura dello psicologo ..."

Motivazione: è necessario precisare che il supporto psicologico al paziente ed ai suoi familiari sia garantito dalla figura professionale dello Psicologo, già presente nell'ambito del S.S.N., e non da una generica "figura professionale".

Si resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento in merito e si inviano cordiali saluti.

Il Presidente
dott. Giuseppe Luigi Palma

A handwritten signature in black ink, which appears to read "Giuseppe Luigi Palma".