

Il nuovo Direttivo che sarà

di Ercole Piani

A gennaio saremo chiamati alle elezioni del nuovo Consiglio Direttivo e del collegio dei Revisori dei Conti del nostro Collegio; si chiude questo mandato caratterizzato dai molti obiettivi da ricordare ma, come spesso avviene, si rischia di esaltare troppo il passato dimenticando l'importanza di proiettarci verso il futuro che ci attende.

Innanzitutto il nuovo Direttivo sarà sicuramente apporto di vitalità e già questo è novità sostanziale, come anticipato non mi ripropongo più come Presidente perché ritengo di aver occupato per troppo tempo questo ruolo. Permettetemi però di ricordare con gratitudine il contributo dei Colleghi che hanno ritenuto di non candidarsi per il nuovo Direttivo, ad ognuno di loro va il mio sentito ringraziamento per il tempo dedicato spesso senza mai voler apparire e soprattutto per il disinteresse economico che ha contraddistinto l'impegno.

Ai Colleghi che continuano ad impegnarsi la gratitudine per voler condividere ancora questo cammino insieme con l'obiettivo prioritario di poter quindi permettere il "passaggio del testimone".

Ai nuovi candidati l'augurio di poter creare una squadra forte e unita che sappia valorizzare il contributo di ogni singolo componente nell'esclusivo interesse della nostra professione e quindi, come sempre, del cittadino utente che ha il diritto di esigere da noi le migliori prestazioni.

E voi tutti, cari Colleghi, l'invito a partecipare alle prossime elezioni del nostro Collegio, così da poter permettere ai candidati di sentirsi veri rappresentanti di tutti noi.



Dall'etica dei principi all'etica della responsabilità

di Stefano Bazzana*

L'etica professionale come "render-si conto" e "rendere conto" va composta con l'etica del sistema (sanitario, economico, sociale...) per dare valore alla persona, al lavoro, alla qualità della vita.

Parlare di etica della responsabilità e di dilemmi etici in questo periodo di profonda e drammatica crisi mondiale mi ha portato ad intrecciare la dimensione professionale con la dimensione sociale ed economica.

Secondo il sociologo Prandstraller le professioni si accingono a diventare vere e proprie forze sociali, e la presenza di un'etica atta a regolare i comportamenti dei membri è im-

portante per definire la loro identità. Il lavoro professionale è quello che più conta, che più incide sui meccanismi di una società -come la nostra- la cui produzione è fondamentalmente basata sulla conoscenza tecnico-scientifica. Conseguenza logica vorrebbe che il peso assunto dal lavoro professionale in una tale società conferisse un elevato ruolo sociale ai professionisti che lo attuano.

Anche a livello internazionale le responsabilità professionali si giocano su uno sfondo ormai ridisegnato. Gli infermieri si muovono in un contesto fortemente segnato dal fattore economico e dalle sue profonde contraddizioni. Sono sempre più sensibili alle esigenze del villaggio globale e consapevoli, come cittadini e professionisti, che la crisi può essere un'opportunità per imprimere una direzione diversa alla vita di ciascuno e a quella sociale.

Deve far riflettere la paradossale situazione sanitaria mondiale, in quanto influenza il dibattito bioetico, le scelte dei sistemi sanitari e, in definitiva, le decisioni nella pratica cli-

nica quotidiana. I paesi che hanno raggiunto un livello di benessere globale (e quindi anche sanitario) sono un quinto della popolazione mondiale e spendono migliaia di milioni in profumi, cibi per cani, telefonini e automobili. Queste nazioni consumano nove decimi delle risorse del pianeta, mentre i loro vicini muoiono di fame, morbillo e lebbra. Secondo padre Alex Zanotelli, il nostro paese poteva recuperare circa 60 miliardi di euro (più della durissima manovra finanziaria) semplicemente evitando di aumentare le spese militari nei prossimi 10 anni!

Sappiamo che uno dei più importanti principi etici è quello di giustizia e un esempio è la giustizia distributiva (equità): come un infermiere deve saper "distribuire" secondo i bisogni dei suoi assistiti i minuti di assistenza nell'arco di un turno di lavoro, così un sistema sanitario dovrebbe essere in grado di rispondere a ciascuno, ovvero secondo i bisogni di salute dei propri cittadini.

ASSEMBLEA ELETTIVA

Rinnovo cariche triennio 2012/2014



A fianco le fotografie dei candidati pervenute alla data di pubblicazione del giornale. Invitiamo i colleghi che volessero candidarsi a fare pervenire in segreteria una foto corredata da un breve curriculum professionale. In sede elettorale sarà visibile l'elenco completo dei candidati e ricordiamo che sono eleggibili tutti gli iscritti al nostro albo.



Marisa AMBROSINI
Diploma di Infermiera Pediatrica nel 1976
Attualmente lavora presso l'AOVV – presidio di Sondrio (Pediatrica)



Marisa BORDONI
Diploma di Infermiera nel 1981
Abitilita a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'INPS – sede di Sondrio (Centro medico legale)



Giancarlo BOTTA'
Diploma di Infermiere nel 1981
Abitilitato a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'AOVV – presidio di Sondrio (Ortopedia)



Olga CEDRO
Diploma di Infermiera nel 1985
Abitilitata a Funzioni Direttive
Attualmente lavora come libera professionista



Carlo DEL MARCO
Diploma di Infermiere nel 1996
Attualmente lavora presso l'AOVV – presidio di Sondalo (Medicina)



Carla FALLINI
Diploma di Infermiera Pediatrica nel 1984
Attualmente lavora presso l'AOVV Presidio di Chiavenna (Nido)



Arianna FIORELLI
Laurea in Infermieristica nel 2005
Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche. Attualmente lavora presso l'AOVV- Presidio di Sondalo (Medicina)



Claudia GIACOMOLI
Diploma di Infermiera nel 1992
Attualmente lavora presso l'AOVV – Presidio di Sondrio (Medicina del lavoro)



Tiziana GIACONI
Diploma di Infermiera nel 1979
Abitilitata a Funzioni Direttive
Attualmente lavora come libera professionista



Monica Rita NONINI
Diploma di Infermiera nel 1984
Abitilitata a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'Universita' di Mi-Bicocca –sez. di Faedo in V.



Caterina PANIZZA
Laurea in Infermieristica nel 2009
Attualmente lavora presso la Residenza sanitaria per disabili di Tirano



Gabriella PEROTTI
Diploma di Infermiera nel 1992
Attualmente lavora presso l'Azienda Ospedaliera di Lecco – Presidio di Lecco (Pediatrica)



Tonino TRINCA COLONEL
Diploma di infermiere nel 1990
Master di 1° livello "gestione dei processi infermieristici in emergenza urgenza 118"
Laurea Magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche 2009
Master di 1° livello "management e funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie" 2010
Referente coordinatore infermieristico U.O. Anestesia/rianimazione A.O.V.V. Presidio di sondalo.



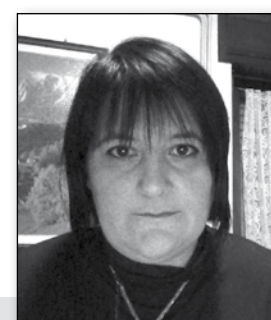
Ercole Andrea PIANI
Diploma di Infermiere nel 1978
Abitilitato a Funzioni Direttive
Lavora presso la Cooperativa San Michele di Tirano



Francesca PIGANZOLI
Laurea In Infermieristica nel 2003
Attualmente lavora presso l'AOVV presidio di Sondrio (SSSCC Riabilitazione Generale geriatrica)



Maria Emilia PORTA
Laurea in Infermieristica nel nel 2008
Master di primo liv. in Infermieristica ed Ostetricia legale forense
Attualmente lavora presso RSA Grosotto



Antonietta QUETTI
Diploma di Infermiera nel 1990
Abitilitata a Funzioni Direttive
Attualmente lavora presso l'AOVV- Struttura di Sondalo (S.C. di RRF)



Valentina SPAGNOLI
Laurea in Infermieristica nel 2007
Attualmente lavora presso la RSA di Grosotto



Milena SPANDRIO
Diploma di Infermiera nel 1991
Attualmente lavora presso l'AOVV – Presidio di Morbegno (Pronto Soccorso)



Mara TOPPI
Diploma di Infermiera nel 1994
Attualmente lavora presso Cooperativa "Il Granello" di Sondrio per ADI



Gisella TRIDELLA
Diploma di Infermiera nel 1984
Infermiera Insegnante Dirigente
Attualmente lavora presso l' AOVV – Presidio di Sondrio (Centrale 118)



Elena VALLI
Diploma di Infermiera nel 1990
Attualmente lavora presso l'AOVV – Presidio di Sondrio (Pediatrica)



INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI Via Aldo Moro 38/e - 23100 Sondrio

Sondrio, 29 novembre 2011

Prot. 2011/ 921 /II.01-tb

OGGETTO: Assemblea elettiva: rinnovo cariche triennio 2012/2014.

Gentile collega,

il Consiglio Direttivo nella seduta del 21/10/2011 ha deliberato di convocare l'Assemblea elettiva riguardante il rinnovo delle cariche per il triennio 2012/2014 secondo le seguenti modalità:

Prima convocazione: sabato 7 gennaio 2012: ore 14.³⁰ Assemblea. Votazioni dalle ore 16.³⁰ alle ore 18.³⁰; domenica 8 gennaio 2012 votazioni dalle ore 9.⁰⁰ alle ore 17.⁰⁰; lunedì 9 gennaio 2012 votazioni dalle ore 9.⁰⁰ alle ore 17.⁰⁰.

Luogo dell'Assemblea: Collegio IPASVI, Sondrio, Via Aldo Moro n. 38/e.

Luogo delle votazioni: Collegio IPASVI, Sondrio, Via Aldo Moro n. 38/e.

Qualora nella prima convocazione non si raggiungesse il numero legale (1/3 degli iscritti) è prevista una **seconda convocazione** nelle seguenti date, sedi ed orari, senza ulteriore avviso oltre il presente (numero legale 1/10 degli iscritti e comunque al doppio dei componenti del Consiglio):

► **Data, ora e luogo dell' Assemblea: Sabato 14 gennaio 2012, ore 14.30** presso l'Aula Magna dell'Azienda Ospedaliera di Valtellina e Valchiavenna, Presidio di Sondrio, Via Stelvio n. 25.

► **Date, ora e luogo delle votazioni:** Biblioteca Azienda Ospedaliera di Valtellina e Valchiavenna, Presidio di Sondrio, Via Stelvio n. 25:

• **Sabato 14 gennaio 2012** dalle ore 16.³⁰ alle ore 18.³⁰;

• **Domenica 15 gennaio 2012** dalle ore 9.⁰⁰ alle ore 17.⁰⁰;

• **Lunedì 16 gennaio 2012** dalle ore 9.⁰⁰ alle ore 17.⁰⁰.

Si ricorda altresì agli iscritti che:

a) al momento delle votazioni è necessario esprimere le proprie preferenze in numero di quindici, corrispondente ai componenti il Consiglio Direttivo e di tre, corrispondente ai componenti il Collegio dei Revisori dei Conti, di uno corrispondente al revisore dei conti supplente da eleggere;

b) non è ammessa la delega per l'elezione del consiglio;

c) sono esclusi dall'elettorato attivo e passivo i sospesi dall'esercizio professionale;

d) al momento della votazione bisogna essere muniti di un valido documento di identità in corso di validità;

e) Entro trenta giorni dalla proclamazione dei risultati delle elezioni ogni iscritto dell'Albo può proporre ricorso avverso la validità delle operazioni elettorali alla Commissione Centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, che decide nel termine di sei mesi (art. 21 del DPR 221/50 - art. 3, comma 4 Legge 241/90).

Il Consiglio Direttivo uscente, PRESIDENTE IP.AFD Ercole Andrea PIANI, VICEPRESIDENTE Dott.ssa Rosella BARAILOLO, SEGRETARIO V.I. Marisa AMBROSINI, TESORIERE I.P. Andrea PEDRINI, CONSIGLIERE I.P. Edo BAGIOLO, CONSIGLIERE I.P. Alberta ACQUISTAPACE, CONSIGLIERE IP.AFD Ida BERTELLI, CONSIGLIERE I.P. Matteo CANEVA, CONSIGLIERE I.P.AFD Olga CEDRO, CONSIGLIERE V.I. Carla FALLINI, CONSIGLIERE I.P. Arianna FIORELLI, CONSIGLIERE I.P. Alessandro FUMASONI, CONSIGLIERE IP.AFD Tiziana GIACONI, CONSIGLIERE IP.AFD Bruno ORSINI, CONSIGLIERE I.P.AFD Adelaide TUDORI ed il Collegio dei Revisori dei Conti uscente MEMBRO EFF. IP.AFD Giancarlo BOTTA', MEMBRO EFF. I.P. Milena SPANDRIO, MEMBRO EFF. I.P. Gisella TRIDELLA, MEMBRO SUPPL. I.P. Chiara FOGNINI porgono a tutti gli iscritti cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

f.to IP.AFD Ercole Andrea PIANI

E lei "povero" medico senza gli infermieri cosa farebbe?

di Ercole Piani

Su il giornale la Provincia è apparso tempo fa un articolo del dottor Daniele Ponti che, in vario modo, nel ribadire l'importanza della presenza dei Medici nel servizio 118, ha pensato bene di svalutare l'operato dei suoi Colleghi infermieri che da sempre esercitano nel Servizio Emergenza. Non ho voluto allora rispondere ora lo faccio utilizzando la lettera del caro amico Tortorella, apprezzato e amato Allenatore di calcio, a cui avevo voluto sottoporre le poco ortodosse dichiarazioni del sopracitato dottore.

Gentilissimo Dottore,

ho letto la Sua lettera pubblicata sul giornale "la Provincia di Sondrio il xx xx xxxx e pur nel rispetto della sua autorevole opinione mi permetto di sollevare qualche dubbio e spezzare una lancia a favore degli infermieri che operano sulle auto del 118 prendendo spunto dalla mia personale esperienza e da qualche mia considerazione.

Mi pare che sostenere che gli infermieri ".....grazie a un corso di qualche mese, sono stati trasformati di fatto in medici....." sia una semplificazione che mi permetto di mettere in dubbio: penso che per il personale infermieristico addetto abbia anche anni di esperienza non un " corso di qualche mese"

Nel mio caso, un infarto avvenuto su un campo da calcio mentre assistevo a una partita di ragazzi, una infermiera, madre di un giovane calciatore, mi ha salvato la vita. Forse allora anche l'esperienza e la professionalità sono importanti.

Senza entrare nel dettaglio perché magari troppo profano per farlo ma mi pare che anche le considerazioni sull'uso dell'elicottero siano un poco esagerate. Io penso che è difficile generalizzare su un tema così delicato. E' indubitabile l'intervento dell'elicottero ha salvato tante vite umane e, pur con i problemi meteorologici, la nostra viabilità certo non aiuta le ambulanze.

Concludo, mi consenta, con una considerazione che mi è sorta vedendo che addirittura lei si è addentrato sulla retribuzione oraria degli infermieri e sul " sistema premiante " del quale avrebbero beneficiato.

Ma i " poveri" medici senza infermieri cosa farebbero

► Continua dalla prima pagina

Il Consiglio d'Europa, quasi a voler sancire quanto sopra, dichiara che, la "responsabilità essenziale dell'infermiere è di assicurare un'assistenza personalizzata e globale all'individuo, alla famiglia, alla comunità". Ora, se riflettiamo sui termini che sono contenuti in questa definizione ci possiamo rendere conto di quale sia la sua portata etica, e di come questa recuperi il senso più autentico della nostra professione.

L'infermiere, infatti, non è più solo incaricato di eseguire le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche, ma è anche colui che, stando accanto al malato o al morente, quotidianamente, ne rileva i bisogni in ambito fisico, psicologico e sociale, diventandone l'interprete responsabile di fronte all'équipe sanitaria. È inoltre sempre più evidente il ruolo di contatto e mediazione che esplica nei confronti dei familiari, soprattutto nelle cure di fine vita. Può capitare, infine, che anche di fronte alle terapie e agli interventi di decisione medica egli possa e debba avanzare obiezioni di coscienza ad esempio di fronte al problema della interruzione volontaria di gravidanza, dell'accanimento terapeutico o della prassi abusiva dell'eutanasia, tanto per citare alcuni casi etici trattati in questo numero. Il nostro Codice deontologico è molto chiaro sia nell'opporci ad interventi non proporzionati alla condizione clinica dell'assistito (art. 36) sia nel trattare il tema dell'eutanasia. L'art. 38 recita infatti "L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito". In molti altri casi, non regolamentati da specifiche leggi, l'infermiere potrà avvalersi della "clausola di coscienza" come previsto dall'art. 8 del Codice stesso.

Alcune di queste situazioni critiche sono identificabili come dilemmi etici, che implicano capacità di discernimento e la conseguente presa di decisioni etiche. L'Infermiere è chiamato a perseguire il miglior bene possibile per la persona e a rispondere con competenza, tempestività e responsabilità, attraverso un'ottica positiva di quest'ultima.

L'etica professionale come "render-si conto" e "rendere conto" va rapportata infatti all'etica del sistema (sanitario, economico, sociale...) per dare valore alla persona, al lavoro, alla qualità della vita. A partire da noi stessi, dalla nostra professione e... per un nuovo orizzonte culturale e sociale.

*Presidente Collegio IPASVI Brescia

Lungodegenza

Negli occhi dell'uomo
c'è qualcosa di più forte
che tu non puoi ascoltare.
Celato nel silenzio del loro sguardo:
Parla e racconta senza parole
Parole che non servono per trafiggere il cuore.
Il sole filtra sui letti: che sia questa l'eternità
insana

Nell'attesa che la vita soffi via
come un vento caldo d'estate
E che io riesca a leggere nelle ferite
profonde e sanguinanti
di quei giorni che devono passare
in una vita,
in bilico.

Fuori tutto si muove e qui
c'è un santuario di carne, di ossa e di cuore
una cripta dove si riflettono
sogni svaniti
vite spezzate.

Qui Io trovo una ragione per tendere una mano
e lasciare che il tempo
non scorra invano
E lo sguardo si fa più umano
i raggi di sole più tiepidi.
Su questa stoffa bianca di luce
e di timida speranza

Una lontana (ma attuale) esperienza di tirocinio...
Sensazioni, emozioni che si muovono dentro di me.
La professione infermieristica non può, non deve esimersi
dall'entrare in contatto, in relazione con
l'altro.
Spesso l'altro porta con sé un vissuto di sofferenza e incertezza a cui l'infermiere può dare
accoglienza e sostegno senza giudizio.

Valentina Spagnoli,
infermiera RSA Grosotto

Strumenti di gestione e valorizzazione delle risorse umane: la comunicazione

di Antonietta Quetti*

Introduzione

In una situazione ambientale e professionale dove la richiesta di flessibilità e di cambiamento, unitamente alla necessità di competere si aggiungono alla frenesia delle attività di lavoro, le persone, i gruppi, le risorse umane e le loro competenze diventano il livello organizzativo da implementare, gestire e valorizzare. In un'organizzazione sanitaria, in particolare, la competenza comunicativa favorisce a tutti i livelli (gestionali, decisionali e operativi) la capacità di reagire e rispondere agli input che provengono, dall'esterno e dall'interno della struttura.

Gli stimoli a cambiare o modificarsi nascono dai bisogni molteplici di una società che è in continuo divenire e che abbisogna di risposte con sollecitudine ed efficacia. L'urgenza di incrementare una comunicazione adeguata attiene all'esigenza di far percepire i reali valori e le finalità di un'azienda sanitaria, in un processo organizzato di gestione d'informazioni e istruzioni a fini promozionali e di fornitura di servizi e beni, riguardanti la salute e il benessere del singolo e della collettività. Per questo si deve rendere imprescindibile un primo, anche generico, esame dei modi e del contesto ambientale ove gli operatori sanitari comunicano, per valutare la situazione. Spesso tale analisi è servita ad evidenziare la necessità di uno studio organico che potesse mostrare il bisogno di formazione di competenze, attinente al tema della comunicazione interpersonale, organizzativa e professionale. Un primo passo da fare è quello di essere consapevole e analizzare i processi, per valutare, gestire, implementare le sequenze esistenti e gli strumenti di comunicazione (già inseriti o da introdurre) in una struttura che reagisce al feedback e agli stimoli provenienti dai clienti, dagli operatori stessi o dalle strutture dirigenziali dell'organizzazione aziendale. La mancanza della necessaria competenza comunicativa, infatti, si può tradurre nell'ambiente lavorativo in una difficoltà di lettura e attenzione verso i messaggi provenienti dall'esterno e dall'interno dell'Azienda Sanitaria e si manifesta con l'incapacità di dare risposte chiare e soddisfacenti.

A livello economico-politico inoltre *"Le aziende sanitarie pubbliche si avviano ad adottare logiche strategiche più consistenti per definire il proprio posizionamento nei confronti di altri soggetti erogatori pubblici e privati, per ridisegnare i rapporti tra aziende e interlocutori istituzionali e per determinare le proprie scelte."*

Comunicare è divenuto, attraverso l'evoluzione storica, economica, ambientale, sempre più fondamentale. Esistere è mettersi in relazione con gli altri in un processo più o meno volontario, fatto di parole, suoni, gesti, comportamenti comunicativi. Nell'area della salute pubblica, saper comunicare e rapportarsi adeguatamente è diventata la più cruciale



delle risorse personali e organizzative. Inoltre, la capacità soggettiva e organizzativa di fornire informazioni chiare ed interagire in modo efficace, integra la necessità di comunicare un'immagine aziendale, delle Unità Operative e dei Servizi, reale e veritiera, pronta a modificarsi per il benessere del cliente, inteso sia come fruitore e come essere partecipativo. Gli elementi della comunicazione, le regole da concretare definiscono la qualità delle nostre relazioni sociali simmetriche o asimmetriche e definiscono il nostro grado di professionalità.

La competenza comunicativa delle figure sanitarie ha bisogno di essere indagata e accresciuta tenendo conto che la capacità di sviluppare relazioni appaganti, gratificanti ed efficaci attiene al grado di professionalità manifestata e al riconoscimento di competenza in funzione al profilo professionale.

Le relazioni simmetriche tra i colleghi e asimmetriche con la dirigenza, presuppongono una cooperazione che nasce essenzialmente da una buona comunicazione, che non sia prevaricante né superficiale o denigratoria e tenga conto del ruolo di ognuno, nel rispetto dell'ambito lavorativo e dei compiti assegnati.

Le figure sanitarie dovrebbero comunicare efficacemente attraverso ogni canale a disposizione, dimostrando assertività e conoscenza delle dinamiche verbali e non verbali del linguaggio e delle prerogative legate alla cinesica, agendo un ascolto attento e una comunicazione su basi empatiche, collaborando consapevolmente nelle dinamiche di gruppo e nella ricerca di possibili soluzioni da mettere in campo nei conflitti.

La comunicazione nei contesti organizzativi

In contesti organizzati la comunicazione assume caratteristiche di processo. Il singolo lascia il posto a più soggetti sociali e ai diversi contesti

organizzativi. Nelle organizzazioni complesse la comunicazione va assumendo un ruolo fondamentale poiché lo scambio d'informazioni, l'analisi delle relazioni col cliente e col pubblico, la gestione delle relazioni con gli *stockholder*, la gestione delle risorse umane, il dialogo tra gli attori dell'organizzazione nelle comunicazioni gerarchiche, paritarie o trasversali sono fatti strutturali e imprescindibili alla sopravvivenza stessa dell'organizzazione. Una comunicazione in equilibrio tra il "fare" e lo "stare" è efficace dentro le organizzazioni. Caratteristiche di tempestività, chiarezza, sintesi, completezza, possono essere la discriminante tra un'organizzazione di qualità e una poco apprezzabile o apprezzata.

Come comunicare

La competenza a comunicare è sicuramente legata alla conoscenza dell'interlocutore e all'utilizzo di comunicazioni adeguate alle situazioni. Ogni attore organizzativo dovrebbe comporre i suoi interventi comunicativi predefinendo: obiettivi, tempi, luoghi, linguaggio utilizzato e modi sequenziali di trasmissione delle informazioni. Una comunicazione formale si compone strutturalmente di *una premessa, un nucleo, una conclusione*, presentare un processo comunicativo è invece inerente alla forma, al sapersi relazionare, alla gestione degli spazi, dei tempi e dei comportamenti tenuti durante l'atto comunicativo e si basa su capacità dette "negoziali", quali distinguere tra problema e persona che lo porta, non irrigidirsi sui propri convincimenti e ricercare insieme all'altro le soluzioni, le scelte possibili e realmente attuabili. Ne deriva che consultarsi, confrontarsi, rendere concrete le soluzioni e i ragionamenti sono sequenze cognitive e pragmatiche nella negoziazione organizzata.

Gordon nel 1991, descrive 12 atteggiamenti che devono essere evitati per non rischiare di interrompere la

comunicazione e danneggiare la relazione interpersonale o col gruppo di lavoro.

Eccoli elencati:

ordinare, esigere. Ricevere ordini spesso genera rabbia e ostilità. Obbligare a fare qualcosa spesso significa non tener conto dei sentimenti dell'altro.

1. minacciare. Davanti a una minaccia spesso il ricevente contrattacca, oppure assume un atteggiamento di sottomissione. La paura riduce la fiducia nella relazione e diminuisce la motivazione a affrontare e superare i problemi.
2. fare la morale. L'invito a seguire determinati obblighi può produrre diminuzione dell'autostima e sensi di colpa.
3. dare soluzioni già pronte. Fornire soluzioni pronte e non incentivare a ricercare soluzioni proprie può comunicare la mancanza di fiducia nell'altro e nelle sue capacità, non permette di essere autonomi.
4. persuadere con argomentazioni logiche. Se nella valutazione dell'operato di una persona non si tengono in considerazione i suoi sentimenti la si può far sentire offesa e umiliata.
5. giudicare, disapprovare, criticare. I giudizi negativi, le critiche non costruttive, possono danneggiare l'immagine personale dell'altro.
6. fare complimenti, e approvare immeritamente. I complimenti immeritati possono risultare come falsi poiché l'altro li percepisce diffidenti dall'immagine di sé.
7. umiliare, ridicolizzare. Sono tutti messaggi offensivi.
8. interpretare, diagnosticare, analizzare. E' bene evitare di interpretare i comportamenti degli altri e i messaggi dati per evitare di far mettere sulla difensiva la persona (se si interpreta correttamente) o farla sentire incompresa (se si sbaglia).
9. consolare, minimizzare. Minimizzare per consolare fa sentire incompresi.

10. cambiare argomento, schivare il problema. Evitare il problema posto fa sentire all'altro che non lo si considera importante, né importanti i suoi sentimenti.

11. interrogare: troppe domande consecutive e perentorie fanno sentire l'altro invaso nel suo privato e portano ad atteggiamenti di chiusura e non partecipazione alla comunicazione.

Esistono comportamenti che incrementano l'apertura del ricevente alla comunicazione: descrivere, orientare al problema, essere spontanei, essere veritieri, essere empatici, essere fattuali. Comunicazioni di atteggiamenti valutativi, di controllo, di manipolazione, neutri o di superiorità e/o passività diminuiscono la fiducia e l'apertura al dialogo.

La persona assertiva è quella che invita maggiormente all'apertura del dialogo, quella con cui ci si rapporta più volentieri, quella con cui si discute, si risponde costruttivamente alle critiche.

"La persona assertiva si colloca tra l'aggressivo e il passivo, è colui che non fa violenza sugli altri, ma non permette che gli altri siano aggressivi con lui, non li subisce".

I soggetti assertivi riescono ad avere un uso adeguato anche della comunicazione non verbale, possono controllare adeguatamente l'uso dei gesti in modo da completare significativamente il messaggio senza essere invadenti o creare situazioni d'imbarazzo.

All'interno delle organizzazioni sanitarie uno dei compiti del manager dovrebbe essere quello di essere una persona con atteggiamenti assertivi così da favorire la comunicazione orizzontale, verticale, e quella che si orienta al cliente e alla sua famiglia.

La comunicazione e l'ascolto come relazione

La comunicazione è relazione poiché ha un obiettivo di passaggio d'informazioni, di comunicazione di sentimenti. Cerca di ottenere delle interazioni atte a sviluppare un comportamento reattivo sia esso positivo o negativo. La comunicazione non è mai asettica, neutra, priva d'intenzionalità (escludendo le forme patologiche), da qui l'invito allo studio di come comuniciamo tenendo presenti gli aspetti semantici e sintattici delle parole ma anche e soprattutto gli aspetti della comunicazione non verbale e paraverbale. Io posso comunicare qualcosa, esprimere parti di me attraverso svariati codici, ma posso anche comunicare a o con qualcuno e stabilire perciò una relazione con l'altro. Il dialogo tra persone ha aspetti formali e informali, ha la valenza di comunicare "il fare" e lo "stare". La prevalenza di aspetti formali o informali è legata alla situazione e al ruolo dei protagonisti nel dialogo. In un contesto organizzativo la comunicazione si può dire efficace quando esiste equilibrio tra i due aspetti. L'efficacia comunicativa è un fine

verso cui tendere, non si acquisisce in modo stabile. E' legata al saper motivare, all'essere capace di coinvolgere nelle decisioni, al poter apprendere e donare conoscenza che si traduca in comportamenti positivi benefici per creare clima di salute.

Essere motivati a comunicare, il più delle volte, non è bastevole, non ci rende automaticamente dei comunicatori attenti ed efficaci.

L'efficacia comunicativa già citata coinvolge, infatti, tutti i protagonisti dell'interazione non solo "l'emittente" ma anche la capacità dell'ascoltatore di inviare messaggi retroattivi o feedback.

Il relatore che davanti a un pubblico è motivato a istruirlo a far capire non può ritenersi efficace se non si accorge del venir meno dell'attenzione dei suoi auditori e gli ascoltatori neutri o non interagenti non consentono di acquisire il feedback necessario a modificare e implementare la comunicazione del relatore.

L'interattività, i meccanismi di feedback, gli aspetti proattivi, reattivi e retroattivi del nostro comunicare ci identificano, ci fanno essere buoni o mediocri professionisti, persone gradevoli o meno, ritenuti interessanti e capaci o uomini da tenere a distanza con i quali è meglio non condividere nulla. E' importante diventare consapevoli della nostra comunicazione, degli effetti che essa ha su noi, sui nostri interlocutori e sulle nostre relazioni per cercare di trasformarla in una comunicazione con caratteristiche di efficacia. Le parole e i gesti dovrebbero creare benessere in noi e negli altri ed evitare o non creare o gestire errori conflitti e stress. Essere consapevole di come comunichiamo, sia oralmente sia scrivendo, diventa fondamento al generare relazioni positive, empatiche, efficaci ed efficienti sia umanamente sia a livello professionale. Entrare in sincronia con gli stati emozionali dei nostri interlocutori ci aiuta a leggere i bisogni, a farli diventare nostri, senza lasciarci trascinare dentro il problema ma riuscendo a gestire e proporre soluzioni e idee che possono aiutare e sostenere l'altro e, in fondo, anche noi stessi. L'abilità di comunicazione può essere innata, in parte, in alcune persone ma, tuttavia, può essere sviluppata da ogni individuo che ne senta la necessità. Il nostro senso d'identità si fonda sulla comunicazione con gli altri, specie con coloro che sentiamo più vicini: familiari, amici di lunga data, colleghi di lavoro. Interagendo con gli altri assolviamo i nostri bisogni pratici quali l'ottenere informazioni utili o dare consigli.

Gestire e valorizzare le risorse umane

Nella gestione delle risorse umane l'ascolto determina migliori relazioni interpersonali, accresce la motivazione nel lavoro, ci rende professionisti veri, partecipativi nell'implementazione della qualità dei servizi offerti al cliente. Ascoltare è un anticipo di fiducia, non interrompersi a vicenda, avere un atteggiamento attivo, accogliere i sentimenti dell'altro, mettersi nei panni dell'altro, decifrare il linguaggio del corpo, distinguere i messaggi dell'altro da ciò che suscitano in noi, cogliere l'implicito, mostrare interesse, attenzione e pazienza. L'ascolto delle figure gerarchiche verso i sottoposti riesce a creare quella comunicazione trasversale che aiuta l'accrescimento dei contenuti di qualità e delle relazioni efficaci che si tramutano in procedure operative e

comunicazioni condivisibili, oltre che del senso di appartenenza alla struttura organizzata. L'immagine aziendale è comunicata anche attraverso strumenti non propriamente legati al tema in esame, quali il personale di contatto con l'utenza. Gli operatori sanitari e il personale amministrativo, nell'entrare in contatto vis à vis, col cliente sono i maggiori responsabili di una comunicazione implicita che rende, gradevole o meno, l'approccio con l'azienda. L'utilizzatore di un'azienda ospedaliera è, generalmente un soggetto già debole per la sua condizione di malato o potenziale paziente, e da questo si evince quanto la cortesia, l'efficienza ed efficacia delle relazioni formali e informali tra operatori e clientela pesino sulla soddisfazione della persona che intende fruire del servizio.

L'azienda ospedaliera deve, ai suoi fruitori, una comunicazione veritiera e coerente con la prassi effettiva e quotidiana, se intende sviluppare un legame di consenso, fiducia e collaborazione col cliente. In tale prospettiva si afferma che l'efficienza dei servizi, la cortesia e la professionalità del personale addetto ai servizi e all'assistenza sono strumenti che influenzano molto la percezione della qualità erogata in un'azienda sanitaria. Bisognerebbe tenere in considerazione quanto, il giudizio negativo, anche se trasmesso oralmente tra clienti con il "passa parola", rischi di deteriorare la comunicazione d'immagine dell'azienda in toto e non solo del singolo operatore o del servizio. Una comunicazione aziendale che sia in grado di sviluppare e mantenere un legame di fiducia con gli utenti è basata su un attento ascolto dei bisogni e delle attese dei fruitori e si organizza in funzione di essi, induce un utilizzo più ragionato dei servizi da parte del cliente e promuove il diventare "attore partecipante" dell'utente che, in qualche maniera, crea e gestisce i servizi. La comunicazione tra azienda, risorsa umana ed organizzativa, se ben pensata, permette quel già citato "senso di appartenenza" e "di orgoglio" che si sviluppa e si manifesta attraverso i meccanismi di feedback generati dalle comunicazioni *"L'intreccio di livelli organizzativi, di finalità gestionali, e di modi di relazione definisce il sistema di comunicazione interna che può essere regolata dal management."*

La regia verticale che non considera il feedback individuale attiene a un sistema centralistico che non si vuole modificare nel tempo e dà poco spazio e importanza al lavoratore. Il modello teorico ideale dell'organizzazione professionale moderna è dunque quello in cui l'informazione, coniugata alla responsabilità, sostituisca la gran parte dei meccanismi autoritari e burocratici di controllo. L'informazione e la comunicazione, in un sistema di conoscenze che tendono a essere sempre più rese comprensibili e condivise, permettono di orientare il comportamento dei professionisti agli obiettivi strategici dell'azienda, quindi anche all'efficienza e all'efficacia in un processo che dovrebbe creare interdipendenza tra tutti gli attori organizzati. La comunicazione va assumendo un ruolo di grande rilievo per le caratteristiche d'informazione e di trasformazione che la rendono il processo fondamentale per il funzionamento dei sistemi sociali complessi.

Una sempre maggiore attenzione è attribuita ai processi di comunicazione, all'analisi delle reti e dei flussi, alla capacità di comunicare degli attori

organizzativi. Infatti, il processo di comunicazione enfatizza le caratteristiche di "sistema aperto" dell'organizzazione, interessandola interamente sia nelle relazioni con l'esterno che negli scambi che avvengono al suo interno. La necessità di scambiare informazioni sta diventando un fatto "strutturale" per la sopravvivenza e la soluzione migliorativa dei problemi dell'organizzazione. La comunicazione, rappresenta oggi, secondo questa linea di pensiero, la risposta coerente allo sviluppo di una moderna democrazia, avente il compito non solo di produrre norme e fornire servizi, ma di attuare una politica informativa per il recupero del consenso. Il sorgere di questo bisogno ha sollecitato sia l'amministrazione centrale e locale dello Stato, sia le aziende pubbliche, ad attuare iniziative nel campo della comunicazione pubblica e a definire un piano organico con obiettivi chiari ed evidenti. È un continuo "dialogare per fare" in una situazione nella quale, da una parte occorre, sempre più, maggior confronto e integrazione professionale, dall'altra sorgono sempre problemi nuovi, aumenta l'incertezza circa la loro soluzione e, contemporaneamente, un numero sempre maggiore di persone è coinvolto nei risultati e negli effetti della risoluzione del problema. Il campo comunicativo attivato sottende una dinamica di bisogni: del sistema, di ciascun attore, del cliente, del fornitore... Questo fa emergere l'aspetto di fenomeno globale della comunicazione che nasconde in sé diverse variabili dalle quali dipendono differenti letture e prospettive interpretative che mettono comunque in correlazione e interrelazione tutti gli elementi del fenomeno. La comunicazione diventa così presupposto di funzionamento organizzativo soprattutto quando è intesa come partecipazione ad una rete di scambi di informazioni e di relazioni strutturati secondo le regole, i codici e i canali disponibili nel contesto culturale e aziendale, sia pubblico che privato. I vantaggi che conseguono a un'efficace comunicazione sono rilevabili ad almeno due livelli: quello dei processi e quello delle relazioni. I processi, in una situazione di fluidità comunicativa, non sono ridotti ad una sequenza cieca e meccanica ma vengono riconosciuti i movimenti di andata e ritorno delle informazioni e i differenti destinatari/ utilizzatori.

In tale modo diventa possibile anche dare maggiore visibilità e chiarezza alle risorse e alle potenzialità presenti nell'ambiente organizzativo. La comunicazione è l'unico processo che consenta di definire e mantenere relazioni; da essa dipendono l'apertura, la chiarezza e la vicinanza relazionale tra i membri della stessa realtà professionale. Il conflitto, la soluzione dei problemi, le attese reciproche possono essere veicolate solo dalla comunicazione, che agisce pertanto come dimensione determinante per la qualità delle relazioni. Essa consente di assumere e condividere la responsabilità sui processi stessi, evidenziando l'inevitabile integrazione tra i soggetti.

Risultato dell'efficacia della comunicazione è quindi lo sviluppo individuale e organizzativo, giacché essa permette di apprendere uno dall'altro, di esprimere attese e bisogni, di tradurli in obiettivi e percorsi concreti, di manifestare e tradurre l'apprendimento del singolo in comportamenti organizzativi che possano dare luogo a buone prassi trasferibili e replicabili.

La comunicazione nelle aziende sanitarie

L'esigenza di promuovere una comunicazione efficace con i propri clienti ha dato luogo, in molti casi, alla formalizzazione e stabilizzazione di un settore che fino a pochi anni fa non godeva di molto interesse. Dal bisogno di competere delle aziende sanitarie e dalle innovazioni normative di recente acquisizione, si è giunti a promuovere e promulgare l'aspetto della comunicazione e a farlo diventare un asse strategico. Gli obiettivi che le aziende sanitarie pubbliche possono perseguire attraverso lo sviluppo di una politica di comunicazione sono molteplici. Attraverso l'uso di strategie comunicative l'azienda sanitaria pubblica costruisce la sua "immagine", intesa come percezione di elementi interni ed esterni dell'azienda che contribuiscono al formarsi di "un'idea" di quella data azienda, erogante servizi al cittadino. L'immagine dell'azienda si costruisce a medio e lungo termine e deve essere coerente con il risultato della qualità dei servizi erogati. E' necessario che l'immagine comunicata non sia essere difforme da quella percepita dai clienti quando si accostano e fruiscono dei servizi. Le aziende sanitarie hanno necessità di informare sui servizi offerti, su come le persone possano usufruire di tali servizi, su quali siano i tempi di attesa, sulle procedure di prenotazione di esami e consulti ecc.... La comunicazione di queste informazioni oltre che veritiera deve essere costantemente aggiornata ed esauriente e necessariamente visionabile da tutti i possibili clienti. Le aziende sanitarie, inoltre, hanno il compito di promuoversi, devono farsi, in qualche modo, "pubblicità": l'interesse del cittadino verso questa o un'altra azienda dipende da cosa è offerto. Nelle strategie di comunicazione verso l'esterno, l'azienda s'impenna a promulgare tutte quelle iniziative che favoriscano la salute delle persone, attraverso stili di vita che modifichino e educino il cittadino a un comportamento più consapevole e partecipativo nella prevenzione delle malattie. Il cittadino, infatti, diventa un soggetto attivo, partecipante al suo processo di cura, positivo verso l'azienda e l'implementazione dei servizi erogati, oltre che l'attore principale nei meccanismi di feedback che possono modificare ed elevare la qualità delle prestazioni.

La gestione delle informazioni sul gradimento o l'insoddisfazione dei fruitori verso i servizi erogati permette all'azienda di modificare e correggere le procedure attuate in modo tempestivo (in quest'ottica si inserisce l'analisi dei *customer satisfaction* a cura, generalmente, dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico). Le aziende sanitarie devono raccogliere informazioni circa i bisogni dei cittadini e la situazione epistemologica del proprio territorio di competenza, così da creare una rete adeguata e soddisfacente di servizi che, dovutamente pubblicizzati, offrano la possibilità all'utente di giudicare il comportamento dell'azienda e la corrispondenza tra immagine e realtà.

Oggi non è più possibile avviare scambi e comunicazioni prescindendo da quelli che sono i bisogni, le attese e le competenze degli interlocutori. Le caratteristiche individuali diventano oggetto di comunicazione e come tali è necessario che siano esplicitate e verificate proprio per l'influenza che esercitano sul processo comunicativo.

La competenza dei singoli diventa parte integrante e non prescindibile del contenuto della comunicazione poiché è l'oggetto di riferimento in molti momenti quali, ad esempio, la valutazione delle prestazioni e della potenzialità del soggetto o i processi di assegnazione della delega nell'organizzazione della fase di cura.

Conclusioni

La formazione dei professionisti sanitari dovrebbe entrare a far parte di una strategia aziendale che abbia ben chiaro quanto gli aspetti legati a "come, cosa e quando si comunica" siano essenziali in una logica che prevede il dare servizi sempre più appetibili (anche da un punto di vista di business) agli utenti. L'organizzazione sanitaria, infatti, mira a essere un insieme di servizi di qualità percepita e reale, e, in questa logica, la risorsa umana e la sua competenza comunicativa sono elementi caratterizzanti non soltanto essenziali. Una pianificazione attenta e una gestione efficace dei rapporti formali e informali con l'utenza favorisce la competitività e la competenza dell'azienda, tracciandone un'identità non confondibile con altre. Inoltre non si può dimenticare che l'azienda sanitaria non è un'entità astratta, ma è costituita dalle sue risorse umane. Ogni professionalità, ogni competenza, ogni uomo presente in azienda opera nel costituire l'organizzazione: la può identificare e rendere rara e unica. Le abilità del singolo e del gruppo di lavoro nella comunicazione interpersonale e con il cliente sono il primo specchio dell'identità dell'organizzazione, garanzia di performance di qualità. Sono un valore aggiunto, le abilità di persuasione, di negoziazione, di risoluzione di conflitti o problemi contingenti, perché riescono a superare a piccole criticità di percorso e fanno conseguire all'azienda l'obiettivo di essere percepita come struttura di professionisti adeguati e capaci, dedicata al cliente. Gestire e valorizzare le risorse umane significa però coinvolgerle nei processi organizzativi, comunicare apertamente e chiaramente in merito agli obiettivi aziendali di breve, medio e lungo termine: un dipendente informato è più motivato a operare per il meglio, trova un fattore stimolante nella condivisione delle finalità dichiarate, partecipa attivamente e criticamente poiché si sente protagonista del sistema, anche se lavora dentro un microcosmo e la struttura dirigenziale sembra lontana e intoccabile. La Dirigenza ha con l'interazione comunicativa un'arma per accorciare le distanze coi propri dipendenti e valorizzare in un'ottica meritocratica. Del resto, l'estensione delle informazioni a tutti i professionisti, così come la possibilità di interagire con propri consigli o dichiarando le proprie difficoltà e i propri bisogni, contribuisce a creare un clima di affiliazione e di benessere che porta esiti positivi su tutte le prassi quotidiane. E' vero che è utopistico voler creare "il comunicatore efficace" per eccellenza ma il contatto quotidiano con l'esistenza umana e le sue difficoltà, dovrebbe, da un lato, stimolare gli attori umani organizzativi a formarsi alle life-skill e, dall'altro, spingere l'Azienda verso il riconoscimento e la valorizzazione della competenza specifica nei processi di comunicazione.

* S.C. RRF AOVV presidio di Sondalo
Bibliografia disponibile (se interessa).

La gestione del ristagno gastrico nella persona portatrice di sondino naso-gastrico per nutrizione enterale

di Sara Libera*

INTRODUZIONE

Nella persona ospedalizzata la malnutrizione è il risultato di un deficit, acuto o cronico, sia di calorie che di proteine, che configurano il quadro della cosiddetta malnutrizione proteico-calorica. La prevalenza del fenomeno nelle persone ospedalizzate è di circa il 40-50% e tende ad aumentare nel corso del ricovero. Per sopperire a questa problematica, in alcuni casi, si rivela necessario iniziare tempestivamente la nutrizione artificiale: tra le tipologie a disposizione, quella enterale rappresenta la metodica di prima scelta, laddove fosse praticabile e non controindicata per le condizioni del sistema digerente (Casati *et al.*, 2009). Lo scopo è quello di accelerare il processo di guarigione dell'assistito e prevenirne la malnutrizione, mantenendo e/o integrando il regime nutrizionale.

Tra i presidi e le vie di accesso al lume gastrointestinale (sondino naso-gastrico, sonda naso-digiunale, gastro/digiunostomia percutanea endoscopica) il sondino naso-gastrico (SNG) è il metodo più diffuso e le manovre di posizionamento e gestione sono da sempre parte integrante della formazione infermieristica (Casati *et al.*, 2009).

Ciò nonostante l'utilizzo di questo presidio comporta talora delle complicanze: ne sono un esempio la compromissione della motilità intestinale, sintomo di intolleranza alla nutrizione enterale, e il reflusso esofageo, che può comportare inalazione del preparato nutrizionale. La prevalenza di queste complicanze aumenta notevolmente quando viene rilevata su persone degenti in Unità di Cure Intensive (ICU): gravi patologie, comorbidità preesistenti e trattamento polifarmacologico rientrano infatti tra i fattori scatenanti (Ridley e Davis, 2011). Landzinski *et al.* (2008) riportano che il 43-63% delle persone con patologie critiche non tollera l'alimentazione enterale e solo il 42-76% di costoro riceve il fabbisogno calorico ideale. Deane *et al.* (2007) aggiungono che approssimativamente il 50% delle persone ventilate meccanicamente è soggetto ad alterato svuotamento dello stomaco. Il disagio si manifesta prevalentemente con un incremento del volume di contenuto gastrico o con episodi di vomito (Ridley e Davis, 2011).

La persistenza eccessiva, rispetto al normale tempo di digestione, di sostanze alimentari e secrezioni di tipo gastrico, all'interno dello stomaco, è un aspetto rilevante nell'assistenza alla persona ricoverata in ICU. Lo dimostra il fatto che l'infermiere, nel contribuire all'apporto di un adeguato fabbisogno calorico, risulta, in molte occasioni, condizionato dalla presenza delle procedure di controllo del volume di ristagno gastrico (GRV), di reintroduzione del contenuto nello stomaco o di eliminazione dello stesso. La gestione di queste procedure e la conseguente modifica della velocità, o interruzione temporanea, della somministrazione di alimenti lascia all'infermiere spazi decisionali e necessità di confronto con valutazioni mediche. Per questi motivi si vogliono ricercare evidenze appropriate che contribuiscano a rendere l'intervento infermieristico efficace e pertinente.

Lo studio si propone quindi di indagare se l'intervento di misurazione del ristagno gastrico prevenga complicanze respiratorie e non comporti rischi nutrizionali.

QUESITO

P & P patient / population & problem: persone adulte, in ventilazione meccanica, sottoposte ad alimentazione enterale



I Intervention: misurazione del volume di ristagno gastrico

Versus

C Comparison: /

O Outcome (s): prevenzione di complicanze respiratorie e nutrizionali

FONTI BIBLIOGRAFICHE

Revisioni sistematiche

Database: COCHRANE LIBRARY
Disponibile da: <http://onlinelibrary.wiley.com/>

Consultato il: 07-09-2011

Search Strategy: enteral nutrition in title, abstract or keywords in Cochrane Database of Systematic Reviews

Documenti reperiti: 47

Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: COCHRANE LIBRARY
Disponibile da: <http://onlinelibrary.wiley.com/>

Consultato il: 07-09-2011

Search Strategy: enteral nutrition in title, abstract or keywords in database of abstracts of review of effects

Documenti reperiti: 79

Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: PubMed
Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Consultato il: 10-07-2011

Search Strategy: key words (Caloric intake AND tube feeding AND critically ill), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 65

Documenti selezionati pertinenti: 1

1. Ros C., McNeill L., Bennett P. (2009) Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *Journal of clinical nursing*, 18(17):2406-15

Linee guida

Database: TRIPDATABASE
Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com/index.html>

Consultato il: 15-07-2011

Search Strategy: key words (enteral nutrition), start year (inclusive) 2006, anywhere in the document

Documenti reperiti: 118

Documenti selezionati pertinenti: 2

2. Malone AM., Charney P., Compher C., Esper DH., Frankenfield D., Hise M., Kattlemann K., Marian M., Nyberg E., Roberts S., Russell MK., American Dietetic Association (ADA). Critical illness evidence-based nutrition practice guideline. (guideline summary) (2006)

3. Bankhead R., Boullata, J., Brantley S., Corkins M., Guente, P., Krenitsky J., Lyman B., Metheny NA., Mueller C., Robbins S., Wessel J. and the A.S.P.E.N. board of directors (2009) A.S.P.E.N. Enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(2):122-167

Database: SCOPUS

Disponibile da: <http://www.scopus.com/home.url>

Consultato il: 10-07-2011

Search Strategy: articoli citati da DeLegge MH. (2011) Managing gastric residual volumes in the critically ill patient: an update. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 14(2):193-6

Documenti reperiti: 19

Documenti selezionati pertinenti: 1

4. McClave SA., Martindale RG., Vanek VW., McCarthy M., Roberts P., Taylor B., Ochoa JB., Napolitano L., Cresci G.; A.S.P.E.N. Board of Directors; American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine (2009) Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(3):277-316

Letteratura primaria (studi/articoli singoli)

Database: PubMed

Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Consultato il: 10-07-2011

Search Strategy: key words (enteral nutrition [Mesh] AND gastric residual volume), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 40

Documenti selezionati pertinenti: 8

5. Deane A., Chapman MJ., Fraser RJ., Bryant LK., Burgstad C., Nguyen NQ. (2007) Mechanisms underlying feed intolerance in the critically ill: implications for treat-

ment. *World journal of gastroenterology*, 13(29):3909-17

6. Davies AR. (2010) Gastric residual volume in the ICU: can we do without measuring it? *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 34(2):160-2

7. Metheny NA., Schallom L., Oliver DA., Clouse RE. (2008) Gastric residual volume and aspiration in critically ill patients receiving gastric feedings. *American journal of critical care*, 17(6):512-9

8. Montejo JC., Miñambres E., Bordejé L., Mesejo A., Acosta J., Heras A., Ferré M., Fernandez-Ortega F., Vaquerizo CI., Manzanedo R. (2010) Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. *Journal of intensive care medicine*, 36(8):1386-93

9. Moreira TV., McQuiggan M. (2009) Methods for the assessment of gastric emptying in critically ill, enterally fed adults. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 24(2):261-73

10. Poulard F., Dimet J., Martin-Lefevre L., Bontemps F., Fiancette M., Clementi E., Lebert C., Renard B., Reignier J. (2009) Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: a prospective before-after study. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 34(2):125-30

11. Quenot JP., Plantevefe G., Baudel JL., Camilatto I., Bertholet E., Cailliod R., Reignier J., Rigaud JP. (2010) Bedside adherence to clinical practice guidelines for enteral nutrition in critically ill patients receiving mechanical ventilation: a prospective, multi-centre, observational study. *Critical care* 14(2):R37

12. Ridley EJ., Davies AR. (2011) Practicalities of nutrition support in the intensive care unit: the usefulness of gastric residual volume and prokinetic agents with enteral nutrition. *Nutrition*, 27(5):509-12

Database: PubMed

Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Consultato il: 10-07-2011

Search Strategy: key words (enteral nutrition [Mesh] AND tolerance AND critically ill), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 37

Documenti selezionati pertinenti: 3 (2 già citati)

13. DeLegge MH. (2011) Managing gastric residual volumes in the critically ill patient: an update. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 14(2):193-6

Database: PubMed

Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Consultato il: 10-07-2011

Search Strategy: key words (respiratory complications AND tube feeding AND critically ill), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 10

Documenti selezionati pertinenti: 1

14. Metheny NA. (2006) Preventing respiratory complications of tube feedings: evidence-based practice. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4):360-9

Database: CHINAL

Disponibile da: <http://web.ebscohost.com/>

Consultato il: 11-07-2011

Search Strategy: key words (MH "enteral nutrition" AND MH "gastroparesis"), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 11

Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: CHINAL

Disponibile da: <http://web.ebscohost.com/>

Consultato il: 11-07-2011

Search Strategy: key words (MH "enteral nutrition" AND MH "gastrointestinal contents"), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 12

Documenti selezionati pertinenti: 3 (già citati)

Database: CHINAL

Disponibile da: <http://web.ebscohost.com/>

Consultato il: 11-07-2011

Search Strategy: key words (MH "enteral nutrition" AND MH "aspiration"), limits (pubblicazioni a decorrere dal 2006), search in all fields

Documenti reperiti: 50

Articoli selezionati pertinenti: 4 (3 già citati)

15. Makic MBF., VonRueden K., Rauen CA., Chadwick J., (2011) Evidence-Based Practice Habits: Putting More Scared Cows Out to Pasture. *Critical Care Nurse* 31(2):38-62

Database: SCOPUS

Disponibile da: <http://www.scopus.com/home.url>

Consultato il: 07-09-2011

Search Strategy: documenti che citano Metheny NA. (2006) Preventing respiratory complications of tube feedings: evidence-based practice. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4):360-9

Documenti reperiti: 29

Documenti selezionati pertinenti: 2 (1 già citato)

16. Landzinski J., Kiser TH., Fish DN., Wischmeyer PE., MacLaren R. (2008) Gastric motility function in critically ill patients tolerant vs intolerant to gastric nutrition. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 32(1):45-50

Database: ILISI

Disponibile da: <http://www.ipasvi.roma.it/ita/ilisi/>

Consultato il: 07-09-2011

Search Strategy: cerca parola(e) enterale

Documenti reperiti: 8

Documenti selezionati pertinenti: 1

17. Casati M., Galbiati G., Spotti L. (2008) Assistenza infermieristica alla persona sottoposta alla nutrizione enterale e parenterale. *I Quaderni dell'Infermiere*, (23):20-27

SINTESI DELLA DISSERTAZIONE

Poulard *et al.* (2009) hanno pubblicato uno studio prospettico realizzato su 205 persone ventilate meccanicamente: 102 (gruppo controllo) erano sottoposte alla misurazione del GRV e 103 (gruppo studio) non vi erano sottoposte, in questi ultimi la tolleranza alla nutrizione enterale veniva accertata registrando gli episodi di vomito. I risultati hanno dimostrato che nel gruppo studio non vi è stato incremento né del numero di polmoniti da aspirazione (VAP), né degli episodi di vomito e che l'interruzione della nutrizione enterale, che si basa su arbitrari *cut-off* di GRV, non riduce i rischi di complicanze respiratorie e non induce benefici. Questo progetto di studio, però, si contraddistingue per una serie di criticità relative alla metodologia con cui è stato condotto.

Davies (2010), infatti, esaminando il lavoro di Poulard *et al.*, ne ha evidenziato la mancanza di randomizzazione, l'assenza di doppio cieco e l'eccessiva durata del periodo d'indagine

(2 anni). Nel corso di tale periodo si sarebbe potuta verificare un'evoluzione delle pratiche cliniche: ciò avrebbe significato "cure migliori" ai membri del gruppo studio, perché inseriti nel progetto un anno dopo il suo inizio. Infine, rielaborando le statistiche pubblicate da Poulard *et al.*, Davies (2010) ha individuato una mortalità nel gruppo studio maggiore del 10% rispetto a quella del gruppo controllo; il dato non è statisticamente significativo, ma indica sia consigliabile attendere ulteriori conferme prima di escludere la pratica di misurazione del GRV dalle ICU.

Considerando quest'ultima affermazione, l'attenzione della ricerca si propone ora, di indagare la correlazione tra rilevazioni di elevati contenuti gastrici e rischio di aspirazione polmonare.

In uno studio prospettico di Metheny *et al.* (2008), a 206 assistiti, sottoposti ad alimentazione enterale, il monitoraggio veniva praticato ad intervalli di 4 ore e veniva ricercata la presenza di pepsina nell'aspirato tracheale per accertare l'eventuale aspirazione polmonare. È emerso che in concomitanza di valori di GRV elevati l'aspirazione polmonare si verifica più spesso che in presenza di valori di GRV ridotti. Gli autori suggeriscono quindi di mantenere questa pratica infermieristica nei protocolli di nutrizione enterale e sottolineano che le rilevazioni del contenuto gastrico non possono però escludere dal monitoraggio, la valutazione di altri fattori di rischio quali livello di coscienza, inclinazione del capo, vomito, gravità della patologia.

Lo stesso autore, due anni prima, aveva condotto una revisione delle evidenze riguardanti la prevenzione delle complicanze respiratorie in presenza di sondini per alimentazione enterale (Metheny, 2006). L'indagine aveva portato alla luce un numero di variabili che avrebbero potuto inficiare una corretta rilevazione del GRV, quali il diametro e la posizione del SNG, la postura dell'assistito e l'impossibilità di aspirare l'intero contenuto dello stomaco. Aveva inoltre revisionato una serie di studi, da cui estrapolava una conclusione di notevole rilevanza: "non esistono accordi sul significato di elevato ristagno gastrico".

Compagno quindi sia problemi metodologici associati all'esecuzione della tecnica di aspirazione con siringa, come affermano anche Moreira *et al.* (2009), sia problemi legati all'interpretazione dei risultati ottenuti dalla misurazione.

Tale asserto trova il sostegno anche di Montejó *et al.* (2010), i quali ribadiscono che *cut-off* di GRV considerati "sicuri" si basano maggiormente sul parere degli esperti piuttosto che su studi clinici. Lo hanno dimostrato in un trial clinico randomizzato svolto in 28 ICU, su 329 persone intubate e ventilate meccanicamente e suddivise in 2 gruppi randomizzati. Nel gruppo di controllo la somministrazione di alimentazione enterale veniva interrotta quando il GRV raggiungeva i 200ml, nel gruppo studio, quando raggiungeva i 500ml. Al termine dell'osservazione, sono state registrate, nei 2 gruppi, simili frequenze di VAP; ciò suggerisce che non esista relazione tra VAP ed elevati contenuti gastrici e che il *cut-off* di GRV possa essere innalzato a 500ml.

Sono poche anche le evidenze a sostegno dell'utilità del controllo del GRV per accertare la tolleranza all'alimentazione enterale (Makic, 2011).

Una revisione sistematica (Ros *et al.*, 2009), che contempla l'analisi di 16 studi, ha dimostrato che elevati GRV non sono necessariamente segni di intolleranza e che GRV ridotti non sono sinonimo di tolleranza o di assenza di rischio di aspirazione polmonare. La pratica infermieristica, inoltre, può contribuire ad un insufficiente apporto calorico ogniqualvolta si verificano interruzioni dell'alimentazione enterale conseguenti a rilevazioni di GRV arbitrariamente considerate elevate. Per questi motivi le pubblicazioni inserite nella revisione suggeriscono che, in assenza di altri segni di intolleranza, il GRV da raggiungere, prima di interrompere la somministrazione di alimenti, sia di 400-500ml.

Anche Quenot (2010), in 19 ICU, si è proposto di calcolare la differenza tra la quantità di calorie prescritte e somministrate agli assistiti. L'autore ha analizzato i fattori correlati alla mancata adesione alle raccomandazioni delle linee guida sulla nutrizione enterale. Le variabili testate includevano il tipo di patologia, l'utilizzo di un protocollo di nutrizione specifico, di farmaci sedativi/vasoattivi e la metodica di misurazione del GRV. Proprio quest'ultima è stata significativamente associata alla diminuzione delle calorie somministrate: quando veniva monitorato il GRV, vi era un incremento del 38% del rischio che si verificasse un abbassamento del quantitativo calorico giornaliero somministrato.

Vi sono dunque pochi dati a sostegno del monitoraggio del GRV nella prevenzione delle complicanze respiratorie, inoltre questa procedura potrebbe precludere un'adeguata somministrazione di nutrienti alla persona (De Legge, 2011).

Le linee guida reperite, identificano un cambiamento delle raccomandazioni nel tempo, che dovrebbe riflettersi sulla pratica clinica. L'American Dietetic Association (ADA) (2006) ha definito la valutazione del GRV, nelle persone con patologie critiche, una componente opzionale del monitoraggio per accertare la tolleranza all'alimentazione enterale e una tecnica non ottimale per accertare il rischio di aspirazione polmonare. Raccomanda di interrompere l'alimentazione enterale in presenza di GRV uguali o maggiori a 250ml registrati in 2 o più occasioni consecutive.

Anche l'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.) (2009) e la Society of Critical Care Medicine (SCCM) (2009) riconoscono non vi siano studi rilevanti a sostegno della relazione tra GRV e aspirazione polmonare; tuttavia l'A.S.P.E.N e la SCCM, a differenza dell'ADA, raccomandano l'interruzione della somministrazione di nutrienti al raggiungimento di volumi gastrici di 500ml e in assenza di altri segni di intolleranza.

CONCLUSIONI

L'utilità del monitoraggio del GRV per prevenire le complicanze respiratorie è sostenuta da pochi dati. Questa pratica infermieristica può inoltre comportare complicanze nutrizionali (diminuzione del fabbisogno calorico somministrato), qualora venga interrotta la nutrizione enterale basandosi su arbitrari *cut-off* di GRV. Il monitoraggio del contenuto dello stomaco, tuttavia, contribuisce a fornire dati importanti se considerati in relazione ad altre valutazioni cliniche.

Per questo l'operatore dovrebbe attenersi alle linee guida: controlli ad intervalli di 4 ore ed interruzioni della somministrazione dell'alimentazione con GRV di 500ml (se non sussistono altre complicanze), per ridurre i rischi nutrizionali

BIBLIOGRAFIA

- Bankhead R., Boullata, J., Brantley S., Corkins M., Guente, P., Krenitsky J., Lyman B., Metheny NA., Mueller C., Robbins S., Wessel J. and the A.S.P.E.N. board of directors (2009) A.S.P.E.N. Enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(2):122-167
- Casati M., Galbiati G., Spotti L. (2008) Assistenza infermieristica alla persona sottoposta alla nutrizione enterale e parenterale. *I Quaderni dell'Infermiere*, (23):20-27
- Craven RF. (2011) *nutrizione in:* RF Craven, CJ. Hirnle. *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Quarta edizione, volume 1. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 1119-1134
- Davies AR. (2010) Gastric residual volume in the ICU: can we do without measuring it? *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 34(2):160-2
- Deane A., Chapman MJ., Fraser RJ., Bryant LK., Burgstad C., Nguyen NQ. (2007) Mechanisms underlying feed intolerance in the critically ill: implications for

treatment. *World journal of gastroenterology*, 13(29):3909-17

- DeLegge MH. (2011) Managing gastric residual volumes in the critically ill patient: an update. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 14(2):193-6
- Landzinski J., Kiser TH., Fish DN., Wischmeyer PE., MacLaren R. (2008) Gastric motility function in critically ill patients tolerant vs intolerant to gastric nutrition. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 32(1):45-50
- Makic MBF., VonRueden K., Rauen CA., Chadwick J., (2011) Evidence-Based Practice Habits: Putting More Scared Cows Out to Pasture. *Critical Care Nurse* 31(2):38-62
- Malone AM., Charney P., Compher C., Esper DH., Frankenfield D., Hise M., Kattlemann K., Marian M., Nyberg E., Roberts S., Russell MK., American Dietetic Association (ADA). Critical illness evidence-based nutrition practice guideline. (guideline summary) (2006)
- McClave SA., Martindale RG., Vanek VW., McCarthy M., Roberts P., Taylor B., Ochoa JB., Napolitano L., Cresci G.; A.S.P.E.N. Board of Directors; American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine (2009) Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine (SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (A.S.P.E.N.). *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 33(3):277-316
- Metheny NA. (2006) Preventing respiratory complications of tube feedings: evidence-based practice. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 15(4):360-9
- Metheny NA., Schallom L., Oliver DA., Clouse RE. (2008) Gastric residual volume and aspiration in critically ill patients receiving gastric feedings. *American journal of critical care*, 17(6):512-9
- Montejó JC., Miñambres E., Bordejé L., Mesejo A., Acosta J., Heras A., Ferré M., Fernandez-Ortega F., Vaquerizo CI., Manzanedo R. (2010) Gastric residual volume during enteral nutrition in ICU patients: the REGANE study. *Journal of intensive care medicine*, 36(8):1386-93
- Moreira TV., McQuiggan M. (2009) Methods for the assessment of gastric emptying in critically ill, enterally fed adults. *Nutrition in clinical practice: official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*, 24(2):261-73
- Poulard F., Dimet J., Martin-Lefevre L., Bontemps F., Fiancette M., Clementi E., Lebert C., Renard B., Reignier J. (2009) Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: a prospective before-after study. *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 34(2):125-30
- Quenot JP., Plantefeve G., Baudel JL., Camilatto I., Bertholet E., Cailliod R., Reignier J., Rigaud JP. (2010) Bedside adherence to clinical practice guidelines for enteral nutrition in critically ill patients receiving mechanical ventilation: a prospective, multi-centre, observational study. *Critical care* 14(2):R37
- Ridley EJ., Davies AR. (2011) Practicalities of nutrition support in the intensive care unit: the usefulness of gastric residual volume and prokinetic agents with enteral nutrition. *Nutrition*, 27(5):509-12
- Ros C., McNeill L., Bennett P. (2009) Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. *Journal of clinical nursing*, 18(17):2406-15
- Sironi C. (2006) *assicurare l'alimentazione e l'idratazione in:* C. Sironi, G. Baccin. *Procedure per l'assistenza infermieristica*. Milano: Elsevier Masson 51-62
- Smeltzer SC. (2009) *intubazione gastrointestinale e terapia nutrizionale in:* SC. Smeltzer, BG. Bare. *Brunner Suddarth Infermieristica Medico-Chirurgica*. Terza edizione, volume 1. Milano: Casa Editrice Ambrosiana 1188-1208

Il ruolo dell'infermiere nella valutazione del dolore nel paziente anziano

di Francesca Piganzoli*

Con l'invecchiamento della popolazione italiana, con l'aumento delle patologie croniche, la gestione e la valutazione del dolore nel paziente anziano diventerà sempre più rilevante soprattutto su ciò che riguarda il dolore nel paziente con declino cognitivo, in quanto essendoci più "grandi anziani" ci sarà sicuramente un incremento di patologie neurologiche, e sempre più spesso ci si troverà di fronte a pazienti affetti da demenza o con problemi di comunicazione, che possono impedire l'utilizzo delle più note scale di "autovalutazione" del dolore (VAS-NRS-VRS-Scala Facies-Termometro del dolore, etc.). In questi contesti la presenza e la valutazione della causa del dolore è affidata soltanto all'attenta osservazione degli operatori o caregiver, ma diventa necessario sostituire le registrazioni delle modalità espressive verbali con altre, altrettanto significative (espressioni del viso, respirazione difficoltosa, vocalizzi, ipertonio muscolare, irrequietezza, etc.) su cui si basano varie scale di valutazione "osservazionali". Le più note e affidabili sono la PAINAD, la Abbain Pain Scale e la Doloplus 2. Queste scale purtroppo sono poco utilizzate in quanto poco conosciute, ma grazie alla legge n. 38 del 2010 e al codice deontologico degli infermieri del 2009 è dovere dell'infermiere che lavora a contatto con questa tipologia di pazienti conoscerle ed utilizzarle.

Parole chiave: Dolore- Demenza-Valutazione-Anziano

With the aging of the Italian population, with the rise of chronic diseases, management and evaluation of pain in the elderly will become increasingly important especially concerned about what the pain in patients with cognitive decline, as there as more "very old" there will definitely be an increase in neurological diseases, and increasingly we will be faced with patients with dementia or communication problems, which can prevent the use of the most popular scales of "self assessment" of pain (VAS-NRS-VRS-Scala Facies-pain thermometer, etc.). In these contexts, the presence and evaluation of the cause of pain is awarded only to the careful observation of the user or caregiver, but it becomes necessary to replace the recordings of the verbal mode of expression with other, equally significant (facial expressions, difficulty breathing, vocalization, hypertonia muscle, restlessness, etc.) upon which the various rating scales "observational". The most known and trusted are the PAINAD, the Abbain Pain Scale and Doloplus 2. These scales are not widely used because unfortunately little known, but thanks to the Law 38 of 2010 and the 2009 code of ethics for nurses is the duty nurse who works in contact with these patients to access to them better and use.

Key word: Pain- Dementia- Assessment- Elderly

DIMENSIONE DEL FENOMENO DOLORE NELL'ANZIANO

Il 29 maggio 2011 è stata la 10ª Giornata Nazionale del Sollievo e si è parlato tanto di dolore e terapia del dolore per tutti. Si è parlato molto di gestione e valutazione del dolore oncologico (dolore così detto maligno) ma poco, per non dire nulla, di ciò che riguarda la gestione del dolore nel paziente anziano.

Il dolore è uno dei fattori che maggiormente condiziona la qualità di vita delle persone di tutte le età, ma in particolar modo per quelle più deboli. Il controllo del dolore nel neonato e nell'adulto ha ricevuto negli ultimi trent'anni notevole attenzione, ma al contrario il dolore nel paziente anziano è stato poco considerato, soprattutto in presenza di declino cognitivo o problemi di linguaggio.

Nei prossimi decenni, si stima che aumenterà in modo sostanziale il numero delle persone ultra sessantacinquenni. L'Italia, all'interno dell'Unione Europea è il paese con la popo-



lazione più anziana: per ogni 100 ragazzi sono presenti sul territorio circa 135 anziani. E' in aumento anche la popolazione dei così detti "grandi anziani", ovvero persone con oltre gli 80 anni, che ormai hanno raggiunto quasi il 5% degli Italiani.

Con l'aumentare dell'età, però, decresce la quota di coloro che godono di buona salute, fino a raggiungere il 28% tra gli ultrasessantacinquenni. Così una percentuale considerevole di loro svilupperà problemi di salute e patologie croniche degenerative, che porteranno ad un aumento della sintomatologia dolorosa. Una gran parte di loro potrà poi incorrere in patologie cerebro-vascolari (ictus cerebri) o neurologico-degenerative (demenze) che potranno limitare le loro capacità di comprensione e/o comunicazione. Basti pensare che i deficit cognitivi dovuti da affezioni del SNC (M. Alzheimer, demenza multifattoriale, M. Parkinson, etc.), aumentano considerevolmente con l'aumentare dell'età, tanto che il rischio di demenza raddoppia ogni 5 anni dopo i 65 anni.

Studi di prevalenza del dolore indicano che una percentuale variabile tra il 25% e il 50% degli anziani, che vive al proprio domicilio, soffre di dolore che arriva ad interferire con la normale vita quotidiana. Le conseguenze del dolore sulla persona possono essere molto invalidanti, come: depressione del tono dell'umore, isolamento sociale, disturbi del sonno, aumento delle cadute, minor capacità a reagire allo stato di malattia, malnutrizione.

Il dolore nell'anziano raramente dipende da un unico agente eziologico, ma generalmente è il prodotto di più patologie croniche, potenzialmente debilitanti come malattie osteoarticolari e vascolari. A questi si assommano fattori sociali, che pur non essendo responsabili eziologici dello stimolo nocicettivo possono modulare la percezione e la risposta al dolore. Si stima che le cause più frequenti di dolore nelle persone anziane sono le patologie che coinvolgono l'apparato muscolo-scheletrico: lombalgia, artrosi, esiti di fratture, etc.

La legge, la n. 38 del 15 marzo 2010 ("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore") all'art. 7 recita che "all'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso in tutte le strutture sanitarie, devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato, la sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito". Obbliga gli operatori sanitari, medici o infermieri, a considerare il dolore, valutarne la presenza e l'andamento durante il ricovero. Questa rilevazione interessa tutti i pazienti, anche quelli anziani. Il dolore è ormai da considerarsi, secondo l'American Pain Society, il quinto segno vitale proprio per diffondere la consapevolezza che se il dolore viene valutato con lo stesso zelo e sistematicità dei segni vitali, è più probabile che venga trattato. Secondo alcuni studi il dolore in età geriatrica, in particolare tra soggetti con declino cognitivo o di età superiore agli 85 anni, è sottostimato, quindi

di conseguenza sotto-trattato. Si stima che solo un quarto degli anziani con dolore riceva un trattamento antalgico e gli ultra ottantacinquenni ricevono meno trattamenti rispetto ai meno anziani. La presenza di declino cognitivo è un elemento predittivo di sotto-trattamento. Alle stesse conclusioni sono giunti Morrison et al. che hanno indagato un gruppo di pazienti anziani con frattura di femore. Infatti i soggetti affetti da demenza ricevevano un terzo del dosaggio di oppioidi rispetto ai non dementi. La causa di questa non rilevazione del dolore può essere riconducibile sia all'operatore che alla persona stessa. Troppo spesso ci troviamo di fronte a falsi miti nell'operatore, come il ritenere che "il dolore fa parte dell'essere e diventare anziano" o ancora che "se la persona non si lamenta significa che non ha dolore". Ci sono numerose ragioni per cui gli anziani sono riluttanti a lamentare il dolore, anche se questo riduce significativamente il loro umore e il loro stato funzionale, ma a volte non riescono nemmeno ad esprimere verbalmente il sintomo.

Spesso il paziente anziano, cognitivamente integro, non manifesta verbalmente il proprio dolore in quanto teme che segnali una progressione della malattia o induca il medico a prescrivere altre procedure diagnostiche o la prescrizione di farmaci antidolorifici e dei loro tanto temuti "effetti collaterali".

L'INFERMIERE E IL DOLORE

Il codice deontologico dell'infermiere del 2009 all'art. 34 dice: "L'infermiere si attiva a prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari" ma per giocare un ruolo chiave gli infermieri devono, in primis, dimostrare di essere capaci di indentificare il dolore. E' stato stimato che gli infermieri hanno un livello inadeguato di preparazione relativa alla valutazione del dolore, specialmente nei pazienti con disturbi cognitivi. Tutto ciò può essere attribuito al poco tempo dedicato a tale argomento durante il percorso formativo.

L'infermiere deve operare affinché il concetto etico di advocacy e caring siano sempre promossi perché, come dice Zanetti: "spendere la propria professione per ribadire che la dignità di un uomo appartiene anche a coloro che di essere uomo o donna hanno apparentemente perso il ricordo, realizza l'arte del to care della professione infermieristica". Il dolore fa perdere la dignità alla persona, soprattutto se questo è cronico e non maligno. Quindi è un dovere per l'infermiere, e di ogni operatore sanitario, impedire che il malato soffra senza motivo, il suo compito è rilevare i segni del dolore, valutare l'intensità e somministrare quando prescritto, la terapia.

Non bisogna però dimenticare che il dolore è una esperienza strettamente personale e solo il malato ne potrà descrivere le caratteristiche e l'intensità. Ma ciò non è sempre possibile soprattutto se il paziente è affetto da demenza o disturbi del linguaggio.

METODI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

La valutazione del dolore nell'anziano è complessa, in quanto i soggetti anziani hanno spesso condizioni cliniche cronicizzate, e quindi spesso più di una causa di dolore.

In letteratura sono proposti vari strumenti per la valutazione della qualità (le caratteristiche) e dell'intensità dell'esperienza dolorosa, nel tentativo di comprendere ed interpretare il sintomo e di offrire risposte terapeutiche e assistenziali volte a ridurre e a rendere sopportabile il dolore. L'intensità della esperienza dolorosa è certamente quella più rilevante dal punto di vista clinico. Essa può essere misurata in maniera attendibile e valida mediante l'utilizzo di scale che possono essere a struttura unidimensionale o multidimensionale.

Tra le scale unidimensionali, la VAS (Visual Analog Scale), la VRS (Visual Rating Scale) e la NRS (Numerical Rating Scale), sono le più usate, le più veloci e le più conosciute.

Sulla scorta dell'evidenza scientifica disponibile è consigliabile dapprima l'utilizzo della NRS da 0 a 10 anche negli utenti con deficit cognitivi. Qualora la scala risultasse di difficile comprensione è consigliabile provare la scala VRS con 4/6 livelli (fig. 1).

In condizioni particolari (deficit sensoriale visivo o persone con bassa scolarità) si utilizzano brevi scale descrittive semplici: tra queste le più comuni sono il termometro del dolore e la Facies Pain Scale (secondo Bieri), che consiste in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore (fig.1). In questa scala la persona indica la "faccia" che in quel momento rappresenta meglio l'intensità del suo dolore. Però si rischia che si valuti uno stato d'animo e non l'intensità del dolore. La somministrazione di questi strumenti unidimensionali e di autosomministrazione nel soggetto con deficit cognitivo lieve-moderato (Clinical Dementia Rating Scale

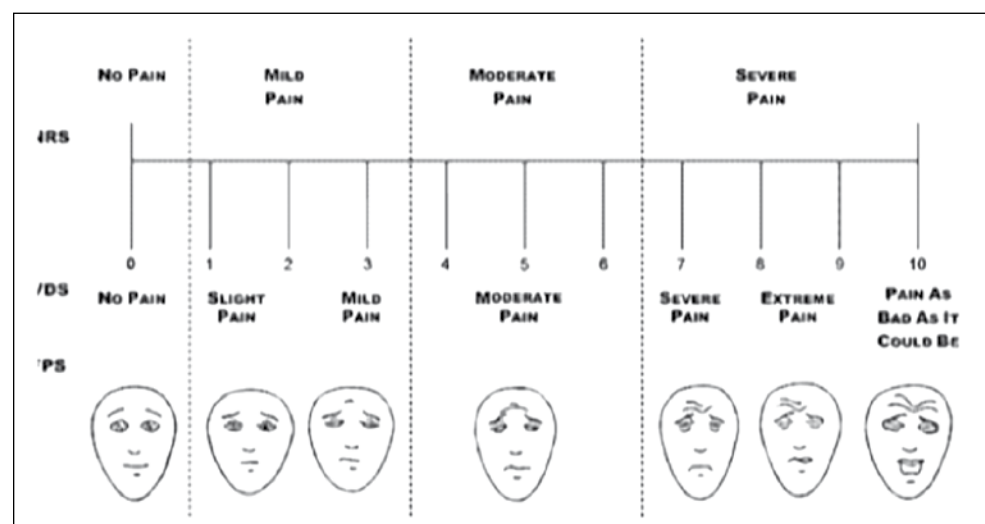


Figura 1: NRS (Numerical Rating Scale), VRS (Visual Rating Scale), FPS (Facies Pain Scale secondo Bieri)

INDICATORI	0	1	2
Respirazione	Normale	Respiro affannoso	Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea
Vocalizzazione	Nessun problema	Pianti occasionali o brontolii	Ripetuti urli o lamenti
Espressioni del volto	Sorridente o inespressivo	Triste e/o ciglia aggrottate	Smorfie
Linguaggio del corpo	Rilassato	Teso	Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire
Consolazione	Nessun bisogno di essere consolato	Confuso e che cerca rassicurazione	Incapacità di distrazione e/o consolazione
	0-1 Dolore assente	2-4 Dolore lieve	5-7 Dolore moderato
			8-10 dolore severo

Figura 3 Scala di valutazione: PAINAD

1-2) o/e limitazioni dell'attenzione, richiede però l'osservanza di alcune regole:

- Evitare eccessive stimolazioni prima di cominciare la valutazione;
- Eliminare i possibili disturbi ambientali;
- Assicurare una buona illuminazione;
- Disponibilità di grossi pennarelli o immagini;
- Ripetere le istruzioni;
- Utilizzare termini semplici, di facile comprensione.
- Lasciare adeguato tempo per rispondere;
- E se è necessario ripetere le domande, facendo attenzione ad utilizzare le stesse parole.

Tra le scale multidimensionali, quelle più utilizzate sono la BPI (Brief Pain Inventory) e il MPQ (McGill Pain Questionnaire), si basano su compiti cognitivi semplici (riconoscere, abilità di indicare) vengono compilate più facilmente anche da persone con deficit cognitivi medio-gravi, ma sono però abbastanza lunghe da somministrare e poco adatte ad una valutazione frequente.

Se l'anziano comprende il funzionamento delle scale ed è in grado di rispondere in maniera attendibile, ognuno di questi strumenti può rivelarsi valido e capace di riproducibilità.

Purtroppo nel paziente anziano sono spesso presenti deficit visivi o uditivi, nonché limitazioni fisiche e disturbi cognitivi (Clinical Dementia Rating Scale 3-4) che possono impedire l'utilizzo di queste scale, così dette di autosomministrazione, quindi in questi casi la presenza e la valutazione della causa del dolore è affidata soltanto all'attenta osservazione degli operatori o caregiver, è necessario così sostituire le registrazioni delle modalità espressive verbali con altre, altrettanto significative (espressioni

del viso, respirazione difficoltosa, vocalizzi, ipertono muscolare, irrequietezza, etc.).

Dagli studi sul comportamento degli anziani con dolore, sono stati identificati una serie di indicatori comportamentali che le linee guida dell'American Geriatrics Society hanno sintetizzato in sei categorie:

- Espressioni facciali (Aggrottamento ciglia, ammiccamento rapido, espressione triste, smorfie, occhi chiusi o serrati)
- Verbalizzazioni e vocalizzi (sospiri, lamenti, borbottii, richiesta di aiuto, espressioni verbali aggressive)
- Movimenti del corpo (postura rigida o tesa, agitazione, movimenti limitati)
- Cambiamenti delle interazioni sociali (aggressività, opposizione alle cure, isolamento, ritrosia)
- Cambiamenti delle attività abituali o di routine (inappetenza, cambiamenti del sonno, improvvisa cessazione delle attività abituali, vagabondaggio)
- Cambiamenti dello stato mentale (pianto, confusione, irritabilità e angoscia)

Questi indicatori comportamentali costituiscono la base di molti strumenti di valutazione del dolore negli anziani con demenza grave. Esistono numerose scale osservative, ma le più conosciute sono:

- la PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)
- Abbain Pain Scale
- La Doloplus-2

La PAINAD (fig. 3), è la più semplice, la più veloce da somministrare, meno di 5 minuti di osservazione. E' suddivisa in 5 settori che esplorano differenti modalità di manifestazione

del dolore: respiro, vocalizzazione, espressioni del volto, linguaggio del corpo e consolazione della persona. Ogni settore indagato prevede un punteggio di severità: 0 (assente), 1 (lieve/moderato), 2 (severo). Il punteggio totale va da 0 a 10 (0-1: dolore assente; 2-4: dolore lieve; 5-6 dolore moderato; 8-10 dolore grave). Trials clinici condotti da Leong et al (2006), Hutchinson et al. (2006) e Castardi et al. (2007) ritengono questa scala quella più idonea nel caso di persona anziana affetta da decadimento cognitivo severo per una serie di ragioni: il dolore viene sottostimato solo nel 15% dei casi; la misurazione risulta accurata; necessita solo di un minimo training per imparare ad utilizzarla e occorrono solo pochi minuti per completarla. E' quindi ideale nella routine.

La Abbey Pain Scale (fig.4), anch'essa è una scala molto veloce da somministrare, affidabile e ripetibile nel tempo. Studiato e usato su anziani affetti da demenza in contesti di cura a lungo termine. Si basa sull'osservazione del soggetto in qualsiasi momento della giornata. Bisogna assegnare un valore che va da 0 (assenza di dolore) a 3 (dolore severo) per ognuno dei 6 Item della scala. Il punteggio totale varia da 0 a 18 e il cut-off è 2. La valutazione andrebbe condotta osservando la persona durante l'attività quotidiana (igiene, spostamenti, medicazioni, etc.). Se il risultato ottenuto evidenzia dolore bisognerà mettere in atto misure farmacologiche e non, per contrastarlo. Una ulteriore rivalutazione dovrà essere fatta dopo circa un'ora per valutare l'efficacia del trattamento, e se anche in questa il risultato risultasse invariato o peggiorato, bisognerà considerare ulteriori interventi o terapie. La Doloplus-2 (visibile sul sito www.doloplus.com), è uno strumento sviluppato in Francia, ma esiste una traduzione in Italiano. E' semplice e veloce da compilare, in media ci vogliono 10 minuti di osservazione, ma non descrive il singolo episodio doloroso, è ideale per la valutazione del dolore persistente o cronico nei contesti di degenza lunghe. Essa è composta da 10 item suddivisi in 3 dimensioni:

1. Ripercurssioni somatiche (5 item: disturbi somatici, posizioni antalgiche a riposo, protezione di zone dolenti, mimica, sonno).
2. Ripercurssioni psicomotorie (2 item: toilette e/o vestirsi, movimenti).
3. Ripercurssioni psicosociali (3 item: comunicazione, vita sociale, disturbi del comportamento).

I punteggi assegnati ad ogni item possono variare da 0 (assenza di dolore) a 3 (massimo dolore) e la loro somma varia in un range compreso tra 0 e 30. Il Cut-off è 5. Non è necessario avere una risposta da tutti gli items della scala, ma per esempio nelle persone in coma si possono utilizzare solo gli items somatici.

Questa scala risulta molto applicabile e molto sensibile (minimo numero di falsi negativi).

Non bisogna dimenticare però, che uno dei limiti più importanti degli strumenti di valutazione osservazionale sta nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore: in assenza di autovalutazione la stima dell'intensità del dolore si ottiene attraverso la rilevazione della gravità o frequenza del comportamento, assumendo per vero che quel comportamento sia espressione di dolore e non manifestazione del deficit cognitivo associato alla gravità della demenza. E' pertanto indispensabile la conoscenza del paziente, o le informazioni fornite dai caregiver, per discernere un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente da un disturbo con il quale il paziente potrebbe comunicare la presenza di dolore. Ad esempio un episodio di agitazione psicomotoria può essere abituale espressione del deficit cognitivo o, se compare in un soggetto solitamente tranquillo, una possibile modalità di risposta ad uno stimolo doloroso. Per contro le limitazioni funzionali (causate dalla malattia e da altre condizioni cliniche concomitanti) possono impedire alcune espressioni comportamentali del dolore. Per esempio, anche in presenza di dolore intenso, strofinare o proteggere una parte del corpo (comportamento ritenuto possibile espressione di dolore nella Doloplus 2) potrebbe non essere possibile per la presenza di contratture o immobilità.

L'applicazione corretta degli strumenti di valutazione osservazionali richiede una formazione specifica, che comprenda anche esercitazioni pratiche. Gli operatori formati riportano punteggi più alti e verosimilmente più vicini al livello di dolore sperimentato dai loro pazienti rispetto ad operatori non formati.

QUANDO VA VALUTATO IL DOLORE

Monitorare il dolore in modo sistematico e ad intervalli regolari, è importante per determinare lo standard di cura fornito, sia se si utilizza uno strumento di valutazione, sia se si chiede direttamente al paziente o ci si avvale dell'osservazione (può essere utile un elenco di indicatori di comportamento associabili a dolore).

I comportamenti associati a dolore dovrebbero essere osservati sia a riposo, sia durante l'attività, come i trasferimenti, la mobilitazione o i cambi di postura e con la palpazione delle zone sospettate doloranti 17.

CONCLUSIONI

Il dolore non è da considerarsi parte integrante ineluttabile della malattia e del ricovero. Ma deve essere valutato e trattato adeguatamente. Bisogna dare dignità al malato e non sofferenza. L'agire infermieristico deve porre sempre come proprio fondamento la dignità della persona umana. Il sollievo dal dolore è un diritto universale e il diritto a non soffrire è una estensione del diritto alla salute.

Però bisogna ricordarsi quando si vuole valutare l'intensità del dolore, che nessun strumento di valutazione deve essere utilizzato come strumento isolato, ma va fatta una valutazione regolare e ripetuta nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

- Carboni P, Bernabei R, Zuccalà G e Gambassi G, Health care for older persons, J Am Geriatric Soc., 1997; 45: 1519-22.
- Parlamento Italiano, Legge n. 38 del 15 marzo 2010. Consultabile on-line: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/100381.htm>, consultato il giorno 01 giugno 2011.
- Barnabei R, "Management of pain in elderly patients with cancer", Jama, 1998; 279-237-249
- Morrison R e Siu A, A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracture, J pain symptom manage, 2000; 19: 240.
- Il codice deontologico dell'infermiere 2009, Consultabile on-line www.ipasvi.it, consultato il 10 luglio 2011.
- Managing pain in patient with dementia in the hospital, Nursing standard, agosto 2005;8: 20,46,54-58
- Zanetti E., L'assistenza infermieristica nel paziente anziano, 1999 Milano, Lauri Edizioni
- <http://www.rehab.research.va.gov/jour/07/44/2/jones.html> consultato il 06 agosto 2011
- Harkins SW, Prince DD. Assesment of pain in the elderly. Guilford Press, 1992: 315-51.
- Zanetti E, La valutazione del dolore nel paziente demente, G. Gerontologia, 2005; 53: 411-414
- Society American Geriatrics, The management of persistent pain in older persons, J am Geriatric Soc., n. 6 suppl. 50, 2002: s250-24.
- Warden V, Hurley AC e Volicer L, Development and Psychometric evaluation of Pain Assessment In Advanced Dementia Scale (PAINAD), J Am Med Dir Assoc., 2003; 4: 1-8.
- <http://forum.infermieriattivi.it/viewtopic.php?f=11&t=52>, consultato il 28 luglio 2011.
- Brunolli A, La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo, Assistenza infermieristica e ricerca, 2007;26 n.1: 38-45.
- <http://www.bgs.org.uk/Publications/Clinical%20Guidelines/pain%20concise%20guidelines%20WEB.pdf>, consultato il 21 giugno 2011
- <http://www.simg Liguria.it/maillist/maillist/news/21/scheda%20di%20abbey%20.pdf>, consultato il 1 agosto 2011.
- Lefedre-Chapiro L. Doloplus Group, The Doloplus 2 scale- evaluating pain in the elderly: Europ Pall Care, 2001; 8: 191.
- http://www.sigg.it/bollettino_dettaglio.asp?idbollettino=59 consultato il 23 giugno 2011

* infermiera presso AOVV, SSSC di Riabilitazione Generale e Geriatrica, Riabilitazione e recupero funzionale e Oncologia medica degenza, presidio Sondrio.

Valutazione del dolore nei pazienti con deficit cognitivi
(Abbey Pain Scale)

(mentre si osserva il soggetto, dare un punteggio alle domande da 1 a 6 secondo il criterio:
Dolore Assente = 0; Dolore Lieve = 1; Dolore Moderato = 2; Dolore Severo = 3)

Nome e qualifica della persona che compila la scala: _____
Data: _____ Ora: _____
L'ultimo periodo di minore dolore: _____ alle ore: _____

① **Vocalizzazione** _____
(gemiti, lamenti, pianto)

② **Espressioni facciali** _____
(aspetto teso, aggrottamento di ciglia, smorfie, aspetto spaventato)

③ **Cambiamenti nel linguaggio del corpo** _____
(agitazione, posizioni di difesa di parte del corpo, atteggiamenti di allontanamento)

④ **Cambiamenti comportamentali** _____
(stato confusionale, rifiuto del cibo, alterazioni degli schemi abituali)

⑤ **Alterazioni fisiologiche** _____
(temperatura corporea, alterazioni del polso o della pressione arteriosa, sudorazione, rossore o pallore)

⑥ **Alterazioni corporee** _____
(lacerazioni della cute, lesioni da decubito, artrite, contratture, pregresse lesioni)

Punteggio totale del dolore _____
(Sommare i punteggi)

Indicare il box in base al dato del punteggio totale del dolore:

0 - 2 No dolore	3 - 7 Lieve	8 - 13 Moderato	14+ Severo
--------------------	----------------	--------------------	---------------

Definire il tipo di dolore

Cronico	Acuto	Subacuto
---------	-------	----------

Figura 4 Scala di valutazione: Abbey Pain Scale

L'efficacia della tecnica di incannulamento a sito costante per la riduzione delle complicanze della fistola artero-venosa in persone affette da insufficienza renale cronica sottoposte ad emodialisi

di Veronica Dell'Agostino*

Introduzione

Il paziente affetto da insufficienza renale cronica sottoposto ad emodialisi si ritrova ad affrontare un cambiamento radicale della propria vita e delle proprie abitudini, un cambiamento del ruolo, dell'alimentazione, della vita sessuale ed dell'immagine corporea, che mettono a dura prova la sfera emotiva e psicologica.

Il confezionamento della fistola artero-venosa (FAV) rappresenta il *gold standard* degli accessi vascolari per emodialisi, un bene prezioso da preservare, del quale prendersi cura, sia da parte del paziente che del personale infermieristico.

Un adeguato accesso vascolare rappresenta un fattore essenziale in una emodialisi efficace (Verhallen *et al.* 2007).

Il trattamento di emodialisi espone ripetutamente gli assistiti a stress e dolore causato da approssimativamente 320 punture della loro FAV ogni anno. A volte più di un tentativo è necessario per mantenere un flusso di sangue raccomandato di almeno 300 ml/min. Punture ripetute dalla FAV causano paura, ansia e un considerevole livello di dolore (Figureido *et al.* 2008).

Tutto ciò esercita un forte impatto sulla qualità di vita di queste persone, motivazione che mi ha spinto a chiedermi quale fosse il ruolo dell'infermiere nel salvaguardarne il comfort e quali fossero i possibili interventi da mettere in atto per preservare la durata e la funzionalità della fistola e per un controllo del dolore in fase di incannulamento.

In letteratura Levy J. *et al.* (2010) descrivono tre tecniche per la puntura della FAV:

Tecnica Rope-ladder o A Scala di Corda: utilizza l'intera area della fistola, con eguale distribuzione delle zone di puntura lungo l'estensione completa del vaso. Può tuttavia portare a piccole dilatazioni lungo tutta la fistola.

Tecnica ad Area: nota come rotazione del sito di puntura, consiste nell'inserimento degli aghi in un'area circoscritta e limitata, a livello di uno o due siti. Questa tecnica comporta un rischio maggiore di aneurisma, dovuto alle punture ripetute nello stesso sito, con stenosi nelle regioni adiacenti.

Tecnica Buttonhole o Puntura ad Occhiello: puntura a sito costante che necessita di introduzione degli aghi nello stesso punto, con la stessa inclinazione, direzione e profondità ad ogni incannulazione. E' indicata specialmente quando le persone eseguono da sole l'incannulamento della fistola o nelle persone con siti di incannulazione limitati a causa delle caratteristiche di allestimento, posizione o condizione della fistola. Questa tecnica sembra essere associata ad un minor rischio di formazione di aneurismi. Possono essere necessarie 2-6 settimane prima che si sviluppino un tunnel cicatriziale, dopo di che possono essere utilizzati aghi a punta smussa. Quest'ultima è stata introdotta negli anni '70 dal Dottor Twardowsky in Polonia che la applicò su pazienti con difficoltà di incannulamento della FAV scoprendo non solo che la tecnica risultava semplice, ma anche meno dolorosa e riduceva l'insorgenza di complicanze quali l'ematoma e l'aneurisma, abbreviando inoltre i tempi di emostasi in seguito alla rimozione degli aghi (Twardowsky *et al.* 1979).

Questo lavoro di approfondimento bibliografico si pone il quesito se la puntura ad occhiello,



tra le tecniche in uso, sia più efficace nella riduzione della formazione di aneurismi ed ematomi, complicanze che influiscono in maniera negativa sull'efficienza e funzionalità della FAV e che richiedono spesso trattamenti chirurgici risolutivi, e nella riduzione del dolore in fase di puntura.

Report della ricerca bibliografica

QUESITO

P & P persone adulte con insufficienza renale cronica sottoposte ad emodialisi tramite fistola artero-venosa (FAV)
 I puntura a sito costante (ad occhiello) Versus
 C tecniche di incannulamento della FAV a sito non costante (tecnica a scala di corda e ad area)
 O riduzione delle complicanze della FAV (dolore, aneurismi, ematomi)

Fonti bibliografiche

Linee guida

Database: TRIPDATABASE
 Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com>

Search strategy: buttonhole technique
 Limits: articoli pubblicati dal 2006 a 2011
 Consultato il: 26/04/2011

Linee Guida Documenti reperiti: 3
 Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 2

- National Kidney Foundation (2006) NKF-KDOQI clinical practice guidelines for vascular access: update 2006.
- NHS Quality Improvement Scotland (2008) The care of Arterio-Venous Fistula and Graft

Database: THE COCHRANE LIBRARY
 Disponibile da: <http://www.thecochranelibrary.com>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: articoli pubblicati dal 2006 a 2011
 Consultato il: 16/02/2011

Linee Guida Documenti reperiti: 1
 Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 0
 Database: MEDLINE
 Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: Humans, Guideline, All Adult: 19+ years, published in the last 5 years
 Consultato il: 26/04/2011

Linee Guida Documenti reperiti: 0
 Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 0
 Database: CINAHL
 Disponibile da: <http://web.ebscohost.com>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: Practice guideline, published from 2006 to 2011
 Consultato il: 05/06/2011

Linee Guida Documenti reperiti: 0
 Linee Guida Documenti selezionati pertinenti: 0

Revisioni sistematiche

Database: TRIPDATABASE
 Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: articoli pubblicati dal 2006 a 2011
 Consultato il: 26/04/2011

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 0
 Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: THE COCHRANE LIBRARY
 Disponibile da: <http://www.thecochranelibrary.com>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: articoli pubblicati dal 2006 a 2011
 Consultato il: 16/02/2011

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 1
 Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: MEDLINE
 Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: Humans, Review, All Adult: 19+ years, published in the last 5 years
 Consultato il: 26/04/2011

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 0
 Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 0

Database: CINAHL
 Disponibile da: <http://web.ebscohost.com>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: Review, published from 2006 to 2011
 Consultato il: 05/06/2011

Revisioni Sistematiche Documenti reperiti: 0
 Revisioni Sistematiche Documenti selezionati pertinenti: 0

Letteratura primaria (studi/articoli singoli)

Database: TRIPDATABASE
 Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com>
 Search strategy: buttonhole technique
 Limits: articoli pubblicati dal 2006 a 2011
 Consultato il: 26/04/2011

Documenti reperiti: 7
 Documenti selezionati pertinenti: 2

- Verhallen A.M., Kooistra M.P., Van Jaarsveld B.C. (2007) Cannulating in haemodialysis: rope-ladder or buttonhole technique? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(9):2601-4
- Van Loon M.M., Goovaerts T., Kessels A.G.H., Van der Sande F.M., Tordoir J.H.M. (2010) Buttonhole needling of haemodialysis

sis arteriovenous fistulae results in less complications and interventions compared to the rope-ladder technique. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(1):225-30

Database: THE COCHRANE LIBRARY
Disponibile da: <http://www.thecochranelibrary.com>

Search strategy: buttonhole technique
Limits: articoli pubblicati dal 2006 a 2011
Consultato il: 16/02/2011

Documenti reperiti: 3

Documenti selezionati pertinenti: 1

- Struthers J., Allan A., Peel R.K., Lambie S.H. (2010), Buttonhole needling of arteriovenous fistulae: a randomized controlled trial. *ASAIO Journal (American Society for Artificial Internal Organs)*, 56(4):319-22

Database: MEDLINE

Disponibile da: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Search strategy: buttonhole technique
Limits: Humans, All Adult: 19+ years, published in the last 5 years
Consultato il: 26/04/2011

Documenti reperiti: 18

Documenti selezionati pertinenti: 5 (di cui 3 precedentemente citati)

- Figueiredo A.E., Viegas A., Monteiro M., Poli-de-Figueiredo C.E. (2008) Research into pain perception with arteriovenous fistula (AVF) cannulation. *Journal of Renal Care*, 34(4):169-72
- Hashmi A., Cheema M.Q., Moss A.H. (2010) Hemodialysis patients' experience with and attitudes toward the buttonhole technique for arteriovenous fistula cannulation. *Clinical Nephrology*, 74(5):346-50

Database: CINAHL

Disponibile da: <http://web.ebscohost.com>

Search strategy: buttonhole technique
Limits: Published from 2006 to 2011
Consultato il: 05/06/2011

Documenti reperiti: 15

Documenti selezionati pertinenti: 5 (di cui 1 precedentemente citato)

- Chow J., Rayment G., San Miguel S., Gilbert M. (2011) A randomised controlled trial of buttonhole cannulation for the prevention of fistula access complications. *Journal of Renal Care*, 37(2): 85-93
- Hartig V., Smyth W. (2009) "Everyone should buttonhole": a novel technique for a regional Australian renal service. *Journal of Renal Care*, 35(3): 114-9
- Ludlow V. (2010) Buttonhole cannulation in hemodialysis: improved outcomes and increased expense--Is it worth it? *CANNT Journal*, 20(1): 29-37
- Ball L.K., Treat L., Riffle V., Scherting D., Swift L. (2007) Fistula first: vascular access update. A multi-center perspective of the buttonhole technique in the Pacific Northwest. *Nephrology Nursing Journal*, 34(2): 234-41

Altre fonti

Rivista: *Dialysis & Transplantation*

- Twardowski Z., Kubara H. (1979) Different sites versus constant sites of needle insertion into arteriovenous fistulas for treatment by repeated dialysis. *Dialysis & Transplantation*, 8(10) 978-80
- Krönung G. (1984) Plastic deformation of Cimino Fistula by repeated puncture. *Dialysis & Transplantation*, 13(10) 635-38

Capitoli di libri:

- Levy J., Brown E., Daley C., Lawrence A. (2010) Assistenza infermieristica al paziente in emodialisi. In: Levy J., Brown E., Daley

C., Lawrence A. *Manuale Oxford Dialisi*. (3a ed.) Milano: Edi.Ernes, 229

SINTESI DELLA DISSERTAZIONE

Numerosi studi sono stati effettuati riguardo all'utilizzo della tecnica di incannulamento a sito costante della FAV per il trattamento di emodialisi, con lo scopo di valutarne l'efficacia per la riduzione delle complicanze della fistola quali aneurismi ed ematomi e per un controllo del dolore in fase di puntura.

Attraverso uno studio osservazionale prospettico Twardowski Z. et al. (1979) dimostrano una riduzione dei tempi di allestimento della dialisi, della necessità di re-inserzione degli aghi, della formazione di ematomi, e di inefficienza della fistola utilizzando la tecnica a sito costante, mentre assistiti ed infermieri dichiararono di preferirla in quanto non necessitava dell'utilizzo di anestetici perché meno dolorosa, semplice e veloce.

Krönung G. (1984) sostiene che una valida tecnica chirurgica nel confezionamento della FAV riduce le complicanze precoci ma possiede solo un effetto indiretto sulle complicanze tardive, che risentono fortemente delle ripetute punture che comportano un effetto plastico dovuto alla creazione di tessuto cicatriziale meno elastico; ne consegue che i vasi si sviluppano in base al modo in cui vengono punti ripetutamente.

Nelle linee guida della National Kidney Foundation Kidney Disease Outcomes Quality Initiative (NKF KDOQI) (2006) si suggerisce alle persone con FAV di prendere in considerazione la tecnica a sito costante, descritta in un protocollo per la pratica clinica riguardante gli accessi vascolari.

Uno studio multicentrico prospettico di Ball L. et al. (2007) e uno studio di coorte prospettico, Ludlow V. et al. (2010) riguardo la puntura ad occhiello dimostrano l'assenza di formazione di aneurismi e di infiltrazioni, una riduzione dei tempi di emostasi e un aumento della soddisfazione delle persone sottoposte al trattamento e dei membri dello staff, in quanto si segnala una riduzione dei discomfort e del dolore durante l'inserimento degli aghi.

In uno studio osservazionale prospettico di Verhallen A.M. et al. (2007) la tecnica a sito costante è stata introdotta in 33 persone sottoposte a emodialisi a domicilio tramite auto-cannulamento; sono stati indagati parametri quali facilità di incannulamento, necessità di ripetere la puntura, tempi di emostasi, sanguinamento, complicanze infettive, formazione di aneurismi, trombi e dolore in fase di incannulamento tramite l'utilizzo della scala visiva analogica (VAS) comparati con i dati precedenti riguardanti la tecnica a scala di corda. Ne risulta che la puntura ad occhiello facilita l'incannulamento, soprattutto in persone soggette ad alti livelli di stress e con difficoltà di reperire, riduce i livelli di dolore e la necessità di ripetere la puntura. Non si sono verificati aneurismi durante lo studio, mentre 3 persone hanno sviluppato infezioni locali senza batteriemia.

Un best practice statement dello Scottish Renal Nursing Strategy Group (2008) descrive vantaggi e svantaggi delle tre tecniche di incannulamento della FAV: la tecnica ad area provoca minore infiltrazione, rende semplice per lo staff identificare il sito da pungere, ma aumenta i tempi di emostasi a causa dell'assottigliamento della cute, le infezioni, ed il rischio di formazione di aneurismi.

La tecnica a scala di corda previene la formazione di aneurismi, ma in caso di piccole fistole rende difficoltoso reperire i siti di inserzione, portando a incannulare frequentemente le stesse aree.

La puntura ad occhiello provoca meno infiltrazioni, meno dolore in fase di puntura, riduce i tempi di emostasi, ma necessita che sia sempre lo stesso infermiere esperto ad incannulare la fistola durante la formazione del tunnel cicatriziale.

Figueiredo A.E. et al. (2008) tramite uno studio descrittivo prospettico su 47 persone

si pongono l'obiettivo di misurare il dolore associato alla puntura della FAV durante un periodo di 6 mesi. Il dolore è stato indagato tramite l'utilizzo della VAS con un punteggio da 0 a 10. La tecnica a sito costante è stata utilizzata su 19 persone mentre la tecnica a scala di corda è stata utilizzata sui restanti 28. La tecnica a sito costante è risultata essere meno dolorosa rispetto alla tecnica tradizionale, anche se i dati non sono rilevanti a livello statistico.

Hartig V. et al. (2009) in uno studio di coorte costituito da due coorti, la prima di 31 persone sottoposte ad emodialisi, la seconda da 32 infermieri, hanno somministrato un questionario riguardante dolore ed ansia associate alla procedura, tempo richiesto e percezione di eventuali complicazioni. Più del 60% delle persone sottoposte alla procedura hanno dichiarato di avere avvertito minor dolore ed ansia associati alla tecnica a sito costante, mentre l'87,5% hanno dichiarato assenza di ematomi ed un miglioramento dell'aspetto estetico della FAV. Tutti gli infermieri hanno dichiarato che la tecnica risultava meno dolorosa per gli assistiti, il 75% di trovarla più semplice e di sentirsi meno ansioso nell'applicarla alle persone con difficoltà di incannulamento, 2 di essi che le persone risultavano più rilassate, l'83% che questa tecnica richiedeva minor tempo. Tutte hanno concordato nell'affermare che essa risultava meno traumatica, influenzando positivamente sulla qualità di vita di queste persone.

In un trial controllato randomizzato di Struthers J. et al. (2010) 56 persone con FAV furono randomizzate in due gruppi di 28 persone, uno sottoposto alla tecnica a sito costante e l'altro alla procedura a sito variato. I dati sono stati raccolti prima della randomizzazione e a sei mesi tramite l'utilizzo di un questionario. Il diametro delle FAV del gruppo sperimentale rimase invariato, al contrario, il gruppo di controllo mostrò un aumento assoluto di 5 mm. I livelli di dolore accertati tramite la VAS rimasero invariati, anche se le persone appartenenti al gruppo sperimentale presentarono un minor consumo di anestetico locale e dichiararono di preferire fortemente la puntura ad occhiello. 15 infermieri su 23 dichiararono di preferire la puntura a sito costante.

Hashmi A. et al. (2010), in uno studio trasversale osservazionale, hanno somministrato un questionario a 26 persone precedentemente sottoposte alla tecnica tradizionale e attualmente in trattamento con la tecnica a sito costante, con lo scopo di raccogliere dati riguardanti le proprie esperienze ed attitudini relativi alle due procedure. In una scala di soddisfazione da 0 a 10, le persone riportarono un valore medio tra 8.5 ± 1.9 per la puntura ad occhiello. Il 96% di essi dichiararono che avrebbero raccomandato questa tecnica ad altri, e l'83% sostenevano che fosse più semplice per gli infermieri. Un numero minore di persone (12% vs. 59%) presentarono infiltrazioni della FAV con la tecnica a sito costante. A 12 mesi il 78% delle persone continuavano a dializzare tramite la tecnica a sito costante, risultandone soddisfatti. In conclusione le persone presentavano maggior soddisfazione, minor insorgenza di complicanze ed attitudini più positive suggerendo l'utilizzo della puntura ad occhiello anche ad altre persone.

Secondo uno studio osservazionale prospettico di Van Loon M. et al. (2010) e un trial controllato randomizzato di Chow J. et al. (2011) la puntura a sito costante è risultata essere più dolorosa rispetto alla tecnica a scala di corda, anche se la necessità di utilizzare anestetico locale è stata significativamente inferiore.

CONCLUSIONI

Dagli studi emerge una minore incidenza di formazione di ematomi ed aneurismi tramite l'utilizzo della tecnica a sito costante; il dolore risulta essere minore secondo la maggior parte degli studi che sono stati analizzati, soltanto due di essi (Van Loon M. et al., 2009; Chow J. et al., 2011) mostrano un aumento del dolore associato alla puntura ad occhiello, accompagnato però da un minor consumo

di anestetici locali. Si raccomanda l'utilizzo di questa procedura in persone con significativa formazione di aneurismi, soggetti a discomfort o dolore in fase di puntura e con fistole con aree limitate per l'incannulamento (Streuthers et al., 2010) e in persone che praticano l'auto-cannulamento. Va segnalato un potenziale aumento del rischio di infezione, controllabile attraverso l'applicazione di protocolli di disinfezione adeguati e per una corretta rimozione del tessuto cicatriziale. Sembra opportuna la realizzazione di altri studi in cui variabili quali l'utilizzo di anestetico siano standardizzate, e l'introduzione di protocolli ed educazione continua del personale, per un miglioramento continuo della puntura degli accessi vascolari, per una ripercussione positiva sulla qualità di vita e sulla funzionalità della FAV.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Ball L.K., Treat L., Riffle V., Scherting D., Swift L. (2007) Fistula first: vascular access update. A multi-center perspective of the buttonhole technique in the Pacific Northwest. *Nephrology Nursing Journal*, 34(2): 234-41
- Chow J., Rayment G., San Miguel S., Gilbert M. (2011) A randomised controlled trial of buttonhole cannulation for the prevention of fistula access complications. *Journal of Renal Care*, 37(2): 85-93
- Figueiredo A.E., Viegas A., Monteiro M., Poli-de-Figueiredo C.E. (2008) Research into pain perception with arteriovenous fistula (AVF) cannulation. *Journal of Renal Care*, 34(4):169-72
- Hartig V., Smyth W. (2009) "Everyone should buttonhole": a novel technique for a regional Australian renal service. *Journal of Renal Care*, 35(3): 114-9
- Hashmi A., Cheema M.Q., Moss A.H. (2010) Hemodialysis patients' experience with and attitudes toward the buttonhole technique for arteriovenous fistula cannulation. *Clinical Nephrology*, 74(5):346-50
- Krönung G. (1984) Plastic deformation of Cimino Fistula by repeated puncture. *Dialysis & Transplantation*, 13(10) 635-38
- Levy J., Brown E., Daley C., Lawrence A. (2010) Assistenza infermieristica al paziente in emodialisi. In: Levy J., Brown E., Daley C., Lawrence A. *Manuale Oxford Dialisi*. Terza Edizione. Milano: Edi.Ernes, 229
- Ludlow V. (2010) Buttonhole cannulation in hemodialysis: improved outcomes and increased expense--Is it worth it? *CANNT Journal*, 20(1): 29-37
- National Kidney Foundation (2006) NKF-KDOQI clinical practice guidelines for vascular access: update 2006.
- NHS Quality Improvement Scotland (2008) The care of Arterio-Venous Fistula and Graft
- Struthers J., Allan A., Peel R.K., Lambie S.H. (2010), Buttonhole needling of arteriovenous fistulae: a randomized controlled trial. *ASAIO Journal (American Society for Artificial Internal Organs)*, 56(4):319-22
- Twardowski Z., Kubara H. (1979) Different sites versus constant sites of needle insertion into arteriovenous fistulas for treatment by repeated dialysis. *Dialysis & Transplantation*, 8(10) 978-80
- Van Loon M.M., Goovaerts T., Kessels A.G.H., Van der Sande F.M., Tordoir J.H.M. (2010) Buttonhole needling of haemodialysis arteriovenous fistulae results in less complications and interventions compared to the rope-ladder technique. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 25(1):225-30
- Verhallen A.M., Kooistra M.P., Van Jaarsveld B.C. (2007) Cannulating in haemodialysis: rope-ladder or buttonhole technique? *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22(9):2601-4

* Infermiera neolaureata a.a. 2010-2011 Università degli Studi di Milano Bicocca sezione Faedo

L'efficacia dei programmi di realtà virtuale nel migliorare le capacità di interazione sociale nella persona affetta da schizofrenia

di Federico Salini*

Introduzione

La schizofrenia è una forma di malattia psichiatrica caratterizzata, secondo le convenzioni scientifiche, da un decorso superiore ai sei mesi (tendenzialmente cronica o recidivante), dalla persistenza di sintomi di alterazione del pensiero, del comportamento, della comunicazione, delle funzioni cognitive, dell'affettività limitando il normale funzionamento sociale della persona (Hardy *et al.* 2010). Sul piano clinico il disturbo è caratterizzato da sintomi di apatia, abulia e anaffettività i quali determinano l'isolamento sociale della persona che evita il contatto con gli altri individui fino ad isolarsi in casa. Esistono diversi interventi riabilitativi che si focalizzano sulla formazione attitudinale e sociale al fine di aiutare le persone affette da questo disturbo a superare le difficoltà. Tenendo in considerazione queste affermazioni, la problematica che mi sono posto riguarda l'utilizzo della realtà virtuale (VR) per favorire il recupero delle interazioni sociali, importante obiettivo infermieristico per favorire il bisogno comunicare, il bisogno di occuparsi allo scopo di sentirsi utili, e il bisogno di partecipare ad attività ricreative. La VR è la simulazione della realtà effettiva dove il corpo diventa la principale interfaccia con cui manipolare l'informazione disponibile. Potremmo inoltre definirla come un ambiente tridimensionale generato dal computer in cui il soggetto o i soggetti interagiscono tra loro e con l'ambiente come se fossero al suo interno. Per comprendere come un individuo possa acquisire conoscenze in un ambiente di VR bisogna pensare che l'utente deve accettare il mondo virtuale come fedele rappresentazione di quello reale (Morganti *et al.* 2006). Nel mondo non simulato il riconoscere gli altri individui come propri simili sono delle capacità innate, mentre negli ambienti virtuali queste stesse condizioni devono essere soddisfatte perché sia possibile agli utenti di potersi percepire in un ambiente condiviso insieme ad altre persone. Incarnando la propria presenza nell'ambiente virtuale attraverso l'avatar (soggetto virtuale che interpreta una persona) gli utenti possono muoversi, comunicare e collaborare nell'ambiente modificando gli oggetti presenti in esso (Morganti *et al.* 2006).

Tenendo in considerazione queste affermazioni la problematica che mi sono posto riguarda l'efficacia della realtà virtuale per quanto concerne il miglioramento di funzioni cognitive, abilità sociali e di conseguenza delle interazioni sociali, stimolando

la persona attraverso una metodica innovativa che ha suscitato maggior interesse rispetto ad altre attività (Park *et al.* 2011).

Questo intervento ha il principale scopo di poter garantire alla persona, in concomitanza con la terapia tradizionale ed altri interventi riabilitativi, l'acquisizione di capacità necessarie per poter condurre una vita produttiva in un contesto sociale ed arrestare la progressione del disagio deleterio della schizofrenia.

REPORT DELLA RICERCA

Quesito

P & P Patient/population & Prolem: persona affetta da schizofrenia.

I Intervention: utilizzo di programmi di Realtà Virtuale.

C Comparison: //

O Outcome (s): miglioramento delle capacità di interazione sociale.

FONTE BIBLIOGRAFICHE

Linee guida e revisioni sistematiche

Database: TRIP DATABASE
Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com/index.html>

Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Linee guida, documenti reperiti: 1
Linee guida, documenti selezionati pertinenti: 1

1. Hardy S., Chaplin E., Woodwar P. (2010). Mental health nursing of adults with learning disabilities. *Royal college of nursing guidance*, 1-40

Database: TRIP DATABASE
Disponibile da: <http://www.tripdatabase.com/index.html>

Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Revisioni sistematiche, documenti reperiti: 1
Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 0

Database: COCHRANE LIBRARY

Disponibile da: www.thecochranelibrary.com

Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Limits: published date from 2006 to 2011

Revisioni sistematiche, documenti reperiti: 3
Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 0

Database: MEDLINE
Disponibile da: www.pubmed.com
Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Limits: published date from 2006 to 2011 - humans

Revisioni sistematiche, documenti reperiti: 2
Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

1. Freeman D. (2008) Studying and treating schizophrenia using virtual reality: a new paradigm. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (4) 605-610, 200

Database: MEDLINE
Disponibile da: www.pubmed.com
Search strategy: "schizophrenia" and "virtual environment"

Consultato il: 03/07/2011

Limits: published date from 2006 to 2011 - humans

Revisioni sistematiche, documenti reperiti: 2

Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

1. Freeman D. (2008) Studying and treating schizophrenia using virtual reality: a new paradigm. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (4) 605-610, 200

Database: PSYCHINFO

Disponibile da:

Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 04/08/2011

Limits: published date from 2005 to 2011.

Revisioni sistematiche, documenti reperiti: 26

Revisioni sistematiche, documenti selezionati pertinenti: 1

1. La Barbera D., Sideli L., La Paglia F. Schizofrenia e realtà virtuale: Una rassegna delle applicazioni cliniche (2010). *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 16 (1) 78-86

Letteratura primaria

Database: MEDLINE

Disponibile da: www.pubmed.com
Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Limits: published date from 2006 to 2011.

Documenti reperiti: 29

Documenti selezionati e pertinenti: 6

1. Josman N., Schenirderman A.E., Klinger E., Shevil E. (2009) Using virtual reality to evaluate executive functioning

among persons with schizophrenia: a validity study. *Schizophrenia Research*, 115 (2-3) 270-277

2. Kim K., Kim J.J., Kim J., Park D.E., Jang H.J., Ku J., Kim C.H., Kim I.Y., Kim S.I. (2007) Characteristics of social perception assessed in schizophrenia using virtual reality. *Cyberpsychology Behavior*, 10 (2) 215-9

3. Ku J., Han K., Lee H.R., Jang H.J., Kim K.U., Park S.H., Kim J.J., Kim C.H., Kim I.Y., Kim S.I. (2007) VR-based conversation training program for patients with schizophrenia: a preliminary clinical trial. *CyberPsychology Behavior*, 10 (4) 567-74

4. Park K.M., Ku J., Choi S.H., Jang H.J., Park J.Y., Kim S.I. Kim J.J. (2011) A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189 (2) 166-72

5. Park S.H., Ku J., Kim J.J., Jang H.J., Kim S.Y., Kim S.H., Kim C.H., Lee H., Kim I.Y., Kim S.I. (2009) Increased personal space of patients with schizophrenia in a virtual social environment. *Psychiatry Research*, 169 (3) 197-202

6. Park I.H., Kim J.J., Ku J., Jang H.J., Park S.H., Kim C.H., Kim I.Y., Kim S.I. (2009) Characteristics of social anxiety from virtual interpersonal interactions in patients with schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 72 (1) 79-93

Database: MEDLINE
Disponibile da: www.pubmed.com
Search strategy: "schizophrenia" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Limits: /

Documenti reperiti: 42

Documenti selezionati pertinenti: 13

6 articoli già citati in precedenza
1. Da Costa R.M., de Carvalho L.A. (2004). The acceptance of virtual reality devices for cognitive rehabilitation: a report of positive results with schizophrenia. *Computer Methods Programs Biomed* 73 (3) 173-82

2. Wiederhold B.K., Wiederhold M.D. (2004). The future of cybertherapy: improved options with advanced technologies. *Study Health Technology Inform*, 99 263-70

Database: MEDLINE
Disponibile da: www.pubmed.com
Search strategy: "psychosis" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011



Database: MEDLINE
Disponibile da: www.pubmed.com
Search strategy: "psychosis" and "virtual reality"

Consultato il: 03/07/2011

Limits: published date from 2006 to 2011.

Documenti reperiti: 11

Documenti selezionati pertinenti: 0

altre fonti

1. Morganti F, Riva G. (2006). *Conoscenza, comunicazione e tecnologia: aspetti cognitivi della realtà virtuale*. Milano: LED Edizioni Universitarie

DISSERTAZIONE

La realtà virtuale (VR) viene da tempo utilizzata per il trattamento di numerosi disturbi mentali e solo da pochi anni è applicata ai disturbi schizofrenici.

Wiederhold *et al.* (2004) hanno osservato che questa tecnologia può stimolare i soggetti affetti da schizofrenia nello sperimentare in modo sicuro le esperienze che arrecano disagio prima di tentare l'interazione nel mondo reale creando un'applicazione in grado di applicare il volto di persone reali (amici, familiari,) agli umanoidi degli ambienti virtuali.

La VR include però costi notevoli per sviluppare gli ambienti virtuali e alcuni soggetti affetti da schizofrenia sostengono che non vi sia un sufficiente realismo per poter favorire la totale immersione nell'ambiente.

Secondo da Costa *et al.* (2004) le persone affette da schizofrenia vedono compromessa la loro vita dal punto di vista cognitivo, delle abilità sociali e di conseguenza delle interazioni con gli altri individui. La sua applicazione sarebbe efficace nella riabilitazione cognitiva favorendo l'acquisizione di competenze e abilità sociali in tempi brevi rispetto che alle tecniche riabilitative tradizionali fornendo una modalità alternativa e più motivante.

In un trial clinico condotto da Ku *et al.* (2007) su un campione di persone affette da schizofrenia, si sono valutate le loro opinioni in merito all'utilità di un programma di realtà virtuale finalizzato a migliorare la conversazione e l'assertività e ad addestrare la persona a mantenere la corretta distanza interpersonale con l'interlocutore.

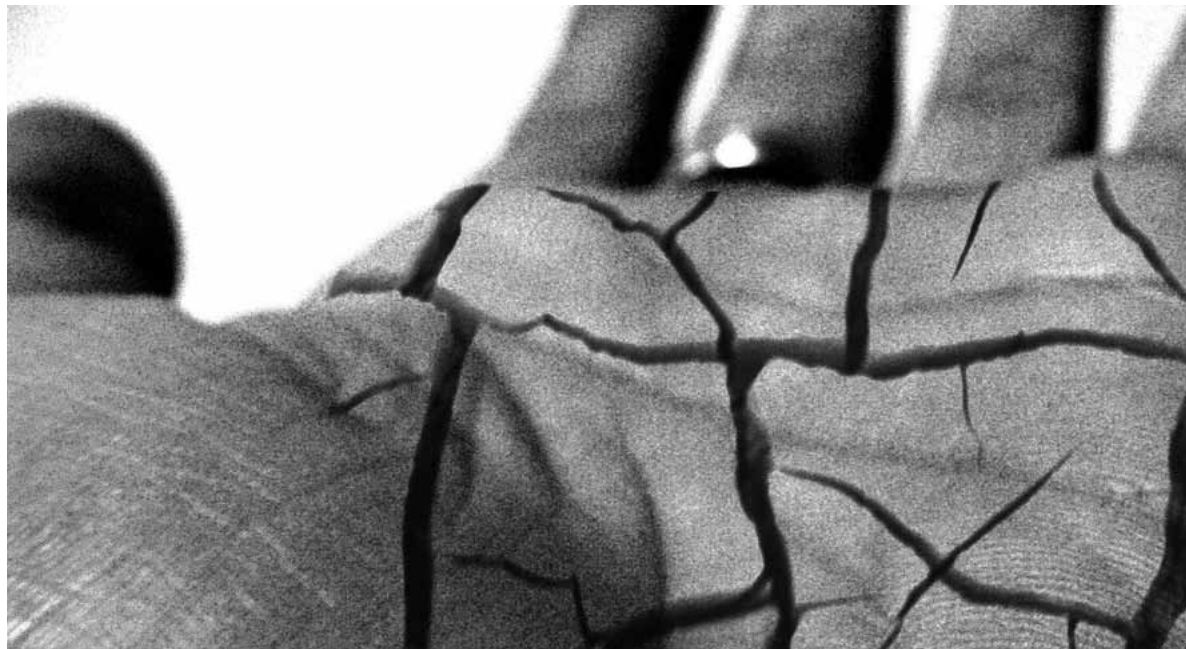
Il programma di realtà virtuale è stato progettato per permettere alle persone con schizofrenia di essere educate in un ambiente confortevole e senza distrazioni.

La persona tramite un joystick è in grado di controllare un'umanoide in modo che possa camminare in un ambiente virtuale e conversare con le altre persone virtuali.

L'interlocutore virtuale è programmato per coinvolgere la persona nel dialogo costringendola a rispondere.

I risultati ottenuti grazie alla somministrazione di un questionario di gradimento ai partecipanti dimostrano che il sistema di VR presentato potrebbe essere utilizzato per migliorare la conversazione delle persone con schizofrenia in quanto il colloquio con l'avatar virtuale è in grado di fornire stimoli emotivi in un ambiente tridimensionale realistico.

Dello stesso parere sono Kim *et al.* (2007) i quali sostengono che la VR può offrire una modalità migliore rispetto ai tradizionali metodi educativi in quanto in un ambiente virtuale si può migliorare le abilità



sociali con livelli d'ansia più bassi. Lo studio condotto propone alle persone con schizofrenia di riconoscere in un ambiente virtuale l'emozione dei soggetti presenti, esaminando l'espressione del viso. Si è osservato che le persone con schizofrenia, oltre che ad avere difficoltà d'interazione sociale, hanno un'alterata percezione rispetto al gruppo di controllo sano avendo difficoltà nel riconoscere le emozioni negative (tristezza, rabbia). Gli autori sostengono che la VR potrà essere utilizzata in futuro nella valutazione e nella formazione delle percezioni sociali dei soggetti affetti da schizofrenia.

In una revisione sistematica condotta da Freeman (2008) si è sottolineato che l'utilizzo della VR è un'ottima modalità per il recupero delle interazioni sociali in quanto le persone affette da schizofrenia sono immerse in un ambiente virtuale con sollecitazioni simili al mondo reale essendo ad esempio sottoposte a stimoli in grado di scaturire disagio.

Questo aspetto è molto importante nella valutazione dei sintomi e nell'identificazione dei fattori predittivi che innescano disagio alla persona.

Successivamente si può creare una componente educativa mirata alla persona per aiutarla a riconoscere i fattori che alterano il benessere.

Josman *et al.* (2009) hanno ricreato un supermarket virtuale dove gli utenti devono fare la spesa in base ad una lista proposta e infine interagire con la cassiera per pagare la merce. In base al risultato raggiunto, tramite assegnazione di un punteggio, si stabilisce il grado d'indipendenza della persona e si identificano i suoi punti di forza.

Lo studio è un punto di partenza per riuscire tramite la VR a risolvere le limitazioni delle persone affette da schizofrenia ed a rieducarle per meglio svolgere le attività di vita di base.

Secondo Park *et al.* (2009) la VR è in grado di fornire degli strumenti utili alla valutazione dello spazio interpersonale che le persone affette da schizofrenia mantengono durante la conversazione con un interlocutore. Lo spazio è una zona invisibile attorno alla persona che deve mantenere proprio al fine di evitare disagio.

Le persone con schizofrenia tendono a mantenere uno spazio più ampio dell'interlocutore, creando un eloquio distaccato.

Questa tecnologia è utile, oltre che per valutare lo spazio interpersonale, anche per riabilitare la persona a mantenere una giusta distanza durante la comunicazione al fine di migliorare l'interazione sociale. In un trial controllato randomizzato effettuato da Park *et al.* (2011) sono stati reclutati 91 soggetti affetti da schizofrenia con età tra i 18 e i 45 anni ai quali è stato chiesto di partecipare ad un'applicazione di V.R. incentrata sulla conversazione con un umanoide virtuale all'interno di un gioco di ruolo.

Gli studiosi si sono prefissati di migliorare la conversazione incrementando l'assertività, la capacità di espressione e il riconoscimento dello stato d'animo dell'interlocutore virtuale.

Lo studio propone inoltre il paragone tra i giochi di ruolo tradizionali e i giochi di ruolo in un'ambiente virtuale.

Al termine delle sessioni i ricercatori hanno concluso che le persone affette da schizofrenia provano meno ansia nel partecipare a giochi virtuali e che provano maggior deficit motivazionale con giochi di ruolo tradizionali, inoltre la V.R. è utile per incrementare l'interesse della persona a partecipare ad attività migliorando la conversazione, l'attenzione, la memoria e l'apprendimento, ma non le capacità non verbali in quanto per quest'obiettivo risultano più efficaci i giochi di ruolo tradizionali.

La V.R. può essere quindi un utile complemento alla tradizionali tecniche riabilitative.

In un articolo redatto da Kim *et al.* (2011) si è concluso che i soggetti affetti da schizofrenia in un ambiente virtuale tendono a considerare le persone virtuali come esseri umani reali e a rispondere loro come se fossero soggetti real

CONCLUSIONI

Nella revisione di Barbera *et al.* (2010) condotta su vari studi si afferma che la VR è sicura ed accettabile per le persone a rischio di psicosi e privi di sintomi positivi. Il principale limite dell'uso di programmi di VR con persone affette da schizofrenia, specialmente in fase acuta della malattia, riguarda l'elevato grado di coinvolgimento nell'esperienza che può influenzare una percezione corretta della realtà. Tenendo in considerazione gli studi clinici analizzati e sopra citati si conclude che la VR è efficace nella riabilitazione cognitiva, migliora le

abilità sociali e conseguentemente le interazioni sociali in un ambiente sicuro e ben controllato senza ripercussioni emotive, frustrazione e sensazione di fallimento atteso nel mondo reale.

Inoltre si è visto l'interesse delle persone nel parteciparvi, con un alto grado di immersione grazie allo sviluppo di ambienti tridimensionali molto realistici che offrono all'individuo l'opportunità di interagire con oggetti e situazioni simulate come se fossero realmente presenti. Gli studi reperiti hanno inoltre ricostruito situazioni ambientali e sociali in modo da stimolare il soggetto in maniera simile al contesto reale valutando il pensiero paranoideo, persecutorio ed anomalie percettive facilitando l'impostazione di progetti educativi e riabilitativi mirati alla singola persona e al suo disagio individuale.

BIBLIOGRAFIA

- Da Costa R.M., de Carvalho L.A. (2004). The acceptance of virtual reality devices for cognitive rehabilitation: a report of positive results with schizophrenia. *Computer Methods Programs Biomed* 73 (3) 173-82
- Freeman D. (2008) Studying and treating schizophrenia using virtual reality: a new paradigm. *Schizophrenia Bulletin*, 34 (4) 605-610, 200
- Hardy S., Chaplin E., Woodwar P. (2010). Mental health nursing of adults with learning disabilities. *Royal college of nursing guidance*, 1-40
- Josman N., Schenirderman A.E., Klinger E., Shevil E. (2009)

Using virtual reality to evaluate executive functioning among persons with schizophrenia: a validity study. *Schizophrenia Research*, 115 (2-3) 270-277

- Kim K., Kim J.J., Kim J., Park D.E., Jang H.J., Ku J., Kim C.H., Kim I.Y., Kim S.I. (2007) Characteristics of social perception assessed in schizophrenia using virtual reality. *Cyberpsychology Behavior*, 10 (2) 215-9
- Ku J., Han K., Lee H.R., Jang H.J., Kim K.U., Park S.H., Kim J.J., Kim C.H., Kim I.Y., Kim S.I. (2007) VR-based conversation training program for patients with schizophrenia: a preliminary clinical trial. *CyberPsychology Behavior*, 10 (4) 567-74
- La Barbera D., Sideli L., La Paglia F. Schizofrenia e realtà virtuale: Una rassegna delle applicazioni cliniche (2010). *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 16 (1) 78-86
- Morganti F, Riva G. (2006). *Conoscenza, comunicazione e tecnologia: aspetti cognitivi della realtà virtuale*. Milano: LED Edizioni Universitarie
- Park K.M., Ku J., Choi S.H., Jang H.J., Park J.Y., Kim S.I. Kim J.J. (2011) A virtual reality application in role-plays of social skills training for schizophrenia: A randomized, controlled trial. *Psychiatry Research*, 189 (2) 166-72
- Park S.H., Ku J., Kim J.J., Jang H.J., Kim S.Y., Kim S.H., Kim C.H., Lee H., Kim I.Y., Kim S.I. (2009) Increased personal space of patients with schizophrenia in a virtual social environment. *Psychiatry Research*, 169 (3) 197-202
- Park I.H., Kim J.J., Ku J., Jang H.J., Park S.H., Kim C.H., Kim I.Y., Kim S.I. (2009) Characteristics of social anxiety from virtual interpersonal interactions in patients with schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 72 (1) 79-93
- Sironi C. (2006) Citare e fornire riferimenti bibliografici. Una guida per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica (e non solo...) IV revisione. Varese: Università degli studi dell' Insubria-Facoltà di Medicina e Chirurgia
- Wiederhold B.K., Wiederhold M.D. (2004). The future of cybertherapy: improved options with advanced technologies. *Study Health Technology Inform*, 99 263-70

* Infermiere neolaureato a.a. 2010 -2011 Università degli Studi di Milano Bicocca sezione Faedo

Parliamone

Copyright by Collegio IPAS.VI. - Sondrio

Pubblicato trimestralmente ed inviato a tutti gli iscritti del Collegio IPAS.VI. Viene inviato in abbonamento, si prega pertanto di comunicare tempestivamente il cambio di indirizzo al Collegio IPAS.VI., via Aldo Moro, 32 - 23100 Sondrio
E-mail: info@ipasviso.org

PRESIDENTE: Ercole Andrea Piani
VICE PRESIDENTE: Rosella Baraiolo
SEGRETARIO: Marisa Ambrosini
TESORIERE: Andrea Pedrini

CONSIGLIERI:
Alberta Acquistapace - Edo Bagiolo - Ida Bertelli - Matteo Caneva - Olga Cedro - Carla Fallini - Arianna Fiorelli - Alessandro Fumasoni - Tiziana Giaconi - Bruno Orsini - Adelaide Tudori

REVISORI DEI CONTI:
Presidente Giancarlo Bottà - membro effettivo Milena Spandrio
membro effettivo Gisella Tridella - membro supplente Chiara Fognini

HANNO COLLABORATO
Stefano Bazzana, Veronica Dell'Agostino, Sara Libera, Francesca Piganzoli, Elena Presazzi, Antonietta Quetti, Federico Salini

Strategie di monitoraggio della temperatura corporea nella persona sottoposta ad ipotermia terapeutica post arresto cardiaco

di Elena Presazzi*

Introduzione

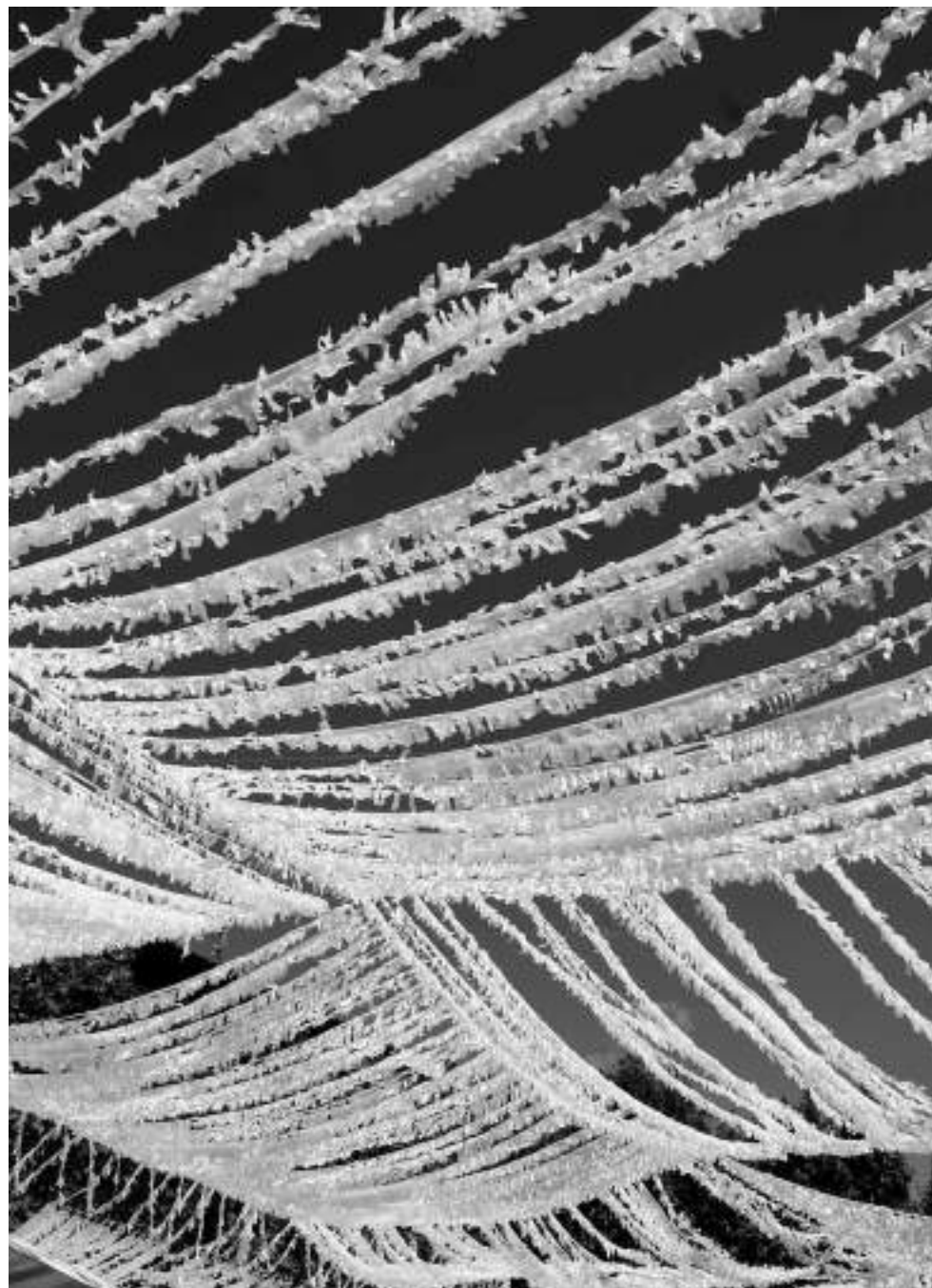
La temperatura corporea interna è definita come la temperatura del sangue a livello del cuore e delle grandi arterie, la temperatura dei principali organi interni e la temperatura del cervello (Zeiner *et al.*, 2010). L'ipotermia terapeutica è un trattamento medico volto a diminuire la temperatura corporea interna; essa rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione del danno neurologico, in particolare quello secondario alla ripresa di un adeguato ritmo perfusivo (ROSC). Nel dicembre 2010, le linee guida pubblicate da L'Australian Resuscitation Council evidenziano come una riduzione moderata della temperatura corporea interna tra 32-34°C, iniziata immediatamente dopo il ritorno della circolazione spontanea e mantenuta per 12-24 h, permetta di migliorare l'esito neurologico e la sopravvivenza in una persona che ha subito un arresto cardiocircolatorio.

Nello stesso anno, anche in Europa vengono pubblicate delle linee guida che richiamano i medesimi concetti; *European Resuscitation Council* (2010) sottolinea come l'ipotermia terapeutica moderata riduca il tasso metabolico di ossigeno dello 0,6% per ogni grado centigrado di temperatura in meno e inoltre diminuisca la risposta infiammatoria degli esiti dovuti alla sindrome dell'arresto cardiaco.

In una persona che ha subito un arresto cardiocircolatorio con un ritmo d'esordio di fibrillazione ventricolare; dopo la rianimazione e la ripresa della circolazione spontanea, la temperatura corporea interna può essere portata in un *range* compreso tra i 32 e i 34°C. Questa fase di induzione, definita anche "raffreddamento rapido", può essere raggiunta con metodi quali infusione di soluzioni saline a temperatura di 4°C e applicazione di ghiaccio sui grossi vasi femorali, carotidei, ascellari e poplitei. I valori inizialmente raggiunti vengono mantenuti costanti per 12-24 h utilizzando le stesse modalità adottate in precedenza nella fase d'induzione. Infine, la temperatura è stata riportata lentamente ed in maniera spontanea alla normalità.

Il monitoraggio della temperatura corporea interna, in tutte le fasi del protocollo di trattamento è un obiettivo perseguibile e di competenza infermieristica. Identificare le possibili sedi e le modalità di rilevazione della temperatura corporea interna rientrano nel bagaglio di conoscenze necessarie per un professionista che opera nelle unità di terapia intensiva.

Con questo approfondimento si sono volute indagare le conoscenze in merito alle strategie di monitoraggio della temperatura corporea interna; in particolare attraverso la metodologia PICO e consultando le principali banche dati si sono volute evidenziare le potenzialità di un metodo migliore per monitorizzare la temperatura corporea interna, anche in termini di efficienza ed efficacia. Un altro obiettivo della ricerca infine, è stato quello di rilevare vantaggi e svantaggi potenziali per ciascuna delle sedi di rilevazione.



Report della ricerca bibliografica

Quesito

P & P Patient /Population & Problem: paziente adulto sottoposto ad ipotermia terapeutica moderata in seguito ad arresto cardiaco

I Intervention: monitoraggio della temperatura corporea interna

C Comparison: /

O Outcome: efficienza ed efficacia dei sistemi di monitoraggio della temperatura corporea interna Revisioni sistematiche

Database: COCHRANE

Disponibile da: www.thecochranelibrary.com

Search Strategy: hypothermia in Title, Abstract or Keywords in Cochrane Database of Systematic Reviews

Consultato il: 7/9/2011

Documenti reperiti: 20

Documenti selezionati e pertinenti: 0

Database: COCHRANE

Disponibile da: www.thecochranelibrary.com

Search Strategy: hypothermia in Title, Abstract or Keywords in Database of Abstracts of Reviews of Effects

Consultato il: 7/9/2011

Documenti reperiti: 24

Documenti selezionati e pertinenti: 0

Database: COCHRANE

Disponibile da: www.thecochranelibrary.com

Search Strategy: temperature monitoring in Title, Abstract or Keywords in Cochrane Database of Systematic Reviews

Consultato il: 7/9/2011

Documenti reperiti: 5

Documenti selezionati e pertinenti: 0

Letteratura primaria (studi/articoli singoli)

Database: PUBMED

Disponibile da: www.pubmed.gov

Search Strategy: "Body Temperature"[Major] AND "Hypothermia, Induced"[Major] LIMITS: published in the last 5 years, humans, English[lang] or French[lang] or Italian[lang], All Adult: 19+ years

Consultato il: 8/7/2011

Documenti reperiti: 31

Documenti selezionati e pertinenti: 3

1. Haugk M., Stratil P., Sterz F., Krizanac D., Testori C., Uray T., Koller J., Behringer W., Holzer M., Herkner H. (2010 Jul) Tempe-

rate monitored on the cuff surface of an endotracheal tube reflects body temperature. *Critical Care Medicine*, 38(7): 1569-73.

2. Kim J.J., Yang H.J., Lim Y.S., Kim J.K., Hyun S.Y., Hwang S.Y., Shin J.H., Park J.B., Lee G. (2011 Feb) Effectiveness of each target body temperature during therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(2): 148-54.

3. Zeiner A., Klewer J., Sterz F., Haugk M., Krizanac D., Testori C., Losert H., Ayati S., Holzer M. (2010 Jul) Non-invasive continuous cerebral temperature monitoring in patients treated with mild therapeutic hypothermia: an observational pilot study. *Resuscitation*, 81(7): 861-6.

Database: PUBMED

Disponibile da: www.pubmed.gov

Search Strategy: "Body Temperature"[Mesh] AND "Monitoring, Physiologic"[Mesh] AND "Hypothermia, Induced"[Mesh]

LIMITS: published in the last 5 years, humans

Consultato il: 08/07/2011

Documenti reperiti: 35

Documenti selezionati e pertinenti: 2

4. Polderman K.H., Herold I. (2009 Mar) Therapeutic hypothermia and controlled normothermia in the intensive care unit: practical considerations, side effects, and cooling methods. *Critical Care Medicine*, 37(3): 1101-20.

5. Sharma V. (2010 Jul) Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: monitoring hypothermia in intensive care units. *Anaesthesia*, 65(7): 753-4.

Database: PUBMED

Disponibile da: www.pubmed.gov

Search Strategy: body temperature AND therapeutic hypothermia

LIMITS: published in the last 1 year

Consultato il: 09/07/2011

Documenti reperiti: 139

Documenti selezionati e pertinenti: 1

6. Varon J., Marik P.E., Einav S. (2011 May) Therapeutic hypothermia: a state-of-the-art emergency medicine perspective. *American Journal of Emergency Medicine*, 11.

Database: PUBMED

Disponibile da: www.pubmed.gov

Search Strategy: "Monitoring, Physiologic/methods"[Mesh] OR "Monitoring, Physiologic/nursing"[Mesh] AND "Body Temperature"[Major]

LIMITS: humans, published in the last 5 years, English[lang] OR French[lang] OR Italian[lang]

Consultato il: 7/9/2011

Documenti reperiti: 59

Documenti selezionati e pertinenti: 2

7. Roth J.V., Braitman L.E. (2008 Aug) Nasal temperature can be used as a reliable surrogate measure of core temperature. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 22(4): 309-14.

8. Camboni D., Philipp A., Schebesch K.M., Schmid C. (2008 Oct) Accuracy of core temperature measurement in deep hypothermic circulatory arrest. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 7(5): 922-4.

Database: PUBMED**Disponibile da:** www.pubmed.gov**Search Strategy:** "Hypothermia, Induced"[Major] AND "Heart Arrest"[Major] LIMITS: published in the last 5 years, humans, English[lang] or French[lang] or Italian[lang], All Adult: 19+ years.**Consultato il:** 9/9/2011**Documenti reperiti:** 167**Documenti selezionati e pertinenti:** 2 già citati**Database:** MEDLINE**Disponibile da:** csaweb106v.csa.com/ids70/quick_search.php?SID=c113b7u4a6g4mvr5o vd9747pc0**Search Strategy:** temperature monitoring and therapeutic hypothermia LIMITS : date range 2006-2012**Consultato il:** 11/7/2011**Documenti reperiti:** 11**Documenti selezionati e pertinenti:** 29. Hasper D., Nee J., Schefold J.C., Krueger A., Storm C. (2011 Jun) Tympanic temperature during therapeutic hypothermia. *Emergency medicine journal: EMJ*, 28(6): 483-485.10. Arrica M., Bissonette B. (2007) Therapeutic hypothermia. *Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia*, 11(1): 6-15.**Database:** CINAHL**Disponibile da:** web.ebscohost.com/ehost/ **Search Strategy:** MM (major) "Hypothermia, Induced" AND MM (major) "Body Temperature"

LIMITS: published from 2005 to 2011

Consultato il: 9/9/2011**Documenti reperiti:** 11**Documenti selezionati e pertinenti:** 2 già citati**Database:** EMBASE**Disponibile da:** www.embase.com**Search Strategy:** 'body temperature monitoring'/exp AND 'induced hypothermia' LIMITS: humans, published from 2005 to 2012**Consultato il:** 7/9/2011**Documenti reperiti:** 30**Documenti selezionati e pertinenti:** 111. Kimberger O., Kurz A. (2008 Dec) Thermoregulatory management for mild therapeutic hypothermia. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 22(4): 729-744.**Database:** SCOPUS**Disponibile da:** www.scopus.com/home.url **Search Strategy:** TITLE: therapeutic hypothermia

LIMITS: PUBYEAR>2009

Consultato il: 7/9/2011**Documenti reperiti:** 235**Documenti selezionati e pertinenti:** 112. So, Hing Y. (2010 Nov) Therapeutic hypothermia. *Korean Journal of Anesthesiology*, 59(5): 299-304.**Database:** SCOPUS**Disponibile da:** www.scopus.com/home.url **Search Strategy:** TITLE: body temperature measurement, intensive care

LIMITS: PUBYEAR>2005

Consultato il: 7/9/2011**Documenti reperiti:** 1**Documenti selezionati e pertinenti:** 113. Peron P. (2010) The choice of method for body temperature measurement in intensive care patients: a literature review. *Professioni infermieristiche*, 63(2): 99-105.**DISSERTAZIONE**

In una prima indagine, dalle evidenze analizzate, viene sottolineata l'importanza di determinare un sito di rilevazione utile ed efficace per il monitoraggio della temperatura corporea interna e di adottare quindi dei

presidi che rispecchino determinate caratteristiche. Si sostiene inoltre come rilevare la temperatura corporea direttamente a livello cerebrale, sede specifica in cui avviene il danno neurologico secondario alla ripresa del ROSC, risulti essere indaginoso e cruento. Per molti autori il gold standard è rappresentato da un monitoraggio della temperatura direttamente nel sangue. Ciò è attuabile tramite l'introduzione di un catetere Swan Ganz in arteria polmonare oppure attraverso l'utilizzo della metodologia PICCO con la costituzione di una linea arteriosa brachiale o femorale. Queste due metodologie consentono entrambe di ottenere un corretto valore della temperatura corporea interna e per questo motivo sono considerate anche come tecniche di riferimento ottimali (Peron, 2010); tra le due, PICCO rappresenta la tecnica meno invasiva. Esistono però altre possibilità meno cruenti per monitorare la temperatura corporea interna: infatti, utilizzando delle sonde collegate ad un monitor, è possibile rilevare la temperatura in sede rettale, vescicale, esofagea e nasofaringea; inoltre, usufruendo di un termometro digitale, si può misurare la temperatura a livello timpanico. Polderman *et al.* (2009) in una revisione, sostengono però come queste diverse tipologie di sonda non siano in grado di registrare variazioni di temperatura in tempo reale in quanto i sensori per la rilevazione della temperatura non vengono direttamente in contatto con il sangue.

La rilevazione della temperatura corporea in sede rettale ha sempre generato molti dubbi: infatti più autori (Varon *et al.*, Joo Kim *et al.*, 2010) sostengono, nelle rispettive revisioni, come questa sede di monitoraggio non rifletta accuratamente la temperatura corporea interna; la possibile presenza di feci, fungendo da isolante, potrebbe alterare i risultati soprattutto se confrontati con i valori di temperatura rilevati in sede intracranica.

Il monitoraggio della temperatura attraverso l'utilizzo di una sonda vescicale nella persona sottoposta ad ipotermia terapeutica moderata è una possibilità studiata in molti articoli; Camboni *et al.* (2008) in uno studio primario condotto su pazienti che hanno subito un intervento chirurgico per aneurisma cerebrale e sottoposti a ipotermia terapeutica profonda, hanno dimostrato un'alta correlazione tra i valori di temperatura ottenuti con una sonda vescicale e quelli rilevati in sede intracranica attraverso il posizionamento di termocoppie nel condotto uditivo. Altri autori però, (Polderman *et al.*, 2009) evidenziano come molti di questi presidi abbiano un sensore per la temperatura galleggiante, un sensore che si trova all'interno del catetere e che non è fissato ad esso; questo sensore, può quindi muoversi all'interno del presidio e, se fatta trazione, la sua punta può retrocedere spostandosi all'interno del pallone del catetere gonfiato con acqua a temperatura ambiente; tutto ciò potrebbe influenzare la lettura dei valori rilevati in questa sede. Sempre utilizzando questa metodologia di rilevazione un altro autore (Hing-yu so, 2010) pone l'attenzione alla possibile contrazione della diuresi; in questo caso i valori ottenuti potrebbero riflettere con molte differenze la temperatura interna.

Varon, in una revisione del 2011, sostiene che rilevare la temperatura corporea con una sonda esofagea o nasofaringea sia un ottimo metodo per ottenere valori affini a quelli intracranici; anche altri studi (Sharma, 2010) affermano come queste due tipologie di sonda confermino valori più accurati rispetto a quelli rilevati tramite sonde vescicali o rettali. Si sottolinea però, come il posizionamento della sonda nasofaringea possa causare traumi ed epistassi mentre quella esofagea, oltre ad essere controindicata in pazienti con patologie a questo livello, può causare errori di lettura della temperatura quando la sonda non è posizionata correttamente o quando è in aspirazione (Roth *et al.*, 2008). Un'attenzione

particolare deve essere posta alla rilevazione timpanica della temperatura, verso la quale si riscontrano pareri dibattuti; Sharma (2010) sostiene che fra tutte le modalità di monitoraggio, la temperatura misurata a livello timpanico sia la meno accurata, pur non specificandone il motivo; sono molti invece gli autori che affermano il contrario, definendola un sito di monitoraggio appropriato e soprattutto non invasivo. Varon *et al.* (2011) dichiarano come i valori di temperatura rilevati in sede timpanica rispecchino con poche differenze quelli intracranici, in particolar modo se si pone attenzione al fatto che il canale uditivo sia libero da secrezioni. Anche Camboni *et al.* (2008) ritengono questa metodologia affidabile, in quanto in grado di rilevare la temperatura a livello del timpano, sede anatomicamente prossima al tessuto cerebrale. In uno studio primario (Hasper *et al.*, 2010) condotto su 10 persone sottoposte ad ipotermia terapeutica moderata in seguito ad arresto cardiocircolatorio, vengono confrontate tre diverse tipologie di monitoraggio: vescicale, esofagea e timpanica; fra le tre sedi quest'ultima rispecchia accuratamente i valori rilevati dalle altre due sonde. Si sostiene inoltre come la rilevazione timpanica della temperatura sia una metodologia, se pur non in grado di monitorare i valori in maniera continua, non invasiva, poco costosa e quindi da poter essere utilizzata nelle unità operative ma anche in ambito territoriale.

In un altro studio primario (Haugk *et al.*, 2010) è stato applicato il protocollo dell'ipotermia terapeutica in seguito ad arresto cardiaco su 21 pazienti. In questo caso la temperatura corporea è stata monitorata utilizzando un tubo endotracheale sul quale è posizionato un sensore per la temperatura a livello della cuffia e confrontata con quella rilevata nel sangue tramite un catetere in arteria polmonare. Questo studio ha dimostrato come, interrompendo la somministrazione di gas freddi, la temperatura rilevata in sede tracheale sia affidabile ed efficace rispetto a monitoraggi più invasivi. Anche questo presidio offre la possibilità di essere utilizzato in emergenza e sul territorio.

In uno studio condotto su 19 persone, Zeiner *et al.* (2010) analizzano un sistema di monitoraggio continuo e non invasivo della temperatura corporea interna: un dispositivo costituito da una "flexible patch" contenuta da due sensori, uno posizionato a diretto contatto sulla cute della fronte e l'altro verso l'esterno; i risultati dimostrano come la temperatura rilevata sulla cute della fronte corrisponda alla temperatura corporea interna.

In conclusione, analizzate le diverse sedi e modalità di rilevazione della temperatura corporea interna, non è plausibile né possibile identificare quale sia il metodo migliore. Un corretto presidio per la rilevazione della temperatura corporea interna deve avere determinate caratteristiche: esattezza, affidabilità, sicurezza, deve garantire il comfort alla persona, essere il più rapido possibile nella rilevazione del dato, semplice da usare e non troppo costoso. Poiché non è verosimile associare tutte queste caratteristiche ad un unico sito di rilevazione non è altrettanto possibile standardizzare un metodo per il monitoraggio della temperatura corporea interna; inoltre nelle unità operative di terapia intensiva risultano essere diverse le disponibilità delle varie aziende ospedaliere nel fornire gli strumenti e i presidi più adatti.

BIBLIOGRAFIA

- Arrica M., Bissonette B. (2007) Therapeutic hypothermia. *Seminars in cardiothoracic and vascular anesthesia*, 11(1): 6-15.
- Australian Resuscitation Council guidelines 11.8 December 2010. Therapeutic Hypothermia After Cardiac Arrest.
- Bernard S.A., Gray T.W., Buist M.D., Jones, B.M., Silvester W., Gutteridge G., Smith K.

(2002 Feb) Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. *New England Journal of Medicine*, 346 (8): 557-563

- Bizier N. (1993) *Dal pensiero al gesto. Un modello concettuale di assistenza infermieristica*. Seconda edizione. Milano: Edizioni Sorbona.

- Camboni D., Philipp A., Schebesch K.M., Schmid C. (2008 Oct) Accuracy of core temperature measurement in deep hypothermic circulatory arrest. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 7(5): 922-4.

- Carpenito-Moyet L.J. (2006). *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*. Terza edizione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

- Craven R.F., Hirnle C.J. (1998). *Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica*. Seconda edizione. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

- European Resuscitation Council resuscitation guidelines 2010. Adult Advanced Life Support.

- Hasper D., Nee J., Schefold J.C., Krueger A., Storm C. (2011 Jun) Tympanic temperature during therapeutic hypothermia. *Emergency medicine journal: EMJ*, 28(6): 483-485.

- Haugk M., Stratil P., Sterz F., Krizanac D., Testori C., Uray T., Koller J., Behringer W., Holzer M., Herkner H. (2010 Jul) Temperature monitored on the cuff surface of an endotracheal tube reflects body temperature. *Critical Care Medicine*, 38(7): 1569-73.

- Holzer M., Sterz F., Darby, J.M., Padosch S.A., Kern K.B., Böttiger B.W., Polderman K.H., Girbes A.R.J., Holzer M., Bernard S.A., Buist M.D., Safar P., Kochanek, P.M. (2002 Feb) Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. *New England Journal of Medicine*, 346(8): 549-556.

- Kim J.J., Yang H.J., Lim Y.S., Kim J.K., Hyun S.Y., Hwang S.Y., Shin J.H., Park J.B., Lee G. (2011 feb) Effectiveness of each target body temperature during therapeutic hypothermia after cardiac arrest. *American Journal of Emergency Medicine*, 29(2): 148-54.

- Kimberger O., Kurz A. (2008 Dec) Thermoregulatory management for mild therapeutic hypothermia. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, 22(4): 729-744.

- Peron P. (2010) The choice of method for body temperature measurement in intensive care patients: a literature review. *Professioni infermieristiche*, 63(2): 99-105.

- Polderman K.H., Herold I. (2009 Mar) Therapeutic hypothermia and controlled normothermia in the intensive care unit: practical considerations, side effects, and cooling methods. *Critical Care Medicine*, 37(3): 1101-1120.

- Roth J.V., Braitman L.E. (2008 Aug) Nasal temperature can be used as a reliable surrogate measure of core temperature. *Journal of Clinical Monitoring and Computing*, 22(4): 309-314.

- Sharma V. (2010 Jul) Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: monitoring hypothermia in intensive care units. *Anaesthesia*, 65(7): 753-4.

- So, Hing Y. (2010 Nov) Therapeutic hypothermia. *Korean Journal of Anesthesiology*, 59(5): 299-304.

- Varon J., Marik P.E., Einav S. (2011 may) Therapeutic hypothermia: a state-of-the-art emergency medicine perspective. *American Journal of Emergency Medicine*, 11.

- Zeiner A., Klewer J., Sterz F., Haugk M., Krizanac D., Testori C., Losert H., Ayati S., Holzer M. (2010 Jul) Non-invasive continuous cerebral temperature monitoring in patients treated with mild therapeutic hypothermia: an observational pilot study. *Resuscitation*, 81(7): 861-6.

* Infermiera neolaureata a.a. 2010 -2011 Università degli Studi di Milano Bicocca sezione Faedo

FAEDO: FESTA DI LAUREA**anno accademico 2010-2011****Corso di Laurea
in Infermieristica**

*Il Coordinatore Didattico
di Sezione
Dott.ssa Carmela Ongaro
I tutor
Bruno Cometti,
Carmen Crapella,
Monica Nonini
la segretaria
Melissa De Paoli*

*Augurano a tutti
Serene Feste*

*e colgono l'occasione per
ringraziare
i colleghi infermieri-
assistenti di tirocinio
per la professionalità
e la competenza
che mettono a disposizione
nel sostenere
gli studenti infermieri
nel loro percorso formativo
sia in ambito teorico
sia in ambito pratico*

**Vivi come credi**(di *Charlie Chaplin*)

C'era una volta una coppia con un figlio di 12 anni e un asino. Decisero insieme di viaggiare, di lavorare e di conoscere il mondo. Così partirono tutti e tre con il loro asino. Arrivati nel primo paese, la gente commentava: "Guardate quel ragazzo quanto è maleducato... lui sull'asino e i poveri genitori, già anziani, che lo tirano". Allora la moglie disse a suo marito: "Non permettiamo che la gente parli male di nostro figlio." Il marito lo fece scendere e salì sull'asino. Arrivati al secondo paese, la gente mormorava: "Guardate che svergognato quel tipo... lascia che il ragazzo e la povera moglie tirino l'asino, mentre lui vi sta comodamente in groppa." Allora, presero la decisione di far salire la moglie, mentre padre e figlio tenevano le redini per tirare l'asino.

Arrivati al terzo paese, la gente commentava: "Povero uomo! Dopo aver lavorato tutto il giorno, lascia che la moglie salga sull'asino; e povero figlio, chissà cosa gli spetta, con una madre del genere!"

Allora si misero d'accordo e decisero di sedersi tutti e tre sull'asino per cominciare nuovamente il pellegrinaggio.

Arrivati al paese successivo, ascoltarono cosa diceva la gente del paese: "Sono delle bestie, più bestie dell'asino che li porta: gli spaccheranno la schiena!". Alla fine, decisero di scendere tutti e camminare insieme all'asino.

Ma, passando per il paese seguente, non potevano credere a ciò che le voci dicevano ridendo: "Guarda quei tre idioti; camminano, anche se hanno un asino che potrebbe portarli!"

Conclusione: Ti criticheranno sempre, parleranno male di te e sarà difficile che incontri qualcuno al quale tu possa andare bene come sei.

Quindi: vivi come credi.

Fai cosa ti dice il cuore... ciò che vuoi... una vita è un'opera di teatro che non ha prove iniziali.

Quindi: canta, ridi, balla, ama... e vivi intensamente ogni momento della tua vita... prima che cali il sipario e l'opera finisca senza applausi.



*E vi dico che la vita è in realtà oscurità.
Eccetto la dove c'è slancio,
Ma qualsiasi slancio è cieco eccetto la dove c'è sapere
E qualsiasi sapere è vano eccetto là dove c'è lavoro
E qualsiasi lavoro è vuoto eccetto là dove c'è amore.
Ma cosa significa lavorare con amore?
Significa mettere qualsiasi cosa si faccia
Un soffio del proprio spirito*

K.Gibran

*La redazione di "Parliamone",
unitamente al Consiglio direttivo
del Collegio Ipasvi
augura a tutti un felice Anno Nuovo*

