

# Il contributo del nursing per una corretta esecuzione di un esame polisonnografico

**Andrea Toccaceli<sup>1</sup>**  
**Silvia Bellagamba<sup>2</sup>**  
**Elisa Lauretani<sup>2</sup>**

I disturbi respiratori del sonno (DRS) comprendono una serie di condizioni caratterizzate da respirazione anormale durante il sonno; in molti casi questa condizione è associata al restringimento o all'ostruzione delle vie aeree superiori (faringe). I disordini del sonno variano dall'ostruzione parziale, intermittente delle vie aeree senza disturbi del sonno (russamento), fino alle apnee frequenti associate con ripetuti episodi di ipossiemia e risvegli che conducono alla destrutturazione del sonno e alla sonnolenza diurna<sup>1</sup>.

I DRS sono spesso associati a un aumento della morbilità e mortalità correlate a problematiche di natura cardiovascolare (aritmie cardiache, ipertensione arteriosa, insufficienza ventricolare destra e sinistra, cardiopatia ischemica, morte improvvisa), neurologica (depressione, ansia, ischemia cerebrale, *defaillances* attentive), metabolica (diabete e sue conseguenze)<sup>2</sup>.

Considerando i criteri stabiliti dall'American Academy of Sleep Medicine<sup>3</sup>, la prevalenza di DRS nella popolazione generale (nu-

mero di apnee o ipo-apnee superiori a 5 per ora) è stimabile nell'83% negli uomini e nel 60% nelle donne, mentre la presenza di DRS di grado moderato-severo (numero di apnee o ipo-apnee superiori a 15 per ora) è del 50% negli uomini e del 23% nelle donne<sup>2</sup>.

La polisonnografia (PSG) è il *gold standard* per l'intercettazione e la diagnosi dei DRS in quanto permette di codificare la numerosità di apnee e ipo-apnee: consiste nel monitoraggio di molteplici parametri fisiologici. La PSG può essere eseguita secondo due principali modalità: *attended* (con supervisione, realizzata generalmente in un *setting* clinico) e *unattended* (senza supervisione, realizzata generalmente in un *setting* domestico).

La PSG deve essere eseguita e valutata in centri specialistici e con un'*équipe* di clinici con specifica formazione<sup>4</sup>.

È interessante analizzare quali sono le indicazioni presenti in letteratura per comprendere lo specifico contributo che il *nursing* può apportare alla corretta realizzazione di un PSG. Una corretta esecuzione dell'esame concorre a produrre infatti *outcomes* di salute (minor tempo di latenza tra esecuzione del PSG e diagnosi) e di soddisfazione per la persona assistita (aumento della fiducia nell'*équipe*, aumento dell'aderenza terapeutica e dell'alleanza terapeutica, maggiore predisposizione e coinvolgimento all'educazione sanitaria).

Una prima evidenza, che emerge dalla letteratura, è la necessità della presenza di infermieri esperti e competenti all'interno di un

<sup>1</sup> Coordinatore infermieristico SOD Pneumologia, AOU Ospedali Riuniti di Ancona  
toccaceli1969@gmail.com

<sup>2</sup> Infermiera Fisiopatologia Respiratoria SOD Pneumologia, AOU Ospedali Riuniti di Ancona

servizio di fisiopatologia respiratoria e quindi in grado di conoscere il corretto utilizzo dei presidi per la registrazione di una PSG<sup>4</sup>.

Il concetto di *expertise* è legato ai vissuti esperienziali formativi, clinici, relazionali, educativi, organizzativi. All'interno del *nursing*, la teoria di Patricia Benner individua alti livelli di *expertise* (infermieri abili ed esperti) a partire da almeno tre anni di esperienza lavorativa accumulata in uno specifico *setting* clinico-assistenziale.

Il concetto di competenza è invece da intendersi come una «[...] caratteristica intrinseca individuale causalmente collegata ad una *performance* efficace o superiore in una mansione o in una situazione, che è misurata sulla base di un criterio predefinito».

Alla luce dell'esplicazione di questi due concetti, risulta maggiormente comprensibile il contributo della letteratura descritto.

Una seconda evidenza riguarda l'aspetto educativo per la corretta realizzazione di una PSG, con particolare riferimento a quella *unattended*. È necessario infatti che la persona assistita o un suo *caregiver* apportino il loro contributo diretto per la corretta conduzione di una PSG<sup>4,5</sup>. L'educazione pre procedurale riveste perciò un ruolo chiave. Il raggiungimento dell'*outcome* relativo alla corretta esecuzione di una PSG si costruisce all'interno del terreno dell'aderenza e dell'alleanza terapeutica: il coinvolgimento e la responsabilizzazione diretta della persona assistita o di chi se ne fa carico aumenta la fiducia nell'*équipe* assistenziale e migliora il livello di *performance* atteso<sup>5</sup>. L'educazione deve essere ovviamente condotta preferibilmente da infermieri o tecnici esperti: non è quindi ravvisabile la situazione in cui il presidio per l'esecuzione di una PSG possa essere consegnato senza un colloquio con gli interessati. La letteratura suggerisce anche l'utilizzo di materiale alternativo e complementare in forma scritta (*brochure*) o multi-

mediale (video o altro materiale interattivo).

Un ultimo contributo della letteratura fa riferimento alla *compliance* della persona assistita. Questo aspetto è successivo alla fase educativa e rappresenta un ulteriore obiettivo del *nursing*: sta ad indicare il gradimento e lo spirito collaborativo verso la procedura da realizzare. La lettura e interpretazione di un PSG sono infatti fortemente condizionati dal grado di *compliance* raggiunta. La *compliance* è correlata alla maggiore affidabilità dei dati registrati e quindi a una maggiore rapidità della definizione della diagnosi e del percorso clinico-assistenziale successivo. Il suo conseguimento ha nella maggioranza dei casi un valore di squadra, di *équipe*: solo attraverso azioni comuni e specifiche per ogni profilo professionale coinvolto la persona assistita può essere condotta verso una efficace esecuzione di una PSG.

Secondo la letteratura consultata, le tre aree evidenziate (*expertise*, educazione, *compliance*) rappresentano un contributo specifico del *nursing* all'interno di un servizio di fisiopatologia respiratoria.

## Bibliografia

- 1) GIBSON GJ, LODDENKEMPER R, LUNDBÄCK B, SIBILLE Y. *Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book*. Eur Respir J 2013; 42: 559-63.
- 2) HEINZER R, VAT S, MARQUES-VIDAL P, ET AL. *Prevalence of sleep-disordered breathing in the general population: the HypnoLaus study*. Lancet Respir Med 2015; 3: 310-8.
- 3) BERRY RB, BUDHIRAJA R, GOTTLIEB DJ, ET AL; American Academy of Sleep Medicine. *Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Deliberations of the Sleep Apnea Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medicine*. J Clin Sleep Med 2012; 8: 597-619.
- 4) COLLOP NA, ANDERSON WM, BOEHLECKE B, ET AL; Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *Clinical guidelines for the use of unattended portable monitors in the diagnosis of obstructive sleep apnea in adult patients*. Portable Monitoring Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med 2007; 3: 737-47.
- 5) IBER C, REDLINE S, KAPLAN GILPIN AM, ET AL. *Polysomnography performed in the unattended home versus the attended laboratory setting*. Sleep Heart Health Study methodology. Sleep 2004; 27: 536-40.