

La CAA in terapia intensiva e in rianimazione di *Claudia Del Giudice*

Le unità di terapia intensiva e le rianimazioni possono accogliere persone incapaci di comunicare usando il linguaggio verbale. Gli effetti della scarsità di informazioni mediche date, si traducono in aumento dello stress emotivo con impatto sulle abilità comunicative residue (Cycle of stress response). Queste persone sperimentano la **vulnerabilità della comunicazione** con aumentato rischio di gravi eventi medici (Cohen et al., 2005, Bartlett et al. 2008), scarsa compliance alla terapia (Andrulis et al., 2002; Flores et al., 2003), più alti tassi di ospedalizzazione/complicanze da farmaci, aumento del rischio di ritardare le cure necessarie, del rischio di malpractice e della durata della degenza ospedaliera (Bartlett, 2008).

I tempi lunghi del recupero, la gravità/complessità di alcune situazioni rendono prioritaria la necessità di stabilire un metodo di comunicazione efficace. La letteratura offre due algoritmi per la presa in carico dei pazienti secondo il Modello della Partecipazione: Hoorn et al., 2016 e lo SPEACS di Garrett et al., 2006. Il modello di Garrett et al., 2006 prende in considerazione tutti i pazienti ricoverati in terapia intensiva e non solo quelli ventilati, inoltre, non si avvale dell'uso del CAM-ICU per la valutazione del delirio nel paziente. Il modello suggerisce di avvalersi di un traduttore, qualora il paziente non parlasse la lingua del posto.

Riuscire ad interagire con l'ambiente circostante migliora l'outcome medico finale e aiuta a contenere il fenomeno del delirio. E' tuttavia necessaria la presenza di personale specializzato in tali reparti.