

Direttore Responsabile
Gianfranco Cecinati

Coordinatore di Redazione
Stefano Sebastiani

Comitato di Redazione
Paola d'Amore
Marco Marseglia

Pubblicità
Annunziata Pinzari
Marco Marseglia

Tariffe
Iscrizione Aniarti 2004 € 30,00
(comprensiva dell'abbonamento
annuale alla rivista Scenario)

Abbonamento a Scenario
Istituzionale € 65,00
(Enti, Istituzioni, Associazioni, Biblioteche,
Unità Operative, Sedi formative)

Le quote vanno versate sul c/c postale
n. 11064508 intestato a:

ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze

Aut. Trib. Arezzo 4/84 R.S.
Lavori, lettere, suggerimenti, commenti,
proposte, interventi in genere fotografie
vanno inviati a Donatella Pirozzo,
segretaria di redazione
c/o Ufficio soci ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
Fax 055/435700 - Tel. 055/434677
Cell. 340/4045367-5
www.aniarti.it
e-mail: aniarti@aniarti.it

Progetto Grafico: Vittorio Casebasse
Stampa: Tipografia San Marco
Via A. da Schio, 7 - 50127 Firenze

Numero chiuso il giorno
1 ottobre 2004
(1 copia € 3,50 per soli Soci)



Rubriche



Il comitato di redazione segnala che le relazioni congressuali vengono pubblicate integralmente senza revisione editoriale.

- 3 **L'EDITORIALE**
- 4 **SERVIZIO SANITARIO ETICO: QUALI IMPLICAZIONI OPERATIVE. QUALI APPLICAZIONI RISPETTO AL PROBLEMA DOLORE?**
di Laura D'Addio
- 7 **ESAME DI UN CASO DI DOLORE DA CANCRO: PARTE I ANALISI CLINICA ED ASSISTENZIALE UTILIZZANDO LA VARIABILE DELLA COMPLESSITÀ**
di Mara Brandoli, Sandra Scalorbi
- 13 **ESAME DI UN CASO DI DOLORE DA CANCRO: PARTE II INTERVENTI SPECIFICI DI COMPETENZA INFERMIERISTICA, METODI E STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL DOLORE, CON INDIVIDUAZIONE DI PERCORSI INTEGRATI**
di Catia Franceschini
- 18 **ESAME DI UN CASO DI DOLORE DA CANCRO: PARTE III APPROPRIATEZZA DEGLI INTERVENTI E QUALITÀ DI VITA**
di Elena Ciriello
- 24 **ESAME DI UN CASO DI DOLORE DA CANCRO: PARTE IV CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E CURE PALLIATIVE**
di Federica Fabbrini
- 26 **INTERVENTI SPECIFICI DI COMPETENZA INFERMIERISTICA, METODI E STRUMENTI PER LA GESTIONE DEL DOLORE. INDIVIDUAZIONE DEI PERCORSI INTEGRATI UTILIZZANDO LA VARIABILE DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE.**
di Angelina Di Nuccio, Nicola Crispino
- 36 **CONSIGLIO DIRETTIVO E NAZIONALE ANIARTI**



Questo periodico è associato
alla Unione Stampa
Periodica Italiana

Istruzioni per le proposte di Pubblicazioni

La rivista tratta le seguenti tipologie di articoli:

- 1) **Articolo originale:** frutto di ricerca e/o metanalisi;
- 2) **Revisione:** revisione della bibliografia;
- 3) **Comunicazione:** relazione a congressi e/o poster;
- 4) **Editoriale:** parere su una tematica e riflessioni o analisi;
- 5) **Lettera:** intervento su una tematica trattata dalla rivista.

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato; i medesimi sono pregati di indicare il loro recapito completo.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file RTF o leggibile dai comuni word processor.

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

- 1 - titolo dell'articolo
- 2 - autori con nomi completi e qualifiche professionali
- 3 - istituzioni di appartenenza
- 4 - recapiti per eventuali contatti (telefono, fax, e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), numerate progressivamente, dotate di didascalie con titolo e numero, dovrà essere segnalato chiaramente, nel testo, il punto di inserzione.

L'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente. È necessario allegare un abstract di 300 parole al massimo sia in italiano che in inglese ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano a nome della medesima, occorrerà una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Gli autori riceveranno gratuitamente, in caso di accettazione e pubblicazione delle proposte, due copie della rivista su cui compare il lavoro.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

INFORMATIVA PER I SOCI

Legge 675/96 e seguenti Tutela dei dati personali

L' ANIARTI è in possesso dei dati personali anagrafici di ogni associato in quanto da lui stesso forniti al momento della presentazione della domanda di socio.

Tali dati sono conservati presso l'archivio della stessa Associazione e trattati esclusivamente da personale incaricato ed unicamente per adempiere agli scopi istituzionali.

Facendo riferimento alla pubblicazione su questa rivista degli interventi relativi al XXII Convegno Anarti Bologna 2003, Elio Drigo ha sottolineato come il Modello per la lettura della complessità assistenziale si presti in modo flessibile all'utilizzo in ogni contesto; questa affermazione ne comprende un'altra, poiché affermare che tale modello è adatto ad ogni contesto significa affermare che lo è per ogni persona e per ogni problema di salute che tale persona presenta.

Un esempio significativo e concreto di quanto affermato è rappresentato dai contributi presentati da alcuni infermieri al Convegno *Il controllo del dolore: dai farmaci alle tecniche mini invasive - Stato dell'arte* - tenutosi a Genova nel Marzo 2004.

Questo convegno ha rappresentato una tappa importante nel percorso di applicazione del modello (in questo caso alla persona con dolore), di sviluppo professionale e, in particolare, di definizione degli elementi che contribuiscono da un lato ad identificare la nostra specificità professionale e dall'altro a consentire una proficua e non conflittuale integrazione con le altre professioni.

Una intera giornata del convegno è stata infatti riservata all'analisi medico-infermieristica congiunta di casi relativi a persone adulte ed in età pediatrica con dolore post-operatorio e da cancro.

Il contributo portato dagli infermieri è stato rappresentato dall'analisi del caso secondo il modello per la lettura della complessità assistenziale e dalla definizione degli interventi infermieristici specifici, con individuazione delle modalità operative di integrazione.

Il dolore è stato considerato come fattore di criticità per la persona, alla stregua dell'instabilità/compromissione delle funzioni vitali.

Particolarmente apprezzati sono stati

la lucidità, il rigore e l'appropriatezza con cui gli infermieri hanno contribuito all'analisi del caso e descritto gli interventi assistenziali infermieristici.

L'applicazione del modello per la lettura della complessità assistenziale infatti ha consentito:

- di descrivere in modo appropriato la condizione della persona lungo le tre dimensioni (salute/malattia - compromissione/scelta - azione autonoma);
- di individuarne i relativi bisogni;
- di definire gli interventi necessari per la loro risoluzione;
- di individuare il contributo specifico delle diverse professioni e degli operatori di supporto nella realizzazione di tali interventi;
- di descrivere, infine, il tipo di competenze necessarie all'infermiere per potere attuare quanto individuato.

Se, come afferma il nostro codice deontologico, l'infermiere riconosce che l'integrazione rappresenta la migliore modalità per far fronte ai problemi della persona assistita, il modello utilizzato, oltre alle già note importanti ricadute di tipo organizzativo, ne ha anche sotto questo punto di vista.

Infatti l'integrazione può realizzarsi solo mettendo al centro la persona ed i suoi bisogni e lavorando insieme per risolverli, con piena consapevolezza di ciò che, professionalmente, è proprio o improprio.

Un modello che ci aiuti a fare questo rappresenta una chiave per aprire la porta su un nuovo modo di vivere la professione, adeguato rispetto al momento storico che stiamo vivendo.



Mares Marupia

Laura D'Addio, D.A.I. - Professore a contratto di Scienze Infermieristiche generali e cliniche Università degli Studi di Firenze - Consulente della Federazione Nazionale Collegi IPASVI di etica e deontologia infermieristica

Servizio sanitario etico: quali implicazioni operative. Quali applicazioni rispetto al problema dolore?

Un Servizio Sanitario (SS) etico potrebbe essere definito come un sistema che opera scelte al fine della efficace e giusta allocazione delle risorse, così da garantire risposte ai bisogni di salute della popolazione di un certo territorio. Di conseguenza i professionisti della salute dovrebbero operare rivolti alla qualità e, all'interno di questa, alla qualità dell'assistenza, delle prestazioni, dei servizi. In sanità qualità significa essere certi che le prestazioni/servizi che eroghiamo siano centrate sull'evidenza scientifica, ovvero su prove di efficacia; pertanto che gli utenti ricevano le giuste cure, quando servono e se servono, senza avere conseguenze dannose. Parallelamente, qualità significa conoscenze e prassi verificate dalla ricerca scientifica, affinché il sapere di una professione e di tutte le professioni sia in continua evoluzione.

È questo lo scenario che ci presenta la realtà italiana? È questa la performance che offrono i nostri professionisti della salute?

Guardando alla realtà odierna, sostanzialmente l'agire dei sanitari italiani sembra ancor oggi centrato sulla quantità anziché sulla qualità, sulla tradizione anziché sulla razionalità e scientificità. Eppure, tra gli elementi che contraddistinguono una professione uno più di altri sembra importante: l'approccio scientifico all'analisi e interpretazione di quanto avviene od emerge dalla pratica professionale.

È quindi opportuno riflettere sull'eticità di quanto offre oggi il nostro SS, consapevoli che buona parte di questo esito dipende dai professionisti che vi operano.

Quali fundamenta per l'azione professionale all'interno di un Servizio Sanitario etico?

In uno scenario sanitario come quello italiano, di chiara derivazione paternalistica, l'approccio scientifico è complesso da elaborare come fondamento; all'interno di questo, le mezze verità, l'espropriazione della propria storia di malattia restano ancora oggi fenomeni agiti dai sanitari e quindi presenti nei nostri servizi.

È proprio sulla base di un movimento etico che si sono mossi i primi passi verso l'evidence based (EB), traducibile in italiano con prova piuttosto che con evidenza: Come sostiene argutamente S. Spinsanti, chi proclama qualcosa come evidente non ha bisogno di dimostrarlo, non si sente obbligato a portare delle prove¹. Pertanto l'EB indica che qualsiasi pratica professionale deve essere supportata e giustificata da prove di efficacia e sicurezza di un dato intervento. Tuttavia il termine può essere ricondotto anche alla radice latina *vid* che significa capire, vedere: trovo importante non dimenticare questa matrice, poiché spiega la filosofia di fondo del fenomeno, che è quella appunto di andare al di là delle apparenze, del singolo sapere, della tradizione. Il cambiamento che l'EB vuole implementare consiste fondamentalmente nella propagazione di una nuova mentalità, prima ancora che di una diversa pratica, mentalità che induce a cercare le prove di efficacia di quanto si propone al cliente, superando il vecchio riferimento a scienza e coscienza. In particolare questa scienza e coscienza costituivano quanto di più autoreferenziale potesse esistere nella medicina e nell'infermieristica: il concetto si applica a organizzazioni che

COMUNICAZIONE

Relazione presentata al congresso: Il controllo del dolore - dai farmaci alle tecniche mini invasive. Genova 24-27 marzo 2004

1. Cfr. Spinsanti S., *Bioetica e nursing*, Milano, Mc Graw-Hill, 2001, cap. 3

prendono le loro decisioni consultandosi solo al proprio interno e leggendo solo la letteratura prodotta da argomenti della propria disciplina e/o dal proprio indirizzo culturale².

Dall'EB deriva un fenomeno a valle che è l' Evidence Based Practice, che può intendersi come un approccio metodologico attraverso il quale le prestazioni di assistenza cliniche-assistenziali erogate sono basate su prove di efficacia³.

Il fenomeno va al di là dei cambiamenti tecnologici e scientifici che hanno investito il mondo sanitario, ma è piuttosto il frutto dell'epoca post-moderna, nella quale dominano i concetti di flessibilità, dinamismo, olismo, complessità e responsabilizzazione. Così la scienza ha dovuto porsi in integrazione con la filosofia, l'economia non può più permettersi di surclassare l'etica e il relativismo domina su tutto.

Pertanto, a monte della nascita e dello sviluppo dell'EB esistono sì istanze di tipo scientifico ed economico, ma è la rivoluzione etico-morale del nostro tempo il vero motore che ha permesso che alcune questioni si ponessero, in alcuni casi per la prima volta nella storia dell'uomo.

Sanitari e autenticità

Il vero nocciolo della questione sta nel problema della conoscenza, ovvero dei processi mediante i quali il singolo e i gruppi modificano i loro comportamenti a seguito dell'esperienza. Nei nostri contesti sanitari molti operatori sembrano essere stati colti da uno strano quanto diffuso virus: la soggettività. Si tratta di una vera e propria epidemia che permette al medico di istituire una terapia e subito dopo al suo collega di variarla, oppure ai cinque infermieri di una stessa équipe assistenziale di condurre in modo diverso la stessa medicazione prescritta in cartella. Tutti dobbiamo ammettere che il nostro punto di vista è spesso non mediato e mediabile: valorizziamo il punto di vista personale, mentre sottovalutiamo ciò che sembra contraddirlo o minacciarlo. Questa modalità di rapportarsi con gli altri assomiglia molto ad un meccanismo di difesa: "il nostro pensiero è caratterizzato da una curiosa inerzia. Ci piace risolvere i problemi senza fatica. E riusciamo a farlo facilmente se possiamo rapida-

mente adattarli entro una categoria soddisfacente, usandola come mezzo per giungere precocemente ad una soluzione"⁴.

L'esigenza della prova scientifica di efficacia ha fatto irruzione nella nostra realtà italiana trovandoci impreparati, perché scarsamente consapevoli dei valori etici e deontologici che ne sono alla base: da ciò consegue questo ritardo nell'adesione all'EB, di conseguenza molti altri eventi, quale ad esempio il rifiuto degli strumenti di standardizzazione. Ciò fa scaturire la necessità di riorientare i professionisti rispetto al significato dell'EB e dei suoi strumenti applicativi: linee guida, procedure, protocolli terapeutici sono armi per superare la consuetudine, ampliare il proprio patrimonio di saperi e garantire prestazioni in linea con gli standard professionali. In particolare costituiscono un ottimo rimedio per guarire dalla soggettività e costruire un rapporto franco e autentico con l'assistito.

Per procedere in tal senso sono importanti le azioni formative, la gestione del clima interno dell'équipe, la riflessione critica sull'esperienza, come suggerito dal Codice deontologico degli Infermieri che riassume efficacemente quale deve essere oggi la performance di un sanitario: L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci."⁵

La professione infermieristica fornisce diversi spunti al Servizio Sanitario per rendersi e mantenersi etico; ne è un esempio il contenuto dell'art. 4.14, che recita: "L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili". La riflessione deontologica lascia qui i massimi sistemi etici (ma solo in apparenza!) per scendere ad affrontare un aspetto quanto mai quotidiano, ovvero considerare i sintomi prevenibili e prevedibili. Tra questi sintomi il dolore lo è per eccellenza prevenibile e prevedibile, oggi: servono solo relazioni diverse tra sanitario e assistito e una diversa organizzazione dei servizi. A questo proposito protocolli e linee guida possono divenire anche strumenti validi dal punto di vista organizzativo, per esempio socializzando esperienze

di un professionista agli altri componenti dell'équipe. Si ridurrebbe in tal modo quella che può essere definita la lotteria sui problemi di salute: a seconda dell'operatore che incontri in un servizio sanitario, puoi essere fortunato o meno, piuttosto che curato o meno. E si sa, un Servizio Sanitario etico non può affidarsi a lotterie... Anche questa è una questione di giustizia distributiva: perché tutti gli utenti del SS non debbono potersi avvalere di trattamenti efficaci per il dolore? Perché a seconda delle regioni e dei territori vengono offerte modalità di intervento diverse? Basterebbe valutare quanti ospedali offrono il parto senza dolore o centri di terapia per il dolore. Poiché le conoscenze attorno al dolore non mancano, oggi, viene da supporre che si tratti proprio di una questione culturale che soggiace dietro a un comportamento professionale.

Siamo quindi costretti a mettere in discussione il modo in cui i nostri sanitari costruiscono la loro coscienza professionale, che non può dirsi perfettamente sovrapponibile a quella individuale. Agire in veste professionale ci obbliga a fare nostri principi e valori della professione a cui abbiamo aderito, non tanto in riferimento a quei doveri professionali a suo tempo conati da Bentham, quanto all'impegno assunto al momento dell'ingresso nella comunità professionale. Proprio in riferimento a questo impegno vale la pena considerare, sempre rispetto al dolore, quale debba essere la performance del sanitario rispetto all'uso di placebo, ovvero qualsiasi terapia o componente di essa che venga deliberatamente o consapevolmente impiegata per il suo effetto non specifico psicologico o psicofisiologico, o che, all'insaputa del paziente o di chi prescrive la cura, sia sprovvista di un'attività specifica sulla malattia che si deve curare (Shapiro, 1999) Nell'art. 4.14 del Codice Deontologico dell'Infermiere si afferma che questo professionista "si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica". Da questa responsabilità assunta, soprattutto in termini di autenticità verso il cliente, emerge chiaramente che l'uso del placebo:

- non potrà mai essere estemporaneo, ovvero utilizzato per un assistito in particolare in assenza di un piano terapeutico specifico
- non potrà derivare dalla valutazione

del singolo professionista, bensì da protocolli elaborati da équipe multidisciplinari in cui le competenze si fondano e si completano:

ciò è particolarmente significativo per la somministrazione di principi attivi che necessitano della competenza medico-infermieristica combinata

- non potrà essere estraneo al consenso informato, ovvero all'esplicitazione, iniziale al trattamento di cura, del possibile utilizzo di sostanze non specifiche verso il problema di salute, segno o sintomo dell'assistito.

Il riferimento al placebo del Codice degli Infermieri non è fuggibile né casuale: le nuove regole che questa professione si dà e offre al Servizio Sanitario sono il frutto di una nuova cultura: quella dell'evidence based nursing. Mettendo al bando l'autoreferenzialità e le mezze verità, gli infermieri assumono un impegno, lanciano un preciso messaggio a tutte le professioni sanitarie: il tempo dei piccoli arbitri collegati alle decisioni prese in scienza e coscienza volge ormai al tramonto.

Note

2. Cfr. Morosini P.L., Ferraro F., Enciclopedia della gestione di qualità in sanità, Torino, Centro Scientifico Editore, 1999
3. Al proposito si consiglia, tra le altre, la consultazione della rivista Best Practice - Evidence Based Practice Information Sheets for Health Professionals
4. Allport G.W., La natura del pregiudizio, La Nuova Italia, 1973, p. 28
5. Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Codice deontologico, 1999, art. 3.1

Bibliografia

1. AA VV., Evidence Based Medicine, in Salute e Territorio, 112-113/1999 AA VV., Guaritori da guarire, in Janus, 2/2001
2. BECCASTRINI S., GARDINI A., TONELLI S., Piccolo Dizionario della Qualità, Torino, Centro Scientifico editore, 2001
3. CALAMANDREI C., D'ADDIO L., Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere, Milano, Mc Graw-Hill, 1999
4. JENICEK M., Al letto del malato, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2001
5. LOBIONDO-WOOD G., HABER J., Metodologia della ricerca infermieristica, Milano, Mc Graw-Hill, 1997
6. ROCCO M.J., CAPALBO A., Evidence based nursing e linee guida: quale relazione, in Atti del IV Congresso Nazionale Nursing Cuore, Montecatini 2001
7. SACKETT D.L. ET AL., La medicina basata sull'evidenza, Torino, Centro Scientifico Editore, 1998
8. SPINSANTI S., Bioetica e nursing, Milano, Mc Graw-Hill, 2001

ANIARTI CAMPANIA

Nuovi Eventi Formativi

CORSO ECM PER INFERMIERI E MEDICI

La donazione d'organo e le sue problematiche

19-20-21 gennaio 2005

Aula Magna dell'Università Federico II

Monte S. Angelo - Napoli

N° Provider 2350

N° Validazione Medici 168899 in assegnazione

N° Validazione Infermieri 168900 in assegnazione

N° Validazione infermieri pediatrici 1689001 Assegnati 14 crediti ECM

Numero max. **partecipanti 750**

previa pre-iscrizione e pagamento anticipato, ripartiti come di seguito:

- n° 100 assegnati a medici
- n° 550 assegnati a infermieri
- n° 100 assegnati a infermieri pediatrici

A marzo 2005 si terrà il

IX CONGRESSO REGIONALE ANIARTI CAMPANIA

*Evoluzione professionale ed impegno ad essere Infermieri.
Percorso tracciato o da ridisegnare?*

Numero max. **partecipanti 700**, ripartiti come di seguito:

- n° 600 assegnati a infermieri
- n° 100 assegnati a infermieri pediatrici

Mara Brandoli, Infermiera,
Sandra Scalorbi, Infermiera DDSI-ASV - Coordinatori Didattici del Corso di Laurea in Infermieristica,
Scuola per Infermieri "Principessa di Piemonte" della Croce Rossa Italiana di Bologna

Esame di un caso di dolore da cancro: parte I Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità

Andrea è un architetto di 37 anni; dopo l'orchietomia, la CHT ed i cicli di RT effettuati 12 anni fa per cancro al testicolo destro., la sua Qualità di Vita era stata buona. Si era sottoposto regolarmente ai controlli annuali, sempre negativi. Da circa un mese però era comparso un dolore ingravescente, sordo, persistente, diffuso alla regione lombare ed alla natica destra.

Dopo due settimane di riposo dal lavoro e di terapia con FANS, venne effettuata una radiografia lombare che mise in evidenza un rimaneggiamento a livello vertebrale lombare di L4.

Andrea provò un grande senso di rabbia. Un check up completo evidenziò la contemporanea presenza di m.t.s. polmonari.

Ai FANS, insufficienti, furono aggiunti anche gli steroidi e dopo due settimane fu necessario passare agli oppiacei per os (120 mg/die) in grado di controllare il dolore (VAS 2-3/10).

Andrea riprese il lavoro ed uno stile di vita normale.

Pur conscio della situazione, dal momento che il dolore era controllato decise ugualmente di recarsi al mare in campeggio in Toscana con la moglie ed i due figli di otto e undici anni.

Il giorno di Ferragosto, verso l'ora di pranzo, avvertì un dolore tremendo, con riduzione della sensibilità agli arti inferiori e perdita di forza muscolare, specie a destra.

Venne portato all'Ospedale più vicino e qui ricoverato in Ortopedia. Il dolore, di probabile natura radicolare, fu

descritto "come una fucilata, battente, scuotente, stressante, costante terrificante". Nonostante la terapia orale con Morfina e parenterale con Steroidi la VAS era 7/10 ed ogni piccolo movimento portava il dolore a 10/10, secondo Andrea 11.

Nei giorni seguenti fu prescritta una TC di controllo che evidenziò "progressione della malattia con distruzione sub-totale del corpo di L4 con conservazione del muro posteriore ed erosione del processo trasverso di dx.". Era presente anche compressione a livello del sacco durale da parte di mts peridurali e un disturbo a carico degli sfinteri con incontinenza alle feci e vescica neurologica.

Andrea venne trasferito nell'ospedale della sua città, nel reparto di Medicina. I medici curanti, dopo avere impostata una CHT di seconda linea in vaso centrale, decisero di sospendere qualsiasi terapia "causale" e somministrare oppiacei e.v. (50 mg/die in Pompa attraverso CVC di Groshong).

Nonostante ciò il dolore continuava a non essere controllato ed erano inoltre presenti conati di vomito, nausea, difficoltà a dormire, ad alzarsi dal letto, ad urinare.

Andrea era arrabbiato con i medici, fortemente preoccupato, ansioso, a volte piangeva. Venne aumentato il dosaggio di morfina e furono aggiunti ansiolitici orali ma il dolore restava sempre violento; Andrea chiese alla moglie l'eutanasia.

Lo specialista algologo interpellato gli prospettò l'impianto di un port peridurale per infusione di morfina e ropivacaina. Mentre lo portavano in sala operato-

COMUNICAZIONE

Relazione presentata al congresso: Il controllo del dolore - dai farmaci alle tecniche mini invasive. Genova 24-27 marzo 2004

ria Andrea confidò agli infermieri: "Per vivere così non sarebbe meglio che mi faceste morire?"

Al ritorno dalla sala operatoria però disse: "Non credevo che si potesse ritornare a non avere male".

Anche la nausea ed il vomito si ridussero e finalmente Andrea poté essere toccato e mobilizzato senza dolore; permaneva l'ipostenia agli arti inferiori che richiedeva l'utilizzo della "carrozzina".

Al paziente fu prospettata la possibilità di una vertebroplastica, rifiutata; ora che il dolore era più controllato volva andare a casa.

La moglie era preoccupata per vari motivi, per la prognosi del compagno, per i ragazzi, per il fatto di avere problemi ad assentarsi dal lavoro, per le caratteristiche del domicilio (villetta a schiera disposta su due piani, con le camere da letto al piano di sopra).

Fu attivata l'equipe di Cure Palliative, per seguire Andrea assieme al medico di famiglia. Venne allestita una camera da letto vicino all'ingresso e fu assunta una badante somala.

Andrea era portatore di catetere vescicale, incontinente alle feci e presentava arrossamenti nelle zone sacrali.

Il dolore era apparentemente controllato (VAS 3) e la qualità di vita a casa pareva migliorata. Andrea era però spesso irrequieto, ansioso, ultimamente anche depresso e non dormiva. Non voleva farsi vedere dai figli in quello stato e rifiutava le visite degli amici. La badante era molto disponibile ma non sempre lo capiva.

L'infermiera Anna era l'unica con cui Andrea si confidava: "Non ce la faccio più. Oltre il dolore, oltre la consapevolezza della morte vi è un peso ancora più enorme, quello di dovere sorridere sempre".

Nonostante il trattamento terapeutico (Lorazepam, Amitriptilina) il paziente appariva ancora più agitato, a volte sembrava che parlasse con qualcuno anche se era solo, oppure sembrava convinto di essere in un altro luogo, nella casa paterna, là dove era cresciuto.

Una TC cerebrale evidenziò una metastasi cerebrale, frontoparietale; comparvero crisi jacksoniane all'arto superiore sinistro e fu prescritta Carbamazepina a dosi piene.

Comparve cefalea, nausea e, a volte, vomito; vennero aumentati i dosaggi di steroidi e si decise di introdurre la clonidina al fine di ridurre i dosaggi di morfina.

Come risulta dal Therapy Impact Questionnaire rilevato giornalmente dalle infermiere della UOCP il dolore era controllato mentre la qualità della vita stava decadendo progressivamente e così il Performance Status.

Vi fu un rapido deterioramento clinico, Andrea era confuso e presentava crisi terribili, ogni 3-4 ore.

I medici, dopo avere parlato con la moglie e col suo consenso, decisero di passare a sedazione continua ev in pompa.

Andrea restò così per tre giorni, come addormentato e con un respiro ed un circolo stabile. Le crisi si erano ridotte ed erano lievissime.

Era la prima domenica di dicembre quando improvvisamente cominciò a respirare male. La signora era andata a prendere i bimbi dalla nonna. La badante prese il primo numero sul comodino: era quello del 118.

In pochi minuti arrivò l'autoambulanza. In medico gentilissimo vedendo il paziente e leggendo il farmaco sulla pompa la bloccò e praticò subito un antagonista. Dopo l'iniezione Andrea era molto agitato, urlava. Il medico aggiunse "io questo qui non lo lascio." Fu così che Andrea fu caricato in ambulanza per essere portato in degenza temporanea.

Per introdurre la lettura del caso secondo la variabile della complessità assistenziale, risulta importante definire in modo unanime cosa si intende per dolore e nello specifico, per dolore da cancro.

Se ognuno di noi dovesse dare la definizione di dolore, avremmo un'ampia variabilità determinata dalle nostre esperienze soggettive; M.McCaffery lo ha definito come "...tutto quello che una persona che lo prova dice che sia, esistendo ogni qualvolta si affermi che esista".

Nello specifico, il dolore oncologico si differenzia dalle altre tipologie di dolore in quanto proprio per la sua natura implica il coinvolgimento di molteplici dimensioni della vita della persona.

Il **dolore fisico** risulta essere solitamente il primo a manifestarsi, è quello di più immediata valutazione e per la cui risoluzione è necessaria la collaborazione infermiere-medico.

Il **dolore psicologico** è una sofferen-

za determinata dalla conoscenza della diagnosi che, come una "sentenza", va a sovrapporsi al disagio determinato dalla fisicità del dolore; pertanto la persona vive sentimenti di rabbia e paura determinati dal timore di dovere affrontare ulteriori sofferenze, lasciare il proprio ruolo e gli affetti.

Il **dolore sociale** è caratterizzato dal disagio legato alla necessità di non lasciare nulla in sospeso ed alla sofferenza di lasciare la propria famiglia. Tale sentimento di abbandono può essere ulteriormente esacerbato dall'organizzazione delle strutture di ricovero, qualora non prevedano la possibilità per la persona di stare con i propri cari al di là degli orari di visita.

Il **dolore spirituale** scaturisce dalla difficoltà per la persona di trovare all'interno di sé e delle proprie credenze, "giustificazioni" che diano un senso alla propria condizione di malattia e sofferenza.

Il **dolore burocratico** identifica il disagio derivato dalle problematiche di tipo burocratico - amministrativo che la persona e i suoi familiari devono affrontare per ottenere risposte dalle istituzioni; queste peraltro sottraggono tempo alla relazione persona/famiglia.

Pertanto il dolore da cancro è una sofferenza che coinvolge in modo globale la persona e per la cui gestione devono essere messe in campo competenze cliniche ma anche relazionali ed organizzative; tale dolore proprio per la sua multidimensionalità viene definito **totale**.

Questa lettura del dolore da cancro si coniuga in modo appropriato con il concetto di complessità assistenziale, della quale rappresenta un esempio emblematico; si parte in entrambi i casi da una considerazione complessiva della persona e dei suoi bisogni, che va oltre la sfera fisica.

Nella consapevolezza che per dare risposte adeguate ai bisogni della persona è indispensabile la messa in campo delle competenze di più professionisti, risulta opportuno presentare come per la professione infermieristica, tale collaborazione non debba rappresentare l'eccezione ma una caratteristica peculiare.

Infatti, il **Codice deontologico** al paragrafo 1.2 cita: "L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla

collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa". Inoltre al 5.1 sottolinea come "L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe...."

Il DM 739/94 art.1.3 peraltro, sancisce che l'infermiere...

- d) "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche"
- e) "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali"

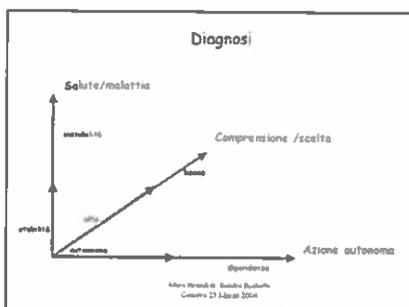
Analizziamo ora il caso in esame secondo il "modello per la lettura della complessità assistenziale" che, attraverso l'analisi dei bisogni della persona, consente anche la definizione delle attività dell'infermiere.

Il modello prevede tre dimensioni, che si influenzano reciprocamente in una logica sistemica e determinano le necessità di assistenza infermieristica: condizione di **salute/malattia**, **comprensione** delle proprie necessità in relazione alla condizione di salute/malattia e **scelta** consapevole dei comportamenti idonei, possibilità di mettere in atto **autonomamente** le azioni e i comportamenti che si è deciso di intraprendere.

In questo caso, la persona, per la propria condizione di salute/malattia, necessita di interventi diversificati e il modello in oggetto ci permette di differenziare la tipologia degli interventi dei diversi professionisti in relazione ai reali bisogni. Nello specifico verranno differenziati gli interventi esclusivi della professione da quelli specifici, in quanto condivisibili con altri professionisti in possesso delle conoscenze/competenze adeguate.

Per facilitarne la lettura il caso è stato suddiviso in quattro situazioni che identificano altrettante "combinazioni" delle tre dimensioni riferite al modello. In particolare, rispetto all'asse salute/malattia la persona si può caratterizzare per una condizione compresa tra la stabilità e l'instabilità/criticità; la capacità di comprensione/scelta può variare fra bassa e alta ed infine la capacità di azione autonoma oscilla lungo il continuum autonomia/dipendenza.

Prima situazione – DIAGNOSI



Asse salute/malattia

Il dolore rimane costantemente elevato finché non viene iniziata la somministrazione di analgesici stupefacenti per via orale (VAS 2-3/10)

Pertanto in questa fase si passa da una condizione di instabilità ad una di stabilità in quanto dalla condizione di dolore non gestibile si arriva ad un dolore controllabile, intendendo il dolore come una condizione di criticità per la qualità di vita della persona, alla stregua dell'instabilità delle funzioni vitali. Siamo però, in una situazione di stabilità che potenzialmente può evolvere repentinamente in instabilità, per il riacutizzarsi della sintomatologia dolorosa.

Per la persona è necessario essere liberata dal dolore.

Lungo questo asse si rende evidente l'elevata integrazione infermiere-medico relativamente a: garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche, monitorare l'andamento dei sintomi e l'insorgenza di eventuali effetti collaterali, valutare il dolore e la qualità di vita della persona in relazione all'efficacia della terapia. Tutte queste, rappresentano attività specifiche dell'infermiere.

Per garantire tali interventi, l'infermiere deve possedere una formazione specifica ad esempio rispetto all'utilizzo degli strumenti di valutazione del dolore e della qualità di vita.

Riferimenti:

CD 4.4 "L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona".

CD 4.5 "L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni

relative al piano di assistenza ed adeguata il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopererà affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato"

Asse comprensione/scelta

La capacità di *comprensione e scelta* è ridotta in quanto ostacolata dallo stato d'animo, dalla fase di *elaborazione della malattia* e dal *dolore* stesso, per cui tanto più sarà gestibile il dolore, tanto maggiore sarà questa capacità.

Lungo questa dimensione si evidenzia la necessità da parte della persona di essere *informata* circa l'evoluzione della malattia, l'origine del dolore e la gradualità dei trattamenti, per poter essere *coinvolta* come soggetto attivo nell'effettuazione delle scelte e nella gestione della malattia. È quindi necessaria una *elevata competenza relazionale ed educativa* che si esprime non solo nei confronti della persona ma anche della sua famiglia che deve essere considerata secondo il concetto proprio dell'infermieristica di "famiglia/cliente". Il coinvolgimento della famiglia ha lo scopo di comprenderne l'adeguatezza e i bisogni al fine di fornirle gli strumenti atti a farvi fronte. È fondamentale *pianificare gli interventi* di tipo informativo/educativo in modo integrato con tutte le figure professionali che vengono a contatto con la persona e la sua famiglia. Si fa riferimento ad un contesto di integrazione fra medico di medicina generale, infermiere di famiglia, medici specialisti, assistenti sociali... Un infermiere esperto di assistenza oncologica e cure palliative potrebbe fungere da *consulente*

Gli interventi relativi a tale dimensione, sono *specifici*, anche se ogni figura professionale deve *considerarli esclusivi* in quanto non può esimersi dallo svolgerli, in modo adeguato e per realizzarli sono necessarie *competenze specifiche*. Inoltre la formazione specifica della persona e della famiglia rappresentano *attività esclusive* dell'infermiere.

Riferimenti:

CD 1.3 "La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo"

CD 3.2 "L'infermiere assume responsa-

bilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale."

CD 4.2 "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte."

CD 4.3 "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura".

Asse dell'autonomia

In questa fase la persona passa da una condizione di autonomia (buona qualità di vita) ad una di *parziale o potenziale dipendenza*, dovuta alle limitazioni determinate dal dolore.

Tale condizione migliora nel momento in cui si ottiene il controllo del dolore, tant'è che Andrea riprende il lavoro e decide di recarsi in vacanza con la famiglia in campeggio (si sottolinea la necessità di fornire tutte le indicazioni atte a gestire eventuali episodi di riaccutizzazione del dolore). Ciò di cui egli ha bisogno, è *mantenere/ripristinare l'autonomia* ed il controllo del dolore è il principale fattore per raggiungere tale obiettivo.

Dal punto di vista assistenziale, è possibile che Andrea necessiti di un aiuto parziale durante la fase di dolore acuto per lo svolgimento di alcune attività di vita quotidiana (abbigliamento, deambulazione, igiene), *attività generiche* per l'infermiere che mantiene l'esclusività in merito alla formazione specifica della persona e della famiglia; attività esclusive infermieristiche la *pianificazione assistenziale, la supervisione del processo e la verifica* di quanto attuato anche da altri.

In questa situazione sono adeguate le competenze *dell'infermiere responsabile dell'assistenza generale* (formazione di base).

Riferimenti:

DM 739/94

Art 1.1 È individuata la figura profes-

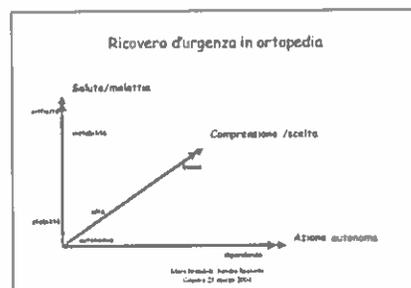
sionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Art. 1.2 L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

Art.1.3 L'infermiere:

- Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
- Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
- Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico

Seconda situazione RICOVERO D'URGENZA IN ORTOPEDIA



Asse salute/malattia

In questa fase si ha il brusco passaggio ad una condizione di *criticità*, che si evidenzia con la comparsa di dolore incontrollabile (*VAS 7/10 in condizione di immobilità, 11/10 al minimo movimento*). La situazione clinica è inoltre caratterizzata dalla presenza di metastasi.

Il bisogno della persona è quello di *ridurre ad un livello sopportabile* il dolore in modo da potersi riappropriare della propria vita.

Per soddisfare questo bisogno è necessario *l'intervento medico - infermieristico congiunto*: l'infermiere garantisce la *corretta somministrazione dei farmaci, la valutazione del dolore* per rilevarne l'efficacia ed il monitoraggio dei sintomi e degli effetti collaterali. In particolare la valutazione del dolore

deve essere effettuata in concomitanza degli interventi assistenziali e l'integrazione medico - infermieristica consentirà l'adeguamento della terapia in tali momenti. A tale proposito la *discrezionalità decisoria* dell'infermiere è bassa rispetto alla prescrizione terapeutica ma alta nella sua applicazione.

Poiché l'infermiere è costantemente accanto alla persona, le attività di valutazione rappresentano *attività esclusive*

Per garantire la professionalità, l'infermiere deve possedere una formazione specifica

Riferimenti:

CD 4.4; CD 4.5; CD 4.14 "L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili..."

DM 739/94 1.3 Comma d) Comma e)

Asse comprensione/scelta

L'entità del dolore è tale da compromettere questa capacità che risulta essere *bassa*; Andrea cerca *l'immobilità* quale unica soluzione per tollerare il dolore (*VAS 7/10* in condizione di immobilità), pertanto l'infermiere si *sostituisce* a lui nella scelta degli interventi da effettuare che verranno messi in atto nel rispetto dei tempi della persona. L'infermiere al fine di creare e mantenere una *relazione di fiducia* adotta *strategie relazionali* che rappresentano *attività esclusiva*.

Fondamentale il rapporto con la famiglia, la quale va informata, sostenuta, coinvolta nel processo assistenziale.

Tutti gli operatori devono avere una *formazione specifica* e la possibilità di ricevere consulenza.

Riferimenti:

CD 1.3; CD 4.2; CD 4.3; CD 4.9

"L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei famigliari"

Asse autonomia/dipendenza

Andrea *non è in grado di svolgere autonomamente* le attività della vita quotidiana in quanto solo l'immobilità assoluta gli garantisce un minimo sollievo dal dolore. Per questo motivo necessita di essere *totalmente sostituito*. Si segnala la complessità nella mobilitazione della persona e l'alterazione dei modelli di eliminazione che contribuiscono a determinare l'al-

terazione del concetto di sé.

Le attività assistenziali verranno svolte direttamente dall'infermiere con l'eventuale coinvolgimento del personale di supporto, solo se adeguatamente addestrato alla gestione della situazione specifica. Le attività devono essere adattate al livello del dolore secondo le priorità.

Le attività di pianificazione, supervisione, verifica, attuazione diretta e formazione/addestramento del personale di supporto, sono esclusive dell'infermiere che deve possedere competenze specifiche.

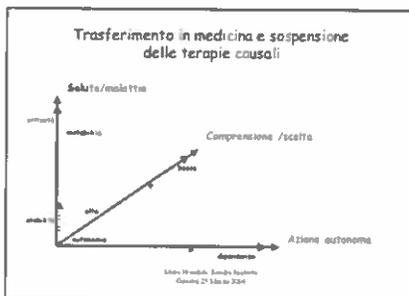
Riferimenti:
DM 739/94

Art 1. 1; Art. 1.2 ;Art.1.3 L'infermiere: comma a), b), c), d), e)

f) Per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario dell'opera del personale di supporto.

Art. 1.4 L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto...

Terza situazione TRASFERIMENTO IN MEDICINA E SOSPENSIONE DELLE TERAPIE CAUSALI



Asse salute/malattia:

Considerando questa dimensione, risulta essere presente una condizione di estrema criticità legata al dolore, il quale rimane violento al punto tale che Andrea esprime alla moglie il pensiero della morte come liberazione (chiede l'eutanasia). Quando si ottiene il controllo del dolore, si rientra in una situazione di relativa stabilità.

Come nelle altre situazioni, lungo questa dimensione vi è un'elevata integrazione medico/infermiere per quanto concerne la prescrizione terapeutica e la sua messa in atto. Esiste invece, una completa autonomia nella gestione dei

dispositivi utilizzati (cvc, pompe da infusione, port impiantato).

L'infermiere deve possedere conoscenze specifiche in relazione alla gestione dei dispositivi in quanto un' inadeguata gestione degli stessi potrebbe aggravare ulteriormente la condizione di Andrea.

Risulta evidente che permangono tutte quelle attività riferite a: garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche, monitorare l'andamento dei sintomi e l'insorgenza di eventuali effetti collaterali (nausea, vomito), valutare il dolore e la qualità di vita della persona in relazione all'efficacia della terapia. Tutte queste, rappresentano attività specifiche dell'infermiere ad esclusione della valutazione del dolore durante le pratiche assistenziali che rimane esclusiva.

Riferimenti:

CD 4.4, CD 4.5, CD 4.14

DM 739/94 1.3 Comma d Comma e

Asse comprensione / scelta

In questa situazione risulta evidente la disperazione di Andrea. In presenza del dolore non è in grado di scegliere; anche se informato ritiene che il dolore non sia eliminabile, pertanto deve essere sostituito nelle scelte. È importante comunque mantenere un adeguato livello di informazione per fargli percepire che è il soggetto di ciò che sta accadendo, nel rispetto dei suoi tempi, sentimenti e opinioni.

La famiglia deve essere informata dell'evoluzione, delle aspettative e delle criticità. Inoltre va ascoltata in riferimento alle problematiche socio-economiche derivanti dalla condizione di Andrea per coinvolgere, se necessario, gli operatori sociali (integrazione socio-sanitaria).

Questo ambito risulta importantissimo in previsione della dimissione (protezza) desiderata da Andrea; pertanto, per verificare e comunque renderne possibile la fattibilità, è necessaria l'attivazione dei servizi sul territorio assicurando la continuità assistenziale (équipe di cure palliative) e l'adesione ed il supporto della famiglia (ruolo del caregiver). È importante, per la continuità assistenziale, garantire la presenza al domicilio di tutti gli ausili necessari.

Una forma alternativa all'assistenza domiciliare può essere rappresentata dall'Hospice.

Tutte queste attività sono specifiche

ma diventano esclusive in riferimento alle specificità assistenziali, pertanto l'infermiere deve possedere competenze derivanti da una formazione specialistica. L'educazione dei famigliari per il rientro a casa rappresenta attività esclusiva. Inoltre deve essere previsto un supporto psicologico per la famiglia e i membri dell'équipe.

Riferimenti:

CD 1.3, CD 3.2, CD 4.2, CD 4.3, D 4.9, CD 4.7

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi

Asse azione autonoma

In presenza di dolore continuo, Andrea è dipendente per il soddisfacimento dei suoi bisogni (non li vuole/può soddisfare perché ha dolore ed ha paura del dolore) Nel momento in cui riesce a gestire la componente fisica del dolore, rimane un deficit di mobilitazione agli arti inferiori che implica la necessità di compensazione/sostituzione assistenziale; inoltre permangono alterazioni del modello di eliminazione. La pianificazione assistenziale, la supervisione e la verifica sono attività esclusive dell'infermiere che, per la condizione della persona, deve possedere competenze specialistiche. L'attuazione dell'assistenza prevede l'eventuale coinvolgimento degli operatori di supporto e dei famigliari. La formazione/addestramento del personale di supporto è attività esclusiva dell'infermiere

Riferimenti:

DM 739/94 Art1.1 , Art. 1.2, Art.1.3 CD 4.7

Quarta situazione: RITORNO a CASA

Asse salute/malattia

Quando avviene il ritorno a casa, vi è un condizione di instabilità clinica dovuta alla complessità del quadro patologico che ha un'unica via di evoluzione.

La persona ha la necessità di mantenere il controllo del dolore e limitare i sintomi trattandoli precocemente al fine di trascorrere l'ultimo periodo della propria vita in modo non drammatico (morte serena).



Per giungere a tale risultato è indispensabile l'integrazione multiprofessionale; l'équipe deve condividere l'obiettivo di accompagnare la persona alla morte nel rispetto della sua dignità e delle sue scelte senza prolungare la sopravvivenza a tutti i costi.

Per l'infermiere queste sono attività specifiche/esclusive e necessitano per la loro messa in atto di competenze specialistiche nell'ambito delle cure palliative.

Asse comprensione/scelta

In questa situazione la capacità di comprensione/scelta risulta essere bassa e le scelte al termine della vita sono rappresentate dal *restare a domicilio senza sentire dolore* in quanto non sembra siano state fornite alla persona altre opzioni.

L'équipe, per garantire il rispetto delle scelte, deve informare ed istruire la moglie e la badante in relazione alle problematiche che si potrebbero verificare ed alle modalità di farvi fronte. La badante somala deve essere considerata un sottosistema del sistema famiglia.

La relazione diventa importantissima per far percepire ad Andrea che anche in questa situazione lo si considera una persona con la propria dignità; nei confronti della famiglia deve essere effettuata un'opera di sostegno anche psicologico che si fonda sull'integrazione tra le varie professionalità, anche non sanitarie.

Il sostegno alla famiglia deve essere garantito anche nel momento del lutto.

L'infermiere deve possedere le competenze proprie della professione, acquisibili con la formazione di base, l'aggiornamento e formazione permanente specifica.

Vista la condizione di criticità, è opportuno che anche l'équipe sia supportate dal punto di vista psicologico.

La formazione della famiglia e della badante rappresentano attività esclusive.

Asse azione autonoma

Progressivamente si manifesta un decadimento delle capacità della persona e della sua qualità di vita, dalla parziale si passa alla totale dipendenza che necessita di sostituzione in cui devono essere coinvolti la famiglia e la badante. Gli interventi assistenziali sono mirati ad accompagnare alla morte in assenza di dolore, mantenendo il comfort, le relazioni e garantendo la dignità della persona.

Anche per rispondere ai bisogni di questa dimensione sono necessarie competenze specialistiche nell'ambito delle cure palliative.

Riferimenti:

CD 1.3; CD 4.2; CD 4.3; CD 4.4;
CD 4.5; CD 4.9; CD 4.14; CD 4.15

"L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità di vita dell'assistito".

CD 4.16 "L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.

DM 739/94 art 1.3 Comma d Comma e Art. 1.2

Le criticità che si evidenziano in questa situazione di teminalità sono determinate da elementi caratterizzanti il caso nella sua globalità:

- Condizione clinica (cancro con metastasi vertebrali, polmonari, cerebrali, peridurali);
- Stato di coscienza (la cui compromissione è dovuta alle metastasi cerebrali e successivamente alla sedazione);
- Consapevolezza/solitudine (non può parlare con i suoi familiari della sua situazione e della morte, al termine della vita si chiude alle relazioni);
- Età;
- Carico familiare, affettivo ed economico che aggrava la percezione della situazione stessa;
- Dipendenza non reversibile e alterazione del concetto di sé;
- Probabile mancanza di informazioni;
- Inadeguata preparazione della badante e della famiglia;
- Presa in carico (non chiara identificazione del responsabile del caso fin dall'esordio - case management);

- Impossibilità di prepararsi alla morte;
- Mancata condivisione degli obiettivi.

Bibliografia

1. F.VALLICELLA, *La filosofia del progetto manageriale della Federazione Ispavi*, inserito al n.10/2002 de L'INFERMIERE, raccolta relazioni XIII Congresso Nazionale Ispavi - Le nuove frontiere della salute, Roma settembre 2002
2. D.M. 14/09/1994 N.739 Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere
3. Codice Deontologico 12/05/1999

Esame di un caso di dolore da cancro: parte II

Interventi specifici di competenza infermieristica, metodi e strumenti per la gestione del dolore, con individuazione di percorsi integrati



Il dolore burocratico è una dimensione del dolore totale solo da alcuni presa in considerazione, forse perché spesso banalizzata o sottovalutata, ma che nel malato oncologico, e anche nei suoi familiari, diviene la fonte primaria di disagio, che può esacerbare e rendere insopportabile la sofferenza. Fin dal momento iniziale della diagnosi, il malato e la sua famiglia si ritrovano in un "vortice" di burocrazia fatto di file negli ospedali, nelle sale di aspetto, di viaggi interminabili da uno sportello all'altro di una ASL o di qualche ufficio per chiedere informazioni, avviare pratiche di invalidità o di accompagnamento, per richiedere qualche presidio,

di farmaci antidolorifici stupefacenti). Inoltre, a volte le farmacie non hanno scorte di farmaci, quindi bisogna ordinarli e se si è fortunati nel giro di tre o quattro giorni (di dolori e sofferenze per il paziente), i farmaci arrivano...

Tutto questo ha ricadute sul paziente, il quale autonomamente non avrebbe le forze per adempiere autonomamente a queste procedure, sia sui familiari, i quali, costretti il più delle volte a lasciare soli in casa i loro cari malati, si ritrovano in giro per la città, angosciati non solo dalla malattia ma anche dagli iter burocratici che anziché semplificarsi, si complicano, togliendo qualità di vita ai giorni che rimangono a queste persone (Casale, 2000/2001). Il dolore visto come sintomo multidimensionale, può avere un notevole impatto sulla qualità di vita, nelle componenti di benessere fisico, psicologico, sociale e spirituale.

COMUNICAZIONE

Relazione presentata al congresso: Il controllo del dolore - dai farmaci alle tecniche mini invasive. Genova 24-27 marzo 2004



per trovare risposte. Per non parlare delle interminabili attese per farsi fare anche soltanto una impegnativa, o il tempo perso per spiegare o convincere il proprio medico riguardo prescrizioni fatte da altri (soprattutto quando si tratta

Dimensione fisica

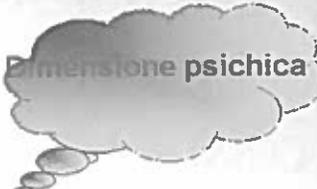
- una attenta valutazione dei sintomi del malato da parte di tutti i membri dell'equipe
- una selezione di farmaci appropriati somministrati ad un dosaggio ottimale
- una capacità di capire che, negli stadi finali della malattia, le necessità del malato cambiano rapidamente e il regime del trattamento del dolore fisico include:
 - una sicura padronanza dei farmaci
 - una perfetta comprensione clinica delle loro interazioni ed effetti collaterali.

ANDREA

- rabbia
- preoccupazione, ansia e pianto
- disperazione/eutanasia
- rifiuto trattamenti
- irrequietezza e depressione
- consapevolezza della morte
- confusione ed agitazione

Il dolore psichico scaturisce dalla reazione che la psiche, l'Io di ciascun essere umano, ha nei confronti del progredire della malattia e dell'imminenza della morte

Dimensione psichica



Dimensione psichica

Il paziente, non vuole che si parli *del dolore*, ma *con il dolore*, e il dolore diventa persona, diventa tutt'uno con il paziente.

L'infermiere dialoga *con il dolore*, tutte le volte che entra in relazione con il paziente.

Elemento importante per infermiere è quello di poter esprimere competenze relazionali tali da sapersi identificare nel paziente senza perdere la propria identità, entrare nel suo mondo in disfacimento, vedere con gli occhi dell'altro, sentire con il suo cuore e "lasciarsi usare".

ANDREA

- Sospensione del lavoro
- famiglia
- allontanamento dagli amici
- perdita del ruolo

ASSETTO-EQUILIBRIO FAMILIARE E LAVORATIVO

Dimensione sociale



Dimensione sociale

- L'importanza del bisogno del paziente e della sua famiglia di concludere ogni faccenda interpersonale lasciata in sospeso, inclusa quella di imparare a dire addio per l'ultima volta.

ANDREA

- presidi a casa (letto, materasso, carrozzina)
- dimissione protetta

VORTICE DI BUROCRAZIA

Dimensione burocratica



- Questi affari in sospeso assumono una grande importanza negli ultimi giorni di vita, se viene negata questa possibilità è possibile ritrovare un tremendo dolore sociale per il malato e per la sua famiglia

ANDREA

- PROBLEMI ESISTENZIALI
- SIGNIFICATO DELLA MALATTIA
- SIGNIFICATO DEL, PASSATO PRESENTE, FUTURO

Dimensione spirituale



Per quanto riguarda il *passato*, il dolore chiede di ricordare, di dare un significato che duri nel tempo e che venga vissuto come messaggio o eredità per le generazioni successive.

Il *presente* rappresenta la realtà più angosciante "È oggi che mi trovo così, non so perché, non so fino a quando...".

Emergono rabbia contro Dio, contro il personale sanitario, contro la società. Cresce il bisogno di capire il perché, di dare un senso alla propria sofferenza.

Il *futuro* è speranza, lotta; ma anche il con-vivere, integrando nella propria vita l'esperienza del soffrire, della crisi, della morte, dando un senso in grado di durare nel tempo.

Che cosa è la sofferenza? È il dolore senza significato, senza collocazione, senza spiegazione.

Esistono allora gli elementi per poter parlare di consapevolezza della morte da parte di ANDREA chiaramente citata?

No!

Consapevolezza

- Fattori cognitivi

- Capacità di riferire la diagnosi e la prognosi
- Ricerca personale di ulteriori informazioni sulla malattia
- Partecipazione attiva all'iter terapeutico
- Capacità di riferire il tipo e lo scopo delle terapie
- Capacità di riferire le possibili alternative terapeutiche

- Fattori emotivi

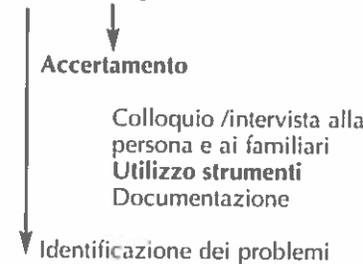
- Vissuto di precarietà e timore per la propria vita
- Senso di vulnerabilità
- Cambiamenti legati alla malattia
- Aspettative per il futuro
- Determinazione
- Circolarità delle informazioni relative alla malattia nell'ambito socio-familiare

Vantaggi per l' INFERMIERE

- Aiuta nello stabilire una buona relazione con il paziente
- Garantisce una efficace gestione del tempo
- Evita lo spreco di risorse
- Aiuta la preparazione professionale e l'esperienza.

Il processo di assistenza infermieristica

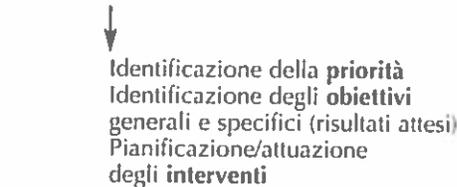
Processo diagnostico



Diagnosi infermieristica
Problema collaborativo

Il processo di assistenza infermieristica

Pianificazione



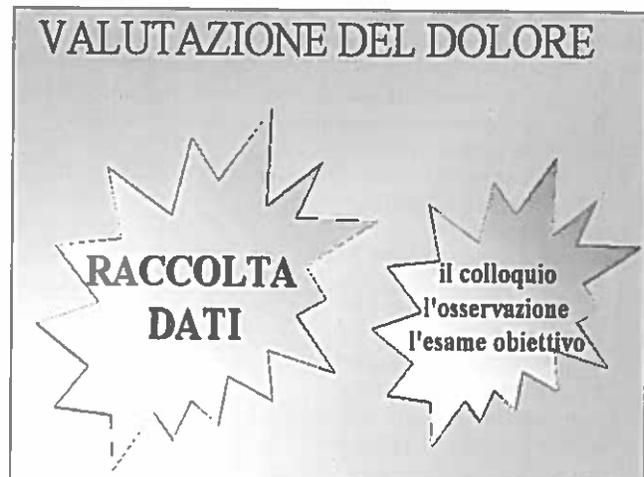
Il processo di assistenza infermieristica

Valutazione



Vantaggi di una accurata valutazione del dolore

- Vantaggi per ANDREA
- Aiuta a raggiungere il controllo della sintomatologia più rapidamente possibile
- Il paziente si sente ascoltato e compreso
- Minimizza gli effetti collaterali indesiderabili
- Aiuta a prendere in considerazione il concetto di dolore totale.



Strumenti monodimensionali

Scale di misurazione dell'intensità

Scale ordinali o di categoria

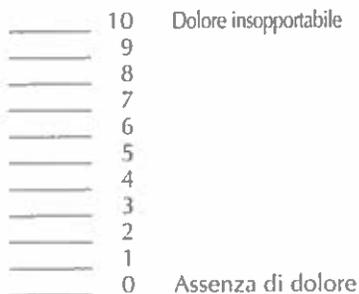
- VRS -scala di valutazione verbale
- NRS -scala di valutazione numerica

Scale visivo analogiche

- VAS -scala visivo analogica
- Test dei grigi di Vaona

Strumenti multidimensionali

VAS Visual Analogic Scale



Il Mc Gill pain questionnaire

BPQ Brief Pain Questionnaire

Aspetto sensitivo

- 1 periodico persistente
- 2 pulsante martellante
- 3 mutevole diffuso fisso
- 4 penetrante come un pugnale
- 5 come un peso costringivo come un cane che morde
- 6 rende la parte più sensibile al tatto viva
- 7 da indolenzimento sordo
- 8 bruciante trafigge dilaniante

Aspetto affettivo

- 9 debilitante snervante
- 10 dà nausea soffocante
- 11 mette in agitazione angoscianta
- 12 fa lamentare deprimere

BPQ Brief Pain Questionnaire

1 scegliete una valutazione numerica del vostro dolore, cercando il numero che meglio lo descrive nel momento peggiore dell'ultima settimana

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Assenza di dolore Massimo dolore avvertito

3. cerciate un solo numero che descriva il grado in cui, nell'ultima settimana, il dolore ha interferito con la vostra:

attività generale
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

umore
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

capacità di camminare
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

normale attività lavorativa
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

relazioni con le altre persone
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

sonno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

piacere di vivere
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Nessuna interferenza Interferenza totale

TIQ

therapy impact questionnaire

- Nel corso della settimana quali disturbi ha avuto?

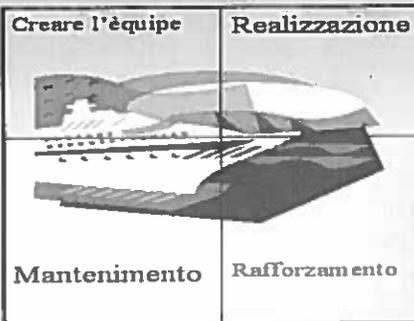
	no	un po'	molto	molissimo
Dolore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonnolenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nausea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Sempre nel corso dell'ultima settimana

	no	un po'	molto	molissimo
È stato fisicamente male	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è sentito triste e depresso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è sentito isolato dagli altri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si è sentito insicuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

È fondamentale che l'équipe, al di là delle competenze specifiche di ogni componente, sia in armonia e condivida il concetto di assistenza globale, fondata su competenze tecniche e professionalità tale da poter coniugare alle mete professionali e agli obiettivi assistenziali l'interesse per la persona nella sua unicità e totalità.

L'équipe



L'obiettivo comune può essere raggiunto soltanto se il gruppo lavora in modo coordinato, agendo in base alle proprie capacità, rispettando i ruoli di ognuno, lavorando in modo collaborativo piuttosto che competitivo.

Corso di aggiornamento per infermieri

**“L’assistenza infermieristica basata sulle prove di efficacia:
L’applicazione della ricerca alla pratica clinica;
le Linee guida”**

Genova, 11/18 dicembre 2004

N. registrazione ECM: 168864 – Infermiere; 168865 - Infermiere pediatrico
Assegnati 11 crediti ECM per Infermieri

Obiettivi:

L'evento si prefigge di far nascere la consapevolezza del BISOGNO di pratiche basate sulle prove di efficacia, al contempo fornendo spunti per la corretta lettura di report/articoli di ricerca. Suggerisce come mezzo l'implementazione di Linee guida (esempio CDC) mostrando come esse si possano utilizzare in tre contesti esemplificativi dell'assistenza in Area Critica.

Destinatari

Il corso è rivolto a infermieri ed infermieri pediatrici. Il numero massimo di partecipanti previsti è di 20 persone.

Strutturazione del corso

Verranno trattate, in breve alcune nozioni statistiche per la decodifica dei report di ricerca, e analizzando lo strumento delle Linee guida, dedicando un approfondimento alle linee guida principali nel campo delle infezioni di ferita, Presidi endovasali, apparato respiratorio, sistema uro/vescicale. Il corso, per un totale complessivo di dodici ore, terminerà con una valutazione di gradimento ed una di apprendimento somministrate al termine di ogni singola giornata.

Sede del corso

Ospedali Galliera, sala congressi entrata principale, primo piano.

Strumenti di verifica

Ai partecipanti verrà somministrato un test a fine di ogni incontro, le valutazioni non dovranno essere inferiori al 75%. Ai sensi dell'art. 16 bis del D. lgs. n. 229/99, si informano i partecipanti che durante il corso di aggiornamento, saranno eseguiti controlli sulla presenza effettiva ai lavori che dovrà essere non inferiore al 100%, al termine verrà rilasciato un attestato di partecipazione secondo normativa ECM.

Modalità di svolgimento

- Lezioni ex cathedra
- Discussione di casi clinici

Ai partecipanti verrà fornito materiale didattico dei temi trattati e riferimenti bibliografici dei contenuti del corso.

Docenti

D.D.S.I. Sebastiani Stefano: Infermiere coordinatore, tutor master 1° livello area critica Università di Bologna, professore a contratto di infermieristica laurea Università di Bologna, professore responsabile di insegnamento Master area critica Università di Bologna.
Responsabile redazione di Scenario. Membro Consiglio Nazionale Aniarti.

D.D.S.I. Capodiferro Pietro: Tutor corso di laurea, Professore a contratto di infermieristica laurea Università di Bologna.
Membro direttivo Nazionale Aniarti.

Segreteria organizzativa

Walter Aronni Delegato regionale Aniarti - Casa di Cura Villa Azzurra - Rapallo (GE) - **Alba Biglieri** E.O. Galliera di Genova
Graziella De Paoli Delegata regionale Aniati E.O. Galliera di Genova - **Fabrizio Moggia** Direttivo Nazionale Aniarti A.O. Ospedale San Martino di Genova

Informazioni

Evento: tel. 3387683489/3404045259 mail: fmoggi@tin.it / grazielladepaoli@virgilio.it

Alberghiere: Scerni Viaggi tel: 0105705999

Ulteriori informazioni su eventi formativi della Liguria contattare il nostro sito: www.aniarti.it

Elena Ciriello, Infermiera, Master in oncologia e cure palliative Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Esame di un caso di dolore da cancro: parte III Appropriatezza degli interventi e qualità di vita

Ogni intervento sanitario deve rispondere a principi etici giuridici e deontologici:

- *beneficità dell'atto a favore del*

paziente ispirato da scienza e coscienza

- *informazione della persona in modo chiaro ed esauriente su vantaggi svantaggi dell'intervento scelto e sulle eventuali altri possibili interventi,*
- *valutazione clinica e stadio della malattia*
- *prospettive di vita*
- *qualità di vita successiva all'intervento*

Tener conto di quanto detto rende un intervento appropriato.

Il caso di Andrea, propostoci con molta intelligenza, ci offre la possibilità di fare alcune considerazioni e riflessioni.



La scelta informata

Storicamente il paziente era essenzialmente considerato un recipiente

passivo di terapie determinate da decisioni altrui, e l'infermiere, un contenitore passivo degli ordini del medico.

Oggi fortunatamente non è più così, il principio della scelta informata si propone di superare la concezione paternalistica della medicina in cui, in alcune situazioni purtroppo esiste ancora, il medico come un "buon padre" di famiglia decideva per il paziente senza tener conto della sua volontà.

Il nuovo codice di deontologia medica (ottobre 1998) all' art. 32 stabilisce: "il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso informato del paziente"

Il nuovo codice deontologico dell'infermiere (1999) dice:

- **art. 4.2:** *l'infermiere ascolta informa coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.*
- **art. 4.3:** *l'inf. rispettando le indicazioni espresse dall'assistito ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.*
- **art. 4.4:** *l'inf. ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.*
- **art. 4.5:** *l'inf. nell'aiutare la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona abbia informazioni globali e*

COMUNICAZIONE

Relazione presentata al congresso: Il controllo del dolore - dai farmaci alle tecniche mini invasive. Genova 24-27 marzo 2004

non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.

L'obbligo del consenso informato, della scelta informata è oggi uno dei principi ispiratori dell'attività sanitaria; è un obbligo che pesa sul medico in quanto responsabile ma anche l'infermiere per quanto gli compete ha l'obbligo ed il dovere di intervenire integrandosi con i vari operatori sanitari nel processo informativo che metterà la persona nella condizione di poter scegliere cosa è meglio per Sé.

La scelta informata si fonda quindi sull'informazione che deve essere:

- **onestà:** effettuata con chiarezza di linguaggio ed essenzialità di contenuti tenendo conto anche delle capacità di comprensione della persona,
- **veritiera:** se il paziente lo desidera e lo richiede, deve essere detta la verità utilizzando terminologie non traumatizzanti in particolare per le informazioni relative a prognosi gravi o infuiste,
- **completa:** devono essere forniti dati essenziali rispetto alla diagnosi, alla prognosi, terapia medica, interventi in genere, alternative terapeutiche, rischi e benefici, vantaggi svantaggi di ogni singolo intervento e ricaduta sulla qualità di vita futura.

Il dovere di informazione è rapportabile alle specifiche situazioni e diventa tanto più vincolante quanto maggiore è per la persona il rischio dell'intervento e la sua incidenza sulla sua qualità di vita.

Gestione del tempo

È di fondamentale importanza che l'equipe curante, si confronti costantemente con la variabile tempo quando deve prendersi cura di una persona al termine della sua vita e della sua famiglia, questo permetterà di poter fare scelte sicuramente più appropriate

La gestione del tempo è determinante affinché la consapevolezza della finalità specifica delle cure a fine vita, delle cure palliative conduca ogni singolo professionista a confrontarsi con modelli operativi che devono prevedere la flessibilità e la competente capacità di adattamento, determinante anche per la

fluttuante modalità di manifestazione e sopportazione del sintomo.

Ho utilizzato volontariamente il termine cure di fine vita e poi cure palliative in quanto, se si vogliono operare scelte informate condivise con la persona e/o con le persone per Lui significative e da Lui indicate, mirate a garantire la maggiore qualità di vita possibile per quella persona tenendo conto di tutte le dimensioni del dolore totale, la gestione del tempo non può e non deve essere esclusiva attenzione dell'equipe di cure palliative ma di ogni equipe curante. Questa doverosa attenzione inoltre è una prerogativa fondamentale per un ottimale processo di continuità assistenziale.

I tempi della terminalità non sono standardizzabili, mediamente vengono indicati 45 giorni dalla presa in carico in cure palliative al decesso.

Analizziamo il caso di Andrea: Andrea ha il primo episodio di dolore "tremendo" il 15 di agosto e muore arrabbiato, agitato e urlante la prima domenica di dicembre in ambulanza, senza la moglie e senza i figli: Andrea muore solo.

Riflettiamo quindi su quanto può essere importante valutare attentamente quali sono le prospettive di vita della persona, ipotizzare qual è il suo "tempo residuo" in modo che egli lo possa vivere pienamente secondo i propri criteri di Qualità di Vita, senza che la scelta di presidi "ingombranti", di difficile gestione, alteri l'immagine di Sé e limiti l'autonomia della persona avendo una ricaduta negativa e pesante sulla qualità di vita.

Qualità di vita

L'intervento corretto in un paziente terminale non può essere standardizzato: il malato inguaribile non può ottenere salute, ma può chiedere e ottenere Qualità di Vita. La risposta della medicina allora non può essere che olistica e spostare la sua attenzione dalla malattia alla persona ed ai suoi bisogni.

Franco Toscani

Una definizione di qualità di vita: "percezione individuale della propria

posizione nella vita, nell'ambiente culturale e di valori in cui si vive ed è in relazione con le proprie mete, aspettative, modelli e pensieri."

La qualità di vita si modifica se:

- si modifica la situazione reale
- si modificano le aspettative del paziente.

Come e chi valuta la qualità di vita?

Il concetto di qualità di vita è stato definito in vari modi:

1. raggiungimento di obiettivi personali di benessere e soddisfazione in sei aree: fisica-biologica, psicologica, sociale, comportamentale, materiale e strutturale;
2. capacità di agire in modo da soddisfare gli obiettivi della vita;
3. valutazione del paziente e sua soddisfazione per le proprie capacità, in base al suo livello funzionale, ed in base a quanto percepisce possibile o ideale.

Queste definizioni sottolineano l'importanza di includere nel concetto di qualità di vita non solo la disabilità fisica ma anche la percezione e le aspettative del paziente.

La valutazione della qualità di vita si basa sulla percezione soggettiva della persona, sulle sue opinioni e preferenze personali, questi sono gli aspetti che determinano il giudizio del paziente sulla sua qualità di vita che viene influenzata anche dal contesto sociale, il tipo di lavoro, il guadagno, l'occupazione.

È fondamentale quindi valutare quali sono gli aspetti della qualità di vita che possono essere influenzati dagli interventi sanitari.

Una persona può esprimere un livello di benessere ed una qualità di vita soddisfacente pur avendo una disabilità fisica in progressione.

È stato dimostrato che alterazioni della qualità di vita possono influenzare la sopravvivenza.

Ecco perché è così importante considerare il paziente come soggetto il cui "giudizio" e le sue scelte hanno un peso pari a quello della valutazione clinica.

Presidi scelti per la somministrazione dei farmaci: Vantaggi/svantaggi, ricaduta assistenziale

Anche nella scelta dei presidi il modello concettuale infermieristico vede al centro dell'assistenza la persona, la sua famiglia, la loro compliance, lo sviluppo delle loro potenzialità e la loro qualità di vita.

Si mette quindi in evidenza l'importanza dell'educazione in relazione alla figura infermieristica come guida che fornisce all'utente gli strumenti tecnici, cognitivi, comportamentali necessari per gestire la malattia insieme all'equipe curante.

Gli obiettivi per una buona educazione terapeutica sono:

1. *persona: essere pronto a conoscere la propria malattia, gestire le conseguenze terapeutiche ed i presidi, prevenire le complicanze attraverso adeguati stili di vita e corrette modalità di comportamento.*
2. *infermiere: mettere in atto un processo educativo che passi dal "saper fare" al "saper far fare".*

Questa modalità di ESSERE metterà la persona nella condizione di migliorare il suo stato di salute rappresentato da :

- *miglior equilibrio psico-emozionale: il malato conosce, è attivo e convive più coscientemente con la propria malattia;*
- *il malato gestisce con maggior tempo e responsabilità le cure limitando l'incidenza e la gravità delle complicanze;*
- *miglior equilibrio dei rapporti sociali: il malato non deve essere considerato come un singolo elemento ma come un soggetto inserito nel suo contesto familiare, amicale, sociale e lavorativo; il caregiver in particolar modo è colui che gestisce, sostiene e media nelle varie fasi della malattia; la famiglia deve essere inserita nel processo di assistenza al pari del paziente e dovrà essere accertata, si dovranno porre degli obiettivi, verranno effettuati interventi educativi e di addestramento e sarà valutata.*

L'educazione terapeutica può essere supportata da vari strumenti come ad esempio l'utilizzo di opuscoli per la corretta gestione dei C.V.C ed ha la finalità di aiutare la persona malata e la sua

famiglia a convivere meglio con una situazione che necessita di un processo di adattamento e di nuove abilità.

Nota: memento – stiamo parlando di dolore totale, devono essere fatte scelte appropriate (scelta informata), dobbiamo gestire un tempo breve garantendo la migliore qualità di vita possibile.

Ricaduta assistenziale dei presidi utilizzati

- **Influenza sulle attività di vita**
- **Alterazione del concetto di sé**
- **Gestione/Educazione - Addestramento**
- **Complicanze**
- **Rivalutazione continua**

Vantaggi/svantaggi C.V.C. Gros-hong: considerazioni relative al caso in esame

È un cvc a lunga permanenza tunnelizzato inserito nel sistema vascolare solitamente attraverso l'accesso subclavale. Si inserisce con procedura chirurgica in anestesia locale ed una volta che la punta del catetere è stata posizionata correttamente a livello centrale, una porzione del catetere (circa 8 cm) viene tunnelizzato attraverso lo spazio sottocutaneo e fatta uscire dalla pelle ad un punto adeguato sul torace.

Vantaggi:

- *può rimanere in sede per lungo termine (mesi/anni),*
- *si utilizzano in pazienti con patologie croniche che necessitano di terapie e.v importanti a medio e lungo termine anche ininterrottamente,*
- *dispone di un apposito kit per la riparazione delle eventuali rottura del tratto esterno.*

Svantaggi:

- *discreto rischio di rotture,*
- *maggior rischio di complicanze infettive e quindi necessita di adeguate capacità di monitoraggio,*
- *attenta cura e gestione per medicazioni e lavaggi,*
- *incidono negativamente sull'immagine corporea, sull'attività di vita quoti-*

diana e sulla pratica di una completa e "libera" igiene personale.

In relazione a quanto detto varie sono le diagnosi infermieristiche che possono essere fatte in merito:

- *Alterazione dell'immagine corporea,*
- *Coping inefficace della persona derivante da un regime di cura di sé complesso e da insufficienti adeguate conoscenze,*
- *possibile deficit della cura di sé (bagno/igiene personale) per scarsa conoscenza delle tecniche adattive*
- *rischio elevato di infezione in seguito a presenza di cvc,*
- *rischio di compromissione delle interazioni sociali per imbarazzo secondario a presenza di cvc tunnelizzato,*
- *rischio elevato di gestione inefficace del regime terapeutico, correlato a regime complesso della cura del cvc, ad insufficiente conoscenza dei segni e sintomi delle possibili complicanze, dei supporti territoriali e della capacità di gestione del presidio da parte della famiglia (caregiver).*

In seguito alle diagnosi infermieristiche si pianifica l'assistenza: esaminando il caso di Andrea ricordiamoci che dobbiamo gestire un tempo breve garantendogli la migliore qualità di vita possibile; diventa di fondamentale importanza quindi rivalutare globalmente insieme a Lui ed alla sua famiglia quali possono essere i presidi migliori da utilizzare, in generale e nello specifico per la somministrazione dei farmaci atti al controllo del dolore, anche in prospettiva del suo ritorno a casa.

Esistono altre vie di somministrazione dei farmaci che garantiscono in pari misura a quella endovenosa un adeguato controllo del dolore e che necessitano di una più semplice gestione?

Di fronte ad un paziente in fase avanzata di malattia e/o al termine della sua vita una rivalutazione attenta e globale è doverosa: **mai aggiungere dolore al dolore, disagio al disagio.**

Quali altri strumenti, interventi di specifica competenza infermieristica possono essere messi in "campo" per la gestione del "DOLORE TOTALE" tenendo conto di quanto detto? (mai aggiungere dolore al dolore, disagio al disagio")

Può venirci incontro una modalità di

prendersi cura dell'altro di grande attualità ma antica come il mondo:

Le cure complementari infermieristiche

Un Rapporto tecnico dell'OMS del 1996 dice:

Gli infermieri sono divenuti sempre più consapevoli del fatto che ampi gruppi di popolazione in ogni Paese stanno usando approcci tradizionali e complementari in mantenere o recuperare la propria salute. In molti luoghi gli infermieri sono stati innovatori di questo movimento. Nei paesi industrializzati si stima che circa la metà della popolazione ricorra regolarmente ad approcci sanitari complementari. Nei Paesi in transizione o in via di sviluppo la percentuale è addirittura superiore. Alcuni di questi approcci possono far parte di un piano terapeutico con il paziente se sono appropriati ed accettabili. Il tocco terapeutico, l'uso d'infusi, il massaggio ed altri approcci complementari possono favorire l'assistenza infermieristica. Il personale infermieristico deve essere preparato a guidare i clienti nella scelta fra i differenti approcci complementari e tradizionali. La formazione dovrebbe mettere gli infermieri in condizione di capire i diversi approcci, la loro compatibilità con altre forme di cura e la loro accettabilità in seno alla tradizione culturale...Gli infermieri condividono la responsabilità di essere aperti e consapevoli circa tutto ciò che attiene all'assistenza sanitaria in cui lavorano. (OMS; Ginevra 1996)

Le cure complementari infermieristiche sono cure olistiche e naturali e possono essere utilizzate da sole o integrate con le ufficiali cure sia infermieristiche che mediche. Non vengono e non devono essere proposte dagli infermieri in sostituzione di interventi basati sull'evidenza ma possono rappresentare un prezioso strumento da integrare nel piano di cura.

Il concetto di olistico, l'approccio olistico alla persona che caratterizza queste tecniche, è il principio fondamentale della cultura infermieristica.

Secondo questo principio gli infermieri agiscono in un'ottica di integra-

zione, avvalendosi delle risorse della persona per il raggiungimento del massimo benessere per lei possibile.

È interessante osservare che vari modelli assistenziali hanno gli stessi principi fondanti di alcune filosofie delle principali cure complementari:

- *F. Nightingale: approccio olistico.*
- *Orem: concetto di auto-guarigione, l'adulto possiede un impulso innato verso la cura di sé, inoltre Orem enfatizza il ruolo dell'infermiere come animatore e agente di cambiamento.*
- *Rogers: definisce l'uomo un tutto unificato che possiede la propria integrità e manifesta caratteristiche che sono più della somma delle sue parti e differenti dalla somma delle sue parti.*

Le cure complementari possono costituire per gli infermieri una valida risorsa nel trattamento del dolore oncologico se utilizzate in integrazione con le terapie antalgiche ufficiali.

Come già detto rappresentano un approccio terapeutico che prende in considerazione la persona nella sua globalità e quindi anche gli aspetti relazionali del rapporto paziente-curante; l'elemento predominante di questa modalità di ESSERE è l'ascolto comprensivo della persona, che permette di immedesimarsi nell'esperienza soggettiva dell'altro, magari in silenzio, con un semplice e lieve "tocco", che favorisce il rilassamento e l'espressione delle proprie emozioni.

Le cure complementari sono fondate quindi sulla relazione d'aiuto, sulla relazione terapeutica.

Concetto di relazione di aiuto secondo Carl Rogers: "situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione."

Per entrare in relazione con l'Altro, per affrontare una relazione complessa è indispensabile l'autoconsapevolezza delle proprie emozioni, dei propri pensieri e delle proprie reazioni davanti ad una situazione assistenziale più o meno impegnativa, questo ci consentirà di dare il meglio di se stessi senza esserne travolti.

I. *La relazione terapeutica è quella dove è richiesta la capacità di comunicare*

non solo con cordialità e sincerità, ma con efficacia per aiutare a risolvere alcuni problemi di salute. È questa la relazione che consente un buon rapporto e l'aiuto psicologico, perché permette al paziente di sviluppare pensieri ed emozioni positive, tali da aiutarlo a "guarire". Il termine «guarire» ha in sé una potenzialità di crescita e di cambiamento che il termine "cura" non prevede in quanto atto più passivo. È una relazione che richiede chiarezza di obiettivi ed un impegno costante, l'infermiere in questa relazione è come un'artista: investe se stesso nella relazione. È un livello di relazione molto maturo e le "maschere" non durano a lungo; è necessario che l'infermiere conosca a fondo alcune parti di sé per poter vivere la relazione con vera empatia. È una modalità relazionale auspicabile con tutte le persone gravemente malate e che esprimono vissuti di sofferenza particolarmente intensi.

L'autoconsapevolezza permette quindi:

- I. *di "poter essere" in una relazione d'aiuto con la massima autenticità possibile fornendo alla persona ciò di cui ha bisogno, nel rispetto del suo sentire e dei suoi bisogni. ("poter essere" e non "dover essere": nel dovere si perde l'autenticità, si indossano le "maschere", "poter essere" invece significa acquisire una modalità di essere voluta e consapevole)*
- II. *di essere consapevoli delle proprie reazioni emotive, delle personali aspettative nel rapporto, delle proprie convinzioni limitanti (es. rapporto con altre culture), permette di relazionarsi alle persone senza trasferire loro, i nostri problemi; questi aspetti della nostra personalità, dovrebbero essere risolti prima di voler aiutare gli altri. Esempio: come si può aiutare una persona malata di tumore che ha paura di morire, se prima non ci siamo chiesti cosa significa per noi essere malati di tumore ed aver paura di morire?*
- III. *di lavorare sulle proprie convinzioni, emozioni e idee, analizzando attentamente la propria storia acquisendo una maggiore conoscenza di sé e dei propri valori di riferimento.*

Questa operazione permette di compiere scelte professionali personalmente, consente una maggiore acquisizione di responsabilità, riduce le deferenze e le lamentelle.

È un processo formativo che richiede tempo e pazienza ed è sicuramente molto faticoso, non avviene senza rinunce e cambiamenti anche significativi. Questo percorso non è paragonabile ad una psicoterapia anche se hanno molti punti in comune. L'autoconsapevolezza non è solo la conoscenza dei propri meccanismi interiori, ma è anche e soprattutto l'esperienza di questi.

Le cure complementari in generale ed in particolare quelle che prevedono la relazione corporea possono rappresentare un eccezionale strumento per entrare nella giusta relazione con l'Altro, ma non ci si può esimere dal percorso di autoconsapevolezza.

Alcune tecniche complementari quali ad esempio il massaggio, possono produrre effetti atti a favorire i meccanismi di modulazione del dolore e ridurre la percezione dello stimolo nocicettivo.

I meccanismi mediante i quali il rilassamento indotto da tali tecniche riduce il dolore sono ancora in discussione ma non lo è l'effettivo alleviamento della tensione.

L'efficacia del massaggio potrebbe essere spiegata con la "teoria del cancello"; gli effetti periferici della stimolazione tattile aumentano il flusso ematico, migliorano il tono muscolare e riducono la tensione muscolare. Inoltre alcune tecniche di distrazione o il massaggio, possono agire sul dolore intervenendo sulla sfera cognitiva aumentando il controllo, la distrazione o l'attenzione oppure su quella affettiva migliorando l'umore, favorendo il rilassamento e riducendo l'ansia; questo favorisce la produzione di endorfine sostanze responsabili dei meccanismi endogeni di riduzione del dolore.

In base a quanto detto si potrebbe anche ipotizzare una riduzione dei dosaggi farmacologici e sicuramente un miglior adattamento alla malattia ed al processo di cura.

Ovviamente anche il massaggio e tutte le altre tecniche di cure complementari infermieristiche, richiedono di

essere pianificate partendo dall'accertamento fino alla valutazione dei risultati ottenuti.

Sono tecniche, come qualsiasi altro intervento sanitario, soggette al consenso della persona dopo adeguata informazione su come viene eseguito l'intervento e sugli effetti fisici e psichici che possono derivare da queste cure.

Le tecniche da noi scelte per l'elaborazione di questo lavoro sulle quali volevamo focalizzare l'attenzione, sono quelle che implicano la relazione corporea quelle che comprendono in esse il "toccare".

La scelta e l'interesse che nel corso della nostra esperienza professionale abbiamo sviluppato per questo specifico settore delle cure complementari è fondamentalmente basata sul fatto che gli infermieri che hanno un contatto diretto con la persona malata allo scopo di effettuare un'assistenza personalizzata, sviluppano particolari abilità nel comunicare.

Si tratta di una capacità che è frutto di studio, ma soprattutto di esperienza e di disponibilità professionale ed umana che opera, spesso inconsciamente, e che contiene in sé un patrimonio di osservazione e capacità operative insospettite.

L'acquisizione della consapevolezza del proprio agito, in termini di relazione, di relazione corporea in particolare, porta alla riduzione di quelle distanze che spesso si prendono per difesa, per paura di entrare in "campi minati", aiuterà inoltre a prendere invece le dovute distanze da situazioni e dinamiche troppo coinvolgenti, più grandi di noi, ci aiuterà a riconoscere i confini.

Riconoscere e valutare una situazione emotivo-relazionale attraverso il tatto può essere di fondamentale utilità per gli infermieri che nel quotidiano agiscono "toccando", Imparare ad "ascoltare toccando" potrebbe essere un "patrimonio da scoprire".

Incanalare questo patrimonio in uno specifico intervento di cure complementari come ad esempio il tocco-massaggio, il tocco terapeutico o la riflessologia è un'opportunità in più che gli infermieri possono avere per facilitare:

- il controllo e la gestione da parte dei pazienti di alcuni sintomi legati alla

malattia neoplastica o conseguenti a chemioterapia o radioterapia quali la nausea, il vomito, l'ansia, la depressione, la paura, il dolore;

- *nello specifico dell'oncologia, un "luogo" molto delicato per la relazione, dove spesso è necessario, indispensabile saper "stare nel silenzio", gli infermieri potrebbero "ascoltare toccando".*

Considerando che il tatto, sia come toccare che come sentire nel senso più ampio possibile e complessivo, è uno degli anelli di congiunzione emancipativi verso il benessere, è fondamentale che questo venga considerato dalla scienza infermieristica che ha come suo obiettivo non la cura della malattia ma il benessere complessivo della persona.

*Chi di noi è in grado di
ascoltare la voce del ruscello
mentre incalza la tempesta*

Gibram

Bibliografia

1. D. REDIGOLO - K. KALDOR - R. ILLICA MAGRINI, *Il processo comunicativo nella relazione di aiuto*, Rosini, Firenze, 1994
2. I. CAMPANELLI, M. CANEPA, P. BETTINI, M. VIALE, *Oncologia e Cure Palliative*, McGraw-Hill, 2002
3. DENISE RANKIN-BOX, *Terapie complementari il manuale dell'infermiere*, McGraw-Hill, 2002
4. S. MERCADANTE, C. RIPAMONTI, *Medicina e cure palliative in oncologia: aspetti clinici assistenziali organizzativi*, Masson, 2002
5. P. BERNARDI, M. DORIGO, *L'educazione terapeutica nella gestione del Catetere Venoso Centrale a lunga permanenza, studio di un cambiamento procedurale*, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia corso di Laurea per Infermiere.

6. B. BINI, E. BRIZIO, L. DE BENEDETTO, S. DISTEFANO, C. MARMAGLIA, M.C. MARTELLA, M. URTIS, *Linee Guida per un percorso di alta formazione Infermieristica e Cure Complementari*, IPASVI 2002
7. C. CALAMANDREI, L. D'ADDIO, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, McGraw-Hill, 1999
8. I. CARPANELLI, M. CANEPA, P. BETTINI, M. VIALE *Oncologia e Cure Palliative*, Milano, McGraw-Hill, 2002
9. LAURA CUNICO, LINDA TRICOL, M. GRAZIA CENGIA, *Toccare per assistere*, Salute e territorio 277, N. 134, 2002
10. PAOLA DI GIULIO *Chi giudica la qualità di vita*, Quaderni di cure palliative, vol. 2, n. 3/94
11. LUCA LITTARRU *Del toccare e del sentire*, Obiettivo professione Infermieristica n° 3, 2003
12. S. MERCADANTI, C. RIPAMONTI, *Medicina e cure palliative in oncologia: aspetti clinici, assistenziali, organizzativi*, Masson, 2000
13. ASHLEY MONTAGU "Il linguaggio della pelle", A. Vallardi, Milano, Garzanti Editore, 1989
14. DENISE RANKIN-BOX *Terapie complementari*, Milano, McGraw-Hill, 2002
15. D. REDIGOLO, K. KALDOR, I. MAGRINI, *Il processo comunicativo nella relazione d'aiuto*, Firenze, Rosini Editrice, 1994
16. NADIA URLI, *L'Ambiguità del corpo nelle cure infermieristiche. Uno sguardo antropologico sul rapporto tra nursing e corporeità*, Milano, Ambrosiana, 1999
17. DIEGO ZAGO *Osservazioni e riflessioni critiche sull'esperienza olistica del contatto di pelle: dalle origini della vita al massaggio oloperceptivo*, Nursing oggi n°1, 2001
18. Un incontro con Marie de Hennezel, *Iniziazione all'aptonomia*, Notiziario Trimestrale del Comitato Naz. "Gigi Ghirotti", http://www.ghirot-ti.org/pubblicazioni/notiziario/199_1_2/aptonomia.htm
19. R. CILIBERTI *Le medicine non convenzionali: il consenso informato*, http://www.smbitalia.org/cahiers/pdf/s/cahier_2_01/medicine_non_convenz.pdf

First announcement and call for abstracts

2nd Congress of the European federation of Critical Care Nursing associations

Delivering critical care across the lifespan:
meeting the challenges

10th - 12th of November 2005
Amsterdam, The Netherlands

EfCCNa

www.efccna.org

Esame di un caso di dolore da cancro: parte IV

Continuità assistenziale e cure palliative

Continuità assistenziale

- Relazione interprofessionale



- Percorsi integrati

- Soggetti di cura

"Attori del percorso di cura"

In ambito sanitario, tra gli obiettivi prioritari di programmazione nazionale, regionale ed aziendale, si parla ormai da molti anni di integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri, allo scopo di garantire l'appropriatezza e la qualità delle cure sia al paziente che alla sua famiglia coinvolti nel piano di cura.

Ciò rientra nel concetto di **continuità assistenziale**, intesa come una componente misurabile della qualità dell'assistenza realmente necessaria al paziente, erogata in tempo adeguato, delle varie strutture, figure cliniche e professionali in modo che non si abbia interruzione dell'assistenza.

Questo concetto ad oggi presenta alcuni limiti, sia culturali che organizzativi, che dovranno trovare nel prossimo futuro soluzioni utili ad affrontare la pratica quotidiana, come ad esempio, la definizione di **percorsi clinico-assistenziali integrati** che garantiscano la continuità delle cure attraverso la definizione degli specifici interventi, tempi e responsabilità nell'accompagnamento del paziente tra ospedale e territorio.

Il Piano Sanitario 2002 - 2004 della Regione Toscana, descrive tra le attività di governo clinico, il percorso assistenziale: *il percorso assistenziale rappresenta il percorso guidato del cittadino attraverso l'organizzazione sanitaria; ha lo scopo di mettere in corretta relazione tutti i componenti di un TEAM multidisciplinare che, per quel determinato problema di salute, seguono specifiche linee guida condivise.*

Diventa fondamentale l'attività di coordinamento delle cure per ciascun paziente rispetto ai suoi specifici bisogni; la definizione di **percorsi integrati** permette di organizzare l'integrazione dei diversi professionisti coinvolti (medici e infermieri ospedalieri, **MMG** e infermieri domiciliari, équipe di Cure

Palliative, Servizi Sociali ed altri operatori sanitari presenti nel piano di cura) e valutare l'appropriatezza delle cure fornite attraverso la definizione di specifici indicatori di qualità.

I soggetti di cura, paziente e famiglia sono gli "attori principali" del percorso clinico-assistenziale che ha il fine di ridurre il senso di abbandono nel passaggio tra ospedale e territorio e quindi la riduzione dell'ansia e della paura, la riduzione di eventuali ricoveri impropri che possono derivare dalla disorganizzazione e dalla disinformazione sulle potenziali risorse di rete che assicurano l'assistenza domiciliare del paziente.

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2004 tra i "10 progetti obiettivo" attraverso i quali il Ministero della Salute intende promuovere la qualità dell'assistenza, descrive il progetto n. 2 - Assistenza domiciliare - come l'obiettivo tra i più importanti per il futuro della sanità pubblica.

Il Ministero della Salute, attraverso tale obiettivo investe molto sul territorio, ed in particolare sull'assistenza domiciliare ad anziani, disabili e malati cronici, ed è proprio in questa ultima tipologia di assistiti che rientrano i pazienti in fase avanzata di malattia che richiedono un approccio palliativo. Prevede ancora la sperimentazione di forme di "governo di rete" che integrino le competenze degli ospedali, delle ASL e dei Comuni, con il ricorso anche all'utilizzo di gestori di servizio privato nelle aree di sperimentazione; creare quindi una rete di Servizi Sanitari e Sociali.

Nel caso clinico di Andrea, paziente oncologico in fase avanzata di malattia, la **continuità assistenziale** prende forma con l'intervento dell'équipe di Cure Palliative (CP) e del **MMG** (Medico di Medicina Generale), principale referente del caso al domicilio, alla dimissione dall'ospedale.

COMUNICAZIONE

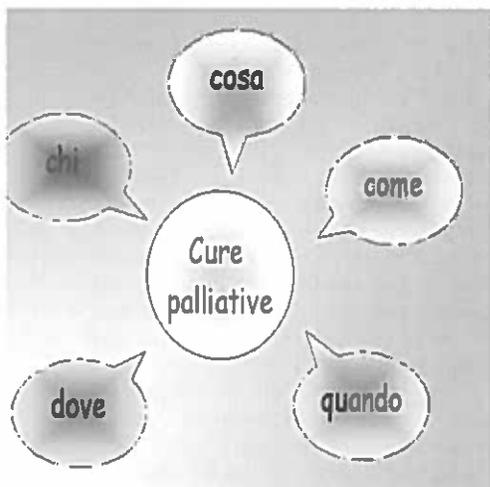
Relazione presentata al congresso: Il controllo del dolore - dai farmaci alle tecniche mini invasive. Genova 24-27 marzo 2004

Esperienza condotta nell'Unità Operativa di Terapia Intensiva e Patologia neonatale - Direttore Prof. Fabio Mosca - A.O. Istituti Clinici di Perfezionamento

Nello specifico delle CP domiciliari, un modello di gestione ottimale, dovrebbe prevedere la continuità assistenziale garantendo l'intervento di Consulenza ospedaliera da parte del medico e dell'infermiere di CP al fine di accogliere sia il paziente che la famiglia, rilevare i bisogni principali (approccio olistico), pianificare insieme il rientro al domicilio permettendo loro di conoscere già nella struttura ospedaliera i nuovi professionisti che li accompagneranno nel "percorso di fine vita".

L'equipe di CP (assistenza domiciliare e Hospice) diventa nel modello organizzativo di "rete assistenziale" l'anello di congiunzione tra ospedale e territorio in quanto attiverà poi, attraverso canali organizzativi preferenziali, le risorse di rete necessarie all'attuazione e mantenimento del percorso integrato.

Ritengo ora necessario, in relazione al caso clinico, descrivere i concetti fondamentali delle cure palliative, rispettando alcuni punti esemplificativi: cosa sono, chi le eroga, come si fanno, quando e dove.



Cosa sono Sono le cure rivolte alla persona affetta da una condizione patologica attiva, progressiva, in fase avanzata, a prognosi negativa e per la quale, le cure abbiano solo il compito di migliorare la Qualità di Vita del malato e dei suoi familiari, in relazione ai loro bisogni fisici, psichici, sociali e spirituali.

Andrea, 37 anni, sposato, con due figli piccoli, presenta immediatamente una situazione socio-familiare complessa che, insieme ai suoi bisogni psico-fisici, caratterizzati da sintomatologia invalidante, può essere inquadrata come un caso ad alta complessità che

richiede interventi ad elevata intensità assistenziale.

Chi le eroga Tali interventi, possono essere realizzati, nei tempi brevi che caratterizzano l'assistenza alla persona a fine vita, solo da una équipe specialistica multiprofessionale, dedicata a tempo pieno alle CP. La composizione ideale di una équipe prevede: infermiere, medico, psicologo, assistente sociale, volontari, assistenti di base ed altri operatori sanitari eventualmente necessari, con il MMG e gli infermieri dell'Assistenza Infermieristica Domiciliare.

Nel caso di Andrea abbiamo visto quante sono le figure sanitarie coinvolte. Per rispondere in modo ottimale ai problemi rilevati, potevano essere inseriti su approvazione del paziente, Assistenti di base in aiuto alla famiglia o interventi complementari come la Musicoterapia, mirata ad alleggerire il carico emotivo dell'assistito.

Ad oggi, la figura più adeguata per la sua preparazione olistica a coordinare il percorso clinico-assistenziale della persona a fine vita è l'infermiere di CP, che diventa il referente del caso o case-manager dell'assistenza. Il modello operativo del case-manager si realizza con l'ottimizzazione dell'integrazione tra le figure sanitarie coinvolte, personalizzazione e coordinamento delle cure, garanzia della continuità dell'assistenza.

Come si fanno Attraverso una formazione specifica nella disciplina scientifica delle CP, l'equipe presta risposta alla persona, cercando di aiutarla nei suoi bisogni "totali" essenzialmente attraverso attività dirette ed indirette, quali:

- raggiungimento e mantenimento della migliore Qualità di Vita, attraverso il controllo dei sintomi invalidanti. La funzione principale dell'equipe di cura è la relazione d'aiuto alla persona e famiglia, che si realizza attraverso il counseling;
- garanzia dell'appropriatezza delle cure, evitando interventi invasivi che possono avere una ricaduta negativa sulla Qualità di Vita;
- garanzia delle cure 24 ore su 24 ore;
- implementazione del sistema informativo tra gli operatori;
- realizzazione di un sistema di rilevazione dei dati relativi all'attività sulla base di quanto indicato a livello Regionale e Nazionale.

Il caso clinico di Andrea, si conclude con la chiamata da parte della

badante del Servizio 118, per una crisi di agitazione psico-motoria e dispnea; viene deciso il ricovero del paziente. È evidente che il servizio di CP 24h/24h avrebbe evitato il ricovero di Andrea il quale aveva espresso il desiderio di restare a casa sua. Inoltre una corretta pianificazione assistenziale prevede l'informazione e l'educazione dei familiari o delle persone implicate, anche al fine di riuscire a gestire situazioni di "urgenza", anche attraverso la reperibilità telefonica.

Quando si fanno Il Piano Sanitario della Regione Toscana 2002-2004, cita in modo esaustivo, i tre criteri necessari per la presa in carico della persona in una Unità di CP:

1. **Criterio terapeutico**, assenza, esaurimento, non opportunità di trattamenti curativi specifici o scelta consapevole da parte del paziente;
2. **Criterio sintomatico**, presenza di sintomi invalidanti che condizionano la riduzione di performance al di sotto del 50% della Scala di Karnofsky;
3. **Criterio temporale**, rapida evolutività clinica con decesso imminente.

Ad Andrea era stata fatta diagnosi con prognosi infausta e quindi non più possibilità di terapie mirate alla guarigione, ma bensì al controllo dei sintomi invalidanti (terapie palliative).

Dove si fanno Come nella descrizione del caso di Andrea, è possibile assistere la persona al proprio domicilio. Se la situazione familiare non è compatibile con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), deve essere possibile l'accompagnamento della persona nella struttura Hospice. Inoltre, le CP assicurano la propria operatività a livello ospedaliero, soprattutto per l'attività di consulenza medica e infermieristica che deve essere garantita sia durante la degenza che in previsione della dimissione, con il fine di pianificare l'assistenza domiciliare.

Vorrei concludere ponendo a voi una domanda.

Visto il caso clinico descritto, è stato veramente accompagnato Andrea nel percorso di fine vita, garantendogli una morte dignitosa che lo vede interprete delle proprie scelte di vita e di morte? O forse possiamo rivedere il nostro agire alla luce del lavoro elaborato in questa sessione e quindi rivalutare quali siano gli interventi più appropriati in base alle evidenze esposte?

Angelina Di Nuccio, Coordinatrice del Servizio Operatorio P.O. "S. Rocco" di Sessa Aurunca - Asl Caserta 2 - Caserta. - Docente del Corso di Laurea in Infermieristica all'Università degli Studi Federico II di Napoli.

Nicola Crispino, Coordinatore del Servizio di Terapia del Dolore presso lo stesso P.O. P.O. S.M. Loreto Nuovo Asl Napoli 1.

Interventi specifici di competenza Infermieristica, metodi e strumenti per la gestione del dolore. Individuazione dei percorsi integrati utilizzando la variabile della complessità assistenziale.

Caso clinico

Dolore post-operatorio da amputazione dell'arto inferiore, per problemi ischemici da arteriopatia agli arti inferiori

La storia clinica di questa persona, che chiameremo D.F., un uomo di 62 anni, che poi verrà sottoposto ad intervento chirurgico per amputazione dell'arto inferiore ha un antecedente di ricoveri precedenti anche per altre problematiche cliniche, che però fa emergere un problema che fino ad allora non era stato considerato adeguatamente dalla persona e cioè la claudicatio bilaterale, con prevalenza all'arto inferiore destro, localizzata alla coscia e al polpaccio dopo circa 30-40 metri di cammino.

Risolto il problema che aveva portato al ricovero d'urgenza di D.F. per anemia acuta (emoglobinemia 9.0 g/dl) da angiodisplasia del cieco sanguinante, mediante la coagulazione endoscopica dell'angiodisplasia del cieco con argon plasma, si prosegue con una serie di esami diagnostici.

D.F. verrà sottoposto, oltre agli esami ematochimici, ECG, ed Rx-torace, ad Ecocolor Doppler arterioso degli arti inferiori e dei tronchi sopra-aortici, ad Angiografia aorta addominale e dei tronchi periferici ed infine ad AngioTac aorta addominale e arti inferiori.

La diagnosi depone per un By-pass aorto-bifemorale in PTFE e siamo nel mese di marzo.

Al follow up di controllo in maggio l'ecocolor Doppler arti inferiori da una pervietà di flusso nel segmento protesico.

Eppure nel mese di agosto si ha un 2° ricovero del sig. D.F. per arteriopatia obliterante degli arti inferiori, infatti si è avuto un peggioramento della claudicatio all'arto inferiore destro.

Dagli esami diagnostici che segnalano una severa arteriopatia obliterante cronica periferica, con stenosi delle arterie femorali superficiali bilateralmente e occlusione delle arterie femorali profonde, il paziente viene sottoposto ad un altro intervento chirurgico per Bypass femoro-popliteo dx infragenicolato. Il decorso postoperatorio porta, però, ad un miglioramento clinico di lieve entità per il signor D.F.

Dopo poco più di un mese, a fine settembre, si ha il 3° ricovero ed è sicuramente il più drammatico,

perché il signor D.F. ha un peggioramento per l'arteriopatia obliterante agli arti inferiori e si ricovera d'urgenza per ischemia acuta all'arto inferiore destro.

Partiremo da questo momento clinico/assistenziale, ed analizzeremo il processo di nursing prendendo in considerazione alcune situazioni assistenziali.

Fase di accoglimento in reparto di degenza

L'accettazione è la prima fase presa in esame ed è il momento dell'accoglimento al reparto di degenza. La persona D.F. stabilisce il contatto con la struttura

COMUNICAZIONE

Relazione presentata al congresso: Il controllo del dolore - dai farmaci alle tecniche mini invasive. Genova 24-27 marzo 2004

ed il personale che poi, lo seguirà ed assisterà; egli viene ricoverato d'urgenza per ischemia acuta all'arto inferiore destro con dolore severo (VAS 10), all'esame obiettivo cute pallida, ipotermica, cianosi 3° e 4° dito del piede, polso femorale presente, polsi distali assenti.

Si decide per un'intervento chirurgico urgente di embolectomia sec. Fogarty.

Al momento del ricovero d'urgenza il

signor D.F. non ha consapevolezza di quanto lo aspetta dal punto di vista diagnostico e del trattamento, perché questa volta si ha una sintomatologia diversa e l'arto ha un aspetto diverso dalla normalità, ciò preoccupa sicuramente ed accresce il livello d'ansia ed incertezza per il suo stato di salute. Il suo affidarsi agli operatori sanitari in un momento di drammatico bisogno d'aiu-

to impegna l'Infermiere a prendersi carico della persona in modo olistico.¹

Esamineremo alcuni momenti essenziali nell'accoglimento rispetto ad alcuni criteri quali il razionale scientifico/organizzativo che giustifica l'intervento, le risorse materiali che si utilizzano e il personale che vi è dedicato.

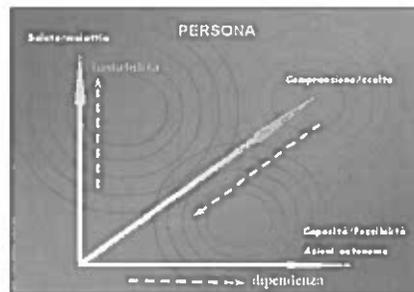
Faremo, poi, la stessa lettura del caso,

Situazioni assistenziali	Razionale scientifico/organizzativo	Mezzi/strumenti	Professionalità/organizzazione
<p>Prima accoglienza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta dati anagrafici; - controllo della documentazione consegnata dal paziente o dai suoi familiari; - compilazione della documentazione clinica ed infermieristica. - relazione d'aiuto alla persona e considerazione del problema dolore, che è acuto. <p>Esami diagnostici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - organizzazione, preparazione ed attuazione delle indagini; - informazione al paziente ed alla famiglia riguardo alle indagini, loro significato e alla preparazione; - recupero e prima interpretazione dei referti; <p>Preparazione all'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervento d'informazione sull'intervento chirurgico; - valutazione del grado di comprensione della persona⁵ - supporto psicologico al paziente ed ai familiari; - pianificazione dell'assistenza preoperatoria; - applicazione del protocollo di preparazione perioperatoria del paziente; - igiene della persona; - eventuale tricotomia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Importanza dell'identificazione della persona. - Il controllo della documentazione consegnata consente di disporre di referti necessari, e di comporre la cartella clinica ai fini medico-legali.⁴ <p>Considerazione e valutazione del dolore.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornire le informazioni al malato e alle persone di riferimento è un obbligo per il professionista sanitario.⁵ <p>L'adozione di Linee Guida, protocolli nella pratica clinica migliora l'esito dell'assistenza.¹⁵</p>	<p>strumenti di documentazione clinica ed infermieristica.</p> <p>Colloquio, tecniche di comunicazione.</p> <p>Scale di valutazione del dolore.</p> <p>Attrezzature diagnostiche.</p> <p>Procedure organizzative e di coordinamento con le unità operative di diagnosi e cura.</p> <p>Procedure operative interne per il trasporto del paziente.</p>	<p>Infermiere Medico Coordinatore OTA – OSS</p> <p>COMPETENZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiesta attenzione nella compilazione della documentazione clinica; - capacità decisionale e di pianificazione; - esperienza clinica di base per la preparazione e l'assistenza nella fase diagnostica; - conoscenze cliniche per la lettura dei referti ed individuazione delle priorità assistenziali; - capacità comunicative e relazionali d'aiuto, che supporti la persona che soffre: il medico per la omunicazione delle informazioni relative alla patologia ed al processo diagnostico-terapeutico e l'Infermiere per le informazioni relative ad alcuni aspetti del pre-post operatorio, ma anche di valutazione del dolore. <p>Operatori di supporto COMPETENZE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conoscenza delle procedure organizzative sul trasporto del paziente; - assunzione di responsabilità nel recupero dei referti e della documentazione sanitaria;

analizzando gli stessi interventi considerati, ma applicando il modello della complessità assistenziale.^{2,3}

Leggendo la situazione del sig. D.F. secondo il modello di lettura della complessità assistenziale, analizziamo adesso come si sviluppa sulle tre assi:

Alta Instabilità clinica - Alta Comprensione/scelta - Parziale dipendenza



L'alta Instabilità clinica è dovuta al fatto che il signor D.F. arriva d'urgenza per ischemia acuta all'arto inferiore destro e lamenta dolore severo (VAS 10) e da un'osservazione attenta, oltre al dolore, si possono rilevare altri segni e sintomi importanti che determinano la necessità di attivazione della professionalità medica, perché c'è bassa discrezionalità decisoria sul processo diagnostico terapeutico. Infatti la persona ha necessità di essere sottoposta ad accertamenti diagnostici e l'intervento dell'Infermiere è collaborativo con il medico, ma ha la responsabilità di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.⁴

Serve un'integrazione tra medico ed infermiere anche se, ovviamente, c'è scarsa decisionalità in quanto l'atto è prescrittivo.

L'attività di interpretazione dei risultati diagnostici è ESCLUSIVA del medico.

Quali COMPETENZE sono richieste all'Infermiere?

Competenze nella clinica perché senza un'adeguata preparazione scientifica è difficile individuare gli interventi assistenziali da effettuare rispetto la patologia e poi l'Infermiere deve saper rilevare le alterazioni e le complicità possibili.

Intanto, l'infermiere procede alla raccolta dei dati anagrafici, al controllo della documentazione consegnata dal paziente o dai suoi familiari, perché il controllo della documentazione conse-

gnata dal paziente, che ha avuto già ricoveri precedenti, consente di disporre di referti necessari ed orientativi per la diagnosi, ma anche il comporre la cartella clinica ai fini medico-legali.³

Importante sarà la relazione d'aiuto alla persona e la prioritaria considerazione del problema dolore, che è acuto e questo mediante la somministrazione di una scala analogica visiva di valutazione del dolore (VAS: Visual Analogue Scale).

La maggiore rapidità d'individuazione dei problemi permetterà una maggiore adeguatezza nella formulazione degli obiettivi assistenziali.

Nella fase di pianificazione si dovrà porre attenzione nel passaggio delle informazioni cliniche ed assistenziali tra le varie professionalità dell'equipe, ci si preoccuperà anche di predisporre ed attivare le risorse necessarie all'effettuazione delle indagini diagnostiche e di eventuale preparazione della persona all'intervento.

La pianificazione è un'attività ESCLUSIVA dell'infermiere non trasferibile, con totale assunzione di responsabilità di chi la effettua e la supervisione è solo tra pari.⁴

Alta Comprensione/scelta perché la persona è cosciente anche se sofferente ed in uno stato di prostrazione causato dal dolore acuto e severo. Alto sarà, però anche lo stato di stress, incertezza e paura sia del paziente, sia dei suoi familiari.

La componente relazionale e di comprensione della persona assume valenza fin dal primo momento di accettazione e la presa in carico deve considerare che la persona sta chiedendo aiuto per qualcosa che è drammatico ed unico per ognuno e cioè il dolore.

Il dolore è, infatti, sempre un'esperienza soggettiva e non c'è modo per quantificarlo oggettivamente. Di conseguenza, la valutazione del dolore di un paziente dipende dalla sua espressa comunicazione sia verbale, sia comportamentale.¹¹

Data la complessità del dolore, bisogna valutare non solo la componente somatica (sensitiva), ma anche l'umore del paziente, i suoi atteggiamenti, il modo in cui fa fronte al suo dolore, le sue risorse, le risposte da parte dei familiari, il loro grado di stress ed ansia e l'impatto del dolore sulla loro vita.

Questi aspetti possono influire notevolmente in modo condizionante nei confronti del loro caro. Le competenze educative e relazionali devono essere elevate e dal punto di vista deontologico ha l'obbligo di fornire le informazioni alla persona ed alle persone di riferimento anche per gli aspetti prettamente diagnostici e pre-operatori.³

Questo significa che pur avendo la persona la piena capacità cognitiva deve essere, però anche accompagnata con informazione adeguata e corretta, per poter consapevolmente scegliere. Nell'alto livello di comprensione/scelta, la tipologia dell'attività richiede un intervento EDUCATIVO/RELAZIONALE ben condotto che necessita di alta e specifica competenza.

Parziale dipendenza data dalla possibilità/capacità della persona di compiere azioni autonome, pur avendo dolore agli arti inferiori, che limitano la sua autonomia nel muoversi.

Essendo essendo il paziente clinicamente instabile e sofferente, l'infermiere "garantire le prescrizioni diagnostico-terapeutiche", ma valuta se ci sono attività e compiti da poter trasferire a figure di supporto. Se dovesse essere necessaria la sua presenza nell'accompagnamento alle Diagnostiche, egli può avvalersi del supporto e contributo collaborativo di personale di supporto, attivando così risorse diverse nelle professionalità o nel numero.

Se gli interventi che si vanno ad espletare richiedono la partecipazione di varie figure è competenza dell'infermiere il deciderlo e gli operatori di supporto assumono la responsabilità per l'atto, ma è responsabilità dell'infermiere la decisione di trasferimento e supervisione dei risultati (ESCLUSIVA dell'infermiere).⁴

Fase di assistenza post-operatoria al 1° intervento.

Iniziamo la trattazione di questa fase ricordando che essa inizia con l'arrivo del signor D.F. dalla Sala Operatoria e termina quando il paziente dopo dieci giorni subisce l'amputazione al terzo inferiore della coscia destra.

Il signor D.F. dopo l'intervento di embolectomia sec. Fogarty non ha risolto il problema e nemmeno si è avuto un netto miglioramento clinico, perché prima dell'intervento il paziente lamen-

tava dolore severo (VAS da 8 a 10), con presenza anche di parestesie ed allodinia e dopo l'intervento, nonostante la terapia antalgica prescritta dal chirurgo (infusione endovenosa in 24 ore di tramadolo 200 mg, ketoralac 60 mg oltre a petidina 100 mg intramuscolari al bisogno e al prostavasin 4 fiale/die.), comunque il dolore era scarsamente controllato con una VAS minimo 7 ed un valore medio pari a 8-9.

In seconda giornata post-operatoria si modifica la terapia antalgica, così la petidina veniva sostituita con morfina 10 mg per 4/die sottocute, ma il controllo del dolore permane insoddisfacente.

Il terzo giorno postoperatorio veniva consultato il Servizio di Terapia del Dolore, si procedeva al posizionamento

immediato di un **catetere epidurale** attraverso lo spazio interspinoso L3-4, che veniva fatto risalire nello spazio epidurale per 6 cm, per il fissaggio del catetere si erano utilizzate medicazioni trasparenti e cerotto fino a alla spalla destra. L'infusione avveniva attraverso filtro antibatterico mediante pompa elastomerica con tasso di infusione di 5 ml/ora pari a bupivacaina 100 mg/die. Sospese le terapie antalgiche sistemiche, tranne la petidina 100 mg al bisogno. Si assisteva ad una riduzione del VAS medio da 9 a 5.

Però si decideva di non ridurre troppo il VAS sia in attesa di definire la dose sufficiente per il controllo del dolore (titration), sia per mantenere il monitoraggio clinico sull'andamento dell'ischemia.

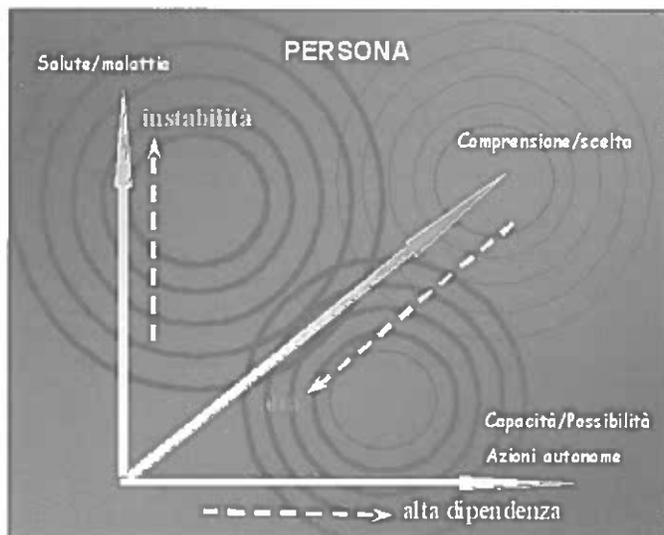
Il sesto giorno postoperatorio il

paziente lamentava ripresa del dolore severo (VAS 10), veniva riscontrata la dislocazione accidentale del catetere epidurale, per questo si procedeva a **riposizionamento** attraverso lo spazio interspinoso L2-3, a tunnellizzazione sottocutanea per 7 cm e fissaggio cutaneo del catetere con punti di sutura, oltre che con medicazioni trasparenti e cerotto. La pompa elastomerica con tasso di infusione 5 ml/ora rilasciava bupivacaina 75 mg/die e morfina 8 mg/die. Il VAS medio si riduceva a 2-3.

Il controllo del punto di inserzione del catetere e l'algometria veniva effettuata dall'anestesista del Servizio di Terapia del Dolore almeno una volta al giorno. Veniva, inoltre, garantita una reperibilità 24 ore al giorno.

Dopo 10 giorni considerata la situazione clinica che mostrava una demar-

Situazioni assistenziali	Razionale scientifico/organizzativo	Mezzi/strumenti	Professionalità/organizzazione
<p>Assistenza nell'immediato post-operatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparazione unità di degenza. - Processo diagnostico. - Pianificazione assistenziale. - Controllo della persona. - Corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. - Relazione/comunicazione con la persona. <p>Dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione di scale di valutazione del dolore. - Controllo dei parametri vitali. - Comunicazione con il paziente. - Corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche. - Valutazione della risposta del paziente alla terapia analgesica. <p>Gestione catetere epidurale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistema di fissaggio del catetere epidurale. - Medicazione e controllo del punto d'inserzione. - Controllo del volume infuso. - Monitoraggio del dolore. 	<p>Controllo della documentazione clinica ed infermieristica e delle prescrizioni terapeutiche.</p> <p>L'introduzione di esplicite Linee Guida nella pratica clinica migliora l'esito dell'assistenza.</p> <p>Monitorare l'andamento del dolore, con adozione di scale di valutazione.</p> <p>Cod Deont. 4.2 "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali..."⁹</p> <p>Cod. Deont. 3.2 "L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti..."⁷</p> <p>Cod. Deont. 2.6 "Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, ..." ⁸</p>	<p>Strumenti di documentazione.</p> <p>Strumenti di rilevazione dei parametri vitali.</p> <p>Presidi per il controllo del dolore: pompa elastomerica.</p> <p>Colloquio, tecniche di comunicazione.</p> <p>Scale di valutazione del dolore.</p> <p>Protocolli di gestione del catetere epidurale</p>	<p>Infermiere Infermiere Esperto Medico chirurgo - Anestesista Coordinatore OTA - OSS</p> <p>COMPETENZE:</p> <p>Diagnostica/assistenziale. Decisionale. Pianificazione (DM 739/94). Valutazione dell'assistenza e degli esiti sul paziente. Alta discrezionalità nell'assunzione di responsabilità e decisioni. Capacità comunicative e relazionali d'aiuto.</p>



cazione ischemica al terzo medio della gamba destra e i riscontri strumentali (ecocolordoppler) che documentavano ancora una occlusione della protesi femoropoplitea, con modesti circoli collaterali al poplite con flusso estremamente demodulato, i chirurghi decidevano per un intervento di amputazione al terzo inferiore della coscia destra. La diagnosi all'intervento chirurgico è gangrena arto inferiore destro, quindi amputazione.

Leggendo la situazione del sig. D.F. secondo il modello di lettura della complessità assistenziale, analizziamo adesso come si sviluppa sulle tre assi:

Alta Instabilità clinica - Alta Comprensione/scelta - Alta dipendenza

Questo momento inizia prima dell'arrivo della persona, con la preparazione dell'unità di degenza che costituisce il primo stadio, ma il predisporre e preparare l'unità del paziente non richiede competenze specifiche, pertanto può essere preparata dal personale di supporto.

Ad esempio un protocollo d'accettazione con suddivisione di compiti e la collaborazione del personale di supporto nell'allestimento dell'unità di degenza, il controllo di check-list e di riordino del materiale utilizzato permette all'infermiere di occuparsi di altre attività più specifiche ed esclusive, di tipo tecnico e relazionale.

Infatti, in questo momento l'infermiere che deve utilizzare competenze diagnostiche, assistenziali, di pianificazio-

ne e decisionali, ricordiamo che una serie di informazioni sono già in possesso dell'equipe, per cui attraverso il sistema informativo, conoscere meglio il caso clinico e la persona che ci accingiamo ad assistere.

All'arrivo della persona inizia il monitoraggio, quindi in questo momento abbiamo sia la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, sia

la raccolta dati per il processo diagnostico che ci consente di pianificare ulteriori interventi e di valutare se la prima pianificazione era stata corretta o deve essere rivista.

L'intervento infermieristico è quindi lesso:

- all'allestimento e preparazione dell'unità di degenza **attività generica;**
- all'osservazione diretta delle condizioni della persona e dei parametri indicati dal monitoraggio (ECG, PA, PVC, Temp. SpO₂), in modo da prevedere lo sviluppo di eventuali complicanze, **attività specifica;**
- all'identificazione dei bisogni assistenziali e pianificazione degli interventi **attività esclusiva.**
- al controllo del catetere epidurale e pompa elastomerica, garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico - terapeutiche **attività specifica;**
- alla relazione/comunicazione, stare vicino alla persona, tranquillizzare e spiegare cosa si sta facendo, ma essere attenti anche a quanto riferisce il paziente riguardo al dolore, **attività specifica ed esclusiva.**

Considerando l'asse **Salute malattia** possiamo dire che dopo una iniziale instabilità, la condizione clinica sarebbe dovuta evolvere verso una progressiva stabilizzazione, ma per il signor D.F. l'evoluzione non è stata tale.

La sua instabilità è, però, standardizzabile, per questo gli interventi che la persona richiede sono improntati all'applicazione di protocolli diagnostico-

terapeutici definiti. Ecco che la discrezionalità decisionale è bassa, però resta alto il livello di preparazione necessario, perché l'infermiere è responsabile del controllo della persona, della sua condizione ed evoluzione clinica, deve saper rilevare alterazioni dei parametri vitali ed eventuali complicanze che potrebbero essere a rischio per la stessa.

Quindi, in virtù di questa preparazione resta un certo grado di autonomia nel pianificare - "quando" e come compiere le attività prescritte. (D.M. 739/94 art. 1 L'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale e garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche).⁴

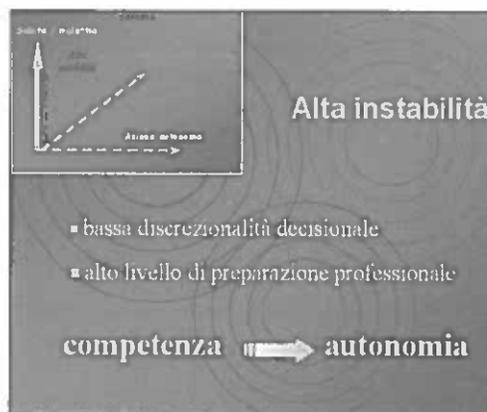
Nel caso del signor D.F. nei primi due giorni è stata somministrata terapia antalgica per via endovenosa ed intramuscolare, eppure la sintomatologia dolorosa permaneva severa.

L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico-terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.¹⁰

Ma la corretta applicazione della prescrizione terapeutica non esime l'Infermiere dal valutare gli esiti sul paziente, dal considerare l'intervento di specifiche professionalità per una verifica ed analisi del problema terapeutico.

Attraverso strumenti di valutazione e lavoro l'infermiere deve garantire la continuità assistenziale, gestendo in modo efficace per il paziente gli strumenti informativi.¹¹

A tal fine poteva essere considerato un grafico che descrivesse l'andamento del dolore, la somministrazione di una scala di valutazione del dolore, non restava avulsa dalla considerazione completa del problema. Il grafico sareb-



be stato uno strumento informativo, sotto gli occhi di tutta l'equipe sanitaria, ma soprattutto per assicurare e garantire una continuità assistenziale efficace e di qualità. Questo perché nella fattispecie del caso clinico, c'è stato dolore per il paziente, dolore che per due giorni non è stato sedato, che nell'arco dei due giorni poteva essere considerato diversamente, ma comunque non lo è stato in modo efficace.

Insomma il processo di nursing deve essere personalizzato a singolo paziente, perché i pazienti che ricevono una assistenza personalizzata hanno migliori risultati di esito, rispetto ai pazienti che ricevono un'assistenza di routine.¹²

La gestione del catetere epidurale deve avere una menzione particolare perché ha una sua valenza nella problema dolore del paziente. Il terzo giorno post-operatorio, dopo che il paziente non ha avuto esiti positivi dalla somministrazione della terapia antalgica prescritta, si attiva il Servizio di terapia del dolore e viene posizionato al signor D.F. un catetere epidurale nello spazio interspinoso L3-4, fatto risalire nello spazio epidurale per 6 cm, e per il fissaggio del catetere si utilizza una medicazione trasparente e cerotto fino a alla spalla destra. Nonostante il posizionamento del catetere epidurale, si assiste ad una riduzione del dolore, ma non scomparsa VAS da 9 scende a 5 e si mantiene su quella media per tutto il tempo che precede l'intervento di amputazione.

Non entrando in merito allo spazio scelto ed alla lunghezza in cm di risalita del catetere e nemmeno alla prescrizione terapeutica, viene, però, da considerare il fatto che poteva essere fatta una tunnelizzazione percutanea del catetere epidurale fin dal primo momento.

Ovviamente non ci si deve esimere dalla responsabilità della dislocazione, né tantomeno dal mancato controllo di

altri parametri che possono essere indicativi del problema sopraggiunto.

Al sesto giorno post-operatorio il catetere epidurale è riposizionato attraverso lo spazio interspinoso L2-3, tunnelizzazione sottocutanea per 7 cm e fissaggio cutaneo del catetere con punti di sutura, oltre che con medicazioni trasparenti e cerotto.

Varia anche la terapia e si assiste ad una riduzione della VAS 2-3.

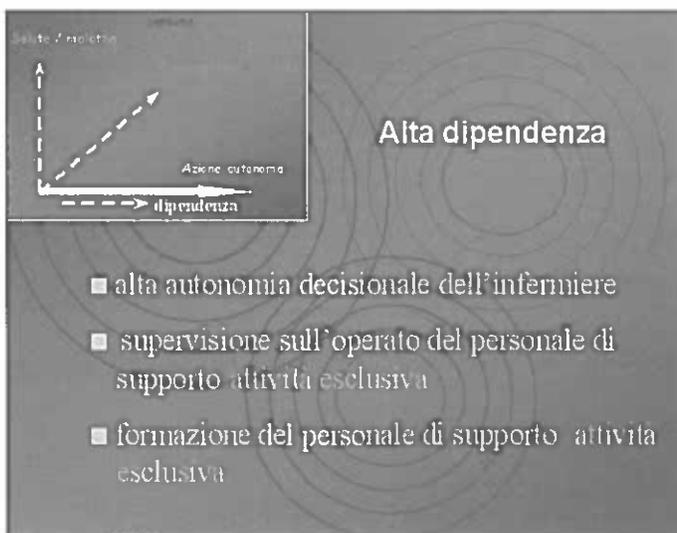
Viene da considerare che il controllo del punto d'inserzione del catetere e l'algometria può benissimo essere fatto dall'infermiere e laddove necessario avvalersi della consulenza di un'infermiere esperto può essere utile.⁷

Alta Comprensione/scelta dal punto di vista relazionale e comunicazione. Lungo questo asse l'Infermiere ha una sua specifica competenza educativa ed alta è la capacità di mobilitare le risorse della persona, com'è alta anche la discrezionalità decisoria.

Il signor D.F. permane in una condizione di prostrazione, determinata dal dolore anche dopo aver subito l'intervento. L'evoluzione clinica post-operatoria è ancora incerta ed il fatto di avere dolore severo, che non risponde alle terapie farmacologiche, non creano presupposti di serenità, ma di stress, angoscia, paura e prostrazione psicologica.

Oltre al fatto che non va sottovalutato così a lungo il diritto a non soffrire, perché la richiesta di aiuto o la sola valutazione oggettiva che la terapia non era efficace, pone l'infermiere davanti all'obbligo deontologico di assumersi la responsabilità e nella fattispecie del caso, di ricorrere all'intervento di esperti. L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e riconosce che l'integrazione interprofessionale è la migliore possibilità di far fronte ai problemi dell'assistito.⁷

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i



bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte. Rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.⁷

Inoltre, nel caso del paziente D.F. sarebbe stato opportuno attivare le risorse della persona e ciò creando i presupposti ambientali, favorendo la presenza di un familiare, soddisfacendo richieste personali, come ad esempio il poter ascoltare la musica o altro espresso dalla persona.

Sicuramente il contatto con i familiari è un aspetto che rispetto a quest'asse ha una sua importante valenza e questa è un'attività specifica di relazione/educazione che anche di competenza infermieristica.

Melzack e Casey hanno suggerito che il dolore ha tre componenti: discriminativo-sensitiva, motivazionale-affettiva e cognitivo-valutativa.¹⁴

Pertanto, la componente motivazionale-affettiva va considerata perché dalla relazione/informazione dei familiari del paziente è possibile creare un'alleanza terapeutica, che aiuta nel rassicurare ed incoraggiare la persona, a non crearle ulteriore apprensione oppure a farle percepire ansia o paura, trasmesse, anche involontariamente, dai familiari.

Alta dipendenza perché a causa del dolore e dell'instabilità clinica essa non si modifica durante questo momento assistenziale.



Quindi, la persona ha necessità di aver assicurato il soddisfacimento dei suoi bisogni di base, quali sicurezza, igiene e comfort. Il ruolo dell'infermiere rispetto a quest'asse è di **PIANIFICAZIONE** (D.M. 739/94) **ESCLUSIVA**.

L'infermiere deve ricercare, ma anche mantenere e semmai potenziare le capacità del paziente, affinché raggiunga il massimo grado di autonomia che gli è consentito.

Invece, con l'attuale prassi lo rendimento dipendente anche nelle pratiche che può gestire da solo, considerando che la sua capacità di comprendere, scegliere ed interagire è assolutamente mantenuta.

L'approcciarsi in modo sostitutivo sempre, non rafforza le sicurezze della persona, anzi porta ad una regressione non positiva.

Su quest'asse abbiamo **Alta AUTO-**

NOMIA DECISIONALE dell'infermiere per:

- trasferibilità dell'attività in riferimento alla complessità assistenziale del paziente e di supervisione dell'operato del personale di supporto. (**ESCLUSIVA**);
- definizione della procedura scritta per la parte di prestazione trasferibile (**ESCLUSIVA**);
- formazione degli operatori di supporto (**ESCLUSIVA**).

Fase dell'Amputazione (secondo intervento)

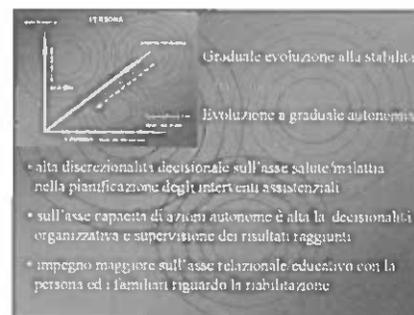
Il signor D.F, dopo 10 giorni dall'intervento di embolectomia, per l'aggravarsi della condizione clinica, viene sottoposto ad intervento di amputazione.

L'intervento veniva eseguito in anestesia epidurale utilizzando il catetere posizionato in precedenza; inoltre, l'in-

fusione epidurale di morfina 6 mg/die permise anche un'eccellente analgesia postoperatoria (VAS 0-1).

Il decorso postoperatorio fu complicato dall'infezione della ferita chirurgica, che richiese il prolungamento delle terapie antibiotiche e medicazioni quotidiane.

Per l'esecuzione di quest'ultime, circa 40 minuti prima, veniva somministrato



Situazioni assistenziali	Razionale scientifico/organizzativo	Mezzi/strumenti	Professionalità/organizzazione
<p>Preparazione del paziente all'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - fisica; - psichica. - supporto e comunicazione con la persona ed i familiari. <p>Assistenza nell'immediato post-operatorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparazione unità di degenza. - Processo diagnostico. - Pianificazione assistenziale. - Controllo dei parametri vitali. - Corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche. - Relazione/comunicazione con la persona. <p>Dolore:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somministrazione di scale per la valutazione del dolore. - Valutazione della risposta del paziente alla terapia analgesica. <p>Processo riabilitativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestione ferita e medicazione; - prevenzione di possibili infezioni. 	<p>I pazienti informati, collaborano maggiormente ed i risultati sono migliori.</p> <p>Fornire le informazioni al malato e alle persone di riferimento è un obbligo per il professionista sanitario.</p> <p>L'introduzione di esplicite Linee Guida nella pratica clinica migliora l'esito dell'assistenza¹⁵</p> <p>Interventi assistenziali/riabilitativi multidisciplinari.</p>	<p>Tecniche di comunicazione e di educazione.</p> <p>Colloquio</p> <p>Protocolli e procedure.</p>	<p>Infermiere - Infermiere Esperto Fisiatra - Fisioterapista Medico chirurgo - Anestesista - Coordinatore - OTA - OSS</p> <p>Psicologo</p> <p>COMPETENZE Infermieristiche:</p> <p>Gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici. Gestione della relazione educativa e governo dei processi d'assistenza. Pianificazione e governo prestazioni assistenziali.</p> <p>Alta discrezionalità nell'assunzione di responsabilità e decisioni.</p> <p>Altre competenze:</p> <p>Supporto psicologico e di guida da parte dello specialista.</p> <p>Precoce riabilitazione con intervento di fisiatra e fisioterapista.</p>

un bolo epidurale di 25 mg di bupivacaina.

Il paziente non ha mai richiesto ulteriori terapie analgesiche sistemiche. Il punto di inserzione del catetere epidurale veniva medicato dall'anestesista del Servizio di Terapia del Dolore almeno una volta ogni 5 giorni e il filtro antibatterico cambiato ogni 7 giorni.

In 14^a giornata, dopo il secondo intervento, veniva sospesa l'infusione epidurale, lasciando in situ il catetere e iniziando una terapia analgesica sistemica con ketorolac 30 mg intramuscolo per due/die. In 17^a giornata veniva asportato il catetere epidurale, il sito di inserzione e i punti di fissaggio apparivano lievemente arrossati, ma senza segni di infezione, il cateterino asportato era integro e perfettamente funzionante.

In 19^a giornata il paziente veniva trasferito presso il Reparto di Fisiatria, per la prosecuzione delle cure e la riabilitazione funzionale.

Sicuramente questo caso clinico ha avuto una evoluzione infausta dal punto di vista prognostico, ma lungo il suo cursus diagnostico, terapeutico ed assistenziale ha presentato in vari momenti, forti punti di criticità e responsabilità sia professionale, sia deontologica.

Leggendo la situazione del sig. D.F. secondo il modello di lettura della complessità assistenziale, analizziamo adesso come si sviluppa sulle tre assi in questa fase, dopo il secondo intervento chirurgico, che determina l'amputazione.

Alta Instabilità clinica, che evolve a graduale stabilità

Alta Comprensione/scelta

Alta dipendenza, che evolve a graduale autonomia.

L'instabilità clinica è data dal fatto oggettivo che il Signor D.F. subisce un secondo intervento chirurgico dopo 10 giorni dall'emolectomia sec. Fogarty. Intervento, quest'ultimo, che è demolitivo perché è una amputazione al terzo inferiore della coscia destra. In questo caso clinico a rallentare il decorso verso la stabilità è l'insorgenza di infezione della ferita chirurgica. Ma risoltosi il problema dell'infezione, l'evoluzione è verso la stabilità clinica.

Ciò è favorito anche da una buona risposta riguardo al problema dolore, che scende a valori medi accettabili VAS 2-3.

La fase preoperatoria è importante sia dal punto di vista di preparazione fisica all'intervento e questo si attua nell'applicazione di un protocollo perioperatorio.

In questa fase ci si può avvalere della collaborazione del personale di supporto.

Altro aspetto è la preparazione psicologica, l'amputazione è un'intervento demolitivo e non è una cosa facile da accettare ed elaborare. Il consenso informato deve fondarsi sulla reale e piena consapevolezza della persona di quanto sta per accadergli, degli aspetti

riabilitativi e soprattutto che è un'intervento che salva la vita, perché la gangrena porterebbe a morte.

Momento che è condiviso con i propri familiari e l'alleanza terapeutica con loro può essere valida, ma ha bisogno di un percorso che inizia già quando ci si rende conto che l'evoluzione sarà l'amputazione. Dare informazioni attente ed esatte prepara gradualmente alla diagnosi definitiva.

L'intervento di figure specialistiche, quali uno psicologo rappresenta un momento fondamentale, favorire, quindi, un processo terapeutico/assistenziale che abbia un'interazione multidisciplinare degli interventi.

Anche il processo di riabilitazione deve vedere l'intervento del fisiatra e del fisioterapista, ancor prima che si arrivi all'impianto della protesi.

Infatti, la riabilitazione dell'amputato va iniziata immediatamente dopo l'intervento chirurgico.

La mobilitazione precoce dell'amputato evita gli effetti deleteri dell'immobilità, quali l'ipertensione, astenia, incoordinazione, riduzione del VO₂ max, del volume sistolico, del volume cardiaco e l'aumento delle F a riposo e dopo sforzo.

Occorre, quindi, valutare anche la funzione cardiaca e le turbe della funzione respiratoria. A tutti i pazienti vengono effettuati esami ematochimici di routine e/o eventualmente guidati dalla patologia cronica, nonché da un esame analogico e tensiometrico Doppler dell'arto superstite e del distretto carotideo, al fine di individuare precocemente ed eventualmente correggere stenosi e/o ostruzioni arteriose sopra e/o sottoaortiche, un elettrocardiogramma in condizioni di base, il monitoraggio della pressione arteriosa in clino ed in ortostatismo, nonché della frequenza cardiaca, la valutazione di eventuali patologie osteoarticolari, neuromotorie e neuropsicologiche.

Il trattamento del paziente amputato dal momento della presa in carico dell'équipe riabilitativa ha pari importanza della successiva fase di addestramento all'uso della protesi: una corretta preparazione del paziente in senso generale e del moncone in particolare è l'indispensabile presupposto per ottenere un soddisfacente risultato finale.

Quali competenze infermieristiche...

- di gestione dei percorsi diagnostico - terapeutici
- di gestione della relazione educativa e governo dei processi assistenziali
- di pianificazione e governo delle prestazioni assistenziali
- di alta discrezionalità nell'assumersi responsabilità e decisioni

Per favorire il drenaggio dei liquidi interstiziali il nostro primo compito è posizionare il paziente declive, ponendo ai piedi del letto degli opportuni rialzi.

In coincidenza è necessario praticare, nei casi più resistenti, anche tecniche di linfodrenaggio manuale.

Per rendere la cute del moncone il più elastica possibile, è opportuno trattare le cicatrici con massaggio di scollamento, così da eliminare eventuali aderenze e favorire lo scivolamento tra i tessuti.

Una intensa sintomatologia dolorosa va precocemente trattata perché, oltre ad inibire ogni tipo di informazione propriocettiva, può portare ad un rifiuto della protesi da parte del paziente. Inoltre può favorire l'instaurarsi di atteggiamenti antalgici con conseguenti alterazioni meccaniche che a loro volta impediscono una corretta deambulazione. L'intervento fisioterapico si avvale di tecniche massoterapiche e dell'uso di elettroterapia.

Per una precoce e corretta rieducazione alla deambulazione è fondamentale preservare o correggere da atteggiamenti viziati il moncone, mantenendo o recuperando le normali ampiezze articolari. È possibile prevenire queste retrazioni e si può ottenere mediante l'educazione del paziente ad assumere posture corrette, alla consapevolezza che esse devono essere alternate nell'arco della giornata. È importante mostrare il più corretto posizionamento in carrozzina alla persona, ma soprattutto educarlo ad una permanenza su essa limitata al minimo indispensabile.

Inoltre nel ripristino degli equilibri muscolari ci avvaliamo di tecniche specifiche di rilassamento quali il contract-relax proprio della metodica Kabat.

Comunque è auspicabile la competenza di infermieri esperti, che assieme agli altri colleghi pianifichino, valutino e gestiscano con professionalità e responsabilità il trattamento di un caso come quello del signor D.F. ed in questo caso possiamo affermare, senza molti dubbi, che la professionalità infermieristica muove dalla competenza professionale.

Perché per una assistenza di qualità e migliori outcomes nei pazienti è ormai imprescindibile la necessità di interventi infermieristici specifici, competenti, responsabili, con percorsi integrati multidisciplinari.

Bibliografia

1. Patto Infermiere-Cittadino 26 maggio 1996 a premessa del Codice Deontologico 27 febbraio 1999.
2. Modello ideato da Finos, Pellizzari, Pitacco, Silvestro, 2001.
3. VALLICELLA F., *La filosofia del progetto manageriale della Federazione Ispasvi Atti XIII Congresso Nazionale Ispasvi - Roma 19-20-21 Settembre 2001.*
4. DPR 27 marzo 1969 n. 128 - Cod.Penale art. 476.
5. Codice Deontologico dell'Infermiere 1999 art.4. Rapporti con la persona assistita, al punto 5 recita: *L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere.*
6. D.M 739/94 Art.1
7. Codice Deontologico, al punto 3.2 delle NORME GENERALI vi si trova: *L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento e alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale. 3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.*
8. Codice Deontologico, al punto 2.6 dei Principi etici della professione: *Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.*
9. Codice Deontologico, al punto 4.2 del Rapporto con la persona assistita: *L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte. Al punto 4.3: L'infermiere rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.*
10. Codice Deontologico, al punto 4.4 del Rapporto con la persona assistita: *L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico-terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.*
11. Codice Deontologico, al punto 4.7 del Rapporto con la persona assistita: *L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.*
12. HEATER B.S., BECKER A.M., OLSON R.K., *Nursing interventions and patient outcomes: a meta-analysis of studies.* Nursing Research 1988; 37 (5): 303-307.
13. DENNIS C. TURK, Ph.D. *Valuta l'individuo, non soltanto il dolore* <http://www.salus.it/dol/indiv.html>
14. MELZACK R, CASEY KL. *The Skin Senses.* Springfield, IL: Charles C Thomas, 1968, pp 423-443.
15. CHALMERS I., *Evaluating the effects of care during pregnancy and childbirth.* I. Pregnanc, Oxford University Press, Oxford 1989; 3-38.



LA FILOSOFIA ANIARTI

L'Aniarti intende favorire il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica alle persone.

Ritiene che il servizio per la salute delle persone e della collettività sia una delle priorità di una civiltà.

Devono essere impiegate a questo scopo, risorse materiali ed umane congruenti con le necessità costantemente rilevate nel contesto sociale.

Considera irrinunciabile garantire a tutti i cittadini eque opportunità di accedere ai servizi sanitari e ricevere una assistenza che possa utilizzare le conoscenze scientifiche disponibili.

Considera la persona e la collettività come soggetti nel mantenimento e nel recupero della salute.

Considera lo sviluppo di questa consapevolezza uno dei compiti fondanti delle professioni sanitarie.

Rifiuta una visione del servizio sanitario che ponga al centro del proprio interesse solo la malattia e gli strumenti per combatterla.

Ritiene l'etica e la deontologia dei professionisti elemento costitutivo di ogni tipologia di intervento in campo sanitario.

Ritiene che l'assistenza fornita dal personale sanitario debba essere basata sulle più avanzate conoscenze scientifiche disponibili.

Ritiene che gli operatori della salute debbano essere formati per garantire le migliori competenze tecniche, organizzative e relazionali proprie.

Sollecita l'istituzione di percorsi strutturati per la formazione post-base di area assistenziale infermieristica, con particolare riferimento all'area critica.

Sostiene la necessità del formale riconoscimento da parte delle istituzioni delle competenze acquisite con la formazione.

Ritiene che l'integrazione delle competenze dei professionisti, con pari dignità ed autonomia, sia la migliore garanzia per raggiungere risultati di salute e di efficienza delle strutture.

Favorisce lo sviluppo e l'integrazione socio culturale e sanitaria ad ogni livello.

L'Aniarti intende essere uno strumento per l'approfondimento e l'elaborazione culturale all'interno ed in interazione con l'insieme della professione infermieristica.

L'Aniarti si impegna a realizzare tutte le attività culturali ed organizzative che consentono di sviluppare la professionalità degli infermieri dell'area critica.



LE REGOLE

Lo statuto definisce l'Aniarti come una associazione, i cui aderenti sono infermieri che operano in area critica o che si riconoscano nella filosofia dell'associazione e ne perseguano gli scopi associativi (art. 4)

L'associazione, al fine di perseguire gli scopi culturali che si propone, ha per oggetto:

- promuovere la qualificazione di soci, il loro coinvolgimento, la ricerca e altre iniziative culturali e scientifiche indirizzate allo sviluppo professionale, sia in ambito nazionale che internazionale;
- contribuire al miglioramento dell'assistenza sanitaria in area critica attraverso una risposta completa ed adeguata ai bisogni di assistenza infermieristica del cittadino;
- coinvolgere e rappresentare gli infermieri dell'area critica nelle questioni che riguardano la crescita culturale e professionale, l'organizzazione del lavoro, i rapporti tra operatori, cittadini, enti pubblici, ordini e collegi professionali, per tutte le problematiche concernenti la professione infermieristica, escluse quelle di competenza sindacale. (art. 3)

Organi dell'associazione sono:

- l'Assemblea generale dei soci,
- il Consiglio Nazionale,
- il Comitato Direttivo,
- il Presidente,
- il Vicepresidente,
- il Tesoriere,
- il Direttore della rivista Scenario,
- il Collegio dei Revisori dei conti (art. 6).

L'assemblea generale dei soci si riunisce una volta all'anno in occasione del congresso nazionale (art. 7).

Il Consiglio Nazionale è costituito dai rappresentanti regionali eletti dai soci fino ad un massimo di 5 per regione (art. 8).

Il Consiglio Nazionale elegge il Comitato Direttivo e questo le cariche interne (art. 11).

Tutte le cariche associative hanno una durata triennale.

Tutte le cariche sono a titolo gratuito (art. 21).

L'associazione non ha fini di lucro (art. 22).

L'elezione dei rappresentanti regionali avviene con il voto dei singoli soci inviato per posta; questo per favorire al massimo la partecipazione di tutti alle scelte (art. 8).

Appositi regolamenti sono adottati dal Consiglio Nazionale per la vita associativa (art. 20).

I Delegati regionali:

- rappresentano l'Associazione a livello regionale;
- programmano e gestiscono, in accordo con il Comitato Direttivo, l'attività associativa nella regione di appartenenza;
- curano la diffusione della rivista Scenario;
- promuovono le adesioni all'Aniarti (art. 17).

Le proposte di modifica dello statuto debbono essere presentate al presidente non meno di sei mesi prima dell'assemblea generale da almeno 1/5 dei soci o da almeno 1/3 dei componenti del Consiglio Nazionale o del Comitato Direttivo. Le proposte di modifica dello statuto andranno presentate ai soci almeno tre mesi prima dell'assemblea ordinaria o straordinaria (art. 19).

(Il testo completo dello statuto su: www.aniarti.it)

CONSIGLIO DIRETTIVO ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

DRIGO ELIO - Presidente

Via del Pozzo 19 - 33100 UDINE - 0432/501461 - 3485927233
340/4045327
edrigo@aniarti.it

SILVESTRO ANNALISA - VicePresidente

Via Piemonte 38/2 - 33010 TAVAGNACCO (UD)
Az. Ospedaliero Universitaria - Careggi (FI)

CECINATI GIANFRANCO - Tesoriere - Direttore Rivista

Via Morlacchi 5 - 50127 FIRENZE - 055/410598
DEA Careggi (FI) - 055/4279943
gcecinati@aniarti.it

BENETTON MARIA

Vicolo Monte Piana B/7 - 31100 TREVISO - 0422/435603
Corso di Laurea in Infermieristica Generale (TV) - 0422/328191/92
maben2@iscali.it

BIANCHI GIUSEPPE

Via Manzoni 106 - Sp. B int. 10 - 80046 S. Giorgio a Cremano (NA)
Rianimazione Osp. "Loreto Mare" - 081/2542773
cell. 339/568771 - 340/4045124
bianchi@libero.it

CAPODIFERRO PIETRO

Via della Foscherata 2 - 40141 BOLOGNA - 051/6231492
Croce Rossa Italiana - Scuola per Infermieri Professionali
BOLOGNA - 051/342618 - cell. 340/4045167 - E-mail: pietroc.d@libero.it

d'AMORE PAOLA

Via dei Sabatelli 6/2/2 - 50142 FIRENZE - cell. 347/1574080 - 340/4045377
d'amore@aniarti.it

MARSEGLIA MARCO

Via Larga 36 - 40138 BOLOGNA - 051/6013595
Rianimazione CCH Osp. "S. Orsola-Malpighi" - 051/6363405-6363678-
6363058 - cell. 340/4045439
marsegliam@aniarti.it

MOGGIA FABRIZIO

Area Formazione Osp. "S. Martino" (GE) - 010/5555284
cell. 347/2328492 - 340/4045259
fmoggia@tin.it

PINZARI ANNUNZIATA

Via Guido di Montpellier 25 - 00166 ROMA - 06/6245921
cell. 339/5679371
Terapia Intensiva CCH Osp. "Bambin Gesù" - 06/68592028-68592457

CONSIGLIO NAZIONALE ANIARTI - TRIENNIO 2002-2004

ABRUZZO

CASTELLUCCI MARIA

Via Saragat 25 - 67051 AVEZZANO (AQ) - 0863/416148
Rianimazione Osp. Di Avezzano - 0863/499356

BASILICATA

SCHIAVONE CATERINA

Via Rabatana 25 - TRICARICO (MT) - 0835/723954 - cell. 333/5798945
Chirurgia Generale Osp. di Tricarico - 0835/524244

CALABRIA

STANGANELLO FRANCESCO

Via Torino, 14 int. 11 - 89015 PALMI (RC) - 0966/21548 - 0966/23320
cell. 329/11549086
C. Iperbarica - Rianimazione Osp. di Palmi - 0966/418206

CAMPANIA

BUFALINO GIOVANNI

Via Madonna delle 22 - 80134 NAPOLI - 081/5613165
Rianimazione CCH Osp. Monaldi - 081/7062720
giannib78@hotmail.com

D'ACUNTO CONCETTA

Via Filomarino 139 - 80070 MONTE DI PROCIDA (NA) - 081/8045236
cell. 340/4110578
Pat. Neonatale Osp. "S. Paolo" - 081/2547848

DE CRESCENZO TONIA

Rianimazione Osp. "Caldarelli" - 081/7472928
tonia.crescenzo@interfree.it

DI NUCCIO ANGELINA

Via delle Acacie 22 - 81042 CALVI RISORTA (CE) - 0823/652000
cell. 339/7553382
Blocco Operatorio Osp. "S. Rocco" di Sessa Aurunca - 0823/934225
angolinu@tin.it

FORTUNATO FILOMENA

Via tre piccioni 38 - 80072 POZZUOLI (NA) - 081/8043516
cell. 338/3433509
Rianimazione ASL NA 2 di Pozzuoli - 081 8552226

EMILIA ROMAGNA

BONAFINI ROBERTO

Via Roma, 12 - 44025 MASSA FISCAGLIA (FE)
Sala Operatoria Osp. Del Delta Ferrara - 0533/723148 Rsp.
cell. 347/4275776
biglander93@libero.it

SEBASTIANI STEFANO

Via S. Marino 29 - 40057 LOVETO GRANAROLO (BO) - 051/6021456
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S. Orsola - Malpighi
Ufficio di Staff Sviluppo Risorse Umane - Settore Formazione e Aggiornamento
051/6361449 - cell. 340/4045447
telefono: sebastiani@tin.it

SOLOMITA GRAZIELLA

Viale della Repubblica 48 - 40017 S.GIOVANNI IN P. (BO) - 051/821657
CCH Osp. "S. Orsola-Malpighi" - 051/6364761 - cell. 340/4045399

FRIULI VENEZIA GIULIA

MARCHINO PAOLA

cell. 339/8172051 - 340/4045129
SERT Az. I. Triestina - 040/3997324

PERESSONI LUCA

Via Mantova 100 - 33100 UDINE - 0432/541467 - cell. 3338/461153
IP Rianimazione Osp. "S. Maria della Misericordia" (UD) - 0432/552428
lalu.lur@libero.it

SPANGARO SABRINA

Via Cortalis 1 - 33032 BERTIOLO (UD) - cell. 338/1590578
UCIC Osp. "S. Maria della Misericordia" (UD) - 0432/552459
sabrinaspangaro@interfree.it

LAZIO

MARCHETTI ROSSELLA

Viale Giulio Cesare 237 - 00192 ROMA - 06/39726094
Rianimazione Policlinico "Gemelli" - 06/30154490

MEGLIORIN RITA

Via P.E. Castagnola 2 - 00135 ROMA - 06/3381031
T.I. Pediatrica Policlinico "Gemelli" - 06/30155203

ROMIGI GAETANO

Corso di Laurea in Infermieristica Univ. Tor Vergata - ASL Roma C
Via L.E. Selano, 43 - 00174 ROMA - 06/5017651 - Fax 06/5021590
grumigi@iscalinet.it

LIGURIA

ARONNI WALTER

Villa Azzurra Hospital - 0185/2131421 - Cell. 329/4947446
waronni@sym-vaz.it

DE PAOLI GRAZIELLA

Strada Tasciare 59 - 18038 SANREMO (IM) - 0184/501642 - cell. 338/7683489

LOMBARDIA

BARAIOLA ROSELLA

Via Vanoni 18 - 23019 Taormina (SO) - tel. 0342/653042
Rianimazione Osp. di Sondrio

DIVO CARLO

Via De Gasperi 2 - 24123 Bergamo - tel. 035/269521 - cell. 347/7805440
Rianimazione Senate
carlodivo@iscalinet.it

ZERBINATI MARCO

Piazza Grandi 10/g - 20020 SOLARO (MI) - 02/9692219
Servizio Anestesia e Rianimazione Osp. di Garbagnate M.se - 02/99513481

MARCHE

PAOLUCCI FABIO

Via E. Profili 48 - 60044 FABRIANO (AN) - cell. 338/5709362 - 347/8273751
Rianimazione Osp. Civile Fabriano - 0732/707312
rianimazione@asl6.marche.it

MOLISE

CALLEO MARIO

Via Comunale 104 - 81050 PRESENCANO (CE) - 0823/989583
Ist. Neurorimed di Isernia - 0865/929209-929224 - Fax 0865/925351
mario.calleo@neurorimed.it

PIEMONTE E VALLE D'AOSTA

PASTORINO DANIELA

Via San Sebastiano, 12 int. 2 - 15010 TERZO ALESSANDRIA
ASL 22 Rianimazione Aquil Terme - 0144/773348

MONTESANO ROSANNA

Via Cardona 15 - CASTELL ALFERO (AT) - 0141/298287
Blocco Operatorio ASL 19 di Asti - 0141/392468
rsmon@tin.it

TROTTA ALFONSO

Via Boato, 25 - 10154 TORINO
UTIC - Le Molinette - Tel. 011/2831191 fax. 011/6335513

PUGLIA

D'ANGELA GIUSEPPE

Via Ciancola, 13/A - FRANCAVILLA FONTANA (BR) - 0831/854037 -
cell. 338/9662536
C/O 118 TARANTO - 099/4724037
geppolo@libero.it

SARDEGNA

MANGONI PATRIZIA

Via Dessanay 137 - 08100 NUORO - 0784/203590
UTIC Osp. "S. Francesco" (NU) - 0784/240376 - 0784/369119
patriziamangoni@virgilio.it

ZANONI LAILA

Via IV Strada 37 - 09012 FRUTTI D'ORO CAPOTERRA (CA) - 070/71726
Clinica Psichiatrica USL B - 070/485146

SICILIA

CHIARENZA ROSARIO

Rianimazione Osp. "V.E. Ferrarotto" (CT) - 095/7436251
cell. 338/8124831 - 316/206174
sarochiarenza@kalamail.com

TAORMINA MARIA

Centrale 118 Palermo - 091/6880862
e-mail: maria.taormina@libero.it
cell. 347 7951768

TOSCANA

CULLURÀ CLAUDIO

Piazza della Pace 15 - 52027 S. GIOVANNI VALDARNO (AR) - 055/9121612
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613

MAFFUCCI PAOLA

Viale Redi, 25 - 50144 FIRENZE - 349 8756799

MARCONI ROBERTO

Via del Tirassegno, 48 - 58100 GROSSETO - 0564/496409 cell. 338/7020960
Centrale 118 Grosseto - Numero Verde 800550280
robbydoc@yahoo.it

MORIANI MASSIMO

Via Ville, 86/e - 52024 TERRANOVA BRACCIOLINI (AR)
Rianimazione Osp. di S. Giovanni Valdarno - 055/9106613
morianimassimo@libero.it

TRENTINO ALTO ADIGE

CALLIARI OLIVO

Via Biasi 102/a - 38010 S. MICHELE ALTO ADIGE (TN) - 0461/650522
UCIC Osp. "S. Chiara" (TN) - 0461/903207

UMBRIA

MARINELLI NORA

P.le Giotto 42 - 06100 PERUGIA - cell. 347/9069486
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075 5782358
nab.familly@libero.it

DOTTORI FRANCESCO

Via Eugubina 129/b - 06100 PERUGIA - 075/5735719 cell. 339/7691469
Rianimazione Osp. "Silvestrini" (PG) - 075/5782358
francescodottori@virgilio.it

VENETO

BELLAN SOFIA

Via Pegolini - ADRIA (RO) - 0426/42165 - cell. 333/6916167
Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/393445
bellansofia@libero.it

CRIVELLARI MARIA CINZIA

Rianimazione Osp. di Rovigo - 0425/394224 - 0425/393445

FAVERO WALTER

Rianimazione Giustiniana Osp. di Padova - 049/8213100 - 340/4031285

GONZALES IGLESIAS MARIA

Porto Fornaci 1 - 37019 PESCHIERA DEL GARDA (VR) - 045/7552603
cell. 3355282103
mariaiglezi@kallcadia.net

REVISORI - TRIENNIO 2002-2004

CALLIARI OLIVO

CULLURÀ CLAUDIO

FAVERO WALTER



