

Superare i confini e riflettere sui limiti. Gli eventi Aniarti come momenti di costruzione della cultura infermieristica europea

Lo scorso ottobre Aniarti ha tenuto in Italia il primo congresso infermieristico internazionale di grandi dimensioni e di significato nuovo per il momento storico europeo in cui si colloca, per il valore dei contenuti, per i messaggi trasversali che ha trasmesso, per l'impatto che può avere nel futuro dell'assistenza in Europa e non solo. Oltre 2000 i partecipanti, 213 lavori tra presentazioni orali e poster, selezionati tra quasi 300 abstract inviati alla segreteria scientifica internazionale. Le proposte italiane erano una settantina ed altre ancora, arrivate purtroppo in ritardo sui tempi organizzativi: un risultato assolutamente incoraggiante. Un terzo circa delle presentazioni orali sono state italiane, oltre a trenta poster. Sessioni plenarie e 4 sessioni parallele, lingua ufficiale inglese con traduzione simultanea in italiano. Oltre 500 colleghi stranieri con cui conoscersi direttamente, scambiare esperienze, tessere reti di comunicazione.

Risultati della ricerca infermieristica, buone pratiche, formazione, aspetti della relazione col malato in situazione critica, organizzazione, tecniche per la soluzione innovativa di problemi assistenziali e loro incidenza sulla salute, applicazioni di tecnologie, nuove problematiche etiche e deontologiche, rapporti ed integrazione con altri professionisti e molti altri temi sono stati trattati. Le esperienze di assistenza in neonatologia e pediatria intensiva hanno susci-

tato molto interesse, come pure gli argomenti molto dibattuti in Italia, come l'apertura anche delle terapie intensive per adulti ai parenti ed alle persone significative per i malati, le competenze degli infermieri nell'insegnare le pratiche assistenziali di base ai *caregivers*, le modalità di presa delle decisioni per le situazioni di fine-vita. Abbiamo visto sessioni affollatissime a cui hanno attivamente partecipato anche i congressisti con contributi originali.

Su alcuni argomenti sono iniziate a fiorire anche ipotesi di lavoro concreto per sinergie finalizzate a trovare e proporre soluzioni a problemi che incontrano forti resistenze. Si stanno muovendo le persone e le idee...

I colleghi venuti dagli altri Paesi hanno scoperto un'infermieristica italiana vivace ed avanzata nell'operatività, una capacità di mobilitarsi e di affrontare argomenti spinosi sul versante etico e deontologico e situazioni complesse sul piano organizzativo e sociale e, fatto non secondario di questi tempi, la forza di organizzare e coinvolgere infermieri ed Associazioni di altri paesi su obiettivi lungimiranti di una professione che elimini i confini e lavori per elevati standard di qualità, spingendo e sostenendo anche i colleghi dei Paesi che si trovano oggi in maggiore difficoltà.

Dopo questo convegno rimane agli infermieri italiani una maggiore confidenza nelle proprie competenze e potenzialità, una ragionevole riduzione della tradizionale esterofilia, un più

oggettivo apprezzamento della valenza della quotidianità assistenziale finora sviluppata, la consapevolezza di riuscire a cambiare quegli aspetti delle realtà che non rispondono alle esigenze delle persone ed infine l'evidente responsabilità di dover contribuire per la propria tipicità, a sviluppare un'assistenza in Area Critica che si fondi su una cultura profonda e non solo sulle possibilità offerte dalla tecnica.

La realizzazione di eventi di questa portata consentono un impatto culturale diffuso ed in grado di accelerare processi di integrazione di per sé molto difficili. Questo dovrebbe rendere evidente l'importanza di un'associazione infermieristica in cui l'essere insieme, numerosi e determinati, su obiettivi strategici ed essenziali, fa la differenza nel tempo e nella sostanza della nostra professione.

Nel novembre 2009 il congresso nazionale Aniarti affronterà la questione del limite in Area Critica, per gli infermieri e dal loro punto di vista.

Un pensiero controverso quello del limite, un pensiero in cerca di risposte; difficili e urgenti.

Nei Paesi occidentali viviamo il dramma di doverci dare dei limiti (ed interessa noi infermieri soprattutto) nell'assistere nelle situazioni di criticità, sofferenza e/o di cronicità della vita/esistenza delle persone.

In questo tempo, *l'ostacolo* da superare non è solo una nuova conoscenza da acquisire o un nuovo strumento da costruire. L'area critica è probabilmente la sintesi più evidente e drammatica. Adesso la *mania* di andare oltre, usando risorse e mezzi che ce lo consentirebbero – e che di fatto già stiamo usando - con tragica evidenza finisce per pretendere di decidere sull'uomo, i suoi diritti, la sua dignità, reprimendoli. Con ciò palesemente contravvenendo al percorso filosofico e civile faticosamente costruito nei secoli.

In Area Critica, la scienza applicata e gli strumenti disponibili, oltre ai loro indu-

bitabili vantaggi, portano anche le loro possibili conseguenze di dolore e sofferenza su persone vere, non su vite biologiche di laboratorio. Conseguenze troppo spesso incontrollabili da chi le subisce.

La questione del limite, al punto in cui è arrivato oggi, diventa un interrogativo per tutti: i cittadini, le istituzioni, la scienza, i professionisti, ai quali forse, è riservato lo snodo più complesso, perché richiede un rigore ed un equilibrio difficilmente raggiungibile, ma da perseguire con continuità. Questo però è il compito assegnato all'oggi, a cui non possiamo sottrarci.

Dobbiamo imparare a prendere decisioni per l'oggi, che facciano tesoro dell'esperienza, ma aprano una finestra su un futuro già iniziato, radicalmente diverso da tutta la storia precedente.

Gli infermieri di Area Critica, per il ruolo che svolgono, devono rendersi consapevoli della funzione dirompente che hanno e che dovrebbero assumere pienamente rispetto a questi temi.

La vicinanza costante ed intima con le vite vere ai loro limiti estremi, rappresenta la visuale maggiormente oggettiva sul punto in cui la potenza delle scienze si scarica sulle esistenze di persone e vi concentra tutte le conseguenze, positive ma anche negative.

La necessità, evidente, del limite deve indurre la consapevolezza di recuperare il valore dell'assistenza rispetto alla terapia. La necessità di recuperare la saggezza di fronte alla realtà della morte/malattia quando palesemente prossime.

Un ritorno al reale, oltre le illusioni, diffondendo e sottolineando le esperienze vissute dalle persone vere nei servizi per la salute ma sconosciute e spesso volutamente nascoste.

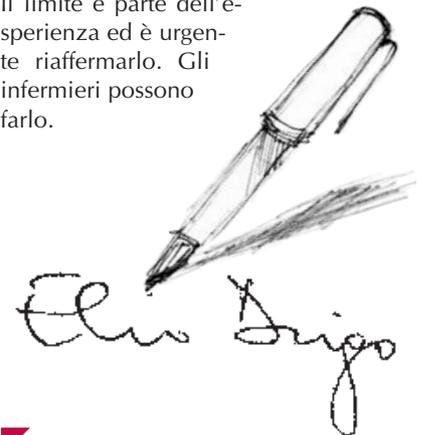
Il senso del limite deve diventare una risorsa, un fattore di ripensamento radicale per un rinnovamento.

Per un'operazione di questa natura dovremo ampliare i nostri orizzonti tradizionali di osservazione. Dovremo ricorrere al supporto del pensiero di vari

ambiti di vita della società globalizzata. Solo così riusciremo a riprodurre il quadro della complessità nel quale siamo immersi ed entro il quale dobbiamo sforzarci di collocare le nostre specifiche risposte di professionisti dell'assistenza alle persone.

Sapremo confrontarci e dialogare con ambienti culturali diversi per ricevere ma anche trasmettere elaborazioni che saranno in grado di illuminare scorci di vita rimasti o volutamente lasciati finora troppo in ombra. Scorci di quella vita che si presenta oggi con aspetti sorprendenti e che sicuramente potranno indicare a tutti una nuova, matura e consapevole responsabilità.

Il limite è parte dell'esperienza ed è urgente riaffermarlo. Gli infermieri possono farlo.



Debora Cesar, Infermiera, Corso di perfezionamento in area critica pediatrica, U.O. Terapia Intensiva e Rianimazione I° serv., A.O.U. S.M. della Misericordia, Udine

La "Shaken baby syndrome". Ruolo dell'infermiere di area critica nei casi di abuso dei bambini

Riassunto

La shaken baby syndrome ovvero la sindrome da "scossone" è una tra le conseguenze di maltrattamento fisico e trascuratezza nei bambini.

Il 24% delle cause di trauma cranico sotto ai 2 anni sono costituite da maltrattamenti.

In Italia, se pur vi è un più basso numero di casi di bambini "abusati" rispetto ad altri paesi, molti di questi si presentano ai nostri Pronto Soccorso e nel 42,5% dei casi, i più gravi necessitano di un ricovero in Rianimazione; sarà quindi compito degli infermieri saper identificare e rispondere ai bisogni dei piccoli pazienti in questa particolare circostanza.

Il problema dei maltrattamenti fisici è ancora poco conosciuto e sottostimato, a tale scopo è qui trattata questa "sindrome", presente nei bambini sotto ai 6 anni, sia nei suoi aspetti clinici, assistenziali che psicologici.

Parole chiave: *Sindrome, Maltrattamento fisico e bambini*

Introduzione e Background

Il termine "Shaken baby syndrome" fu coniato nel 1972 da John Caffey, un radiologo pediatrico, mentre in precedenza già Zimmerman e Bruce nel 1946 segnalavano per la prima volta il quadro clinico tipico di questa sindrome; questo termine è ora usato per indicare l'insieme di segni clinici e radiologici di bambini sottoposti ad abusi.

La sindrome da scossone nel bambino costituisce almeno il 24% dei traumi cranici in bambini in età inferiore ai 2 anni. Questo trauma è il risultato di scuotimenti forzati e in parte associati ad altre lesioni più lievi in un'età in cui la costituzione corporea è più fragile. L'abuso fisico o trauma non accidentale è la causa principale di grave trauma cranico nei lattanti e rimane una causa significativa di morbilità e mortalità dei bambini negli Stati Uniti. Questo tipo di trauma è frequente nei neonati e bambini sotto ai 2 anni ma deve essere considerato anche in età pediatriche maggiori, raramente però si superano i 6 anni¹. Attualmente ci sono approssimativamente 50.000 casi di sindromi del "bambino scosso" (USA), in aggiunta dal 10% al 12% delle morti infantili per abuso sono il risultato di questa sindrome². Il rischio di abuso in un campione di popolazione è difficile da accertare, a causa sia della mancata fiducia a denunciare i maltrattamenti sia per le differenti percezioni di ciò che costitui-

sce l'abuso o abbandono/trascuratezza di un bambino e dei fattori contribuenti che possono potenzialmente portare ad una violenza fisica.

Uno studio effettuato su un campione nazionale di 19 Pronto Soccorso Pediatrici Italiani (Gruppo Nazionale PES 2000) attestò una frequenza di casi dubbi, quasi certi e certi compreso tra il 2 ed il 3%.

Sulla base della gravità delle lesioni l'abuso è distinto in: abuso di grado lieve se le lesioni non necessitano ricovero; moderato in caso di ustioni, fratture, traumi cranici e severo se necessita di un ricovero in rianimazione.

Nel 2001 circa 1300 morti furono attribuite all'abuso o trascuratezza dei bambini. Di queste morti, il 41% fu ricondotto a bambini sotto l'anno di vita e l'85% sotto ai 6 anni. I familiari erano nel 77% gli autori di queste fatalità e, basandosi su dati limitati, risultava che gli uomini ed i conviventi delle madri erano gli autori dal 65% al 90% dei casi della sindrome del bambino scosso. Gli autori di queste violenze generalmente sono, in ordine di frequenza: i padri, i conviventi uomini, le babysitter femmine e le madri.

Inoltre, alcuni studi americani hanno dimostrato che i bambini prematuri e quelli con handicap sono a più alto rischio di abusi come quelli compresi in una fascia socioeconomica più bassa. Anche i bambini facenti parte di una minoranza etnica ed in particolare i bambini di colore sono più frequente-

REVISIONE

pervenuto il 25/08/08
accettato il 11/11/08



mente vittime di violenze rispetto ad altre etnie. Questi dati di certo possono essere soggetti a dei "biases" in quanto oltre alla mancata denuncia, questa sindrome è difficile da definire ed individuare, infatti molte delle lesioni non sono dimostrabili. Si osserva come alcune ricerche mettano in luce che le normali attività di cura del bambino o del lattante (ad esempio il dondolio) o le cadute a terra da basse altezze non sono sufficienti a causare la sindrome. La domanda quindi che sorge è se è possibile capire quali sono le lesioni conseguenti ad un banale incidente e quelle provocate da un'intenzionale violenza a carico del piccolo paziente^{3,4}.

D'altra parte invece è sottile la linea di confine che permette di arrivare a quello che viene definito un "abuso", ed è frequente l'episodio di genitori che, di fronte al pianto insistente del bambino, sconfortati giungano all'impeto di "scuotere" il proprio figlio.

Aspetti clinici del trauma

La Sindrome del Bambino Scosso (SBS) indica una varietà di segni e di sintomi secondari allo scuotimento violento od a traumi della testa. La sindrome si caratterizza per danni neurologici che variano dal coma fino alla morte. Estremamente comune è il riscontro di ematomi subdurali (generalmente bilaterali) o più raramente di emorragie subaracnoidee, encefalomalacia ed edema cerebrale, emorragie retiniche e fratture scheletriche in particolare delle ossa lunghe (traumi da trazione) e delle coste posteriori e laterali⁵.

Le caratteristiche lesioni del sistema nervoso centrale e delle altre sedi sono provocate dal violento scuotimento del bambino. Tale scuotimento determina un'azione lesiva meccanica correlata alle brusche accelerazioni e decelerazioni cui viene sottoposto l'encefalo, con rottura dei vasi cerebrali o lacerazione di questi e più in generale tutti i tessuti.

Inoltre, le forze generate dallo scuotimento possono provocare lo stiramento degli assoni della sostanza bianca cerebrale e talvolta la loro rottura completa.

Il termine anglosassone "*shaken impact syndrome*" indica invece una variante della "*sindrome del bambino scosso*", nella quale il bambino non è semplicemente scosso furiosamente, ma è gettato

con violenza contro una superficie fissa, anche non necessariamente dura e rigida. Nel primo caso una diagnosi è resa difficile dalla mancanza di lesioni esterne, nel secondo caso sono presenti lesioni esterne ma spesso non chiare e riconducibili ai meccanismi di lesione.

Alcune caratteristiche anatomiche peculiari del neonato e del lattante favoriscono il determinarsi dei danni biomeccanici già descritti: fondamentale è il notevole volume e peso del capo in rapporto al resto della massa corporea, l'ipotonìa della muscolatura paraspinale cervicale (che causa il tipico "*ciondolamento*" della testa dei primi mesi di vita), l'elevato contenuto acquoso del sistema nervoso centrale immaturo, la non completa mielinizzazione delle fibre nervose e l'elevato volume degli spazi subaracnoidei paragonato all'ancora modesto volume cerebrale^{6,7}.

Inoltre, tipiche e numerose sono le emorragie intraretiniche che costituiscono il 50-80% delle lesioni a carico dei pazienti interessati, oltre a localizzati distacchi emorragici della coroide e sottili pieghe retiniche⁸.

I segni e sintomi di questa sindrome possono essere di media entità e non specifici od insorgere in sintomi riconducibili ad un trauma cranico severo. Possono essere presenti febbre, letargia, irritabilità, ridotta suzione e vocalizzazione, difficoltà respiratorie ed apnea, convulsioni, vomito, ridotto stato di coscienza od incoscienza nei casi più gravi e fratture della teca cranica (queste presenti nei bambini sotto ai 2 anni nel 45% dei casi, mentre solo nell'11% nei più grandi in cui sono più comuni le fratture con avvallamento e con ematoma sottostante)⁹.

Spesso in questi casi è difficile ricostruire una storia clinica esaustiva e conoscere la dinamica dell'incidente. Si procede con una ispezione accurata del bambino oltre ad indagini diagnostiche; andrà valutata anche la presenza di altre lesioni che possano far pensare ad una violenza perché questi bambini sono soggetti a ripetuti maltrattamenti.

Sarà quindi necessario eseguire alcuni esami diagnostici tra cui una TAC cerebrale ed una successiva Risonanza Magnetica, una radiografia del torace ed una puntura lombare esplorativa. La valutazione del torace permetterà di escludere eventuali fratture costali che sono comunemente associate ai maltrattamenti. Si dovrà valutare l'integrità

degli arti superiori ed inferiori, infatti, le lesioni extracraniche sono presenti nel 30-70% degli abusi. Una puntura lombare invece permetterà di escludere o verificare la presenza di sangue nel liquido cerebrospinale indicativo della presenza di emorragia subaracnoidea, oltre al fatto che il 50% dei pazienti positivi alla puntura lombare presentano in associazione una emorragia retinica⁴. La presenza di un edema cerebrale diffuso durante la fase acuta potrebbe inoltre indicare un'apnea prolungata; si pensa che in conseguenza agli episodi di apnea ed ippossia possa essere associata un'atrofia cerebrale, quadro talvolta presente in questi piccoli pazienti. Una globale ippossia però non può essere l'unico fattore a determinare l'atrofia cerebrale in quanto è stata riscontrata anche solo a livello unilaterale e non sempre a livello bilaterale. Le cause di questi danni sono ancora sconosciute! Sono stati però segnalati alcuni casi di ippossia ed ischemia cerebrale oltre al danno assonale che, in aggiunta a convulsioni ed all'emorragia, hanno portato questi bambini ad atrofia cerebrale¹⁰.

Una peculiarità del danno ippossico è che è stato notato come l'aumento di produzione di glutamate (acido aminocitotossico), sia associato alla morte di cellule neuronali. È perciò indicato in letteratura un trattamento con inibitori di glutamate in quanto riducono il danno a carico della materia bianca e corticale. Suggestivo anche il dosaggio di alcuni markers che vengono rilasciati nelle prime ore in conseguenza ad un trauma cranico tra i quali: enolase neuro specifico, S100B, e le basi proteiche mieliniche rilasciate dagli astrociti e dal sistema nervoso mielinico. I risultati degli studi svolti rivelano che i bambini che hanno subito un trauma cranico non accidentale presentano un picco di concentrazione più tardivo di tutti questi tre markers mentre è più facile che presentino un aumento del livello delle basi proteiche mieliniche al ricovero maggiore rispetto ai bambini con un trauma accidentale o non inflitto¹¹.

I danni a carico di bambini abusati possono interessare anche altri organi: nel 2-5% l'addome dove è colpito generalmente il fegato (52%), il duodeno (30%), il pancreas (15%), il mesentero (33%) e la milza (9%); in questo caso il bambino si presenterà con febbre, sepsi, ipoteso ed in shock ipovolemico.

Nel 40-60% si tratta di danni multi-organo e possono portare a morte. Invece l'8% dei bambini abusati potrà presentare ustioni o bruciature alle mani, braccia, gambe e piedi o alle natiche¹².

Assistenza e management infermieristico

L'assistenza clinica di questi piccoli pazienti non sarà diversa da un normale trauma cranico o politrauma, differenziale invece sarà l'approccio psicologico, l'accertamento all'ingresso nell'identificazione dei segni e sintomi che possono ricondurre ad un danno da abuso, il processo educativo e la gestione di risorse da attivare nell'affrontare un caso così delicato.

L'approccio a questo bambino sarà di tipo multidisciplinare e vedrà coinvolti non solo gli specialisti medici neurochirurgi, rianimatori, oculisti, ortopedici, i fisioterapisti ecc., ma anche l'infermiere di primary nursing in primis, oltre allo psicologo, l'assistente sociale, la logopedista, quest'ultimi presenti soprattutto nella fase riabilitativa. Sarà bene istituire una sorta di Commissione da attivare dove vi sia un esperto di questi casi che possa indirizzare il team anche verso scelte legali, organizzative e di carattere psicosociale necessarie per una presa in carico globale del piccolo paziente e della sua famiglia. Sin dal primo ricovero sarà bene denunciare alle autorità competenti il sospettato caso di abuso e nello stesso tempo sostenere la famiglia ed il bambino in questo percorso.

L'iniziale trattamento del lattante o del bambino che richiede un ricovero in terapia intensiva, consisterà in un adeguato monitoraggio e management del trauma cranico severo secondo le linee guida internazionali. Molto probabilmente necessiterà di intubazione per una adeguata ventilazione, un appropriato reintegro dei fluidi, un sostegno per l'attività cardiocircolatoria ed una terapia di prevenzione delle convulsioni¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵.

Accertamento

La gestione infermieristica in un primo momento riguarderà l'accertamento e segnalazione di segni di abuso, quali: ematomi, lividi, bruciature, ustioni da sigaretta, segni di morsi, esiti cicatriziali ed escoriazioni presenti sul corpo.

Un'ispezione del cuoio capelluto permetterà inoltre di valutare l'integrità e la presenza o meno di affossamenti della teca cranica e di otorragia. Alcune contusioni hanno la caratteristica di riprodurre "a stampo" la morfologia del corpo contundente (mano, corda, cinghia). Inoltre le ecchimosi frequenti nei bambini devono far sospettare un abuso quando si presentano in bambini molto piccoli e che non camminano o nei bambini più grandi quando sono localizzate all'addome e torace. È anche importante accertarsi che il bambino non soffra di malattie emorragiche per una diagnosi differenziale.

Secondariamente sarà fondamentale un monitoraggio delle funzioni vitali (in particolare si valuteranno: FR, FC, PAS e PAM, SpO₂, ETCO₂, PaCO₂, SJO₂, TC), della pressione intracranica e perfusione cerebrale, della valutazione neurologica e della funzionalità e sensibilità degli arti, la capacità cognitiva qualora sia cosciente e la valutazione del dolore. L'assistenza comprenderà inoltre la gestione di eventuali drenaggi e/o di una derivazione ventricolare esterna; il monitoraggio e gestione di vie infusionali, il bilancio di liquidi e la valutazione e trascrizione di segni e sintomi che possano ricondurre ad uno shock di tipo emorragico o midollare.

Gestione vie aeree

La valutazione primaria partirà dal momento dell'accoglienza del bambino in ospedale, si dovranno auscultare, sentire e osservare eventuali segni di ostruzione delle vie aeree, di apnea, di distress o depressione respiratoria; andrà rimossa dalla bocca l'eventuale presenza di sangue, vomito o denti che possono esser caduti in conseguenza al trauma. Se il trauma è moderato questi bambini potranno infatti presentare cefalea e vomito. La pervietà delle vie aeree andrà mantenuta con la posizione neutra del capo, il posizionamento del collare cervicale (o se molto piccolo immobilizzare il capo con degli asciugamani arrotolati), ed eventualmente l'utilizzo di cannule orofaringee se il bambino è incosciente. Se necessita di intubazione la manovra dovrà essere eseguita secondo la sequenza rapida e con la sblussazione della mandibola.

Nella gestione delle vie aeree va sottolineato che in questa sindrome vi è il rischio di un'alterazione con danno a

carico della ventilazione e di scambio a livello alveolare, che porterà a sua volta ad uno stato neurologico alterato; questa sarà una indicazione all'intubazione, necessaria a garantire un'adeguata ventilazione. È da ricordare che l'ipercapnia e l'ipossia sono dei potenti vasodilatatori cerebrali e potenzialmente possono aumentare la pressione endocranica, va quindi mantenuto uno stato di eupnea con valori di PaCO₂ in un range di 35-40mmHg. L'iperventilazione potrebbe essere usata per diminuire velocemente il livello di PaCO₂ elevata portando il paziente ad uno stato di alcalosi respiratoria e conseguente vasocostrizione cerebrale, anche se questa scelta (fatta a discrezione del medico) trova le sue controindicazioni in quanto vi è il rischio di ischemia. La ventilazione dovrà essere adeguata all'età e peso del bambino, il volume corrente da garantire dovrà essere di 7-8 mL/kg, mentre la FR varierà con l'età, nei bambini tra 1 e 3 anni dai 25-40 atti respiratori, tra i 4-6 dai 22 ai 30 atti/minuto; le vie aeree andranno sempre umidificate (temp. 36.5-37°C) in quanto si seccano più facilmente. Il bambino andrà inoltre aspirato solo se necessario (solo in presenza di secrezioni constatate con l'auscultazione del torace, presenza di rumori da ingombro, desaturazioni importanti) in quanto la manovra può provocare un aumento della pressione endocranica; bisognerà iperossigenarlo prima e dopo la broncoaspirazione ed infine sarà bene utilizzare un catetere adeguato alla misura del tubo endotracheale (pari o inferiore ai 2/3 del diametro del tubo) per evitare danni alla mucosa bronchiale ed ateletrasie iatrogene.

Funzionalità cardiocircolatoria

Nella valutazione della funzionalità cardiocircolatoria sarà importante monitorare la pressione sia sistolica che la media (indice indiretto di perfusione cerebrale) in quanto un'ipotensione nel bambino si manifesta come segno tardivo di shock, oltre ad andare ad aggravare insieme all'ipossia l'esito del trauma cranico ed aumentare la probabilità di morte per ridotta perfusione cerebrale. Fondamentale sarà avere a disposizione, nel momento dell'urgenza, almeno due accessi venosi periferici e, dove non è possibile, reperirne uno tramite via intraossea; se il bambino è tachicar-

dico ed ipoteso va infuso inizialmente con cristalloidi o colloidi e in seguito sostenuto da farmaci vasoattivi.

Funzionalità neurologica

Il trauma cranico sotto ai 3 anni presenta più suscettibilità al danno secondario che può essere causato da ipossia, ipotensione con riduzione del flusso cerebrale, crisi epilettiche ed ipertermia, mentre se l'età è superiore ai 3 anni vi sarà una ripresa più rapida. Nel bambino è più comune un'ipertensione endocranica dovuta ad edema cerebrale; va infatti evitata l'over-idratazione (il contenuto d'acqua è dell'88%, il flusso ematico cerebrale -CBF- è maggiore di 50ml/100mg/m). Il capo va posto a 30° per favorire il deflusso sanguigno e la riduzione della PIC; nel bambino sotto ai 3 anni non è indicato l'utilizzo di un cuscino per il suo occipite prominente, mentre sopra ai 3 anni si possono usare ciambelle o cuscini in idrogel. Nei neonati sarà bene ispezionare le fontanelle, (queste infatti creano dei meccanismi di compenso diversi da una scatola cranica "chiusa"); nel primo mese di vita una modesta dilatazione della sutura sagittale (5 mm) è considerata normale mentre la diastasi della sutura temporo-parietale (maggiore di 2-3 mm) è considerato indice di ipertensione endocranica, il suo accavallamento invece è segno di atrofia cerebrale e disidratazione. Qualora un bambino non sia in coma, ma abbia avuto una contusione a livello delle fontanelle dovrebbe essere trattato come un trauma cranico severo; il neonato potrà avere una postura anomala con rigidità dorsonucale, posizione supina durante il sonno, letargia o irritabilità e crisi di apnee. Va tenuto in considerazione che l'intervallo lucido è in genere più prolungato ed il deterioramento neurologico più tardivo. Sarà quindi valutato il diametro pupillare e la presenza di anisocoria come conseguente segno di "lesione" emisferica. Un GCS tra 3-5 darà nel 50% dei casi danni neurologici permanenti, con un GCS tra 6 e 8 nel 10-20% dei casi problemi di memoria a breve termine (Linee guida trauma cranico in età tra 0-3 anni; Amnon Cohen, Savona, 2005). Sarà infine fondamentale la valutazione di valori quali la perfusione cerebrale (PPC) e pressione endocranica (PIC) indicata nei bambini con ematomi e/o contusioni intracraniche, edema cerebrale, compressione delle cisterne,

decorticazione e decerebrazione. I valori normali e di allarme dipenderanno dalla fascia d'età. (Tabella 1)

Tabella 1

Valori normali per età			
Età (aa)	PAM (mmHg)	PIC (mmHg)	PPC (mmHg)
0.5	52	2	50
1	55	5	50
2	60	10	50
5	60	10	50
12	72	12	60
15	75	15	60

Un altro parametro che sta acquisendo sempre maggiore importanza per una buona prognosi è la valutazione della SjO₂. È un indicatore della saturazione dell'emoglobina presente nel sangue refluo cerebrale e prelevato a livello del bulbo della vena giugulare, il quale va a costituire un indice indiretto della capacità cerebrale di estrarre e metabolizzare l'ossigeno. Il valore normale deve essere

Tabella 2

Cause di variazione SjO ₂ – Flusso ematico cerebrale (FEC)	
SjO₂ > 75%	SjO₂ < 55%
Aumento del FEC	Riduzione del FEC
Iperemia (aumento PPC)	Ipoafflusso (riduzione PPC)
Ipercapnia (aumento PaCO ₂)	Ipocapnia (ridotta PCO ₂)
Riduzione della PaO ₂	Aumento della PIC
Anestetici volatili	Anestetici-Vasospasmo
Ridotto metabolismo cerebrale	Aumentato metabolismo cerebrale
Ipotermia	Iperpiressia
Sedativi e/o analgesici	Riduzione Hb
PIC elevata	Crisi convulsive
Morte tessutale	
Valori normali: 55%-75%	

compreso tra il 55-75%. (Tabella 2) Il monitoraggio va iniziato entro 4 ore dal danno cerebrale e si raccomanda nei pazienti con GCS inferiore o uguale a 8. L'età del paziente pone dei limiti legati alla grandezza del catetere, la letteratura riporta casi di utilizzo dagli 8 mesi in su (3-4 fr.); inoltre la pervietà del catetere andrà mantenuta con Soluzione Fisiologica eparinata in base al peso corporeo (1ml/h se inferiore di 20kg, 2ml/h se maggiore di 20kg e inferiore a 40kg). La velocità di aspirazione consigliata per il prelievo è di 1ml/m (nell'adulto 2ml/m), questo per evitare contaminazione da sangue refluo dai com-

partimenti extracranici e che potrebbe condizionare la valutazione dei risultati. Da questo valore poi si potrà dedurre il valore dell'estrazione di O₂ da parte del cervello (CEO₂: SaO₂-SjO₂ = range 25-45%).

Sarà anche compito dell'infermiere gestire il piccolo paziente portatore di un'eventuale derivazione ventricolare esterna, che non è diversa da quella dell'adulto. Il liquor drenato non dovrà però essere superiore a 140-200cc nelle 24 ore (secondo le indicazioni del neurochirurgo).

Altrettanto importante per la stabilità del bambino è un'adeguata sedazione; a tale proposito va ricordato che nei pazienti di età inferiore ai 3 anni non è indicato in letteratura l'uso del Propofol in infusione continua. In conseguenza a ciò sono stati segnalati casi di acidosi metabolica intrattabile con insufficienza cardiaca fatale⁶.

Infine, particolare attenzione va posta nel trauma cranico sia rispetto all'ipertermia per aumentato consumo d'ossigeno, sia riguardo alle convulsioni in

quanto aumentano la pressione endocranica e devono essere trattate prontamente. A tal proposito si può prendere in considerazione l'uso profilattico della Fenitoina in caso di contusione od emorragia cerebrale.

Gestione del dolore

Per quanto riguarda invece il dolore e la valutazione dello stato neurologico sarà bene avvalersi di scale specifiche e distinte per età evolutiva. Nella valutazione neurologica è indicata:

1. Pediatric Coma Scale (PCS) utilizzata nei bambini tra 0 e 5 anni;

2. Pediatric Trauma Scor (PTS) indicata in caso di trauma per i bambini oltre i 6 anni.

Per il dolore invece esistono scale di eterovalutazione quali:

1. *FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) nella valutazione tra 0 e 7 anni;*
2. *OPS con 4 items (Objective Pain Scale) tra 1 mese-2 anni;*
3. *OPS a 5 items dai 2 ai 3 anni;*
4. *Great Ormond Street Children's Hospital per la valutazione della sedazione.*

Infine, vi sono metodi di autovalutazione come la scala di VAS nei bambini con più di 3 anni, scale numeriche e scale verbali per i bambini maggiori ai 7 anni.

Outcomes e conseguenze del trauma

Vi è un alto numero di mortalità dei bambini vittime di abuso, il 60% dei neonati muoiono o permane un conseguente ritardo mentale grave, quadrialgia spastica od altri deficit severi di tipo motorio. Sfortunatamente la maggior parte di quelli sopravvissuti presentano deficit motori e cognitivi, altri sono vittime di disturbi del comportamento ed epilessie. I problemi di salute mentale non sono meno importanti e si possono presentare stati depressivi, comportamenti violenti ed aggressivi, anche l'uso di droghe ed alcool in successiva età adolescenziale è una conseguenza comune¹².

Il 47,5% dei bambini che hanno vissuto un trauma di questo genere, presenterà i sintomi o parte dei sintomi caratteristici dello stress post-traumatico (PTSD).¹⁷ Vi sono una complessa gamma di sintomi del comportamento verbale e che si presenteranno già nella fase acuta. Il comportamento di questi soggetti può apparire disorganizzato o il paziente può essere agitato ed il trauma rievocato attraverso ricorrenti ed intrusivi ricordi dell'evento. Spesso questi sono rivisti attraverso giochi ripetitivi nei quali alcuni aspetti del trauma sono dipinti più e più volte, ed il loro gioco può consistere nella simulazione di incidenti; il bambino così esprime emozioni che non riesce ad esternare (American Psychiatric Association 1994). Inoltre, nei bambini piccoli questa esperienza aumenta i problemi legati al sonno, e si manifesta con irritabilità, enuresi e diffi-

coltà di concentrazione. Quindi vi potrà essere un declino psicologico, sociale, cognitivo e fisico¹⁸.

I sintomi di un PTSD solitamente si presentano ad 1 mese dall'evento (nel 57% dei casi), a 6 mesi (nel 59%) ed a 18 mesi (nel 38%).¹⁹

Inoltre, in alcuni studi si è visto come l'ASD (*Acute Stress Disorder*) presente nelle prime ore dal trauma ed il dolore legato al trauma siano fattori predittivi del PTSD. I fattori di rischio che portano ad ASD nei bambini sono: il livello elevato di stress dei familiari, il livello di stress dei caregiver, l'esperienza del dolore del bambino e l'età del bambino. Ciò dimostra l'importanza sia del dolore che quello del ruolo dei familiari ed il conseguente sostegno di cui necessitano²⁰.

Inoltre, sembra che il dolore fisico conseguente all'incidente (soprattutto negli ustionati) agisca come un promemoria dell'evento traumatico e quindi come rinforzo negativo associato al trauma. Alcuni studi suggeriscono una relazione tra i traumi fisici e le reazioni in fase acuta del PTSD; in uno studio in particolare fu osservato che i bambini che avevano sviluppato successivamente una parziale o totale PTSD, presentavano una frequenza cardiaca molto più elevata al momento del ricovero nel dipartimento d'emergenza, rispetto ai bambini che non avevano sviluppato un PTSD a distanza di 6 mesi.²¹ Un altro studio interessante fu fatto sulla relazione del trattamento del dolore fisico e lo stress post-traumatico nel quale emerse che il trattamento del dolore con somministrazione di alte dosi di morfina riduce i sintomi di PTSD presenti anche a distanza di 6 mesi²².

Il disturbo da stress post traumatico (PTSD) conseguente ad abuso nel bambino

Che cos'è?

La sindrome post traumatica da stress segue l'esposizione diretta ad un evento traumatico che può comportare: minaccia di morte o lesioni gravi, come un'aggressione personale violenta (violenza sessuale e fisica) tortura, gravi incidenti automobilistici, rapimento, essere presi in ostaggio, ricevere diagnosi di malattie minacciose per la vita. Oppure,

segue ad eventi vissuti in qualità di testimoni come: l'osservare il ferimento grave o la morte innaturale di una persona, dovuti ad assalto violento, incidente, guerra o disastro o gravi lesioni subite da un parente o da un familiare, oppure la conoscenza di una malattia minacciosa per il proprio bambino.

Chi ha subito un trauma, ne porta una profonda cicatrice incastonata nel cervello emozionale. Questo fenomeno è caratteristico di tutti i traumi emotivi, compresi quelli derivanti da tutti i maltrattamenti fisici durante l'infanzia. Le vittime di traumi devastanti non saranno più le stesse dal punto di vista biologico. Generalmente si tratta di eventi incontrollabili, infatti, in una situazione catastrofica, un individuo che pensa di poter fare qualcosa, di poter esercitare un certo controllo, non importa se limitato, sta sicuramente psicologicamente meglio di chi si sente del tutto impotente.

L'individuo che si sente impotente è quello più vulnerabile al PTSD. Come meccanismo di difesa, il cervello inibisce le memorie collegate al trauma o inibisce le percezioni associate all'evento traumatico¹⁹⁻²³⁻²⁴.

Per superare il trauma, è necessario che i pazienti esprimano il dolore che il trauma ha comportato. Il dolore che segue il racconto degli eventi dolorosi ha una funzione cruciale: segna la capacità di lasciar fuoriuscire, in una certa misura, il trauma. Significa che invece di essere costantemente prigionieri di quel tragico momento del passato, i pazienti possono cominciare a guardare avanti, liberi dalle conseguenze del trauma.

Le implicazioni cliniche della sindrome del trauma per i sintomi sia emozionali che fisici sono molto significative.

Depressione, repressione delle emozioni, bruschi cambiamenti di umore, marcate disfunzioni cognitive, disturbi cronici del sonno, reazioni dissociative e comportamento sociale schizoide potrebbero anche essere tutte tipiche manifestazioni tardive di questa sindrome.

Prevalenza

Secondo alcuni studi inglesi, i soggetti esposti manifestano una sindrome da stress post-traumatico nel 20-70% dei casi una settimana dopo l'evento, il 30-40% dopo un anno, il 15-20% dopo 2 anni²⁴.

Il decorso della PTSD è stato studiato da

molti autori e si conoscono bene le sue diverse fasi. Forse sono meno conosciuti gli effetti e le manifestazioni a lungo termine.

Horowitz²⁵ descrive la sequenza delle reazioni che seguono un evento traumatico:

1. *evento traumatico*;
2. *crying out o reazione di stordimento*;
3. *sovraccarico informativo*,
4. *periodo di oscillazione tra intrusività ed evitamento che possono portare alla risoluzione positiva o ad una risoluzione parziale e cronicizzazione del PTSD*.

Il PTSD nei bambini

La sindrome da stress post traumatico tra i minori è stata sottovalutata sino a 15 anni fa, prima che si iniziassero ricerche scientifiche che andavano ad indagare direttamente sui bambini, invece di raccogliere i dati dai genitori. È stato dimostrato dopo gli anni '80 che i genitori sottovalutavano lo stress e l'ansia dei bambini anche perché spesso questi non ne parlavano con loro.

Si viene quindi a caratterizzare una vera e propria specificità dei bambini rispetto alla sindrome degli adulti ed in particolare per i bambini molto piccoli.

Le prime reazioni del bambino dopo un'esperienza particolarmente spaventosa sono: forte disagio, paura, pianto e shock. I bambini chiedono protezione e sicurezza.

Rivivono l'evento traumatico con pensieri ripetitivi come veri e propri flashback, accompagnati da disturbi del sonno, paura del buio, sogni angosciosi, incubi e risvegli; possono inoltre esserci alterazioni cognitive, difficoltà di concentrazione, problemi di memoria e stato di allerta continuo.

Nei più grandi spesso si manifesta una coscienza della fragilità della vita, sensazione di un futuro instabile e viene messo in dubbio il mondo ipotetico, mentre nei bambini molto piccoli ed in età prescolare sono presenti comportamenti regressivi, antisociali con atteggiamenti aggressivi e distruttivi.

Tendono ad evitare situazioni che associano all'evento ed è sempre presente una difficoltà a parlarne, vi sarà una inibizione del gioco, restrizione della sfera affettiva e perdita delle capacità acquisite. I soggetti esposti ad eventi particolarmente traumatici quindi hanno un più

alto rischio di sviluppare delle patologie mentali²⁶.

I bambini più piccoli, per limitate capacità cognitive dovute all'età, sono a volte meno esposti a forti reazioni emozionali, ma già a 4 anni i bambini possono avere il concetto della morte e della irreversibilità.

Ruolo dell'infermiere nella prevenzione, educazione e follow-up

Strategie di aiuto e Raccomandazioni

L'infermiere dovrà valutare e registrare sin dalla fase acuta tutti i sintomi inerenti lo stress post traumatico, per fare ciò può avvalersi di uno strumento quale lo STEPP (*Screening Tool for Early Predictors of PTSD*) contenente 12 items di misura²⁷. Altrettanto importante sarà valutare l'intensità e localizzazione del dolore fisico²⁸.

Nel trattamento sono indicate terapie cognitive-comportamentali, queste demandate allo psicologo e l'utilizzo di esercizi di rilassamento od ipnosi, mentre per distrarre il piccolo paziente dal dolore l'infermiere può utilizzare le tecniche di immaginazione come ad esempio "il guanto magico e l'interruttore", oltre a tecniche di counselling. Con il bambino in fase preadolescenziale invece sono suggerite le strategie di coping, tecniche di visualizzazione, distrazione e strategie di focalizzazione del problema¹⁸.

Le raccomandazioni suggerite saranno quelle di seguire la famiglia od i tutori per 1-2 settimane dopo il trauma con un programma di follow-up, o/e intervistare la famiglia telefonicamente chiedendo loro informazioni sui sintomi caratteristici del comportamento del bambino e le funzioni dei familiari. Sarà possibile nel follow-up avvalersi dell'utilizzo della *Pediatric Quality of Life Inventory* (Peds QL) una scala completa che permette di valutare la qualità di vita del bambino a distanza di tempo dal trauma e che comprende una valutazione dello stato fisico, emozionale, socio-comportamentale oltre al rendimento scolastico²⁹. Ci dovremo inoltre assicurare della capacità di supporto che il familiare può dare al bambino. Anche questo infatti può essere vittima dello stress post traumatico e quindi supportare il familiare dandogli la possibilità di discutere dell'incidente soprattutto riguardo a senti-

menti ed emozioni provati senza però forzare il ricordo.

Questo tipo di approccio deve essere garantito dall'intero team multidisciplinare all'interno del quale l'infermiere potrebbe assumere un ruolo di case manager e di presa in carico del piccolo paziente. L'infermiere quindi atterrà le risorse quali l'appoggio dell'assistente sociale, dello psicologo e, dove vi sono strutture attrezzate, di un infermiere specialista forense ed un legale.

Prevenzione ed educazione

Il personale infermieristico potrà essere coinvolto in programmi di educazione rivolti ai genitori oltre che alla popolazione, riguardo gli abusi sia sui bambini che neonati e di prevenzione dei danni conseguenti ad una *care* inadeguata.

Un esempio riportato in letteratura fu l'attivazione di un programma di prevenzione, che riguardava in particolare i neonati, condotto in ben 8 paesi degli Stati Uniti³⁰. Il programma fu illustrato ai parenti e genitori di tutti i neonati che venivano dimessi dall'ospedale. Questi furono informati sui possibili danni da violenza del "bambino scosso" oltre che sulle strategie alternative da adottare in risposta ad un pianto insistente del bambino; entrambi i genitori firmarono poi una dichiarazione d'impegno (Commitment Statement) che suggellava l'acquisizione e comprensione delle informazioni ricevute.

Successivamente il 10% degli interessati fu intervistato telefonicamente 7 mesi dopo la nascita dei bambini, per accertare e richiamare le informazioni date in precedenza.

Il metodo seguito è così descritto: alcuni infermieri e coordinatori di 16 ospedali furono formati riguardo tale tematica tramite corsi di formazione professionale, training e conferenze per il periodo di 1 anno dove veniva illustrato il programma educativo ed il suo metodo. Questi infermieri furono poi incaricati di avviare e gestire il programma. Le infermiere incoraggiarono il coinvolgimento anche dei padri ai quali era fornito del materiale informativo separato. Le infermiere inoltre sottoponevano i genitori alla lettura di un documento che descriveva la prevenzione della *shaken baby syndrome* e alla visione di video con successiva discussione dei contenuti oltre ad educarli sulla gestione del pianto insistente del bambino.

Si valutò l'incidenza delle violenze paragonando i dati del periodo del programma di prevenzione con i 6 anni precedenti. Il programma durò 5 anni; il 69% delle famiglie dei nuovi nati sottoscrissero la dichiarazione d'impegno. Nelle interviste telefoniche il 95% dei genitori ricordarono le informazioni date. L'incidenza di abusi con conseguente trauma cranico diminuì del 47%. Di fatto i 41,5 casi per 10000 abitanti segnalati in precedenza scesero a 22,1 casi /10000 ab. durante il periodo dei 5 anni di prevenzione.

Conclusioni

Sebbene un caso di abuso nel bambino non sia un accesso frequente nei nostri Dipartimenti d'Emergenza l'attenzione scrupolosa, la formazione e sensibilizzazione del personale medico ed infermieristico può migliorare la risposta ai bisogni di questi piccoli pazienti, che non saranno solo di natura clinico-assistenziale, ma anche di natura sociale ed educativa. Diviene quindi necessario attivare numerose risorse e professionisti in grado di migliorare le capacità educative dei genitori e quei comportamenti sociali che hanno portato al maltrattamento.

Compito degli infermieri sarà invece quello di rispettare e tutelare i diritti dei bambini.

Anche la NANDA infatti identifica tra le diagnosi infermieristiche il coping inefficace della famiglia correlato a fattori ambientali o personali, che si può manifestare con l'abuso dei bambini e dove l'infermiere può intervenire in maniera autonoma identificando fattori di rischio, promuovendo un ambiente terapeutico per il bambino e genitore, oltre ad educare ed informare la comunità sul problema di abuso.

Bibliografia

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS: *Committee on Child abuse and neglect. Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report.* Pediatrics 2001, 108(1):206-10
2. GUTIERREZ FL, CLEMENTS PT, AVERILL J. *Shaken baby syndrome: assessment, intervention, & prevention.* J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 2004; 42 (12):22-9
3. TENNEY-SOeiro R, WILSON C. *An update on*

child abuse and neglect. Curr Opin Pediatr 2004; 16(29):233-7

4. DUHAIME AC, ET AL. *Non-accidental head injury in infants: the "shaken baby syndrome.* N Engl J Med 1998; 338:1822-9
5. AAVV *La Shaken baby sindrome* wikipedia.org/wiki/sindrome_del_bambino_scoso ultimo accesso 15-1-2007
6. FULTON DR. *Shaken baby syndrome.* Critical Care Nurs Q 2000; 23(2):43-50
7. SMITH J. *Shaken baby syndrome.* Orthop Nurs 2003;22:196-203
8. MORAD Y, ET AL. *Correlation between retinal abnormalities and intracranial abnormalities in the shaken baby syndrome.* Am J Ophthalmol 2002,134(83):354-9
9. NATIONAL CENTER ON SHAKEN BABY SYNDROME. *All About SBS/AHT: Physical Consequences of Shaking* 22 -8-2008. www.dontshake.org.
10. JOHNSON DL, BOAL D, BAULE R. *Role of apnea in non accidental head injury.* Pediatr Neurosurg 1995; 23 (86): 305-10
11. BERGER RP, ADELSON PD, PIERCE MC ET AL. *Serum neuro-specific enolase, S100B, and myelin basic protein concentrations after inflicted and noninflicted traumatic brain injury in children.* J Neurosurg 2005; 103(1 Suppl): 61-8
12. ZENEL J, GOLDSTEIN B. *Child abuse in the pediatric intensive care unit.* Critical Care Med;30(11) supplement, November 2002, pp 515-23
13. PIETRINI D ET AL. *Linee guida trauma cranico grave pediatrico.* SIAARTI-SARNeP, Minerva Anestesiol 2004; 70: 549-604
14. MORRIS KP ET AL. *Intracranial pressure complicating severe traumatic brain injury in children: monitoring and management.* Intensive Care Med. 2006 Oct; 32(10): 1606-12
15. KENDRICK T, MORRISON A. *Pediatric considerations in critical care.* Critical Care Nurse 2005; 605-37
16. Atti Corso residenziale Assistenza Infermieristica nell'Emergenza Pediatrica Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Ottobre 2004.
17. AARON J, ZAGLUD H, EMERY R. *Posttraumatic stress in children following acute physical injury.* Journal of Pediatric Psychology 1999; 24: 335-43
18. GOLD JI, KANT AI, KIM SH. *The impact of unintentional pediatric trauma: a review of pain, acute stress, and posttraumatic stress.* Journal of Pediatric Nursing. 2008, 23(2):81-91
19. SCHREIER H ET AL. *Posttraumatic stress symptoms in children after mild to moderate pediatric trauma. A longitudinal examination of symptom prevalence, correlates, and parent-child symptom reporting.* Journal of Trauma. 2005 ;58:353-363
20. SAXE G ET AL. *Incidence of and risk factors for acute stress disorder in children with injury.* Journal of Trauma 2005, 59: 946-9539
21. KASSAM-ADAMS N, GARCIA-ESPANA JF, FEIN JA & WINSON FK, *Heart rate and posttrau-*

matic stress in injured children. Archives of General Psychiatry 2005; 62:335-40

22. GOLD JI ET AL. *Pain and acute stress reaction in pediatric physical injury.* Journal of Pain. 2005; 6,S72
23. S.I.N.P.I.A.- *Linee Guida della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.* Linee guida sugli abusi in età evolutiva: procedure operative 2007. www.sinpia.ev/lineeguida/index/ye ar/2007 ultimo accesso 15-2-2007
24. PTSD. *Vivere Oggi, periodico per una nuova cultura dell'assistenza.* www.nuovovivereoggi.it/index.php?actiondetail&artid=95 ultimo accesso 14-8-2008
25. YULE W. *Disturbo post-traumatico da stress.* McGraw-Hill Italia, Milano 1999
26. DSM IV TR *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* Masson 2000, Milano
27. WINSTON, KASSAM-ADAMS, GARCIA-ESPANA, ITTENBACH R, CNAAN A. *Screening for risk of persistent posttraumatic stress in injured children and their parent.* Journal of the American Medical Association. 2003; (290):643-49
28. CAFFO E, BELAISE C. *Psychological aspects of traumatic injury in children and adolescents.* Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2003; 12. 493-535
29. LEE MCCARTHY M. *Measuring Children's Health-Related Quality of Life After Trauma.* J Trauma. 2007; 63: S122-29
30. DIAS SM, SMITH K, DEGUEHERY K ET AL. *Preventing abuse head trauma among infants and young children: A Hospital-Based, parent education program.* Pediatrics. 2005 115(4):470-77.

Abstract:

The shaken baby syndrome is one of the consequences of physical abuse and neglect in children. 24% of brain injury's causes under 2 years is due to abuse. In Italy, there's a small number of "abused" children's compared with other countries; however, many of these children occur to our Accident & Emergency and 42,5% of the most serious cases requires admission in Intensive Care Unit. So, in this particular circumstance nurses will be able to identify and fill the needs of young patient. The problem of physical abuses is still little known and underestimated, for this reason such as "syndrome" in under 6 years children, is here treated both in its clinical psychological aspect as well as nursing care.

Key words: Shaken baby syndrome, Physical abuse and children.

La riduzione del disagio da sondino nasogastrico da svuotamento

Riassunto

Una ricerca retrospettiva sugli effetti collaterali del mantenimento del sondino nasogastrico (SNG) da svuotamento, ha anche evidenziato i limiti dell'assistenza, uno dei quali è sicuramente la mancanza della rilevazione sistematica e continua del disagio provocato dal presidio.

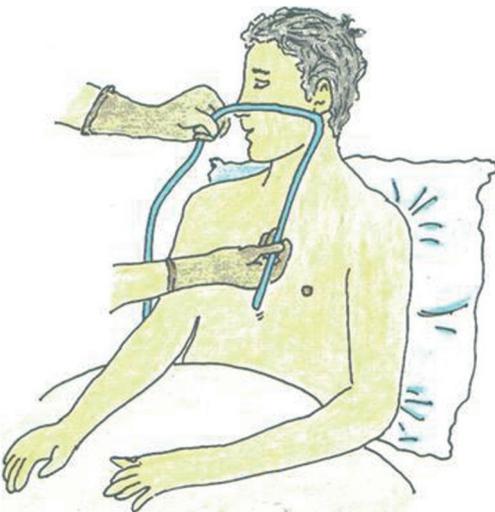
Obiettivo: redigere procedure assistenziali in grado di prevenire o ridurre tutti gli effetti collaterali del SNG e proporre uno strumento operativo che aiuti a segnalare anche gli effetti collaterali comportamentali.

Metodi: è stata effettuata una ricerca bibliografica delle raccomandazioni e delle strategie in grado di ridurre il disagio provocato da procedure invasive ed un approfondimento sull'autoefficacia, resilienza ed adesione alle cure.

Risultati: sono state elaborate delle procedure assistenziali specifiche di mantenimento del SNG ed è stata creata una scheda di rilevazione del disagio che limita le interpretazioni soggettive e individua precocemente le persone a rischio.

Conclusioni: le migliori evidenze forniscono delle indicazioni sul mantenimento del SNG e sulla riduzione del disagio ma è fondamentale che utente, infermiere e medico collaborino in maniera sinergica. L'utente attraverso la partecipazione attiva nel processo terapeutico e la possibilità di dare un senso alla sofferenza; l'infermiere attraverso la relazione d'aiuto-terapeutica, approcci flessibili personalizzati, momenti educativi e la condivisione dei dati con gli altri professionisti; il medico attraverso la riduzione al minimo del mantenimento del SNG in base alle caratteristiche dell'utente.

Parole chiave: Sondino nasogastrico da svuotamento, Disagio, Assistenza infermieristica.



1. Introduzione

Una indagine retrospettiva condotta su utenti di una Chirurgia generale portatori di sondino nasogastrico (SNG) da svuotamento¹ ha definito gli effetti collaterali causati dal mantenimento del sondino. La stessa ricerca ha anche evidenziato i limiti dell'assistenza attualmente prestata ad una tipologia di utenti (maschi piuttosto che femmine e di età inferiore a 75 anni) che, sebbene in grado di comprenderne lo scopo, manifesta un disagio importante. Le informazioni fornite a questi utenti, sono poco convincenti per mantenere un atteggiamento di collaborazione, le attuali prestazioni sono inefficaci per ridurre lo stato di discomfort.

L'infermiere, quale professionista che rimane più tempo a contatto diretto col malato, può osservare le implicazioni negative del disagio, ma assume spesso il ruolo di osservatore esterno consapevole che il SNG è atto terapeutico. Gli effetti collaterali da sondino, quando riferiti, sono spesso sottovalutati o ritenuti esagerati dal medico.

Per questo si ritiene che un monitorag-

gio specifico permetterebbe di evidenziare i nuovi problemi assistenziali e aiuterebbe a riconoscere i segni di allarme per una possibile non adesione alle cure dell'utente; una verifica bibliografica sulle più aggiornate evidenze, potrebbe rendere l'operato infermieristico più efficace e pertinente.

2. Obiettivo dello studio

- Redazione di procedure assistenziali in grado di prevenire o ridurre tutti gli effetti collaterali provocati dal mantenimento del SNG da svuotamento, con il supporto della migliore bibliografia.
- Creazione di scheda di rilevazione del disagio da SNG, strumento ad hoc che limiti le interpretazioni soggettive, aiuti a porre la corretta attenzione anche agli effetti collaterali comportamentali e preveda una fase di attuazione degli interventi specifici.

3. Materiali e metodi

3.1 Ricerca bibliografica ed approfondimento

A supporto delle informazioni ottenute dall'indagine retrospettiva, sono stati eseguiti:

- una ricerca bibliografica delle raccomandazioni e procedure assistenziali specifiche sul mantenimento del SNG da svuotamento-decompressione;
- un approfondimento dei temi autoefficacia, resilienza ed adesione alle cure, per comprendere meglio quei meccanismi che ledono la capacità degli individui di minimizzare gli effetti negativi del disagio da SNG.

La ricerca è stata iniziata nelle banche dati di linee guida; non avendo trovato raccomandazioni specifiche sul mantenimento del SNG in grado di ridurre tutti gli effetti collaterali, soprattutto quelli comportamentali, è stato necessario spostare la ricerca anche nelle banche dati generali. Sono state ricercate strategie di comfort utilizzate in altre procedure, da poter estendere anche alla fase di permanenza del sondino.

Fonti della ricerca

Sono state consultate:

Banche di linee guida

PNLG, SINPE, CDC, RNAO

Banche dati di revisioni sistematiche

COCHRANE

Banche dati generali

MEDLINE, EBSCO

Parole chiave

- sondino nasogastrico da svuotamento (*nasogastric tube suctioning*)
 - gestione (*management*)
 - linee guida (*guidelines*)
 - disagio (*discomfort*)
 - effetto collaterale (*collateral effect*)
 - dolore (*pain*)
 - procedure fastidiose (*uncomfortable procedures*)
 - percezione (*perception*)
- combinare tra di loro con l'ausilio dell'operatore booleano AND.

3.2 Sintesi e discussione

Raccomandazioni esistenti sulla gestione dello SNG

Riguardano soprattutto l'inserzione, la gestione tecnica del presidio, le complicanze mediche (polmonite ab ingestis, febbre), alcune complicanze fisiologiche (decubiti) e le conseguenze di un posizionamento scorretto. (Tabella 1). Solo gli articoli più recenti sullo SNG riconoscono e segnalano l'ansia e il discomfort tra le complicanze più rilevanti per l'utente, ma nello specifico non danno linee guida su strategie da adottare²⁻³.

Tabella 1: Raccomandazioni sul mantenimento del SNG presenti in letteratura

Controllo periodico del paziente verificando:
1. la tolleranza del paziente al sondino (chiedere se ha compreso i motivi per cui è stato posizionato lo SNG) informazione
2. il corretto posizionamento dello SNG nel tubo digerente
3. le caratteristiche dell'aspirato quantità, colore, qualità
4. la formazione di eventuali lesioni da decubito nella narice e nella cute sottostante il cerotto di fissaggio
5. sostituzione del cerotto di fissaggio ogni 48-72 ore
6. l'igiene del naso: le narici devono essere curate per diminuire l'irritazione.
7. l'igiene del cavo orale almeno due volte al giorno

Tabella 2: Caratteristiche dei sondini per svuotamento e per nutrizione

SNG PER SVUOTAMENTO	SNG PER NUTRIZIONE
1. grosso calibro (Fr 16-18)	1. piccolo calibro (Fr 8-12)
2. in PVC (polivinilcloruro)	2. in silicone o poliuretano,
3. più rigido	3. morbido e flessibile
4. adatto all'aspirazione dei residui gastrici	4. non adatto all'aspirazione dei residui gastrici
5. scarsa biocompatibilità; no alimentazione	5. buona biocompatibilità; si alimentazione?
6. periodo di permanenza: breve ⁶	6. periodo di permanenza: lungo

Le linee guida sul sondino spesso si riferiscono al sondino per nutrizione ⁴⁻⁵ (nasogastric tube feeding) ma non possono essere completamente estese al SNG da svuotamento-decompressione (suctioning tube - gastric suction) per le caratteristiche e lo scopo di utilizzo completamente diversi. (Tabella 2)

Raccomandazioni e studi sugli effetti collaterali fisici e comportamentali provocati da procedure invasive

Strategie per la riduzione del disagio durante l'inserzione dello SNG

Uno studio randomizzato a doppio cieco ha dimostrato che la somministrazione di lidocaina spray al 4% prima dell'inserzione dello SNG riduce il discomfort del paziente, ma aumenta il rischio di epistassi, è un sistema comodo ed efficace che non incide sul giudizio di difficoltà di inserzione del tubo percepita dall'infermiere⁸.

Altre misure adottate sono l'utilizzo di lidocaina gel al 2% e lubrificante gel, e metodi di distrazione; meno frequente l'uso di ansiolitici sistemici⁹.

Una indagine di Morse (1992) identifica otto strategie di comfort dirette ed indirette, adattate alla singola persona, utilizzate dallo staff esperto di area critica durante le cure di emergenza che riescono a ridurre al minimo il disagio provocato da procedure invasive tra cui il posizionamento dello SNG. Esse sono:

1. *mantenere un'atmosfera calma;*
2. *valutare rapidamente in modo fotografico;*

3. *sorvegliare;*
 4. *aiutare il paziente a mantenere/riacquistare il controllo di sé al fine di ottenere sempre la sua collaborazione;*
 5. *parlare o verbalizzare durante le procedure;*
 6. *mantenere un contatto fisico con la persona;*
 7. *lavorare in sinergia con i medici lavoro in team;*
 8. *coinvolgere e supportare i familiari.*
- Uno studio di Penrod et al. esplicita e descrive più dettagliatamente queste strategie selettive:

- *utilizzare al meglio le risorse dell'utente convertendo l'energia che egli impiega nel resistere al trattamento in energia per mantenere l'integrità psichica e fisiologica;*
- *localizzare l'attenzione sull'utente piuttosto che sul trattamento;*
- *fornire informazioni anticipatorie che spieghino il motivo, l'importanza e la procedura stessa in modo da trarre con l'utente le conclusioni sul da farsi; selezionare e personalizzare le strategie in base alle conclusioni ottenute col paziente;*
- *illustrare il percorso clinico che dovrà seguire, durante il quale l'infermiere può dare suggerimenti;*
- *mantenere l'interazione con tono di voce basso dolce e ritmico;*
- *anticipare le sensazioni relative alla procedura e la quantità di disagio che può essere atteso scegliendo termini moderati e non forti.*

Queste strategie creano tre stili di approccio al paziente dinamici e

rispondenti sia alle esigenze del paziente che alle esigenze del contesto: lo stile altamente tecnico (nel quale l'infermiere focalizza l'attenzione sull'esecuzione della procedura con minimo riguardo al comfort del paziente), lo stile affettivo (nel quale l'infermiere è così attento ai segni di discomfort del paziente da interrompere la procedura e ritentarla più volte), lo stile combinato e armonizzato (metodo flessibile che riconosce l'importanza della relazione infermiere-paziente nell'aiutarlo ad avere fiducia nella tecnica ed accettarla).

Anche se lo stile altamente tecnico risulta essere il più utilizzato, non è né il più efficiente né il più efficace. Lo stile affettivo è poco utilizzato e poco efficiente. Lo stile armonizzato è risultato essere il più efficace ed efficiente¹⁰.

Prevenzione delle infezioni ospedaliere e sicurezza della procedura

Una meta-analisi pubblicata da Cochrane sull'uso routinario dello SNG dopo chirurgia addominale, conclude che la decompressione non compie tutti i suoi obiettivi prefissati e perciò dovrebbe essere abbandonata in favore di un uso selettivo dello SNG (se presente nausea e vomito)¹¹.

Nelle linee guida CDC per la prevenzione dell'infezione polmonare è raccomandata la rimozione dello SNG non appena le indicazioni cliniche per il suo utilizzo sono risolte (IB)¹².

I rischi di infezione derivano da trauma delle mucose derivante dalla pressione sulle membrane e dall'anossia dei tessuti. L'aspirazione e i movimenti dello SNG possono ledere il tessuto. Ne consegue una aumentata esposizione ai microrganismi, i più comuni dei quali sono: Clostridium difficile, Rotavirus, Candi-da Albicans e lo Stafilococco. Per diminuire i rischi di infezione, il tessuto non deve subire traumi durante l'inserimento dello SNG che deve essere fatto avanzare facendo deglutire l'utente senza forzare; l'aspirazione e l'irrigazione devono essere atraumatiche¹³.

La sonda gastrica Salem può essere utile nel proteggere le suture della parete gastrica nell'utente operato poiché, se impiegato correttamente, non consente mai che la forza di aspirazione sia superiore a 25 mmHg, valore che rappresenta il livello della fragilità capillare e permette allo SNG di fluttuare liberamente

senza aderire alla mucosa gastrica prevenendone la lesione¹⁶.

Raccomandazioni sull'igiene orale dell'anziano

Una revisione sistematica sui provvedimenti da adottare per l'igiene orale dell'anziano pubblicata da Blackwell Publishing Asia¹⁵ individua le seguenti raccomandazioni:

- spazzolare i denti regolarmente usando dentifrici al fluoro (grado A);
- utilizzare prodotti disinfettanti a base di clorexidina in sciacqui, spray o gel (grado B);
- ricorrere a saliva artificiale o a gomme da masticare senza zucchero per ridurre la secchezza delle fauci (grado B);
- pulire la dentiera regolarmente e toglierla durante la notte (grado B).

Approfondimento dei temi: resilienza, auto-efficacia e partecipazione alle cure

Ogni persona possiede la capacità di resilienza, "capacità umana di affrontare le avversità della vita, superarle e uscirne rinforzato o addirittura, trasformato" (Grotberg, 1996), può essere in stato di latenza, può essere accresciuta. Affinché la resilienza si attivi o produca effetti positivi, abbisogna pure di un aiuto esterno e di un ambiente che faciliti e appoggi uno sviluppo personale positivo.

L'infermiere nell'assistere persone in situazioni di stress, tensione, ansia, può essere tutore di resilienza mediante la disponibilità all'ascolto, evitando incredulità, condanna, negazione, rifiuto; tutti noi possiamo sviluppare resilienza solo se ci concediamo mutualmente la possibilità di farlo¹⁶. L'infermiere può modificare l'immagine di vittima sofferente che l'utente ha di sé, in persona attiva nel processo di guarigione, può stimolare l'autoefficacia, l'autostima positiva. Nel considerare l'ideologia personale dell'utente, l'infermiere può meglio individuare strategie alternative di soluzione per ridurre situazioni conflittuali e/o permettere all'utente di dare un senso alla sofferenza¹⁷.

L'efficacia del coping dell'utente è influenzato da: numero ed intensità degli agenti stressanti, da esperienze precedenti, dal sistema di supporto, dalla personalità dell'individuo (Boyd e Nihart, 1998). Le strategie per facilitare l'utente nell'adattamento sono:

- identificare gli agenti stressanti che stanno impegnando le risorse di

coping dell'utente, sviluppare piani per gestirli, al fine di ridurre o eliminare il più possibile lo stress;

- lavorare alla realizzazione di una relazione terapeutica con la persona, che diminuisca il suo bisogno di difendersi o la sua percezione di minaccia o "persecuzione";
- porre la persona a suo agio, orientarla verso l'autovalutazione, impegnarla in attività che la possano aiutare a riprendere il controllo della propria vita;
- rinforzare la coerenza delle proprie affermazioni, risposte ed azioni al fine di ottenere maggiore fiducia dell'utente;
- coinvolgere l'utente nelle decisioni gli trasmette un senso di responsabilità e lo aiuta a rafforzare la motivazione.

Fattori che influenzano in modo positivo il comportamento dell'utente:

1. effetti collaterali tollerabili;
2. evidenza che l'adesione al programma terapeutico aiuta a controllare i sintomi o la malattia;
3. fiducia iniziale e continuativa nel professionista sanitario;
4. percezione della propria suscettibilità alla malattia;
5. percezione della gravità della malattia;
6. terapia che produce più effetti benefici che disagi.

Fattori che influiscono in modo negativo sulla compliance sono:

1. spiegazioni inadeguate;
2. disaccordo tra cliente e l'operatore sanitario;
3. effetti collaterali numerosi ed importanti¹⁸.

Linee guida per la miglior pratica clinica

"Stabilire relazioni terapeutiche" è una delle linee guida di miglior pratica infermieristica elaborate dalla Registered Nurses Association of Ontario RNAO per aiutare i professionisti e le decisioni del paziente sull'assistenza appropriata per le circostanze cliniche (di pratica) specifiche. La relazione terapeutica è una proposta utile, un rapporto centrato sull'obiettivo che è diretto al migliore interesse e risultato per l'utente e permette di riconoscere, con appropriata esperienza clinica, la complessità del paziente¹⁹.

Otto revisioni indicano che i promemoria risultano essere interventi maggiormente efficaci sui pazienti, particolarmente nell'ambito della prevenzione

ne, rispetto ai molti interventi disponibili²⁰.

3.3 Raccomandazioni di riferimento per la riduzione del disagio da SNG

Dopo aver individuato e selezionato le strategie e le linee guida prodotte per altre procedure che riescono a ridurre il disagio da procedure invasive ed implementate con quelle esistenti, è stato redatto il seguente elenco di raccomandazioni di riferimento per la successiva creazione degli interventi specifici:

1. usare selettivamente e non in modo routinario lo SNG¹¹;
2. anticipare le sensazioni relative al mantenimento del sondino e la quantità di disagio che può essere atteso scegliendo termini moderati e non forti¹⁰⁻²¹;
3. creare stili assistenziali dinamici e rispondenti sia alle esigenze del paziente che alle esigenze del contesto: aiutano la persona a sopportare il disagio e la fa sentire in mani sicure nonostante la situazione di disagio¹⁰;
4. essere tutore di resilienza focalizzando l'attenzione sull'utente piuttosto che sul trattamento mediante la disponibilità all'ascolto, evitando incredulità, condanna, negazione, rifiuto¹⁶;
5. selezionare e personalizzare le strategie in base alle conclusioni ottenute col paziente: coinvolgerlo nelle decisioni gli trasmette un senso di responsabilità e rafforza la sua motivazione¹⁷;
6. verificare periodicamente il corretto posizionamento dello SNG nel tubo digerente;
7. verificare le caratteristiche dell'aspirato quantità, colore, qualità;
8. eseguire aspirazioni ed irrigazioni in modo atraumatico¹³;
9. garantire l'igiene del naso;
10. sostituire il cerotto di fissaggio ogni 48-72 ore;
11. eseguire igiene del cavo orale almeno due volte al giorno;
12. lavorare in sinergia con i medici, lavoro in team¹⁰;
13. rimuovere lo SNG non appena le indicazioni cliniche per il suo utilizzo sono risolte (IB)¹².

da evitare:

1. spiegazioni inadeguate

2. disaccordo tra cliente e operatore sanitario,
3. effetti collaterali numerosi ed importanti¹⁸.

3.4 Procedure assistenziali specifiche

Sono state redatte ad hoc delle procedure assistenziali specifiche basate sulle conoscenze scientifiche aggiornate, in grado di prevenire o ridurre il disagio dell'utente.

Caratteristiche delle procedure

(Tabella 3):

- sono ispirate al processo clinico;
- partono da diagnosi infermieristiche riguardanti gli effetti collaterali prevenibili dello SNG;
- individuano tre gruppi diagnostici in base al grado di rischio: basso-medio-alto rischio;
- individuano obiettivi e progetti assistenziali coerenti con la diagnosi personalizzata;
- prevedono un momento educativo durante il quale l'infermiere dà dei suggerimenti per prevenire il disagio e rende l'utente partecipe ed attivo alla decision making;
- permettono all'infermiere di realizzare una relazione d'aiuto con l'utente;
- prevedono una fase di attuazione degli interventi e di verifica dei risultati grazie all'utilizzo della scheda di rilevazione del disagio da SNG di seguito proposta. (Tabella 4)

4. Considerazioni

Per supportare l'attuazione delle suddette procedure si rendono necessarie ulteriori strategie di supporto:

1. sensibilizzazione degli operatori sanitari sulla possibilità di attuare strategie efficaci nel migliorare il controllo del disagio da SNG mediante incontro informativo di aggiornamento;
2. dimostrazione attraverso dati basati su evidenza scientifica e revisioni sistematiche, della necessità di rivedere indicazioni e durata del mantenimento dello SNG;
3. revisione della sinergia e collaborazione tra gruppo infermieristico e medico attraverso un buon passaggio di informazioni riguardanti lo

stato di comfort/discomfort dell'utente.

5. Conclusione

L'Infermieristica, disciplina caratterizzata da una visione olistica e dalla continuità nel contatto diretto con l'utente, può contribuire a controllare e a mantenere a livelli tollerabili questi effetti collaterali dello SNG e può aumentare la collaborazione della persona nel mantenimento del presidio.

La scheda di rilevazione proposta, attraverso un accertamento mirato, continuo e sistematico del disagio provocato dallo SNG, ha lo scopo di individuare precocemente quelle persone che sono a rischio di sviluppare effetti collaterali che possono incidere negativamente sull'outcome, sulla qualità relazionale e possono provocare sofferenza evitabile.

Per raggiungere completamente gli obiettivi di questa proposta progettuale è fondamentale che utente, infermiere e medico collaborino in maniera sinergica:

- **utente:** molti studi hanno dimostrato che sempre più utenti vorrebbero essere coinvolti nella decision making del proprio trattamento, il rifiuto o l'atteggiamento combattivo potrebbe anche essere la risposta della persona che, autovalutandosi, diventa consapevole che il trattamento con lo SNG non è necessario per sé in quel momento.
- **infermiere:** può ridurre il disagio attraverso una combinazione di metodi e approcci flessibili adattati alla singola persona, metodologia che rivaluta e libera le potenzialità della relazione tra infermiere e utente. aggiornata dei più appropriati interventi assistenziali erogabili allo stato dell'arte, l'infermiere può individuare momenti educativi durante i quali può fornire suggerimenti e ottenere la fiducia e la partecipazione attiva dell'utente all'iter assistenziale. Infine l'attività di osservazione e di ascolto per considerare i reali bisogni, permette di disporre di informazioni e dati oggettivi da condividere con gli altri professionisti della salute coinvolti nel progetto terapeutico.
- **medico:** rivedendo le indicazioni all'utilizzo dello SNG da suzione e

Tabella 3. Procedure assistenziali per la riduzione del disagio da SNG

<p>Prima dello SNG</p> <ul style="list-style-type: none"> • focalizzare l'attenzione sull'utente piuttosto che sul trattamento • fornire informazioni anticipatorie che spieghino il motivo, l'importanza, la procedura, per trarre con l'utente le conclusioni sul da farsi • aiutare l'utente a mantenere o riacquistare il controllo di sé per ottenere sempre la sua collaborazione • parlare o verbalizzare durante la procedura • mantenere l'interazione con tono di voce basso dolce e ritmico • anticipare le sensazioni relative alla procedura e la quantità di disagio che può essere atteso scegliendo termini moderati non forti • utilizzare preferibilmente sondini a doppio lume (Salem) di calibro non inferiore a 16 G 	<p>Subito dopo</p> <ul style="list-style-type: none"> • far soffiare il naso all'utente stesso (in questo momento non avrà paura di provare dolore e saprà come fare) • far ruotare il capo e farlo muovere sul letto per dimostrare che non è necessario limitare l'autonomia • coinvolgere e supportare i caregivers se utente non autosufficiente • durante l'aspirazione tenere il lume più piccolo dello SNG a due vie aperto per non ledere l'integrità capillare della mucosa gastrica (forza di aspirazione non superiore a 25 mmHg) <p>Legenda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventi per diagnosi di basso e medio rischio • interventi per diagnosi di alto rischio 	<p>Durante il mantenimento</p> <p>ADEGUATA IDRATAZIONE DELLA MUCOSA ORALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • incoraggiare l'utente a lavarsi i denti • umidificare la cavità orale con un cucchiaino d'acqua • consigliare l'uso di lubrificante per labbra • succhiare cubetti di ghiaccio se consentito • far fare gargarismi con soluzione collutorio non alcolico diluito
		<p>MANTENERE L'INTEGRITÀ TESSUTALE DELLE NARICI E PERVIETÀ DELLE ALTE VIE AEREE</p> <ul style="list-style-type: none"> • fissaggio della sonda al naso con cerotto anallergico da sostituire ogni 48-72 ore • ancoraggio della sonda al pigiama per evitare trazioni • invitare l'utente a soffiarsi il naso almeno tre volte al giorno con frequenza regolare • instillare qualche goccia di soluzione fisiologica nelle narici per umidificare e detergere • applicare lidocaina lubrificante gel al 2%
		<p>MANTENIMENTO DELLA MASSIMA ATTIVITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • far ruotare lentamente ad intervalli regolari il capo al fine di evitare cervicalgie • far ruotare l'utente nel letto ad intervalli regolari per ridurre la pressione dello SNG sulla mucosa gastrica ed esofagea <p>addestrare l'utente ad eseguire l'igiene del viso nonostante lo SNG</p> <p>addestrare l'utente a muoversi insegnandogli ad utilizzare i presidi disponibili al fine di mantenerne il senso di indipendenza</p>
		<p>MANTENIMENTO DI UNO STATO EMOTIVO TRANQUILLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • fornire informazioni anticipatorie; trarre con l'utente le conclusioni sul da farsi, per permettergli di dare un senso alla sofferenza provocata dallo SNG e di rafforzare la motivazione • illustrare il percorso clinico che dovrà seguire durante il quale si daranno dei suggerimenti • aiutare l'utente a identificare ed esprimere l'effetto collaterale che più lo fa soffrire al fine di personalizzare gli interventi <p>aiutare l'utente ad autovalutarsi impegnandolo direttamente in attività che lo possano aiutare a riprendere il controllo della propria vita per mantenere l'integrità psichica e fisiologica</p> <p>comunicare tempestivamente al medico la presenza di segni e sintomi di allarme per una possibile elaborazione di pensiero combattivo</p>
		<p>EVITARE L'INSORGENZA DI RELAZIONI CONFLITTUALI O L'AUTORIMOZIONE DELLO SNG</p> <ul style="list-style-type: none"> • rendersi disponibili all'ascolto delle osservazioni e dei valori dell'utente • evitare incredulità, condanna, negazione, rifiuto delle richieste dell'utente <p>coinvolgere l'utente nelle decisioni al fine di trasmettergli un senso di responsabilità</p> <p>comunicare tempestivamente al medico la presenza di segni e sintomi di allarme di non accettazione dello SNG affinché possa personalizzare la durata del mantenimento dello SNG</p>

Tabella 4. Scheda di rilevazione del disagio da SNG da svuotamento

Diagnosi 1 ALTERAZIONE DELLA MUCOSA ORALE		Giorno 1				Giorno 2				Giorno 3				Giorno 4			
		M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I
Obiettivi: Il pz mostra mucosa orale idratata ed integra																	
Esegue igiene orale ottimale																	
Rischio: (che si manifesta con)																	
Basso	Xerostomia																
Medio	Labbra screpolate – mal di gola																
Alto	Odinofagia – infiammazione																
Diagnosi 2 LIBERAZIONE INEFFICACE ALTE VIE AEREE		Giorno 1				Giorno 2				Giorno 3				Giorno 4			
		M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I
Obiettivi: Il pz respira prevalentemente con il naso																	
È in grado di soffiarsi il naso efficacemente																	
Rischio: (che si manifesta con)																	
Basso	Lieve presenza di muco																
Medio	Fastidio – dolore alle narici																
Alto	Congestione nasale – secrezioni vischiose																
Diagnosi 3 COMPROMISSIONE DELLA MOBILITÀ		Giorno 1				Giorno 2				Giorno 3				Giorno 4			
		M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I
Obiettivi: Il pz mantiene la massima attività compatibile riferendo il minimo disturbo da SNG																	
Partecipa attivamente alle attività relative all'igiene personale																	
Rischio: (che si manifesta con)																	
Basso	Rigidità a ruotare la testa																
Medio	Deficit nella cura di sé																
Alto	Riluttanza a tentare qualsiasi movimento																
Diagnosi 4 ALTERAZIONE DEL COMFORT correlato ad effetti collaterali secondari al mantenimento dello SNG		Giorno 1				Giorno 2				Giorno 3				Giorno 4			
		M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I
Obiettivi: Il pz riferisce un sopportabile o assente fastidio da SNG																	
Segue le indicazioni del memorandum																	
Rischio: (che si manifesta con)																	
Basso	Apprensione – irrequietezza																
Medio	Agitazione – nervosismo																
Alto	Confusione mentale – perdita dell'autocontrollo																
Diagnosi 5 NON ADESIONE AL MANTENIMENTO DELLO SNG		Giorno 1				Giorno 2				Giorno 3				Giorno 4			
		M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I	M	P	N	I
Obiettivi: Il pz riferisce il razionale per il mantenimento dello SNG e lo accetta																	
Identifica e riferisce gli ostacoli all'adesione																	
Rischio: (che si manifesta con)																	
Basso	Umore alterato																
Medio	Atteggiamento conflittuale																
Alto	Richiesta insistente – volontà di autorimozione																
<p>Legenda e modalità di utilizzo della scheda: M= mattina P = pomeriggio N = notte I = intervento attuato</p>																	

la durata del mantenimento in situ (come indicato dalla bibliografia più recente che ha smitizzato l'uso routinario) può ridurre al minimo il tempo di mantenimento in base alle caratteristiche dell'utente.

Come disse William Osler:

“È più importante conoscere che tipo di persona ha una determinata malattia, piuttosto che conoscere che tipo di malattia ha questa persona”.

Bibliografia

1. TONETTO L. *Gli effetti collaterali del sondino nasogastrico da svuotamento*. Tesi di Laurea in Infermieristica, Università di Padova a.a 2004-2005
2. CAPPELL MS. *Safety and efficacy of nasogastric intubation for gastrointestinal bleeding after myocardial infarction: an analysis of 125 patients at two tertiary cardiac referral hospitals*. Dig Dis Sci. Nov 2005;50(11):2063-70
3. RESNICK S, MORRISON RS. *Physician's perceptions of procedural and discomfort*. Journal of Palliative Medicine, Oct 2004; 7(5): 646-5
4. *Linee guida per l'impiego della nutrizione artificiale nei pazienti adulti ospedalizzati*. Azienda Ospedaliera Ospedale Niguarda Cà Granda. Versione 2002
5. *Linee guida SINPE Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale per la nutrizione artificiale ospedaliera 2002*. Evidence-Based Nursing in Nutrizione Artificiale. Rivista italiana di nutrizione Enterale e Parenterale 2002 (aggiornamento Ottobre 2003);20:37-43
6. BEST C. *Caring for the patient with a nasogastric tube*. Nursing Standard, Sep-Oct 2005; 20(3): 59-65.
7. POWELL KS, MARCUARD SP ET ALL. *Aspirating gastric residuals causes occlusion of small-bore feeding tubes*. J.Parenter Enteral Nutr. 1993 May-Jun; 17(3): 243-6.
8. CULLEN L. *Nebulized lidocaine before nasogastric tube insertion reduced patient discomfort but increased risk for nasal bleeding*. ACP Journal Club, Jan/Feb 2005; 142(1): 22-31 chart.
9. JUHL GA, CONNERS GP. *Emergency physicians' practices and attitudes regarding procedural anaesthesia for nasogastric tube insertion*. Emerg Med J. 2005 Apr; 22(4): 243-5.
10. PENROD J, MORSE JM, WILSON S. *Comforting strategies used during nasogastric tube insertion*. Journal of Clinical Nursing Jan 1999; 8(1): 31-8.
11. NELSON R, EDWARDS S, TSE B. *Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery*. Cochrane Database Syst Rev, 2007 Jul 18; (3):CD004929.
12. *Guidelines for preventing health-care—associated pneumonia, 2003*: recommendation of CDC (Centers for Diseases Control) and of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. <http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc-id=4872&nbr=003506&string=nasogastric> Ultimo accesso: 20/10/2007
13. SHAFFER SD. ET AL. *Prevenzione delle infezioni e sicurezza nelle procedure*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1997: 314-21
14. MCCONNELL EA. *Ensuring safer stomach suctioning with the salem sump tube*. Nursing Sep 77; 7 (9): 54-4
15. Mazzini C. *Igiene orale nell'anziano*. Best Practice 2004;8(4)
16. FIORENTINI A. *Resilienza*. <http://www.italynews.net/Editoriali/Fiorentini/resilienza.htm> Ultimo accesso: 06/12/2007
17. FATA A. *Dopo il trauma la resilienza*. <http://www.dica33.it/argomenti/psicologia/malattie-da-stress/resilienza.asp> Ultimo accesso: 06/12/2007
18. CARPENITO L.J. *Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. 2a edizione Milano: Casa editrice Ambrosiana, 2001: 552
19. VIRANI T, TAIT A, MCCONNELL H, ET ALL. *Stabilire relazioni terapeutiche*. http://www.evidencebasednursing.it/traduz_RNAO/rel_ter_RNAO.pdf. Ultimo accesso: 08/04/2008
20. GROL R, GRIMSHAW J. *Postfazione. Dalle migliori informazioni scientifiche alla migliore pratica clinica: implementare le innovazioni nella cura dei pazienti*. http://www.pensiero.it/ebm/pdf/ballini_liberati_post.pdf Ultimo accesso: 08/04/2008
21. MOTENSEN MB, FRISTRUP C, ET AL. *Prospective evaluation of patient tolerability, satisfaction with patient information, and complications in endoscopic ultrasonography*. Endoscopy. 2005 Feb;37(2): 146-53
23. OSLER W. CITAZIONE IN CORKE CF, STOW PJ, ET AL. *How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study*. BMJ; 330:182-4

Abstract

Background: a retrospective research about specific collateral effects of decompression nasogastric tube (NGT), evidences assistance limits, one of which is certainly no systematic and continuous survey of NGT discomfort.

Objectives: to draft assistance procedures to avoid or reduce all collateral effects of decompression NGT and to propose an instrument that helps to report also collateral effects of behavioural nature. **Methods:** a bibliographic research was used to discover guidelines and strategies to be able to reduce suffering by invasive and discomforting procedures; a deep study about resilience, self-efficacy and no adhesion was used to understand mechanism that trigger conflict or adherence attitude off.

Results: it's been created an ascertainment document that limits subjective interpretations and recognizes precociously persons at the risk.

Conclusions: best evidences give indications about NGT care and about discomfort decrease but it's necessary a synergic collaboration among patient, nurse and physician: patient about the active participating in therapeutic process and the possibility to give a reason for his pain; nurse about establishing therapeutic relationships, dynamic and personalized approaches, educative moments, sharing data between professionals; physician about reducing at least NGT retention and its selective use according to patient characteristics.

Key words: Nasogastric tube suctioning, Discomfort, Nursing care.

Stefano Colucci, Infermiere Sala Operatoria,
 Anna Rita Pazzaglini, Dott.ssa D.A.I./Coordinatore Infermieristico - Servizio Infermieristico,
 Alessandro Perrone Dott. D.A.I./Coordinatore Inf.co U.O.C UTIR. - Ospedale S. Pietro Fbf Roma

Lo stato confusionale acuto (SCA) nel paziente in unità di terapia intensiva postoperatoria



Riassunto

Lo studio presentato tratta lo Stato Confusionale Acuto (SCA) nei pazienti degenti nelle unità operative di terapia intensiva come problema che coinvolge molti aspetti assistenziali e che rappresenta, per incidenza e prevalenza, un argomento rilevante per gli operatori che operano in questi contesti.

Obiettivi dello studio: il primo obiettivo dello studio è la valutazione dell'incidenza in Terapia Intensiva Post Operatoria mentre l'obiettivo secondario è la valutazione dell'incidenza del disagio percepito dal paziente su alcune variabili ambientali prese in esame.

Campione: 34 pazienti, ricoverati presso l'Ospedale "S. Pietro" Fatebenefratelli di Roma, in attesa di intervento chirurgico, per i quali è stata prevista una degenza in Unità di Terapia Intensiva Post Operatoria (U.T.I.P.O.).

Metodo di indagine e strumenti: studio osservazionale effettuato nelle fasi preoperatoria, perioperatoria e postoperatoria; la valutazione è stata effettuata attraverso la Richmond Agitation - Sedation (RASS) e la scala Confusion Assessment Method (CAM ICU).

Conclusioni: i risultati ottenuti hanno evidenziato che la degenza presso l'U.T.I.P.O. incide maggiormente sul fenomeno rispetto ad altri ambienti, infatti 10 pazienti su 34 hanno evidenziato uno SCA; inoltre 7 pazienti su 10 hanno riferito un'alterazione del bisogno di riposo ed una difficoltà di comunicazione, dovuta all'utilizzo di presidi per la respirazione, regolarmente molto utilizzati nelle ICU.

Parole chiave: Delirium, Terapia intensiva, Confusion Assessment Method (CAM), Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)

ARTICOLO ORIGINALE
 pervenuto 16/7/2008
 accettato 26/10/2008

Lo Stato Confusionale Acuto, inteso come uno stato clinico caratterizzato da alterazioni oscillanti delle funzioni cognitive, dell'umore, dell'attenzione, della vigilanza e della coscienza di sé, che insorge acutamente sia in assenza di compromissione intellettiva precedente sia come sovrapposta ad una compromissione intellettiva cronica^{1,2}, rappresenta una importante problematica perché investe una grande quantità di persone. L'incidenza tra i pazienti ricoverati è compresa tra il 5% e il 10%^{3,4}, particolarmente alta è tra i pazienti che hanno subito interventi di chirurgia toracica, addominale, oculistica, cardiocirurgica, interventi ortopedici di emergenza, o sono stati degenti presso una Terapia Intensiva (Intensive Care Unit-ICU)^{4,5,6}. Infatti, lo SCA/delirio postoperatorio ha un'incidenza fra il 10 e il 60% a seconda dei criteri diagnostici

utilizzati^{1,3,7}. La prevalenza va dall'11 al 42%^{1,7,8}, più elevata dopo interventi ortopedici e tra i pazienti chirurgici con più di sessant'anni, dove la percentuale di sviluppo dello SCA/delirio raggiunge il 50%⁴. I pazienti ad alto rischio, oltre quelli chirurgici, sono i malati ustionati, i dializzati e coloro che presentano lesioni del sistema nervoso centrale. La prognosi del paziente con delirio è associata ad una maggiore mortalità (25-33%), determina un aumento della durata della degenza (>7,78 giorni), una intensificazione dell'assistenza infermieristica, maggiore istituzionalizzazione e maggiori costi sanitari^{1,3,7,9,10}.

In questo lavoro, dopo aver approfondito le conoscenze sullo SCA, è stato elaborato un progetto di ricerca, basato sul Modello Concettuale Infermieristico di Suor Callista Roy, in quanto gli infermieri aiutano la persona ad adattarsi all'ambiente, promuovendo le risorse positive del paziente e riducendo gli stimoli

negativi generati dall'ambiente stesso. Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica sono state: Delirium, Unit Intensive Care, CAM, CAM for the Intensive Care Unit (CAM-ICU), con fonti nazionali e internazionali. Le pubblicazioni utilizzate sono state: le revisioni bibliografiche prodotte dal Centro Studi EBN nell'anno 2004, articoli di riviste scientifiche come: Il Giornale di Gerontologia, Assistenza Infermieristica e Ricerca, Critical Care Nursing, The Journal of the American Medical Association, relative a questi ultimi anni; come Linee Guida sono state consultate quelle dell'American Psychiatric Association per il trattamento dei pazienti con Delirium del 2004. Approfondendo le conoscenze sullo Stato Confusionale, si è subito incontrata una difficoltà relativa alla definizione del problema, in quanto molti professionisti utilizzano i termini di Confusione Acuta, Delirio, Delirium e Stato Confusionale Acuto come sinonimi, mentre la ricerca bibliografica ha evidenziato che lo SCA è una definizione utilizzata prima che il paziente incontri gli specifici criteri diagnostici di delirio classificati nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)¹⁹. Al termine della ricerca bibliografica è stata formulata la seguente domanda di ricerca: "Qual è l'incidenza dello Stato Confusionale Acuto, e quali sono le variabili ambientali che potrebbero favorirne l'insorgenza, nei pazienti ricoverati in una Unità di Terapia Intensiva Post Operatoria?".

Campione

Il campione dello studio è costituito da trentaquattro pazienti che sono stati sottoposti ad un intervento chirurgico e per i quali è stata prevista una degenza presso il reparto di Terapia Intensiva Post Operatoria dell'Ospedale "S Pietro" Fbf di Roma; tale campione è descritto come segue (Tabella 1 e 2).

Tabella 1

Sesso	Maschi 56%	Femmine 44%		
Età	Da 40 a 60 anni 12%	Da 61 a 80 anni 68%	Superiore 80 20%	
Tipo di intervento chirurgico	Ortopedia 27%	Chirurgia vascolare 35%	Chirurgia generale 35%	Ginecologia 3%

Tabella 2

	SI	NO	
Patologie cerebrali Alzheimer	9%	91%	
Malformazioni cerebrali	0%	100%	
Patologie cerebrali	18%	82%	
Demenza	0%	100%	
Tumori	47%	53%	NON RILEVANTE
Insufficienza respiratoria	9%	91%	
Patologia cardiovascolare	62%	29%	9%
Insufficienza renale cronica	0%	100%	
Fratture	12%	88%	
Stati settici	3%	97%	
Abuso di droghe	0%	100%	
Alcolismo	0%	100%	
Fumatore	21%	79%	
Immobilità a letto	35%	65%	
Dolore non trattato	29%	71%	
Utilizzo di sedativi	21%	79%	
Utilizzo di analgesici	18%	82%	

Gli strumenti

Per l'identificazione e valutazione dello SCA è stato utilizzato un algoritmo che si compone di due scale di valutazione; la prima scala valuta la sedazione/agitazione, la The Richmond Agitation - Sedation Scale: RASS, fondamentale affinché si possa escludere una alterazione dello stato di coscienza dovuta ad una terapia antalgica o a farmaci sedativi (Figura 1).

La seconda scala è la Confusion Assessment Method (CAM ICU). Questo strumento è stato scelto perché adattato e validato in una popolazione ospedalizzata molto ampia di pazienti degenti nelle Terapie Intensive. La scala ha un buon grado di evidenza e una sensibilità specificità molto elevata (rispettivamente dal 94 al 100% e dal 90 al 95%) e consente inoltre di distinguere tra delirio, demenza e

Figura 1. The Richmond Agitation - Sedation Scale: RASS

Punteggio	Definizione	Descrizione
+ 4	Combattivo	Chiaramente combattivo, violento, imminente pericolo per se stesso o per lo staff
+ 3	Molto agitato	Aggressivo, rischio evidente di rimozione cateteri o tubi
+ 2	Agitato	Frequenti movimenti afinalistici, disadattamento alla ventilazione meccanica
+ 1	Irrequieto	Ansioso ma senza movimenti aggressivi e vigorosi
0	Sveglio e tranquillo	Comprende i periodi di sonno fisiologico
- 1	Soporoso	Non completamente sveglio, apre gli occhi allo stimolo verbale, mantiene il contatto visivo > 10 secondi
- 2	Lievemente sedato	Brevi risvegli allo stimolo verbale, contatto visivo < 10 secondi
- 3	Moderatamente sedato	Movimenti o apertura degli occhi allo stimolo verbale (ma senza contatto visivo)
- 4	Sedazione profonda	Non risposta allo stimolo verbale, movimenti o apertura occhi alla stimolazione fisica
- 5	Non risvegliabile	Nessuna risposta alla stimolazione tattile/dolorosa

depressione (Figura 2). Essa si compone di 4 criteri di valutazione, il paziente deve risultare positivo al primo e secondo criterio, poi o al terzo o al quarto; inoltre, la valutazione di alcuni criteri si integra di test audio visivi^{1,2,6,7,1}.

Figura 2. Confusion Assesment Method

C A M - I C U		
1. Modificazioni acute della coscienza / decorso fluttuante		
C'è differenza fra lo stato attuale e lo stato mentale di base?		
Lo stato di coscienza è variato durante le scorse 24 h?	SI	NO
2. Disattenzione		
Il paziente ha difficoltà a concentrarsi?		
Riesce a mantenere l'attenzione?	SI	NO
3. Pensiero disorganizzato		
Il paziente presenta pensiero disorganizzato o incoerente?		
Risponde a domande semplici?		
Esegue comandi semplici?	SI	NO
4. Alterato livello di coscienza		
Il paziente è sveglio ed interagisce correttamente con l'ambiente?		
Il paziente è agitato oppure letargico, stuporoso o in coma?	SI	NO
Copyright © 2002, E. Wesley Ely, MD, MPH and Vanderbilt University, all rights reserved		

La raccolta dei dati, effettuata con il colloquio e la consultazione della documentazione clinica, è stata realizzata:

1. con una scala del dolore NRS (Scala Numerica);
2. un modulo che raccoglie variabili intra e post operatorie come: anestesia utilizzata, presenza o assenza di anemia, ipossemia o ipotensione;
3. un modulo che raccoglie dati anagrafici, anamnesi remota ed prossima del paziente, il trattamento farmacologico domiciliare, la motivazione del ricovero e il tipo di intervento chirurgico da sostenere, la presenza di fattori scatenanti o predisponenti come l'immobilità a letto, la difficoltà a comunicare a causa di tubi naso/endotracheali, e ancora l'astinenza da farmaci come sedativi ed antidolorifici, la deprivazione del sonno.

Inoltre è stato chiesto se la percezione di alcuni fattori ambientali presenti, come fonti luminose, fonti sonore, manovre del personale, utilizzo di ventilatori meccanici, utilizzo di presidi che ostacolano la comunicazione (maschere per l'ossigeno, tubi naso/endotracheali, cannule), costituivano un disagio, in quanto questi potrebbero contribuire all'insorgenza dello Stato Confusionale Acuto/Delirio ^{4,8,9,10}.

Metodologia dello studio

Lo studio condotto è stato strutturato in tre rilevazioni; la prima è stata svolta nel reparto chirurgico di appartenenza dove il paziente è stato ricoverato, la seconda è stata svolta presso l'Unità di Terapia Intensiva Post Operatoria, in seguito all'intervento chirurgico. Qui la valuta-

zione del paziente è avvenuta dopo le prime 24 ore, per non incorrere nel rischio di alterazione dei dati a causa di effetti legati all'anestesia e successivamente, se il paziente è stato degente per periodi più lunghi, ogni tre giorni. La terza rilevazione è stata eseguita nel post operatorio al rientro del paziente nel reparto di degenza. Gli strumenti e le modalità di rilevazione sono le medesime per tutte le fasi.

Risultati

I pazienti reclutati nello studio sono stati 34 ed i fattori predisponenti più significativi sono riassumibili come segue: il 47% dei pazienti era affetto da tumore, il 62% soffriva di una patologia cardiovascolare, il 35% era immobile a letto e il 10% presentava un dolore non trattato al momento del ricovero.

L'alterazione della comunicazione può costituire un altro fattore predisponente; essa si può verificare nei pazienti che utilizzano presidi quali maschere per l'ossigeno, tubi naso/endotracheali, cannule, che inoltre alterano il bisogno di riposo. Il 46% dei pazienti dello studio ha utilizzato tali presidi in U.T.I.P.O., ambiente in cui sono molto presenti.

Un altro fattore predisponente è la percezione del dolore. Nel campione i dati più importanti riguardano:

- nel pre operatorio il 15% dei pazienti studiati ha sofferto di un dolore grave;
- nell'U.T.I.P.O., dopo l'intervento chirurgico, il 26% dei pazienti ha sofferto di un dolore forte;
- nel post operatorio in reparto il 12% dei pazienti ha sofferto di un dolore forte.

Questo rileva l'importanza che l'infermiere ha nel monitoraggio di questo fattore e nella collaborazione con l'equipe per l'ottimizzazione della terapia antalgica (Figura 3).

Per quanto riguarda il disagio percepito dal paziente da alcune variabili ambientali, non è stata rilevata una sostanziale differenza tra la degenza in reparto e la T.I. né prima né dopo l'intervento. È stato chiesto ai pazienti se fonti luminose o sonore, manovre del personale sanitario e non, o altre cause, venivano percepite come un disagio. La risposta è stata affermativa nella misura come descritta di seguito.

Figura 3. Percezione del dolore

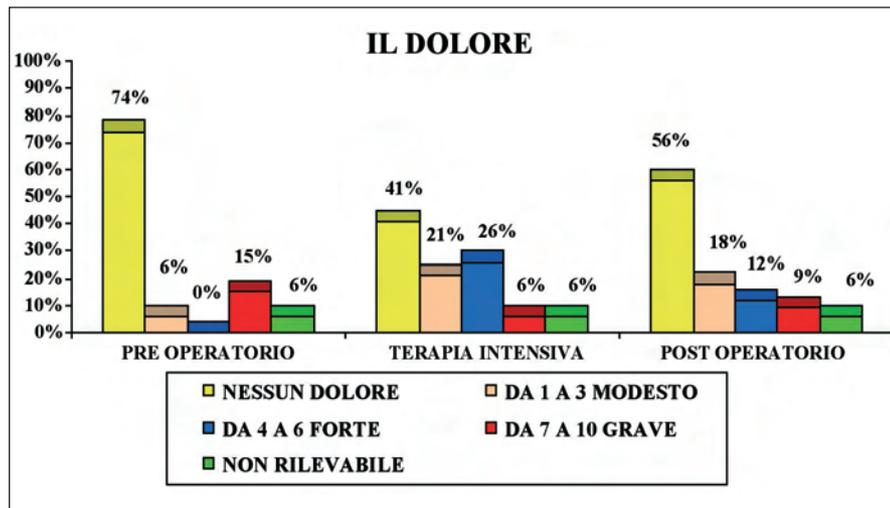
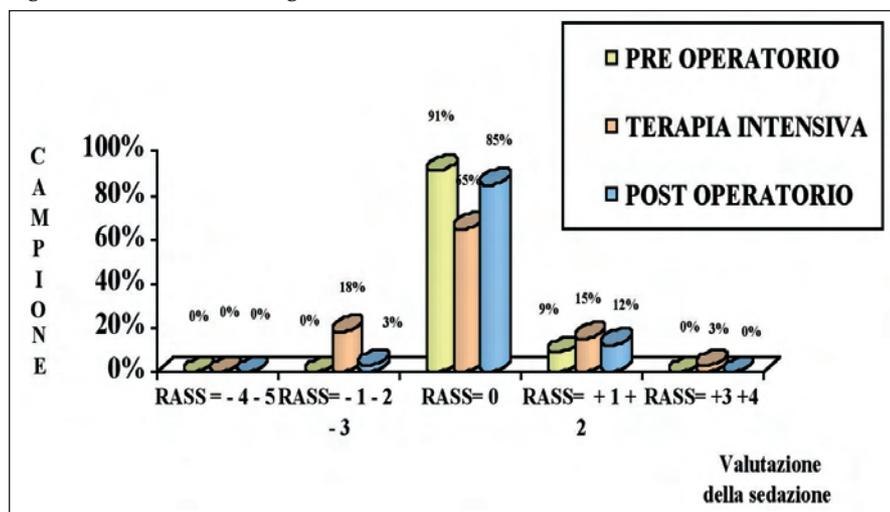


Tabella 3

	PRE OPERATORIO	TERAPIA INTENSIVA	POST OPERATORIO
Fonti luminose	18%	21%	18%
Fonti sonore	21%	24%	18%
Manovre di lavoro del personale	15%	9%	6%
Altre cause di non riposo	24%	24%	12%

Figura 4: The Richmond Agitation/ Sedation Scale (RASS)



The Richmond agitation/ sedation scale (rass)

La scala Richmond Agitation – Sedation Scale (RASS), valuta la sedazione o l’agitazione del paziente ed è stata somministrata prima della scala CAM e dopo almeno 24 ore dall’intervento chirurgico, al fine di non avere dati influenzati dalla vicinanza della somministrazione di anestetici.

Ad esclusione dei pazienti che hanno avuto un punteggio pari a 0, la distribuzione degli altri ha rilevato più pazienti tendenti verso l’agitazione piuttosto che la sedazione (Figura 4).

Confusion Assessment Method (CAM-ICU)

Per quanto riguarda la scala CAM-ICU, dalla figura 5 si evidenzia l’incidenza del fenomeno sottolineando che in ambiente intensivo, questo fenomeno acquista maggior rilievo.

Analisi dei pazienti con CAM positiva in U.T.I.P.O.: variabili intra e post operatorie

Su 10 pazienti positivi alla CAM, abbia-

mo voluto verificare come fossero distribuite le variabili intra e post operatorie che sono rappresentate come segue:

	Ipotensione grave intra operatoria	Ipotensione grave post operatoria	Anemia intra operatoria	Anemia post operatoria	Ipossemia intra operatoria	Ipossemia post operatoria	Nessuna variabile
Pazienti	2	1	2	1	0	1	3

il risultato è che 7 pazienti con una valutazione positiva per uno SCA/Delirio nell’Unita Intensiva, hanno presentato una distribuzione di fattori di ipotensione, anemia, ipossemia intra o post operatoria, in misura come descritta, mentre 3 pazienti non hanno presentato nes-

suna variabile esaminata, nonostante una CAM-ICU positiva.

Variabili strumentali e fattori ambientali

In questa analisi si è voluto descrivere il disagio percepito dai pazienti, con CAM positiva, dovuto a fonti luminose, fattori strumentali rappresentati da presidi che ostacolano la comunicazione e fattori che ostacolano il riposo. (Figura 6)

Conclusioni

I risultati dello studio confermano che l’ambiente delle Terapie Intensive può costituire un fattore predisponente allo Stato Confusionale Acuto. Alla luce di questo gli infermieri svolgono un ruolo molto importante per cercare di ridurre gli stimoli negativi e per incentivare le risorse positive del paziente.

Questo tipo di reparto è, in alcune realtà, strutturato in ambienti chiusi senza finestre e contribuisce ad un disadattamento oltre a rappresentarne un input negativo per il paziente.

Quindi si dovrebbe cercare di rendere calmo e tranquillo l’ambiente^{7,9}, questo è possibile evitando di parlare con i colleghi ai piedi del letto del paziente

mentre va promosso un dialogo continuativo quando il paziente è sveglio, utilizzando termini semplici e comprensibili per il livello culturale del malato, utilizzando una voce calma, fornendogli informazioni su dove si trova e rassicurandolo sui familiari con i quali l’in-

Figura 5. Incidenza del fenomeno

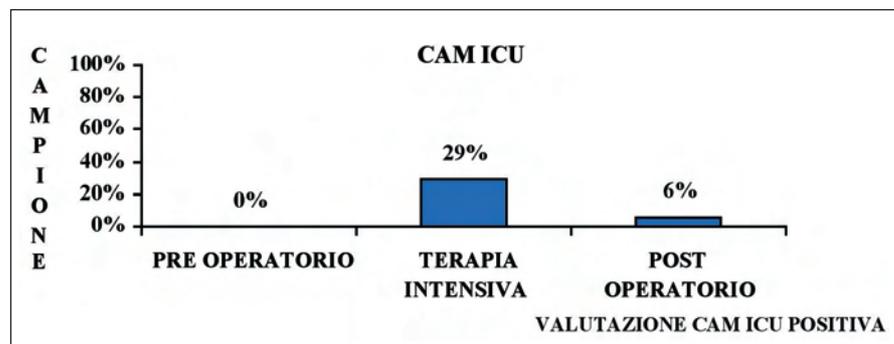
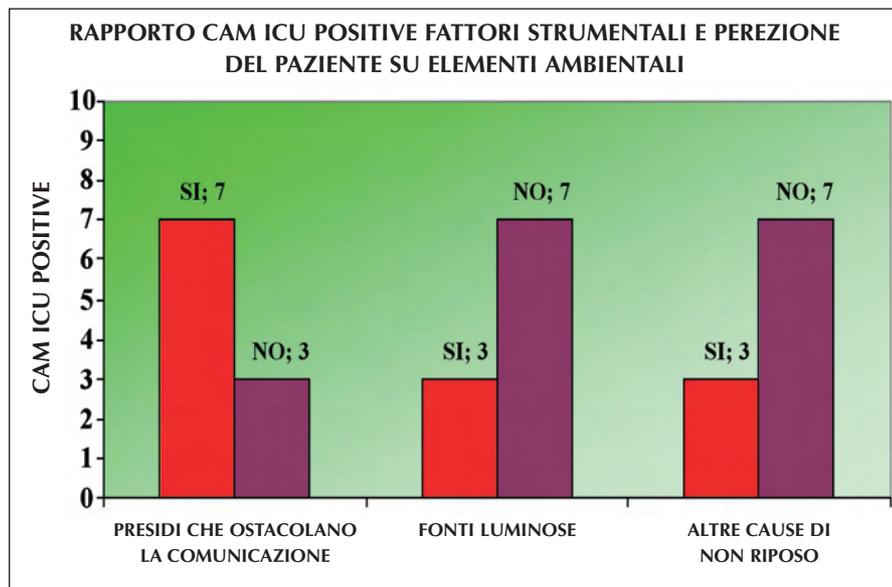


Fig. 6 Percezione di disagio del paziente



fermiere mantiene un contatto^{4,6,9}. Il paziente deve essere supportato nelle sue richieste e deve inoltre essere informato riguardo alle apparecchiature, i monitors, le linee infusionali, i dispositivi per l'ossigeno, eventuali tubi di drenaggio, il catetere vescicale. Quando si deve attuare un intervento bisogna mettere al corrente il paziente su ciò che ci si appresta a fare, questo perché fa sì che il malato si senta partecipe (soggetto attivo) del piano di cura che egli stesso ha condiviso⁹.

Da questo punto di vista, l'organizzazione delle Terapie Intensive dovrebbe prevedere che almeno un familiare significativo per il paziente possa trascorrere più tempo con lui mentre la realtà odierna si limita alla possibilità di pochissime ore di visita al giorno.

Si dovrebbe utilizzare sempre un tono di voce basso, non solo nelle ore notturne ma anche in quelle diurne, per evitare interruzioni del riposo al paziente.

È importante aiutare il paziente a correggere dei deficit sensoriali con occhiali e protesi acustiche^{6,7,9,16}, ed aiutarlo nell'interpretazione di questo tipo di ambiente cercando di fornire calendari ed orologi al fine di favorire un orientamento temporale durante la degenza; soprattutto negli anziani potrebbe essere utilizzata la R.O.T. (Terapia Di Orientamento Alla Realtà)^{17,18,19,20,21}.

Le attività che possono interrompere il

riposo quali medicazioni, igiene, controllo dei presidi o esami vanno eseguite preferibilmente durante le ore diurne, e non devono essere causa di interruzione del sonno. Le fonti rumorose devono essere ridotte (pensiamo al rumore dei carrelli), si deve evitare lo sbattere delle porte, si possono abbassare le suonerie dei telefoni; in sintesi è necessario promuovere il comfort del paziente^{4,6,9}.

Il dolore è un altro fattore fondamentale^{4,7} che l'infermiere non deve sottovalutare; il suo monitoraggio deve essere assiduo e costante, verificando che il trattamento sia efficace e collaborando con il medico per adeguarlo al piano terapeutico. Inoltre la contenzione non dovrebbe essere utilizzata nei casi di agitazione, cosa possibile se si interviene in maniera preventiva.

In conclusione l'obiettivo generale dell'assistenza infermieristica è, secondo la Roy, quello di promuovere la salute degli individui e della società. In particolare, l'assistenza infermieristica serve a migliorare l'interazione della persona con l'ambiente, favorendone l'adattamento.

Bibliografia

- MUSSI C. *Il Delirium nell'anziano: come si diagnostica*. Giornale di Gerontologia 2004; 52: 368-375.
- MISTRALLETTI G, DEI A, TAVERNA M, MORANTI A. *Metodologia di valutazione del*

Delirium in Terapia Intensiva (CAM-ICU). Brescia. 25 gennaio 2007.

- BIANCHETTI A. *Il Delirium*. Journal Club Casi Clinici in Geriatria. Brescia 2006.
- GIUSTI GD. *Le Psicosi da ICU: Definizione, Trattamento, Assistenza Infermieristica*. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2005; 24(3):142-147.
- ELY E.W, INOUE S.K, BERNARD G.R, GORDON S, FRANCIS J, MAY L, ET AL. *Delirium in Mechanically Ventilated Patients: Validity and Reliability of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. The Journal of the American Medical Association 2001; 286(21):2703-2710.
- TRUMAN B, ELY E.W. *Monitoring Delirium in Critically Ill Patients, Using the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit*. Critical Care Nurse 2003 Apr; 23(2): 25-35.
- MUSSI C, SALVIOLI G. *Linee Guida per la diagnosi e la terapia del delirium nell'anziano*. Giornale di Gerontologia 2000; 48:434-440.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium*. 2004.
- D'ERCOLE F. *Paziente con Delirium*. Assistenza Anziani 2006; Giugno: 53-56.
- BRUGNETTINI L, CHIARABELLI M, FRATTAROLO R. *L'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato con stato confusionale acuto/delirium* Centro Studi EBN Attività 2004 - 11° corso: 25-42.
- ELY E.W, RICHARD M, FRANCIS J, LISA M, TRUMAN B.N, DITTUS R. ET AL. *Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU)*. Critical Care Medicine July 2001; 29(7): 1370-1379.
- PARIKH S.S, CHUNG F. *Postoperative delirium in the elderly*. Anesth Analg 1995; 80:1223-32.
- BRAUER C, MORRISON R.S, SILBERZWEIG S.B, SIU AL. *The cause of Delirium in patients with hip fracture*. Arch Intern Med 2000; 160:1856-60.
- MARGIOTTA A. *Perché insorge il Delirium*. Società Italiana di Gerontologia e Geriatria. In 49 Congresso Nazionale SIGG: Il Delirium Nell'Anziano; Brescia. www.sigg.it [20.02.07].
- ZANI M. *Delirium nel paziente anziano*. Assistenza Anziani 2006; Aprile Maggio: 52-53.
- ZANETTI E. *Gli Strumenti di Valutazione del rischio di delirium*. IV Congresso Nazionale. Medicina Delle Evidenze E Mondo Reale: Il Ponte Della Psicogeriatrics 1° Corso di Aggiornamento in Psicogeriatrics per Infermieri 22-24 Aprile; Gardone Riviera, Brescia; 2004. www.psicogeriatrics.it [15.03.07].
- DONAHUE E.M. *Reality Orientation: a review of the literature*. In Burnside I.(Ed). Working with the elderly: group process and techniques. Monterey, Calif, Wardsworth Health Sciences Division; 1984; 165-176.

18. EDELSON JS, LYONS WH. *Institutional care of the mentally impaired elderly*. New York, Van Nostrand Reinhold; 1985; 50-76.
19. TAULBEE LR. *Reality orientation and clinical practice*. In *Burnside I*. (Ed). Working with the elderly: group Process and Techniques. Monterey, Calif, Wadsworth Health Sciences Division; 1984; 177-186.
20. WOODS RT, BRITTON PG. *Clinical psychology with the elderly*. Rockville, Md, Aspen Systems; 1985; 215-249.
21. ZANETTI O, FRISONI G, DE LEO D, DELLO BUONO M, BIANCHETTI A, TRABUCCHI M. *Reality Orientation Therapy in Alzheimer's disease: useful or not? A controlled study*. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders* 1995; 9(3): 132-138.
22. WOODS RT, HOLDEN U. *Reality orientation*. In: Isaacs B., ed. *Recent Advances in Geriatric Medicine*, vol.2, Edinburgh: Churchill-Livingstone; 1981; 281-296.
23. HOLDEN UP, WOODS RT. *Reality Orientation, Psychological approaches to the 'confused elderly'* 2nd ed. Edinburgh: Churchill-Livingstone. 1988.
24. BACKMAN L. *Memory training and memory improvement in Alzheimer's disease: rules and exceptions*. *Acta Neurol.Scand* 1992; 39 (suppl 1):84-89.
25. SALTER C.L, SALTER C.A. *Effects of an individualized activity program on elderly patients*. *Gerontologist* 1975; 15:404-406.
26. WOODS R.T. *Reality orientation and staff attention: a controlled study*. *Br.J. Psychiatr*; 1979; 134: 502-507.
27. JOHNSON C.H, MCLAREN S.N, MCPHERSON F.M. *The comparative effectiveness of three versions of classroom reality orientation*. *Age Ageing* 1981; 10: 33-35.
28. REEWE W, IVISON D. *Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly patients*. *Age Ageing* 1985; 14: 119-121.
29. WILLIAMS R, REEVE W, IVISON D, KAVANAGH D. *Use of environmental manipulation modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly subjects: a replication*. *Age Ageing* 1987;16: 315-318.
30. DIETCH J.T, HEWETT L.J, JONES S. *Adverse effects of Reality Orientation*. *J.Am.Geriatr.Soc.* 1989; 37: 974-976.

Abstract

Acute Mental Confusion in inpatient intensive care units represents a serious problem that involves different aspects of nursing practice and, due to its prevalence and incidence, it represents an important issue for all health workers.

Objective: *the first aim of the study is evaluating the incidence of acute mental confusion in inpatient Intensive Care Unit; the second one is evaluating the incidence of discomfort perceived by patient in relation to specific environment factors.*

Sample: *34 patients admitted at "S.Pietro Fatebenefratelli" Hospital in Rome and programmed to stay at Intensive Care Unit after the operation, were studied.*

Methods: *an observational study was used during the preoperative, perioperative and postoperative period; evaluation was possible by using the Richmond Agitation- Sedation (RASS) and the Confusion Assessment Scale (CAM- ICU).*

Conclusions: *the results showed that I.C.U. affects mental conditions more than other wards, in fact 10 of 34 patients had Acute Mental Confusion. Furthermore 7 of 10 patients referred difficulty to rest and to communicate, due to the presence of respiratory devices daily used in the Intensive Care Unit.*

Key words: *Delirium, Unit Intensive Care, Confusion Assessment Method (CAM), Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU).*

28° Congresso Nazionale Aniarti

25 - 27 Novembre 2009

Bologna - Palazzo dei Congressi

Infermieri, area critica e la questione del limite:

Osservazioni, interrogativi e proposte su:

- l'assistenza infermieristica,
- la persona in situazione critica,
- il sistema per la salute.

Un altro congresso Aniarti su temi **cruciali**, su aspetti in cui gli infermieri devono riuscire ad **incidere e cambiare** le cose. Ci interrogheremo sul **senso** dell'attuale situazione delle cure per la salute e la vita, su un apprezzamento reale della **tecnologia** e su un suo contenimento razionale, sulla collocazione dell'**assistenza** infermieristica in questo quadro, sulla necessità di proporre **alternative** ai troppi non-sensi che non fanno parte del **paradigma** infermieristico e non condividiamo.

Chiederemo agli infermieri esperienze, ricerche, proposte formative ed organizzative, riflessioni sull'etica. Cercheremo contributi della **società** e della **politica** come convivenza.

Prepariamo assieme il nostro congresso Aniarti 2009!

Percorso per l'inserimento dell'infermiere neoassunto in pronto soccorso



Riassunto

Questo lavoro nasce dall'esigenza di migliorare la formazione del Neoassunto Infermiere in Pronto Soccorso (PS) al fine di ottimizzare la pratica clinica in una struttura operativa notoriamente complessa e ad elevata criticità. Il processo d'apprendimento coinvolge i Tutor Clinici del percorso formativo universitario, nel trasferimento sistematico di conoscenze e competenze ai Neoassunti.

Questo collega il sistema dell'education (l'università) con il sistema produttivo (l'occupazione lavorativa).

Gli obiettivi d'apprendimento avvengono in breve, medio e lungo termine. I contenuti prevedono l'applicazione di un repertorio di strumenti per l'adeguata trasmissione delle competenze: meeting settimanali, incontri monotematici, casi clinici simulati. Progressivamente il modello educativo traduce ed analizza la complessità degli interventi specifici nella struttura complessa di PS, facilitando e verificando i processi di apprendimento e la condivisione di competenze tra Infermiere Esperto ed Infermiere Neoassunto.

Parole chiave: Inserimento infermiere neoassunto, Infermiere esperto

"... mentoring is a voluntary mutually beneficial, and long-term relationship where an experienced and knowledgeable leader (mentor) supports the maturation of a less experienced nurse with leadership potential (mentee)..."

(Cameron-Jones & O'Hara, 1996; Carrol, 2004; Kerfoot & Cox, 2005; Mertz 2004)

L'articolo propone un progetto d'inserimento degli Infermieri Neolaureati e Neoassunti in una struttura operativa complessa come quella del Pronto Soccorso. Il Pronto Soccorso della Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia" di Udine accoglie circa 70.000 pazienti l'anno e comprende attualmente il seguente personale:

- 21 Infermieri turnisti;
- 2 Infermieri fuori turno full time;
- 3 Infermieri fuori turno part time;
- 14 OSS full time;
- 1 OSS part time;
- 3 Ausiliari Socio Sanitari Specializzati;
- 27 Medici;
- 1 Infermiere Referente Clinico della Formazione;
- 1 Segretaria.

La Medicina d'Urgenza, così come il Pronto Soccorso di Cividale del Friuli, pur condividendo con il nostro Pronto

Soccorso i Medici, non ha in comune il personale infermieristico, il personale di supporto, il coordinatore infermieristico e la segretaria.

Questo lavoro nasce dall'esigenza di migliorare la formazione del neoassunto infermiere in Pronto Soccorso (PS) al fine di ottimizzare la pratica clinica e gli esiti sul paziente in una struttura operativa notoriamente complessa e ad elevata criticità.

Materiali e metodi

In particolare, si è posta l'attenzione sul processo attivato dai Tutor Clinici (TC), nello sviluppo e sostegno delle competenze ai Neoassunti Infermieri (NI) al fine di integrare il sistema dell'education (l'università) e il sistema produttivo (l'occupazione lavorativa). La progettazione, l'organizzazione, la gestione e la supervisione del processo formativo e tutoriale sono a carico dell'Infermiere Referente Clinico per la Formazione (RCF) della

EDITORIALE

pervenuto 26/8/2008
accettato 3/9/2008

Struttura Operativa Complessa di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza (SOC di PS-Med. Urg.).

Attraverso un processo educativo-formativo della durata di tre mesi ed articolato con obiettivi a breve, medio e lungo termine, si mira al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. *la definizione di un modello di inserimento lavorativo che consenta di:*
 - a. *individuare ed articolare i diversi ambiti in cui è possibile descrivere la competenza esperta infermieristica come caratteristica del Pronto Soccorso sulla base del modello di competenza (Dreyfus e Dreyfus, 1980);*
 - b. *leggere ed analizzare la complessità degli interventi che appartengono a questa struttura, basati su pratiche comuni e riconosciute linee guida;*
 - c. *comprendere le diverse modalità in cui si attuano i reali processi di trasmissione dei "saperi" all'interno.*
2. *La costruzione di un repertorio di strumenti che, relativamente agli ambiti identificati nel modello, possano essere utilizzati per facilitare le pratiche di trasmissione delle competenze dagli esperti ai neoassunti: ad esempio meeting settimanali, incontri monotematici;*
3. *la realizzazione, entro i tempi previsti, dell'inserimento lavorativo dei Neoassunti facilitando i processi di apprendimento e la condivisione di competenze tra Infermiere esperto ed Infermiere giovane.*

I TC sono stati selezionati considerando diversi aspetti tra i quali anche quello attinente alla preparazione tecnica ed all'esperienza lavorativa.

Specificatamente, l'esperienza lavorativa in PS non deve essere inferiore ai 5 anni. Inoltre, è richiesto un positivo superamento dei corsi ritenuti core per l'attività su "Aritmie severe", "Advanced Life Support", "Triage in Pronto Soccorso", nonché altri corsi di formazione continua.

Attualmente questa funzione tutoriale è svolta da infermiere che sono tutte a loro volta docenti di corsi avviati all'interno della SOC ed a livello aziendale. Va da sé che i membri del team tutoriale devono avere le competenze adeguate ai problemi da affrontare; per tale motivo esistono momenti di incontro e confronto con la Project Leader, nonché

docente e Coordinatore Didattico di tutti i corsi sopracitati e progettista di altri non menzionati.

I TC hanno l'obiettivo di condurre il Neoassunto ad un efficace, efficiente, etico e sequenziale apprendimento, motivando tutte le spiegazioni fornite con il relativo razionale scientifico e favorendone la progressiva autonomia professionale.

La loro funzione tutoriale si esprime nel periodo definito dall'inserimento del NI ed è un ruolo riconosciuto all'interno della SOC; gli obiettivi previsti dalla loro tutorship, riguardano:

- *la rilevazione e l'interpretazione dei bisogni formativi del NI al fine di ricordarsi con il percorso formativo così come formulato o modificarlo in alcune sue parti;*
- *l'assistenza ai monitoraggi di apprendimento durante l'addestramento e la realizzazione dei monitoraggi successivi: alla fine dell'addestramento, dopo sei mesi ed ogni qualvolta lo si dovesse ritenere necessario;*
- *la collaborazione con il RCF e con il Coordinatore Infermieristico;*
- *la redazione di report di valutazione provvisoria del Neoassunto.*

Percorso

All'arrivo in pronto soccorso il NI ha un colloquio preliminare con il Coordinatore Infermieristico e il Referente Clinico per la Formazione, durante il quale vengono spiegati:

- *le caratteristiche della SOC di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza;*
- *l'organizzazione dei locali del PS;*
- *il modello assistenziale di lavoro organizzato per mini-équipe;*
- *caratteristiche peculiari del PS: l'accesso dei pazienti, il Triage, casistica e principali problemi infermieristici;*
- *l'ubicazione di tutti i reparti coinvolti nelle emergenze (per esempio emodinamica, radiologia d'urgenza, terapia intensiva);*
- *gli aspetti clinici-collaborativi con gli altri reparti per la gestione dei pazienti;*
- *il ruolo dell'infermiere tutor clinico e gli obiettivi di apprendimento previsti;*
- *i risultati attesi durante il periodo di affiancamento previsto;*
- *il ruolo delle diverse figure professionali presenti nella SOC;*
- *l'organizzazione della turistica.*

Una chiara spiegazione ed un'efficiente informazione iniziale rispetto ai risultati attesi ed alle competenze da raggiungere è essenziale per porre le basi su cui costruire il progetto di inserimento e ridurre il rischio d'errore derivante da informazioni insufficienti o incomplete.

Come metodi di valutazione delle competenze i TC ed il RCF utilizzano una versione leggermente modificata ed adattata per il setting di Pronto Soccorso degli "Objective Structured Clinical Examination" (OSCE).

Negli OSCE lo studente passa consecutivamente attraverso una serie di stazioni. In ciascuna viene sottoposto alla valutazione di una particolare performance. Nell'applicazione degli OSCE per le competenze dei NI, si tiene conto che essi non sono più degli studenti ma dei professionisti con poca esperienza clinica e pratica.

Vi sono vari tipi di stazioni in cui l'esaminatore coincide con il TC o con il RCF e nelle quali si chiede al NI di raggiungere l'obiettivo previsto entro un certo termine di tempo prefissato.

Le diverse stazioni riguardano abilità:

- **Cliniche:** *dove si valutano le competenze relative all'interazione psico-relazionale ed all'abilità comunicativa tra NI e paziente standard, quest'ultimo simulato dal TC e dove l'esaminatore è il RCF.*
- **Pratiche:** *dove si valutano le competenze pratiche per l'allestimento del materiale necessario per una specifica procedura (per esempio, il materiale necessario per l'intubazione oro tracheale) e quindi necessitano di attrezzature e di un esaminatore che può essere il TC e/o il RTF.*
- **Statiche:** *dove si valutano le competenze cognitive relative all'appropriatezza della richiesta di specifici esami diagnostico-strumentali per il problema presentato (per esempio la necessità di eseguire un'emogasanalisi venosa per la verifica dell'Hb o degli elettroliti); anche in questo caso l'esaminatore può essere il TC e/o il RTF.*

Le varie fasi del percorso formativo prevedono verifiche periodiche che, utilizzando test di complessità crescente ed includenti domande chiuse ed aperte, monitorizzano in modo obiettivo il trend del Neoassunto: i punti di forza, i progressi ed anche i gap ancora eventualmente presenti. A tale proposito,

seguido le indicazioni di alcuni autori (Matheney, 1969; Di Rienzo, 1983) sono previsti incontri di briefing e debriefing, dove il neoprofessionista può confrontarsi con i propri tutor.

La verifica della competenza acquisita è accertata attraverso una serie di test a difficoltà progressiva e pertinenti gli argomenti trattati dai TC e dal RCF nella formazione sul campo e durante gli incontri monotematici settimanali.

Nello specifico, dopo l'iniziale ambientamento e dopo la presentazione con il proprio TC di riferimento, al Neoassunto è proposto un test costituito da 10 domande trattanti argomenti pertinenti alle attività del Pronto Soccorso.

Nella fase intermedia dell'affiancamento sono proposti 5 casi clinici complessi pertinenti scenari di politrauma; infine il test iniziale ed il test intermedio con l'aggiunta di ulteriori 5 domande relative a casi clinici complessi di scenari di triage, sono riproposti al termine del periodo di affiancamento per valutare l'apprendimento acquisito.

Allo scadere dei 6 mesi di servizio di prova in PS i NI affrontano una prova scritta finale (con 20 quesiti) includente domande aperte e domande a risposta multipla di svariati argomenti, casi clinici complessi con scenari di politrauma e di triage.

Le prove intermedie, finale e dopo sei mesi, risultano particolarmente interessanti ed adatte alla valutazione di performance di tipo interpretativo e decisionale poiché utilizzano il "key feature problem" (KFP). Ai NI sono proposti dei veri e propri problemi clinici dotati di soluzioni perfettamente standardizzabili e quindi valutabili oggettivamente.

Questo processo ha lo scopo di valutare il percorso effettuato dall'interessato, evidenziando i punti di forza e di debolezza del suo apprendimento.

Il percorso di apprendimento è documentato in parallelo dal Tutor e dal Neoassunto: entrambi descrivono su apposito registro/documento cartaceo le date e gli argomenti affrontati. Lo strumento a disposizione del NI prevede la possibilità di segnalare eventuali conoscenze specifiche precedenti all'arrivo in PS. Il Tutor Clinico pianifica tutti i suoi interventi utilizzando un program-

ma condiviso con il RCF, evidenziante gli obiettivi didattici, il metodo utilizzato, il feedback ed i risultati attesi e raggiunti.

Laddove si riscontrassero dei problemi nell'apprendimento è previsto un briefing condiviso tra NI, TC, RCF e Coordinatore Infermieristico. Si procede all'individuazione dei problemi ed alla strategia migliore per affrontarli, confrontando i risultati ottenuti con i risultati attesi.

In tutti i casi, periodicamente con l'avanzare del periodo di affiancamento, si conclude con il debriefing, come discussione finale di tutto il processo di problem solving.

Al fine di procedere in senso critico, migliorare le prestazioni ed ottimizzare il processo formativo, anche il team tutoriale è sottoposto ad una forma di valutazione da parte del NI. A questo proposito, al termine dell'affiancamento, al NI è consegnata una griglia di valutazione dove può esprimere le proprie considerazioni rispetto al processo tutoriale avuto, sulle risorse umane coinvolte nel processo d'apprendimento, evidenziando i punti di forza e di debolezze della tutorship ed esprimendo la propria valutazione in merito a: competenze didattiche, competenze specifiche competenze relazionali e competenze soggettive di tutti i professionisti coinvolti. (vedi Tabella 1)

Conclusioni

Grazie alla collaborazione con la Struttura Operativa Semplice (SOS) Formazione ed Aggiornamento della Azienda Ospedaliero-Universitaria "S. Maria della Misericordia di Udine" il progetto formativo "Percorso per l'inserimento dell'Infermiere Neoassunto in Pronto Soccorso" è stato inserito come Formazione sul Campo ottenendo 30 crediti ECM.

Il processo di inserimento nell'ambito lavorativo deve essere considerato un percorso obbligato e necessario da tutti i professionisti ovunque e qualunque sia la specialità professionale esercitata.

Le verifiche e le valutazioni costruite sul format didattico attuato nel Pronto Soccorso di Udine sembrano fornire risultati soddisfacenti: in particolare si evidenziano un miglioramento dell'ap-

prendimento in breve tempo, un più rapido raggiungimento dell'autonomia professionale ed un'efficiente performance nel lavoro d'équipe.

Si riporta in fondo nella Tabella 2 la griglia riassuntiva delle valutazioni eseguite: come si può notare è significativo l'abbattimento del numero di errori, seppure con l'incremento del numero di domande.

Si può naturalmente ipotizzare che questo strumento possa, in futuro, subire delle evoluzioni e dei miglioramenti.

La possibilità di test a scadenze predefinite per la verifica dell'autoapprendimento può oggettivare lo stato dei propri limiti e sottolineare i propri punti di forza, offrendo l'opportunità di migliorarsi e percepire la formazione continua come un naturale percorso di studio.

La formazione continua, a sua volta, può generare l'elaborazione di procedure preparate ad hoc relative ad attività specifiche del Pronto Soccorso; tale seguito vedrebbe la collaborazione sinergica di infermieri esperti ed infermieri giovani neolaureati che, in modo assolutamente complementare, interagiscono per creare un prodotto esportabile al di fuori della propria SOC di appartenenza ma fruibile, per esempio, da altri colleghi impiegati in reparti non d'emergenza.

È interessante compiere un'ultima riflessione rispetto alla valutazione che i Neoassunti individuano rispetto al proprio processo tutoriale.

Essi danno gran risalto ai corsi multidisciplinari e di aggiornamento ricevuti, alla preparazione del team tutoriale ed agli incontri monotematici realizzati. Riconoscono al team un ruolo di facilitatore organizzativo e di supporto emotivo ma l'aspetto stimolante e che merita un'analisi critica riguarda le "competenze relazionali" e le "competenze soggettive" della componente non infermieristica del gruppo ritenuta "sufficiente", talvolta "insufficiente" se non addirittura "non valutabile". Dal momento che tali competenze riguardano prevalentemente gli aspetti relazionali e soggettivi nelle dinamiche di gruppo e considerando che il lavoro nel nostro Pronto Soccorso è organizzato per "mini team" (ovvero 3 équipe autonome costituite da 1 Medico, 1 Infermiere, 1 OSS che lavorano in spazi definiti dal codice colore del paziente: l'area dei

Tabella 1: Il tuo punto di vista

Partendo dalla propria esperienza indicare il grado di importanza delle competenze del Tutor Clinico, del Referente Clinico della Formazione e di tutte le altre figure professionali intervenute nel tuo processo di apprendimento
Esprimi una valutazione seguendo la scala proposta:

- 1 insufficiente
- 2 sufficiente
- 3 discreto
- 4 buono
- 5 ottimo

A

Competenze didattiche						
Competenze metodologiche e didattiche						
	Tutor Clinico	1	2	3	4	5
	Referente Clinico della Formazione	1	2	3	4	5
	Coordinatore Infermieristico	1	2	3	4	5
	OSS	1	2	3	4	5
	Ausiliario	1	2	3	4	5
	Medico	1	2	3	4	5
.....						
B						
Competenze specifiche						
Capacità di coordinamento	Tutor Clinico	1	2	3	4	5
	Referente Clinico della Formazione	1	2	3	4	5
	Coordinatore Infermieristico	1	2	3	4	5
	OSS	1	2	3	4	5
	Ausiliario	1	2	3	4	5
	Medico	1	2	3	4	5
.....						
C						
Competenze relazionali						
Capacità di lavorare in team	Tutor Clinico	1	2	3	4	5
	Referente Clinico della Formazione	1	2	3	4	5
	Coordinatore Infermieristico	1	2	3	4	5
	OSS	1	2	3	4	5
	Ausiliario	1	2	3	4	5
	Medico	1	2	3	4	5
.....						
D						
Competenze soggettive						
Capacità di analisi e di proposta	Tutor Clinico	1	2	3	4	5
	Referente Clinico della Formazione	1	2	3	4	5
	Coordinatore Infermieristico	1	2	3	4	5
	OSS	1	2	3	4	5
	Ausiliario	1	2	3	4	5
	Medico	1	2	3	4	5
.....						

codici bianchi e verdi e l'area dei codici gialli e rossi), sarebbe probabilmente opportuno chiedersi dove agire e che strumenti utilizzare per migliorare gli aspetti comunicativi del Team nel setting operativo in cui si contestualizza tale analisi.

In conclusione "... mentoring is a developmental, empowering and nurturing relationship that extends over time (Vance & Olson, 1998 as cited in Vance 2002). It involves mutual sharing, learning and growth occurring in an atmosphere of respect and affirmation..." (Bower, 2000, as cited in Klien & Dichenson-Hazard, 2000.; Pinkerton, 2003; Rosser, Rice, Campbell & Jack, 2004).

Bibliografia

- ZANNINI L. *La tutorship nella formazione degli adulti*. Milano: Guerini Scientifica 2005
- SAIANI L. *Il tirocinio nelle professioni socio-sanitarie ed educative*. in Castellucci A, Saiani L., Sarchielli G., Marletta L. *Viaggi guidati. Il tirocinio ed il processo tutoriale nelle professioni sociali e sanitarie*. FrancoAngeli Editore, Milano, 1997
- BENNER P. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. Ed. Italiana a cura di Calamandrei C, Rasero L. Milano: McGraw Hill 2006
- SIMPSON JL. ET AL. *Caring, Connesting, Empowering. A resource guide for implementing nursing mentorship in Public Health in Ontario* (ottobre 2005)
- JORDON J. *Section one- Teaching learners in clinical practice. Unit 4: Mentorship and Preceptorship*. Homerton College, Cambridge, School of Health Studies; 2005
- PALESE A, SPANGARO S, VENIER A. *Gli indicatori della competenza infermieristica in area critica: studio esplorativo*. Nursing Oggi 2005; 4: 45-51

Tabella 2: Griglia riassuntiva delle valutazioni degli infermieri neoassunti

Candidato	PERIODO affiancamento e Tutor clinico	TEST 1 ingresso: n° risposte sbagliate	TEST 2 intermedio n° risposte sbagliate	TEST 3 finale n° risposte sbagliate	NOTE
1	40 giorni - Tutor: A	5/10	1.5/5	/	Da rivedere piccoli aspetti organizzativi
2	66 giorni - Tutor: B-A.	3.5/10		4/20	Da rivedere: ferite, ritmi ed ECG, classi di shock e triage
3	70 giorni - Tutor: B	4/10	4/20		Da rivedere: farmaci, ritmi ed ECG e triage
4	72 giorni - Tutor: C	6/10	2/5	4/20	Da rivedere: farmaci, ritmi ed ECG e triage
5	51 giorni - Tutor: A	4/10	2/5	3/20	Da rivedere: ritmi ed ECG e trauma
6	50 giorni - Tutor: D	3/10	2/5	2/20	Da rivedere: ferite e classi di shock
7	73 giorni - Tutor: C	8/10	2/5	3/20	Da rivedere: ritmi ed ECG, classi di shock e triage

7. BINETTI P. *In principio era il metodo...* Tutor, Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica; vol 6, n. 1-2, settembre 2006
8. CHIANDOR L, DIMONTE V, GARRINI L, RENGA G. *L'objective structured clinical examination: analisi della letteratura Tutor*, Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica; vol 7, n. 3, dicembre 2007
9. SCHUWIRTH LWT, VAN DER VLEUTEN CPM. *Clinical review. ABC of learning and teaching in medicine* Written assessment. BMJ 2003; 326: 643-645
10. EA Farmer, Page G. *A practical guide to assessing clinical decision making skills using the key features approach*; Medical Education 2005; 39: 1188
11. HARDEN RM ET AL. *Assessment of clinical competence using objective structured examination*. BMJ 1975; 1: 447-451
12. CANADIAN NURSES ASSOCIATION "Achieving excellence in professional practice: a guide to preceptorship and mentoring"; 2004

Abstract

Training programme for the newly appointed nurse working in the Accidents and Emergencies (A&E) Department

The purpose of this project is the improvement of the training programme offered to the newly appointed nurse working in the Accidents and Emergencies (A&E) Department in order to promote good practice within a Emergency Department with high criticality.

This training programme entails the direct involvement of academic staff (tutors) in cascading their knowledge and skills (competencies) to the new employee in order to ensure continuity between the academic study and the profession.

Learning objectives are short, medium and long-term. Weekly meeting, seminars on specific subjects and case study discussions have been identified as the successful "course of action" for this training.

The programme assists the tutor/s in presenting the complexity of the day-to-day work in the A&E to the trainee in a systematic manner. Moreover, it allows the constant monitoring of the learning process and the competencies exchange between the experienced nurse and the new staff.

Key words: *Newly appointed nurse, Experienced nurse*

www.wfsiccm-florence2009.it

10th Congress WFSICCM

Congresso SIAARTI 63°

6th Congress WFCCN

Florence 2009

10th Congress of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine
63° Congresso Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
6th Annual Congress of the World Federation of Critical Care Nurses
International Meeting of the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies

Fortezza da Basso - Florence, Italy
August 28 - September 1, 2009

Steering Committee
Chairman
Luciano Gattinoni (Milan)
A. Raffaella De Gaudio (Florence)
Antonino Gullo (Catania)
Rosalba Tufano (Naples)

World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine
SIAARTI
World Federation of Critical Care Nurses
S.I.A.R.E.D.
A.A.R.G.I.
an'art associazione nazionale infermieri di cure critica
World Federation of Pediatric Intensive & Critical Care Societies
S.A.R.N.+P.I.

Scrivere per una rivista. Suggerimenti per presentare un articolo scientifico

Riassunto

Obiettivo: il principale obiettivo della ricerca è quello di rendere disponibili i risultati ottenuti. Per raggiungere questo scopo occorre riuscire a scrivere le conclusioni ottenute e far sì che queste siano diffuse attraverso una pubblicazione scientifica.

Problema: la non corretta conoscenza dell'editoria medico-scientifica e delle regole che la governano, portano ad un ritardo nella pubblicazione di molti lavori di ricerca, dovuto ad una scorretta redazione di un articolo.

Conclusioni: attraverso questo elaborato si cerca di suggerire come scrivere per una rivista scientifica, cercando di uniformare lo stile per il formato dell'articolo, la stesura del testo, la risposta dell'editore.

Per far sviluppare appieno la ricerca, bisogna che questa sia condivisa con la comunità scientifica; per raggiungere questo obiettivo occorre scrivere i risultati degli studi, attraverso un lavoro che risponda ai requisiti di scientificità. Redigere un lavoro in modo scorretto, a prescindere dai risultati ottenuti, rende difficile la pubblicazione all'interno di una rivista scientifica e quindi la sua diffusione.

Sempre più spesso, l'importanza accademica di un professionista si valuta con il numero delle pubblicazioni presenti nel proprio curriculum. Questa pressione a pubblicare, produce un meccanismo per cui la quantità dei lavori presentati è più importante della qualità e va a discapito della chiarezza. L'obiettivo principale di questo articolo è quello di dare dei suggerimenti su come presentare nel modo corretto un lavoro per la pubblicazione, scegliendo la modalità più indicata per presentare un'argomentazione tra le numerose tipologie di pubblicazioni. (Tabella 1)¹

Prima di scrivere, leggere

Si comincia in genere con articoli di autori conosciuti e pubblicati in riviste autorevoli. Leggere quello che altri scrivono ci permette di capire come deve essere strutturato un lavoro ma anche di cogliere le parti che mancano di chia-

rezza, di precisione o che portano a conclusioni per lo meno dubbie.

Cosa scrivere?

Prima di iniziare la stesura di un articolo e di una ricerca in generale, l'autore deve porsi alcune domande² che sono:

- Che cosa voglio dire/ricercare?
- A chi interessa quello che voglio dire/ricercare?
- Esistono già cose che trattano questo argomento? Se sì, vale la pena ripetersi oppure è cambiato qualcosa?
- Attraverso quale rivista posso presentare il mio lavoro? Prima di iniziare occorre scegliere la rivista a cui si pensa di inviare l'articolo. Leggete attentamente le istruzioni per la pubblicazione (che solitamente variano in modo sostanziale da rivista a rivista); non rispettare le norme editoriali provoca dei ritardi per l'eventuale pubblicazione.

Una volta trovata risposta a questi quesiti occorre pensare alla redazione dell'articolo; a seconda del tipo di pubblicazione da presentare, cambia la struttura di base. Quella di un lavoro scientifico (articolo originale o revisione), è riassunta nell'acronimo IMRED, che significa:

- *Introduzione* (quali domande sono state poste?)
- *Materiali e metodi* (come sono state studiate?)
- *Risultati* (cosa è stato trovato?)

Tabella 1. Le principali tipologie di articoli

EDITORIALE
È un tipo di pubblicazione dove l'autore esprime la sua opinione su un tema di attualità, oppure commenta un articolo originale presente nel volume della rivista.
LETTERA
La lettera può essere un commento di risposta ad un articolo precedentemente pubblicato, ma anche un modo per presentare dei brevi report di ricerca che non giustificano un lavoro completo. I casi clinici (case report) possono essere presentati sotto forma di lettera.
RASSEGNA O REVISIONE DELLA LETTERATURA (review)
È una sintesi critica dei lavori pubblicati su uno specifico argomento. Sono definite "pubblicazioni secondarie" in quanto chi le redige ricava i dati da studi svolti in precedenza. Le review, a seconda della metodologia di lavoro adottata nella fase di stesura, si classificano in "tradizionali" e "sistematiche"; le prime rappresentano sostanzialmente l'opinione di chi scrive, mentre le seconde cercano utilizzando un progetto rigoroso di trovare evidenze scientifiche dall'interpretazione degli articoli analizzati. Solitamente le tappe di preparazione ad entrambe le tipologie di lavoro sono le seguenti:
<ul style="list-style-type: none"> • formulazione del problema • identificazione e selezione degli articoli da includere • estrazione dei dati per l'analisi • analisi e conferma statistica (presente nelle revisioni sistematiche) • presentazione dei risultati
ARTICOLO ORIGINALE
Deve fornire la descrizione di una ricerca e dei risultati ottenuti, può essere anche derivare da una presentazione congressuale orale e/o di un poster. Deve essere strutturato secondo l'ordine suggerito dall'acronimo IMRED (Introduzione, materiali e metodi, Risultati, Discussione).

- *Discussione (cosa significano i risultati trovati?)*^{2,3}

A queste sezioni deve seguire una attenta, precisa ed aggiornata bibliografia che serve a giustificare e suffragare le affermazioni (ed i dati) riportate nel testo dell'elaborato.

L'**introduzione** deve essere breve, e dopo revisione della letteratura, definire quali sono le domande che l'autore/ricercatore si è posto nell'intraprendere il progetto di ricerca. In questa parte dell'articolo la revisione deve riportare solamente gli articoli più importanti e pertinenti, senza dilungarsi troppo nella presentazione degli articoli che lo hanno portato a scegliere quella tematica/problema. Non si anticipano dati o conclusioni.

Nella sezione **materiali e metodi** occorre dimostrare al lettore come è stato studiato un determinato argomento, quali sono gli strumenti utilizzati per raggiungere un determinato obiettivo. Uno degli scopi principali di questa sezione è quella di "difendere" lo studio, dando la possibilità ad un altro lettore di ripetere la ricerca svolta per poterla confutare.

I **risultati** devono presentare in modo chiaro e il più possibile conciso, i prin-

cipali dati che sono emersi dalla ricerca; è importante cercare di non fornire tutti i risultati emersi, evitando ripetizioni tra il testo, le tabelle e le figure, ma riportando solamente quelli più rappresentativi e significativi. Le tabelle e le figure devono essere chiare e di facile interpretazione e devono essere complementari al testo.

La **discussione** deve essere il risultato di quanto presentato nelle prime parti dell'elaborato. Devono essere riassunti i punti principali della ricerca, evitando delle ripetizioni con la parte di presentazione dei risultati; vengono discussi eventuali problemi riguardo i metodi e gli strumenti utilizzati nella presentazione dei dati; si confrontano i risultati con quelli di precedenti ricerche valutandone i pregi ed i difetti e si presentano le eventuali implicazioni per la clinica che emergono dalla ricerca svolta.

Al termine della discussione deve essere inserita una breve sezione di **conclusioni**, dove sono riportati eventuali spunti di riflessione che emergono dalla ricerca stessa e suggerimenti per l'approccio clinico-terapeutico (se ce ne sono).

L'ultima cosa che sarà scritta è la prima che il lettore leggerà, cioè l'**abstract** (o

riassunto); questo è una presentazione del lavoro eseguito ed ha l'obiettivo di presentare in modo "onesto" l'elaborato, cercando di convincere il lettore a leggerlo per intero. L'abstract deve essere scritto seguendo la stessa strutturazione dell'articolo (quindi seguendo la traccia IMRED), evitando di ripetere il testo ma dando la possibilità di comprendere il lavoro effettuato.

La **bibliografia** è una delle sezioni più importanti dell'articolo, ha l'obiettivo di dare al lettore i riferimenti per trovare le affermazioni sostenute. Le riviste sostanzialmente si rifanno a due metodi di scrittura;

- *il Vancouver style dove le citazioni sono elencate cronologicamente all'interno del testo. In bibliografia poi si trova la citazione completa;*
- *l'Harvard style dove il cognome dell'autore e l'anno di pubblicazione sono nel testo, ed in calce all'articolo sono elencati tutti gli autori in ordine alfabetico⁴.*

È importante inoltre dichiarare la presenza di eventuali conflitti d'interessi, per permettere al lettore di poter giudicare correttamente i dati emersi.

Come si arricchisce l'articolo?

Tabelle e grafici

Sia tabelle, sia i grafici permettono di rendere più facile l'analisi, la comprensione e la memorizzazione delle informazioni ed inoltre permettono il confronto tra i valori rappresentati. Richiedono quindi una cura particolare nel progettarli e realizzarli, ma ancor prima viene la scelta se sia da preferire una tabella ad un grafico per illustrare dei dati.

La tabella risulta essere efficace quando la si mette al posto di un testo che racchiude molti numeri e percentuali, o quando bisogna presentare dei valori numerici assoluti. Dato che la lettura risulta noiosa e poco significativa, la tabella risolve la comunicazione dei dati e la forma schematica li ordina e migliora la memorizzazione degli stessi. I grafici servono per trasformare dei numeri in immagini: veicolano l'informazione più velocemente e consentono una migliore memorizzazione. Se da un lato sono estremamente utili per visualizzare meglio i dati, è però facile cadere nella tentazione di inserirne

troppi, creando distrazione nel lettore. Ogni figura deve essere parte essenziale dell'articolo, non ridondante né marginale. Attenzione anche a non inserire troppe informazioni in un'unica figura: diventerebbe troppo confusa e poco comprensibile. Mai comunque presentare gli stessi dati in forma grafica e tabellare.

Foto

Se le immagini sono protette da copyright è necessario chiedere, a chi ne detiene il diritto, l'autorizzazione al loro impiego. È possibile siano concesse gratuitamente, ma è comunque necessaria l'autorizzazione alla pubblicazione ed è buona norma una citazione di cortesia. Se le immagini sono di pazienti è fondamentale avere la loro autorizzazione alla pubblicazione (o di chi ne ha la tutela in caso di minori o interdetti) e comunque preservare la loro privacy e l'anonimato rendendo impossibile l'identificazione.

Quando si tratta invece di presentare esami diagnostici bisogna far attenzione che non compaiano i dati identificativi della persona.

Aspetti etici

Non vanno indicati i nomi di pazienti, iniziali o codici di possibile identificazione. Indicare se la ricerca è stata autorizzata dal Comitato di Bioetica.

Non proponete l'articolo a differenti riviste contemporaneamente perché nasce il problema della duplicazione delle pubblicazioni.

Una volta inviato...

La proposta di pubblicazione è inizialmente valutata dall'*editor* per assicurarsi che il testo sia conforme ai requisiti della rivista, che sia confacente alle norme editoriali e che siano presenti le dichiarazioni richieste all'autore. In mancanza, l'*editor* può decidere di non presentare il lavoro alla valutazione dei revisori e rinviarlo all'autore.

Ogni pubblicazione è sottoposta poi alla valutazione dei revisori, cioè degli esperti della materia che forniranno un giudizio sulla qualità del lavoro ed anche consigli utili per migliorarlo.

Si può giungere quindi a tre decisioni:

1. *non accettabile e c'è grande improbabilità che possa essere modificato sostanzialmente;*
2. *non accettabile ma con possibilità di accettazione dopo correzioni sostanziose;*
3. *accettabile così com'è o con modifiche e correzioni minori.*

Dopo l'accettazione c'è poi una fase in cui il lavoro viene rivisto dall'*editor* per controllarne la chiarezza espositiva, eliminare ripetizioni o prolissità, correggere la sintassi e non ultimo la grammatica soprattutto delle parti in lingua straniera.

Questo lavoro viene condotto con l'autore fino alla stesura di una bozza che sarà poi quella definitiva.

Conclusioni

Scrivere un articolo e farselo pubblicare può sembrare un percorso ad ostacoli, e lo è effettivamente per gli inesperti. Ma chiunque abbia pubblicato ha fatto questo primo passo e può essere di aiuto per chi inizia, per cui un suggerimento è di chiedere collaborazione a queste persone.

Scrivere cambia la storia della Professione ma anche permette di aprirci a nuove possibilità, esperienze, approfondimenti e di dividere con altri professionisti le nostre conoscenze e prassi.

Bibliografia

1. DE CASTRO P, GUIDA S, SAGONE BM (a cura di). *Diciamolo chiaramente*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2004;
2. HALL G, *Come scrivere un lavoro scientifico*. Ed. Minerva Medica, Torino, 2005;
3. PARATI C, VALENTINI M. *Come scrivere un articolo scientifico*. Ital Heart J Suppl Vol 6 Apr 2005 189-196;
4. International Committee of Medical Journal Editors. *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication*. [online] <http://www.icmje.org> (03/11/2008).

Per approfondire

Scrivere in medicina:
http://www.pensiero.it/strumenti/archivio.asp?ID_sezione=6
<http://www.mestierediscrivere.com/pdf/comunicarelascienza.pdf>

Pubblicare in medicina:

http://www.pensiero.it/strumenti/archivio.asp?ID_sezione=7

Leggere in medica:

http://www.pensiero.it/strumenti/archivio.asp?ID_sezione=8

L'inglese medico:

http://www.pensiero.it/strumenti/archivio.asp?ID_sezione=44

Abstract

Aim: *the most important aim of the research is to make available the achieved results. For this purpose is necessary to write results which will disseminate by a scientific issue*

Problem: *the wrong knowledge about medical scientific publishing and the governance of rules, cause a publication delay of most of researches due to an incorrect writing of the article*

Conclusion: *through this paper on try to suggest how to write for a scientific review, to standardize the style for the article format, the writing out of the text, the editor reply.*

Anna Quarta, Dott.ssa - Rianimazione Ospedale "A. Gemelli" Università Cattolica del Sacro Cuore-Roma - Master in Metodologia e analisi della responsabilità professionale nell'area infermieristica

Eluana Englaro: Libertà e autonomia di scelta



La Corte d'Appello civile di Milano ha autorizzato il padre di Eluana Englaro, in qualità di tutore, ad interrompere il trattamento di idratazione ed alimentazione forzato che da 16 anni tiene in vita la figlia. Eluana, a causa di un incidente stradale, è in stato vegetativo permanente dal 18 gennaio 1992. Il padre della ragazza, Beppino Englaro, dal 1999 chiede la sospensione del trattamento. L'autorizzazione all'interruzione del trattamento del sostegno vitale a Eluana è stata data in base alle indicazioni stabilite dalla Cassazione, con sentenza di rinvio, lo scorso 16 ottobre.

Nei giorni scorsi, Beppe Englaro, aveva chiesto alla regione Lombardia in quale struttura far ricoverare la figlia, per poter interrompere il trattamento che la tiene in vita; ma nella risposta ufficiale, la regione dichiara: "La richiesta avanzata non può essere esaudita in quanto le strutture sanitarie sono deputate alla presa in carico diagnostico-assistenziale dei pazienti". La precisazione si riferisce in particolare agli hospice: "In tali strutture, hospice compresi, deve inoltre essere garantita l'assistenza di base che si sostanzia nella nutrizione, idratazione e accudimento delle persone". L'ennesimo stop delle istituzioni non spaventa Beppe Englaro ormai deciso ad andare fino in fondo.

Luca Benci
Giurista

artificiale, realizzato mediante alimentazione e idratazione con sondino nasogastrico a Eluana Englaro.

Un aspetto di grande rilevanza che scaturisce dalla pronuncia della Suprema Corte² è che idratazione e nutrizione artificiale sono trattamenti medici e, in quanto tali, essi necessitano del consenso del paziente per essere attuati. Tale affermazione è avallata dal "Documento" elaborato dalla Commissione di bioetica e approvato all'unanimità dal consiglio direttivo della SINPE (gennaio 2007), dove si evince che: "la nutrizione artificiale è un complesso di procedure attraverso cui soddisfare i bisogni nutrizionali di pazienti non più in grado di alimentarsi per via naturale. Pertanto, si configura come trattamento sostitutivo di una funzione vitale, come lo è la ventilazione meccanica per la respirazione o l'emodialisi per la filtrazione renale: si sostituisce infatti al deficit di una funzione complessa, l'alimentazione naturale, quando questa è compromessa in tutto o in parte da una sottostante condizione di malattia. In molti casi è una vera terapia salvavita e come gli altri trattamenti sostitutivi, costituisce un trattamento medico che ha indicazioni, controindicazioni ed effetti indesiderati. Non è da considerarsi, quindi, una forma di assistenza di base come lavare o imboccare un malato non autosufficiente. Come per qualunque trattamento medico, l'inizio o l'astensione così come la continuazione o la sospensione della nutrizione artificiale ricadono quindi nell'ambito decisionale e di responsabilità del medico".

Dal momento dell'incidente, Eluana Englaro verte in uno stato vegetativo permanente (SVP) irreversibile che nel corso di questi 16 anni è rimasto immutato. I concetti di "persistenza" di "permanenza" vanno distinti. Secondo la MultiSociety Task Force on PVS nel lavoro pubblicato sul *New England Journal of Medicine*: "Mentre l'aggettivo persistente si riferisce solo a una condizione di passata e perdurante disabilità con un incerto futuro, l'aggettivo permanente implica l'irreversibilità. Può dirsi quindi che quella di Stato

EDITORIALE
PERVENUTO 29/9/08
ACCETTATO 10/12/08

La battaglia civile di Beppino Englaro sta avendo pieno successo facendo chiarezza su cosa significa in concreto rispetto della dignità umana, tutela dei diritti fondamentali della persona, inviolabilità della libertà personale.

Il 25 giugno scorso è stato emanato il Decreto¹ in cui si autorizza l'interruzione del trattamento di sostegno vitale

Vegetativo Persistente sia una diagnosi, mentre quella di Stato Vegetativo Permanente sia una prognosi. Prima di dichiarare permanente, cioè irreversibile, lo stato vegetativo di origine traumatica di un soggetto adulto è necessario attendere almeno dodici mesi (...), trascorso tale lasso di tempo, la probabilità di una ripresa di funzioni superiori è insignificante (...). Inoltre, lo Stato Vegetativo Permanente indica una situazione sia clinica sia giuridica del tutto diversa da quella che, secondo la legislazione attuale italiana, può portare alla certificazione di morte cerebrale”³. Questa definizione rappresenta la migliore sintesi scientifica e clinica oggi disponibile.

Ciò è sempre stato considerato comprovato e “pacifico” nelle diverse fasi processuali pregresse. Infatti, già nel decreto pronunciato in data 17 ottobre 2003, alla stregua delle risultanze processuali veniva dichiarato: “Non sussistono dubbi sulla diagnosi, la prognosi e la condizione clinica attuale di Eluana, quale paziente in SVP con il quadro prognostico di irreversibilità descritto nella letteratura scientifica”.

Un altro punto importante di questa vicenda giudiziaria, riguarda l'accertamento della “volontà presunta” di Eluana orientata al rifiuto del trattamento di sostegno vitale. I genitori hanno fornito una rappresentazione globale della sua personalità “caratterizzata da un forte senso di indipendenza, intollerante delle regole e degli schemi, amante della libertà e della vita dinamica, molto ferma nelle sue convinzioni”.

La sospensione al trattamento forzato tramite sondino naso-gastrico rappresenta, secondo il tutore Beppino Englaro, il “best interest” della figlia. Infatti egli stesso ha dichiarato che “...sarebbe stato per Eluana inconcepibile che qualcun altro potesse disporre della sua vita, contro la sua volontà e le sue scelte (...)”.

Tutta la vicenda nasce dalla convinzione materna e paterna che Eluana avesse diritto all'affermazione di questo suo modo di essere e di pensare.

Rispettare la dignità delle persone, valore contenuto nella Costituzione in sanità e non solo, significa in concreto tutelare il diritto all'autodeterminazione delle persone. Nella sentenza dei giudici della Corte di Appello di Milano, che autorizza la richiesta di Beppino Englaro di sospendere l'alimentazione e

idratazione artificiale, affinché Eluana possa seguire quel percorso naturale che è stato bruscamente interrotto dalle tecniche rianimatorie, vi è la netta riaffermazione che “la salute non è un bene che possa essere imposto coattivamente al soggetto interessato dal volere, o peggio ancora, dall'arbitrio altrui, ma deve fondarsi esclusivamente sulla volontà dell'avente diritto, trattandosi di una scelta che riguarda la qualità della vita e che pertanto lui e solo lui può legittimamente fare”.

È ingannevole lasciare intendere che tale sospensione, nel caso di Eluana, sia eutanasia passiva e non sospensione di un trattamento terapeutico.

Tutti i trattamenti di sostegno vitale, compreso nutrizione e idratazione artificiale, hanno come obiettivo di sostenere il prolungamento cronologico della vita non in quanto tale, quindi fine a se stesso, ma finalizzato alla guarigione o a un miglioramento della patologia di base e a un recupero, piccolo o grande che sia, della qualità della vita. Se il trattamento non incide né sulla patologia di base, né sulla qualità della vita, ma ha solo il significato di mero prolungamento della vita biologica, allora il sospenderlo diventa legittimo e doveroso in quanto non appropriato e futile. Continuarlo potrebbe assumere il significato di accanimento terapeutico. In ultimo, le chances di successo e l'appropriatezza, intesa in termini di efficacia, sono componenti importanti e ineludibili del giudizio di proporzionalità di una cura.

Ancora una volta è stato violato il diritto all'autodeterminazione terapeutica e una vicenda umana (in questo caso quella di Eluana) che si poteva risolvere semplicemente rispettando delle norme già esistenti, si è conclusa nelle aule di un Tribunale.

L'emanazione di un'altra norma che tuteli il diritto all'autodeterminazione servirebbe solo a fortificare ciò che in giurisprudenza esiste già:

- *il consenso informato, che non è solo legittimo ma obbligatorio;*
- *il codice deontologico dei medici, dove l'art. 34 afferma “il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, non può non tenere conto di quanto precedentemente espresso dallo stesso”;*
- *la Convenzione di Oviedo del 1997, ratificata dall'Italia nel 2001, che dice “I desideri precedentemente espressi*

a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la propria volontà saranno tenuti in considerazione”;

- *La Costituzione (artt. 2, 3, 13, 32)⁴.*

La Giurisprudenza, quindi, si è largamente espressa su tale argomento tanto che nel caso di Piergiorgio Welby, l'anestesista Mario Riccio, che interruppe la ventilazione meccanica, è stato prosciolto dall'accusa di “omicidio del consensiente”. Infatti il Giudice stabilì che Piergiorgio Welby aveva il diritto di chiedere di interrompere il trattamento medico cui era sottoposto e l'anestesista che interruppe la ventilazione artificiale aveva il dovere di assecondare tale diritto. Questa sentenza riconosce il diritto del malato di rifiutare la terapia o la prosecuzione di terapie non volute. P. Welby ha chiesto la sospensione delle cure (artt. 2, 3, 13, 32 della Costituzione), ed è evidente che i medici che lo seguivano da anni non hanno ritenuto di dover ascoltare la volontà (costituzionalmente protetta!!!) del loro paziente, antepoendo ad essa il loro giudizio professionale, etico e religioso.

Il Dott. Riccio ha ritenuto di poter, o meglio, di dover intervenire in assenza di medici disposti a rimuovere gli ostacoli all'esercizio di un diritto costituzionale, per altro riconosciuto da numerosi trattati internazionali, tra cui alcuni sottoscritti e vincolanti per l'Italia. Questo è un atto medico legittimo ed anche doveroso, così come lo è già nella quasi totalità dei Paesi Occidentali come USA, Germania, Francia, Spagna, Gran Bretagna, Olanda, Belgio, Austria, Svizzera, Australia, Canada.

Il fantomatico “buco normativo” diventa così un alibi per impedire l'applicazione dei più elementari diritti della persona. Infatti, a detta della Commissione di Bioetica, la nostra Costituzione riconosce esplicitamente il diritto delle persone di rifiutare le cure mediche.

In tutta questa vicenda la chiave di volta è pensare che la sacralità della vita è la vita libera: la prosecuzione della vita umana fisica non è di per sé il principio primo e assoluto, sopra di esso vi è la dignità umana che, viene rispettata nel momento in cui vengono prese in considerazione le convinzioni altrui (con il testamento biologico o meglio ancora testamento di vita - *living will* - come lo definiscono gli anglosassoni). A tal proposito bisogna specificare che le dichia-

razioni anticipate e l'eutanasia rientrano nella vicenda di "fine vita", ma sono due problemi diversi, logicamente indipendenti e vanno trattati separatamente. Le dichiarazioni anticipate servono a dare indicazioni in merito alla volontà del paziente, utilizzabili quando questi non può far valere di persona le proprie scelte. In questo senso esse sono uno strumento dell'autonomia dei malati e non hanno nessuna implicazione eutanasica necessaria. L'oggetto di tali dichiarazioni è unicamente il rifiuto del trattamento medico.

Le dichiarazioni anticipate sono un efficace strumento che rafforza l'autonomia individuale e il consenso informato nelle scelte mediche o terapeutiche, tanto più che grazie alla Carta dei diritti fondamentali dell'unione Europea (artt. 1 e 3) e alla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (artt. 5, 6, 9), questi principi acquisiscono nuovo e maggior rilievo, non soltanto coinvolgendo i doveri professionali del medico e la legittimazione dell'atto medico, ma dando sostanza al diritto del cittadino all'integrità della persona e al rispetto delle sue decisioni. "Sospensione della terapia" non è sinonimo di "cessazione di ogni trattamento". Se viene inteso correttamente, il concetto capta quegli aspetti che rientrano nel buon esercizio della pratica medica, riconoscendo che vi sono stadi nei quali il processo di morte dovrebbe venir reso più "sostenibile" per il paziente. C'è un ampio consenso sul fatto che non vi sia alcun imperativo di ordine etico che imponga di sottoporre un paziente a ripetuti tentativi di rianimazione, a un futile regime di alimentazione artificiale, a dialisi, al mantenimento farmaco-dipendente della pressione sanguigna (con inotropi), a profilassi antibiotica o al controllo elettrocardiografo del battito cardiaco, al mero fine di tenere in vita il malato terminale per un altro paio di giorni o settimane. Il codice di deontologia medica prescrive al medico di desistere dalla terapia quando il paziente consapevolmente la rifiuta. Se il paziente non è in grado di esprimersi, la regola deontologica prescrive al medico di proseguire la terapia fino a quando lo ritenga "ragionevolmente utile"⁵ (art. 37).

Bisogna difendere la libertà individuale, eclissando coloro che vogliono imporre le proprie legittime scelte su tutti gli altri.

Ognuno ha libertà di decidere sul pro-

prio corpo fino all'ultimo istante della vita: avere diritto a una vita dignitosa equivale a scegliere di morire con dignità.

Volere il meglio per gli altri non significa necessariamente vita. Bisogna appoggiare la libertà di scelta di chi decide di vivere o decide di morire. Vivere è un diritto, non un obbligo!!

Note

1. Corte di Appello di Milano – Prima Sezione Civile- 25 giugno 2008
2. Suprema Corte di Cassazione – sentenza n.21748- 16 ottobre 2007
3. Il 5 agosto 1968 il *Journal of the American Medical Association (JAMA)* pubblicava il documento della *Harvard Medical School* che, per la prima volta, riconosce il criterio della morte cerebrale. Prima di allora, la morte veniva diagnosticata usando criteri cardiologici. Il rapporto di Harvard, invece ha stabilito che la fine della vita è definibile con la morte di tutto il cervello, stabilendo dei criteri ancora oggi attuali: presenza di coma, la perdita irreversibile di qualsiasi funzionalità cerebrale e l'impossibilità di respirazione autonoma.
4. Art. 2: La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.
Art. 3: Tutti i cittadini hanno pari dignità sociali e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.
Art. 13: La libertà personale è inviolabile. Non è ammessa forma alcuna di detenzione, di ispezione o perquisizione personale, né qualsiasi altra restrizione della libertà personale, se non per atto motivato dell'autorità giudiziaria e nei soli casi e modi previsti dalla legge. In casi eccezionali di necessità ed urgenza, indicati tassativamente dalla legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare provvedimenti provvisori, che devono essere comunicati entro quarantotto ore all'autorità giudiziaria e, se questa non li convalida nelle successive quarantotto ore, si intendono revo-

cati e restano privi di ogni effetto. È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione di libertà. La legge stabilisce i limiti massimi della carcerazione preventiva.

Art. 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

5. Codice Deontologico dei medici, Capo V – assistenza ai malati inguaribili – Art 37: in caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita. In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.