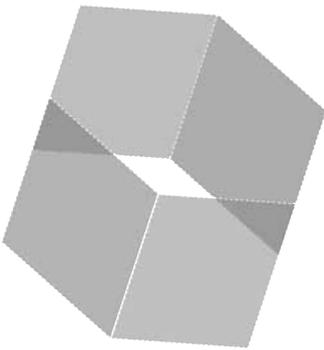


«Ho bisogno urgente di te, ma non te lo so dire!»

Protocollo d'intervento per persone affette da Disturbo dello Spettro Autistico presso i Dipartimenti di Emergenza



Cinzia Raffin,¹ Odette Copat,² Francesco Moscariello,³ Roberto Dall'Amico⁴ e Marianna Filippini⁵

¹ *Psicologa-Psicoterapeuta, Direttrice Scientifica della Fondazione «Bambini e Autismo Onlus», Pordenone*

² *Progettista e Responsabile del Sistema Qualità della Fondazione «Bambini e Autismo Onlus», Pordenone*

³ *Primario del Reparto di Primo Soccorso dell'Azienda Ospedaliera «S. Maria degli Angeli» di Pordenone*

⁴ *Primario del Reparto di Pediatria e di Primo Soccorso Pediatrico dell'Azienda Ospedaliera «S. Maria degli Angeli» di Pordenone*

⁵ *Responsabile della Ricerca della Fondazione «Bambini e Autismo Onlus», Pordenone*

Sommario

L'accoglienza presso le unità di Pronto Soccorso di adulti e bambini affetti da Autism Spectrum Disorders/ASD costituisce in molti casi un problema, sia per il paziente con ASD, che fa le spese di modalità d'intervento spesso inadatte e trattamenti psichiatrici non sempre necessari, sia per il personale medico e infermieristico che di frequente non è in grado di comprendere il comportamento bizzarro e le reazioni inaspettate del paziente. La «Fondazione Bambini e Autismo Onlus», in collaborazione con il Dipartimento di Emergenza dell'Ospedale di Pordenone,

ha redatto un protocollo d'intervento che intende organizzare le azioni, le conoscenze e le competenze dei diversi agenti coinvolti, indicando un percorso di carattere operativo-strategico e clinico finalizzato ad assicurare la buona riuscita dell'intervento medico rivolto ai pazienti con ASD.

Introduzione

I Disturbi dello Spettro Autistico (*Autism Spectrum Disorders/ASD*) sono disturbi di natura neurobiologica che si manifestano molto precocemente nella vita del bambino e includono *persistenti deficit nella comunicazione e nell'interazione sociale* (quali anormalità negli approcci sociali, nella reciprocità emotiva, mancanza di condivisione e di iniziativa relazionale), gravi deficit *nella comunicazione verbale e non verbale* (quali mancanza di coerenza tra comunicazione verbale e non verbale, anormalità del contatto oculare, difficoltà nella comprensione della comunicazione, assenza di espressioni facciali e di gestualità comunicativa, difficoltà nel mantenere relazioni appropriate al livello di sviluppo, deficit nel gioco immaginativo e apparente disinteresse per le persone) e *presenza di comportamenti e interessi ristretti e ripetitivi* (stereotipie motorie e nell'eloquio, attaccamento inusuale a oggetti, ecolalia immediata o differita, frasi idiosincratice, eccessiva aderenza a routine o rituali, resistenza ai cambiamenti, iperselettività alimentare, reazioni eccessive agli imprevisti, domande ripetitive, fissazioni, perseverante focus su attività o oggetti, iper- o ipo-reattività a stimoli sensoriali, come apparente indifferenza al dolore, al caldo o al freddo o, viceversa, reazioni spropositate a suoni o sensazioni tattili, eccessivo interesse ad annusare o toccare oggetti, attrazione nei confronti di luci e riflessi, reazioni sensoriali bizzarre come fastidio per alcuni tessuti o etichette) (American Psychiatric Association, expected in May 2013).

A differenza di quanto si riteneva un tempo, la prevalenza di questi disturbi è tutt'altro che rara: infatti la ricerca più recente ha evidenziato che la prevalenza prudenziale di ASD è di 1 caso ogni 200 nati (Duchan e Patel, 2012; Fombonne, 2009; Lenoir et al., 2009). Una persona con autismo può essere portata al Pronto Soccorso non solo per sofferenze facilmente riconoscibili, come quelle conseguenti a traumi o quelle in cui vi sono evidenti segnali di patologie somatiche come febbre, vomito, difficoltà respiratorie, ecc., ma anche per stati di agitazione psicomotoria la cui origine non risulta sempre facilmente identificabile (Bell et al., 2011). Nel primo caso la persona autistica può manifestare comportamenti singolari che possono andare da uno stato di agitazione incontrollabile all'indifferenza. Tali comportamenti sono disorientanti per il personale medico, che non può ricevere dal paziente informazioni chiare e attendibili rispetto alla severità della sua condizione; tuttavia l'evidenza della lesione

o dei sintomi fornisce un orientamento al personale del Pronto Soccorso in merito ai provvedimenti da adottare.

Quando invece la sofferenza nasce da uno stato interno senza sintomi manifesti, l'incapacità di comunicare impedisce al paziente autistico di descrivere il proprio dolore, che sfocia in crisi di agitazione psicomotoria anche molto gravi. L'esame obiettivo può essere impedito dallo stato di agitazione e il tentativo di quietare il paziente con le modalità con cui solitamente si agisce con le persone neurotipiche può addirittura far peggiorare la situazione. Inoltre è frequente che comportamenti estremi come le crisi dirompenti, spesso accompagnate da auto- ed etero-aggressività, vengano interpretati semplicemente come conseguenze del disturbo autistico (Robb, 2010).

La scelta primaria è dunque quella di sedare il paziente e purtroppo spesso l'intervento finisce lì, senza che vengano indagate altre ipotesi diagnostiche. Questo tipo di risoluzione rappresenta tuttavia la conclusione di un iter fallimentare, che non ha indagato adeguatamente le condizioni mediche della persona e non ha fornito le cure necessarie. Il ricorso all'intervento di tipo psichiatrico in questi casi può rivelare un vuoto di conoscenze concernenti la sindrome e di abilità operative in materia. Le crisi per cui gli interventi sedativi si rendono necessari sono, infatti, molto spesso causate da malesseri fisici, se non addirittura da stimoli ambientali o da procedure presenti nei Pronto Soccorsi inadatti al paziente e non necessariamente causate dalla patologia neurologica in sé (Owley, 2004; Binder, 2008; Peter et al., 2011).

È esperienza comune per i familiari di persone e bambini con ASD vedere fallire i tentativi di medici e infermieri di espletare le più comuni procedure d'intervento nei confronti del proprio congiunto: il medico che chiede a un bambino con ASD di stendersi su un lettino potrebbe vedere questo stesso bambino rifiutarsi strenuamente di rimanere disteso e piangere e urlare qualora venisse forzato da qualcuno a farlo, impedendo di fatto lo svolgimento della visita medica; l'infermiere che, nel tentativo di misurare la temperatura al suo paziente con ASD, gli si avvicinasse per accostargli il termometro all'orecchio, potrebbe essere aggredito violentemente (Dolan et al., 2011). Queste prospettive spesso inducono le famiglie a rinunciare alle cure del Pronto Soccorso o a interventi medici specialistici, con il rischio che le condizioni di salute della persona si aggravino ulteriormente (Fagiolini e Goracci, 2009; Gurney, McPeeters e Davis, 2006).

Come già evidenziato in precedenza, il personale che opera presso le unità di Pronto Soccorso si trova spesso impreparato a gestire questo tipo di pazienti (Puskas et al., 2011). Il clinico che non conosce la sindrome autistica difficilmente sarà in grado di individuare i motivi dei problemi comportamentali manifestati da uno specifico paziente e, in particolare, di considerare fattori ambientali e contestuali, e non psichiatrici, quali responsabili della crisi. Prendersi cura di un paziente autistico in crisi, senza possedere sufficienti conoscenze riguardo la sindrome, può costituire un'esperienza fortemente frustrante per medici e infermieri e destrutturante per l'intero reparto (McDermott, Zhou e Mann, 2008).

Molte delle condizioni ambientali e delle richieste poste dall'ambiente ospedaliero sono difficilmente tollerabili per adulti e bambini affetti da ASD. Si considerino a titolo esemplificativo i tempi di attesa, le procedure di triage, la raccolta anamnestica, modalità operative concitate (comprensibili in situazioni in cui si devono privilegiare la tempestività e la rapidità), procedure di rilevazione dei parametri clinici che impiegano stimolazioni sensoriali visive o tattili. Ciò nondimeno pochi accorgimenti dettati da un'adeguata conoscenza delle caratteristiche cognitive e comportamentali della persona con ASD possono capovolgere gli esiti.

Ad esempio, il medico che sa che il bambino autistico potrebbe non tollerare la posizione supina, eviterà di insistere perché il bambino assuma tale posizione e porterà a termine la visita senza innescare una crisi. Allo stesso modo l'infermiere consapevole della necessità di anticipare e spiegare al paziente con ASD la pratica, seppur semplice e indolore, relativa alla misurazione della temperatura, anticiperà al paziente che inserirà il termometro nel suo orecchio, mostrando l'operazione prima su di sé o su un familiare presente e magari scandirà il tempo che ci impiegherà, contando ad alta voce fino al numero che avrà anticipato al paziente. Con questa modalità il paziente con ASD lascerà che l'infermiere gli misuri la temperatura senza aggredirlo.

Il protocollo di intervento

La necessità di definire un protocollo operativo per l'accoglienza delle persone con ASD nelle unità di emergenza è nata proprio dal confronto tra le esigenze espresse dalle famiglie e i bisogni conoscitivi emersi tra i medici del Pronto Soccorso dell'Ospedale di Pordenone. Il lavoro è partito dalla consapevolezza condivisa che la sola buona volontà del medico o qualche conoscenza sommaria non risulta sufficiente per trattare in modo adeguato questi pazienti. Le abituali procedure operative così come i più normali tentativi di rassicurazione si rivelano inefficaci con i pazienti con ASD. Di conseguenza, medici e infermieri necessitano di conoscenze specifiche riguardo la sindrome e le modalità di intervento più adeguate (Rhoades, Scarpa e Salley, 2007).

La stesura del protocollo è quindi frutto di una collaborazione tra la «Fondazione Bambini e Autismo Onlus» di Pordenone, che ha fornito le conoscenze specialistiche sugli ASD, e il Dipartimento di Pronto Soccorso che, approfondendo la conoscenza dell'autismo, ha suggerito i cambiamenti da implementare per garantire un servizio più efficace ai pazienti con ASD.

Il protocollo si propone di integrare e indirizzare le azioni, le conoscenze e le competenze dei diversi attori coinvolti: i familiari, quali migliori conoscitori della persona, e il personale sanitario, quale specialista della situazione di emergenza. In quest'ottica i familiari sono chiamati a fornire informazioni utili riguardo al paziente, alle sue abitudini e al significato di

particolari reazioni o comportamenti. Il personale sanitario utilizzerà tali informazioni nelle diverse fasi dell'intervento allo scopo di evitare situazioni difficilmente tollerabili dal paziente e di espletare le pratiche mediche idonee.

Il protocollo definisce una procedura di carattere operativo-strategico e clinico, che ha inizio con la chiamata al 118 e termina con le dimissioni del paziente, indicando per ciascuna fase (Contatto telefonico con il 118, Trasporto in ambulanza o con mezzo proprio, Accoglienza, Visita/e medica/mediche, Terapie, Ricoveri, Dimissioni) le modalità d'intervento del personale sanitario e il ruolo dei familiari (vedi rappresentazione schematica del *Protocollo d'intervento*).

Allo scopo di facilitare la raccolta delle informazioni riguardo la storia clinica, spesso complessa, del paziente con ASD, il protocollo prevede uno strumento di consultazione di dati clinici e anamnestici, la *Scheda Medica Personale/SMP*, contenente le caratteristiche sindromiche del paziente aggiornate nel tempo.

La scheda (riportata nell'Appendice 1) ha come scopo principale quello di accelerare tutte le procedure di raccolta anamnestica e di fornire al personale medico informazioni dettagliate sulle condizioni del paziente e sulle eventuali terapie farmacologiche in atto. Inoltre la scheda, compilata dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale, ha un formato tale da poter essere contestualmente aggiornata anche con il referto dell'intervento corrente al Pronto Soccorso.

Il protocollo è collegato anche a un *Vademecum* (riportato nell'Appendice 2), in cui sono contenute informazioni generali essenziali sulle caratteristiche delle persone con ASD e sulle relative strategie d'intervento, allo scopo di dare indicazioni operative anche ai clinici che non operano presso le unità di Pronto Soccorso, ma che potrebbero dover effettuare interventi specialistici di consulenza che, nel caso di ricovero, dovrebbero accogliere il paziente presso un reparto.

Il protocollo sarà introdotto in via sperimentale presso l'Ospedale di Pordenone e, una volta verificata la sua efficacia, sarà esteso agli altri Ospedali regionali. Nella fase sperimentale verranno registrati, attraverso adeguati strumenti di monitoraggio, gli indicatori di miglioramento atteso.

Azioni parallele

La realizzazione del protocollo prevede alcune azioni preventive volte sia alla formazione dei diversi agenti coinvolti (personale sanitario, familiari, paziente con ASD) sia alla predisposizione di spazi adeguatamente strutturati. Le azioni di formazione devono coinvolgere non solo il personale medico e infermieristico ospedaliero, ma anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che dovranno compilare la SMP del paziente.

La formazione rivolta al personale medico e infermieristico operante presso i Dipartimenti di Emergenza deve riguardare sia le caratteristi-

che neuropsicologiche e comportamentali delle persone con ASD sia le specifiche strategie di intervento, come il *modelling* o la comunicazione attraverso supporti visivi, indicate nel protocollo. All'interno degli altri Dipartimenti ospedalieri la stessa formazione deve essere prevista per almeno due referenti medici e due referenti infermieri, cui i colleghi possano fare riferimento.

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta devono essere informati sia sulle procedure previste dal protocollo, così da mettere al corrente genitori e caregiver riguardo la possibilità di attivare il protocollo, sia sugli adempimenti di loro competenza (compilazione della SMP del paziente ed eventuali consulenze).

Una formazione specifica va poi rivolta alla persona con ASD allo scopo di prepararla all'eventualità di doversi recare presso il Pronto Soccorso. Devono essere presentati gli ambienti, come l'ambulanza, gli ambulatori e le sale di attesa o di degenza, con disegni o fotografie. Le figure coinvolte, come medici e infermieri, devono essere introdotte prestando particolare attenzione alle divise che indossano. Le azioni specifiche, come il trasporto in ambulanza o la realizzazione di un prelievo, devono essere spiegate, a seconda delle abilità della persona, con supporti visivi (vedi Appendice 3), *modelling* o simulate, prevedendo specifici training di desensibilizzazione per stimolazioni sensoriali particolarmente disturbanti (vedi *Vademecum* alla sezione «Sensorialità»).

I familiari devono essere informati riguardo la possibilità di richiedere l'attuazione del protocollo e ricevere una formazione specifica, attraverso appositi percorsi di *parent training*. Tali sessioni di formazione hanno lo scopo di far conoscere al caregiver le procedure operative del protocollo, con particolare attenzione alle azioni che competono al familiare, e di illustrare modalità e strumenti utili per preparare il congiunto con ASD all'eventuale situazione di emergenza.

Il secondo gruppo di azioni preventive riguarda la strutturazione degli ambienti. Il protocollo prevede la predisposizione di una stanza, che possa fungere sia da stanza di osservazione, sia da sala d'attesa (Sala Accoglienza ASD), priva di stimoli disturbanti (come le luci al neon). Tale stanza deve essere provvista di un letto, di una lampada alogena e di una poltrona per il familiare accompagnatore. La Sala Accoglienza ASD deve essere dotata di supporti visivi per la comunicazione e di oggetti di interesse come libri, giochi o riviste, utili per tenere impegnato il paziente con ASD durante i tempi di attesa. È importante inoltre che la Sala Accoglienza ASD sia munita di supporti visivi che illustrino al paziente cosa accadrà durante la permanenza nella stanza stessa. Allo stesso modo gli ambulatori del Pronto Soccorso e degli altri dipartimenti presso cui può essere necessario portare il paziente devono essere dotati di supporti visivi per la comunicazione e di step visivi che illustrino le procedure delle visite. L'Appendice 4 evidenzia la presentazione delle fasi di un elettrocardiogramma attraverso il ricorso a supporti visivi.

PROTOCOLLO D'INTERVENTO

CONTATTO TELEFONICO	
<i>Ruolo dei familiari/ caregiver</i>	Occorre che il familiare, sia che chiami l'ambulanza, sia che si rechi al Pronto Soccorso con mezzo proprio, contatti il 118 per avisare che sta arrivando una persona o un bambino con ASD.
<i>Modalità operative e relativi standard</i>	<p>Attribuire codice di gravità <i>giallo</i> o superiore.</p> <p>Chiedere alla persona che telefona di preparare la documentazione clinica relativa al paziente e le informazioni relative alle terapie in corso o di portare la <i>Scheda Medica Personale</i>.</p> <p>Informarsi se il paziente può essere spaventato dal mezzo di soccorso o dalle divise indossate dal personale; in questo caso occorre attrezzarsi per evitare il più possibile i disagi (togliere la divisa, spegnere la sirena, ecc.).</p> <p>Ricordare al familiare o al caregiver di portare con sé degli oggetti di interesse per il paziente (libri, lettori musicali con cuffie, giocattoli, ecc.), che possano fungere da diversivi o premi.</p>
TRASPORTO IN AMBULANZA	
<i>Ruolo dei familiari/ caregiver</i>	Dare informazioni al paziente, anche con l'ausilio di supporti visivi, relative a ciò che accadrà e in particolare anticipare allo stesso l'arrivo in ospedale.
<i>Modalità operative e relativi standard</i>	<p>Verificare i parametri vitali secondo routine con le seguenti accortezze:</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiedere sempre la presenza in ambulanza del familiare o del caregiver; - informarsi se ci sono disturbi sensoriali e, in caso affermativo, spegnere la segnalazione acustica della sirena sia all'arrivo sia, quando possibile, durante il trasporto; - comunicare al paziente, anche con l'aiuto di supporti per la comunicazione, ciò che accadrà; - se i tempi di trasporto non sono molto lunghi e se non è strettamente necessario, evitare di prendere un accesso venoso e operare secondo i criteri del <i>grab and go</i> (prendi e vai); - tenere presente che la persona o il bambino con ASD può mal sopportare l'applicazione e il mantenimento di medicazioni adesive sulla sua cute; - se occorre, applicare le cinture contenitive durante il trasporto, anticipare la cosa al paziente, eventualmente attraverso un supporto visivo o il modelling;¹ - qualora non si riesca a ridurre l'agitazione, aiutarsi ricorrendo ai diversivi portati dai familiari.
<p>¹ Il Modelling consiste nel mostrare su di sé o su un'altra persona l'azione che si richiede al paziente di fare o che ci si accinge a compiere su di lui.</p>	
VISITE MEDICHE	
<i>Ruolo dei familiari/ caregiver</i>	Il familiare è presente durante tutto lo svolgimento delle visite, collabora nel dare informazioni e nel mettere in atto le strategie che conosce meglio di chiunque altro per tenere tranquillo il paziente.

<p><i>Modalità operative e relativi standard</i></p>	<p>Tenere presente che il paziente con ASD che giunge in Pronto Soccorso ha, con ogni probabilità, un problema di tipo fisico.</p> <p>Se non si dispone della Sala Accoglienza ASD, fare in modo che ci sia un letto o almeno una barella adeguata alla corporatura, ricoperta da un lenzuolo di stoffa e non di carta (le persone con ASD possono sentirsi molto a disagio per l'impossibilità di cambiare posizione o cadere). Cercare di evitare le modalità e i comportamenti che possono far aumentare i livelli di disagio: ad esempio, il paziente con ASD non tollera la posizione supina completamente reclinata, un tono di voce alto e incalzante, ecc. (vedi <i>Vademecum</i>).</p> <p>Mentre si visita occorre prestare attenzione a tutti i segnali che indicano un aumento della situazione di stress dovuto alle manovre della visita stessa (ad esempio, la collocazione dello stetoscopio freddo sulla pelle, il termometro da orecchio, l'abbassalingua o la torcia medica, ecc. possono creare un fastidio sensoriale non tollerabile). Se necessario, si deve interrompere la visita e attendere il riequilibrio sensoriale.</p> <p>Si deve anticipare al paziente, a ogni passaggio della visita, quello che sta per accadere e ciò che si andrà a fare, se necessario anche con l'aiuto di supporti per la comunicazione o attraverso il Modelling. In ogni caso ci si deve muovere lentamente e senza scatti, parlando con un tono basso e rassicurante e un linguaggio semplice, dando precise informazioni su ciò che si sta per fare e quanto tempo serve (magari scandendo il tempo contando fino a un tot).</p> <p>Occorre concedere un tempo sufficiente per le risposte, senza essere incalzanti. Se non si riesce a comunicare direttamente con il paziente, si deve chiedere aiuto al familiare/caregiver.</p> <p>Se il paziente è impegnato in stereotipie o ritualità, non si deve pretendere di ottenere la sua attenzione e ci si deve astenere dall'interromperle se non è strettamente necessario. Quelle azioni possono essergli utili per ridurre l'ansia e riacquistare l'equilibrio sensoriale. Molti di questi pazienti, infatti, possono essere sopraffatti dall'angoscia e porre in essere azioni violente e di auto- o etero-aggressività. Se queste ultime dovessero essere tali da impedire la visita occorre chiedere aiuto al familiare o al caregiver.</p> <p>Si deve eseguire sempre una valutazione accurata dell'anamnesi con l'ausilio della <i>Scheda Medica Personale</i> che accompagna il paziente e con l'aiuto dei familiari o dei caregiver presenti.</p> <p>Per quanto riguarda specificamente i prelievi, anche nel caso in cui sia urgente intervenire con terapie sedative (agitazione psicomotoria), immediatamente prima della somministrazione del farmaco, occorre ricordarsi di effettuare i prelievi di routine sulla medesima vena, onde evitare di dover bucare una seconda volta.</p> <p>Gli esami del sangue devono essere estensivi e devono comprendere almeno: emocromo con formula, elettroliti, AST ALT Gamma GT, amilasi, creatinina, PCR, bilirubina, ferritina, colesterolo, trigliceridi, protidemia totale, esame delle urine. Inoltre deve essere prelevata una provetta da siero grande aggiuntiva nell'eventualità di dover effettuare altri accertamenti futuri, evitando un ulteriore prelievo.</p> <p>La visita medica deve essere sempre dettagliata e, qualora si ometta l'indagine di un determinato organo o apparato, è necessario motivarne la decisione. Ad esempio, qualora vi sia un sospetto di costipazione, l'esplorazione rettale può non essere eseguita perché ritenuta troppo invasiva per un paziente con ASD, ma in tal caso dovrà essere sostituita dall'esecuzione di una rx addome.</p>
--	---

	In ogni caso l'esame obiettivo generale deve comprendere: esplorazione della faringe e dell'arcata dentaria, otoscopia, stazioni linfoghiandolari ed esplorazione visiva dell'apparato genitale.
<i>Standard per visite specialistiche</i>	Devono essere limitati al minimo i tempi di attesa, richiedendo l'intervento dello specialista che possa raggiungere il paziente nel minor tempo possibile. Le visite specialistiche devono essere effettuate quanto più è possibile nella Sala Accoglienza ASD. Si deve esplicitare sempre allo specialista la metodologia di approccio mostrando il <i>Vademecum</i> di raccomandazioni predisposto. Occorre sottolineare che è sufficiente l'agitazione psicomotoria per richiedere la visita psichiatrica che, in genere, va effettuata in ultima istanza solo quando le strategie intraprese, di tipo medico e comportamentale, non hanno portato a un miglioramento della situazione. Non vi è quasi mai indicazione al ricovero in «reparto psichiatrico». È necessario mantenere gli stessi criteri di valutazione e monitoraggio preferibilmente clinico con controlli preordinati e preannunciati, evitando quanto più possibile adesivi per il monitoraggio; qualora essi risultino indispensabili è necessario utilizzare adesivi poco invasivi o meglio fasce elastiche. È indispensabile che il paziente rimanga in presenza del familiare.
<i>Standard per accertamenti in sedi diverse dal Pronto Soccorso</i>	Anche gli accertamenti da condurre in altre sedi devono rispettare gli standard di cui sopra. Pertanto occorre avisare sempre chi deve espletare tali accertamenti di predisporre ad accogliere pazienti con particolari problemi, di fornire loro un ambiente tranquillo e di essere rapidi evitando le attese. Si deve esplicitare sempre allo specialista la metodologia di approccio mostrando il <i>Vademecum</i> di raccomandazioni predisposto. Nel caso si ravvisi la necessità di sottoporre il paziente a esami strumentali (radiografie, tac, eco, ecc.), occorre avisare il reparto interessato che il paziente dovrà essere trasportato nella nuova destinazione al momento dell'effettivo svolgimento dell'esame, evitando così l'attesa in un luogo sconosciuto. Per esami radiografici standard di primo livello (Rx del torace/Rx addome/Ecografia) in genere non occorre sedazione. Per esami di secondo livello (TAC e RMN) occorre prevedere, dopo aver valutato anche con i familiari il livello di collaborazione del paziente, un'eventuale sedazione EV. Il paziente deve rimanere in presenza del familiare. In caso di esami radiografici si adotteranno a tal fine adeguate misure di tutela come, ad esempio, fare indossare all'accompagnatore un camice protettivo schermato.

TERAPIE

<i>Ruolo dei familiari/caregiver</i>	Il familiare va considerato una risorsa e un'importante fonte di informazioni perché può avere esperienza in merito alle reazioni del paziente a specifici farmaci. Inoltre è opportuno che il familiare porti con sé i farmaci in uso che potrebbero non essere disponibili al Pronto Soccorso o disponibili solo in modalità di assunzione non familiare o non tollerata dal paziente.
--------------------------------------	--

<p><i>Standard per la terapia</i></p>	<p>È molto importante centrare tutta l'organizzazione della diagnosi, cura e terapia sul facilitare la dimissione.</p> <p>Nella somministrazione delle terapie si deve avere cura di privilegiare le soluzioni farmacologiche che prevedono il minor disagio possibile per il paziente, confrontandosi a tal fine con i familiari o il caregiver. Infatti alcuni pazienti con ASD possono essere molto disturbati da iniezioni, altri da sciroppi ma non da compresse, altri ancora potrebbero non riuscire a deglutire le compresse e non sopportare il sapore delle soluzioni che devono essere diluite in bevande gradevoli, ecc.</p> <p>Per le forme di sedazione EV occorre preferire sempre quelle che hanno la possibilità di essere antagonizzate (midazolam, fentanile). I livelli di attenzione in questi casi devono essere molto alti, in ragione del fatto che spesso si è costretti a mantenere la sedazione oltre i confini temporali abituali.</p> <p>Un'attenzione particolare va riservata alle possibili interazioni con i farmaci che il paziente prende abitualmente, anche non legati alla sindrome, che a volte anche il genitore dimentica di riferire.</p> <p>La terapia farmacologia deve sempre tenere in considerazione la <i>Scheda Medica Personale</i> che accompagna il paziente. In assenza di quest'ultima, laddove possibile, è necessario contattare lo specialista che assiste la persona.</p> <p>Si deve completare l'iter con indicazioni precise sulla terapia (modalità di somministrazione e durata) e follow-up.</p>
---------------------------------------	---

RICOVERI

<p><i>Ruolo dei familiari/caregiver</i></p>	<p>È previsto che il familiare rimanga accanto al ricoverato per tutta la durata della degenza e in tutti gli ambiti adottando, laddove necessarie, adeguate misure di tutela. Deve essere accettata la figura dell'educatore quale sostituto del familiare. Su proposta e/o con il consenso del familiare deve essere accettata la consulenza di esperti di ASD anche esterni all'Azienda Ospedaliera; in particolare può essere richiesta una consulenza di esperti della «Fondazione Bambini e Autismo Onlus» che è firmataria, assieme al Dipartimento di Emergenza e al Dipartimento Materno Infantile, del presente protocollo.</p>
<p><i>Standard per il ricovero o la tenuta in osservazione al Pronto Soccorso</i></p>	<p>Laddove possibile il ricovero deve avvenire in una camera singola. Devono essere limitati i rumori forti e le comunicazioni a voce alta. Devono essere evitate, per quanto possibile, ripetute interruzioni del sonno da parte del personale infermieristico (ad esempio entrando in camera più volte e accendendo la luce anche quando non è strettamente necessario).</p> <p>Occorre evitare sempre di condurre il paziente a svolgere eventuali esami con anticipo rispetto all'inizio degli stessi.</p>

DIMISSIONI

<p><i>Modalità operative e standard per le dimissioni</i></p>	<p>È necessario ridurre al minimo i tempi di attesa.</p> <p>Se la documentazione non è pronta, potrà venire ritirata o inviata, in accordo con la famiglia, in un momento successivo.</p> <p>Occorre esplicitare nella lettera di dimissioni eventuali follow-up da attuare e ulteriori accertamenti che si ritengono utili, anche indipendentemente dalla patologia per la quale è stato predisposto il ricovero.</p>
---	--

	Si deve sottolineare che il Pronto Soccorso può essere una delle poche opportunità che questo tipo di pazienti hanno per essere visitati in modo globale e poter usufruire di percorsi di prevenzione. L'accesso al Pronto Soccorso va considerato in tal senso un'occasione che non deve essere sprecata.
--	--

Abstract

In many cases treating adults and children with Autism Spectrum Disorders/ ASD in Accident and Emergency Departments represents a problem both for the patient with ASD, who suffers because the treatment protocols are often inadequate and the psychiatric treatments are not always necessary, and for the medical and nursing staff who are not able to understand the patient's bizarre and unexpected reactions. The «Fondazione Bambini e Autismo Onlus» (Children and Autism Foundation, a Socially Useful Non-Profit Organisation) together with the Accident and Emergency Department of the Pordenone Hospital has drawn-up an operative protocol that aims to organise the actions, knowledge and expertise of the various professionals involved, by outlining an operational-strategic and clinical approach designed to assure the positive outcome of the medical intervention involving patients with ASD.

Bibliografia

- American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians and Pediatric Emergency Medicine Committee, Dolan M.A. e Mace S.E. (2006), *Pediatric mental health emergencies in the emergency medical services system*, «Pediatrics», vol. 118, n. 4, pp. 1764-1767.
- American Psychiatric Association/APA (2002), *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Milano, Masson.
- American Psychiatric Association/APA, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-5)*, expected in May 2013.
- Bell L., Stargatt R., Bosanac P., Castle D., Braitberg G. e Coventry N. (2011), *Child and adolescent mental health problems and substance use presentations to an emergency department*, «Australasian Psychiatry», vol. 19, n. 6, pp. 521-525.
- Binder A. (2008), *Pediatric intensive care unit management and discharge of a severely autistic patient*, «The Internet Journal of Emergency and Intensive Care medicine», vol. 11, n. 2.
- Boulet S.L., Boyle C.A. e Schieve L.A. (2009), *Health care use and health and functional impact developmental disabilities among US children, 1997-2005*, «Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine», vol. 163, n. 1, pp. 19-26.
- Dolan M.A., Fein J.A. e Committee on Pediatric Emergency Medicine (2011), *Pediatric and adolescent mental health emergencies in the emergency medical services system*, «Pediatrics», vol. 127, n. 5, pp. 1356-1366.

- Duchan E. e Patel D.R. (2012), *Epidemiology of autism spectrum disorders*, «Pediatric Clinics of North America», vol. 59, n. 1, pp. 27-43.
- Fagiolini A. e Goracci A. (2009), *The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders*, «Journal of Clinical Psychiatry», vol. 3, pp. 22-29.
- Fombonne E. (2009), *Epidemiology of pervasive developmental disorders*, «Pediatric Research», vol. 65, n. 6, pp. 591-598.
- Gurney J.G., McPeeters M.L. e Davis M.M. (2006), *Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health*, «Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine», vol. 160, pp. 825-830.
- Lenoir P., Bodier C., Desombre, H., Malvy J., Albert B., Ould Taleb M. e Sauvage D. (2009), *Prevalence of pervasive developmental disorders: A review*, «Encephale», vol. 35, n. 1, pp. 36-42.
- McDermott S., Zhou L. e Mann J. (2008), *Injury treatment among children with autism or pervasive developmental disorder*, «Journal of Autism and Developmental Disorders», vol. 38, n. 4, pp. 626-633.
- Nabors L., Bush A., Buchana R., Clarke J. e Campbell A. (2011), *Preschoolers knowledge about hospital and emergency equipment and care*, «Issues in Comprehensive Pediatric Nursing», vol. 34, pp. 131-143.
- Owley T.B. (2004), *Treatment of individuals with autism spectrum disorders in the emergency department: Special considerations*, «Clinical Pediatric Emergency Medicine», vol. 5, n. 3, pp. 187-192.
- Peter S., Chaney G., Zappia T., Van Veldhuisen C., Pereira S. e Santamaria N. (2011), *Care coordination for children with complex care needs significantly reduces hospital utilization*, «Journal for Specialists in Pediatric Nursing», vol. 16, n. 4, pp. 305-312.
- Puskar K., Smith M.D., Herisko C. e Urda B. (2011), *Medical emergencies in psychiatric hospitals*, «Issues in Mental Health Nursing», vol. 32, n. 10, pp. 649-653.
- Rhoades R.A., Scarpa A. e Salley B. (2007), *The importance of physician knowledge of autism spectrum disorder: Results of a parent survey*, «BMC Pediatrics», vol. 20, pp. 7-37.
- Robb A.S. (2010), *Managing irritability and aggression in autism spectrum disorders in children and adolescents*, «Developmental Disabilities Research Reviews», vol. 16, n. 3, pp. 258-264.
- Setoya Y., Sato S., Satake N. e Ito J. (2011), *Care management in Japanese acute psychiatric units*, «International Journal of Mental Health», vol. 40, n. 3, pp. 41-54.

APPENDICE 1

Scheda Medica Personale (SMP)

ANAGRAFICA			
Dati personali		Recapiti utili	
Nome:	ENRICO	PADRE Giorgio	Cell. 123 4590543
Cognome:	XXXX	MADRE Maria XXXX	Cell. 123 7690234
C.F.	NRCRSS091A10C99E	FRATELLO Federico	Cell. 123 4567892
N. Tessera Sanitaria:	G19056	MEDICO MG Dr. XXXX	Studio 1234 762589 Cell. 123 5678320
Data di nascita:	10 agosto 1991	CENTRO DI RIF. Fondazione BA	Seg. 0434 29187 – 0434 247550 Fax 0434 524141 segreteria@bambini- autismo.org
Luogo di nascita:	PORDENONE	PSICHIATRA Dr. XXXX	Cell. 123 5674023
Residenza:	33170 PORDENONE Via xxxxxxxx, 3	PSICOLOGI/ EDUCATORI Dr. XXXX Dr. XXXX	Cell. 123 9804327 Cell. 123 4579002
PATOLOGIE ATTUALI			
Patologia	Codice	Insorgenza	Note
Disturbo dello Spettro Autistico	F.84.0	Dalla nascita	
Epilessia	G.40.1	14 anni	
Ritardo mentale di grado lieve	F.70.9	Valutato a 18 anni	
Anemia sideropenica	D. 50	Valutata il 13/12/2012	Hb 10,7 g/dl, Sideremia 39µg/dL, Ferritina 18 ng/ml
Reflusso gastroesofageo	K 21.0	Valutata il 9/9/2008	Gastroscopia

PATOLOGIE REMOTE RILEVANTI			
Patologia	Codice	Insorgenza	Esiti
Sofferenza fetale		28 ^a settimana	
Polmonite		10 anni	
Varicella		5 anni	
Parotite		7 anni	
TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO			
Farmaco	Posologia	Assunzione	Note
ARIPIPRAZOLO Compresse mg. 10	1 e ½ al mattino 1 alla sera	Assunzione con acqua	Interazioni particolari
OMEPRAZOLO Compresse mg. 20	1 al mattino	Sbriciolata nel succo	
DELORAZEPAM Compresse mg. 1	Al bisogno	Assunzione con acqua	
RICOVERI			
Data	Ospedale	Motivo	Note
18/2/1999- 25/2/1999	Ospedale IRCSS «Burlo Garofalo» (TS)	Accertamenti per co- liche addominali	
23/10/2005- 26/10/2005	Ospedale IRCSS «Burlo Garofalo» (TS)	Accertamenti per so- spetta epilessia	
ALLERGIE, INTOLLERANZE, REAZIONI AVVERSE A FARMACI			
Allergia/ intolleranza	Insorgenza	Sintomi	Note
Nessuna allergia conosciuta			
Nessuna intolleranza conosciuta			
ENTOUMIN fiale i.m.	14/5/1998	Convulsioni	
VACCINAZIONI			
Difterite	15/11/1991	15/01/1992 15/08/1992 20/03/1997	

Tetano	15/11/1991	15/01/1992 15/08/1992 20/03/1997	
Poliomielite	15/11/1991	15/01/1992 15/08/1992 20/03/1997	
Pertosse	15/11/1991	15/01/1992 15/08/1992 20/03/1997	
Morbillo, Parotite e Rosolia (MPR)	13/09/1991	13/10/1991 10/02/1992 10/08/1992 14/12/2002	
Hib	15/11/1991	15/01/1992 15/08/1992 20/03/1997	
CARATTERISTICHE PERSONALI			
Linguaggio espressivo	Possiede un linguaggio elementare composto prevalentemente di sostantivi e verbi. È ecolalico. Usa frasi stereotipate di suo interesse, alcune delle quali possono essere finalizzate a comunicare disagio (chiedere ai familiari).		
Linguaggio recettivo	Intuisce il significato di frasi semplici partendo dalla comprensione di sostantivi e verbi. Molto più difficoltosa appare la comprensione di connettivi. Domande che contengono avverbi come: «perché, dove, quanto» non sono comprese e le risposte, che pure ci sono, non risultano sempre attendibili. I familiari riescono maggiormente a comprenderne l'attendibilità. Comprende di più domande scritte a risposta chiusa del tipo «Sì/No». Può capire una parola per un'altra. È estremamente irritato da toni di voce alta, concitata e alterata.		
Comunicazione non verbale	Comprende immagini e dimostrazioni (<i>Modelling</i>). Non comprende le espressioni del volto delle persone. Poiché tende a categorizzare le espressioni in «ostili» e «non ostili», bisogna mostrare un'espressione sorridente.		
Sensorialità	Può essere infastidito da rumori inaspettati o da persone che parlano contemporaneamente; in tali casi lo si può aiutare facendogli ascoltare la musica sul suo iPod. Non accetta farmaci in gocce o soluzioni perché ne sente l'odore ancor prima che il sapore. È infastidito da iniezioni intramuscolari mentre accetta, se avvisato, l'inserimento dell'ago endovenoso.		
Alimentazione	Mangia solo alcuni cibi (chiedere ai familiari).		
Autonomie	Va in bagno da solo e si chiude a chiave.		

AZIONI DA EVITARE
Parlare a voce alta.
Parlare in più persone contemporaneamente.
Somministrare farmaci in gocce o in soluzione.
Bucare non sul braccio, ma sulla mano.
Lasciare in vena l'ago più del necessario, perché se lo toglie.
Lasciarlo troppo a lungo sulla barella (tende a muoversi e a cadere).
Insistere nel dargli cibi o bevande che rifiuta.

APPENDICE 2

Vademecum: caratteristiche delle persone/ bambini con ASD e relative strategie di intervento

Caratteristiche	Strategie
<p><i>MANCANZA DI INTUIZIONE SOCIALE E PSICOLOGICA</i></p> <p>Le persone con ASD non comprendono le situazioni nuove nelle quali vengono a trovarsi. Ciò favorisce l'innalzamento del loro livello di stress.</p> <p>Le persone con ASD possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non riconoscere le funzioni dei mezzi di soccorso e le divise del personale medico, infermieristico, delle Forze dell'Ordine o dei Vigili del Fuoco; - non comprendere che cosa ci si aspetti da loro; - spaventarsi e reagire fuggendo, gridando o aggredendo se stessi o gli altri; - mal tollerare i tempi di attesa; - mancare di capacità di iniziativa e non essere in grado di riempire i tempi vuoti in modo «creativo» né di essere distratti dai giochi o passatempi che normalmente si trovano nei luoghi di attesa. 	<p>Interpella i familiari per avere dei consigli sulle modalità più adeguate per interagire con la persona con ASD.</p> <p>Salvo esigenze specifiche, non separare mai il familiare dal paziente, poiché è l'unico elemento rassicurante per quest'ultimo.</p> <p>Individua lo spazio più tranquillo e isolato in cui far accomodare il soggetto con il suo familiare. Muoviti lentamente.</p> <p>Adotta un'espressione rassicurante, parla poco, lentamente e con un tono di voce calmo. Evita occhiate o smorfie del viso che normalmente si usano, ad esempio con i bambini, per sdrammatizzare una situazione.</p> <p>Anticipa quello che stai per fare e gli eventuali spostamenti di luogo utilizzando, se necessario, anche gesti, supporti visivi per la comunicazione o Modelling (mostrare le operazioni da svolgere su di sé o su un'altra persona).</p> <p>Dove possibile rimuovi dall'ambiente elementi che possono generare ansia (ad esempio, toglì il camice).</p> <p>Fai attenzione ai segnali d'allarme poiché le reazioni violente sono quasi sempre precedute da <i>red flags</i> come urla e agitazione delle mani.</p> <p>Limita sempre i tempi di attesa (ad esempio, trasporta il paziente nell'ambulatorio radiologico solo un momento prima dell'esame).</p> <p>Dai prevedibilità ai tempi di attesa contando ad alta voce e con le dita fino a un numero prestabilito.</p> <p>Incentiva l'utilizzo di diversivi e oggetti di interesse portati dai familiari sia durante le attese sia durante le visite.</p>
<p><i>LINGUAGGIO E COMUNICAZIONE</i></p> <p>Le persone con ASD presentano anomalie nella comunicazione: hanno difficoltà nella comprensione e nella produzione del linguaggio verbale e non verbale.</p> <p>Le persone con ASD possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere incapaci di comunicare con le parole o i gesti; 	<p>Nel caso la persona non parli, adotta i metodi alternativi di comunicazione che il soggetto è in grado di utilizzare (carta e penna, simboli, ecc.).</p> <p>Considera che, anche se la persona non parla, può comunque capire quello che stai dicendo.</p> <p>Anche se il linguaggio è presente utilizza frasi semplici e brevi. Evita il ricorso al linguaggio figurato, a diminutivi e a vezzeggiativi.</p>

Caratteristiche	Strategie
<ul style="list-style-type: none"> - non rispondere alle domande ma ripeterle così come le hanno udite; - scambiare i pronomi (ad esempio, «vuoi bere?» intendendo «voglio bere»); - rispondere in maniera inattendibile «sì» o «no»; - non essere in grado di riconoscere e comunicare da dove proviene il dolore; - essere incapaci di esprimere un trauma subito (violenze, abusi). 	<p>Non essere incalzante con le domande, concedi alla persona del tempo per comprendere il messaggio.</p> <p>Chiedi ai familiari se la persona è attendibile nelle risposte «sì»/«no».</p> <p>Non sottovalutare l'entità del disturbo/disagio/dolore solo per il fatto che la persona non lo manifesta o non lo sa descrivere.</p> <p>Chiedi ai familiari informazioni dettagliate circa l'evento per cui la persona è stata portata al Pronto Soccorso.</p>
<p><i>CONDIZIONI MEDICHE</i></p> <p>Non sottovalutare la presenza di condizioni mediche associate e di disturbi non diagnosticati e trascurati.</p> <p>Le persone con ASD possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soffrire di condizioni mediche associate come convulsioni, problemi gastrointestinali, cefalee, ecc.; - soffrire di intolleranze o allergie di diverso genere; - ingerire prodotti non commestibili o avere episodi di pica; - avere disturbi anche banali (mal di denti, costipazione, coliche, ecc.) e non riuscire ad esprimerli né descriverli se non attraverso crisi comportamentali spropositate; - avere importanti disturbi non diagnosticati; - procurarsi ferite o traumi da autolesionismo; - avere reazioni paradosse a taluni farmaci (ad esempio alcune benzodiazepine). 	<p>Durante la visita cerca di ottenere il maggior numero di informazioni possibile sulle condizioni mediche della persona dai familiari.</p> <p>Considera che spesso gli episodi comiziali si possono presentare per la prima volta durante l'adolescenza.</p> <p>Cerca di escludere eventuali disturbi banali operando un attento esame clinico.</p> <p>Non sottovalutare la possibile presenza di patologie importanti non diagnosticate a causa delle difficoltà con cui si eseguono accertamenti o esami clinici sulle persone con disabilità mentale.</p>
<p><i>COMPORAMENTI CARATTERISTICI</i></p> <p>Il comportamento delle persone con ASD può risultare inadeguato al contesto, bizzarro e insensato.</p> <p>Le persone con ASD possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - parlare in modo bizzarro e incomprensibile o usare un tono di voce troppo basso o troppo alto; - non guardare negli occhi l'interlocutore; - se verbali, risultare pedanti, logorroiche, sfacciate e testarde, soprattutto se affette da Sindrome di Asperger; - fissare un oggetto o rimanere bloccate su una situazione o essere ripetitive, anche verbalmente, in modo ossessivo; - presentare stereotipie motorie e/o verbali; - avere comportamenti inadeguati o apparentemente provocatori; 	<p>Chiedi aiuto ai familiari per comprendere i comportamenti anomali.</p> <p>Non scambiare le bizzarrie del linguaggio tipiche dell'ASD per uno scompenso psicotico.</p> <p>Se la persona non ti guarda negli occhi, considera che ti può ugualmente ascoltare.</p> <p>Se l'eloquio è particolarmente pedante o insistente, non ignorarlo, ma rispondi in modo assertivo e conciso.</p> <p>In caso di stereotipie insistenti, chiedi ai familiari se ci sono strategie utili per intervenire. In caso contrario evita di interromperle.</p> <p>Ignora i comportamenti inadeguati e rafforza con elogi quelli adeguati.</p> <p>Chiedi ai familiari o allo specialista che ha in cura la persona quali sono i farmaci più efficaci nel caso sia necessario trattare una crisi psicomotoria con sedazione.</p>

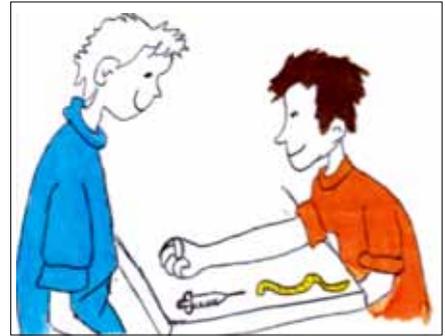
Caratteristiche	Strategie
<p>– presentare un importante quadro di agitazione psicomotoria.</p> <p>Le persone con ASD possono inoltre necessitare di una «distanza di sicurezza» sociale e non gradire troppo la vicinanza fisica delle altre persone.</p>	<p>Prima di utilizzare la sedazione, intervieni o fai intervenire i familiari con strategie comportamentali adeguate.</p> <p>Evita il contenimento poiché spesso aggrava la situazione.</p>
<p>SENSORIALITÀ</p> <p>Le persone con ASD possono presentare disturbi sensoriali a livello di decodifica centrale degli stimoli sensoriali che possono essere di tipo «ipo» o «iper».</p> <p>Le persone con ASD possono presentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> – iperacusia e mal tollerare rumori che normalmente non sono disturbanti per le persone neurotipiche; – ipersensorialità gustativa e olfattiva e rifiutare l'assunzione di farmaci in forme particolari (sciroppi, compresse, gocce, ecc.) o essere selettive nell'alimentazione; – iposensorialità gustativa e ingerire sostanze non commestibili (pica); – ipersensorialità tattile e mal tollerare il contatto fisico durante la visita; – iposensorialità tattile (soprattutto del tatto profondo) o sinestesie e non reagire in maniera comune agli stimoli dolorosi; – ipersensorialità visiva e non tollerare luci fluorescenti o particolarmente intense e altri effetti luminosi che possono crearsi nell'ambiente. 	<p>Chiedi sempre al familiare quali sono i disagi sensoriali che solitamente la persona mostra e cerca di eliminare o ridurre le fonti disturbanti.</p> <p>Limita i rumori forti (sirene, bip, ecc.) e le comunicazioni a voce troppo alta.</p> <p>Considera l'ipersensorialità gustativa e olfattiva nella somministrazione dei farmaci.</p> <p>Considera la selettività alimentare e, in caso di ricovero, chiedi ai familiari di fornire per i pasti i cibi abituali.</p> <p>Limita il contatto fisico se la persona non lo tollera. Quando necessario anticipa alla persona che la stai per toccare.</p> <p>Nel caso di prelievi e terapia EV rispetta il principio del «buco unico».</p> <p>Evita di preferenza l'utilizzo di luci «al neon».</p> <p>Evita, per quanto possibile, le interruzioni del sonno.</p>
<p>Infine ricorda sempre che le persone/bambini con ASD sotto molti punti di vista possono essere differenti dalle persone/bambini neurotipici, ma anche estremamente diversi tra di loro. Il familiare, pertanto, va considerato come la principale risorsa che si ha a disposizione per trattare la persona/bambino con ASD, essendo una fondamentale fonte di informazioni, in molti casi l'unica che è possibile avere, nonché il principale «mediatore» rispetto al paziente.</p>	

APPENDICE 3

Supporti visivi che illustrano le fasi di un prelievo



Arriva l'infermiere.



Alzo la manica e stendo il braccio.



L'infermiere mi mette un laccio.



L'infermiere mi fa una puntura sul braccio.

APPENDICE 4

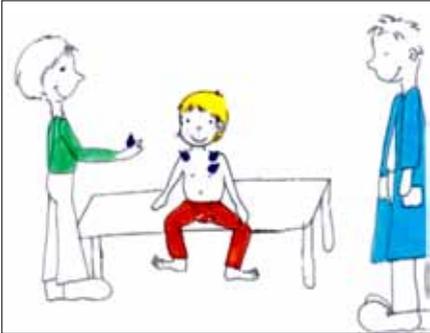
Supporti visivi che illustrano le fasi di un elettrocardiogramma creato per il training di apprendimento propedeutico alle simulazioni pre-esame



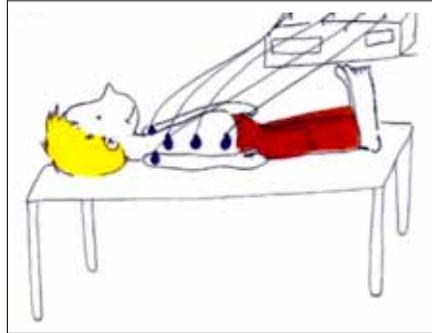
Arriva il dottore.



Mi tolgo la maglia, le scarpe e i calzini e mi siedo sul lettino.



La mamma mi mette i cerotti.



Rimango disteso. La mamma conta fino a 40.

