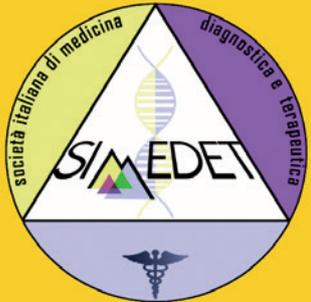


I J P
D T M



"organo ufficiale della"
**SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA
DIAGNOSTICA E TERAPEUTICA**



Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

*Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
IJPDTM Vol.1. N°0. 2018. For personal use only. No other uses without permission.
Copyright © 2018 Simedet. All rights reserved.*

VOLUME 1 - NUMERO 0

2018





**Editor-in-Chief /
Direttore Responsabile:**

Giovanni Maria Vincentelli
(Roma)

Typesetter:

Monfrinotti Sergio (Roma)

ITALIAN JOURNAL OF PREVENTION, DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC MEDICINE (IJPDTM)

**Editorial Board /
Comitato Editoriale:**

Fernando Capuano (Roma)
Paolo Diego L'Angiocola (Gorizia)
Maria Ernia Macera Mascitelli (Firenze)
Manuel Monti (Assisi)

**Scientific Board and Reviewers /
Comitato Scientifico e Revisori:**

Fernando Aiuti (Roma)
Cesar Ivan Aviles Gonzalez (Cagliari)
Giuliana Bardelli (Perugia)
Mirko Bernasconi (Roma)
Alberto Ferrando (Genova)
Letizia Di Francesco (Roma)
Enza Giglione (Vercelli)
Gaetano Maria Fara (Roma)
Roberto Marchetti (Roma)
Igino Fusco Moffa (Perugia)
Giuseppe Murdolo (Perugia)
Giulia Olivi (Assisi)
Michele Paradiso (Roma)
Patrizio Pasqualetti (Roma)
Francesco Passarelli (Roma)
Tommasangelo Petitti (Roma)
Maria Rosaria Pirro (Roma)
Rosamaria Romeo (Roma)
Sergio Timpone (Roma)
Davide Vetrano (Stoccolma)

L'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) è la rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica (**SIMEDET**).

IJPDTM ha il fine di promuovere la ricerca, la cultura e l'aggiornamento sia all'interno che all'esterno della società, coinvolgendo le diverse figure professionali che ne fanno parte (medici, infermieri professionali, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di anatomia patologica...).

L'interdisciplinarietà rappresenta infatti un momento di crescita culturale e professionale, di grande utilità nella pratica clinica, sia per migliorare la gestione della cura del paziente che l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Inoltre, il confronto programmatico delle diverse figure professionali che ruotano intorno alla figura del paziente è in grado, grazie alla ricerca di un percorso condiviso, di favorire la stesura di protocolli e/o linee guida più facilmente percorribili.

Le principali aree di interesse della rivista sono la medicina interna e la medicina d'urgenza con coinvolgimento pertanto di numerose aree quali la rianimazione, la cardiologia, la endocrinologia, la pneumologia, la nefrologia, la neurologia, la gastroenterologia, la ematologia, le malattie infettive..., come ma anche la medicina preventiva e quella di base.

Gentilissimi Lettrici e Lettori,

con grande soddisfazione sono lieto di poter inaugurare il primo numero dell'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM), rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica (SIMEDET).

L'IJPDTM ha il fine di promuovere la ricerca, la cultura e l'aggiornamento, sia all'interno che all'esterno della Società, coinvolgendo le diverse figure professionali che ruotano intorno alla sanità.

Le aree di interesse dell'IJPDTM riguardano prevalentemente la medicina interna e d'urgenza, la medicina preventiva e quella di base, dando pertanto spazio non solo alle molteplici specializzazioni dedicate ma anche all'interno di queste, di quanti operano per la salute del paziente.

La rivista è infatti rivolta a tutti professionisti (medici, infermieri, tecnici di laboratorio biomedico, tecnici di anatomia patologica.....) e l'interdisciplinarietà ne rappresenta un elemento che la caratterizza e la differenzia.

L'ideazione e la messa in atto dell' IJPDTM ha costituito un poderoso sforzo organizzativo a cui hanno fattivamente collaborato tutti i colleghi del Comitato Editoriale e solo grazie alla loro dedizione, capacità ed entusiasmo che oggi siamo in grado di pubblicare il primo numero della rivista.

Consideriamo così un grande onore continuare a lavorare con impegno per migliorare la qualità della rivista, cercando di motivare tutti i nostri lettori a partecipare attivamente al suo sviluppo, con l'obiettivo di costituire un punto di riferimento scientifico sia nazionale che internazionale.

L' IJPDTM è una rivista on line, open access, caratterizzata da una revisione paritaria degli articoli inviati per la pubblicazione (peer review), elemento quest'ultimo che garantisce una revisione equa e di validato parere scientifico.

Inoltre già dal primo numero tutti gli articoli saranno identificati con il doi, una specie di marchio di fabbrica che di per sé implementa il prestigio della pubblicazione.

Ogni numero della rivista, a cadenza trimestrale, presenterà ricerche originali e reviews, recensioni, comunicazioni brevi, case report, editoriali.

Un ringraziamento particolare a Fernando Capuano ed a Manuel Monti (Presidente e Vice Presidente SIMEDET) ai quali, grazie alla loro tenacia, dobbiamo la bellissima realtà della rivista che ci avviciniamo a leggere.

A tutti noi ora il compito di proseguire con lo stesso entusiasmo.

Il Direttore

Giovanni M. Vincentelli

Gentili lettrici e lettori,

La Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica è nata con la finalità di promuovere l'eccellenza nella pratica clinica quotidiana attraverso la ricerca scientifica, l'elaborazione di linee guida condivise, la medicina basata sulle prove scientifiche, sottolineando la necessità di mettere al primo posto i principi etici di un approccio clinico fondato su umanità e solidarietà nei confronti di chi ha necessità di assistenza clinica e socio-sanitaria.

In SIMEDET la ricerca e la formazione degli operatori svolgono un ruolo centrale per i professionisti del mondo della sanità nell'ambito della ricerca clinica, nella cura dei pazienti, nella promozione della salute attraverso l'unione di conoscenza, competenze e di valori e principi etici di cura che devono essere alla base dell'eccellenza nel sistema sanitario italiano al fine di garantire un elevato standard e performance professionali ed il giusto ed equilibrato impiego di risorse umane e strumentali nell'ottica di evitare dispersioni economiche futili nello sviluppo razionale, armonico ed equilibrato della realtà ospedaliera.

I nostri obiettivi fondamentali sono quelli di -promuovere svolgere attività finalizzate ad adeguare le conoscenze professionali ed a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti dei Soci stessi al progresso scientifico e tecnologico, con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alle prestazioni sanitarie erogate;

- di promuovere e realizzare la formazione professionale e l'addestramento permanente in ambito della Medicina Diagnostica e Terapeutica con riguardo anche alle nuove metodiche diagnostiche di laboratorio, alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, alla medicina d'urgenza e delle medicine delle catastrofi.

- progetti e programmi che hanno come obiettivo la valorizzazione di stili di vita salutari
- iniziative per la corretta comunicazione nelle scuole e negli ambienti di lavoro.

E' per raggiungere questi obiettivi che il consiglio direttivo ha deciso di creare l'Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine, la rivista ufficiale della Società Italiana di Medicina Diagnostica e Terapeutica e di affidarne la direzione editoriale al dott. Giovanni Maria Vincentelli, professionista con esperienza pratica sul campo, che ha trascorso anni di carriera in corsia a contatto quotidiano con i pazienti oltre a essere autore di numerose attività di ricerca nell'ambito del rischio cardiovascolare e della trombofilassi.

Consideriamo un grande onore poter creare e sviluppare questa rivista e ci impegneremo quotidianamente per aumentare la qualità della rivista e la partecipazione attiva di tutte le Professioni Sanitarie riconosciute dal nostro ordinamento e che concorrono al mantenimento dello stato di salute previsto dall'art. 32 della Carta Costituzionale. La politica di open access della rivista garantisce che i documenti di alta qualità abbiano la massima accessibilità in tutto il mondo e tutti gli editori sentono la responsabilità nei confronti degli autori e dei lettori di fornire un processo di revisione equo, rapido e di alta qualità al fine di servire la vita della comunità scientifica nel modo migliore.

Noi incoraggiamo i nostri autori a pubblicare le loro scoperte e i loro risultati nel modo più dettagliato possibile, in modo che i nostri lettori possano veramente comprendere come hanno svolto le loro ricerche.

Per tutti questi motivi ti invitiamo a inviare i tuoi articoli e ad apprendere insieme a noi mentre intraprendiamo questo nuovo percorso.

Il Presidente

Il Vicepresidente

Fernando Capuano

Manuel Monti



SOMMARIO

JOURNAL ARTICLES

- 1. Linee guida di indirizzo nella gestione dell'addome acuto e dell'occlusione intestinale.....** pag. 6
Gabriele D'Amata, Francesco Borgognoni, Manuel Monti
- 2. Sepsis and Sirs: a focus on echocardiography in clinical setting.....** pag. 21
L'Angiocola PD, Vetrano DL
- 3. Disturbo di panico con sintomi di depersonalizzazione/derealizzazione.....** pag. 30
- Lo studio di un caso trattato con ipnosi
Giorgia Induni
- 4. Indagine sulla percezione dei sanitari ICU AOU Cagliari sulla "rianimazione aperta".....** pag. 37
Aviles Gonzalez Cesar Ivan, Melis Paola, Paba Simone, Pinna MariaRita, Massidda M.Valeria
- 5. Management incontinenza fecale in unità di terapia intensiva (UTI).....** pag. 47
Massidda M.V., Massidda R

CASE REPORT

- 6. Use of handheld pocus to speed up the diagnosis of aortic dissection.....** pag. 57
Andrea Pellegrini

EXPERT OPINION

- 7. La gestione dell'errore in anatomia patologica.....** pag. 62
Roberto Virgili

EDITORIALE

- 8. Medicina di genere... chimera o realtà.....** pag. 65
Rosamaria Romeo

JPD TM - ISTRUZIONI PER GLI AUTORI..... pag.66

LINEE GUIDA DI INDIRIZZO NELLA GESTIONE DELL'ADDOME ACUTO E DELL'OCCLUSIONE INTESTINALE

Gabriele D'Amata¹, Francesco Borgognoni², Manuel Monti¹

¹Dirigente medico DEA Usl Umbria 1

²Direttore DEA Usl Umbria 1

Autore Corrispondente:

Dott. Manuel Monti
Dirigente Medico Usl Umbria 1
Usl Umbria1
manuel.monti@uslumbria1.it

Keywords:

acute abdomen,
emergency medicine, peritonitis

This article was published on
June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-1>
Copyright © 2018 SIMEDET.

ABSTRACT

Evaluation of the emergency department patient with acute abdominal pain is sometimes difficult. Various factors can obscure the presentation, delaying or preventing the correct diagnosis, with subsequent adverse patient outcomes. Clinicians must consider multiple diagnoses, especially those life-threatening conditions that require timely intervention to limit morbidity and mortality. This article will review general information on abdominal pain and discuss the clinical approach by review of the history and the physical examination. Additionally, this article will discuss the approach to unstable patients with abdominal pain.

BACKGROUND

L'addome acuto può essere definito come un grave ed improvviso dolore addominale di eziologia non chiara che abbia una durata inferiore alle 24 ore⁽¹⁾.

Il dolore addominale acuto è una delle cause e/o sintomi che spingono i pazienti a recarsi in PS o al DEA e si stima che negli USA i pazienti registrati nelle Strutture di Emergenza per dolore addominale sono circa 8 milioni /anno, pari al 5 -10% di tutte le richieste di visita.

⁽¹⁾ Particolare attenzione deve essere posta nei pazienti anziani (> 65 anni di età) e ai pazienti immunocompromessi in quanto hanno un rischio di mortalità 6-8 volte maggiore, soprattutto se la diagnosi corretta viene ritardata ⁽²⁾.

Il ritardo della diagnosi spesso avviene perché in tali pazienti possiamo osservare presentazioni atipiche che possono innescare errori nella diagnostica differenziale o sminuire la gravità della patologia. ⁽²⁾

Le cause comuni di dolore addominale sono elencate nella Tab. 1 ⁽³⁾.

TAB.1 CONDIZIONI PATOLOGICHE IN RELAZIONE ALLE REGIONI ADDOMINALI

Regione epigastrica	Regione periombelicale	Regione ipogastrica
<ul style="list-style-type: none"> • gastrite • ulcera peptica • pancreatite • colecistite • trombosi/ischemia mesenterica • occlusione intestinale • ischemia miocardica • pericardite 	<ul style="list-style-type: none"> • appendicite (in fase precoce) • enterocolite • ischemia/trombosi mesenterica • occlusione intestinale • malattia infiammatoria cronica intestinale • rottura di aneurisma aortico addominale 	<ul style="list-style-type: none"> • appendicite • enterocolite/diverticolite • occlusione intestinale • malattia infiammatoria cronica intestinale • ernia • gravidanza ectopica • salpingite/rottura di cisti ovarica • torsione ovarica • cistite

Il dolore addominale può avere una componente parietale e/o una componente viscerale (Tab. 2). Il dolore viscerale, mediato dalle fibre nervose C, viene avvertito come sordo, crampiforme, urente, difficilmente localizzabile. Inoltre ha una maggiore variabilità e durata rispetto al dolore somatico e generalmente è localizzato in epigastrio, in regione periombelicale o in ipogastrio. Si verifica quando gli organi viscerali nell'addome trasmettono gli stimoli afferenti sensitivi ad entrambe le parti del midollo spinale. Il dolore viscerale è scarsamente localizzato in quanto vi è un ridotto numero di terminazioni nervose negli organi viscerali e l'innervazione dei visceri è multisegmentale. Il dolore parietale è convogliato dalle fibre A - delta che sono rappresentante soprattutto nella cute e nei tessuti muscolari.

Gli stimoli provenienti da questi nervi sono percepiti come puntori, repentini e ben localizzati, molto simili al dolore post-traumatico acuto.

Il dolore parietale inoltre è esacerbato dal movimento o dalla vibrazione. Il dolore parietale dovuto a infiammazione è generalmente più intenso e localizzato del dolore viscerale. Il dolore riferito è il dolore avvertito in una sede diversa da quella dell'organo coinvolto. Si verifica in caso di convergenza dei neuroni afferenti viscerali con i neuroni afferenti parietali da differenti regioni anatomiche su neuroni di secondo ordine nel midollo spinale, nello stesso segmento spinale.

Ad esempio in caso di rottura di milza o di ematoma subfrenico il dolore può essere percepito alla spalla sinistra (segno di Kehr) (Tab.3) ⁽⁴⁾.

TAB.2 DIFFERENZE PRINCIPALI DEL DOLORE DI ORIGINE VISCERALE E PARIETALE

Dolore Viscerale	Dolore Parietale
A Volte Non Riferito Come "Dolore"	Ben Percepito Come Dolore
Sordo	Acuto
Intermittente	Continuo
Poco Localizzato (Linea Mediana)	Ben Localizzato
Stato Di Agitazione	Immobilità
Sintomi Di Accompagnamento (Nausea/Vomito, Pallore, Sudorazione)	Dolore Isolato

La terapia per il dolore addominale severo può procedere contemporaneamente alla diagnosi ⁽⁵⁾.

La causa viene di solito stabilita attraverso l'anamnesi e l'esame obiettivo, che sono di primaria importanza e da alcuni esami di laboratorio.

ANAMNESI In molti casi, l'anamnesi è sufficiente per una diagnosi appropriata. Deve essere dettagliata e alcune domande importanti devono sempre essere poste al paziente. L'approccio iniziale deve prevedere alcune domande anamnestiche che devono essere poste dal medico d'urgenza al paziente come fondamentale aiuto nella diagnosi differenziale. L'anamnesi dei sintomi precedenti può aiutare nel localizzare la sede del problema attuale. I precedenti anamnestici di malattia ulcerosa, reflusso gastroesofageo, coliche biliare o malattia diverticolare sono di notevole aiuto per stabilire la diagnosi. L'anamnesi farmacologica deve includere i dettagli sull'assunzione dei farmaci o se è presente diagnosi di tossicodipendenza. Alcuni farmaci (p. es., le compresse di potassio) sono molto irritanti per l'intestino e possono causare una perforazione e una peritonite. Il prednisone e i farmaci immunosoppressivi possono aumentare le possibilità di perforazione di alcuni tratti dell'apparato gastrointestinale con poco dolore o una minima leucocitosi. Gli anticoagulanti possono aumentare le possibilità di sanguinamento. Importante conoscere anche l'anamnesi famigliare. ⁽⁶⁾

ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo generale non deve essere trascurato. Lo shock, il pallore, la sudorazione o lo svenimento possono accompagnare il dolore addominale e indicano la gravità dell'evento patologico. La PA, il polso, lo stato di coscienza e il grado dello shock devono essere valutati nei casi gravi. L'addome è, comunque, la parte più importante della valutazione clinica. La presenza di una peristalsi valida con un ritmo normale suggerisce una malattia non chirurgica (p. es., una gastroenterite). Una peristalsi o dei borborigmi accentuati subentranti suggeriscono un'ostruzione intestinale. La presenza di un intenso dolore in un addome senza peristalsi, impone un'immediata esplorazione chirurgica. Sono importanti la presenza di una contrattura e di un dolore alla decompressione durante la palpazione dell'addome, il grado della distensione e la presenza di masse palpabili. La presenza di una cicatrice chirurgica suggerisce possibili aderenze intestinali e un quadro di ostruzione, mentre porte muscolari anormali possono essere la sede di ernie esterne. L'esplorazione rettale e vaginale sono indispensabili. Il sanguinamento nei tessuti sottocutanei (p. es., l'emorragia retroperitoneale da pancreatite emorragica) può essere sospettato dalla presenza di un'alterazione cromica bluastra o di una franca ecchimosi a livello degli angoli costovertebrali (segno di Grey Turner) o intorno all'ombelico (segno di Cullen) ⁽⁶⁾

TAB.3 LOCALIZZAZIONE E CAUSE DEL DOLORE RIFERITO EXTRADDOMINALE

Spalla destra	<ul style="list-style-type: none"> • Fegato • Vie biliari • Emidiaframma destro
Spalla sinistra	<ul style="list-style-type: none"> • Cuore • Coda del pancreas • Milza • Emidiaframma sinistro
Scroto e testicoli	<ul style="list-style-type: none"> • Uretere

La localizzazione del dolore è importante per considerare le varie condizioni patologiche che tendono a svilupparsi in specifici quadranti o regioni dell'addome.(Tabella 4).E' importante comunque sottolineare che la diagnosi differenziale non deve mai essere ristretta al quadrante interessato dal dolore. ⁽⁷⁾

TAB.4 CONDIZIONI PATOLOGICHE IN RELAZIONE AI QUADRANTI ADDOMINALI

Quadrante superiore destro	Quadrante superiore sinistro
<ul style="list-style-type: none"> • Colecistite • Colica biliare • Colangite • Epatite • Ascesso epatico • Pancreatite • Ulcera peptica • Appendicite (in gravidanza) • Occlusione intestinale • Malattia infiammatoria cronica intestinale • Polmonite 	<ul style="list-style-type: none"> • Gastrite • Ulcera peptica • Pancreatite • Splenomegalia • Rottura splenica • Occlusione intestinale • Malattia infiammatoria cronica intestinale • Diverticolite (flessura splenica) • Polmonite • Ischemia miocardica • Pericardite
Quadrante inferiore destro	Quadrante inferiore sinistro
<ul style="list-style-type: none"> • Appendicite • Malattia infiammatoria cronica intestinale • Diverticolite (ceco, Meckel) • Adenite mesenterica • Occlusione intestinale • Ernia • Gravidanza ectopica • Salpingite • Torsione ovarica • Rottura di cisti ovarica • Mittelschmerz (dolore ovulatorio) • Nefrolitiasi • Pielonefrite 	<ul style="list-style-type: none"> • Diverticolite • Appendicite • Occlusione intestinale • Malattie infiammatorie croniche intestinali • Colite ischemica • Ernia • Gravidanza ectopica • Salpingite • Torsione ovarica • Rottura di cisti ovarica • Mittelschmerz (dolore ovulatorio) • Nefrolitiasi • Pielonefrite

Nella diagnosi differenziale occorre individuare le cause di pseudo-addome acuto, ovvero legate a patologie internistiche che possono simulare il quadro sintomatologico di un addome acuto chirurgico ⁽⁸⁾

- patologie extraddominali (pleuropolmonite, infarto miocardico, infarto polmonare, aneurisma dissecante)
- patologie internistiche addominali (distensione acuta della glissoniana, enterocolite, patologie urologiche)
- endocrinopatie (chetoacidosi diabetica, insufficienza surrenalica acuta, ipertiroidismo)
- patologie neurologiche (herpes zoster, tabe dorsale)
- intossicazioni
- malattie ematologiche (crisi emolitiche, anemia falciforme)
- collagenopatie (porpora di Schonlein-Henoch, LES, poliarterite nodosa)
- porfiria acuta intermittente

L'esame obiettivo si deve effettuare sistematicamente su tutti i pazienti per valutare ipotesi specifiche, formulate durante l'anamnesi. Esso deve iniziare con una valutazione sistemica del paziente, partendo dal rilevamento dei parametri vitali e seguiti dall'esame addominale, dall'esame genitale e rettale.

I parametri vitali, soprattutto nei pazienti anziani possono essere fuorvianti e l'uso di farmaci come i betabloccanti, i calcio antagonisti, le benzodiazepine, gli oppioidi o i rimedi omeopatici possono ridurre la risposta cardiaca alla malattia o alla perdita di volume. La severità di una malattia sistemica può essere valutata attraverso il rilevamento di un aumento della frequenza respiratoria, la presenza di tachicardia, il riscontro di rialzo termico o di ipotermia, e la presenza di ipotensione arteriosa.

Un attento esame dell'apparato cardiorespiratorio può rivelare segni di malattia primitiva cardiaca o aritmie di nuova insorgenza, che possono causare una malattia embolica.

La palpazione può far rilevare segni indicativi di interessamento peritoneale (rigidità della parete, dolore di rimbalzo, segno di Blumberg).

Un segno di Murphy positivo in un paziente con dolore all'ipocondrio destro suggerisce una genesi biliare. Nel caso vi sia una peritonite il paziente evita i movimenti mentre nel caso di colica reno-ureterale tende a muoversi perché questo attenua il dolore così come un segno di Giordano positivo indirizza verso una genesi renale. ⁽⁹⁾

La misurazione della temperatura corporea è molto importante e deve essere accurata, considerando che vi può essere una variabilità tra termometro timpanico, ad infrarossi o a mercurio, e la sede della misurazione orale o rettale.

Essa può essere provocata da un'infezione, un infarto, un'occlusione intestinale o un'infiammazione delle pareti intestinali.

Il segno di Carnett serve a discriminare tra dolore a partenza dalla parete addominale e dolore viscerale: se il paziente disteso supino sul letto tende la muscolatura addominale alzando testa e spalle il dolore si attenua nel secondo caso, mentre rimane costante o aumenta nel primo caso.

Un'appendicite viene classicamente suggerita dalla positività del segno di McBurney ma importante

è anche la positività del segno dello psoas: il dolore aumenta con l'estensione passiva dell'articolazione dell'anca. Anche la rotazione interna della coscia flessa può aumentare il dolore (segno dell'adduttore).

L'esplorazione rettale può svelare la presenza di un fecaloma, di una massa, di sangue. ⁽¹⁰⁾

In ogni caso sia l'anamnesi che l'esame obiettivo nella maggior parte dei casi non permettono di inquadrare correttamente il paziente e di porre una diagnosi di certezza. Utile durante la prima valutazione di un paziente con dolore addominale acuto può essere l'applicazione dello score di Alvarado per valutare la probabilità di appendicite acuta, che resta tra le cause più frequenti di addome acuto. Il punteggio di Alvarado si basa sulla valutazione di 6 parametri clinici e 2 parametri di laboratorio. Il punteggio massimo totale può sommare a 10 punti ⁽¹¹⁾. Un punteggio da 0 a 3 indica come improbabile un'appendicite acuta, un punteggio da 4 a 6 indica una possibile appendicite acuta e impone un ricovero in osservazione breve chirurgica, un punteggio da 7 a 10 indica come molto probabile o certa la diagnosi e comporta la decisione dell'intervento chirurgico. Tale punteggio si è rivelato particolarmente utile per evitare appendicectomie inutili.

SCORE DI ALVARADO

SCORE DI ALVARADO	
Sintomi	
Dolore migrante in fossa iliaca destra (FID)	1 punto
Anoressia	1 punto
Nausea e vomito	1 punto
Segni	
Dolore alla palpazione in fossa iliaca destra	2 punti
Segno di Blumberg positivo	1 punto
Febbre	1 punto
Esami di laboratori	
Leucocitosi	2 punti
Neutrofilia con spostamento a sinistra dello schema di Arneth	1 punto
PUNTEGGIO TOTALE	10 punti

Esiste anche un score di Alvarado modificato che al posto della neutrofilia prende in considerazione la presenza di ulteriori segni clinici ⁽¹²⁾ e che si è dimostrato altrettanto valido.

SCORE DI ALVARADO MODIFICATO

Sintomi	
Dolore migrante in fossa iliaca destra (FID)	1 punto
Anoressia	1 punto
Nausea e vomito	1 punto
Segni	
Dolore alla palpazione in fossa iliaca destra	2 punti
Segno di Blumberg positivo	1 punto
Febbre	1 punto
Esami di laboratorio	
Leucocitosi	2 punti
Altri segni: segno di rovsing, test della tosse, dolore all'esplorazione rettale digitale	1 punto

DIAGNOSI ESAMI DI LABORATORIO

Vari esami di laboratorio possono essere utilizzati nella diagnosi differenziale o per confermare una diagnosi sospetta di causa di addome acuto.

Un esame emocromocitometrico completo può rilevare la presenza di un processo infiammatorio o infettivo con la presenza di leucocitosi e deviazione a sinistra della formula leucocitaria.

Una conta dei bianchi > 10.000/mm³ ha una sensibilità del 77% e una specificità del 63% per appendicite, ma l'assenza di leucocitosi non esclude del tutto un'appendicite acuta. L'associazione di aumento dei leucociti (cut off 10000/mm³) e aumento della proteina C reattiva (cut off 8 mg/L) risulta particolarmente utile nel confermare il sospetto ⁽¹³⁾.

Tuttavia un valore normale di leucociti non esclude del tutto la possibilità di patologie gravi quali l'appendicite o la colecistite ⁽¹⁴⁾. L'ematocrito è un indice del volume plasmatico, alterato in caso di disidratazione o emorragia.

Gli elettroliti sierici, il BUN e la creatinemia possono fornire informazioni sulle perdite di liquidi da emesi, diarrea e sequestro di liquidi nel terzo spazio, così come i livelli di acido lattico e dei gas nel sangue arterioso.

Gli ultimi due test possono essere di ausilio nella diagnosi di ischemia intestinale. I test di funzionalità epatica sono di ausilio nelle situazioni in cui le patologie del tratto epatobiliare sono la causa dell'addome acuto, mentre i valori di amilasemia e lipasemia sono utili nella diagnosi di pancreatite acuta soprattutto se sono aumentati 3 volte oltre i valori normali. Bisogna tuttavia ricordare come l'amilasemia possa risultare elevata in altre condizioni addominali quali occlusione intestinale, trombosi mesenterica, rottura di gravidanza ectopica ⁽¹⁵⁾.

L'esame delle urine deve essere ovviamente preso in considerazione in pazienti con ematuria, disuria, o dolore al fianco per determinare se i sintomi sono di origine genitourinaria.

Il campione di urine può essere utile anche per lo screening delle droghe di abuso nei casi in cui tale sospetto sia fondato, per il riscontro possibile di ischemia mesenterica nei soggetti con abuso cronico di cocaina. Infine i livelli di gonadotropina corionica umana (HCG) permettono di escludere complicanze della gravidanza, in primis una gravidanza ectopica. Il test di gravidanza va eseguito in tutte le donne in età fertile, indipendentemente dalla modalità di esordio dei sintomi ⁽¹⁶⁾.

DIAGNOSI ESAMI RADIOLOGICI

Gli esami radiologici rivestono un ruolo chiave nella valutazione e nel trattamento dell'addome acuto. Radiografia diretta dell'addome, ecografia, tomografia computerizzata e risonanza magnetica nucleare sono le comuni metodiche utilizzate. Comunque deve essere enfatizzato il concetto che tutti gli accertamenti radiologici, al pari degli esami di laboratorio, hanno una percentuale di falsi negativi.

STRATEGIE DIAGNOSTICHE DI IMAGING E OPZIONI DI TRATTAMENTO PER LE PIÙ COMUNI CAUSE DI ADDOME ACUTO BASATE SULL'ETÀ E SUL SESSO ⁽¹⁷⁾

BAMBINI/GIOVANI ADULTI	Strategia di imaging	Opzioni di trattamento
Appendicite acuta	US, CT	Appendicectomy (laparoscopica o open), drenaggio percutaneo dell'ascesso
Gastroenterite	Nessuna	Trattamento di supporto
Costipazione funzionale	Rx	Trattamento farmacologico o manuale
Intussuscezione	Rx, US, clisma opaco	Clisma opaco, riduzione operativa, resezione dell'intestino ischemico o perforato
Trauma addominale	FAST, DPL, CT	Laparotomia esplorativa, IR
ADULTI/ANZIANI		
Colecistite acuta	US	Colecistectomy (laparoscopica o open), colecistostomia percutanea
Ostruzione intestinale	Rx, CT	Trattamento di supporto, laparotomia esplorativa con resezione del tratto intestinale ischemico, adesiolisi
Ulcera peptica perforata	Rx, CT o Rx con contrasto idro-solubile	Chiusura della perforazione con trattamento dell' <i>Helicobacter Pylori</i> se instabilità emodinamica
Diverticolite	CT	Trattamento di supporto, drenaggio dell'ascesso percutaneo, resezione del tratto di intestino coinvolto
Appendicite acuta	US, CT	Appendicectomy (laparoscopica o open), drenaggio percutaneo dell'ascesso
Pancreatite acuta	US, CT	Trattamento di supporto, IR o drenaggio della pseudocisti, necrosectomia
Ischemia mesenterica	Angio-CT, Angio-RMN	Trattamento di supporto, IR, by-pass, trombectomia, resezione dell'intestino ischemico

STRATEGIE DIAGNOSTICHE DI IMAGING E OPZIONI DI TRATTAMENTO PER LE PIÙ COMUNI CAUSE DI ADDOME ACUTO BASATE SULL'ETÀ E SUL SESSO ⁽¹⁷⁾

DONNE		
Appendicite acuta in gravidanza	US, CT, RMN	Appendicectomia (laparoscopica o open)
Colecistite acuta in gravidanza	US	Colecistectomia (laparoscopica o open)
Gravidanza ectopica	US	Salpingostomia lineare o salpingectomia (laparoscopica o open)
Torsione ovarica	US	Detorsione ovarica, possibile o ooforectomia (laparoscopica o open)
Malattia infiammatoria pelvica	US, RMN, CT	Trattamento di supporto, drenaggio operativo o percutaneo dell'ascesso

US ECOGRAFIA, CT TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA, RX RADIOGRAFIA DIRETTA DELL'ADDOME, FAST FOCUSED ABDOMINAL SONOGRAPHY FOR TRAUMA, DPL LAVAGGIO PERITONEALE DIAGNOSTICO, IR RADIOLOGIA INTERVENTISTICA, RMN RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

Peraltro, data la grande varietà di patologie che possono causare un addome acuto, non risulta facile schematizzare un approccio standardizzato nella scelta della tecnica di imaging più adatta, che va comunque adattata al sospetto diagnostico, alla clinica e all'età del paziente, tenendo anche in considerazione l'esposizione alle radiazioni ionizzanti.

La localizzazione del dolore può essere considerata come un elemento utile nell'indirizzare verso l'indagine più appropriata:

- 1) se il dolore è localizzato nel quadrante superiore destro l'esame di prima scelta è l'ecografia
- 2) se il dolore è nel quadrante inferiore destro o sinistro viene consigliata una TC con l'utilizzo di mezzo di contrasto per os o per via venosa e una ecografia pelvica o transvaginale nelle donne fertili
- 3) se il dolore è nel quadrante superiore sinistro la scelta varia dall'esame endoscopico alla radiografia

delle prime vie digerenti alla TAC

- 4) se il dolore è sovrapubico l'esame di prima scelta è l'ecografia

L'esame RX Diretta addome non dovrebbe mai essere eseguito in maniera acritica. Se in passato era comune pratica includere questa indagine come parte di una valutazione generale, anche in assenza di una storia clinica o un esame obiettivo appropriato, oggi tale consuetudine dovrebbe essere abbandonata poiché il suo impiego senza una corretta indicazione non ha rilevanza dal punto di vista clinico.

Di fronte a un paziente con dolore addominale acuto, possiamo allora distinguere due condizioni principali per le quali sia utile eseguire un RX Diretta Addome: la ricerca di aria libera e l'identificazione di occlusione intestinale. L'aria libera (pneumoperitoneo o retro-pneumoperitoneo) è dimostrata, nel paziente collaborante, sul radiogramma in ortostasi del torace.

Con il paziente che ha mantenuto la posizione eretta per almeno 10 minuti è possibile dimostrare minime quantità di aria libera, nell'ordine di 1-2 ml. È consigliato acquisire anche il radiogramma latero-laterale del torace, per dimostrare quelle piccole falde gassose subfreniche destre che, disponendosi posteriormente, sono altrimenti mascherate dall'opacità del fegato. Nei pazienti che non possono mantenere la posizione eretta, la proiezione latero laterale dell'addome in decubito laterale sinistro consente di ottenere una sensibilità dell'80%.

Quando questa tecnica non sia praticabile per le condizioni del paziente o per il tempo di pre-parazione richiesto, come spesso accade in un Dipartimento di Emergenza, lo studio radiografico è costituito dal radiogramma antero-posteriore e dal radiogramma latero-laterale dell'addome in decubito supino.

La sensibilità di queste proiezioni è nettamente inferiore alle precedenti, richiedendo una quantità di aria libera nell'ordine di 750-1000 ml per essere visibile.⁽¹⁷⁾ Sebbene sia spesso utile, tuttavia la radiografia diretta dell'addome deve essere quasi sempre integrate da altri accertamenti. I vantaggi ben noti dell'ecografia addominale includono i costi ridotti e l'assenza di radiazioni ionizzanti per i bambini e le donne in gravidanza.

Inoltre è la metodica di prima scelta per le sospette patologie epatobiliari con una sensibilità dell'88% e specificità dell'80% nella diagnosi di colecistite acuta⁽¹⁸⁾. Nel caso in cui si sospetti una patologia di pertinenza ginecologica o ostetrica l'ecografia pelvica e transvaginale è l'indagine di prima scelta. La tomografia computerizzata ha una sensibilità del 96% per la diagnosi della maggior parte delle cause di addome acuto, rispetto a quella della radiografia diretta dell'addome che si aggira intorno al 30%⁽¹⁹⁾.

La TC addominale in casi selezionati ha un significativo impatto nella diagnosi di appendicite acuta e può diminuire il tasso di appendicectomie inappropriate dal 24 al 3%⁽²⁰⁾.

Altri esami indicati a seconda del sospetto clinico sono la radiografia del torace, l'elettrocardiogramma (particolarmente indicato nei pazienti con dolore addominale nei quadranti superiori), la TAC toracica (nel sospetto di embolia polmonare).

In tutti i pazienti stabili di età maggiore di 50 anni con dolore addominale di causa incerta, bisogna escludere la presenza di un aneurisma dell'aorta addominale attraverso l'ecografia addominale o la TC addominale.

OPZIONI TERAPEUTICHE NELL'ADDOME ACUTO

Nel primo approccio al paziente con addome acuto occorre valutare se la patologia è di pertinenza chirurgica, e se l'intervento chirurgico deve essere eseguito in emergenza o in urgenza oppure può essere dilazionato. Nel paziente instabile andranno applicati tutti i principi della "resuscitation therapy" con fluidi. Gli algoritmi di trattamento sono particolarmente utili in questa decisione.

In alcune situazioni un lieve ritardo nel trattamento chirurgico con una correzione dei fluidi e degli squilibri elettrolitici può essere utile ma in altre si impone un immediato intervento chirurgico (peritonite, pneumoperitoneo, ischemia intestinale e instabilità emodinamica nonostante adeguate terapie resuscitative). Le specifiche strategie di trattamento chirurgico dipendono in larga parte dall'etiologia sottostante.

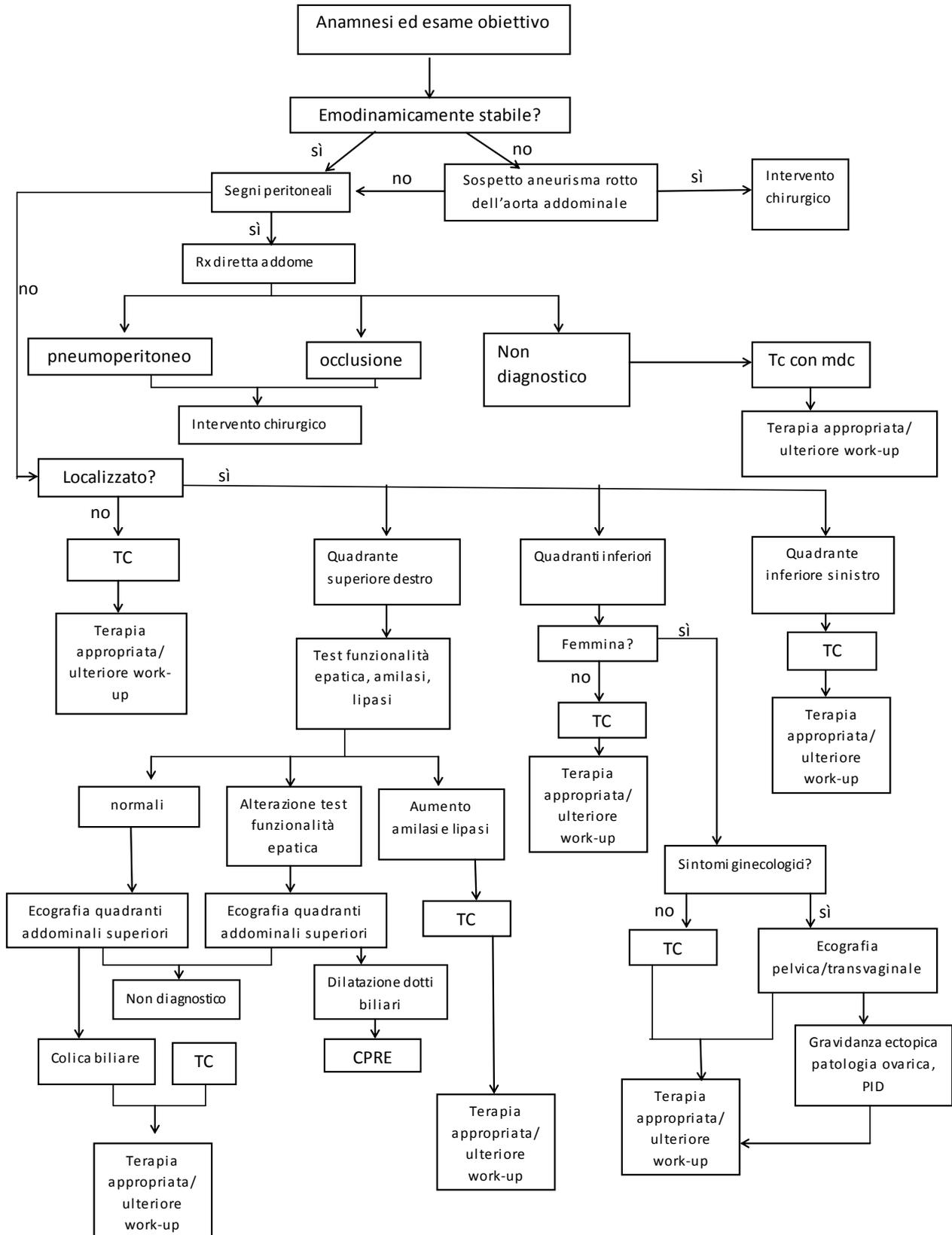
Nei pazienti in cui le condizioni non richiedono un trattamento chirurgico in emergenza ma l'etiologia resta indeterminata, la strategia consisterà in una laparoscopia esplorativa o in un monitoraggio intensivo dello stato emodinamico e delle condizioni cliniche⁽¹⁸⁾.

Resta sempre validi il principio che va trattato il paziente e non la patologia. Il medico di pronto soccorso non deve esitare a somministrare una adeguata terapia analgesica al paziente con dolore addominale acuto.

Il dovere del medico è quello innanzitutto di alleviare le sofferenze del paziente.

Gli analgesici, contrariamente a quanto ritenuto in passato, non mascherano la diagnosi e non interferiscono con il trattamento.⁽¹⁹⁾

FLOW-CHART DEL PAZIENTE CON ADDOME ACUTO



OCCLUSIONE INTESTINALE DEFINIZIONE ED ETIOLOGIA

Le occlusioni intestinali vengono classicamente suddivise in occlusioni meccaniche e occlusioni neurogene o funzionali (definite ileo dinamico). Le prime sono di pertinenza chirurgica e possono essere complete quando il lume intestinale sia completamente occluso o incomplete qualora il lume sia ristretto ma con possibile passaggio di piccole quantità di aria e di fluidi. Nello strozzamento il flusso sanguigno diretto verso il segmento ostruito è compromesso e la necrosi o la gangrena sono imminenti. Il compito del medico d'urgenza è quello di distinguere le forme funzionali, spesso di trascurabile importanza clinica, dall'occlusione intestinale meccanica potenzialmente letale per il paziente.

CLASSIFICAZIONE DELLE OSTRUZIONI INTESTINALI DELL'ADULTO (RIPRESO DA GREENFIELD'S CHIRURGIA IV EDIZIONE, DELFINO EDITORE) ⁽²⁰⁾

INTRALUMINALI	<ul style="list-style-type: none"> • Corpi estranei • Bezoar • Fecaloma • Calcoli biliari • Meconio (fibrosi cistica) • Parassiti • Altri (oggetti ingoiati, enteroliti) • Intussuscezione (normalmente associata nell'adulto a neoplasie) • Lesioni polipoidi esofitiche
INTRAMURALI	<ul style="list-style-type: none"> • Congenite (rare nell'adulto) <ul style="list-style-type: none"> o Atresia, restringimenti o stenosi o Stenosi membranosa congenita o Duplicazioni intestinali o Diverticolo di meckel • Processi infiammatori <ul style="list-style-type: none"> o Malattia di Crohn o Diverticolite o Ischemia intestinale cronica o restringimenti post-ischemici o Enterite da radiazioni o Causati da farmaci (FANS) • Neoplasie <ul style="list-style-type: none"> o Primitive dell'intestino (benigne o maligne) o Secondarie (metastasi, specialmente da melanoma)

**CLASSIFICAZIONE DELLE OSTRUZIONI INTESTINALI DELL'ADULTO
(RIPRESO DA GREENFIELD'S CHIRURGIA IV EDIZIONE, DELFINO EDITORE) ⁽²⁰⁾**

ESTRINSECHE	<ul style="list-style-type: none"> • Aderenze • Congenite (briglie di Meckel o di Ladd) • Postoperatorie • Infiammatorie (dopo processo infiammatorio pelvico) • Ernie (interne, esterne) • Volvoli • Compressione da masse esterne <ul style="list-style-type: none"> o Ascessi o Pancreas anulare o Carcinomatosi o Endometriosi o Gravidanza o Pseudocisti pancreatiche
--------------------	--

In sintesi, quadri di ileo dinamico⁽²¹⁾ possono accompagnarsi a:

- Peritonite, pancreatite, megacolon tossico;
- Ileo tossico-infiammatorio;
- Ileo riflesso da traumi vertebrali, ematomi retroperitoneali, pleuropolmoniti basali
- Ileo da pseudocclusione intestinale (dismetabolismi, alterazioni idroelettrolitiche, farmaci, anestetici)

In tali situazioni il medico d'urgenza dovrà concentrarsi sulla patologia di base e considerare l'ileo paretico un epifenomeno che dovrà essere trattato con manovre conservative quali il posizionamento di un sondino nasogastrico, l'infusione di liquidi e la sonda rettale decompressiva.

La sindrome di Ogilvie è una forma di ileo paralitico del grosso intestino caratterizzata da distensione addominale rapidamente progressiva e spesso non associata a dolore.⁽²⁴⁾

La distensione del colon, anche se non dovuta a cause meccaniche, può essere tale da sfociare nella perforazione, nella peritonite e nello shock.

I principali fattori di rischio sono: un grave trauma chiuso, interventi ortopedici, eventi cardiologici acuti e eventi neurologici acuti, squilibri elettrolitici e metabolici acuti.⁽²⁵⁾

Questa sindrome si verifica di norma in pazienti ospedalizzati e debilitati, soprattutto maschi oltre i 60 anni di età. Nei casi più gravi di dilatazione acuta del colon (maggiore di 10-12 cm) che non rispondano alla terapia conservativa e alla decompressione endoscopica può essere necessario il trattamento chirurgico in urgenza (ileostomia, ciecostomia, colostomia)⁽²⁵⁾.

POSSIBILI CAUSE DI ILEO DINAMICO ⁽²⁰⁾

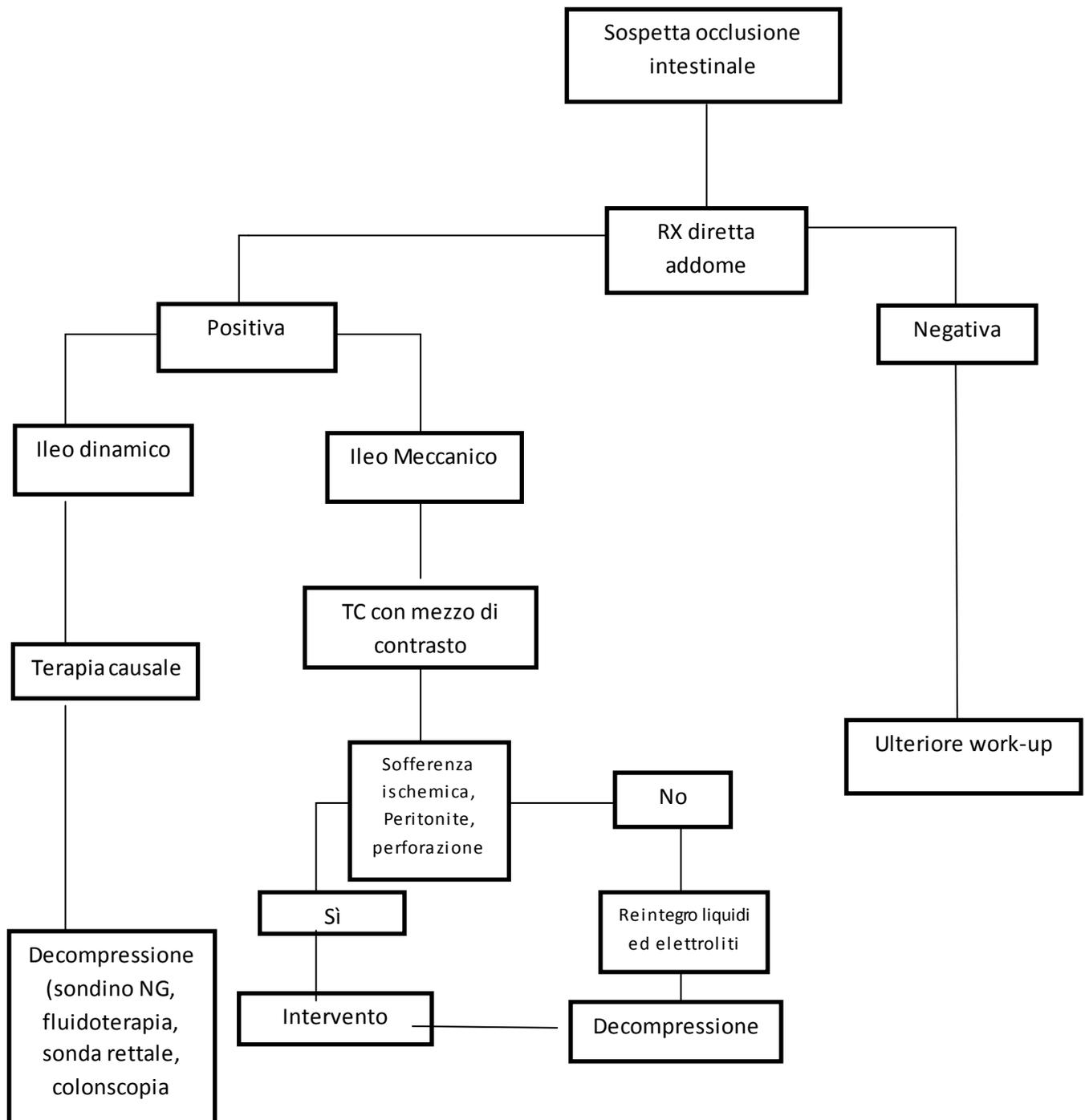
NEUROGENI	<ul style="list-style-type: none"> • Lesioni o danni del midollo spinale • Processi retroperitoneali, ematomi, tumori • Colica ureterale
METABOLICI	<ul style="list-style-type: none"> • Ipopotassiemia • Uremia • Alterazioni della calcemia e della magnesemia • Ipotiroidismo • Coma diabetico o chetoacidosi
FARMACOLOGICI	<ul style="list-style-type: none"> • Anticolinergici • Oppioidi • Inibitori autonomici • Antistaminici • Psicotropi • Fenotiazina • Aloperidolo • Antidepressivi triciclici • Clonidina • Vincristina
INFETTIVI	<ul style="list-style-type: none"> • Sepsi sistemica • Polmonite • Peritonite • Herpes zoster • Tetano • Sovracrescita batterica (ansa cieca)

La radiografia diretta dell'addome ha rappresentato il cardine della diagnosi di occlusione intestinale negli ultimi decenni.

La TAC con mezzo di contrasto consente tuttavia di ottenere in un alto numero di casi precise informazioni su sito, livello e causa di ostruzione ⁽²⁶⁾ ed è diventato un esame indispensabile per fornire al chirurgo informazioni sulla presunta natura dell'occlusione.

La TC tuttavia non è priva di limiti diagnostici e possono essere indicati ulteriori accertamenti quali clisma TC, clisma con mdc, RM.

La RMN è particolarmente indicata nelle donne in gravidanza in cui si sospetti un'occlusione del piccolo intestino ⁽²⁶⁾.

ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DELL'OCCLUSIONE INTESTINALE

CONCLUSIONI

L'addome acuto rappresenta una causa frequente di accesso al pronto soccorso e può essere causato da un gran numero di patologie diverse, a volte pericolose per la vita del paziente.

In particolar modo gli anziani e i pazienti con immunodepressione sono a maggior rischio di patologie fatali. Il medico d'urgenza dovrà in base alla clinica, all'anamnesi e agli esami di laboratorio scegliere con molta attenzione la tecnica di imaging più adeguata ma spesso la diagnosi di certezza può risultare difficile e non si deve mai trascurare la possibilità di un falso addome chirurgico legato a patologie di pertinenza internistica.

L'occlusione intestinale rappresenta una frequente causa di addome acuto e attualmente il gold standard è l'utilizzo dopo la radiografia diretta dell'addome della TC addominale con mezzo di contrasto per la diagnosi in un elevato numero di casi della patologia causale.

BIBLIOGRAFIA

1. Powers RD, Guertler AT. Abdominal pain in the ED: stability and changer over 20 years. *Am J Emerg Med* 1995; 13:301-303
2. Van Geloven, Biessheuvel TH, Luitse SK, et al. Hospital admissions of patients aged over 80 with acute abdominal complaints. *Eur J Surg* 2000;166:866-871.
3. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, et al. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2005;23:259
4. Allegri MI, Clark MR, De Andrés J, Jensen TS. Acute and chronic pain: where we are and where we have to go. *Minerva Anestesiol.* 2012 ;78(2):222-35.
5. Manterola CI, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 19;(1): CD005660
6. Clinical policy for the initial approach to patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *American College of Emergency Physicians Ann Emerg Med.* 1994;23(4):906-22
7. Kamin RA, Nowicki TA, Courney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:61
8. Covarelli P, Cristofani R, Bussotti C, Scalercio V, Boselli C, Petrina A, Noya G. Acute abdomen: experience with 196 consecutive cases]. *Chir Ital.* 2007;59(3):291-7.
9. Ros SP. Evaluation of tympanic membrane thermometer in an out patient clinical setting. 18(9):1004-06. *Ann Emerg Med* 1989
10. Hooker EA, Houston H. Screening for fever in an adult emergency department: oral vs . tympanic thermometry .89:230-234. *South Med J* 1996
11. Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med* 15;5:557-64
12. Nasiri S, Mohebbi F, Sodagari N, Hedayat A. Diagnostic values of ultrasound and the Modified Alvarado Scoring System in acute appendicitis. *Int J Emerg Med.* 2012;5:26
13. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004;91:28-37
14. Bundy DG, Byerley JS, Liles EA, et Al. Does this child have appendicitis? *JAMA* 2007;298:438-451
15. Chase CW, Barker DE, Russell WL, Bruns RP. Serum amylase and lipase in the evaluation of acute abdominal pain. *Am Surg* 1996;62:1028-33
16. Sabiston DC, Townsend CM. Acute abdomen. *Sabiston textbook for surgery: the biological basis of modern surgical practice.* 18th ed. Philadelphia: Saunders/Elsevier 2008. P. 1180-96
17. Valentino M, Monteduro F, Pavlica P, Barozzi L. Indicazioni e limiti della radiologia tradizionale nell'addome acuto. *ECJ* 2008;III:36-42
18. Shea JA, Berlin JA, Escarce JJ, Clarke JR, Kinoshian BP, Cabana MD, et al. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specificity in suspected biliary tract disease. *Arch Int Med* 1994;154:2573-81
19. MacKersie AB, Lane MJ, Gerhardt RT, Claypool HA, Keenan S, Katz DS, et al. Nontraumatic acute abdominal pain: unenhanced helical CT compared with three view abdominal series. *Radiology* 2005;237:114-22
20. Mulholland - Lillemoen - Doherty - Maier - Upchurch, Jr - Greenfield Greenfield's *Chirurgia - Principi scientifici e pratica* Editore: Delfino, Edizione: IV 3/2010
21. Raman SS, Osuagwu FC, Kadell B, Cryer H, Sayre J, Lu DS. Effect of CT on false positive diagnosis of appendicitis and perforation. *N Engl J Med* 2008;358:972-3
22. Thomson HJ, Jones PF. Active observation in acute abdominal pain. *Am J Surg* 1986;152:522-5
23. Thomas SH, Silen WH, Cheema F, et al. Effects of Morphine analgesia on diagnostic accuracy in emergency department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196:18-31
24. Grassi R, Cappabiana S, Porto A, et al. Ogilvie's syndrome (acute colonic pseudo-obstruction) review of the literature and report of six additional cases. *La radiologia medica.* 2005;109:370-57
25. Love R, Starling JR, Sollinger HW. Colonoscopic decompression for acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie's syndrome) in Transplant recipients. *Gastrointest Endosc.* 1988;34:426-9
26. Sinha R, Verna R. Multidetector row computed tomography in bowel obstruction. *Clin Radiol.* 2005;60:1058-1075

SEPSIS AND SIRS: A FOCUS ON ECHOCARDIOGRAPHY IN CLINICAL SETTING

L'Angiocola PD¹, Vetrano DL²

ABSTRACT

The present narrative review aims to focus on the diagnostic process in case of patient with SIRS (systemic inflammatory response syndrome) or sepsis confirming or ruling out concomitant diagnosis of infectious endocarditis.

We focused on the proper indications for both transthoracic and transoesophageal echocardiography in SIRS/septic patients, reviewing the scientific literature and the updated international guidelines on the topics.

We suggest a flow chart tool to assist during the diagnostic process of infectious endocarditis, including an adequate use of echocardiography.

BACKGROUND Sepsis is defined as “life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection”⁽¹⁾. The prevalence of sepsis is about 1.3% among hospitalized people and in USA and in the last decades its incidence rate was 2.4 cases over 1000 persons, with an annual increase of 8.7% between 1979 and 2000⁽⁵⁾.

Sepsis represents a clinical condition with a remarkable economic burden all over the world. Infectious endocarditis may be involved as etiologic cause or consequence of septic status in septic patients.

The present narrative review aims to focus on the diagnostic process in case of patient with SIRS (systemic inflammatory response syndrome)⁽²⁾ or sepsis confirming or ruling out concomitant diagnosis of infectious endocarditis.

We focused on the correct diagnostic process and stressed the proper indications for both transthoracic and transoesophageal echocardiography in SIRS/septic patients, reviewing the scientific literature and the updated international guidelines on the topics. Moreover, we suggest a flow chart tool to assist during the diagnostic process of infectious endocarditis, including an adequate use of echocardiography.

¹ Department of Cardiology, Gorizia Hospital, ASS2 – bassa friulana/isontina

² Aging Research Center, Department of Neurobiology, Care Sciences and Society, Karolinska Institutet and Stockholm University, Stockholm, Sweden.

Keywords:
sepsis, SIRS,
echocardiography,
infective endocarditis

This article was published on June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-2>
Copyright © 2018 SIMEDET.

METHODS

We reviewed the main scientific literature available about SIRS, sepsis and infectious endocarditis using Pubmed as a search database.

We used the following keywords: sepsis, SIRS, infectious endocarditis, echocardiography and we searched for correlations clinical and epidemiological between SIRS/sepsis and infectious endocarditis.

The “Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)”⁽¹⁾ statement, the modified Duke criteria papers⁽²³⁾ and the recently updated EACVI/ESC^(31,32) guidelines were considered in this review as key documents, respectively for sepsis, infectious endocarditis diagnosis and use of echocardiography in infectious endocarditis diagnosis. All definitions, tables e pictures report data derived from the sources mentioned above.

The suggested diagnostic flow chart has to be considered as personally reviewed and re-built tool of some of the combined above data to assist in physicians daily practice.

EPIDEMIOLOGY

According to updated guidelines based on “Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)”, sepsis is defined as “life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection”⁽¹⁾.

Sepsis thus is considered a specific clinical condition that has to be differentiated from SIRS (Systemic inflammatory response syndrome)⁽²⁾.

Criteria to make SIRS diagnosis are reported in (Table 1.)

TAB.1 DIAGNOSTIC CRITERIA FOR SIRS

Two or more of:	
Temperature	>38°C or <36°C
Heart rate	>90/min
Respiratory rate	>20/min or PaCO ₂ <32mmHg (4.3 kPa)
White blood cell count	>12 000/

Getting deeper in pathophysiologic knowledge of sepsis through years, specific clinical criteria has been identified to make a correct diagnosis. Sepsis is in fact a clinical condition that involves host response to an infecting pathogen: this response may be significantly amplified by endogenous factors. Furthermore, the diagnosis of sepsis necessarily involves organ dysfunction. The evaluation of organ dysfunction is aided by the current use of SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) score in clinical practice. The SOFA score is reported in Table 2⁽³⁾.

We could then briefly summarize the definition of sepsis as “suspected or documented infection and an acute increase by ≥ 2 of the SOFA score”.

Furthermore the definition of “septic shock” has been developed. Septic shock is a subset of sepsis in which underlying circulatory and metabolic abnormalities imply dysregulation of vasoactive homeostasis lowering levels of mean arterial pressure and remarkably increasing mortality rate.

Septic shock is thus defined as “sepsis and vasopressor therapy needed to elevate MAP (mean arterial pressure) ≥ 65 mm Hg and lactate > 2 mmol/L (18 mg/dL) despite adequate fluid resuscitation”⁽⁴⁾.

The prevalence of sepsis is remarkable: approximately accounting 1.3% of all hospitalizations, in USA in the last decades incidence of sepsis was set 2.4 cases over 1000 population with an annual increase of 8.7% between 1979 and 2000⁽⁵⁾.

Epidemiological studies in Europe report similar overall data with mean mortality rates accounting for approximately 13,5% to 52%, increasing with age^(5,6,7,8). In 2011 sepsis accounted in USA for more than 20 billion dollars (5.2%) of total US hospital costs⁽⁹⁾.

European datas show a remarkable increase in management costs of survived patients before and after sepsis hospitalization (including hospital care, pharmaceutical care, rehabilitation facilities, nursing homes, and home care, physical therapy, occupational therapy, speech therapy, dietetics, consultations of social workers, psychologists, and psychiatrists): unadjusted mean monthly health care cost per patient increased from €1,035 to €3,533 (crude cost difference €2,498; adjusted cost difference €2,281)⁽¹⁰⁾.

TAB.2 SOFA (SEQUENTIAL ORGAN FAILURE ASSESSMENT) SCORE

	SCORE				
SYSTEM	0	1	2	3	4
Respiration					
PaO ₂ /FiO ₂ mmHg (kPa)	≥400 (53.3)	≥400 (53.3)	<300 (40)	<200 (26.7) with respiratory support	<100 (13.3) with respiratory sup- port
Coagulation					
Platelets, x10 ³ /μL	≥150	<150	<100	<50	<20
Liver					
Bilirubin, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (20)	1.2-1.9 (20-32)	2.0-5.9 (33-101)	6.0-11.9 (102-204)	>12.0 (204)
Cardiovascular					
	MAPa ≥70 mm Hg	MAPa <70 mm Hg	Dopamine <5 or dobutamine (any dose) μg/kg/min	Dopamine 5.1-15 or epinephrine ≤0.1 or norepinephrine ≤0.1 μg/kg/min	Dopamine >15 or epinephrine >0.1 or norepinephrine >0.1 μg/kg/min
Central nervous system					
GCSb score	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinine, mg/dL (μmol/L)	<1.2 (110)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	>5.0 (440)

^a mean arterial pressure; ^b Glasgow Coma Scale

The clinical condition of sepsis can be associated to infective endocarditis (IE) as well.

Endocarditis is defined as “an inflammation of the endocardium” that can be caused and related to different etiologies/diseases, though large part is caused by infectious agents.

The incidence of IE is between 2 and 10 episodes per 100,000 person-years in most population-based studies^(11,12). IE is more commonly associated with invasive medical procedures, injection drug use and old age⁽¹³⁻¹⁴⁾. About 75% of patients who develop IE have underlying structural heart disease⁽¹⁵⁾.

In the past, rheumatic heart disease with mitral stenosis was the most common valvular defect in patients with IE. Recently, the most common predisposing lesions are mitral regurgitation, aortic valve disease, and congenital heart disease^(16,17).

Mitral valve prolapse associated with mitral regurgitation is another risk factor for IE⁽¹⁸⁾. The presence of a prosthetic cardiac valve is a remarkable risk factor for IE⁽¹⁹⁾ (Table 5).

European data report a IE prevalence ranging from 0,8 to 3% among ICU (Intensive Care Units) patients^(20,21).

IE diagnosis is made according to modified Duke criteria; original well-known Duke criteria to make IE diagnosis were formerly proposed in 1994⁽²²⁾; in 2000 those criteria were revised and slightly modified introducing new updated concepts⁽²³⁾.

It is possible to make diagnosis of “possibile” or “definite” IE according to major or minor and numbers of Duke criteria met, as reported in (Table 3).

Modified Duke criteria are reported on (Table 4).

Estimated rate of ICU admission for complicated endocarditis is 0,8% (congestive heart failure; septic shock; neurological deterioration, in-patient cardiopulmonary resuscitation)⁽²⁴⁾.

TAB.3 DUKE CRITERIA FOR “DEFINITE” OR “POSSIBLE” ENDOCARDITIS

	Diagnosis
Definite endocarditis	2 major criteria and 0 minor criterion
	1 major criterion and 3 minor criteria
	0 major criterion and 5 minor criteria
Possible endocarditis	Diagnosis
	1 major criterion and 1 minor criterion
	3 minor criteria

TAB.5 PREDISPOSING FACTORS FOR IE

Predisposing factors for endocarditis	
	<ul style="list-style-type: none"> • structural heart disease: reumatic, degenerative, congenital valve disease • prosthetic cardiac valve • invasive medical procedures • injection drug use • older age

TAB.4 MODIFIED DUKE CRITERIA

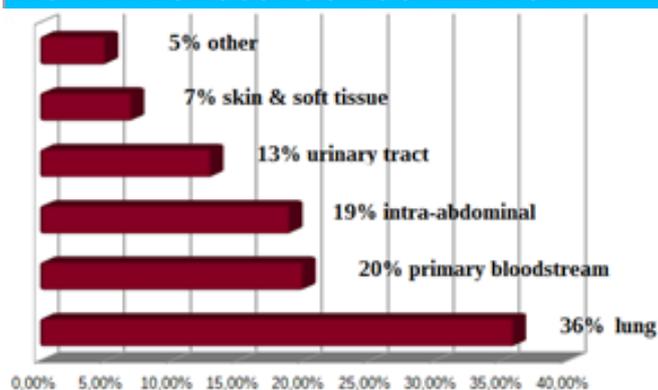
Major criteria	Blood culture positive for IE
	<ul style="list-style-type: none"> • Typical microorganisms consistent with IE from 2 separate blood cultures: Viridans streptococci, Streptococcus bovis, HACEK group, Staphylococcus aureus or Community-acquired enterococci, in the absence of a primary focus or • Microorganisms consistent with IE from persistently positive blood cultures, defined as follows: at least 2 positive cultures of blood samples drawn > 12 h apart; or • All of 3 or a majority of > 4 separate cultures of blood (with first and last sample drawn at least 1 h apart) or • Single positive blood culture for Coxiella burnetii or antiphase I IgG antibody titer > 1 : 800
	Evidence of endocardial involvement
Minor criteria	<p><i>Echocardiogram positive for IE defined as follows :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • oscillating intracardiac mass on valve or supporting structures, in the path of regurgitant jets, or on implanted material in the absence of an alternative anatomic explanation; or • abscess; or • new partial dehiscence of prosthetic valve • new valvular regurgitation (worsening or changing of pre-existing murmur not sufficient)
	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposing heart condition or injection drug use • Fever, temperature >38°C • Vascular phenomena, major arterial emboli, septic pulmonary infarcts, mycotic aneurysm, intracranial hemorrhage, conjunctival hemorrhages, and Janeway's lesions • Immunologic phenomena: glomerulonephritis, Osler's nodes, Roth's spots, and rheumatoid factor • Microbiological evidence: positive blood culture but does not meet a major criterion as noted above or serological evidence of active infection with organism consistent with IE

DISCUSSION
IDENTIFYING
THE PATIENT

Many predisposing and ethiologic factors as many infectious to be identified foci can lead to sepsis and/or septic shock. Sepsis can or cannot be related to infectious endocarditis and, if confirmed, could possibly be complicated with septic shock as well. Early ethiologic diagnosis in sepsis is essential for the prognostic judgment, and for reducing complications and implement proper therapeutic strategies⁽²⁵⁾.

Identifying the patient carrying clinical and instrumental features compatible with suspicion of endocarditis appears then crucial.

We could briefly summarize the epidemiology of infectious foci as follows: 36% lung infections, 20% primary bloodstream, 19% abdominal infections, 13% urinary tract infections, 7% skin and soft tissues infections, 5% all other possible infectious foci⁽²⁶⁾ (Fig. 1). Thus, only a small proportion of septic patients are actually carriers of active endocardial vegetations. Ruling out the diagnosis is then part of proper diagnostic process.

FIG. 1. INFECTIOUS FOCI LOCALIZATION⁽²⁶⁾

Moreover, we need to consider prognostic factors related to IE that we briefly report in table 6. Moreover, we need to consider prognostic factors related to IE that we briefly report in (Table 6).

TAB.6 PREDICTORS OF SEPTIC SHOCK AND IN-HOSPITAL MORTALITY IN IE⁽²⁷⁾

Independent predictors of septic shock in IE	Diabetes mellitus
	S. aureus infection
	Concomitant acute renal insufficiency
	Vegetation size ≥ 15 mm
	Abscesses
	Signs of persistent infection
Independent predictors of in-hospital mortality in IE	Septic shock at anytime
	Heart failure
	Periannular complications
	Signs of persistent infection

All summarized data have to inform the diagnostic process and direct physician attention towards identification of patient suitable for sepsis related to IE.

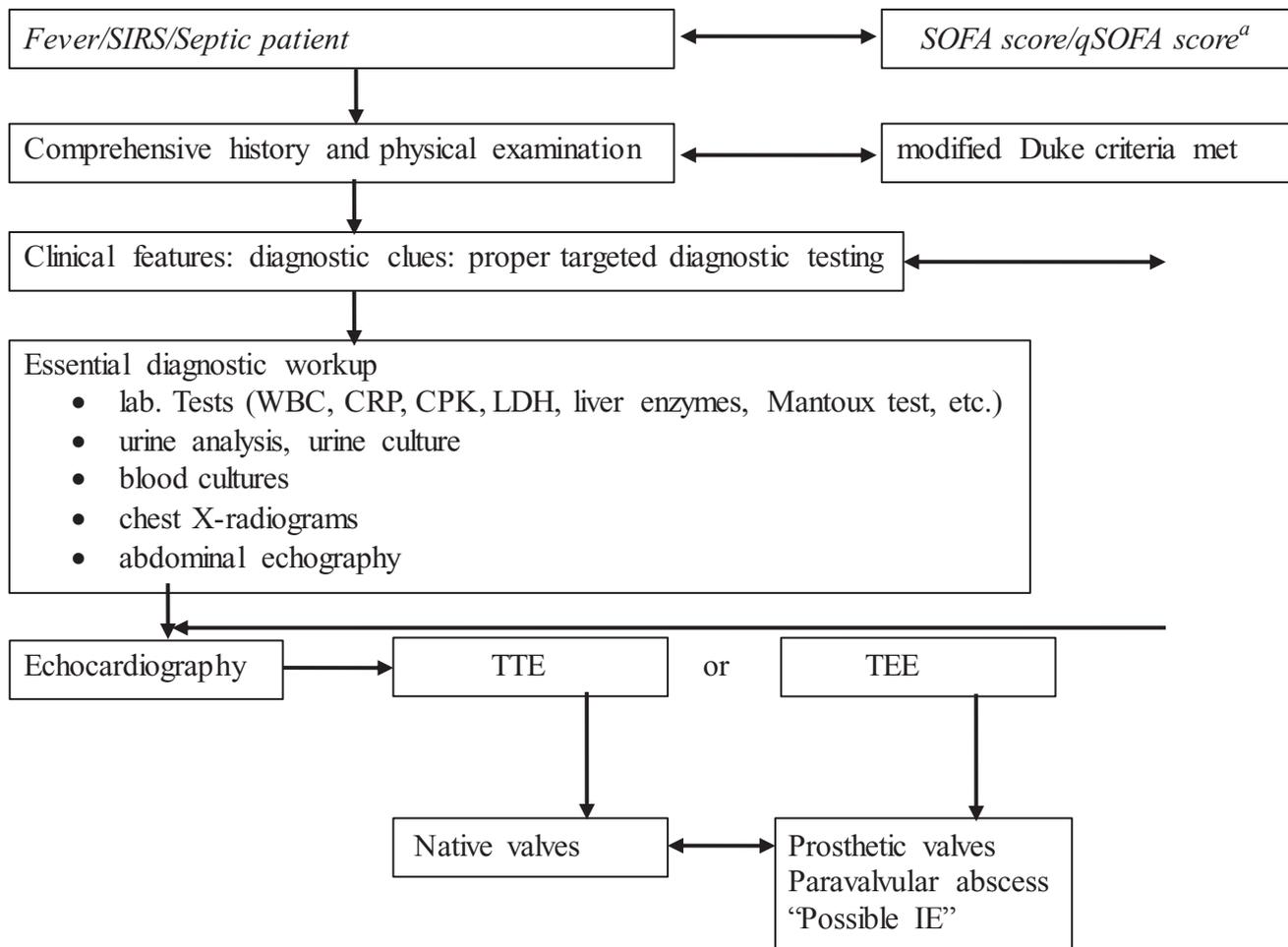
DISCUSSION
ECHOCARDIOGRAPHY
IN SEPTIC PATIENT

The role of echocardiography in septic patient is well established. Although, role of echocardiography in guiding therapy through haemodynamic evaluation in septic shock patients is well known⁽²⁸⁾, more accurate use of echocardiography in IE diagnosis is likely needed as this exam is often requested by physicians as a “screening” tool rather than an actual proper diagnostic procedure. Sometimes echocardiography is redundantly performed to assess evidence of heart valve vegetations in SIRS patients or patients with fever of unknown origin (FUO).^(29,30) The echo findings can rule out or confirm diagnosis according to modified Duke criteria. We stress the concept to assess and identify the clinical features according to proper diagnostic criteria: echocardiographic imaging alone is not enough to rule out or confirm diagnosis in septic or FUO

patients and is not a “screening” exam.

We could then introduce a diagnostic flow-chart (Table 7) supporting the diagnosis and improve accurate use of echocardiography merging together the above mentioned information.

TAB.7 FLOW CHART TO SUPPORT ACCURATE USE OF ECHOCARDIOGRAPHY IN FEVER/SEPSIS/SIRS



a: qSOFA (quick SOFA) score defined as:

- Respiratory rate $\geq 22/\text{min}$
- Altered mentation
- Systolic blood pressure $\leq 100 \text{ mmHg}$

DISCUSSION

HOW TO/WHAT TO SEARCH FOR

Echocardiography is a wonderful and useful diagnostic exam but requires accurate skill and proper knowledge of the diagnostic technique. We stress the necessity to acquire complete mastery in practical echocardiographic approach undergoing supervised training in high quality and possibly nationally or internationally accredited echo labs following recommendation papers and consensus documents on echocardiography released by EACVI/ESC in order to reduce inter-observer variability

and stick to the best practice position statements in the field.

(<https://www.escardio.org/Guidelines/Consensus-and-PositionPapers/CardiovascularImaging/Echo>). Transthoracic echocardiography (TTE) or transesophageal echocardiography (TEE) must be performed as soon as a concrete suspicion of endocarditis occurs, according to clinical complete evaluation and Duke criteria, in order to achieve best earlier and proper therapeutic approach. Essential diagnostic workup has to be clinically and reasonably oriented at the same time, according to clinical

findings and good, accurate practice. In patients with “possible IE” or suspected complicated IE (i.e., paravalvular abscess) and in patients with suspected prosthetic valve IE, TEE can be performed as initial diagnostic test.

Echocardiographic findings are reported in the table 8 as reported in consensus paper by Habib et al. EACVI/ESC ^(31,32).

TAB.8 ECHOCARDIOGRAPHIC FINDINGS IN IE ^(31,32)

Echocardiographic findings ^(31,32)	
Vegetation	Oscillating or non-oscillating intracardiac mass on valve or other endocardial structures, or on implanted intracardiac material
Abscess	Thickened, non-homogeneous perivalvular area with echodense or echolucent appearance
Pseudoaneurysm	Pulsatile perivalvular echo-free space, with colour Doppler flow detected
Perforation	Interruption of endocardial tissue continuity traversed by colour-Doppler flow
Fistula	Colour-Doppler communication between two neighbouring cavities through a perforation
Valve aneurysm	Saccular bulging of valvular tissue
Dehiscence of a prosthetic valve	Paravalvular regurgitation identified by TTE/ TEE, with or without rocking motion of the prosthesis

Moreover TEE is **recommended** in patients with prosthetic valves, rated at least “possible IE” by clinical criteria, or complicated IE (i.e.: paravalvular abscess). Right sided infective endocarditis (RSIE) representing 5-10% of all IE; they are less common than left sided IE and are increasingly associated with e.v. injection (in drug users), cardiac implantable electronic device infection, indwelling lines (hemodialysis, parenteral nutrition and chemotherapy) .

TEE can be useful in differential diagnosis in RSIE as well in all cases mentioned above to improve sensibility and accuracy of diagnosis.

CONCLUSIONS Echocardiography is a useful exam in confirming or ruling out diagnosis of IE in septic patient.

Echocardiography is not a “screening” exam but an accurate diagnostic tool that has to be included in a proper diagnostic approach according to international guidelines according to modified Duke criteria.

A flow chart is proposed to help diagnostic management in SIRS/septic patient.

The choice of TTE/TEE as initial exam has to be made according to possible or suspected diagnosis of endocarditis and considering the predisposing and prognostic factors of the patients.

REFERENCES

1. JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10. doi: 10.1001/jama.2016.0287. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). Singer M. et al.
2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference: definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. *Crit Care Med.* 1992;20(6):864-874.
3. Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al; Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. *Intensive Care Med.* 1996;22(7):707-710.
4. Shankar-Hari M, Phillips G, Levy ML, et al Assessment of definition and clinical criteria for septic shock. *JAMA.* doi:10.1001/jama.2016.0289
5. *N Engl J Med.* 2003 Apr 17;348(16):1546-54. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, Moss M.
6. *Intensive Care Med.* 1995 Nov;21 Suppl 2:S244-9. The Italian SEPSIS study: preliminary results on the incidence and evolution of SIRS, sepsis, severe sepsis and septic shock. Salvo I, de Cian W, Musicco M, Langer M, Piadena R, Wolfler A, Montani C, Magni E.
7. *Crit Care.* 2004 Aug;8(4):R180-4. Epub 2004 May 14. Epidemiology of sepsis in Norway in 1999. Flaatten H.
8. *Crit Care.* 2004 Aug;8(4):R153-62. Epub 2004 May 14. Prevalence and incidence of severe sepsis in Dutch intensive care units. van Gestel A, Bakker J, Veraart CP, van Hout BA.
9. *National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2011: Statistical Brief #160.* Torio CM, Andrews RM. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006-2013 Aug.

REFERENCES

9. National Inpatient Hospital Costs: The Most Expensive Conditions by Payer, 2011: Statistical Brief #160. Torio CM, Andrews RM. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006-2013 Aug.
10. *Intensive Care Med.* 2016 Oct;42(10):1641-2. doi: 10.1007/s00134-016-4442-0. Epub 2016 Jul 9. Chronic healthcare expenditure in survivors of sepsis in the intensive care unit. Koster-Brouwer ME et al
11. *Lancet.* 2016 Feb 27;387(10021):882-93. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00067-7. Epub 2015 Sep 1. Infective endocarditis. Cahill TJ, Prendergast BD.
12. *J Clin Med Res.* 2017 Sep;9(9):754-758. doi: 10.14740/jocmr3131w. Epub 2017 Jul 27. Epidemiology of Infective Endocarditis in Rural Upstate New York, 2011 – 2016. Fatima S et al.
13. Hoen B, Alla F, Selton-Suty C, et al. Changing profile of infective endocarditis: Results of a 1-year survey in France. *JAMA* 2002;288:75–81.
14. Tleyjeh IM, Abdel-Latif A, Rahbi H, et al. A systematic review of population-based studies of infective endocarditis. *Chest* 2007;132(3):1025–1035.
15. Griffin MR, Wilson WR, Edwards WD, et al. Infective endocarditis. Olmsted County, Minnesota, 1950 through 1981. *JAMA* 1985;254:1199–1202.
16. Michel PL, Acar J. Native cardiac disease predisposing to infective endocarditis. *Eur Heart J* 1995;16 (SupplB):2–9.
17. Weinberger I, Rotenberg Z, Zacharovitch D, et al. Native valve infective endocarditis in the 1970s versus 1980s: underlying cardiac lesions and infecting organisms. *Clin Cardiol* 1990;13:94–8.
18. Clemens JD, Horwitz RI, Jaffe CC, et al. A controlled evaluation of the risk of bacterial endocarditis in persons with mitral-valve prolapse. *N Engl J Med* 1982;307:776–80
19. Bashore TM, Cabell C, Fowler VJ Jr. Update on infective endocarditis. *Curr Probl Cardiol* 2006;4:274– 352.
20. Mourvillier B, Trouillet JL, Timsit JF, et al. Infective endocarditis in the intensive care unit: clinical spectrum and prognostic factors in 228 consecutive patients. *Intensive Care Med* 2004;30:2046–52.
21. Karth GD, Koreny M, Binder T, et al. Complicated infective endocarditis necessitating ICU admission: clinical course and prognosis. *Crit Care* 2002;6:149–54.
22. Durack DT, Lukes AS, Bright DK. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. *Am J Med* 1994;96:200–7
23. Li JS, Sexton DJ, Mick N, et al. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis* 2000;30:633–8
24. *Crit Care.* 2002; 6(2): 149–154. Published online 2002 Mar 6.PMCID: PMC111181 Complicated infective endocarditis necessitating ICU admission: clinical course and prognosis Delle Karth G.
25. *Crit Care Clin.* 2000 Apr;16(2):337-52, vii. Pathogenesis and management of multiple organ dysfunction or failure in severe sepsis and septic shock. Balk RA.
26. *Am J Health Syst Pharm.* 2002 Feb 15;59 Suppl 1:S13-9. Optimal antimicrobial therapy for sepsis. Fish DN.
27. *Eur Heart J.* 2013 Jul;34(26):1999-2006. doi: 10.1093/eurheartj/ehs336. Epub 2012 Oct 11. Contemporary epidemiology and prognosis of septic shock in infective endocarditis. Olmos C. et al.
28. *Crit Care Clin.* 2010 Apr;26(2):365-82, table of contents. doi: 10.1016/j.ccc.2010.01.001. The role of echocardiography in hemodynamic assessment of septic shock. Griffiee MJ
29. *Wien Klin Wochenschr.* 2016 Nov;128(21-22):796-801. Epub 2016 Sep 26. Fever of unknown origin (FUO) revised. Unger M.
30. *Medicine (Baltimore).* 1961 Feb;40:1-30. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. Petersdorf RG, Beeson PB.
31. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I et al.; ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): The Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2009;30:2369–413
32. Habib G. et al. Recommendations for the practice of echocardiography in infective endocarditis *European Journal of Echocardiography* (2010) 11 , 202–219 doi:10.1093/ejechocard/jeq004
33. Murdoch DR, Corey GR, Hoen B, et al. Clinical presentation, etiology, and outcome of infective endocarditis in the 21st century: the International Collaboration on Endocarditis-Prospective Cohort Study. *Arch Intern Med* 2009;169:463-73.
34. Gaca JG, Sheng S, Daneshmand M, et al. Current outcomes for tricuspid valve infective endocarditis surgery in North America. *Ann Thorac Surg* 2013;96:1374-81
35. Baraki H, Saito S, Al Ahmad A, et al. Surgical treatment for isolated tricuspid valve endocarditis- long-term follow- up at a single institution. *Circ J* 2013;77:2032-7.
36. Shrestha NK, Jue J, Hussain ST, Jerry JM, et al. Injection drug use and outcomes after surgical intervention for infective endocarditis. *Ann Thorac Surg* 2015;100:875-82.

DISTURBO DI PANICO CON SINTOMI DI DEPERSONALIZZAZIONE/DEREALIZZAZIONE: LO STUDIO DI UN CASO TRATTATO CON IPNOSI

Giorgia Induni¹

¹Dr.ssa psicologa psicoterapeuta
- libero professionista - Crema

ABSTRACT

Dopo una breve inquadratura nosologica del disturbo di panico e dei concetti di depersonalizzazione e derealizzazione, questo lavoro si concentra sulla definizione della tecnica dell'ipnosi in psicoterapia.

Il caso di I. è esemplificativo di come l'applicazione di tale tecnica possa essere efficace e veloce nella risoluzione del DAP

ENG: After a brief nosological classification of the panic disorder and the concepts of depersonalization and derealization, this work focuses on defining the technique of hypnosis in psychotherapy.

The case of I. is an example of how the application of this technique can be effective and quick in resolving the DAP.

Parole chiave:

attacco di panico,
disturbo di panico, ipnosi,
depersonalizzazione,
derealizzazione, psicoterapia,
ansia

Keywords:

panic attack, panic disorder,
hypnosis, depersonalization,
derealization, psychotherapy,
anxiety

BACKGROUND Il disturbo di panico (DAP) è caratterizzato da stati d'ansia ricorrenti e di durata variabile da individuo a individuo. In genere gli attacchi di panico (AP) sono accompagnati da ansia anticipatoria e da condotte di evitamento che possono anche diventare in qualche misura invalidanti per il soggetto, peggiorando anche notevolmente la qualità della vita.

Gli AP rappresentano la manifestazione basilare del disturbo. Sono episodi parossistici che insorgono improvvisamente, raggiungono il climax in pochi minuti e generalmente svaniscono nel giro di circa mezz'ora. Durante l'AP gli individui provano paura, senso di impotenza, mancanza di controllo e al termine i soggetti riferiscono sensazioni di estenuazione. Quando gli AP si ripetono in modo sistematico insorge nel paziente la paura che possano ripetersi ancora e il soggetto si ritrova in una situazione di ansia persistente.

A ciò si accompagnano condotte di evitamento di situazioni o contesti che sono percepiti dall'individuo come potenziali cause dell'insorgere di un AP. In tal senso si innesca l'agorafobia e di conseguenza il funzionamento globale viene limitato sia sul piano sociale che professionale. Tipiche situazioni agorafobiche (oltre al significato etimologico "paura della piazza") sono ad esempio: rimanere a casa da soli, prendere ascensore, prendere un mezzo di trasporto, attraversare un tunnel, ritrovarsi in un posto affollato ecc.

This article was published on
June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-3>
Copyright © 2018 SIMEDET.

In questi casi si manifestano con fobie agorafobiche o claustrofobiche, in altri casi possono emergere come farmacofobie o ipocondria. In alcuni casi il quadro sintomatologico può assumere aspetti meno tipici rispetto a quelli descritti.

Il quadro clinico deve quindi tenere conto anche del fatto che spesso i sintomi riferiti dai pazienti possono sembrare attenuati o incompleti, così le varie manifestazioni del panico possono essere incluse in un più ampio concetto fenomenologico che è lo spettro panico-agrafobico.

Depersonalizzazione e derealizzazione si presentano spesso come sintomi dell'attacco di panico.

Si manifestano come alterazioni della continuità e integrazione di identità, emozione, percezione e memoria.

Entra in crisi l'unità dell'io e conseguentemente non è più riconosciuta l'armonia del rapporto tra mondo interno e mondo esterno. L'individuo perde, almeno in parte, la capacità di essere presente a se stesso, di avere consapevolezza dei suoi pensieri, sensazioni, percezioni, azioni.

La **depersonalizzazione**, nello specifico, viene descritta come la sensazione di sentirsi estraneo al proprio corpo o ai propri processi mentali. In tali condizioni l'individuo può sentire ridotto il suo senso di agency, come se non fosse più in grado di fare individualmente e liberamente le proprie scelte.

Potrebbe altresì sentir venire meno il senso di Sé o di alcune funzioni del Sé, ovvero l'individuo può riferire di avere un senso di generale inconsistenza, di non essere in grado di descriversi oppure di non riconoscere le proprie emozioni.

In genere tale esperienza suscita una notevole ansia associata alla paura di impazzire. Tali soggetti hanno spesso difficoltà a descrivere i sintomi e, in un primo momento, è necessario che il terapeuta nomini le emozioni prima che essi le possano riconoscere.

L'altra faccia della medaglia è la derealizzazione,

ossia la sensazione che il mondo esterno sia irreali e deformato. L'individuo può riferire disturbi nella senso-percezione come macropsia o micropsia oppure una generale sensazione di estraneità dell'ambiente circostante, inclusi ambienti famigliari come casa propria o il posto di lavoro. Spesso l'esperienza dissociativa è accompagnata da attacchi di panico e, di conseguenza, da sintomi fobici da evitamento, per esempio, agorafobia, ansia sociale ecc.

Questa condizione rappresenta, naturalmente, un disagio clinicamente significativo nell'individuo e può compromettere il funzionamento affettivo, relazionale e/o lavorativo del soggetto.

Il caso clinico riportato riflette il mio modo di lavorare con il paziente e quindi di interpretare l'approccio terapeutico in modo eclettico ad ampio spettro. La ricerca ha reso evidente da tempo (Auerbach & Johnson, 1977; Fey 1958; Parloff, Waskow & Wolf, 1978; Wogan & Norcross, 1985) che un atteggiamento maggiormente centrato sulla persona, basato sui diversi bisogni dei pazienti, sia molto più efficace.

Un approccio inflessibile e rigido, d'altro canto, sembra aumentare le possibilità che si incorra in effetti distruttivi (Yalom, Lieberman & Miles, 1973). Allo stesso modo all'interno della tecnica dell'ipnoterapia rifiuto di adottare un unico punto di vista e cerco di incorporare diversi metodi di ipnosi modulando la tecnica di volta in volta in base alle necessità peculiari del paziente. L'ipnosi è una tecnica clinica in psicoterapia che non determina l'approccio di riferimento. In questo caso specifico la tecnica utilizzata è l'ipnosi con una lettura del caso di tipo cognitivo-comportamentale.

L'ipnosi ha avuto negli anni una storia travagliata che ha trovato la sua maggiore divulgazione in ambito terapeutico grazie a M. Erickson negli stati uniti e successivamente grazie al lavoro di F. Granone in Italia. La psicoterapia ericksoniana si basa su una profonda e sensibile interazione con il paziente (rapport) e sull'attenta valutazione della persona, del suo mondo,

del suo stile di comunicazione. In quest'ottica l'ipnosi diventa un lavoro attivo da parte del paziente.

Nel caso descritto l'ipnoterapia si è basata su visualizzazioni di metafore create a partire dagli spunti forniti dalla paziente in modo da orientarla verso le sue soluzioni.

L'ipnosi è uno stato naturale della coscienza con inibizione della corteccia frontale e aumento delle onde theta (5-7 hz).

Ogni individuo ha esperienza della trance ipnotica, avviene ogni volta che ci si concentra completamente in una cosa fino a perdere, temporaneamente, la percezione del tempo o dello spazio, come se si entrasse a fare parte di quella cosa: la lettura di un libro, la visione di un film, l'ascolto di una storia ecc..

Nel setting terapeutico, affinché il paziente entri in uno stato di trance ipnotica, è necessario che abbia sviluppato con il terapeuta una buona compliance e che scelga di lasciarsi andare alla trance. Nonostante i pregiudizi e gli stereotipi riguardo all'ipnosi non è possibile, in nessun caso, indurre l'ipnosi ad un soggetto senza il suo consenso.

Durante la trance il paziente sospende il proprio modo di ragionare e attiva le sue risorse interne attingendo al proprio sistema di credenze, ciò permette l'emergere di nuovi punti di vista, nuove soluzioni o nuovi modelli di comportamento, attraverso i quali è possibile arrivare alla rottura del meccanismo patologico che aveva indotto il sintomo.

Dopo l'identificazione dei neuroni action-location, cronical e mirror è risultato chiaro come il semplice immaginare di compiere un'azione o di vedere, udire, toccare un oggetto attivi le medesime vie neuronali implicate durante l'esecuzione di un'azione o la reale visione dell'oggetto.

La corteccia cingolata anteriore e l'insula, aree primarie nella codifica delle valenze affettive, motivazionali e attentive degli stimoli, si attivano in concomitanza di una specifica emozione vissuta ma anche se la stessa emozione è vista in un altro essere vivente.

Oltre a ciò la linguistica cognitiva afferma che l'elaborazione dei concetti è una conseguenza del funzionamento a rete del cervello e dipende dalle pregresse esperienze di interazione organismo-ambiente e dal maturare dei processi percettivi motori. I concetti relativi ad una parola sono incarnati in una rete di connessioni alla cui base ci sarebbero le esperienze senso-motorie.

Numerosi studi che si basano sulla percezione hanno mostrato come la coscienza sia influenzata da fenomeni come il bottom up e il top down. Ossia come la percezione sia influenzata da una parte dagli elementi che riguardano l'oggetto stesso (bottom up) dall'altra parte dalle esperienze passate e dalle conoscenze precedentemente immagazzinate (Koch, 2004). Dagli studi di Rees (2013) emerge come un'illusione (o una visualizzazione) sia in grado di procurare l'attivazione della corteccia somato-sensoriale umana anche in assenza di stimoli.

La percezione somato-sensoriale consapevole, in altri termini, è associata non solo con la corteccia sensoriale primaria, ma anche con le aree esterne dell'elaborazione sensoriale nella corteccia prefrontale, deputata ai sistemi di elaborazione esecutivi, implicati nella definizione di coscienza (Miyazaki et al., 2010).

Durante un'induzione ipnotica l'accesso al sistema di neuroni specchio del paziente è rapido, tanto che il concetto di ideoplasia è alla base della concezione contemporanea dell'ipnosi. Ossia ciò che viene suggerito tramite la suggestione diventa una sensazione, un'immagine, una sensazione viscerale, un atto in movimento.

I tipici fenomeni ipnotici come, per esempio, l'analgesia, l'amnesia oppure le allucinazioni (il 20% delle persone sembra essere in grado di allucinare sotto ipnosi) sembrano essere collegati a un'inibizione delle funzioni corticali e alla possibilità che la zona diencefalo-mesencefalica, la parte del cervello legata alle attività vegetative emotive, possa essere attivata da stimoli derivanti da tecniche induttive, senza la

partecipazione di delle funzioni corticali superiori.

La realizzazione di un'ideoplasia diventa un fenomeno legato alla comunicazione che l'ipnoterapeuta mette in atto durante la sessione, ovvero un fenomeno biologico che ristrutturata reti neuronali a loro volta responsabili di comportamenti disfunzionali. In quest'ottica la psicoterapia diventa quindi una forma di cura che agisce a livello biologico, rimodellando strutture neuronali (E. Zacchetti, 2015).

Se è vero che ogni forma di psicoterapia indipendentemente dal modello di riferimento può agire a livello bio-psicologico, l'ipnositerapia, trasformando stati psichici in percezioni nuove a livello corporeo e viscerale e viceversa, può a tutti gli effetti inserirsi nell'indissolubile dimensione mente-corpo.

METHODS Il disturbo di panico è definito nel manuale diagnostico e statistico internazionale DSM V e per la diagnosi devono essere presenti entrambi i seguenti criteri:

Attacchi di panico, un periodo preciso di intensa paura o disagio in cui si presentino, si sviluppano e raggiungono il climax almeno quattro o più dei seguenti sintomi: cardiopalmo, tachicardia, palpitazioni, sudorazione, tremori fini o grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto, nausea o disturbi addominali, sensazione di sbandamento o instabilità o testa leggera o svenimento, derealizzazione o depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie, brividi o vampate di calore;

Almeno uno degli attacchi di panico è stato seguito da un mese (o più) da uno (o più) dei seguenti sintomi: preoccupazione persistente di avere attacchi, preoccupazioni per le implicazioni dell'attacco (perdere il controllo, avere un attacco cardiaco, ictus, impazzire ecc.), significativa alterazione del comportamento in relazione agli attacchi.

CASE REPORT IL CASO DI I. A.

I. è una ragazza di 23 anni, figlia unica e vive con la madre. Viene nel mio studio su indicazione di una mia paziente. I. si presenta puntuale ad ogni appuntamento, ha un eloquio forbito ma non affettato, è sempre adeguata al contesto sia nel modo di vestire che nell'atteggiamento generale.

I. ha consultato il medico di famiglia prima di venire da me che le ha prescritto En al bisogno ma riferisce di non averne mai fatto uso. Riferisce di soffrire di attacchi di panico, uno o due al giorno, da circa un anno. I sintomi più ricorrenti sono tachicardia, cardiopalmo, senso di asfissia o soffocamento, fame d'aria, sudorazione, sensazione di sbandamento e instabilità, derealizzazione e depersonalizzazione.

Questi ultimi, in particolare, non solo sono per lei quelli più terrorizzanti ma tendono a persistere anche quando l'AP è terminato. Mi racconta che durante l'ultimo anno i sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione sembrano essersi come "consolidati" e riporta di avere la sensazione di provarli in modo fluttuante ma di continuo.

Negli ultimi sei mesi riferisce di avere la sensazione di non riconoscersi allo specchio e teme che la situazione peggiori sempre di più fino a portarla alla pazzia.

I. è una ragazza molto attiva, fa sport, studia all'università, ha amici e una vita sociale normale ma questa situazione la sta portando a chiudersi sempre di più e pretendere che con lei si chiuda anche il compagno nei confronti del quale sembra essere gelosa in modo eccessivo ed asfissiante, tanto che quando arriva da me il rapporto sembra essere in una grave crisi.

Dal racconto non emerge chiaramente se la gelosia sia un effetto oppure la causa dell'AP, è evidente però un vantaggio secondario del disturbo che, inconsapevolmente, I. sta usando in modo strumentale e manipolatorio. Le descrizioni dei sintomi dissociativi suscitano preoccupazione e ansia anche nelle persone più vicine a I. e potrebbero diventare, in qualche modo, dei dispositivi attraverso il quali controllare la

sua angoscia da abbandono.

Dal colloquio anamnestico emerge che i primi sintomi di tipo ansioso si sono presentati intorno ai 14 anni, dopo il divorzio dei genitori. Durante il divorzio e successivamente I. sentiva come se le mancasse il respiro e spesso scoppiava in pianti improvvisi.

I. racconta che il padre ha avuto una relazione, con la sua attuale compagna, e ha deciso di chiedere il divorzio, che sembra essere stato particolarmente conflittuale.

La paziente racconta di liti feroci e fragorose, soprattutto durante la notte quando il padre, a suo dire, tornava dopo essere uscito con l'altra donna, e I., quattordicenne, veniva svegliata dagli strilli e dagli insulti reciproci della coppia. I. stessa riferisce di aver vissuto il tradimento del padre e le sue conseguenze come un trauma.

Riporta come questo evento abbia infranto il suo "luogo sicuro" e disatteso le sue aspettative nei confronti del padre, verso il quale sostiene di avere avuto un rapporto privilegiato fino a quel momento e di aver riposto in lui una cieca fiducia.

Dopo il divorzio I. ha interrotto completamente i rapporti col padre per circa un anno. Attualmente riferisce di avere un rapporto ottimo con lui e di condividere molti momenti del tempo libero. Il primo AP che I. ricorda è insorto mentre andava in bicicletta in montagna, attorno ai 17 anni, I. pratica ciclismo a livello amatoriale, riferisce di aver sentito da prima "la testa vuota" e poi tachicardia, cardiopalma, senso di svenimento e per la prima volta l'esperienza di depersonalizzazione: "Sembrava una situazione irrealistica".

Le montagne intorno erano altissime, tipo fino alla luna, io sapevo che non era così ma le vedevo così! È pensavo: "sono pazza! Sono pazza!". Il padre era con lei in quel frangente e l'ha accompagnata immediatamente a casa. I. riferisce che dal quel momento in poi gli attacchi si sono andati intensificando fino ad ora che sono uno o più al giorno. Alla fine della prima seduta

mi chiede insistentemente la diagnosi, le riferisco che ritengo si tratti di un disturbo di panico con agorafobia, sembra molto sollevata e le chiedo perché e lei risponde "se ho il panico non sono pazza! Cioè non è psicosi...giusto?".

Le fornisco una spiegazione dettagliata dell'ansia e dell'AP mostrandole anche graficamente il circolo vizioso col modello del disturbo di panico di Clark: i fattori scatenanti (interni o esterni) vengono percepiti come una minaccia che elicitava l'ansia alla quale corrispondevano sintomi somatici/cognitivi che erroneamente interpretati alimentano a loro volta la sensazione di ansia.

Alla fine della fase di inquadramento clinico-diagnostico e raccolta anamnestica propongo a I. di procedere con la tecnica dell'ipnosi che in questo caso ritengo indicata perché potrebbe ricordare e rielaborare avvenimenti ed emozioni che ha già vissuto nel passato e dare ad esse un nuovo senso nel qui ed ora. Oltre a ciò, si tratta di una tecnica che il paziente apprende e l'autoipnosi può rivelarsi un valido strumento in molteplici occasioni anche in assenza del terapeuta.

Dall'analisi della domanda emerge come la paziente chieda in modo manifesto la remissione dal sintomo ma su un piano più profondo e latente sembra che il DAP sia una sorta di difesa dall'angoscia di I. di essere abbandonata. Tale angoscia risulta evidente non solo in riferimento alla narrazione anamnestica ma anche alle sue attuali relazioni che per I. diventano soddisfacenti solo se esclusive e focalizzate su di sé.

Descrivendo la relazione con il compagno esplicita la sua preoccupazione che lui la possa tradire (chiede caparbiamente ogni dettaglio della sua giornata) e ci tiene a chiarire che per lei la masturbazione è una forma di tradimento. Mentre cerca di spiegarmi questo punto si agita in modo evidente, si innervosisce e piange.

L'indagine insistente di I. sulle abitudini del compagno in tal senso sembrano essere esasperanti per lui e sono causa di aspri conflitti. Rispetto a ciò I. è completamente egosintonica e inflessibile anche se

questa modalità di controllo assillante nei confronti del compagno mette a dura prova la relazione. I. sposta tutta la responsabilità su di lui e la sua incapacità di capirla.

Anche nelle relazioni di amicizia I. sembra essere molto esigente e non tollera di non essere messa al corrente di ogni avvenimento della vita altrui che I. considera saliente.

Ad esempio decide di interrompere i rapporti di amicizia con S. dopo che quest'ultima si era recata in un locale notturno con un'altra ragazza, che non piaceva ad I., senza preventivamente informarla. In generale una forma di controllo deforme e disarmonico della relazione con altri sembra essere l'unica forma di sollievo dall'angoscia. Emerge che questa strategia, completamente disfunzionale e distruttiva, sia per I. l'unica tattica per mantenere la sensazione di poter gestire l'ansia. Questa modalità, però, non solo non funziona, ma costringe I. ad gioco al quale perde sempre.

Le prime sedute con I. si sono concentrate sulla costruzione di una non facile compliance. La paziente fatica a fidarsi degli altri e io non faccio eccezione. Infatti decido di rimandare la prima induzione ipnotica alla quarta seduta, quando mi sembra che I. cominci a distendersi maggiormente nei miei confronti.

Durante la seduta provo una prima induzione ipnotica, il luogo sicuro, che è molto semplice e, generalmente, anche un'esperienza piacevole e molto rilassante per il paziente. I. risponde molto bene all'ipnosi e ne sembra entusiasta. Nelle sedute successive mi riferisce di aver cominciato ad utilizzare l'ipnosi anche in modo autonomo, ad esempio quando si sente ansiosa o insicura. Questo è molto importante, per me, e durante il percorso di psicoterapia incoraggio spesso i pazienti a diventare autonomi rispetto alle tecniche che sperimentiamo durante le sessioni.

La seduta di svolta nel percorso con I. è stata una sessione di ipnosi regressiva. I. si è presentata all'appuntamento molto agitata e mi racconta di aver avuto una lite particolarmente sgradevole con il compagno in conseguenza della quale lui ha deciso di

chiudere il rapporto.

Scegliamo di utilizzare la tecnica del "ponte affettivo" in ipnosi. È una tecnica di ipnosi regressiva volta a trovare analogie e corrispondenze tra gli stati emotivi relativi agli eventi del presente e gli avvenimenti del passato. In altri termini le emozioni del presente creano un ponte affettivo con il passato, quando le stesse emozioni furono sperimentate per la prima volta. In estrema sintesi ho chiesto a I., sotto ipnosi, di riprodurre lo stato problematico, nella fattispecie le ripetute liti con il compagno, provando le emozioni che questo suscita usualmente.

Fatto ciò ho chiesto alla paziente di usare tale emozione come se fosse un "navigatore" e lasciarsi condurre alla prima volta che l'ha sperimentata. A questo punto mi sono fatta descrivere la situazione rievocata. La parte interattiva della seduta comporta alcune insidie.

Il linguaggio utilizzato per fare domande al paziente deve essere il più possibile neutro e pulito, in quanto, in tali situazioni è molto facile creare suggestioni e falsi ricordi. La situazione rievocata da I. era collocata molto indietro nel tempo, intorno ai 6 anni, secondo la paziente. I. descrive una situazione in cui i genitori stavano litigando, I. non conosce il motivo del conflitto ma ricorda la madre come "insistente, fastidiosa" e ricorda che lei, bambina, desiderava fortemente che la madre smettesse di provocare il padre, che invece ricorda come afflitto, "disperato".

Le emozioni di rabbia, impotenza e senso di colpa erano quelle che I. ricorda come predominanti. Questa seduta si è rivelata particolarmente importante perché I. ha cominciato ad essere egodistonica rispetto ai suoi atteggiamenti disfunzionali nelle relazioni.

Dopo questa sessione di ipnosi I. ha un insight e si rende conto che la sua eccessiva esigenza nelle relazioni non dipende solo dall'angoscia di essere abbandonata come ha fatto suo padre con sua madre ma che sta di fatto riattivando una modalità relazionale che è propria della madre.

Il solo fatto di vedere rispecchiate dentro di sé delle parti della madre le permette di valutarle dall'esterno e diventare maggiormente critica e disponibile a mettere in discussione delle parti di sé.

A questo punto abbiamo proceduto lavorando su due fronti, da una parte sul sintomo, con un approccio cognitivo comportamentale.

Ho, quindi, lavorato da prima sulla ristrutturazione cognitiva degli esiti temuti e delle sensazioni fisiche, utilizzando anche tecniche di mindfulness, che si è rivelata, in base alla ricerca (Segal, 2014; Zindel V. Segal j. Mark G. Williams Jhon D. Teasdale 2016) molto efficace per il controllo dell'ansia e degli AP. Sempre attraverso vari esercizi che, anche in questo caso, comprendevano esercizi di mindfulness, abbiamo utilizzato la tecnica dell'esposizione enterocettiva. Ossia, il terapeuta induce, o incoraggia il paziente ad autoindursi, sensazioni fisiche simili a quelle che si manifestano durante l'AP, in modo tale che, gradualmente il paziente impari a non catastrofizzare i sintomi e rispondervi più adeguatamente cambiando le proprie aspettative e reazioni.

Dall'altro lato abbiamo continuato a lavorare con l'ipnosi per la ristrutturazione dei ricordi del passato soprattutto rispetto alla relazione con i genitori che sembrava essere il nucleo scatenante dei sintomi di I. Ho usato sia l'ipnosi regressiva sia visualizzazioni guidate con immagini simboliche, quindi un approccio maggiormente immaginativo.

Dopo circa otto mesi di terapia i sintomi di I. erano in completa remissione. Attualmente, dopo un anno circa dalla fine della terapia, I. ha una relazione più equilibrata e soddisfacente e continua a non avere AP. I sintomi di derealizzazione e depersonalizzazione non si sono più presentati dopo la seduta del ponte affettivo.

BIBLIOGRAFIA

Bandler, Richard; Grinder, Jhon, Ipnosi e trasformazione, Astrolabio, Roma, 1983

Bottaccioli F., Bottaccioli A., psico-neuro-endocrino-immunologia e scienza della cura integrata, edra, Milano, 2016

Casula C. C., Giardinieri, principesse e porcospini, Franco Angeli, Milano, 2002

Corymond H., Hypnotic Suggestions and Metaphors, American society of clinical hypnosis book

D'Ambrosio A., Costanzo F. Il disturbo dissociativo di identità, Franco Angeli, 2016

Erickson M. H., Opere, Vol.3, Vol.4, Astrolabio, Roma, 1984

Gordon, David, Metafore terapeutiche, Astrolabio, Roma, 1992

Granone, F, Trattato di ipnosi, UTET, Torino, 19879

Merati, Luisa; Roberto, Ercolani, Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi, edra, Milano, 2015

Nardone G., Loredano C., Zeig J., Watzlawick P., Ipnosi e terapia ipnotica, Ponte alle Grazie, Milano, 2006

Regaldo G., Manuale di ipnosi medica rapida, Narcissus, Torino, 2014

Watzlawick, Paul; Weakland, John H.; Fisch Richard, Change, Astrolabio, Roma, 1974

Zindel V. Segal, J. Mark, G. Williams, John D. Teasdale, Mindfulness, Bollati Boringhieri 2016

Zivny, P., Curarsi con l'ipnosi, psicologopz.com, 2014

Zivny, P., L'ipnosi non è ipnosi, psicologopz.com, 2014

INDAGINE SULLA PERCEZIONE DEI SANITARI ICU AOU CAGLIARI SULLA “RIANIMAZIONE APERTA”

Aviles Gonzalez Cesar Ivan¹, Melis Paola², Paba Simone³, Pinna MariaRita⁴,
Massidda M.Valeria⁵

ABSTRACT

La rianimazione aperta è intesa come la volontà di eliminare tutte le barriere temporanee, fisiche e relazionali, non strettamente necessarie per la cura del paziente nella prospettiva della promozione di un trattamento personalizzato, che tenga conto di diverse dimensioni: fisica, psicologica e relazione di ogni individuo, supportata nella letteratura scientifica; essa stabilisce i pro e i contro di questa forma di assistenza sanitaria. Numerosi sono gli studi che mostrano i benefici per le famiglie dei pazienti e il gruppo di lavoro. In Italia questa tipologia di servizio sta prendendo piede con difficoltà nell'assistenza sanitaria a causa della presenza di parenti nelle unità di terapia intensiva. L'ospedale universitario di Cagliari ha avviato alla fine del 2016 un processo formativo, informativo e organizzativo con l'obiettivo di implementare questo modello organizzativo. Qual è l'opinione dello staff sanitario degli uci dell'ospedale universitario di Cagliari in relazione a questa modalità di terapia intensiva?

BACKGROUND

L'obiettivo è conoscere le opinioni del gruppo di lavoro della terapia intensiva dell'ospedale universitario di Cagliari in relazione a questo nuovo modello organizzativo, istituendo un confronto già evidenziato nella letteratura scientifica in materia, e in questo modo di effettuare interventi contestualizzati e favorire l'introduzione di questo modello (rianimazione aperta).

ENG: The ICU (intensive care unit) open-door is understood as the abolition of all temporary, physical and relational barriers not strictly necessary for the care of the patient, in the perspective of the promotion of a person centred care, which takes into account several dimensions as: physical, psychological and relational. This approach is supported by the scientific literature that establishes the benefits and negative effects of this form of healthcare. Many studies show the benefits for patients, families and health staff. In Italy, this type of service modality is starting to be carried out, finding resistances in health workers due to the presence of relatives in the intensive care units. Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari has started at the end of 2016 a formative, informative and organizational process with the purpose of implementing this organizational model. This research study wants to find out what is the opinion of the health staff of the ICU of Azienda Ospedaliera Universitaria of Cagliari in relation to the open-door modality

- ¹ Infermiere Anestesia e rianimazione AOU Cagliari
- ² Infermiere Ambulatorio Cure palliative AOU Cagliari
- ³ Infermiere Anestesia e rianimazione AOU Cagliari
- ⁴ Dirigente delle professioni sanitarie AOU Cagliari
- ⁵ Coordinatore Infermieristico Anestesia e rianimazione AOU

Keywords:
terapia intensiva,
rianimazione aperta, barriere

This article was published on
June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-4>
Copyright © 2018 SIMEDET.

METODO / METHOD

La progettazione dello studio prevede l'osservazione partecipativa e la valutazione della percezione del gruppo sanitario in relazione alla rianimazione aperta nell'ospedale universitario di Cagliari.

Popolazione: gruppo sanitario della terapia intensiva dell'ospedale universitario di Cagliari.

Campionamento a scelta: 3 medici, 5 infermieri e 2 assistenti sanitari.

Metodo e tecnica di raccolta dei dati: focus group, field diary e osservazione partecipativa.

Analisi dei dati: Trascrizione del gruppo focale e diario di bordo codifica e categorizzazione dei dati con il software Atlas. Ti, triangolazione metodologica.

ENG: The design of the study foresees the participative observation and the evaluation of the perception of the health group in relation to the ICU open doors, in the university hospital of Cagliari.

Population: health staff of the Azienda Ospedaliera Universitaria of Cagliari.

Convenience sampling: made up by 3 doctors, 5 nurses and 2 health assistants.

Method and technique of data collection: focus group, field diary and participatory observation

Data analysis: Transcription of the focal group and the field diary coding and categorization of the data with Atla.Ti software, methodological triangulation.

CONCLUSIONI / CONCLUSIONS

L'analisi dei dati del gruppo focale, ha mostrato una visione condivisa dell'effetto benefico nell'interazione famiglia - paziente, in relazione alle condizioni cliniche e mentali del paziente e alla qualità dell'assistenza. D'altra parte, le criticità tra queste, prevalgono sul timore che i familiari possano essere un ostacolo nella gestione ordinaria del paziente e nella percezione di poche abilità nella gestione delle relazioni umane e di gruppo; Allo stesso modo, il gruppo richiede regole, trasparenza e omogeneità nelle linee di comportamento, compresi spazi adeguati per i familiari e il supporto di uno psicologo per il gruppo di lavoro, la famiglia e il paziente.

ENG: The analysis of the data of the focus group has shown a common vision of the beneficial effect for the family - patient interaction, for the clinical and mental conditions of the patient and for the quality of care. On the other hand, as critical points prevail the fear that family members can be an obstacle in the routine management of the assistance to the patient and the perception of lack of skills in the management of human and group relationships; Moreover, the group demands rules, transparency and homogeneity in the rules of conduct, including adequate spaces for family members and the support of a psychologist for the staff members, family and patient.

BACKGROUND Con la locuzione "Terapia intensiva aperta" s'intende l'abolizione delle barriere temporali, fisiche e relazionali non strettamente necessarie alla cura del paziente nella prospettiva di promozione di un trattamento personalizzato, nel rispetto delle varie dimensioni, fisica, psicologica e relazionale, di ogni individuo⁽¹⁾.

Il piano fisico si riferisce a tutte le barriere che, con motivazioni diverse, vengono imposte al visitatore, l'utilizzo di indumenti protettivi quali camice, mascherina ecc. Il piano relazionale invece considera tutte le modalità di una comunicazione frammentata, compressa tra il paziente, l'equipe curante e la famiglia. Infine le barriere temporali comprendono tutte le limitazioni degli orari di visita.

Le attuali evidenze scientifiche e il pronunciamento del Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel 2013⁽²⁾ hanno messo in discussione quelle barriere intrinseche che caratterizzavano le Terapie Intensive "chiuse".

In letteratura scientifica vi sono numerose evidenze che confermano che l'apertura delle Unità di Terapie Intensive (UTI) al pubblico non comporta aumento dell'incidenza delle infezioni^(1,3,4,5,6,7) e non ci sono studi che sostengano l'uso di dispositivi di barriera come efficaci metodi per ridurre le contaminazioni dell'esterno^(4,8).

Gli effetti benefici sul paziente ricoverato in una terapia intensiva aperta dove l'orario di visite è flessibile e consente la vicinanza dei propri cari, sono stati confermati da diversi studi^(9,4,10).

È stato evidenziato anche un consolidamento della promozione del recupero del paziente grazie alla riduzione dello stress e all'aumento della calma⁽¹¹⁾. Inoltre, il modello di UTI aperta ha dimostrato di favorire il riposo del paziente⁽¹⁾ e contribuisce ad aumentare la soddisfazione dello stesso^(11,12).

Linee d'indirizzo di associazioni professionali e raccomandazioni internazionali e nazionali oggigiorno riconoscono l'opportunità che in UTI l'equipe medico-infermieristica si prenda cura non solo del paziente, ma anche, in senso lato, della sua famiglia.

Sono numerosi gli studi condotti nelle terapie intensive aperte che riportano ricadute benefiche anche per i familiari dei pazienti ricoverati: riduzione dei livelli di ansia e di stress^(13,14,15,2,16,17).

Alcuni studi, tuttavia, riportano la presenza di stress emotivo a carico dei familiari⁽¹⁾ e un aumento dell'ansia e depressione dei familiari^(16,18).

I familiari si sono spesso dimostrati un supporto nella cura del paziente ricoverato in UTI^(1,3,4,5).

La famiglia si configura quindi come supporto all'assistenza e fattore di facilitazione della comunicazione tra paziente e infermieri.^(11,12)

È stata riscontrata inoltre una riduzione della degenza grazie ad un'educazione terapeutica dei familiari⁽¹⁹⁾.

Sono state studiate anche le percezioni e le ricadute del modello UTI aperta sul personale sanitario ed è stato riscontrato: un aumento della soddisfazione degli infermieri per il proprio lavoro grazie al feedback positivo dai familiari⁽¹¹⁾; il miglioramento della comunicazione con il personale d'assistenza e quindi miglior conoscenza del paziente⁽²⁰⁾; il miglioramento delle procedure assistenziale grazie al coinvolgimento dei familiari⁽²¹⁾.

Tra le criticità presenti in letteratura si rileva che la presenza dei familiari è percepita come un'interferenza, se non proprio come un'intromissione nelle vicende assistenziali; talora viene considerata un ostacolo che valuta e critica l'operato dei professionisti sanitari aumentando il loro livello di stress⁽¹⁴⁾.

Un riscontro simile, sull'interferenza con i processi assistenziali, è riportato da Biancofiore⁽²²⁾ e una riduzione delle possibilità di intervento sul paziente⁽¹⁹⁾ anche se lo stesso studio evidenzia come la presenza del familiare ben istruito migliora l'efficacia del processo di cura, come confermato da Hardin⁽²⁰⁾.

Nel 2012, la Critical Care Medicine ha pubblicato le nuove Linee Guida per la progettazione delle Terapie Intensive⁽²³⁾. In questo documento si conferma l'orientamento e lo sforzo della comunità scientifica internazionale verso un'assistenza che metta al centro del proprio essere il paziente concepito in modo olistico. L'Italia è tra i Paesi nei quali la presenza di familiari e visitatori nei reparti di Terapia Intensiva è soggetta a molte restrizioni^(5,24) anche se l'orientamento comincia a cambiare e aumentano le esperienze di adozione dei nuovi modelli di UTI aperta, soprattutto in alcune regioni (Emilia Romagna e Veneto).

Biancofiore et al. (2010) hanno condotto uno studio per valutare opinioni, attitudini e grado di accettazione di medici e infermieri delle UTI verso le UTI aperte⁽²²⁾.

In questa indagine descrittiva si è evidenziato una maggiore propensione dei medici rispetto agli infermieri ad adattarsi ai bisogni emozionali e psicosociali di pazienti e visitatori.

In effetti, ridurre o abolire le limitazioni agli orari di visita, in modo da aprire il reparto ai familiari, è un processo complesso che coinvolge inevitabilmente tutto il personale della Terapia Intensiva.

Agli operatori è chiesto di mettere in gioco, insieme alle loro conoscenze tecniche e specialistiche, anche la loro umanità. In questo senso aprire la Terapia Intensiva ancor più che una rimodulazione dell'organizzazione dell'attività clinica implica un cambiamento di mentalità, cambiamento peraltro già annunciato dall'aspirazione dei professionisti sanitari di ridare centralità al paziente nella sua dimensione umana.

Il cambiamento si attualizza anche nella maggiore interazione con la famiglia e quindi in un ancor più profondo confronto con la componente affettiva ed emotiva della malattia.

In Italia il CNB, con un documento del 2013, propone le seguenti raccomandazioni:

- a) organizzazione delle UTI orientata a promuovere il diritto dei pazienti ricoverati in TI alla presenza accanto a sé dei familiari o delle persone care da essi ritenute figure significative;
- b) possibilità per i familiari e, in generale, per le persone indicate dal paziente di stare accanto al paziente in TI; contestuale tutela anche nella scelta del malato di non ricevere visite;

c) adeguamento progressivo delle UTI al modello della UTI “aperta”, ossia in relazione alla compatibilità con le strutture e le attrezzature esistenti, e tenendo conto degli altri valori in gioco (ad es., privacy e intimità),
d) adeguata e aggiornata formazione per medici e infermieri di UTI per quanto riguarda gli accorgimenti per tutelare igiene, sicurezza e ordinato svolgimento delle visite, la comunicazione, la gestione dei conflitti, la capacità di riconoscere e affrontare i bisogni dei familiari così come la loro ansia e stress;

L'opportunità di introdurre il modello organizzativo della “rianimazione aperta” s'innesta sulla contemplazione dei principi di beneficenza e di non maleficenza. Le attuali conoscenze scientifiche, infatti, e le esperienze già in essere confermano che la presenza delle persone care non costituisce una minaccia per il paziente, ma, al contrario, rappresenta un'azione positiva in grado di produrre effetti benefici sia per il paziente, con riscontri clinici oggettivi, sia per i familiari con la riduzione dello stress correlato. Il processo verso l'adozione di un modello di TI aperta risulta quindi guidato da:

- Adesione alle evidenze riguardanti l'apertura della T.I.
- Umanizzazione delle cure rispettando la dignità della persona degente in T.I.
- Coinvolgimento dei familiari nel processo di cura

La revisione narrativa che accompagna questo studio, estesa a quanto pubblicato dall'anno 2000 in poi sulle riviste scientifiche e sul web in lingua italiana e inglese, intende indagare le strategie, le problematiche e criticità nonché le prospettive che hanno accompagnato l'adozione del modello “terapie intensive aperte”. La creazione di un opuscolo informativo in UT.I da dispensare ai familiari, nel momento dell'accoglimento del paziente in reparto, permetterà di stabilire una nuova alleanza terapeutica caratterizzata dai diritti, i doveri e le reciproche responsabilità di familiari e operatori.

METODI TIPO DI STUDIO È stato eseguito uno studio di tipo qualitativo con utilizzo del focus Group su campione non probabilistico. La scelta di utilizzare il focus Group è basata sulla

revisione della letteratura^(2,3,25,26); la metodologia permette l'interazione fra i componenti del gruppo ed è particolarmente adeguata alla evocazioni, associazioni, richiami.

METODI SCOPO DELLA RICERCA

Lo studio qualitativo ha lo scopo di mettere a confronto le opinioni e le paure dei curanti che lavorano in Terapia Intensiva ricercate in letteratura con quelle dell'equipe della Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari in modo da proporre degli interventi per preparare l'equipe all'adozione del modello aperto.

Domanda di ricerca: “Che opinione o concetto hanno i professionisti sanitari nei confronti della rianimazione aperta dell'unità operativa anestesia e rianimazione AOU Cagliari?”

METODI STRUMENTI E METODI

Il disegno di ricerca qualitativo prevede l'osservazione partecipata: in scenari dove i ricercatori intervengono di forma professionale (come infermiere e coordinatore infermieristico) e la valutazione della percezione dei professionisti sanitari nei confronti della rianimazione aperta dell'unità operativa anestesia e rianimazione AOU Cagliari.

METODI POPOLAZIONE E CAMPIONE

La popolazione è rappresentata dai professionisti sanitari che lavorano presso l'UOC anestesia rianimazione AOU Cagliari. Il campione di convenienza preso in esame è rappresentato da 3 medici rianimatori, 5 infermieri e 2 operatori sociosanitari.

I criteri di reclutamento utilizzati sono stati i seguenti: L'arruolamento è avvenuto tramite email e la partecipazione è volontaria e previo consenso informato. Ai partecipanti è assicurata la confidenzialità dei dati e l'anonimato nella gestione dell'informazione e l'identificazione dei partecipanti con nomi fittizi.

Criteri d'inclusione: operatori sanitari che lavorano esclusivamente nel reparto di rianimazione della AOU Cagliari.

**METODI
METODI DI RACCOLTA**

I metodi di raccolta comprendono:

Focus Group, diario di campo e osservazione partecipata.

Focus Group basato sullo studio qualitativo descrittivo, al fine di analizzare il significato che gli individui danno ai fenomeni sociali, in particolare si cercherà di enfatizzare i concetti sulla rianimazione aperta.

Il focus audio registrato, della durata di 120 minuti (25,4,26), è stato condotto da uno dei ricercatori mentre un altro ricercatore procedeva all'osservazione del linguaggio verbale e non verbale⁽²⁶⁾, variabili considerate indispensabili per capire ed interpretare di forma efficace i contenuti verbalmente espressi⁽²⁶⁾.

La registrazione è stata affidata al segretario con l'obiettivo di diminuire gli errori di analisi ed aumentare l'affidabilità alla successiva trascrizione letterale di quanto registrato.

Il conduttore ha aperto il focus, presentando la finalità dello studio, il motivo della registrazione e la durata dell'incontro, ha dato inizio al focus con una domanda, non specifica e molto ampia: "che cosa intendi per rianimazione aperta?". Dopo la prima domanda generica è stata letta la brochure informativa sul modello della rianimazione aperta (come da progetto), quindi poste le seguenti domande:

- quale criticità ritieni possano esserci con questa organizzazione?
- quale maggiore vantaggio ritieni possa esserci con questa organizzazione

Il conduttore ha permesso che tutti i partecipanti rispondessero, facilitando l'interazione fra i componenti, incoraggiando la partecipazione di tutti e riconducendo la discussione entro gli obiettivi del focus⁽²⁷⁾.

**METODI
ANALISI E VALIDAZIONE DATI**

Successivamente alla trascrizione del Focus Group e del diario di bordo, l'analisi condotta prevede cinque fasi fondamentali: immersione nei dati (familiarization), identificazione di una cornice tematica (identifying a thematic frame work), codificazione (indexing), costruzione delle tabelle tematiche, categorie e sottocategorie (charting), mappatura ed interpretazione dei dati (mapping and interpretation)⁽²⁶⁾.

Il gruppo di ricerca ha provveduto ad associare i contenuti alle categorie individuate con l'uso della triangolazione metodologica.

RISULTATI

Al focus group hanno preso parte dieci persone: cinque infermieri (4 femmine e 1 maschio), tre medici (2 femmine e 1 maschio) e due operatori socio sanitari (Oss) (2 femmine). I partecipanti, eccetto un Oss, la cui precedente esperienza lavorativa è stata in corsia, hanno dichiarato di avere pluriennale esperienza lavorativa in unità di Terapia Intensiva (anche se non nella stessa Terapia Intensiva in cui ha avuto sede il focus group).

TAB.1 TEMA CONDUTTORE: RELAZIONE ASSISTENZIALE

Positivo	Programmatico	Negativo
Facilitazione del processo di guarigione	Necessità di regole condivise e trasparenti	Percezione di supervisione da parte dei parenti
Partecipazione / collaborazione dei familiari alle cure	Necessità di spiegare le attività assistenziali e le disposizioni	Aumento di stress per il personale
Miglioramento dell'adesione ai trattamenti	Imparare a gestire le reazioni dei familiari	- Rischio di pretese da parte dei familiari - Intralcio nelle attività - Aumento delle situazioni conflittuali

La relazione assistenziale risulta essere il tema conduttore intorno al quale gli operatori hanno articolato le loro considerazioni sull'apertura al pubblico delle terapie intensive e sull'estensione degli orari di visita.

Sia medici che infermieri hanno rilevato come la presenza di una persona cara eserciti un effetto positivo, se non propriamente terapeutico, sulla persona ricoverata in un'Unità di Terapia Intensiva:

Il beneficio terapeutico è stato messo in relazione ai maggiori stimoli sensoriali a cui sarebbe esposto il paziente per la vicinanza di un proprio caro; i vantaggi sono tanti dal punto di vista funzionale l'approccio sensoriale fa parte della guarigione della criticità (Infermiere 1)

E' una figura che deve stimolare costantemente il paziente anche se il paziente è in coma perché comunque non possiamo negare che anche se il paziente è in coma, può percepire stimoli sensoriali quali ad esempio la carezza o anche la voce. (Medico 1).

Il superamento delle barriere spaziali e temporali che si realizza con il modello della Terapia Intensiva aperta potrebbe anche favorire una migliore condivisione del piano terapeutico da parte dei familiari, la cui presenza potrebbe anche

essere sfruttata al fine di ottenere una più efficace adesione alle terapie da parte del paziente; un rapporto di collaborazione, noi in primis, con i parenti, al fine di migliorare quelle che sono le cure e l'adesione anche alle cure, soprattutto quando non abbiamo più dei pazienti sedati. (Infermiere 5)

Tra gli aspetti negativi riconducibili al tema della relazione assistenziale è stata evidenziata l'attesa di una percepita supervisione da parte dei parenti, tale atteggiamento scrutatore è temuto dai diversi operatori

sanitari. Collegato alla nuova modalità di lavorare sotto l'occhio giudicante del visitatore ci si attende un aumento delle situazioni stressanti per il personale: questo ci fa sentire sempre sotto osservazione da parte dei parenti e anche sottoposti ad uno stress maggiore sia in ambito lavorativo ma anche personale.... A parte ... questo stare sempre sotto gli occhi dei parenti, in prima battuta non sappiamo .. ci stanno studiando , scrutando ci stanno valutando. (Medico 1)

Si paventa anche la difficoltà e il rischio di dover gestire e rispondere ad attese più o meno realistiche e legittime da parte dei familiari;

si possono poi creare situazioni di confidenza, il familiare può pensare che può pretendere determinate cose e penso si possano verificare delle situazioni critiche. (Medico 1)

Se tu dai un dito poi continuano con il braccio fino ad arrivare alla spalla, bisogna quindi avere una linea unica da condividere. (Infermiere 5)

La presenza costante dei visitatori è vista come possibile intralcio alle attività assistenziali soprattutto

TAB.2 TEMA CONDUTTORE: CAMBIAMENTO CULTURALE

Positivo	Programmatico	Negativo
Superamento delle barriere organizzative	Necessità di formazione ulteriore	Resistenza al cambiamento
	Necessità di organizzare gli spazi	Inadeguatezza della struttura
	Necessità di coinvolgere altri operatori	Incapacità di gestire la maggiore libertà del parente
	Necessità di gradualità	Sacrifici personali e di gruppo

da parte di infermieri e Oss; per quanto possa essere di beneficio, ma può essere anche di intralcio e di difficoltà nella gestione della terapia o nella gestione del rapporto con i pazienti. (Infermiere 1)

L'aspettativa di una più ampia possibilità di costruire un rapporto fiduciario con i familiari è riportata insieme con la previsione di un più alto rischio d'incorrere in denunce contro i sanitari, qualcuno ha evocato anche il ricorso alla medicina difensiva; instaureremo con i parenti un rapporto comunque

fiduciario e reciproco per cui diciamo ci si può venire un pochino incontro. (Infermiere 5).

Per noi si è sollevato molto la questione della medicina difensiva che nella nostra professione questi ultimi anni è andata molto avanti. (Infermiere 3)

La rilevazione dei bisogni formativi e delle azioni da intraprendersi ha ricevuto una particolare attenzione da parte di tutti i partecipanti al focus group: Per una forma di tutela nostra e per il paziente il programma di formazione è importante. (Infermiere 2)

Per quanto riguarda il tema cardine della relazione assistenziale è emerso in maniera preponderante il bisogno d'individuare delle regole condivise da parte di tutto il personale dell'unità operativa e che siano anche rese esplicite e chiare ai visitatori; far capire il rispetto di queste regole o di comunicare in maniera empatica con tutte le tipologie di familiari che ci potrebbero capitare e un po' le regole potrebbero sembrare imposte. (Infermiere 2)

Sicuramente saranno necessarie delle regole in maniera tale che la presenza del familiare non sia di ostacolo a quelli che lavorano. (OSS 2)

È ribadita, in modo corale, la necessità di trovare tempi e modi adeguati per fornire spiegazioni sulle attività assistenziali ai familiari che rimangono vicino al paziente nonché l'opportunità di rendere chiare e note le disposizioni organizzative ai visitatori: mentre tu fai una cosa che per te è scontata, per chi lavora con te è scontata, ma per il familiare non lo è, quindi devi spiegarla e quindi diventa più impegnativo... (Medico 2)

Alcuni ulteriori bisogni formativi relativi alle competenze necessarie per gestire situazioni conflittuali e reazioni emotive abnormi vengono riportati soprattutto degli infermieri e dagli OSS.

Dobbiamo essere allineati perché la denuncia è sempre alle porte, il parente è arrabbiato perché il congiunto è in quel letto. (OSS 2)

La consapevolezza che il cambiamento dei modelli organizzativi, in funzione del superamento delle barriere spaziali e temporali che limitano l'accesso e la presenza dei visitatori nelle terapie intensive, è qualcosa che rappresenta un vero e proprio cambiamento culturale ed è riportata dalla maggior parte dei partecipanti e, giudicata, in linea di principio, come cambiamento positivo se pure inevitabile: bisogna fare cultura, bisogna crescere, bisogna umanizzare (...). Questo fare cultura significa a diffondere la voglia di cambiamento e di crescita comunque necessaria, perché è vero si parla di problemi ma è necessario cambiare con l'impegno di tutti. (Infermiere 1)

TAB.3 TEMA CONDUTTORE: CAMBIAMENTO CULTURALE

Positivo	Programmatico	Negativo
Instaurazione di un rapporto fiduciario	Necessità di gestire la comunicazione	Gestire le famiglie problematiche
Soddisfazione dei diritti del paziente	Necessità di assistenza psicologica ai familiari	
Cura degli affetti	Necessità di valutazioni etiche	

Tuttavia questo cambiamento sembra richiedere sacrifici e il personale prevede lo sviluppo di alcuni rischi.

Da un punto di vista organizzativo invece ci sarà molto da lavorare dobbiamo impegnarci tutti. (Infermiere 2) Alcuni ostacoli sarebbero legati all'inadeguatezza degli spazi e della struttura, altri sarebbero più addebitabili ad aspetti professionali e personali riconducibili, secondo il parere dei partecipanti, alla resistenza al cambiamento.

Una delle maggiori difficoltà legate al cambiamento culturale, insito nelle Terapie Intensive Aperte, è legata al sentirsi impreparati a gestire la maggiore libertà di cui godrebbe il parente visitatore.

La mia preoccupazione e la mia paura è che noi non abbiamo la formazione per gestire queste situazioni alle quali non siamo preparati. (Infermiere 2).

Questo problema della relazione tra i parenti e il personale sia medico che infermieristico, il problema c'è da ambo le parti, non siamo preparati a sufficienza. (Medico 1)

Numerose e correlate le proposte e gli impegni programmatici individuati dai partecipanti, in primis la richiesta di ulteriore e specifica formazione, la necessità di coinvolgere gli operatori delle altre unità operative della struttura sanitaria.

Importante anche sentire gli altri operatori, quelli che lavorano fuori dalla rianimazione per esempio un fisioterapista o un chirurgo (Infermiere 5)

È stata evidenziata anche l'esigenza di riorganizzare gli spazi così da poter accogliere in maniera confortevole i visitatori e garantire la privacy e la sicurezza di ognuno.

Anche io avevo pensato a degli spazi se erano o dovevano essere previsti in modo che loro sappiano dove andare, con una macchinetta del caffè e quant'altro. (Infermiere 5)

L'auspicio, espresso soprattutto dal personale infermieristico, è che il processo di cambiamento avvenga gradualmente per favorire un migliore adattamento del personale al nuovo contesto e dotarsi delle risorse e della preparazione necessarie.

Il tema dell'umanizzazione delle cure è emerso in numerosi interventi dei partecipanti:

dal punto di vista umano avremo un vantaggio sia noi sia il paziente e sia il familiare. (Infermiere 2)

Per me il vantaggio più grande sarà nella cura del paziente, l'umanizzazione dei rapporti tra paziente e parenti, con tutte le regole che dovranno essere seguite da tutti. (Oss 1)

La possibilità data ai familiari e alle persone care al paziente di potergli stare vicino durante la degenza in terapia intensiva, un ambiente di per sé molto "medicalizzato", caratterizzato da complessità assistenziale e dall'alto utilizzo di apparecchiature tecnologiche, rappresenterebbe, secondo medici e infermieri, un nuovo canale attraverso cui costruire il rapporto fiduciario tra paziente, familiari e professionisti della salute, stimolare quindi un

rapporto fiduciario tra noi e coloro che sono i nostri assistiti. (Medico 3)

La presenza del proprio caro, evitando l'isolamento dagli affetti che il paziente subisce quando vi è una forte limitazione degli accessi e la rigidità negli orari di visita, potrebbe servire, secondo i partecipanti al focus group a superare sentimenti di diffidenza possibili nel paziente stesso e nei familiari e aiuterebbe a ridurre le paure di chi è ricoverato; avremo a che fare con un numero molto ridotto di pazienti che arrivano in ospedale diffidenti (Infermiere 2)

L'umanizzazione delle cure è vista non solo come il riconoscimento dei diritti del paziente, secondo le nuove raccomandazioni internazionali e nazionali, ma anche come quel processo e quell'attitudine che riesce a ricreare un ambiente familiare:

come sentirsi all'interno, diciamo così, delle sue cure familiari. (Medico 1)

E' un diritto che noi dobbiamo assicurare ai pazienti. Mi sembra un cioè garantire la trasparenza nel nostro operato e garantire soprattutto il rispetto comunque degli affetti e il conforto degli affetti penso che cioè io penso che vada verso una forma di medicina più umana e più adeguata rispetto a quella del passato (Medico 3).

L'adozione di un modello organizzativo che permette di dare maggiore spazio ai bisogni affettivi del paziente sono enfatizzate dai vari operatori: ci sarà il parente che lo riempirà di coccole, che gli darà tutte le carezze che gli darà tutto quello che cerchiamo di dargli quando non c'è (Oss 1).

Gli aspetti critici sono focalizzati soprattutto attorno alla gestione dei rapporti con famiglie problematiche, ossia quelle famiglie dove esistono contrasti e ruoli poco chiari.

La rilevazione di questa criticità è ispirata da precedenti esperienze vissute da alcuni operatori: ci siamo trovati di fronte per esempio situazioni in cui i figli non volevano che entrassero la moglie, il fratello, che magari non vedevano da tanto tempo, e noi non siamo carabinieri per poter sapere.

Questo è un punto nel quale bisogna capire chi deve

individuare chi e chi impone cosa, perché a volte parenti tra di loro non riescono a mettersi d'accordo. (Infermiere 5)

Numerosi gli aspetti programmatici individuati sotto il tema dell'umanizzazione delle cure:

innanzitutto la necessità di dare particolare attenzione alla comunicazione, sia con i familiari, sia a quella inter professionale, in modo che l'equipe si presenti coesa e i messaggi siano coerenti:

relativamente alla comunicazione, per anni noi ci siamo abituati a condividere a comunicare in un certo modo, ora si tratta di rimettere in gioco completamente è tutt'altro modo di fare e porta a mettere a mettere in gioco anche il lavoro che noi dobbiamo fare con i nostri colleghi. (Infermiere 2)

Da parte della componente infermieristica è stato suggerita anche l'opportunità di avere la collaborazione di uno psicologo per sostenere i familiari che vivono l'esperienza di un loro congiunto ricoverato in terapia intensiva: lo psicologo, secondo me non bisogna aspettare il futuro ma questa figura bisogna metterla da subito, perché oltre il motivo che abbiamo del paziente abbiamo anche quello del parente (Infermiere 5)

Si sono presi in considerazione anche gli aspetti e le implicazioni etiche del nuovo assetto rappresentato dalla Terapia Intensiva aperta. Un infermiere ha sottolineato quanto risulti importante, nel nuovo contesto, interrogarsi su come viene interpretato l'agire degli operatori sanitari e quanto questo possa portare l'operatore a interrogarsi maggiormente sul proprio agito: non siamo abituati a vedere quello che noi facciamo (...) ma il parente che non è dell'ambiente per loro è vista...io lo dico esplicitamente è una violenza in tutte le sue sfumature. (Infermiere 4)

Alcuni hanno espresso il parere di voler dare giudizi di valenza etica solo se contestualizzati caso per caso: eticamente parlando la rianimazione aperte è una buona cosa però...non si può fare un discorso generale bisogna valutare caso per caso. (Infermiere 3)

Un medico ha evidenziato che il nuovo approccio, in linea con l'attuale sforzo di umanizzazione delle cure, impegni anche il personale ad evitare ogni forma

d'imposizione e prevaricazione: noi non dobbiamo imporre niente a nessuno, noi siamo personaggi neutri all'interno di tutto questo processo, noi facciamo da filtro nell'interesse dei nostri assistiti. (Medico 3)

CONCLUSIONI Gli aspetti positivi e negativi della rianimazione aperta identificati del personale sanitario sono sovrapponibili a quelli emersi dalla letteratura sull'argomento.

Tra gli aspetti positivi vi è la diffusa convinzione che la presenza dei familiari rappresenta un positivo stimolo sensoriale per il paziente e promuove un ambiente sereno intorno allo stesso.

Tra gli aspetti critici o negativi abbiamo in evidenza il timore di possibili conflitti tra il personale sanitario e famigliari dovuti alle possibili interruzioni e intralcio, ma anche al timore di un eccesso di controllo sulle attività svolte dall'operatore da parte dei familiari che potrebbe rendere difficile lo svolgimento delle proprie attività.

Le proposte dei partecipanti al focus, per ridurre queste criticità, sono la formazione per la gestione dei conflitti, l'apertura graduale della rianimazione, la disponibilità di spazi fisici per i familiari e la presenza di uno psicologo a supporto dei familiari e degli operatori.

BIBLIOGRAFIA

1. Giannini A, Berwick DM, Kotagal M. Open intensive care units: the case in favour. *minerva Anesthesiol.* 2007 ;7373(299):299–306.
2. Bioetica CN per la. terapia intensiva “aperta”alle visite dei familiari. *quotidianosanità.it.* 2013.
3. Sims DC, Jacob J, Mills MM, Fett PA, Novak G. Evaluation and Development of Potentially Better Practices to Improve the Discharge Process in the Neonatal Intensive Care Unit. *Pediatrics.*2006 Nov 1;118(Supplement_2):S115–23.
4. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M, et al. Reduced Cardiocirculatory Complications With Unrestrictive Visiting Policy in an Intensive Care Unit: Results From a Pilot, Randomized Trial. *Circulation.* 2006 Feb 21;113(7):946–52.
5. Knutsson SEM, Otterberg CL, Bergbom IL, Juknialis B, Jackson DL, Tinténia A De, et al. Visits of children to patients being cared for in adult ICUs: policies, guidelines and recommendations. *Intensive Crit care Nurs.* 2004 Oct;20(5):264–74.
6. Malacarne P, Corini M, Petri D. Health care-associated infections and visiting policy in an intensive care unit. *Am J Infect Control [Internet].* 2011 Dec ;39(10):898–900.
7. Malacarne P, Langer M, Nascimben E, Moro ML, Giudici D, Lampati L, et al. Building a continuous multicenter infection surveillance system in the intensive care unit: findings from the initial data set of 9,493 patients from 71 Italian intensive care units. *Crit Care Med .* 2008 Apr;36(4):1105–13.
8. Anzoletti AB, Buja A, Bortolusso V, Zampieron A, Jackson DL, Tinténia A de. Access to intensive care units: a survey in North-East Italy. *Intensive Crit care Nurs.* 2008 Dec;24(6):366–74.
9. Whitton S, Pittiglio LI. Critical care open visiting hours. *Crit Care Nurs Q.* 2011 ;34(4):361–6.
10. S Haghbin, Z Tayebi. Visiting hour policies in ICU. *Iran Red Crescent Med J [Internet].* 2011;13(9):684–6.
11. Berti D, Ferdinande P, Moons P. Beliefs and attitudes of intensive care nurses toward visits and open visiting policy. *Intensive Care Med.* 2007 May 24;33(6):1060–5.
12. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Intensive care nurses' beliefs and attitudes towards the effect of open visiting on patients, family and nurses. *Nurs Crit Care.*;11(1):33–41.
13. Pochard F, Darmon M, Fassier T, Bollaert P-E, Cheval C, Coloigner M, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J Crit Care.* 2005 Mar 2017 Mar 4;20(1):90–6
14. Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/ restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014 Jul;23(4):316–24.
15. Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *MINERVA Anesthesiol* 89 MINERVA ANESTESIOLOGIA.2010;7676(2):89–90.
16. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 May 1 ;171(9):987–94.
17. Ciuffo D, Hader R, Holly C. A comprehensive systematic review of visitation models in adult critical care units within the context of patient- and family-centred care. *Int J Evid Based Healthc .* 2011 Dec ;9(4):362–87.
18. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24- hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med [Internet].* 2008 Jan;36(1):30–5.
19. Slota M, Shearn D, Potersnak K, Haas L. Perspectives on family-centered, flexible visitation in the intensive care unit setting. *Crit Care Med.* 2003 May;31(5 Suppl):S362–6.
20. Hardin SR, Bernhardt-Tindal K, Hart A, Stepp A, Henson A. Critical-Care Visitation. *Dimens Crit Care Nurs.* 2011 Jan;30(1):53–61.
21. Cypress BS. Using the Synergy Model of Patient Care in Understanding the Lived Emergency Department Experiences of Patients, Family Members and Their Nurses During Critical Illness. *Dimens Crit Care Nurs.* 2013;32(6):310–21.
22. Biancofiore G, Bindi LM, Barsotti E, Menichini S, Baldini S. Open intensive care units: a regional survey about the beliefs and attitudes of healthcare professionals. *MINERVA Anesthesiol.* 2010 ;76(2):93–9.
23. Thompson DR, Hamilton D, Kirk Cadenhead, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Critical Care Medicine.* 2012;40 (5):1586:1600.
24. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU. *N Engl J Med .* 2007 Feb ;356(5):469–78.
25. Baldrey A. Focus group in azione. 1st ed. Faber C, editor. 2005.
26. Amaducci G, Iemmi M, Saffioti A, Carpanoni M, Mecugni D. La pratica infermieristica basata sui modelli teorici : uno studio qualitativo sulla percezione degli. *Professioni infermieristiche.* 2013;66:99–108.
27. De Marinis M G, Piredda M, Tartaglino D, Pascanella M G, Il Focus Group: una tecnica per la ricerca qualitativa. *Int Nurs Persp.* 2004;4 (3): 123-131.

MANAGEMENT INCONTINENZA FECALE IN UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA (UTI)

Massidda M.V.¹, Massidda R.²

ABSTRACT

L'incontinenza fecale (IF) è l'incapacità di controllare la fuoriuscita di feci solide o liquide durante esercizio fisico o nella normale attività quotidiana. L'IFA (incontinenza fecale acuta) è presente in più del 40% dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva. L'IFA rappresenta un fattore di rischio riconosciuto per la trasmissione delle infezioni nosocomiali come il Clostridium difficile, nella formazione di lesioni cutanee in zona perianale, con aumento della morbilità, della mortalità, dei tempi e costi di ospedalizzazione.

Il Management specifico sull'incontinenza rappresenta un capitolo importante nella gestione complessiva del paziente acuto e critico in terapia intensiva. Richiede un approccio multidisciplinare e multi professionale al fine di valutare le cause e la gravità della IF, ed evitare o ridurre al minimo le complicanze. L'infermiere, all'interno del team assistenziale, è una risorsa essenziale nella cura del paziente incontinente e dei familiari. La consapevolezza del problema, l'adozione delle raccomandazioni, l'utilizzo di strumenti di gestione della AFID, rappresentano il primo passo per un corretto management.

ENG: Faecal incontinence (IF) is the inability to control the leakage of solid or liquid stools during exercise or normal daily activity. IFA (acute faecal incontinence) is present in more than 40% of patients admitted to intensive care units. IFA represents a recognized risk factor for the transmission of nosocomial infections such as Clostridium difficile, in the formation of skin lesions in the perianal area, with increased morbidity, mortality, time and costs of hospitalization.

The specific Management on incontinence represents an important chapter in the overall management of the acute and critical patient in intensive care. It requires a multidisciplinary and multi-professional approach to assess the causes and severity of the IF, and avoid or minimize complications. The nurse, within the care team, is an essential resource in the care of the incontinent patient and the family members. The awareness of the problem, the adoption of the recommendations, the use of management tools of the AFID, represent the first step for a correct management.

¹ Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, infermiera, docente, coordinatore di anno attività professionalizzanti cdL infermieristica, coordinatore Infermieristico U.O.C Anestesia e Rianimazione AOU Cagliari.

² Dottore magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche, infermiera, docente, coordinatore infermieristico, impiantatore PICC, Responsabile infermieristico ambulatorio infermieristico

Lezione tratta dal corso Infermiere Online Critical Care Anno 2017 edita da MedicalEvidence divisione di Marketing & Telematica Italia srl

Keywords:
incontinenza fecale, nursing, scienze infermieristiche, terapia intensiva

This article was published on June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-5>
Copyright © 2018 SIMEDET.

BACKGROUND L'incontinenza fecale (IF) è l'incapacità di controllare la fuoriuscita di feci solide o liquide durante esercizio fisico o nella normale attività quotidiana. Si tratta di una condizione invalidante ad eziologia multifattoriale, che può comportare un fattore di rischio riconosciuto per la trasmissione delle infezioni nosocomiali come il *Clostridium difficile*⁽¹⁾, nella formazione di lesioni cutanee in zona perianale, con aumento della morbilità, della mortalità, dei tempi e costi di ospedalizzazione⁽²⁾.

L'IFA (incontinenza fecale acuta) è presente in più del 40% dei pazienti ricoverati nei reparti di terapia intensiva⁽¹⁾.

Il Management specifico sull'incontinenza rappresenta un capitolo importante nella gestione complessiva del paziente acuto e critico in terapia intensiva. L'incontinenza fecale è causa di discomfort, modifica l'immagine di sé ed è spesso causa di angoscia e disagio per il paziente e per i familiari, sia per l'odore e che per lo stigma associato alla mancanza di controllo degli sfinteri.

Per valutare le cause e la gravità della IF, ed evitare o ridurre al minimo le complicanze, agendo sia sulle cause che sulle conseguenze della perdita di feci, è necessario un approccio multidisciplinare e multi professionale. L'infermiere, all'interno del team assistenziale, è una risorsa essenziale nella cura del paziente incontinente e dei familiari⁽³⁾.

La capacità di affrontare in maniera efficace queste situazioni è legata alla predisposizione di un protocollo capace di uniformare le valutazioni e i successivi interventi degli operatori in modo da evitare errori o complicanze a carico dei pazienti.

EZIOLOGIA E CLASSIFICAZIONI DELLA IF L'incontinenza fecale riconosce molte eziologie e fattori di rischio. L'IF può derivare da lesioni dell'apparato sfinterico muscolare, da patologie del sistema nervoso (infarto cerebrale, sclerosi multipla, neuropatia diabetica, demenza), da infiammazione, infezione, trattamento radioterapico, ristagno fecale, rilassamento del pavimento pelvico, abuso di lassativi, farmaci e dal fisiologico processo di invecchiamento.

Una prima classificazione si basa sulla identificazione del meccanismo ultimo responsabile della perdita fecale:

1) Incontinenza da stress

Si verifica durante gli sforzi fisici, causata da un brusco e repentino aumento della pressione addominale non compensato da un adeguato aumento della pressione nel canale anale.

2) Incontinenza da urgenza

Si verifica quando il paziente avverte lo stimolo alla defecazione ma, per incompetenza degli sfinteri esterni, non riesce a contrastare la spinta propulsiva rettale se non per pochi secondi, non sufficienti al raggiungimento del luogo adeguato alla evacuazione.

3) Incontinenza totale

In questo caso, tutto il gruppo sfinteriale risulta danneggiato, con perdita in vario grado di materiale fecale.

4) Incontinenza da "overflow"

Quando si verificano delle perdite fecali modeste, per la presenza di fecalomi responsabili di una riduzione del tono sfinteriale, oppure in caso di dilatazione abnorme del retto, in cui, saltuariamente, la pressione causata dalla massa fecale supera la capacità ritentiva degli sfinteri.

La classificazione eziologica di IF di Bliss et al⁽⁴⁾ identifica 5 classi eziologiche:

1. incontinenza fecale neuro-senso-motorio dovuta a disfunzioni dello sfintere anale o del pavimento pelvico come avviene nei traumi ano-rettali;
2. incontinenza fecale associata ad anormale transito del colon;
3. incontinenza fecale associata ad alvo diarroico;
4. incontinenza fecale da sovrafflusso (overflow) in presenza di tumori o fecalomi;
5. incontinenza fecale idiopatica: limitazioni funzionali della mobilità, e limitazioni delle capacità cognitive, contribuiscono notevolmente al rischio di incontinenza fecale.

Rao⁽⁵⁾ divide l' incontinenza fecale in tre sottotipi:

- 1) incontinenza passiva (involontaria di scarico delle feci);
- 2) incontinenza da urgenza (scarico delle feci

nonostante i tentativi attivi per contenere);
3) infiltrazioni fecali (perdite feci dopo l'evacuazione normale).

VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ DELL' IF

Per trattare correttamente l' IF si deve precisare la frequenza, l'entità e la consistenza delle fughe, classificando così l'incontinenza per gravità.

Allo scopo esistono numerosi score per valutare la gravità dell'incontinenza⁽⁶⁾.

Lo Wexner Incontinenza Score prende in considerazione una serie di fattori, come il controllo di gas, di liquidi e feci solide, l'utilizzo o meno di pannoloni e la relativa frequenza, e, infine, l'impatto che questo ha nello stile di vita di una persona.

La somma dei punteggi consente di calcolare la gravità: un punteggio uguale a 0 indica continenza perfetta, mentre un punteggio di 20 indica incontinenza totale

FIG.2 BRISTOL STOOL CHART

Type 1		Separate hard lumps, like nuts (hard to pass)
Type 2		Sausage-shaped but lumpy
Type 3		Like a sausage but with cracks on its surface
Type 4		Like a sausage or snake, smooth and soft
Type 5		Soft blobs with clear cut edges (passed easily)
Type 6		Fluffy pieces with ragged edges, mushy stool
Type 7		Watery, no solid pieces. ENTIRELY LIQUID

Tipo 1: Grumi duri separati tra loro, come noci/nocciole (difficili da espellere) dette anche feci caprine.

Tipo 2: A forma di salsiccia, ma formata da grumi uniti tra loro.

Tipo 3: Come un salame, ma con crepe sulla sua superficie.

Tipo 4: Come una salsiccia o un serpente, liscia e morbida.

Tipo 5: Pezzi separati morbidi con bordi come tagliati/spezzati; chiara (facile da evacuare).

Tipo 6: Pezzi soffici/flocculari con bordi frastagliati, feci pastose.

Tipo 7: Acquosa, nessun pezzo solido, feci completamente liquide.

FIG.1 THE WEXNER SCORE⁽⁷⁾

Type of incontinence	Frequency				
	Never	Rarely	Sometimes	Usually	Always
Solid	0	1	2	3	4
Liquid	0	1	2	3	4
Gas	0	1	2	3	4
Wears pad	0	1	2	3	4
Lifestyle alteration	0	1	2	3	4

Un altro strumento utilizzato per valutare la gravità dell'incontinenza è una scala che valuta la consistenza delle feci, la scala di Bristol o scala delle feci di Bristol.

Questo strumento consente di classificare in categorie la forma e la consistenza delle feci umane; la scala prevede sette categorie distinte.

INCONTINENZA FECALE ACUTA ASSOCIATA A DIARREA IN UTI (AFID)

L' incontinenza fecale acuta associata a diarrea (AFID) è presente in più del 40% dei pazienti ricoverati nei reparti di UTI(1). Per diarrea si intende l'emissione di 2 o più scariche al giorno di materiale fecale liquido o semiliquido, superiore a 200 g/die.

I pazienti con AFID, oltre al rischio di sviluppare dermatite perineale, lesioni cutanee, sepsi contaminazioni crociate, richiede notevole impiego di tempo di cura, con aumenti della durata del ricovero ospedaliero e dei costi derivanti dalla gestione delle complicazioni.

Le cause principali dell'incontinenza fecale nel paziente critico sono:

- Intolleranza Nutrizione Enterale
- Terapia antibiotica
- Infezioni intestinali (es. Clostridium difficile, escherichia c. salmonella, rotavirus,..ect)
- Ischemia intestinale

La diarrea può essere associata alla somministrazione di nutrizione enterale per sonda.

La patogenesi della diarrea dei pazienti che ricevono nutrizione enterale non è ben nota, ma è stata attribuita alla:

- contaminazione batterica delle formule;
- caratteristiche delle formulazioni enteriche;
- concomitante terapia farmacologica.

La somministrazione di soluzioni enterali è seguita da diarrea nel 30% dei casi. Ciò è conseguenza dell'elevata osmolarità delle soluzioni nutritive; della velocità di somministrazione, oppure da intolleranza al lattosio, eccesso di grassi o dalla contaminazione.

La contaminazione batterica può avvenire sia per manipolazioni frequenti, sia per l'utilizzo di singole soluzioni contaminate^(8,9).

Per la prevenzione della diarrea correlata alla NE, le linee guida SINPE suggeriscono di ridurre al minimo le manipolazioni della miscela e della via di infusione, evitando aggiunte di acqua e farmaci,

quindi utilizzando formule pronte e confezionate; cambiare la sacca, la miscela e la via di infusione ogni 12 ore;

evitare soluzioni iperosmolari; iniziare l'infusione a bassa velocità e incrementare progressivamente⁽⁸⁾.

Sono numerosi i farmaci comunemente utilizzati in terapia intensiva e in grado di indurre diarrea. Farmaci cardiovascolari (digossina, ace inibitori β bloccanti), antidepressivi, farmaci pro cinetici o emollienti fecali, ma gli antibiotici si ritengono la causa più comune di diarrea nei pazienti in unità di terapia intensiva⁽¹⁰⁾.

Gli antibiotici che più frequentemente possono indurre diarrea sono l'eritromicina, l'ampicillina, la clindamicina e le cefalosporine.

Il Clostridium difficile è responsabile del 15-25% dei casi di diarrea associata agli antibiotici e di quasi tutti i casi di colite pseudomembranosa associata agli antibiotici⁽¹¹⁾.

Il clostridium difficile (CD) è un bacillo gram positivo, anaerobio, sporigeno, largamente diffuso nel suolo, presente nel tratto intestinale degli animali e che colonizza circa il 3% degli adulti sani; in ambito clinico è responsabile di diversi quadri infettivi di differente gravità (C. difficile-associated disease, CDAD, o infezione da C. difficile, CDI). I fattori di rischio sono rappresentati da terapia antibiotica, età avanzata (> 65 anni), chemioterapia antineoplastica e dalla durata della degenza ospedaliera.

Anche alcune procedure quali clisteri, sondaggio naso-gastrico, chirurgia gastrointestinale e uso di farmaci antiperistaltici, sono state messe in relazione ad un aumento di incidenza di infezioni da CD⁽¹²⁾. Il sospetto o la diagnosi da infezione da CD impone misure di isolamento per evitare la diffusione del batterio.

Gli stati di ipovolemia sono associati a ipoperfusione splancica con conseguente sofferenza della mucosa intestinale e conseguente diarrea.

La presenza di diarrea acuta con presenza di sangue, in pazienti in stato di shock, scompenso cardiaco, sindrome da bassa gittata, deve sempre rappresentare un campanello d'allarme.

MANAGEMENT INCONTINENZA FECALE ACUTA IN UTI

L'obiettivo assistenziale nel management dell'incontinenza fecale è quella di favorire una consistenza ottimale delle feci, una evacuazione soddisfacente in intervalli temporali programmati e garantire l'igiene e integrità cutanea.

I metodi di controllo della Incontinenza fecale acuta in UTI possono essere suddivisi principalmente in:

1. **Prodotti di contenimento**
2. **Sonde per drenare il materiale fecale**
3. **Trattamento farmacologico combinato con una delle precedenti opzioni**
4. **Regime dietetico ed idrico adeguato**

La scelta del metodo di controllo dell'incontinenza non può prescindere dalla valutazione della consistenza delle feci (liquide, solide, gas) dalla durata dell'incontinenza e dalla frequenza delle scariche.

1. PRODOTTI DI CONTENIMENTO

(panni e traverse assorbenti)

Le linee guida NICE 2007 raccomandano l'applicazione di presidi assorbenti come intervento di seconda scelta, cioè mirato alla gestione a lungo termine della IF intrattabile; inoltre, i presidi assorbenti possono avere una funzione di protezione in associazione agli altri interventi assistenziali⁽¹³⁾.

La scelta dei presidi assorbenti va fatta in base alle esigenze e alle caratteristiche della persona e vanno cambiati regolarmente⁽³⁾.

In commercio esistono varie tipologie di panni per la gestione della incontinenza.

La scelta dovrebbe tener conto del fatto che le persone costrette a letto hanno bisogno di un ausilio con una maggiore capacità contenitiva e che le operazioni di cambio devono essere agevoli; la taglia, inoltre, sarà scelta in base al peso e alla circonferenza del bacino.

L'utilizzo delle traverse assorbenti, in sostituzione o ad integrazione del panno, sono la scelta ideale per

proteggere letti, materassi ed evitare il disagio dei cambi troppo frequenti di tutta la biancheria del letto.

L'utilizzo dei prodotti di contenimento non è scevro da rischi di eventi avversi: l'occlusione della cute dovuta ai prodotti assorbenti può, infatti, provocare l'aumento di umidità, la quale può concorrere all'insorgenza di molti tipi di dermatite da contatto⁽¹⁴⁾.

Oltre al rischio di dermatite vi è anche quello relativo al disagio correlato all'umidità, all'aumento della temperatura e all'attrito⁽¹⁴⁾.

Queste variabili concorrono alla formazione di lesioni da decubito.

Negli ultimi anni i materiali utilizzati sono più traspiranti, alcuni anche trattati con lozioni (cere) per offrire maggiore protezione contro dermatiti.

Vi sono evidenze a supporto che l'uso dei materiali traspiranti e il miglioramento dello stato di umidità della cute riduca la prevalenza delle dermatiti da pannolone e da *Candida albicans*⁽¹⁴⁾.

Secondo Runeman⁽¹⁵⁾, la prevalenza di dermatite a seguito dell'uso dei pannoloni è tra il 5% e il 35%⁽¹⁶⁾, anche se negli ultimi 10 anni sembra essere in diminuzione⁽¹⁴⁾.

Fattore principale nell'insorgenza delle dermatiti è l'aumento dell'umidità, dovuto al contatto prolungato con feci e urine, il processo prende avvio in combinazione con le forze da taglio esercitate tra la superficie del pannolone e la superficie cutanea. Inoltre l'aumento dell'umidità facilita la penetrazione di sostanze potenzialmente tossiche e favorisce lo sviluppo di microrganismi, prevalentemente *Candida albicans*, e aumenta di 4 volte la macerazione della cute⁽¹⁴⁾.

Le urine e le feci degradandosi determinano un aumento del PH, questa degradazione è alla base del processo di macerazione della cute. La strategia migliore per contrastare la dermatite da pannolone è quella di contrastare questi fattori con il cambio frequente del pannolone (ogni 3 ore) e l'utilizzo di creme e lozioni per favorire l'idratazione della cute e creme barriera per proteggere la cute dall'umidità.

I casi più gravi vengono solitamente trattati con steroidi topici (idrocortisone) spesso in combinazione con un antimicotico⁽¹⁴⁾.

2. SONDE PER DRENARE IL MATERIALE FECALE O FECAL MANAGEMENT SISTEM (FMS)

Da alcuni anni sono stati immessi in commercio in Italia, e approvati dalla FDA, dei dispositivi medici di classe I di contenimento delle feci costituiti da una sonda mantenuta in situ da un palloncino ed un sistema chiuso di raccolta (FMS). Questi sistemi consentono di direzionare, raccogliere e contenere scariche liquide per pazienti allettati e possono restare in situ 29 giorni continuativamente.

Alcuni autori suggeriscono di prendere in considerazione, nei pazienti delle terapie intensive e in quelli che ricevono cure palliative con incontinenza fecale, associate scariche diarroiche, l'utilizzo di un presidio FMS al fine di controllare le complicanze cutanee e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza.

Il sistema però presenta vantaggi e svantaggi.

L'utilizzo del sistema, essendo totalmente chiuso, consente di ottenere un'esposizione minore a sostanze potenzialmente infette, minimizzare l'odore e proteggere la cute perianale. Il sistema di raccolta consente inoltre di monitorare con precisione le uscite rettali⁽¹⁷⁾.

Inoltre, se utilizzato in modo efficace e appropriato, consente l'ottimizzazione del tempo assistenziale e una riduzione della spesa (in particolare delle medicazioni per le lesioni o ferite), migliora l'accettabilità del paziente e il comfort⁽¹⁷⁾.

Non ci sono al momento molti studi che valutino i risultati a lungo termine del FMS, non sono però riportati danni alla mucosa a seguito dell' utilizzo appropriato. Beitz⁽¹⁷⁾ suggerisce comunque di rimuovere il catetere appena la diarrea si risolve, in quanto lo stesso catetere e il pallone fungono da blocco e possono causare potenzialmente ostruzione

e perforazione all'intestino.

Al fine di prevenire lesioni della mucosa rettale è necessario lo sgonfiaggio e gonfiaggio periodico.

Questi dispositivi non sono indicati nella diarrea cronica e nei pazienti deambulanti, pediatrici o in pazienti che hanno subito recenti interventi chirurgici al basso intestino crasso o al retto, pazienti con lesioni anali o rettali, stenosi, compromissione mucosale, tumore anale o rettale o emorroidi gravi.

La presenza della sonda all'interno dell'ampolla rettale rende difficile la somministrazione di farmaci per via rettale, l'esecuzione di esami rettali per l'esecuzione dei quali è necessario rimuovere il sistema).

E' indubbio che l'utilizzo corretto di sistemi di drenaggio del materiale fecale migliorino il management infermieristico e il comfort del paziente, ma il loro utilizzo nella quotidianità assistenziale in UTI, richiede esperienza, valutazione delle controindicazioni assolute e relative, valutazione del costo-beneficio, sia in termini economici che di esposizione del paziente a complicanze.

Bayon e al⁽¹⁾, basandosi sulla revisione della letteratura e le evidenze cliniche a supporto, hanno elaborato alcune raccomandazioni di esperti e sviluppato un algoritmo (figura 2) al fine di aiutare gli operatori sanitari a gestire gli episodi di incontinenza fecale acuta con diarrea (AFID) in terapia intensiva⁽¹⁾, intendendo per AFID due episodi di diarrea liquida o semiliquida in 24 ore con feci liquide (secondo Bristol^(6,7)) in paziente immobile.

FIG.3 ALGORITHM FOR AFID RISK ASSESSMENT AND MANAGEMENT

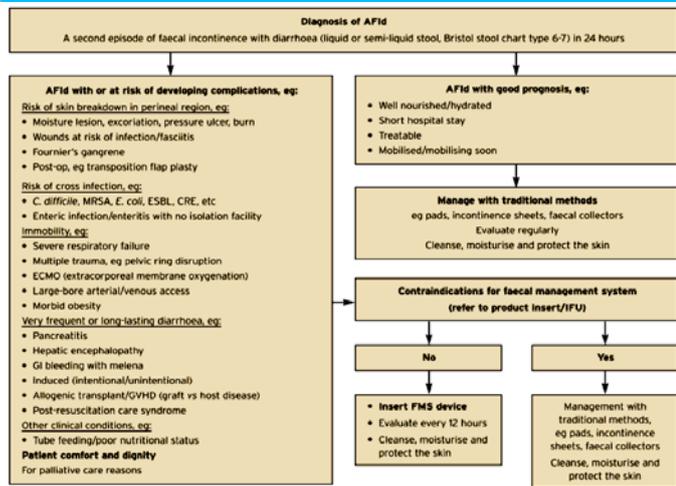


Figure 1. Algorithm for AFID risk assessment and management.
Key: AFID=acute faecal incontinence with diarrhoea; C. difficile=Clostridium difficile; E. coli=Escherichia coli; MRSA=methicillin-resistant Staphylococcus aureus; ESBL=extended-spectrum beta-lactamase; CRE=carbapenem-resistant enterobacteriaceae; FMS=faecal management system; IFU=instructions for use.

L'algoritmo suddivide i pazienti in due gruppi: quelli considerati a rischio di sviluppare complicanze o che presentano complicanze legate all' AFID, che sono i pazienti più adatti per la gestione con FMS e un secondo gruppo che comprende i pazienti a basso rischio e per i quali si prevede una risoluzione in tempi brevi dell' AFID.

La valutazione del rischio deve considerare il rischio di lesioni cutanee nella regione perineale, la presenza di ferite a rischio di infezione, rischio di infezioni correlate all'assistenza, stato di immobilità, Condizioni di comorbilità che possono determinare diarrea, altre condizioni cliniche quale per esempio la nutrizione enterale (NE).

Il secondo gruppo comprende sia pazienti con aspettativa di vita molto breve e in condizioni di terminalità che pazienti nei quali si ritiene che la AFID si risolverà in breve tempo, che sono a basso rischio di danni cutanei e di contaminazione ambientale. Si tratta, in questo caso, di pazienti ben nutriti e ben idratati e per i quali si prevede una degenza breve.

I pazienti appartenenti a questo gruppo, nei quali non vi sono indicazioni alla gestione con FMS, devono essere monitorati ogni 12 ore (o più frequentemente secondo giudizio clinico) per ogni possibile deterioramento della loro condizione, che potrebbe suggerire l'appropriatezza della gestione con un FMS.

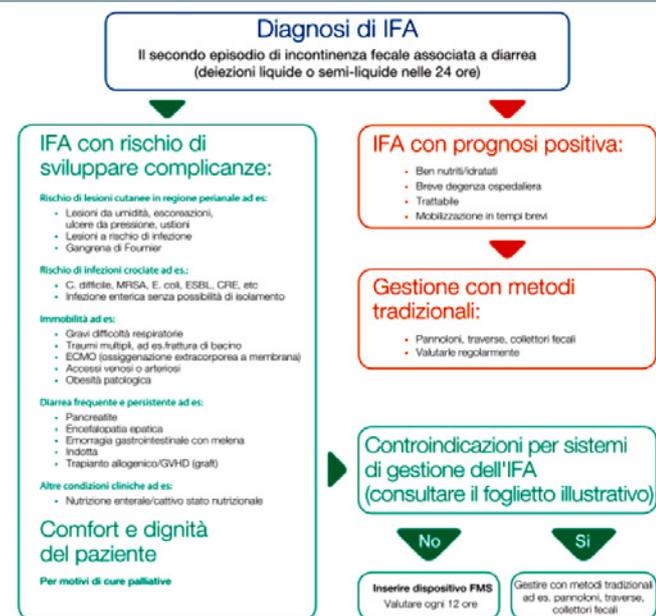
LA VALUTAZIONE INFERMIERISTICA NEL PAZIENTE CON AFID

La valutazione infermieristica del paziente con AFID mira a identificare l'entità della diarrea, i fattori contributivi utili a migliorare il trattamento della diarrea e le sue conseguenze, quali il ridotto assorbimento di liquidi, le alterazioni del bilancio idroelettrolitico e lo stato mentale.

L'infermiere, nella valutazione di questa complicanza, dovrà considerare:

- il modello di eliminazione abituale; quantità, caratteristiche e consistenza delle feci.
- il modello di eliminazione in relazione

FIG.3 ALGORITMO DI GESTIONE IFA (18)



Alla diagnosi di AFID segue una valutazione completa del paziente che consente la classificazione dei pazienti in termini di gravità dell'incontinenza, della situazione clinica, del rischio o la presenza di complicazioni associate alla diarrea e al comfort e la dignità del paziente. L' utilizzo di un dispositivo FMS è in grado di aumentare il benessere fisico e la dignità del paziente riducendo il trauma emotivo e l'imbarazzo legato all'incontinenza⁽¹⁾.

all'alimentazione e all'inizio della NE(9).

Nella valutazione della AFID, utili strumenti per la raccolta dati e il monitoraggio dell'alvo sono:

- il diario intestinale⁽¹⁹⁾
- la scala di Wexner
- la scala di Bristol

L'infermiere collaborerà ad identificare tutti quei fattori contribuenti l'incontinenza⁽¹³⁾:

presenza di fecalomi, infezioni, effetti collaterali dei farmaci, introito di liquidi inappropriato, confusione, intolleranza alla NE.

Qualora si sospetti una infezione da clostridium difficile si procederà all'invio del campione in laboratorio. Nei pazienti sintomatici con diagnosi accertata, o in attesa dell'esito della ricerca della tossina sulle feci, è necessario attivare l'isolamento da contatto.

LA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE NEL PAZIENTE CON AFID

La pianificazione può essere definita come l'insieme delle scelte e degli interventi che l'infermiere, singolarmente o in équipe, ritiene possano condurre in modo efficace ed efficiente alla soluzione dei problemi posti.

La pianificazione si realizza attraverso l'identificazione:

1. di diagnosi infermieristiche, che la NANDA International (North american nursing diagnosis association) definisce come " un giudizio clinico riguardante le esperienze/risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/ processi vitali attuali o potenziali. Una Diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità"⁽²⁰⁾.
2. di obiettivi, cioè l'esplicitazione di scopi e finalità misurabili dell'attività assistenziale.
3. di interventi necessari alla realizzazione degli obiettivi stessi.

Nell'impegno a continuare lo sviluppo di un linguaggio infermieristico standardizzato iniziato fin negli anni 70 da parte della NANDA, nel 1991, un gruppo di ricerca guidato da Marion Johnson e Maridean Maas, ha sviluppato una classificazione completa e standardizzata dei risultati dell'assistito (Nursing Outcomes Classification – NOC) che possono essere utilizzati per valutare l'efficacia degli interventi⁽²¹⁾.

Nel 1987, un altro gruppo di ricerca guidato da Joanne Docheterman e Gloria Bulechek ha sviluppato la Nursing Interventions Classification (NIC), una classificazione completa e standardizzata degli interventi infermieristici^(21,22).

L'utilizzo di un linguaggio infermieristico standardizzato attraverso le tassonomie è dunque un processo avviato da alcuni decenni, sperimentato a macchia di leopardo che non trova però piena espressione nella pratica clinica. E' possibile che la diffusione di cartelle infermieristiche informatiche possa rappresentare un fattore trainante per una maggiore applicazione nell'uso delle tassonomie.

Nella pianificazione assistenziale del paziente critico con incontinenza fecale associata a diarrea, alla diagnosi infermieristica principale di "diarrea" (00013) e di "incontinenza fecale" (0014) potranno essere associate le seguenti diagnosi infermieristiche, reali o di rischio:

- Volume di liquidi insufficiente (00025 / 00027)
- Integrità cutanea compromessa (00046 / 00047)
- Mobilità compromessa (00085)
- Dolore acuto (00132)
- Confusione acuta (00128 / 00173)
- Disturbo dell'immagine corporea (00118)

Gli interventi infermieristici sono finalizzati principalmente a:

- Garantire l'igiene e prevenire la contaminazione ambientale.
- Mantenere il comfort.
- Prevenire lesioni cutanee e infezioni
- Contribuire ad alleviare nel paziente sensazione di vergogna, imbarazzo o impotenza dovuta alla perdita del controllo.

- Garantire l'idratazione e la nutrizione.
- Favorire il riposo.

Gli interventi principali associati alle due diagnosi principali: gestione della diarrea (NIC 0460) e continenza fecale (NIC 0500), prevedono numerosi interventi in autonomia, su prescrizione e in collaborazione agli altri membri dell'equipe multi professionale.

Tra questi:

- L'utilizzo di presidi assorbenti o di altri dispositivi come gli FMS.
- L'utilizzo di algoritmi di management dell'AFID o score come lo smile score, al fine di evitare danni correlati ad un utilizzo improprio o alla gestione imprudente. e ⁽¹⁾.

Ambrosino e altri hanno condotto uno studio prospettico su 178 pazienti (2008) per validare uno score per la gestione dell'incontinenza fecale acuta⁽²³⁾. Laddove vengano utilizzati sistemi di management fecale, è importante che tutti gli operatori familiarizzino con il presidio e le giuste procedure di inserimento, che conoscano i potenziali rischi connessi al suo abuso o alla non valutazione di controindicazioni.

FIG.5 SMILE-SCORE PER LA GESTIONE DELL'INCONTINENZA FCALE ACUTA

Descrizione	Score	LEGENDA
DIARREA (1)		1) Diarrea: oltre 3 perdite o scariche di feci liquide al giorno
SI	3	2) Limitata mobilitazione: instabilità clinica
NO	0	3) Impossibile mobilitazione: posizione obbligata
MOBILIZZAZIONE ATTIVA/PASSIVA		0-2 NON CONSIGLIATO
Nessuna limitazione	0	Il posizionamento del dispositivo non è consigliato per mancanza di diarrea e/o presenza di fattori di rischio.
Limitata mobilitazione(2)	1	3-5 CONSIGLIATO
Impossibile mobilitazione(3)	2	Il posizionamento del device è consigliato in quanto è presente diarrea oppure più fattori di rischio tali da indurci l'utilizzo a fini preventivamente preventivi.
STATO CUTANEO DEL DISTRETTO DI INTERESSE*		>5 FORTEMENTE CONSIGLIATO
Stato cutaneo integro	0	Il posizionamento del device è fortemente consigliato per migliorare la gestione e/o evitare il peggioramento delle complicanze legate all'incontinenza fecale, in quanto è presente diarrea e uno o più fattori di rischio ad essa associate.
Eritema/Perdita di sostanza fino al derma	1	
Perdita di sostanza a tutto spessore	2	
RISCHIO/Presenza di infezioni NEL DISTRETTO DI INTERESSE*		
Assenza di fattori di rischio locali	0	
Presenza device invasivissimi cutanei/erite chirurgiche	1	
Infezione conclamata/infezione da patogeni gastroenterici	2	
NON CONSIGLIATO	0-2	
CONSIGLIATO	3-5	
FORTEMENTE CONSIGLIATO	>5	

Conclusioni: Questo strumento rappresenta un metodo di valutazione obiettivo e standardizzato per l'uso di un sistema a circuito chiuso per la gestione dell'incontinenza fecale. Questo aiuta a risparmiare tempo infermieristico e garantisce un miglior comfort per il paziente senza eventi avversi.



- Prima dell'inserimento di un sistema FMS, l'infermiere dovrà valutare, insieme al medico, se esistono controindicazioni all'uso della sonda. Durante la permanenza del presidio sarà cura dell'infermiere controllarne la pervietà, eventualmente

procedendo a periodici lavaggi della sonda, controllare le quantità e la qualità delle feci.

La sonda non deve restare in situ oltre 30 giorni e comunque non successivamente alla risoluzione della diarrea.

Somministrazione di farmaci (NIC 2300) antidiarroici e/o per il ripristino della flora batterica.

- Il trattamento causale della diarrea, prevede oltre agli esami delle feci, la valutazione delle terapie in corso e della Nutrizione enterale (gestione della NE, NIC 1056). Molti autori convengono⁽⁹⁾ che la presenza di diarrea non deve condurre alla sospensione della nutrizione.

La modifica della nutrizione può essere attuata sia aumentando contenuto di fibre oppure o riducendo l'osmolarità o la velocità.

- Mantenere l'igiene accurata totale e in particolare perianale (NIC 1750). Se non si utilizzano sistemi FMS, il cambio della biancheria dovrà avvenire dopo ogni evacuazione, il panno sostituito ogni 3 ore o più frequentemente se sporco o umido, usando creme barriera per mantenere la pelle asciutta. E' importante ispezionare regolarmente la cute nella zona perineale per rilevare segni di dermatite (lesioni eritemato-desquamative o crostose o vescicole) o lesioni da decubito. Le lesioni già formate vanno protette dalla contaminazione urinaria con medicazioni impermeabili all'acqua.

Ulteriori interventi infermieristici sono rappresentati dalla

- Gestione della privacy
- Gestione del dolore (NIC 1400)
- Gestione dei liquidi e degli elettroliti in entrata e in uscita (NIC 2080).
- Miglioramento del sonno (NIC 1850) e gestione del delirio (6440)

La pianificazione e l'attuazione delle attività infermieristiche richiedono una valutazione continua, essa consente di verificare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali ed il superamento dei problemi di salute della persona assistita.

CONCLUSIONI

La diarrea, nel paziente critico, costituisce una manifestazione comune di numerose patologie. La sua gravità può variare, ma nel paziente critico può aggravarne le condizioni cliniche per gli effetti diretti e perché espone il paziente a contaminazione di devices invasivi e quindi di infezioni. Ciò comporta un impatto notevole sui costi umani e economici.

Alcuni studi internazionali sulle AFID nelle terapie intensive hanno dimostrato una prevalenza che varia tra il 9-37% dei pazienti per giorno dell'indagine(1), a seconda del paese, ma nonostante questo dato, vi è ancora oggi una bassa consapevolezza del problema ed una variabilità di strategie di management della AFID.

Alcuni strumenti di gestione dell'incontinenza acuta associata a diarrea, come i sistemi FMS, consentono oggi una migliore gestione della AFID in UTI. L'utilizzo o il non utilizzo di sistemi di gestione con FMS prevede comunque strategie aggiuntive di gestione, quali trattamento farmacologico se indicato, cura della cute e rispetto della dignità del paziente.

La consapevolezza del problema, l'adozione delle raccomandazioni, l'utilizzo di strumenti di gestione della AFID, rappresentano il primo passo.

Il modo migliore per agire in sicurezza è quindi quello di sviluppare sempre più il lavoro di équipe e declinare le raccomandazioni internazionali e validate in un protocollo che uniformi i comportamenti dei singoli.

BIBLIOGRAFIA

- Binks R, Luca E De, Dierkes C, Franci A, Gallart E, Niederalt G, et al. Intensive Care Society Expert recommendations for managing acute faecal incontinence with diarrhoea. *J Intensive Care Soc.* 2013;14(Supplement 2):1-9.
- Mike langill, BScN (Kin), RN; Songkai Yan, MS; Dheerendra Kommala, MD; Michael Michenko, BsCn R. Fecal management system budget impact analysis. 2012;58(12):25-33.
- Lehur PA, Leroi AM, Une D, Adulte IADEL. Incontinence anale de l'adulte : recommandations pour la pratique clinique. *Ann Chir.* 2000;125(6):511-21.
- Bliss DZ, Norton CA, Miller J, Krissovich M. Directions for future nursing research on fecal incontinence. *Nurs Res [Internet]. [cited 2017 Jan 2];53(6 Suppl):S15-21.*
- Rao SS. Pathophysiology of adult fecal incontinence. *Gastroenterology.* 2004 Jan 1 ;126:S14-22.
- Vaizey CJ, Carapeti E, Cahill JA, Kamm MA. Prospective comparison of faecal incontinence grading systems. *Gut.* 1999 Jan 1 ;44(1):77-80.
- Jorge JM, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 1993 Jan ;36(1):77-97.
- Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002.
- Cinzia IM, Dina A, Giuliana B, Quesito CS. Prove di efficacia nella gestione delle linee per l'alimentazione enterale.
- Fink MP, Abraham E, Vincent J-L, Kochanek PM. *Terapia intensiva.* London : Elsevier Health Sciences Italy; 2007. 2352 p.
- Barbut F, Petit JC. Epidemiology of Clostridium difficile-associated infections. *Clin Microbiol Infect.* 2001 Aug;7(8):405-10.
- Serra R, Rigobello V, Curti MLuisa Moro C, Cusano C, Lobati P, Martini L, et al. Prevenzione e controllo delle infezioni da Clostridium difficile. 2009;16(1).
- Faecal incontinence in adults: management | 1-guidance | Guidance and guidelines | NICE. NICE;
- Vanzetta C. eventi avversi nell'utilizzo di pannolini e di guaine urinarie in soggetti incontinenti; revisione della letteratura. *Sci Inferm.* 2011;48(1):27-36.
- Reintam Blaser A, Starkopf L, Deane AM, Poeze M, Starkopf J. Comparison of different definitions of feeding intolerance: A retrospective observational study. *Clin Nutr.* 2015 Oct;34(5):956-61.
- Runeman B. Skin interaction with absorbent hygiene products. *Clin Dermatol.* 2008 Jan;26(1):45-51.
- Beitz JM. Fecal incontinence in acutely and critically ill patients: options in management. *Ostomy Wound Manage.* 2006 Dec ;52(12):56-8, 60, 62-6.
- Luca D, Soc IC. Raccomandazioni di esperti per la gestione dell'incontinenza fecale con diarrea nei reparti di terapia intensiva L ' IFA (incontinenza fecale acuta). 2013;
- Rao SSC. Advances in Diagnostic Assessment of Fecal Incontinence and Dyssynergic Defecation. *YJCGH.* 8:910-919.e2.
- T. H. Herdman SK. Diagnosi infermieristiche: definizioni e classificazione. Nanda international. 6th ed. CEA, editor. 2015 . 496 p
- Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Collegamenti NANDA-I con NOC e NIC..
- Bulechek GM, Butcher H., Dochterman J., Wagner C. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Casa editrice Ambrosiana, editor. 2013. 815 p.
- Ambrosino P, Ballerini G, Elia M, Giannini A, Molon A, Scalini D, et al. gestione delle feci liquide e semi-liquide nei pazienti critici:sviluppo di uno strumento di misurazione. 2008;5.

CASE REPORT

USE OF HANDHELD POCUS TO SPEED UP
THE DIAGNOSIS OF AORTIC DISSECTIONAndrea Pellegrini¹

ABSTRACT

Si riporta il caso di una donna di 82 anni giunta in Pronto Soccorso presentando astenia, deficit di forza all'arto superiore sin e dolore toracico lieve.

La valutazione clinica della paziente ha incluso l'utilizzo di un device ecografico portatile dotato di sonda sector al fine di individuare possibili cause di shock ed ipotensione. L'esame ha permesso di evidenziare - mediante scansione al giugulo - la presenza di flapping intimale a livello dell'arco aortico, ponendo il sospetto diagnostico di dissezione aortica (AD) tipo A.

Il cardiocirurgo è stato immediatamente allertato, nell'attesa dell'esecuzione dell'angiogramma toracico (la radiografia del torace non è stata eseguita) che ha confermato il sospetto diagnostico.

La diffusione dell'ultrasonografia "point-of-care" (POCUS) con device portatili può migliorare ed accelerare la diagnosi di condizioni critiche quali la AD, patologia caratterizzata da una mortalità tempo-dipendente e la cui terapia differisce totalmente da quella di altre condizioni cliniche che può mimare.

ENG: A 82-year-old woman presented to the Emergency Department (ED) with asthenia, neurological weakness of left arm and mild chest pain.

A portable ultrasound device equipped with a sector probe - used to assess possible causes of shock and hypotension - showed intimal flapping of aortic arc on suprasternal notch scan.

The diagnosis of type A aortic dissection (AD) was confirmed by CT scan, but in the meanwhile the cardiac surgery team had been already alerted.

The use of point-of-care ultrasonography (POCUS) with portable devices can improve and speed up the diagnosis of life threatening conditions as AD which has time related mortality and whose therapy differs from that of other conditions ti may mimics.

BACKGROUND

Acute AD is estimated to range from 2.6 to 3.5 per 100,000 person-years⁽¹⁾. Fifty percent of patients die before reaching the hospital or during hospital admission⁽²⁾ and without treatment the mortality rate increases at the rate of 1% to 2% per hour for 24-48 hours and the 2 weeks mortality is 80% without any treatment⁽³⁾.

It is very important, therefore, to quickly recognize and treat the dissection, but the diagnosis may be challenging because AD may present as acute pain in the chest or back^(4,5) but may also be painless, with only signs of congestive heart failure, cerebrovascular accident, and pulse loss⁽⁶⁾.

Harris & coll.⁽⁷⁾ showed that delays in diagnosis mostly occurred in female patients without pain or abrupt symptoms. To help the diagnosis, ECG and chest X-rays (CXR)

¹ Dirigente medico, U.O.C. Pronto Soccorso, Ospedale dell'Angelo di Mestre - ULSS 12 veneziana

Parole chiave:

POCUS,
device portatili,
dissezione aortica

Keywords:

POCUS,
portable devices,
aortic dissection

This article was published on June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-6>
Copyright © 2018 SIMEDET.

are useful tools but not crucial: ECG could be altered if dissecting membrane involves coronary arteries, whereas 31% of patients with aortic dissection have a normal ECG⁽⁴⁾; CXR in 12–18% of patients with aortic dissection may be unremarkable^(10,5).

Transthoracic echocardiography (TTE), at contrary, is a useful bedside tool that can assist in the rapid diagnosis and disposition in a patient with suspected AD. It has been reported to have a sensitivity of 59–83% and a specificity of 63–93% for all AD, and a sensitivity of 78–100% for type A dissection⁽³⁾.

Ultrasound findings suggestive of an aortic dissection include visualization of an intimal flap, pericardial effusion, Doppler color flow only seen through the true lumen, and visualization of new onset aortic regurgitation^(12,14).

Transesophageal ultrasonography has a sensitivity of 98–100%⁽¹³⁾, but can't be performed at bedside.

CASE REPORT A 82-year-old woman presented at the emergency department (ED) of Mestre (Venice) reporting that about 2 hours before, while opening the window, she had a weakness to the left arm, which persisted at the time of the visit. She reported also mild chest pain (NRS=1), general weakness (blood pressure wasn't measurable) and mild dyspnea.

She had a medical history of hypertension, severe bilateral coxarthrosis, chronic vascular leukoencephalopathy, hypothyroidism, and was on medication with L-Thyroxine, atenolol, aspirin, atorvastatin, lorazepam and mirtazapine.

She was awake, the lung sounds were normal as well as cardiac tones, the hands temperature was cold, saturation was 82% (it increased to 98% after administration of oxygen) and blood tension was unmeasurable on both sides. There was a left arm weakness. No other neurological abnormalities were found. The left hand was pale, and radial pulses couldn't be appreciated on both sides. Femoral pulses were normal and symmetrical. The physical examination of abdomen was normal without signs of pulsating mass. Blood tests were requested and ECG was performed: normal sinus rhythm.

An E-FAST was performed by means of a personally owned handheld device equipped with a sector probe (VSCAN, by GE): no pleural, peritoneal or pericardial effusion were found.

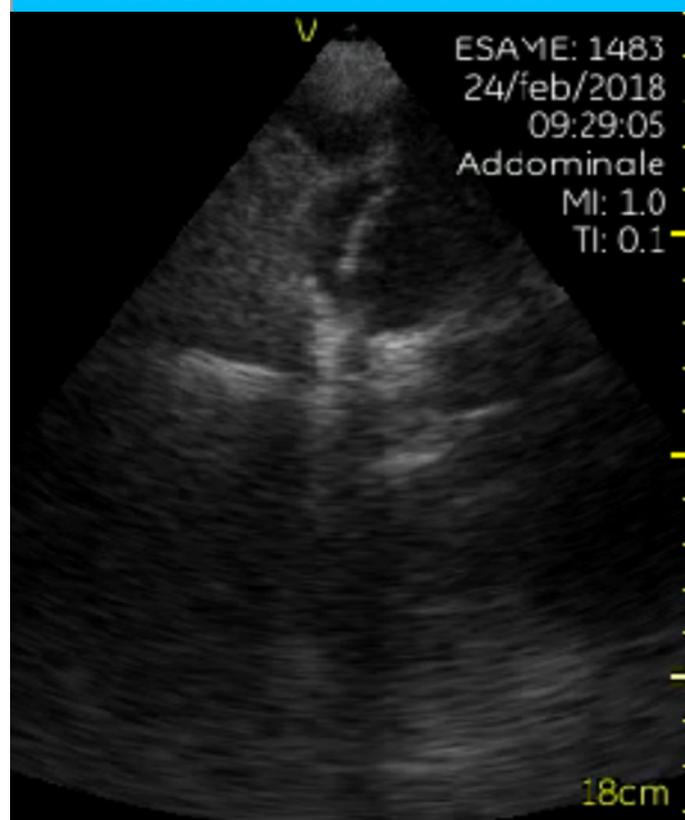
Abdominal aorta was normal. Further US examination was carried out by suprasternal notch view (SSNV) which showed intimal flapping of aortic arch (Fig.1).

No chest x-ray was performed, but a contrast-enhanced CT scan was requested to confirm the AD and evaluate the extension of the dissection.

While waiting for CT scan and for blood test results, the cardiac surgeon was alerted, 45' after first contact with the emergency physician.

CT scan confirmed the dissection of ascending thoracic aorta, without valvular involvement, but with extension to brachiocephalic artery and to the origin of carotid and subclavian artery on the right, and to the origin of subclavian artery on the left.

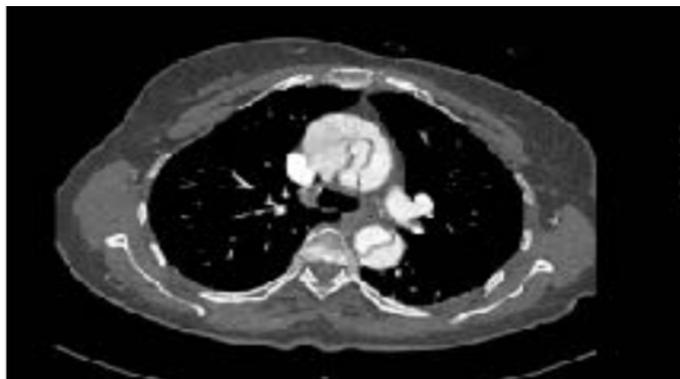
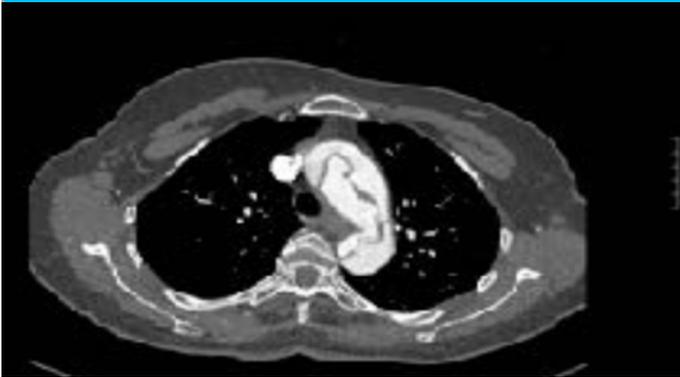
FIG.1 SUPRASTERNAL NOTCH VIEW OF INTIMAL FLAPPING OF AORTIC ARCH



Patient initially refused intervention, but after an exhaustive explanation about advantages and risks she accepted the procedure and underwent successful intervention of ascending aorta substitution.

After the intervention she hadn't major complications, with the exception of an episode of psychological decompensation before a full recovery.

FIG.2-3 CT SCAN CONFIRMING AORTIC DISSECTION



DISCUSSION This case reports a 82-year old woman presenting with different confounding symptoms that could mimics ACS with cardiac failure, pulmonary embolism or stroke. Despite advances in diagnostic methods, misdiagnosis occurs in 25% to 50% of patients on initial evaluation (8,9). Between the different available tools, in our centre, for the definitive diagnosis, CT scan is the one which is most often used.

Physical examination, including blood pressure, pulse check and neurological examination, may help by providing important clues to diagnose aortic dissection, as well as biochemical markers: D-dimer, troponin, ABG.

Differentiating an acute STEMI from an aortic dissection can be extremely difficult in the ED.

It is important not to delay reperfusion therapy for patients with a true STEMI; however, the same treatment can be lethal for patients with aortic dissection. (16)

In this case aortic dissection was the first suspicion of the emergency team, but the availability of point of care handheld ultrasonography allowed a faster confirmation of the clinical hypothesis, leading to an earlier activation of the cardio surgery team while still waiting for CT scan and blood test results.



CXR was even not requested to avoid loss of time.

The rapid ultrasound for shock and hypotension protocol (18,19) was developed to facilitate rapid assessment of potentially critically ill patients presenting to the ED by means of an ultrasound examination aimed to identify a variety of possible medical causes of a patient's poor clinical status.

The ultrasound study is performed according to the acronym HI-MAP (11): (H)earth: cardiac motion, contractility and pericardial effusion; (I)nferror Vena Cava(IVC): collapsable, plethoric; (M)orrison's: FAST examination for intraperitoneal fluid;

(A)orta: assess for AAA; (P)ulmonary: assess for pneumothorax. Additional diagnoses can be pursued such as pulmonary edema, pneumonia, pleural effusions, and secondary findings of pulmonary embolism ⁽¹¹⁾.

With supra-sternal notch view it is possible to obtain a view of the thoracic aorta that can be obtained by emergency physicians (EPs) in the majority of ED patients ⁽¹⁷⁾, and visualization of an intimal flap by ultrasound may carry a sensitivity of 67–80% and specificity of 99–100% for dissection ⁽¹²⁾.

POCUS, performed with a smaller format device at the bedside by the provider actively managing a patient, offers the potential for timely, repeatable, non-ionizing diagnostic information and procedural guidance ⁽¹⁵⁾.

EPs playing with ultrasounds should of course be aware of the pitfalls: this is a specific but insensitive test ⁽¹⁵⁾, operator dependent, and quality of images may be low on extremely portable devices.

CONCLUSIONS Emergency POCUS has already been reported to be a fast and accessible test with high specificity for the diagnosis of aortic dissection in the ED ⁽¹⁶⁾, and the use of new, portable devices allow EPs to broaden ultrasound examination to virtually all patients as an extension of physical examination.

A training is necessary, as well as awareness of the limits of such approach, but the possibility to quickly recognize life threatening lesions can increase the effectiveness of clinical interventions in EDs.

CONFLICTS OF INTEREST None

REFERENCES

1. Clouse, W. D., Hallett, J. W., Schaff, H. V., Spittell, P. C., Rowland, C. M., Ilstrup, D. M., & Melton, L. J. (2004). Acute Aortic Dissection: Population-Based Incidence Compared with Degenerative Aortic Aneurysm Rupture. *Mayo Clinic Proceedings*, 79(2), 176–180. <http://doi.org/10.4065/79.2.176>
2. Olsson, C., Thelin, S., Ståhle, E., Ekbom, A., & Granath, F. (2006). Thoracic Aortic Aneurysm and Dissection. *Circulation*, 114(24), 2611–2618. <http://doi.org/10.1161/circulationaha.106.630400>
3. Shirakabe, A., Hata, N., Yokoyama, S., Shinada, T., Suzuki, Y., Kobayashi, N., ... Mizuno, K. (2008). Diagnostic score to differentiate acute aortic dissection in the emergency room. *Circulation Journal : Official Journal of the Japanese Circulation Society*, 72(June), 986–990. <http://doi.org/10.1253/circj.72.986>
4. Spittell, P. C., Spittell, J. A., Joyce, J. W., Tajik, A. J., Edwards, W. D., Schaff, H. V., & Stanson, A. W. (1993). Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection. *Mayo Clinic Proceedings*, 68(7), 642–651.
5. Hagan, P. G., Nienaber, C. a, Isselbacher, E. M., Bruckman, D., Karavite, D. J., Russman, P. L., ... Eagle, K. a. (2000). The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 283(7), 897–903. [https://doi.org/joc90321 \[pii\]](https://doi.org/joc90321 [pii])
6. Erbel, R., Alfonso, F., Boileau, C., Dirsch, O., Eber, B., Haverich, A., ... Providencia, L. A. (2001). Diagnosis and management of aortic dissection: Recommendations of the Task Force on Aortic Dissection, European Society of Cardiology. *European Heart Journal*. <https://doi.org/10.1053/euhj.2001.2782>
7. Harris, K. M., Strauss, C. E., Eagle, K. A., Hirsch, A. T., Isselbacher, E. M., Tsai, T. T., ... Nienaber, C. A. (2011). Correlates of delayed recognition and treatment of acute type a aortic dissection: The international registry of acute aortic dissection (IRAD). *Circulation*, 124(18), 1911–1918. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.006320>
8. Klompas, M. (2002). Does this patient have an acute thoracic aortic dissection? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 287(17), 2262–2272. <https://doi.org/10.1001/jama.287.17.2262>
9. Hansen, M. S., Nogareda, G. J., & Hutchison, S. J. (2007). Frequency of and Inappropriate Treatment of Misdiagnosis of Acute Aortic Dissection. *American Journal of Cardiology*, 99(6), 852–856. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2006.10.055>
10. Khan, I. A., & Nair, C. K. (2002). Clinical, diagnostic, and management perspectives of aortic dissection. *Chest*. <https://doi.org/10.1378/chest.122.1.311>
11. Lakoff, D. J., Barghash, M. H., Lorin, S., Ungaro, R., Nguyen, V. T., Baumgardner, J., ... Narula, J. (2013). Point-of-care ultrasound and the rapid response system. *Global Heart*, 8(4), 335–340. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2013.11.006>
12. Fojtik, J. P., Costantino, T. G., & Dean, A. J. (2007). The diagnosis of aortic dissection by emergency medicine ultrasound. *Journal of Emergency Medicine*, 32(2), 191–196. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2006.07.020>

13. Rosenberg, H., & Al-Rajhi, K. (2012). ED ultrasound diagnosis of a type B aortic dissection using the suprasternal view. *The American Journal of Emergency Medicine*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2011.11.012>
14. Braverman, A. C. (2010). Acute aortic dissection: Clinician update. *Circulation*, 122(2), 184-188. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.958975>
15. Andrus, P., & Dean, A. (2013). Focused cardiac ultrasound. *Global Heart*, 8(4), 299-303. <https://doi.org/10.1016/j.ghheart.2013.12.003>
16. Chenkin, J. (2017). Diagnosis of Aortic Dissection Presenting as ST-Elevation Myocardial Infarction using Point-Of-Care Ultrasound. *Journal of Emergency Medicine*, 53(6), 880-884. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2017.08.012>
17. Kinnaman, K. A., Kimberly, H. H., Pivetta, E., Platz, E., Chudgar, A., Adduci, A., ...Rempell, J. S. (2016). Evaluation of the Aortic Arch from the Suprasternal Notch View Using Focused Cardiac Ultrasound. *Journal of Emergency Medicine*, 50(4), 643-650e1. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.12.002>
18. Weingart, S. D., Duque, D., & Nelson, B. (2010). Rapid Ultrasound for Shock and Hypotension (RUSH). *EmedHome.com*, 1-21.
19. Seif, D., Perera, P., Mailhot, T., Riley, D., & Mandavia, D. (2012). Bedside ultrasound in resuscitation and the rapid ultrasound in shock protocol. *Critical Care Research and Practice*. <https://doi.org/10.1155/2012/503254>

EXPERT OPINION

LA GESTIONE DELL' ERRORE IN ANATOMIA PATOLOGICA

Roberto Virgili ¹, Tommasangelo Petitti ²

¹ Anatomia patologica,
 Campus Bio-medico, Roma

² Direttore Sanitario -
 Fondazione Don Gnocchi

Secondo la concezione tradizionale, il personale sanitario non deve fare errori; l'errore del professionista sanitario è giudicato una colpa individuale ed è soggetto a biasimo. Negli ultimi anni lo sviluppo delle idee sull'errore in medicina, riflesso in molti articoli, editoriali e libri, ha modificato questa concezione.

L'errore viene considerato oggi l'evento conclusivo di una catena di fattori, nella quale il contributo dell'individuo che l'ha effettivamente commesso è l'anello finale e non necessariamente il maggior responsabile; più spesso sono le componenti organizzative e gestionali le principali cause di tali eventi. Questa concezione favorisce un approccio più razionale alle strategie di prevenzione dell'errore, che come i suoi fattori determinanti, devono essere pluridirezionali.

Si definisce "errore" un'omissione di intervento, o un intervento inappropriato, a cui consegue un evento avverso clinicamente significativo. Rientra nella definizione il concetto che non tutti gli eventi avversi sono dovuti ad errori, ma solo quelli evitabili. La stima della frequenza degli errori è difficile: uno degli ostacoli maggiori è il timore di conseguenze amministrative o medico-legali, che spinge chi ha commesso un errore a negarlo e comunque a non comunicarlo; inoltre, non sempre è facile stabilire se un evento avverso sarebbe stato evitabile (e dunque dovuto a errore) oppure no.

Sistemi di incident reporting volontari inseriti in un contesto di Risk Management contestualizzati a livello di responsabilità professionale nel nuovo orientamento dato a tale proposito dalla recente L.24/2017 sulla Responsabilità Professionale, possono indubbiamente contribuire ad una maggiore segnalazione degli operatori.

Le stime disponibili, basate sull'incidenza degli eventi avversi evitabili evidenziata da studi prospettivi o retrospettivi su cartelle cliniche (cartacee o elettroniche), devono essere considerate approssimate, potendo essere soggette a bias per difetto (perché molti errori possono non essere svelati) o per eccesso (perché eventi avversi giudicati evitabili potevano invece non essere tali) ⁽¹⁾.

Nella concezione attuale - derivata in parte dall'analisi di aree ad alta complessità e ad alto rischio, come i viaggi aerei - si distinguono tre livelli causali degli errori in sanità:

- cause remote (latent errors; errors waiting to happen);
- cause immediate, dovute all'errore del singolo operatore (active errors, at the sharp end), cioè all'interfaccia paziente - operatore sanitario;
- insufficienza o fallimento dei meccanismi che avrebbero dovuto impedire le conseguenze negative dell'errore (per es. mancata supervisione di un esperto durante una procedura tecnica eseguita da un novizio; mancato controllo di una prescrizione; ecc).

This article was published on
 June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-7>
 Copyright © 2018 SIMEDET.



modificato da: *BMJ Publ Group* 1995:31-54, ⁽²⁾

Le strategie per evitare gli errori dovrebbero tendere a eliminare o prevenire le cause remote, a migliorare le prestazioni degli operatori sanitari e a predisporre barriere che intercettino gli effetti avversi degli errori.

Una specifica tipologia di errori riguarda quelli potenzialmente parte della catena di gestione dei campioni biologici.

La particolarità di questo specifico rischio sta nel fatto che la genesi dell'errore riconosce un profilo particolare, che lo rende virtualmente non tracciabile.

La motivazione risiede nel fatto che tutte le possibili cause di errore individuate precedentemente sono attive in tutte le molteplici fasi della filiera di eventi che va dal prelievo del campione fino alla emissione del referto. Inoltre, in alcune tipologie particolari di campioni biologici (quelli afferenti all'Anatomia Patologica) le fasi della filiera si ripetono ciclicamente più volte e prevedono fasi di lavorazioni automatizzate e fasi di lavorazione manuali.

Un recente studio sul tema ⁽³⁾ ha individuato una distribuzione degli errori nelle diverse fasi analitiche:

- 20,9 % provenienti dalla fase pre-preanalitica (identificazione dei pazienti /campioni)
- 12,4 % rilevati nella fase preanalitica (accettazione)
- 21,7 % rilevati in fase di marcature dei blocchi (fase analitica)
- 10,2 % rilevati durante la fase di macroscopica (fase analitica)
- 30,4 % rilevati in fase di allestimento tecnico (fase analitica)
- 4,4% rilevati in più di una fase di lavorazione

La stima degli errori per il laboratorio che si verificano durante la fase preanalitica (richiesta di esame e preparazione del campione) varia dal 56 al 62% secondo studi effettuati (Nutting; Witte et al.)

La rilevabilità di tali errori avviene generalmente uno o due step lavorativi susseguenti all'accadimento e precisamente.

Nel 96,7 % dei casi gli errori sono stati corretti prima dell'emissione dei referti

Nel 3,2 % dei casi è stato emesso un referto con la correzione degli errori

Nel 1,3 % dei casi si è avuta una rilevanza per la salute del paziente

Un studio condotto con metodo R.C.A. ⁽⁴⁾ ha evidenziato la possibilità di errore durante l'intero percorso del campione istologico nel laboratorio e molti di tali eventi sono riconducibili ad una erronea identificazione e trascrizione del numero di accettazione nelle varie fasi lavorative.

I risultati di tale studio di seguito riportati e soggetti ad analisi hanno dimostrato che:

- il 98,5% degli errori erano dovuti alla perdita di attenzione e svista e solo l'1,5% era attribuibile a mancanza di conoscenza del processo
- 85% degli errori erano di tipo commissivo dovuto a non corretta esecuzione delle procedure mentre il 15% degli errori erano di tipo omissivo o dovuti a mancata esecuzione di un'azione
- 10% degli errori hanno causato un ritardo nella refertazione
- 2% degli errori hanno causato ripetizione di uno o più processi
- 88% non ha causato conseguenze
- 73% degli errori sono stati rilevati nella fase finale del processo di etichettatura o consegna
- 1,5% degli errori sono stati rilevati nella fase di lettura
- 85% degli errori sono stati rilevati durante la fase di

campionamento, taglio, allestimento del vetrino, etichettatura e consegna.

- 80% di questi errori sono attribuibili a non corrette trascrizioni del numero nelle varie fasi (etichettatura campione, inclusione, vetrino)

Una caratteristica interessante di questa tipologia di errori è che sono nella quasi totalità prevenibili, e che le tecnologie dell'informazione permettono, ove estensivamente applicate su tutta la filiera, un accurato controllo che ne consente la corretta gestione.

Infatti la genesi di questi errori consiste essenzialmente negli errori di identificazione e della corretta associazione padre-figlio, procedura che è alla base del modello di lavoro in Anatomia Patologica.

In questo senso le tecnologie dell'informazione permettono una rigida gestione dei campioni figli generati dai padri, riducendo a quote bassissime tali errori.

Ovviamente le tecnologie dell'informazione introducono nuova fattispecie di rischi (gestione della privacy, continuità del servizio, ecc) che devono essere prese in considerazione nelle fasi di implementazione.

In conclusione, l'analisi dei rischi di errore in Anatomia Patologica, e la gestione volta alla minimizzazione degli stessi, deve necessariamente prevedere una serie di aspetti:

- Il concetto profondo dell'errore in sanità, specificamente declinato sulla specifica fatti specie dell' Anatomia Patologica
- I processi di qualità come strumento culturale per il corretto tracciamento dei processi
- Le soluzioni tecnologiche utilizzabili nella filiera della gestione dei campioni biologici
- Le problematiche relative alle interfacce tecnologiche con le apparecchiature automatizzate e semiautomatizzate di processazione dei campioni
- Le criticità legate all'introduzione pervasiva di sistemi tecnologici (sicurezza, privacy, continuità ecc);
- Esperienza di automazione dei processi, dai quali evidenziare eventuali criticità emerse.

L'applicazione di tecnologie di analisi del rischio clinico proattivo (FMEA-FMECA) ed il ricorso all'ausilio di tecnologie informatiche (ICT) consentono, in Anatomia Patologica, di indicare strategie atte alla minimizzazione dell'errore garantendo al paziente sicurezza delle cure nel percorso del laboratorio.

BIBLIOGRAFIA

1. Brennan TA. *The Institute of Medicine Report on Medical Errors – could it to harm?* *N Engl J Med* 2000;342:1123-5.
2. Reason J. *Understanding adverse events: human factors.* In: Vincent C Editor: *Clinical Risk Management*, London, BMJ Publ Group, 1995:31-54.
3. Raouf E. Nakhleh, et al: *Mislabeling of Cases, Specimens, Blocks, and Slides A College of American Pathologists Study of 136 Institutions.* *Arch Pathol Lab Med*—Vol 135, August 2011
4. (Morelli et al *J PREV MED HYG* 2013;54: 90-96)

EDITORIALE

MEDICINA DI GENERE...CHIMERA O REALTÀ?

Rosamaria Romeo¹

O rmai da oltre un ventennio si parla di medicina di genere, riferendosi all'uomo e alla donna come entità distinte non solo biologicamente, ma anche per contesti socioculturali e ambientali e di quanto ciò incida sullo stato di salute e malattia.

Una differenziazione, quindi, che da un punto di vista scientifico dovrebbe focalizzare il suo interesse su dati distintivi tra uomo e donna.

Come sottolinea l'OMS, infatti, la salute della donna è più a rischio per differenze socioculturali rispetto a quella dell'uomo, ne sono esempi: l'infibulazione, le gravidanze precoci delle spose bambine, l'alta incidenza di mortalità al parto che si registra in Paesi sottosviluppati e in via di sviluppo così come i maltrattamenti e le violenze domestiche fino al femminicidio che da anni si registrano nel nostro Paese. A dirla così sembrerebbe che le differenze nascano da una mera diversità sessuale; viceversa il contesto ambientale e socioculturale è altrettanto importante.

Se, infatti, esistono fattori di rischio uguali per uomo o donna, si pensi al fumo di sigaretta correlato all'incidenza del tumore al polmone, è altrettanto vero che esistono caratteristiche individuali per cui una terapia ad esempio ha maggiore o minore efficacia e /o termini maggiori o minori effetti collaterali in rapporto proprio alle

caratteristiche genetiche e biologiche. Questa disuguaglianza è tale da aver spinto le società scientifiche prima, il legislatore successivamente, a sviluppare dei percorsi diagnostico-terapeutici atti a cogliere per caratteristiche distintive, il momento in cui sottoporre l'uomo o la donna a check-up regolari.

Si rende necessario, pertanto, un'attenta e precisa formazione di tutto l'ordine sanitario a partire dai Medici di base che dovranno essere sensibilizzati in tal senso, a favorire l'accesso, nei tempi adeguati, dei loro assistiti al SSN, garantendo parità di trattamento e cure.

A tal proposito il **22 aprile del 2016** è stata istituita la "Giornata nazionale della salute della donna", al fine di favorire un intervento mirato sia in termini scientifici, di ricerca, sia in termini di formazione.

Come **SIMEDET** vorremmo farci promotori della divulgazione, ognuno per la propria regione, di un piano sanitario sviluppato nell'ambito delle proprie realtà lavorative, in termini di diagnosi e prevenzione di genere, laddove presenti, e promulgatori di percorsi specifici, laddove carenti al fine di garantire una capillare azione di sensibilizzazione verso la tematica salute vista nella sua interezza.

¹ Dirigente Medico - UOC
Pronto Soccorso -
Osp. S. Giovanni Calibita
Fatebenefratelli - Roma

This article was published on
June 01, 2018, at SIMEDET.EU.

<https://doi.org/10.30459/2018-8>
Copyright © 2018 SIMEDET.

BIBLIOGRAFIA

- Quaderni del Ministero della salute (26 aprile 2016)
- Arber S., Phillips M., Ginn J. (2001), *Disuguaglianze nella salute: classe sociale, età, genere*, in Facchini C. e Ruspini E. (a cura di), *Salute e disuguaglianze. Genere, condizioni sociali e corso di vita*, Franco Angeli, Milano
- Baggio G. (2015), *Dalla medicina di genere alla medicina genere-specifica*, in "The Italian Journal of gender-specific Medicine";1(1):3-5
- Mamo C., Bianco S., Dalmaso M., Giroto M., Mondo L. e Penasso M. (2015), *Are Emergency Department Admission in the Past Two Years Predictors of Femicide? Results from a Case-control Study in Italy*, in "Journal of Family Violence"; 30:853-858

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

Istruzioni per gli Autori

«*Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)*» è una rivista scientifica che pubblica lavori originali, rassegne, brevi note e lettere su argomenti di medicina, dalla prevenzione alla diagnosi e cura, alla ricerca. La rivista è rivolta non solo ai medici ma anche agli esercenti le professioni sanitarie quali i tecnici di laboratorio biomedico, di anatomia patologica, agli infermieri e a tutte le professioni sanitarie regolamentate per legge.

I contributi non devono essere già stati pubblicati o presentati ad altre riviste. Gli articoli, per favorire una maggiore diffusione, potranno essere presentati in lingua sia inglese (preferibile) che italiana, a parte l'abstract che andrà sempre redatto in ambedue le lingue.

Tutti gli articoli devono essere inizialmente inviati per posta elettronica (alla mail: scientifico@simedet.eu) alla Redazione della Rivista dove saranno sottoposti all'attenzione dei Revisori che si riservano la facoltà di suggerire modifiche o di respingerli. Gli Autori verranno informati delle motivazioni che hanno portato la Redazione a formulare suggerimenti o giudizi negativi. Le opinioni espresse dagli Autori non impegnano la responsabilità della Rivista.

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

I lavori dovranno essere redatti utilizzando Microsoft Word per Windows, carattere Times New Roman 12, interlinea 1.5 e margine 2.5 su entrambi i lati. Mediamente il testo (titolo, Autori, affiliazioni e bibliografia esclusi) dovrebbe prevedere una lunghezza compresa tra 6.000 – 15.000 caratteri, spazi esclusi. Tutte le pagine, compresa la bibliografia, dovranno essere numerate progressivamente e portare indicato il nome del primo autore e le prime parole del titolo dell'articolo; analoga indicazione deve figurare sulle tabelle e sulle figure.

RIASSUNTO:

Il riassunto dovrà essere redatto in Inglese e Italiano e strutturato nelle sezioni: Introduzione/Background, Obiettivi/ Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussion e Conclusioni/Conclusions. In ciascuna lingua il riassunto dovrebbe prevedere una lunghezza mediamente compresa tra 1000 – 2000 caratteri, spazi esclusi.

PRIMA PAGINA:

Nella prima pagina dell'articolo deve essere indicato il titolo, il cognome e l'iniziale del nome dell'autore o degli autori, l'istituzione di appartenenza di ciascun autore, l'indicazione delle eventuali fonti di finanziamento del lavoro e l'indirizzo completo dell'autore responsabile della corrispondenza. Nella stessa pagina dovranno essere indicate almeno 3 parole chiave.

TABELLE:

Le tabelle dovranno essere riportate in pagine separate dal testo e numerate progressivamente con numeri arabi. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie ad interpretare la tabella stessa. La tabella, all'interno del testo, deve essere citata per esteso (es.: Table 1 - Tabella 1). Le tabelle devono essere elaborate in word per Windows, in modo che risultino modificabili. Non devono essere salvate come immagini.

FIGURE:

Le figure devono essere numerate in successione con numeri arabi; le didascalie devono essere separate dalle figure. Per fotografie, disegni, grafici: risoluzione almeno 300 dpi, formato JPEG, TIFF.

Nel caso gli autori intendano pubblicare figure o grafici tratti da altre riviste o libri, dovranno previamente ottenere il permesso scritto dall'autore e dalla casa editrice, copia del quale deve essere inviata alla redazione della rivista; nell'articolo gli autori dovranno indicare le fonti da cui il materiale stesso è tratto.

PRESENTAZIONE DEGLI ARTICOLI:

Nella stesura del lavoro si prevede di seguire la seguente suddivisione: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussione/Discussion, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia.

Per la descrizione di metodi già noti e riportati in letteratura è sufficiente citare gli articoli originali. Nella presentazione dei risultati si deve evitare di ripetere nel testo i dati presentati nelle tabelle e nelle figure.

Presentazione di un contributo scientifico dedicato alla descrizione di casi clinici di particolare interesse e suddiviso nelle sezioni: introduzione, caso clinico o casistica clinica, discussione, conclusioni, bibliografia.

Il testo (titolo, Autori, affiliazioni e bibliografia esclusi) dovrebbe prevedere una lunghezza compresa tra 3.000 – 4.000 caratteri, spazi esclusi.

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO:

In una lettera di accompagnamento (da inviare anch'essa all'indirizzo di posta elettronica scientifico@simedet.eu), l'autore responsabile della corrispondenza dovrà dichiarare che tutti gli autori hanno letto e condiviso il contenuto e l'interpretazione del lavoro inviato. La lettera d'accompagnamento dovrà riportare anche la dichiarazione firmata dall'autore responsabile sull'esistenza di rapporti finanziari che configurino un potenziale conflitto d'interesse con le materie trattate nel lavoro stesso.

BIBLIOGRAFIA:

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche è sotto la responsabilità degli autori. Le citazioni vanno elencate in ordine progressivo numerico.

Nel testo i riferimenti bibliografici dovranno essere indicati con numeri arabi tra parentesi corrispondenti al numero delle citazioni in bibliografia.

Nella citazione bibliografica, se il numero degli autori è più di 4 vanno citati i primi 3 seguiti da et al; se, invece, sono 4 o meno di 4 vanno citati tutti. La numerazione delle pagine non va abbreviata, ma lasciata per esteso. Il nome della rivista deve essere abbreviato secondo le norme dell'Index Medicus.

CONFLITTO DI INTERESSE:

Il conflitto d'interesse sussiste quando il giudizio professionale su un interesse primario, quale l'interpretazione dei propri risultati o di quelli ottenuti da altri, potrebbe essere influenzato, anche in maniera inconsapevole, da un interesse secondario, quale un tornaconto economico o una rivalità personale. Un conflitto d'interesse non è di per sé antietico. Tuttavia, esso deve essere pubblicamente ed apertamente riconosciuto. Tale riconoscimento non avrà alcun valore ai fini della decisione sulla pubblicazione. Pertanto, in conformità con le indicazioni dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) dell'ottobre 2008, all'atto dell'invio di un lavoro per pubblicazione su Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM), nella lettera d'accompagnamento allegata al

manoscritto, ciascun autore dovrà dichiarare l'esistenza o meno di legami finanziari (rapporti di consulenza, proprietà di azioni, brevetti o licenze, etc) che possano configurare un potenziale conflitto d'interesse in relazione alle materie trattate nel lavoro stesso. In caso di sussistenza di tali legami finanziari, gli autori interessati dovranno indicarli con una breve ma esauriente definizione. In assenza di conflitto digitare NESSUNO.

BOZZE:

L'autore responsabile del manoscritto il cui contributo sarà accettato per la pubblicazione riceverà le bozze dell'articolo per controllare eventuali errori tipografici. Sulle bozze non potranno essere apportate modifiche sostanziali. La correzione delle bozze solleva la redazione da ogni responsabilità per eventuali errori presenti nel testo.

La rivista è sotto la tutela delle leggi internazionali sulla proprietà letteraria.

LEGGE SULLA PRIVACY:

Nomi e indirizzi e-mail inseriti in questo sito saranno trattati esclusivamente per gli scopi dichiarati di questa rivista e non verranno utilizzati per altre finalità.

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM)

Instructions to Authors

The Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) is a scientific journal that publishes original articles, reviews, notes, editorials and letters focusing on prevention, diagnosis, cure and research in the medical field. IJPDTM journal is designed for health professionals.

Submission of an article implies that the work described has not been published previously and is not currently under consideration for publication elsewhere. To ensure a larger distribution all articles are in Italian and, preferably, English. The abstract must be in both languages.

All manuscripts must be submitted via e-mail to scientifico@simedet.eu and a committee of scientific reviewers will assess the contributions for suitability with corrections where required. Authors will be informed on the opinion of the reviewers. IJPDTM Journal does not reflect authors' opinions.

SCIENTIFIC CONTRIBUTIONS

Articles must be submitted in Microsoft Word for Windows, Times New Roman font 12-point type, paragraph spacing 1.5 and margin 2.5 on both sides.

Articles are expected to be between 6,000 and 15,000 characters –without spaces- not including title, authors' names, affiliations and bibliography. All pages must be progressively numbered and show the name of the first author and the first words of the title of the article; same procedure must be applied to tables and pictures.

ABSTRACT:

Abstract, in English and Italian, must be arranged as follows: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussions, and Conclusioni/Conclusions. Total length of the abstract for each language should be between 1,000 and 2,000 characters, without spaces.

FIRST PAGE:

The first page of the article must report the title, surname and name initials of the author(s), the institute (each) author is affiliated to, details of the sponsor(s), if any, who provided financial support for the research, and full address of the author(s). In the same page at least three key words in Italian and English must be included.

TABLES:

Tables should be separate from the text and progressively numbered in Arabic numerals; explanatory notes must accompany each table with all necessary information. Tables in the text must be labeled without abbreviations (e.g.: Table 1 – Tabella 1) and must be saved in Word for Windows format to allow for editing where necessary. Tables cannot be saved as images.

PICTURES:

Pictures must be progressively numbered in Arabic numerals; legends must be separate from pictures. Photographs, sketches and graphs must have a resolution of at least 300 dpi, format JPEG, TIFF.

PRESENTATION OF THE ARTICLES:

Articles must be arranged with the following headings: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results, Discussioni/Discussions, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia/Bibliography.

When describing well-known methods it will suffice to name the original sources. When reporting results, data already included in tables and pictures should be omitted.

Scientific contributions describing clinical cases of particular interest shall be divided in the following sections: Introduzione/Background, Caso (casistica) clinico/Clinical case, Discussioni/Discussions, Conclusioni/Conclusions, Riassunto/Abstract, Bibliografia/Bibliography.

Texts must have a length of 3,000 to 4,000 characters without spaces, not inclusive of title, authors, affiliations and bibliography.

COVER PAGE:

A cover page should be sent via e-mail to scientifico@simedet.eu. In this letter the author responsible for the submission of a manuscript declares that all coauthors have read and agreed on the content and version of the submitted manuscript. A signed declaration of the author responsible will also be included in the letter, reporting existing financial interests that may be in conflict with the content of the manuscript.

REFERENCES:

Authors will be the sole responsible for the corrected and complete list of citations in the submitted manuscripts. Citations must be in progressive numerical order. Bibliographical references in the manuscript must be numbered by Arabic numerals -in parentheses- in the order in which the corresponding citation appears.

When the number of authors in a citation exceeds four, the first three will be reported, followed by et al; in case the number equals or is less than four, all names must be cited. Page numbering cannot be abbreviated. The name of the journal must be abbreviated according to the Index Medicus guidelines.

DECLARATION OF INTEREST:

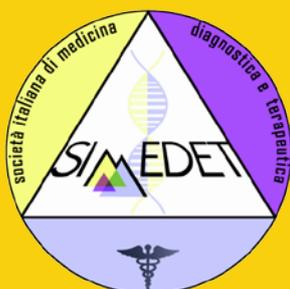
A conflict of interest arises whenever the professional opinion on the interpretation of a research could be biased, albeit unconsciously, by secondary interests such as financial or personal reasons. A declaration of interest must be publicly disclosed and it will not determine or influence the final decision on the publication of the work. In accordance with the guidelines of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (October 2008), authors of manuscripts submitted for publication to the Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine (IJPDTM) are required to disclose any competing interests in the cover page (including employment, consultancies, stock ownership, patent registrations, grants etc.) that might affect the interpretation of the content of the author's work. If there are no interests to declare, then please state 'Declaration of interest: none'.

PRESENTATION OF THE ARTICLES:

The author responsible for a contribution that has been accepted for publication will receive proofs of the manuscript to check for possible corrections. Substantial changes on the proofs are not permitted. Proofreading is solely the author's duty and will release the Editor from any responsibility.

PRIVACY:

Names and addresses that appear on this site will be treated exclusively for the purposes indicated in this journal and will not be utilized for any other intention.



Rivista Ufficiale della Società Italiana
di Medicina Diagnostica e Terapeutica
(SIMEDET)

Sede legale: Via dei Baldassini, 14 Roma 00163

Recapito telefonico: 3382843188

Web site: www.simedet.eu

E-mail: info@simedet.eu

presidente@simedet.eu

scientifico@simedet.eu

social@simedet.eu

ufficiostampa@simedet.eu