

INTRODUZIONE

La ventilazione artificiale meccanica (da questo punto in poi denominata anche VAM) è una pratica che, soprattutto in area critica e con modalità di tipo invasivo (con paziente sottoposto ad intubazione orotracheale o tracheostomizzato), espone il paziente ad una serie di potenziali complicanze, stress fisico ed emotivo ed un aumento dei tempi di degenza in terapia intensiva con conseguente incremento dei costi. Una delle complicanze principali cui possono andare incontro tali pazienti in terapia intensiva è di tipo infettivo e riguarda le infezioni batteriche responsabili di polmoniti da ventilazione meccanica (da questo punto in poi denominate VAP), con un tasso di incidenza tra 11% e 24%.

Il rischio di contrarre una VAP è direttamente correlato alla durata della ventilazione stessa (> 48h), con incidenze variabili in rapporto alla patologia. A queste infezioni è riconducibile un alto indice di mortalità attribuibile, che nei reparti di cure intensive è di circa il 30%. Per ogni giorno di durata della ventilazione artificiale invasiva il rischio di VAP aumenta dall'1 al 3%, mentre raddoppia il tasso di mortalità. Inoltre, come diretta conseguenza delle VAP e dell'aumento della durata della VAM, si assiste ad un incremento dei tassi di degenza media e quindi dei costi totali. In alcuni studi, riassumendo i dati disponibili, risulta che le VAP possono prolungare la degenza in Terapia Intensiva di circa 4 giorni.ⁱ

Lo studio condotto in 157 terapie intensive polivalenti dal Gi.Vi.Ti. (Gruppo Italiano degli Interventi in Terapia Intensiva) denominato "Progetto Margherita" ,fa emergere dal rapporto generale 2007 un'incidenza di VAP pari al 6,7% ogni 1000 giorni di VAM preVAP. Il 72,7% dei pazienti inclusi in questo studio è stato sottoposto a ventilazione di tipo invasivo; la durata della degenza in terapia intensiva è stata per questi pazienti pari a 2-7 giorni (mediana: 3 giorni) a fronte di una degenza media generale pari a 1-7 giorni (mediana: 2 giorni).ⁱⁱ Lo stress fisico ed emotivo del paziente ha una ricaduta

diretta sul decorso clinico della persona, così come sul piano di assistenza infermieristica al paziente. L'incremento dei tempi di degenza e dei relativi costi sono una diretta conseguenza delle complicanze, descritte in precedenza, correlate alle tecniche di ventilazione meccanica invasiva.

In letteratura a livello mondiale, ho reperito numerosi lavori che testimoniano i tentativi, all'estero, di declinare e testare protocolli di svezzamento dalla VAM condotti da équipes multidisciplinari; in tali équipes diverse figure professionali sono chiamate ad operare in modo collaborativo e costruttivo per lo sviluppo, l'implementazione ed la valutazione di tali protocolli di intervento.ⁱⁱⁱ

Alcuni autori hanno cercato di definire il ruolo dell'infermiere nel processo di weaning, intervistando medici ed infermieri in realtà in cui effettivamente entrambe le figure professionali sono responsabili durante lo svezzamento (UK): nel rispetto dei rispettivi ambiti professionali, al medico spettano le decisioni relative alla diagnosi ed alla scelta del trattamento per il paziente, mentre l'infermiere ha il compito di *lavorare con il paziente* durante tutto il processo. Entrambi possono contribuire efficacemente al buon esito dello svezzamento dalla VAM, in un'ottica di collaborazione.^{iv}

Gli infermieri peraltro mostrano interesse per questo tipo di pratica, basata su protocolli multidisciplinari, dal momento che consente più uniformità nell'approccio al paziente e può rappresentare un valido strumento di guida per gli operatori meno esperti.^{v vi}

Già nel 1995 alcuni autori si interrogavano sul futuro possibile ruolo dell'infermiere nello svezzamento dalla VAM, in un'epoca in cui tale processo era tradizionalmente sotto la responsabilità dello staff medico anche nel Regno Unito; evidentemente gli infermieri britannici incominciavano ad intuire che il loro ruolo in quest'ambito poteva svilupparsi verso una maggior autonomia.^{vii}

Valutazioni e decisioni corrette sono alla base del successo dello svezzamento; l'infermiere di area critica è in una posizione unica per

sperimentare col paziente in svezzamento, un approccio di tipo olistico, in cui hanno notevole importanza fattori predittivi sia fisiologici che psicologici. Un monitoraggio di questo tipo richiede una buona documentazione di supporto: questa può essere ben rappresentata da un protocollo di weaning, che permetta soprattutto di valutare quando un paziente è davvero pronto per questa fase.^{viii}

Il concetto che fattori fisiologici e psicologici hanno pari dignità in senso predittivo nel processo di weaning (ovvero come indicatori di esito del processo), è sviluppato in parecchi lavori; all'infermiere viene riconosciuto un ruolo importante e complementare proprio in riferimento al supporto psicologico e motivazionale di cui necessitano tali pazienti, durante lo svezzamento.^{ix}

Alcuni lavori dimostrano, che un processo di weaning basato su protocolli multidisciplinari ha ricadute quantificabili in termini di riduzione della durata della VAM, dei tempi di degenza, dei costi ospedalieri, e di miglioramento del decorso clinico del paziente.^{x xi} Processi di weaning gestiti in particolare da infermieri hanno conseguenze evidenti come quelle sopra descritte.^{xii xiii} Un processo di svezzamento basato su protocolli multidisciplinari comporta inoltre una sensibile riduzione anche dell'incidenza delle VAP, che abbiamo visto essere una delle maggiori complicanze legate alla durata della VAM.^{xiv}

Alla luce di quanto detto finora, appare evidente come sia importante definire il ruolo dell'infermiere in terapia intensiva, ed in particolare le conseguenze di tale ruolo nel processo di weaning per il paziente. Molti lavori in questi anni sono orientati in questo senso.^{xv}

Attualmente in Italia la presa in carico del paziente durante la fase di weaning, dal punto di vista gestionale e valutativo, riguarda quasi esclusivamente il personale medico, tranne alcune eccezioni di tipo sperimentale.

L'obiettivo del mio lavoro è stato quello di applicare nella pratica assistenziale un protocollo multidisciplinare di svezzamento dalla ventilazione meccanica, coordinato da medici, ma gestito da infermieri a stretto contatto col paziente in una fase estremamente delicata della degenza in area critica.