



*Azienda Ospedaliera Nazionale  
SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo  
Alessandria*

# **Working Paper of Public Health**

## **Nr. 09/2016**



La serie di *Working Paper of Public Health* (WP) dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una serie di pubblicazioni *online* ed *Open Access*, *progressiva* e *multi disciplinare* in *Public Health* (ISSN: 2279-9761). Vi rientrano pertanto sia contributi di medicina ed epidemiologia, sia contributi di economia sanitaria e management, etica e diritto. Rientra nella politica aziendale tutto quello che può proteggere e migliorare la salute della comunità attraverso l'educazione e la promozione di stili di vita, così come la prevenzione di malattie ed infezioni, nonché il miglioramento dell'assistenza (sia medica sia infermieristica) e della cura del paziente. Si prefigge quindi l'obiettivo scientifico di migliorare lo stato di salute degli individui e/o pazienti, sia attraverso la prevenzione di quanto potrebbe condizionarla sia mediante l'assistenza medica e/o infermieristica finalizzata al ripristino della stessa.

Gli articoli pubblicati impegnano esclusivamente gli autori, le opinioni espresse non implicano alcuna responsabilità da parte dell'Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo" di Alessandria.

La pubblicazione è presente in: [Directory of Open Access Journals \(DOAJ\)](#); [Google Scholar](#); [Academic Journals Database](#);

#### Comitato Scientifico:

Prof. Balduzzi Renato	Dr.ssa Baraldi Giovanna
Prof. Bellomo Giorgio	Dr. Bertetto Oscar
Dr. Cappelletti Mauro	Dr. Casagrande Ivo
Dr. Coccia Mario	Dr.ssa Corbascio Caterina
Dr.ssa Cosimi Maria Flavia	Dr.ssa Costanzo Paola
Dr.ssa Degiovanni Daniela	Dr. D'Incalci Maurizio
Dr.ssa Falavigna Greta	Dr. Ferretti Gabriele
Dr.ssa Franzone Paola	Dr.ssa Gambarini Lorella
Dr. Gazzolo Diego	Dr. Guaschino Roberto
Dr. Ladetto Marco	Dr. Lera Riccardo
Dr. Levis Alessandro	Dr. Musante Francesco
Dr. Numico Gianmauro	Dr. Petrozzino Salvatore
Dr. Spinoglio Giuseppe	

#### Comitato di Direzione:

Dr. Antonio Maconi  
Dr.ssa Federica Grosso  
Dr. Ennio Piantato

#### Responsabile:

Dr. Antonio Maconi  
telefono: +39.0131.206818  
email: [amaconi@ospedale.al.it](mailto:amaconi@ospedale.al.it)

#### Segreteria:

Roberto Ippoliti, Ph.D.  
telefono: +39.0131.206819  
email: [rippoliti@ospedale.al.it](mailto:rippoliti@ospedale.al.it)

#### Norme editoriali:

Le pubblicazioni potranno essere sia in lingua italiana sia in lingua inglese, a discrezione dell'autore. Sarà garantita la sottomissione di manoscritti a tutti coloro che desiderano pubblicare un proprio lavoro scientifico nella serie di WP dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria, purché rientrino nelle linee guida editoriali. Il Responsabile Scientifico di redazione verificherà che gli articoli sottomessi rispondano ai criteri editoriali richiesti. Nel caso in cui lo si ritenga necessario, lo stesso Responsabile valuterà l'opportunità o meno di una revisione a studiosi o ad altri esperti, che potrebbero o meno aver già espresso la loro disponibilità ad essere revisori per il WP (i.e. *peer*

*review*). L'utilizzo del *peer review* costringerà gli autori ad adeguarsi ai migliori *standard* di qualità della loro disciplina, così come ai requisiti specifici del WP. Con questo approccio, si sottopone il lavoro o le idee di un autore allo scrutinio di uno o più esperti del medesimo settore. Ognuno di questi esperti fornirà una propria valutazione, includendo anche suggerimenti per l'eventuale miglioramento, all'autore, così come una raccomandazione esplicita al Responsabile Scientifico su cosa fare del manoscritto (i.e. *accepted* o *rejected*).

Al fine di rispettare criteri di scientificità nel lavoro proposto, la revisione sarà anonima, così come l'articolo revisionato (i.e. *double blinded*).

#### Diritto di critica:

Eventuali osservazioni e suggerimenti a quanto pubblicato, dopo opportuna valutazione di attinenza, sarà trasmessa agli autori e pubblicata *on line* in apposita sezione ad essa dedicata.

Questa iniziativa assume importanza nel confronto scientifico poiché stimola la dialettica e arricchisce il dibattito su temi d'interesse. Ciascun professionista avrà il diritto di sostenere, con argomentazioni, la validità delle proprie osservazioni rispetto ai lavori pubblicati sui Working Paper of Public Health.

Nel dettaglio, le norme a cui gli autori devono attenersi sono le seguenti:

- I manoscritti devono essere inviati alla Segreteria esclusivamente in formato elettronico all'indirizzo e-mail dedicato (i.e. [rippoliti@ospedale.al.it](mailto:rippoliti@ospedale.al.it));
- A discrezione degli autori, gli articoli possono essere in lingua italiana o inglese. Nel caso in cui il manoscritto è in lingua italiana, è possibile accompagnare il testo con due riassunti: uno in inglese ed uno in italiano, così come il titolo;
- Ogni articolo deve indicare, se applicabile, i codici di classificazione JEL (scaricabili al sito: [http://www.econlit.org/subject\\_descriptors.html](http://www.econlit.org/subject_descriptors.html)) e le Keywords, nonché il tipo di articolo (i.e. Original Articles, Brief Reports oppure Research Reviews);
- L'abstract è il riassunto dell'articolo proposto, pertanto dovrà indicare chiaramente: Obiettivi; Metodologia; Risultati; Conclusioni;
- Gli articoli dovrebbero rispettare i seguenti formati: *Original Articles* (4000 parole max., abstract 180 parole max., 40 references max.); *Brief Reports* (2000 parole max., abstract 120 parole max., 20 references max., 2 tabelle o figure) oppure *Research Reviews* (3500-5000 parole, fino a 60 references e 6 tabelle e figure);
- I testi vanno inviati in formato Word (Times New Roman, 12, interlinea 1.5). Le note, che vanno battute in apice, non possono contenere esclusivamente riferimenti bibliografici. Inoltre, la numerazione deve essere progressiva;
- I riferimenti bibliografici vanno inseriti nel testo riportando il cognome dell'Autore e l'anno di pubblicazione (e.g. Calabresi, 1969). Nel caso di più Autori, indicare nel testo il cognome del primo aggiungendo *et al*; tutti gli altri Autori verranno citati nei riferimenti bibliografici alla fine del testo.
- I riferimenti bibliografici vanno elencati alla fine del testo in ordine alfabetico (e cronologico per più opere dello stesso Autore).

Nel sottomettere un manoscritto alla segreteria di redazione, l'autore accetta tutte le norme qui indicate.



*Titolo:* Intervento psicologico su bambini e adolescenti con genitori ricoverati in rianimazione nell'ospedale di Alessandria.

*Autore:* Sterpone R.,<sup>1\*</sup> Valorio P.,<sup>1</sup> Paiuzzi E.,<sup>2</sup> Venturini E.,<sup>3</sup> Bonato V.,<sup>3</sup> Vivaldi N.<sup>3</sup>

*Tipo:* Articolo Originale

*Keywords:* Disturbo post traumatico, Emergenza, Urgenza.

---

<sup>1</sup> Azienda Ospedaliera di Alessandria – S.S. di Psicologia

<sup>2</sup> Studio Medico Cittadella di Alessandria

<sup>3</sup> Azienda Ospedaliera di Alessandria – S.C. di Anestesia e Rianimazione

\* Autore per la corrispondenza.

E-mail: [rsterpone@ospedale.al.it](mailto:rsterpone@ospedale.al.it)



## ABSTRACT

*Obiettivi:* Alla luce della teoretica e della clinica dei disturbi post traumatici, nell'articolo verrà proposto un intervento con i bambini e i familiari dei pazienti degenti nel reparto di Rianimazione.

*Metodologia:* Struttura dell'intervento: psicoeducazione sulle conseguenze ad esposizione ad evento critico; analisi del funzionamento/bisogni dell'adulto sano e il suo poter essere, nonostante la difficile situazione, base sicura; valutazione della presenza di una rete sociale di supporto; co-costruzione, insieme all'adulto, della narrativa della comunicazione al bambino/adolescente; valutazione del momento in cui è opportuno che l'adulto sano faccia la comunicazione; preparazione del minore, integrando TCC e EMDR, all'incontro con il genitore.

*Risultati:* L'intervento, effettuato su 15 famiglie, ha aiutato genitori e bambini ad affrontare una situazione critica.

*Conclusione:* In alcune occasioni le comunicazioni devono essere effettuate in emergenza/urgenza, poiché le condizioni cliniche del familiare ricoverato sono estremamente gravi e con prognosi infausta che può degenerare in tempi brevi. Questo intervento, però, può dare all'operatore la percezione di essere stato una base sicura per il bambino in questa difficile e delicata situazione della sua storia di vita.



## *INTRODUZIONE*

Le problematiche di salute che implicano un ricovero in Rianimazione sono molteplici e possono riguardare pazienti di tutte le età. Si possono verificare ad esempio la riacutizzazione di una malattia cronica, eventi cerebrovascolari improvvisi, gravi stati infettivi fino allo shock settico o severi politraumatismi.

Questi pazienti definiti "critici" hanno bisogno di un supporto intensivo per mantenere le loro funzioni vitali come la respiratoria, la cardiovascolare, la neurologica, la nefrologica e l'omeostasi metabolica.

La maggior parte di questi pazienti sono quindi sedati, sottoposti a ventilazione meccanica, spesso tracheostomizzati con grandi difficoltà alla comunicazione anche se sono svegli, sono monitorizzati in modo continuo ed osservati h 24 da personale specialistico sia medico che infermieristico in un ambiente altamente tecnologico con tanti rumori, allarmi e spie luminose.

Alla luce delle recenti teorie e delle esperienze cliniche maturate, viene proposto un intervento psicologico con i bambini e i familiari dei pazienti ricoverati in rianimazione. E' importante, infatti, che il bambino conosca la situazione del genitore per potere scegliere se andarlo a trovare ed essere preparato in merito o, in caso di prognosi infausta, se e come salutarlo, evitando, così, di perdere in seguito la capacità di fidarsi e affidarsi alla figura di riferimento rimasta.

## *INTERVENTO*

L'intervento è strutturato in sei fasi, così come proposto.

### **1. PSICOEDUCAZIONE SULLE CONSEGUENZE AD ESPOSIZIONE AD EVENTO CRITICO**

Il Colloquio Psicoeducativo spiega e integra il senso di quanto sta accadendo e potrà accadere.

In questa fase occorre tenere conto del contesto emotivo-situazionale in cui si trova l'interlocutore.

Quando è in stato di shock è confuso, disattento, iperattivo e con sensazioni di ottundimento.



Nello stato di shock, inoltre, la memoria episodica esplicita, che dipende dal corretto funzionamento dell'ippocampo, presenta un funzionamento deficitario. Rimane, invece, sostanzialmente intatto quello della memoria procedurale o implicita.

Se, invece, si trova nella fase dell'impatto dell'evento, che colpisce generalmente entro un paio di giorni, ma che può verificarsi anche più tardi e perdurare per parecchie settimane, possono essere presenti rabbia, paura, isolamento ed evitamento, pensieri di colpa, disturbi del comportamento e del sonno, depressione. La persistenza e l'entità di questi sintomi variano a seconda delle risorse del soggetto colpito e dalla presenza del sostegno circostante.

Tenendo conto dei cambiamenti nello stato neuropsicologico del paziente, occorre utilizzare strategie mirate a favorire la ricezione del messaggio, parcellizzando la quantità di informazioni e scegliendo quelle prioritarie e più funzionali ad una stabilizzazione emotiva.

Inoltre, uno spazio che garantisca la privacy e il tempo messo a disposizione, tempo che deve essere adattato alle caratteristiche specifiche della situazione e della persona, e ai possibili e repentini cambiamenti che possono insorgere nel corso della comunicazione stessa, sottolineano l'importanza che hanno per l'operatore di cura quel momento e quel paziente.

## 2. ANALISI DEL FUNZIONAMENTO/BISOGNI

In questa fase si effettua un colloquio mirato a valutare, insieme all'interlocutore, quanto quest'ultimo, nonostante la criticità della situazione attuale, possa prendersi cura del figlio. In particolare è importante che il bambino sia pensato e sia adeguato l'esame di realtà sulle sue necessità e che personalmente, o delegando, nella pratica sia mantenuta la cura nelle sue attività quotidiane.

Si suggeriscono, poi, colloqui psicologici di decompressione.

## 3. VALUTAZIONE DELLA PRESENZA DI UNA RETE SOCIALE

Nella situazione in cui le risorse della persona non risultino adeguate, è importante cercare un'altra figura che possa diventare riferimento in quel momento per il bambino.

La presenza di una rete sociale, in ogni caso, aumenta la resilienza ed è fattore protettivo per l'instaurarsi di un Disturbo Post Traumatico, così come ci indica l'attuale teoria della fenomenologia e dell'eziologia traumatica (Giannantonio, 2009)

$$R = M \times S$$

R = sviluppo di un disturbo o risposta traumatica

M = grandezza di un trauma (per quanto possibile definirla)



S = variabili soggettive, interpersonali e sociali

#### 4. CO-COSTRUZIONE INSIEME ALL'ADULTO, DELLA NARRATIVA DELLA COMUNICAZIONE CON IL MINORE

Fondamentali sono l'empatia e la "compassione", l'identificare le emozioni che la persona sta esprimendo e condividerle, per quanto possibile, sospendendo il giudizio.

L'immagine del corpo dell'operatore di cura che si protende progressivamente verso il volto del paziente è segnale di quanto la narrativa dell'evento traumatico venga sentita, condivisa e poi reinterpretata insieme, fino alla co-costruzione della comunicazione da fare al bambino.

#### 5. VALUTAZIONE DEL MOMENTO MIGLIORE IN CUI EFFETTUARE LA COMUNICAZIONE

Non c'è un momento giusto a priori per comunicare al bambino le condizioni del genitore ricoverato. Occorre tuttavia rispettare alcune condizioni:

- la comunicazione deve essere fatta dal genitore (in casi estremi dalla figura alternativa), affinché il bambino mantenga la capacità di fidarsi, affidarsi al genitore stesso
- la comunicazione deve essere fatta quando l'adulto, nonostante la tristezza e la disperazione, pensa e sente di potersi prendere cura del proprio bambino
- utilizzare un linguaggio adeguato all'età e allo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino
- parlargli mantenendo un contatto fisico, prendendolo per mano, abbracciandolo o facendo tutto ciò che sembra opportuno per trasmettere affetto o sicurezza
- si può anticipargli che gli si sta dicendo qualcosa che potrà renderlo molto triste o che lo spaventerà
- nel caso di prognosi infausta o di condizioni post ricovero tali per cui la persona non sarà quella di prima, è importante evitare di creare illusioni nel bambino.

#### 6. PREPARAZIONE DEL MINORE INTEGRANDO TCC E EMDR

La preparazione del minore all'incontro con il genitore ricoverato avviene integrando tecniche cognitivo-comportamentali e EMDR (Spierings, 2006).

Le tecniche cognitivo-comportamentali comprendono la psicoeducazione, la ristrutturazione di pensieri relativi alla colpa, al non controllo al non essere più al sicuro, e alle



doverizzazioni. Vengono anche utilizzate tecniche di respirazione e la tecnica del posto sicuro finalizzate a ridurre l'eccessiva attivazione che interferisce con la ristrutturazione cognitiva stessa (Galeazzi, 2004).

L'EMDR favorisce nel minore, attraverso la stimolazione alternata bilaterale degli emisferi cerebrali e l'esposizione in immaginazione al genitore ricoverato, l'adattamento alle sue nuove condizioni cliniche attraverso l'attribuzione di significati più utili e adattivi.

Nel caso in cui il genitore ricoverato stia morendo, è importante che il bambino ne venga informato (dal genitore sano o figura alternativa) e possa scegliere come salutarlo.

Gli viene spiegato che può andare di persona dal genitore (posto sicuro e preparazione all'incontro), oppure mandargli un disegno, uno scritto o un oggetto, o infine pensarlo rimanendo a casa o nel luogo che preferisce.

È importante ricordare al genitore che i bambini devono addolorarsi per la morte della persona cara prima di formare nuovi attaccamenti.

## *CONCLUSIONI*

Questo intervento comporta, sovente, energie non diluite nel tempo, anche a causa della necessità di continui adattamenti ai cambiamenti nelle condizioni cliniche del paziente, ma anche la percezione di averlo aiutato a modificare la sua prospettiva sull'evento traumatico (Sterpone, 2007).





## BIBLIOGRAFIA

1. Galeazzi A., Meazzini P. (2004). *Mente e Comportamento*. Milano, Giunti Editore.
2. Giannantonio M. (2009). *Psicotraumatologia Fondamenti e strumenti operativi*. Torino, Centro Scientifico Editore.
3. Spierings J. (2006). Corso di Formazione per Supervisor EMDR.
4. Sterpone R., Paiuzzi E. (2007). *Bambini e adolescenti esposti ad evento critico: intervento psicologico in emergenza-urgenza in un ospedale infantile*. In abstract XIV Congresso Nazionale AIAMC.