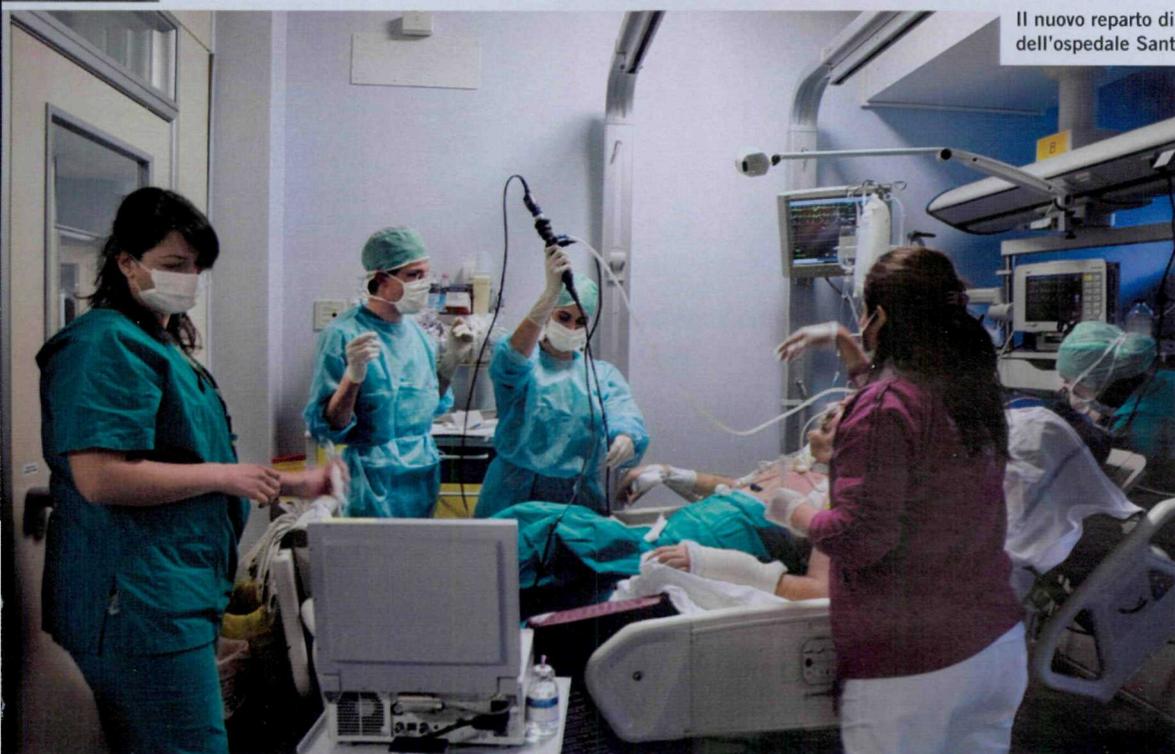




RIVOLUZIONE IN RIANIMAZIONE

Duecentomila italiani l'anno entrano in terapia intensiva. Molti ci restano per pochi giorni. Altri per mesi. Isolati dai parenti. Come in un acquario. Necessario? No, secondo una sperimentazione a Bologna. Che incoraggia una nuova sanità

DI AGNESE CODIGNOLA - FOTO DI G. DI STURCO PER L'ESPRESSO



stiamo ancora elaborando i dati e approfondendo la comunicazione tra i professionisti, il malato e la sua famiglia, anche per cercare di mettere a fuoco nuove modalità di assistenza che possano ridurre al minimo il danno psicologico per il degente. Nella prima fase, avviata nel 2008, abbiamo coinvolto dieci reparti (tre a Bologna, due a Modena, uno a Cesena, Forlì, Ferrara, Parma e Piacenza), ma già nel 2009-2010 contiamo di allargare

Certo il suo non è stato un compleanno banale: 80 anni e due aritmie con arresto cardiaco

superato con un intervento, festeggiati in terapia intensiva, con tanto di brindisi. Perché la terapia intensiva di Bologna dove è stato portato il signor G. non era il solito acquario blindato e ostile che pone i malati

(200 mila all'anno in Italia) in un isolamento quasi totale, al quale sono ammesse pochissime persone per una-due ore al giorno, e solo dopo che accettano procedure macchinose, analisi, vestizioni e disinfezioni. Quella del signor G. era una delle dieci terapie intensive che la Regione Emilia Romagna ha deciso di aprire a parenti e conoscenti e porre sotto osservazione prima di estendere il programma a tutte le unità regionali, nel tentativo di allinearsi almeno in parte a quanto accade nel resto del mondo occidentale, dove il numero di rianimazioni accessibili e fondate sulla collaborazione terapeutica tra i professionisti e gli assistiti stanno aumentando sempre più. Perché va detto subi-

to che le terapie intensive non sono affatto, come vengono rappresentati, luoghi dove si resta a lungo e dai quali sovente non si esce vivi: la permanenza media è di pochi giorni (fino a sei) e la mortalità è attorno al 20 per cento.

In Svezia sono aperte sette rianimazioni su dieci, negli Stati Uniti una su tre, in Gran Bretagna e Francia circa il 20 per cento. In Italia, l'esperienza emiliano-romagnola non è l'unica, ma è questa la prima volta che punta ad aprire le porte di tutte le terapie intensive della regione. Come, lo spiega Rita Maria Melotti, dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia Romagna, coordinatrice del progetto: «La sperimentazione è ruotata attorno all'abolizione delle limitazioni all'orario durante la giornata e, in futuro, anche di notte, e di quella del numero di persone che possono entrare, con una sola misura preventiva: il lavaggio accurato delle mani. I primi risultati sono molto positivi, anche se

gradualmente fino a 45 il numero di unità (pubbliche) partecipanti alla sperimentazione».

L'Emilia Romagna potrebbe dunque fare da apripista in un settore nel quale l'Italia mostra tutta la sua arretratezza culturale e organizzativa. Arretratez- ▶

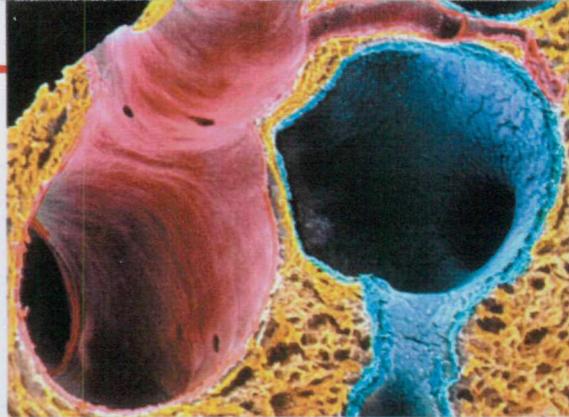
Batteri al vapore

Secondo l'Istituto superiore di sanità ogni anno in Italia si verificano tra le 450 e le 700 mila infezioni ospedaliere, responsabili del decesso dell'1 per cento delle persone ricoverate; di queste, tra le 35 e le 210 mila potrebbero essere evitate se ci fosse una migliore igiene degli ambienti. Nelle sale operatorie, nelle ambulanze, negli ambulatori, nelle corsie contro di esse ogni giorno viene dispiegato un esercito di disinfettanti chimici, che però, sempre più spesso, sono armi spuntate a causa dell'aumento della resistenza, dell'impossibilità di giungere ovunque e della tossicità e allergenicità di molte delle sostanze usate. Ora però all'Ospedale Sant'Orsola di Bologna, in collaborazione con l'Associazione nazionale dei medici delle direzioni ospedaliere, si sta sperimentando un'alternativa che potrebbe rivelarsi vincente, perché basata non su agenti chimici, ma sulla forza sterilizzante del vapore sotto pressione, normalmente sfruttata al chiuso, nelle autoclavi. Il Sanivap, inventato e brevettato in Italia dall'azienda veneta Ipc e sperimentato a lungo in Francia dove al momento operano più di 4 mila macchine, genera infatti vapore a 150 gradi e a pressione costante (5 bar), ed è in grado di funzionare - silenziosamente - per molte ore di seguito (fino a 24); in questo modo promette di assicurare pulizia e disinfezione migliori rispetto a quelle ottenibili con i prodotti chimici.

za contrastata, finora, solo da iniziative coraggiose di singoli primari, come ricorda Marco Venturino, responsabile della rianimazione dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano, che ha aperto le porte del suo reparto ai parenti, sia pure in casi specifici, di notte: «Quella che un tempo era la motivazione più forte alla chiusura, e cioè il pericolo di veicolare al letto del paziente

germi pericolosi, non regge più da anni: molti studi hanno dimostrato che le insidie infettive giungono da fonti tutte interne all'ospedale quali i camici, le mani, gli strumenti di medici e infermieri». Non solo: la letteratura scientifica dimostra l'inutilità della separazione fisica e delle vestizioni dei parenti per prevenire le infezioni; e suggerisce che, anzi, una colonizzazione dei reparti da parte dei germi esterni può addirittura essere benefica perché contribuisce a instaurare una competizione con quelli molto più temibili perché resistenti e super-resistenti che vivono negli ospedali.

Resta però in piedi un argomento molto più delicato: quello dell'interferenza. Alcuni medici e operatori temono che il parente metta in discussione il loro operato, e rifiutano un rapporto di collaborazione. Dal canto loro, i parenti non informati possono essere diffidenti e temere che non si faccia abbastanza o, viceversa, che ci sia un accanimento. «In realtà, » spiega però Venturino che con il suo romanzo bestseller "Cosa sognano i pesci rossi" (Mondadori, 2006) ha contribuito non poco a far conoscere la realtà della terapia intensiva al grande pubblico: «La condivisione aiuta il personale a prendere le decisioni più appropriate in base alle caratteristiche di una persona che spesso non può parlare, e i familiari a essere più sereni su quanto sta facendo. Naturalmente a una condizione: che l'apertura sia il punto di arrivo di un percorso che ha al centro la comunicazione». In altre parole: non si



CHI HA BISOGNO DELLA TERAPIA INTENSIVA

Sono molti i motivi che possono portare una persona in un reparto di terapia intensiva (Ti) per un periodo che di norma è di pochi giorni. Eccone alcune

Chirurgia Il paziente viene inviato in terapia intensiva al termine di molti tipi di intervento chirurgico. In particolare, accade sempre per la cardiocirurgia, per i trapianti (per i quali sono necessarie camere sterili specifiche) e per le asportazioni di diversi tipi di tumore.

La permanenza nel reparto, che in genere è di 24-28 ore (tranne che per i trapianti), dipende sempre dall'entità dell'intervento e dalle condizioni cliniche pre, intra e postoperatorie.

Patologie cardiache

Infarto del miocardio, angina instabile, scompenso cardiaco acuto con edema polmonare, insufficienza ventricolare grave, aritmie, blocchi cardiaci sono

tutte condizioni per le quali il malato è portato in terapia intensiva, spesso subito dopo che è stata effettuata un'angioplastica o che è stato inserito uno stent.

Patologie vascolari

L'aneurisma è una delle cause principali di trasporto in terapia intensiva, così come lo sono gli ictus, per il trattamento dei quali esistono però ormai in tutta Italia reparti di terapia intensiva specializzati, le Stroke Unit.

Traumi Nelle Ti sono portate le persone che hanno avuto un incidente stradale grave o che per qualunque motivo hanno subito più traumi che rischiano di compromettere le funzioni vitali. Li sono stabilizzate e messe in condizione di affrontare le cure successive.

possono catapultare i parenti in una realtà che non capiscono, né imporre agli operatori presenze che possono intralciare il lavoro che prevede, in media, 25 atti medici nell'arco di otto ore: è necessario prima instaurare un dialogo profondo e poi affrontare insieme i passaggi successivi, tenendo conto della privacy e della necessità di effettuare alcune procedure specifiche.

Il bisogno di una vera e propria formazione è del resto dimostrata da un'altra esperienza, quella di Sergio Livigni, primario della rianimazione del San Giovanni Bosco di Torino, tra i primi ad aprire il reparto già nel 2005. Per evitare l'improvvisazione, Livigni ha subito pensato un corso per il personale, e il successo è stato tale che ha dovuto organizzare, nei mesi successivi, altri corsi si-

mili, e tuttora pianifica e coordina diversi tipi di formazione, avvalendosi anche di strumenti quali il teatro. Racconta Livigni: «Abbiamo impostato da subito l'apertura come un fatto che coinvolge tutti coloro che lavorano nell'unità e che

La vicinanza dei parenti si traduce in minor uso di sedativi e meno casi di ipertensione



Insufficienza respiratoria

La difficoltà acuta e cronica di respirazione conduce spesso un paziente, specie se già debilitato, in una Ti, dove può contare su validi supporti alla respirazione e su terapie farmacologiche volte ad attenuare la gravità dello scompenso.



La terapia intensiva del Sant'Orsola di Bologna. A sinistra: tratti del canale respiratorio. Sotto: monitor cardiaco e angiografia di un aneurisma



deve essere preparato con cura anche con l'aiuto di alcuni psicologi che assistono il personale e i parenti. E abbiamo ottenuto buoni risultati. Concreti: per esempio, i deliri che tipicamente si presentavano nei nostri pazienti sono del tutto scomparsi, e questo fatto, in parte sorprendente, si spiega solo con un maggiore benessere psicologico del malato, dato dalla presenza e dal contatto fisico con le persone care».

interventi in terapia intensiva) coordinato dall'Istituto Mario Negri di Bergamo, che raccoglie oltre la metà delle terapie intensive e che costituisce la base di uno dei gruppi di ricerca specifici più grandi del mondo (www.giviti.marionegri.it). Lo dirige Guido Bertolini, che spiega: «È dimostrato che alla presenza dei parenti corrisponde un minore uso di sedativi, un calo della pressione del cranio, una diminuzione dei casi di ipoten-

sione e di ipertensione; e che lo stress vissuto dai parenti stessi, spesso molto grave, crolla del 33 per cento con le terapie intensive aperte. Inoltre vi sono ricadute importanti per quanto riguarda lo stress continuo cui sono sottoposti gli operatori, che devono compiere scelte molto delicate, anche sulla vita stessa del malato». Per esempio, secondo uno studio condotto dal Giviti, l'anno scorso su 3.800 schede di dimissione raccolte in 84 unità, la desistenza terapeutica, cioè lo stop alle cure che potrebbero essere considerate un accanimento terapeutico (che non ha nulla a che vedere con l'eutanasia) e che è all'origine di oltre sei decessi su dieci nelle terapie intensive, è praticamente sempre il risultato di una decisione presa insieme ai familiari e solo in rarissimi casi con lo stesso paziente; la collaborazione migliora ulteriormente laddove il reparto è aperto. «Inoltre», aggiunge Bertolini, «non sono mai stati dimostrati effetti negativi riconducibili all'apertura delle unità e che laddove il processo è iniziato non si è più tornati indietro». ■

Fuori quei germi

Non è sulle scarpe o sugli abiti dei visitatori che si annidano i temibili germi che possono anche uccidere chi è ricoverato in terapia intensiva come lo stafilococco aureo meticillino-resistente (Mrsa), gli pneumococchi, la candida, lo pseudomonas, l'aspergillo e molti altri. Gli studi mostrano, infatti, che il 18,5 dei ricoverati entra già infetto e, di questi, solo il 3,6 per cento contrae una successiva infezione, così come accade al 10,9 per cento di coloro che erano

entrati senza infezioni significative. Analizzando poi la mortalità si vede che i deceduti sono per il 19 per cento non infetti, per il 38 per cento coloro che avevano una infezione al momento dell'ingresso e per il 36 per cento coloro che ne hanno contratta una in ospedale. Molti germi responsabili delle infezioni si nascondono e prosperano proprio all'interno dei reparti e, in particolare, sui vestiti degli operatori, sui dispositivi medici e negli ambienti. Uno studio pubblicato poche settimane fa su "Prehospital Emergency Care" ha scovato lo stafilococco Mrsa

in uno stetoscopio su tre delle terapie intensive analizzate, mentre in altri casi è stato trovato anche sui telefonini del personale. "Jama" ha invece dato una buona notizia: nel decennio 1997-2007 la presenza dello stafilococco resistente nei cateteri centrali delle rianimazioni americane è diminuita. Ciononostante, ogni anno negli Usa 94 mila persone contraggono lo stafilococco resistente e due milioni un'infezione pericolosa in generale; i decessi da infezione ospedaliera sono 90 mila, 19 mila dei quali causati proprio dallo stafilococco.

