

n° 75 marzo 2008

indice

Reviews

- Assessing mental capacity: the Mental Capacity Act. Timothy R Nicholson et al. *BMJ* 2008; 336: 322-5

Lavori

- Prospective External Validation of the Clinical Effectiveness of an Emergency Department-Based Early Goal-Directed Therapy Protocol for Severe Sepsis and Septic Shock. Jones AE, et al. *Chest* 2007;132: 425-432.
- Out-of-hospital thrombolysis during cardiopulmonary resuscitation in patients with high likelihood of ST-elevation myocardial infarction. Arntz HR et al. *Resuscitation* 2008; 76: 180-184.
- Thrombus Aspiration during Primary Percutaneous Coronary Intervention. Tone Svilaas et al. *N Engl J Med* 2008; 358: 557-567 e l'editoriale di accompagnamento Improving Reperfusion in Patients with Myocardial Infarction. GW Vetovec. *N Engl J Med* 2008; 358: 634-637
- Diagnostic Room-Air Pulse Oximetry: Effects of Smoking, Race, and Sex. Witting MD, et al. *Am J Emerg Med* 2008; 26, 131-136.
- Therapeutic hypothermia induced during cardiopulmonary resuscitation using large-volume, ice-cold intravenous fluid. Bernard SA et al. *Resuscitation* 2008; 76: 311-313.
- Motor Vehicle Crashes Obesity and Seat Belt Use: A Deadly Combination? Ben L. Zarzaur et al. *J Trauma* 2008; 64: 412-419.

Discussione

β -Blockers Are Associated With Reduced Risk of Myocardial Infarction After Cocaine Use. Dattilo PB et al. *Annals of Emergency Medicine* 2008; 51: 117-125 commento di Andrea Fabbri sul n°74

Aggiornamenti

Trombocitopenia indotta dall'eparina a cura di Gabriele Frausini

Inquadramento e gestione del delirium nell'anziano a cura di Valeria Morichi

Violenza domestica in PS. A cura di Luca Iaboli e Alessandra Campani

Redattore Capo: Mauro Fallani¹ mauro.fallani@sanita.marche.it **Redazione:** Andrea Fabbri² dr.andrea.fabbri@gmail.com Rodolfo Ferrari³ dr.rofer@libero.it Luca Iaboli⁴ liaboli@hotmail.com Rita Previati⁵ preri@libero.it **Supervisore:** Alberto Vandelli² a.vandelli@ausl.fo.it

¹U.O. Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ASUR Marche Zona Territoriale 3 Fano, ²DEA AUSL di Forlì, ³DEA S.Orsola-Malpighi Bologna, ⁴DEA Reggio Emilia, ⁵DEA Ferrara

i numeri già usciti sono disponibili all'indirizzo <http://simeu.it/emiliaromagna/index.html>

- **Reviews**

Assessing mental capacity: the Mental Capacity Act. Timothy R Nicholson et al. **BMJ 2008; 336: 322-5**

Per il medico d'urgenza, stabilire la "capacità mentale" (vedi anche il numero 74 di febbraio 2008 di Novità in Urgenza) del paziente relativamente alle decisioni sul proprio stato di salute è spesso un compito arduo e delicatissimo. In Inghilterra e Galles nel 2007 è stato riveduto il "Medical Capacity Act" del 2005, documento nel quale viene tutelato il diritto dei pazienti e fornito ai medici un orientamento per quanto riguarda le questioni legate alla definizione della "capacity" (C); i medici sono legalmente tenuti ad avere letto e compreso il documento, a tenerne conto nel proprio processo decisionale, a giustificare l'essersi distaccati dall'orientamento che vi è consigliato. Ora anche sulla salute, come già stabilito per legge riguardo ad affari e proprietà, in mancanza di C il medico è tenuto a seguire le indicazioni di una persona nominata (un membro della famiglia o dei servizi sociali), tranne che sulle decisioni riguardanti la sospensione delle manovre salva-vita (a meno che non già esplicitamente autorizzate) o qualora si ritenga non si stia agendo nell'interesse del paziente o si stia abusando del suo stato di "incapacità". Le indicazioni che un individuo può avere espresso anticipatamente su come comportarsi in caso di perdita di C vanno rispettate; quelle relative al rifiuto di trattamenti salva-vita sono valide solo se scritte, firmate e testimoniate. Viene legalmente tutelato il comportamento di chi presta cure nella convinzione ragionevole che il paziente manchi di C e ci si comporti nel suo miglior interesse (la documentazione e gli atti hanno un ruolo chiave in queste situazioni) scegliendo tra le tante l'opzione meno restrittiva o costringitiva, mettendosi "nei suoi panni" e pensando cosa avrebbe desiderato per sé se avesse avuto C; per questo cruciale il punto di vista dei familiari. Stabilire la mancanza di C nel paziente prevede che vi sia un deficit delle sue funzioni cerebrali o mentali e che ciò condizioni (relativamente a una ben specifica decisione in uno specifico momento) la possibilità di comprendere, trattenere, utilizzare e soppesare le informazioni rilevanti nel prendere o comunicare una scelta. Non basta il disaccordo tra paziente e medico per definire la mancanza C, ma è fondamentale il processo ed il modo in cui la scelta è maturata; la mancanza di C non va estesa indiscriminatamente a tutte le decisioni rilevanti per il paziente; la C non è immutabile nel tempo (va ristabilita decisione per decisione, e nel corso del tempo perchè la situazione può cambiare, il paziente può cambiare idea o la sua C essere fluttuante).

Commento di Rodolfo Ferrari

- **Lavori**

Prospective External Validation of the Clinical Effectiveness of an Emergency Department-Based Early Goal-Directed Therapy Protocol for Severe Sepsis and Septic Shock. Jones AE, et al. **Chest 2007;132:425–32.**

Lo studio verifica se un percorso dedicato al trattamento mirato e precoce direttamente nel DEA per i casi con sospetto di sepsi severa e shock settico produce un vantaggio in termini di sopravvivenza. Per verificare l'obiettivo sono stati analizzati i dati clinici con follow up dei casi afferiti per un anno ad un dipartimento di emergenza, prima e dopo l'impiego di un percorso dedicato. Lo studio prevedeva l'inclusione di tutti quei casi con segni di infezione e compromissione di 2 o più organi, attraverso un'analisi di confronto pre - post del percorso. Tutti i soggetti sono stati trattati secondo un algoritmo specifico dal medico dell'Urgenza. Il trattamento prevedeva la misurazione della pressione venosa centrale, della pressione arteriosa media, monitoraggio dell'ossigenazione venosa centrale, rimpiazzo volêmico intensivo, uso di vasopressori e agenti inotropi, emotrasfusioni allo scopo di raggiungere l'obiettivo fisiologico della stabilità. La mortalità ospedaliera si è ridotta dal 27% (79 in totale il gruppo dei soggetti studiati prima del percorso dedicato) al 18% (77 casi trattati secondo il percorso dedicato) (95% Confidence Interval da 5 a 21%). Il volume di liquidi infusi è

risultato variare da 2.54 L a 4.66 L, $p = 0.001$ così come la frequenza del ricorso a vasopressori (da 34% a 69% $p < 0.001$) e infine il tempo di trattamento antibiotico si è ridotto da 142 min a 99 min $p < 0.02$.

Conclusioni: un percorso dedicato alla diagnosi e al trattamento della sepsi e dello shock settico fin dall'accesso al DEA è risultato efficace sul piano clinico, apportando vantaggi in termini di riduzione del rischio per mortalità ospedaliera (9% il rischio assoluto, 33% il rischio relativo).

Commento di Andrea Fabbri

Out-of-hospital thrombolysis during cardiopulmonary resuscitation in patients with high likelihood of ST-elevation myocardial infarction. Arntz HR et al. Resuscitation 2008; 76: 180-184.

In questo studio retrospettivo condotto in Germania sono state valutate 53 rianimazioni cardiopolmonari avanzate extra-ospedaliere eseguite in 3 anni, in cui è stata somministrata fibrinolisi (con streptochinasi), durante una fase di ricomparsa del circolo spontaneo, anche se intermittente, in caso di sospetta sindrome coronarica acuta. Si stima che circa il 90% degli arresti cardiaci extra-ospedalieri siano dovuti a infarto miocardico o ischemia miocardica e il 5% a embolia polmonare. Finora sono stati pubblicati studi contraddittori riguardo la somministrazione di trombolisi durante RCP: alcuni studi retrospettivi e case reports hanno mostrato un incremento della sopravvivenza, mentre altri studi randomizzati non lo hanno provato. Le Linee Guida ILCOR 2005 affermano che "la fibrinolisi dovrebbe essere considerata in pazienti adulti in arresto cardiaco con sospetta embolia polmonare, mentre ci sono dati insufficienti per raccomandare di routine l'uso della fibrinolisi in caso di arresto cardiaco da altre cause". In questo lavoro, la fibrinolisi è stata somministrata a discrezione del medico in caso di sospetto infarto miocardico, riconosciuto nell'85% dei casi da un ECG effettuato durante una fase di ripresa del circolo, anche se breve. Il 45% dei pazienti trattati con RCP e fibrinolisi è sopravvissuto, con buon esito neurologico. La diagnosi pre-ospedaliera di infarto miocardico è stata poi confermata in fase intra-ospedaliera nell'88% dei pazienti sopravvissuti.

Conclusioni. Questo studio, che comunque necessita di ulteriori conferme, propone l'utilità della fibrinolisi durante RCP non in tutti i casi di arresto cardiaco, ma in casi strettamente selezionati, in particolare in caso di alta probabilità di infarto miocardico e durante una fase, anche se intermittente, di ripresa del circolo spontaneo.

Commento di Rita Previati

Sonographic Examination of the Appendix in Acute Infectious Enteritis and Acute Appendicitis. Koichi Yabunaka, et al. J Clin Ultrasound 2008;36:63-6

Questo studio prospettico giapponese valuta la capacità ecografica di visualizzare una normale appendice confrontando 296 soggetti raccolti tra casi affetti da enterite infettiva acuta (AIE), appendicite acuta (AA) e controlli asintomatici. L'indagine ecografica (durata media 5 minuti) è stata svolta alla luce dei dati anamnestici, obiettivi e laboratoristici da due operatori accreditati ed interpretata sulla base di immagini statiche (sic!) da due specialisti gastroenterologi. La definizione di un'appendice normale prevedeva l'identificazione (con scansioni longitudinali, trasversali ed a compressione) di una struttura tubulare chiara originata dal cieco (secondo i punti di repere rappresentati da psoas e vasi iliaci), con estremità a fondo cieco, indentificando l'ileo terminale per struttura e movimenti peristaltici e la valvola ileo-cecale, stabilendo inoltre l'assenza di flogosi del grasso periappendicolare. L'appendice è stata visualizzata in 64/91 casi (70.3%) con AIE, 82/85 con AA (i 3 casi l'interferenza era dovuta a perforazione e presenza di ascesso), 59/120 (49.2%) soggetti sani; il diametro appendicolare (\pm deviazione standard) è risultato rispettivamente di 4.5 ± 1.4 mm (AIE), 7.9 ± 2.0 (AA) e 4.5 ± 1.2 (controlli); segni di flogosi del grasso appendicolare sono stati riscontrati in tutti i pazienti con AA ed in nessuno dei controlli e dei casi con AIE. La localizzazione anatomica dell'appendice non è significativamente diversa nei tre gruppi (in prevalenza con estremità nella pelvi); la possibilità di identificare l'appendice meno frequentemente

nei controlli che nei casi di AIE ed AA può essere imputata al minore gas intraluminale associato sia alla distensione fluida ed all'edema dell'intestino che all'ostruzione del lume appendicolare, all'edema del cieco, alla presenza di infiammazione periappendicolare.

Commento di Rodolfo Ferrari

Thrombus Aspiration during Primary Percutaneous Coronary Intervention. Tone Svilaas et al. *N Engl J Med* 2008; 358: 557-567 e l'editoriale di accompagnamento **Improving Reperfusion in Patients with Myocardial Infarction.** GW Vetrovec. *N Engl J Med* 2008; 358: 634-637

Studio randomizzato su 1.071 Pz con IMA con sopraslivellamento dell'ST sottoposti ad angioplastica primaria con tecnica tradizionale (in cui la riperfusione del vaso si ottiene con un catetere con pallone gonfiabile, con possibile embolizzazione distale di materiale trombotico) o con aspirazione del trombo intracoronarico. Tale tecnica è stata eseguita con successo nel presente studio nel 72.9% dei casi randomizzati. Nei Pz sottoposti a angioplastica con aspirazione del trombo vi è stata una riduzione dei soggetti con riperfusione minima o assente dopo la procedura (17.1% vs 26.3% - risk ratio [RR]=0.65, p<0.001). Inoltre la tecnica con aspirazione ha dimostrato una maggior percentuale di completa risoluzione del sopraslivellamento dell'ST (56.6% vs 44.2% (RR=1.28, p<0.001). Gli Autori concludono nell'applicabilità di tale tecnica nella maggioranza dei Pz con IMA con ST sopraslivellato con una miglior riperfusione e un miglioramento degli outcomes. Anche l'editoriale di accompagnamento conviene nella maggior efficacia della tecnica con aspirazione del trombo, ma chiede di trasportare i favorevoli risultati anche nella pratica clinica piuttosto che in un singolo studio.

Commento di Mauro Fallani

Diagnostic Room-Air Pulse Oximetry: Effects of Smoking, Race, and Sex. Witting MD, et al. *Am J Emerg Med* 2008; 26, 131-136.

L'impiego nella pratica corrente del pulsiossimetro per la misurazione della saturimetria digitale è diventato estremamente diffuso in tutti i dipartimenti dell'emergenza, fin dalla fase di triage. In molti casi l'impiego rappresenta un passaggio fondamentale per la decisione di somministrare o meno ossigeno. Nonostante la scarsa accuratezza del test la maggior parte di noi somministrerebbe ossigeno ad un paziente che presenta valori di saturazione 88% mentre la decisione verrebbe riconsiderata se la saturimetria risulta superiore a 97%, indipendentemente dalle condizioni cliniche generali. In tempi recenti alcuni autori hanno addirittura sostenuto l'ipotesi che la saturimetria rappresenti il quinto segno vitale, fondamentale elemento di valutazione soprattutto nella fase di triage così come nella diagnosi differenziale fra patologie quali l'embolia polmonare o/e le polmoniti, al punto che il medico impiega correntemente questo test per completare la sua valutazione clinica. Detto questo quale è il limite inferiore da considerarsi normale nella pulsiossimetria? Considerando la bassa sensibilità e specificità del metodo, quale è il valore di riferimento per un fumatore? Devono essere considerati cut off diversi fra fumatori e non fumatori? Può essere utilizzata per valutare la quantità di ossigeno da somministrare ad un paziente? In questo articolo viene fatta un'analisi della distribuzione dei valori normali di saturimetria utilizzando il pulsiossimetro attraverso la valutazione di soggetti con patologie non correlate a quelle di tipo respiratorio per verificarne la distribuzione dei valori.

In un campione di 871 soggetti, il 5.7% presentava valori di saturimetria inferiore al 97% mentre 1.5% valori inferiori a 96%. Il rilievo di questi valori risultava associato a: sesso maschile (OR 3.8 95%CI 2.5-5.6); età >60 anni 2.4 (1.3-4.5); razza bianca 5.3 (3.6-7.8); obesità, 3.2 (2.1-4.8); anamnesi di asma 3.2 (1.6-6.2). Non risultano associazioni con l'abitudine al fumo.

Conclusioni: una misurazione della saturimetria in aria ambiente con valori inferiori a 97% è riscontro raro in soggetti adulti vigili e asintomatici. Valori inferiori a 97% sono riscontro più frequente in soggetti maschi e di razza bianca e con alcuni fattori di rischio.

Commento di Andrea Fabbri

Therapeutic hypothermia induced during cardiopulmonary resuscitation using large-volume, ice-cold intravenous fluid. Bernard SA et al. **Resuscitation 2008; 76: 311-313.**

Molti lavori sono stati pubblicati negli ultimi anni riguardo l'ipotermia indotta nel paziente rianimato da arresto cardiaco extra-ospedaliero, da quando sono uscite le Linee Guida ILCOR del 2003 che raccomandano questa procedura, in pazienti selezionati, al fine di migliorarne l'outcome neurologico. In questo case report viene proposta l'ipotermia già durante la rianimazione cardiopolmonare, prima del ROSC. E' presentato il caso di un paziente in cui l'arresto cardiaco si era verificato in seguito a tamponamento cardiaco in ambiente intra-ospedaliero e in cui la rianimazione cardiopolmonare, iniziata dopo 2 minuti dall'arresto, era durata 37 minuti (tempo dall'arresto al ROSC). Il raffreddamento è stato condotto con infusione di 3 litri di Ringer lattato a 4 gradi alla velocità di 150 ml/m'. L'ipotermia è stata mantenuta a 33 gradi per 12 ore. Il paziente alla dimissione viene descritto senza deficit neurologici.

Conclusioni. Anche se questa è la descrizione di un singolo caso e se non esistono al momento studi al riguardo, poiché viene riportato che più precoce è l'inizio dell'ipotermia e migliore è l'esito neurologico del paziente, merita attenzione l'idea di iniziare l'ipotermia già nella fase di rianimazione e di considerare l'infusione di fluidi raffreddati, se immediatamente disponibili senza comportare ostacolo alla RCP, appena reperito l'accesso venoso.

Commento di Rita Preati

Motor Vehicle Crashes Obesity and Seat Belt Use: A Deadly Combination? Ben L. Zarzaur et al. **J Trauma 2008; 64: 412-419.**

Un ulteriore motivo per dimagrire: osservazioni hanno mostrato che i soggetti obesi tendono, per effetto dell'impedimento legato alla loro dimensione, a non allacciare le cinture di sicurezza in auto o ad allacciarle in modo non appropriato. E' altrettanto noto che il malposizionamento delle cinture si traduce in un incremento del rischio di traumi a seguito di un incidente stradale, in particolare per i traumi addominali. Data la rilevanza del problema negli USA, lo studio mette a confronto soggetti obesi e non obesi per valutarne il rischio di mortalità a 30 giorni dipendente dall'obesità dopo normalizzazione per le altre variabili connesse al trauma. Ulteriore outcome testato l'effetto dell'obesità sul trauma addominale. Studiato un gruppo di 9.313 casi del National Automotive Sampling System-Crashworthiness Data System database.

I risultati dimostrano che l'inappropriato impiego della cintura di sicurezza nei soggetti obesi raddoppia il rischio di morte per le complicazioni legate ad un trauma addominale (OR 9.71 [95%CI 5.08 -18.56]) rispetto ai soggetti non obesi (OR 5.26 [3.07-9.03]) nelle stesse condizioni di trauma.

Conclusioni: i soggetti obesi sono particolarmente a rischio di trauma addominale nel corso di un incidente d'auto e in particolare di complicanze gravi legate alla loro condizione di obesi. Tale rischio pare essere fortemente condizionato dalla inappropriata dell'impiego delle cinture, comportamento particolarmente diffuso fra questi soggetti.

Commento di Andrea Fabbri

• **Discussione**

β -Blockers Are Associated With Reduced Risk of Myocardial Infarction After Cocaine Use. Dattilo PB et al. **Annals of Emergency Medicine 2008; 51: 117-125** commentato da Andrea Fabbri sul numero 74

Gli autori concludono che, nei pazienti con esame tossicologico positivo per cocaina, i benefici dell'effetto protettivo dei β -bloccanti sul miocardio superano i potenziali effetti negativi della non controbilanciata stimolazione α -adrenergica. Nonostante siano presenti evidenti limitazioni metodologiche e la numerosità del campione sia insufficiente per poter trarre conclusioni, ma anche

definiti indirizzi di ricerca futura relativamente al trattamento del dolore toracico/SCA nell'intossicazione da cocaina, questo studio, a mio avviso, fornisce interessanti spunti di riflessione. Considerato il largo uso di cocaina e la relativamente bassa frequenza di intossicazioni acute e, fra queste, la bassa incidenza di infarto miocardico, i medici d'urgenza ed i cardiologi si trovano statisticamente molto più spesso a dover gestire pazienti con SCA e potenziali consumatori di cocaina, piuttosto che intossicazioni acute da cocaina con infarto miocardico cocaina-associato.

Sarebbe quindi giustificato sottoporre al test tossicologico per la cocaina tutti i pazienti con NSTEMI o sospetta SCA, ma la sola positività alla cocaina nelle urine, in assenza di una quadro da intossicazione acuta, potrebbe indurre a modificare il piano terapeutico o controindicherebbe di per sé l'uso di un beta-bloccante in un paziente con SCA?

Conseguentemente, stante il comprovato valore terapeutico dei beta-bloccanti nella SCA, è giustificato negare ad un paziente tale opportunità terapeutica per il solo motivo che questi fa uso abituale, o ha fatto uso di recente, di cocaina?

Credo che, al di là dell'eterna controversia sull'uso del β -bloccante nella intossicazione da cocaina, sia più utile sul piano clinico, oltre che metodologicamente ed eticamente più percorribile, provare a dare una risposta definitiva a questi quesiti.

1. Albertson TE, Dawson A, de Latorre F, et al; American Heart Association; International Liaison Committee on Resuscitation. TOX-ACLS: toxicologic-oriented advanced cardiac life support. *Ann Emerg Med.* 2001;37(4 suppl):S78-90.

Commento di Paolo Pinna Parpaglia U.O. Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso P.O. "SS Annunziata" ASL n.1 - Sassari

• Aggiornamenti

Trombocitopenia indotta dall'eparina a cura di Gabriele Frausini UOC Medicina ZT3-Fano ASUR Marche

Patologia dovuta ad anticorpi diretti contro il complesso PF4-eparina. Può essere indotta sia dall'eparina non frazionata come dalle eparine a basso peso molecolare. Il meccanismo patogenetico è dose indipendente ed anche piccole dosi (per esempio l'eparinizzazione di un catetere venoso) possono scatenare ed automantenere la patologia.

Da sospettare se la conta piastrinica è inferiore a 100.000/mmc o ridotta del 50% rispetto al valore basale 5-15 giorni dopo inizio terapia (possibile si realizzi più rapidamente se recente, pregresso trattamento eparinico). Quando si inizia una terapia con eparina non frazionata o eparine a basso peso molecolare sarebbe corretto programmare un controllo della conta piastrinica a 5, 10 e 15 giorni. Nella trombocitopenia indotta dall'eparina il rischio trombotico è aumentato di 30 volte e nel 20-50% dei pazienti sono documentabili complicanze trombotiche.

Terapia:

- sospensione immediata della somministrazione di eparina
- trattamento anticoagulante con inibitori diretti della trombina (Lepirudina, Argatroban) o inibitori del fattore Xa (Danaparoid).

Lepirudina (Refludan®): 0.4 mg/Kg in bolo ev, 0.15 mg/Kg/h in infusione continua (PTT range 1.5-2.5 volte il valore basale) somministrabile una sola volta nella vita per il pericolo di anafilassi fatale

Argatroban: 2 gamma/Kg/min senza bolo iniziale (PTT range 1.5-3)

Danaparoid (Orgaran®): 2250 U in bolo ev, 400 U/h per 4h in infusione continua, a seguire 300 U/h per 4 h , e poi 200 U/h monitorando attività anti-Xa (0.5-0.8 U anti-Xa/ml).

Bibliografia:

Heparin induced thrombocytopenia thrombosis (HIT/T) syndrome: diagnosis and treatment. T P Baglin. *J Clin Pathol.* 2001; 54: 272-274

Heparin-Induced Thrombocytopenia . Gowthami M et al. *N Engl J Med* 2006; 355: 809-17

Inquadramento e gestione del delirium nell'anziano a cura di Valeria

Morichi, PS e MURG ZT3-Fano Asur Marche

Definizione secondo il Dipartimento di Salute Mentale: Presenza di tutti e quattro i seguenti criteri oppure i primi tre in assenza di altri motivi che spieghino il quadro:

1. Disturbo dello stato di coscienza, con riduzione della capacità di focalizzare, spostare o mantenere l'attenzione
2. Disturbi cognitivi (memoria, pensiero, orientamento, linguaggio) e/o percettivi (allucinazioni, illusioni) e/o comportamentali (aggressività, ansia, agitazione, vagabondaggio, apatia, letargia), non giustificati da un precedente deterioramento cognitivo.
3. Comparsa acuta (ore o giorni) e fluttuazioni nell'arco della giornata (tipico aggravamento la sera)
4. Evidenze dalla storia, dall'esame fisico e dai dati di laboratorio degli effetti di una patologia organica sistemica in corso e/o fattori tossici e/o farmaci e/o cause multiple.

Forme cliniche:

- Forma "iperattiva": paziente vigile, iperattivo, rispondente agli stimoli
- Forma "ipoattiva": paziente torpido, con ridotta attività psicomotoria e/o ridotta vigilanza
- Forma "mista": alternanza delle due forme durante la giornata o nel corso dello stesso episodio.

Fisiopatologia su base funzionale: la riduzione delle capacità omeostatiche cerebrali che accompagna l'invecchiamento (anche fisiologico) fa sì che il SNC sia uno dei primi organi a manifestare segni di sofferenza anche quando la patologia interessa primariamente altri organi o distretti. E' l'emblema della presentazione atipica delle patologie nell'anziano, ma è grandemente misconosciuta e sottodiagnosticata, soprattutto in pazienti con deterioramento cognitivo già noto (in cui è più frequente) e nelle forme ipoattive.

FATTORI DI RISCHIO PREDISPONENTI		FATTORI PRECIPITANTI
Età avanzata	Correlazione inversa: maggiore è la gravità e/o il numero dei fattori predisponenti (ovvero più il soggetto è "fragile") minore deve essere la gravità del fattore precipitante	Immobilità
Malattia grave		Contenzione fisica
Deterioramento cognitivo		Eventi iatrogeni (es. interventi chirurgici)
Deficit sensoriale visivo		Aggiunta di farmaci psicoattivi
Polifarmacoterapia		Malattie intercorrenti
Deficit funzionale		Disidratazione, malnutrizione
Abuso di alcool		Ritenzione urinaria o fecale
Depressione		Dolore
Deficit sensoriale uditivo		Manovre invasive (cateterismo venoso o vescicale)
Uso abituale di farmaci psicoattivi		Privazione di sonno o privazione sensoriale
		Modificazioni ambientali

Cause:

- Infezioni
- Patologie cardiorespiratorie (IMA, scompenso cardiaco, tromboembolia polmonare, BPCO, ipossia,..)
- Squilibri idroelettrolitici (ipo-ipernatriemia, ipo-ipercalcemia, ipo-iper magnesemia, ipo-iper osmolarità, disidratazione, insufficienza renale)
- Squilibri endocrinometabolici (uremia, insufficienza epatica, ipo-iper glicemia, insufficienza surrenalica, cachessia, distiroidismi, disparatiroidismi, anemia, deficit vitaminici di B12, folati, tiamina)
- Farmaci (assunzione)
 - Alto rischio: analgesici (FANS, ASA, oppiacei come codeina, morfina, meperidina), antiparkinsoniani, sedativi ipnotici (benzodiazepine), steroidi, antipsicotici (fenotiazine e atipici), antidepressivi (triciclici e litio)
 - Rischio intermedio: anticolinergici, antistaminici (clorfeniramina, difenidramina), cardioattivi (beta e alfa-bloccanti, ACE inibitori, calcio-antagonisti, diuretici, digossina, amiodarone, lidocaina), antibiotici (levofloxacina), antivirali (amantidina, zidovudina), antiparassitari (cloroquina), antitubercolari (isoniazide, rifampicina), ansiolitici (benzodiazepine), miorilassanti, neurolettici (clorpromazina)

- Basso rischio: antibiotici (amfotericina, penicilline, cefalosporine, cotrimoxazolo, altri chinolonici), antipsicotici (butiferroni), antidepressivi (SSRI, IMAO), anticonvulsivanti (barbiturici, fenitoina, valproato, carbamazepina), antiacidi
- Farmaci (astinenza): benzodiazepine, barbiturici
- Sostanze esogene (assunzione o astinenza): alcool, caffeina, allucinogeni, anfetamine, cocaina, oppiacei
- Tossici (esposizione): monossido di carbonio, solventi organici, manganese, mercurio, metalli pesanti, piombo.

Acronimi etiologici:

The seven "I"	"DELIRIUMS"	"VINDICATE"
Iatrogenic	Drugs	Vascular
Infection	Environment/Eyes/Ears	Infections
Injury	Low oxygen	Nutrition
Illness exacerbation	Infections	Drugs
Inconsistent environment	Ritention	Injury
Inconsistent caregiver	Ischemia	Cardiac
Is patient depressed?	Undernutrition/Underhydratation	Autoimmune
	Metabolic	Tumors
	Subdural haematoma/Sleep deprivation	Endocrine

Diagnosi: Esistono test diagnostici per il delirium, standardizzati e di rapida esecuzione, tra cui la più usata e validata (anche in unità di terapia intensiva) è la **CAM (Confusione Assessment Method, Inouye, 1990)**, che possiede alta sensibilità (>94%) e specificità (>90%).

Il CAM è allegato alla fine dell' articolo.

Approccio diagnostico:

- Anamnesi: insorgenza, decorso e tipologia dei sintomi, precedenti episodi, presenza di fattori predisponenti o precipitanti
- Esame obiettivo: particolare attenzione a parametri vitali, livello di coscienza, esame neurologico, stato nutrizionale e di idratazione, ritenzione urinaria o fecale
- Esami di laboratorio e strumentali: di primo livello emocromo, funzione renale ed elettroliti (Na, K, Ca), funzione epatica, glicemia, PCR, enzimi miocardici, esame urine, ECG, Rx torace; di secondo livello dosaggi ormonali, vitamina B12 e folati, ammoniemia, EGA, tossicologico, esami colturali, puntura lombare, TAC encefalo, EEG.

Caratteristiche cliniche	DELIRIUM	DISTURBI PSICHIATRICI	DEMENTIA
Esordio	acuto	variabile	insidioso
Decorso	fluttuante	variabile, spesso periodico	continuo e progressivo (nella LBD c'è tipicamente fluttuazione dei sintomi)
Stato di coscienza	compromesso	mantenuto	mantenuto fino agli ultimi stadi
Attenzione	compromessa	compromessa nella depressione	mantenuta fino agli ultimi stadi
Memoria a breve termine	compromessa	mantenuta	compromessa
Disorientamento	comune	raro	assente fino agli ultimi stadi
Allucinazioni	soprattutto visive	soprattutto uditive	spesso assenti
Ideazione e linguaggio	delirio a contenuto elementare, preoccupazioni inconsistenti, linguaggio inappropriato	delirio a contenuto complesso, preoccupazioni fisse e consistenti, eloquio rallentato e povero di espressione emotiva, idee pessimistiche e centrate sul malessere	alterazioni variabili
Età avanzata	comune	rara	comune
Deterioramento cognitivo persistente	comune	raro	
Patologie organiche persistenti	comuni	rare	comuni nella forma vascolare
Tremore	frequente	non usuale	comune nelle forme sottocorticali

Diagnosi differenziale:

- Demenza, in particolare la demenza frontale e la demenza a corpi di Lewy (LBD)
- Disturbi psichiatrici

- Psicosi
- Depressione
- Disturbo bipolare
- Patologie organiche del SNC (stato epilettico a-convulsivo, ipertensione endocranica, traumi cranici, ritardo mentale, neoplasie,..).

Terapia non farmacologica:

- stabilizzare i parametri vitali
- correggere le cause (tra cui anche i deficit sensoriali e il dolore)
- mantenere adeguata idratazione ed apporto nutrizionale
- mantenere regolarità dell'alvo e della minzione (se possibile evitando il catetere vescicale), del ritmo sonno-veglia e dell'orario dei pasti
- evitare l'allettamento e la contenzione fisica
- relazionarsi con il paziente parlando lentamente, in modo chiaro e semplice, evitando di discutere; informare e tranquillizzare i familiari
- attuare modificazioni ambientali allo scopo di eliminare fattori stressanti per il paziente (creare e garantire un ambiente tranquillo e familiare rimuovendo oggetti non necessari, favorendo l'orientamento con oggetti noti, orologi, calendari, presenza dei familiari, buona illuminazione, evitando la vicinanza con altri pazienti agitati o in condizioni gravi)
- attuare una gestione multidisciplinare, utilizzando protocolli standardizzati e condivisi.

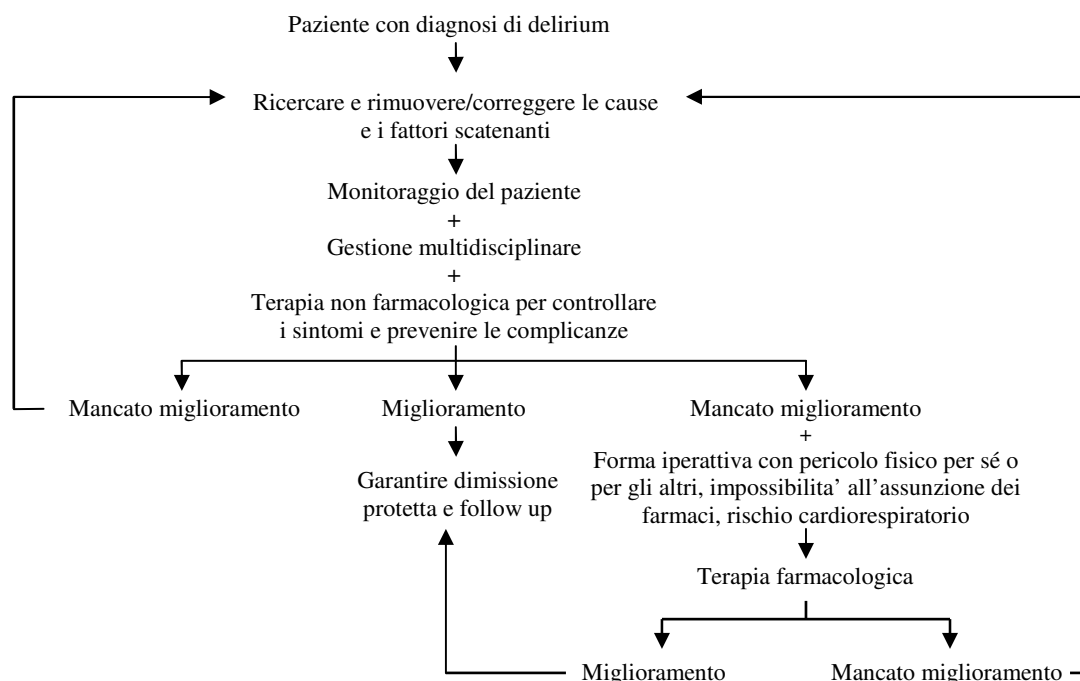
Terapia farmacologica:

- utilizzare solo quando la terapia non farmacologica sia risultata insufficiente e la persistenza del delirium renda il paziente pericoloso per sé o per gli altri, gli impedisca di assumere la terapia o rappresenti un rischio cardiorespiratorio
- usare i farmaci alla dose minima efficace e per il minor tempo possibile (in genere fino a 36 ore dopo il raggiungimento della stazionarietà), sotto stretto monitoraggio clinico
- tenere presente che tutti i farmaci possono potenzialmente peggiorare il delirium (effetto paradossale)
- controindicata in caso di delirium ipoattivo.

MOLECOLA E NOME COMMERCIALE	INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI	POSOLOGIA	PRINCIPALI EFFETTI COLLATERALI
Aloperidolo (<i>Serenase</i>) Fiale im o ev 2-5 mg Gtt po 0.2% (10 gtt = 1 mg)	Di prima scelta, soprattutto in presenza di decadimento cognitivo. Controindicato nei parkinsonismi.	In fase acuta: 0.5-1 mg ev o im, ripetibile ogni 30 min per 2 volte. Mantenimento: Dose media 3 mg/die po divisi in 2-3 somministrazioni, da ridurre gradualmente. Dose max: 7 mg/die.	Allungamento QT, depressione respiratoria, disturbi extrapiramidali, sindrome maligna da neurolettici, ipotensione.
Promazina (<i>Talofen</i>) Fiale im o ev 50 mg Gtt po 4% (1 gtt = 2 mg)	Di seconda scelta rispetto all'aloiperidolo per maggiore rischio di effetto paradossale.	In fase acuta: 25-50 mg ev o im, ripetibili dopo 30-60 min. Mantenimento: Dose media 20-30 mg/die. Dose max: 200 mg/die.	Ipotensione, tachicardia.
Prometazina (<i>Farganesse</i>) Fiale im	Di scelta nei parkinsonismi o LBD.	In fase acuta: ½ fl im, ripetibile dopo 30 min. Mantenimento: altre molecole.	Ipotensione, tachicardia.
Delorazepam (<i>En</i>) Fiale im o ev 0.5-2-5 mg Gtt po 0.1% (1 mg = 26 gtt)	Di scelta nei parkinsonismi. Evitare in presenza di decadimento cognitivo (eccetto LBD) per peggioramento dello stesso e per rischio di effetto paradossale.	In fase acuta: 0.5-2 mg im o ev. Mantenimento: Dose media 1-2 mg/die in 2-3 somministrazioni. Dose max: 3 mg/die.	Decadimento cognitivo, depressione respiratoria, sindrome da sospensione.
Diazepam (<i>Valium</i>) Fiale im o ev 10 mg	Di scelta nelle forme da astinenza da alcool e benzodiazepine.	In fase acuta: 5-10 mg im o ev. Mantenimento: usare delorazepam.	Decadimento cognitivo, depressione respiratoria, sindrome da sospensione.

Gestione del paziente anziano con delirium:

- 1) Ricercare e riconoscere il delirium nei pazienti a rischio
- 2) Riconoscere e trattare le cause
- 3) Controllare i sintomi con terapia non farmacologica e farmacologia
- 4) Prevenire le complicanze (cadute, autolesionismo, decubiti, infezioni nosocomiali, decadimento funzionale, over sedazione, malnutrizione/disidratazione,...)
- 5) Fornire un supporto clinico-assistenziale, assicurando una dimissione protetta e il follow up.



Bibliografia specifica:

Giorn Gerontol 2000;48:434-440

<http://www.bsg.org.uk>

<http://www.health.vic.gov.au>

<http://www.psych.org>

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Considera la diagnosi di delirium se sono presenti i criteri 1 e 2 + uno tra il criterio 3 e il criterio 4.

CRITERI	PRESENTE	ASSENTE
1. ESORDIO ACUTO E DECORSO FLUTTUANTE C'è evidenza di un cambiamento acuto dello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? Il comportamento (anormale) fluttua durante la giornata (va e viene, o si modifica in intensità)?	sì	no
2. DEFICIT DELL'ATTENZIONE Il paziente presenta difficoltà a focalizzare l'attenzione (per esempio è facilmente distraibile) o a mantenere il filo del discorso?	sì	no
3. PENSIERO DISORGANIZZATO Il pensiero del paziente è disorganizzato o incoerente: tipo eloquio sconnesso, ideazione non chiara o illogica, o con rapido o imprevedibile cambiamento di argomento?	sì	no
4. ALTERATO LIVELLO DI COSCIENZA In generale, come definireste il livello di coscienza del paziente?	iperallerta, letargia, stupore, coma.	vigile

I seguenti elementi clinici permettono poi la caratterizzazione clinica del delirium, ma non contribuiscono alla diagnosi.

- Disorientamento spaziale e/o temporale.
- Deficit di memoria.
- Disturbi della percezione (allucinazioni, illusioni,...).
- Livello motorio aumentato (restless legs syndrome, tamburellare delle dita, continuo cambiamento di posizione,...) o ridotto (lentezza, rallentamento motorio, catatonìa, fissità dello sguardo,...).
- Alterazione del ritmo sonno/veglia.

Inouye SK et al. Annali Int Med 1990; 113: 941-948.

Violenza domestica in PS. A cura di Luca Iaboli e Alessandra Campani * (*Responsabile area formazione “Associazione Nondasola”, Centroantiviolenza comune di Reggio Emilia)

La violenza domestica è un problema che riguarda tutti. E' inoltre un problema di salute pubblica ed individuale ed in questo senso riguarda doppiamente il medico. Il medico ed il personale sanitario del PS hanno poi un ruolo molto importante, potendo identificare l'abuso e consigliare un percorso. Nella nostra cultura la famiglia viene spesso identificata come luogo di protezione dove le persone cercano amore, accoglienza, sicurezza e riparo. Ma come dimostrano le statistiche, per molte donne è invece il luogo più rischioso, in cui più frequentemente viene agita violenza da parte degli stessi uomini a cui le donne danno, o hanno dato fiducia e amore, ma da cui subiscono esercizio di potere e controllo. Quasi sempre i comportamenti violenti sono agiti da una persona intima con la donna, il partner-convivente o da altri membri del gruppo familiare (padri, fidanzati, ex-partner, fratelli, figli). Se le statistiche mondiali (1) riferiscono che 1 donna su 2 nel mondo subisce violenza da parte da un membro della famiglia, le statistiche comunitarie ci dicono che una donna su cinque ha subito nella vita una qualche forma di violenza. In Europa la violenza rappresenta la prima causa di morte delle donne nella fascia di età tra i 16 e i 50 anni.

In Italia? Numeri alla mano non siamo migliori di altri. Da una recente indagine ISTAT (2), emerge che 6 milioni 743 mila donne dai 16 ai 70 anni sono vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita (corrispondenti al 31,9%). Vedi il box a destra per i dettagli.

In Italia il 57% degli omicidi compiuti nell'ultimo anno sono stati femminicidi: mogli, amanti, fidanzate, attuali o ex.

Nel 2003 sono state uccise 161 donne da parte di partners o ex-partners (in media una ogni poco più di due giorni); nel 2002 sono state 223!

L'abuso e la violenza contro la partner (NDR: “Intimate Partner Violence” degli americani) sono uno schema di comportamento coercitivo o aggressivo che include aggressione fisica, sessuale e psicologica, oppure coercizione economica che adulti o adolescenti usano nei confronti del partner (3). Si tratta in definitiva di tattiche o comportamenti che sono utilizzate dal persecutore per guadagnare asservimento o controllo sulla vittima (vedi esempi in Tab. 1).

Dati indagine ISTAT: “La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia” (2)

- 5 milioni di donne hanno subito violenze sessuali (23,7%)
- 3 milioni 961 mila hanno subito violenze fisiche (18,8%)
- circa 1 milione ha subito stupri o tentati stupri (4,8%).
- il 14,3% delle donne con un rapporto di coppia attuale o precedente ha subito almeno una violenza fisica o sessuale dal partner (se si considerano solo le donne con un ex partner la percentuale arriva al 17,3%)
- il 24,7% delle donne ha subito violenze da un altro uomo
- mentre la violenza fisica è più di frequente opera dei partner (12% contro 9,8%), l'inverso accade per la violenza sessuale (6,1% contro 20,4%) relativa soprattutto a molestie sessuali. La differenza è invece quasi nulla per stupri e tentati stupri.

Tab. 1: Tattiche usate dai persecutori per guadagnare potere e controllo sui partners (4)	
Categoria	Esempio
Violenza verbale	“Sei stupida. Sono buono ad occuparmi di te.”
Violenza psicologica	La vittima è obbligata a fare cose contro i propri principi religiosi o morali
Uso dei bambini	Minacciare di portare via i figli per forzare la vittima a fare ciò che si vuole
Isolamento	La vittima è tenuta lontano da familiari e amici, senza nessuno cui confidarsi
“Privilegio maschile”	“E’ diritto dell’uomo scegliere dove e come vivere.”
Abuso economico	Le finanze sono controllate dal persecutore e la vittima non ha accesso al denaro
Minaccia di violenza a familiari	“Se mi lasci, faccio male ai bambini.”
Abuso sessuale	Un abuso sessuale del partner avviene spesso in caso di violenza domestica
Minaccia di violenza fisica	“Se mi lasci ti uccido.”
Violenza fisica	Spinte, pugni, schiaffi, calci, ...

In pratica, anche se uomini in relazioni sia etero che omosessuali possono subire violenza, la maggior parte delle vittime di violenza domestica sono donne (5). Sempre più chiaro è che bambini cresciuti in ambienti violenti sono anch’essi coinvolti, se non fisicamente, emotivamente (*NDR: se non è detto che un bambino che è vissuto in un ambiente violento diventi tale, è vero che un adulto violento è un bambino cresciuto in un ambiente violento*), di qui una ragione in più per tentare di identificare una di questa famiglie “a rischio”. Negli USA si stima che la violenza domestica ha portato 5.6 milioni di utenti in PS nel 1996. E’ importante notare che le lesioni traumatiche rendono conto solamente di una parte delle visite e che le vittime di violenza domestica possono presentarsi con una grande varietà di problematiche: dall’ansia alla depressione, da sindromi dolorose croniche a complicanze di una gravidanza. Alcune ricerche suggeriscono che tra il 4 e il 15% delle donne viste in PS sono lì a causa di sintomi correlati al violenza domestica (9-10).

Il costo delle cure mediche alle vittime di violenza domestica è stimato essere in USA di circa 4,1 miliardi di \$ all’anno, ma i reali effetti finanziari del problema, calcolati in giorni di lavoro persi, diminuita produttività al lavoro per sequele emotive/psichiatriche o mediche dell’abuso sono immensi (5). L’OMS ha lanciato l’allarme sulla violenza come fattore eziologico e di rischio in una serie di patologie di rilevanza per la popolazione femminile: ginecologiche, gastroenteriche, cardiologiche e mentali. Tra le patologie mentali la più frequente è la depressione, principale causa di disabilità delle donne tra i 14 e i 44 anni (6). Anche l’Istat dichiara che essa è tre volte superiore alla depressione maschile e vi corrisponde un largo consumo di farmaci: in Italia 5.5 milioni di persone fanno uso di tranquillanti e antidepressivi di cui 3.7 milioni sono donne e 1.7 maschi. Vi si aggiungono i numerosi tentativi di suicidio (7), disturbi alimentari e disturbi d’ansia.

La condizione di violenza esperita nell’ambito delle relazioni affettive significative, determina una particolare condizione di fragilità interna, che espone le donne alla malattia, a cui si aggiunge una difficoltà persistente ad occuparsi di sé, sia dal punto di vista fisico che mentale.

Che cosa può fare il pronto soccorso? (4)

La prima cosa è identificare la vittima di un abuso e quindi gli operatori del PS devono diventare esperti delle possibili presentazioni.

Segni e sintomi possono essere secondari ovviamente a traumatismi e la possibilità di un abuso deve essere sospettata quando il meccanismo della lesione non spiega adeguatamente la lesione stessa (ad esempio è estremamente

Ruolo del PS nella vittime di violenza domestica
1. Identificare la violenza subita
2. Supportare l’esperienza della vittima
3. Stimare il rischio immediato
4. Documentare l’abuso in modo preciso
5. Invitare la vittima a rivolgersi presso esperti

improbabile che un ecchimosi periorbitale sia causata dalla caduta da una sedia), oppure se sono presenti lesioni multiple in vari stadi di guarigione (in modo simile a ciò che si vede nei piccoli pazienti); anche una presentazione a distanza dall'evento può essere un indizio di una sottostante violenza. Ancora, in pazienti riconosciuti dallo staff come "visitatori frequenti" dovrebbe essere chiesto se c'è stata violenza a domicilio. Stupirà alcuni però sapere che la presentazione più frequente non è correlata a traumi, quanto a tutta un'ampia varietà di problemi medici, che possono essere il risultato dello stress della situazione o semplicemente usati come opportunità per cercare un luogo sicuro in un ambiente medico.

Quindi sintomi di presentazione possono essere ansia o depressione, disagio psichico o fobie, disturbi del sonno o dell'appetito, astenia o difficoltà a concentrarsi (5, 9-11). Questo sembra coerente con i risultati di un lavoro secondo cui il 42% di donne che hanno eseguito una consulenza psichiatrica in PS hanno sperimentato nel corso della vita uno o più episodi di aggressione fisica da parte del partner (12). Altri sintomi di presentazione possono essere: palpitazioni o parestesie, dispnea o dolore toracico, problemi gastrointestinali o vertigini, oppure semplicemente una sintomatologia vaga e diffusa (5, 9-11). Ancora, in pazienti affetti da malattie croniche (asma, angina, ipertensione), il paziente può rivolgersi in PS per uno scarso controllo della malattia, causato da un'esacerbazione correlata allo stress o dall'impossibilità di usare i farmaci, nascosti dal persecutore (5). Infine, l'accesso può avvenire a seguito di complicazioni di una gravidanza, direttamente o indirettamente correlate alla violenza (5).

Molto spesso questa diagnosi non viene fatta in PS. Il motivo certamente più importante è che la paziente non fornisce volontariamente informazioni riguardo alla violenza. Questo per paura di ripercussioni, del giudizio altrui, della sicurezza dei familiari, oppure per meccanismi di negazione, per dipendenza economica, vergogna, mancanza di fiducia nel personale sanitario, o più semplicemente per riserbo. In uno studio (13), solo il 2,6% di donne vittime di violenza visitate in PS fornisce volontariamente informazioni. Ma c'è un altro motivo per cui questa diagnosi non viene fatta: non viene chiesto (4-5, 9-11). Questo in parte perché il personale sanitario non riesce a identificarsi con la persona che ha di fronte: non avendo il medesimo problema, non pensa possa accadere nella loro paziente. Un altro motivo che rende riluttante il medico a chiedere della violenza è il timore di offendere i pazienti o la riluttanza a inserirsi nella privacy familiare del paziente.

Certo è che, se è vero che la paziente vittima di abusi in generale non vuole dare volontariamente questo tipo di informazione, esiste un'ampia letteratura a supporto che la stessa paziente ammetterà la violenza subito se le verrà chiesto in una maniera adeguata (con un'attitudine non giudicante, in modo da dare il proprio appoggio e assicurando che l'informazione resterà confidenziale). Spesso, donne che hanno sperimentato violenza domestica, riferiscono che la domanda posta da un operatore sanitario è stata il primo passo verso la rivelazione del problema e la ricerca di aiuto (11). Quindi è fondamentale interrogare il paziente con una semplice domanda, ad esempio: "Dato che la violenza domestica è molto comune, chiedo di routine ai miei pazienti se una persona vicina gli ha fatto del male" (11). Quando si sospetta una situazione di violenza e maltrattamento su una donna l'intervento sanitario e medico esce dal puro vertice medicalistico del curare la ferita superficiale e apre una serie di approcci mentali ed operativi che tendono a dare voce alla donna nell'interezza del suo racconto. Ascoltare in modo diverso, prestare attenzione anche alle parole non dette, quelle taciute perché troppo difficili da esprimere, curare con attenzione ferite nascoste e non visibili e approfondire con domande specifiche il contesto sociale e familiare delle donne, rappresenta un nuovo assetto di "cura" e di intervento sanitario che la specificità della violenza subita dalle donne comporta (14-15).

Ogni contesto sanitario, in caso di violenza contro le donne, è spesso un luogo ove è possibile riconoscere i segnali non visibili e nominare la violenza, in molti casi per la prima volta. Fornire quindi un primo supporto e una prima accoglienza anche al dolore non visibile riconoscendo la violenza subita, aiuta la donna ad avere fiducia nell'aiuto che le si offre e può pensare, se sostenuta, a soluzioni alternative (14-15). Porre domande e informare correttamente la donna può avere molti vantaggi: le donne spesso si sentono sole e isolate nella loro esperienza di abuso e il solo fatto di chiedere e parlarne, può essere il primo passo per uscire da una situazione di mistero e vergogna che

si portano dentro. Alcuni esperti e numerose organizzazioni mediche, vista la diffusione del problema e visto che la sua identificazione può prevenire un ripresentarsi in futuro, raccomandano uno screening in tutte le donne sopra i 14 anni che si presentano in PS. Lo screening dovrebbe essere condotto da personale esperto ed istruito a chiedere in modo adeguato, che abbia l'opportunità di parlare con il paziente in un setting privato, dove il paziente si sente sicuro e le domande e risposte non sono sentite dagli accompagnatori della paziente.

In pratica in pochi eseguono questo screening, in parte per mancanza di tempo e per molti altre ragioni, ma forse e soprattutto perché non si riconosce che la violenza domestica è un problema medico che deve essere tenuto presente nella popolazione di PS (5).

Una seconda cosa che può fare il pronto soccorso è supportare l'esperienza della paziente, cioè dire alla vittima di violenza che nulla di quello che ha fatto rende accettabile un comportamento violento. Questo semplice supporto è documentato servire come una svolta per una donna che vive una relazione di violenza. Un altro messaggio è quello che si è a disposizione per aiutare, se possibile, e la paziente deve essere consigliata di rivolgersi alle associazioni che gestiscono i centri antiviolenza, ad assistenti sociali o altri specialisti. Questi consulenti possono aiutare la persona sia come logistica se la persona vuole lasciare la casa o assistere la paziente in caso preferisca restare con il partner.

La valutazione del rischio immediato per il paziente è un altro compito del medico di PS. Per far questo il medico deve tenere conto che il periodo più pericoloso per una donna che subisce violenza è quando questa tenta di lasciare la relazione. Se si sospetta un rischio ogni sforzo dovrebbe essere fatto per mettere la paziente in sicurezza e agganciarla ad un esperto del settore, considerando la possibilità di far intervenire l'autorità giudiziaria. E' però fondamentale tenere conto che ogni decisione non spetta al medico, ma alla paziente, l'unica che conosce il persecutore ed il contesto.

Documentare la violenza in modo dettagliato e accurato è di grande importanza. La cartella di PS può essere l'unica evidenza di una violenza e può fornire informazioni fondamentali in sede di tribunale (è un sostituto della presenza del medico come testimone). E' possibile, ottenendo il consenso, fotografare le lesioni della vittima; in questo caso si dovrebbero scattare 2 foto per ogni lesione oltre a una che include il volto della paziente.

Compito del PS è infine quello di fornire alla paziente il riferimento del centro antiviolenza della città alle donne, oppure di strutture di assistenza sociale. Il riferimento comprende orari, numero di telefono, indirizzo della struttura a cui rivolgersi e deve essere aggiornato almeno annualmente, per assicurarsi che il numero di telefono sia corretto e il servizio ancora disponibile.

Se nella realtà locale non è presente un riferimento del genere, può essere utile lavorare con gli assistenti sociali ospedalieri o del territorio per capire quale può essere l'informazione adeguata da fornire. Opuscoli, brochures, posters, posizionati in posizione strategiche dell'ospedale possono essere utili perchè il PS e i medici d'urgenza possano essere identificati come una risorsa per le vittime di violenza. Anche questa è medicina d'urgenza.

Bibliografia

1. "La violenza e i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia" Rapporto ISTAT 2006, pubblicato nel febbraio 2007
2. Dati UNICEF, 2000
3. American College of Emergency Physicians. "Emergency medicine and domestic violence." *Ann Emerg Med* 1995;25:442-443
4. Salber PR, Taliaferro E. "Intimate Partner Violence and Abuse" *Rosen's Emergency Medicine Concepts and Clinical Practice* 5th edition 2002, 62:863-876
5. Goodman P.E. "The relationship between intimate partner violence and other forms of family and societal violence." *Em Med Clin N Am* 2006;24:889-903
6. "World Health Report del 1999 Database" dell'OMS
7. Nel 50% dei casi la depressione è correlata alla violenza domestica o allo stupro (World Bank Discussion Paper (1994) *Violence Against Women: The Hidden Health Burden*. The World Bank, Washington, D.C)

8. il 10% delle vittime di violenza domestica tenta il suicidio con una frequenza 5 volte maggiore rispetto alle donne non maltrattate (Stark& Flitcraft)
9. Dearwater SR et al: Prevalence of intimate partner abuse in women treated at community hospital emergency departments, JAMA 1998;280:433
10. Crandall ML, et al. "Predicting future injury among woman in abusive relationship." Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care 2004;56:906-12
11. Director TD, Linden JA. "Domestic violence: an approach to identification and intervention." Emerg Med Clin North Am. 2004;22:1117-32
12. Briere J et al. "Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients." J Nerv Ment Dis 1997;185:95
13. Abbott J et al. "Domestic violence against women: incidence and prevalence in an emergency department population." JAMA 1995;273:1763
14. Romito Patrizia, Un silenzio assordante, 2005, Franco Angeli, Milano
15. Romito Patrizia (a cura di), Violenze alle donne e risposte delle Istituzioni, 2000, Franco Angeli, Milano.