

**Medicina per adulti con disabilità intellettiva
grave:**

quale risposta ai bisogni di salute?

Bolzano, 26 ottobre 2018

**La gestione ospedaliera del paziente con grave disabilità
intellettiva:**

il punto di vista dell'anestesista

Carla Benassai

SOC Anestesia e Rianimazione (Direttore R. Spina)

Equipe DAMA

Ospedale di Empoli

La gestione ospedaliera delle persone con grave disabilità psichica

Quali sono le situazioni che possiamo incontrare?

- Le persone con grave disabilità intellettiva e psichica **possono essere intolleranti** a qualsiasi manovra sanitaria diagnostica e terapeutica
- **spesso hanno subito forme più o meno aggressive di contenzione fisica** per poter usufruire di manovre sanitarie considerate “non invasive” per la maggior parte della popolazione
- sviluppano così **resistenza e paura** nei confronti dell'ambiente sanitario che rendono sempre più difficile qualsiasi approccio futuro.

Qual è la filosofia dell'equipe DAMA?

No alla contenzione fisica

“Sono diverse le forme di contenzione: quella psicologica, quella farmacologica, quella architettonica e quella, in ogni caso e in ogni momento, radicalmente intollerabile che è la contenzione fisica e che, nel suo profilo oggettivo, si configura come una forma di tortura in flagrante violazione dei fondamentali diritti umani.

La contenzione frantuma ogni dimensione relazionale della cura, e fa ulteriormente soffrire le esistenze lacerate dal dolore e dall'isolamento.”

Eugenio Borgna, in introduzione a “...e tu slegalo subito” di Giovanna Del Giudice. Edizioni alpha beta Verlag, Merano, 2015

Come le cure possono essere non traumatiche: gli adattamenti necessari

❖ **Gli ospedali in primis devono essere adattati ai bisogni specifici delle persone con disabilità**

❖ **Gli obiettivi di questi adattamenti sono**

- dare alla persona con disabilità **prestazioni di pari qualità**
- rendere l'esperienza della cura **non traumatica**
- **risparmiare dolore e sofferenza** alla persona con disabilità e alla sua famiglia

Perché la sedazione farmacologica

Il ricorso alla sedazione e l'eliminazione della contenzione fisica significano:

- restituire **pari opportunità di cura** rispetto alla popolazione generale
- restituire il reale **diritto alla salute**, negato di fatto dalla difficoltà ad accedere ai servizi
- restituire **il diritto di ricevere prestazioni di livello pari al resto dei cittadini**
- restituire **la dignità** agli uomini e alle donne con disabilità: la cura non deve essere un'umiliazione, ma un'esperienza **decorosa, rispettosa e relativamente serena**

Il diritto alla sedazione, quando necessaria, equivale al diritto all'anestesia per chi deve subire un intervento chirurgico.

Gruppo DAMA dell'Ospedale di Empoli

La nostra attività è iniziata nell'estate del 2015, dal "sogno" di un medico della direzione sanitaria....

E' stato costituito un **"nucleo"** di professionisti

- Infermiere facilitatore/case manager
- Infermiere del Day Service
- Medico internista
- Medico anestesista
- A questo nucleo si associano dei **"referenti DAMA"** per ogni specialistica
- L' **"odontoiatria speciale"** che, nata a Empoli alcuni anni prima del DAMA, ne costituisce un ramo importantissimo

Equipe DAMA di Empoli



Perché l'anestesista fa parte del nucleo dell'equipe DAMA?

Fin dall'inizio del nostro progetto DAMA l'anestesista è stato considerato parte del nucleo, insieme all'internista e all'infermiere

- Non un semplice consulente tecnico da chiamare al momento del bisogno
- Un medico con competenze adeguate allo studio dei casi clinici e alla pianificazione del percorso diagnostico e terapeutico
- Uno specialista in grado di studiare vari piani e strategie di gestione di pazienti con diversi gradi di disabilità, in relazione alle necessità e al percorso da organizzare (per esempio preospedalizzazione chirurgica)

Il DAMA di Empoli

come abbiamo organizzato in nostro “piccolo e giovane” servizio

L'ambulatorio DAMA è organizzato all'interno del servizio Day Service, ogni giovedì. Solo un giovedì ogni due è presente anche l'anestesista

I professionisti del DAMA non sono completamente dedicati a questa attività, anzi in realtà solo una piccola parte del loro orario è programmata per il DAMA

Per l'organizzazione che prepara l'accesso al DAMA dei singoli utenti viene utilizzato molto tempo fuori orario, come è necessario per una attività giovane nella quale ci sentiamo tutti coinvolti professionalmente e umanamente

Il DAMA coinvolge necessariamente tutto l'ospedale

ORGANIZZAZIONE DELL'ACCESSO DAMA

Colloquio di persona e/o telefonico

→ Pianificazione degli accertamenti

“all in one time”, condivisa e concordata con l'equipe e la famiglia

→ Pianificazione **dell'accoglienza del paziente**

→ Raccolta di dati **indispensabili per l'anestesista**

(allergie, comorbidità, terapia in atto, precedenti anestesiológicos, vie aeree, anche con foto)

→ Necessità o meno di **sedazione**, preparando vari “piani strategici” alternativi

Sedazione sì o no?

L'accoglienza calma e personalizzata talvolta può non essere sufficiente :

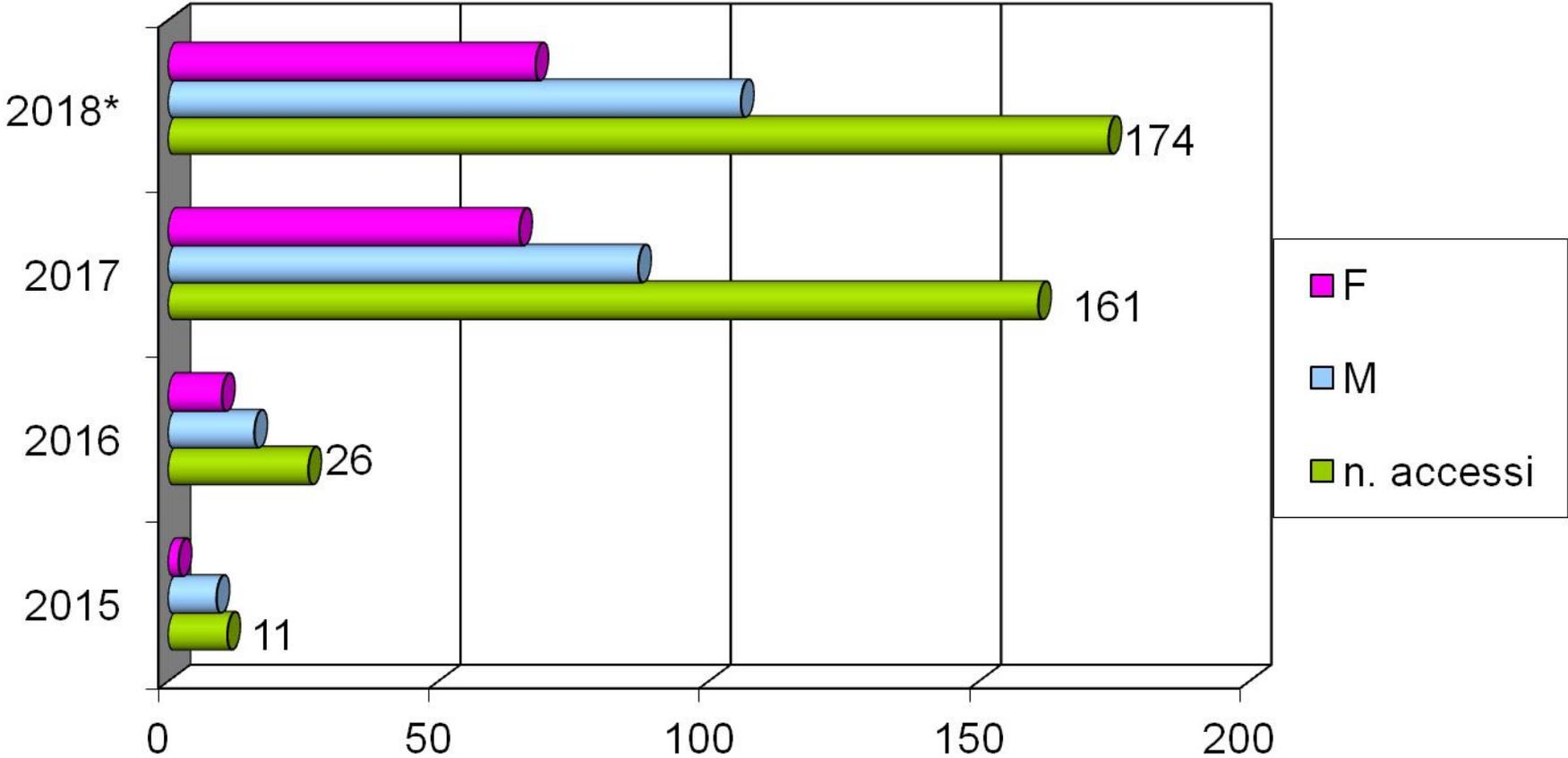
Con i pz non verbali può essere difficile anche un semplice contatto fisico per una visita medica, un prelievo, un ECG.

In questi casi è necessario ricorrere

ALLA SEDAZIONE

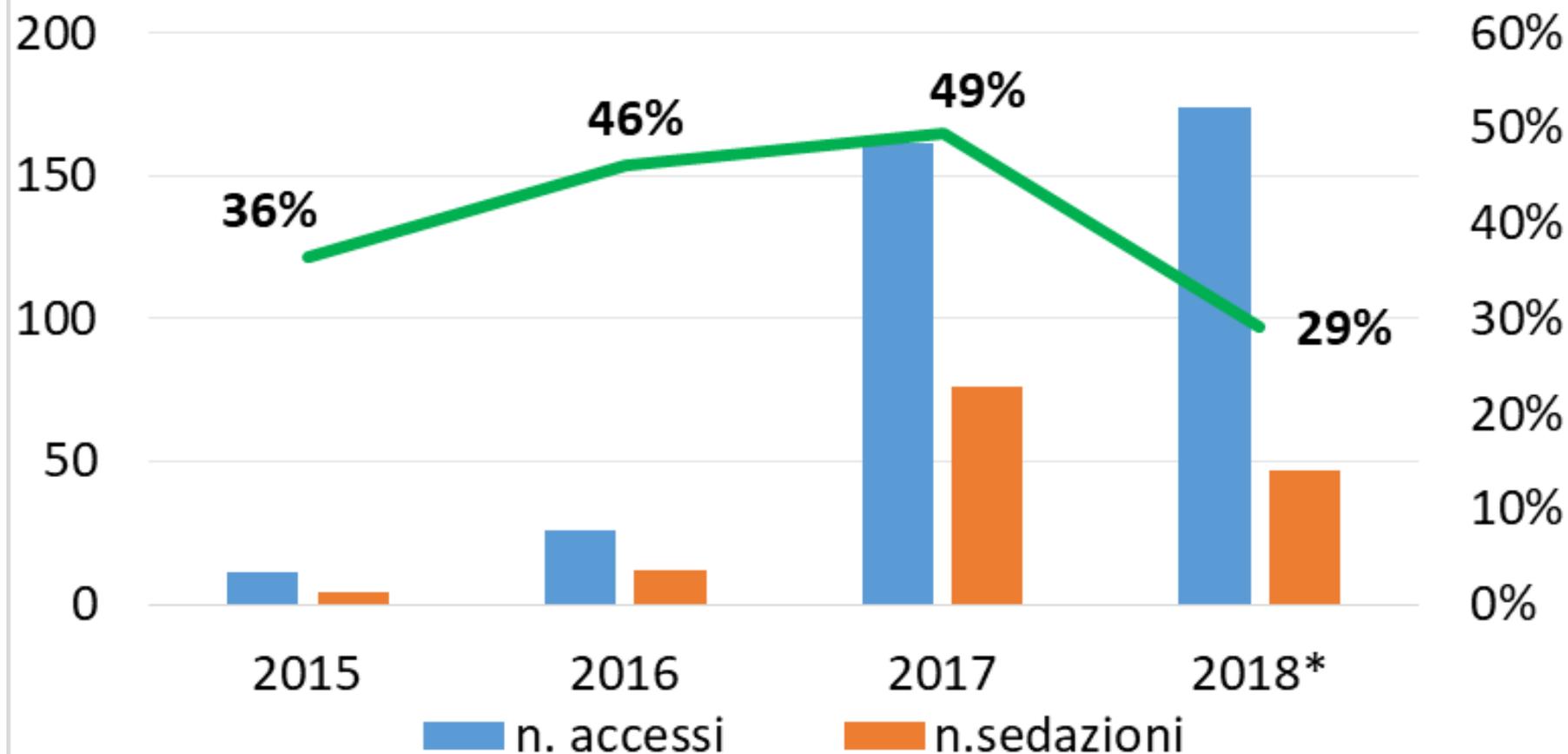
NO ALLA CONTENZIONE!

Accessi DAMA Empoli



*30/09/2018

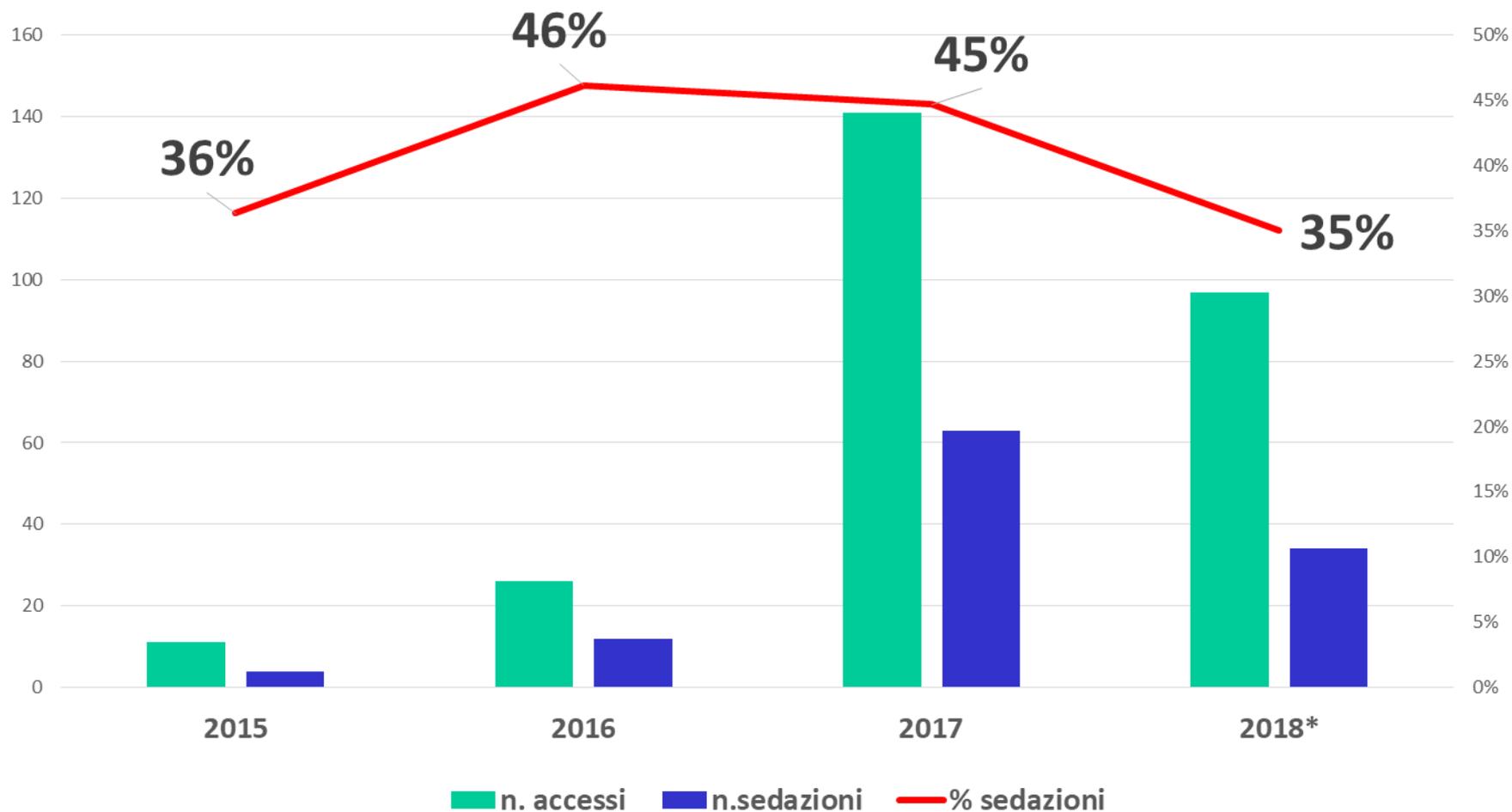
Le sedazioni in tutti gli accessi DAMA



* fino al 30 settembre

Le sedazioni in day service DAMA

(prestazioni e casi più difficili)



* fino al 30 settembre

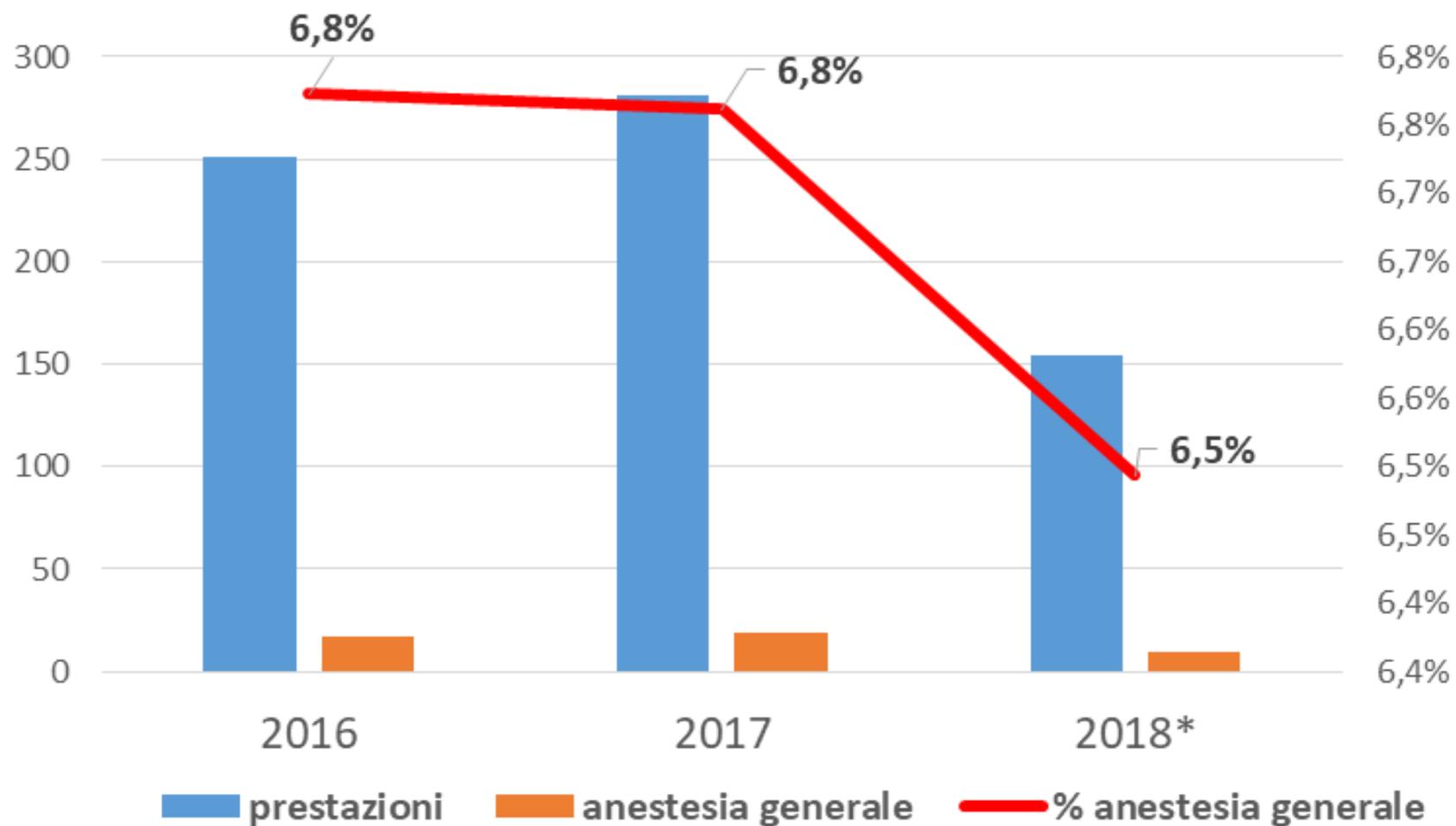
Analizzando i nostri numeri....

Non è da escludere che una migliore esperienza negli adattamenti ambientali e di approccio abbia determinato una minore necessità di ricorso alla sedazione

In ogni caso le situazioni di grave disabilità psichica e di complessità clinica tale da richiedere varie procedure diagnostiche, vengono gestiti

in sedazione e “all in one time”

Odontoiatria DAMA



* fino al 30 settembre

I pazienti con grave disabilità psichica spesso necessitano di una **vera sedazione**

- le procedure mediche non vengono comprese e sono vissute come una **aggressione ingiustificata**
- è necessario in questi casi **ridurre il livello di coscienza**
- ottenendo spesso così **l'amnesia riguardo alla procedura**

La sedazione può porre dei rischi per il paziente e quindi deve essere erogata seguendo indicazioni e procedure chiare.

I livelli di sedazione progrediscono in ***un continuum*** dalla sedazione cosciente alla sedazione profonda fino all'anestesia generale.

Sedazione cosciente

La sedazione/analgesia moderata (sedazione cosciente) è definita come una depressione della coscienza indotta da farmaci durante la quale:

- ❖ I pazienti rispondono ai comandi verbali, da soli o accompagnati da una lieve stimolazione tattile
- ❖ Non sono richiesti interventi per mantenere pervie le vie aeree
- ❖ La ventilazione spontanea è adeguata e la funzione cardiovascolare è solitamente mantenuta

QUESTO E' IL LIVELLO DI SEDAZIONE CHE PUO' ESSERE GESTITO DAL MEDICO NON ANESTESISTA

Sedazione cosciente

Quali farmaci e quali dosaggi per ottenere una sedazione moderata o cosciente?

MIDAZOLAM PER OS LIEVEMENTE SEDATIVO:

0,2 – 0,3 mg/Kg

MIDAZOLAM EV LIEVEMENTE SEDATIVO:

0,025mg - 0,1/Kg nel bambino

1 - 2mg ev nell'adulto, seguito eventualmente da boli di 0,5 mg ogni 30" per un totale di 0,05 – 0,1 mg/Kg in boli refratti (nell'anziano il dosaggio va dimezzato)

FENTANYL EV per sedo-analgesia cosciente

Dosaggio 1mcg/Kg

SEDAZIONE INALATORIA CON MISCELA N2O/O2

La **sedazione è un continuum** nel quale il livello di sedazione raggiunto

- dipende dal farmaco usato, dalla dose, dalla via di somministrazione...
- **ma dipende molto anche dalla variabilità individuale, dall'età, dalle condizioni fisiologiche e patologiche del paziente e dalla terapia abituale.**

Di conseguenza

- gli operatori che intendono produrre un determinato livello di sedazione devono essere in grado di gestire pazienti in cui il livello di sedazione si fa più profondo di quanto inizialmente previsto.

Gli operatori che gestiscono **sedazioni moderate** devono essere in grado di gestire pazienti che entrano in uno stato di **sedazione profonda**

mentre quelli che gestiscono **sedazioni profonde** devono essere in grado di gestire pazienti che entrano in uno stato di **anestesia generale**

E' opportuno pertanto, che la pratica della sedazione da parte di **medici NON specialisti in Anestesia e Rianimazione** **devono limitarsi alla** **sedazione lieve e moderata** **e su pazienti in buone condizioni generali (ASA 1 – 2)**

I medici che eseguono sedazioni lievi e moderate devono aver superato almeno un corso BLSD.

Sedazione profonda

Nel paziente con grave disabilità intellettiva per niente collaborante è necessario ricorrere ad una **sedazione profonda**

la scelta di una sedazione lieve può essere concettualmente sbagliata

la BDZ a basso dosaggio può determinare disinibizione e agitazione (**effetto paradossale**) ed essere così causa di una peggiore gestione dell'approccio sanitario.

Sedazione profonda

In questi pazienti il miglior approccio è quello di una

unica somministrazione orale

bisogna subito giocare la carta più alta, con un elevato dosaggio che permetta una sedazione abbastanza profonda da permettere l'incannulamento venoso senza contenzione

Questo è un livello di sedazione che deve essere gestito dall'anestesista

Quale via di somministrazione

Perché l'approccio orale?

- La somministrazione per **via orale** di solito è **ben accettata e facilmente attuabile** anche nei pz che non si lasciano avvicinare
- La somministrazione **inalatoria** presenta due problematiche:
 - * L'avvicinamento della maschera alla faccia è spesso **inaccettata**
 - * In ambienti diversi dalla sala operatoria l'unica sedazione inalatoria è con la miscela N₂O/O₂, che non permette una sedazione profonda

Quale via di somministrazione

Perché l'approccio orale?

- La somministrazione **endonasale** è poco indicata
 - 1) E' invasiva e difficilmente accettata da una persona non collaborante
 - 2) Il farmaco da iniettare nelle narici dovrebbe avere un piccolo volume e non essere irritante

La concentrazione del midazolam è di 5 mg/ml e nell'adulto sarebbe necessario un volume superiore ai 3 ml, che causa bruciore e colando in faringe provoca tosse

Esiste una preparazione ad alta concentrazione e priva di alcool benzilico che renderebbe più attuale la somministrazione endonasale, che comunque rimane una procedura più invasiva e spesso non tollerata

- La somministrazione **sottocutanea o intramuscolo** è poco indicata: nel paziente che non si lascia toccare prevede comunque una contenzione per poter essere eseguita

Quindi: approccio per via orale

Quale farmaco?

Nella nostra esperienza **il midazolam** è il farmaco più maneggevole e prevedibile per la gestione della sedazione per os.

A dosaggio adeguato (alto!) non presenta l'effetto paradosso che talvolta altre benzodiazepine possono provocare

Midazolam per via orale al dosaggio 0,5 – 0,8 mg/Kg

Onset circa 15-30'

Durata circa 60-90'

Sono disponibili altri farmaci per la sedazione profonda?

Ketamina: **sconsigliabile per gli effetti allucinogeni**, somministrazione ev, im, en

Fentanyl: potente analgesico, da usare in combinazione con sedativo/ipnotico, vie di somministrazione EV, EN

Propofol: potente ipnotico, somministrazione EV, da sedazione fino a anestesia generale

Dexmedetomidina (DEX): sedativo che permette un mantenimento delle vie aeree e della autonomia respiratoria. Di solito è prevista l'infusione EV, ma utilizzato nei bambini anche EN e per os. Nella nostra modestissima esperienza: per os onset lunghissimo, scarsissima sedazione e bradicardia significativa.

Possibile impiego per via EN come rescue **dopo** sedazione orale con midazolam

Sedazione profonda

QUINDI: SEDAZIONE PROFONDA CON MIDAZOLAM PER OS

DOPO DI CHE

è necessario posizionare una cannula venosa

attraverso la quale sarà possibile continuare a gestire un livello di sedazione o sedoanalgesia adeguato alle procedure che dovranno essere eseguite:

SEDAZIONE PROFONDA CON MIDAZOLAM EV

ottenuto con boli ripetibili di 1 – 2 mg (0,03 – 0,1mg/Kg) o con infusione 0,03 - 0,1 mg/Kg/h

SEDOANALGESIA CON MIDAZOLAM E FENTANYL EV

associando al midazolam fentanyl in bolo iniziale 50 – 100 mcg (0,7 – 1,4 mcg/Kg) ripetibile dopo 30' - 40'

SEDAZIONE PROFONDA / NARCOSI CON PROPOFOL EV

Bolo iniziale di 0,5 mg/Kg per sedazione oppure per sedazione profonda / narcosi 1-2 mg/Kg, mantenimento con boli ripetuti di 0,5 mg/Kg oppure infusione ev continua (0,05 – 0,15 mg/Kg/min)

Sicurezza della sedazione

Conoscenza del paziente

Anamnesi (raccolta durante il colloquio, comprensiva della terapia in atto, allergie, ecc)

valutazione delle vie aeree

Digiuno

Secondo le raccomandazioni SIAARTI – ASA

2 ore dall'assunzione di liquidi chiari

6 ore dall'assunzione di pasto solido ma leggero

9 ore dall'assunzione di pasto pesante

Sicurezza dell'ambiente

Sedazione in luogo inusuale!!!

Per luogo inusuale si intende ogni luogo diverso dalla sala operatoria

La sedazione più o meno profonda deve essere gestita con gli standard di sicurezza presenti in ogni luogo deputato a questa attività (sale operatorie, sale di endoscopia, sale di emodinamica).

I locali destinati al progetto DAMA devono rispettare questi standard.

Sicurezza dell'ambiente

L'AMBULATORIO DAMA DEVE ESSERE FORNITO DI:

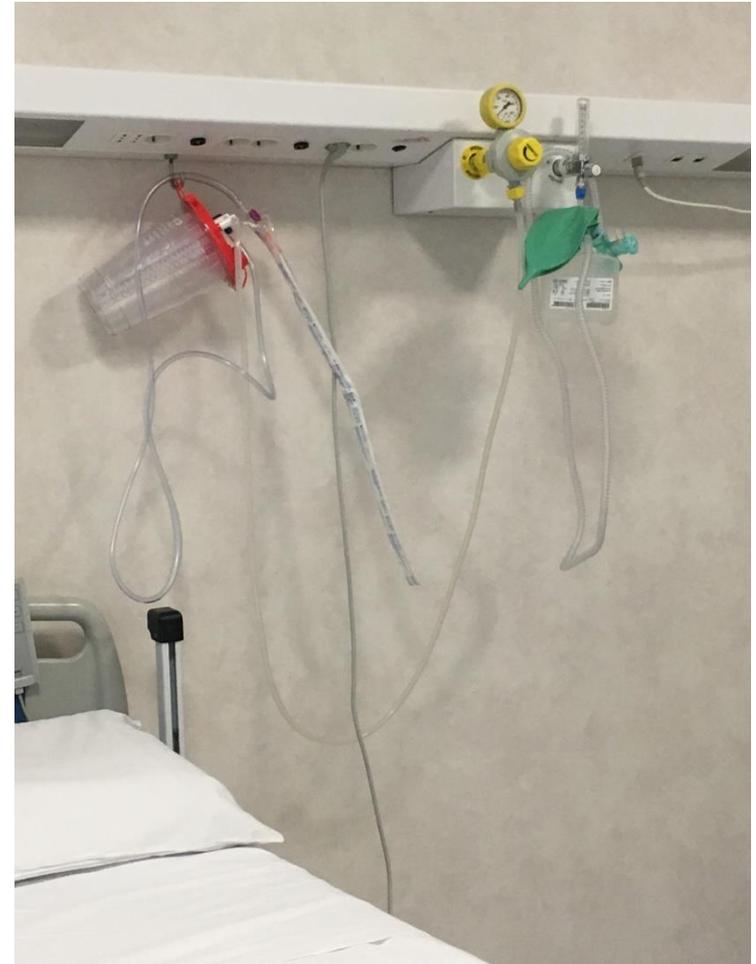
1. Materiale per la somministrazione orale (thè, succo di frutta, bicchiere)
2. Materiale per accesso venoso. Siringhe e materiale per la somministrazione nasale (MAD)
3. Fonte di ossigeno, venti-mask/cannule nasali.
4. Pulsiossimetro, monitor ECG, sfingomanometro (monitor multiparametrico).
Raccomandabile monitoraggio della Et CO2 mediante rilevamento dalle cannule nasali.
5. Sistema di aspirazione e sondini per aspirazione di varie misure
6. Materiale per la gestione delle vie aeree: cannule orofaringee (Guedel/Mayo), laringoscopio con lame di varie misure, tubi orotracheali, raccordi di Mount, maschere laringee
7. Materiale per ventilazione: pallone di ambu, va e vieni.
8. Carrello di emergenza (con farmaci di emergenza, defibrillatore)
9. Farmaci per la sedazione ed antagonisti (in particolare naloxone e flumazenil).

Ambulatorio DAMA

Carrello per sedazione DAMA



Sistema di aspirazione e fonte di O2



Risveglio e “rapida” dimissione

- **Una volta concluse le procedure in sedazione il paziente dovrà recuperare rapidamente uno stato di veglia che gli permetta di lasciare l'ospedale.**
- **Spesso è sufficiente attendere lasciando il pz in ambiente tranquillo**
- **Talvolta potrà essere necessario revertire con maggiore rapidità l'effetto del midazolam, utilizzando il flumazenil**
- **Appena il pz si sveglia l'agocannula venosa deve essere rimossa rapidamente**

In sintesi

(dal punto di vista dell'anestesista...)

- 1) No contenzione**
- 2) Sedazione se occorre**
- 3) La figura dell'anestesista come parte integrante dell'equipe DAMA**
- 4) L'intero ospedale sostiene il progetto DAMA**

Alessandro: tanta paura dell'ospedale e dei dottori!!

Alessandro è un giovane uomo di 32 anni, con sindrome di Down, complicata da disturbi psicotici

Ha una pancreatite cronica per la quale ha subito tanti controlli clinici: ecografie, prelievi ematici, EGDS

Purtroppo è stato più volte contenuto fisicamente per eseguire gli accertamenti necessari, e per lui l'ospedale è diventato un luogo di sofferenza che riconosce anche da lontano, per cui quando si avvicina piange e vuole scappare.

Alessandro ha bisogno di continui controlli: **come possiamo portarlo nel nostro ospedale senza traumi?**

Alessandro: tanta paura dell'ospedale e dei dottori!!

Colloquio con la madre e l'equipe DAMA, pianificazione di una sedazione al bar dell'ospedale(!!!)

Organizzazione di una sedazione **in sicurezza** in luogo **molto inusuale**

Lo aspettiamo al bar, dove beve il suo the (non oltre 20ml!) contenente midazolam, appena iniziano gli effetti, lo portiamo in ambulatorio con la carrozzina

Accesso venoso, modulazione della sedazione e procedure "all in one time" (prelievo, eco addome, visita ORL con fibroscopia, EGDS)

Alessandro continua a venire nel nostro ospedale, adesso ha molto meno paura:

Entra in ospedale, noi lo aspettiamo all'ingresso in abiti borghesi, a braccetto con l'infermiera arriva fino alla sala di attesa del Day service (non entra in ambulatorio!!!)

Prende il suo the "corretto" al midazolam e, appena inizia ad appisolarsi, lo accompagniamo in ambulatorio

Per Alessandro e per la sua famiglia non c'è più lo strazio dell'arrivo in ospedale piangendo e urlando.....

GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Quale farmaco

Abbiamo altri farmaci a disposizione?

- Ketamina**: ottimo farmaco, un vero anestetico che permette il mantenimento dei riflessi di protezione delle vie aeree, dell'autonomia respiratoria, della stabilità cardiovascolare, **ma**
- **ha effetti allucinogeni e dissociativi**, che potrebbero esser molto angoscianti in pazienti con grave disabilità intellettiva o con disturbi psichici. *Immaginate un ragazzo autistico nel quale vengano provocati sogni o incubi, senza che sia possibile spiegarne la natura!*

la via di somministrazione può essere i.m. o e.v, non la via orale

Via di somministrazione	dose	onset	durata
I.M.	4-5 mg/Kg	5 min	15-45 min
I.V	1-2 mg/Kg	1 min	15-20 min

Quale farmaco

Abbiamo altri farmaci a disposizione?

Fentanyl: è un potente analgesico oppioide, da utilizzare insieme al midazolam per sedoanalgesia per procedure dolorose, **ma**

- **non indicato come farmaco di primo approccio per la sedazione di una persona non collaborante**
- **la via di somministrazione può essere e.v o nasale (IN), non la via orale**

Via di somministrazione	dose	onset	durata
I.N.	1-2 mcg/Kg	2-5 min	20-30 min
E.V.	1-2 mcg/Kg	1 min	20-30 min

Quale farmaco

Propofol: è un potente ipnotico, a dosaggio adeguato permette la gestione di vari livelli di sedazione fino all'anestesia generale,

- **la via di somministrazione è solo endovenosa**
- **non indicato come farmaco di primo approccio per la sedazione** in una persona non collaborante che non ha ancora un accesso venoso
- è utilissimo per la modulazione di un piano adeguato di sedazione procedurale dopo aver ottenuto un accesso venoso

Via di somministrazione	dose	onset	durata
E.V.	1- 2 mg/Kg	1-2 min	10-15 min

Quale farmaco

Abbiamo altri farmaci a disposizione?

Dexmedetomidina (DEX): farmaco relativamente

nuovo, molto utilizzato in infusione ev continua in terapia intensiva

Può esserci utile?

Una recente pubblicazione del Meyer lo indica come farmaco utile per la sedazione procedurale dei bambini, sicuro perché non deprime la respirazione e mantiene i riflessi protettivi.

Non abbiamo esperienza dell'uso della DEX per la sedazione dei nostri pazienti

MA

la somministrazione orale ha un onset lunghissimo!

Via di somministrazione	dose	onset	durata
I.M.	1-4 mcg/Kg	10-15 min	45 min
E.V.	1 mcg/Kg in 10' poi 0,7 – 1,4 mcg/Kg/h	10 min	30 min dalla sosp.
I .N.	2-4 mcg/Kg	45 min	45-60 min
Orale	3-4 mcg/Kg	45-60 min	60-90 min

Flumazenil

- E' un antagonista competitivo delle BDZ, legandosi sul recettore GABA di tipo A.
- La dose iniziale consigliata è 0,2 mg somministrati endovena in 15 secondi circa.
- Se non è sufficiente, dopo 60" può essere iniettata una seconda dose di 0,1 mg
- Ripetibile ogni 60" fino a raggiungere una dose totale di 1 mg.

NB: Controindicato in pazienti epilettici, soprattutto se l'epilessia è controllata con BDZ.

Da usare con cautela nei pazienti in terapia con antidepressivi triciclici o in trattamento cronico con BDZ, dove può provocare crisi di astinenza

Tempo di dimezzamento del flumazenil 40 – 80'

Tempo di dimezzamento del midazolam è di 90' – 180'

quindi dopo il risveglio ottenuto con flumazenil valutare il possibile rebound dell'effetto della BDZ

Bibliografia:

- Raccomandazioni SIAARTI per l'esecuzione dell'anestesia e della sedazione al di fuori dei blocchi operatori
- Standard Joint Commission International per l'accreditamento degli ospedali
- American Society of Anesthesiologists: "Continuum of depth of sedation: definition of general anesthesia and levels of sedation/analgesia
- American Society of Anesthesiologists: Practice Guidelines for sedation and analgesia by non-anesthesiologists (V 96, No 4, Apr 2002)
- Analgo-sedazione procedurale pediatrica in pronto soccorso. Documento di consenso adottato dall'Ospedale Meyer