

# Comunicazione e terminalità in Terapia Intensiva



**Lorenzo Boncinelli**

S.O.D Cardiologia e Medicina Geriatrica

A.O.U. Careggi - Firenze

*E-mail: lboncinelli@tin.it*

**Gruppo di studio SIGG  
“LA CURA NELLA FASE  
TERMINALE DELLA VITA”**



## Editorial

### A Time to be Born and a Time to Die

Lee R. Goldberg, MD, MPH; Mariell Jessup, MD

**Che cosa faresti sapendo che il tuo  
paziente ha pochi mesi di vita?**

- **Glielo diresti?**
- **Scegliaresti dei trattamenti più o meno aggressivi?**

*Circulation* 2007;116:360-362.

“Sono stata infermiera, sono stata assistente sociale, sono stata medico.

Ma la cosa più difficile di tutte è imparare ad essere un paziente”

*Cicely Saunders*



Cicely Saunders (1918-2005)

# Cosa prova il malato nella fase avanzata della malattia?

grande angoscia

per la paura della morte e soprattutto per il timore dell'**isolamento**, dell'**abbandono** sociale, della **dipendenza** dagli altri

**La comunicazione** diventa perciò **strumento** fondamentale **di cura**, tende a favorire il successo delle terapie e a **sostituirle**, quando queste **abbiano esaurito la loro efficacia**

L'informazione comincia dall'ascolto



è recente la nascita della

*Medicina narrativa*

occorre

parlare col paziente  
e non al paziente

La comunicazione ha pregio se  
improntata a umiltà

Il paziente, e non altri, è al centro  
della comunicazione e della cura

L'atteggiamento di iperprotezione, assunto talvolta dai parenti, è spesso più dannoso che vantaggioso.

Il malato, **sostituito** dai parenti nel rapporto diretto col medico, in realtà, **si ritrova solo di fronte alla malattia e alla morte**

Un aspetto importante nella comunicazione:  
**la posizione degli operatori sanitari**

**L'operatore "imperturbabile":**  
è ancora oggi il modello prevalente  
nella medicina "tecnocratica"

Non deve essere ritenuto disdicevole  
**mostrare** anche le **nostre emozioni!**

**Mai**, pazienti o familiari si sono lamentati  
del **medico o dell'infermiere che hanno**  
**dimostrato rispetto e considerazione per i**  
**loro sentimenti**

# La morte in Terapia intensiva

riguarda il 20% dei ricoverati

[...] Il momento peggiore della morte non è il morire, ma il sentirsi esclusi dall'umano consorzio, il sentirsi scivolare, come su un lungo piano inclinato, lontano da ogni amorevolezza, "avvertendosi" magari come "sporchi" e "pesanti" ....

Per fronteggiare, dunque, l'approssimarsi della morte non è sufficiente un sapere tecnico, ma occorre **un sapere comunicativo.**

**Si può apprendere tale sapere?**

Bonetti M, Rossi M, Viafora C, : "Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita". Ed. Franco Angeli 2003





“Effect of patient completed agenda forms and doctors' education about the agenda on the outcome of consultations: randomised controlled trial”

JF Middleton, et al.

*BMJ 2006;332:1238-1242*

## Risultati

- Il numero dei pazienti soddisfatti è aumentato notevolmente
- i medici sono stati in grado di identificare con anticipo **i problemi, le ansie, i bisogni dei pazienti**

## Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005.

*Davidson, Judy E. RN, FCCM; Powers, Karen MD; Hedayat, Kamyar M. MD; Tieszen, Mark MD, FCCM; Kon, Alexander A. MD, FCCM; Shepard, Eric MD, FCCM; Spuhler, Vicki RN, MS, CCRN; Todres, I David MD, FCCM; Levy, Mitchell MD, FCCM; Barr, Juliana MD, FCCM; Ghandi, Raj MD, FCCM; Hirsch, Gregory MD; Armstrong, Deborah PharmD, FCCM*

“ improve consistency in communication...  
staff education to minimize the impact of family...  
and family support before, during, and after death””

Crit Care Med 2007;35:605-622

# Il paziente anziano in Terapia Intensiva

## Restricted Visiting Hours in ICUs Time to Change ←

JAMA®

Donald M. Berwick, MD, MPP, FBCP  
Meera Kotagal, BA

cused on 3 worries: increased physiologic stress for the patient, interference with the provision of care, and physical and mental exhaustion of family and friends. While these concerns may seem reasonable, the evidence from the re-

... I pazienti più critici giacciono in UCI, impauriti, terrorizzati, immersi e sommersi da cateteri e macchinari rumorosi... **sono soli, separati** da coloro che li amano, a causa **dei regimi restrittivi di accesso all'UCI..** (si parla di **“Sindrome da terapia intensiva”**)

JAMA 2004;282:736-7

## Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit Results From a Pilot, Randomized Trial

Stefano Fumagalli, MD; Lorenzo Boncinelli, MD; Antonella Lo Nostro, BSc; Paolo Valoti, MD;  
Giorgio Baldereschi, MD; Mauro Di Bari, MD, PhD; Andrea Ungar, MD; Samuele Baldasseroni, MD;  
Pierangelo Geppetti, MD; Giulio Masotti, MD; Riccardo Pini, MD; Niccolò Marchionni, MD

*Circulation* 2006;113:946-52

### OBJECTIVE

Pilot RCT, aimed at comparing the effects of **restricted vs. unrestricted visiting policy** in a geriatric cardiological ICU on:  
microbiologic environment contamination  
emotional profile  
clinical outcomes

## RISULTATI

### Le visite libere ai pazienti in Terapia Intensiva:

- Non provocano un numero maggiore di infezioni
- Hanno ridotto il livello dello stress e dimezzato le complicanze cardiovascolari

LA REPUBBLICA 33

#### I risultati

Negli ambienti dove le visite erano senza regole la presenza di batteri raddoppia rispetto al normale



La presenza di batteri antagonisti dai batteri è ridotta nella sala delle visite a causa dei limiti di tempo



Le visite non provocano un numero maggiore di infezioni



Le visite frequenti hanno ridotto il livello dello stress e dimezzato le complicanze cardiocircolatorie



L'iniziativa dell'ospedale universitario: meno ansia da parte dei malati, si dimezzano le complicazioni e non crescono le infezioni

# Un amico vicino aiuta un cuore malato

*Firenze, la rianimazione di Careggi aperta ai familiari senza limiti di tempo*

**Rianimazione** *Uno studio conferma: l'isolamento fa male*

# Provato: l'affetto fa bene al cuore

I REPARTI PER IL CUORE "INFRANTO"



Hight tech and High touch

BARBARA FÄSSLER

Non  
tecn  
per g  
ci vo  
emoz

... delle certezze  
acquisite finora, una ricerca,  
la prima del genere al mon-  
do, realizzata a Firenze dal-

... infermieri  
devono capire che sono  
loro a fare visita  
nell'esistenza dei malati.  
E non viceversa»

... clinica all'Università di  
Firenze e coordinatore della  
ricerca, appena pubblicata  
sulla rivista americana *Cir-  
culation* - . In questo arco di  
tempo sono state adottate  
per periodi di due mesi due  
diverse modalità di accesso

su regole rigide e a misurarsi  
solo con il gesto tecnico».  
D'altro canto questo stu-  
dio rafforza l'idea che ser-  
peggia da qualche anno fra i  
cardiologi che le esperienze  
emozionali e il tono del-  
l'umore influiscano sulle ma-

nitaria ruota ancora intorno  
alle esigenze degli operatori  
e della struttura nel suo  
complesso. La scelta della  
rianimazione aperta, oltre  
ad obbligare il personale sa-  
nitario ad una qualche for-  
ma di comunicazione, lo co-

# Il familiare: una risorsa

Nella relazione tra équipe-malato-famiglia, il familiare/care giver deve essere considerato una risorsa non solo per l'ammalato ma anche per l'équipe dei curanti: questi devono promuovere rapporti di fiducia e di collaborazione col familiare, nel rispetto dell'**autodeterminazione del paziente**.

# Decision making nel paziente con demenza in UCI

## ➤ A che punto fermarsi?

Difficile, talvolta impossibile, conoscere la volontà del paziente ➡ Direttive anticipate

## ➤ Utilizzare cure sempre più intensive?

Rischio di “accanimento terapeutico” (cure inappropriate per eccesso)

## ➤ Come comportarsi in caso di nuovo evento acuto?

Importanza della comunicazione e (in)formazione ai familiari da parte dell'intensivista, del geriatra, del medico di medicina generale.



# Sedazione terminale o palliativa

“Somministrazione intenzionale di farmaci sedativi con lo scopo di controllare le sofferenze intollerabili e refrattarie attraverso la riduzione della coscienza negli ultimi giorni di vita”

Indicazioni più frequenti

Delirium e/o agitazione: 55%  
Dispnea: 27%  
Dolore: 18%  
Nausea/vomito: 4%

**Deve soddisfare i desideri del paziente e deve essere discussa, se possibile, con il paziente stesso, e con la sua famiglia**

De Graeff A. et al. *J of Palliative Medicine* 2007

# Per una adeguata comunicazione di fronte ad un paziente critico occorre...

- Preparare il dialogo
- Verificare quanto e cosa malato e familiari già sanno
- Accertare quanto e cosa essi vogliono sapere

## **Dare informazioni**

- Vere
- Condivise
- Graduali

## **Gestire la relazione**

- Con empatia
- Prevenendo i conflitti
- Non soffocando l'emotività

# Un'occasione da non perdere

“Nell'imparare a dare cattive notizie **il Medico** coglie un'occasione importante: **sviluppare la propria umanità**”

Guido Tuveri, 2005

“Il successo delle cure intensive

qualità del processo  
del morire e alla

qualità delle relazioni umane

