



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

INFERMIERI E NIV:
INTERVENTI PER MIGLIORARE LA
COMPLIANCE DEL PAZIENTE

Relatore: Prof. Drusian Marta

Laureando: Gallina Stefania

Anno Accademico 2014-2015

INDICE

RIASSUNTO

INTRODUZIONE pag. 1

CAPITOLO 1. LA COMPLIANCE pag. 2

1.1 Definizione di compliance pag. 2

1.2 I fattori della compliance pag. 2

CAPITOLO 2. LA VENTILAZIONE NON INVASIVA pag. 6

2.1 Definizione di ventilazione non invasiva pag. 6

2.2 Le interfacce pag. 6

2.3 Gli effetti collaterali della NIV pag. 7

CAPITOLO 3. LA RICERCA pag. 10

3.1 Scopo dello studio pag. 10

3.2 Materiali e metodi pag. 10

3.2.1 L'intervista pag. 11

3.2.2 Il focus group pag. 11

3.3 Risultati pag. 12

3.3.1 I risultati dell'intervista pag. 12

3.3.2 I risultati del focus group pag. 20

3.4 Discussione e conclusioni pag. 22

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato n° 1: Intervista per rilevare le problematiche legate alla NIV secondo i pazienti

Allegato n° 2: Format del focus group riguardo le problematiche dovute alla NIV

RIASSUNTO

La ventilazione non invasiva permette di erogare un importante supporto ventilatorio ad un paziente anche in situazioni di emergenza ed urgenza preservando le vie aeree superiori poiché riduce i traumi che possono essere provocati tramite la ventilazione invasiva.

Tuttavia, questo tipo di ventilazione presenta degli effetti collaterali che rendono difficile per i pazienti sopportare questo tipo di trattamento per diverse ore consecutive, rendendoli difficilmente complianti. Le principali cause della scarsa compliance dei pazienti sono dovute principalmente al discomfort causato dalle interfacce.

Attraverso questa tesi si è voluto ricercare quali sono le problematiche principali manifestate dai pazienti, gli interventi infermieristici messi in atto e la loro efficacia intervistando i pazienti sottoposti a NIV nelle Unità Operative della Medicina Generale d'Urgenza e dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica del presidio ospedaliero Ca' Foncello di Treviso, considerando i tre tipi di interfaccia maggiormente utilizzati in questi tre reparti, ovvero la maschera oronasale, la full face e il casco. In contemporanea è avvenuta la ricerca dei medesimi fattori dal punto di vista infermieristico tramite un focus group che ha coinvolto i professionisti delle due Unità Operative sopra citate e del Pronto Soccorso del medesimo presidio ospedaliero.

Dallo studio è risultato un parallelismo tra i risultati ottenuti tramite la ricerca bibliografica e la ricerca sul campo, sia per quanto riguarda le problematiche emerse dai pazienti sia per gli interventi applicati dagli infermieri, che nella maggior parte dei casi si sono rivelati efficaci. Tra gli interventi nominati, quello principale che influenza maggiormente la compliance del paziente è la comunicazione tra infermieri e pazienti, che comprende la trasmissione di informazioni riguardo alla NIV al paziente da parte dell'infermiere e la capacità di quest'ultimo di coinvolgere l'assistito nel processo terapeutico rendendolo parte attiva.

Con quest'elaborato si è voluto sottolineare l'importanza dell'assistenza infermieristica per il buon esito della NIV. Infatti l'infermiere, sia attraverso interventi pratici sia attraverso la comunicazione efficace e la relazione terapeutica, svolge un ruolo importante per ridurre o risolvere le problematiche riscontrate dal paziente durante la NIV e migliorarne così la compliance.

INTRODUZIONE

Durante l'esperienza di tirocinio nell'UO della Medicina Generale d'Urgenza, ho notato che per i pazienti era difficile sottoporsi alla ventilazione non invasiva, fino a diventare irrequieti e insofferenti. Per esempio, si lamentavano frequentemente che l'interfaccia era fastidiosa o che faceva male, oppure, chi aveva il casco molto spesso svitava la porta di accesso che permette di comunicare con l'esterno, ma così facendo riduceva il flusso d'aria e l'efficacia della ventilazione. Però, ho anche osservato come gli infermieri, ogni volta, ritornavano dai pazienti e, in parte spiegandogli nuovamente l'importanza del trattamento e in parte cercando di trovare una soluzione pratica al problema, riuscivano a convincerli a continuare a mantenere la NIV.

Così è nata l'idea di questa tesi, che ha lo scopo di capire quali sono i fattori che influenzano positivamente e negativamente la compliance dei pazienti alla NIV, focalizzando l'attenzione sulle tre interfacce usate in acuto, ovvero la maschera oro-nasale, la full face e il casco e quali sono gli interventi infermieristici che possono potenziarla. Innanzi tutto è stata effettuata una ricerca bibliografica inerente i concetti di compliance e NIV, le problematiche legate alla ventilazione e il processo di assistenza infermieristica attuato in questa situazione.

Successivamente è stata somministrata un'intervista ai pazienti della Medicina Generale d'Urgenza e dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica, con lo scopo di indagare quali sono le difficoltà che hanno riscontrato durante la NIV, come sono intervenuti gli infermieri, e se questi interventi sono stati efficaci.

Dopo aver intervistato un numero sufficiente di pazienti, è stato effettuato un focus group con gli infermieri delle Unità Operative (UU.OO.) della Medicina Generale d'Urgenza (MGU), dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) e del Pronto Soccorso (PS) per capire il loro punto di vista sugli stessi argomenti, cioè quali sono i fattori che secondo loro maggiormente influenzano la compliance del paziente e che interventi possono mettere in atto per far sì che il paziente accetti la NIV.

CAPITOLO 1

LA COMPLIANCE

1.1 Definizione di compliance

La compliance, o aderenza, viene definita come il grado in cui il comportamento di una persona, per esempio nell'assumere i farmaci, nel seguire una dieta o nell'apportare cambiamenti al proprio stile di vita corrisponde alle raccomandazioni concordate con i sanitari.¹

Con questo termine si vuole sottolineare il ruolo attivo che il paziente ha nella terapia, in particolare il fatto di accettare la terapia proposta e in questo modo rientrare in un progetto terapeutico, poiché la compliance necessita sempre del consenso del paziente. Infatti, se il paziente non accetta l'esistenza della malattia, i problemi che comporta e l'importanza della terapia proposta, allora non si riuscirà mai a raggiungere l'aderenza terapeutica.² Riuscire a migliorare la compliance del paziente al trattamento proposto è fondamentale, poiché essa influenza l'efficacia degli interventi e l'uso adeguato delle risorse. È importante riuscire a migliorare l'aderenza al regime terapeutico poiché essa influenza l'efficacia degli interventi e l'uso adeguato delle risorse.^{3,4}

1.2 I fattori della compliance

Storicamente si è attribuita tutta la responsabilità dei bassi livelli di compliance al paziente, colpevolizzandolo. Tuttavia la compliance è un fenomeno multidimensionale costituito da cinque tipologie di fattori interagenti tra di loro, che sono:^{1,3,5}

- fattori socioeconomici;
- fattori legati al sistema sanitario e all'équipe di operatori sanitari;
- fattori legati alla condizione patologica;
- fattori correlati al trattamento;
- fattori correlati al paziente.

Nonostante siano stati determinati questi cinque fattori, è ancora piuttosto diffuso un approccio alla compliance monodimensionale, soprattutto per quanto riguarda i fattori collegati al paziente. Tutte e cinque le dimensioni andrebbero considerate sistematicamente quali fattori che influiscono l'aderenza, come pure per determinare gli interventi finalizzati

a migliorarla. Pertanto si dovrebbe utilizzare un modello che valuta le cause di una scarsa aderenza come conseguenza delle interazioni tra paziente, professionista sanitario e sistema sanitario, il modello attualmente più utilizzato.^{1,3}

Secondo questo modello, i determinanti della compliance possono essere raggruppati in:³

- comportamenti dei professionisti sanitari;
- fattori correlati al sistema sanitario;
- caratteristiche del paziente.

Per quanto riguarda il comportamento dei professionisti sanitari, il modo in cui gli infermieri comunicano con le persone assistite è un determinante chiave dell'aderenza ai trattamenti e impatta sui risultati clinici, infatti è stato dimostrato che esiste una relazione positiva tra l'aderenza ai trattamenti da parte dei pazienti e lo stile comunicativo di medici e infermieri, in particolare:

- i pazienti dovrebbero sentirsi attivi nei processi terapeutici e coinvolti nell'assistenza;
- i professionisti sanitari dovrebbero trasmettere empatia e cordialità;
- i professionisti sanitari dovrebbero condividere con i pazienti le informazioni e fornire loro un adeguato supporto emotivo.

Tutti questi elementi aumentano l'aderenza del paziente al trattamento.

Un altro determinante è dato dalla soddisfazione, ovvero i pazienti che sono soddisfatti dei loro curanti e del regime terapeutico aderiscono con maggior impegno alle indicazioni ricevute. Per esempio, i pazienti possono sentirsi frustrati se nessuno si preoccupa di chiedere il loro parere, questo può comportare una scarsa aderenza al trattamento, che a sua volta determina un aumento del rischio clinico, della morbidità e della mortalità. Perciò è importante instaurare una buona relazione con il paziente, perché ciò può migliorare il suo grado di adesione, anche se esistono molti altri fattori che hanno un impatto negativo su di essa, come lo scarso sviluppo dei servizi sanitari e conoscenze non adeguate sulle conseguenze della non adesione ai trattamenti e sull'efficacia degli interventi volti a migliorarla. Da questo risulta che è importante realizzare una relazione terapeutica efficace, che si configura come una partnership attiva tra infermieri e pazienti, e che è caratterizzata dal confronto sulle opzioni terapeutiche, dal concordare insieme il regime di trattamento e dall'aprire una discussione chiara sul concetto di aderenza. Un altro motivo per cui è importante instaurare una relazione efficace tra infermiere e paziente è dato dal

fatto che la conoscenza della malattia da parte dei malati, affiancata ad una consapevolezza dei fattori che la influenzano e alle opinioni personali sul trattamento, sono strettamente collegate all'aderenza ai trattamenti.^{1,3,5,6}

Anche il sistema sanitario influenza l'adesione ai trattamenti da parte del paziente, poiché le sue politiche e procedure controllano l'accesso e la qualità delle cure; in particolare è l'organizzazione dell'assistenza che influisce maggiormente la compliance. I fattori legati alle modalità di erogazione dell'assistenza, come la continuità dell'assistenza fornita, lo stile di comunicazione adottato dai professionisti sanitari e il modo in cui si stabiliscono rapporti interpersonali, rappresentano una variabile sociodemografica molto importante dell'adesione del paziente alle cure.^{1,3}

Infine, vengono considerate le caratteristiche del paziente, che comprendono:

- età, sesso, scolarità, lavoro, reddito, stato civile, razza, religione, radici etniche, residenza in zone urbane o rurali;
- le sue risorse;
- le sue conoscenze, convinzioni, percezioni e aspettative sulla patologia da cui è affetto, che sono influenzate dalla gravità dei sintomi, dal grado di disabilità fisica, psicologica, sociale e professionale, dalla velocità del decorso verso gli stadi più avanzati della malattia, dalla disponibilità di trattamenti realmente efficaci e da un'eventuale comorbidità;
- le attitudini;
- la fiducia nel mantenere un comportamento corretto;
- le motivazioni che riesce a trovare;
- le aspettative rispetto agli esiti del trattamento, che dipendono dalla complessità del regime terapeutico, dalla durata del trattamento, da eventuali fallimenti precedenti, dalla velocità con cui si manifesta l'efficacia clinica dei trattamenti, dagli effetti collaterali dei trattamenti e la disponibilità di un aiuto medico che consenta al paziente di affrontarli meglio, dal livello di informazione del paziente relativamente al trattamento, dalle conoscenze delle conseguenze di una eventuale scarsa adesione.

Tutti questi elementi interagiscono in un modo che però non è ancora stato del tutto compreso e non sono ancora stati chiaramente associati al livello di adesione alle cure. Sicuramente, la motivazione che porta il paziente ad aderire ai trattamenti prescritti è

influenzata dal valore che egli conferisce al fatto di seguire correttamente le cure prescritte, soprattutto in fatto di costi/benefici, e a quanto si sente effettivamente in grado di farlo. Di conseguenza, per migliorare la compliance è fondamentale rafforzare le motivazioni del paziente aumentando la sua percezione di quanto sia importante l'adesione ai trattamenti.^{1,3,5,7}

CAPITOLO 2

LA VENTILAZIONE NON INVASIVA

2.1 Definizione di ventilazione non invasiva

La ventilazione non invasiva, o NIV (Non Invasive Ventilation), è una modalità di assistenza ventilatoria che non utilizza una protesi endotracheale, come il tubo oro/nasotracheale, o la cannula tracheostomica, ma un'interfaccia, che funge da collegamento tra il ventilatore e il paziente, rappresentata da una maschera nasale, oro-nasale o facciale, oppure da un casco, allo scopo di erogare una pressione positiva nelle vie aeree. In questo modo, all'inizio dello sforzo respiratorio spontaneo da parte del paziente, il ventilatore fornisce un supporto di pressione positiva costante, pertanto l'unico sforzo respiratorio compiuto dal paziente consiste in quello necessario per innescare il trigger della macchina. Di conseguenza, è il paziente a stabilire sia la frequenza respiratoria sia l'inizio della fase inspiratoria e di quella espiratoria. La NIV permette di correggere l'ipossiemia e l'ipercapnia causate dalle alterazioni patologiche, sia in fase acuta che in fase critica, con l'importante vantaggio di preservare le vie aeree superiori, riducendo i traumi causati dalla ventilazione invasiva a queste strutture.⁸ Inoltre, la pressione positiva di fine espirazione permette di reclutare gli alveoli collassati aumentando così il volume polmonare di fine espirazione.^{9,10,11,12,13}

2.2 Le interfacce

Le interfacce, come detto precedentemente, fungono da collegamento tra il paziente e il ventilatore. Esistono vari tipi di interfaccia, quelli considerati in questo elaborato sono la maschera oro-nasale, la maschera total face e il casco. Le maschere oro-nasali sono delle maschere facciali che coprono il naso e la bocca, le maschere total face sono sempre delle maschere facciali, che però includono anche gli occhi. Le maschere facciali sono le interfacce di prima scelta in urgenza, perché il paziente in insufficienza respiratoria acuta, con lo scopo di ridurre le resistenze respiratorie, presenta una respirazione orale. I vantaggi delle maschere facciali comprendono il fatto che hanno delle perdite ridotte e possono essere posizionate secondo il comfort del paziente. Tuttavia, hanno anche degli svantaggi che comprendono l'impossibilità di utilizzarle in caso di vomito per l'elevato rischio di aspirazione, la claustrofobia, le escoriazioni (nasali con la maschera oro-nasali, frontali con

la full face), la difficoltà a tossire e a parlare, che fa sentire il paziente isolato dal mondo, e, nel caso delle maschere full face, la scarsa tolleranza del flusso dell'aria sugli occhi.^{9,11,12,14} Il casco è uno scafandro, che include anche il collo, senza venire a contatto diretto con la cute del viso e che si aggancia con delle bretelle sotto le ascelle del paziente. I vantaggi del casco sono dati dalle perdite minime di aria, l'assenza di lesioni cutanee, il rischio ridotto di distensione gastrica e aspirazione. Tuttavia anche con questa interfaccia è difficile intervenire in caso di vomito, anche se è più facile introdurre sistemi di aspirazione, inoltre il rumore al suo interno è molto forte e può causare dolore e complicanze locali a livello ascellare e del collo a causa dei sistemi di ancoraggio. In caso di scarsa tolleranza da parte del paziente delle maschere facciali, il casco ne è una valida alternativa, soprattutto perché è anche molto utile per evitare alcuni effetti collaterali delle maschere facciali, come le lesioni da pressione; è meglio tollerato nei trattamenti prolungati e può essere utilizzato in caso di ustioni, traumi e malformazioni facciale.^{9,11,12,14}

2.3 Gli effetti collaterali della NIV

Durante la NIV si possono verificare varie complicanze, che possono essere dovute alla pressione dell'aria, al flusso o all'interfaccia.^{10,13}

Tra le complicanze dovute alla pressione positiva si ha l'otalgia dovuta anche al rumore, in particolare nel casco, il dolore nasale e la distensione gastrica,⁸ che può impedire una corretta espansione dell'addome durante l'espirazione, ma può anche essere una grave complicanza in quanto causa di rigurgito del contenuto gastrico con conseguente aspirazione nelle vie aeree. Tutte queste complicanze, inoltre, riducono il comfort del paziente. Quindi, per il paziente sarà più difficile sopportare l'interfaccia, che vorrà togliere, con la conseguente diminuzione dell'aderenza alla NIV. Pertanto è fondamentale migliorare il comfort del paziente riducendo le cause del suo peggioramento, ovvero prevenire le complicanze causate dalla pressione positiva. In particolare: ^{10,12,13,14}

- per prevenire l'otalgia si possono usare i tappi per le orecchie;
- per ridurre il dolore nasale si possono applicare delle protezioni sul naso;
- in caso di distensione gastrica si posiziona un SNG.

Le complicanze dovute al flusso sono causate dall'ossigeno somministrato ad alti flussi, che può causare congestione nasale, secchezza della mucosa orale e nasale e l'irritazione della congiuntiva oculare. Come detto sopra, queste complicanze causano discomfort al

paziente, e conseguentemente la riduzione della compliance, pertanto è compito dell'assistenza prevenirle o ridurle. Quest' obiettivo è raggiungibile: ^{10,12,14}

- attraverso l'uso di decongestionanti per ridurre la congestione nasale;
- permettendo al paziente di bere, quando afferma di aver sete, e usando un sistema di umidificazione dell'aria per ridurre la secchezza delle mucose;
- mediante l'utilizzo di emollienti per evitare l'irritazione della congiuntiva oculare.

Infine, tra le complicanze legate all'interfaccia troviamo il discomfort del paziente, che comprende anche il disturbo del sonno, poiché il paziente viene raramente sedato, il dolore a livello del ponte nasale, (in caso di maschera oro-nasale, o frontale se si usa la full face), eventuali lesioni, la claustrofobia e la difficoltà ad intervenire in caso di vomito. La tensione dei cinturini della maschera oro-nasale e della full face, che hanno la funzione di tenere la maschera ben adesa al viso del paziente, possono creare problematiche legate al comfort del paziente.⁸ In questo caso, si possono regolare i cinturini delle maschere per ridurre la pressione, oppure si può cambiare la misura o il tipo di maschera. Se il paziente soffre di claustrofobia è fondamentale rassicurarlo ed eventualmente cambiare tipo di maschera. In caso di vomito si deve scollegare rapidamente la maschera dal paziente, aspirare e valutare il posizionamento del SNG. Le lesioni da pressione sono l'effetto collaterale più serio e frequente. Le lesioni sono dovute all'eccessiva pressione eseguita dalle maschere con lo scopo di prevenire le perdite di aria, perciò i tessuti non ricevono più l'irrorazione necessaria, così si ha prima l'arrossamento della cute e poi eventualmente la necrosi. Si possono prevenire le lesioni da pressione applicando delle protezioni, come fogli di idrocolloidi, a livello della sella nasale e della fronte.^{10,12,13,14}

Il discomfort del paziente può renderlo intollerante all'interfaccia e può anche diminuire la compliance alla NIV. Questa situazione può essere risolta scegliendo l'interfaccia che il paziente tollera maggiormente, anche perché, per ottenere dei risultati clinici, la NIV deve essere applicata per più di qualche giorno, quindi è fondamentale garantire al paziente il maggior comfort possibile, con lo scopo di aumentare la tollerabilità e la durata di applicazione della ventilazione. L'infermiere ha il compito di scegliere l'interfaccia corretta, cioè quella meglio tollerata dal paziente, con lo scopo di migliorare il comfort, poiché così l'assistito sarà in grado di mantenere la NIV senza interruzioni per un periodo più lungo, così si avrà anche un miglioramento degli scambi gassosi e del meccanismo respiratorio, ovvero la ventilazione sarà più efficace e la NIV avrà così successo. Infatti è

importante che il paziente riesca ad accettare l'interfaccia fin dall'inizio della ventilazione, perché se dovesse rifiutarla probabilmente non vorrà neanche sottoporsi ad ulteriori cicli, causando il fallimento della NIV.^{9,11,12,13}

Per quanto riguarda il casco, il discomfort è causato anche dalla modalità di fissaggio, che può causare decubiti alla base del collo e nel cavo ascellare, parestesie ed edemi agli atri, e dal rumore. Il casco può essere ancorato al paziente tramite due modalità:

- il fissaggio ascellare, che utilizza delle bretelle ancorate alla parte rigida del casco e che vengono fatte passare sotto le ascelle del paziente;
- il fissaggio con contrappesi, che prevede sempre l'utilizzo delle bretelle ascellari, solo che non vengono fatte passare sotto le ascelle, ma vengono usate come ancoraggio di pesi che tengono il casco ancorato al paziente. Questa tipologia di fissaggio migliora la libertà di movimento del paziente, riduce il rischio di decubito ascellare e di edema o parestesie agli arti.¹⁰

Invece, per limitare o evitare i danni meccanici dovuti al rumore basta semplicemente usare dei tappi auricolari.¹¹

La compliance del paziente è legata anche al problema psicologico, che è assai importante, poiché non possono essere effettuate la curarizzazione o la sedazione profonda. Il paziente infatti parte attiva e non passiva del trattamento ed è pertanto importante spiegarli la tecnica prima di cominciare la ventilazione. Comunicare, ovvero spiegare al paziente lo scopo della NIV e la procedura è una strategia molto importante poiché aumenta la consapevolezza del paziente, che si sente parte del processo terapeutico. Ciò né aumenta la compliance e permette il successo della NIV. Spiegare significa anche rassicurare, tranquillizzare e informare il paziente, anche solo appoggiando la maschera sul viso del paziente con la mano e accendere il ventilatore. A volte, può anche essere utile far comprendere al paziente cosa può succedere se non viene applicata la NIV e quali sono gli effetti collaterali dell'intubazione, come la sedazione, le lesioni alle vie aeree superiori e l'impossibilità di parlare e alimentarsi per os.^{10,12,14,15,16}

Tutte le complicanze sopra citate possono influenzare la tolleranza del paziente alla NIV, quindi ridurre la compliance e causare l'insuccesso della ventilazione. Di conseguenza, è importante minimizzare o prevenirne l'insorgenza di questi fattori.^{10,13,16}

CAPITOLO 3

LA RICERCA

3.1 Scopo dello studio

La ventilazione non invasiva, affinché sia efficace, deve essere effettuata almeno per alcune ore senza interruzioni. Tuttavia, per il paziente non è sempre facile adattarsi a questo supporto ventilatorio e, in particolare, all'interfaccia, anche se questo è fondamentale per poter migliorare la sua compliance e far sì che possa mantenere la NIV per il tempo necessario. Compito dell'infermiere è proprio quello di fare in modo che il paziente sia il più compliant possibile e si adatti alla NIV.

Questa tesi nasce proprio con l'intento di comprendere non solo quali sono i fattori che influenzano, sia in modo positivo sia in modo negativo, l'aderenza del paziente alla NIV, ma anche che interventi possono essere messi in atto dall'équipe infermieristica per migliorare la compliance del paziente e la loro efficacia. Così si è sviluppata un'indagine epidemiologica di tipo qualitativo allo scopo di scoprire quali sono le problematiche maggiormente causate dalla NIV direttamente dai pazienti e dagli infermieri, come quest'ultimi tentano di minimizzarle e risolverle e se questi interventi sono efficaci. A tal proposito sono state sviluppate delle domande di ricerca con lo scopo di:

- capire come mai per i pazienti è stato difficile sottoporsi a NIV;
- indagare quali interventi sono stati effettuati dagli infermieri e la loro efficacia, domandando in particolare se i pazienti erano stati informati dello scopo e dell'importanza della NIV e delle possibili difficoltà correlate all'interfaccia;
- capire quali sono, invece, le problematiche legate alla NIV secondo gli infermieri, in base alla loro esperienza;
- scoprire quali sono gli interventi più efficaci per risolvere le problematiche legate alla NIV secondo gli infermieri;
- indagare se per gli infermieri comunicare e informare i pazienti sono interventi fondamentali o solo una proforma.

3.2 Materiali e metodi

Per raggiungere lo scopo prefissato è stata adottata una ricerca epidemiologica di tipo qualitativo.

Inizialmente è stata eseguita una ricerca bibliografica tramite l'uso di parole chiave come "compliance definition", "compliance and emergency", "compliance and NIV", "NIV definition", "nursing and NIV". La ricerca è avvenuta principalmente su pubmed e il motore di ricerca google scholar. Sono stati reperiti soprattutto articoli di tipo epidemiologico e derivanti da studi clinici, questi ultimi in particolare per la NIV.

Per la raccolta dati sono stati adottati due metodi:

- un'intervista a domande aperte da sottoporre ai pazienti;
- un focus group a cui hanno partecipato gli infermieri.

3.2.1 L'intervista

L'intervista, sottoposta ai pazienti delle UU.OO. della MGU e dell'UTIC dell'ospedale Ca' Foncello dell'ULSS 9 di Treviso, è stata creata ad hoc poiché non sono stati trovati in letteratura strumenti validati utilizzabili. Sono stati intervistati 29 pazienti e ogni paziente è stato intervistato direttamente dalla scrivente.

L'intervista realizzata è composta da sei domande, tutte a risposta aperta (fare riferimento all'allegato n°1).

La raccolta dati è avvenuta a partire dal 27 gennaio 2016, dopo aver ricevuto l'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria, presso i reparti precedentemente citati, nei quali mi sono recata personalmente dal lunedì al venerdì, dopo aver contattato i due Coordinatori Infermieristici.

Prima di ogni somministrazione venivano spiegate le finalità dell'intervista al paziente e gli veniva chiesto il permesso di porgli le domande; infatti l'intervista era facoltativa e anonima. Nessun paziente si è rifiutato e ha risposto a tutte le domande. La raccolta dati è avvenuta fino al 2 marzo 2016.

3.2.2 Il focus group

Il giorno 15 febbraio 2016 si è tenuto un incontro, più precisamente un focus group, con un infermiere per ognuna delle UU.OO. della MGU, del PS e dell'UTIC dell'ospedale Ca' Foncello dell'ULSS 9 di Treviso.

All'incontro hanno partecipato, quindi, tre infermieri ai quali sono state sottoposte cinque domande a risposta aperta, con lo scopo di conoscere quali sono le difficoltà che incontrano i pazienti sottoposti a NIV secondo il punto di vista degli infermieri, di sapere

quali sono gli interventi più efficaci e conoscere l'importanza di comunicare e informare il paziente e di instaurare con lui una relazione di fiducia. Anche in questo caso non sono stati trovati in letteratura strumenti adeguati per condurre un focus group sull'argomento trattato da questo elaborato, pertanto le domande sono state pensate appositamente per l'occasione (fare riferimento all'allegato n° 2 per il format del focus group).

3.3 Risultati

3.3.1 Risultati dell'intervista ai pazienti

In totale sono stati intervistati 29 pazienti (100%), 14 (48,3%) dei quali sono uomini, mentre le donne rappresentano il 51,7% poiché ne sono state interviste 15. L'età dei pazienti è compresa tra i 45 anni e gli 85 anni, mentre l'età media è di 70,6 anni.

I 29 pazienti intervistati hanno esperito le seguenti interfacce:

- 13 pazienti hanno tenuto la maschera oro-nasale (44,8%)
- 7 pazienti hanno tenuto la maschera full face (24%)
- 5 pazienti hanno tenuto il casco (17,2%)
- 1 paziente ha tenuto tutti e tre i tipi di interfaccia (3,5%)
- 2 pazienti hanno tenuto sia la maschera oro-nasale, sia quella full face (7%)
- 1 paziente ha tenuto sia la maschera oro-nasale, sia il casco (3,5%)

Per quanto riguarda i quattro pazienti che hanno provato più di un'interfaccia, le loro risposte sono state sommate a quelle dei pazienti che hanno tenuto la singola interfaccia, pertanto si avranno 17 risposte per la maschera oronasale, 10 per la maschera full face e 7 per il casco.

Domanda 1: *Da quanto tempo è sottoposto, o è stato sottoposto, a questo tipo di trattamento?*

Il grafico 1 presenta la sintesi delle risposte alla prima domanda.

La maggior parte dei pazienti con maschera oro-nasale (cinque pazienti, cioè il 29,4%) l'ha tenuta per un giorno, quattro pazienti (23,5%) l'hanno tenuta per due giorni, tre pazienti (17,6%) l'hanno tenuta per tre giorni, solo due pazienti l'hanno tenuta per quattro giorni e altri due (11,8%) durante una sola notte, e il paziente rimanente (5,9%) l'ha solo provata. I pazienti che hanno portato la maschera oro-nasale sono 17 (100%).

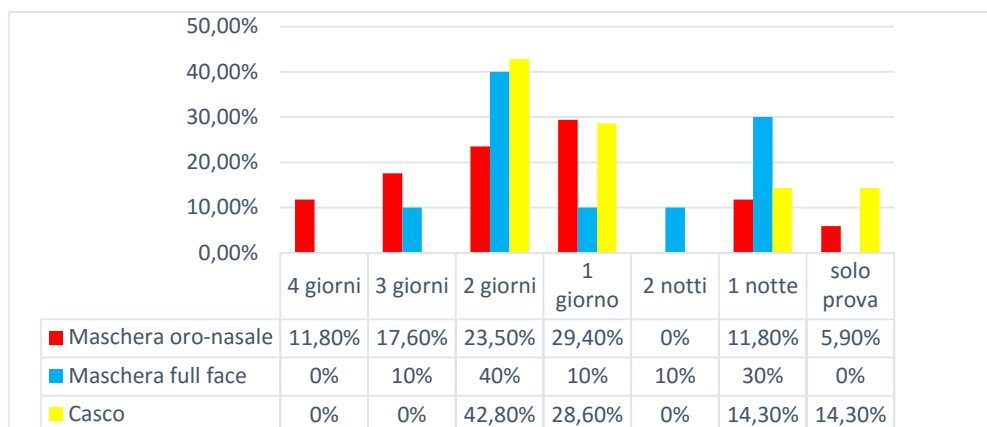


Grafico 1. Sintesi delle risposte alla domanda 1

La maschera full face è stata portata da 10 pazienti (100%), dei quali quattro (40%) l'hanno tenuta per due giorni, tre pazienti (30%) per una sole notte e un paziente solo (10%) l'ha tenuta per tre giorni, un altro (10%) l'ha tenuta durante due notti e un altro ancora (10%) per un giorno solo.

Invece, i pazienti con il casco sono 7 (100%), tre dei quali (42,8%) l'hanno tenuto per due giorni, due pazienti (28,6%) per un giorno, un altro (14,3%) per una notte, mentre il paziente restante (14,3%) l'ha solo provato.

Ai pazienti è stato anche chiesto se era la prima volta che venivano sottoposti a NIV e se gli veniva posizionata quel tipo di interfaccia: su 29 pazienti (100%), 28 (96,5%) hanno risposto affermativamente, mentre una paziente (3,5%) ha affermato di aver già portato la maschera oro-nasale a domicilio per fare la BIPAP notturna.

Domanda 2: *Ha riscontrato delle difficoltà a tenere questo tipo di interfaccia? Se sì, quali sono state?*

	MASCHERA ORO-NASALE		MASCHERA FULL FACE		CASCO	
	n° questionari	%	n° questionari	%	n° questionari	%
SI	15	88,2	9	90	5	71,4
NO	2	11,8	1	10	2	28,6
Totale	17	100	10	100	7	100

Tabella I. Percentuali dei pazienti che hanno trovato difficoltà e quelli che non ne hanno avute

Alla prima parte della seconda domanda, hanno risposto in modo affermativo 15 pazienti (88,2%) con la maschera oro-nasale, 9 pazienti (90%) con la maschera full face e 5 pazienti (71,4%) con il casco.

Di seguito sono riportate le varie problematiche legate all'interfaccia, che i pazienti hanno riscontrato durante la NIV: ogni paziente era libero di riferire più di una difficoltà. I pazienti con la maschera oro-nasale hanno individuato 9 problematiche che rendono difficoltoso l'adattamento al presidio, come si può vedere dal grafico 2. In primis si ha il dolore alla sella nasale, riferita dal 52,9% di pazienti, ovvero da 9 utenti rispetto un totale di 17 (100%). Altra problematica importante, riportata da 6 pazienti (35,5%) e che si trova al secondo posto, è data dal fatto che i pazienti sentivano la maschera troppo stretta e questo aumentava la difficoltà a sopportarla per diverse ore consecutive. La scarsa adattabilità della maschera alla conformità del viso, invece, è stata sentita come una difficoltà da 3 pazienti (17,6%) e si colloca al terzo posto della classifica. Poi, due problemi sono stati citati da 2 pazienti (11,8%) ciascuno, e questi sono la pressione troppo elevata del flusso dell'aria e la secchezza delle fauci e delle mucose. Infine, all'ultimo posto si hanno altre quattro problematiche riscontrate ciascuna da un solo paziente (5,9%), ovvero il senso di costrizione e di isolamento dovuto alla limitazione di manovra sul viso, la claustrofobia, il caldo eccessivo e il rumore elevato prodotto dal ventilatore.

Per quanto riguarda la maschera full face, la problematica riferita più volte (6 pazienti su 10, cioè il 60%) è stata la difficoltà ad adattarsi all'interfaccia dovuta al fatto che fosse troppo stretta. Il secondo problema, riscontrato da 5 pazienti (50%) è la scarsa visibilità dovuta all'umidità che appannava il presidio. Al terzo posto ci sono due difficoltà riferite ciascuna da 4 pazienti (40%), cioè il dolore alla fronte e il senso di costrizione di isolamento dovuto anche in questo caso all'impossibilità delle persone di poter interagire con il proprio viso. Al penultimo posto ci sono altri due problemi riscontrati ognuno da 2 pazienti (20%), ovvero la secchezza delle mucose e delle fauci e il troppo caldo. Infine la scarsa adattabilità della maschera alla conformità del viso è stata sentita riferita come difficoltà solo da un paziente (10%) e pertanto si trova all'ultimo posto.

Infine, il casco, in base ai dati raccolti, causa cinque difficoltà. Al primo posto troviamo il rumore elevato causato dal ventilatore e riferito da 4(57,1%) pazienti su 7. Tre pazienti (42,8%) hanno lamentato dolore al collo e alle spalle, che pertanto si trova al secondo posto. Il resto delle difficoltà dovute al casco sono state riferite da una sola persona

(14,3%) e sono un senso di isolamento, il disturbo del sonno dovuto alla scomodità del presidio e alla visibilità ridotta causata sempre dall'umidità che appanna il casco.

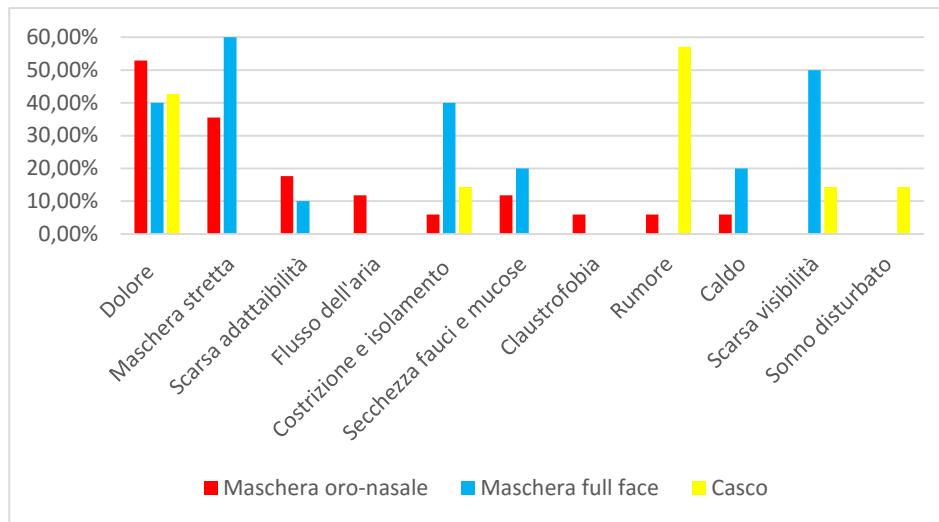


Grafico 2. Problematiche causate dalle interfacce

Domanda 3: *Dopo quanto tempo dall'inizio del trattamento hanno cominciato a manifestarsi queste problematiche?*

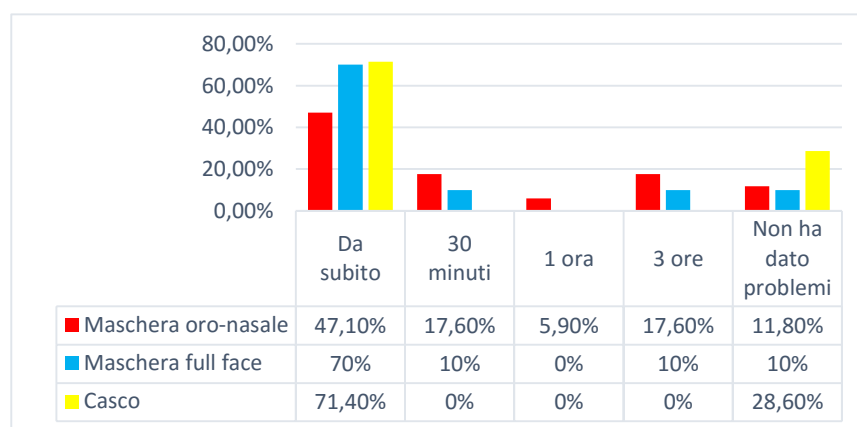


Grafico 3. Tempo di inizio delle problematiche

Le risposte alla terza domanda sono state considerate separatamente, poiché i pazienti che hanno provato più di un'interfaccia hanno dato risposte differenti a seconda del dispositivo.

In generale, la maggior parte dei pazienti ha cominciato ad avere problemi di sopportazione dell'interfaccia fin dai primi minuti dall'inizio della NIV, ovvero fin da subito. Infatti questa risposta stata data da 8 pazienti (47,1%) con la maschera oro-nasale, da 7 pazienti (70%) con la maschera full face e da 5 pazienti (71,4%) con il casco. Tre

pazienti (17,3%) con la maschera oro-nasale hanno affermato che le problematiche si sono manifestate a partire da 30 minuti dopo l'inizio della ventilazione, mentre altre tre persone (17,3%), sempre con la maschera oro-nasale hanno cominciato ad avere problemi dopo tre ore dall'inizio del trattamento. Per un solo paziente (5,9%) con la maschera oro-nasale le difficoltà sono iniziate dopo un'ora.

Per quanto riguarda la maschera full face, un solo paziente (10%) ha cominciato ad avere dei problemi con l'interfaccia dopo 30 minuti dal suo posizionamento, mentre per un altro utente (10%) le problematiche sono cominciate dopo tre ore.

Rimangono infine i 5 pazienti (17,2%) totali (il 100% è rappresentato dai 29 pazienti intervistati) che non hanno avuto problemi con le interfacce e per i quali, di conseguenza, non si sono mai manifestate delle difficoltà. Tali pazienti, come già riportato nella seconda domanda sono 2 (11,8%) per la maschera oronasale, 2 per il casco (28,6%) e 1 (10%) per la maschera full face.

Domanda 4: *Ha comunicato queste sue difficoltà all'equipe infermieristica? Se si, si è sentito ascoltato dagli infermieri?*

	n° questionari	%
SI	22	75,9
NO	7	24,1
Totale	29	100

Tabella II. Pazienti che hanno riferito i loro problemi

	n° questionari	%
SI	20	90,9
NO	2	9,1
Totale	22	100

Tabella III. Pazienti che si sono sentiti ascoltati

Alla prima parte della quarta domanda hanno risposto in modo affermativo 22 pazienti (75,1%), ovvero coloro che hanno comunicato le loro difficoltà all'equipe infermieristiche; mentre i restanti 7 (24,1%) non hanno riferito le loro problematiche, pertanto le loro risposte sono state negative.

Le risposte dei pazienti che hanno avuto più di una interfaccia e che hanno riscontrato delle problematiche con almeno uno dei dispositivi sono state considerate affermative.

Dei 7 pazienti che hanno risposto di no, 3 hanno provato solo un'interfaccia e non hanno avuto problemi, pertanto la loro risposta è stata negativa. Il resto dei pazienti, invece, ha dato risposte differenti:

- un paziente ha riferito di essere in uno stato di torpore e pertanto non è stato in grado di comunicare le sue difficoltà;

- un altro paziente, invece, ha affermato di non aver comunicato le sue difficoltà per evitare di affaticarsi e per rispettare quanto gli era stato detto da infermieri e medici, poiché gli era stato raccomandato di compiere respiri profondi e con la bocca aperta, di fare il possibile per non agitarsi e stare il più fermo possibile;
- infine, due pazienti non hanno avvertito gli infermieri delle loro difficoltà perché pensavano che fosse normale provare dei fastidi, che comunque riuscivano a sopportare senza difficoltà.

Ai 22 pazienti che, invece, hanno risposto in modo affermativo alla prima domanda, successivamente è stato chiesto se si sono sentiti ascoltati dagli infermieri. La quasi totalità dei pazienti (20, cioè il 90,9%) ha risposto affermativamente anche a questo quesito, mentre due pazienti (9,1%) hanno risposto in modo negativo, dicendo che avrebbero voluto che gli infermieri prendessero più in considerazione le loro necessità. Per conoscere quanto affermato da questi due pazienti riguardo alla loro soddisfazione rispetto all'assistenza e che cosa avrebbero voluto che gli infermieri facessero in alternativa si rimanda alla domanda 6.

Domanda 5: In che modo gli infermieri hanno risposto alle sue necessità?

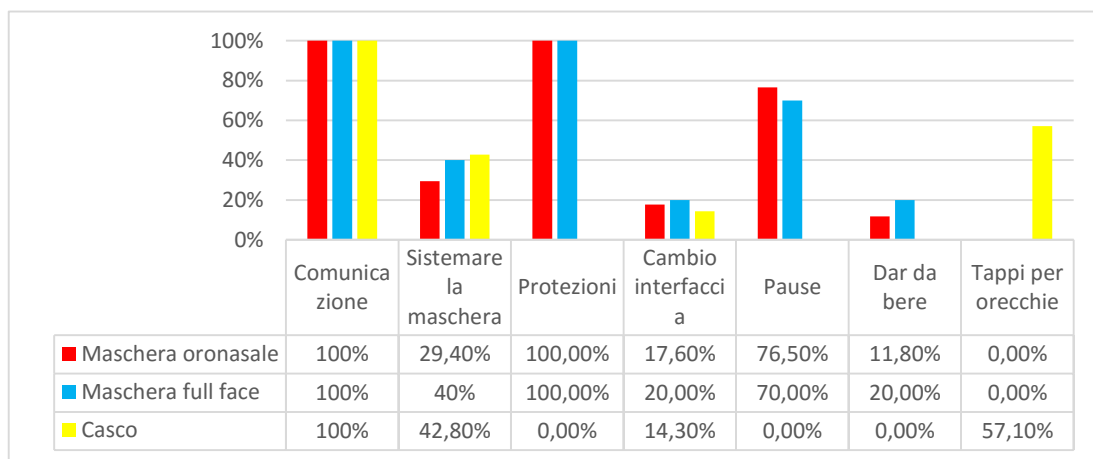


Grafico 4. Interventi messi in atto dagli infermieri

Tramite le risposte alla quinta domanda sono state individuate sette tipologie di intervento messe in atto da parte degli infermieri. Anche in questo caso, alcuni pazienti hanno dato più risposte. Lo scopo di questo quesito è quello di individuare gli interventi infermieristici per migliorare il comfort del paziente e di conseguenza la sua compliance all'interfaccia e alla NIV, mentre la loro efficacia è stata analizzata tramite la domanda successiva.

Assieme a questo quesito veniva anche chiesto ai pazienti se era stato comunicato loro lo scopo della ventilazione, la sua importanza, il fatto che l'interfaccia poteva essere difficile da sopportare e se era stata provata prima, appoggiandola sul viso senza fissarla. Tutti e 29 i pazienti (100%), hanno risposto in modo affermativo a questa domanda.

Tutti i pazienti con la maschera oro-nasale e tutti quelli con la maschera full face, quindi rispettivamente 17 (100%) e 10 (100%), hanno affermato che al momento dell'inizio della ventilazione, sono state posizionate delle protezioni a livello dei punti di maggior pressione, ovvero sulla sella nasale per la prima e sulla fronte per la seconda.

Cinque pazienti con la maschera oro-nasale (29,4%), quattro con la maschera full face (40%) e 3 con il casco (42,8%) hanno comunicato che gli infermieri sono intervenuti cambiando di posizione l'interfaccia. Per quanto riguarda le prime due maschere, lo scopo era quello di variare i punti che subivano maggior pressione, mentre nel caso del casco, l'intervento serviva per aggiustarne la posizione in modo che non andasse a nuocere il collo e le spalle.

Il cambio dell'interfaccia è avvenuto in un totale di cinque pazienti, e in particolare su tre pazienti con la maschera oro-nasale (17,6%), su due pazienti con la maschera full face (20%) e su un paziente con il casco (14,3%). Per cambio dell'interfaccia non si intende solo la variazione della tipologia di presidio, ma anche il cambio della misura, com'è avvenuto in uno dei due utenti con la maschera full face.

A 13 pazienti con la maschera oro-nasale (76,5%) veniva concesso di fare delle pause sia di giorno sia di notte, in particolare sei pazienti facevano cicli di quattro ore e agli altri sette, invece, veniva levata la maschera al momento dei pasti; mentre a tutti e 13 veniva concessa una pausa notturna. Anche sette pazienti con la maschera full face (70%) potevano toglierla al momento dei pasti e una volta durante la notte.

Ai pazienti che lamentavano secchezza delle fauci e delle mucose veniva dato da bere, in particolare quest'intervento è stato riferito da due pazienti con la maschera oro-nasale (11,8%) e da altri due con la maschera full face (20%). In totale quattro pazienti hanno dato questa risposta, tanti quanti i pazienti che avevano riferito tale problema al secondo quesito.

Altrettanti pazienti con il casco (57,1%), infine, hanno riferito che, per ridurre il discomfort causato dal rumore, gli infermieri hanno procurato dei tappi per le orecchie. Anche in

questo caso il numero dei pazienti corrisponde a quello degli utenti, sempre con il casco, che avevano segnalato il rumore del ventilatore come un elemento di disturbo.

Domanda 6: *Si ritiene soddisfatto di come sono intervenuti gli infermieri? Se no, come le sarebbe piaciuto che avessero agito per risolvere il suo problema?*

	n° questionari	%
SI	27	93,1
NO	2	6,9
Totale	100	100

Tabella IV. Pazienti soddisfatti dagli interventi

Attraverso il sesto quesito si è voluto analizzare la soddisfazione dei pazienti rispetto agli interventi infermieristici e il perché, sia nel caso di risposta affermativa, ma soprattutto in caso di risposta negativa. Agli utenti è stato anche chiesto se è stato utile ricevere spiegazioni prima dell'inizio della ventilazione e il loro grado di utilità.

La maggior parte dei pazienti (27, cioè il 93,1%) ha dichiarato di essere soddisfatto dell'assistenza ricevuta. Infatti, attraverso i loro interventi, gli infermieri sono riusciti a risolvere o limitare le problematiche, precedentemente descritte, causate dalle interfacce, aumentando il loro grado di sopportazione e di conseguenza la loro compliance. Per quanto riguarda la comunicazione e le informazioni ricevute, tutti e 27 i pazienti hanno affermato che sono state fondamentali perché così hanno potuto comprendere l'importanza di questa ventilazione, rendendosi conto che non avevano alternativa se volevano stare meglio, vista anche la situazione d'urgenza che lasciava poche alternative, e quindi hanno accettato di continuare a sottoporsi alla NIV nonostante le difficoltà riscontrate. In questo sono stati anche aiutati dal fatto che gli infermieri hanno cercato la loro collaborazione per la ricerca di soluzioni, in particolare nella ricerca della posizione corretta dell'interfaccia e nel stabilire la frequenza e durata delle pause.

Tuttavia, 2 pazienti (6,9%) hanno dichiarato di non essere soddisfatti degli interventi infermieristici, perché trovavano l'interfaccia, per un paziente la maschera oronasale e per l'altro la maschera full face, totalmente insopportabile, nonostante le protezioni per ridurre la pressione, infatti il dolore e il fatto di sentirsi costretti e isolati erano i loro problemi principali. A questi due pazienti, quindi, è stato chiesto come avrebbero voluto che gli infermieri intervenissero. Entrambi hanno risposto che avrebbero voluto che gli infermieri togliessero l'interfaccia. A questo punto, è stato chiesto loro se sapevano il perché era stata

applicata tale maschera. Nuovamente, entrambi hanno affermato che gli infermieri avevano spiegato che serviva per aiutarli a respirare meglio e che era importante per la loro salute, ma nonostante questo non riuscivano a sopportarla ed hanno continuato a ripetere che avrebbero dovuto levarla. Alla fine una paziente ha accettato comunque di tenere la maschera, ma poi ha affermato di non essersi sentita ascoltata dagli infermieri perché non hanno considerato le sue necessità, mentre l'altro paziente si è talmente agitato che gli infermieri hanno dovuto richiedere l'intervento del medico, il quale come ultima soluzione ha prescritto le contenzioni. Durante il focus group con gli infermieri, poi, è stato chiesto loro come intervenire nel caso in cui un paziente non accetti la NIV e si agiti, tentando anche di togliersi ripetutamente l'interfaccia.

3.3.2 I risultati del focus group

Il focus group, a cui hanno partecipato tre infermieri delle Unità Operative della Medicina Generale d'Urgenza (MGU), del Pronto Soccorso (PS) e dell'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) del presidio ospedaliero Ca' Foncello dell'azienda ospedaliera ULSS 9, si è tenuto il giorno 15 febbraio 2016.

Domanda 1: *Quali sono secondo voi le problematiche maggiori che un paziente riscontra durante la NIV, considerando le varie tipologie di interfacce, cioè maschera oro-nasale, full face e casco?*

Le maggiori difficoltà individuate dagli infermieri riguardo il casco sono il rumore, la secchezza, il fatto che si sentano esclusi dal mondo esterno, dolore al collo e alle spalle per via delle bretelle usate per ancorare il casco.

Per quanto riguarda la maschera oro-nasale e la full face, invece, è stato sottolineato che il problema principale è la difficoltà del paziente ad adattarsi ad un supporto respiratorio esterno, che aiuta sì il paziente a respirare, ma non in modo fisiologico, a causa della pressione positiva erogata dal ventilatore. Inoltre, più è lungo il periodo in cui il paziente viene sottoposto a NIV, più questa difficoltà aumenta, ed è anche accentuata dal fatto che anche queste due interfacce escludono dal mondo esterno il paziente, limitando la sua capacità di comunicazione. Un altro problema riscontrato è il dolore nei punti di maggior pressione, quindi naso per la prima e fronte per la seconda, e il rischio conseguente della formazione di lesioni da decubito.

Domanda 2: *Rispetto alle risposte della domanda precedente, quali sono le soluzioni a tali problematiche?*

In base all'esperienza degli infermieri in reparto, tutti i partecipanti al focus group sono stati concordi che il principale intervento da mettere in atto è una comunicazione efficace, che permetta di instaurare un rapporto di fiducia con il paziente. È importante rassicurare il paziente, essere presenti e informarlo a che cosa serve la NIV e sulla sua importanza per la sua salute. Per gli altri problemi di tipo fisico, invece, sono state trovate comunque delle soluzioni:

- tappi per orecchie per il rumore del casco;
- dar da bere al paziente per ridurre la secchezza;
- se le bretelle causano dolore alle spalle, o non sono sufficienti a tenere adeso il casco, che quindi causa dolore al collo, si possono usare i pesi;
- posizionare delle protezioni sui punti di maggior pressione per prevenire le lesioni da pressione, continuando sempre a monitorare la cute del paziente.

Domanda 3: *Secondo voi, è importante passare qualche minuto al letto del paziente spiegandogli l'importanza di questo tipo di ventilazione, per far sì che diventi compliant? Oppure la comunicazione non è una strategia utile? Quali possono essere delle strategie alternative?*

Gli infermieri, affermando nella domanda precedente che la comunicazione con il paziente è l'intervento principale da mettere in atto per migliorarne la compliance alla NIV, hanno risposto anche alla terza domanda. Secondo gli infermieri non esistono strategie alternative alla comunicazione o che siano anche altrettanto efficaci.

Domanda 4: *Se la comunicazione con il paziente è importante, quando dovrebbe essere fatta in questo caso? Fin dall'inizio o quando il paziente comincia a lamentarsi e a diventare insofferente alla NIV?*

Tutti gli infermieri sono stati concordi che è importante comunicare e informare sempre e ripetutamente il paziente, perché così si riesce a tranquillizzarlo e ad instaurare un rapporto di fiducia tale che migliorerà l'aderenza del paziente. La continua comunicazione comprende anche il coinvolgimento del paziente nella ricerca di una soluzione, che è fondamentale per far sentire il paziente parte attiva del processo di guarigione il quale, di conseguenza, sarà anche maggiormente compliant.

Domanda 5: *Se un paziente agitato non riesce ad accettare la NIV e cerca di togliersela ripetutamente, è opportuno usare le contenzioni, o prima si potrebbero tentare altre strategie per convincerlo ad accettare la NIV?*

Gli infermieri sono stati tutti concordi che, prima di arrivare a contenere fisicamente il paziente, si cercano delle soluzioni alternative. Prima di tutto si deve collaborare con il medico, poiché il lavoro di un'equipe multiprofessionale è fondamentale per rendere più efficaci gli interventi. Prima di usare le contenzioni fisiche su prescrizione medica, si può blandamente sedare il paziente tenendolo monitorato a vista. Si possono anche coinvolgere i familiari, a meno che non siano causa di ulteriore agitazione del paziente, tenendo anche conto che un paziente critico ha bisogno di tranquillità. Se tutte le strategie falliscono e il paziente continua ad essere non compliant, allora l'ultima soluzione sono le contenzioni fisiche, anche se in queste situazioni si rivaluta se la NIV è la soluzione più appropriata per il paziente.

3.4 Discussione e conclusione

Lo scopo dello studio era quello di individuare le problematiche causate dalla NIV, che riducono la compliance del paziente e quali interventi infermieristici migliorano l'aderenza dell'assistito alla ventilazione, secondo il punto di vista sia dei pazienti sia degli infermieri. Per questo i pazienti sono stati sottoposti a un'intervista, mentre gli infermieri hanno preso parte ad un focus group. Successivamente, quanto emerso sia dalle interviste sia dal focus group è stato messo in relazione con quanto riscontrato in letteratura. Poi, i risultati ottenuti tramite le due modalità di raccolta dati sono stati messi in relazione anche tra di loro, per vedere se esistono differenze sostanziali tra utente e professionisti.

Analizzando le risposte date dai pazienti alla seconda domanda (dati riassunti nella tabella I a pagine 13), la quasi totalità degli intervistati ha riscontrato delle difficoltà nel mantenere la NIV, e in particolare l'interfaccia. Si può anche osservare che, mettendo in rapporto le problematiche citate e riassunte nel grafico 2 di pagina 15, il casco ha dato meno problemi rispetto alle altre due interfacce. Infatti, l'88,2% dei pazienti ha riferito di aver avuto problemi causati dalla maschera oro-nasale, il 90% ha riscontrato problemi dovuti alla maschera full face, mentre il 71,4% ha affermato di aver avuto problemi con il casco, come riportato dalla tabella I di pagina 13. Sempre osservando il medesimo grafico è interessante notare come la maschera oro-nasale e full face abbiano causato difficoltà analoghe tra loro, come il dolore, o la strettezza della maschera. Questo è dato dal fatto che

sono due presidi molto simili poiché devono essere il più adese possibili al viso del paziente, limitandone quindi la libertà e causando dolore nei punti di maggior pressione. Lo scopo della quinta domanda è quello di individuare gli interventi messi in atto dagli infermieri. Tramite questo quesito è stato chiesto ai pazienti se era stato spiegato lo scopo della ventilazione e la sua importanza, se erano stati avvisati che l'interfaccia poteva essere difficile da sopportare e se questa era stata provata prima, appoggiandola sul viso senza fissarla. Come già detto, tutti e 29 i pazienti hanno risposto di essere stati informati. Questo significa che gli infermieri comunicano sempre ai pazienti che cosa andranno a fare, il perché e l'importanza della ventilazione.

Stando alle risposte date alla sesta domanda, la maggioranza dei pazienti, cioè 27 su 29, ha affermato di essere soddisfatto dell'assistenza ricevuta. I pazienti hanno dichiarato che alla loro soddisfazione ha contribuito il fatto di sentirsi parte integrante e attiva del processo di guarigione. Ciò ha aumentato il loro grado di adesione, poiché le soluzioni attuate, come per esempio dare indicazioni per posizionare l'interfaccia o decidere quando fare le pause, non sono state imposte loro, ma sono state scelte anche dai pazienti stessi in collaborazione con gli infermieri. Tuttavia, ci sono stati due pazienti che si sono dichiarati insoddisfatti dell'assistenza infermieristica ricevuta (tabella IV, pagina 19). Questi due pazienti sono un uomo e una donna, rispettivamente di 71 e 72 anni. L'uomo ha tenuto la maschera oro-nasale, mentre alla donna è stata applicata la maschera full face. Per l'uomo il problema principale era dovuto al dolore, mentre la donna si è lamentata di provare un senso di costrizione e isolamento a causa della maschera. Quindi, si può affermare che questi due pazienti sono accumulati dall'età e in parte dall'interfaccia, essendo entrambi i presidi maschere facciali, ma non dalle problematiche e dal sesso. Essendo solo due pazienti è difficile dire se questi fattori siano maggiormente predisponenti a un basso livello di compliance, oppure no. Alla domanda "Come le sarebbe piaciuto che gli infermieri avessero agito per risolvere il suo problema?" entrambi hanno risposto che avrebbero voluto venisse tolta l'interfaccia, anche se era stato spiegato loro a cosa serviva la ventilazione. Nessuno dei due pazienti, durante l'intervista, ha affermato che la NIV è stata importante per la loro salute, come hanno fatto invece gli altri pazienti. Pertanto, si può dedurre che non avevano compreso pienamente l'importanza della ventilazione.

Infine, se si mettono a confronto le risposte date dai pazienti con quelle degli infermieri riguardo alle problematiche causate dalla NIV, si può osservare che i problemi riferiti dai

pazienti non corrispondono totalmente alle percezioni degli infermieri. Infatti, i pazienti hanno elencato principalmente delle difficoltà fisiche legate al discomfort causato dall'interfaccia che non corrispondeva invece a quello che avevano ipotizzato gli infermieri. Essi sostenevano infatti che era la pressione continua che viene erogata dal ventilatore a causare il discomfort. Questa differenza di genesi del discomfort può essere dovuta al fatto che nessuno degli infermieri è mai stato sottoposto a NIV e pertanto non ha potuto provare direttamente sulla propria pelle quali siano i bisogni di chi è sottoposto a ventilazione non invasiva, ma si può solo basare su ipotesi derivanti dalla loro formazione ed esperienza professionale. Inoltre, si deve tener conto che i bisogni rientrano nella sfera soggettiva della persona, per esempio per un paziente può essere insopportabile il rumore provocato dal casco, mentre per un altro non è il rumore il problema principale. Quindi, le problematiche legate alla NIV variano da paziente a paziente e di conseguenza è più difficile affermare per gli infermieri quale sia la peggiore complicanza in assoluto, ma piuttosto si possono individuare difficoltà comuni a più pazienti.

Gli interventi messi in atto dagli infermieri sono stati tutti efficaci per risolvere o almeno ridurre le problematiche dei pazienti, come riferito da quest'ultimi. Inoltre, sono pertinenti rispetto alle difficoltà evidenziate e corrispondono a quelli descritti dagli infermieri, per esempio sostituire il tipo di interfaccia per scegliere quello più confortevole per il paziente, usare i tappi per prevenire l'otalgia dovuta al rumore del casco, dar da bere ai pazienti quando lamentavano sete e posizionare delle protezioni nei punti di maggior pressione per alleviare il dolore e prevenire le lesioni. Tuttavia, sia i pazienti che gli infermieri hanno riferito che l'intervento fondamentale per migliorare la compliance dei pazienti e la buona riuscita della NIV è la comunicazione. Informare il paziente non ha solo lo scopo di acquisirne il consenso informato, ma anche e soprattutto quello di rendere consapevole il paziente dell'importanza della ventilazione per la sua salute. La comunicazione, che non è data solo dalle parole utilizzate, ma anche dai gesti, dagli atteggiamenti e dal tono della voce dell'infermiere, è importante anche per creare un rapporto di fiducia con il paziente; infatti un paziente che si sente ascoltato e coinvolto è più predisposto a fidarsi degli infermieri e accettare la ventilazione. Come riferito dagli infermieri stessi, è importante comunicare sempre con il paziente, non solo all'inizio della ventilazione, ma anche successivamente quando si manifestano le problematiche e ricercare assieme al paziente una soluzione possibile. La maggior parte dei pazienti si sono sentiti coinvolti dagli

infermieri e hanno riferito che questo è stato fondamentale per accettare la NIV. Gli unici due casi in cui i pazienti non si sono sentiti soddisfatti dell'assistenza ricevuta sono stati quelli in cui non si è riusciti a instaurare una comunicazione efficace: infatti essi sostenevano di non essersi sentiti ascoltati e, con l'intervista, hanno anche dimostrato di non aver compreso che la NIV era fondamentale per la loro salute. In queste situazioni è fondamentale il lavoro dell'équipe multiprofessionale per far sì che la NIV sia efficace. In generale, le risposte date dagli infermieri coincidono tra loro, anche se essi provengono da unità operative differenti, aspetto che suggerisce la possibilità di poter comunque analizzare in modo oggettivo la compliance dei pazienti rispetto alla NIV, ovvero che si possono individuare e studiare elementi comuni che influiscono in modo positivo e negativo, nonostante la forte componente soggettiva, dovuta alle diverse percezioni che possono avere i pazienti.

Questo studio, tuttavia presenta dei limiti:

- il modello utilizzato per l'intervista e quello per il focus group non sono validati;
- il numero limitato di pazienti intervistati, in particolare il gap presente tra il numero di pazienti con la maschera oronasale e quelli con il casco;
- la mancanza di una scala che oggettivasse il grado di soddisfazione dei pazienti.
- lo scarso numero di infermieri che hanno partecipato al focus group.

In conclusione, si può affermare che i dati ottenuti attraverso le interviste e il focus group riguardo le complicanze e le problematiche causate dalla NIV, ma anche rispetto agli interventi e alla loro efficacia corrispondono alle informazioni reperite attraverso la ricerca bibliografica. In particolare sono in linea con quanto sostenuto anche dalle fonti letterarie rispetto all'importanza fondamentale della comunicazione efficace e della relazione terapeutica per migliorare la compliance del paziente e di conseguenza per rendere la NIV efficace. Pertanto, gli infermieri hanno un ruolo importante per migliorare la compliance del paziente alla NIV, sia attraverso interventi tecnici sia tramite la comunicazione. La comunicazione va intesa come ascolto attivo, necessaria per tranquillizzare il paziente, essere presenti, ascoltare i suoi bisogni e fargli capire attraverso le parole, il tono della voce e gli atteggiamenti che è compreso e che verrà fatto il possibile per aiutarlo a stare meglio, senza imporgli delle scelte terapeutiche prese dall'alto, ma ricercando assieme delle soluzioni alle sue problematiche.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Prandi C, Vellone E, De Marinis MG, Alvaro R. Aderenza alle cure: un tema di pertinenza anche infermieristica. *L'Infermiere*, 2013; 6: 11-7.
<http://www.ipasvi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-18-articolo-216.htm>
2. Vervloet D. Dalla compliance del paziente all'aderenza terapeutica. *Expressions*, 2006 aprile; 24: 4-6
3. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003.
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
4. Apicella A, Banchieri G, Di Stanislao F, Goldoni L, Sabatini V. I requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale – Raccomandazione Nazionale SIQuAS. Milano: FrancoAngeli; 2013: 134
5. Bartolini F, Caputi AP, Cianfarani S, Corti F, Loche S, Messina R, Pisanelli C, Terranova L. Manifesto per l'aderenza alla terapia farmacologica nel territorio italiano, 2013.
http://www.ipasvive.it/images/stories/documentazione/documenti_2013/aderenza_terapeutica.pdf
6. Battarino G. Diritto dell'emergenza sanitaria. Milano: Giuffrè Editore; 2006: 237-41
7. Fabbri P, Sartini A. Le strategie per migliorare l'aderenza terapeutica nella popolazione adulta. 2010.
http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/2010_Aderenza_terapeutica.pdf
8. Sperlinga R, Piccinini I, Bertinaria E. La CPAP nell'adulto. *IJN*, 2012; 3: 45-55.
http://www.ipasvimi.it/allegati/ioInfermiere/articoloPDF60_707.pdf

9. Curia L. Il ruolo dell'infermiere nella ventilazione meccanica non invasiva. *Infermiere a Pavia*, 2013; 3: 4-5.
http://www.ipasvipavia.it/files/Rivista_3_2013_Definitivo.pdf
10. Resta G. La ventilazione non invasiva: gestione infermieristica della NIV. 2014, giugno 14. <http://www.infermieristicamente.it/articolo/4491/la-ventilazione-non-invasiva-gestione-infermieristica-della--niv/>
11. Lucchini A, Valsecchi D, Elli S, Doni V, Corsaro P, Tundo P, Re R, Foti G, Manici M. The Helmet Bundle: il comfort del paziente ventilato con CPAP con scafandro. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 2010 aprile 4: 173-84.
https://www.researchgate.net/profile/Alberto_Lucchini/publication/50407441_The_comfort_of_patients_ventilated_with_the_Helmet_Bundle/links/02bfe511a6209a97fc000000.pdf.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=the+comfort+of+patient+ventilate+with+helmet+bundle>
12. Lari F. Maschere ed interfacce. In: FADOI. La ventilazione non invasiva in medicina interna. *QUADERNI - Italian Journal of Medicine*, 2015 novembre; volume 3: 407.
<http://www.italjmed.org/index.php/ijm/article/view/itjm.q.2015.5/770>
13. Hostetler MA. Use of non invasive positive-pressure ventilation in the emergency department. 2008: 929-32. <http://www.wildcatem.com/wp-content/uploads/2012/11/ED-use-of-non-invasive-positive-pressure-ventilation.pdf>
14. Nava S, Fanfulla F. Ventilazione meccanica non invasiva. Milano: Springer-Verlag Italia; 2010.
15. Roy B, Cordova FC, Travaline JM, D'Alonzo GE, Criner GJ. Full Face Mask for Non invasive Positive-Pressure Ventilation in Patients With Acute Respiratory

Failure. JAOA, 2007 aprile; 107 (4): 148-56.

<http://jaoa.org/article.aspx?articleid=2093393&resultClick=1>

16. Lari F, Scandellari N, De Maria F, Zecchi V, Bragagni G, Giostra F, DiBattista N. La ventilazione meccanica non invasiva nel trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta. Efficacia e applicabilità in reparto medico. Emergency Care Journal, 2009 dicembre; 5 (6): 8-20.

<http://www.pagepressjournals.org/index.php/ecj/article/view/ecj.2009.6.8/787>

ALLEGATI

Allegato n° 1

**INTERVISTA PER RILEVARE LE PROBLEMATICHE LEGATE
ALLA NIV SECONDO I PAZIENTI**

Età:

Sesso:

Interfaccia:

1. Da quanto tempo è sottoposto, o per quanto tempo è stato sottoposto, a questo tipo di trattamento?

.....
.....
.....
.....

2. Ha riscontrato delle difficoltà a tenere questo tipo di interfaccia? Se sì, quali sono state?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Dopo quanto tempo dall'inizio del trattamento hanno cominciato a manifestarsi queste difficoltà?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Ha comunicato queste sue difficoltà all'equipe infermieristica? Se sì, si è sentito ascoltato dagli infermieri?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. In che modo gli infermieri hanno risposto alle sue necessità?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Si ritiene soddisfatto di come sono intervenuti gli infermieri? Se no, come le sarebbe piaciuto che avessero agito per risolvere il suo problema?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Allegato n° 2

**FORMAT DEL FOCUS GROUP RIGUARDO LE PROBLEMATICHE
DOVUTE ALLA NIV**

1. Quali sono secondo voi le problematiche maggiori che un paziente riscontra durante la NIV, considerando le varie tipologie di interfacce, cioè maschera oro-nasale, full face e casco?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Rispetto a quanto risposto alla domanda precedente, quali sono le soluzioni a tali problematiche?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Secondo voi, è importante passare qualche minuto al letto del paziente spiegandogli l'importanza di questo tipo di ventilazione, per far sì che diventi compliant? Oppure la comunicazione non è una strategia utile? Quali possono essere delle strategie alternative?

.....
.....
.....
.....

.....
.....

4. Se la comunicazione con il paziente è importante, quando dovrebbe essere fatta in questo caso? Fin dall'inizio o quando il paziente comincia a lamentarsi e a diventare insofferente alla NIV?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Se un paziente agitato non riesce ad accettare la NIV e cerca di togliersela ripetutamente, è opportuno usare le contenzioni, o prima si potrebbero tentare altre strategie per convincerlo ad accettare la NIV?

.....
.....
.....
.....
.....
.....