



dei bambini



UN RAPIDO TEST DI SCREENING PER IL RISCHIO DI SUICIDIO IN BAMBINI E ADOLESCENTI

Horowitz LM, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(12):1170-6

Il suicidio tra i giovani è uno dei maggiori problemi di salute nei paesi occidentali, basti pensare che nel 2007 il suicidio è stata la terza causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 10 ed i 24 anni, causando 4320 decessi solo negli USA. I tentativi di suicidio sono ancora più frequenti, coinvolgendo ogni anno dal 5 all'8% dei bambini e degli adolescenti; nella maggioranza dei casi al tentato suicidio segue l'accesso al Pronto Soccorso. L'identificazione precoce ed il rapido trattamento dei pazienti a rischio di suicidio sono elementi essenziali nella prevenzione dei suicidi; in questo processo gli operatori sanitari sono una figura centrale. E' stato infatti calcolato che la maggior parte i coloro che muoiono per suicidio erano già venuti in contatto con i Servizi Sanitari negli anni precedenti e la maggior parte di questi era venuto a contatto con personale sanitario nei 3 mesi precedenti alla morte. L'identificazione dei soggetti a rischio presenta notevoli sfide, a motivo della vergogna che i pensieri suici suscitano in chi li sperimenta. Pertanto nel 2010 la Joint Commission ha suggerito l'istituzione di un test di screening per il suicidio rivolto a tutti i pazienti che vengono a contatto con i Servizi Sanitari. Esiste attualmente un test di screening per il suicidio, il Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ), che consiste in un questionario compilato dal paziente che indaga l'intensità delle idee suicide sperimentate dalla persona stessa. Del SIQ esistono due versioni: la prima, composta da 30 items, è progettata per i soggetti con età superiore ai 15 anni, mentre la versione Junior (da usare per il soggetto di età inferiore ai 14 anni) è composto da 15 domande. In entrambe le versioni ai pazienti è chiesto di individuare con che frequenza si presentano alcuni pensieri su una scala di 7 punti che varia da quasi tutti i giorni a mai. Nella versione con 30 domande è considerato clinicamente significativo un punteggio uguale o maggiore a 41, mentre nella versione Junior il cut-off è fissato a 31. Inoltre il SIQ ha alcune domande dette "trigger" (8 nella versione standard e 6 nella versione Junior) che identificano direttamente il forte rischio di gravi comportamenti auto lesivi, indipendentemente dal punteggio totale al test. Se il soggetto risponde positivamente a 3 di queste domande (2 nella versione Junior) si ritiene che la persona abbia serie idee suicide e viene richiesta obbligatoriamente una visita psichiatrica. Sebbene il SIQ abbia riportato in entrambe le versioni alti livelli di affidabilità, validità e di valore predittivo, il suo utilizzo appare poco adatto all'uso in Pronto Soccorso a motivo del numero delle domande e di una certa difficoltà nel suo utilizzo. Pertanto è evidenziata la necessità di elaborare uno strumento semplificato sulla base del SIQ che potesse essere utilizzato su vasta scala nei reparti di Pronto Soccorso. L'obiettivo di questo studio è la creazione di tale strumento e la sua sperimentazione su un campione pilota.

Materiali e metodi

Il test in sperimentazione è stato chiamato **Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)** ed è progettato per stabilire il rischio di suicidio in pazienti pediatrici e giovani adulti. Si compone di 4 domande, tutte sono domande trigger e sono usate come indicatore per richiedere una consulenza psichiatrica. Alle domande possono essere date le risposte si, no e non rispondo. In particolare le domande sono:

- **Nelle scorse settimane ti è mai sembrato che per te e la tua famiglia sarebbe stato meglio se tu fossi morto?**
- **Nelle scorse settimane hai mai desiderato di essere morto?**
- **Nelle scorse settimane hai mai pensato di ucciderti?**
- **Nelle scorse settimane hai mai tentato di ucciderti?**

Per testare l'ASQ è stato utilizzato un campione di convenienza di pazienti con età compresa tra i 10 ed i 21 anni che si presentavano al Pronto soccorso per problemi medici, chirurgici o psichiatrici. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con disabilità cognitive, pazienti con problemi di comunicazione tali da impedire la comprensione delle domande o la comunicazione delle risposte o con ritardo mentale ed i pazienti che non parlavano l'Inglese. I risultati dell'ASQ sono stati confrontati con i valori riportati dagli stessi pazienti sottoposti al SIQ, ritenuto il gold standard. Sono stati poi calcolati alcuni parametri statistici quali la sensibilità, la specificità, il valore predittivo positivo e negativo LR dell'ASQ.

Risultati

Sono stati arruolati 529 pazienti i 3 diversi reparti di Pronto Soccorso. 5 pazienti sono usciti dallo studio. La sensibilità dell'ASQ è risultata del 96,9% (CI 95% 91,3-99,4) nei pazienti che afferiscono al pronto soccorso per problemi medici/chirurgici, mentre è stata dell'87,6% (CI 95% 84,00-90,5) nei pazienti che afferiscono per problemi psichiatrici. Solo 1 dei 311 pazienti con patologia medica/chirurgica risultati negativi all'ASQ è in seguito risultato positivo al SIQ (NPV 99,7% CI 95%, 98,2-99,9). L'LR+ è stato di 15,2 (CI 95%, 7,2-27,0) mentre LR- è 0,08 (CI 95%, 0,002-0,37). Nei pazienti che invece afferiscono al pronto soccorso per problemi psichiatrici l'NOP è di 96,9% (CI 95% 89,3-99,6), l'LR+ 2,8 (CI 95%, 2,1-4) e l'LR- 0,04 (CI 95%, 0,004-0,15).

Conclusioni

L'ASQ ha una buona validità interna. Le prime tre domande indagano la presenza attuale di pensieri suicidi mentre l'ultima indaga la presenza di uno dei fattori maggiormente predittivi di suicidio, ovvero la presenza di pregressi tentativi. La risposta positiva ad una di queste 4 domande è in grado di identificare il 97% dei giovani a rischio, al contempo rimane uno strumento specifico. Dallo studio sono risultati a rischio il 18,7% dei pazienti: si tratta di un notevole numero di persone, intercettate precocemente da uno strumento la cui compilazione dura meno di 2 minuti. Queste caratteristiche rendono lo strumento ASQ idoneo per lo screening del rischio di suicidio nei reparti di pronto soccorso.

ERRORI DI TERAPIA A DOMICILIO IN PAZIENTI PEDIATRICI AFFETTI DA CANCRO

Walsh KE, Roblin DW, Weingart SN, et al. Medication errors in the home: a multisite study of children with cancer. *Pediatrics*. 2013;131(5):e1405-14

Nel corso degli anni il tema degli errori di terapia in ambito ospedaliero è stato ampiamente studiato, tuttavia ancora poco si conosce sulla frequenza degli errori di terapia a domicilio. Lo studio che riportiamo in questo numero di IdB ha come obiettivo descrivere le tipologie di tali errori nei bambini affetti da cancro.

Materiali e Metodi

Sono stati analizzati i dati relativi ai pazienti seguiti da tre ambulatori di oncologia pediatrica. In tutti e tre gli ambulatori venivano usati sistemi di prescrizione dei farmaci computerizzati. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti di età compresa tra 0 e 20 anni che fossero affetti da cancro, che assumessero giornalmente farmaci e che fossero in cura con farmaci chemioterapici da assumere a domicilio. Nel corso di visite domiciliari è stata confrontata la prescrizione del medico e la somministrazione che il paziente ha ricevuto, dopo averne valutato peso e altezza. Sono stati considerati errori le somministrazioni che differivano nel dosaggio per eccesso o per difetto per più del 10% rispetto a quanto sarebbe stato il dosaggio prescritto. Le visite domiciliari sono state programmate nei giorni in cui il paziente assumeva il maggior numero di farmaci ed in cui la persona che abitualmente effettuava la somministrazione era presente. Le visite domiciliari prevedevano una revisione della terapia, una breve intervista con i genitori e l'osservazione diretta del momento della somministrazione da parte di un Infermiere Ricercatore. Ogni bambino ha ricevuto una sola visita domiciliare.

Risultati

Sono state arruolate 118 famiglie nello studio e sono state completate 92 visite domiciliari. Complessivamente sono stati prescritti 963 farmaci e sono state osservate 242 somministrazioni. Il 78% dei pazienti osservati è affetto da leucemia, con una mediana di 10 farmaci in terapia (range 3-26). Nell'87% dei casi è la madre che si occupa della somministrazione della terapia a casa. I genitori in media hanno un buon livello di istruzione, nel 57% dei casi è in possesso di una Laurea. Sono stati riscontrati complessivamente 72 errori, 4 dei quali con danno grave al paziente e 40 che avrebbero potuto causare potenzialmente un grave danno. Di questi ultimi, 2 avrebbero potuto causare invalidità permanente. Complessivamente si sono verificati 70.2 errori ogni 100 pazienti (CI 95%; 58,9-81,6) e dai 3 ai 15 errori ogni 100 somministrazioni. I farmaci non chemioterapici sono stati soggetti a errori più frequentemente rispetto ai farmaci chemioterapici. Il 63,5% di errori hanno riguardato la somministrazione. In alcuni casi questi errori sono dovuti al fatto che il genitore non aumenta/diminuisce le dosi del farmaco secondo le indicazioni dell'oncologo o non comunica agli altri caregivers che le dosi da somministrare devono essere modificate. Inoltre sono stati riscontrati frequenti errori di dosaggio nell'uso dell'Acetaminofene. Sono inoltre stati osservati 47 genitori mentre somministravano la chemioterapia: solo in 5 casi il genitore ha indossato i guanti prima di maneggiare il farmaco chemioterapico come misura di sicurezza per evitarne la tossicità. Anche lo scrivere la posologia sulla confezione è risultato essere un elemento controverso, infatti in 58 casi ciò che era scritto sulla confezione non corrispondeva a quanto realmente assunto dal paziente, poiché il genitore aveva ricevuto nuove istruzioni dal medico ed il dosaggio sulla scatola del farmaco non era più giusto mentre in alcuni casi il genitore credeva di dover cambiare la dose da anche se quella indicata sulla scatola era giusta. In 11 casi in cui sulla confezione era indicata la posologia si sono verificati errori. Il 47% dei pazienti è stato sottoposto ad almeno 1 errore di terapia: il 32% ad un errore, l'8% a due errori ed un altro 8% a tre o più errori. Una migliore comunicazione tra medico e famiglia avrebbe potuto evitare il 36% degli errori. L'82% degli errori individuati dall'osservazione non era stato individuato dal medico prescrittore, mentre i genitori non sono risultati consapevoli del 56% degli errori.

Discussione

Il tasso di danni dovuti a errori di terapia è di 3,6 ogni 100 pazienti; nei bambini ospedalizzati questo tasso varia dallo 0,5% al 3,8%. Questo significa che i bambini che ricevono somministrazioni di farmaci al proprio domicilio sono soggetti ad errori con danno in modo uguale se non addirittura maggiore rispetto ai bambini ospedalizzati.

Rispondi al quesito e vinci....

Tra tutti coloro che invieranno entro il **10.09.13** la risposta corretta alla mail: sisip@sisip.it verrà estratto a sorte un nominativo che vincerà un abbonamento per un anno al Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche Pediatriche

IL QUESITO DEL NUMERO 86

Sei l'Infermiere di un bambino che deve eseguire in ambulatorio un prick test. Poiché esiste il rischio di anafilassi, quale dei seguenti farmaci dovrebbe essere immediatamente disponibile in caso di emergenza?

- A- Epinefrina
- B- Deltasono
- C- Naloxone
- E- Anexate

Reviews and Rationales pag. 273



IL QUESITO DEL NUMERO 85

Sei l'Infermiere di un bambino ricoverato per una reazione allergica: quali dei seguenti valori ti aspetti di trovare alterato osservando il referto del prelievo ematico che gli hai appena eseguito?

- A- Globuli rossi
- B- Emoglobina
- C- Leucociti
- E- Eosinofili

La risposta esatta era la E

Al quesito di IdB 85 hanno risposto 84 colleghi, con 69 risposte esatte e 15 non corrette. Tra i colleghi che hanno dato risposta esatta è stata sorteggiata la collega **Martina Fuoco**, Infermiera Pediatrica, che ha vinto l'abbonamento annuale a GISIP.

Congratulazioni !