

## **XXIII CONGRESSO NAZIONALE**

### **CORSO DI FORMAZIONE**

### **ITALIA@EUROPA**

### **ANALISI COMPARATA DELL'INFERMIERISTICA DI AREA CRITICA**

- Il modo di organizzare e comporre l'équipe assistenziale
- Il modo di gestire il dolore
- Il modo di scegliere ed utilizzare i dispositivi medici e le tecnologie ad alta complessità
- Il modo di formarsi
- Il modo di valorizzare l'infermiere

A cura di:

**MARCO MARSEGLIA**

**SANDRA SCALORBI**

**LIDO DI JESOLO, 3-4-5 NOVEMBRE 2004**

## PRESENTAZIONE

*Per chi ha vissuto personalmente l'esperienza di questo Congresso tale presentazione è probabilmente superflua.*

*Vogliamo però ancora una volta sottolineare, quanto l'impegno dell'Aniarti sia a 360° nel panorama professionale e scientifico, italiano ed europeo.*

*La scelta del confronto con i professionisti europei rispetto alla propria specificità in area critica ha dimostrato ancora una volta l'intuizione dell'associazione a tracciare un percorso che oramai è diventato inarrestabile.*

*Il confronto a livello europeo è l'inizio di una grande sfida, che ci porterà a costruire insieme obiettivi professionali tali da contribuire in maniera incisiva ad aumentare la salute di una collettività che ha allargato i propri confini.*

*L'invito ai colleghi che sfoglieranno questo volume è quello di leggere il proprio vissuto professionale in chiave europea ed allargare i propri orizzonti.*

*Allora buona lettura ... con l'auspicio di tutti perché la riflessione e l'analisi critica di quanto proposto diventi base per un arricchimento vero del nostro essere infermieri.*

*I curatori*

Marco Marseglia

Sandra Scalorbi

## **SEGRETERIA SCIENTIFICA**

Maria Benetton

Angelina Di Nuccio

Elio Drigo

Fabrizio Moggia

Annalisa Silvestro

## **SEGRETERIA ORGANIZZATIVA**

Gianfranco Cecinati

Elena Ciriello

Paola d'Amore

Valter Favero

Paola Marchino

Marco Marseglia

Graziella Solomita

[www.aniarti.it](http://www.aniarti.it)  
[aniarti@aniarti.it](mailto:aniarti@aniarti.it)

[www.efccna.org](http://www.efccna.org)

Critical Care Nursing Association

## RELATORI E MODERATORI

AMPARO BERNAT ADELL, *Spagna*

*Nurse Manager in ICU*

*President Spanish Association of Intensive and Coronary Care Nursing, SEEIUC*

*Servicio de Medicina Intensiva Hospital General de Castellon - Spagna*

JOHN W. ALBARRAN *EfCCNa, Gran Bretagna*

*Principal Lecturer in Critical Care Nursing*

*British Association of Critical Care Nurses, BACCN*

*Editor and International representative*

*Faculty of Health and Social Care*

*University of the West of England*

*Glenside Campus*

*Bristol*

ANGELA CARDONE *Infermiera, Bologna*

*Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna*

PATRIZIA CASAVECCHIA *Infermiera, Bologna*

*Servizio di Cardiochirurgia Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna*

WOUTER DE GRAAF *EfCCNa, Olanda*

*Head Nurse Intensive Care Adults*

*Dutch Association of Critical Care Nurses, NVICV*

CRISTIANA DI DECO *Infermiera, Bologna*

*Servizio di Cardiochirurgia Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna*

ELIO DRIGO *Infermiere AFD, Udine*

*Presidente Aniarti*

LARA FINI *Infermiera, Bologna*

*Anestesia e Rianimazione Cardiochirurgica Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna*

MARTIN LANGER *Anestesista - Rianimatore, Pavia*

*Primario del II Servizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Matteo - Pavia*

JOS LATOUR *EfCCNa - ESPNIC, Olanda*

*European Society of Pediatric and Neonatal*

*Intensive Care (Nursing), ESPNIC*

*Past-President*

MARCO MARSEGLIA *Infermiere AFD, Bologna*  
*Coordinatore Infermieristico, Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica*  
*Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna*  
*Componente del Comitato Direttivo Aniarti*

DANILO MASSAI *Infermiere DAI, Empoli*  
*Componente del Comitato Centrale della Federazione Nazionale IPASVI - Roma*  
*Infermiere, Dirigente Sanitario dell' Azienda USL 11 Empoli - Regione Toscana*  
*Direttore Dipartimento Formazione - Azienda USL 11 Empoli - Regione Toscana*

RITA MEGLIORIN *Infermiera DAI, Roma*  
*Coordinatore Rianimazione – D.E.A.*  
*Policlinico A. Gemelli*  
*Università Cattolica del Sacro Cuore – ROMA*  
*Componente del Consiglio Nazionale Aniarti*

FABRIZIO MOGGIA *Infermiere DDSI, Genova*  
*U.O. Formazione e Aggiornamento Ospedale San Martino – Genova*  
*Componente del Comitato Direttivo Aniarti*

FEDERICA PIERGENTILI *Infermiera, Bologna*  
*Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica Policlinico S.Orsola-Malpighi - Bologna*

ANNUNZIATA PINZARI *Infermiera AFD, Roma*  
*Coordinatore Infermieristico Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica,*  
*Ospedale Bambino Gesù - Roma*  
*Componente del Comitato Direttivo Aniarti*

ANNA PORTANOVA *Infermiera AFD, Roma*  
*Infermiera epidemiologa, Direzione Sanitaria, Ospedale Bambino Gesù - Roma*

GENNARO ROCCO *Infermiere DAI, Roma*  
*Vice-presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI*  
*Presidente Collegio IPASVI Roma*  
*Direttore del Corso di Laurea in Infermieristica, Roma*

MARIA CRISTINA ROSSI *Infermiera Pediatrica, Torino*  
*Coordinatore Responsabile del Servizio di Dialisi e Trapianto di rene*  
*dell'Ospedale Infantile Regina Margherita – Torino*

GIULIA SACCO *Infermiera Pediatrica, Torino*

*Rianimazione - Azienda Ospedaliera O.I.R.M S. Anna - Torino*

SANDRA SCALORBI *Infermiera DDSI – ASV, Bologna*

*Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte» della Croce Rossa Italiana - Bologna*

ANNALISA SILVESTRO *Infermiera IID, Udine*

*Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI*

*Vice Presidente Aniarti*

*Dirigente del Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze*

LILIANA VALLIANO *Infermiera Pediatrica, Torino*

*Coordinatore Centro Trapianti di Midollo Osseo, Azienda Ospedaliera O.I.R.M S. Anna - Torino*

SILVIA VIARENGO *Infermiera Pediatrica, Torino*

*Reparto di Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino*

MONICA ZOLI *Infermiera, Bologna*

# INTRODUZIONE AL CONGRESSO

ELIO DRIGO  
Presidente Aniarti

Quando abbiamo pensato e poi progettato questo congresso dal titolo

**ITALIA@EUROPA:**  
**ANALISI COMPARATA DELL'INFERMIERISTICA DI AREA CRITICA**  
**Il modo di organizzare e comporre l'équipe assistenziale**  
**Il modo di gestire il dolore**  
**Il modo di scegliere ed utilizzare i dispositivi medici e le tecnologie ad**  
**alta complessità**  
**Il modo di formarsi**  
**Il modo di valorizzare l'infermiere**

non sapevamo che sarebbe caduto quasi in coincidenza con la firma del trattato sull'Unione avvenuta il 29 ottobre scorso a Roma.

Dopo alcuni anni di collaborazione ed integrazione a livello economico, l'Europa inizia un processo di integrazione politica.

La politica, nella sua accezione più nobile, sottintende la cultura, la storia, l'esperienza di vita di interi popoli e adesso, con maggiore evidenza l'integrazione, la positiva interdipendenza che genera novità, elaborazione, evoluzione.

Pur tra spinte in avanti e blocchi per fobie o miopi ritrosie per modesti interessi soggettivi, l'Unione europea si connota sempre più spiccatamente come soggetto integratore delle diversità nazionali e culturali. L'importante sarà avere il coraggio di non temere le diversità, non tendere a sopprimerle ma piuttosto a conservarle e valorizzarle, renderle fruibili ed utili a tutti coniugandole con le esigenze che da una vita sociale più allargata emergeranno.

Il percorso intrapreso da milioni di cittadini della «vecchia» Europa indica il concretizzarsi per una volta nella storia, di una saggezza frutto di saperi, esperienze, culture, filosofie e valori accumulati nel tempo e consolidati anche dalla memoria degli errori e delle tragedie. Un processo che anche noi abbiamo la responsabilità di non interrompere ma di sviluppare.

È sempre più evidente la necessità di scambiare e reinterpretare questi saperi e questi valori.

Anche gli infermieri con la loro disciplina scientifica e con il loro agire nella società, si inseriscono a pieno titolo in questo complesso ma affascinante percorso.

Conoscere per comprendere, imparare, costruire insieme, ampliare gli orizzonti professionali e contribuire al raggiungimento di un sempre migliore stato di salute di una così grande collettività.

In quest'ottica, abbiamo voluto con noi anche i colleghi dell'EfCCNa, la

federazione europea tra le associazioni di area critica, che anche l'Aniarti ha contribuito a costituire. Ne fanno parte oggi 25 paesi.

Abbiamo subito allora la possibilità di confrontare il nostro modo di fare assistenza con questi colleghi; discuteremo e speriamo possa nascere anche lo stimolo ad una più intensa partecipazione nostra, di infermieri italiani, al di fuori dei nostri confini. Scopriremo che abbiamo degli aspetti di ricchezza da comunicare.

A partire da queste considerazioni, che possono sembrare più grandi di noi ma in cui siamo quotidianamente immersi, il nostro convegno cercherà di non essere un discutere astratto.

Vedremo di rispondere ad alcuni interrogativi che spaziano nell'evolversi della professione e dell'assistenza infermieristica:

- quali sono gli aspetti qualificanti, le competenze dell'assistenza infermieristica in area critica in Italia e in Europa?
- come viene affrontato, gestito, misurato e risolto il problema del dolore?
- come e su quali basi vengono scelti e utilizzati i dispositivi medici e le tecnologie ad alta complessità?
- qual è la preparazione richiesta all'infermiere?
- ci sono figure diverse oltre quelle del medico e dell'infermiere che gestiscono la tecnologia o interventi a forte valenza tecnica?
- quali aspetti sono affrontati dai diversi operatori e attraverso quale preparazione e responsabilità?
- quali le competenze avanzate ed esperte che identificano gli infermieri italiani rispetto a quelli europei e quanto e come vengono apprezzate, valorizzate riconosciute anche attraverso i contratti di lavoro?

L'Aniarti ha posto un grande impegno organizzativo per garantire la massima comunicazione anche con i colleghi che vengono dall'estero, che cercheremo di valorizzare nel migliore dei modi ed in tutte le parti del convegno.

Sarà, come avevamo annunciato un impegno duro per tutti, ma anche carico di confronti, progettualità e risultati.

## OBIETTIVI

- Confrontare le caratteristiche e l'organizzazione dell'assistenza infermieristica nell'area critica fra la realtà italiana ed alcuni paesi europei maggiormente significativi.
- Presentare l'assistenza al malato adulto e bambino con dolore in situazione critica secondo il modello di analisi della complessità e confrontare la specifica assistenza italiana con alcune esperienze europee.
- Analizzare i fattori costitutivi della professionalità infermieristica di area critica e gli strumenti per la valorizzazione delle competenze in ambito europeo.

# XXIII CONGRESSO NAZIONALE

## PROGRAMMA

**3 novembre 2004**

### Prima Sessione

Moderatore: *Elio Drigo*

- \* Modelli organizzativi ed assistenziali per la gestione dell'evento critico nel momento del soccorso, del ricovero e nell'assistenza *nelle prime 24 ore (analisi comparata)*  
*Fabrizio Moggia, Genova*
- \* Ruolo e profilo professionale dei componenti l'équipe per l'assistenza alla persona in criticità vitale in Italia ed in Europa  
*Wouter De Graaf - EfCCNa, Olanda*
- \* L'evento critico: prevenzione e gestione nell'Unione Europea  
*Martin Langer, Pavia*

*Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti*

### Seconda Sessione

*La formazione dell'infermiere di area critica in Europa ed in Italia*

Moderatore: *Elio Drigo*

- \* Formazione post base  
*Danilo Massai, Empoli*
- \* Metodi e strumenti disponibili per la formazione continua.  
Analisi comparata in Europa  
*Gennaro Rocco, Roma*
- \* Ulteriori proposte per la formazione dell'infermiere in area critica in Europa  
*John W. Albarran - EfCCNa, Gran Bretagna*

*Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti*

**4 novembre 2004**

### Terza Sessione

*L'assistenza infermieristica in area critica tra evidenza scientifica, efficacia, efficienza, servizio e autonomia professionale*

Moderatore: *Angelina Di Nuccio*

- \* Presentazione di un caso clinico di una persona adulta con dolore  
Aspetti clinico-organizzativi interpretati secondo il modello della complessità assistenziale
- \* Ricerca degli aspetti di possibile confronto e reciproco arricchimento fra le diverse modalità assistenziali della persona adulta e del bambino
- \* Considerazioni di comparazione con due esperienze europee

*Gruppo di lavoro Aniarti*

*Angela Cardone, Bologna      Lara Fini, Bologna*  
*Patrizia Casavecchia, Bologna      Federica Piergentili, Bologna*  
*Cristiana Di Deco, Bologna      Monica Zoli, Bologna*

*Coordinatori del Gruppo di lavoro*

*Sandra Scalorbi, Bologna      Marco Marseglia, Bologna*

- \* In Europa, come gli infermieri assistono una persona con dolore (v. il caso clinico considerato) in situazione critica? Quali sono le linee che seguono per l'integrazione con gli altri operatori?
- \* Esistono modelli definiti o modalità praticate?

*John W. Albarran - EfCCNa, Gran Bretagna*  
*Amparo Bernat Adell - EfCCNa, Spagna*

*Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti*

### Quarta Sessione

*Comparazione della situazione dell'infermiere di area critica in Europa in relazione a*

- \* responsabilità e autonomia professionale
- \* status sociale
- \* status contrattuale

*Tavola Rotonda*

Moderatore:

*Elio Drigo - EfCCNa, Italia*

*Amparo Bernat Adell - EfCCNa, Spagna*

*Annalisa Silvestro - EfCCNa, Italia*

*John W. Albarran - EfCCNa, Gran Bretagna*

*Jos Latour - EfCCNa - ESPNIC, Olanda*

5 novembre 2003

### Quinta Sessione

*L'assistenza infermieristica in area critica tra evidenza scientifica, efficacia, efficienza, servizio e autonomia professionale*

Moderatore: Angelina Di Nuccio

- \* Presentazione di un caso clinico di un bambino con dolore  
Aspetti clinico-organizzativi interpretati secondo il modello della complessità assistenziale
- \* Ricerca degli aspetti di possibile confronto e reciproco arricchimento fra le diverse modalità assistenziali della persona adulta e del bambino
- \* Considerazioni di comparazione con due esperienze europee

#### *Gruppo di lavoro Aniarti*

*Annunziata Pinzari, Roma*

*Liliana Valliano, Torino*

*Anna Portanova, Roma*

*Silvia Viarengo, Torino*

*Giulia Sacco, Torino*

#### *Coordinatori del Gruppo di lavoro*

*Rita Megliorin, Roma*

*Maria Cristina Rossi, Torino*

- \* In Europa, come gli infermieri assistono un bambino con dolore (v. il caso clinico considerato) in situazione critica? Quali sono le linee che seguono per l'integrazione con gli altri operatori?
- \* Esistono modelli definiti o modalità praticate?

*Jos Latour - EfCCNa - ESPNIC, Olanda*

*Dibattito e confronto diretto con il contributo di relatori esperti*

# MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI PER LA GESTIONE DELL'EVENTO CRITICO NEL MOMENTO DEL SOCCORSO, DEL RICOVERO E DELL'ASSISTENZA NELLE PRIME 24 ORE (ANALISI COMPARATA)

F. MOGGIA <sup>(1)</sup>, V. POMPEI <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> DDSI - U.O. Formazione e Aggiornamento - Az. Ospedaliera Universitaria «San Martino» - Genova

<sup>(2)</sup> DDSI V. Pompei – U.O. Neurochirurgia pediatrica – IRCSS Ist. G. Gaslini - Genova

In questa relazione vogliamo intraprendere un percorso in cui mettiamo il cittadino, il malato, durante un evento critico al centro di tutti i nostri sforzi e della nostra operatività; cittadino che entra all'interno di un processo assistenziale nel quale i professionisti, in questo caso noi infermieri e i modelli organizzativi devono contribuire a far raggiungere l'obiettivo salute.

Vediamo adesso qual è il contesto in cui ci muoviamo. È indubbio che sia un ambiente che si è modificato col tempo, un ambiente dove la domanda di salute è cambiata, dove il cittadino abbia una maggiore consapevolezza rispetto ai propri diritti ogni qualvolta entra a contatto nell'area sanitaria.

Quindi, di quale infermiere, di quale professionista c'è bisogno per operare in questo ambiente? Sicuramente un infermiere che partecipi all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività come è sancito, dal nostro profilo, che identifica i bisogni di assistenza della persona e formula gli obiettivi.

Ovviamente l'infermiere e l'infermiere pediatrico basano le proprie linee di attività e responsabilità sul profilo, sui nostri ordinamenti didattici in base ai quali ci siamo formati, ma anche tutti quei momenti di formazione post-base e sul codice deontologico. Quest'ultimo, ricordiamo, scritto da infermieri per infermieri: ribadisce e sottolinea ancora una volta come l'infermiere sia quel professionista che deve garantire il rispetto dei diritti degli assistiti (advocacy).

Si propone di seguito l'analisi tra l'Italia e alcuni paesi europei che hanno gentilmente risposto e che hanno alcune caratteristiche che ci aiutano a comprendere l'assistenza infermieristica in area critica nel panorama europeo.

Sono stati analizzati e comparati i dati, oltre a quelli italiani, quelli provenienti dalla Francia, dall'Olanda e dalla Spagna raccolti attraverso un questionario di 22 item, compilato dai referenti nazionali della Federazione Europea delle Associazioni di Area Critica (EfCCNa) per avere una fotografia della realtà attuale di questi Paesi Europei.

Sono stati analizzati quattro aspetti dell'assistenza infermieristica in area critica, qui di seguito riportati:

- 1) quali sono i fattori identificativi dell'identità infermieristica in questi paesi;
- 2) qual è il primo soccorso all'infortunato in ambiente extra-ospedaliero;
- 3) qual è la fase del ricovero in ospedale;
- 4) l'assistenza nelle prime 24 ore in ambiente intensivo.

Quattro gli elementi chiave:

- la normativa presente nei paesi intervistati;
- il livello di autonomia dei professionisti in area critica;
- gli strumenti utilizzati per sancire quale tipo di assistenza, di autonomia e che tipo di equipe è presente in questi tre momenti e cioè: extra-ospedaliero, all'accettazione e nelle prime 24 ore in ambiente intensivo.

Per il primo elemento: quali sono i fattori identificativi dell'identità infermieristica si è rilevato che non esiste una *normativa* specifica nei 4 paesi per l'area critica ma ci si rifà alla normativa generale per la professione (tabella 1).

Eccezione fatta per la Spagna che ha un disegno di legge da approvare elaborato oltre che con il Ministero della Salute anche con il Consiglio Generale degli Infermieri e dalle loro società scientifiche che disegna un profilo dell'infermiere nell'area critica.

L'*autonomia* prevalente in questi quattro paesi è totale nell'assistenza infermieristica, parziale ogni qualvolta si confronti con le altre figure dell'equipe assistenziale.

Gli *strumenti* che vengono utilizzati prevalentemente per gestire l'assistenza e per sancire quale sia anche l'autonomia, si rifanno prevalentemente alle linee guida, ad alcuni modelli infermieristici e per la Spagna e l'Olanda alcune regole e protocolli interni ospedalieri.

L'attribuzione delle attività da svolgere nei confronti del malato in area critica, in Italia, in Francia e in Spagna viene stabilita dal team leader, è utile ricordare che ad esempio nei trauma center è assolto da un medico, ma il team leader nella clinica in alcune realtà e per quanto riguarda la gestione organizzativa e operativa è spesso ruolo anche dell'infermiere.

**Tabella 1**

| Come viene decisa/stabilita l'attribuzione delle attività da svolgere nei confronti del malato in area critica? |   |
|---|---|
| <b>Italia</b>   | Linee guida, protocolli, modelli infermieristici, team leader |
| <b>Francia</b>  | Protocolli, team leader                                       |
| <b>Spagna</b>   | Linee guida, protocolli, modelli infermieristici, team leader |
| <b>Olanda</b>   | Linee guida, protocolli, modelli infermieristici              |

Vediamo ora la fase di primo soccorso in ambiente extra ospedaliero, l'organizzazione del soccorso in tutte e quattro le nazioni è prevalentemente a livello nazionale come nel nostro paese con il sistema di Emergenza territoriale 118 anche se per alcune Regioni vi sono differenti gestioni.

La Spagna ha un sistema integrato dove, a seconda dell'evento critico che si viene a verificare, c'è una partenza a livello locale e via via a seconda della complessità dell'evento l'interessamento del soccorso cambia da livello regionale a livello nazionale.

Le équipes che si confrontano in questo momento sono miste (infermiere, medico e soccorritore) dove in Italia sappiamo che il soccorritore è di tipo volontaristico mentre in alcune nazioni tipo la Francia e la Spagna, i soccorritori sono professionisti che afferiscono da arme militari o vigili del fuoco, quindi con una formazione differente. L'autonomia è totale per quanto riguarda l'assistenza infermieristica e parziale ogni qual volta si interagisca con le altre professioni. La normativa di riferimento è di tipo generale riguardante l'infermiere e l'adozione di linee guida nazionali ed internazionali giocano un ruolo importante in questa fase, dove c'è comune accordo per tutte le Nazioni intervistate, che procedure in uso per questo evento prevedano la stabilizzazione sul posto.

Nella fase di ricovero in ospedale, gli strumenti per l'assistenza, l'attribuzione di responsabilità e di competenze sono dettate prevalentemente dalla normativa, da linee guida sia nazionali che internazionali e da protocolli che vengono sanciti a livello dell'équipe assistenziale, anche qui l'autonomia è totale per quanto riguarda l'assistenza infermieristica e parziale ogni qualvolta interagisce con gli altri professionisti.

Nel ricovero del malato in ospedale è interessante vedere che in Italia è la figura dell'infermiere che stabilisce il livello di priorità all'ingresso del malato (tabella 2), mentre è misto all'interno degli altri paesi, in Olanda ad esempio a seconda della gravità interviene in prima battuta il medico se invece vi è un livello di gravità basso e se il cittadino afferisce alla struttura con le proprie forze, è l'infermiere che fa questa prima valutazione.

**Tabella 2**

| <b>Quale figura professionale determina il livello di gravità del malato all'ingresso del Pronto Soccorso?</b> |                           |
|--|---------------------------|
| <b>Italia</b>  | Infermiere                |
| <b>Francia</b>   | Medico, infermiere, altri |
| <b>Spagna</b>  | Medico, infermiere        |
| <b>Olanda</b>  | Medico, infermiere        |

L'équipe che interviene in questo processo assistenziale nella fase di ricovero in ospedale, in Italia è il medico, l'infermiere e il personale tecnico (Tabella 3), che normalmente stabiliscono insieme qual è la gestione degli eventi critici, soprattutto quelli con livello di gravità alto, e stabiliscono insieme quali sono le procedure da mettere in atto. Negli altri paesi le altre figure non vengono evidenziate ed è prevalentemente compito del medico e dell'infermiere.

**Tabella 3**

| <b>L'équipe che interviene nel processo assistenziale è composta da?</b> |  |
|--|--|
| <b>Italia</b>  | Medico, infermiere, personale di supporto, personale tecnico |
| <b>Francia</b>   | Medico, infermiere   |
| <b>Spagna</b>  | Medico, infermiere   |
| <b>Olanda</b>  | Medico, infermiere, personale di supporto                    |

Nella fase dell'assistenza nelle prime 24 ore in ambiente intensivo, la composizione dell'équipe è integrata e multiprofessionale dove il medico, l'infermiere e il personale tecnico prevalentemente interagiscono nel percorso assistenziale, nel governo di questo percorso con un'autonomia totale per quanto riguarda l'assistenza e con l'utilizzo di strumenti clinico gestionali come linee guida e protocolli e modelli infermieristici prevalentemente in tutte le Nazioni.

Dall'analisi dei dati raccolti le conclusioni che si possono trarre portano alle seguenti riflessioni: un limite a questa ricerca è dato dal numero dei Paesi che hanno risposto al questionario, anche se caratteristici di una cultura sanitaria simile alla nostra. Infatti i modelli organizzativi ed assistenziali che abbiamo visto in Italia sono paragonabili agli standard dei Paesi analizzati e su alcuni aspetti possiamo anche affermare di essere più avanti nell'evoluzione della professione.

Emerge inoltre, la necessità di utilizzare strumenti condivisi a livello europeo per innalzare gli standard dell'assistenza globali.

Una formazione adeguata alla complessità di un evento critico, sicuramente, fornirebbe ai professionisti, a livello europeo, strumenti efficaci per un'assistenza sempre più di qualità.

Obiettivo arduo. L'EfCCNa nel 2004 ha condotto un'indagine sul livello di formazione che esiste nei paesi europei: è stato difficile determinare quali fossero i punti comuni, ha quindi solo sancito indirizzi che diano i contorni e la cornice per una formazione univoca all'interno dell'unità europea.

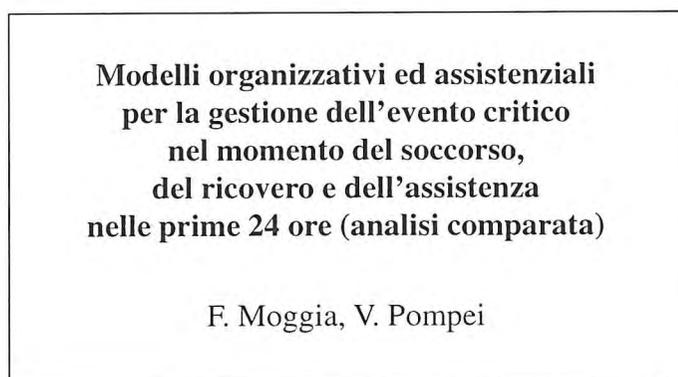
Quindi una formazione coerente con gli obiettivi, un esercizio basato sulle evidenze scientifiche danno alla professione un'autonomia, una responsabilità, una competenza tale che ci permetta di dell'assistenza globale al cittadino.

## Bibliografia

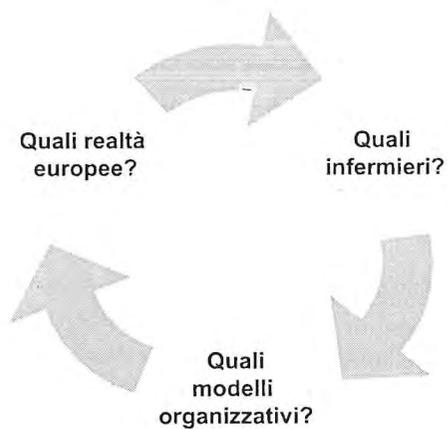
1. HARVEY D. GRANT, ROBERT H. MURRAY JR, J. DAVID BERGERON, *Pronto soccorso e interventi d'emergenza* Milano, McGraw-Hill, 2002.
2. BERTAZZONI GIULIANO, *Medicina e chirurgia d'urgenza e terapia intensiva*, Masson, 1998.
3. M. ULRICH, M. CHAGNON-LAMARCHE, *Pronto soccorso - assistenza infermieristica*, Masson, 1998.
4. A. SILVESTRO, G. PITACCO, *Area critica*, in Documenti congressuali del XI Congresso nazionale della Federazione nazionale dei Collegi IPASVI, Firenze 1996.
5. SILVESTRO, *Il complesso intervento assistenziale in Area critica* in Atti del X Convegno nazionale della Federazione nazionale Collegi IPASVI Fiuggi 1993.
6. C. MOISET, A. ROLI, *Analisi delle attività svolte dagli infermieri nelle strutture sanitarie milanesi - risultati di una indagine*, Professioni infermieristiche anno 56 nr. 1 gennaio-marzo 2003.
7. *L'infermiere* 4/2003 Anno XLIV Luglio/Agosto *Aggiornamenti professionali - Emergenza, un progetto per sconfiggerla.*



1



2



3

### **Modificazione della domanda di salute**

Maggior attenzione del cittadino rispetto a ciò che riguarda la propria salute

Maggior consapevolezza del cittadino rispetto ai propri diritti

Necessità del coinvolgimento nel processo di assistenza della persona interessata e delle figure di riferimento

4

### **Quale infermiere?**

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

D.M. 14 settembre 1994, n. 739, art. 1 - D.M. 17 gennaio 1997, n. 70, art. 1

5

### **Quale infermiere?**

Le professioni determinano le proprie linee di attività e di responsabilità:

- Profilo
- Ordinamenti didattici
- Formazione post-base
- Codice deontologico

Legge 26 febbraio 1999, n. 42

6

### Quale infermiere?

- L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Codice Deontologico, Art. 6.1

7

### Quale infermiere?

- Funzioni individuate dai profili professionali e dai codici deontologici.
- Metodologie di pianificazione dell'assistenza per obiettivi.
- Revisione dell'organizzazione del lavoro incentivando modelli di assistenza personalizzata

Legge 10 agosto 2000, n. 251, Art. 1

8

### Quale infermiere?

*Far approfondire competenze professionali in specifici settori dell'assistenza in cui è necessario gestire strategie assistenziali infermieristiche globali, continue, tempestive, intensive e di elevata qualità*

Linee guida per il Master I livello, Federazione Nazionale Collegi IPASVI

9

### Italia @ Europa

- **Nazioni coinvolte:** Francia, Italia, Olanda, Spagna.
- **Strumento:** questionario
- **Analisi:** comparazione delle varie realtà

10

### Italia @ Europa

- **Fattori preliminari identificativi della realtà infermieristica**
- **Primo soccorso all'infortunato in ambiente extra-ospedaliero**
- **La fase del ricovero in ospedale**
- **L'assistenza nelle prime 24 ore in ambiente intensivo**

11

### Italia @ Europa

Normativa

Autonomia

Strumenti

Équipe

12

**Fattori preliminari  
identificativi della realtà infermieristica**

- **Normativa:** non specifica per l' Area Critica
- **Autonomia:** totale nell' assistenza infermieristica
- **Strumenti:** linee guida, modelli infermieristici, regole interne ospedaliere

13

**Fattori preliminari  
identificativi della realtà infermieristica**

Come viene decisa/stabilita l'attribuzione delle attività da svolgere nei confronti del malato in area critica?

|                |   |
|----------------|---|
| <b>Italia</b>  | Linee Guida, Protocolli, modelli infermieristici, Team Leader |
| <b>Francia</b> | Protocolli, Team Leader                                       |
| <b>Spagna</b>  | Linee Guida, Protocolli, modelli infermieristici, Team Leader |
| <b>Olanda</b>  | Linee Guida, Protocolli, modelli infermieristici              |

14

**Primo soccorso  
all'infortunato in ambiente  
extra-ospedaliero**

- **Organizzazione del soccorso:** Nazionale, Regionale.
- **Équipe:** infermiere, medico, soccorritori.
- **Autonomia:** totale
- **Strumenti:** normativa, linee guida e protocolli
- **Procedura:** Stabilizzazione sul posto

15

### La fase del ricovero in ospedale

- **Strumenti per l'assistenza, l'attribuzione di responsabilità e competenze:** Normativa, Linee guida, protocolli
- **Autonomia:** totale

16

### La fase del ricovero in ospedale

Quale figura professionale determina il livello di gravità del malato all'ingresso del Pronto Soccorso?

|                |                           |
|----------------|---------------------------|
| <b>Italia</b>  | Infermiere                |
| <b>Francia</b> | Medico, infermiere, altri |
| <b>Spagna</b>  | Medico, infermiere        |
| <b>Olanda</b>  | Medico, infermiere        |

17

### La fase del ricovero in ospedale

L'equipe che interviene nel processo assistenziale è composta da?

|                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| <b>Italia</b>  | Medico, Infermiere, personale tecnico |
| <b>Francia</b> | Medico, infermiere                    |
| <b>Spagna</b>  | Medico, infermiere                    |
| <b>Olanda</b>  | Medico, infermiere                    |

18

### L'assistenza nelle prime 24 ore in ambiente intensivo

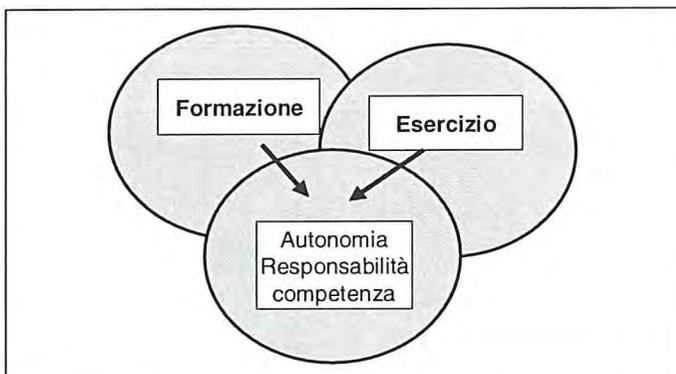
- **Équipe:** Medico, Infermiere, personale tecnico
- **Autonomia:** totale
- **Strumenti:** Linee guida, Protocolli, modelli infermieristici

19

### Conclusioni

- Modelli organizzativi ed assistenziali italiani paragonabili allo standard dei Paesi analizzati
- Necessità di strumenti condivisi a livello europeo per innalzare gli standard dell'assistenza
- Necessità di una formazione coerente con la complessità di un evento critico

20



21



# RUOLO E PROFILO PROFESSIONALE DEI COMPONENTI L'ÉQUIPE PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA IN CRITICITÀ VITALE IN ITALIA ED IN EUROPA

W. DE GRAAF

EfCCNa, Olanda - Head Nurse Intensive Care Adults - Dutch Association of Critical Care Nurses, NVICV

Vorrei ringraziare l'Aniarti per avermi invitato.

Questa è la prima presentazione relativa agli infermieri europei di area critica, a cura dell'EfCCNa, in una conferenza nazionale, seguita da così tanti colleghi ed è per questo che sono veramente fiero di essere qui come rappresentante della federazione europea.

Vi parlerò sia della mia esperienza che delle mie opinioni personali.

Altri contenuti in questa presentazione arrivano dall'EfCCNa, nel mutuo interesse di condividere le conoscenze derivanti da conferenze e questionari già pubblicati sul sito e raccolti in anni di attività.

Ci sono numerose Associazioni Nazionali in tutta Europa. Nel Nord troviamo l'Islanda, nel Sud abbiamo la Turchia e la Spagna, ad ovest la Gran Bretagna e ad est abbiamo l'Estonia.

In Europa da nostre stime, vi sono 120 - 130mila infermieri di area critica, pochi, più di 22.000, sono membri di associazioni nazionali.

Vi è un consiglio con 23 rappresentanti, perché ogni associazione nazionale delega un proprio rappresentante al consiglio.

Vi è un comitato superiore di 3 membri, un tesoriere e un segretario.

Semestralmente si tiene una conferenza di 2 giorni che viene organizzata in diversi paesi: nella Primavera del 2000 eravamo a Firenze.

Tutto il nostro entusiasmo è dedicato alla Qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, in ogni situazione critica da *Infermieri di Area Critica* che sono ben preparati e che migliorano le loro abilità e conoscenza con approccio professionale.

Noi siamo attenti ai pazienti, è per questo che ci seguono e ciò non ha nulla a che fare con la nazionalità del paziente o dell'infermiere.

In questa presentazione parleremo di:

- chi è *l'infermiere di area critica* in Europa?
- cosa fa
- esiste un dominio professionale degli infermieri di area critica
- come si diventa infermiere di area critica,

cercando di evidenziare similitudini e differenze, soprattutto differenze, perché siamo tutti europei ma abbiamo culture diverse e applichiamo diverse linee guida nella pratica.

L'infermiere di area critica in Europa è, di fondo, un infermiere addetto all'assistenza generale o assistente anestesista.

In qualche paese si può lavorare in area critica senza un background infermieristico, intendendo senza il diploma di base di infermiere.

– L'infermiere di area critica nel 70% dei paesi è specializzato con un corso extra, con questo si intende sia un corso teorico ma anche un inserimento effettuato dai colleghi.

– Questo corso ha durata media di 18 mesi, ma ci sono grandi differenze in Europa perché si può diventare infermiere di area critica dopo aver frequentato un corso che va da 8 settimane fino a 2 anni.

– L'infermiere di area critica lavora in ospedali privati, pubblici o universitari. Ci sono molte differenze tra gli ospedali privati e pubblici, poiché la qualità dell'assistenza dipende dalle risorse economiche e dall'organico.

Quali sono i compiti di un infermiere di Area Critica?

Prima di tutto vi è la Prevenzione, poi l'assistenza naturalmente, come le attività infermieristiche di base, poi i trattamenti, che dipendono dal tipo di ospedale e di specialità, basti pensare all'intubazione, estubazione, dialisi eccetera...

Poi c'è il sostegno al paziente, informarlo, farlo sentire a proprio agio senza dolore o paura.

Proteggere i diritti del malato: è nostro dovere dare il meglio alle nostre cure. Se il trattamento non ha successo, dobbiamo assicurarci che il paziente possa morire in condizioni umane. Dobbiamo proteggere il paziente da trattamenti non necessari anche se questo può portare ad avere discussioni di natura etica. L'infermiere osserva il paziente 24 ore al giorno ed ha un contatto intenso anche con i parenti.

Vi è poi il monitoraggio, come l'osservare il processo di svezzamento. Bisogna descrivere cosa si osserva agli altri: i vostri occhi e le vostre orecchie non sono abbastanza, ci sono disponibili più occhi ed orecchie, esperienze diverse, se riusciamo a condividere le conoscenze noi miglioriamo la qualità assistenziale.

Il dominio degli infermieri di area critica è basato su linee guida e protocolli, che sono molto importanti sia per ragioni educative, per preparare gli studenti e i nuovi colleghi, ma sono importanti anche per questioni legali e per migliorare la qualità dell'assistenza.

Naturalmente il dominio basato sull'ambiente e sulla cultura e dipende dalla natura della struttura in cui si lavora, basti pensare alle differenze culturali in Europa, ad esempio la partecipazione familiare nel sud dell'Europa è maggiore che nel nord.

È difficile assegnarne i limiti visto che un paziente in terapia intensiva ha bisogno di trattamenti diversi, per questo dobbiamo lavorare insieme ad altri soggetti.

La descrizione del lavoro, dipende dalla struttura del reparto, a volte non ci sono medici di sera o di notte e tutti gli interventi per stabilizzare il paziente sono ad appannaggio dell'infermiere... rientrano nel suo dominio.

Vi è poi la legge che riconosce i professionisti e ne protegge la professionalità.

Vi sono poi i codici etici nelle diverse nazioni, nelle diverse organizzazioni, pensiamo al background religioso, ad esempio.

Come si diventa infermiere di area critica?

– Con lo studio teorico naturalmente, ma c'è grande differenza in Europa, alcuni corsi hanno durata di 200 ore, altri di 800.

– Le ore di tirocinio pratico dipendono dal corso, si svolgono ad esempio in sala operatoria o nel dipartimento di emergenza.

– L'istruzione, è mia opinione, è sia la via più comune che ha l'infermiere per imparare da solo nuovi trattamenti e come insegnare agli studenti.

Poi vi è la riflessione, sia durante il lavoro, sia durante i corsi teorici o il tirocinio.

– Molte ore di lezione teoriche nei dipartimenti e nell'ambito dei corsi sono tenute dai medici, è mia opinione che si debba aumentare la partecipazione infermieristica in questo.

– In alcuni paesi vi è un sistema di formazione permanente che va a incrementare il curriculum del professionista.

L'Italia è centro dell'Europa?!

Assolutamente sì, perchè qui c'è la più vecchia associazione infermieristica dell'Europa.

Ma tutto questo è successo poiché si è lavorato insieme ad altre associazioni sia in Italia che all'estero.

Esiste una visione dell'infermiere di area critica che viene trasferita nell'attività pratica.

Si tengono Conferenze con molti membri, vi sono contatti col Ministero della Sanità e ciò è molto importante per far entrare l'infermiere di area critica in ambito politico.

Il Decreto n. 739 del 1994 stabilisce che l'infermiere è responsabile di ciò che fa nell'ambito delle proprie competenze rappresentate dall'assistenza. La responsabilità indica anche problemi legali per questo è fondamentale una formazione di base, post-base permanente ed un Codice Etico.

Esiste anche un Master universitario in area critica e pochi paesi in Europa ne hanno uno! È mia opinione ed opinione dell'EfCCNa, che sia molto importante avere questo master quale strumento per aumentare l'importanza dell'infermiere di area critica sia dal punto di vista della ricerca che dell'approccio scientifico.

Quali sono gli obiettivi di apprendimento dell'EfCCNa?

– Collaborazione nella ricerca, l'EfCCNa sa che molte ricerche vengono effettuate in diversi paesi e un obiettivo è di riunirle insieme.

– Dobbiamo aumentare la nostra influenza politica a Brussels, al momento c'è solo un paragrafo in una legge che parla della formazione di base che deve durare 3 anni e nient'altro.

– Dobbiamo sviluppare una visione Europea sull’infermiere di area critica, riguardo le differenze e similitudini nella pratica quotidiana in Europa.

– Dobbiamo sostenere le associazioni nascenti, ci sono diversi paesi in Europa che stanno provvedendo in tal senso, ma non hanno possibilità economica o esperienza, pensiamo che sia nostro dovere aiutare tali associazioni.

– Un altro punto è la legalizzazione, perché queste associazioni non sono legalizzate in Europa a causa delle vie burocratiche e del dispendio di tempo e di energia che ne deriva.

Ma ciò dovrà essere fatto entro pochi anni.

– È naturalmente dobbiamo aumentare le nostre risorse. Al momento le nostre risorse finanziarie vengono dalle singole associazioni nazionali che pagano 1 euro per membro e ciò non è sufficiente per seguire tutte le conferenze anche se è molto importante incontrarci almeno due volte l’anno. Per questo è molto importante che riusciamo a migliorare le nostre risorse finanziarie nel futuro.

Grazie per la vostra attenzione.

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

**Critical Care Nursing in Europe**

Wouter de Graaf  
Council representative of the Netherlands and treasurer of EfCCNa

1

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

**Facts:**

- 23 National Associations
- 22000 Critical Care Nurses
- A council of 23 representatives
- A core committee of 3 members
- A two day conference twice a year
- And all enthusiastic and dedicated to ...

2

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

- The quality of care, given to patients, in an critical care situation by professional

**Critical Care Nurses**

- Who are well educated and improving their skills and knowledge with a professional attitude!

3

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

What is this presentation about:

- Who is *the* critical care nurse in Europe?
- What is she or he doing?
- Is there a professional CCN domain?
- How to become a critical care nurse?

Regarding:  
Similarities and Differences!!!

4

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

The CCN in Europe:

- Is basically a general nurse or anesthetist assistant.
- Is specialized with an extra educational course in 70% of the countries.
- Had an educational course with an average duration of 18 months.
- Is working in privat, public or university hospitals.

5

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

What are the tasks of a Critical Care Nurse:

- Prevention
- Care
- Treatment
- Accompanyng
- Protection
- Monitoring

6

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

What about the CC nurse domain?  
Based on:

- Guidelines, Protocols
- Environment, Culture
- Job assignments
- Job description
- Law
- Ethics

7

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

How to become a Critical Care Nurse?

- Theoretical hours
- Practical hours
- Instruction
- Reflection
- Physician participation
- System of permanent education

8

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

Italy: Centre of Europe?!

- Working together with other associations
- A vision on critical care nursing
- Conferences with many attendees
- Contact with the Ministry of health
- Decreed of 1994 nr. 739
- University master for CC nursing

9

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

EfCCNa «learning» objectives

- Collaboration in research
- Increasing political influence in Brus-sels
- Developing a European vision on CCN
- Support starting associations
- Legalization
- Gaining resources
- And ...

10

**2<sup>nd</sup> Congress of the  
European federation of Critical Care Nursing associations**

10-12 November 2005  
Amsterdam, The Netherlands

**AMSTERDAM  
SURPRISE!**



Congress web site: [www.efccna.org/congress 2005](http://www.efccna.org/congress 2005)  
Abstract Submission: [abstract@efccna.org](mailto:abstract@efccna.org)  
Congress office: [paog@vumc.nl](mailto:paog@vumc.nl)




**EfCCNa**

11

**EfCCNa** European federation of Critical Care Nurse associations

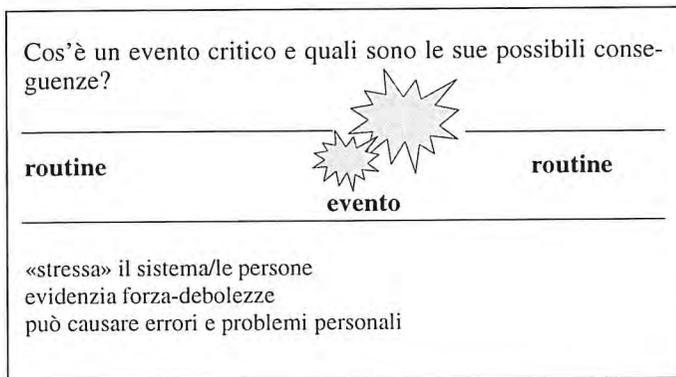
Thank you for your attention!

12

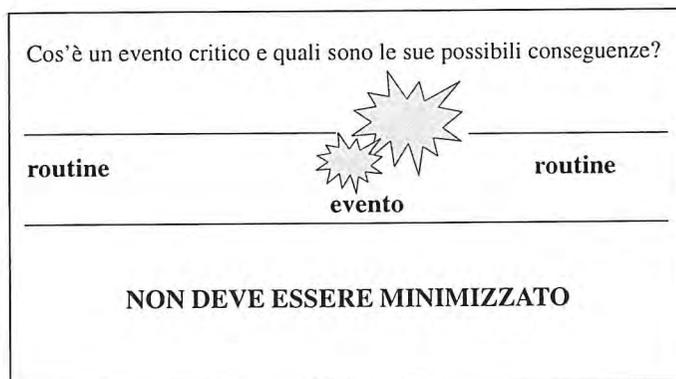
# L'EVENTO CRITICO: PREVENZIONE E GESTIONE

M. LANGER

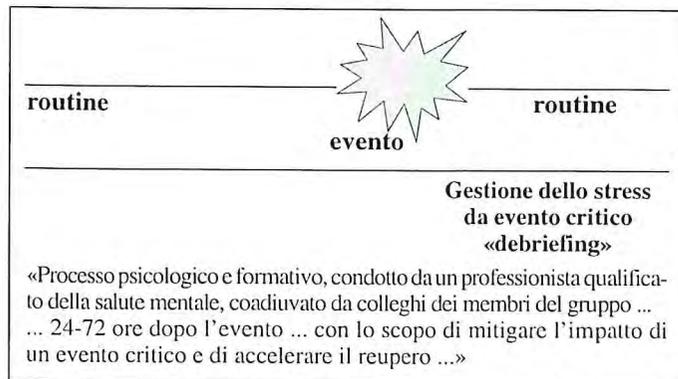
Anestesia e Rianimazione II - Policlinico S. Matteo Pavia



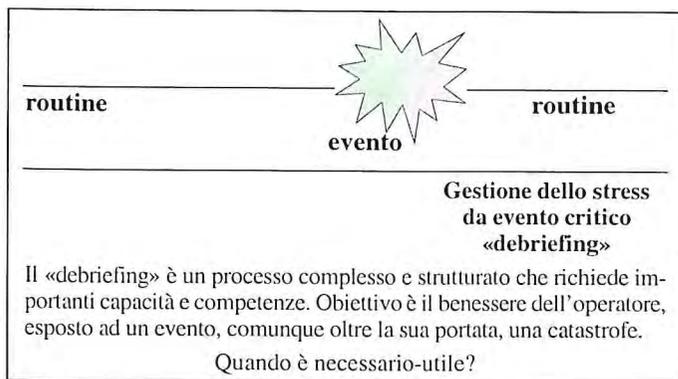
1



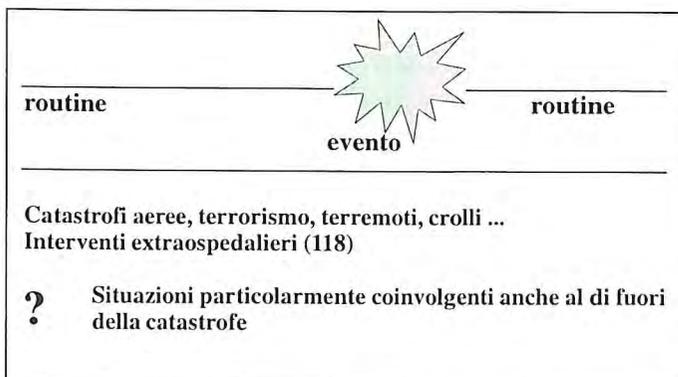
2



3



4



5



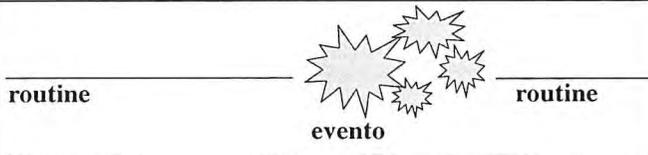
Jean-Sélim Kanaan

**La mia guerra all'indifferenza**

*Il Saggiatore, 2004*



6



routine

evento

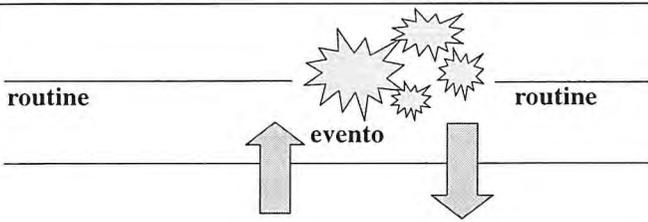
routine

**Non solo catastrofi hanno conseguenze importanti, anche criticità minori che capitano nel bel mezzo della tranquilla routine:**

- un arresto cardiaco inatteso
- il terzo ricovero in 2 ore
- un ricovero pediatrico in un reparto «per adulti»
- un turno scoperto

**... un errore commesso**

7



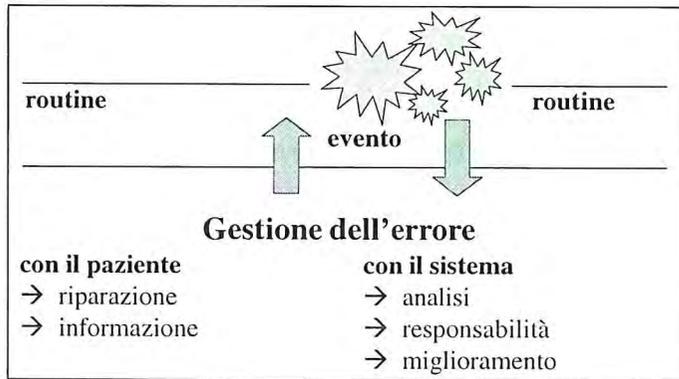
routine

evento

routine

**L'errore può essere sia causa, sia conseguenza dell'evento critico «minore»**

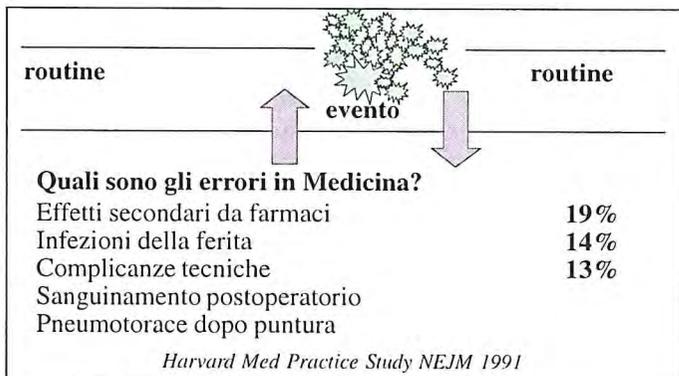
8



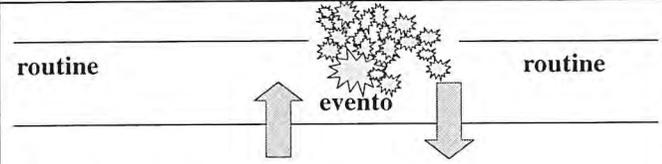
9



10



11



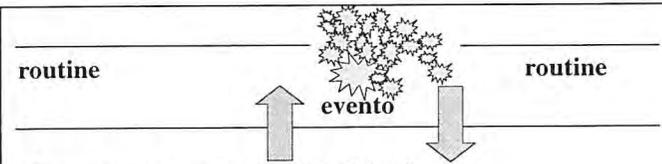
**routine** **evento** **routine**

**Quali sono gli errori in Medicina?**

**50% sono correlati ad intervento chirurgico**

*Harvard Med Practice Study NEJM 1991*

12

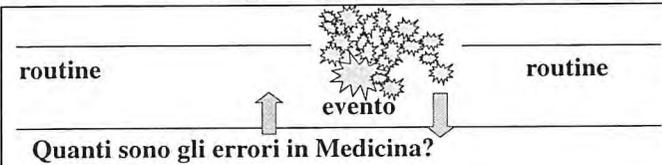


**routine** **evento** **routine**

**Quali sono gli errori in Medicina?**  
**... e nel nursing in Terapia Intensiva?**

- ⇒ Dosi di farmaci non somministrate
- ⇒ Somministrazioni sbagliate, ritardate ...
- ⇒ «Bolo di amine», errori trasfusionali
- ⇒ Desaturazioni - deconnessioni
- ⇒ Contenzioni o mancate contenzioni

13



**routine** **evento** **routine**

**Quanti sono gli errori in Medicina?**

Dati USA:  
1.000.000 di episodi con danno al paziente  
100.000 morti attribuibili all'errore  
Oppure 3.7% dei ricoverati hanno un danno serio per un errore commesso

*«To err is human: Building a safer health system»  
Institute of Medicine, 1999*

14



15



16

Blendon et al. NEJM 2002

**Esperienze personali (o famiglia) di errore in Medicina?**

|                      | <i>Medici</i> | <i>Cittadini</i> |
|----------------------|---------------|------------------|
| SI                   | 35%           | 42%              |
| classificato «grave» | 18%           | 24%              |

**Chi era responsabile dell'errore?**

|               | <i>Medici</i> | <i>Cittadini</i> |
|---------------|---------------|------------------|
| medici        | 70%           | 81%              |
| infermieri    | 25%           | 25%              |
| l'istituzione | 15%           | 26%              |

17

Blendon et al. NEJM 2002

**L'errore è stato comunicato - espresso rammarico?**

|                 | <i>Medici</i> | <i>Cittadini</i> |
|-----------------|---------------|------------------|
| comunicato      | 31%           | 30%              |
| rammarico-scuse | 34%           | 33%              |

**Denuncia - azione legale?**

|    | <i>Medici</i> | <i>Cittadini</i> |
|----|---------------|------------------|
| si | 2%            | 6%               |

18

Blendon et al. NEJM 2002

**Cause degli errori prevenibili:**

|                            | <i>Medici</i> | <i>Cittadini</i> |
|----------------------------|---------------|------------------|
| Mancanza di infermieri     | 53%           | 65%              |
| Superlavoro/stress         | 50%           | 70%              |
| Poca comunicazione         | 39%           | 67%              |
| Alta complessità           | 38%           | 62%              |
| Poco tempo medico/paziente | 37%           | 62%              |
| Scrittura illeggibile      | 21%           | 48%              |

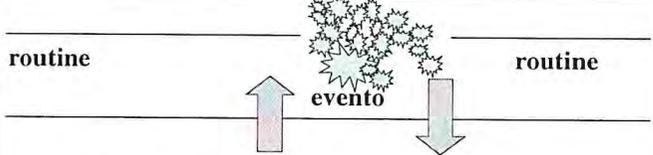
19

Blendon et al. NEJM 2002

**Chi ha colpa?**

|                         | <i>Medici</i> | <i>Cittadini</i> |
|-------------------------|---------------|------------------|
| Errore dell'individuo   | 55%           | 55%              |
| Errore dell'istituzione | 43%           | 38%              |

20



routine routine

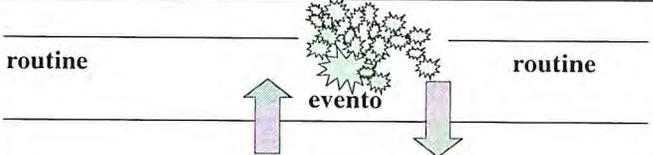
evento

**In che misura possiamo evitare gli errori  
in Medicina e le loro conseguenze?**

ca 2/3

*Harvard Med Practice Study NEJM 1991*

21



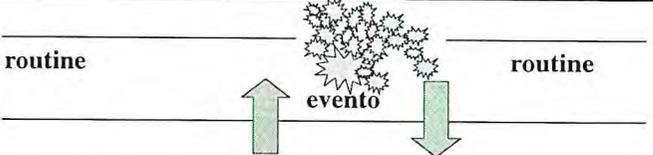
routine routine

evento

**POSSIAMO RIDURRE GLI ERRORI!**

Abbiamo bisogno di accettare con onestà professionale di sbagliare, di creare una «cultura» sull'errore, ed essere disponibili a cambiare, a modificare alcuni dei nostri comportamenti.  
È nostro dovere contribuire a migliorare il sistema!

22



routine routine

evento

**POSSIAMO RIDURRE GLI ERRORI!**

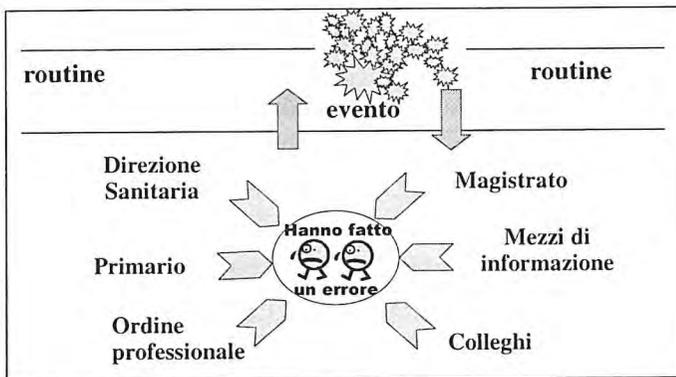
Ma solo con un profondo cambiamento culturale e uno sforzo che coinvolge l'organizzazione sanitaria e l'opinione pubblica.

Accettare di sbagliare per sbagliare meno.

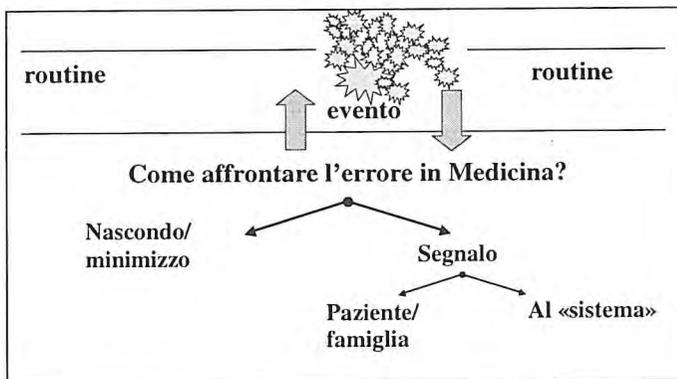
23

belle parole ...

24



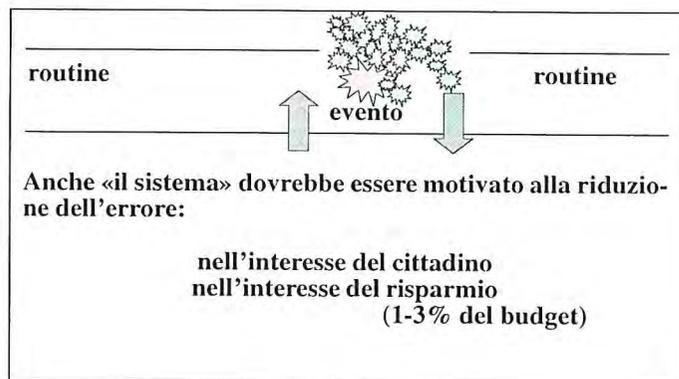
23



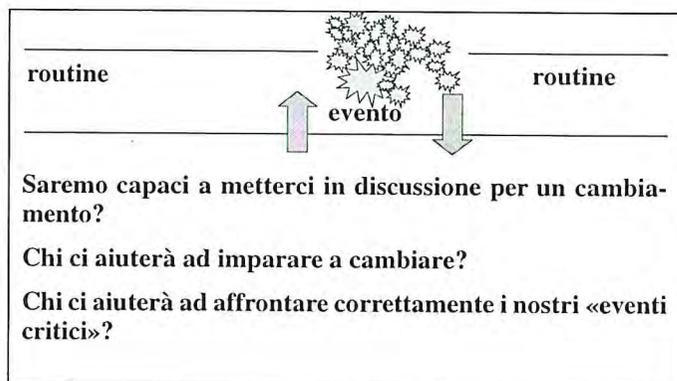
24



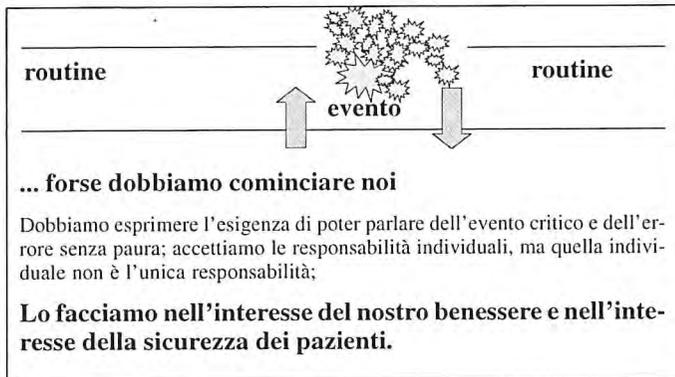
25



26



27



## FORMAZIONE POST BASE

di

DANILO MASSAI



1

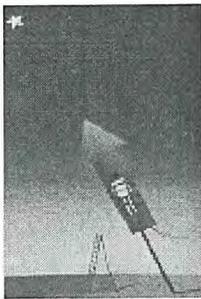


### La filosofia dell'area infermieristica

“Ridefinire l'assistenza ai cittadini e ridefinire standard dell'esercizio professionale da un punto di vista clinico/assistenziale ed economico, sia a livello nazionale che regionale”

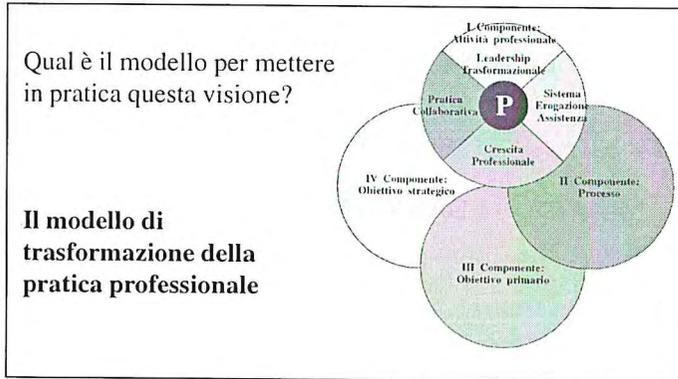
2

### Il ruolo degli infermieri leader

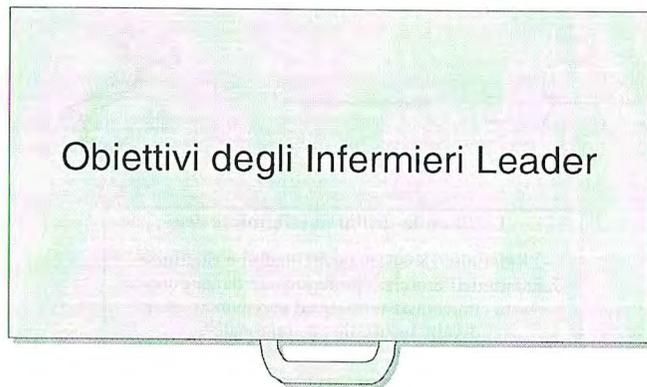


Tradurre nella pratica la visione che il professionista ha del proprio lavoro

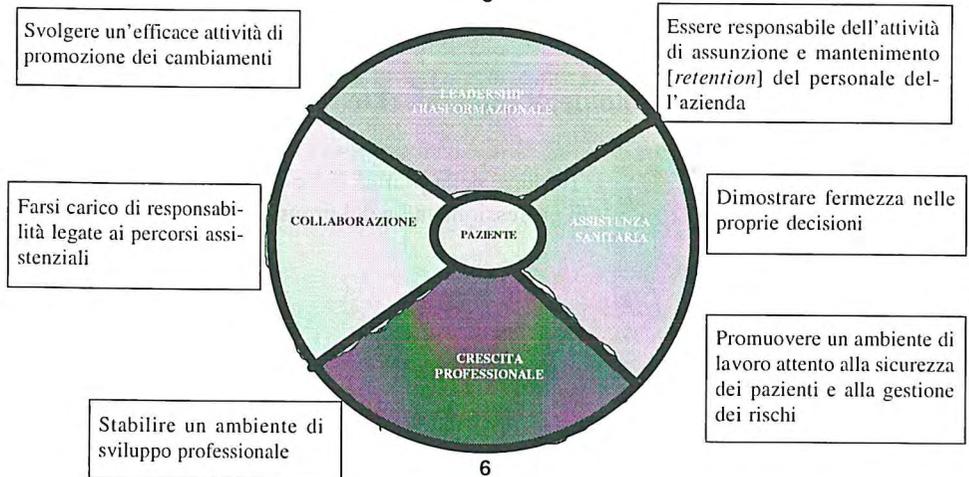
3



4



5



6



7



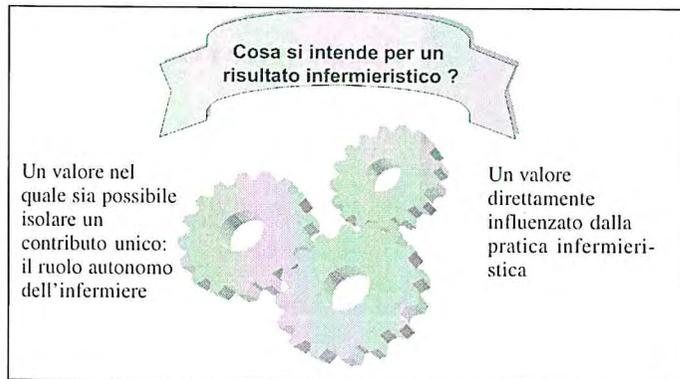
8

### Risultati: a cosa servono veramente?

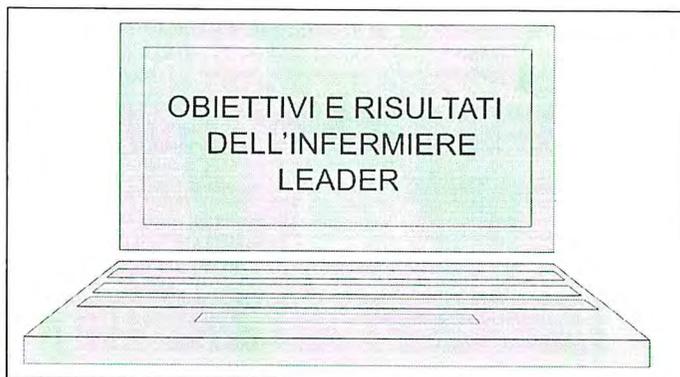
- Danno prova dell'efficacia del trattamento
- Stabiliscono se il nostro operato fa realmente la differenza
- Ci indirizzano verso nuove aree di ricerca



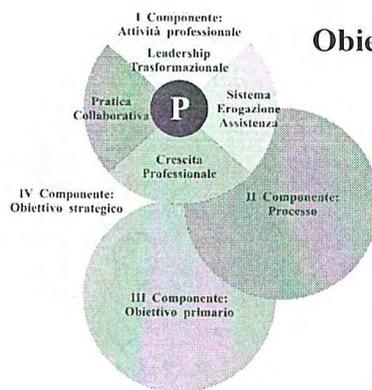
9



10



11



## Obiettivi infermieristici

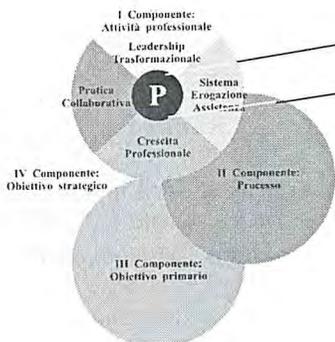
### Obiettivo

Assunzione e mantenimento del personale

### Risultati

- Diminuzione della rotazione del personale
- Aumento del livello di soddisfazione degli utenti
- Aumento dell'esperienza infermieristica

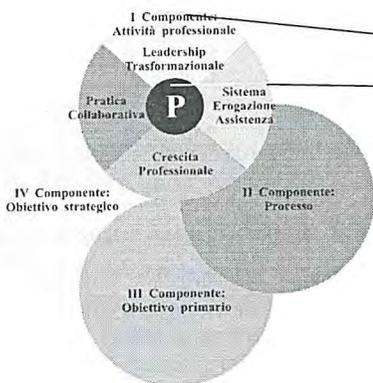
12



**Obiettivi infermieristici**  
Il paziente prima di tutto

- L'utente è la persona più importante
- I bisogni della persona sono più importanti di quelli di qualsiasi medico o infermiere
- Il nostro lavoro consiste nell'assicurarci che l'utente sia in ogni momento adeguatamente assistito

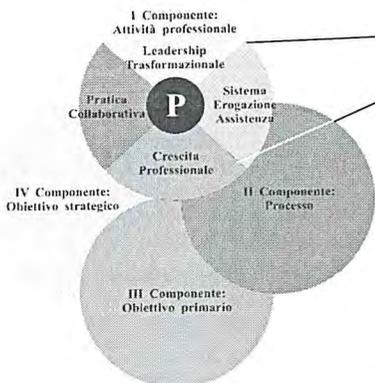
13



**Obiettivi infermieristici**  
Promuovere i cambiamenti

- Eliminare gli ostacoli all'attività dei professionisti e degli operatori
- Dimostrare la varietà di ruoli e modelli per soddisfare le diverse richieste
- Ridefinire l'esercizio professionale per eliminare aspetti del lavoro che non offrono un valore aggiunto

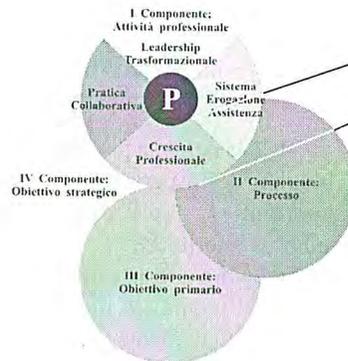
14



**Obiettivi infermieristici**  
Un ambiente attento alla sicurezza dei pazienti e alla gestione dei rischi

- Ambiente di lavoro non basato su colpevolezza/biasimo
- Numero crescente di rapporti (denunce interne) su di incidenti o semi-incidenti
- Diminuzione dei processi di deterioramento della pelle
- Denunce interne di errori di somministrazione farmaci

15



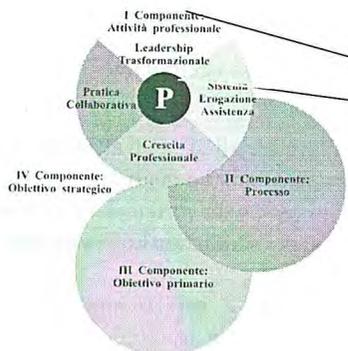
## Obiettivi infermieristici

Crescita professionale

### Risultati

- Coinvolgimento dell'infermiere nel processo decisionale
- Innovazioni indotte dai professionisti
- Sviluppo dell'infermiere grazie ad una crescita «autogestita»

16



## Progressi infermieristici

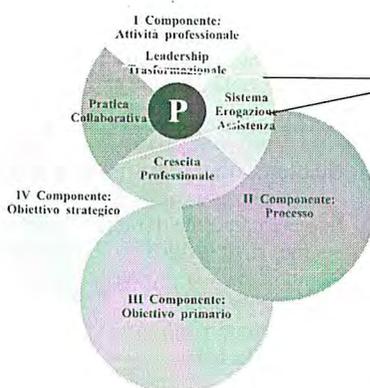
### Obiettivo

Gestione decisionale

### Risultati

- Riduzione dei tempi dalla identificazione alla risoluzione dei problemi
- Problemi sollevati dal personale vengono affrontati in maniera tempestiva con un «feedback» e un livello di comunicazione adeguati
- Consapevolezza della qualità e quantità di informazioni necessarie per prendere una decisione

17



## Progresso infermieristico

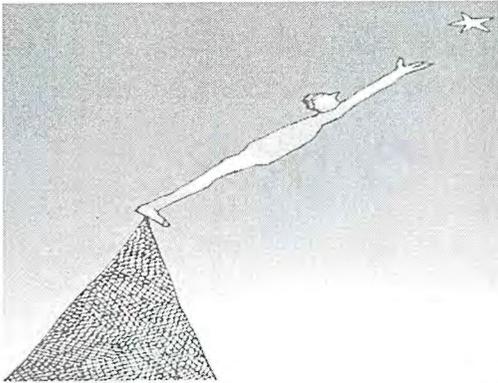
### Obiettivo

Flessibilità dipartimentale

### Risultati

- Capacità di definire le responsabilità specifiche del dipartimento e il proprio contributo nell'ambito dei processi trasversali
- Sviluppare un programma dipartimentale unitamente alle altre discipline e professionisti
- Coordinare l'attività del dipartimento con il personale di altri dipartimenti

18

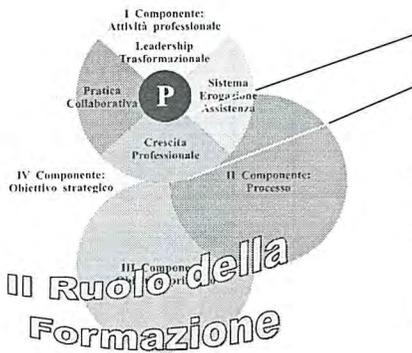


I leader della trasformazione si assumono la responsabilità di guidare le persone: tale compito non può dirsi compiuto fino a quando non abbiano guidato tutti sani e salvi nel futuro con il necessario bagaglio di conoscenza



19

### Progressi infermieristici

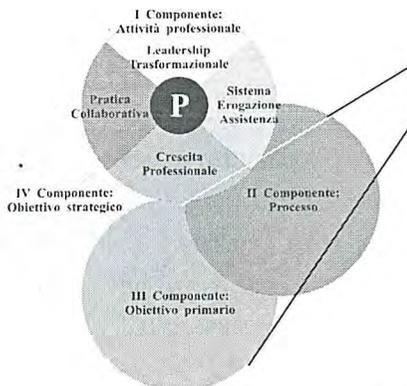


La formazione e la ricerca

- Sviluppare esperienza nell'infermieristica
- Creare un Dipartimento di Formazione Infermieristica
- Creare un percorso clinico assistenziale formativo: il primo nel suo genere
- Implementare il ruolo dei ricercatori

20

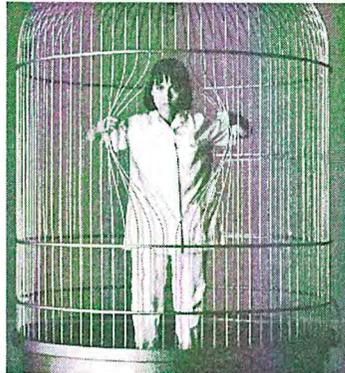
### Obiettivi infermieristici



Risultati infermieristici

Obiettivo:  
Migliorare i risultati infermieristici

21

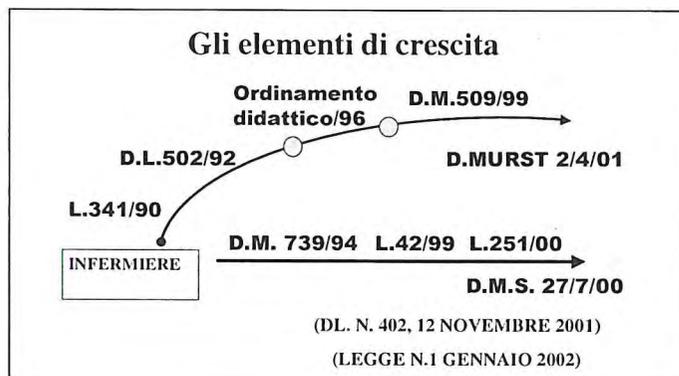


Come?

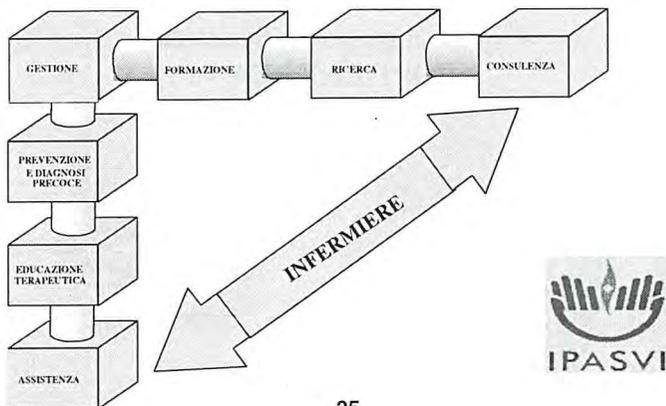
22



23



24



25

|  |  |                         |
|--|--|-------------------------|
| <b>Dottorato di ricerca</b><br>180 crediti | <b>Master 2° livello</b><br>60 crediti | <b>SPECIALIZZAZIONE</b> |
| <b>Laurea specialistica</b><br>120 crediti |  |                         |
| <b>Laurea 1° livello</b><br>180 crediti    | <b>Master 1° livello</b><br>60 crediti |                         |

26

## Competenza Professionale e Contesto Organizzativo

| CONOSCENZE  | ABILITA'  | CARATTERISTICHE PERSONALI E RISORSE PSICO-SOCIALI  | CONTESTO ORGANIZZATIVO   |
|---|---|--|--|
| <b>GENERALI</b><br><br><b>SPECIFICHE</b><br>(di un contenuto professionale)<br><br><b>DI CONTESTO</b><br>(prodotto, processo produttivo e organizzazione) | <b>PROFESSIONALI SPECIFICHE</b><br>(tecniche operative)<br><br><b>TRASVERSALI</b><br>(diagnosi e affrontamento relazionali) | Motivazioni, atteggiamenti nei confronti del lavoro, v valori, rappresentazioni sociali...<br><br>Autostima, fiducia in se stessi, autovalutazione, prospettiva temporale...<br><br>Qualità personali, predisposizioni, attitudini, interessi... | Comportamento lavorativo atteso<br><br>Condizioni di esercizio<br><br>Ambiente<br><br>Organizzazione |

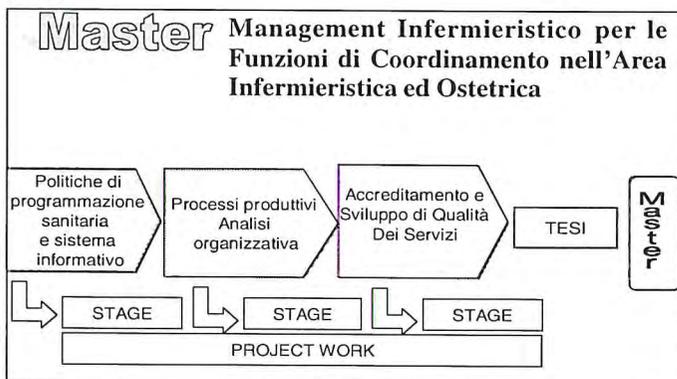
27



28



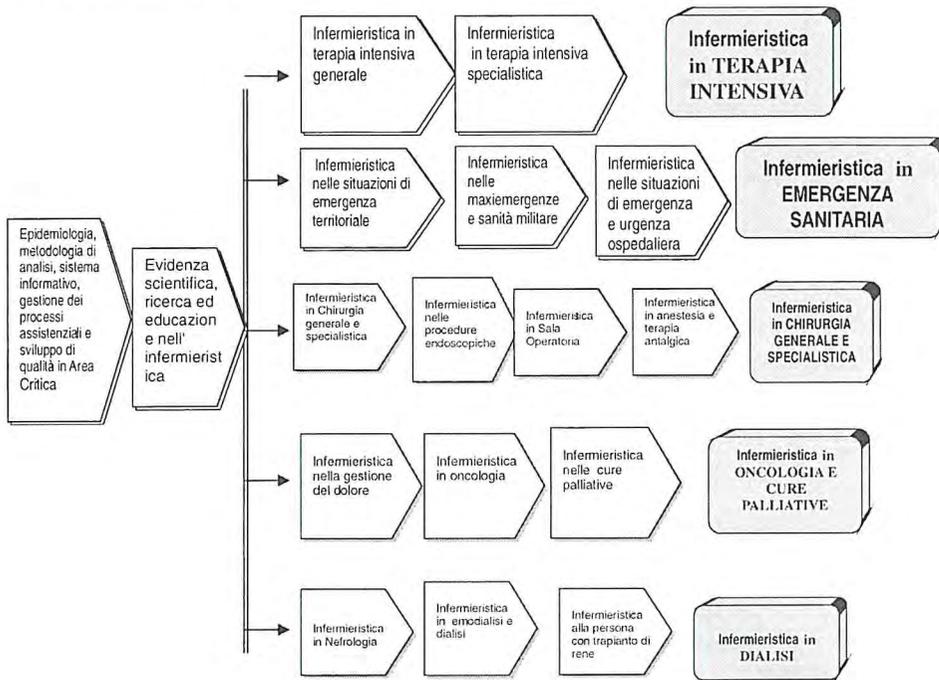
29



30

## Infermieristica in Area Critica

# Master



31

### Formazione Infermieristica POST-LAUREA

LAUREA  
SPECIALISTICA



32



33

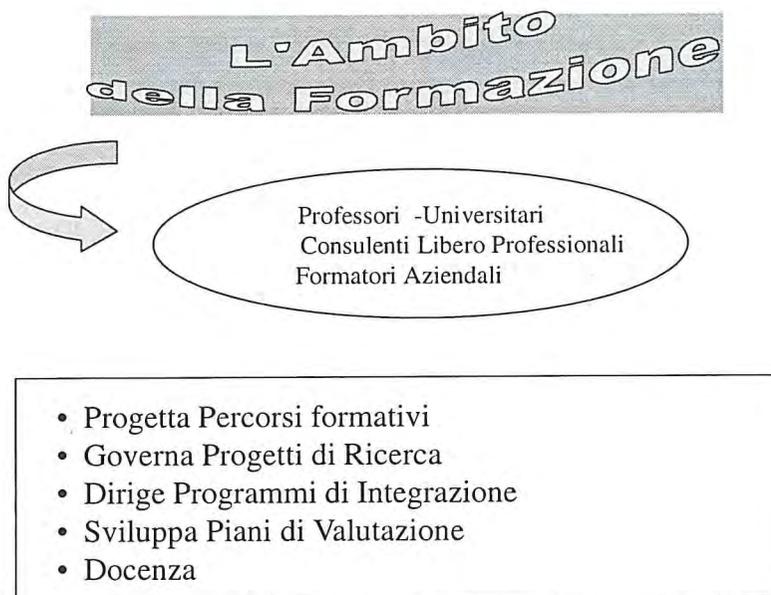


- Sviluppa i Modelli Professionali su casistica
- Implementa la ricerca/Implementa/Indaga
- Implementa Metodi di Analisi delle Competenze/ Capacità Professionali
- Agisce nel Governo Clinico
- Gestisce programmi di miglioramento della Qualità
- Consulenza Clinico-Assistenziale
- Formatori di Dipartimento

34



35



36

# Il Management

Dirigente  
Coordinatore

*Dirigente*  $\begin{cases} \rightarrow \bullet \text{ di Struttura Complessa - Dipartimento} \\ \rightarrow \bullet \text{ di struttura semplice} \end{cases}$

*Coordinatore*  $\begin{cases} \rightarrow \bullet \text{ di Struttura Complessa - Dipartimento} \\ \rightarrow \bullet \text{ di struttura semplice} \end{cases}$

Consulente Gestionale e di Politiche Sanitarie

37

## IL SISTEMA DEI CREDITI FORMATIVI UNIVERSITARI

LAUREA DI BASE



180 CFU

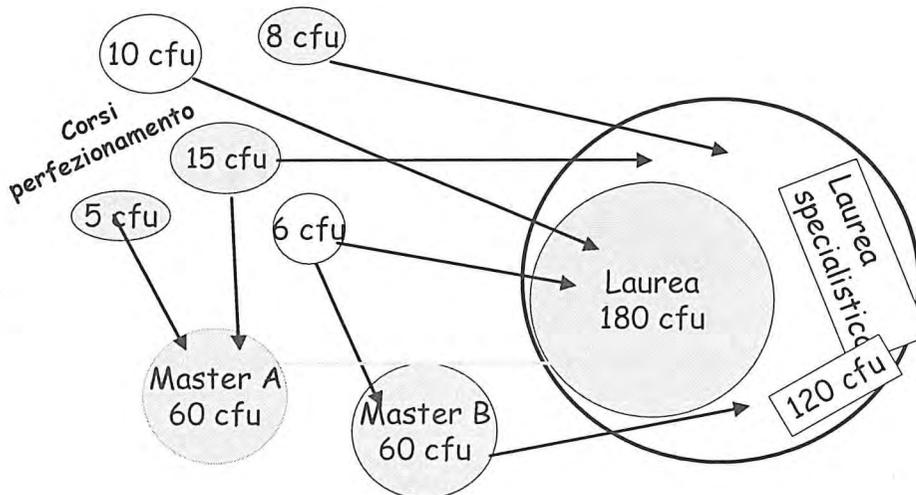
LAUREA SPECIALISTICA



300 CFU  
(180 triennio + 120 biennio)

38

## La "Specialistica" dei crediti formativi universitari



Chi frequenta un corso universitario è esentato per l'anno di frequenza dall'ECM

39

*Un vero viaggio di scoperta  
non è Cercare terre nuove  
ma avere nuovi occhi  
.....Marcel Proust*

**Grazie!**

40

# METODI E STRUMENTI DI FORMAZIONE CONTINUA IN EUROPA

G. ROCCO

Infermiere DAI, Roma - Vice-presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI  
Presidente Collegio IPASVI Roma  
Direttore del Corso di Laurea Infermieristica, Roma

L'aggiornamento, durante tutto il percorso della vita professionale di ogni professionista sanitario e degli infermieri in particolare, rappresenta un diritto-dovere del professionista in quanto gli consente di erogare prestazioni assistenziali basate sulle conoscenze più recenti e sostenute da evidenze scientifiche. Il sistema dell'educazione continua in medicina, si presenta come uno strumento vincente, atto a sensibilizzare gli operatori sanitari verso lo sviluppo e la valutazione costante delle proprie competenze, per un sapere in uso che persegua obiettivi di progresso sanitario, inteso come possibilità di cure adeguate per tutti, ma anche di coinvolgimento alla partecipazione consapevole della cittadinanza, per il miglioramento delle proprie condizioni di salute e della società in generale, anche grazie a programmi di educazione sanitaria, volti alla prevenzione di comportamenti rischiosi per la salute.

In questa cornice, a livello centrale per dare piena attuazione al progetto ECM, il Ministero della Salute come previsto dal Decreto Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, e dal Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n. 229 (agli artt. 16, 16 *bis*, 16 *ter*, 16 *quater*, 16 *quinquies* e 16 *sexies*), ha individuato alcuni importanti presupposti, comuni a tutti i professionisti del settore sanitario, sui quali avviare il sistema di lifelong learning, al fine di promuovere una programmazione e una pianificazione atta anche a garantire la qualità e la trasparenza del sistema stesso.

L'assunzione del concetto di *apprendimento permanente* nel senso di potenzialità d'apprendere durante tutto il corso della vita, cambia l'orizzonte teorico e pratico della formazione/educazione permanente dell'infermiere, poiché rinvia ad un processo permanente che va assai oltre le attività portate a termine nei vari ambiti assistenziali, coinvolgendo sempre più le scelte consapevoli dei professionisti e sposta decisamente l'attenzione dalla prevalente dimensione di base dei percorsi di laurea in infermieristica all'infermiere alla dimensione di infermiere *partecipative knower* della propria competenza nel corso di tutta la sua vita professionale.

Alla base del cambiamento di prospettiva sta la portata trasformativa dei numerosi mutamenti che la cosiddetta società della conoscenza sta attraversando nel quadro d'inediti processi globali nell'economia, nel lavoro, nella cultura. Fattore decisivo di cui si sostanzia la metafora della società della conoscenza o *knowledge society* sta quindi nella capacità umana di creare e usare

conoscenza in maniera efficace e sempre nuova. Diviene quindi obiettivo primario del professionista infermiere la formazione continua che si presenta, quindi, come la strategia indispensabile per garantire il costante aggiornamento e miglioramento delle proprie conoscenze, competenze e attitudini in sinergia con l'adozione dei progressi tecnico-scientifici, al fine di interagire con «un cittadino giustamente soddisfatto» del servizio fruito; è solo con la permanente revisione e valutazione della performance soggettiva e del team di lavoro, nonché delle idonee strutture architettoniche, secondo standard predefiniti e misurabili, infatti, che è possibile legittimare la professionalità e la correttezza dei servizi erogati.

Così, dunque, con il concetto di *apprendimento lungo il corso della vita* (apprendimento permanente) si intende mettere in luce i temi connessi alle possibilità, ai desideri, alle situazioni, alle condizioni in cui, nel nostro caso, gli infermieri, possono apprendere. Ciò, a partire dalla consapevolezza che il carattere specifico dei processi formativi è l'*apprendimento* il quale si può realizzare, in modo sempre più scientificamente dimostrabile, durante tutto il corso della vita. È indubbio che esso pervade tutta l'esperienza umana, oltre i percorsi d'istruzione o di formazione per il lavoro. Ne deriva perciò la necessità di individuarne non solo i suoi molti aspetti, ma i caratteri che lo fanno essere processo e risultato diverso da tutte le altre esperienze di vita e di crescita personale.

Ciò implica una concezione del concetto d'apprendimento permanente (*lifelong learning*) che non si limiti ad una visione puramente infermieristica della formazione ma che faccia riferimento ad una concezione che metta al centro dell'attenzione i processi dell'apprendere durante l'intero corso della vita e nei diversi contesti. A partire dalla centratura assegnata al *soggetto*, o all'*attore sociale*, nell'apprendimento, assumono rilevanza inedita i molteplici tempi della formazione (biografie di formazione), i modi e luoghi in cui essa si può realizzare (dimensione formale, non formale e informale).

La visione olistica dei soggetti, assunta a fondamento della concezione dell'apprendimento permanente sopracitata, richiama oltre il significato meramente professionale infermieristico, le dimensioni della *cittadinanza attiva*, dell'*autorealizzazione* e di un ruolo sociale importante.

Con il concetto d'apprendimento permanente si evidenzia dunque una impostazione della formazione fondata, da un lato, sul valore attribuito al soggetto e alla sua esperienza e, dall'altro, all'esigenza di promuovere l'acquisizione e lo sviluppo di *competenze strategiche* necessarie affinché i professionisti infermieri siano effettivamente in grado di poter apprendere durante tutto il corso della vita professionale. La formazione continua in medicina assume allora non solamente un valore di accrescimento delle conoscenze e una rimodulazione delle competenze professionali ma assume soprattutto un valore *strategico*. Tale valore intende indicare nello specifico la competenza per eccellenza, cioè quella di «apprendere ad apprendere» con le sue plurime dimensioni da quelle professionali specifiche, a quelle procedurali (metacompetenze cognitive, emotive, sociali), come condizioni costitutive dell'autonomia critica degli infermieri e della cittadinanza attiva.

Il paradigma dell'apprendimento permanente coglie così, in tutta la sua complessità, l'orientamento culturale che si fonda sulla centralità del soggetto o dell'attore sociale quale condizione essenziale, di valore costitutivo primario, dei processi formativi finalizzati al miglioramento della performance assistenziale.

Si tratta di allora creare da parte degli organismi istituzionali sanitari preposti le condizioni soggettive e istituzionali per una prospettiva culturale e un impegno personale di apprendimento e di formazione permanente, che consenta a tutti i professionisti sanitari di orientarsi a scegliere i propri percorsi, di sviluppare le competenze necessarie nei diversi contesti e ruoli, nelle diverse stagioni della vita, di sviluppare un pensiero responsabile e proattivo. L'apprendere durante il corso della vita, diviene oggi non solo una *necessità* professionale ineludibile, ma anche un'aspettativa, un progetto di vita personale.

La formazione, in questo quadro di ragionamento rappresenta una risorsa e un diritto che travalica la dimensione dell'essere funzionale al lavoro, ai ruoli sociali, al mantenimento delle regole date (ai poteri costituiti), per divenire *condizione* della crescita dei soggetti, dello sviluppo della capacità di pensiero autonomo e riflessivo, della partecipazione consapevole alla comunità, per il *benessere* individuale e sociale.

Il quadro di riferimento entro cui si può concepire la formazione come risorsa per la valorizzazione del potenziale conoscitivo umano e per la crescita professionale degli individui e delle collettività, comporta quindi uno spostamento anche culturale, da un'ottica economico-funzionalista, (che ha messo in primo piano le ragioni esclusive dell'economia), ad un'ottica finalizzata più in generale allo sviluppo umano. Si tratta di una visione che potremmo definire umanistico-proattiva, riflessiva, nel senso che cambia il punto di applicazione delle strategie formative, spostandolo dalla dimensione prevalente del lavoro-lavoratore a quella dei soggetti intesi come «attori sociali», titolari di diritti (alla conoscenza, alla formazione, alla cittadinanza, ad un lavoro che sia anche fonte di autorealizzazione, al benessere, ecc.), soggetti risorse per lo sviluppo civile, sociale ed economico dei paesi.

La formazione continua diventa, pertanto, uno degli strumenti per favorire la *qualità dell'esercizio professionale*, garantendo lo *sviluppo di una nuova cultura della responsabilità, dell'eccellenza professionale*, ma anche del giusto riconoscimento dell'impegno professionale di tutti gli infermieri. Tale assunto filosofico-teoretico, etico e morale costituisce il cardine fondamentale del professionista infermiere nella società ad intensive *knowledge* post moderna. Le norme legislative che sanciscono il *lifelong learning* o apprendimento per tutta la vita del professionista sanitario sono così riassunte:

- 1) D.Leg.vo 502/92 (art. 16);
- 2) D.Leg.vo 229/99 (artt. 16 *ter*, 16 *quater*, 16 *quinquies* e *sexies*);
- 3) D.M. 5 luglio 2002 con cui è stata ricostituita, presso il Ministero della Salute - Dipartimento per l'ordinamento sanitario, la ricerca e l'organizzazione del Ministero - Direzione generale delle risorse umane e delle professioni sanitarie, la Commissione Nazionale per la *formazione continua*, per l'espletamento

dei compiti previsti dall'art. 16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Legge 56/2002;

4) piano sanitario Nazionale 2003-2005;

5) conferenza Stato Regioni 13 marzo 2003;

6) conferenza Stato Regioni -Accordo 20 maggio 2004 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 173 del 26 Luglio 2004.

Tale diritto dovere rappresenta un elemento strategico per ogni professionista infermiere e ne favorisce:

- la crescita professionale;
- il miglioramento della qualità delle prestazioni;
- la tutela del professionista e dell'utente;
- la revisione dei processi organizzativi;
- l'ottimizzazione dell'uso delle risorse;
- lo sviluppo delle conoscenze, competenze, abilità, skills, etc..

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, infatti, afferma, «...*Il professionista aggiornato è garanzia di buona qualità delle cure, ma l'aggiornamento sistematico costituisce anche un potente strumento di promozione dell'autostima del personale stesso che sa di migliorare in tal modo la propria immagine professionale e la propria credibilità verso la collettività*». La formazione continua consente al professionista di mantenere aggiornate le conoscenze e le abilità pratiche per rispondere alle necessità dei pazienti e del sistema sanitario ed include il compito di seguire la rapida evoluzione della tecnica per assicurare l'adeguatezza e l'appropriatezza assistenziale.

Nel personale infermieristico, a volte, il *concetto di competenza*, del suo *sviluppo* e della sua *valutazione*, evoca un'emozione poco piacevole, in quanto, viene associato a una sorta di *condizione giudicante e punitiva*, costruita da professionisti della stessa categoria, ma di grado superiore, oppure appartenenti a categorie affini, deputati a ciò, la quale non conduce il professionista verso la comprensione delle proprie potenzialità e della loro migliore espressione, bensì tende a limitare se non a penalizzare la possibilità di crescita professionale e personale, quando non arriva, addirittura, ad ostacolare percorsi di carriera.

L'analisi delle competenze e l'individuazione delle giuste strategie per il loro sviluppo, invece, dovrebbero rappresentare un punto di forza di ogni professionista, soprattutto per coloro che lavorano nel settore sanitario, dove il servizio reso alle persone, affinché persegua obiettivi di sicurezza, efficacia, efficienza ed umanizzazione, non può prescindere da un profondo e costante monitoraggio ragionato della propria professionalità, indipendentemente dal ruolo che si riveste.

Parlare di sviluppo delle competenze, quindi, significa valorizzare le potenzialità esplicite e tacite di cui ognuno di noi è portatore, grazie all'aiuto di persone esperte nella gestione delle risorse umane, le quali dovrebbero mirare a rendere ogni professionista capace di elaborare, autonomamente, un *bilancio delle proprie competenze* e un *piano formativo individuale*, dopo un'attenta autovalutazione delle proprie competenze.

Nell'ambito dell'area critica, così come indicato dalle linee guida della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, per il master di primo livello, «*l'infermiere deve avere conoscenze, competenze e abilità specifiche che gli consentano di affrontare tutte le situazioni che determinano criticità ed instabilità vitale, dal verificarsi dell'evento scatenante, fino alla stabilizzazione, all'iniziale recupero oppure alla morte*».

L'evento critico sappiamo che si può verificare in ogni momento, in ogni persona che assistiamo, pertanto è bene padroneggiare competenze specifiche, a prescindere dalla nostra collocazione lavorativa; quando parliamo di criticità, non dobbiamo pensare solo alle unità di terapia intensiva o all'emergenza sul territorio e nel pronto soccorso, ma anche all'area della chirurgia generale e specialistica, a quella dell'oncologia e delle cure palliative nonché all'area della dialisi.

Un'opportunità per sviluppare le competenze in questo settore è il master in area critica, il quale prevede una serie di moduli, inerenti le varie aree, con un percorso comune e uno caratterizzante che punta alla formazione di un infermiere specializzato in tale settore.

Possiamo suggerire, a questo punto, *che l'infermiere che opera in area critica veda uno strumento, il Bilancio delle competenze che attraverso una raccolta dati mirata, ricostruisce, analizza e valuta la propria biografia cognitiva, emotiva, professionale per mezzo della propria storia di vita.*

Questo significa per il soggetto:

- chiarire valori, interessi, aspirazioni, motivazioni;
- individuare le conoscenze generali e professionali, abilità e attitudini;
- descrivere le informazioni sull'ambiente socio-professionale ed economico;
- sottolineare gli elementi che possono favorire e/o ostacolare il percorso del progetto di sviluppo nell'area specifica.

Questo bilancio serve per elaborare un *Portafoglio di competenze*, necessario per:

- descrivere l'insieme di competenze acquisite nei corsi di formazione di base e le potenzialità da sviluppare nel corso della propria vita personale e professionale che non sono solo abilità tecniche,
- maturare ulteriori prestazioni esperte
- arrivare alla negoziazione del proprio ruolo professionale e della propria carriera.

Si può fare riferimento, a questo proposito, al *Modello Iceberg*:

con esso viene evidenziata, nella persona, una porzione «emersa» dove si collocano *skills* e competenze, molto più facile da sviluppare, e una porzione «sommersa», dove si posizionano immagine di sé, tratti e motivazioni che si presenta, invece, più complessa da valutare e, quindi, più difficile da sviluppare, ma che in realtà è il livello più importante sul quale lavorare, perché il cambiamento professionale convinto, costante e duraturo, per essere tale, non può che essere «profondo», cioè a partenza «interna».

Quindi, le competenze profonde fanno la differenza:

- la spinta verso il perseguimento dell'obiettivo e il raggiungimento di standard di qualità;

- l'autocontrollo e lo spirito d'iniziativa;
- l'attitudine al *problem raising* ovvero far emergere un problema da risolvere dove gli altri vedono solo un compito da svolgere.

Miriammo alla testa, coinvolgendo anche le mani ma soprattutto il cuore perché senza di esso la formazione e lo sviluppo non esiste.

A livello europeo la formazione permanente degli operatori sanitari a livello sanitario è sancita da alcuni riferimenti legislativi precisi come:

- il *Progetto di carta dei diritti fondamentali dell'U.E* (Bruxelles 28 settembre 2000 Chartre 4487/00, Convent 50);
- la *Carta Europea dei diritti del Malato* (Bruxelles 15 novembre 2002);
- la *Dichiarazione sulla formazione medica continua* (Dublino 1982-Rev Funchal 1993);
- la *Carta sulla formazione medica specialistica* (Berlino 1993).

Oltre che a livello generale dal famoso documento di lavoro della Commissione Europea pubblicata a Bruxelles il 30 ottobre 2000 intitolato «*Memorandum sull'istruzione e la formazione permanente*» con i suoi sei messaggi chiave che possono servire da quadro strutturato per un dibattito aperto sulla messa in pratica della formazione permanente.

Per indagare più approfonditamente la formazione continua degli operatori sanitari infermieri a livello europeo è stato somministrato un questionario conoscitivo sulla situazione dell'apprendimento permanente in medicina tra i vari paesi dell'unione europea per assicurare una crescita visibile e costante della componente sanitaria, ed infermieristica in particolare, per rendere prioritario l'investimento sulla salute delle persone nella società della comunicazione globale.

Tale questionario somministrato ai responsabili delle maggiori associazioni infermieristiche o dei corrispettivi dei nostri colleghi professionali corroborato da una ricerca bibliografica su riviste sanitarie e su internet per valutare l'esistenza di studi affidabili, eventualmente già effettuati, ha fatto emergere quasi esclusivamente documenti che fanno riferimento alla professione medica, infatti, raramente si fa riferimento alle altre professioni ma quando ci sono si tratta quasi sempre degli infermieri.

I sistemi adottati nei paesi in cui esiste un programma di ECM sono sostanzialmente diversi. Sono molto diversi anche i protagonisti del programma ECM. Ad esempio Ministero della Salute e Regioni, Ordini e Collegi professionali (attraverso l'emanazione dei codici deontologici e della vigilanza sull'esercizio professionale) in Italia, le Associazioni professionali e le Società scientifiche nei paesi anglosassoni, del nord Europa, del Canada e degli USA.

Tutto ciò va contestualizzato in un'Europa sempre più interconnessa e ricca di opportunità lavorative in cui va sempre più sviluppandosi la mobilità dei professionisti infermieri da un paese membro all'altro e dove risulta fondamentale la possibilità di poter usufruire delle opportunità formative anche in paesi diversi dal proprio e di poterle vedere riconosciute ovunque si intenda esercitare.

Il problema della impossibilità di riconoscere crediti formativi per l'Edu-

cazione continua in medicina acquisiti in uno dei paesi europei, è stato posto alla Commissione Europea che però non si è ancora pronunciata. L'*European Accreditation Council for Continuing Medical Education* si sta occupando di definire gli standard dell'educazione continua e di armonizzare e rendere sempre più compatibili i sistemi di accreditamento nazionali, europei oltre che quelli di oltre oceano.

Un sistema integrato di mutuo riconoscimento dei crediti richiede un accordo su molti livelli:

- definire un sistema di quantificazione dei crediti formativi (attualmente la maggior parte dei paesi ha come parametro un'ora di formazione equivalente ad un credito formativo);

- definire i requisiti di qualità sia degli eventi formativi sia dei provider;
- definire dei sistemi di controllo e di valutazione condivisi.

A rendere il quadro più complicato non tutti i paesi valutano l'evento formativo nello stesso modo. Alcuni ne determinano la validità in termini di obiettivi, modalità didattiche, valutazione dell'apprendimento; in altri la valutazione viene fatta successivamente, in base ai risultati ottenuti ed all'efficacia dell'intervento formativo nella pratica clinica a prescindere dalla metodologia adottata.

Per analizzare più approfonditamente i dati raccolti la formazione continua in medicina è obbligatoria in Austria, Gran Bretagna, Italia, Olanda, Svizzera, Repubblica Ceca mentre tra i paesi extraeuropei in USA il *lifelong learning* è obbligatorio già da alcuni decenni. Negli altri paesi dell'Unione Europea non citati la formazione continua non è stata ancora resa cogente a livello istituzionale anche se in alcuni paesi è obbligatorio ottenere un certo numero di crediti formativi da parte delle associazioni infermieristiche come in Belgio o in Francia.

Andando ad analizzare i provvedimenti presi per gli inadempienti all'apprendimento permanente in campo sanitario, per ciò che concerne gli infermieri, in Olanda si può perdere l'Abilitazione all'esercizio professionale, mentre in Gran Bretagna bisogna sottoporsi ad una ricertificazione professionale ad opera dell'Ordine Professionale, d'altro canto negli Stati Uniti viene revocata o sospesa la licenza ad esercitare la professione infermieristica.

Per quanto riguarda la regolamentazione della formazione continua in medicina in Gran Bretagna e in Spagna è presieduta dall'Ordine Professionale, mentre in Italia in Olanda e nella Repubblica Ceca esiste una regolamentazione a livello centrale da parte dei rispettivi Ministeri della Salute e in Italia anche dalla Conferenza Stato-Regioni.

Riguardo alla tipologia di eventi formativi che vengono accreditati per conseguire il *lifelong learning* in campo sanitario, in Gran Bretagna si organizzano corsi di aggiornamento attinenti la specialità infermieristica dove si esercita la professione oltre a congressi, convegni, lettura di articoli. In Italia e in Spagna la tipologia di eventi accreditati è simile con una sperimentazione in atto, in Italia, per la formazione a distanza. Se vogliamo avere una visione d'oltreoceano negli States si organizzano molti congressi, meeting, convegni ed anche eventi fuori dalla nazione e la stesse modalità di formazione vengono esperite anche in Canada.

In conclusione, è difficile effettuare una comparazione tra i diversi sistemi

perché le variabili culturali, sociali e la diversa organizzazione dei sistemi sanitari rendono poco confrontabili i dati raccolti. Inoltre, in molti paesi manca la tradizione «legislativa» italiana e pertanto ci sono dichiarazioni, progetti, obiettivi che variano continuamente e che non consentono comparazioni efficaci.

Era più che necessario costituire, quindi, una Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche come la FEPI costituita nel 2004, che riunisce gli enti regolatori e le autorità competenti nell'area infermieristica in campo europeo, che con le Associazioni professionali e le società scientifiche di categoria, può farsi promotrice di proposte e di strategie in grado di rendere più facile la libertà per un professionista di aggiornarsi nel corso di tutta la vita professionale e di circolare ed esercitare nei diversi paesi Europei.

L'auspicio è comunque quello di creare una rete di servizi e di strutture che non si fermino ai confini politici degli stati e che vadano invece nella direzione di una vera integrazione delle culture professionali rivolte sempre e comunque al miglioramento della qualità delle prestazioni rivolte ai cittadini.

### **Alcuni assunti**

L'aggiornamento durante tutto il percorso della propria vita professionale, rappresenta un diritto-dovere del professionista in quanto gli consente di erogare prestazioni assistenziali basate sulle conoscenze più recenti e sostenute da evidenze scientifiche

1

La formazione rappresenta un elemento strategico per:

La crescita professionale  
 Il miglioramento della qualità delle prestazioni  
 La tutela del professionista e dell'utente  
 La revisione dei processi organizzativi  
 L'ottimizzazione dell'uso delle risorse  
 Lo sviluppo delle conoscenze, competenze, abilità ...

2

«... Il professionista aggiornato è garanzia di buona qualità delle cure, ma l'aggiornamento sistematico costituisce anche un potente strumento di promozione dell'autostima del personale stesso che sa di migliorare in tal modo la propria immagine professionale e la propria credibilità verso la collettività»

(dal psn 2003-05)

3

La formazione continua consente al professionista di mantenere aggiornate le **CONOSCENZE** e le **ABILITÀ PRATICHE** per rispondere alle necessità dei pazienti e del sistema sanitario... ed include il compito di seguire la rapida evoluzione della tecnica per assicurare l'adeguatezza e l'appropriatezza assistenziale

4



Con l'introduzione dell'E.C.M. è stato imposto l'obbligo a tutti i professionisti sanitari di acquisire crediti formativi per garantire il mantenimento di livelli di aggiornamento adeguati rispetto al ruolo ed alle funzioni svolte

5



### **Norme di riferimento in Italia**

D.Leg.vo 502/92 (art. 16)  
 D.Leg.vo 229/99 (art. 16 *ter* e 16 *quater*)  
 D.M. 5 luglio 2000  
 L. 56/2002  
 Piano sanitario Nazionale (prog. n. 5)  
 Conferenza Stato Regioni 13 marzo 2003  
 Conferenza Stato Regioni - Accordo 20 maggio 2004  
 G.U. n. 173 del 26 luglio 2004

6

### **Norme di riferimento e dichiarazioni a livello Europeo**

**Progetto di carta dei diritti fondamentali dell'U.E.**  
 (Bruxelles 28 settembre 2000 Charte 4487/00, Convent 50)

**Carta Europea dei diritti del Malato**  
 (Bruxelles 15 novembre 2002)

**Dichiarazione sulla formazione medica continua**  
 (Dublino 1982-Rev Funchal 1993)

**Carta sulla formazione medica specialistica**  
 (Berlino 1993)

7

### **Il confronto con l'Europa e con il Nord America**

Ho effettuato una indagine conoscitiva  
 attraverso la somministrazione  
 di un questionario ai responsabili  
 delle maggiori associazioni infermieristiche  
 o dei corrispettivi dei nostri colleghi professionali  
 ed una ricerca bibliografica su riviste e su internet  
 per valutare l'esistenza di ricerche affidabili  
 eventualmente già effettuate

8

### Prime considerazioni

-  Dalle ricerche bibliografiche sono emersi quasi esclusivamente documenti che fanno riferimento alla professione medica
-  Raramente si fa riferimento alle altre professioni ma quando ci sono si tratta quasi sempre degli infermieri

9

I sistemi adottati nei paesi in cui esiste un programma di ECM sono quasi sempre sostanzialmente diversi.

Sono molto diversi anche i protagonisti del programma ECM.

Ad es. Ministero della salute e Regioni in Italia, Ordini e Collegi professionali (attraverso l'emanazione dei codici deontologici e della vigilanza sull'esercizio professionale) e le Associazioni professionali e le Società scientifiche nei paesi anglosassoni e del nord Europa, del Canada e degli USA

10

In un'Europa in cui va sempre più sviluppandosi la

### **mobilità dei professionisti**

da un paese membro all'altro risulta fondamentale la possibilità di poter usufruire delle opportunità formative anche in paesi diversi dal proprio e di poterle vedere riconosciute ovunque si intenda esercitare.

11

Il problema della impossibilità di riconoscere crediti formativi acquisiti in uno dei paesi europei, è stato posto alla Commissione Europea che però non si è ancora pronunciata.

L'European Accreditation Council for Continuing Medical Education si sta occupando di definire gli standard dell'educazione continua e di armonizzare e rendere sempre più compatibili i sistemi di accreditamento nazionali, europei e quelli americani

12

Un sistema integrato di mutuo riconoscimento dei crediti richiede un accordo su molti livelli:

- ||| → **definire un sistema di quantificazione dei crediti formativi** (attualmente la maggior parte dei paesi ha come parametro un'ora di formazione equivalente ad un credito formativo);
- ||| → **definire i requisiti di qualità sia degli eventi formativi sia dei provider;**
- ||| → **definire dei sistemi di controllo e di valutazione condivisi ...**

13

Non tutti i paesi valutano l'evento formativo nello stesso modo.

Alcuni ne determinano la validità in termini obiettivi, modalità didattiche, in altri la valutazione viene fatta successivamente in base ai risultati ottenuti ed all'efficacia dell'intervento formativo nella pratica clinica a prescindere dalla metodologia adottata.

14

## I DATI

*La formazione continua è obbligatoria?*

|                 |    |  |  |
|-----------------|----|--|--|
| Austria         | SI |  |  |
| Belgio          | NO |  |  |
| Finlandia       | NO |  |  |
| Francia         | NO |  |  |
| Germania        | NO |  |  |
| Gran Bretagna   | SI |  |  |
| Grecia          | NO |  |  |
| Irlanda         | NO |  |  |
| Italia          | SI |  |  |
| Lussemburgo     | NO |  |  |
| Olanda          | SI |  |  |
| Spagna          | NO |  |  |
| Svezia          | NO |  |  |
| Svizzera        | SI |  |  |
| Repubblica Ceca | SI |  |  |
| USA             | SI |  |  |
| Canada          | NO |  |  |
| Norvegia        | NO |  |  |

SI  
 NO

15

**Quanti crediti formativi sono richiesti/indicati**

|                 |    |   |  |
|-----------------|----|---|--|
| Austria         | SI | 150 in 3 aa   |  |
| Belgio          | NO | 20 ore a  |  |
| Finlandia       | NO |   |  |
| Francia         | NO | 35 ore a  |  |
| Germania        | NO |   |  |
| Gran Bretagna   | SI | Inf.min.35 ore in tre anni 750 pratica Medici 50 per anno - 250 in 5 aa |  |
| Grecia          | NO |   |  |
| Irlanda         | NO | 250 in 5 aa (Medici. No infermieri)                                     |  |
| Italia          | SI | 150 in 3 aa   |  |
| Lussemburgo     | NO |   |  |
| Olanda          | SI | Deve essere ancora definito. Per i medici ? 40 all'anno                 |  |
| Spagna          | NO | 30 ore a  |  |
| Svezia          | NO |   |  |
| Svizzera        | SI | 80 ore a (Medici) Inf. ?  |  |
| Repubblica Ceca | SI |   |  |
| USA             | SI | 150 in tre anni   |  |
| Canada          | NO | Non sono quantificati - Accred. Prof.                                   |  |
| Norvegia        | NO |   |  |

16

**Quanti crediti formativi sono assegnati mediamente  
agli eventi formativi**

|                 |  |   |           |
|-----------------|--|---|-----------|
| Austria         |  | 150 in 3 aa   | ? 1/ora   |
| Belgio          |  | 20 ore a  | ? 1/ora   |
| Finlandia       |  |   |           |
| Francia         |  | 35 ore a  | ? 1/ora   |
| Germania        |  |   |           |
| Gran Bretagna   |  | Inf.35 h in 3 a 50 per anno - 250 in 5 aa               | ? 1/ora   |
| Grecia          |  |   |           |
| Irlanda         |  | 250 in 5 aa (Medici. No Infermieri)                     | ? 1-2 ora |
| Italia          |  | 150 in 3 aa   | ? 1/ora   |
| Lussemburgo     |  |   |           |
| Olanda          |  | Devo essere ancora definito. Per i medici ? 40 all'anno | ? 1/ora   |
| Spagna          |  | 30 ore a  |           |
| Svezia          |  |   |           |
| Svizzera        |  | 80 ore a (M)  |           |
| Repubblica Ceca |  |   |           |
| USA             |  | 150 in tre anni   | ? 1-2 ora |
| Canada          |  | Non sono quantificati - Accred. Prof.                   |           |
| Norvegia        |  | In progress   |           |

17

**Nei paesi in cui è obbligatorio  
quali penalità sono previste per gli inadempienti**

|                 |  |   |  |
|-----------------|--|---|--|
| Austria         |  | ?   |  |
| Belgio          |  |   |  |
| Finlandia       |  |   |  |
| Francia         |  |   |  |
| Germania        |  |   |  |
| Gran Bretagna   |  | Ricertificazione a cura del Collegio (NMC)                |  |
| Grecia          |  |   |  |
| Irlanda         |  |   |  |
| Italia          |  | Previste dal contratto-Perdita accred. X strutt. privato  |  |
| Lussemburgo     |  |   |  |
| Olanda          |  | Si può perdere l'abilitazione all'esercizio professionale |  |
| Spagna          |  |   |  |
| Svezia          |  |   |  |
| Svizzera        |  | ?   |  |
| Repubblica Ceca |  | Sono in corso di definizione                              |  |
| USA             |  | Viene revocata o sospesa la licenza ad esercitare         |  |
| Canada          |  | Non vi sono sanzioni formali                              |  |
| Norvegia        |  | Non sono previste sanzioni                                |  |

18

**Da chi è regolamentata la formazione continua?**

|                 |  |  |
|-----------------|--|--|
| Austria         |  |  |
| Belgio          |  |  |
| Finlandia       |  |  |
| Francia         |  |  |
| Germania        |  |  |
| Gran Bretagna   |  | Collegio professionale (NMC)                             |
| Grecia          |  |  |
| Irlanda         |  |  |
| Italia          |  | Min Salute e Regioni (Conf. Stato Regioni)               |
| Lussemburgo     |  |  |
| Olanda          |  | Min. Sanità, Min. Edu., Associazioni prof., dat. lavoro. |
| Spagna          |  | Collegio professionale                                   |
| Svezia          |  |  |
| Svizzera        |  |  |
| Repubblica Ceca |  | Ministero della salute'                                  |
| USA             |  | Dpt della salute   |
| Canada          |  | Collegio degli Infermieri                                |
| Norvegia        |  |  |

**Quali eventi vengono accreditati**

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| Austria         |  |   |
| Belgio          |  |   |
| Finlandia       |  |   |
| Francia         |  |   |
| Germania        |  |   |
| Gran Bretagna   |  | Corsi di aggiornamento attinenti la specialità in cui si esercita, congressi convegni, Shadowing, lettura di art. |
| Grecia          |  |   |
| Irlanda         |  |   |
| Italia          |  | Convegni, Corsi di agg., Congressi, ecc.  |
| Lussemburgo     |  |   |
| Olanda          |  |   |
| Spagna          |  | Convegni, Corsi e altri eventi riconosciuti dal Ministero   |
| Svezia          |  |   |
| Svizzera        |  |   |
| Repubblica Ceca |  |   |
| USA             |  | Corsi di agg. Congressi, meeting ecc. Congressi all'estero  |
| Canada          |  | Corsi di agg. Congressi, meeting ecc.   |
| Norvegia        |  |   |

### Da chi vengono finanziati i corsi

|                 |  |   |
|-----------------|--|---|
| Austria         |  |   |
| Belgio          |  |   |
| Finlandia       |  |   |
| Francia         |  |   |
| Germania        |  |   |
| Gran Bretagna   |  | Dai professionisti, datori di lavoro, sponsor, raramente associazioni professionali o società scientifiche          |
| Grecia          |  |   |
| Irlanda         |  |   |
| Italia          |  | Professionisti, Case farmaceutiche, Datori di lav. Ordini e Collegi prof. Associazioni prof.ii                      |
| Lussemburgo     |  |   |
| Olanda          |  | Professionisti, datori di lavoro, Società scientifiche e associazioni, Sindacati enti previdenziali ed assicurativi |
| Spagna          |  | Prof. Dat.lavoro, Associazioni, Sponsor, Min.Sanità   |
| Svezia          |  |   |
| Svizzera        |  |   |
| Repubblica Ceca |  |   |
| USA             |  | Professionisti, Datori di lavoro, Aziende farm. Medicaldevice ecc. No dpt health                                    |
| Canada          |  | Collegio, Associazioni e sindacati  |
| Norvegia        |  |   |

20

### Conclusioni

È difficile effettuare una comparazione tra i diversi sistemi perché le variabili culturali, sociali e la diversa organizzazione dei sistemi sanitari rendono poco confrontabili i dati raccolti. Inoltre in molti paesi manca la tradizione «legislativa» italiana e pertanto ci sono dichiarazioni, progetti, obiettivi ... Era necessario costituire una Federazione come la FEPI che con le Associazioni professionali e le società scientifiche di categoria, può farsi promotrice di proposte e di strategie in grado di rendere più facile la libertà per un professionista di circolare ed esercitare nei diversi paesi Europei

21

## Grazie



22

# ULTERIORI PROPOSTE PER LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE IN AREA CRITICA IN EUROPA

J.W. ALBARRAN

EfCCNa, Gran Bretagna

Principal Lecturer in Critical Care Nursing. British Association of Critical Care Nurses, BACCN

Editor and International representative Faculty of Health and Social Care

University of the West of England - Glenside Campus Bristol

Ringrazio l'Aniarti per avermi invitato, per me è un vero onore essere presente al vostro congresso. Vorrei ringraziare i colleghi della Danimarca e della Turchia, perché mi hanno consentito di utilizzare alcuni dei loro dati che ora vi illustrerò. Vorrei anche ringraziare i relatori precedenti perché hanno parlato di alcuni argomenti a cui io farò riferimento.

Presenterò brevemente lo sviluppo dell'EfCCNa, per poi illustrare le sfide che si presentano nella formazione degli infermieri di area critica in Europa ed infine presentare la posizione che la Federazione europea ha raggiunto, posizione che è la visione degli infermieri di area critica in Europa.

Come probabilmente sapete l'EfCCNa nasce nel 1999 e fin dall'inizio il suo obiettivo è stato promuovere la collaborazione e la cooperazione, e questo ci ha consentito di ottenere risultati positivi in molte aree, ora siamo presenti in 23 paesi con 24 associazioni di area critica e circa 22000 infermieri membri, per molti di questi infermieri è importante sviluppare dei percorsi formativi che siano uguali in Europa del nord, meridionale od orientale.

Prima di parlare della formazione è importante chiarire alcuni punti che affrontiamo ogni giorno nel nostro lavoro. La richiesta di letti in area critica è in costante aumento e i pazienti sempre più anziani, più acuti richiedono cure e assistenza sempre più complesse.

Dobbiamo inoltre confrontarci con le risorse economiche e gli infermieri di area critica devono dimostrare che la loro attività ha una buona qualità in termini di costo-beneficio.

Nel Regno Unito e negli USA c'è una forte carenza di infermieri e bisogna sempre cercarli all'estero. Inoltre in Europa la riduzione dell'orario di lavoro dei medici, soprattutto dei giovani, ha cambiato molte cose: gli infermieri ora come altri operatori sanitari stanno assumendo nuove responsabilità, che sono complesse e quindi bisogna capire come sviluppare nuove competenze professionali. Inoltre lo sviluppo del nursing basato sulle evidenze ha cambiato in modo assoluto il modo in cui eroghiamo le prestazioni : gli infermieri devono avere nuove competenze, saper valutare la ricerca, valutarne la qualità e decidere se applicare i risultati.

Se vogliamo discutere di formazione dobbiamo tener conto di questi punti.

Cosa sappiamo della formazione degli infermieri di area critica in Europa?

Ora vi parlerò dei risultati di due studi condotti da colleghi dell'EfCCNa; il primo del 2002 ha coinvolto 17 paesi, il secondo è stato completato quest'anno e ne ha visti coinvolti 10.

In questa parte della tabella si pone una domanda: nel vostro paese ci sono dei corsi di formazione per infermieri di area critica?

- in 15 dei 17 paesi esiste un corso per infermieri di area critica
- in 11 paesi è necessaria un'esperienza clinica in area critica per poter accedere al corso.

L'esperienza richiesta variava da 0 a 36 mesi; secondo me questo è un periodo molto lungo, in media la maggior parte dei paesi prevede un'esperienza clinica di 12 - 18 mesi prima di accedere a un corso di formazione in area critica.

Se confrontiamo le ore di teoria di questi corsi, vediamo che ci sono delle variazioni: dalle 200 alle 600.

Una possibile interpretazione è che 200 ore siano la lunghezza di un modulo e che 600 siano le ore teoriche di un anno di studi, questa è una cosa che va studiata in modo più approfondito da parte dell'associazione europea.

La domanda successiva è: dove viene effettuata questa formazione?

- Generalmente dalle università e dai collegi infermieristici, ma ci sarà un grande cambiamento.

- Dal punto di vista dei master nel 2002, solo 2 paesi avevano un programma di master: Irlanda e Regno Unito.

Quando abbiamo fatto delle domande sulle qualifiche rilasciate, la risposta più comune era

- un certificato,
- una laurea breve era abbastanza rara anche se ora è piuttosto comune nel Regno Unito.

Altri aspetti della formazione è che:

- buona parte delle unità di area critica hanno dei formatori;
- i corsi di formazione in genere prevedono l'insegnamento da parte di infermieri o di altri operatori sanitari;
- in genere una volta che si completa un corso di formazione post-base, la retribuzione migliora.

Quest'anno abbiamo fatto un'indagine e abbiamo chiesto se l'aggiornamento annuale fosse obbligatorio:

- solo 2 paesi su 10 hanno risposto positivamente e questo è un po' preoccupante.

Perché gli infermieri vogliono fare dei corsi di area critica?

- Per motivi di riconoscimento professionale
- miglioramento della carriera,

- migliori prospettive economiche;
- ma per buona parte degli infermieri di area critica questi corsi offrono la possibilità di acquisire e sviluppare competenze per rispondere alle richieste di assistenza complessa dei pazienti anziani o acuti.

L'ultima diapositiva sottolinea la provenienza dei finanziamenti:

- per buona parte di coloro che hanno partecipato ai nostri studi, il finanziamento viene dallo stato,
- nel resto metà dei casi era individuale, più una sovvenzione statale,
- e in un paese vi è la sponsorizzazione da parte dell'industria.

L'analisi di questi e altri dati suggerisce che vi sono molte difficoltà per la formazione e l'EfCCNa pensa che questo argomento vada affrontato.

In sintesi la durata di esperienza richiesta prima di accedere a un corso di formazione deve essere standardizzata, l'accesso alla formazione post-base di qualità, in Europa non è coerente, inoltre c'è la prospettiva di effettuare la formazione infermieristica nelle università e questo implicherà dei cambiamenti per diversi paesi.

Abbiamo visto che anche i contenuti variano per cui anche qui è necessaria una razionalizzazione, poiché non vi è un consenso sulle qualifiche minime dal master al certificato, poi non vi è un modello standard di finanziamento della formazione dell'infermiere di area critica e questo può essere un problema per alcuni paesi ed alcune persone perché ci possono essere delle barriere all'accesso alla formazione di qualità.

I risultati dei nostri e di altri studi europei evidenziano anche che non c'è una preparazione specifica per gli infermieri docenti, alcuni si occupano solo degli aspetti clinici, di tutoraggio gli studenti, altri di sviluppare la ricerca, altri ancora di sviluppare nuovi piani formativi che rende il loro ruolo ancora più difficile.

Quello che ha fatto l'associazione europea è quello di porre degli obiettivi finalizzati alla formazione per stabilire degli standard nella formazione in area critica, per armonizzarne la qualità e anche per dare delle opportunità di formazione come convegni e congressi per infermieri di area critica, stimolando anche il dibattito in due modi: soprattutto svolgendo delle attività pratiche e poi sviluppando una visione comune.

Come vedete in questa foto, questi sono i miei colleghi all'EfCCNa, il gruppo di lavoro sulla formazione che lavora duro per sviluppare una posizione comune.

Quest'altra diapositiva invece vi mostra i modi utilizzati dall'EfCCNa per sviluppare il dibattito, quello che stiamo facendo per diffondere l'informazione attraverso la nostra rivista, i congressi, le conferenze oppure attraverso la chat del nostro sito web.

Ma il modo più ovvio per la federazione europea per affrontare le sfide formative e il divario che esiste tra i diversi paesi, consiste nello sviluppare una visione comune per la formazione degli infermieri di area critica, questo non è

un documento definitivo ma una serie di principi relativi alla formazione che vanno continuamente aggiornati. Lo abbiamo fatto perché ci sembrava sbagliato prescrivere quello che doveva fare ogni paese; invece abbiamo lavorato per evidenziare un modello formativo basato sulle migliori pratiche, il gruppo di lavoro è composto sia da infermieri che da accademici e abbiamo utilizzato una vasta gamma di documenti per definire la nostra posizione comune riportato qui sulla diapositive che riflettono il pensiero corrente sulla formazione.

Lavorando per una posizione comune abbiamo pensato che dovessero venire sottolineati i valori europei, abbiamo definito che gli infermieri di area critica debbano avere un obiettivo fondamentale: stabilire un rapporto terapeutico con il paziente e la sua famiglia, che stimoli le capacità dell'individuo, capacità fisiche, psicologiche e spirituali tramite interventi preventivi, curativi, riabilitativi.

L'EfCCNa crede anche che i pazienti e le loro famiglie abbiano il diritto di ricevere un'assistenza specializzata da parte di infermieri adeguatamente qualificati con competenze specialistiche, quindi vedete che i concetti formativi sono il cuore della nostra filosofia.

Per definire questa posizione comune ci siamo basati su diversi documenti dell'unione europea, quindi quello che ho visto è piuttosto coerente alle politiche formative, alle filosofie della formazione in Europa.

La nostra posizione comune definisce chiaramente alcuni aspetti: soprattutto la formazione infermieristica post-base deve essere erogata dalle università o da istituti accreditati di natura simile, la formazione deve anche promuovere l'occupabilità e l'apprendimento a lungo termine, la formazione deve essere riconosciuta dalle autorità nazionali e deve essere disponibile come post-base, cioè gli infermieri abilitati devono avere la possibilità di seguire un percorso formativo di master o dottorato così da sviluppare la forza lavoro in ciascun paese.

I corsi dovrebbero basarsi su un 50% di ore teoriche in aula, studio individuale, di ricerca bibliografica per poter collegare la teoria con la pratica.

La formazione dovrebbe includere il Sistema di Trasferimento Europeo dei Crediti che è una possibilità di accreditamento formale delle ore di formazione, che consentirà in futuro la mobilità tra i vari paesi di infermieri di area critica, contribuirà a promuovere lo sviluppo del professionista e sarà riconosciuto da tutte le università europee.

Si raccomanda inoltre che i programmi si basino su una serie di moduli, alcuni fondamentali come l'Evidence Based Practice, oppure alla valutazione clinica dell'epidemiologia; poi ci possono essere anche dei moduli facoltativi che servono a sviluppare le capacità intellettuali individuali ed ampliarne la visione.

Questi moduli facoltativi potrebbero essere: leadership, teoria di gestione del cambiamento, etica e diritto oppure processi decisionali in ambito clinico. Tutti questi moduli dovrebbero portare a una qualifica riconosciuta come un diploma, un master o una laurea breve.

Nella mia università gli studenti che vogliono fare una laurea breve devono

completare un percorso che prevede 120 crediti, tutti questi moduli che vedete sono di 20 crediti ciascuno tranne l'ultimo che vale 40 crediti e che è la tesi.

Uno studente che vuole completare questo percorso fa un modulo di ricerca, un modulo specialistico, uno facoltativo, poi fa un modulo da 40 crediti che è la tesi, che comprende aspetti di ricerca correlata all'area critica, è un percorso abbastanza simile al vostro master.

Questi sono i corsi che noi abbiamo raccomandato nella nostra posizione comune, abbiamo incluso dei concetti come l'utilizzo dell'informatica, l'Evidence Based Practice per aggiornare i contenuti rispetto a quanto definito nel 1993.

È importante che in futuro i programmi riflettano la realtà della nostra professione e anche le sfide che questa implica, è importante che il corso sia dinamico e basato su una serie di strumenti come l'insegnamento in aula, tecnologie informatiche, valutazione delle competenze, presentazioni fatte dagli studenti e l'utilizzo di test di apprendimento, bisogna sviluppare le competenze, ma i programmi di formazione devono anche insegnare a sviluppare le competenze di risoluzione ai problemi. Devono permettere agli infermieri di dimostrare la loro competenza nei processi decisionali e nella discrezionalità, bisogna basarsi su una filosofia di apprendimento per adulti.

Sappiamo che l'accesso ai corsi di formazione è limitata dall'obbligo di frequenza dell'Università e questo può essere problematico perché gli infermieri devono spostarsi, fare viaggi lunghi oppure non possono assentarsi. La formazione presenziale è solo una possibilità. Le organizzazioni di corsi superiori devono pensare a metodi flessibili alternativi come i cd-rom, le tecnologie informatiche, tele conferenze, oppure corsi modulari flessibili, al fine di consentire la massima accessibilità nelle aree urbane e rurali.

La posizione comune dell'EfCCNa sostiene anche un principio secondo cui tutti i discenti dovrebbero avere a disposizione un Tutor con adeguata esperienza, che possa facilitare lo sviluppo di competenze e conoscenze e che deve essere motivata e deve essere anche un esempio di sviluppo personale e professionale continuo.

È inoltre importante che i corsi siano stimolanti e interessanti e devono basarsi su professionisti clinici sempre aggiornati per poter confrontare e dibattere le esperienze dei professionisti.

Massai ha detto che abbiamo bisogno di una cultura che incoraggi l'apprendimento e che stimoli gli infermieri a svilupparsi a livello professionale e intellettuale, e penso che i programmi di formazione debbano essere sottoposti a regolare monitoraggio almeno annuale per essere sicuri che vengano svolti in ambienti adeguati, che stimolino gli studenti a raggiungere i loro obiettivi di apprendimento.

Abbiamo anche raccomandato delle qualifiche specifiche dei docenti di area critica, come minimo un master.

È importante che ogni paese sviluppi la formazione in area critica in modo coerente, questo sia in base alle politiche e programmi nazionali, ma anche alle necessità locali.

È inoltre importante avere dei titoli facilmente eleggibili e comparabili per

consentire la mobilità e la concorrenza, in pratica dobbiamo riuscire a raffrontare i titoli da un paese all'altro per ridurre la confusione che ancora esiste.

Ci sono molti modelli di competenza, nel Regno Unito io mi sono occupato di competenza a livello regionale, locale e adesso il governo sta definendo le competenze di area critica a livello nazionale, cosa vuol dire competenze, vuol dire coerenza nell'erogazione dei servizi sanitari, misurazione delle prestazioni, è anche un modo per assicurare i cittadini che lavoriamo secondo modelli di qualità e di standard, però ho qualche preoccupazione: il criterio della competenza viene sempre presentato come il migliore per la professione, però c'è poco accordo su come debbano essere valutate le competenze. Alcuni hanno detto che questo sistema di competenze non è altro che un modo per controllare le professioni, riducendo la complessità professionale a una serie di piccole mansioni, altri, cinicamente, sostengono che sia un modo per tenere basse le retribuzioni.

Ci sono molti modelli di competenza che vengono utilizzati, talvolta sono difficili, complessi e richiedono molto tempo, però sono rassicurato da un nuovo modello sviluppato dall'Associazione Britannica di Infermieri di Area Cardiologia: sono stati individuati 3 livelli: prima di tutto le competenze di base che riguardano tutta l'area infermieristica e che sono le fondamenta dell'area critica, poi ci sono le competenze che si basano sulla valutazione e pianificazione, a questo livello gli infermieri seguono i protocolli e le linee guida, poi c'è un livello di specializzazione in cui si parla di esercizio autonomo della professione che includono valutazione, interpretazione delle decisioni complesse, la capacità di attuare degli interventi in funzione della valutazione del paziente.

Ma ci sono altre cose che vorrei dire sulle competenze: devono essere sempre correlate con la progressione della carriera e per essere utili e di valore devono essere valutate annualmente.

In questa diapositiva vedete due mie colleghe che hanno superato la valutazione delle competenze e si preparano a festeggiare.

Ora parliamo del futuro della formazione infermieristica, la qualità è il principio che ci deve ispirare e che è alla base della formazione degli infermieri del futuro. L'infermieristica in area critica continuerà ad evolversi e adattarsi alle nuove esigenze di assistenza, ma la qualità deve rimanere costante e stabile, questo significa che gli infermieri dovranno essere preparati ad avere delle competenze elevate per la risoluzione ai problemi, essere capaci di applicare le evidenze scientifiche nella pratica, devono essere preparati a dare il giusto valore alla prospettiva del paziente e della collettività, devono essere in grado di lavorare in collaborazione con i pazienti, devono anche essere in grado di trasferire le loro conoscenze in diversi contesti.

Gli operatori sanitari in futuro devono diventare sempre più adattabili e reattivi al cambiamento, polivalenti, questo significa che dobbiamo cambiare il modo in cui concepiamo la formazione e dobbiamo assicurarci che gli infermieri che lavorano nelle aree più isolate abbiano accesso alla formazione di qualità.

I programmi di formazione devono basarsi sulle necessità di una società

multiculturale, lavoriamo ora in una società che è molto varia e i nostri programmi di formazione devono rappresentare queste diversità in modo da soddisfare adeguatamente le esigenze dei pazienti, inoltre dobbiamo assicurarci che la professione infermieristica rappresenti gli interessi globali della collettività e dobbiamo attirare inoltre le persone verso la nostra professione da tutti i settori della comunità. Dobbiamo inoltre sviluppare dei nuovi percorsi clinici collegati alle competenze e adesso dobbiamo soprattutto mirare a un riconoscimento formale di esperienze avanzate, dobbiamo basarci sull'esperienza di eccellenza cioè di infermieri che non sono accademici ma che vogliono ampliare sempre di più i confini delle scienze infermieristiche.

La formazione di area critica moderna ed evoluta dipenderà dagli investimenti fatti sulla formazione infermieristica e sulla ricerca, ma si baserà anche sulla migliore retribuzione e riconoscimento di infermieri docenti, e si dovrà basare sempre di più su un numero adeguato di docenti che offrono agli studenti un apprendimento di qualità con programmi di formazione stimolanti.

Come infermieri possiamo fare la nostra parte dimostrando che la formazione può influenzare la vita dei pazienti e delle persone, la formazione può fare la differenza in questo senso, la formazione può avere un impatto sull'outcome in termini di morbilità e mortalità.

Non c'è dubbio che i membri dell'EfCCNa devono affrontare ancora molti ostacoli e sfide ma siamo molto incoraggiati dai successi conseguiti negli ultimi 4 anni in cui abbiamo fatto grossi passi avanti. La situazione politica ed economica in Europa è tutt'altro che stabile, ma sappiamo che lavorando insieme con impegno, passione e con il nostro spirito di imprenditorialità possiamo riuscire ad ottenere molto di più.

Grazie per l'attenzione.



**Developing a proposal of post-basic education  
for critical care nurses in Europe**

John W. Albarran, NFESC, MSc, PG Dip Ed, RNT, BSc (Hons),  
Dip N, RN  
Principal Lecturer in critical care

1

### Aim of the presentation

- Outline the development of EfCCNa
- Examine the challenges facing critical care nurse education in Europe
- Present a position statement that EfCCNa has developed as a vision for critical care nurse education across Europe



2

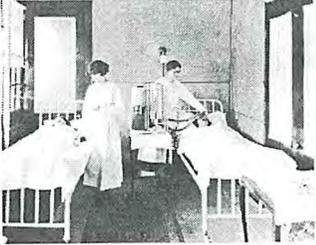
- October 2nd 1999, Berlin: The European Federation of Critical Care Nursing Associations is established:




3

### Critical Care in context EfCCNa

- Demands of critical care
- Financial constraints
- Nursing staff shortages
- Skill-mix of workforce
- Need to improve the delivery of evidence based care



4

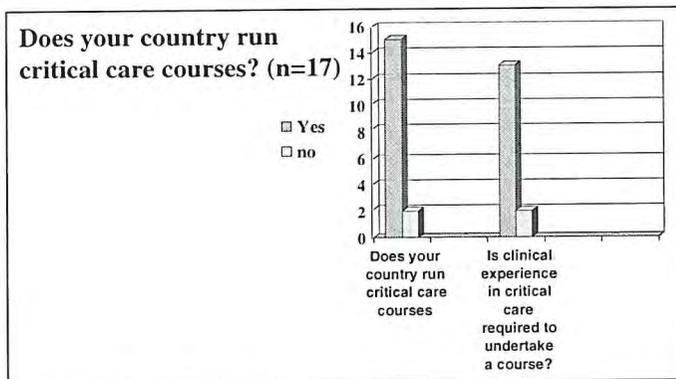
### What do we know about critical care nurse education in Europe?

Batkof B, (2002) Educational provision in Europe, EfCCNa conference, Paris, France

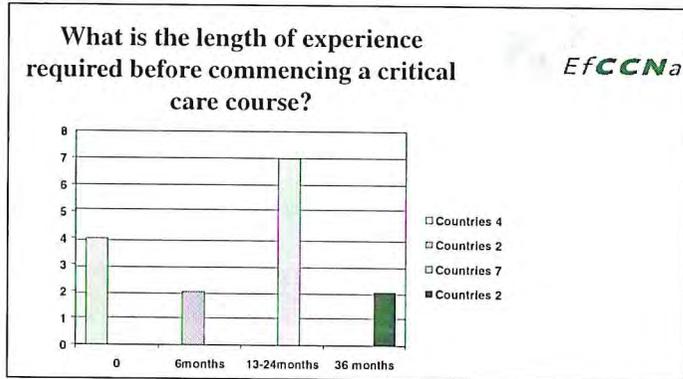
Badir A, (2004) Overview of critical care Education in Turkey and survey of 10 European countries, Istanbul, Turkey



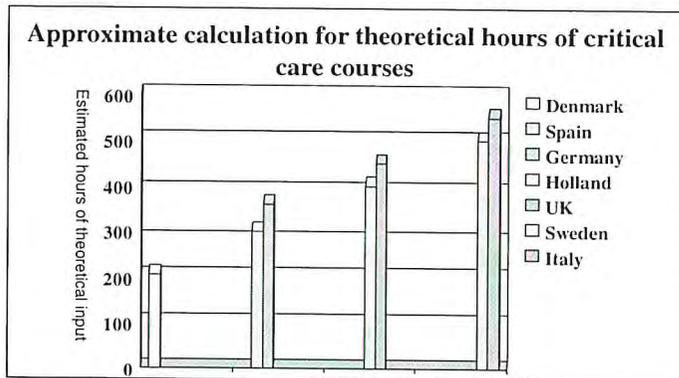
5



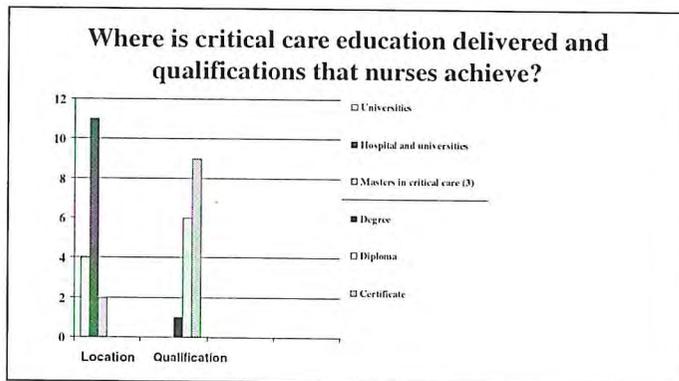
6



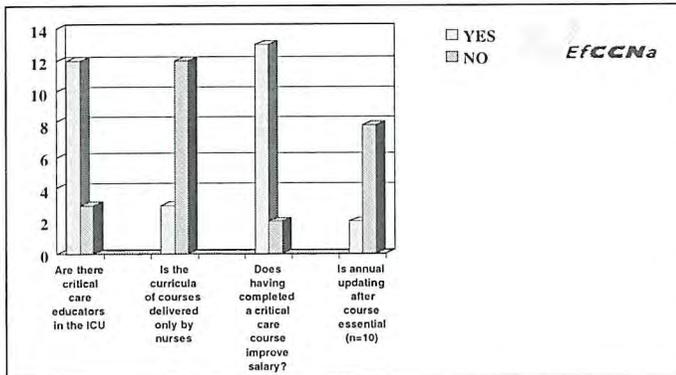
7



8



9



10

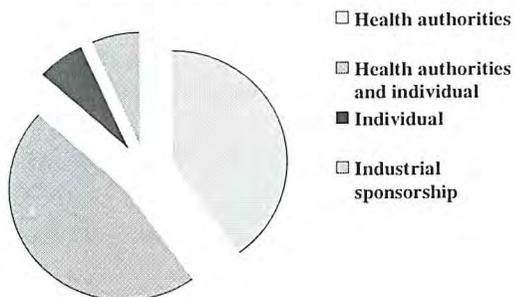
### Reasons for wishing to undertake a critical care course (n=7 associations)

- Professional and social recognition (1)
- Professional development (1)
- Improve quality of patient care (2)
- Improve career opportunities (3)
- Increase of skills and competencies (3)
- Improve financial earnings (4)
- Learn how to care for patients with complex needs (4)



11

### Funding of critical care education



12

### Educational challenges (1)



- Criteria for undertaking a critical care course or working as nurse in a critical care area vary
- Issues in accessing of education beyond registration
- Delivery of critical care education

13

### Educational challenges (2)

- Diversity over the content and duration of education
- Qualifications on completion of a critical care course vary from 'Master' in Critical care to certificate level award
- There is no standard model for funding post-registration critical care education

14

### Summary: nurse educators

- No standards about the preparation of nurse academics
- In addition, expectations about role vary
  - Work clinically
  - Supervise students clinically and academically
  - Prepare lectures
  - Curriculum design
  - Conduct research and publish
  - Develop refresher programmes

15

**EfCCNa educational objectives** 

- Establish standards for education in critical care nursing
- Harmonise the education of programmes in critical care nursing across Europe
- Provide conferences, congresses and continuing education for critical care nurses

16

*Raising the debate*



- Practical activities
- Position statement





17

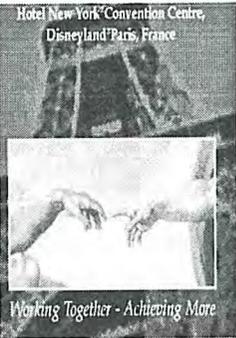
**Journal, Website and Conferences**



The World of Critical Care Nursing



European federation of Critical Care Nursing associations



Hotel New York Convention Centre,  
Disneyland Paris, France

Working Together - Achieving More



18

**EfCCNa**

**Position statement on  
Post-registration Critical Care Nurse  
Education within Europe 2004**

Prepared by the Education Sub-Committee  
Birte Baktoft (Denmark), John Albarran (UK), Elio Drigo (Italy)  
Maria Kalafati (Greece), Anne Kokko (Finland),  
Heike Strunk (Germany)

19

- The European Higher Education Area (1999) *Declaration of Bologna*, [http://www.esib.org/BPC/docs/Archives/CoP007/\\_Bologna\\_Declaration.html](http://www.esib.org/BPC/docs/Archives/CoP007/_Bologna_Declaration.html)
- World Congress of Critical Care Medicine. Declaration of Madrid on the preparation of critical care nurses (1993) *Australian Critical Care*, 6 (2):24
- Marianne Underwood et al (1999) *Position statement on post-graduate nursing education*, developed by the Critical Care Education Advisory Panel on behalf of the Australian College of Critical Nurses
- European Network of Nursing Organisations (2000), *Recommendations for European Framework for Specialist Education, ENNO*, Paris
- D'Innocenzo M., Massai D., Rocco G., Sasso L., Silvestro A., Valrio G., Vallicella F. (2002), *Linee guida per il Master di Primo livello - Infermieristica in area critica*, IPASVI
- Royal College of Nursing (2004) *The future nurse: The future of nurse education - a discussion paper*, <http://www.rcn.org.uk/downloads/futureurse/nurse-education.doc>

20

**Aim of Critical Care Nursing is**

is to establish a therapeutic relationship with patients and their relatives and to empower the individuals' physical, psychological, sociological, and spiritual capabilities by preventive, curative, and rehabilitative interventions

**(European Federation of Critical Care Nurses associations, EfCCNa)**

**EfCCNa**



21

**EfCCNa**

The European federation of Critical Care Nursing associations believes that patients and families with specialist health care needs have the right to receive individualised critical care from *appropriately qualified and competent professional nurses with specialist skills, knowledge and expertise*

(EfCCNa position statement on Post-basic Critical Care Education)

22

**Position statement:  
Guiding principles (1)**



EfCCNa recommends that post-registration education should:

1. take place in a University or equivalent
2. promote employability and life-long learning
3. be recognized by appropriate authorities
4. be available as part of a post-graduate cycle
5. comprise of at least 50% clinical practice

23

**Guiding principles (2)**

**EfCCNa**

Educational critical care nurse curricula:

- should integrate the European Credit Transfer System
- comprise of essential modules (clinical and research based) as well as optional modules

24

| Core   | Clinical   | Optional   | Core-extended study  |
|--|--|--|--|
| <p>Research<br/>Methods<br/>&amp;<br/>appraisal</p>                            | <p>Applied<br/>critical<br/>care<br/>studies</p> <p>↕</p> <p>Practice<br/>of<br/>critical<br/>care<br/>nursing</p> | <p>Optional:<br/>Pain control,<br/>Ethics/law in<br/>practice,<br/>Management,<br/>teaching,<br/>Informatics</p> | <p>10,000<br/>word<br/>literature<br/>based<br/>study on<br/>a critical<br/>care<br/>nursing<br/>topic</p> |
| <p>Programme leading to BSc (Hons) Critical care (Intensive care) 120 CATS</p> |  |  |  |

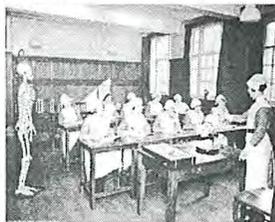
25

### Recommended content for critical care courses

- Anatomy & physiology
- Pathophysiology
- Pharmacology
- Clinical (physical) assessment
- Illnesses & alternations of vital bodily functions
- Medical indications and prescriptions with resulting nursing care responsibilities
- Psychosocial aspects
- Use of, and application of technology
- Legal and ethical issues
- Multicultural issues
- Plans of care and nursing interventions
- Clinical examination & diagnostic reasoning
- Professional and nursing roles in critical care
- Evidence based multidisciplinary care
- Appropriate use of current research findings
- Information technology
- Communication and interpersonal skills

26

- Programmes must reflect the realities and challenges of modern practice
- The content must be current and dynamic
- Delivery of the programme should include:
  - Classroom teaching
  - Simulations/clinical skills
  - E-learning
  - Assessment of competency
  - Student led presentations
  - Clinical supervisors/mentors
  - Use of learning contracts



27

- Access to appropriately prepared clinical mentors
- Strong professional links between the critical care areas and educational institutions

28

### **Guiding principles (3)**

- Nurse academics must be qualified by education and experience.
- Critical care education must be developed and controlled in collaboration with nursing profession specialists and between higher education
- Adoption of a easily readable and comparable degrees allowing mobility and competition

29

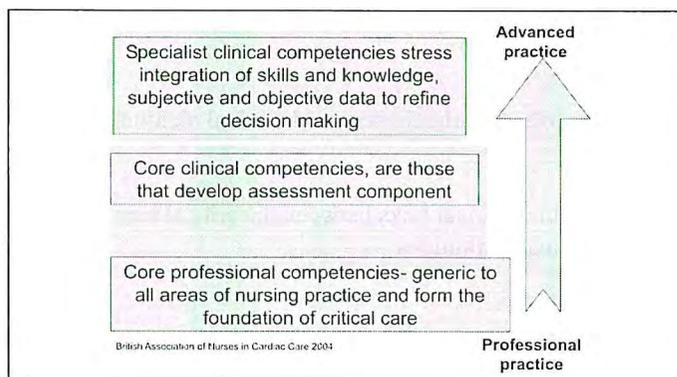
### The Competency issue

- Competency has become a measure of performance
- It is seen as means of reassuring public and professionals about standards

But

- There is no common understanding
- There are too many definitions and frameworks making assessment difficult

30



31

### Critical care competencies must be assessed annually



32

**The future of nurse education**

- Quality
- Flexibility
- Responding to diversity
- Pathways for career progression
- Formal Recognition of advanced level practice



The Future of Nurse Education, (2004) Royal College of Nursing  
Post Registration Development (2004) The report of a task group convened and chaired by the Chief Nursing Officer, DH, London

33



**EfCCNa**

*Working together ~  
achieving more*

34

**2<sup>nd</sup> Congress of the European federation of  
Critical Care Nursing associations**

**EfCCNa**

10-12 November 2005  
Amsterdam, The Netherlands

**AMSTERDAM  
SURPRISE!**

Congress web site: [www.efccna.org/congress2005](http://www.efccna.org/congress2005)  
Abstract Submission: [abstract@efccna.org](mailto:abstract@efccna.org)  
Congress office: [paog@vumc.nl](mailto:paog@vumc.nl)

First announcement and call for abstracts

2<sup>nd</sup> Congress of the European Federation of Critical Care Nursing Associations

10<sup>th</sup> - 12<sup>th</sup> of November 2005  
Amsterdam, The Netherlands



**EfCCNa**  
[www.efccna.nl](http://www.efccna.nl)

35

# PRESENTAZIONE

E. DRIGO

Presidente Aniarti

## *Obiettivi generali:*

- confrontare le caratteristiche e l'organizzazione dell'assistenza infermieristica dell'area critica fra la realtà italiana ed alcuni paesi europei maggiormente significativi;
- presentare l'assistenza al malato adulto e bambino con dolore in situazione critica secondo il modello di analisi della complessità e confrontare la specifica assistenza italiana con alcune esperienze europee;
- analizzare i fattori costitutivi della professionalità infermieristica di area critica e gli strumenti per la valorizzazione delle competenze in ambito europeo.

## **Obiettivo della giornata**

*Presentare l'assistenza al malato adulto e bambino con dolore in situazione critica secondo il modello di analisi della complessità e confrontare la specifica assistenza con alcune esperienze europee.*

I lavori di questa giornata sono finalizzati ad aggiornare i temi ed i contenuti che il convegno propone, nell'operatività infermieristica di area critica.

L'Europa sta diventando ogni giorno di più la nostra nuova dimensione.

Non potrebbe essere diversamente, se osserviamo come e con quale velocità le cose e la vita di tutti i giorni evolve.

Anche l'assistenza infermieristica inevitabilmente si trasforma ed è per noi essenziale e doveroso saper guidare questa evoluzione, non lasciarla al caso.

Dobbiamo essere in grado di:

- focalizzare quali sono alcuni *problemi prioritari* (organizzazione e Q assistenziale);
- saper individuare gli *strumenti ed i metodi* per
- sentirci *professionisti* e dunque soggetti in relazione tra noi al fine di garantire ai cittadini il meglio delle soluzioni dei problemi di nostra competenza.

1. i *problemi prioritari* di cui come infermieri dobbiamo occuparci, considerati in termini generali, sono legati certo, \* alla necessità di garantire *qualità dell'assistenza* e \* alla necessità di adeguare e *legare l'organizzazione all'evoluzione*;

2. gli *strumenti* che possiamo utilizzare sono quelli che la professione ha elaborato per le necessità proprie;

3. *sentirci professionisti* significa essere in relazione con tutti gli altri infermieri. Oggi ci confronteremo con colleghi di alcuni paesi europei, per allargare il nostro campo di osservazione e per arricchire le nostre esperienze.

### **Come è strutturata la giornata per rispondere all'obiettivo?**

*Tre sono gli elementi* che coniugheremo per rispondere all'obiettivo della nostra giornata:

*Una delle priorità nell'assistenza: il dolore  
Un modello per l'analisi della complessità assistenziale  
L'integrazione tra gli infermieri e le loro diverse esperienze*

Abbiamo scelto *uno dei problemi prioritari* sui quali possiamo e dobbiamo intervenire per determinare la qualità dell'assistenza infermieristica, che ci coinvolge ogni giorno nella nostra attività: il problema del *dolore*.

Lo affronteremo come problema *vissuto dalle persone* malate, come *problema di gestione* assistenziale e come *problema culturale*.

Analizzeremo le modalità tecniche con cui si interviene, gli ambiti di competenza infermieristica con le responsabilità dirette e gli aspetti e le considerazioni organizzative derivanti.

Il *secondo elemento* che oggi approfondiremo sarà *un metodo*.  
(*scandito!*)

Precisamente, il *modello per l'analisi della complessità assistenziale*, che applicheremo alla descrizione di un caso clinico di malato con dolore, per vedere sulla base di quali criteri e come si modifica l'esercizio concreto della nostra professione.

Perché presentiamo o, meglio, ripresentiamo questo metodo?

- perché i contesti nei quali operiamo e le situazioni di *criticità, instabilità, intensività*, che affrontiamo in area critica sono sempre complessi;
- perché la *criticità vitale* e l'*instabilità clinica* non sono sempre sovrapponibili da un punto di vista operativo ma entrambe sottintendono *intensività assistenziale*;
- l'*infermieristica in area critica* è *perizia, rapidità, alta competenza tecnica*, ma anche e soprattutto *capacità di analisi assistenziale, di pianificazione e decisione e di presa in carico olistica della persona*;
- perché appare sempre più corretto ed è sempre più stringente la necessità di operare in termini di *appropriatezza* nei confronti delle persone assistite e nei confronti dell'istituzione.

Essere in grado di analizzare la complessità dunque, ci consente di rispondere meglio ai nostri mandati sia clinico-assistenziale che organizzativo-istituzionale.

Il modello per l'analisi della complessità assistenziale è un modello infermieristico elaborato da un gruppo di infermieri del FVG guidato dalla nostra vicepresidente Annalisa Silvestro, poi promosso e diffuso anche dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

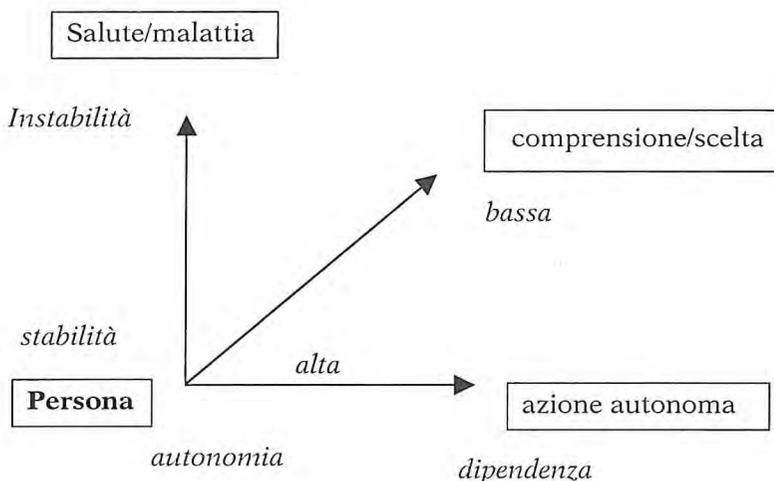
In che cosa consiste il modello per l'analisi della complessità assistenziale?  
 Due concetti dobbiamo tenere presenti nello sviluppo del modello:

1. il concetto di *Attività pertinenti*:  
 la pertinenza di un'attività non è definita una volta per tutte ma in base al livello di complessità della situazione clinico-assistenziale della persona. Sono attività che richiedono abilità tecniche coniugate al costante utilizzo di modelli cognitivi disciplinari, nel nostro caso infermieristici;
2. il concetto di *Livello di complessità*:  
 che indica la tipologia della complessità assistenziale (alta, media o bassa) della persona. È rilevante per l'infermiere, per decidere quale attività effettuare direttamente o che cosa demandare ad altri operatori perché di bassa complessità.

### Il modello per definire la complessità assistenziale.

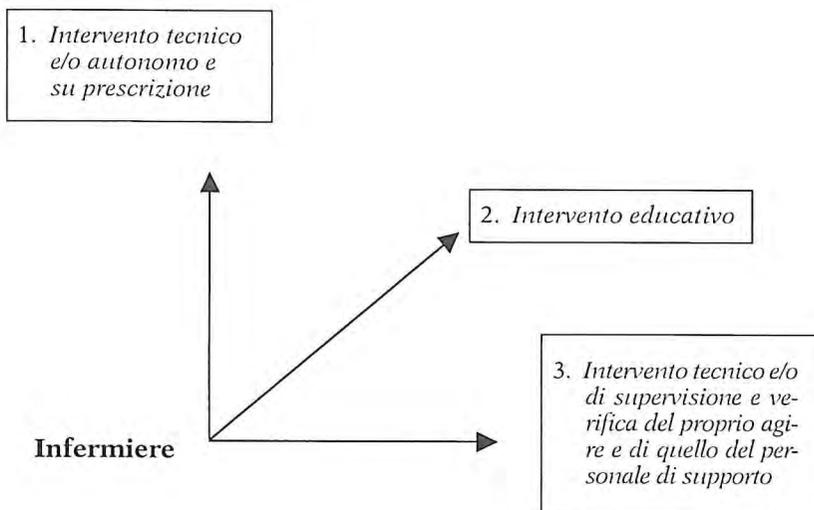
La situazione della persona viene analizzata prendendo in considerazione 3 linee:

- salute/malattia (valuta l'instabilità clinica che può essere bassa o alta);
- comprensione/scelta (valuta la capacità di comprendere e di scegliere per sé; può essere bassa o alta);
- azione autonoma (valuta il livello autonomia nel rispondere ai propri bisogni).



Gli infermieri hanno tradizionalmente focalizzato il loro intervento assistenziale o sulla linea della salute/malattia (processo diagnostico terapeutico) o sulla linea della azione autonoma, sostituendosi comunque alla persona anche quando la dipendenza non è dovuta a motivi inerenti la linea salute/malattia.

Sempre con le stesse modalità esaminiamo poi l'*intervento dell'infermiere*, che viene definito in relazione alle linee precedentemente presentate ed ipotizzando le seguenti tipologie di intervento:



#### *Intervento tecnico autonomo e/o e su prescrizione*

È l'insieme delle azioni e prestazioni tecniche collegate alla garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche ed alla gestione/utilizzo degli strumenti e presidi a rilevante componente tecnologica ed informatica.

Deve essere declinato in relazione alle definizioni di criticità, instabilità ed intensività.

#### *Intervento educativo/informativo*

È l'insieme delle azioni e prestazioni di tipo relazionale ed informativo/educativo che sono collegate alla rilevazione dei bisogni di assistenza infermieristica ed informazione/educazione sanitaria ed all'addestramento all'autocura.

Deve essere declinato in relazione allo stato di comprensione (vigilanza) della persona (vs. persone di riferimento)

#### *Intervento tecnico autonomo*

È l'insieme delle azioni e prestazioni collegate a quanto pianificato nel processo di assistenza e a quanto definito in termini di risultato.

Deve essere declinato in relazione alla situazione di instabilità, alla comprensione/scelta ed alla presenza di operatori di coadiuvo all'assistenza infermieristica.

### **Metodologia ed approccio: integrazione di assistenza all'adulto ed assistenza al bambino**

Un ulteriore passo che vogliamo inserire nella riflessione di questa giornata è quello della ricerca dell'integrazione delle varie esperienze assistenziali esistenti nell'area della criticità.

Vogliamo fare il tentativo di trasferire alcuni aspetti specifici e di qualità dell'assistenza del malato adulto all'assistenza al bambino e, viceversa, di alcuni aspetti significativi e ricchi dell'assistenza al bambino al malato in situazione critica adulto.

Alcune colleghe ci daranno delle indicazioni in merito introducendo alcune prime proposte nate da una discussione fra gruppi diversi.

### **Confronto in Europa**

Ancora, il confronto sarà poi ampio ed articolato con i colleghi di alcuni paesi europei: Inghilterra e Spagna per l'assistenza al malato adulto con dolore e, per il bambino con dolore, con un collega; Jos Latour, rappresentante dell'ESPNIC, un'associazione di infermieri e medici a carattere europeo: dunque con uno sguardo già allargato alla realtà europea.

Abbiamo chiesto loro di presentarci un quadro dell'assistenza al malato con dolore nel loro paese.

Su quello che ci diranno cercheremo di sviluppare un dialogo, un confronto ed un dibattito.

Quindi:

1. il problema del dolore;
2. un modello per adottare in modo sistematico la decisione delle nostre attività;
3. lo sforzo di recuperare tutto quello che di meglio possiamo adottare per l'assistenza, al malato sia esso adulto o bambino facendo tesoro di esperienze che finora sono state troppo separate senza motivo;
4. il confronto diretto con i nostri colleghi di altri paesi a noi vicini.

Come è facile immaginare sarà una giornata impegnativa. Abbiamo definito «duro» questo congresso nella presentazione.

Prepariamoci con determinazione e ponendoci in atteggiamento attivo e partecipativo. Anche il dibattito comune dovrà costruire nuova conoscenza.

Buon lavoro a tutti!

# ANALISI DEL CASO CLINICO DI UNA PERSONA CON DOLORE POSTOPERATORIO SECONDO IL MODELLO PER LA LETTURA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

A. CARDONE <sup>(2)</sup>, P. CASAVECCHIA <sup>(1)</sup>, C. DI DECO <sup>(1)</sup>, L. FINI <sup>(2)</sup>,  
F. PIERGENTILI <sup>(2)</sup>, M. ZOLI <sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Infermiera Servizio di Cardiocirurgia Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna

<sup>(2)</sup> Infermiera Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna

*Coordinatori del gruppo*

**MARCO MARSEGLIA**

Coordinatore Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica Policlinico S. Orsola-Malpighi - Bologna  
Componente del Comitato Direttivo Aniarti

**SANDRA SCALORBI**

Infermiera DDSI-ASV, Bologna

Coordinatore Didattico del Corso di Laurea in Infermieristica, Scuola per Infermieri «Principessa di Piemonte della Croce Rossa Italiana - Bologna

## INTRODUZIONE AL DOLORE

LARA FINI

Esistono diverse definizioni di dolore; **l'Organizzazione Mondiale della Sanità** lo definisce come «*Un'esperienza sgradevole, complessa, multidimensionale che risulta dall'interazione di componenti cognitive, motivazionali, affettive e sensoriali, in cui le caratteristiche psicologiche individuali giocano un ruolo importante nell'esacerbare, nel sostenere e, a volte, nel generare il dolore*» (1).

**L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP)** fornisce una ulteriore definizione: «*Il dolore è una esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno tissutale reale o descritta nei termini di tale danno*» (2).

In realtà, il dolore è una esperienza soggettiva influenzata da fattori culturali, dal significato della situazione specifica e da altre variabili psicologiche. I processi del dolore, infatti, non coinvolgono esclusivamente la stimolazione dei recettori ma anche tutti quei fattori culturali, sensoriali ed affettivi che compongono il background della persona.

Il dolore si può definire quindi come un'esperienza multidimensionale formata da molteplici elementi quali: i comportamenti (le espressioni del viso), l'intensità, la componente affettiva, le credenze (perdita del controllo, credenze sul significato), e la qualità della vita (3).

Le diverse dimensioni vengono espresse in maniera differente nel dolore acuto o in quello cronico a seconda della componente prevalente. Nel dolore acuto è la dimensione sensoriale quella preponderante, mentre in quello cronico sono i fattori affettivi e valutativi ad assumere una rilevanza maggiore

Il dolore si può distinguere in (4):

- *nocicettivo*: localizzato-acuto che trae beneficio dalla somministrazione di farmaci oppioidi;
- *viscerale*: meno localizzato, può essere acuto, profondo, intermittente, risponde alla somministrazione di oppioidi;
- *neurogeno*: dolore di varia natura che può manifestarsi sotto forma di scossa elettrica o di sensazioni più complesse

Oppure in (5):

- acuto (dolore post-operatorio o da trauma);
- cronico (ad es. dolore oncologico o cefalea);
- organico/funzionale (causato in particolare da stress emotivi).

Le *reazioni al dolore* possono essere di due tipologie (6) (che non si escludono a vicenda ma che invece, possono manifestarsi contemporaneamente): fisiologiche o comportamentali/cognitive.

Le prime sono rappresentate dalle variazioni di alcuni parametri vitali quali frequenza cardiaca (FC), pressione arteriosa (PA), pressione intracranica (PIC), frequenza respiratoria (FR) e saturazione dell'ossigeno (SaO<sub>2</sub>).

Le seconde sono rinvenibili mediante l'osservazione diretta del paziente:

- mimica del volto (sguardo, espressione del viso...);
- postura (postura antalgica);
- pianto (soprattutto nel bambino);
- inappetenza;
- alterazioni del ritmo sonno-veglia.

## Etica e pregiudizi sul dolore (7)

Il dolore, pur rappresentando uno fra i più temuti sintomi di malattia ed essendo una fra le esperienze più traumatizzanti nel corso della vita di un uomo, è stato per anni sottovalutato e sottostimato sia come problema medico che come problema infermieristico.

Esistono infatti diversi «miti», pregiudizi e luoghi comuni su questo argomento quali ad esempio:

- il dolore cronico è più facile da curare «.. in fondo è un dolore benigno...»;
- se il dolore migliora, disautonomia e depressione ad esso collegati si risolvono spontaneamente...;
- il paziente affetto da dolore cronico «è più facile da gestire rispetto al paziente oncologico...»;
- l'anziano ha una soglia di dolore più alta;

- l'anziano tollera meglio il dolore;
- l'anziano risponde meno bene agli oppioidi;
- è impossibile provare dolore durante l'esecuzione di procedure e manovre assistenziali che normalmente e quotidianamente si eseguono in assenza di analgesia (rifacimento biancheria piana del letto...).

Talvolta sono i pazienti stessi a creare alcuni luoghi comuni (ad esempio: «Un buon paziente disturba poco il dottore») manifestando un senso di fatalismo/rassegnazione nei confronti dell'esperienza dolorosa, a volte correlato all'età (nel caso della persona anziana).

È importante ricordare, a tale proposito, che l'assistenza alla persona con dolore è estremamente ricca di riferimenti etici, deontologici e legislativi non solo per quanto riguarda l'area di competenza medica (Giuramento di Ippocrate «Alleviare le sofferenze...»), ma soprattutto nell'ambito dell'assistenza infermieristica.

Osservando, infatti, gli ultimi Piani Sanitari Nazionali e la legislazione dell'ultimo decennio si può notare la presenza di costanti e sempre più consistenti riferimenti al dolore ed al suo controllo:

- *Piano Sanitario Nazionale 1998-2001* «Controllo del dolore per patologie evolutive ed irreversibili»;
- *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005* «Rete integrata di servizi-cronicità-farmacovigilanza»;
- *Legge 8 febbraio 2001 n. 12* «Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore»;
- *Linee guida per la realizzazione dell'Ospedale senza dolore 29 giugno 2001.*

Per quanto riguarda la specifica legislazione infermieristica si può notare l'implementazione nel corso degli anni della valenza dei principi bioetici, deontologici, giuridici e medico legali:

- *Codice deontologico*;
- *Legge n. 42/26 febbraio 1999* «Disposizione di materia di professioni sanitarie»;
- *D.M. 739/1994*;
- *D.M. 24 luglio 1996 Tabella XVII ter*;
- *D.M. 2 aprile 2001* Determinazioni delle classi delle lauree universitarie;
- *D.M. 3 novembre 1999 n. 509* Regolamenti didattici di ateneo - Regolamenti didattici dei corsi di studio;
- *Patto infermiere-cittadino* «Starti vicino quando soffri, quando hai paura, quando la medicina e la tecnica non bastano» «Ascoltarti con attenzione ...» «Rispettare la tua dignità..» «Garantirti competenza ed umanità».

## **Dolore post-operatorio**

### *Fattori influenzanti (8)*

- Tipo di incisione.

- Durata dell'intervento.
- Stato psicofisico del paziente.
- Tipo di preparazione psicologica all'intervento e premedicazione preoperatoria.
- Qualità delle cure postoperatorie.

#### *Componenti del dolore post-operatorio (9)*

- Componente cutanea: in relazione con il traumatismo dell'incisione.
- Componente somatica profonda: secondaria a lesioni nervose a livello delle aponeurosi, dei muscoli, della pleura o del peritoneo. Tali lesioni generano una sensazione spiacevole diffusa a livello della lesione o in un'area di proiezione superficiale (*dolore riferito*).
- Componente viscerale: conseguenza dei traumatismi chirurgici sui visceri, caratterizzata da un dolore localizzato a livello della zona operatoria o di una zona di proiezione parietale (*dolore riferito*).

#### *Conseguenze del dolore post-operatorio (10)*

- Modificazioni respiratorie per blocco volontario o involontario dei muscoli toracici, addominali o diaframmatici, contrattura riflessa di tali muscoli, inibizioni del riflesso della tosse e dell'inspirazione profonda, distensione e compressione addominale. Tutti questi fattori limitano i movimenti del diaframma.
- Alterazioni circolatorie e metaboliche con aumento del lavoro cardiaco, della pressione arteriosa e del consumo di ossigeno.
- Alterazioni gastrointestinali con inibizione riflessa della funzione gastrointestinale ed urinaria.
- Alterazione del metabolismo e dell'attività muscolare.
- Aumento del rischio di tromboflebite postoperatoria per ritardo della deambulazione e della mobilizzazione del paziente.
- Ripercussioni sull'umore e sul comportamento con ansia, agitazione ed alterazione del ritmo sonno veglia.

### **Le scale di valutazione del dolore**

Esistono diverse scale in grado di misurare globalmente l'intensità del dolore o il suo sollievo (11):

- la scala verbale semplice (VRS);
- la scala numerica (NS);
- la scala analogica visiva (VAS);
- Mc GILL pain questionnaire.

Ma quali sono le caratteristiche che rendono una scala di valutazione valida? (12)

- Facilità di utilizzo.
- Deve richiedere poco tempo sia per la registrazione che per l'elaborazione dei dati.
- Deve essere articolata in modo che sia comprensibile a tutti.
- Deve soddisfare contemporaneamente 3 criteri:
  - validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare;
  - sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia antalgica;
  - affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile quando amministrato più volte da più esaminatori, appropriatamente ed in circostanze simili.

La VRS prevede 5 categorie:

- nessun dolore;
- dolore moderato;
- dolore intenso;
- dolore lieve;
- dolore molto intenso.

Un punteggio di 0 è assegnato al descrittore di minore intensità, 1 a quello successivo ecc. Il paziente sceglie il descrittore che più si avvicina alla sua sensazione dolorosa.

La NS permette al malato di dare un numero al dolore da 0 a 10. il numero 0 corrisponde ad assenza di dolore, il numero 10 esprime il massimo dolore.

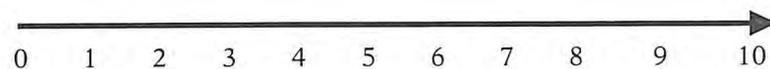
La VAS si presenta graficamente come una linea orizzontale di 10 cm orientata da sinistra a destra. Le due estremità della linea sono definite da «nessun dolore» e dal «massimo dolore immaginabile».

Al retro della linea mostrata al paziente, corrisponde una scala numerica da 1 a 10 simile alla NS che non influenza il pz nell'esprimere il reale grado di dolore. Il pz indica un punto sulla linea che rappresenta l'intensità del dolore in quel momento e l'operatore rileva il dato consultando la scala numerica corrispondente al punto definito dal pz stesso.

#### Scala mostrata al paziente



#### Scala di valutazione per l'operatore



Il Mc GILL pain questionnaire consiste nella classificazione di 102 termini che descrivono differenti aspetti del dolore. I termini sono suddivisi in tre classi maggiori: sensoriale, emotivo-affettiva, valutativa e, 16 sottoclassi che contengono un gruppo di parole considerate «simili». Vi è aggiunta una VRS, per misurare l'intensità del dolore presente, e un disegno del corpo umano, visto davanti e dietro, per indicare la localizzazione (13).

Esiste almeno una versione italiana abbreviate di questa scala ossia l'Italian Pain Questionnaire (14):

| <i>Caratteristiche</i>                | Nessuno | Lieve | Moderato | Grave |
|---------------------------------------|---------|-------|----------|-------|
| Pulsante                              | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Lancinante                            | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Penetrante                            | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Da crampi                             | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Dà morsi                              | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Calore/bruciore                       | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Dolorante                             | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Violento                              | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Fastidioso                            | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Sensazione<br>violenta,<br>Squassante | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Sensazione di<br>sfinimento           | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Sensazione di<br>nausea               | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Terribile                             | 0       | 1     | 2        | 3     |
| Pena/atrocità                         | 0       | 1     | 2        | 3     |

## Bibliografia

- (1) Sito ufficiale Ministero della Salute [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
- (2) J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*, Ed. UPSA Roma 2001 pag. 9-9.
- (3) (12) (13) M.C. ROBB-M. VITTORIA, *Sistemi di valutazione del dolore*, Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi Bologna 2000.
- (4) (5) (6) 20° Congresso nazionale ANIARTI Rimini 15-16-17 novembre 2001 *La gestione del dolore nel bambino politraumatizzato*, R. MEGLIORIN-A. BARLETTA-D.CARLINI.
- (7) F. FUSCO, *Epidemiologia, valutazione e trattamento del dolore non oncologico geriatrico*.
- (8) (9) (10) Prof. JOHN J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*, Ed. UPSA Roma 2001 pag. 70-71.
- (11) Prof. JOHN J. BONICA, *L'infermiere e il dolore* Ed. UPSA Roma 2001 Pag. 33-35.

## INTRODUZIONE AL DOLORE

### Definizione

«Un'esperienza sgradevole, complessa, multidimensionale che risulta dall'interazione di componenti cognitive, motivazionali, affettive e sensoriali, in cui le caratteristiche psicologiche individuali giocano un ruolo importante nell'esacerbare, nel sostenere e, a volte, nel generare il dolore» (1).

«Un'esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad un danno tissutale reale o descritta nei termini di tale danno» (2).

(1) [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)

(2) J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*, ed. UPSA Roma 2001, pag. 9.

1

## REAZIONE AL DOLORE

### *Fisiologiche:*

Alterazione dei parametri vitali

### *Comportamentali/cognitive*

Rinvenibili mediante l'osservazione diretta della persona

2

## PREGIUDIZI SUL DOLORE

1. L'adulto tollera «meglio» il dolore
2. Procedure e manovre assistenziali non sono «particolarmente dolorose»
3. Nell'anziano è pericoloso somministrare oppioidi

3

### DOLORE POST-OPERATORIO

- *Fattori influenzanti* (tipo di incisione, durata dell'intervento...)
- *Componenti*: cutanea, somatica profonda, viscerale
- *Conseguenze*: respiratorie, circolatorie, metaboliche, gastrointestinali, motorie

J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*, Ed. UPSA Roma 2001, pag. 70/71

4

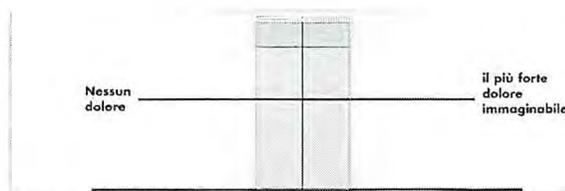
### SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

- *Scala verbale semplice* (VRS)
- *Scala numerica* (NS)
- *Scala analogica visiva* (VAS)
- *Mc Gill Pain questionnaire* (Italian version)

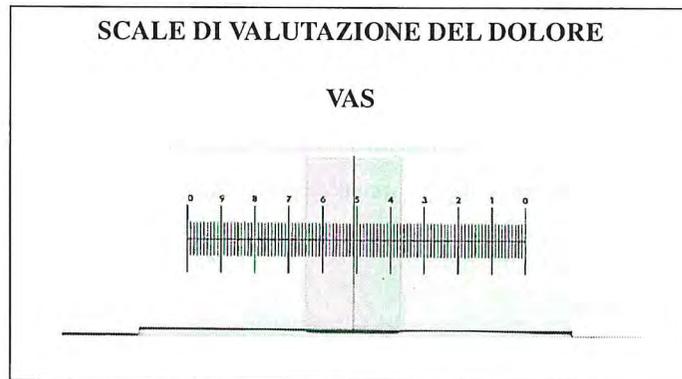
5

### SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

#### VAS



6



## CASO CLINICO

Il signor CT è un uomo di 51 anni affetto da *Vasculopatia agli arti inferiori*.

Il giorno 4 giugno 2003 entra nel reparto di cardiocirurgia degenza probabilmente sottoposto ad intervento di *By-pass aortofemorale*.

All'interno della nostra Unità Operativa si è scelto di utilizzare la *Scala VAS*.

Tale scelta è stata dettata dalla necessità di avere uno strumento di valutazione del dolore di immediata lettura ed utilizzo sia per l'operatore sanitario che per il paziente e di cui fosse riconosciuta la validità anche a livello internazionale.

Il Centro Studi EBN dell'ospedale S. Orsola Malpighi ha pubblicato, infatti, nel 2001 uno studio sulle scale di valutazione del dolore in cui si attestano l'efficacia e la semplicità della VAS come strumento di rilevazione sia per il dolore cronico sia per quello che viene genericamente definito come acuto (ad es. dolore post-operatorio).

Non esistono però riferimenti specifici riguardo alla figura professionale che deve somministrare la VAS al paziente.

Nella nostra realtà ospedaliera è l'infermiere a proporre al pz la scala, possibilmente ad orari concordati con il medico o ogni qual volta le condizioni della persona lo richiedano.

Altri fattori che influenzano la frequenza della rilevazioni sono la tipologia dell'intervento, le condizioni cliniche e psicologiche del pz. I fattori influenzanti vengono individuati dall'infermiere che valuta e decide il momento in cui somministrare l'algometria per rilevare un dato attendibile.

## FASE DI ACETTAZIONE

PATRIZIA CASAVECCHIA

All'ingresso in reparto, il sig. CT è accompagnato dai familiari e dagli operatori del trasporto pazienti in barella, in quanto non è in grado di deambulare autonomamente a causa della sua patologia.

Appare subito chiaro che non è possibile effettuare un'attenta e accurata raccolta dati direttamente dal paziente per l'intenso dolore in fase acuta.

Da un breve colloquio emerge che altri fattori sono legati allo stato doloroso:

- aggressività;
- atteggiamento di chiusura;
- pensieri negativi su se stesso;
- problemi coniugali;
- dipendenza farmacologia;
- riduzione dell'attività sociale.

L'infermiere decide di coinvolgere la famiglia per una completa anamnesi e per cercare di attenuare l'atteggiamento di ansia e aggressività in cui la persona si trova. Dal colloquio con la famiglia, emerge una situazione di difficoltà nel prendersi cura di questa persona al domicilio. Il sig. CT, da tempo, assume infatti un atteggiamento di abbattimento e prostrazione, essendo consapevole di dipendere da terzi a causa del forte dolore, causato dalla propria patologia. L'aspetto cianotico, dovuto all'ipoperfusione degli arti inferiori, ha innescato in CT un declino della propria autostima: la moglie, era infatti obbligata a coprirgli le gambe con calze e coperte per *nascondere il problema* e CT si lasciava scoprire solamente in occasione delle visite del medico di famiglia.

Nonostante la terapia domiciliare con analgesici per via transdermica, gestita autonomamente dalla persona in base alla prescrizione medica, il dolore viene descritto come una fitta lancinante agli arti inferiori in particolar modo nella zona dei polpacci fino ad irradiarsi ai piedi.

Il medico decide di modificare la terapia analgesica e di cambiare la modalità di somministrazione con il posizionamento di un cateterino epidurale.

Il sig. CT viene informato sulle manovre e sui relativi benefici. Gli viene spiegato che gli verrà praticata la manovra da sveglia e che la sua collaborazione sarà fondamentale per il corretto posizionamento del presidio prescelto. Vengono poi elencati i benefici che il nuovo presidio porterà nel ridurre il dolore, la praticità della gestione del presidio nelle medicazioni da parte dell'infermiere e, la possibilità di essere più autonomo nei piccoli movimenti. Le informazioni date si dimostrano in grado di ridurre l'angoscia e l'apprensione, fino a quel momento, ancora molto evidenti. Egli si presenta collaborante alle manovre e, per la prima volta, accenna un lieve sorriso. A CT l'infermiere spiega quindi, che il monitoraggio del dolore verrà effettuato tramite *scale algometriche* che vengono mostrate alla persona, queste contribuiranno a quantificare l'intensità del dolore e, con la collaborazione del medico, si modificherà la prescrizione antalgica.

Ad intervalli regolari si procede alla rilevazione dello stato doloroso.

Nelle prime rilevazioni effettuate ad intervalli di due ore, si rileva una VAS 5/10.

Dopo circa un'ora dall'ultima rilevazione il paziente chiama per riferire un aumento del dolore: VAS 9/10.

Si aumenta il dosaggio d'infusione della terapia analgesica con conseguente miglioramento delle condizioni VAS 4/10.

Il giorno 5 giugno 2003 il paziente viene sottoposto ad alcuni esami diagnostici:

- eco doppler degli arti inferiori;
- studio angiografico degli arti inferiori.

Dagli studi effettuati si rileva che il dolore è provocato da una stenosi dei vasi arteriosi che irrorano gli arti inferiori; viene programmato quindi l'intervento di *By-pass aorto bi-femorale* per il giorno 9 giugno 2003.

Il giorno 8 giugno 2003 il sig. CT viene informato che verrà preparato adeguatamente all'affrontare l'intervento chirurgico che verrà effettuato l'indomani.

A causa dello stato d'immobilità si decide in collaborazione con il sig. CT di effettuare la tricotomia e le cure igieniche a letto. L'infermiere, valutato il grado di dolore e, quanto le manovre necessarie per le cure igieniche potessero peggiorare la situazione di disagio della persona, decide di effettuare l'igiene al letto in prima persona, demandando al personale di supporto la preparazione e il riordino del materiale.

Prima dell'intervento l'infermiere spiega a CT che al suo ritorno in degenza lo accoglierà un collega. Gli interventi pianificati rimarranno comunque gli stessi, verrà garantito il soddisfacimento dei bisogni e verranno trasmessi al collega che lo assisterà tutti i dati necessari a garantire la *continuità assistenziale* nel periodo post-operatorio. Gli viene inoltre spiegato che la trasmissione dei dati, verrà tramite l'ausilio di strumenti quali: la cartella infermieristica e il passaggio di consegne verbali e scritte.

C.D. 4.7 «L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi».

Il mattino del 9 giugno 2003, CT affronta l'intervento chirurgico e, dopo quattro ore trascorse in sala operatoria, viene accompagnato al letto del reparto di degenza. Si presenta in respiro spontaneo, assopito. Sono stati posizionati due drenaggi *redon* in aspirazione a livello inguinale, è ancora presente e ben posizionato il cateterino epidurale da cui viene infusa tramite una pompa siringa la terapia analgesica con *naropina*.

«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 ido-

nei, 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 varie 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» (15).

Analizziamo ora la *fase di accoglimento* del sig. CT secondo il modello di lettura della complessità assistenziale.

### **Asse salute/malattia**

*L'Alta instabilità lungo l'asse salute/malattia* si apprezza dal fatto che il sig. CT all'arrivo in reparto lamenta un dolore acuto descritto come una fitta lancinante al polpaccio di entrambi gli arti con una VAS 10/10. L'obiettivo fondamentale è di raggiungere uno stato di *stabilità* evolvendo da una situazione di dolore non gestibile ad una di *dolore controllabile*.

Permane lungo questo percorso la potenziale possibilità di regredire ad uno stato di *instabilità*.

Gestire il dolore, richiede da parte dell'infermiere l'integrazione con il medico che si realizza in diverse attività relative al garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche:

- somministrazione dei farmaci;
- monitoraggio dei sintomi;
- comparsa di effetti collaterali.

Essendo le sopraelencate, *attività specifiche*, diventano tali ogni volta che il professionista, partecipa ad ulteriori percorsi formativi che forniscano strumenti utili nel pianificare, attuare e verificare l'assistenza *ad una persona con dolore*. Ciò è possibile sia frequentando corsi post base (Master) e corsi di aggiornamento professionalizzanti. La specificità ottenuta è determinata dalle competenze (capacità di risolvere un problema) e dalle conoscenze che rendono l'infermiere in grado di sapersi integrare con figure specializzate (fisiatri, terapisti del dolore...) e avvalersi di figure di supporto. La specificità rende l'infermiere inoltre in grado di utilizzare e sfruttare al meglio attrezzature e risorse fondamentali nella gestione di una persona con dolore (pompe elastometriche, cateterini epidurali, scale analogiche.)

La competenza data dalla *formazione specifica*, rende inoltre il professionista in grado di rilevare eventuali variazioni cliniche in quanto è a diretto contatto con la persona mentre svolge le prestazioni pianificate di cui è responsabile.

La valutazione del dolore rappresenta attività specifica che diventa esclusiva quando si riferisce all'attuazione dell'assistenza infermieristica

In questa fase, maggiore sarà la rapidità nell'individuare il problema, maggiore sarà l'adeguatezza nella formulazione degli obiettivi assistenziali.

C.D. 3.1. 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. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica

D.M. 739/94

Art. 1.1 È individuata la figura professionale 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.

C.D. 1.2 «L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa».

C.D. 3.2 «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».

RIF D.M. 739/94 art. 1.3 comma c)

D.M. 739/94 art. 1.3 - «Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche» «Agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali».

C.D. 5.1 «L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe...».

C.D. 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».

C.D. 4.14 «L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili...».

## Asse comprensione/scelta

Ci si dovrebbe trovare in una situazione di equilibrio che viene a mancare a causa dello stato d'animo in cui si trova il sig. CT di frustrazione e sofferenza provocati dal dolore acuto e severo, di stress, paura. In questa fase, data la complessità del dolore, occorre tener presente sia ciò che la persona esprime verbalmente, sia il suo umore, i suoi atteggiamenti, il modo in cui cerca di combattere quello che lui stesso definisce «*tormento*». La ridotta capacità di comprensione/scelta, è quindi una conseguenza del disagio provocato dal dolo-

re fisico e dal timore di affrontare l'incertezza del lungo percorso che lo attende.

L'applicazione delle competenze educative e relazionali sono *attività esclusive* poiché l'infermiere ha l'obbligo di fornire alla persona e ai familiari un quadro preciso inerente agli aspetti assistenziali *pre-operatori* e di coinvolgerli. In questo momento a CT vengono spiegati dall'infermiere gli strumenti di rilevanza del dolore, gli viene illustrata la scala di VAS, gli viene spiegato che, al ritorno dalla sala operatoria sarà assopito e che non sarà probabilmente in grado di utilizzare questo strumento. Per questo motivo l'infermiere lo rassicura e gli spiega che lui stesso si impegnerà ad utilizzare tutti gli strumenti in suo possesso per fargli avvertire il meno dolore possibile: favorirà una postura antalgica, controllerà la corretta infusione farmacologica, il corretto posizionamento del cateterino epidurale, garantirà la sua costante presenza e il costante monitoraggio dei parametri vitali.

È importante coinvolgere ed educare il sig. CT e i familiari mediante una corretta ed adeguata informazione per aumentare la capacità di comprensione/scelta.

Il giorno prima dell'intervento, viene fatta accomodare la moglie e vengono illustrati i benefici che trarrà CT nei giorni seguenti. L'infermiere, informa che si manterrà posizionato il cateterino epidurale ancora per alcuni giorni, che egli dovrà indossare delle calze elastiche per affrontare una mobilitazione precoce e che l'aspetto delle gambe ritornerà ad essere normale. Quest'ultima informazione rende CT molto fiducioso nell'affrontare l'intervento in quanto riferisce che *«il normale aspetto delle gambe è ritornare ad essere liberi dal dolore»*. Tutte queste rappresentano *attività esclusive*.

C.D. 4.5 «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. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato».

C.D. 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».

C.D. 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».

C.D. 4.9 «L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari».

## Asse autonomia

*La parziale dipendenza* è data dalla ridotta possibilità/capacità del sig. CT di compiere azioni in autonomia. La persona cerca l'immobilità quale unica e immediata soluzione per tollerare il dolore. Nel caso specifico di fase acuta, la dipendenza dall'infermiere è totale. Nella fase di equilibrio/stabilità seguente agli interventi terapeutici e di supporto emotivo, il grado di autonomia è parziale poiché, il paziente riesce a gestire la componente fisica del dolore.

L'intervento infermieristico è atto a ricercare, mantenere e potenziare le capacità del paziente, per raggiungere così il massimo grado di autonomia consentito. La funzione del professionista si connota quindi, per l'alta discrezionalità decisionale rispetto alla pianificazione delle attività da mettere in atto ed alla scelta di effettuarle direttamente o di demandarle agli operatori di supporto (*attività esclusiva*). La figura che deve mettere in atto le attività programmate deve quindi essere individuata dall'infermiere per non aggravare la tendenza all'instabilità presente. In questo caso, si decide di compiere e garantire il soddisfacimento dei bisogni di base di CT in collaborazione di figure di supporto e, di demandare ad esse in prima persona la preparazione e il riordino del materiale, il rifacimento dell'unità del paziente (*attività generiche*).

D.M. 739/94

Art. 1.1 È individuata la figura professionale 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.

Art. 1.3 L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) 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.

C.D. «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».

## FASE POST-OPERATORIA

### Asse salute/malattia

Si osserva una situazione di instabilità, tendente alla stabilizzazione delle funzioni vitali ed al recupero della perfusione degli arti inferiori. Per quanto riguarda il dolore, possiamo definire la situazione *stabile* grazie alla terapia farmacologica in corso. Questo equilibrio sembra venire però a mancare al momento del risveglio, quando CT inizia a lamentarsi e ad agitarsi nel letto cercando di alzarsi. All'arrivo dell'infermiere, gli viene subito spiegato che l'intervento è andato bene, che ha l'antidolorifico in corso e, che se è in grado di muovere le gambe, è segno di una rapida ripresa. CT si tranquillizza subito e, si intuisce che l'agitazione e le grida erano dovute all'ansia. Questa conclusione non era data dal caso: viene infatti somministrata al paziente la scala analogica, prima dal medico chirurgo e in seguito, a distanza di pochi minuti, dall'infermiere.

Il risultato ottenuto è:

- infermiere VAS 4/10;
- medico VAS 8/10.

Sottolineiamo che lo strumento di rilevazione usato era identico ma, i due operatori hanno assunto un approccio diverso: il medico ha effettuato la rilevazione in modo sistematico ottenendo il risultato sopra descritto, l'infermiere conosce lo strumento in quanto effettua le rilevazioni più volte nella giornata e, in ogni caso mantiene una relazione di fiducia, adottando strategie relazionali (*attività esclusiva*).

Questo dimostra l'interdipendenza fra l'asse salute/malattia e l'asse comprensione/scelta.

C.D. 3.2 «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».

C.D. 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».

*Asse comprensione-scelta:* Grazie alla terapia farmacologia tramite cateterino epidurale, al colloquio rassicurante con l'infermiere e ad un graduale ripristino dell'orientamento spazio temporale, CT evolve rapidamente verso una fase di alta capacità di comprensione-scelta, che potrebbe ancora essere compromessa dalla paura di provare nuovamente dolore. La buona capacità di comprendere viene, in questo momento, sfruttata dall'infermiere per preparare il paziente al lungo percorso riabilitativo e di recupero clinico e funzionale.

Si prevede la collaborazione delle figure medico/infermiere che si impegnano a descrivere gli avvenimenti che lo attendono nella sua globalità: questi basati sulla reale e piena consapevolezza della persona di quanto sta per accadergli, degli aspetti riabilitativi e, soprattutto che l'intervento effettuato lo renderà libero dal dolore e lo riporterà ad una completa autonomia.

Il coinvolgimento della famiglia ha lo scopo di far comprendere i bisogni e gli strumenti necessari a farvi fronte. In questa fase, l'attività dell'infermiere di *educazione alla salute e terapeutica è esclusiva*.

C.D. 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».

C.D. 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 autonomia**

Per la parziale dipendenza l'approccio infermieristico è in questo momento parzialmente sostitutivo ma continua a potenziare le capacità residue del paziente, mantenendo come principale obiettivo il recupero di una completa

autonomia. Allo stesso obiettivo mirano altre figure specialistiche quali fisiatri e fisioterapisti che si impegnano collaborando con l'infermiere ad una mobilitazione precoce. Anche in questa fase, l'infermiere si avvale della collaborazione del personale di supporto. Le condizioni di CT sono migliorate, l'OTA/OSS provvede ad assistere la persona parzialmente dipendente ma chi pianifica, supervisiona e valuta gli esiti degli interventi è l'infermiere.

Da sottolineare gli interventi atti a garantire la continuità assistenziale.

C.D. 4.7 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.

D.M. 739/94 Art. 1.1 È individuata la figura professionale 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.

Art. 1.3 L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- 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.

C.D. 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».

C.D. 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».

C.D. 4.5 «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. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato».

**CASO CLINICO**

- Il Sig. CT è un uomo di 51 anni affetto da *Vasculopatia degli arti inferiori*.
- Ingresso in cardiocirurgia degenza il 4 giugno 2003.
- Intervento di By-pass aorto-bi-femorale il 9 giugno 2003.
- Trasferimento in medicina fisica e riabilitazione il 20 giugno 2003.

1

**MODELLO PER LA LETTURA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE**

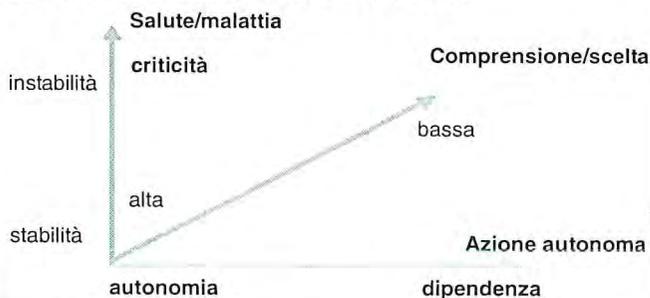
Condizione di Salute/malattia



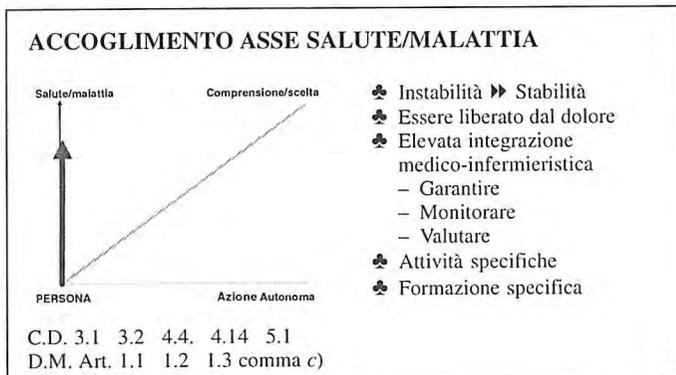
Comprensione delle proprie necessità in relazione alla condizione di salute/malattia e scelta consapevole dei comportamenti idonei

Possibilità di mettere in atto autonomamente le azioni e i comportamenti che si è deciso di intraprendere

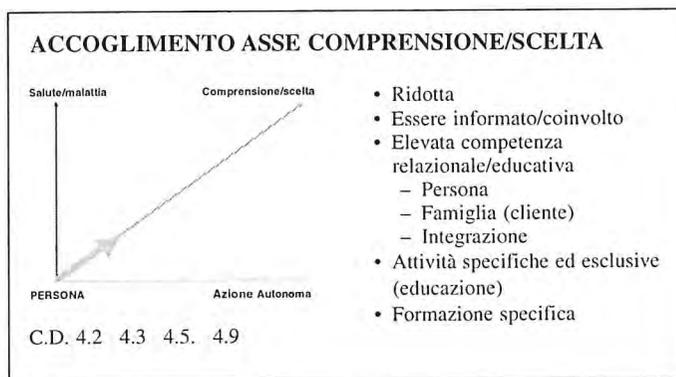
2

**MODELLO PER LA LETTURA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE**

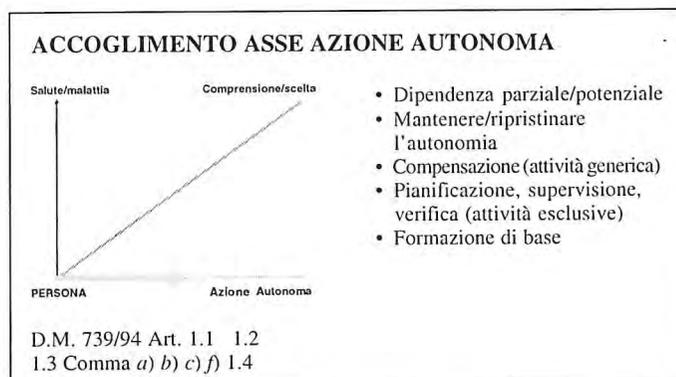
3



4



5



6

**POST-OPERATORIO ASSE SALUTE/MALATTIA**

- Instabilità ⇔ Stabilità
- Dolore controllabile
- Elevata integrazione medico-infermieristica
  - Garantire (decisione)
  - Monitorare
  - Valutare (interventi assistenziali)
- Attività specifiche ed esclusive
- Formazione specifica

C.D. 3.2 4.2

7

**POST-OPERATORIO ASSE SALUTE/MALATTIA**

- Alta (può ancora essere compromessa dal dolore)
- Elevata competenza nell'educazione alla salute e terapeutica
- Persona (fiducia)
- Famiglia (cliente)
- Integrazione
- Attività esclusive (specifiche)
- Formazione specifica (ricevere consulenza)

C.D. 4.2 4.3

8

**POST-OPERATORIO ASSE AZIONE AUTONOMA**

- Parziale dipendenza
- Essere parzialmente sostituito
- Sostituzione (attività esclusiva/specifica)
- La collaborazione con figure specifiche
- Continuità assistenziale
- Pianificazione, supervisione, verifica, formazione-addestramento (attività esclusive)
- Formazione specifica

C.D. 4.2 4.4 4.5 4.7  
D.M. 739/94 Art. 1.1 1.2  
1.3 comma a) b) c) f) 1.4

9

## TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE

FEDERICA PIERGENTILI

Trascorsi undici giorni di periodo post-operatorio, il giorno 20 giugno 2003 il sig. CT deve affrontare il trasferimento in *Medicina fisica e della riabilitazione*. Il paziente trascorre l'ultima notte in cardiocirurgia senza la copertura analgesica per mezzo di cateterino epidurale. Il pomeriggio precedente, il medico prescrive la rimozione del presidio antalgico ma CT non appare motivato nella scelta e vorrebbe rimandare la manovra di alcuni giorni. Il medico di guardia gli spiega però che il dosaggio farmacologico è da due giorni a dosaggi minimi e, che si potrebbero impiegare infusioni in estemporanea per via endovenosa ad orari prestabiliti. Gli viene ricordato inoltre che in seguito all'algometria sottoposta nelle ultime 24 ore, i valori non hanno mai superato: VAS 3/10 a riposo - VAS 4/10 in seguito ad un blando sforzo.

L'infermiere si accinge quindi a rimuovere il cateterino. CT viene informato che la manovra verrà eseguita in asepsi, che sarà un'azione che non provoca dolore e, che dovrà mantenere una medicazione a piatto per 24 ore.

Durante l'esecuzione dell'attività programmata, il paziente si mostra insicuro, ansioso. Chiede infatti di rimandare di alcuni giorni la terapia riabilitativa. L'infermiere gli spiega che ciò significa rendere vani i progressi raggiunti fino ad ora e che più giorni passeranno senza il supporto del fisioterapista, più sarà problematico il recupero.

La notte seguente, CT riposa pochissimo. Chiama sovente l'infermiere di turno affinché controlli la medicazione e l'aspetto delle gambe. Al controllo algometrico si rileva una VAS di 3/10.

L'infermiere si rende conto che la sua ansia è dovuta principalmente alla paura di riprovare il forte dolore dei giorni passati.

L'imminente trasferimento in un altro reparto provoca in CT la paura di non essere più seguito ed assistito come lo è stato fino ad ora.

L'infermiere parla a lungo con CT cercando di soddisfare il suo bisogno di essere rassicurato riguardo al percorso assistenziale che lo attenderà. In seguito CT appare rasserenato e riesce finalmente a riposare.

Il mattino seguente CT appare consapevole del fatto che durante il suo percorso riabilitativo potranno verificarsi altri momenti in cui il dolore tornerà a manifestarsi, ma è comunque preparato ad affrontarli con l'aiuto della famiglia e del personale altamente specializzato presente nel reparto in cui verrà trasferito.

Analizziamo questa fase secondo il modello della complessità assistenziale.

### *Asse salute/malattia*

Si osserva in questa fase una situazione di *stabilità*. Il dolore è controllabile dal punto di vista farmacologico ma la paura di affrontare i giorni che seguono senza la copertura antalgica per mezzo del cateterino epidurale, rende CT po-

tenzialmente instabile lungo questo asse. L'agitazione, l'ansia e lo stress incidono notevolmente sulla reale interpretazione da parte dell'infermiere riguardo la presenza di dolore, ma gli strumenti in possesso del professionista (scale algometriche, interventi relazionali, raccolta dati, osservazione) sono fondamentali per tentare di mantenere CT stabile e mantenere un controllo sulla situazione clinica.

C.D. 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».

C.D. 4.5 «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. Si adopera 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*

Lungo questa dimensione si apprezza una alta capacità di comprensione e scelta da parte di CT che viene ampiamente utilizzata dall'infermiere, per fornirgli le informazioni riguardo il percorso che lo attende nel reparto che lo accoglierà e la continuità assistenziale che gli verrà garantita tramite la trasmissione dei dati clinici ed assistenziali al personale medico ed infermieristico presente nell'unità operativa, dove trascorrerà la fase di recupero funzionale. La persona in questa fase è in grado di riconoscere la reale intensità del dolore e di comunicarla verbalmente ed è *consapevole* del fatto che se questa dovesse aumentare, gli interventi infermieristici verranno pianificati attraverso gli stessi strumenti utilizzati fino ad ora con esito positivo. Gli strumenti rimangono i medesimi in quanto gli infermieri che assisteranno CT, due giorni prima del trasferimento vengono accolti dai colleghi della cardiocirurgia per osservare la gestione di tutti gli aspetti non comuni alla loro UO. Questa attività è *esclusiva* solo in infermieri *esperti* che sono in grado di fornire una *consulenza infermieristica*, aspetto fondamentale nella continuità assistenziale.

C.D. 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».

C.D. 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».

C.D. 4.7 L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.

### *Asse autonomia*

Il terzo asse interagisce con le dimensioni precedentemente descritte. Il

dolore è controllabile e le condizioni della persona sono di parziale dipendenza, per questo motivo l'infermiere decide di attribuire attività di tipo generico al personale di supporto. Tali attività possono ancora compromettere la stabilità del dolore che può regredire in qualsiasi momento, per cui l'infermiere rimane responsabile della pianificazione, supervisione e valutazione degli esiti degli interventi effettuati. Il professionista è responsabile inoltre nel valutare la capacità e l'esperienza dell'OTA/OSS e il grado di discrezionalità presente nell'operatore.

D.M. 739/94 Art. 1.1 È individuata la figura professionale 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. 1.3 L'infermiere:

c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;

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.

C.D. 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».

## CONCLUSIONI

Abbiamo visto come gli assi si modificano in relazione all'intensità del dolore, e di conseguenza come si modifica e cambia il ruolo dell'infermiere.

La variabile salute/malattia rappresenta l'area dell'attività collaborativa dell'infermiere con altre figure professionali. Con l'aumento dell'intensità del dolore diminuisce la discrezionalità decisionale dell'infermiere ma a quest'ultimo è comunque richiesto un'alta capacità di garantire la corretta applicazione delle prescrizioni terapeutiche, monitorare i sintomi, individuare tempestivamente la potenziale insorgenza di effetti collaterali, valutare il dolore in relazione all'efficacia della terapia. Vengono quindi gestiti i processi diagnostico-terapeutici prescritti (attività specifica).

La variabile comprensione/scelta rappresenta un'area di autonomia dell'infermiere. Richiede un'alta discrezionalità decisionale, in quanto si collocano gli interventi di tipo educativo, di sostegno e mobilitazione delle risorse della persona assistita. Analizzando il caso, il forte dolore nella fase iniziale e la paura della sua ricomparsa nella fase successiva, diminuiscono in maniera importante la capacità di comprensione e scelta da parte dell'assistito. Il paziente ha quindi necessità di essere informato sull'origine e sull'andamento del dolore in relazione all'evoluzione della patologia, e di essere coinvolto, insieme alla propria famiglia nel percorso assistenziale.

Rispetto alla variabile azione autonomia, le attività devono essere adattate al livello del dolore secondo le priorità. Le attività di pianificazione, supervisione, verifica e formazione/addestramento del personale di supporto, sono esclusive

dell'infermiere; le attività assistenziali vengono svolte direttamente dall'infermiere con il coinvolgimento del personale di supporto, addestrato adeguatamente alla situazione specifica.

Competenza significa anche capire quando ricorrere all'aiuto del personale di supporto. *La competenza specifica dell'infermiere gli deriva dal proprio profilo professionale (DM 739/94) ma anche dalla formazione post-base continua.*

Per dare adeguate risposte a problemi complessi, come nel caso del signor CT occorrono interventi sempre più professionali realizzati da infermieri esperti che assieme ad altri colleghi pianificano, gestiscono e valutano con responsabilità l'attività assistenziale.

C.D. 5.1 «L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe...».

## Bibliografia

- Sito ufficiale Ministero della Salute [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
- J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*, Ed. UPSA Roma 2001 pag. 9-9.
- M.C. ROBB, M. VITTORIA, *Sistemi di valutazione del dolore* Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S.Orsola - Malpighi Bologna 2000.
- F. FUSCO, *Epidemiologia, valutazione e trattamento del dolore non oncologico geriatrico*.
- Prof. JOHN J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*. Ed. UPSA Roma 2001 pag. 70-71.
- Prof. JOHN J. BONICA, *L'infermiere e il dolore*. Ed. UPSA Roma 2001 pag. 33-35.
- M. BRANDOLI, S. SCALORBI, *Esame di un caso di dolore da cancro: Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità*, ScENARIO 2004;21(3):7-12.
- R. MEGLIORIN, A. BARLETTA., D. CARLINI *et al.*, *La gestione del dolore nel bambino politraumatizzato*, Atti del XX Congresso Nazionale ANIARTI Rimini 15-16-17 novembre 2001:207-223.
- E. DRIGO, *L'infermieristica nell'intensività assistenziale quale valore aggiunto* ScENARIO 2003;20 (4):4 -5.
- G. PITACCO, A. SILVESTRO, *La complessità assistenziale* ScENARIO 2003;20 (4):9-12.
- M. BENETTON, *Accoglimento in reparto di degenza*, ScENARIO 2003;20 (4):15-17.
- A. DI NUCCIO, S. SEBASTIANI, *Intensività assistenziale alla persona stabile*, ScENARIO 2003;20 (4):18-22.
- P. CAPODIFERRO, S. SCALORBI, *Intensività assistenziale alla persona instabile*, ScENARIO 2003;20 (4):23-28.
- M. BRANDOLI, L. ROSSI, *Assistenza infermieristica per il trasferimento nel reparto di degenza* ScENARIO 2003;20 (4):29-35.
- M. BRANDOLI, S. SCALORBI, *Esame di un caso di dolore da cancro: Analisi clinica ed assistenziale utilizzando la variabile della complessità*, ScENARIO 2004;21(3):7-12.
- DI NUCCIO, N. CRISPINO, *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 degli arti inferiori*, ScENARIO 2004;21 (3):28-35.
- G. PITACCO, *Un modello di analisi della complessità assistenziale*. I Quaderni supplemento de *L'infermiere* 2003(8-9):22-27.
- CALANCHI, CAPODIFERRO, CHIARELLI, *Tecniche e metodologie d'informazione sanitaria del paziente da parte degli infermieri*, Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi Bologna 2002
- G. ROVERSI, M. BRANCHINI, E. LOMBARDI, *Le scale di valutazione del dolore*. Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi Bologna 2001.
- F. VALLICELLA, *La filosofia del progetto manageriale della Federazione nazionale Collegi IPASVI in Quaderni speciali Raccolta relazioni del XIII Congresso nazionale IPASVI* Roma 19-21 settembre 2002.
- B. RUFFINI, S. FRANZAROLI, *Il dolore: aspetti antropologici*. Raccolta articoli EBN Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi Bologna 2001
- M. TONYA, *Use to pain diaries to asses recurrent an chronic pain in children*, [www.thesufferingchild.net](http://www.thesufferingchild.net)
- D.M. 14 settembre 1994 n. 739 «Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere».
- Legge 42/26 febbraio 1999 «Disposizioni in materia di professioni sanitarie».
- DPR 384/1990 art. 40 (OTA).
- Accordo Stato Regioni 22-02-01 GU 91 19 aprile 2001 (OSS).
- Codice Deontologico dell'infermiere italiano preceduto dal Patto Infermiere Cittadino del 12 maggio 1999.

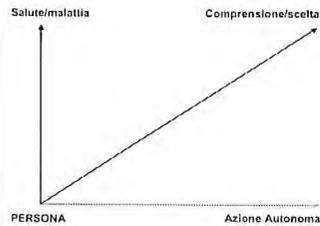
**TRASFERIMENTO**

- Relazione d'aiuto.
- Continuità assistenziale.
- Educazione alla salute e all'autocura.
- Consulenza infermieristica.



ATTIVITÀ ESCLUSIVE

1

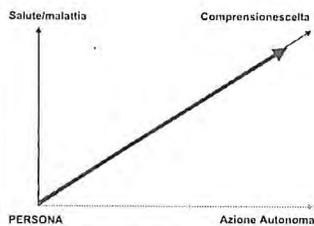
**TRASFERIMENTO ASSE SALUTE/MALATTIA**

C.D. 4.4. 4.5

*Sollievo dal dolore*

- È presente la paura di provare nuovamente dolore.
- Blanda integrazione medico-infermieristica
  - Garantire (autonomia)
  - Monitorare (autonomia)
  - Valutare (interventi assistenziali)
- Attività specifiche ed esclusive
- Formazione specifica

2

**TRASFERIMENTO ASSE COMPrensione/SCELTA**

C.D. 4.2. 4.3 4.7

- Alta.
- Essere sostituito.
- Elevata competenza relazionale/educativa.
- Persona (fiducia).
- Integrazione, continuità assistenziale
- Competenza nell'educazione alla salute e all'autocura.
- Continuità assistenziale.
- Consulenza infermieristica.
- Attività esclusive (specifiche).
- Formazione avanzata (supporto).

3

**TRASFERIMENTO ASSE AZIONE AUTONOMA**

The diagram consists of a coordinate system with a vertical axis labeled 'Salute/malattia' and a horizontal axis labeled 'Azione Autonoma'. A diagonal line starts from the origin and extends towards the top-right. The origin is labeled 'PERSONA'. The top-right end of the line is labeled 'Comprensione/scelta'.

- Parziale dipendenza (dolore, mobilitazione).
- Essere compensato.
- Mobilitazione.
- Sostituzione/compensazione (attività esclusiva/specifica, personale di supporto/famiglia).
- Pianificazione, supervisione, verifica, formazione/addestramento (attività esclusive).
- Formazione specialistica.

C.D. 4.3  
D.M. 739/94 Art. 1.3 comma c) f) 1.4

4

**CONCLUSIONI**

- Come si modificano gli assi in relazione all'intensità del dolore?
- Come si modifica e cambia il ruolo dell'infermiere
- Quali sono le figure professionali che collaborano con l'infermiere lungo questo percorso?

5

# COME, IN EUROPA, GLI INFERMIERI ASSISTONO UNA PERSONA CON DOLORE IN SITUAZIONE CRITICA? QUALI SONO LE LINEE CHE SEGUONO PER L'INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI OPERATORI? ESISTONO MODELLI DEFINITI O MODALITÀ PRATICATE?

J.W. ALBARRAN

EfCCNa, Gran Bretagna  
Principal Lecturer in Critical Care Nursing, British Association of Critical Care Nurses, BACCN  
Editor and International representative Faculty of Health and Social Care  
University of the West of England - Glenside Campus Bristol

Signori e signore, presidente, grazie ancora per avermi invitato. Sono lieto di essere con voi oggi per discutere dell'assistenza infermieristica ai pazienti adulti critici con dolore e parlerò dell'esperienza in Inghilterra. Vorrei anche ringraziare i relatori precedenti perché hanno sottolineato molte delle questioni che sono importanti anche nel mio paese.

Sono d'accordo rispetto al processo assistenziale che è stato presentato e anche su tutto quello che viene fatto per dare la possibilità al paziente di recuperare e liberarsi dal dolore. Grazie quindi per il contributo.

In questa breve presentazione vorrei mostrarvi due casi che riguardano il paziente adulto con dolore nel Regno Unito.

Perché valutare il dolore?

Nel Regno Unito abbiamo un dovere morale ed etico che viene definito dal nostro codice deontologico, ma penso si debba valutare il dolore anche per mantenere un rapporto con il paziente, per garantire la continuità assistenziale, per riconoscere l'individualità del paziente, e per promuovere una collaborazione nel controllo del dolore. C'è poi un valore umano in quello che facciamo, ci sono delle implicazioni legali: infatti le richieste di risarcimento per negligenza professionale aumentano a livello mondiale e riguardano anche gli infermieri e dobbiamo fare attenzione a questo aspetto.

Ovviamente la valutazione del dolore ci aiuta a diagnosticare le condizioni del paziente, ci consente anche di pianificare gli interventi terapeutici.

Nel Regno Unito ogni infermiere conosce a memoria la prima citazione che vedete sulla diapositiva:

*il dolore è quello che dice il paziente ed esiste quando la persona che lo sente dice che c'è.*

Questo è un lavoro di McCarty che ha avuto una grossa influenza nel Regno Unito.

Io preferisco forse la seconda citazione:

*se ci tenete al paziente allora avete il dovere di imparare tutto quello che si può sulla natura del suo dolore.*

Solo capendo questi aspetti si può fare qualcosa per trattare il dolore.

Un paziente si presenta con dolore toracico e, ovviamente viene fatta una valutazione per capire se il dolore è collegato a una condizione patologica potenzialmente letale.

Ci sono dei principi scientifici che guidano le nostre decisioni e i nostri processi: ad esempio prima di tutto fare l'anamnesi del paziente, valutare i fattori di rischio, fare un esame fisico, effettuare e valutare l'ECG, poi le analisi di laboratorio, anche se ci vuole qualche ora per avere i risultati di queste.

In passato queste erano responsabilità dei medici ma adesso gli infermieri hanno una preparazione specifica sul dolore toracico e quindi hanno assunto nuove responsabilità, anche rispetto ad esempio alla trombolisi.

Quindi queste attività nel Regno Unito, vengono svolte dagli infermieri, possono prescrivere degli analgesici secondo una normativa che si chiama Patient Group Directive.

Nella maggior parte dei casi le decisioni infermieristiche rispetto al controllo del dolore richiedono l'analisi di alcuni dati specifici per cui è importante condurre una valutazione sistematica del dolore toracico, viene misurata l'intensità, utilizzata la scala VAS o le Scale Numeriche. La ricerca ci dice anche che è importante valutare le differenze fisiopatologiche, è importante considerare anche i dati preliminari dell'ECG, vedere se c'è un sopraslivellamento del tratto ST, poi consideriamo altri sintomi e, come è già stato detto prima, vediamo anche quali sono i comportamenti non verbali; perché ci possono dare delle indicazioni vitali ad esempio: com'è la respirazione del paziente? Il paziente che posizione ha assunto?

La sigla **PQRST** ci aiuta a lavorare in modo più sistematico e scientifico quando cerchiamo di capire com'è il dolore del paziente. Questa sigla consente agli infermieri di lavorare in modo metodologico e di documentare le loro osservazioni in modo sistematico; ma questo modello mi piace anche perché ci consente di differenziare tipi diversi di dolore toracico dovuti ad esempio all'embolia polmonare, ad una esofagite o un infarto del miocardio.

Cosa vuol dire questa sigla?

**P** sta per presentazione

**Q** sta per qualità del dolore

**R** sta per regione di irradiazione

**S** sta per sintomi

**T** sta per cambiamenti nel tempo e cioè cosa allevia il dolore e quanto dura.

Poi usiamo anche dei punteggi di intensità e mappe corporee.

Prima ho parlato rapidamente delle differenze fisiopatologiche, da questi dati si vede chiaramente che le donne fanno riferimento a un dolore al collo e al braccio destro più spesso degli uomini.

Lo stesso studio ha anche evidenziato che le donne più spesso soffrono di dolore alla schiena nella zona lombare rispetto agli uomini in caso di infarto

del miocardio, questo vuol dire che spesso le donne trascurano questi sintomi perché pensano che siano dolori reumatici o dovuti all'età o che siano problemi muscolari. Quindi quando analizziamo la natura di un dolore toracico nel paziente che ci fa pensare a un problema cardiaco, valutare le differenze è importante ed è importante basarsi su dati empirici per prendere le decisioni corrette.

L'implementazione degli interventi infermieristici

Questi interventi si basano su concetti che si trovano nei protocolli.

La sigla **MONA** vuol dire **M**orfina **O**ssigeno **N**itrati e **A**spirina.

I nitrati per via endovenosa vanno dosati in funzione della pressione arteriosa e della riduzione del dolore, la morfina viene somministrata ogni 2-4 ore insieme ad un antiemetico, inoltre è importante continuare a monitorare il dolore del paziente, anche per valutare l'efficacia della morfina e dei nitrati; inoltre utilizziamo la mappa corporea per vedere come procede l'irradiazione del dolore e durante la degenza del paziente esso andrà sempre rassicurato, gli verranno date delle spiegazioni per aumentarne il comfort e ridurre lo stress.

In alcuni reparti la musicoterapia viene usata sempre di più, una forma di terapia che distrae il paziente, essi possono usare un walkman per ascoltare la musica che si portano da casa ed effettivamente si rilassano.

Questa è la tabella che mostra come valutiamo e controlliamo il dolore.

Qui vedete l'orario, il farmaco somministrato e che il punteggio del dolore è basso, il ritmo cardiaco è sinusale, il paziente mostra poi un'alterazione del tracciato con aumento del dolore e aumentiamo il dosaggio dei nitrati a 4 mg.

Vedete quindi che ci sono anche le alterazioni dell'ECG che ci fanno pensare a un infarto, gli somministriamo l'acetilmorfina, valutiamo il dolore, manteniamo la terapia con nitrati, informiamo il medico, un'ora dopo scendono i nitrati, diminuisce il dolore e facciamo il monitoraggio della PA.

Abbiamo una notevole autonomia, ma tutto quello che facciamo viene effettuato in funzione di protocolli molto rigorosi.

Gli interventi educativi

Non so se vi sia mai capitato di lavorare nel Regno Unito o se conosciate dei britannici, ma essi tendono a essere molto stoici, non si lamentano del dolore e questo rende più difficile il nostro lavoro, per cui è importante utilizzare delle domande aperte; costruire un rapporto terapeutico con il paziente è quindi fondamentale.

Molti pazienti escono dall'unità coronaria con un dolore toracico che non è stato trattato adeguatamente, quindi dobbiamo trovare delle strategie per risolvere questi problemi, incoraggiamo i pazienti a tenere anche un diario dove scrivere quando hanno dolore, a volte invece gli si dà una mappa corporea dove devono indicare se hanno dolore e gli insegniamo delle strategie per prevenirlo e/o affrontarlo quando sono a casa.

Come vedete abbiamo molti protocolli basati sulla ricerca che riguardano la frequenza dei sintomi algici, che riguardano le alterazioni dell'ECG per i pazienti in fase di ischemia cardiaca.

In ogni ospedale ci sono diversi protocolli che riguardano il trattamento del paziente che riceve delle infusioni per endovena o il monitoraggio della

somministrazione di oppiacei, l'utilizzo di dispositivi tecnici, la documentazione, l'interruzione della terapia con oppiacei e la gestione delle complicanze.

Inoltre se si utilizzano delle terapie alternative come il massaggio anche in questo caso è necessario utilizzare un protocollo.

È molto importante ricordare che se non parliamo con i pazienti è difficile capire come stanno e perché stanno in un certo modo. Come vedete su questa foto a volte quando siamo tristi nessuno capisce il nostro dolore. La tensione psicologica è molto comune nelle prime 48 ore ad esempio dopo un infarto del miocardio e può avere un impatto sui sintomi fisici e anche inibire il recupero per cui la comunicazione è vitale e fondamentale durante la degenza.

Il secondo caso di cui vorrei parlare riguarda un paziente in terapia intensiva dopo un intervento chirurgico. Le decisioni di intervenire per ridurre il dolore post-operatorio vengono influenzate dal tipo di intervento chirurgico perché se l'intervento è esteso e riguarda molti tessuti probabilmente il paziente sente molto più dolore di quanto non si senta con un intervento chirurgico minore. Ad esempio un intervento di protesi articolare è molto doloroso, il dolore dura molto più a lungo rispetto alla rimozione di un neo; inoltre se il paziente è già stato operato, la sua esperienza ha anche un ruolo, è importante quindi valutare quali agenti anestetici sono stati usati, i rischi respiratori, il rischio di potenziale tossicità, tutte queste sono variabili importanti da considerare quando si pensa a una strategia per il controllo del dolore.

Ora vi farò una breve presentazione rispetto agli interventi condotti dal personale infermieristico, parlerò della PCA. Dell'analgesia controllata dal paziente e dell'infusione tramite catetere epidurale.

Il controllo del dolore è a cura dell'infermiere. Quando l'infermiere percepisce che il paziente ha dolore e ne valuta l'entità, deve leggere la cartella farmacologia e capire cosa è stato prescritto.

Nel Regno Unito esiste una procedura rigida per la preparazione di soluzioni a base di oppiacei:

questi farmaci sono conservati a parte, ci vogliono due infermieri presenti: l'infermiere che controlla la quantità di farmaco e che lo prepara, si prende nota di quello che è stato preso, i due infermieri vanno dal paziente e devono essere sempre in due quando si prepara l'infusione o si effettua la somministrazione.

Questo è un processo che richiede molto personale, che è abbastanza lungo e che quindi vuol dire che i tempi di effettuazione della prestazione sono lunghi soprattutto in un reparto con molti pazienti.

La PCA si sta diffondendo sempre di più, questo meccanismo consente al paziente di controllare la somministrazione del farmaco, praticamente il paziente si dosa l'analgesia a seconda dell'intensità del dolore. È ovviamente possibile fissare dei parametri per evitare il sovradosaggio e il tempo di somministrazione.

La ricerca dimostra che è un metodo valido per ridurre il dolore, molto efficace rispetto ad altri.

Il sistema assicura che il paziente riceva in modo continuo l'analgésico e

gli studi che hanno analizzato questo metodo ci dicono che i pazienti lo preferiscono.

Richiede una certa destrezza manuale: un paziente con artrite che ha dei problemi alla manualità o che ha una lesione spinale non riesce a usare questo dispositivo, poi il paziente deve avere un buon livello di comprensione e di coscienza. Alcuni studi sostengono che questo metodo riduce l'interazione tra paziente e infermiere perché il paziente si controlla il dolore da solo, e che come con ogni dispositivo ci possono essere dei problemi di funzionamento e inoltre viene usato solo per 48 ore.

L'infusione epidurale è molto diffusa nel Regno Unito ed è adatta per persone con rischio operatorio, con problemi respiratori, per pazienti che avranno dolore grave al risveglio dall'intervento chirurgico.

Questo sistema aiuta a velocizzare il recupero e viene utilizzato per le prime 72 ore dall'intervento chirurgico, ma implica diversi rischi: perdita dal catetere, ematoma, ascesso, posizionamento o mal posizionamento del catetere, postura inadeguata, riduzione inadeguata del dolore, tossicità cardiorespiratoria.

Quindi gli interventi infermieristici sono basati sui principi della ricerca e sulle migliori evidenze. È importante monitorare l'efficacia dei trattamenti utilizzando il sistema PQRST, la scala VAS o una scala numerica. È importante monitorare la PA, la FC e la frequenza respiratoria. È importante adattare l'analgesia a secondo del dolore e anche gestire gli effetti collaterali come la nausea e il vomito. È assolutamente importante documentare tutto quello che facciamo soprattutto quando utilizziamo gli oppiacei o qualsiasi strategia della riduzione del dolore. In alcuni casi è importante rivolgersi a degli esperti, ad esempio, il team assistenziale incaricato alla gestione del dolore acuto. Nel Regno Unito circa 5 anni fa sono stati introdotti questi team costituiti da un infermiere, un fisioterapista, un farmacista e un medico; inoltre ci sono degli infermieri specializzati sul dolore che controllano la situazione del paziente e se necessario modificano la terapia.

La ricerca dimostra che quando c'è un team specializzato sul dolore si usa di più la PCA, il personale è più formato e conosce meglio i protocolli per la gestione post-operatoria, poi ci sono degli audit regolari su quello che viene fatto e l'impatto di questi team specializzati ha molto migliorato l'assistenza post-operatoria.

## **Metodi alternativi del controllo del dolore**

Come abbiamo detto prima, dare delle informazioni corrette è fondamentale per qualsiasi strategia di controllo del dolore, spiegare le procedure è cruciale, per certi pazienti abbiamo delle visite pre operatorie in reparto, si mostra al paziente come utilizzare il dispositivo per PCA e queste visite consentono al paziente di conoscere il personale infermieristico, l'ambiente della terapia intensiva e questi interventi contribuiscono a minimizzare l'ansia e ridurre lo stress. In alcuni casi può essere utilizzato il massaggio terapeutico, la

musicoterapia, la visualizzazione guidata che porta il paziente a pensare a dei bei posti come la spiaggia, a sorseggiare un aperitivo al sole e così via. Poi c'è l'ipnosi.

Per alcuni pazienti però queste strategie non funzionano.

L'ipnosi viene utilizzata in casi selezionati; mi ricordo di un paziente con una bassa soglia del dolore a cui erano state date delle cassette da ascoltare a casa, era un giovanotto piuttosto grosso ed era stato sottoposto a un intervento di cardiocirurgia, era sotto morfina e sedato, mi avevano detto di fare attenzione e che l'unica cosa che dovevo dirgli era «calmo». Quando questo omeone si è svegliato ha cominciato a tirare tutti i fili, io gli ho messo la mano sul petto e gli ho detto «calmo» e si è riaddormentato, per cui a volte l'ipnosi funziona.

Nel Regno Unito utilizziamo la scala dell'analgesia dell'OMS: per un paziente cronico si inizia con analgesici leggeri non oppioidi, si passa ad oppioidi leggeri e per il dolore grave e cronico si usano degli oppioidi forti. Dopo un intervento chirurgico in genere seguiamo questo percorso.

Nel Regno Unito abbiamo dei percorsi assistenziali di area critica che ci consentono di definire tutto quello che viene fatto al paziente: analisi, trattamenti e in tale percorso vengono implicati tutti i componenti del team sanitario.

Ad esempio vediamo il percorso assistenziale del primo giorno di un paziente sottoposto ad intervento di aneurisma dell'aorta: si iniziano gli antibiotici, il fisioterapista viene due volte, si riduce la sedazione, e si comincia il weaning respiratorio, se non ci sono segni negativi si procede con l'estubazione e si richiede un RX del torace, se vi sono rumori intestinali si comincia a dare da bere al paziente, lo si fa sedere sul letto e si comincia l'ossigenoterapia, si fa l'EGA, si riduce l'utilizzo degli oppiacei e si comincia a somministrare gli analgesici per via orale.

In terza o quarta giornata il paziente dovrebbe essere mobilizzato ed in grado di camminare, autonomamente, a questo punto dovrebbero essere sufficienti gli analgesici orali.

Il percorso quindi ci consente di individuare ogni fase nell'assistenza al paziente, ci consente di capire anche se gli standard funzionano bene o se ci sono degli insuccessi terapeutici. I percorsi assistenziali riconoscono il dolore di ogni paziente, riconoscono che il paziente è una persona. La documentazione ci consente di modificare il trattamento a seconda delle esigenze individuali del paziente. I percorsi assistenziali sono il tentativo di standardizzare l'assistenza data al paziente per garantire che egli riceva l'assistenza giusta al momento giusto dall'operatore sanitario giusto.

Ora qualche parola sull'autonomia: nel Regno Unito le normative sulla pratica professionale consentono agli infermieri di fare praticamente tutto, purché essi riescano a dimostrare che questo vada a beneficio del paziente, abbiano la formazione adeguata e siano competenti. In questo caso l'ospedale garantisce una coper-

tura assicurativa per la responsabilità professionale. Se però non ci si attiene ai protocolli stabiliti dall'ospedale allora non si è più coperti. Sono anche previsti dei corsi per la gestione del dolore, ma questi aspetti non fanno parte della formazione di base, sono competenze che si acquisiscono successivamente.

Infine il mio messaggio per voi è che al di là delle linee guida, al di là dei protocolli basati sulle evidenze, è che il ruolo dell'infermiere è fondamentale. Il controllo del dolore è basato sulla collaborazione con il paziente: questo va sempre ricordato.

Grazie.

**Assessment and management of pain  
in adult patients in critical care units.  
A United Kingdom perspective**

John W. Albarran, Principal Lecturer in Critical Care,  
University of the West of England  
BRISTOL



Faculty of Health  
and Social Care

1

**Why assess a patient's pain?**

- Professional duty (NMC 2004)
- Improving and maintaining nurse-patient relationship
  - Continuity care
  - Individuality
  - Promote patient involvement

2

- Humanitarian concern
- Accountability and legal implications
- Diagnostic reasons
- Therapeutic interventions

3

Pain is what the patient says it is,  
and it exists when the  
experiencing person says  
it does  
(McCaffrey 1965)



A nurse has a duty to learn  
as much as she can about  
the nature of every individual's  
pain (Gooch 1989:295)

4

### **Case 1: Patient presenting with chest pain of cardiac origin**

- Decisions to intervene
  - Presenting clinical history
  - Physical examination
  - External evidence - ECG interpretation
  - Serum biomarkers

5

### **Assessment and planning care**

- Systematic assessment of pain: PQRST tool
- Measuring severity of pain: VAS or NRS
- Gender differences
- Preliminary data from ECG - ST elevation in contiguous leads
- Other symptoms, nausea & vomiting
- Non-verbal behaviours

6

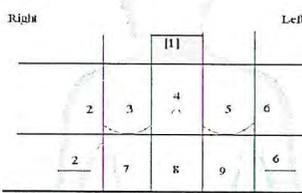
### Using the PQRST mnemonic to inform decisions and differentiate pain

- Presentation
- Quality
- Radiation/Region\*
- (other) Symptoms
- Temporal association/duration
  - Intensity score - VAS
  - Mapping out the pain



7

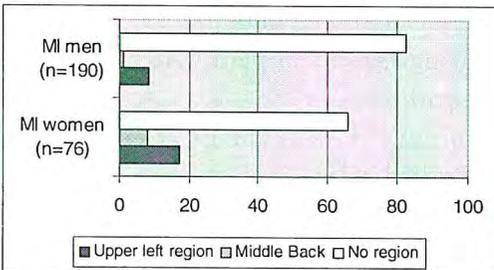
### Men and women with MI localising pain to the anterior surface of the chest



|                    | Women (n=76) | Men (n=190)     |
|--------------------|--------------|-----------------|
| Front neck         | 30.3%        | 16.3% (p=0.015) |
| Right arm/shoulder | 39.5%        | 24.7% (p=0.02)  |

8

### Experiences of dorsal chest pain radiation according to gender and presence of MI



| Group           | Upper left region | Middle Back | No region |
|-----------------|-------------------|-------------|-----------|
| MI men (n=190)  | ~10%              | ~82%        | ~8%       |
| MI women (n=76) | ~15%              | ~65%        | ~20%      |

9

**Implementation of nursing interventions (basic and technical)**

- MONA
- Titrated nitrates to keep systolic >90mmHg based on chest pain symptoms
- Morphine & anti-emetic 4 hourly
- Monitoring pain intensity and location/radiation
- Reassurance and explanations
- Music therapy



10

| Time  | ISDN      | Pain Score | ECG changes and actions   |
|-------|-----------|------------|---|
| 09:37 | 2mgs/hr   | 2/10       | Sinus rhythm, ISDN continues  |
| 10:00 | 4mgs/hr ↑ | 7/10       | Just had a wash, ST elevation II, III AVF by 1mm; IV Diamorphine and chlorpromazine given |
| 10:15 | 4mgs/hr   | 5/10       | ST still unstable, medical staff aware  |
| 10:30 | 3mgs/hr ↓ | 5/10       | Feeling comfortable, SBP 120/88 mmHg  |

11

**Educational interventions**

- Encouraging patients to report their pain
- Teaching patients to understand the significance of their symptoms and how to respond to them
- Maintaining diary of their symptoms
- Teach strategies for preventing further ischaemic symptoms

12

### Clinical Protocols



- For increased frequency of pain symptoms
- Signs of ECG changes
- Training, administration, monitoring of infusions, use of equipment, documentation, discontinuation, management of complications
- Use of complementary therapies-massage

13

Sometimes when you're sad...  
no one understands your pain...



14

### Case 2: The patient following surgery in intensive care unit

- Decisions to consider
  - Type of surgery involved
  - Type of anaesthesia
  - Respiratory risks
  - Potential for toxicity

15

### **Pain management**

- Nurse led
- Patient controlled
- Epidural infusion
  - Management of side effects

16

### **Nurse-led**

- Medication given as prescribed
- There are tight procedures for safe-keeping of controlled drugs
- Can involve two nurses checking drugs
- Time consuming

17

### **Patient controlled analgesia**

- Patients titrates dose according to their pain
- Parameters can be set to avoid over-dose (lock-outs) and limit dose over-time
- Rapid pain relief is faster than other methods
- Background infusion
- Preferred by patients
- Requires manual dexterity
- Good understanding and level of consciousness
- May reduce nurse-patient interaction
- Equipment malfunction
- Often only used for 48 hours



18

### **Epidural infusions**

- Operative risk
- Useful for severe pain
- Enhance recovery
- Used for first 72 hours after surgery
- Cannula leak
- Haematoma
- Abscess
- Misplaced catheter
- Inadequate block
- Cardiorespiratory toxicity
- Spinal block

19

### **Nursing interventions (basic and technical)**

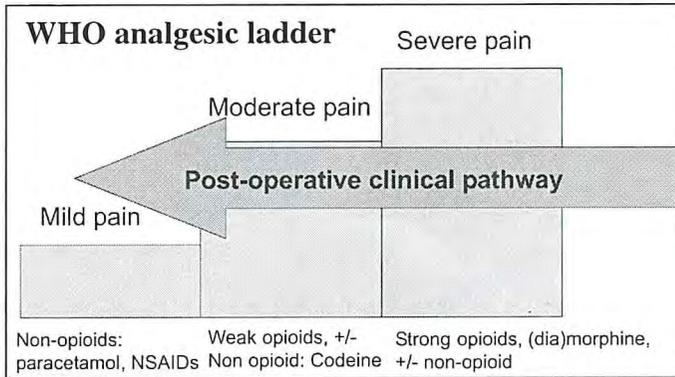
- Monitoring for signs of pain and effectiveness of treat/PQRST tool/Blood pressure, heart rate and respiratory pattern
- Adjust analgesia according to protocol
- Managing side effects: nausea/vomiting
- Documentation
- Seek expert help - Acute Pain care team

20

### **Educational and alternative methods of pain control**

- Information giving, explaining procedures, pre-operative visits to unit/demonstration of equipment
- Therapeutic massage
- Music therapy
- Guided imagery
- Hypnotherapy - cardiac surgery

21



22



23

- Autonomy**
- Scope of professional practice (UKCC 1992)
  - IV study course
  - Epidural study programme

24



27

**2<sup>nd</sup> Congress of the European federation of  
Critical Care Nursing associations**

10-12 November 2005  
Amsterdam, The Netherlands

**AMSTERDAM  
SURPRISE!**

Congress web site: [www.efccna.org/congress 2005](http://www.efccna.org/congress%202005)  
Abstract Submission: [abstract@efccna.org](mailto:abstract@efccna.org)  
Congress office: [paog@vumc.nl](mailto:paog@vumc.nl)

**EFCCNa**  
First announcement  
and call for abstracts  
2<sup>nd</sup> Congress of the  
European Federation of Critical  
Care Nursing Associations  
10<sup>th</sup> - 12<sup>th</sup> of November 2005  
Amsterdam, The Netherlands  
**EFCCNa**  
[www.efccna.org](http://www.efccna.org)

28

# COME, IN EUROPA, GLI INFERMIERI ASSISTONO UNA PERSONA CON DOLORE IN SITUAZIONE CRITICA? QUALI SONO LE LINEE CHE SEGUONO PER L'INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI OPERATORI? ESISTONO MODELLI DEFINITI O MODALITÀ PRATICATE?

A.B. ADELL

Nurse Manager in ICU. President Spanish Association of Intensive and Coronary Care Nursing, SEEIUC.  
Servicio de Medicina Intensiva Hospital General de Castellon - Spagna

## **Definizione**

Il dolore è una sensazione sgradevole che può diventare insopportabile per coloro che ne soffrono e che fa parte dell'esperienza vissuta della maggior parte dei pazienti che sono in ospedale.

Il 40 % dei pazienti in ICU, raccontano di avere dolore in un certo momento del loro ricovero, malgrado l'aver ricevuto sedativi che hanno l'effetto di provocare amnesia (1,9).

L'analgesia e la sedazione del paziente critico sono aspetti importanti del suo trattamento, dato l'aumento dei sistemi di sostegno ai pazienti sottoposti a complessi trattamenti di supporto vitale, per lungo tempo, che sono solitamente scomodi, dolorosi e possono richiedere immobilità.

## **Cause che interferiscono col dolore (2,3)**

### *Cause dirette*

– Condizioni patologiche che causano: ipossiemia, alterazioni della glicemia, infarto del miocardio, dolore addominale, traumatismi, interventi chirurgici.

– Attività proprie di una ICU, tecnologie diagnostiche o trattamenti, alcuni molto invasivi come: intubazione endotracheale, inserzione di cateteri, ecc.

### *Cause non dirette*

– L'ansia ed il timore sperimentati dal paziente e dalla sua famiglia, sono causati spesso dalla non conoscenza della situazione reale del paziente. Questa mancanza di conoscenza può dare risalto all'atmosfera stressante intorno ai pazienti.

– Agitazione, causata da parecchi motivi, fra loro privazione del sonno, l'aumento di CO<sub>2</sub>, ecc. ...

– Incapacità a comunicare

- Sedazione non appropriata nei pazienti intubati
- L'ambiente della ICU, stressante con rumori, luci
- Perdita di indipendenza fisica, depressione
- Confusione spazio-temporale, disorientamento

### **Effetti collaterali del dolore**

- Respiratori: quali atelectasie ed iposseimie, caratteristici del dolore conseguente ad intervento toracico o addominale. Il paziente risponde al dolore con una diminuzione della funzione diaframmatica e con un aumento del tono dei muscoli toracici ed addominali, che non lo rende in grado di avere una respirazione normale.

- Cardiocircolatori: il dolore causa un aumento delle catecolamine circolanti che conduce a un aumento della pressione arteriosa, tachicardia, aumento del lavoro cardiaco che causa un aumento del consumo di ossigeno al livello del miocardio. Sono effetti secondari che interessano seriamente i pazienti con difficoltà coronariche ed è per questo che dobbiamo considerare, impedire ed evitare il rischio causato dal dolore.

- Digestivi ed urinari: il dolore causa una diminuzione nella motilità gastrointestinale che può causare nausea, vomito e perfino una paralisi intestinale; quando la diminuzione di motilità interessa l'apparato urinario, può anche comparire ritenzione. Questi effetti secondari sono più frequenti in pazienti dopo interventi chirurgici addominali.

- Endocrini e metabolici, il dolore causa un aumento delle catecolamine, il risultato è iperglicemia ed anche glicosuria, poi compare un aumento dell'acido lattico, con ritenzione idrica e di sodio. Questa è la risposta allo stress.

### **Gestione del dolore in ICU**

La gestione del dolore è una componente essenziale della qualità della cura ai pazienti critici. Poiché i risultati sono difficili da predire, la gestione della terapia del dolore e palliativa devono essere i benefici principali offerti dall'équipe. La gestione del dolore comincia con l'uso di strategie efficaci per riconoscere, valutare e controllare il dolore. L'abilità nel gestire il dolore richiede la conoscenza sia delle terapie farmacologiche che non-farmacologiche.

#### ***Il controllo del dolore con prodotti farmacologici***

L'associazione americana di area critica (SCCM) ci ricorda che ogni paziente ha diritto di ricevere un'analgesia adatta e raccomanda che il primo scopo della somministrazione di un prodotto calmante o analgesico ad un paziente critico dovrebbe essere «calmare il dolore». (6)

Inizialmente dovremo considerare lo scopo che desideriamo ottenere con l'uso di un sedativo e con l'uso di un analgesico, prendendo sempre in considerazione che dobbiamo seguire tre punti:

### 1. *Analgesia = controllo del dolore*

Il dolore è (era) un problema rilevante per i pazienti ricoverati in ICU; questo dolore è condizionato dalla patologia del paziente e dalle numerose tecnologie diagnostiche e terapeutiche che i pazienti critici devono sopportare.

### 2. *Sedazione*

È usata come tecnica per facilitare altri trattamenti, per mantenere libero il paziente da ansia e da dolore. La sedazione tenta di ottenere il benessere del paziente ed anche la sua sicurezza, mantenendolo calmo affinché la sua ansia non interferisca nel processo assistenziale.

### 3. *Rilassamento muscolare*

Serve ad ottenere il blocco neuromuscolare.

Consiste nell'abolire i riflessi motori e rilassare il muscolo scheletrico. Nelle ICU i farmaci per la distensione muscolare sono utili per il controllo dei pazienti critici che hanno bisogno di un migliore controllo della compliance polmonare quando l'analgesia e sedazione sono risultati non essere sufficienti per controllare la situazione.

Scopi:

- Facilitare la ventilazione meccanica
- Controllo dell'ipertensione endocranica
- Riduzione del consumo di ossigeno
- Controllare gli spasmi muscolari come accade con il tetano.

Non insisterò sul trattamento con miorilassanti poiché non ci interessa al momento.

L'uso di miorilassanti ci forza a mantenere il paziente calmo e propriamente sedato ed esente da dolore.

Una delle esperienze più sgradevoli che possiamo indurre, è mantenere un paziente assolutamente disteso senza fornirgli una sedazione adatta.

La tendenza corrente, è basata sul sostegno dei pazienti critici, in uno stato in cui sarà facile svegliarli quando riteniamo opportuno, in modo che i pazienti potranno avere un contatto idoneo il personale tanto da poter collaborare alle procedure diagnostiche o terapeutiche da effettuare.

È stato descritto che la sedazione è collegata con la diminuzione dei giorni di ventilazione meccanica e del soggiorno in ICU. (7)

### *Focalizzare il trattamento migliore*

- Come dovrebbe essere l'analgesico ed il sedativo migliore?
- Rapidità d'azione

- Sedazione efficace ed adatta
- Recupero rapido dopo la sospensione del trattamento
- Facilità di somministrazione
- Scarso accumulo
- Scarsi effetti collaterali
- Poche interazioni farmacologiche
- Buon rapporto costo-efficacia.

Quale è l'opzione farmacologica più comune?

- ✓ MORFINA
- ✓ REMIFENTANIL
- ✓ FENTANIL
- ✓ EMLA

Esiste ovviamente un numero importante di prodotti farmacologici con effetto analgesico/sedativo, ma ho elencato i più usati al momento nelle terapie intensive spagnole. Vorrei ricordarvi il nuovo concetto della «*sedazione dinamica*» che è stato introdotto non troppo tempo fa nelle ICU.

Il relativo nome viene dal campo dell'anestesia e permette ai medici di misurare il livello desiderabile della analgesia e sedazione durante il ricovero dei pazienti nella ICU.

Lo scopo è usare i dosaggi adatti, in modo da mantenere il malato critico cosciente, ma senza dolore. I bisogni di sedazione e di analgesia e quindi la profondità della stessa cambiano durante il giorno, durante la realizzazione dei test o delle procedure dolorose, ma d'altra parte sarebbe interessante effettuare un livello più superficiale durante un'esplorazione neurologica o persino quando il paziente riceve le visite dei suoi parenti, tuttavia, durante la notte sarebbe consigliabile un livello profondo della sedazione analgesia per aumentare o assicurare il sonno (9).

D'altra parte è necessario considerare quando vorremmo interrompere la somministrazione di analgesici/sedativi; questi pazienti potrebbero sentire dolore, noi quindi dovremo iniziare in anticipo un analgesia di transizione. Dobbiamo iniziare questa analgesia di transizione abbastanza precocemente affinché il nuovo analgesico scelto possa raggiungere il relativo effetto massimo quando sia terminata l'infusione endovenosa di quello precedente.

### ***Il controllo del dolore con i prodotti non farmacologici***

- Stimolo elettrico nervoso attraverso la pelle (10)

È costituita dallo stimolo nervoso per mezzo degli elettrodi applicati sulla superficie della pelle, usando una corrente alternata a bassa frequenza per mezzo di un dispositivo portatile. Anche se il relativo uso non è diffuso nelle ICU spagnole. Il relativo uso è controindicato per i pazienti portatori di pace-maker e per le donne in gravidanza.

- Crio-coagulazione:

Possiamo ottenere il blocco nervoso con l'applicazione del freddo in un

nervo periferico per mezzo di un dispositivo speciale. È al giorno d'oggi una tecnica molto invasiva e non in uso nelle ICU spagnole.

– Agopuntura

Stimolo per mezzo di aghi sottili in certi punti del corpo. Non usato nelle ICU spagnole, ma potrebbe essere un'alternativa in alcuni casi. Queste tre tecniche precedenti esistono ma non sono usate nelle ICU spagnole.

– Terapia fisica

Esercizi quali i massaggi, le manipolazioni o gli ultrasuoni che contribuiscono a ridurre il dolore locale; in questo caso l'ospedale fornisce ai pazienti questa cura.

– Psicoterapia e metodi alternativi

Forniscono il supporto psicologico ai pazienti. Queste tecniche possono contribuire a ridurre l'ansia e possono aiutare il paziente e la loro famiglia ad affrontare il problema o l'ansia causata dal dolore.

Gli ospedali spagnoli possono fornire quasi sempre questa prestazione, ma sono gli infermieri che insegnano ai pazienti e alle famiglie come si attuano queste tecniche.

### **Come il dolore può essere misurato?**

Fondamentalmente ci sono tre metodi per misurare il dolore clinico:

– Ottenendo le informazioni soggettive dal paziente, se cosciente.

– Osservando il comportamento del paziente.

– L'infermiere deve valutare diversi segni come l'aumento del ritmo cardiaco, della pressione sanguigna o del ritmo respiratorio; anche usando le determinazioni laboratoristiche.

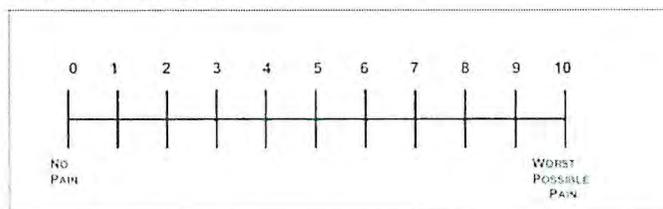
Dobbiamo prenderli in considerazione per i pazienti non coscienti.

### **Scale di valutazione del dolore**

– VAS - Visual Analogue Scale

La VAS si presenta graficamente come una linea orizzontale di 10 cm orientata da sinistra a destra. Le due estremità della linea sono definite da «Nessun dolore» e dal «Massimo dolore immaginabile».

Al retro della linea mostrata al paziente, corrisponde una scala numerica da 1 a 10 simile alla NS che non influenza il paziente nell'esprimere il reale grado di dolore. Il paziente indica un punto sulla linea che rappresenta l'intensità del dolore in quel momento e l'operatore rileva il dato consultando la scala numerica corrispondente al punto definito dal paziente stesso.

**Visual Analogue pain scale**– *La scala di Andersen*

La scala che di Andersen è usata per stimare il dolore dopo un trauma o interventi addominali, noi possiamo usarla con i pazienti semicoscienti e la risposta verbale del paziente è necessaria.

Se non possiamo ottenerli stimeremo i segni clinici come:

avere gli occhi pieni di lacrime, tachicardia, un aumento della frequenza respiratoria o l'aumento della dilatazione della pupilla. Questi segni indiretti saranno nella maggior parte dei casi quelli che indicheranno se un paziente critico sta ricevendo la dose corretta dell'analgésico.

| TEST DI VERIFICA  | PUNTEGGIO |
|---|-----------|
| Nessun dolore   | 0         |
| Nessun dolore a riposo e dolore lieve con tosse o movimento   | 1         |
| Dolore leggero a riposo e moderato con movimento o tosse      | 2         |
| Dolore moderato a riposo e severo con movimento o tosse       | 3         |
| Dolore severo a riposo e dolore estremo con movimento o tosse | 4         |
| Dolore estremo a riposo                                       | 5         |

– *Scala di sedazione di Ramsay*

Non stima il livello dell'analgésia, ma il livello della sedazione. È considerata come una delle scale più utili nella gestione del paziente adulto. È la scala usata dalle infermiere in Spagna per valutare lo stato di analgesia e sedazione del paziente. I risultati sono inclusi sempre come annotazioni nella documentazione (grafici elettronici o di carta) ogni volta che valutiamo lo stato di coscienza (11).

|             |  |
|-------------|--|
| LIVELLO I   | Ansia e agitazione estrema                   |
| LIVELLO II  | Paziente coeoperante, tranquillo e orientato |
| LIVELLO III | Paziente che esegue gli ordini verbali       |
| LIVELLO IV  | Risposta immediata agli stimoli              |
| LIVELLO V   | Risposta attenuata agli stimoli              |
| LIVELLO VI  | Assenza di risposta agli stimoli             |

– The Behavioral Pain Assessment Scale

| <b>Behavioral pain assessment scale</b><br>(For Patients Unable to Provide a Self Report of Pain: Scored 0-10 Clinical Observation)  |   |  |   |                      |
|--|---|--|---|----------------------|
| <b>Face</b>  | 0<br>Face muscles relaxed                       | 1<br>Facial muscle tension, frown, grimace           | 2<br>Frequent to constant frown, clenched jaw                   | Face Score           |
| <b>Restlessness</b>  | 0<br>Quiet, relaxed appearance, normal movement | 1<br>Occasional restless movement, shifting position | 2<br>Frequent restless movement may include extremities of head | Restlessness Score:  |
| <b>Muscle tone *</b>   | 0<br>Normal muscle tone, relaxed                | 1<br>Increased tone, flexion of fingers and toes     | 2<br>Rigid tone   | Muscle Tone Score    |
| <b>Vocalization **</b>   | 0<br>No abnormal sounds                         | 1<br>Occasional moans, cries, whimpers or grunts     | 2<br>Frequent or continuous moans, cries, whimpers or grunts    | Vocalization Score:  |
| <b>Consolability</b>   | 0<br>Content, relaxed                           | 1<br>Reassured by touch or talk. Distractible        | 2<br>Difficult to comfort by touch or talk                      | Consolability score: |
| <b>Behavioral Pain Assessment Scale Total (0 to 10)</b>  |   |  |   | <b>/10</b>           |
| * Assess muscle tone in patients with spinal cord lesion or injury at a level above the lesion or injury. Assess patients with hemiplegia on the unaffected side. ** This item cannot be measured in patients with artificial airways  |   |  |   |                      |
| <b>How to Use the Pain Assessment Behavioral Scale:</b>  |   |  |   |                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observe behaviors and mark appropriate number for each category.</li> <li>• Total the numbers in the Pain Assessment Behavioral Score column.</li> <li>• Zero = no evidence of pain. Mild pain = 1-3. Moderate Pain = 4-5. Severe uncontrolled pain is &gt;six.</li> </ul>  |   |  |   |                      |
| <b>Considerations:</b>   |   |  |   |                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Use the standard Pain Scale whenever possible to obtain the patient's self-report of pain. Self-report is the best indicator of the presence and intensity of pain.</li> <li>• Use this scale for patients who are unable to provide a self-report of pain.</li> <li>• In addition, a «Proxy pain evaluation» from family, friends, or clinicians close to the patient may be helpful to evaluate pain based on previous knowledge of patient response.</li> <li>• When in doubt, provide an analgesic. «If there is reason to suspect pain, an analgesic trial can be diagnostic as well as therapeutic». (AHCPR Acute Pain Management Guidelines Panel 1992b, p. 41)</li> </ul> |   |  |   |                      |

Campbell M., Unpublished data; October 2000. Adapted with permission

– *La scala di Richmond della agitazione-sedazione*

| Punto | TERMINE              | DESCRIZIONE  |
|-------|----------------------|--|
| +4    | Combattivo           | Evidentemente combattivo o violento; pericolo immediato per il personale                                 |
| +3    | Molto agitato        | Tira e/o rimuove i drenaggi e/o i cateteri e/o ha comportamento aggressivo verso il personale            |
| +2    | Agitato              | Movimento afinalistico o cattiva dinamica respiratoria   |
| +1    | Mancanza di riposo   | Ansioso o apprensivo ma con movimenti non aggressivi o vigorosi  |
| 0     | Sveglio e calmo      |  |
| -1    | Assopito             | Non completamente sveglio, ma ha sostenuto (più di 10 secondi) una fase di risveglio con contatto visivo |
| -2    | Lievemente sedato    | Breve risveglio (meno di 10 secondi) con contatto visivo alla stimolazione verbale                       |
| -3    | Moderatamente sedato | Movimenti qualsiasi alla stimolazione verbale senza contatto visivo                                      |
| -4    | Profondamente sedato | Mancata risposta agli stimoli verbali, movimenti alla stimolazione fisica                                |
| -5    | Non risvegliabile    | Nessuna risposta allo stimolo fisico o verbale   |

### Gestione infermieristica del dolore

Il nostro scopo è di alleviare il dolore e portarlo ad un livello tollerabile per la persona in cura.

1. Fare una valutazione esauriente da tutti i punti di vista.
  - Usare le scale della valutazione del dolore in pazienti critici che non possono comunicare.
  - Registrare i risultati di questa valutazione nella grafica infermieristica. Sarà fatta ogni ora o persino ogni 30 minuti se è necessario.
  - Comunicare al medico la comparsa del dolore e delle relative caratteristiche.
  - Se il dolore si associa ad agitazione, è necessario fare una diretta e costante osservazione del paziente, impedirgli di farsi del male con azioni inconsce (trazione dei cateteri o tubi, cadute...).

L'infermiere di area critica deve stare vicino al paziente finché l'agitazione non cessa.
2. Gestire l'analgésico-sedativo secondo la prescrizione del medico, assicurandosi di:

- Conoscere il principio attivo prescritto dal medico e il relativo processo di preparazione ed il relativo uso.
  - Controllo del software delle pompe di infusione quando l'infusione endovenosa è necessaria.
  - Assicurarci che il paziente non abbia allergie per evitare gli effetti secondari non desiderabili.
  - Individualizzazione del trattamento, ricordando che è necessario sempre usare un prodotto analgesico o calmante secondo il peso di ogni paziente.
  - Controllare il paziente e monitorare i parametri vitali.
  - Valutare l'efficienza del prodotto somministrato ad intervalli regolari.
  - Annotare sulla grafica infermieristica il medicamento usato, la relativa dose ed il tempo di inizio.
3. Controllare i segni vitali ed il dolore, per mezzo delle scale precedentemente presentate.
4. Concordare con il medico l'analgesia – sedazione; è importante conoscere che livello di analgesia desideriamo offrire e quale livello è necessaria per ogni paziente. Ricordiamoci del concetto "della sedazione dinamica".
5. Prima alla realizzazione di tutte le procedure dolorose, dobbiamo offrire loro una spiegazione e se è possibile usare un analgesico locale.
6. Applicare le tecniche non farmacologiche, fornire informazioni ai pazienti ed anche alla loro famiglia.
- Sapere se in occasioni precedenti il paziente ha sofferto un determinato genere di dolore e come era controllato. Dobbiamo instaurare un buon livello della comunicazione.
  - Permettere alla famiglia di restare vicino al paziente, se questo lo conforta e rilassa.
  - Favorire l'assunzione di posizioni comode, cambiando la biancheria del letto se necessario.
  - Favorire un ambiente confortevole intorno al paziente, riducendo l'intensità della luce ed i rumori (parlando con un tono basso e adattare il volume degli allarmi).  
Favorire il microclima idoneo anche se spesso queste misure sono difficili da attuare in quanto dipendono molto dalla struttura della ICU.  
È consigliabile che le stanze abbiano luce naturale, questo permette ai i pazienti di distinguere il giorno e la notte.
  - Permettere che il paziente abbia nella propria stanza alcuni oggetti che gli ricordino cose piacevoli della sua vita quotidiana (amici o foto della famiglia, un certo regalo...).
  - Ridurre l'ansia del paziente è un ottimo presupposto per la sua collaborazione.  
Una delle tecniche usate per fare diminuire l'ansia nelle ICU spagnole è la musicoterapia (è permesso ai pazienti svegli o calmi di avere la loro musica. Vi è prova che la musica diminuisce l'ansia percepita dal paziente, ma più studi sono necessari per poter confermare se in più la musicoterapica può ridurre il dolore riducendo lo sforzo (13).

## References

1. BION JF. *Sedation and analgesia in the intensive care unit*. Hospital Update 1988; 14:1272-1286
2. KORNFIELD DS. *Psychiatric view of the intensive care unit*. BMJ 1969;1:108-11
3. MCGUIRE BE, BASTEN CH, RYAN CH, GALLAGHER J. *Intensive care unit syndrome. A dangerous misnomer*. Arch Intern Med. 2000;160:906-9
4. <http://www.uninet.edu/tratado/c120203.htm>
5. MULARSKI RA. *Pain management in the intensive care unit*. Crit Care Clin. 2004 Jul; 20(3):381-401.
6. JACOBI J, FRASER GL, COURSION DB, RIKER RR, FONTAINE D, WITTBRODT ET, et al. *Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult*. Crit Care Med 2002;30:119-41
7. KOLLEF MH, LEVY NT, AHRENS TS, SCHAIFF R, PRENTICE D, SHERMAN G. *The use of continuous sedation in associated with prolongation of mechanical ventilation*. Chest 1998;114:541-48
8. TRAN N. FRACP, PRETTO J. B APPL SC, WORSNOP CH, FRACP, FCCP. *A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Topical Amethocaine in Reducing Pain During Arterial Puncture*. Chest 2002; 122:1357-1360
9. CATALA E, GENOVÉ M. *Actualizaciones en Técnicas de control del dolor en el paciente grave*. En: Ediciones Masson S.A. Avances y tecnología en Medicina Intensiva. Álvar Net 2004. p. 239-252.
10. ERDEK MA, PRONOVOST PJ. *Improving assessment and treatment of pain in the critically care unit*. Int J Qual Health Care. 2004 Feb;16(1):59-64
11. RAMSAY MA, SAVEGE TM, SIMPSON BR, GOODWIN R. *Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone*. BMJ 1974; 2:656-59
12. SESSLER C, GOSNELL M, GRAP MJ, BROPHY G, O'NEAL P, KEANE K, TESORO E, ELSWICK RK. *The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2002; 166:1338-44
13. IRIARTE A. *Efectividad de la musicoterapia para promover la relajación en pacientes sometidos a ventilación mecánica*. Enferm Intensiva 2003; 14(2):43-48.

Spanish Critical Care and Coronary Units Nursing Association. SEEIUC

**PAIN MANAGEMENT AT INTENSIVE CRITICAL CARE**

Amparo Bernat Adell

1

**Definition** SEEIUC

The pain is a disagreeable sensation that can become unbearable for the one that suffers from it, and takes part of the experiences of the majority of patients who join a hospital. Up to 40% of patients joined Intensive Care Units (ICU), they recount to have suffered pain in some moment of their stay in the ICU, despite they had received sedative medicines with amnesic effect. (1,9)

2

**Pain causes** SEEIUC

Direct causes:

- Signs of the own disease that they cause: hypoxemia, alterations of the glucose, myocardial or hearth attack, abdominal pain, traumatism, surgeries...
- ICU's own activities, technologies so much to diagnose so to set a treatment, some of them very aggressive like: endotracheal intubations, heals, ca-theters insertion, etc. ... (2,3)

3

**Pain causes** SEEIUC

Not direct causes:

- The anxiety and fear experienced by both, the patient and his family, it's often caused by the ignorance of the real patient's situation. This lack of knowledge can emphasize the stressful atmosphere around the patient.
- Agitation, caused by several reasons, among them deprivation of the dream, the increase of CO<sub>2</sub>, ecc.
- The disability to communicate.

4

**Pain causes** SEEIUC

Not direct causes:

- The unsuitable sedation for intubated patients.
- Loss of the physical independence, depression.
- Time and space confusion or disorientation.
- ICU's own environment, stressful place with noises, lights ...

5

**Side effects caused by pain** SEEIUC

- Respiratory such as atelectasias and hypoxemia, characteristics of the pain caused as consequence of thoracic or abdominal surgery.
- Cardiocirculatory, they are side effects that seriously matters patients with coronary troubles.
- Digestive and Urinary, these side effects are more frequent in patients after suffering an abdominal surgery
- Endocrine and Metabolic. It is what is named a response to the stress. (4)

6

**Managing pain at ICU** SEEIUC

Pain management is an essential component of quality care delivery for critically ill patients. Because outcomes are difficult to predict at ICU, high-quality pain management and palliation may be the main benefits offered by the health care team. Appropriate palliation of pain begins with the use of effective strategies for recognizing, evaluating and monitoring pain. Skills in pain management requires knowledge of both pharmacologic and nonpharmacologic therapies. (5)

7

**The pain control with pharmaceutical products** SEEIUC

The American Association of Critical Care Medicine (SCCM) reminds us that every patient has right to receive a suitable analgesia, and recommends that the first aim during the administration of a sedative or analgesic product to a critical patient should be to calm the pain. (6, 7)

8

SEEIUC

### Septs

- **Analgesia = control of the pain**  
The pain is (was) a great problem for the patients joined ICU's, this pain is conditioned by the patient's pathology and by the numerous diagnoses and therapeutic techniques.
- **Sedation = dream**  
It is used as a helping technique for facilitating other treatments, trying to maintain the patient free of anxiety and pain. The sedation tries to obtain the well-being of the patient and also his safety.
- **Muscular relaxation**  
It tries to obtain the neuromuscular blockade. It consists of abolishing the motor reflexes and providing the easing of the skeletal muscle. At Intensive Care Units the muscular relaxing drugs are useful for the control of critical patients who need a better manage of their lung compliance when analgesia and sedation turned out to not be enough to control the situation. (8)

9

SEEIUC

### Septs

One of the most disagreeable experiences we can induce, it's to keep a patient absolutely relaxed without providing him a suitable sedation.

10

SEEIUC

### Septs

The current trend, it's based on supporting critical patients in a state in which it will be easy to wake them up when we consider appropriated, so that patients will be able to maintain a well contact with us, so they will be able in cooperating with certain diagnostic or therapeutic procedures. There has been described that the above mentioned aspect of the sedation is related with the decrease of the mechanical ventilation days and of the length stay in an ICU.

11

SEEIUC

### Focusing on the analgesia treatment

How should be the best analgesic and sedative?

1. Quick appearance of action.
2. Effective and suitable sedation.
3. Quick recovery on stopping its administration.
4. Easy to administer.
5. Few accumulation.
6. Few side effects.
7. Few pharmacological interactions.
8. Cost-effective.

12

SEEIUC

### Pharmacological option

#### MORPHINE

- The pharmacological action:
  - It's an opiate.
  - It acts on the pharmacological specific receptors that are distributed through the Central Nervous System and also through Peripheral Nervous System.
  - Life span of elimination from 2 to 4 hours
  - It causes dependence

13

|  |
|--|
| <b>SEEIUC</b>  |
| <b>Pharmacological option</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• It's use: Analgesic.</li><li>• Dose preparation for administration:<ul style="list-style-type: none"><li>– Bolus. Indicated to offset a pain of sharp appearance. Blisters of 1% of Morphine Chloride. 1 ml = 10 mg. Bolus of 2 mg. We wait for patient's response between 5-10 minutes. Preparation 1 mg of 1% of Morphine Chloride + 9 ml of saline serum.</li><li>– Intravenous infusion to obtain long time analgesia. Blisters of 2% of Morphine Chloride. 1 ml = 20 mg. Preparation 100 mg (5ml) of 2% of Morphine Chloride + 45 ml of Saline Serum. Infusion mg/kg/day.</li></ul></li></ul> |

14

|   |
|---|
| <b>SEEIUC</b>   |
| <b>Pharmacological option</b>   |
| <b>Taken care:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• To know the exact weight of the patient.</li><li>• To use venous central route.</li><li>• It's better to use a central an exclusive route for analgesia/sedation.</li><li>• There is a need to use a pump (syringe pump) with suitable software.</li><li>• It's not allowed to push analgesic or sedative products with other solutions.</li><li>• Carry on the control of the patient's haemodynamic.</li><li>• Carry on the control of the patient's consciousness level.</li><li>• Carry on asepsis measures. (Gloves and hand washing at minimum).</li></ul> |

15

|  |
|--|
| <b>SEEIUC</b>  |
| <b>Pharmacological option</b>  |
| <b>Side Effects:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Morphine Chloride is metabolized in the liver and it is eliminated by renal route. We have to take care on its use when renal or hepatic insufficiencies.</li><li>• Morphine Chloride may cause a blood pressure decrease; we have to carry on its control.</li><li>• It's not recommended to withdraw a Morphine Chloride infusion sharply; we have to remember that it causes addiction.</li><li>• There is a need to prevent patient from suffering nauseas or vomits. Ask the physician for the treatment we have to set in case it would happen.</li><li>• Carry on the control of respiratory failure.</li><li>• Carry on the control of drowsiness.</li><li>• Carry on the control of itching, constipation and urinary retention.</li></ul> |

16

|   |
|---|
| <b>SEEIUC</b>   |
| <p><b>Pharmacological option</b></p> <p><b>REMIFENTANILO (ULTIVA)</b></p> <p>The pharmacological action:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• It's an opiate.</li> <li>• It acts on the pharmacological specific receptors that are distributed through the Central Nervous System and also through Peripheral Nervous System.</li> <li>• Quick appearance of action. It is calculated that its action starts after 1 minute administration.</li> <li>• The life span of its elimination is = of 10 minutes.</li> <li>• It causes dependence like other opiates.</li> </ul> |

17

|   |
|---|
| <b>SEEIUC</b>   |
| <p><b>Pharmacological option</b></p> <p><b>Use:</b> Analgesia - Sedation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- We will refer only to its use as intravenous continuous infusion.</li> <li>- Its short life span allow us to awake patient more easily.</li> </ul> <p><b>Dose preparation for administration:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bolus. Very occasional use at ICU. Blisters of 2.5 mg of Remifentanilo. 1 mcg/Kg it's de dose able to administer during at least 30 seconds.</li> <li>- Intravenous infusion to obtain long time analgesia or sedation. Blisters of 5 mg of Remifentanilo. Infusion of 0.5.-1 mcg/kg/min. Preparation 1 blister of 5 mg + 50 ml of saline serum.</li> </ul> |

18

|  |
|--|
| <b>SEEIUC</b>  |
| <p><b>Pharmacological option</b></p> <p><b>Taken care:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• To know the exact weight of the patient.</li> <li>• To use venous central route.</li> <li>• It's better to use a central an exclusive route for analgesia/ sedation.</li> <li>• There is a need to use a pump (syringe pump) with suitable software.</li> <li>• It's not allowed to push analgesic or sedative products with other solutions.</li> <li>• Carry on the control of the patient's haemodynamic.</li> <li>• Carry on the control of the patient's consciousness level.</li> <li>• Carry on asepsis measures. (Gloves and hand washing at minimum)</li> </ul> |

19

**Pharmacological option**

SEEIUC

**Side effects:**

- Remifentanilo may also cause a blood pressure decrease; we have to carry on its control.
- It's not recommended to withdraw the infusion before starting other kind of analgesic. Remifenctanilo will cause dependence like other opiates.
- There is a need to pervent patient from suffering nauseas or vomits. Ask the physician for the treatment we have to set in case it would happen.
- Carry on the control of respiratory failure.
- Carry on the control of drowsiness.
- Carry on the control of itching, constipation and urinary retention.

20

**Pharmacological option**

SEEIUC

**FENTANILO**

**Use:** Analgesia - It's also an opiate.

**Dose preparation for administration:**

- Route of administration through skin. (Non invasive administration)
- Patches that are applied on the skin, the analgesic is absorbed across it.
- Necessary to change every 48 or 72 hours depending on the treatment set by the physician.

**Taken care:**

- To know the exact weight of the patient.
- Carry on the control of the patient's consciousness level.

**Advantages:**

- There is no need any special equipment for its administration.
- It's one of the best try to the period of transitional analgesia.
- It doesn't need any type of effort on the part of the patient.

**Disadvantages:**

- To obtain the plasmatic analgesic concentrations take long time, between 12 and 16 hours.
- The drug settles inside the skin and it is late enough in, it will take long time to be eliminated after the patch was removed.
- Risk of happening overdose.

21

**Pharmacological option**

SEEIUC

**EMLA**

Mixture of Lidocaine and Prilocaine.

- It's a local anaesthetic for topical application, developed to anaesthetise intact skin.
- It's used to prevent pain associated with needle insertion, intravenous cannulation and superficial surgery on skin.
- It's available as a cream or patch presentation.
- EMLA Cream must be applied (60 minutes-120 minutes) before the procedure to the area that we plan to treat.
- Before applying EMLA Cream, wash the skin and remove all dirt oil from this skin.
- EMLA cream should be applied very thick (about ¼ inch thick) to the site of the procedure.
- Cover the area with saran-wrap and secure the edges of saran-wrap with medical tape to avoid leakage.

22

**Pharmacological option**

SEEIUC

Evidence says that EMLA has been shown to be effective in reducing the pain associated with venous punctures. Its ineffectiveness with arterial punctures is probably due to its effect being confined to pain fibres in the dermis. As veins have few pain fibres in their walls, this is all that is required for venous punctures, but arteries do have pain fibres in their walls. If the gel did not penetrate that deeply to reach the arterial wall, then it would be ineffective with arterial punctures. In this way Mepivacaine infiltration is the effective method for minimizing pain from punctures of the radial artery.

23

**Non pharmacological option**

SEEIUC

1. Nervous electrical stimulation through skin (TENS) ,
2. Crio-coagulation
3. Acupuncture
4. Physical therapy
5. Psychotherapy and easing methods.

These three previous techniques exist but they aren't used at Spanish ICUs.

24

### Managing pain at ICU

SEEIUC

#### Dynamical Sedation

Its name comes from the anaesthesia field, and it allows physicians to fit the desirable level of sedo-analgesia during the patients stay in the ICU. Our aim is to use the suitable doses by means of individualizing every dose in order to keep critical ill patients more alert, but comfortable and without pain. The needs of sedation and analgesia, and therefore the depth of the sedation may change throughout the day.

Deep levels are needed during the induction process, during the accomplishment of painful procedures, but on the other hand it would be interesting to maintain a level of more superficial levels of sedation when a neurological exploration is made or even when the patient receives the visit of his family, nevertheless, during the night it would be advisable to cope with a deep level of sedo-analgesia to enhance a repairing dream. (9)

25

### How the pain can be measured?

SEEIUC

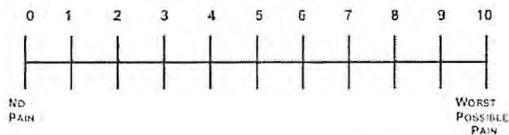
1. Obtaining subjective information from the own patient, if conscious.
2. To observe the patient behaviour, if he has pain he will behave in a rough way, even nervous or agitated, it's also possible that he weeps or make gestures of pain.
3. Nurses have to evaluate different sings like the increase of the cardiac rate, blood pressure or the respiratory rate; even with using biochemical determinations (glucose...), because the pain may be showed in this way. We have to take it into account for unconscious patients.

26

### Scales - The Visual Analogue Scale (10)

SEEIUC

#### Visual Analogue Pain Scale



27

| Scales - The Andersen Scale (4)                                 |       | SEEIUC |
|---|-------|--------|
| CRITERIA  | SCORE |        |
| No pain   | 0     |        |
| No pain when rest and light pain with movement or cough         | 1     |        |
| Light pain when rest and moderated pain with movement or cough  | 2     |        |
| Moderated pain when rest and severe pain with movement or cough | 3     |        |
| Severe pain when rest and extreme pain with movement or cough   | 4     |        |
| Extreme pain when rest.   | 5     |        |

28

| Scales - Ramsay Sedation Scale (11) |   | SEEIUC |
|-------------------------------------|---|--------|
| Level I                             | Anxious and agitated                            |        |
| Level II                            | Cooperative, oriented and tranquil (calm)       |        |
| Level III                           | Responds only to verbal commands                |        |
| Level IV                            | Asleep with brisk response to light stimulation |        |
| Level V                             | Asleep with sluggish response to stimulation    |        |
| Level VI                            | Asleep without response to stimulation          |        |

29

| <b>Behavioral pain assessment scale</b><br>(For Patients Unable to Provide a Self Report of Pain: Scored 0-10 Clinical Observation)  |   |  |   |                      |
|--|---|--|---|----------------------|
| <b>Face</b>  | 0<br>Face muscles relaxed                       | 1<br>Facial muscle tension, frown, grimace           | 2<br>Frequent to constant frown, clenched jaw                   | Face Score           |
| <b>Restlessness</b>  | 0<br>Quiet, relaxed appearance, normal movement | 1<br>Occasional restless movement, shifting position | 2<br>Frequent restless movement may include extremities of head | Restlessness Score:  |
| <b>Muscle tone *</b>   | 0<br>Normal muscle tone, relaxed                | 1<br>Increased tone, flexion of fingers and toes     | 2<br>Rigid tone   | Muscle Tone Score    |
| <b>Vocalization **</b>   | 0<br>No abnormal sounds                         | 1<br>Occasional moans, cries, whimpers or grunts     | 2<br>Frequent or continuous moans, cries, whimpers or grunts    | Vocalization Score:  |
| <b>Consolability</b>   | 0<br>Content, relaxed                           | 1<br>Reassured by touch or talk. Distractible        | 2<br>Difficult to comfort by touch or talk                      | Consolability score: |
| <b>Behavioral Pain Assessment Scale Total (0 to 10)</b>  |   |  |   | <b>/10</b>           |
| * Assess muscle tone in patients with spinal cord lesion or injury at a level above the lesion or injury. Assess patients with hemiplegia on the unaffected side. ** This item cannot be measured in patients with artificial airways  |   |  |   |                      |
| <b>How to Use the Pain Assessment Behavioral Scale:</b>  |   |  |   |                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observe behaviors and mark appropriate number for each category.</li> <li>• Total the numbers in the Pain Assessment Behavioral Score column.</li> <li>• Zero = no evidence of pain. Mild pain = 1-3. Moderate Pain = 4-5. Severe uncontrolled pain is &gt;six.</li> </ul>  |   |  |   |                      |
| <b>Considerations:</b>   |   |  |   |                      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Use the standard Pain Scale whenever possible to obtain the patient's self-report of pain. Self-report is the best indicator of the presence and intensity of pain.</li> <li>• Use this scale for patients who are unable to provide a self-report of pain.</li> <li>• In addition, a «Proxy pain evaluation» from family, friends, or clinicians close to the patient may be helpful to evaluate pain based on previous knowledge of patient response.</li> <li>• When in doubt, provide an analgesic. «If there is reason to suspect pain, an analgesic trial can be diagnostic as well as therapeutic». (AHCPR Acute Pain Management Guidelines Panel 1992b, p. 41)</li> </ul> |   |  |   |                      |

Campbell M., Unpublished data; October 2000. Adapted with permission

| Scales - Richmond Agitation-Sedation Scale (12) |                |  | SEEIUC |
|---|----------------|--|--------|
| Score   | Term           | Description  |        |
| + 4   | Combative      | Overtly combative or violent; immediate danger to staff                              |        |
| + 3   | Very agitation | Pulls on or removes tube(s) or catheter(s) or has aggressive behaviour towards staff |        |
| + 2   | Agitated       | Frequent nonpurposeful movement or patient-ventilator dyssynchrony                   |        |
| + 1   | Restless       | Anxious or apprehensive but movements not aggressive or vigorous                     |        |

31

| Scales - Richmond Agitation-Sedation Scale |                   |  | SEEIUC |
|--|-------------------|--|--------|
| 0  | Alert and calm    |  |        |
| - 1  | Drowsy            | Not fully alert, but has sustained (more than 10 seconds) awakening, with eye contact to voice |        |
| - 2  | Light sedation    | Briefly (less than 10 seconds) awakens with eye contact to voice                               |        |
| - 3  | Moderate sedation | Any movement (but no eye contact) to voice   |        |
| - 4  | Deep sedation     | No response to voice, but any movement to physical stimulation                                 |        |
| - 5  | Unarousable       | No response to voice or physical stimulation   |        |

32

|   |  | SEEIUC |
|---|--|--------|
| <b>The nursing management of pain</b>   |  |        |
| <p>Our aim is to relieve the pain or to diminish it just to a level of tolerance that the patient may put up with it.</p> |  |        |

33

**The nursing management of pain**

SEEIUC

1. To make an exhaustive valuation of the pain that includes its location, characteristics, appearance, length, frequency, quality, intensity or severity and the possible unleashed factors.
  - To use the scales of pain.
  - To make and also register in nursing graphs the results of this valuation.
  - To communicate to the doctor the appearance of the pain and its characteristics.
  - If the pain goes with an associated agitation, there is a need to do a direct and constant observation of the patient, to prevent him from being hurt by their own unconscious actions.

34

**The nursing management of pain**

SEEIUC

2. To administer the analgesic-sedative ruled according to a medical order, insuring herself for:
  - Knowing the medicament ruled by the physician, its process, preparation and use.
  - Managing the software of different pumps when the use of an intravenous perfusion is needed.
  - Assuring herself that the patient hasn't any sort of allergy.
  - Individualizing the treatment.

35

**The nursing management of pain**

SEEIUC

- Carrying on monitoring the patient as well as his vital signs, losing the fear of managing analgesics or sedatives without losing to let the patient out of our sight.
- Evaluating the efficiency of the product administered to the patient every regular intervals of time.
- Writing down on the nursing graph the used medicament, its dose and its starting time.

36

SEEIUC

### The nursing management of pain

3. To control the vital signs and to carry on monitoring the pain, by means of the scales previously presented.
4. To agree with the physician on the analgesia-sedation management, it is important to know what level of analgesia we want to offer and what are the level of analgesia needed for every patient. Let us remember the concept of «dynamical sedation».

37

SEEIUC

### The nursing management of pain

5. Before to the accomplishment of any painful technique, we have to offer them an explanation and if it is possible to use local analgesia.
6. To apply non pharmacological techniques. It's in these cases in which the nurse will dedicate more time and, in which more skills and preparation will be needed if the nurse want to accomplish her duty offering critical ill patients a quality care.

38

SEEIUC

### The nursing management of pain

6. To apply non pharmacological techniques.
  - To provide information about the pain to the patients and also to theirs family.
  - To know if in previous occasions the patient has suffered some pain and how it was controlled. We have to set up a good level of communication.
  - To allow the family to remain near the patient, if this calms him.
  - To supply patients with comfortable positions, changing bedclothes when necessary.

39

SEEIUC

### The nursing management of pain

6. To apply non pharmacological techniques.
  - To withdraw objects that could be troublesome for the patient.
  - To create a restful environment, by reducing the light intensity and noises. To control the temperature of the room is also important. These measures are difficult to cope with, depending on the ICU physical structure.
  - Would be advisable that rooms had natural light, this allows patients to distinguish between the day and night time.

40

SEEIUC

### The nursing management of pain

6. To apply non pharmacological techniques.
  - To allow patient to have in his own room some objects that remember him something pleasant of his daily life.
  - To reduce the anxiety of the critical ill patient may lead nurses to find a more collaborating patient. One of the techniques more used to decrease the anxiety at Spanish ICUs is the musictherapy, if the patient can't use the earphones by himself the nurse will change CDs and will place the earphones to the patient. There is evidence of which the music diminishes the anxiety perceived by the patient, but more studies are needed to be able to confirm if in addition the music therapy may reduce the pain by reducing the stress. (13)
  - To use and to teach the patient about simple techniques of easing.

41

SEEIUC

### The nursing management of pain

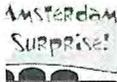
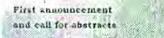
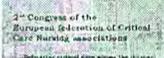
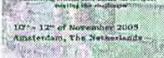
We have to develop a set of guidelines that can be used by critical care nurses, training programmes, and coroners that alike to guide the provision of analgesia and sedation in the ICU. Application of our guidelines should minimize risks of under-treatment and also risks of over-treatment.

42

|   |        |
|---|--------|
| <b>The nursing management of pain</b>   | SEEIUC |
| <b>REFERENCES</b>   |        |
| 1. BION JF. <i>Sedation and analgesia in the intensive care unit.</i> Hospital Update 1988; 14:1272-1286  |        |
| 2. KORNFELD DS. <i>Psychiatric view of the intensive care unit.</i> BMJ 1969;1:108-11   |        |
| 3. MCGUIRE BE, BASTEN CH, RYAN CH, GALLAGHER J. <i>Intensive care unit syndrome. A dangerous misnomer.</i> Arch Intern Med. 2000;160:906-9  |        |
| 4. <a href="http://www.uninet.edu/tratado/c120203.htm">http://www.uninet.edu/tratado/c120203.htm</a>  |        |
| 5. MULARSKI RA. <i>Pain management in the intensive care unit.</i> Crit Care Clin. 2004 Jul;20(3):381-401.  |        |
| 6. JACOBI J, FRASER GL, COURSNIN DB, RIKER RR, FONTAINE D, WITTBRODT ET, et al. <i>Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult.</i> Crit Care Med 2002;30:119-41 |        |
| 7. KOLLEF MH, LEVY NT, AHRENS TS, SCHIAFF R, PRENTICE D, SHERMAN G. <i>The use of continuous sedation in associated with prolongation of mechanical ventilation.</i> Chest 1998;114:541-48                                      |        |

43

|  |        |
|--|--------|
| <b>The nursing management of pain</b>  | SEEIUC |
| 8. TRAN N. FRACP, PRETTO J. B APPL SC, WORSNOP CH, FRACP, FCCP. <i>A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Topical Amethocaine in Reducing Pain During Arteral Puncture.</i> Chest 2002; 122:1357-1360   |        |
| 9. CATALA E, GENOVÉ M. <i>Actualizaciones en Técnicas de control del dolor en el paciente grave.</i> En: Ediciones Masson S.A. Avances y tecnología en Medicina Intensiva. Álvar Net 2004. p. 239-252.   |        |
| 10. ERDEK MA, PRONOVOST PJ. <i>Improving assessment and treatment of pain in the critically care unit.</i> Int J Qual Health Care. 2004 Feb;16(1):59-64  |        |
| 11. RAMSAY MA, SAVEGE TM, SIMPSON BR, GOODWIN R. <i>Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone.</i> BMJ 1974; 2:656-59   |        |
| 12. SESSLER C, GOSNELL M, GRAP MJ, BROPHY G, O'NEAL P, KEANE K, TESORO E, ELSWICK RK. <i>The Richmond Agitation-Sedation Scale: Validity and Reliability in Adult Intensive Care Unit Patients.</i> American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2002; 166:1338-44 |        |
| 13. IRIARTE A. <i>Efectividad de la musicoterapia para promover la relajación en pacientes sometidos a ventilación mecánica.</i> Enferm Intensiva 2003; 14(2):43-48  |        |

|   |  |
|---|--|
| <b>2<sup>nd</sup> Congress of the European federation of<br/>Critical Care Nursing associations</b> |  |
| 10-12 November 2005<br>Amsterdam, The Netherlands   |  |
|                  |  |
| Congress web site: <a href="http://www.efccna.org/congress2005">www.efccna.org/congress 2005</a>    |  |
| Abstract Submission: <a href="mailto:abstract@efccna.org">abstract@efccna.org</a>                   |  |
| Congress office: <a href="mailto:paog@vumc.nl">paog@vumc.nl</a>                                     |  |
|                |  |
|                 |  |
|                 |  |
|                 |  |
|                |  |

45

## *TAVOLA ROTONDA*

Comparazione della situazione dell'infermiere di area critica in Europa in relazione a

- responsabilità e autonomia professionale
- status sociale
- status contrattuale

## A. B. ADELL

Nurse Manager in ICU

President Spanish Association of Intensive and Coronary Care Nursing, SEEIUC

Servicio de Medicina Intensiva Hospital General de Castellon - Spagna

Vi propongo oggi un'analisi della situazione degli infermieri di area critica in Spagna.

Oggi quando parliamo di assistenza infermieristica comprendiamo che non è sufficiente soddisfare in modo quantitativo la richiesta di salute, ma è indispensabile dare priorità ad un soddisfacimento in termini qualitativi; quindi lo scopo della prestazione professionale degli infermieri non deve concentrarsi solo sul processo patologico ma deve focalizzarsi sulle richieste dei pazienti che devono essere visti come clienti del servizio sanitario nazionale.

Qual è la situazione degli infermieri di area critica in Spagna?

Sono infermieri che si occupano di una patologia in fase critica che minaccia uno o più organi vitali, con alto rischio di mortalità e le cure di questi pazienti possono avvenire ovunque anche se soprattutto in terapia intensiva. Quindi l'assistenza in area critica comporta una serie di meccanismi decisionali per valutare, gestire, sostenere le funzioni vitali o per trattare l'insufficienza d'organo singola o multipla oppure prevenire ulteriore deterioramento del sistema vitale che mette a repentaglio la vita. Per questo gli infermieri di area critica devono essere abilitati, avere ricevuto adeguata formazione specialistica e sono infermieri certificati in area critica; poiché sono a stretto contatto con i pazienti e i loro familiari essi diventano i difensori dei diritti dei pazienti e diventano parte integrante del processo decisionale che coinvolge paziente, famiglia ed équipe di area critica.

Vediamo ora lo *status* sociale della nostra categoria al giorno d'oggi in Spagna, alla luce del fatto che non esiste la specializzazione di infermieri di area critica.

Per quanto riguarda la percezione dell'utente essa dipende dalla misura in cui possiamo aiutare il paziente nel risolvere i propri problemi, ma i pazienti valutano anche tutto il processo utilizzato per la risoluzione del problema, non solo la soluzione in sé. Quindi il cliente del servizio sanitario vuole essere riconosciuto come una persona, non in quanto sofferente o alla luce della propria malattia che cambia o limita la vita e la propria identità; vuole quindi essere considerato un cliente.

La nostra realtà attuale non ci porta ad avere uno *status* sociale completamente accettabile, il futuro è incerto perché non abbiamo una vera e propria specializzazione, siamo infermieri addetti all'assistenza generale che lavorano in terapia intensiva. Facendo riferimento all'unione Europea, dobbiamo tener

conto che ci troviamo in una posizione incerta, tuttavia proprio alla luce dell'importanza del tema in Europa possiamo dire che le circostanze sono cambiate, la nostra realtà a livello europeo viene analizzata ed esaminata in tal senso e il nostro contesto di riferimento è quello europeo, che impone anche alla Spagna di modificare il suo sistema di formazione infermieristica il quale negli ultimi anni non si è affatto modificato. Quando parlo di modifica del sistema di formazione non faccio riferimento solo agli studi infermieristici ma anche alla nuova legge quadro sulla formazione universitaria, che fa riferimento all'Europa riguardo proprio alla formazione infermieristica.

Per definire lo *status* della formazione dell'infermiere bisogna fare riferimento a una serie di leggi approvate in base a un accordo tra Ministero della Sanità, il Consiglio Generale della Professione Infermieristica e le singole associazioni di infermieri. Per il momento si tratta di un disegno di legge che parla di laurea, di formazione post-base, di specializzazione e che definisce il sistema di formazione e tutti gli aspetti ad esso correlati, come i programmi, le funzioni delle commissioni che si occupano delle specialità sanitarie e lo sviluppo infermieristico in generale. Si tratta di un progetto su cui è stato raggiunto un accordo l'anno scorso, nel 2003, ora che siamo nel 2004 non si è andati oltre. Questo è il piano su cui il Ministero ha raggiunto l'accordo con noi, ma siamo ancora fermi al progetto su carta e ciò ancora una volta conferma lo *status* sociale incerto.

Qual è il ruolo di infermiere di area critica?

Abbiamo un ruolo assistenziale in senso globale, una funzione di ricerca, di istruzione e di formazione, informazione e prevenzione ma anche di gestione clinica. Ovviamente il nostro ruolo dipende dagli ospedali in cui lavoriamo, ad esempio ci sono gli ospedali di primo livello che non hanno bisogno di assistenza infermieristica in area critica perché non hanno terapie intensive e quindi i pazienti che lo necessitano vengono trasferiti in ospedali di II o di III livello; questi ultimi di solito hanno la possibilità di fornire cure specialistiche in area critica e quindi hanno bisogno di infermieri di area critica. Poi ci sono ospedali per lungodegenti e anche questi, in alcuni casi, hanno bisogno di infermieri di area critica, infine ci sono gli ospedali specializzati, alcuni hanno delle terapie intensive specializzate ed anch'esse hanno quindi bisogno di infermieri di area critica.

Sempre rimanendo nell'ambito del nostro ruolo noi ci occupiamo di assistere la persona, ma anche di didattica, assicurata da infermieri con *curriculum* adeguato, che dimostrino la loro capacità di essere aggiornati rispetto all'assistenza e alla tecnologia, quegli infermieri che possono insegnare utilizzando protocolli e linee guida assistenziali elaborate a livello di terapia intensiva ed ospedali. Quando si tratta di formazione agli infermieri si usano anche linee guida definite dalle università. La funzione di formazione è controllata dal responsabile infermieristico di ogni terapia intensiva e quindi non devono essere gli ultimi arrivati ad insegnare, perché essi devono prima imparare e migliorare le loro capacità e di formazione.

Questa funzione non è remunerata: è un obbligo per gli infermieri nell'am-

bito delle loro attività quotidiane in terapia intensiva. L'unico riconoscimento economico lo si può avere se si è riconosciuti come docenti universitari.

Per quanto riguarda la ricerca, si possono richiedere deicontributi all'amministrazione che bastano però a malapena a comprarsi la carta e l'inchiostro con cui scrivere, quindi noi infermieri spagnoli utilizziamo il nostro tempo, i nostri sforzi, le nostre risorse personali per riuscire a restare aggiornati rispetto alla ricerca, e a volte dobbiamo anche spendere i nostri soldi per farlo.

L'associazione scientifica che io qui rappresento e che si occupa di area critica ogni anno offre dei premi alle migliori relazioni presentate a congressi nazionali e anche al miglior lavoro pubblicato sulla nostra rivista e questo è un buon modo per promuovere e sostenere la ricerca tra gli infermieri di area critica. Rispetto alla ricerca va detto che gli infermieri di area critica partecipano a studi clinici controllanti l'autorizzazione all'utilizzo di farmaci, quindi la valutazione preventiva della loro efficacia e sicurezza. Va detto però che spesso gli infermieri partecipano a questi studi senza saperlo, quindi a riguardo c'è veramente una carenza di informazione, dovuta, secondo me, solo a motivazioni economiche, malgrado il fatto che ci sia una legge in Spagna che regola la questione e che dice chiaramente che gli infermieri possono partecipare come co-ricercatori a questi studi clinici. La mancanza di informazione consente di non pagare gli infermieri quando partecipano a questi studi.

Parliamo ora della funzione di gestione: il personale infermieristico può partecipare ad essa a livello generale così come alla direzione del lavoro infermieristico per quanto riguarda un'intera area sanitaria. L'équipe manageriale dell'ospedale include ovviamente il responsabile infermieristico del personale che è esattamente allo stesso livello per quanto riguarda l'autorità decisionale sul personale infermieristico del responsabile medico e del responsabile amministrativo. L'unica differenza tra queste tre figure riguarda sostanzialmente la qualifica a livello di istruzione: sia il responsabile medico che il responsabile dell'area economica hanno una laurea e un diploma post laurea, mentre il responsabile infermieristico ha soltanto la laurea di formazione base, ma può completare questa formazione con altre lauree come ad esempio in antropologia o psicologia.

Va detto che l'accesso a questi posti chiave di gestione tende ad essere filtrato a livello politico anche se alcuni ospedali effettivamente valutano il curriculum della persona che si candida per queste posizioni.

Per quanto riguarda l'autonomia professionale, possiamo parlare di autonomia professionale parziale in Spagna. Noi possiamo fare molte cose ma il problema è che abbiamo sempre molto da fare e quindi non è sempre chiarissimo fin dove possiamo arrivare. Quello che è chiaro comunque è che non possiamo fare diagnosi mediche, dare informazioni su diagnosi o prognosi, dare informazioni su risultati di valutazione dello stato fisico e mentale, attuare alcuna procedura che non sia sotto la nostra diretta responsabilità; cambiare tipo o dosaggio del farmaco senza prescrizione medica, decidere se ricoverare o dimettere un paziente, decidere di sospendere o limitare le cure, decidere se è necessaria una particolare indagine su un paziente, né dobbiamo o possiamo

dare informazioni al paziente o alla famiglia senza che il medico ci abbia dato il suo consenso. In questo senso noi abbiamo un'autonomia parziale.

Passiamo adesso al riconoscimento economico, che è intimamente correlato alla qualificazione personale.

In Spagna non c'è una formazione professionale specializzata per il personale infermieristico, quindi sono tutti infermieri addetti all'assistenza generale che lavorano in terapia intensiva; non c'è riconoscimento di questa formazione in terapia intensiva e indipendentemente dalle nostre capacità, dalle nostre conoscenze, e dal nostro lavoro, noi infermieri di terapia intensiva siamo pagati esattamente come qualsiasi altro infermiere in qualsiasi altro reparto.

E quanto siamo pagati? Circa 1500, 1600 euro tasse comprese al mese, all'incirca, ovviamente ci possono essere piccole variazioni a seconda della regione in cui si lavora perchè c'è una forte autonomia regionale in Spagna, dipende anche dal numero di turni di notte e dal numero di anni di anzianità presso la stessa azienda sanitaria. D'altro canto va detto che se noi ci impegniamo in attività di formazione e di ricerca questo non comporta assolutamente un incremento degli stipendi, al contrario, di fatto il tempo dedicato alla formazione va considerato come tempo personale, quindi non ci danno nessun tipo di sostegno a riguardo. Anche se questo può sembrare strano, ma questa è la realtà in Spagna.

Vediamo il nostro regime contrattuale.

Possiamo avere un contratto con un ospedale privato e in questo caso sarà un contratto tra un infermiere e quel singolo ospedale; da esso dipende la durata del contratto. Noi non lavoriamo tramite agenzie, è l'ospedale privato o la clinica privata che ci fa un contratto diretto, così come gli ospedali pubblici fanno contratti individuali con durata diversa.

Ci può essere anche un contratto locale che riguarda un ambito sanitario o una sede specifica come un determinato ospedale o servizio. In aggiunta a questo più o meno ogni 4 anni il sistema sanitario pubblico prevede che ci sia un esame ufficiale, se l'infermiere lo supera, il suo curriculum è migliorato, potrà venire assegnato definitivamente a quell'ospedale.

È molto difficile essere trasferiti da un ospedale all'altro o avere un'assegnazione definitiva come quella che ho detto prima. Il sistema sanitario privato e pubblico permette agli infermieri di avere 4 mesi per maternità e in linea di massima c'è anche la possibilità di lavorare part-time. Il sistema pubblico offre anche alle madri alcuni mesi, fino ad un anno, di assenza dal lavoro senza perdere il posto di lavoro sia che si tratti di un ospedale sia che si tratti di servizi di assistenza primaria.

È disponibile il part-time anche per chi si occupa di assistenza a domicilio ma il sistema pubblico non offre nulla rispetto al diritto allo studio.

A questo punto vorrei concludere con alcune considerazioni.

Alla fine dello scorso anno (2003) il Consiglio Generale del Personale infermieristico e le associazioni scientifiche della professione infermieristica hanno concluso un accordo con il ministero della sanità, un accordo veramente storico per la professione che regolamentava attraverso un regio decreto lo sviluppo e l'avvio di un nuovo sistema di specializzazione infermieristico.

Alla luce di tutto ciò che ho detto finora e tenendo in debito conto le date citate, in questo decreto, noi oggi siamo arrivati al 5 novembre 2004 e le specialità non sono ancora state approvate. Il consiglio generale della professione infermieristica e le associazioni scientifiche infermieristiche potrebbero decidere di intraprendere modalità di lotta più dure per chiedere l'applicazione della costituzione e di questa legge. Va detto che la nostra formazione universitaria come infermieri non specializzati è molto apprezzata per la sua qualità e il nostro sistema sanitario appare essere uno dei migliori al mondo.

Comunque è necessaria la specializzazione infermieristica perché è una elevata qualificazione che ci permette di far fronte alle nostre esigenze professionali e anche a quelle della società e del sistema, così come è possibile per le altre professioni.

Mi sembra inaccettabile che oggi nulla impedisca ad un ospedale di assumere un infermiere senza alcuna specializzazione e senza nessuna esperienza e lo metta in terapia intensiva, e questi infermieri si occupano di pazienti critici che invece hanno bisogno di cure speciali e il sistema sanitario deve offrire cure di elevata qualità. Sarei lieta di concludere questo intervento con una frase incoraggiante sull'assistenza.

Purtroppo la situazione degli infermieri di area critica oggi in Spagna mi porta a sollevare una questione che si è posta per moltissimi professionisti per anni e anni ed è questa:

- quale tipo di assistenza può venire garantita da un infermiere non specializzato in area critica?
- chi e come può dubitare che un professionista che per anni e anni ha dimostrato le sue qualità in un certo servizio, attività o assistenza, non sia effettivamente uno specialista in quell'ambito?
- perché non riconoscere questo fatto e come non riconoscerlo anche economicamente?

Grazie per la vostra attenzione.

Spanish Critical Care and Coronary  
Units Nursing Association, SEEIUC

## **SITUATION OF CRITICAL CARE NURSES IN SPAIN**

**AMPARO BERNAT ADELL**

1

SEEIUC

### **Situation of critical care nurses in Spain**

---

Nowadays when we speak about «Nursing» in general, we must think that it's not enough giving a quantitative satisfaction to the health demands, it's also necessary to satisfy and offer priority to the qualitative health demands about the service and the attention given. The nursing professional performance has to focus its aims not only on looking after a disease process but we have also to focus on the demands made by the patient, looking him as a client of our Health Service <sup>(1)</sup>.

2

SEEIUC

### **Situation of critical care nurses in Spain**

---

A critical illness or injury acutely impairs one or more vital organ systems such that there is a high probability of imminent or life-threatening. Care of these patients can take place anywhere in the inpatients hospital setting, although it typically occurs in the ICU. Critical care involves highly complex decision making to assess, manage, and support vital system functions, to treat single or multiple vital organ system failure, and/or to prevent further life-threatening deterioration of the patient's condition <sup>(2)</sup>.

3

SEEIUC  
**Situation of critical care nurses in Spain**

---

Therefore nurses at critical care units (ICUs) must be Registered Nurses who receive highly specialized education and they are often certified in critical care nursing as CCRNs. Because of their close contact with the family and the patient, CCRNs often serve as the patient advocate and become integral to the decision-making process of the patient, family and critical care team.

4

SEEIUC  
**Which is our social status nowadays in Spain?**

---

- The Speciality of Critical Care Nursing doesn't exist.
- The users' perception of the Health Service as regards nursing professionals depends on the way that we can help patients to solve their health problems, but users also value the process used up to coming to the solution.
- The client of the Health Service wants to be recognized as himself, not for what he is suffering or for the illness that is changing and limiting his identity.

5

SEEIUC  
**Which is our social status nowadays in Spain?**

---

- The image of a passive patient that only behaves as a receiving user, being the listener of professional prescriptions and advices, has changed through the last decade. The patient actually behaves in an active way, he has the right to speak and ask for, and he has a capability of making a decision about his life and also about his illness and the alternatives of the treatment.
- Our current reality leads us to a not too much acceptable social status, with an uncertain future.

6

SEEIUC

**Which is our social status nowadays in Spain?**

Circumstances have changed and today this topic has a European transcendence. Our reality is already in Europe and our social context is at the European University, this European reality imposes a nursing education system on a State that has doing nothing through the last years. Not only in what concerns the nursing studies but in the context of the new «Organic Law of Universities» too, in which it isn't named the European Space of Top Nursing Education.

Accepting a degree (equivalently to three or four-year spent at the university) and a post-degree education (Master), being outlined in the field of professional deepening, and a Doctor's that refers to the development of a discipline tied to the knowledge that comes from research<sup>(3,4)</sup>.

7

SEEIUC

**Which is our social status nowadays in Spain?**

The Nursing Educational System has to take into account:

1. To achieve the adequacy between the training and education given to the nursing professionals and the actual needs of our Health System.
2. The scientific and technical advances.
3. The European Community regulations.
4. To cope with these demands the Government created and sign a new law<sup>(5)</sup>.

8

SEEIUC

**The Specialized Education in Health Sciences**

- It's a ruled education and training with official nature.
- Its aim is to provide nursing professionals with the theoretical and practical knowledge, skills and attitudes of the corresponding speciality.
- The obtained degree will have validity in the whole national territory.
- The possession of the specialist's degree will be necessary to use the specialist's denomination, to exercise the profession with such a character and to work under such denomination in public and private centres.
- The Specialist's degrees in Health Sciences will be issued by the Ministry of Education, Culture and Sport.

9

SEEIUC

**The Specialized Education in Health Sciences**

---

- The Specialist's degrees obtained in other states members of the European Union will be recognized by the Ministry of Education Culture and Sport, attending to the rules established at the European Community.
- Steps to obtain the specialist's nursing degree:
  - To have de pre-degree education "Diplomatura".
  - To carry on the education system and complete this entirely in agreement to the established education programs.
  - To overcome every evaluation procedure.
  - To pay for rights of having the corresponding title.

10

SEEIUC

**System of Specialized Education**

---

- The Specialities will be gathering, attending to criteria of compulsory subjects.
- Some different areas of training will be established inside a Speciality. The Area of Training will specify if a nurse is able to be achieve a responsible position and accede to working places where high specialization is needed.
- This system involves a theoretical and practical education and also a personal and progressive participation.
- It will be made by a system of residence in the accredited centres. (learn when working).

11

SEEIUC

**System of Specialized Education**

---

- The professional activity of the residents will be planned by the managing organs usually set in each centre together with the teaching commissions at each University.
- The residents will have to develop in a programmed way the activities foreseen in the program, taking up the activities and the responsibilities that come from the exercise of the speciality in a progressive way.
- There will be annual evaluations and also a final evaluation.
- During the period of residence there will be established a labour special relation (working agreement – working contract) among the Health Service, the Centre and the nurse who is in period of education.

12

SEEIUC  
**Education Programs**

---

- These will have to specify the qualitative, quantitative aims and the professional competencies that the aspirant has to fulfil to get the degree.
- The education programs will be designed by the National Commission of the Speciality and ratified by the National Council of Specialities in Health Sciences. They will be approved by the Ministry of Health Culture and Sport.
- The programs will be annually checked and updated by the previous institutions.

13

SEEIUC  
**Education Programs**

---

- How we can get to this Educational System:
  - There will be an annual examination, with national character.
  - It will consist of a set of tests that may be able to evaluate the theoretical and practical knowledge and also the clinical and communicative skills, as well as an evaluation of the aspirants curriculum.
  - The punctuation obtained by every aspirant will be decisive to look for a particular Hospital.
  - The education places offered by a Hospital will depend on its needs of specialists and on its budgetary availabilities.

14

SEEIUC  
**Functions of the National Commissions of speciality**

---

- To design the education programs.
- To set up the evaluation criteria.
- To offer and create different areas of special training.
- To set up the criteria for the evaluation of the educational and formative units.
- To set up programs and criteria for the continuous education inside the field of every speciality.

15



16

SEEIUC  
Role of the critical care nurse

---

- Functions at a welfare area.
- Functions at a research area.
- Functions at the educational, information and preventative areas.
- Functions of clinical management.

17

SEEIUC  
Role of the critical care nurse

---

**Level I**

Hospitals that have level I capabilities have the ability to provide initial stabilization of critically ill patients but are limited in the ability to provide comprehensive critical care. These hospitals require written policies addressing the transfer of critically ill patients to critical centres that are capable of providing the comprehensive critical care required.

18

SEEIUC  
**Role of the critical care nurse**

---

**Level II**

Level II critical care centres have the capability to provide comprehensive critical care but may not have resources to care for specific patient's population (e.g., cardiothoracic surgery, neurosurgery, and trauma). Although these centres may be able to deliver a high quality of care to most critically ill patients, transfer agreements must be established in advance for patients with specific problems. The intensive care units in level II centres may or may not have an academic mission.

19

SEEIUC  
**Role of the critical care nurse**

---

**Level III**

These critical care centres have ICUs that provide comprehensive care for a wide range of disorders requiring intensive care. They require the continuous availability of sophisticated equipment, specialized nurses, and physicians with critical care training. Support services including pharmacy services, respiratory therapy, nutritional, pastoral care, and social services are comprehensive.

20

SEEIUC  
**Role of the critical care nurse**

---

- Hospitals that give care for attendance to chronic and long stay patients. Some of them have multidisciplinary Critical Care Units usually these Units are small ones with no more than six beds.
- Monographic hospitals, some of them have ICU highly specialized, it will always depend on the pathology cared for and on the number of population which they take care of. (Paraplegic's Hospital of Toledo, it's a monographic Hospital and the reference Hospital for the whole Spain in relation to the Cord Traumatisms).

21

SEEIUC

**Teaching Function**

- Staff nurses at the ICU.
- Staff nurses with suitable curriculum that demonstrates their capability to put up to date in technology and care.
- Staff nurses teach using the protocols and the guides of care established at the Hospital and the ones established at the ICU.
- When it is a question of nursing pupils, staff nurses follow the guidelines established by the University.
- The educational function is controlled in every Intensive Care Unit by its nursing manager.
- It's not advisable that new professionals do the teaching function, first of all they have to improve theirs owns skills and curriculum.

22

SEEIUC

**Teaching Function**

This educational function isn't economically remunerated; it is other duty that nurses have to do inside their daily work at an ICU. It only has an economic recognition when the nurse also belongs to the group of professorship associated to the University.

23

SEEIUC

**Research Function**

- Scholarships can be requested to the Administration, though as you can think the money given is only enough to buy paper and ink.
- Spanish nurses use therefore our personal time and our effort to manage to be up to date on research and I dare say that in some occasions also their own money.
- The Scientist Association to whom I represent Spanish Critical Care and Coronary Units Nursing Association (SEEIUC) offers annually some awards to the best papers presented at the National Congress and also it offers one award to the best paper published on our magazine «Enfermería Intensiva». It's a good way to enhance research among Critical Care Nurses. (CCN)

24

SEEIUC  
**Research Function**

---

- CCNurses also take part on clinical controlled essays to obtain the authorization on the use of a new medicine, evaluating previously its efficiency and safety. Though most of the CCNurses are not conscious of their participation. There is a great shortage of information about this matter and I daresay that this only is due to an economic question. In spite of being regulated by law in Spain. (The Nurse will be able to take part as Co-researcher and as a Clinical Research Associated). There is a lack of information about this subject in my country and also is a way to not pay nurses for an extra work done <sup>(8)</sup>.

25

SEEIUC  
**Managing Function**

---

Nurses can take part of management equip at general level and also they can manage nurses at a whole Health Area. The management equip of a Hospital includes the figure of The Nursing Hospital Manager, he is at the same level as far as decision-making concerns nursing with the Doctor Manager, and with the Economic Manager, the only difference among them goes in the educational degree. They have a post degree education (Master and Doctorate) while the Nursing Manager cannot achieve this degree in Nursing because it doesn't exist in Spain, but he can obtain a degree in other specialties like psychology or anthropology. The access to these positions of management in most occasions are politicized enough, although not always because some Hospitals value the curriculum and the displayed project of management, presented by the applicant to ask for the vacant position.

26

SEEIUC  
**Professional autonomy**

---

**Having always enough clearly up to where we can come and what we can never do.**

- Medical Diagnoses.
- To offer information about diagnosis and prognosis.
- To offer information about the results of physical and mental studies.
- To do a technique that is not under our responsibility.

27

## SEEIUC

**Professional autonomy**

- To make changes on the type and dose of a pharmaceutical product without previous medical inquiry and authorization.
- We cannot decide about the charge or discharge process.
- We cannot make a decision about the withdrawal or withhold process.
- We do not have to decide when a patient needs to be put under a type of special study. (RX, TAC...).
- We don't have to offer information to the patient, family or friends without previous consensus with the physician.

28

SEEIUC - **Economic recognition**

- The economic recognition is intimately related to the professional qualification, this qualification comes determined by the non-existence in Spain of a professional nursing career. We are therefore generalist nurses who carried out our work at Intensive Care Units, therefore independently of our knowledge and tasks we perceived the same wage that the rest of nurses located in other wards within the Hospital.
- This wage is about 1.500-1.600 • with tax monthly, approximately because this salary can undergo small variations depending on the Independent Communities in which a CCN works, on the number of nocturnal hours done and the longest serving at the same company.
- On the other hand the fact of doing an educational and research work does not suppose in any case an increase of wage. On the contrary, the education and the time spent on being up-to-date run of its own account and although this sounds odd this is the reality that nurses are living in Spain.

29

## SEEIUC

**Working contracts**

- Private Hospitals make a contract with a nurse for working at a set Hospital, these contracts depend on every company and they have different length of time.
- Public Health System make contracts also for different length of time, there are local contracts and allow nurses to work in a set Area of Health having an official place at a set Hospital or at Primary Health Attention. More or less every four years the public health system prepare an official exam, nurses who pass it an also have a good curriculum can achieve a definitive place of work at a Hospital or at a Primary Health Attention. Although is very difficult to make a change from one hospital to another indeed having an official place.

30

SEEIUC  
**Working contracts**

---

- Private and public Health allow people to have four month for maternity leaving and in this case they promote and have rules to enhance women and also men to take part-time work. Public Health System also offer mothers to take some months (one year) free of work without losing the place at the Hospital or at the Primary Health.
- Part-time work is also available for nurses who have to take care for old people at home, but public system doesn't give help for people who need more time to study.

31

SEEIUC  
**Considerations**

---

- At the end of last year 2003, the General Council of Nurses and the Scientific Nursing Associations made a deal with the Ministry of Health, an historical agreement for the profession in fact; to regulate through a Royal Decree the development and the beginning of a new Nursing Specialties System.
- By the whole previously said and taking under consideration the dates given at Royal Decree, we are at 5 of November of 2004 and specialties hasn't yet been approved. The General Council of Nurses with total support of each Scientific Associations may resort to a less smooth way in order to ask for the application of the Constitution and the Law.

32

SEEIUC  
**Considerations**

---

- At the moment, although our university education as generalist nurses has a great appreciated quality and in a health system that displays being one of the best of the world, it is necessary to have specialist nurses, highly qualified so we can fulfil our professional commitment with the society and with the own system, as it already happens with other professions.
- It could not be allowed, that nowadays nothing prevents a Hospital to contract a nurse just titled and without welfare experience, so that he or she works at ICU's areas. critical ill patients need special care and the Health System have to offer a quality standards of care.

33

SEEIUC  
**Considerations**

---

It would please to me to end this speech with an encouraging sentence on the art and kindness of taking care, but the situation that CCNurses are living in Spain lead me to end with the questions that many professionals have been answering for years:

34

SEEIUC  
**Considerations**

---

1. What kind of quality care is being guaranteed when a nurse is not a specialist in Critical Care?
2. How and who can doubt that a professional who through some years has demonstrated his qualification in a certain service or welfare activity is not specialist in that scope?
3. Why and who does not recognize this fact and consequently pay for it?

35

SEEIUC  
**References**

---

1. TEIXIDOR I FREIXA M., *Un nuevo liderazgo en Ciencias de la Salud*. Rev ROL Enf 2004; 27(1):70.
2. American Medical Association. *Current procedural terminology*. 4th ed. Chicago, IL: American Medical Association,2003;20.
3. DURÁN ESCRIBANO M., *25 Años de Enfermería en la universidad*. Rev ROL Enf 2002;25(1):22-30.
4. DURÁN ESCRIBANO M., *En el umbral de la convergencia Europea*. Rev ROL Enf 2003;26(6):419-422.

33

**SEEIUC**  
**References**

---

5. Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) BOE núm 208 de Ley 44/2003 de 21 de Noviembre de 2003.
6. ABIZANDA R., *La UCI como centro de responsabilidad, planificación y control*. 1ªed Madrid: Ideosa; 1991.
7. HAUPT MT, BEKES CE, BRILLI RJ, CARL LC et al., *Guidelines on critical care services and personnel: Recommendations based on a system of categorization of three levels of care*. Crit Care Med 2003; 31(11): 2677-83
8. Real Decreto 561/1993 BOE 13 de mayo de 1993; 114(14): 346-64.

34

**Spanish Critical Care and Coronary Units Nursing Association,  
SEEIUC**

---

**MANY THANKS**  
**FOR YOUR KINDNESS**

35

## A. SILVESTRO

Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI

Vice Presidente Aniarti

Dirigente del Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi - Firenze

Ho chiesto a Drigo di anticipare la mia esposizione prima dei colleghi degli altri paesi perché credo sia interessante sottolineare subito alcune convergenze ed anche alcune divergenze, e dare quindi la possibilità anche agli altri colleghi di sottolineare in maniera particolare alcuni aspetti specifici piuttosto che quelli che sono praticamente sovrapponibili.

Tra l'altro conosco un po' di più la situazione spagnola perché mi è stato detto che vi è stato riferito che è stata attivata da parte della federazione IPASVI insieme ad altri paesi dell'Unione Europea, una federazione europea delle professioni infermieristiche.

Alcuni giorni fa ero a Madrid, per uno degli incontri che servono per rinforzare questo spirito di unità e di collaborazione, e sono capitata proprio nel giorno in cui il presidente della federazione spagnola era molto impegnato in alcune interviste, colloqui a livello governativo proprio sulla questione della formazione post base infermieristica e quindi sento che a tutt'oggi i risultati non si sono verificati, tanto è che il collega spagnolo chiedeva anche la solidarietà delle altre realtà infermieristiche a livello europeo, specificatamente dell'Italia, perché noi pochi giorni prima, avevamo ottenuto l'attivazione della Laurea Specialistica, risultato molto enfatizzato a livello europeo e che quindi anche le altre professioni auspicavano.

Fra l'altro veniva anche sottolineato il fatto che fosse necessario cercare di approfondire alcuni contenuti assistenziali proprio in ambito specialistico.

A tale proposito devo dire che, grazie all'impegno di tutti gli infermieri italiani, la nostra situazione formativa è a questo punto di buon livello, perché come voi ben sapete, si diventa infermieri con la Laurea triennale in base all'impostazione della normazione europea, con la successiva possibilità di frequentare un master di 1° livello, post laurea, in cinque aree, area critica nel nostro caso, psichiatrica, geriatria, di sanità pubblica e pediatrica.

Abbiamo quindi con questo anno accademico la possibilità di iscrizione ad una laurea di secondo livello o magistrale, che è la laurea specialistica in scienze infermieristiche, che dà la possibilità, tanto per esprimere il concetto della definizione di dottore, quindi persona che ha una specificità rispetto a quella disciplina e che è quindi un cultore della disciplina, nel nostro caso infermieristica ed è evidente che quando fra due anni avremo i primi dottori in Scienze Infermieristiche, potremo attivare i master di secondo livello ed il dottorato di ricerca.

Quindi per quanto ci riguarda in Italia da questo punto di vista le conquiste sono state fatte e gli obiettivi raggiunti.

Non ho ben compreso, ma volevo richiamare gli altri colleghi sulla questione della formazione permanente.

Mi è parso di comprendere che c'è, è considerata una esigenza importante dai colleghi spagnoli, ma che da questo punto di vista non c'è sostegno da parte delle organizzazioni nelle quali loro operano, differentemente da come avviene in Italia dove, come voi ben sapete, con l'ultimo contratto di lavoro è stato definito che l'educazione continua in medicina e quindi l'acquisizione dei crediti formativi per continuare a svolgere l'esercizio professionale è un obbligo delle aziende.

Quindi le aziende hanno l'obbligo di dare garanzia ai loro professionisti di formazione e questa formazione deve avvenire in tempo lavoro oppure con il riconoscimento delle ore utilizzate per la formazione.

Da questo punto di vista diciamo che le differenze ci sono.

Sempre in ambito formativo il tutoraggio clinico anche in Italia non è remunerato, se non attraverso forme di incentivazione, progetti definiti in ogni azienda: la docenza in ambito universitario vive un panorama variegato, in quanto in alcune Università di alcune regioni, previ accordi Università - Regione, la docenza infermieristica è remunerata, in altre invece no, quindi qui siamo in una situazione un po' diversificata ed un po' più svantaggiosa per noi italiani. C'è da dire, però, che nel nostro paese abbiamo quasi dieci professori di nursing, penso che in Spagna ne abbiano molti di più, perché la formazione universitaria in quel paese è più antica della nostra.

Per quanto riguarda i fondi per la ricerca sono pochi anche in Italia, ma è una situazione generale, non soltanto dell'infermieristica.

Per quanto riguarda la parte formativa quindi queste sono le vicinanze e le diversificazioni.

La remunerazione diversificata rispetto all'area dell'esercizio professionale è in previsione e a livello sindacale ci si inizia a muovere per un riconoscimento contrattuale rispetto agli infermieri che sono in possesso di specifici titoli accademici post laurea di primo livello o titolo equipollente.

Si stanno muovendo in quella direzione ma con una certa lentezza perché non tutte le università italiane hanno attivato master di primo livello e quindi questo potrebbe significare una diversificazione economica dovuta a impossibilità oggettiva di acquisire questi titoli.

Per quanto riguarda l'autonomia, la responsabilità nell'esercizio professionale, la situazione è quasi totalmente sovrapponibile, non ho ben compreso se comunque una definizione di funzioni, prestazioni o compiti in Spagna c'è, in Italia no; c'è una definizione di campo di attività definito da un decreto ministeriale che certifica e definisce il profilo professionale dell'infermiere, c'è il codice deontologico dell'infermiere rinnovato completamente nel 1999 e c'è la definizione che l'infermiere è autorizzato a fare quanto appreso ed è certificato in ambito formativo.

Quindi in base alla formazione acquisita, al profilo professionale e al codice deontologico che in Italia ha valore giuridico, l'infermiere si può muovere nell'ambito dell'esercizio professionale; esercita su due ambiti, uno collaborativi, quindi ha mandato di concretizzare le prescrizioni diagnostiche terapeutiche, e un ambito autonomo che è quello del processo di assistenza, dove è autonomo nel definire gli obiettivi, nel pianificare gli interventi, nell'attuarli e nel verificare i risultati.

Il problema in Italia non è tanto nelle indicazioni normative quanto nel fatto che nonostante queste definizioni abbiano ormai più di cinque anni (legge n. 42 del 1999), la cultura professionale infermieristica generalmente è ancora un po' ancorata a vecchi schemi organizzativi per cui si fa un po' di difficoltà a fare completamente proprio quello che le leggi di questo stato prevederebbero.

Per quanto riguarda lo *status* contrattuale è decisamente diversificato.

In Italia si sta cominciando adesso ad avere contratti di tipo privato, pur nell'ambito dello *status* di dipendente pubblico, c'è un contratto unico a livello nazionale con delle contrattazioni decentrate a livello aziendale però sempre in riferimento al contratto nazionale.

Esistono tutta una serie di possibilità normative, il part time è un diritto, l'astensione pre e post parto è un diritto ed è decisamente più lunga di quella prevista in Spagna, non c'è certificazione d'obbligo per l'esercizio professionale, nel senso che al di là dei crediti formativi, l'infermiere italiano non viene sottoposto a verifiche; può spostarsi in qualsiasi tipo di ospedale, e tali spostamenti erano talmente significativi che nell'ultimo contratto di lavoro si è esplicitato che devono esserci almeno due anni di fermo in una organizzazione sanitaria prima di potersi spostare, soprattutto se nel frattempo in quella organizzazione sanitaria è stato fatto un investimento formativo nei confronti di quell'infermiere.

Per quanto riguarda lo *status* economico siamo sui 1200/1300 euro netti al mese, gli infermieri sono e questo lo dico anche se so che susciterò delle tensioni in sala, ma bisogna che lo dica in quanto siamo qui per confrontarci, gli infermieri italiani sono nell'ambito delle professioni sanitarie, escludendo il personale medico, i professionisti sanitari che percepiscono, anche se con un impegno personale rilevante, una remunerazione economica molto più elevata, perché stante la carenza di infermieri che c'è in Italia è stato attivato un istituto particolare, che è un ibrido tra esercizio dipendente ed esercizio libero professionale, definito istituto delle prestazioni aggiuntive, sulla base delle quali l'infermiere può raggiungere anche i 2500/3000 euro al mese, anche se con un impegno psicofisico personale non indifferente.

Un altro capitolo che non mi pare di avere colto dalla collega spagnola è il discorso delle indennità, che in Italia sono collegate all'orario di lavoro notturno, piuttosto che alla presenza in servizio nelle giornate festive, piuttosto che al luogo dove viene esercitata la propria professione, quindi terapie intensive, assistenza domiciliare, malattie infettive ed altre situazioni.

Non si è parlato di come venga remunerata la reperibilità, o quanto meno se esiste una formula di questo tipo.

Vorrei aggiungere che l'istituto delle prestazioni aggiuntive, che ripeto sono ore infermiere, extra debito orario settimanale, probabilmente darà origine, e so che le OO.SS ci stanno riflettendo, all'attivazione della libera professione infermieristica intramoenia, proprio per cercare di superare questa modalità di effettuazione di assistenza infermieristica al di fuori del proprio debito orario contrattuale che in Italia è di 36 ore settimanali.

## J. W. ALBARRAN

EfCCNa, Gran Bretagna

Principal Lecturer in Critical Care Nursing

British Association of Critical Care Nurses, BACCN

Editor and International representative Faculty of Health and Social Care

University of the West of England Glenside Campus - Bristol

Forse la prima cosa a cui dovremmo pensare quando parliamo delle prospettive dell'infermieristica di paesi diversi come Italia, Spagna, Regno Unito e così via, rispetto al Regno Unito, ad esempio, è che soffriamo una carenza di medici e man mano che vi parlerò vedrete come questo ha un impatto fortissimo sul ruolo infermieristico. Status professionale: la formazione nel Regno Unito dipende dal Consiglio degli infermieri e ostetriche e al termine della formazione gli infermieri devono essere all'altezza degli standard europei. Va detto che nel Regno Unito noi abbiamo infermieri per adulti, pediatrici, infermiere ostetriche e di salute mentale.

La formazione è propedeutica e ha una durata di 18 mesi, dopo di che ci sono le specializzazioni in questi 4 ambiti: una volta fatta la scelta non si può cambiare, si può conseguire un'ulteriore qualifica ma è molto difficile spostarsi da un'area all'altra.

Alla luce del nostro codice deontologico ogni infermiere è responsabile delle proprie azioni e omissioni quindi ciò che si è fatto o non si è fatto ricade sotto la responsabilità personale.

Questa mattina ho detto che gli infermieri possono fare la maggior parte delle cose purché abbiano la formazione e le competenze necessarie. Ad esempio quattro o cinque anni fa c'è stato il primo infermiere assistente chirurgico, si trattava di infermiere che era stato formato per collaborare e aiutare il chirurgo, con manovre tipo il reperimento di vene, confezionarle, chiudere il torace, etc. Ci sono infermieri che possono fare lavoro clinico endoscopico, quindi controllare il paziente, fare l'anamnesi, l'endoscopia e scriverne il referto. Per quanto riguarda l'assistenza neonatale, abbiamo delle infermiere avanzate che operano come medici di primo livello e fanno valutazioni anche degli esami ematici; ma al di là delle specialità ogni infermiere ha un suo ambito decisionale indipendente che dipende dalle sue conoscenze e dalle sue capacità; essere responsabili significa conoscere anche i propri limiti quindi una persona che non è formata per fare una cosa, sa che non la può fare e qui stiamo parlando proprio di dovere professionale. Il Consiglio della professione infermieristica e ostetrica regola anche l'etica professionale e quindi ogni 3 anni bisogna aggiornare la propria professionalità; questo è obbligatorio cioè la professione infermieristica si aspetta che i suoi appartenenti siano sempre aggiornati e quindi nel proprio curricu-

lum ci dovrà essere una sezione relativa all'aggiornamento, gli studi fatti e una documentazione su ciò che si è appreso, se si sono pubblicati degli articoli, se ad esempio si è iniziato a lavorare in un'équipe di infettivologia e così via.

Ogni 3 anni il Consiglio sceglie degli infermieri a caso, chiede di inviare il curriculum come appena descritto e se non è aggiornato, l'infermiere non è più abilitato. Va detto che è l'ospedale stesso a dare copertura assicurativa, si assumerà la responsabilità per gli infermieri solo se questi seguono i protocolli di aggiornamento: per quanto riguarda la responsabilità, fino a pochissimi giorni fa avevamo un sistema di qualificazione che definiva anche la responsabilità degli infermieri.

Quindi si parlava di livello D per l'infermiere appena abilitato e qualificato, livello A per l'infermiere con esperienza che può aver già seguito un corso di area critica, livello F per un infermiere qualificato ormai da 4 o 5 anni e che può anche assumere la vicedirezione del reparto, livello G riguarda caposala o responsabile di reparto che ha responsabilità per le 24 ore riguardo il reparto e a cui tutto il personale deve rispondere, poi c'è il livello I, può essere un infermiere di livello dirigenziale che può avere la responsabilità di due o tre reparti senza più avere compiti clinici ma soltanto manageriali, dirigenziali.

Qual è lo *status* sociale dell'infermiere?

C'è l'immagine tradizionale quasi santa, molto sana dell'infermiera e della caposala che lavorano insieme e nel Regno Unito le infermiere sono rappresentate come degli angeli, persone molto buone, però all'altro estremo c'è la caposala cattiva che spaventa tutti, arcigna. Qualcuno si ricorderà il film «qualcuno volò sul nido del cuculo»; quella caposala è uno degli estremi e l'altro estremo è l'infermiera sexy: questo per dirvi che l'opinione pubblica nel Regno Unito ha un'opinione molto confusa degli infermieri che però sono visti come persone professionali e competenti e che si prendono cura dei pazienti, se però andiamo a fare un'intervista strutturata, alla fine vi diranno sempre che ci vuole la vocazione per fare gli infermieri, ma la vocazione non paga né il mutuo per la casa, né le spese per la formazione. Quindi c'è simpatia e comprensione per il personale infermieristico e le sue esigenze, però se si sciopera allora non ci sostengono più perché gli angeli non fanno sciopero. Comunque va detto che negli ambiti accademici gli infermieri hanno un buono *status* perché i master, cioè i corsi post base li abbiamo dagli anni 60, i dottorati li abbiamo dagli anni 70-80 quindi a livello accademico siamo sicuramente riconosciuti e devo dire che siamo riconosciuti anche dagli altri colleghi professionisti, per dire gli ingegneri, anche negli altri ambiti professionali ci riconoscono come professionisti. Possiamo dire che abbiamo un profilo sempre più ampio, il nostro *status* viene sempre più riconosciuto perché ad esempio abbiamo tre parlamentari che sono stati infermieri, adesso al ministero della sanità ci sono dei responsabili del settore infermieristico che sono incaricati a consigliare il governo sulla pratica infermieristica e regolamentazione infermieristica così come il nostro Collegio della professione infermieristica e ostetrica è attivo a livello di varie attività governative, in particolare come consulenza su come fornire assistenza infermieristica più efficace.

Questa è la mia associazione, che dopo circa 19 anni è stata riconosciuta

ormai da tutta una serie di gruppi di lavoro ed enti governativi ed è l'associazione dell'area critica; per esempio siamo riconosciuti dall'Istituto Nazionale sull'efficacia clinica, che dà consulenze al governo su farmaci e ricerche particolarmente costosi, quindi noi siamo seduti allo stesso tavolo con professori, medici, consulenti, diamo il nostro parere e siamo ascoltati.

Io sono in un gruppo di esperti, come rappresentante della professione infermieristica, che si occupa di formazione e strategie per l'area critica per l'anno 2010, cioè come cambieranno queste cose da oggi al 2010. Poi abbiamo la società di medicina intensiva che è un gruppo specializzato che ci consulta.

Poi un gruppo dei nostri colleghi lavora come «pensatori», che sviluppano le riflessioni sull'area critica all'interno e all'esterno degli ospedali.

Contratto di lavoro:

ho già detto prima che fino a pochi giorni fa avevamo un sistema di qualifiche con le lettere mentre ora abbiamo un sistema a fasce che si applica a tutti coloro che operano in ambito sanitario (fisioterapisti, radiologi, farmacisti e infermieri) e chiunque sia stato appena assunto e si è appena qualificato andrà in V fascia.

Mille sterline sono equivalenti a circa 1400 euro quindi fate i calcoli voi per convertire tutto in euro.

V fascia si parte da 15mila sterline circa. VI fascia, infermiere specializzato, quindi siamo oltre i neo assunti, da 18mila a 19mila. VII fascia sono responsabili di reparto e in cima avremo l'infermiere esperto cioè l'infermiere che ha conseguito la qualifica clinica e che ha uno stipendio decisamente elevato. Va detto che queste infermiere devono essere all'avanguardia della pratica, fare pubblicazioni, lavorare nell'ambito della ricerca e contribuire alla formazione ed educazione continua, quindi in sostanza vengono pagate ma devono lavorare anche molto sodo.

Ci possono essere delle indennità particolari che dipendono dalla zona geografica in cui si opera, se una persona lavora nella zona londinese ha un'indennità supplementare perché a Londra tutto è carissimo, il costo della vita è elevato, soprattutto per gli infermieri, purtroppo. Tuttavia va detto che il problema si è espanso al di là della zona di Londra, per esempio se si vive nel Sussex o nell'Essex che sono due regioni vicino a Londra, si ha un ulteriore incentivo, ad esempio gli ospedali del Sussex e dell'Essex vi daranno un migliaio di sterline se andate a lavorare da loro, o se andate a lavorare nelle regioni a Sud di Londra vi pagano la formazione per due anni, perché tutti vanno a lavorare a Londra e nelle zone circostanti non ci sono più abbastanza infermieri.

Nell'Inghilterra meridionale il costo dell'affitto e della casa è veramente elevatissimo. Mia moglie è una radiologa, viviamo a circa 180 Km da Londra e mia moglie ha un'indennità speciale perché viviamo nel sud dell'Inghilterra che è un po' come il nord da voi in Italia.

Poi ci possono essere delle indennità particolari per chi lavora nel fine settimana o di notte anche se queste indennità di lavoro notturno probabilmente verranno ridotte perché verranno aumentati gli stipendi ma verranno ridotte le penalità per chi impone di lavorare di notte ed è una cosa molto

interessante che deriva dal furbo cambiamento laburista.

*I contratti di lavoro.*

La situazione è molto particolare, i responsabili di reparto possono addirittura mettere pubblicità sui giornali per assumere personale, perché hanno un budget a loro disposizione per infermieri ed assistenti.

Tra l'altro se gli ospedali sono a corto di personale possono offrire incentivi particolari per l'assunzione. Nel regno unito negli ultimi due o tre anni gli infermieri di area critica sono diventati rari e cari come l'oro, sono un bene prezioso, un bene di lusso ed è per questo che sono apparse le agenzie per il personale infermieristico che permettono di lavorare in maniera indipendente con contratto libero professionale, offrono una remunerazione oraria migliore. Questo perché a volte gli infermieri erano delusi dal sistema sanitario pubblico e in effetti con lo stipendio che dà l'agenzia non si vive male, si ottengono 25/30 sterline l'ora come tariffa oraria diurna, invece se si lavora di notte si arriva a 40 sterline l'ora, se poi si lavora durante periodi particolari come Natale si va da 50 a 80 sterline l'ora. Va detto però che chi lavora tramite agenzia non ha nessuna indennità di malattia né ha nessun tipo di contributo pensionistico; io ho degli amici che lavorano 15 notti al mese e gli altri 15 giorni non lavorano affatto, ovviamente il governo si sta impegnando in modo che questi vengano pagati di meno. Veniamo adesso al part-time, si è sofferto di tagli al personale e adesso si sta dando maggiore flessibilità, in modo da avere personale a sufficienza: ci sono accordi di flessibilità, per esempio le infermiere part-time a volte lavorano solo la mattina oppure lavorano dalle 5 alle 10, poi molti ospedali offrono asili nido quindi se si hanno bambini piccoli si possono portare all'asilo nido pagando molto poco. Le donne hanno 40 settimane di maternità a stipendio intero e gli uomini possono avere due settimane di paternità. Il personale part-time può anche essere ammesso a finanziamenti per corsi o conferenze o studi intraospedalieri, in sostanza non si fanno differenze tra part-time e tempo pieno per i vantaggi possibili come ad esempio la malattia, il diritto alle ferie.

Ecco, credo di avervi sintetizzato brevemente ciò che avviene nel Regno Unito, poi discutendone potremo approfondire i singoli temi.

Grazie per l'attenzione.

**Round table  
A perspective from the UK**

**John W. Albarran**

Principal Lecturer in Critica Care  
University of the West of England  
BRISTOL

1

**Professional status**

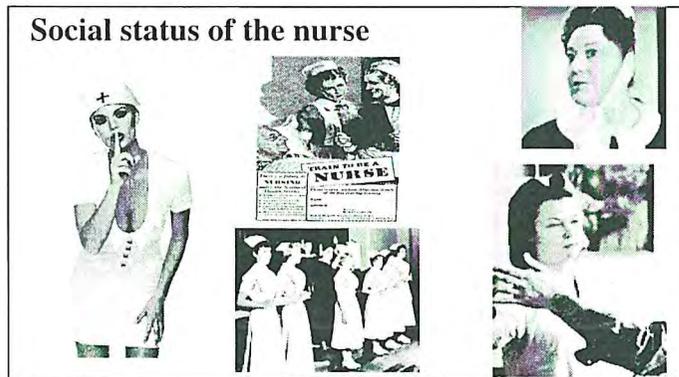
- Nurse training is governed by the Nursing and Midwifery Council. At completion of their training they must meet EU requirements- There is **no** specific list of duties.
- Each nurse is accountable for their own actions and omissions in exercising a duty of care. Each nurse can exercise a degree of independent decision making within his/her own sphere of knowledge and skill.
- The Nursing and Midwifery Council regulates the professional conduct of nurses and midwives. The hospital will provide vicarious liability only if the nurse follows protocols.

2

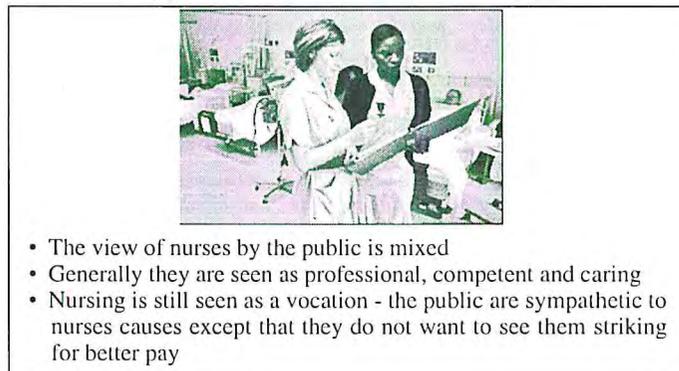
**Grading system**

- UK currently has a grading system that in part defines responsibility and accountability
- A "D" grade is a newly qualified nurse
- An "E" may be an experienced nurse who has undertaken a critical care course
- An "F" grade staff nurse has been qualified for about 4-5 years and deputises for ward manager
- A "G" grade is a ward sister/manager and has 24 hour responsibility for the unit/ward- all staff are accountable to this person
- An "I" grade will be a senior nurse, often with minimal clinical function

3



4



5

### Presence of nursing

- This is becoming higher profile
- There are three Members of Parliament who are former nurses
- Chief nurses within the department of health advise the government on practice and workforce issues
- The Royal College of Nursing and NMC are active in many Government projects

6



## British Association of Critical Care Nurses

- BACCN has many links on key task-forces and government agencies
- National Institute of Clinical Effectiveness and advises on equipment and drugs
- Represent nurses on an expert group looking at workforce issues, training and strategies for critical care in 2010
- Intensive Care Society steering group (medical group)
- Think-tanks on developing critical care outside of intensive care units

7

### 3 Contract of employment

- Salary - Nationally "Agenda for change" has reprofiled all healthcare posts and created divisions according to responsibilities and duties
  - Band 5 – newly qualified nurse £15, 877- £24, 442
  - Band 6- specialist nurses £18, 913- £ 29, 302
  - Band 7 – Ward managers £ 22, 057 - £ 34, 417
  - Band 8- nurse consultants £ 34, 417- £ 47, 949 (expectations include leading practice, publication, research and educational contributions)
- Allowances may be determined by geography (living in London or South of England)
- Unsocial hours (week ends, and from 20:00 to 08:00am)

8

### Employment contracts

- Most ward managers can appoint their staff. Each ward will have an agreed budget for skill-mix of nurses and nurse assistants
  - If staff shortages are severe, hospitals may offer incentives these can be of a financial or educational nature
- Agency staff - Many nurses choose to work freelance, often because better hourly rates and are disillusioned with the healthcare system
  - There are no sickness benefits or pension benefits
  - Hourly rates for working in critical care can be £ 25-30/hour during week ends and night shifts

9

**Part-time staff**

Hospitals now provide:

- Flexible arrangements and working hours
- Crèche facilities for children under 4 years
- All women are allowed 40 weeks maternity leave and men can have two weeks paternity leave
- Part-time staff can be eligible to be funded for courses, conferences or other in-house studies
- Sickness benefits for a specific time
- Holiday entitlements plus statutory days

## J. LATOUR

EfCCNa - ESPNIC, Olanda

European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (Nursing), ESPNIC

Past-President

Grazie all'Aniarti per avermi invitato e per condividere la mia esperienza di 25 anni come infermiere nei Paesi Bassi. Questa sessione mi piace molto e ho visto che i miei colleghi sono già molto popolari ...

A questo punto io vi chiederei chi vorrebbe lavorare nel Regno Unito, se vorreste lavorare nel Regno Unito tirate su la mano!!!

Chi vorrebbe lavorare in Spagna?

Aspettate la mia presentazione ... poi ...

Ora torniamo alle domande e allo *status* professionale degli infermieri.

Abbiamo un titolo che è protetto dalla legge, abbiamo ottenuto questo gran risultato, avere una professione che è riconosciuta e protetta dalla legge ma questo ha delle implicazioni legali rispetto al nostro lavoro.

Una delle leggi è quella delle professioni sanitarie che riguarda tutti i professionisti della sanità in particolare gli infermieri, in una di queste leggi alcuni profili professionali hanno un'autorizzazione diretta ad effettuare alcune cose, altri professionisti hanno un'autorizzazione indiretta, sfortunatamente quest'ultima è quella che riguarda gli infermieri.

Quindi ci sono due concetti di fondo: il concetto di competenza e il concetto di autorizzazione ed è questo il sistema che si è diffuso in Olanda negli ultimi 4-5 anni per gli infermieri e gli altri operatori sanitari.

Questa legge dice che ci sono delle disposizioni speciali per quelle categorie di professionisti senza autorizzazione diretta ma che godono di un'autonomia considerevole e che effettuano delle procedure particolari, ovvero gli infermieri che eseguono iniezioni o che posizionano dei cateteri vescicali. Tuttavia questi professionisti devono sempre agire secondo la prescrizione di un operatore sanitario che ha autorizzazione diretta e devono essere sufficientemente competenti.

In breve la regola è: chi non è competente a eseguire una procedura non è legalmente autorizzato ad eseguirla. Questo significa che bisogna essere competenti per effettuare qualsiasi procedura, quindi la formazione diventa molto importante e visto che si tratta di una legge, la documentazione che supporta quello che facciamo diventa ancora più importante: i protocolli, le linee guida, i percorsi assistenziali.

Qui vedete alcune delle procedure riservate, menzionate nella legge, procedure chirurgiche, ostetriche, cateterizzazioni, cateterismi o endoscopie ecce-

tera. Queste sono riservate ai medici però se c'è un protocollo o un accordo in ospedale, gli infermieri possono effettuare le procedure riservate ma deve essere chiaramente documentato. Buona parte degli ospedali nei Paesi Bassi hanno documentato queste procedure riservate, soprattutto per la professione infermieristica, cioè vi è una lista molto più lunga di quella che vedete qui, non è una lista predisposta dalla legge, ma una lista di ciascun ospedale e che riguarda le professioni sanitarie.

Torniamo all'autonomia e alla responsabilità.

In sintesi al di là delle procedure riservate, tutte le procedure infermieristiche vanno scritte e documentate, siamo responsabili di decidere le indicazioni delle procedure e questa è una responsabilità che ci porta al concetto di assistenza sicura e responsabile.

Come sapete nei Paesi Bassi c'è anche un diritto disciplinare: cioè se faccio qualcosa di sbagliato al paziente, se non seguo un protocollo, se il paziente ha un danno grave o muore, posso essere sottoposto a sanzioni disciplinari; non competente il tribunale di diritto civile ma di diritto disciplinare, a meno che, come è successo qualche anno fa, un infermiere è stato accusato di aver ucciso dei pazienti, e in questo caso è passato direttamente al tribunale di diritto civile.

Se consideriamo queste responsabilità, c'è un nuovo sviluppo dell'infermieristica; in termini qualitativi e quindi conseguentemente aumentare la loro retribuzione.

Ma passiamo allo *status* sociale degli infermieri. Se consideriamo la storia sociale dell'infermieristica nel 18° e 19° secolo le infermiere venivano da un ceto sociale medio-alto, al giorno d'oggi invece tutti abbiamo diritto alla formazione quindi gli infermieri vengono da tutte le classi sociali.

Per quello che riguarda la considerazione sociale, se consideriamo la nostra professione, siamo passati dal vecchio concetto di persone che «aiutavano», al concetto di veri professionisti, non vengono visti come volontari o persone di buona volontà che vogliono aiutare la gente, ma hanno una solida formazione e questo è molto riconosciuto. Se pensiamo inoltre alla nostra professione in passato, c'erano soprattutto donne, ma oggi come vedete da questa slide incominciano ad arrivare anche gli uomini, e vi dirò sono anche rimasto sorpreso di vedere tanti uomini in questa sala. Parliamo adesso di infermieristica e processo decisionale; noi abbiamo l'associazione olandese degli infermieri che si chiama AVVV, questa associazione è una specie di federazione di oltre 53 società infermieristiche, ad esempio, di infermieri di area critica, infermieri pediatrici e così via fino ad arrivare a 53 specialità.

L'AVVV è un'associazione con una forte influenza non solo per quello che riguarda la sfera della nostra professione, ma anche verso il mondo esterno, rappresenta un forum che diffonde alla società tutto quello che facciamo. Un'altra associazione è la LVV, ovvero l'associazione dei Paesi Bassi per l'eccellenza in infermieristica, che ha un ruolo di consulenza molto importante per tutti i stakeholders, cioè i portatori di interesse nella sanità, non solo le industrie farmaceutiche, ma anche il Ministero della Sanità eccetera.

L'ultimo gruppo importante per la nostra professione è l'NU91 un'organiz-

zazione di infermieri professionali che ha l'obiettivo di influenzare la politica e la società sulle tematiche riguardo il mondo dell'infermieristica.

Passiamo ad un livello più alto, queste associazioni olandesi sono collegate al Comitato Permanente degli Infermieri che è stato creato a livello di comunità europea; il PCN diventa il portavoce della professione infermieristica a livello europeo.

Ogni paese in Europa dovrebbe essere collegato col PCN o con un'altra organizzazione che è l'ENNO (European Nursing Network Organization) perché sono organizzazioni che svolgono un compito importante per il nostro futuro.

Ora torniamo a quello che dicevamo prima sugli infermieri e i processi decisionali. Gli infermieri nei Paesi Bassi lavorano a stretto contatto con tutti i professionisti della sanità e direi che c'è un divario abbastanza limitato tra la teoria e la pratica, c'è una buona collaborazione e soprattutto partecipiamo a tutti i processi decisionali che riguardano i pazienti, dal ricovero, all'accertamento ai programmi assistenziali, partecipiamo alle decisioni dei pazienti rispetto alla fine della loro vita, ed in questo gli infermieri hanno un forte ruolo nei Paesi Bassi, cosa che non accade in molti altri paesi europei. Se si considera la letteratura, il pensiero, gli studi in Europa riguardo l'area critica pediatrica, vedete che gli infermieri hanno un ruolo molto importante, questo ruolo riguarda anche le decisioni sulla fine della vita. Molto spesso ogni volta che c'è un dibattito sull'eventuale sospensione del trattamento per un paziente, gli infermieri fanno parte della discussione anche se poi l'ultima parola ce l'ha sempre il medico responsabile della terapia intensiva.

Per quello che riguarda le condizioni di lavoro devo dire che non sono qui per tornare a casa con un migliaio di infermieri italiani, però sarei contento perché mancano gli infermieri di area critica. Come vi ha detto John abbiamo un sistema a fasce, anche se è chiamato sistema a competenze:

gli infermieri di area critica hanno una retribuzione minima di 2.104,00 euro lordi, su cui si pagano competenze per il 37 %, poi l'assicurazione sanitaria e altro ...

Se poi guardate il massimo che è di 3.190,00 euro vedete che si paga il 42% di tasse, ma c'è un po' di luce all'orizzonte, perché queste cifre non comprendono gli orari particolari, ad esempio se si fa una settimana di notti e due weekend si guadagnano circa 400 euro in più.

Per quello che riguarda l'indennità nel mese di maggio ogni anno abbiamo un 8% del reddito annuale lordo come indennità vacanze, quindi a maggio ci danno un sacco di soldi e a giugno andiamo tutti in vacanza.

Dall'anno scorso inoltre abbiamo un'indennità di fine anno che è pari al 3.5 % del reddito annuale lordo.

Per quanto riguarda i contratti di lavoro, ci sono contratti in ogni ospedale, ci sono poi agenzie per il lavoro interinale che retribuiscono gli infermieri a ora o per il weekend: si guadagna un pochino di più, si è più liberi ma hanno il problema delle non garanzie come la copertura in caso di malattia, ferie etc. ... e poi si può lavorare anche come liberi professionisti.

Se si guardano i contratti ospedalieri, sono regolati dal contratto collettivo

per le professioni sanitarie, ce ne sono due: uno per le cliniche universitarie e l'altro per gli ospedali non universitari. Non c'è però una grossa differenza retributiva.

Il contratto nazionale prevede un permesso per maternità di 16 settimane, un permesso per l'adozione di 4 settimane, se si deve assistere un proprio caro che è malato, si può chiedere un congedo di 15 giorni.

Abbiamo una formazione continua, è previsto un minimo di due giorni e c'è una revisione annuale.

C'è una cosa importante quando si parla del lavoro nei Paesi Bassi, ho viaggiato abbastanza in Europa e ho visto che l'atteggiamento degli infermieri sta cambiando: gli infermieri lavorano sodo, è legittimo pensare che al termine del turno di lavoro tendono ad andare via; iniziano a pensare invece che magari potrebbero utilizzare un po' di tempo in più per portare avanti un progetto, una ricerca etc...

La domanda è: è ancora interessante, stimolante fare l'infermiere? Io sono lieto di dire che sono orgoglioso di fare l'infermiere e ancora mi diverto lavorando, sì, è divertente ma c'è qualcosa che mi manca, ad esempio dopo il turno di notte si va al bar e si beve qualcosa, ma adesso questo non mi capita più, mi manca giocare con i colleghi. Ora lo so che quando si parla di salari è facile innervosirsi ma non limitatevi a guardare le cifre, non chiedetemi cosa guadagno, ma cosa ci posso fare con quello che guadagno, non posso comprare un bel palazzo in Olanda ma una casetta piccolina sì! Ovviamente posso sognare una Ferrari ma mai me la potrò permettere però ho una macchinetta niente male ...

Grazie

Erasmus MC  
University Medical Center  
Sophia Children's Hospital

EfCCNa

Comparazione della situazione dell'infermiere di area critica in Europa

situazione in Olanda

Jos M. Latour  
Clinical Researcher

1

Professional status

- «Verpleegkundige» (Nurse) is protected by Law
- The Individual Health Care Professions Act (updated 1-1-2001)



EfCCNa

2

Professional status

- Competent - Authorization

*«Special arrangements can be made to cater for those categories of practitioners without direct authorisation but who enjoy considerable autonomy and perform reserved procedures on a daily basis, e.g. nurses who give injections and insert urinary catheters. However, they must always act on the order of a practitioner with direct authorisation and be sufficiently competent».*

The rule of thumb is: Those not proficient to perform a procedure are not legally authorised to do so.



Erasmus MC  
University Medical Center  
Sophia Children's Hospital

EfCCNa

3

## Professional status

Erasmus MC

Erasmus Universiteit  
Rotterdam

Reserved Procedures:

- • surgical procedures; • obstetric procedures;
- • catheterisations and endoscopies;
- • punctures and injections; • general anaesthetic;
- • use of radioactive substances and ionising radiation;
- • cardioversion; • defibrillation; • electroconvulsive therapy;
- • lithotripsy; • artificial insemination.

Hospitals have documented the «Reserved Procedures» specifically for nursing profession.

E/C/CN<sub>a</sub>

4

## Professional status

Erasmus MC

Erasmus Universiteit  
Rotterdam

Autonomy and Responsibility:

- Besides the «Reserved Procedures» all nursing actions
- Responsible to decide the indication of procedures
- Providing «responsible care»

E/C/CN<sub>a</sub>

5

## Social status

Erasmus MC

Erasmus Universiteit  
Rotterdam

Social Background:

- From upper middle class to all classes

Social Considerations:

- From helping/caring to professional status
- From female dominated to male integration

BE A NURSE

E/C/CN<sub>a</sub>

6

## Social status

Nursing and decision-making in Netherlands:

AVVV (Dutch Association of Nurses)

- influence, forum, communicate
- Dutch Association Intensive Care Nurses is member of AVVV

• LEVV (Netherlands Centre for Excellence in Nursing)

- advise on important issues in nursing to stakeholders in health care.

• NU'91 (nursing professional organisation)

- influence politics and community on nursing issues






7

## Social status

Nursing and decision-making in critical care:

Close collaboration with other professionals

- Small gap in Theory and Practice
- Participation in decisions from admission, cure, care to end-of-life decisions






8

## Working conditions

Salary ICU nurses: (ICU bedside nursing)  
(depending on years of experience)

- Min. 2.104 Euro (gross salary)
- Max. 3.190 Euro (gross salary)
- excluding shift hours (evening-night-weekend shifts)

Allowances:

- Holiday allowances 8% of annual gross income
- End-of-year allowances 3,5% of annual gross income





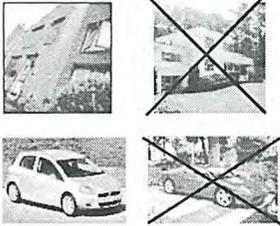

9



**Where to work and live**

Erasmus MC  
Support Children's Hospital

Never ask my nursing salary!  
Ask what I can do with my salary!



EfCCNa

Training of  
Treatment and  
Research  
Care

13

Erasmus MC  
Support Children's Hospital

**Grazie per l'attenzione**

j.latour@erasmusmc.nl

EfCCNa

Training of  
Treatment and  
Research  
Care

14

# ANALISI DEL CASO CLINICO DI UN BAMBINO CON DOLORE ACUTO SECONDO IL MODELLO PER LA LETTURA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

C. ROSSI <sup>(1)</sup>, G. SACCO <sup>(2)</sup>, S. VIARENGO <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Coordinatore Responsabile del Servizio di Dialisi e Trapianto di rene dell'Ospedale Infantile Regina Margherita - Torino

<sup>(2)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Rianimazione - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

<sup>(3)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Reparto di Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

## IL DOLORE NEL BAMBINO

CRISTINA ROSSI

Il dolore è un'esperienza soggettiva difficile da valutare soprattutto nei bambini che, spesso, mancano delle capacità di espressione o cognitive necessarie per esprimere ciò che provano. Tuttavia, la valutazione del dolore è di fondamentale importanza non solo per rilevarne la presenza ma anche per valutare l'efficacia degli interventi adottati.

Queste osservazioni però, non sono sufficienti a sfatare alcuni luoghi comuni riguardanti il dolore del bambino già nella più tenera età.

– Il neonato ed il lattante non sentono dolore a causa dell'immatunità del loro sistema nervoso.

– A uguale patologia un bambino soffre meno di un adulto.

– Se un bambino avrà male te lo dirà.

– Un bambino non può dirti dove ha male.

– Un bambino dimentica il dolore.

– L'uso di oppioidi genera rischio di dipendenza.

Dobbiamo invece essere consapevoli del fatto che

– Già dal sesto settimo mese della vita fetale il sistema nervoso è sufficientemente maturo per veicolare il dolore.

– I neonati avvertono il dolore con maggiore intensità rispetto agli adulti.

– Il rapido sviluppo del sistema eccitatorio e la ritardata maturazione delle vie inibitrici esagerano la trasmissione del dolore nel midollo spinale del neonato.

– Spesso il bambino non è capace a verbalizzare il dolore.

– Già a sei mesi il lattante sa identificare il luogo del dolore.

– Il bambino memorizza il dolore. Un dolore intenso e prolungato può nuocere alla sua integrità psicologica.

Ciò però non basta a cambiare la realtà, basti considerare che negli espe-

dali italiani un malato su due fa i conti col dolore provocato dalla malattia e ben 2/5 (40%) non riceve alcun trattamento per il controllo del dolore, nonostante esistano farmaci che se usati, potrebbero alleviare le sofferenze dell'80% dei pazienti.

Il trattamento e la diminuzione del dolore costituiscono un diritto umano indipendentemente dall'età del soggetto (Schechter et al. 1993). Il mancato trattamento del dolore determina una riduzione della mobilitazione, un trauma psicologico aumenta il rischio di infezione, causa una più lenta guarigione e una più lunga ospedalizzazione. Pertanto si può dire che il dolore nel neonato, nel lattante o nel bambino più grande non è più un semplice sintomo ma una sindrome che deve essere trattata non solo per motivi etici ma perché il dolore/stress può causare danni ormonali, metabolici e cardiovascolari andando ad influenzare l'outcome (morbilità, mortalità e costi).

In letteratura sono documentati molti casi di dolore non trattato nei pazienti pediatrici (Beyer et al. 1993, Schechter et al. 1986), tuttavia negli ultimi anni, si è iniziato ad affrontare il problema della gestione del dolore anche in questo ambito.

Nel 1993, nel testo «Children first: a study of hospital services», il controllo del dolore è stato considerato un indice di qualità dell'assistenza pediatrica negli ospedali.

A noi è richiesta quindi una certa attenzione e sensibilità per interpretare le varie domande di aiuto di questi piccoli pazienti, e diventa altresì necessario adottare degli accorgimenti nelle pratiche di cure applicate al fine di ridurre il più possibile il disagio e il dolore. A questo proposito si può citare:

- organizzazione del lavoro;
- compensazione prima di un evento doloroso;
- utilizzo di CVC;
- ritmo sonno-veglia;
- contenimento affettivo.

La valutazione del dolore nel bambino è alquanto problematica ma è di fondamentale importanza: dovrebbe essere parte di un approccio olistico, l'infermiere dovrebbe essere in grado di cogliere e interpretare i «segnali» del bambino.

In ambito pediatrico l'infermiere si trova ad affrontare contemporaneamente il dolore e la sofferenza non solo del bambino ma anche dei genitori, che comunque vanno correttamente informati sul comportamento che loro stessi dovranno adottare, per evitare di essere un'ulteriore causa di sofferenza per i loro figli. I genitori restano infatti per il bambino l'unico punto di riferimento conosciuto all'interno della struttura ospedaliera.

I bambini danno una grande importanza al linguaggio del corpo, per esempio il tocco e il tono della voce vengono immediatamente percepiti dal bambino e se sono inconsueti non danno tranquillità ma aumentano la sua sofferenza; per questo è importante che i genitori imparino a non far trasparire le loro ansie e paure cercando di relazionare con il proprio figlio in modo naturale.

Il timore del non conosciuto aumenta l'ansia e la paura; questi fattori a

loro volta aumentano i livelli di stress e tensione; questa situazione abbassa le soglie fisiologiche: viene quindi ad aumentare la percezione del dolore.

Nelle prime fasi della vita il dolore si esprime esclusivamente con il pianto, e a volte è veramente silenzioso, se si è a contatto con piccoli bambini intubati e ventilati. In questi casi può essere difficile comprendere le vere situazioni di disagio e di dolore, e diventa essenziale imparare a riconoscere questi stati mediante un'accurata osservazione. Inoltre, durante le cure prestate al lattante, al neonato, al pretermine, l'infermiere diventa in prima persona la figura che può con i suoi comportamenti e le proprie manovre assistenziali, migliorare o peggiorare le condizioni che provocano dolore e stress al piccolo.

Il dolore acuto è facilmente valutabile nel bambino più grande, in quanto questi riesce ad esprimerlo sia gestualmente che verbalmente in maniera adeguata e corretta. Non è così quando la sintomatologia dolorosa e cronica, spesso oncologica, in quanto si tratta di una sofferenza purtroppo abituale. Il grado di malessere di questi bambini può essere valutato osservando il loro comportamento; non sono presenti il pianto e nemmeno atteggiamenti particolari di difesa corporea, il piccolo semplicemente non gioca, si muove poco, ha scarso appetito, presenta dei disturbi del ritmo sonno-veglia, è apatico e ha una scarsa relazione con l'ambiente e le figure che lo circondano.

Da quanto detto sinora è inequivocabile che misurare l'intensità del dolore in un bambino è difficile, per questo motivo, sono state ideate apposite scale per uso pediatrico. E' necessario considerare le notevoli differenze esistenti tra i bambini nello sviluppo del linguaggio e nelle capacità cognitive.

A questo punto si può scegliere la scala da utilizzare considerando:

- l'età;
- gli eventuali interventi;
- i bisogni particolari;
- le condizioni cliniche;
- il tipo di dolore (acuto, cronico, ricorrente).

Registrare quanto rilevato sulla cartella clinica è di fondamentale importanza perché è stato dimostrato che un'accurata registrazione dei dati porta ad un incremento della valutazione del dolore ed alla conseguente somministrazione di analgesici.

Le scale del dolore includono, di solito, uno o più dei seguenti elementi:

- valutazione del comportamento;
- segni clinici;
- tecniche di autorilevazione.

### **Valutazione del comportamento**

L'esame mira ad individuare la risposta comportamentale del bambino al dolore e il loro grado è basato sul pianto, sulla posizione del paziente, sul-

l'espressione del viso. La valutazione del dolore attraverso la valutazione del comportamento è vantaggiosa; non è invasiva, non richiede nessuno sforzo da parte del bambino e non dipende dalle sue capacità cognitive e linguistiche. Chiaramente questo tipo di valutazione ha come vincolo l'età del piccolo paziente.

### **Segni clinici**

Variano notevolmente soprattutto negli immaturi, i parametri esaminati sono:

- frequenza cardiaca;
- frequenza respiratoria;
- pressione arteriosa;
- saturazione dell'ossigeno.

### **Tecniche di autorilevazione**

Essendo il dolore un'esperienza soggettiva, le tecniche di individuazione più sicure sono quelle di autorilevazione, che però si possono utilizzare solo nel caso in cui il bambino abbia raggiunto uno sviluppo tale da permettergli di descrivere adeguatamente il dolore che prova.

Numerose scale sono disponibili ma le più popolari sono la scala del dolore dell'ospedale pediatrico dell'est Ontario (Cheops) e la scala del dolore oggettivo di Hannallah-Broadman (OPS). Scale analogico visive: la scala «delle faccette sorridenti», dello Sheffield Children's Hospital e la scala «dei colori».

È evidente che un efficiente controllo del dolore inizia con una corretta valutazione del dolore.

## Bibliografia

- D.M. 14 settembre 1994 n. 739.  
 Codice deontologico dell'infermiere.  
 Legge 42/26 febbraio 1999  
 A.T.D.E. (association pour le traitement de la douleur de l'enfant) atti del congresso 17 gennaio 1997 Parigi UNESCO.  
 Dalla rivista AAROI anno XXII n. 2 e 3 febbraio-marzo 2001 dall'articolo *Ospedale senza dolore*.  
 McGraw-Hill, *Infermieristica generale e clinica per i problemi di salute*.  
*Quaderni dell'infermiere* n. 6, scale di valutazione, settembre 2003 - n. 7, indicatori e standard per l'assistenza infermieristica, novembre-dicembre 2003.  
 Paediatric Anaesthesia 2003 13-722-724.  
 WOLF AR. *Development of pain and stress responses*. In B. DALENS, I. MURAT, GBUSH eds. *Advances in Paediatric Anaesthesia*. Clermont-Ferrand. 1997:33-56.  
 IVANI G. *Modification of stress response by regional analgesia in children*. In A Van Zundert ed: *Highlights in paintherapy and regional anaesthesia*. VI. Barcelona, Permanyer Publications 1997:199-202.  
 IVANI G., LAMPUGNANI E. *Postoperative pain treatment in children*. *Medical Scienze Monitor* 1997; Vol. 3 suppl. 1:71-75.  
 IVANI G. & DE NEGRI P. *Techniques of continuous or intermittent analgesia*. In SALVO I., VIDYASAGAR D. (eds). *Anaesthesia and Intensive Care in Neonates and Children*. Milano, Spinger Verlag 1999; 151-159  
 IVANI G., MATTIOLI G., REGA M. et al. *Clonidine-mepivacaine mixture vs. nplain mepivacaine in paediatric surgery*. *Paediatr Anaesth* 1996; 6:111-4.  
 BROADMAN L.M., RICE L.H., HANNALLAH R.S. 1988 *Testing the validity of an objective pain scale for infants and children*. *Anesthesiology* 69: A770.  
 CARTER B. 1994 *Child and infant pain*. Chapman and Hall, London.  
 MCGRATH P.A., SEIFERT C.E., SPEECHLEY K.N., BOOTH J.C., STITT L., GIBSON M.C. 1996 *A new analogue scale for assessig children's pain - an initial valdation study*. *Pain* 64: 435-443.  
 MATHER L., MACKIE J. 1983 *The incidence of post operative pain in children*. *Pain* 15: 271-282.  
 MORTON N.S. 1993 *Development of a monitoring protocol for the safe use of opioids in children*. *Paediatric Anaesthesia* 3: 179-184.  
 PORTER F. 1993 *Pain assessment in children: infant*. In: SCHSCHTER N.L., BERDE C.B., YASTER M. (eds) *Pain in infant, children and adolescents*. Williams e Wilkins, Baltimore.  
 SAVEDRA M.C., HOLZEMER W.L., TESLER M.D., WILKIE D.J. 1993 *Assessment of post operatoin pain in children and adolescents using the Adolescent Pediatric Pain Tool*. *Nursing Research* 42:1, 5-9.  
 SCHECHTER N.L., ALLEN D.A., HANSON K. 1986 *Status of pediatric pain control: a comparison of hospital analgesic use in children and adults*. *Pediatrics* 77: 11-15.  
 SCHECHTER N.L., BERDE C.B., YASTER M. 1993 *Pain in infants, children and adolescents*. Williams e Wilkins, Baltimore.  
 TARBELL S.E., COHEN I.T., MARSH J.L. 1992 *The Toddler-Pre-school Postoperative Pain Scale: an observational scale for measuring postoperative pain in children aged 1-5*. Preliminary report. *Pain* 50: 273-280.



1

- Il neonato ed il lattante non sentono dolore a causa dell'immaturità del loro sistema nervoso
- A uguale patologia un bambino soffre meno di un adulto
- Se un bambino avrà male te lo dirà
- Un bambino non può dirti dove ha male
- Un bambino dimentica il dolore
- L'uso di oppioidi genera il rischio di dipendenza.



2

- Già dal 6°/7° mese di vita fetale il sistema nervoso è sufficientemente maturo per veicolare il dolore
- I neonati avvertono il dolore con maggiore intensità rispetto agli adulti
- Il rapido sviluppo del sistema eccitatorio e la ritardata maturazione delle vie inibitrici esagerano la trasmissione del dolore nel midollo spinale del neonato
- Spesso il bambino non è capace a verbalizzare il dolore
- Già a 6 mesi il lattante sa identificare il luogo del dolore
- Il bambino memorizza il dolore. Un dolore intenso e prolungato può nuocere alla sua integrità psicologica



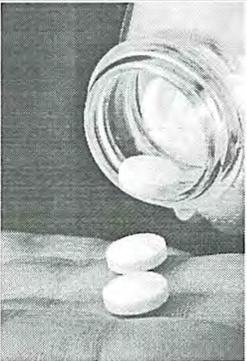
3

**IL TRATTAMENTO E LA  
DIMINUZIONE DEL DOLORE  
COSTITUISCONO UN DIRITTO  
UMANO INDIPENDENTEMENTE  
DALL'ETA' DEL SOGGETTO  
(Schechter et al. 1993)**

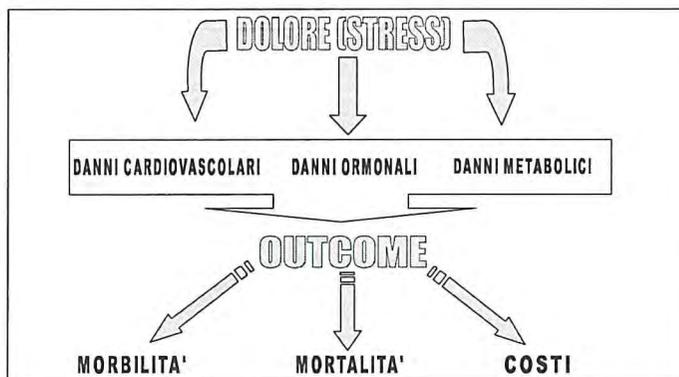
4

**Mancato trattamento del dolore**

- Riduzione della mobilizzazione
- Trauma psicologico
- Aumento delle infezioni
- Lenta guarigione
- Aumento dei giorni di degenza



5



6

Nel 1993 nel testo «Children first a study of Hospital Services» il controllo del dolore è stato considerato un indice della qualità dell'assistenza pediatrica negli ospedali



7



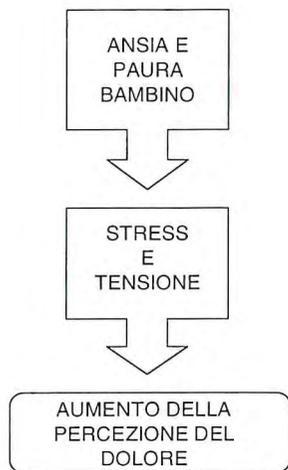
- Organizzazione del lavoro
- Compensazione prima di un evento doloroso
- Utilizzo di C.V.C.
- Ritmo sonno-veglia
- Contenimento affettivo



8



9



10



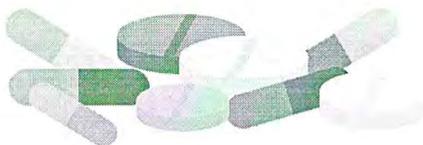
11

### Scelta della scala considerando:



12

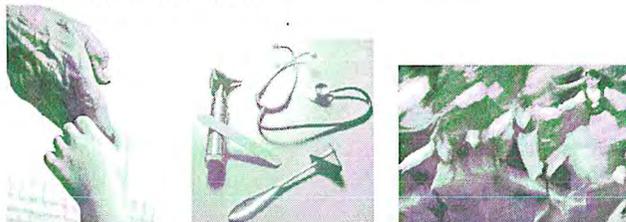
Registrare quanto rilevato sulla cartella clinica è di fondamentale importanza perché è stato dimostrato che un'accurata registrazione dei dati porta ad un incremento della valutazione del dolore ed alla conseguente somministrazione di analgesici.



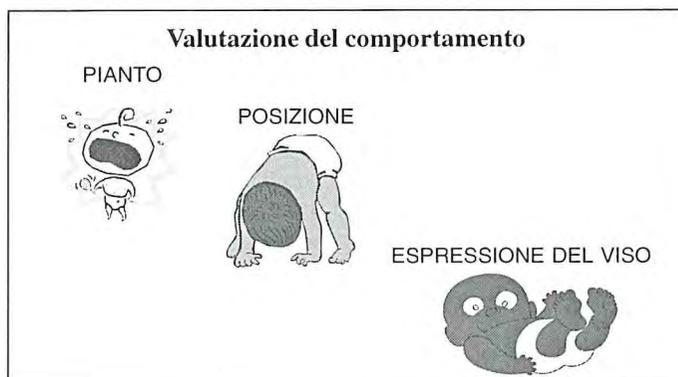
13

Le scale del dolore includono i seguenti elementi:

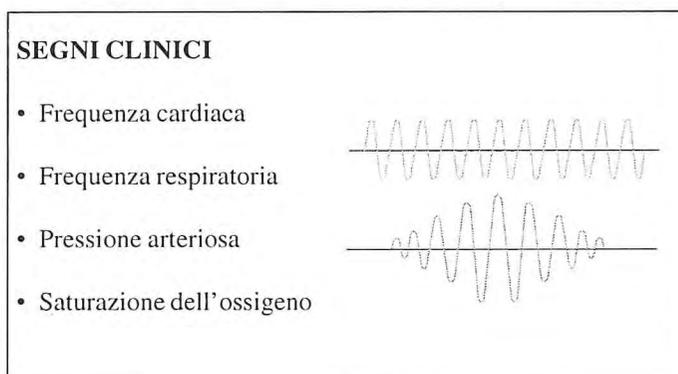
- Valutazione del comportamento
- Segni clinici
- Tecniche di autorilevazione



14



15

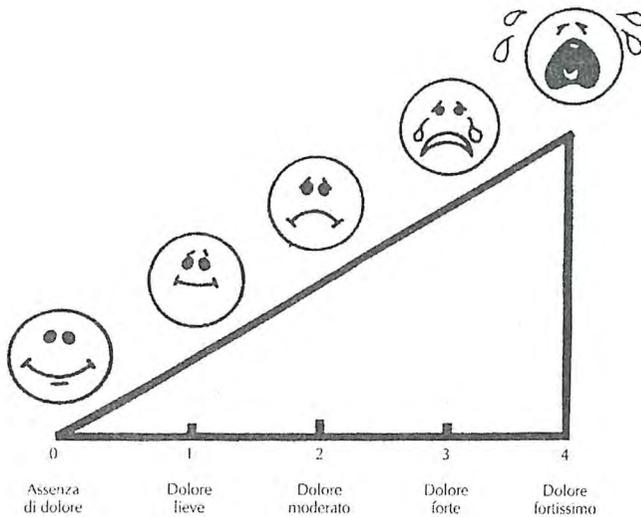


16



17

| <b>Scala</b>                      | <b>Età</b>                      | <b>Commenti</b>   |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| OPS<br>(Broadman et al. 1988)     | Neonati e bambini fino a 7 anni | Facile da usare.<br>Esamina il dolore per un determinato periodo di tempo.<br>Accurata anche se usata da diversi operatori.<br>Non può essere usata su pazienti intubati o paralizzati  |
| CRIES<br>(Krechel e Bildner 1995) | Neonati                         | Facile da usare.<br>Affidabile già dalle 32 settimane di età gestazionale.<br>Si basa sulla SaO <sub>2</sub> che può essere alterata da molti altri fattori.  |
| COMFORT<br>(Ambuel et al. 1992)   | Neonati e bambini fino a 7 anni | Difficile da usare.<br>Non può essere utilizzata su pazienti intubati o paralizzati.  |
| TIPPS<br>(Tarbell et al. 1992)    | Neonati/lattanti                | Correlata alla valutazione dell'infermiere e dei genitori.<br>I livelli del dolore seguono gli effetti dell'analgesia, ossia diminuiscono se la dose di analgesici è sufficiente e aumentano nel caso in cui sia necessaria aumentarla. |
| FACES<br>(Beyer e Wells 1989)     | 3-7 anni                        | I bambini più piccoli potrebbero scegliere gli estremi.<br>Alcuni bambini potrebbero confonderla con la misurazione della felicità.   |
| CHEOPS<br>(McGrath et al. 1995)   | 3-7 anni                        | Scala comportamentale complicata.<br>Non permette di rilevare adeguatamente l'intensità del dolore in fase postoperatoria nei bambini con disturbi comportamentali indotti dall'ospedalizzazione.                                       |
| NPS<br>(Lawrence et al. 1993)     | Neonati                         | Non può essere utilizzata su pazienti intubati o paralizzati.<br>Individua sei categorie di dolore di cui, però, due molto simili.  |



19



20

# ANALISI DEL CASO CLINICO DI UN BAMBINO CON DOLORE ACUTO SECONDO IL MODELLO PER LA LETTURA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

C. ROSSI <sup>(1)</sup>, G. SACCO <sup>(2)</sup>, S. VIARENGO <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Coordinatore Responsabile del Servizio di Dialisi e Trapianto di rene dell'Ospedale Infantile Regina Margherita - Torino

<sup>(2)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Rianimazione - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

<sup>(3)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Reparto di Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

## CASO CLINICO DI UN BAMBINO CON DOLORE ACUTO

CRISTINA ROSSI

Per analizzare il decorso di degenza improntato principalmente sul controllo del dolore abbiamo voluto analizzare e mettere in evidenza alcune attività che ci sembrano più esplicative in rapporto all'analisi della complessità assistenziale.

Le attività sono le seguenti:

- l'accoglienza
- medicazione
- valutazione del dolore
- rapporto relazionale con il bambino
- rapporto relazionale con i genitori

Daniele giungeva al servizio di rianimazione dell'ospedale Regina Margherita in condizioni critiche.

A causa della sub-amputazione dell'arto si era verificata un'ingente perdita di sangue, si presentava inoltre in stato di shock da dolore. Le priorità immediate erano quindi, la stabilizzazione emodinamica, ed un immediato controllo del dolore che vista l'urgenza e l'età del paziente avveniva per via endovenosa periferica.

Mentre si praticava la sedazione, si procedeva al monitoraggio dei parametri vitali, E.C.G., frequenza respiratoria, P.A incruenta e saturimetria. Si procedeva poi all'intubazione nasotracheale e si poneva il bambino in ventilazione meccanica controllata.

La ventilazione in questo caso non era necessaria per causa di insufficienza respiratoria, ma permetteva di poter praticare al bambino un adeguato controllo del dolore per mezzo di infusione continua di Remifentanil e Midazolam senza doversi preoccupare di una depressione respiratoria di tipo farmacologico. Non ultimo la necessità di poter agire su di un paziente immobile.

Mentre l'équipe multispecialistica (chirurghi vascolari, chirurghi plastici e ortopedici) si stava preparando ad intervenire in S.O., il bambino veniva incannulato con un C.V.C. e veniva monitorata la P.A con un catetere arterioso. Questo permetteva e avrebbe permesso durante l'intervento chirurgico di infondere catecolamine, liquidi, sangue e emoderivati per mantenere stabile la situazione emodinamica.

Inoltre al ritorno dalla sala operatoria il C.V.C avrebbe rappresentato una sicura via di infusione per soluzioni iperosmolarie, sedativi, analgesici, ma anche per poter usufruire di un accesso venoso da cui poter eseguire esami ematologici senza provocare dolore.

A questo proposito è doveroso ricordare che tutte le linee guide raccomandano di non effettuare prelievi da una via centrale con lo scopo di ridurre al minimo la contaminazione batterica, non si può peraltro non prendere in considerazione il disagio e lo stress provocato al bambino degente in un reparto di rianimazione.

Quello che invece è raccomandabile è l'alto livello di attenzione seguito da opportune manovre in condizione di asepsi che deve sempre tenere presente l'infermiere nel manipolare il C.V.C.

Dopo queste manovre si procedeva all'effettuazione di esami ematochimici e radiologici (RX torace arto inf. Sx).

All'arrivo dei risultati si preparava la terapia infusoria su prescrizione medica.

Analizzando le condizioni del bambino secondo il diagramma in relazione alla complessità assistenziale possiamo notare che si sta agendo su una persona in condizioni di alta criticità, bassa comprensione dovuta alla sedazione praticata e un'incapacità di agire autonomamente dovuta alle condizioni cliniche.

In questa fase i professionisti che intervengono sono il medico anestesista e due infermieri in collaborazione.

Le competenze richieste al personale infermieristico saranno:

- capacità clinica nel riconoscere e valutare eventuali variazioni cliniche con tempestività;
- capacità decisionale rispetto all'individuazione della priorità assistenziale e la valutazione sugli interventi prioritari in rapporto alla situazione clinica e dei materiali da usare;
- capacità di lavoro in équipe con altri infermieri e medici;
- conoscenze tecnico scientifiche sull'agire.

In questa serie di attività si può notare che vi può essere un inserimento di personale di supporto solamente per quanto riguarda il riordino del materiale e la sanificazione di presidi chirurgici.

Attività questa definita generica dal succitato personale su indicazione emessa in atto su check-list. L'infermiera avrà quindi un ruolo di discrezionalità decisoria sulla trasferibilità dell'atto, di pianificazione sulla stesura delle procedure scritte e supervisione e di controllo sui risultati.

Una volta stabilizzato il bambino, prima del trasferimento in sala operatoria, si procederà all'accoglimento dei genitori.

Si tratta di un momento molto particolare in quanto i genitori sono spaventati e ansiosi.

Le prime informazioni vengono fornite dal medico che procede anche a far firmare il consenso all'atto medico e all'emotrasfusione.

In questa fase l'infermiere è colui che aiuta i genitori a comprendere con termini più semplici, con situazioni esplicative, le informazioni date loro dal medico.

Attraverso domande dirette e comprensibili ottiene l'anamnesi infermieristica necessaria per analizzare i bisogni del piccolo e formulare il piano assistenziale.

In questo caso analizzando il diagramma abbiamo voluto individuare come persona i genitori, pertanto si avrà un buono stato di salute fisica, un alterato stato di salute mentale che influenza la capacità di comprensione e una bassa azione autonoma.

Si può affermare a questo punto che è fondamentale per il professionista sviluppare un'alta capacità di rapportarsi con l'utente che si trova in uno stato di confusione psicologica.

Per le caratteristiche dell'intervento le figure professionali idonee in questa situazione sono il medico e l'infermiere poiché in possesso delle conoscenze teorico scientifiche necessarie.

Dopo 8 ore di intervento chirurgico, il bambino veniva riportato in rianimazione per il postoperatorio.

La necessità di proseguire la degenza in un reparto intensivo era giustificata dalla richiesta ortopedica di assoluta immobilità dell'arto in posizione di scarico, di poter avere un'ottima analgesia, anche durante le medicazioni che avvenivano nel primo periodo due volte al giorno e l'applicazione di sanguisughe per favorire lo scarico venoso all'inizio insufficiente.

Quindi il piccolo veniva mantenuto intubato, ventilato e sedato per circa quindici giorni.

Un infusione continua di ketamina e midazolam garantiva un buon livello di sedazione che peraltro veniva costantemente monitorata con l'applicazione della scala PICU sedation.

I parametri presi in considerazione sono l'agitazione, l'espressione facciale, la postura, la ventilazione se spontanea o meccanica e la frequenza cardiaca o pressione arteriosa. L'aumento della frequenza cardiaca, l'espressione facciale ed il contrasto con la ventilazione avrebbe indicato un'insufficiente analgesia per il tipo di manovra a cui veniva sottoposto.

Dalla valutazione della suddetta scala un valore inferiore a 2 indica una eccessiva sedazione, un valore compreso tra 2 e 7 indica un'idonea sedazione, un valore superiore a 7 indica un'insufficiente sedazione.

L'applicazione della scala assumeva ulteriore importanza durante l'esecuzione delle medicazioni che richiedevano a volte anche la rimozione di tessuto necrotico.

Prendendo in considerazione il diagramma di riferimento riguardante la persona, osservando la linea della salute e malattia possiamo notare la media

criticità dovuta alle condizioni emodinamiche mediamente stabili ma avremo un asse comprensione scelta e un asse azione autonoma nulle dovute alla sedazione. Se l'analisi della comprensione scelta la rivolgiamo ai genitori abbiamo una scelta nulla per quanto riguarda il progetto terapeutico ma un'elevata capacità di comprensione che permetterà di stabilire con loro un rapporto di fiducia e collaborazione.

Le figure professionali coinvolte in questo momento del decorso saranno soprattutto l'infermiere che dovrà interagire con le varie figure mediche e con il coinvolgimento in piccola parte della figura di supporto.

Le competenze infermieristiche saranno particolarmente importanti dovute al controllo dello stato clinico, alla somministrazione e valutazione della scala del dolore e all'individuazione di variazioni con tempestiva segnalazione, attività non trasferibili ad altre figure.

Avrà quindi alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni, alta capacità decisionale rispetto al piano assistenziale, nel saper individuare le priorità, nel definire i criteri di valutazione sugli interventi da eseguire.

Dopo 15 giorni con il miglioramento delle condizioni cliniche e della ferita, in previsione di uno svezzamento dalla ventilazione e dalla sedazione si presentava il problema di continuare la degenza con un bambino cosciente ma che non provasse dolore soprattutto durante le medicazioni.

Si è optato per il posizionamento di un cateterino a permanenza a livello del nervo sciatico con somministrazione in continuo tramite pompa a siringa di Ropivacaina e Clonidina come adiuvante per prolungare l'effetto analgesico dato dall'anestetico locale.

Viene quindi sospesa l'infusione endovenosa di Ketamina e Midazolam ed il piccolo inizia quindi a risvegliarsi e a prendere coscienza.

La valutazione dell'efficacia del metodo scelto per il controllo del dolore a questo punto assumeva particolare importanza.

La scala PICU ci permetteva una valutazione oraria prendendo in considerazione i seguenti parametri: la condizione del bambino in ventilazione spontanea, i suoi movimenti e la sua espressione in quanto ormai sveglio e cosciente.

Va ricordato che per quanto riguarda l'ambito pediatrico il risveglio in un ambiente estraneo può generare sofferenza e stress aggravata da fattori come vissuto di punizione, la paura del non conosciuto, la deprivazione sensoriale e la mancanza di sicurezza. Anche i genitori unico punto di sicurezza vengono a mancare; ecco che l'infermiere assume un ruolo importantissimo come unico punto di riferimento di un ambiente «strano», ma estremamente necessario per il benessere del bambino.

Il professionista deve non solo valutare i parametri clinici-vitali che subiscono alterazioni in caso di stress, ma si trova a interpretare il linguaggio del corpo e ad usare quest'ultimo per comunicare. È necessario quindi comunicare sicurezza per mezzo del tono della voce, al modo con cui si toccano i bambini e all'atteggiamento globale nei loro confronti, tenendo conto da un lato le esigenze terapeutiche ma anche le esigenze fisiologiche del piccolo, quali ritmo sonno-veglia, pasti, ambiente.

Imparare a conoscere le esigenze del bambino, i suoi disagi e modulare gli interventi terapeutici e assistenziali in rapporto alle condizioni del momento.

Durante l'esecuzione delle medicazioni che avvenivano più volte al giorno diventava importante capire se il bambino piangeva o era agitato perché provava dolore fisico oppure se il disagio era provocato dalla paura o dalla presenza di medici che non conosceva.

Ruolo dell'infermiere era allora quello di interpretare lo stato d'animo di Daniele intervenendo con tecniche di distrazione improntate sul gioco. Se questo tipo di tecnica aveva risultato positivo era la conferma che l'analgesia data dal blocco periferico era efficace.

Sottolineando che l'ambiente influisce positivamente o negativamente sullo stato psicologico dei piccoli ammalati, abbiamo cercato di creare un clima il più possibile idoneo all'età del bambino, alle sue esigenze ludiche, facendogli ritrovare i suoi giochi ed i suoi oggetti preferiti.

Il buon rapporto relazionale instaurato con i genitori ha permesso un passaggio di informazioni utili al soddisfacimento dei bisogni e dei desideri del bambino.

La presenza dei genitori e delle persone a lui care, in questa fase era maggiore per far sì che il piccolo non vivesse la malattia come perdita di affetti.

Durante la degenza è stato necessario trasportare il piccolo in S.O. per interventi di innesto cutaneo, in questo caso si attuava una leggera sedazione con ansiolitici ed era cura dell'infermiera che l'aveva in carico in quel momento accompagnarlo al blocco operatorio facendo in modo che si addormentasse in sua presenza. Questo permetteva al bambino di non trovarsi in un ambiente nuovo, circondato da persone con cui lui non aveva instaurato un rapporto.

Prendendo in esame il diagramma riguardante la persona, osservando la linea della salute-malattia possiamo notare che la situazione di criticità e instabilità si è notevolmente abbassata dovuto al miglioramento delle condizioni cliniche, avremo una capacità di comprensione buona rapportata all'età ed una bassa azione autonoma correlata all'età e alle condizioni cliniche.

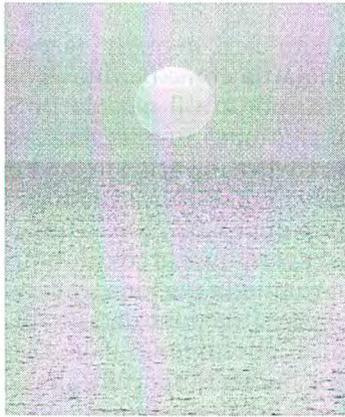
In questa fase le competenze infermieristiche saranno particolarmente importanti dovute al controllo dello stato clinico, alla valutazione del dolore e all'individuazione delle variazioni.

Avrà quindi alta discrezionalità nell'assunzione di decisioni, capacità di pianificazione assistenziale, continuità e riorganizzazione delle attività assistenziale e non ultimo elevata competenza relazionale nei confronti del bambino e dei genitori.

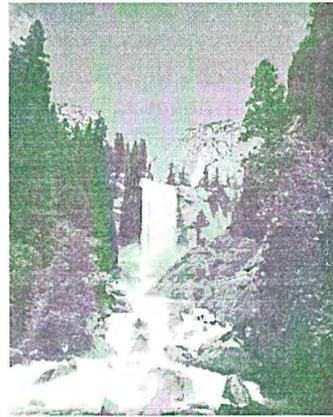
Infine capacità nel definire i criteri di valutazione sugli interventi che siano coerenti con la situazione clinica e organizzativa su come, quali e quante risorse umane e materiali da utilizzare



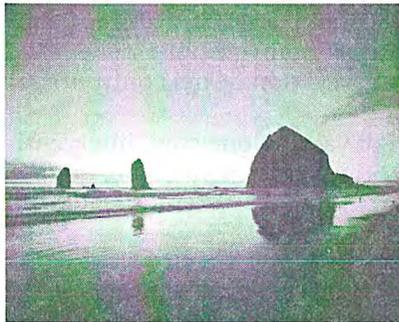
1



2



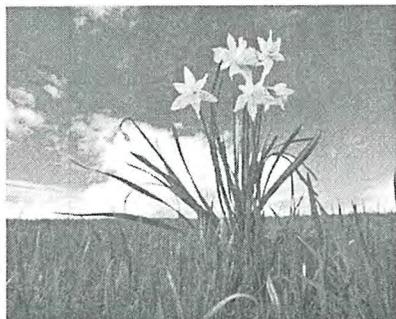
3



4



5



6



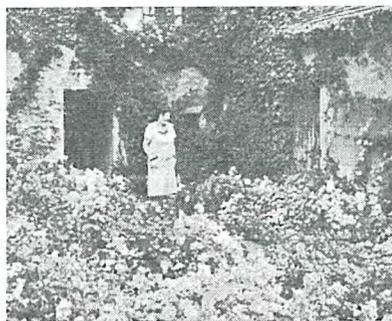
7



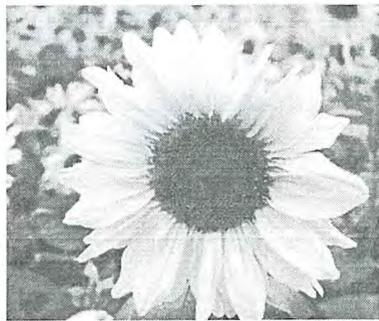
8



9



10



11



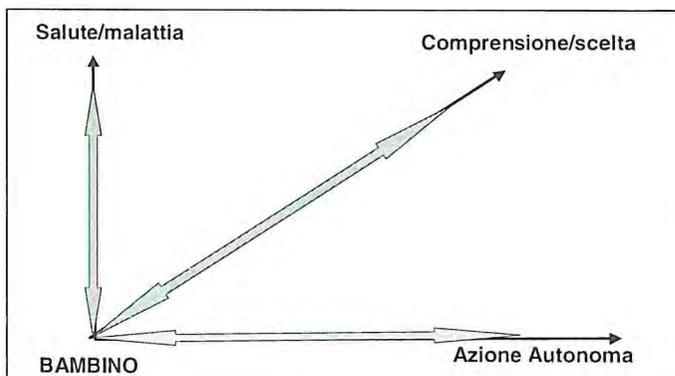
12

- Accoglienza
- Medicazione
- Valutazione del dolore
- Rapporto relazionale con il bambino
- Rapporto relazionale con i genitori

13

| Accoglienza I  |                                |
|--|--------------------------------|
| Situazione Assistenziale   | Professionalità-Organizzazione |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilizzazione emodinamica e controllo del dolore con posizionamento CV periferica</li> <li>▪ Monitoraggio parametri vitali</li> <li>▪ Intubazione e somministrazione farmaci</li> <li>▪ Posizionamento CVC</li> <li>▪ Esecuzione esami ematochimici</li> </ul> <p>ERC 94-MACNAB 96-BEG 95<br/>Linee guida ed assistenza di base ANIN<br/>Linee guida CIO 2002</p> |                                |

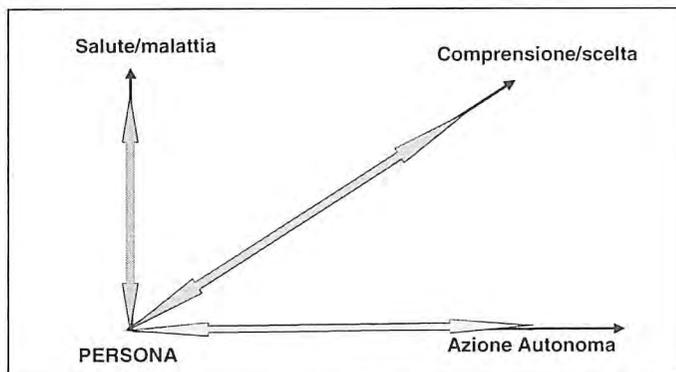
14



15

| Accoglienza I  |  |
|--|--|
| Situazione Assistenziale   | Professionalità-Organizzazione   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabilizzazione emodinamica e controllo del dolore con posizionamento CV periferica</li> <li>• Monitoraggio parametri vitali</li> <li>• Intubazione e somministrazione farmaci</li> <li>• Posizionamento CVC</li> <li>• Esecuzione esami ematochimici</li> </ul> <p>ERC 94-MACNAB 96-BEG 95<br/>Linee guida ed assistenza di base ANIN<br/>Linee guida CIO 2002</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere</li> <li>▪ Medico Anestesista</li> <li>▪ COMPETENZE</li> <li>• Esperienza clinica</li> <li>• Capacità decisionale</li> <li>• Capacità di lavoro in équipe</li> <li>• Conoscenze teorico-pratiche scientifiche</li> </ul> <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96<br/>Ordinamenti didattici universitari tabella XVIII ter<br/>Codice deontologico del 27/2/1999<br/>UKCC 1992<br/>Davies 1998</p> |

16



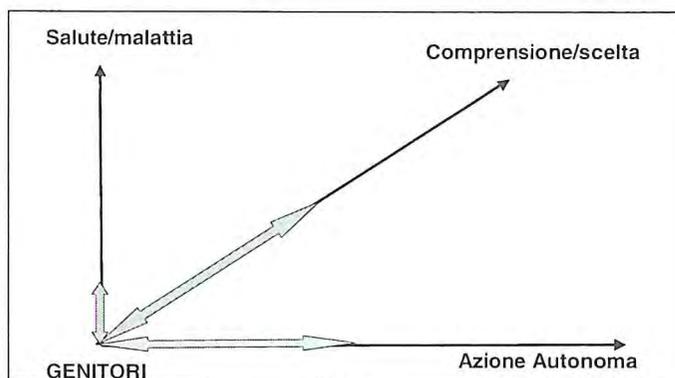
17

| ACCOGLIENZA I   |   |
|---|---|
| <b>Competenze</b>   |   |
|  | Creazione di Check-List per il personale di supporto  |
|  | Inserimento di personale di supporto in riferimento al riordino ed alla sanificazione del materiale |
|  | Supervisione e controllo delle mansioni delegate  |

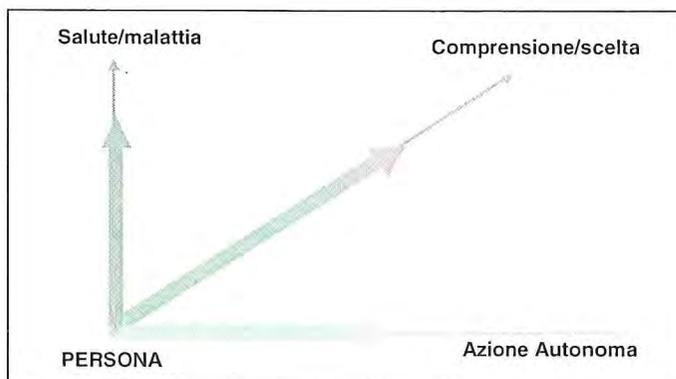
18

| Accoglienza II   |  |
|--|--|
| Situazione Assistenziale   | Professionalità-Organizzazione   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informazioni inerenti la patologia</li> <li>▪ Anamnesi Infermieristica e richiesta consensi</li> <li>▪ Formulazione del piano assistenziale</li> </ul> <p>Artt. 330 e 333 del C.C.<br/>Art. 54 del C.P.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere</li> <li>▪ Medico Anestesista</li> </ul> <p><b>COMPETENZE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza clinica</li> <li>• Capacità decisionale</li> <li>• Capacità di lavoro in équipe</li> <li>• Conoscenze teorico-pratiche scientifiche</li> </ul> <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96<br/>Ordinamenti didattici universitari tabella XVIII ter<br/>Codice deontologico del 27/2/1999<br/>UKCC 1992<br/>Davies 1998</p> |

19



20



21

**ACCOGLIENZA II**



**Competenze richieste**

- Capacità di rapportare il linguaggio ai Genitori del Bambino
- Capacità di gestire l'emozionalità del Genitore

Attività educativa SPECIFICA dell'Infermiere perché il percorso formativo prevede il raggiungimento di questa competenza

Attività non TRASFERIBILE ad altre figure di Supporto

22

| Medicazione/Valutazione del dolore (Paziente non cosciente)   |                                |
|---|--------------------------------|
| Situazione Assistenziale  | Professionalità-Organizzazione |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accoglienza del paziente nel post-operatorio</li> <li>▪ Immobilità dell'arto in posizione di scarico</li> <li>▪ Mantenimento di un'ottima analgesia</li> <li>▪ Medicazione e applicazione di sanguisughe</li> <li>▪ Valutazione mediante scala PICU sedation del corretto grado di sedazione</li> </ul> <p>Artt. 330 e 333 del C.C. - Art. 54 del C.P.</p> |                                |

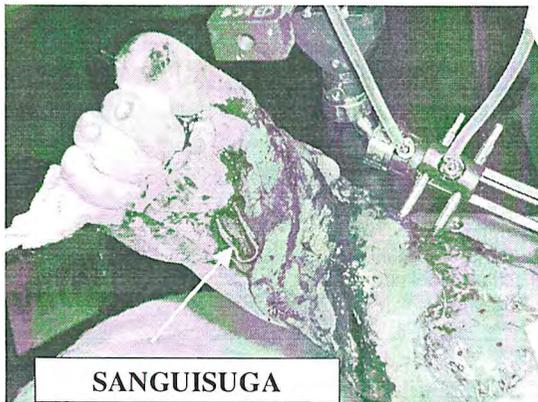
23

| MODALITY SCORE               | UNDER SEDATION             | IDEAL                   | OVER SEDATION                              |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|--|
|                              | <b>2</b>                   | <b>1</b>                | <b>0</b>                                   |
| Agitation                    | Major                      | Can be comforted        | No movement                                |
| Facial expression            | Brow/Grimace               | Movement                | No movement                                |
| Movement/posture             | Flexed/tense               | Appropriate             | No movement                                |
| <b>Ventilation</b>           |                            |                         |  |
| <b>On ventilator</b>         | <b>Fighting ventilator</b> | <b>Comfortable</b>      | <b>APNOEA</b>                              |
| <i>Self ventilating</i>      | <i>Crying</i>              | <i>Not crying</i>       | <i>Asleep/poor response to stimulation</i> |
| Cardiovascular HT Rate or BP | 20% > baseline             | Normal (>10%> baseline) | 10% +/- baseline                           |

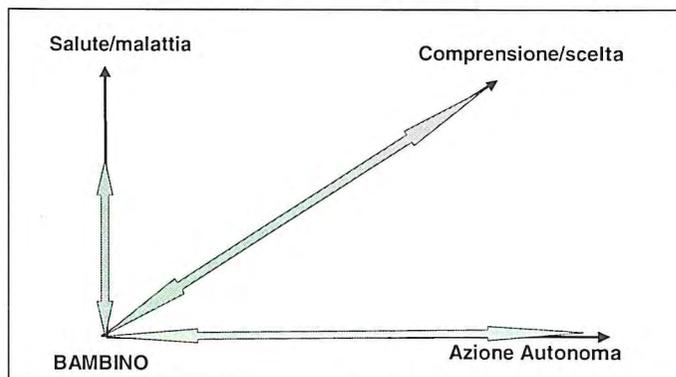
24



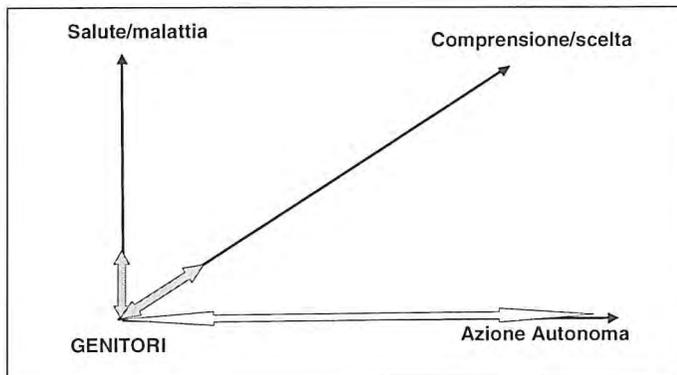
25



26



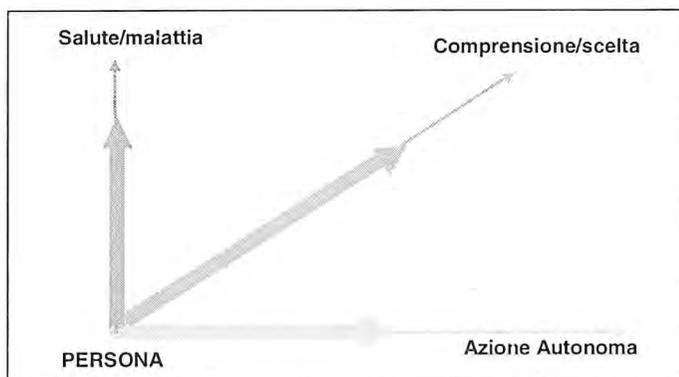
27



28

| Medicazione/Valutazione del dolore (Paziente non cosciente)   |  |
|---|--|
| Situazione Assistenziale  | Professionalità-Organizzazione   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accoglienza del paziente nel post-operatorio</li> <li>▪ Immobilità dell'arto in posizione di scarico</li> <li>▪ Mantenimento di un'ottima analgesia</li> <li>▪ Medicazione e applicazione di sanguisughe</li> <li>▪ Valutazione mediante scala PICU sedation del corretto grado di sedazione</li> </ul> <p>Artt. 330 e 333 del C.C.<br/>Art. 54 del C.P.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere</li> <li>▪ Medico Anestesista</li> <li>▪ Personale di supporto (OSS)</li> </ul> <p>COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza clinica</li> <li>• Capacità decisionale</li> <li>• Capacità di lavoro in équipe</li> <li>• Conoscenze teorico-pratiche scientifiche</li> </ul> <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96<br/>Ordinamenti didattici universitari tabella XVIII ter<br/>Codice deontologico del 27/2/1999<br/>UKCC 1992 - Davies 1998</p> |

29



30

**MEDICAZIONE/VALUTAZIONE DEL DOLORE  
(con paziente non cosciente)**



**Competenze richieste**

- Controllo stato clinico
- Valutazione della scala del dolore
- Tempestiva segnalazione delle variazioni dei parametri vitali del paziente

Attività non TRASFERIBILE ad altre figure di Supporto

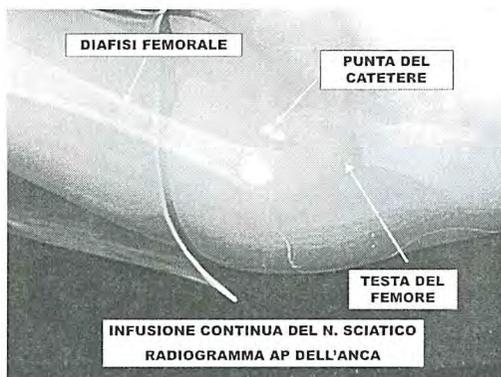
31

| Medicazione/Valutazione del dolore (Paziente cosciente)   |   |
|---|---|
| Situazione Assistenziale  | Professionalità-Organizzazione  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Posizionamento catetere a livello del nervo sciatico</li> <li>▪ Svezzamento dalla ventilazione e sedazione</li> <li>▪ Valutazione mediante scala PICU sedation del dolore del bambino</li> <li>▪ Interpretazione dello stato d'animo del bambino</li> <li>▪ Modulazione degli interventi terapeutici in funzione dei bisogni del bambino</li> </ul> <p>Artt. 330 e 333 del C.C. - Art. 54 del C.P.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere</li> <li>▪ Medico Anestesista</li> <li>▪ Personale di supporto (OSS)</li> </ul> <p><b>COMPETENZE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza clinica</li> <li>• Capacità decisionale</li> <li>• Capacità di lavoro in équipe</li> <li>• Conoscenze teorico-pratiche scientifiche</li> </ul> <p>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96<br/>Ordinamenti didattici universitari tabella XVIII ter<br/>Codice deontologico del 27/2/1999<br/>UKCC 1992 - Davies 1998</p> |

32



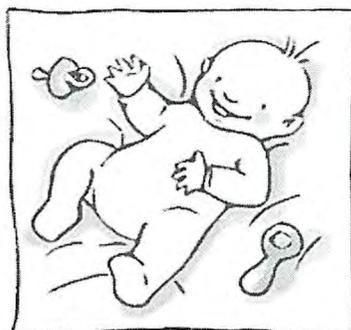
33



34

| MODALITY SCORE               | UNDER SEDATION             | IDEAL                   | OVER SEDATION                              |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|--|
|                              | 2                          | 1                       | 0  |
| Agitation                    | Major                      | Can be comforted        | No movement                                |
| Facial expression            | Brow/Grimace               | Movement                | No movement                                |
| Movement/posture             | Flexed/tense               | Appropriate             | No movement                                |
| <b>Ventilation</b>           |                            |                         |  |
| <b>On ventilator</b>         | <b>Fighting ventilator</b> | <b>Comfortable</b>      | <b>APNOEA</b>                              |
| <i>Self ventilating</i>      | <i>Crying</i>              | <i>Not crying</i>       | <i>Asleep/poor response to stimulation</i> |
| Cardiovascular HT Rate or BP | 20% > baseline             | Normal (>10%> baseline) | 10% +/- baseline                           |

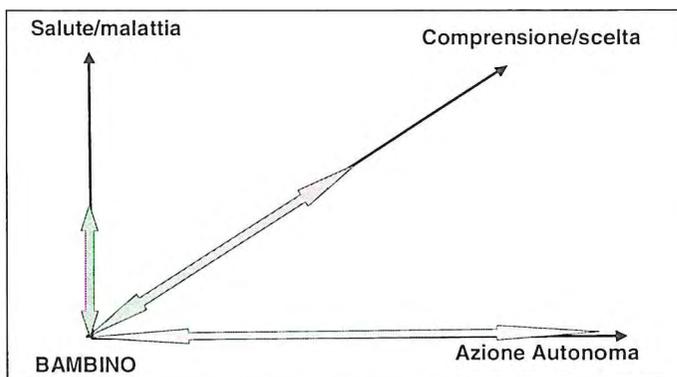
35



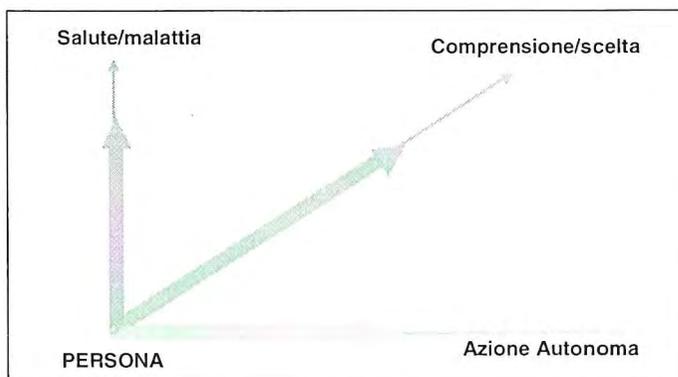
36



37



38



39

**MEDICAZIONE/VALUTAZIONE DEL DOLORE**  
(con paziente cosciente)

 **Competenze richieste**

- Buona autonomia decisionale
- Capacità di pianificazione assistenziale
- Buona competenza relazionale con il bambino ed i genitori

Attività non TRASFERIBILE ad altre figure di Supporto

40

**INFERMIERE IN  
RIANIMAZIONE**



| Rapporto con il paziente   |  |
|--|--|
| Situazione Assistenziale   | Professionalità-Organizzazione   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evento traumatico del bambino</li> <li>▪ Ospedalizzazione del bambino</li> <li>▪ Nei bambini più grandi sviluppo di ansie e paure per il non conosciuto</li> <li>▪ Nei bambini più piccoli rischio di trasmissione di ansie e paure da parte dei genitori</li> <li>▪ Pianificazione del piano assistenziale modulandolo sui bisogni del paziente e dei suoi genitori</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere</li> <li>▪ Psicologo</li> <li>▪ Assistente sociale</li> </ul> <p style="text-align: center;">COMPETENZE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperienza clinica</li> <li>• Capacità decisionale</li> <li>• Capacità di lavoro in équipe</li> </ul> <p style="font-size: small;">DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96<br/>Ordinamenti didattici universitari tabella XVIII ter<br/>Codice deontologico del 27/2/1999<br/>UKCC 1992 - Davies 1998</p> |

42

**RAPPORTO CON IL PAZIENTE**

SE L'INFERMIERE CODIFICA  
MODELLI COMPORTAMENTALI  
DI EQUIPE

OSPEDALIZZAZIONE  
MENO TRAUMATICA  
PER BAMBINI E GENITORI



43



**RAPPORTO CON IL PAZIENTE**

**BAMBINI PICCOLI**

**GRANDE IMPORTANZA AL LINGUAGGIO DEL CORPO**

44



**RAPPORTO CON IL PAZIENTE**

**BAMBINI GRANDI**

**POSSONO SVILUPPARE ATTEGGIAMENTI DI REGRESSIONE**

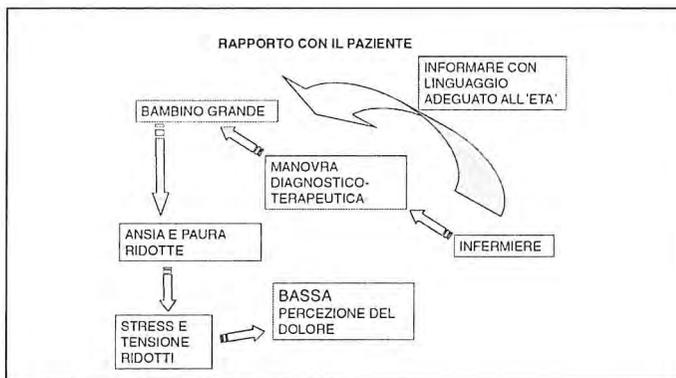
45



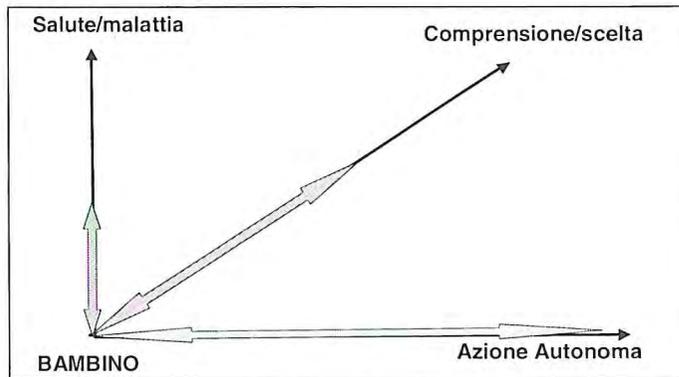
46



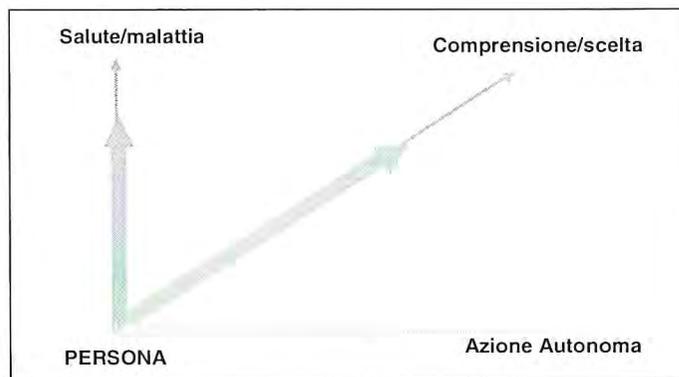
47



48



49



50

### RAPPORTO CON IL PAZIENTE

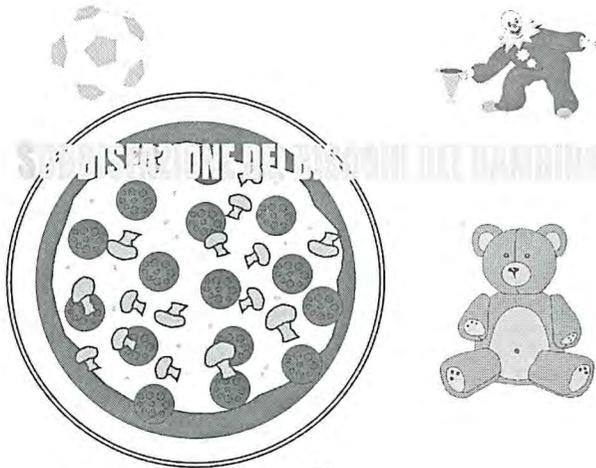


#### Competenze richieste

- Autonomia decisionale
- Capacità di rapportarsi con il paziente ed i genitori
- Osservazione per soddisfare i bisogni del paziente

Attività non TRASFERIBILE ad altre figure di Supporto

51



52

| Rapporto con i genitori  |  |
|--|--|
| Situazione Assistenziale   | Professionalità-Organizzazione   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evento traumatico del bambino</li> <li>▪ Forte impatto psicologico nei genitori</li> <li>▪ Sensi di colpa, di inadeguatezza e di frustrazione</li> <li>▪ Dialogo con i genitori, ascolto «terapeutico», empatia</li> <li>▪ Pianificazione del piano assistenziale modulandolo sui bisogni del paziente e dei suoi genitori</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Infermiere</li> <li>▪ Psicologo</li> </ul> <p>CAPACITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percettive</li> <li>• Intellettive</li> <li>• Interpretative</li> <li>• Empatiche</li> </ul> <p><small>DM 739/94 - DM 70/97 - DM 24/7/96<br/>Ordinamenti didattici universitari tabella XVIII ter<br/>Codice deontologico del 27/2/1999<br/>UKCC 1992 - Davies 1998</small></p> |

53

**RAPPORTO CON I GENITORI**

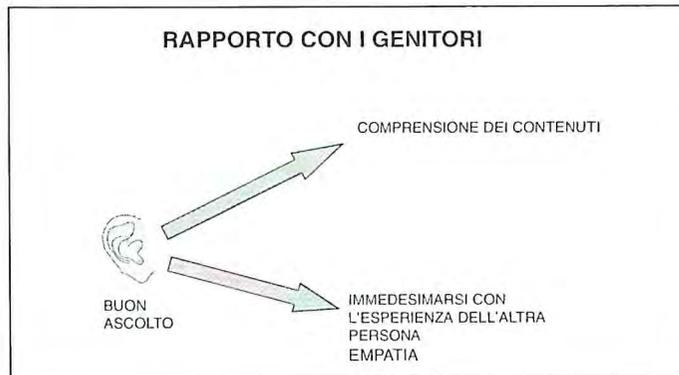
**L'INFERMIERE**

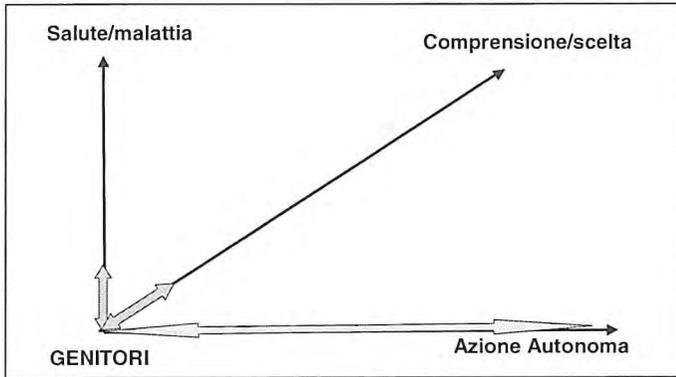
**DEVE**

**SVILUPPARE UNA CAPACITA' PROPRIA NEL RAPPORTARSI**

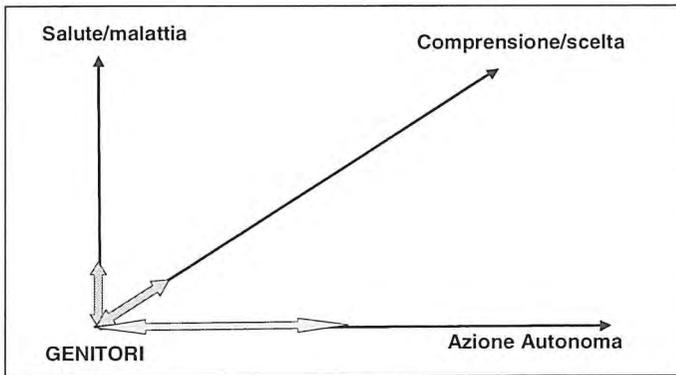
**CON I GENITORI**

54

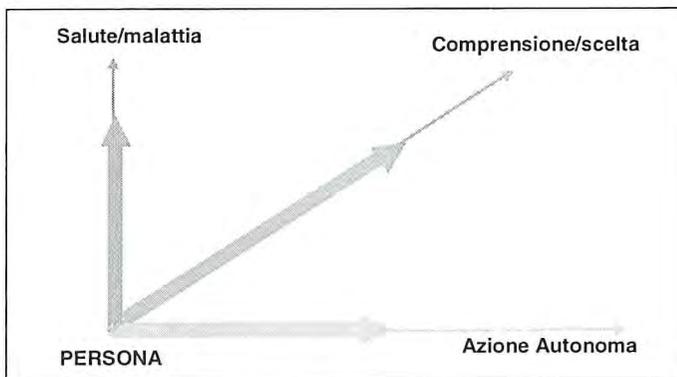




58



59



60

## RAPPORTO CON I GENITORI

### Competenze richieste

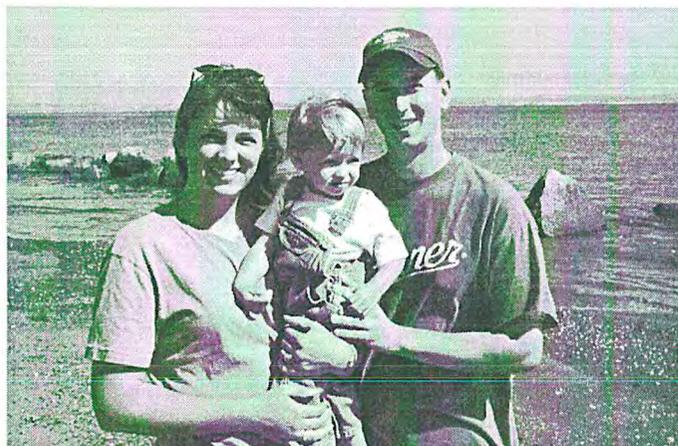
- Autonomia decisionale
- Capacità di rapportarsi con il paziente ed i genitori
- Ruolo esclusivo nel processo educativo

Attività non TRASFERIBILE ad altre figure di Supporto

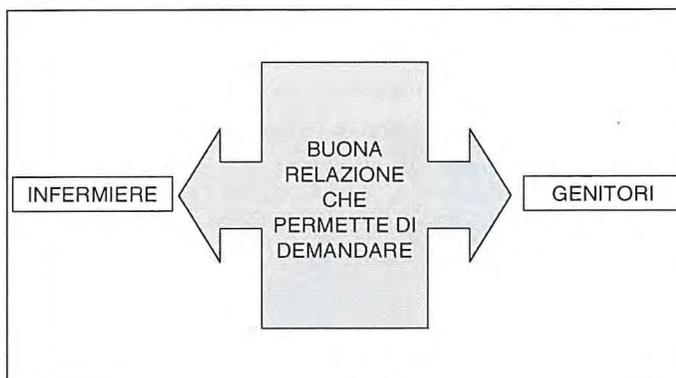
61

**L'educazione terapeutica del paziente  
costituisce uno degli sviluppi più importanti  
dell'educazione alla salute.  
Un approccio terapeutico completo implica che  
tra l'équipe curante e il paziente  
si stabilisca una vera e propria  
alleanza terapeutica.**

62



63



64



65

L'Infermiera rispetto al problema di salute della persona attua:

- diagnosi educativa (identifica i bisogni del cliente)
- definisce gli obiettivi (mete raggiungibili)
- stipula contratti educativi
- stabilisce il metodo che utilizzerà per raggiungere gli obiettivi
- pianifica gli interventi da attuare
- Valuta insieme al cliente la validità del percorso attivato nel raggiungimento degli obiettivi



66

**Occorre ricordarsi sempre che il dolore è un'esperienza soggettiva che non dipende unicamente dal tessuto coinvolto. Esistono infatti numerosi fattori che possono influenzare lo stato di dolore e che pertanto devono essere considerati nella valutazione.**



# ANALISI DEL CASO CLINICO DI UN BAMBINO CON DOLORE ACUTO SECONDO IL MODELLO PER LA LETTURA DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

C. ROSSI <sup>(1)</sup>, G. SACCO <sup>(2)</sup>, S. VIARENGO <sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup> Coordinatore Responsabile del Servizio di Dialisi e Trapianto di rene dell'Ospedale Infantile Regina Margherita - Torino

<sup>(2)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Rianimazione - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

<sup>(3)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Reparto di Anestesia e Rianimazione Neonatale Pediatrica - Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

## RAPPORTO CON IL BAMBINO

CRISTINA ROSSI

Anche se all'interno di una rianimazione, l'infermiere non può essere solo un tecnico e un esecutore di manovre ma deve essere anche, e forse soprattutto, un amico nei confronti dei bambini e dei genitori, un punto di riferimento e non una figura vissuta come fredda o ostile.

È molto importante cercare di codificare alcuni modelli comportamentali che dovrebbero essere applicati da tutto il personale sanitario, nell'ambito di un corretto lavoro di équipe, per far sì che bambini e genitori vivano in maniera il meno traumatica possibile l'esperienza dell'ospedalizzazione.

L'infermiere si trova ad affrontare contemporaneamente il dolore e la sofferenza non solo del bambino, ma anche dei genitori, che vanno correttamente informati sul comportamento che loro stessi dovranno adottare, per evitare di trasmettere le loro paure sui figli.

I genitori restano infatti, l'unico punto di riferimento conosciuto all'interno della struttura ospedaliera.

I bambini, soprattutto i più piccoli, danno una grande importanza al linguaggio del corpo, i genitori devono cercare di non far trasparire le loro ansie e paure, cercando di relazionarsi con il loro figlio nella maniera più naturale possibile.

I bambini più grandi possono invece sviluppare atteggiamenti di regressione, come ad esempio: ritorno alla suzione, crisi di pianto, ricerca della mamma, enuresi. È importante spiegare ai genitori che queste situazioni sono normali e vanno accettate, non infatti né da punire né da denigrare.

Nei confronti del bambino l'infermiere deve mostrarsi amico, cercando di instaurare un rapporto di fiducia e di disponibilità, anche attraverso il dialogo e il gioco.

Se il bambino vede nell'infermiere una figura positiva il livello di collabo-

razione è maggiore: ansie e paure diminuiscono, e se per il piccolo diventa più facile esprimere condizioni di dolore e disagio, per noi diventa più semplice cercare di migliorare queste situazioni.

Il timore del non conosciuto aumenta l'ansia e la paura, questi fattori a loro volta incrementano i livelli di stress e tensione; questa situazione abbassa le soglie fisiologiche: viene quindi ad aumentare la percezione del dolore. Perciò è molto importante informare preventivamente il bambino, con un linguaggio adeguato all'età, sulle manovre diagnostiche e terapeutiche che dovranno essere effettuate.

Il bambino piccolo non ha la capacità di razionalizzare il suo stato di malattia, e quindi non comprende il dolore che prova o che gli viene procurato durante particolari manovre diagnostiche, terapeutiche o assistenziali.

I bambini più piccoli usano il linguaggio del corpo per comunicare tra di loro e con noi e sono molto sensibili al tono di voce, alla maniera in cui vengono toccati, al modo in cui tutta la persona si atteggia nei loro confronti. Nel caso trattato il rapporto di fiducia instaurato con il piccolo ha fatto sì che gli infermieri non fossero visti come degli sconosciuti che solitamente si avvicinano per praticare manovre poco piacevoli ma soprattutto come compagni di giochi. In questo modo siamo riusciti a trasformare la somministrazione di eparina sottocute nella puntura di una «zanzara» impertinente alla quale davamo la caccia subito dopo.

Analizzando il grafico sulla complessità assistenziale avremo una persona con una discreta stabilità fisica, con un buon grado di comprensione rapportato all'età del piccolo e alla capacità dell'infermiere di utilizzare un linguaggio adeguato, una bassa azione autonoma data dall'età e dal tipo di patologia che lo costringe in una posizione obbligata.

Dal punto di vista infermieristico a una bassa instabilità del paziente corrisponde un'alta azione autonoma dell'infermiere in particolare in questo caso in cui, data la giovane età del piccolo, l'infermiere deve essere in grado di instaurare un buon rapporto attraverso il dialogo, il gioco, l'osservazione dell'umore per poter soddisfare i bisogni del bambino visto che non può farlo autonomamente (bassa azione autonoma).

Un grosso aiuto nel comprendere il bambino è dato dai genitori, infatti sono coloro che hanno passato la maggior parte del tempo con lui prima che avvenisse l'incidente, sono in grado di fornire una chiave di lettura dei comportamenti, delle reazioni, dei desideri del piccolo.

Nel nostro caso la forte collaborazione da parte dei genitori ha permesso una buona soddisfazione dei bisogni del bambino, la camera di degenza si è trasformata nella «sua cameretta» con i suoi giochi preferiti, il televisore per guardare i cartoni animati, i disegni appesi alle pareti per dare un tocco di colore ma non solo, siamo stati in grado di rispettare le sue abitudini alimentari, i suoi gusti, il suo modo di dormire. In breve, abbiamo messo in atto tutti i mezzi a disposizione per rendere meno traumatico un simile evento.

## Rapporto con i genitori

Un evento traumatico nei confronti di un bambino ha un forte impatto psicologico sui genitori. Spesso sono investiti da sensi di colpa, di inadeguatezza, di frustrazione.

Proprio per la confusione psicologica che segue ad un evento così traumatico è fondamentale che il professionista abbia sviluppato una capacità propria nel rapportarsi con l'utente. Un'altra caratteristica molto importante della comunicazione è data dalla capacità di ascolto; è dall'ascolto che nasce il dialogo, non viceversa.

Nella relazione infermiera/persona l'essere ascoltati e compresi aiuta a colmare la distanza che separa gli infermieri dagli assistiti. Un buon ascolto si basa sia sulla comprensione dei contenuti sia sull'immedesimarsi con l'esperienza dell'altra persona (empatia).

L'ascolto è un processo intellettuale attivo, che esige capacità di concentrazione e di coinvolgimento affettivo: si ascolta con le orecchie ma si elabora con la mente.

L'ascolto si trasforma in ascolto terapeutico quando l'infermiere si serve delle capacità percettive, intellettive, interpretative, empatiche.

L'infermiere, nel suo comportamento professionale, deve sviluppare la capacità percettiva attraverso l'osservazione dell'assistito, pronto a cogliere particolari espressioni del viso, intonazione di voce, movimenti del corpo. Le capacità intellettive consentono di comprendere meglio i contenuti di cui si sta parlando, di collegare i diversi dati raccolti, di produrre ipotesi e su tali collegamenti pianificare il processo assistenziale.

Per le molteplici implicazioni sinora descritte derivanti da un percorso formativo è chiaro che la comunicazione non è un'attività trasferibile ad altre figure di supporto.

Nel caso dell'infermiere pediatrico questa capacità deve essere modulata sia sull'età e sullo sviluppo psicologico del bambino, sia sui genitori del piccolo per raccogliere le informazioni necessarie a formulare un adeguato piano assistenziale.

Nel caso presentato il lavoro di sostegno, di supporto, di empatia nei confronti dei genitori ha portato ad eccellenti risultati; infatti se il modello della complessità assistenziale la rivolgiamo ai genitori abbiamo uno stato di salute (intesa come stabilità mentale) buona, una scelta nulla per quanto riguarda il progetto terapeutico ma un'elevata capacità di comprensione che permetterà all'infermiere di stabilire con loro un rapporto di fiducia e collaborazione spiegando con termini più semplici, con situazioni esplicative le informazioni date loro dal medico. L'alta collaborazione da parte dei genitori si rileverà molto utile in seguito, quando questi ultimi dovranno interagire con loro figlio.

Per quanto riguarda l'azione autonoma i genitori sono passati da un'azione nulla alla possibilità di occuparsi personalmente di alcune attività rivolte al proprio figlio.

È evidente che nell'ambito della relazione con i genitori l'infermiere ha

un'elevata azione autonoma nell'agire, ha un ruolo esclusivo nel processo educativo che deve essere declinato in relazione allo stato di comprensione della persona alla quale si rivolge.

### **Educazione ai genitori**

L'educazione terapeutica del paziente costituisce uno degli sviluppi più importanti dell'educazione alla salute. Un approccio terapeutico completo implica che tra l'équipe curante e paziente si stabilisca una vera e propria alleanza terapeutica.

Nel nostro caso specifico, vista la giovane età del paziente, l'intervento educativo è rivolto ai genitori, quindi non a persone malate ma ad adulti coinvolti emotivamente da un forte senso di responsabilità e di protezione dei confronti del proprio figlio.

Gli adulti apprendono meglio in situazioni informali, confortevoli, flessibili e non minacciose.

Investono una considerevole energia nell'esaminare i vantaggi che trarranno all'apprendimento e le conseguenze negative di un mancato apprendimento.

Come più volte affermato è fondamentale stabilire un buon rapporto con i genitori dei piccoli pazienti sia per ottenere informazioni utili ai fini assistenziali sia per ottenere una buona collaborazione da parte loro.

Nel caso specifico l'équipe infermieristica ha aiutato i genitori a riconoscere i propri sentimenti nei confronti di quanto era accaduto, a elaborare i vissuti di responsabilità e i sensi di colpa.

Una buona relazione facilita il passaggio di informazioni ai genitori che in questa fase sono più presenti accanto al bambino. In questo modo non è più necessario che l'infermiera controlli e osservi in modo assiduo il comportamento del paziente ma si può demandare questo tipo di controllo al genitore preventivamente educato (es. evitare che il bambino tocchi e trazioni il catetere).

Coinvolgere i genitori negli atti di assistenza di base li aiuta a valorizzare le loro capacità genitoriali, che vengono spesso a mancare durante un ricovero in terapia intensiva, promuove l'autostima e facilita la comunicazione con il figlio.

Dopo questo periodo di degenza in rianimazione Daniele veniva trasferito al reparto di ortopedia.

Si trattava, allora di far sì che il bambino non avvertisse un distacco brusco dalle figure che avevano avuto cura di lui e con cui aveva instaurato un ottimo rapporto, ma nello stesso tempo avere anche un efficace passaggio di informazioni sulle tecniche da noi messe in atto per il controllo del dolore.

A seguito di questa decisione il personale infermieristico della rianimazione ha avuto alcuni incontri con il personale dell'ortopedia atti a spiegare la gestione del cateterino periferico ma anche per far sì che le preferenze, i gusti, le abitudini di Daniele fossero a loro note.

Nel primo periodo seguito al trasferimento abbiamo garantito la presenza di un anestesista e di un infermiere durante l'esecuzione delle medicazioni,

come anche varie visite durante il giorno con lo scopo di mantenere un collegamento tra noi e il bambino che ha dato ottimi risultati.

In definitiva, quindi si può affermare che l'infermiere esercita a pieno titolo la sua funzione educativa e rispetto al problema salute della persona attua:

- diagnosi educativa, cioè identifica i bisogni del cliente;
- definisce gli obiettivi, cioè mete possibili raggiungibili;
- stipula contratti educativi;
- stabilisce il metodo che utilizzerà per raggiungere gli obiettivi;
- pianifica gli interventi da attuare;
- valuta insieme al paziente o ai genitori la validità del percorso attivato

nel raggiungimento degli obiettivi.

Per concludere vorrei sempre ricordare che il dolore è un'esperienza soggettiva e che non dipende unicamente dal tessuto coinvolto. Esistono, infatti, numerosi fattori che possono influenzare lo stato di dolore e che, pertanto devono essere considerati nella valutazione.

## Bibliografia

- D.M. 14 settembre 1994 n. 739.  
Codice deontologico dell'infermiere.  
Legge 42/26 febbraio 1999.  
A.T.D.E. (association pour le traitement de la douleur de l'enfant) atti del congresso 17 gennaio 1997 Parigi UNESCO.  
Dalla rivista AAROI anno XXII n. 2 e 3 febbraio-marzo 2001 dall'articolo «Ospedale senza dolore».  
McGraw-Hill Infermieristica generale e clinica per i problemi di salute  
*Quaderni dell'infermiere* n. 6, scale di valutazione, settembre 2003. N. 7, indicatori e standard per l'assistenza infermieristica, novembre-dicembre 2003.  
*Paediatric Anaesthesia* 2003 13-722-724.  
WOLF A.R., *Development of pain and stress responses*. In B. DALENS, I. MURAT, GBUSH eds. *Advances in Paediatric Anaesthesia*. Clermont-Ferrand. 1997:33-56.  
IVANI G. *Modification of stress response by regional analgesia in children*. In A Van Zundert ed: *Highlights in paintherapy and regional anaesthesia*. VI. Barcelona, Permanyer Publications 1997:199-202.  
IVANI G., LAMPUGNANI E. *Postoperative pain treatment in children*. *Medical Scienze Monitor* 1997; Vol. 3 suppl. 1:71-75.  
IVANI G. & DE NEGRI P. *Techniques of continuous or intermittent analgesia*. In SALVO I, VIDYASAGAR D (eds). *Anaesthesia and Intensive Care in Neonates and Children*. Milano, Spinger Verlag 1999; 151-159.  
IVANI G., MATTIOLI G., REGA M. et al. *Clonidine-mepivacaine mixture vs. nplain mepivacaine in paediatric surgery*. *Paediatr Anaesth* 1996; 6:111-4.  
BROADMAN L.M., RICE L.H., HANNALLAH R.S. 1988 *Testing the validity of an objective pain scale for infants and children*. *Anaesthesiology* 69: A770.  
CARTER B. 1994 *Child and infant pain*. Chapman and Hall, London  
MCGRATH P.A., SEIFERT C.E., SPEECHLEY K.N., BOOTH J.C., STITT L., GIBSON M.C. 1996 *A new analogue scale for assessing children's pain - an initial validation study*. *Pain* 64: 435-443.  
MATHER L. MACKIE J. 1983 *The incidence of post operative pain in children*. *Pain* 15: 271-282.  
MORTON N.S. 1993 *Development of a monitoring protocol for the safe use of opioids in children*. *Paediatric Anaesthesia* 3: 179-184.

- PORTER F. 1993 *Pain assessment in children: infant*. In: SCHSCHTER N.L., BERDE C.B., YASTER M. (eds) *Pain in infant, children and adolescents*. Williams e Wilkins, Baltimore
- SAVEDRA M.C., HOLZEMER W.L., TESLER M.D., WILKIE D.J. 1993 *Assessment of post operation pain in children and adolescents using the Adolescent Pediatric Pain Tool*. *Nursing Research* 42:1, 5-9
- SCHECHTER N.L.; ALLEN D.A., HANSON K. 1986 *Status of pediatric pain control: a comparison of hospital analgesic use in children and adults*. *Pediatrics* 77: 11-15
- SCHECHTER N.L., BERDE C.B., YASTER M. 1993 *Pain in infants, children and adolescents*. Williams e Wilkins, Baltimore
- TARBELL S.E., COHEN I.T., MARSH J.L. 1992 *The Toddler-Pre-school Postoperative Pain Scale: an observational scale for measuring postoperative pain in children aged 1-5*. Preliminary report. *Pain* 50: 273-280

# IL DOLORE DA CANCRO E L'APPLICAZIONE DEL MODELLO DELL'ANALISI DELLA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE IN UNA BAMBINA AFFETTA DA LEUCEMIA LINFATICA ACUTA

R. MEGLIORIN <sup>(1)</sup>, A. PINZARI <sup>(2)</sup>, L. VALLIANO <sup>(3)</sup>, A. PORTANOVA <sup>(4)</sup>

<sup>(1)</sup> Infermiera DAI, Roma - Coordinatore Rianimazione - D.E.A. Policlinico A. Gemelli - Università Cattolica del Sacro Cuore - ROMA

Componente del Consiglio Nazionale Aniarti

<sup>(2)</sup> Infermiera AFD, Roma - Coordinatore Infermieristico Dipartimento Medico Chirurgico di Cardiologia Pediatrica, Ospedale Bambino Gesù - ROMA

Componente del Comitato Direttivo Aniarti

<sup>(3)</sup> Infermiera Pediatrica, Torino - Coordinatore Centro Trapianti di Midollo Osseo, Azienda Ospedaliera O.I.R.M. S. Anna - Torino

<sup>(4)</sup> Infermiera AFD, Roma - Infermiera epidemiologica, Direzione Sanitaria, Ospedale Bambino Gesù - ROMA

**Rita Megliorin**

*Key words:* dolore, valutazione, stabilità clinica, competenza.

## **Premessa**

Il dibattito intorno alla patologia neoplastica sovente si limita alla definizione della diagnosi, alla valutazione e discussione degli esiti diagnostici, alla necessità di tradurre gli sforzi terapeutici in risultati clinici, così come l'evidenza scientifica impone.

Molto spesso, soltanto in momenti successivi il dibattito affronta il tema del dolore.

Per tale motivo, può accadere che il bambino abbia già imparato, durante il percorso della malattia, a convivere con l'esperienza dolore senza un aiuto reale. Così, quando ci preoccupiamo del problema, è troppo tardi (1).

La relazione presentata vuole porre l'accento su un caso di dolore totale, così da cercare di rivedere, in chiave critica, atteggiamenti e strategie del gruppo sanitario che prende in carico il bambino con patologia oncologica.

Nella discussione del caso verrà offerta l'opportunità di verificare come un equo e razionale utilizzo delle risorse, reso possibile dall'applicazione del modello dell'analisi della complessità assistenziale, permetta di attuare un percorso di cura che tende a fare della centralità della persona l'unico reale motivo verso il quale tendere i nostri sforzi professionali.

## Il caso

Si tratta di una bambina di circa 7 anni che giunge alla nostra osservazione, inviata da un altro ospedale, per un'anamnesi prossima che evidenziava da circa 1 mese la comparsa di una sintomatologia caratterizzata da astenia, febbricola, inappetenza, piccole petecchie a livello delle orbite oculari.

La diagnosi, alla quale si giunge dopo una serie d'indagini accompagnate anche da tecniche invasive, è quella di «Leucemia linfatica acuta».

L'applicazione del modello dell'analisi della complessità assistenziale al caso clinico.

Per meglio delinearne il caso sono state definite soltanto alcune fasi dell'intero percorso di cura della ragazza: tali fasi vanno dall'ammissione in reparto, all'assistenza respiratoria, dovuta ad un problema polmonare insorto dopo alcuni cicli di chemioterapia, passando attraverso tecniche quali il trattamento dialitico, la gestione delle mucositi e la ventilazione non invasiva.

L'assistenza al morente e alla famiglia concluderà l'analisi del caso.

Il denominatore comune dei vari momenti in oggetto è la valutazione e controllo del dolore che vede applicate varie tipologie di scale di auto ed eterovalutazione e le terapie non farmacologiche.

Da quanto detto è evidente che, al termine della discussione, diventa più esplicito individuare conoscenze, abilità e competenze specifiche necessarie per assistere un paziente che, come in questo caso, attraversa vari stadi di gravità della patologia e quindi vari stadi di complessità.

### 1) fase dell'accoglimento

Questa fase è caratterizzata da:

ALTA STABILITÀ CLINICA

ALTA COMPRENSIONE/SCELTA

ELEVATO GRADO DI AUTONOMIA

L'infermiere ha in questa specifica fase un ruolo di:

GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO

L'accoglimento in area pediatrica è forse il momento più critico di tutto il processo assistenziale: è in questa fase infatti che il bambino e i suoi cari prendono confidenza con un ambiente da sempre considerato inadatto, a volte ostile, ad una vita di relazione serena.

Scegliere perciò, in questo specifico momento, non solo la persona competente, ma anche quella con migliori capacità relazionali e, per quanto possibile,

destinata più a lungo ad occuparsi della salute della piccola paziente, diventa un fattore che riesce ad implementare la qualità delle cure.

L'abilità del professionista infermiere sta nel vedere oltre l'attuale situazione, pressoché stabile.

L'infermiere con il proprio bagaglio di competenze sa infatti che, ben presto, la situazione fisica probabilmente cambierà e con essa anche lo stato psicologico, varierà quindi anche la capacità della piccola paziente di «adattarsi» alla malattia e a quanto deciso dal gruppo dei curanti.

Consci di questa evidenza è opportuno cominciare a lavorare sul fronte della fiducia e delle potenzialità da sviluppare per raggiungere elevati livelli di self care durante le varie fasi.

L'intera équipe riconosce nell'infermiere il punto di forza da utilizzare durante il percorso di cura, poiché competente più di altri nell'attivare tutti i canali per stabilire con la bimba una relazione basata sulla fiducia e sulla globale visione dei bisogni; si procede perciò a fare in modo di attuare un'assistenza personalizzata, che punta sulla condivisione degli obiettivi con la bambina e la madre.

Il primo step del piano di educazione terapeutica è rivolto alla conoscenza, finalizzata all'utilizzo, delle scale di valutazione del dolore.

### *1.1 Le scale di valutazione del dolore*

La difficoltà a quantificare, in termini oggettivi l'intensità dello stimolo algogeno nei bambini è stata per moltissimi anni la causa di un inadeguato trattamento del dolore (Colwell, Clark&Perkins, 1996).

Nel 1983 L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha affrontato in modo inequivocabile il tema, e nell'ambito di alcune raccomandazioni ha ridefinito il termine «dolore», correlandolo non più ad una sorta di sensazione, bensì ad una vera e propria patologia.

Tale concetto ha dato il via ad un nuovo modo di approcciare il problema, ci si è così trovati di fronte alla necessità di creare ed applicare strumenti di misura utili per la rilevazione oggettiva dell'intensità e della durata del dolore nel bambino, sia esso acuto, cronico, totale o da procedure.

I metodi di misurazione del dolore possono essere classificati come comportamentali, psicologici o fisiologici, in base al tipo di risposta al dolore che viene osservata e rilevata. Per questo motivo le scale riconosciute in ambito pediatrico sono ormai molte, si differenziano per età, quindi in base alla fase di sviluppo del bambino e spesso fanno riferimento alla teoria di J. Piaget.

Nel nostro caso, analizzando il buon livello comunicativo, relazionale e comportamentale con il quale la bambina affrontava la degenza, l'elaborazione del fenomeno «causa-effetto» e il modo di interloquire attento, con l'uso di una terminologia completa e appropriata (2), è stata presa in considerazione la metodologia di autovalutazione e l'utilizzo delle seguenti scale:

– *La Poker Cheep Toole (PCT)* (scheda 1)

La PCT è una scala di autovalutazione che si basa sulla somministrazione di una scheda sulla quale sono rappresentate delle sfere di colore rosso. La bambina indica il numero di sfere che corrispondono all'intensità del dolore vissuto in quello specifico momento.

– *La scala delle faccette modificata*

È sicuramente la scala più conosciuta in tutti i reparti pediatrici: si tratta di una serie di faccette che vanno dalla rappresentazione di un viso disteso di un bambino, a uno in lacrime.

La bambina è apparsa fin da subito molto divertita ed interessata ed insieme alla mamma ha iniziato ad utilizzarla durante le procedure più semplici: rimozione di un cerotto, prelievo venoso, ecc

Soprattutto nel primo periodo, quando ancora non era stato possibile verificare la formazione, e per un'esplicita richiesta da parte della madre che desiderava essere accompagnata e supportata, si è aggiunto anche uno strumento per l'eterovalutazione ad uso dell'infermiere.

– *La Behavioral Pain Scale di Robieux* (scheda 2)

scala comportamentale che prende in considerazione tre parametri: il movimento, il pianto e l'espressione del viso.

L'utilizzo della scala di eterovalutazione conferma, con la sovrapposizione del dato numerico, la valutazione delle prime due e ci fornisce così una «prova» di corretto utilizzo da parte della bambina.

## 1.2 *Le tecniche non farmacologiche*

Sempre in questa prima fase, si iniziò a formare la bimba e i suoi genitori anche sulle tecniche non farmacologiche della gestione del dolore, certi dell'efficacia delle stesse in alcune situazioni di lieve e media intensità dolorosa.

La certezza era frutto di esperienze precedenti basate sull'affermazione dell'OMS che, già nel 1998, dichiara: «Le terapie non farmacologiche devono essere parte integrante della terapia del dolore. Gli approcci non farmacologici possono essere supplementari, ma non sostitutivi di un adeguato trattamento farmacologico».

Si tratta di interventi strategici e finalizzati atti a potenziare le risorse e le difese del bambino, riducendo così di fatto il dolore, l'ansia e il disagio. (3) La bambina ha utilizzato le tecniche di distrazione (racconto di una storia di un libro tridimensionale) insieme al guanto magico e le bolle di sapone nel corso delle prime indagini diagnostiche (TAC, prelievi ematici, puntura lombare, prelievo del midollo, posizionamento del CVC,..) raggiungendo sempre degli ottimi livelli di controllo del dolore.

Durante tali indagini si è tenuto inoltre conto delle raccomandazioni dell'O.M.S. sul dolore da procedure emanate nel 1993.

## 2) *L'insufficienza respiratoria*

Questa fase è caratterizzata da:

INSTABILITÀ CLINICA  
RIDOTTA COMPRESIONE/SCELTA  
RIDOTTA AUTONOMIA

In questa fase l'infermiere assume un ruolo di:

SOSTEGNO/SOSTITUTO/EDUCATORE TERAPEUTICO.

La bambina dopo un lungo periodo torna in terapia intensiva per un'insufficienza respiratoria acuta da polmonite contratta durante la degenza in oncologia pediatrica dove veniva sottoposta a cicli di chemioterapia.

La criticità in questa fase è data dall'instabilità da ridotta funzionalità respiratoria, dolore da mucosite e da postura.

È sempre l'infermiere che ha un ruolo dominante all'interno dell'intera équipe, a lui sono demandate tutte le attività che richiedono un contatto fisico con la bambina, visto la necessità di evitare ulteriori situazioni di dolore causate da movimenti poco attenti alle specifiche peculiarità: l'aiuta nell'accettare di sottoporsi alla ventilazione non invasiva mediante casco, la supporta nella ricerca della posizione migliore da assumere sia per il problema respiratorio, sia per il dolore posturale provocato da un inizio di lesioni da compressione sul sacro e sulle scapole. La educa a seguire una più completa toilette del cavo orale, a scegliere i presidi idonei e le sostanze che le danno sollievo proprio ora che la mucosità le causa dolori poco gestibili e affrontabili.

Queste attività sono proprie dell'infermiere che può così svolgere un ruolo di educatore terapeutico e, solo quando necessario, di sostituto.

È più che mai garantito un ritorno alla self care che rimane uno degli obiettivi prioritari, insieme con quello di favorire un ripristino della respirazione autonoma e dell'alimentazione.

In questo momento l'infermiere è in grado di comprendere che non è possibile attribuire alla sola piccola paziente la rilevazione del dolore, per questo motivo si assicura alla bimba il massimo del comfort improntando l'assistenza sull'etero-valutazione.

Inoltre, visto l'invasività di alcune procedure atte alla diagnosi e/o cura, nel pieno rispetto delle raccomandazioni dell'OMS, si procede in analgesia durante la pratica di alcune.

I genitori ci dichiarano di sentirsi sostenuti da queste scelte perché impreparati ad affrontare questa fase della malattia.

Occorre loro del tempo per capire.

Così, per la valutazione del dolore, inizialmente utilizziamo la scala di CHEOPS, ma appena la situazione torna ad essere più «gestibile» per la bimba e i familiari (rimozione del casco e utilizzo di maschera di Venturi) la scala di Elands.

### 2.1 La scala di CHEOPS (*Childrens' of Hontario Eastern Pain Scale*)

La scala di CHEOPS è una Scala comportamentale per la valutazione del dolore acuto, atta a monitorizzare l'effetto degli interventi per ridurre il dolore e viene scelta per questo periodo in alternativa alla scala di autovalutazione PCT.

Il punteggio va da un minimum score di 4 ad un massimo score di 13.

Gli studi iniziali lo vedono applicato a bambini da 1 a 5 anni (4) *ma* è stato utilizzato anche per adolescenti, ove sembra poco appropriata.

Mitchell nel 1999 la definisce specifico per bambini tra gli 0 e i 4 anni di età (5).

Nel momento in cui la bambina riacquista la possibilità di collaborare nel proprio piano di cura le viene insegnata la scala di Elands.

### 2.2 La scala di Elands

Si tratta ancora di autovalutazione, si utilizzano colori diversi e intensità diverse per descrivere il proprio dolore e questo viene fatto attraverso l'utilizzo di sagome da colorare.

La bambina ritrova così anche il suo corpo che può rappresentare in tutte le sue parti, in modo attento e puntuale o in modo astratto e parziale: ognuno di queste due espressioni definisce comunque non solo il giusto grado del dolore ma anche la percezione di sé.

## 3. *L'insufficienza multiorgano*

È caratterizzata da:

ELEVATA INSTABILITÀ CLINICA  
NESSUNA COMPrensIONE/SCelta  
NESSUNA AUTONOMIA

In questa fase l'infermiere assume un ruolo di

SOSTEGNO/SOSTITUTO/EDUCATORE TERAPEUTICO.

È la fase più critica dell'intero ricovero, caratterizzata da un'elevata instabilità delle condizioni cliniche, nessuna autonomia e da un livello di comprensione/scelta a tratti nullo.

In questa fase i genitori appaiono non più in grado di supportare la bambina. Il piano di assistenza quindi mira a:

- assicurare un piano di cure atte a risolvere i bisogni della bambina secondo un ordine di priorità, garantendone gli standards;
- attuare una gestione del dolore efficace in una bambina che alterna lo stato di sopore al coma;
- aiutare i genitori a affrontare l'attuale stato clinico della figlia e a ritrovare la forza per assisterla attivamente anche durante le fasi di perdita di coscienza.

In questa fase, la più lunga dell'intero ricovero, l'équipe ha scelto di assecondare la volontà dei genitori nell'attuare la Parents Controlled Analgesia (6) ovvero la somministrazione a richiesta di dosi aggiuntive di farmaco per il controllo del dolore (in questo caso oppiaceo) se il dolore non risulta coperto totalmente dall'infusione continua già in atto.

Questo tipo di procedura ha implicato un ulteriore periodo di addestramento dei genitori e un supporto continuo durante l'applicazione della tecnica (7).

#### 4. *La fase dell'abbandono*

È la fase finale e di questa fase manteniamo il più alto rispetto.

La presenza dell'infermiere è costante, delicata e discreta. Serve a sorreggere la bimba, serve a consentire ai genitori di avere un ultimo ricordo degno di quell'amore che ha permesso loro di sopportare quanto fino adesso abbiamo descritto.

In questo momento l'infermiere ha un ruolo cardine che noi speriamo non venga mai delegato o attribuito ad altri.

È il ruolo di chi è consapevole dell'unicità dell'uomo e della propria scelta professionale.

### **Conclusioni**

Ci piace concludere con un brano che da solo riunisce tutte le convinzioni sul tema trattato. Da «Capire il dolore» di Vittorino Andreoli, Rizzoli Ed. Febbraio 2003:

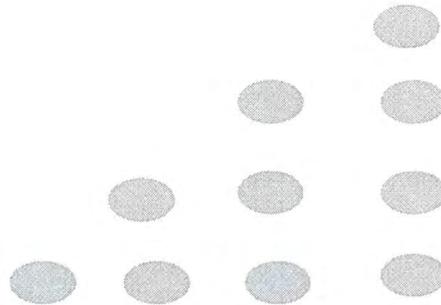
*Il dolore si incastra per sempre dentro ciascuno di noi.  
Non si tratta di una memoria come quella della cronaca,  
fatta di sequenze  
collegate le une alle altre dalla logica degli accadimenti.  
È la memoria dei sentimenti,  
perché il dolore non è una spiegazione ma un sentire,  
un vissuto,  
e allora il tempo e lo spazio si attenuano  
e si percepiscono gli sguardi, i silenzi,  
quella frase non detta,  
quel sospiro ricco di messaggi  
quanto un'omelia pasquale.*

## Bibliografia

1. R. MEGLIORIN, *Aspetti deontologici nella gestione del dolore*, Atti del seminario *La valutazione e la gestione del dolore nel bambino* – Progetto Nostos UCSC - 2003/2004.
2. J. PIAGET, *Lo stadio delle operazioni concrete* CEA Ed. 1990.
3. L. KUTTNER, *Strategie utili nella pratica pediatrica*, Quaderno n. 4 – Fondazione L. Benini.
4. BEYER, MC GRAT, BERDE. *J. Pain Symptom Manage.* 1990;5:350-356.
5. MITCHELL P. *Understanding a young child's pain* Lancet. 1999;354:1708. Berde CB. 6. BRUCE M. *Pain in children*. In *Textbook of pain*. Ed Wall PD, Melzack R; 1999: 1463-77.
7. R. MEGLIORIN, D. CARLINI, L. MUSCHERI et alt. *Il dolore nel bambino con trauma cranico* Atti del Congresso Nazionale ANIARTI – Rimini 2000.
8. G. IVANI, *Terapia del dolore nel bambino* SEE – Fi 2000.

**Scheda 1**

*POKER CHEEP TOOL*



1 sfera = minimo dolore

4 sfere = massimo dolore

**Scheda 2**

| PARAMETRI            | RISPOSTE             | PUNTEGGIO |
|----------------------|----------------------|-----------|
| Espressioni del viso | Sorride              | 0         |
|                      | Espressione neutra   | 1         |
|                      |                      | 2         |
|                      |                      | Contratta |
| Pianto               | Tranquillo/sbadiglia | 0         |
|                      | Non piange           | 1         |
|                      | Piagnucola           | 2         |
|                      | Piange e singhiozza  | 3         |
| Movimenti            | Movimenti soliti     | 0         |
|                      | Nessun movimento     | 1         |
|                      | Attento a muoversi   | 2         |
|                      | Completa agitazione  | 3         |

0 = Nessun dolore

8 = massimo dolore

**Scheda 3**

*La scala CHEOPS (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)*

|                         |                            |   |
|-------------------------|----------------------------|---|
| Pianto                  | Non piange                 | 1 |
|                         | Geme                       | 2 |
|                         | Piange                     | 2 |
|                         | Urla                       | 3 |
| Espressione             | Sorride                    | 0 |
|                         | Composto                   | 1 |
|                         | Smorfie                    | 2 |
| Risposta Verbale        | Positiva                   | 0 |
|                         | Nessuna                    | 1 |
|                         | Si lamenta di altro        | 1 |
|                         | Si lamenta di dolore       | 2 |
|                         | Entrambi                   | 2 |
| Posizione della schiena | Neutro                     | 1 |
|                         | Cambia posizione           | 2 |
|                         | Teso                       | 2 |
|                         | Tremante                   | 2 |
|                         | Eretto                     | 2 |
|                         | Controllato                | 2 |
| Tatto                   | Non tocca la parte dolente | 1 |
|                         | Cerca la parte dolente     | 2 |
|                         | Tocca la parte dolente     | 2 |
|                         | Afferra con forza          | 2 |
|                         | E' bloccato                | 2 |
| Movimento Gambe         | Neutro                     | 1 |
|                         | Si agita                   | 2 |
|                         | Picgate o in tensione      | 2 |
|                         | In piedi                   | 2 |
|                         | Bloccate                   | 2 |

4 = nessun dolore

13 = Massimo dolore

## **Viaggio nel dolore oncologico dei bambini**



R. Megliorin, A. Pinzari, A. Portanova - Roma  
L. Valliano, C. Feraut - Torino

1

## **Agenda**

- Premessa
- Fase dell'accoglimento
- Fase dell'insufficienza respiratoria
- Fase dell'insufficienza multiorgano
- Fase dell'abbandono

2

La professione infermieristica nasce per alleviare  
le sofferenze dell'uomo

**Osservare, analizzare, interpretare,  
tener conto delle «tracce» del dolore;  
valorizzarle, proporle all'attenzione di tutti  
è un atto di cui l'anima del mondo  
non può farne a meno**

**È un obbligo morale, quindi, evitare  
il dolore al bambino malato!**

3

### La nostra premessa

Spesso il bambino in ospedale non ha la capacità fisica e razionale di «difendersi» dal nostro «modo» di erogare prestazioni. ... deve essere la nostra competenza, unitamente ai nostri valori, a guidare e proteggere il piccolo paziente che vaga nel tunnel della malattia ...

R. Megliorin, *Aspetti deontologici nella gestione del dolore*, Atti del Seminario «La valutazione e la gestione del dolore nel bambino» - Progetto Nostos UCSC - 2003/2004

4

*Siamo certi che le definizioni fino ad oggi analizzate rappresentano realmente il vissuto dei bambini?*



5

Quando io ho un dolore sul corpo mi sembra veramente che impazzisco e non lo posso controllare perché io non sono il dottore e non conosco le cose da fare quando si soffre ...  
Comunque da un po' di tempo mi sto abituando a soffrire sul corpo perché ormai ho capito che il dolore non supera più di tanti gradini ...

M.R. PARSI, *Il pensiero bambino*, 1997



6



7

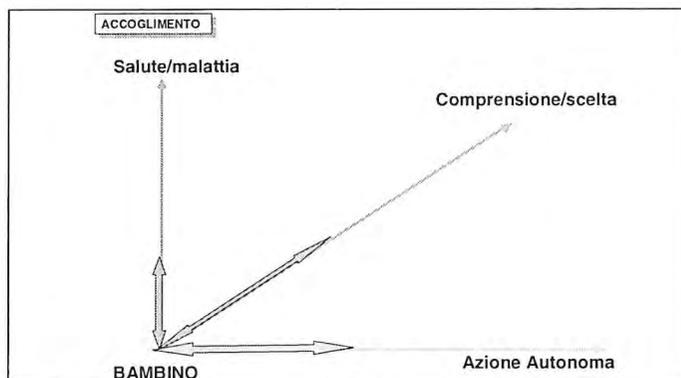
**IL CASO**

Bambina di 7 anni affetta da LLA  
in fase di diagnosi

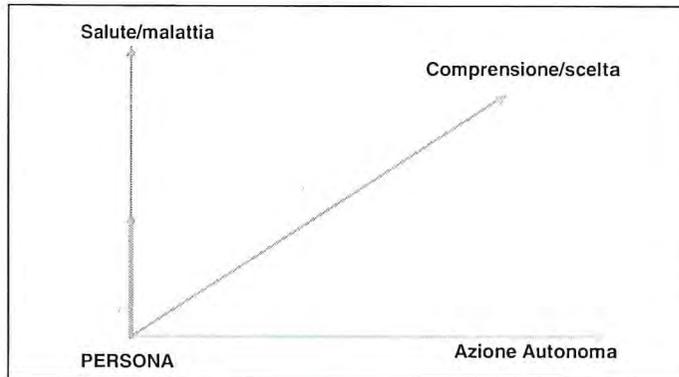
↓

Giunge alla nostra osservazione con la leggerezza  
e la vivacità di una piccola che ancora  
non conosce la sofferenza

8



9



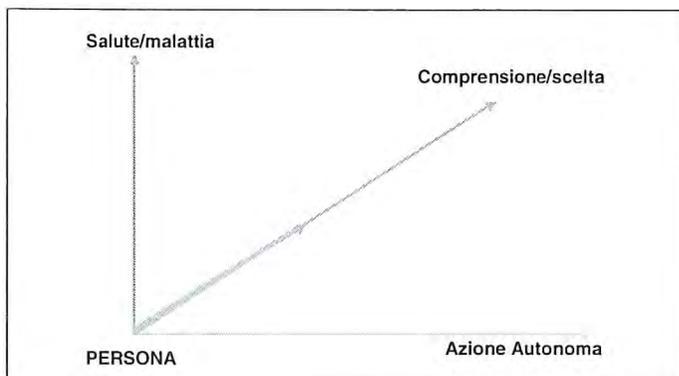
10

## ACCOGLIMENTO

### ELEVATA STABILITÀ CLINICA

- L'assistenza infermieristica è rivolta a: scelta del posto letto, raccolta dati, monitoraggio parametri vitali, definizione dei limiti di allarme, ...
- Queste attività sono SPECIFICHE, non trasferibili ad altre figure.

11



12

**ACCOGLIMENTO**

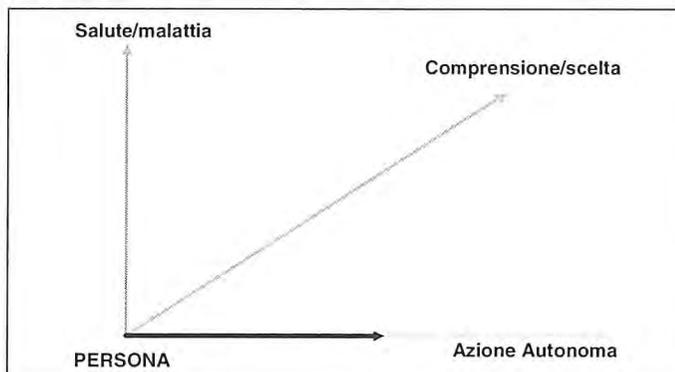
ALTA COMPrensIONE/SCELTA

COMPETENZA SPECIFICA ed ESCLUSIVA atta a «decifrare» il vissuto esperenziale della bimba e della madre, quale unico dato che

*«FA LA DIFFERENZA»*

- SUPERVISIONE solo tra pari

13



14

**ACCOGLIMENTO**

ALTA AUTONOMIA

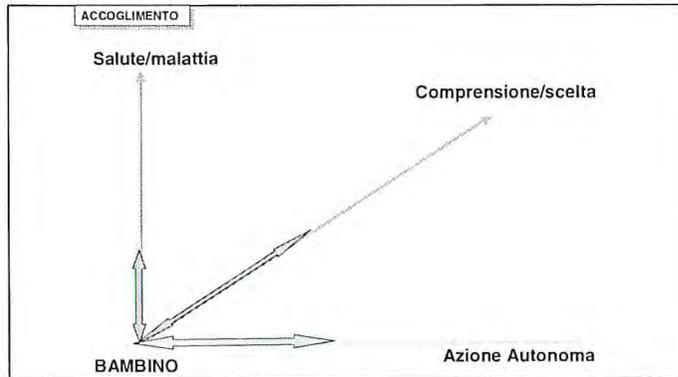
L'alto livello di autonomia della bimba richiede all'infermiere un ruolo di

GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO

atto al ripristino/mantenimento del selfcare e all'instaurarsi di un

RAPPORTO BASATO SULLA FIDUCIA

15



16

## ACCOGLIMENTO

**Criticità:** evitare stress emotivi inutili

**Caratteristiche:** l'infermiere è il punto di forza del percorso di cura, deve perciò attivare tutti i canali per stabilire una relazione basata sulla fiducia.

**Organizzazione:** assistenza globale e personalizzata, obiettivi condivisi con la bambina e la madre

17

Fase di accoglimento

COMPETENZA SPECIFICA: PIANIFICAZIONE

## ACCOGLIMENTO

- Si decide:
  - assicurare alla bimba il massimo del comfort improntando l'assistenza sull'educazione alla gestione del dolore
  - eseguire le procedure invasive, atte alla diagnosi/cura, in analgesia
  - aiutare i genitori ad affrontare la malattia e superare i problemi logistici

18

Fase di accoglimento  
COMPETENZA SPECIFICA: EDUCAZIONE TERAPEUTICA

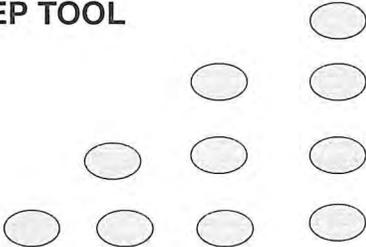
**LE SCALE DI VALUTAZIONE: QUALE STADIO DI SVILUPPO?**  
...Abbandona il punto di vista egocentrico e comincia ad interloquire in modo più attento, usando una terminologia più completa e più consona...  
Vi è anche la fine delle credenze animistiche: le cose non hanno una loro volontà e pensiero,...  
...Manca ancora la capacità di concentrarsi sulle operazioni astratte complesse e su quelle ipotetiche, c'è la capacità ... per gli eventi immaginari.

J. PIAGET "Lo stadio delle operazioni concrete"

19

Fase di accoglimento  
COMPETENZA SPECIFICA: EDUCAZIONE TERAPEUTICA

**POKER CHEEP TOOL**



20

Fase di accoglimento  
COMPETENZA SPECIFICA: EDUCAZIONE TERAPEUTICA

**Faces Pain Scale**



21

|   |
|---|
| Fase di accoglimento<br><b>FUNZIONE: SOSTEGNO/GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO</b>   |
| <b>GESTIONE DEL DOLORE<br/>DURANTE LE PROCEDURE</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntura lombare, Aspirazione/Biopsia del midollo</li> <li>• Prelievi ematochimici</li> <li>• RMN</li> <li>• Posizionamento Groshong</li> </ul> |

22



### Algoritmi per la gestione del dolore nelle procedure

|   |  |   |
|---|--|---|
| PROCEDURE POCO DOLOROSE                           | TAC, RMN,...                                   | -Preparazione individualizzata<br>-Se necessario, sedazione con cloratio idrato l'ora prima della procedura                             |
| PROCEDURE MEDIAMENTE DOLOROSE                     | Puntura del dito, incanalamento iv, puntura iv | -Preparazione individualizzata<br>Presenza dei genitori<br>Raggruppamento degli esami<br>Anestetici locali<br>Tecniche comportamentali  |
| PROCEDURE MODERATAMENTE DOLOROSE                  | Puntura lombare, incanalamento cvc...          | -Preparazione individualizzata<br>Anestetici locali<br>Tecniche comportamentali<br>Benzodiazepine (in gruppi selezionati)               |
| PROCEDURE DA MODERATAMENTE A SEVERAMENTE DOLOROSE | Aspirazione del midollo osseo, biopsia, ...    | -Preparazione individualizzata + genitori<br>-Anestetici locali<br>-Monitoraggio continuo, se farmaci (midazolam iv, os, endonasale...) |
| WHO 1993  |  |   |

23

|  |
|--|
| <b>INDAGINI DIAGNOSTICHE</b><br><b>FUNZIONE: SOSTEGNO/SOSTITUTO</b>  |
| <p><b>ANESTESIA PER LA RMN NEI BAMBINI SECONDO L'O.M.S.</b><br/>         Nei bambini non complianti è indicata l'anestesia.<br/>         Si tratta di un'induzione con gas (8% sevofluorane in O<sub>2</sub> al 50%), quindi del posizionamento di maschera laringea. L'anestesia è mantenuta con l'1% di isofluorane.<br/>         Studio: 164 bambini media di età di 52 mesi e di 18,2 Kg.<br/>         La LMA ben accettata dal 46% dei bambini, nessun bambino presentò delirio, nessuno desaturazione, 3 casi di vomito, 1 prolungato per 3 ore.<br/>         Immagini RMN adeguate nel 100%.<br/>         Durata media dell'esame circa 50 minuti.<br/>         BUSONI P., FONDA C., BUSSOLIN L. <i>Anaesthesia for magnetic resonance imaging in children</i> www.sufferingchild.net 2004.</p> |

24

IL CONTROLLO DEL DOLORE  
DECISIONALITA' SULLA SCELTA DELLE METODOLOGIE  
ELEVATA COMPETENZA, AUTONOMIA E SUPERVISIONE TRA PARI

**Le terapie non farmacologiche devono essere parte integrante della terapia del dolore.**

**Gli approcci non farmacologici possono essere supplementari, ma non sostitutivi di un adeguato trattamento farmacologico.**

OMS 1998

25

IL CONTROLLO DEL DOLORE  
FUNZIONE: GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO/SOSTEGNO

### LE TECNICHE DI DISTRAZIONE

L'efficacia della *distrazione* sul controllo del dolore è stata studiata ormai da anni, soprattutto nel campo comportamentale delle neuroscienze.

– La distrazione viene utilizzata perchè stimola aree del cervello (talamo, corteccia,...).

Questa stimolazione impegna le medesime aree riducendo così la possibilità di attivazione da parte del dolore.

– Le tecniche comportamentali sono perciò validate scientificamente, non sono semplici «attenzioni» pediatriche.

BANTICK SJ, WISE RG, POLGHAUS A, *et al.* "Imaging how attention modulates pain using functional MRI" *Brain*, 125:310-319, 2002

26

IL CONTROLLO DEL DOLORE  
FUNZIONE: GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO/SOSTEGNO

### TECNICHE DI RILASSAMENTO

La bimba scelse di immaginare di andare al mare  
e tuffarsi in acqua ...

Si utilizzò anche il guanto magico  
e le tecniche di controllo della respirazione

27

**BPS di Robieux  
(Behavioral  
Pain Scale)**

| Parametri        | Risposte            | Punteggio |
|------------------|---------------------|-----------|
| Espressioni viso | Sorride             | 0         |
|                  | Espressione neutra  | 1         |
|                  | Contratta           | 2         |
| Pianto           | Sbadiglia           | 0         |
|                  | Non piange          | 1         |
|                  | Piagnucola          | 2         |
|                  | Piange e singhiozza | 3         |
| Movimenti        | Movimenti soliti    | 0         |
|                  | Neutro/no movimenti | 1         |
|                  | Attento a muoversi  | 2         |
|                  | Completa agitazione | 3         |

28

**Il dolore si incastra per sempre dentro  
ciascuno di noi.**  
**Non si tratta di una memoria come quella della cronaca,  
fatta di sequenze collegate le une alle altre  
dalla logica degli accadimenti.**  
**È la memoria dei sentimenti, perché il dolore  
non è una spiegazione ma un sentire, un vissuto,  
e allora il tempo e lo spazio si attenuano  
e si percepiscono gli sguardi, i silenzi,  
quella frase non detta, quel sospiro ricco di messaggi  
quanto un'omelia pasquale.**

Da *Capire il dolore* di VITTORINO ANDREOLI - Rizzoli Ed. Febbraio 2003

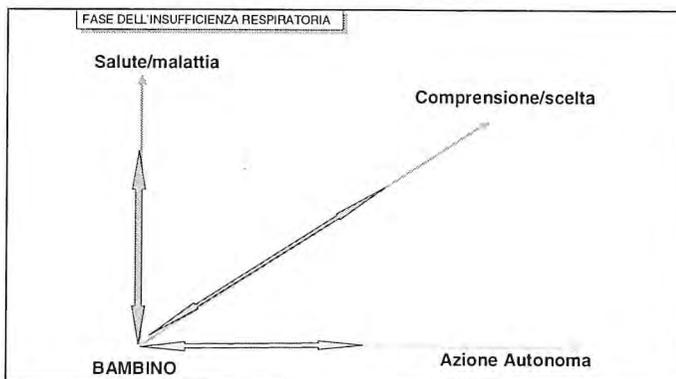
29

**FASE DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

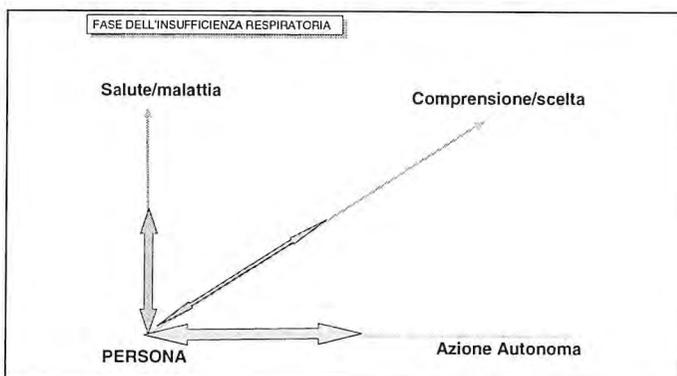
A circa due mesi dal trasferimento  
per il trattamento terapeutico, in Oncologia Pediatrica,  
si verifica una grave insufficienza respiratoria.

Torna in TIP per le cure del caso

30



31



32

## INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

### INSTABILITÀ CLINICA

- In questa fase c'è necessità di assistenza infermieristica diretta continua: scelta del posto letto (isolamento), monitoraggio parametri vitali, definizione dei limiti di allarme, posizionamento ortopedico, posizionamento del casco per la ventilazione non invasiva, esecuzione BAL e emocolture, ...
- Attività SPECIFICA AD ELEVATA COMPETENZA non trasferibile ad altre figure

33

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

## RIDOTTA COMPRESIONE/SCelta

DECISIONALITÀ dell'infermiere su:

- Pianificazione dell'assistenza in base a priorità
- Scelta della scala di valutazione del dolore
- Attribuzione di alcune attività alla madre

COMPETENZA SPECIFICA atta a comprendere la compliance materna; a valutare l'evoluzione della sintomatologia e ad individuare precocemente eventuali situazioni a rischio.

- ELEVATO LIVELLO DI COMPETENZA

SUPERVISIONE solo tra pari

34

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA**

## RIDOTTA AUTONOMIA

Il ridotto livello di autonomia della bimba richiede all'infermiere diversi ruoli diversi e complementari:

SOSTEGNO/SOSTITUTO/EDUCATORE

TERAPEUTICO

l'adozione di questi ruoli è funzionale al ripristino di un livello accettabile dei parametri vitali e al controllo del dolore

35

**INSUFFICIENZA RESPIRATORIA****Criticità:** instabilità data da ridotta funzionalità respiratoria, dolore da mucosite e postura**Caratteristiche:** l'infermiere è il punto di forza del percorso di cura, deve perciò attivare tutti i canali per definire un processo di cura atto a un rapido ripristino delle condizioni preesistenti. È mantenuto un alto livello di fiducia**Organizzazione:** assistenza globale e personalizzata, obiettivi condivisi con la madre

36

Fase insufficienza respiratoria  
COMPETENZA SPECIFICA: PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE PIANO  
D'ASSISTENZA, SCELTA PROTOCOLLI OPERATIVI, RELAZIONE EMPATICA

### INSUFFICIENZA RESPIRATORIA

- Si decide:
  - assicurare alla bimba il massimo del comfort improntando l'assistenza sull'etero-valutazione del dolore
  - eseguire le procedure invasive, atte alla diagnosi/cura, in analgesia
  - aiutare i genitori ad affrontare la malattia e superare la fase di criticità della malattia

35

### PERCHÉ SCEGLIERE LA N.I.V.

- INTUBAZIONE
  - Sanguinamenti dal cavo orale/nasale
  - Traumi dentali
  - Edema, lesioni corde vocali/mucosa tracheale
  - Infezioni
- POSIZIONAMENTO CASCO
  - Claustrofobia
  - Dolore in sede ascellare
  - Perdite del circuito
  - Secchezza naso e bocca
  - Necessità sondino
  - Rumore

36

Fase di insufficienza respiratoria  
DECISIONALITA' NELLA SCELTA DELLA SCALA

### LA SCELTA DELLE SCALE DI VALUTAZIONE: QUALE SITUAZIONE NEUROLOGICA?

Nel momento in cui non si è sufficientemente sicuri di un giudizio oggettivo da parte del paziente, si deve attuare l'eterovalutazione del dolore.

37

| <b>CHEOPS</b><br><b>(Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)</b>  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Scala comportamentale per la valutazione del dolore acuto, atta a monitorizzare l'effetto degli interventi per ridurre il dolore</li> <li>• Il punteggio va da un minimum score = 4 ad un max = 13</li> <li>• Gli studi iniziali lo vedono applicato a bambini da 1 a 5 anni (BEYER, Mc GRATH, BERDE J., <i>Pain Symptom Manage.</i> 1990;5:350-356)</li> <li>• È stato utilizzato anche per adolescenti ma non risulta essere appropriato</li> <li>• Mitchell nel 1999 lo definisce specifico per bambini tra gli 0 e i 4 anni di età. (MITCHELL P., <i>Understanding a young child's pain,</i> Lancet, 1999;354:1708).</li> </ul> |  |

38

|                                       |                      |   |
|---------------------------------------|----------------------|---|
| <b>Pianto</b>                         | Non piange           | 1 |
|                                       | Geme                 | 2 |
|                                       | Piange               | 2 |
| <b>Espressione</b>                    | Urla                 | 3 |
|                                       | Sorride              | 0 |
|                                       | Composto             | 1 |
| <b>Verbalizzazione</b>                | Smorfie              | 2 |
|                                       | Positiva             | 0 |
|                                       | Nessuna              | 1 |
| <b>Atteggiamento corporeo</b>         | Si lamenta di altro  | 1 |
|                                       | Si lamenta di dolore | 2 |
|                                       | Entrambi             | 2 |
|                                       | Neutro               | 1 |
|                                       | Cambia posizione     | 2 |
|                                       | Teso                 | 2 |
| <b>Desiderio di toccare la ferita</b> | Tremante             | 2 |
|                                       | Eretto               | 2 |
|                                       | Controllato          | 2 |
|                                       | Non tocca            | 1 |
|                                       | Cerca                | 2 |
|                                       | Tocca                | 2 |
| <b>Arti inferiori</b>                 | Afferra              | 2 |
|                                       | Bloccato             | 2 |
|                                       | Neutro               | 1 |
|                                       | Si agita/scalcia     | 2 |
|                                       | Piegata/tese         | 2 |
|                                       | In piedi             | 2 |
|                                       | Bloccato             | 2 |

39

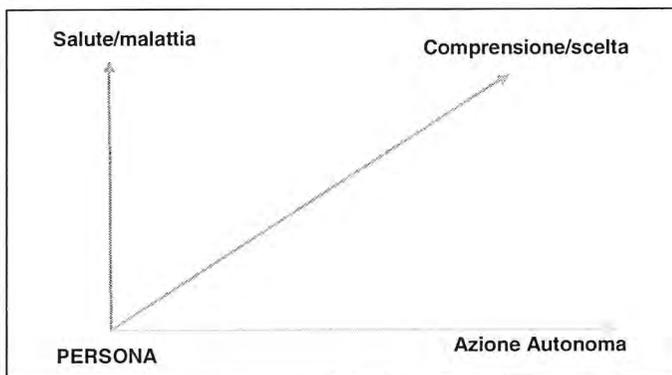
Fase di insufficienza respiratoria  
DECISIONALITA' NELLA SCELTA DELLA SCALA

### LA SCELTA DELLE SCALE DI VALUTAZIONE: UNA ATTIVITÀ DINAMICA

Nel momento in cui la bimba torna a collaborare, il nostro obiettivo torna ad essere la funzione di supporto e non quella di sostituto: si passa di nuovo alla autovalutazione.

Si invita alla compilazione del diario del dolore.

40



41

### SCALA DEI COLORI DI ELAND

- Fra 8 pennarelli farne scegliere 4 corrispondenti al suo modo di interpretare il dolore dal più forte al più flebile.
- Chiedere al bambino di mostrare su due sagome del corpo dove sente male, usando i colori che ha scelto.
- Chiedergli se sa perché ha dolore in quella zona del corpo.

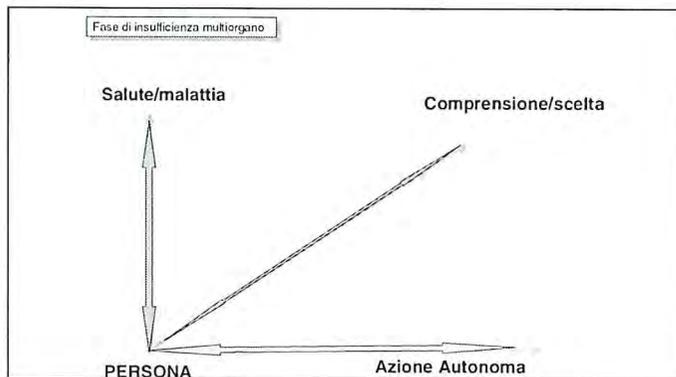
Fondazione Livia Benini "Quaderno n. 4"; 85-86

42

**Il dolore non si cancella mai completamente,  
lascia traccia dentro la memoria,  
in questo deposito che ci accompagna  
come un'ombra,  
effigie del nostro passato che si fa presente  
quando ritorna alla coscienza.**

Da *Capire il dolore* di VITTORINO ANDREOLI Rizzoli Ed.  
Febbraio 2003

43

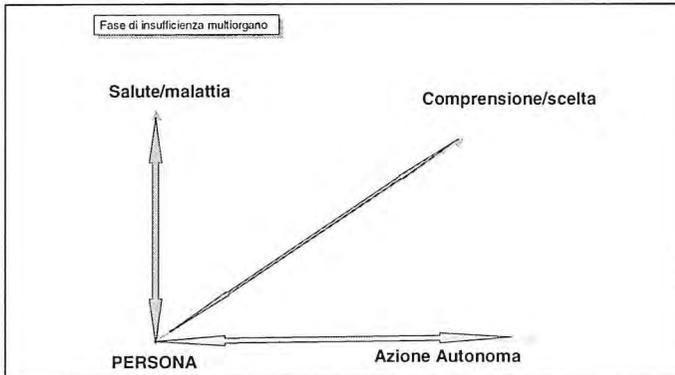


44

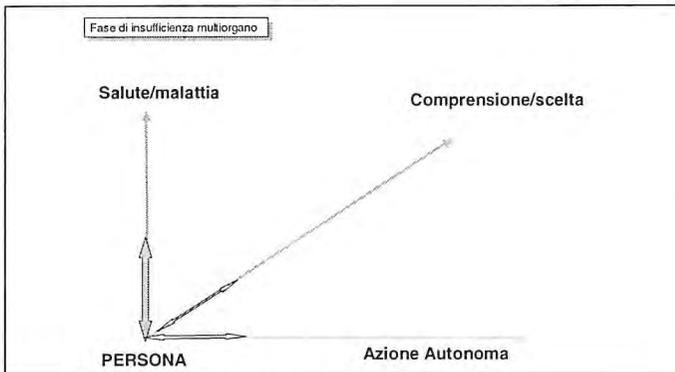
### FASE DELL'INSUFFICIENZA MULTIORGANO

Dopo un breve periodo di recupero dalla fase di insufficienza respiratoria trascorso di nuovo in Oncologia Pediatrica, la bimba torna in TIP per sopraggiunte complicazioni: ci sono segni di scompenso cardiocircolatorio e di grave insufficienza renale.

45



46

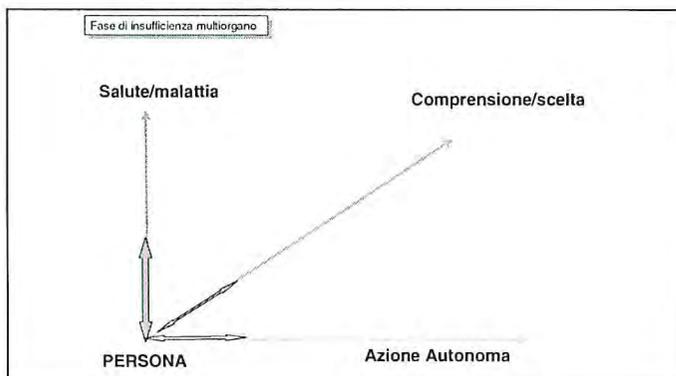


47

**INSUFFICIENZA MULTIORGANO**  
**GRAVE INSTABILITÀ CLINICA**

- In questa fase c'è necessità di **RIPIANIFICARE** l'assistenza: dal monitoraggio continuo dei parametri vitali al posizionamento di un CVC di grosso calibro per l'emodialisi.
- Attività **SPECIFICA** non trasferibile ad altre figure.

48



49

### INSUFFICIENZA MULTIORGANO

#### RIDOTTO GRADO DI COMPRESIONE/SCELTA

- DECISIONALITÀ dell'infermiere su:
  - Pianificazione dell'assistenza
  - Scelta del «momento» giusto per la bambina ma in assoluto rispetto del piano di cura
  - Necessità di presenza della madre
- COMPETENZA SPECIFICA atta a delineare le reali priorità del processo di cura, che vede nel dualismo bimba/madre un legame tanto più inscindibile, quanto più grave è la situazione.
- SUPERVISIONE solo tra pari

50

### INSUFFICIENZA MULTIORGANO

#### RIDOTTA AUTONOMIA

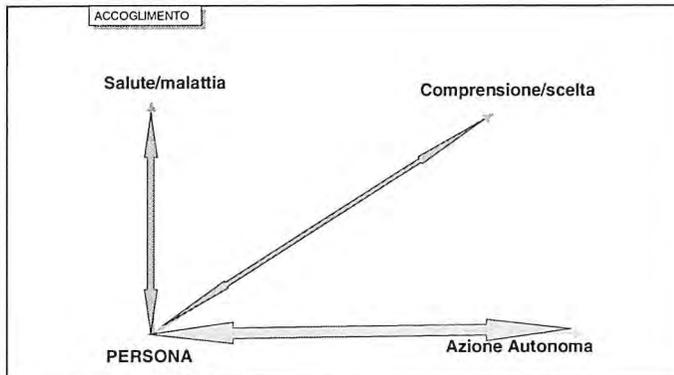
L'autonomia della bimba è compromessa dall'alterato stato neurologico causato dalla MOFS. L'infermiere deve attribuirsi un ruolo di

GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO per la madre

e

SOSTITUTO/SOSTEGNO per la bambina  
atto al ripristino di una condizione migliore.

51



52

### INSUFFICIENZA MULTIORGANO

**Criticità:** grave instabilità emodinamica

**Caratteristiche:** l'infermiere è il punto di forza del percorso di cura, deve perciò attivare tutte le sue competenze al fine di ridurre la criticità. La relazione continua a essere basata sulla fiducia

**Organizzazione:** assistenza globale e personalizzata, obiettivi condivisi con i genitori. Fattore tempo quale indicatore di valutazione.

53

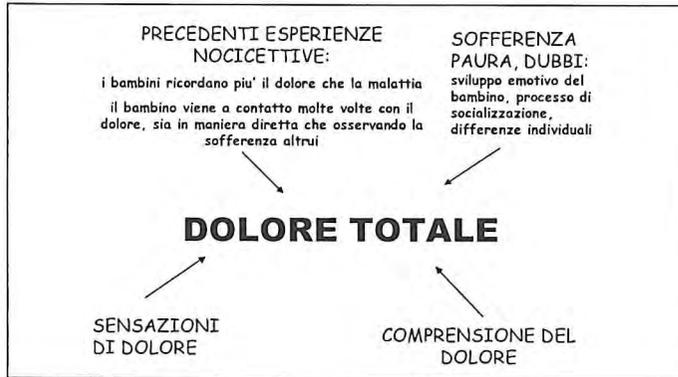
#### Fase insufficienza respiratoria

COMPETENZA SPECIFICA: PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE PIANO D'ASSISTENZA, SCELTA PROTOCOLLI OPERATIVI, RELAZIONE EMPATICA

### INSUFFICIENZA MULTIORGANO

- Si decide:
  - assicurare alla bimba un'assistenza basata sulla risoluzione dei bisogni in base ad un ordine di priorità e ad una rivalutazione continua. Garanzia degli standards
  - assicurare un piano di cura basato sulla gestione del dolore
  - aiutare i genitori ad affrontare la perdita dello stato di coscienza della bambina e a rafforzare il livello di fiducia. Rafforzare il supporto psicologico, anche con il supporto delle associazioni dei genitori

54



55

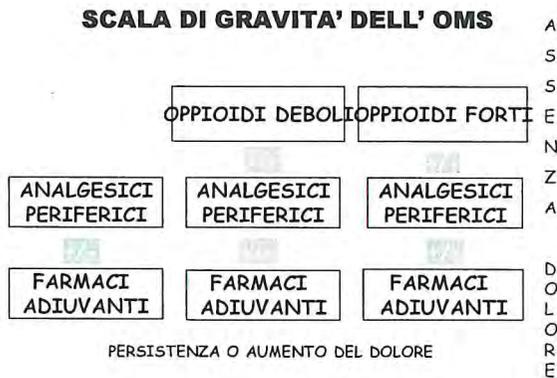
Fase di insufficienza respiratoria  
DECISIONALITA' NELLA SCELTA DELLA SCALA

**LA SCELTA DELLA GESTIONE DEL DOLORE**

Nel momento più grave la bambina e i genitori hanno bisogno di essere supportati da decisioni terapeutiche e modalità comportamentali che rispondano in modo puntuale e attento alle reali esigenze della bimba.

Si modifica, ancora una volta, la tecnica di valutazione del dolore (dall'auto all'eterovalutazione) quindi si intraprende la tecnica della PCA

56



57

Fase di insufficienza multiorgano  
FUNZIONE: GUIDA/EDUCATORE TERAPEUTICO/SOSTEGNO

### MANAGEMENT DEL DOLORE

- A miglioramento del quadro neurologico si torna alla Scala dei colori di Eland, invitando la madre a tenere un diario del dolore.
- Nel diario del dolore la bimba trascrive la sintomatologia, le cure praticate e i risultati raggiunti in termini di score.
- Il team discute con la madre i risultati raggiunti.

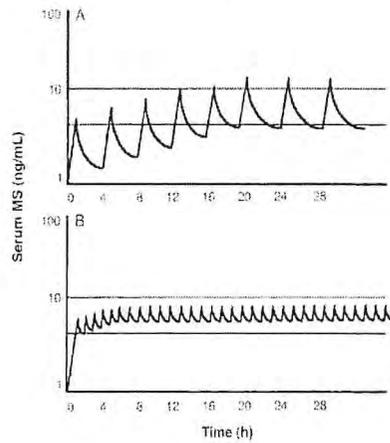
58

Fase di insufficienza multiorgano  
COMPETENZA SPECIFICA: PIANIFICAZIONE, VALUTAZIONE DEI RISULTATI

### PCA (Patient Controlled Analgesia)

Tecnica di somministrazione di un analgesico in cui il paziente controlla un dispositivo di infusione che eroga «a domanda» un bolo prefissato di farmaco.

59

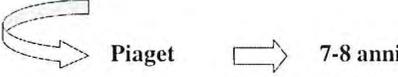


60

**PATIENT CONTROLLED ANALGESIA (PCA)**

Non è chiaro a quale età la PCA sia appropriata

Generalmente quando il bambino è in grado di comprendere il concetto di causa-effetto



In realtà anche bambini più piccoli (**5 anni**) sono in grado di usare la PCA (Gauckroger 1993)

Nel nostro caso si decide di effettuare la PARENT CONTROLLED ANALGESIA

61

Fase di insufficienza multiorgano  
COMPETENZA SPECIFICA: PIANIFICAZIONE, VALUTAZIONE DEI RISULTATI

**Patient Controlled Analgesia  
o  
Parent Controlled Analgesia?**

Quando il bambino non può o non vuole è possibile  
che il genitore lo sostituisca

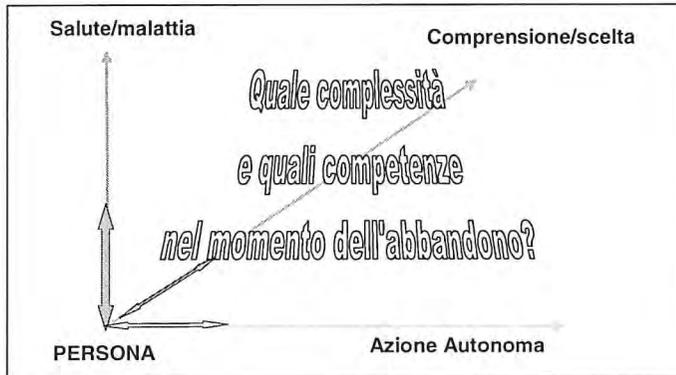
62



“... perché il dolore,  
quanto più è intimo e profondo,  
invita a fuggire gli uomini  
per ritrovare se stessi ...  
Allora la solitudine,  
paradossalmente è d’obbligo:  
perché si attui questa comunione  
che apre all’infinito”.

Monsignor P. CODA intervistato da S. Zavoli:  
*Il dolore inutile* Ed. Garzanti 2003

63



64

FONDAZIONE LIVIA BENINI

### Da "Il piccolo principe"

- Ricorda che ho bisogno di te anche se non posso guarire
- Sii per me uno specchio sorridente anche nella sofferenza
- Non rispondere alle provocazioni della mamma o del papà, sono confusi
- Io non so cosa mi succede, ma il contatto delle tue mani mi aiuta
- Non pensare solo di aggiungere giorni alla mia vita, ma vita ai miei giorni
- Quando sai che per me è giunto il momento di volare in cielo aiuta la mia mamma a tenermi in braccio, ma se non ce la fa prendimi
- Scusa se qualche volta ti ho coinvolto troppo, ...

65

# **IN EUROPA, COME GLI INFERMIERI ASSISTONO UN BAMBINO CON DOLORE (V. IL CASO CLINICO CONSIDERATO) IN SITUAZIONE CRITICA? QUALI SONO LE LINEE CHE SEGUONO PER L'INTEGRAZIONE CON GLI ALTRI OPERATORI? ESISTONO MODELLI DEFINITI O MODALITÀ PRATICATE?**

J. LATOUR

EfCCNa - ESPNIC, Olanda  
European Society of Pediatric and Neonatal Intensive Care (Nursing), ESPNIC  
Past-President

Voglio ringraziare ancora una volta l'Aniarti ed Elio Drigo per avermi invitato a confrontarmi su un tema così importante come la gestione del dolore in area critica pediatrica, a nome della Società Pediatrica e Neonatologica di Area Critica dell'Olanda e dell'Europa. Sono particolarmente fiero di avere la possibilità di parlarvi di questo perché al centro medico Erasmus, in particolare all'Ospedale Infantile Sophia ci concentriamo soprattutto sulla gestione del dolore.

Parlerò con voi di alcuni articoli scientifici, per passare dall'evidenza alla pratica, parlerò di efficacia ed efficienza per quanto riguarda gli strumenti a nostra disposizione per misurare il dolore e parlerò anche dell'autonomia professionale.

Maria Cristina Rossi di Torino e Rita Megliorin di Roma ci hanno proposto un quadro teorico molto interessante perché l'hanno correlato alla pratica.

Sia ieri che stamane abbiamo sentito alcune definizioni del dolore, io vorrei aggiungere una nota alla definizione standard: «un'esperienza spiacevole dal punto di vista sensorio ed emotivo, associato a danno tissutale, reale o potenziale o descritta in termini di danno tissutale potenziale o reale».

Questo va benissimo, però dal punto di vista del paziente pediatrico va aggiunta a questa nota: «l'incapacità di comunicare verbalmente non nega un'esperienza individuale di dolore e quindi non nega la possibilità che ci sia bisogno di alleviare questo dolore».

Quindi se teniamo conto di questa nota pensiamo ai bambini più piccoli, che spesso non hanno la capacità di comunicare con l'infermiere che hanno male.

Sempre a livello di introduzione di una prospettiva europea, parliamo di dolore e cultura, ci può essere un fattore religioso e culturale nella risposta al dolore, ad esempio ai bambini britannici viene insegnato a essere stoici, però anche loro preferiscono avere una compagnia quando soffrono, di contro i bambini australiani preferiscono stare da soli quando sentono male. E i bambini

italiani? Tendono da un lato a essere più depressi e dall'altro ad essere più franchi, e chiedono di alleviare il dolore quanto prima possibile in maniera molto chiara.

Dagli uomini Masai in Africa ci si aspetta una stoicità e un grado di sopportazione elevato, mentre alle donne è permesso di dimostrarlo in tutte le sue espressioni.

Cosa ne sanno gli infermieri di tutto questo? Vediamo l'articolo del *Pain Syndrome Management Journal* del 1999, dei colleghi che hanno studiato le conoscenze infermieristiche sulla gestione del dolore farmacologico e non farmacologico.

Hanno redatto un questionario e l'hanno somministrato a 265 infermieri in 5 ospedali in Finlandia; nel questionario c'erano 32 affermazioni che andavano valutate dagli infermieri e c'erano domande sia di tipo farmacologico che di tipo non farmacologico e veniva poi chiesto il parere sulla gestione del dolore.

Il risultato è questo: l'istruzione, la formazione, e l'esperienza sicuramente incidono sulle conoscenze del dolore ed è stato notato che per quanto riguarda la gestione non farmacologica, essa è meno conosciuta, quindi anche se stiamo parlando dei colleghi finlandesi emerge che c'è bisogno di ulteriore educazione per quanto riguarda il dolore e anche che gli infermieri devono essere più attivi nel gestirlo.

Passiamo al secondo articolo che viene dalla Germania; uno studio multicentrico pubblicato sull'*European Journal of Pediatric Surgery* condotto in 13 centri «ustionati» della Germania: l'obiettivo dello studio era quello di valutare e documentare il controllo del dolore nei centri ustionati ma per quanto riguarda i bambini.

Sono stati intervistati 22 medici e 43 infermieri, alla voce «cambiamento delle medicazioni» nei pazienti ustionati, ventilati e non ventilati vi è una differenza, per i pazienti ventilati i medici ritengono che la gestione del dolore sia adeguata nel 100% dei casi e gli infermieri nel 69% dei casi, per i pazienti non ventilati i medici ritengono che la gestione del dolore sia adeguata nel 59% dei casi e gli infermieri nel 69% dei casi, quindi si nota una grande differenza. Apparentemente l'impressione è che potremmo avere considerando i pazienti ventilati e non potremmo dire che più si urla e si piange meno si soffre, i pazienti sottoposti a ventilazione in fondo non possono piangere, quindi forse per questo non si allieva loro abbastanza il dolore.

Per i pazienti in fase post-acuta, nel 73% dei ventilati abbiamo un controllo adeguato del dolore e nel 41% dei non ventilati, e per gli infermieri le cifre corrispondono.

Per quanto riguarda il miglioramento del controllo del dolore circa il 50% degli infermieri di questi centri ustionati ritenevano che fosse necessario migliorarlo. Quindi nella conclusione dell'articolo si legge che è necessario documentare in maniera standardizzata il dolore e che serve un algoritmo per l'analgesia e tutti quanti hanno detto che serviva una maggiore formazione per un adeguato controllo. Nell'ultima ora si è parlato molto dei genitori: qual è l'esperienza dei genitori per quanto riguarda il loro coinvolgimento nel controllo del dolore.

Nel 2001 Simons e colleghi hanno pubblicato un articolo sul *Journal of Advanced Nursing* sul coinvolgimento dei genitori nel controllo del dolore pediatrico. Hanno intervistato 20 genitori e 20 infermieri, è quindi uno studio fenomenologico, e nell'analisi si sono concentrati su tre grossi filoni:

- prima di tutto la percezione condivisa sul fatto che ci fosse un ruolo genitoriale passivo nel controllo del dolore;
- il secondo punto riguarda la discordanza di opinioni, cioè si tendeva a minimizzare le preoccupazioni e osservazioni dei genitori e questo lo hanno riconosciuto sia gli infermieri che i genitori;
- terzo punto riguarda la comunicazione e in particolare i genitori hanno espresso frustrazione e invece gli infermieri hanno chiesto di avere maggiori informazioni e contributi da loro.

Quindi la conclusione è che gli infermieri devono ridiscutere il coinvolgimento genitoriale e negoziare i ruoli reciproci, questa conclusione è molto importante perché l'assistenza incentrata sulla famiglia sta diventando un punto cardine nelle cure sanitarie, ad esempio negli USA sono stati definiti nuovi obiettivi tra cui 6 riguardano la qualità delle cure, uno incentrato sul paziente e sulla famiglia ma questo sta diventando un punto centrale anche in Europa. Per tornare alle scale del dolore ne ho qualcuna da aggiungere rispetto a quelle viste ieri: la scala Cries misura soltanto 4 fattori, la Lids ne misura 5, mentre la Comfort ne misura di più.

Le scale dicotomiche sono quelle che richiedono come risposta SI o NO.

Ultimamente ho partecipato a un corso sull'applicazione del giuramento di Ippocrate per infermieri di area critica pediatrica, ai 16 infermieri europei abbiamo chiesto l'utilizzo delle scale del dolore, ebbene solo 4 le usavano in terapia intensiva. Io spero che questo corso non fosse rappresentativo dell'infermieristica delle terapie intensive in Europa, però il risultato mi è parso lo stesso preoccupante.

Abbiamo la scala VAS sviluppata da colleghi nel 1987, poi c'è la scala Oucher Beyer molto utilizzata in Europa, che si basa sulle facce ma viene criticata perché la faccia a livello 0 non è tanto diversa da quella a livello 20 e quella a livello 20 non è tanto diversa da quella a livello 40, siccome le differenze sono molto minime è difficile distinguere la faccia 0 da quella 20.

Vediamo invece come una scala a 10 sia molto più semplice, nei Paesi Bassi si accetta un 4 come livello di dolore che richiede un controllo terapeutico, quindi oltre 4 si dovrebbe in qualche maniera controllare il dolore.

La scala comportamentale Comfort venne sviluppata inizialmente da Ambuel nel 1994, e presso il centro Sophia di Rotterdam venne ulteriormente sviluppata nel 2000, con parametri che riguardavano i bambini da 0 a 3 anni e per i bambini nel post-operatorio. Questa scala misura 6 fattori :

- stato vigile,
- calma,
- agitazione,
- risposta respiratoria o pianto (bambino ventilato o no),

- movimento fisico,
- tono facciale,
- tensione muscolare.

Il punteggio minimo di questa scala è 1 e quello massimo è 30.

Questa è una scala comportamentale e in basso abbiamo anche una scala VAS che associa sia la scala del dolore che quella comportamentale Comfort.

Peters con altri colleghi di Rotterdam nel 2001 hanno pubblicato un articolo per evidenziare la difficoltà della valutazione del dolore nei bambini ad esempio, in alto a sinistra abbiamo un'espressione di paura, in alto a destra abbiamo tristezza che non significa necessariamente dolore, in basso a sinistra abbiamo rabbia e nemmeno questo significa necessariamente dolore, in basso a destra abbiamo un dolore riconoscibile ed espresso chiaramente, quindi si può dire che valutare il dolore è tanto più difficile quanto più è giovane il paziente, piccolo il bambino.

Proprio per evidenziare queste difficoltà voglio mettere alla prova le vostre capacità di osservazione su come valutereste il dolore nei bambini presentandovi un caso:

un neonato di 2 giorni viene ricoverato per «addome disteso», per il controllo del dolore viene prescritto del paracetamolo per via rettale, il bambino mostra irritabilità quando viene manipolato. Useremo la scala Comfort e per farlo dovremmo osservare il bambino per 2 minuti, quindi immaginate l'infermiere di area critica che per due minuti sta fermo accanto al letto a osservare il bambino, e sappiamo che raramente l'infermiere ha due minuti per stare fermo accanto al letto ad osservare un bambino, però se si decide di applicare la scala Comfort bisogna farlo e gli infermieri che la usano attualmente dicono che è molto importante perché in quei due minuti si vedono cose che normalmente non si vedrebbero in meno tempo.

Vi immaginate fermi per questi due minuti accanto al letto del vostro piccolo paziente? Due minuti sono molto tempo però vedete un bel po' di cose. Dopo averlo guardato attentamente si nota che c'è quel movimento della mano verso il ginocchio da parte dell'infermiera e serviva a valutare il tono muscolare, dopo due minuti si riempie il questionario. Questo è il questionario riempito proprio da quella infermiera: punteggio totale 18 della scala Comfort e punteggio VAS 5.

Parliamo adesso di autonomia degli infermieri e vi presento l'algoritmo usato nel nostro ospedale:

questo bambino ha un punteggio Comfort di 18, quindi al di sopra di 17 che è la soglia che ci indica che dobbiamo fare qualcosa. Poi abbiamo un punteggio VAS di 5 che è superiore a 4 che è la soglia per questa scala. A questo punto dobbiamo approfondire quello che succede con altre indagini, non necessariamente somministrare subito dei farmaci, ad esempio migliorare il posizionamento del bambino, ridurre la luce, ridurre il rumore, semplicemente a volte il bambino è reclinato sul punto d'accesso del catetere e sente male. Se abbiamo un punteggio Comfort superiore a 17 e una VAS superiore a 4, l'infermiere è autorizzato ad approfondire l'indagine del piccolo paziente e se non

riesce a migliorare la situazione può somministrare un bolo di morfina senza interpellare il medico, dopo la somministrazione del bolo si aspetta un pò e si rivaluta il bambino con la scala Comfort; questa è l'autonomia dell'infermiere e l'algoritmo che qui vedete è centrato sull'infermiere per il controllo del dolore, è un protocollo guidato incentrato sull'infermiere che dà dei buoni risultati al paziente.

Vi voglio sfidare ancora una volta, un bambino di 10 settimane con «atresia biliare», sottoposto ad intervento il giorno precedente con una «derivazione porta-enterica», durante il periodo di osservazione viene somministrata morfina per endovena di 10 mcg/kg/h.

Vediamo il punteggio:

- stato vigile 3,
- calma e agitazione 3,
- risposta respiratoria 2,
- movimento fisico 3,
- tono muscolare 3,
- tensione facciale 2.

il punteggio totale è 16 e VAS 2.5.

Ovviamente se la nostra valutazione non ci soddisfa possiamo chiedere ad un collega di rifarci la valutazione in modo da effettuare un controllo.

Quindi la VAS è meno di 4 e la Comfort è meno di 17 e questo ci porta alla casella che indica di non agire direttamente però se abbiamo dei dubbi possiamo ripetere la valutazione con scala Comfort.

La scala Comfort è applicata nell'ospedale in cui lavoro da ormai un anno ed è una buona evidenza di passaggio da una valutazione personale alla evidence based, quindi questo ci permette di valutare i bambini da 0 a 3 anni nel post-operatorio e l'utilizzo di questa scala si sta espandendo, anche se non è ancora completamente convalidata.

Ora vi farò vedere qualcosa dal mio cd-rom per illustrarvi come sia difficile in pratica valutare il dolore; ad esempio la scala Comfort non può essere applicata solo da due infermieri ma deve essere applicata dall'intera équipe e in alcune terapie intensive dei Paesi Bassi ci siamo riusciti con successo.

Io stesso, lavorando in una terapia intensiva, ho visto che è difficile fare applicare questa scala, ci sono pareri diversi e alcuni infermieri dicono di no perché ci vuole troppo tempo, altri invece lo accettano come strumento per capire meglio il dolore. L'univerista Erasmus ha sviluppato questo cd-rom educativo di informazione sulla scala Comfort in cui si indicano i 6 parametri e ognuna delle risposte viene illustrata da un video, ci sono anche informazioni generali, si parla del processo di applicazione della scala.

Se siete interessati all'applicazione della scala Comfort nella vostra unità operativa scrivete una mail a [p.vandeventer@erasmusmc.nl](mailto:p.vandeventer@erasmusmc.nl) e lei vi aiuterà.

Quindi per concludere la valutazione del dolore è molto importante, ma anche molto difficile, ed è importante disporre di strumenti convalidati basati sulle evidenze e questo non solo per documentare il dolore ma anche per dare

all'infermiere gli strumenti per andare dal medico e dirgli che usando lo strumento di valutazione convalidato si evince che il paziente soffre e che quindi bisogna cambiargli trattamento, avrete quindi la capacità di andare dal medico e sostenere la vostra posizione e collaborare con lui.

Sono sicuro che voi userete degli strumenti variabili da una unità all'altra ma la cosa fondamentale è utilizzarli pensando sempre al bambino.

Grazie per la vostra attenzione.

## Pain Management in Paediatric Critical Care

Jos M. Latour  
Clinical Researcher

1

### Introduzione

- Evidenza scientifica
- Efficacia
- Efficienza
- Servizio
- Autonomia professionale



2

### Introduction: definition pain

Definition of Pain:

An unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage.

Note: The inability to communicate verbally does not negate the possibility that an individual is experiencing pain and is in need of appropriate pain-relieving treatment.

[www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org)

3

**Introduction: pain and culture**

Culture and a child's response and reaction to pain:

- British children tend to be stoical, but prefer to have company when they are in pain.
- Australian children prefer to be alone.
- *Italian children* tend to be more depressed and honest about their pain and concerned that they should be given immediate pain relief.
- Kikuyu and Masai men are expected to be quiet and dignified about their pain, but women are not.

[www.surgerydoor.co.uk/coc/paincentre/childattitude.shtml](http://www.surgerydoor.co.uk/coc/paincentre/childattitude.shtml)




4

**Nurses' knowledge**

265 nursese in paediatrics in 5 hospitals in Finland  
 Questionnaire 32 statements  
 Education + area of expertise significant influence knowledge  
 Use of wide range of non-pharmacological pain methods  
 Need for further education  
 Nurses need more active role

SALANTERA S. et al. *Nurses' knowledge about pharmacological and nonpharmacological pain management in children.* J Pain Symptom Manage 1999;18:289-299




5

**Assessment/documentation**

Multi centre study (13 burn units in Germany)

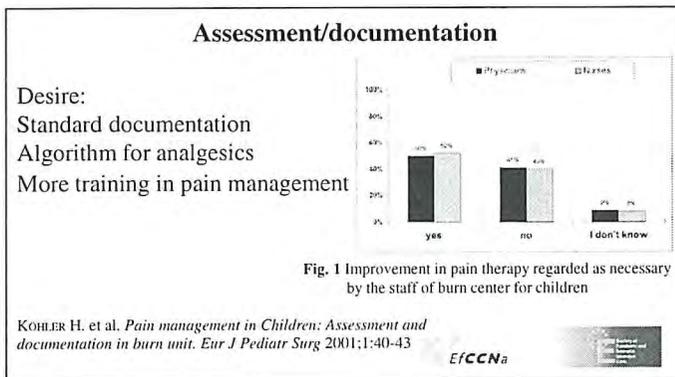
**Table 1** Satisfactory pain therapy achieved in per cent in various clinical situations as judged by the staff of burn centers for children

|   | Physicians          |                         | Nurses              |                         |
|---|---------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|
|   | ventilated patients | non-ventilated patients | ventilated patients | non-ventilated patients |
| Initial management                            | 91%                 | 73%                     | 89%                 | 73%                     |
| Burn dressing changes (acute phase)           | 100%                | 59%                     | 79%                 | 69%                     |
| Burn dressing changes (after the acute phase) | 73%                 | 41%                     | 70%                 | 45%                     |
| Debridements or escharotomies                 | 86%                 | 86%                     | 94%                 | 83%                     |
| Nursing care                                  | 60%                 | 41%                     | 64%                 | 52%                     |

KOHLER H. et al. *Pain management in Children: Assessment and documentation in burn unit.* Eur J Pediatr Surg 2001;11:40-43




6



7

### Parents/nurses/pain

Phenomenological study; interview 20 parents + 20 nurses

Analysis:  
Shared perception: passive parental role  
Differing views: minimising parent concerns and observations  
Communication: frustration and demands  
Need for nurses to discuss parent involvement and negotiate roles.

SIMONS J. et al. *Parent involvement in children's pain care; views of parents and nurses. J Adv Nurs* 2001;36:591-599

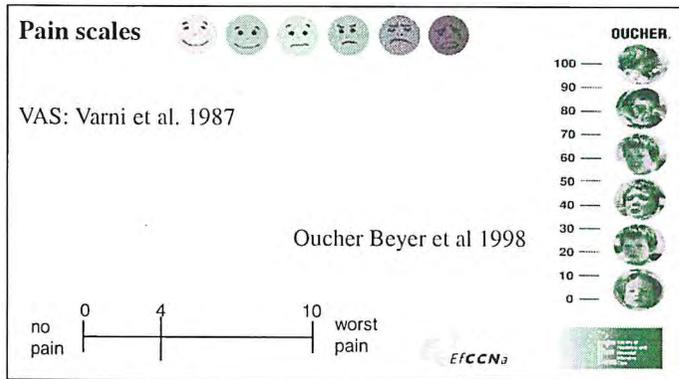
E/CN<sub>3</sub>

8

## PAIN SCALES

| INSTRUMENT | CRYING | FACIAL TENSION | PHYSICAL MOV. | ASLEEP/AWAKE | TOUCH | COMFORT | MUSCLE TONE | RESPIRATORY | PHYSIOLOGY |
|------------|--------|----------------|---------------|--------------|-------|---------|-------------|-------------|------------|
| CRIS       | +      | +              |               | +            |       |         |             |             | +          |
| LIDS       | +      | +              | +             | +            |       |         | +           |             |            |
| COMFORT    | +      | +              | +             | +            |       |         | +           | +           | +          |
| CHEOPS     | +      | +              | +             |              | +     |         |             |             |            |
| OPS        | +      |                | +             | +            |       |         |             |             | +          |
| POPS       | +      | +              | +             | +            |       | +       | +           |             |            |
| FLACC      | +      | +              | +             |              |       |         |             |             |            |
| TPPPS      | +      | +              | +             |              |       |         |             |             |            |
| MIPS       | +      | +              | +             | +            |       | +       | +           |             |            |
| POCIS      | +      | +              | +             | +            |       |         |             | +           |            |
| NIPS       | +      | +              | +             | +            |       |         |             |             | +          |
| PIPPS      |        | +              |               | +            |       |         |             |             | +          |
| BPS        |        | +              | +             |              | +     |         | +           |             |            |

9



10

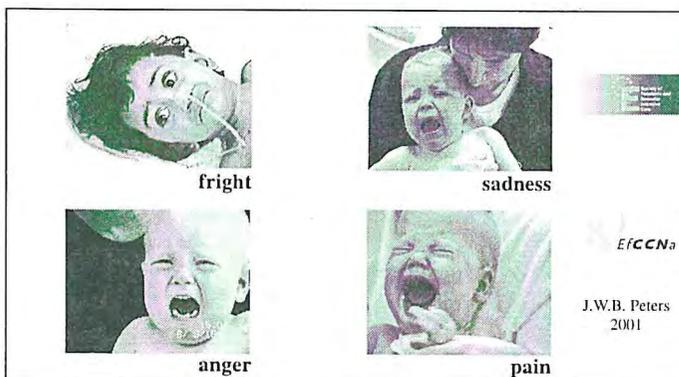
The items:

- Alertness
- Calmness/Agitation
- Respiratory response
- (or) Crying
- Physical movement
- Muscle tone
- Facial tension

AMBUEL B. 1994  
VAN DIJK M. et al. 2000

*EfCCN*

11



12

**Case study 1**

Case 1  
 Neonate two days old,  
 admitted with distended abdomen

Pain medication: Rectally administered Paracetamol

Irritable during handling

Film *Case 1*

*EfCCNa*

13

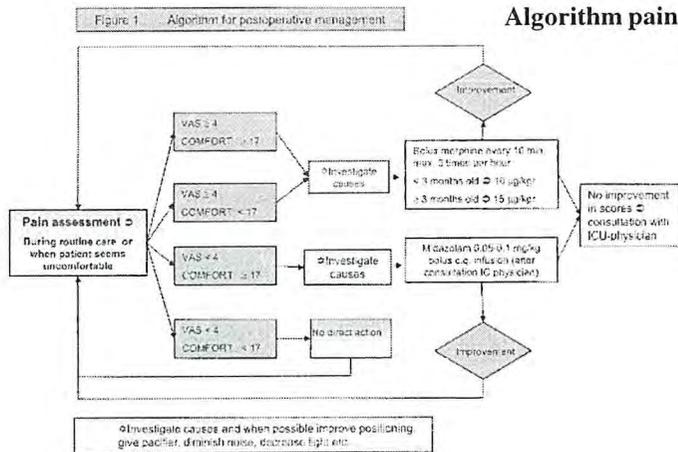
**Case study 1**

Case 1 (cont.)  
 COMFORT-VAS score

|                    |       |          |
|--------------------|-------|----------|
| Alertness          | score | 2        |
| Calmness/Agitation | score | 3        |
| Crying             | score | 1        |
| Physical movement  | score | 3        |
| Muscle tone        | score | 4        |
| Facial expression  | score | 5        |
| total score        |       | 18 VAS 5 |

*EfCCNa*

14



15

**Case study 2**

Case 2  
 10 week-old boy with a biliary atresia  
 had undergone major surgery the previous day  
 Kasai-Porto-Enterostomy

During this observation period  
 ➔ intravenous Morphine 10 mcg/kg/h.

Film Case 2



16

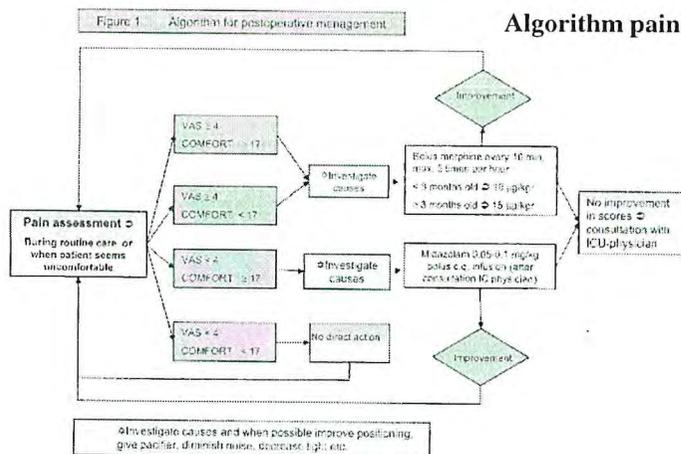
**Case study 2**

Case 2 (cont.)  
 COMFORT-VAS score

|                      |       |            |
|----------------------|-------|------------|
| Alertness            | score | 3          |
| Calmness/Agitation   | score | 3          |
| Respiratory response | score | 2          |
| Physical movement    | score | 3          |
| Muscle tone          | score | 3          |
| Facial tension       | score | 2          |
| total score          |       | 16 VAS 2.5 |



17



18

**Thanks to**  
PEDIATRIC PAIN MANAGEMENT  
from  
PERSONAL-BASED to EVIDENCED-BASED

Erasmus MC - Sophia Children's Hospital  
Pain Knowledge Centre Rotterdam, the Netherlands  
Prof. Dick Tibboel  
Patricia van Deventer  
Nancy Bouwmeester  
Monique van Dijk  
Jeroen Peters

 info email to: [p.vandeventer@erasmusmc.nl](mailto:p.vandeventer@erasmusmc.nl) 

19



20

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

[j.latour@erasmusmc.nl](mailto:j.latour@erasmusmc.nl)

21

## 2<sup>nd</sup> Congress of the European federation of Critical Care Nursing associations

10-12 November 2005  
Amsterdam, The Netherlands



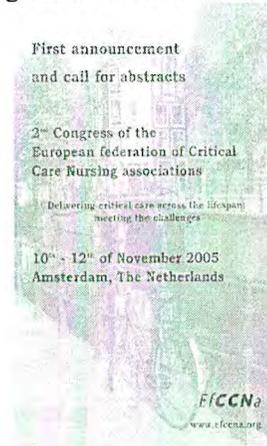
Congress web site: [www.efcna.org/congress 2005](http://www.efcna.org/congress%202005)  
Abstract Submission: [abstract@efcna.org](mailto:abstract@efcna.org)  
Congress office: [paog@vumc.nl](mailto:paog@vumc.nl)

First announcement  
and call for abstracts

2<sup>nd</sup> Congress of the  
European federation of Critical  
Care Nursing associations

Delivering critical care across the lifespan  
meeting the challenge

10<sup>th</sup> - 12<sup>th</sup> of November 2005  
Amsterdam, The Netherlands



*SEZIONE POSTER*



# La movimentazione come prevenzione efficace delle lesioni da decubito in UTIR: case report

C. Costa, S. Girardi - Infermiere Professionali S.S. Unità Terapia Intensiva e Rianimazione A.S.L. n. 4 Chiavarese Polo di Lavagna (Genova)

## INTRODUZIONE

Le lesioni cutanee rappresentano ancora oggi un grosso problema dell'assistenza infermieristica, l'aumento della complessità assistenziale e le diminue risorse umane fanno sì che un' elevata percentuale di persone costrette a letto sviluppino lesioni da pressione. Le lesioni cutanee croniche costituiscono un'entità di rilievo epidemiologico: in Italia circa due milioni di persone sono portatori di ulcere agli arti inferiori e di lesioni da decubito (1).

Si definisce lesione da pressione (LDD) una lesione tissutale, con evoluzione necrotica, che interessa la cute, il derma e gli strati sottocutanei, sino a raggiungere, nei casi più gravi la muscolatura e le ossa. Essa è la conseguenza diretta di un'elevata o prolungata compressione causante un stress meccanico ai tessuti e la strozzatura dei vasi sanguigni (2).

## IDENTIFICAZIONE PAZIENTI A RISCHIO - PREVENZIONE IN UTIR

Nella nostra realtà operativa tutti i pazienti, all'ingresso, vengono valutati seguendo la scala di Norton modificata Stotts (3), dalla quale risulta un punteggio che indica un elevato rischio di sviluppare lesione da pressione durante il decorso della degenza. Ci è sembrato opportuno costruire e utilizzare un piano di prevenzione come di seguito specificato:

### IGIENE PERSONALE:

Mantenere un'accurata pulizia ed elasticità della cute.

Eseguire un'accurata igiene, utilizzando prodotti adatti a non alterare il pH naturale della pelle, eseguire bagni a letto e asciugare con movimento di tamponamento per evitare traumasismi, rinnovare la biancheria da letto e intima quando è bagnata, applicare sostanze emollienti con una leggera frizione fino al completo assorbimento (4).



### ALIMENTAZIONE:

Somministrare una dieta con un adeguato apporto idrico, calorico, proteico, vitaminico secondo prescrizione medica.

Secondo studi epidemiologici il 70% dei pazienti con piaghe da decubito ed il 55% di quelli a rischio di svilupparle presentano un quadro di malnutrizione.

L'alimentazione è fondamentale poiché si è visto che la gravità della lesione è legata all'entità del deficit nutrizionale.

In termine di prevenzione è utile integrare le diete con alimenti integrativi ricchi di vitamine sali minerali ed oligo-elementi (5).



### MOVIMENTAZIONE/AUSILI/PRESIDI:

Ogni due o sei ore si esegue il cambio di posizione dell'infermo sia di giorno che di notte. Il cambio posturale va eseguito sollevando o ruotando delicatamente il malato e non strisciando il suo corpo sul piano del letto.

La manovra richiede la presenza contemporanea di due persone.

Spesso problemi organizzativi, la carenza di personale o la patologia stessa del paziente non consentono di rispettare questi intervalli nella movimentazione.

Per allungare i tempi tra una rotazione e l'altra si può basculare il letto di 30° e in associazione utilizzare alcuni presidi che consentono di alleviare la pressione sulle aree di appoggio del corpo (6).

Utilizziamo sistemi antidecubito a pressione alternata o a bassa pressione (7).

#### Modalità bassa pressione alternata



#### Modalità bassa pressione continua



## CASE REPORT

**Presentiamo un caso clinico di tetano generalizzato trattato con alti dosaggi di Benzodiazepine, Oppiacei e Curaro in una paziente di 60 anni**

Paziente giunge al DEA di Lavagna (GE), per una ferita lacero-contusa al ginocchio dx (foto n°1) in seguito a caduta accidentale escluse fratture sottostanti, e medicata la ferita viene dimessa senza l'immunoprofilassi antitetanica per espresso diniego della paziente stessa. Dopo 5 giorni si ripresenta al P.S. per iperipressia ed agitazione psicomotoria.

La ferita dell'arto inferiore dx presenta area necrotica con intenso edema e eritema perilesionale, secrezione purulenta si procede alla medicazione della ferita, profilassi antitetanica e ricovero nel reparto di medicina. In giornata, la paziente manifesta episodio ipertensivo 210/100 mmHg, accompagnato da grave compromissione del sensorio e insufficienza respiratoria. Viene per tanto trasferita nel nostro reparto di rianimazione con diagnosi di crisi ipertensiva e stato di coma GCS 3/15 (GLASGOW COMA SCALE).

La paziente viene valutata secondo la scala di Norton modificata Stotts con un punteggio di 8/20 e quindi con un elevato rischio di sviluppare le lesioni da pressioni. Per tanto viene noleggiato e posizionato un materasso antidecubito utilizzando la modalità a pressione alternata (Hill vedi) e utilizzato un piano di prevenzione come sopra specificato.

La paziente manifesta crisi di ipertonio agli arti con trisma facciale: viene pertanto posta diagnosi di tetano. Viene seguito il piano d'assistenza da parte di tutto il personale infermieristico: bagno a letto frequenti e cambio biancheria ogni 2/4 ore per la presenza di sudorazione profusa, edema generalizzato con fuoriuscita di materiale sieroso, medicazione della ferita dell'arto inferiore dx e cambio posturale ogni 4/6 ore.

Alla dimissione dopo 3 mesi circa di degenza, la paziente è vigile, in respiro spontaneo, orientata, con movimenti finalistici ai quattro arti.

Durante la degenza si assisteva ad un progressivo processo di guarigione della ferita (foto n. 2), senza la comparsa di LDD.

La paziente viene inviata in un centro di riabilitazione corporea a cute integra dove a distanza di pochi giorni presentava lesioni da pressione.

## DISCUSSIONE

L'utilizzo delle procedure preventive, fondamentali e necessarie insieme alla terapia stessa, vanno adottate nel momento del ricovero, si riassumono nel piano di assistenza e vanno seguite per tutto il periodo di degenza fino al momento della dimissione del paziente stesso. L'applicazione di un piano d'assistenza per la prevenzione delle LDD in UTR è indispensabile ma a volte il carico di lavoro in relazione alle risorse umane e al tempo paziente dedicato non sono sufficienti (in caso di urgenza).

Altre volte necessita una maggior collaborazione da parte di tutti gli operatori sanitari.

## CONCLUSIONI

L'esperienza di ogni giorno, ci insegna quanto sia di fondamentale importanza l'adozione di protocolli assistenziali e la collaborazione di tutti gli operatori, sia per la prevenzione che per la cura delle lesioni da decubito.

Di ciò l'infermiere deve farsene carico, perché in questo specifico ambito rimane il principale garante dell'assistenza al paziente, contribuendo in modo determinante al recupero totale della persona malata, in particolare in quei reparti come le terapie intensive dove il paziente è particolarmente colpito dall'evento morboso. Per questi motivi abbiamo portato all'attenzione questo Case Report.

## BIBLIOGRAFIA

1. III Congresso Nazionale Associazione Infermieristica per lo Studio delle Lesioni Cutanee (AISLeC) «Le lesioni cutanee tra i bisogni del cittadino e le risposte degli operatori» Cavaion Veronese 28 aprile-1° maggio 2004 atti del convegno pp13.
2. *Fisiopatologia delle lesioni da decubito* di ERMELINA ZANETTI.
3. Nutritional parameters at hospital admission as predictors of pressure ulcer development in elective surgery - J. of potential and enteral nutrition -11-3-pp 298/300
4. *La gestione dei pazienti con problemi di lesioni cutanee in situazioni domiciliari* di CRISTINA PATRIARCA IP, AFD, servizio di Medicina di Base azienda ASL4 di Saronno (VA). Poster presentato al congresso europeo 27-29 aprile 1998 di Barcellona.
5. [http://www.geragogia.net/editoriali/piaghe\\_decubito.html](http://www.geragogia.net/editoriali/piaghe_decubito.html) (le ulcere da decubito in geriatria di Annunziata Marina) pp 6.
6. www.SANINFORMA.it
7. HILL-ROM a Hillenbrand Industry sistema antidecubito.



## INDICE

|  |               |
|--|---------------|
| M. MARSEGLIA, S. SCALORBI<br><i>Presentazione</i> .....  | Pag. 5        |
| <i>Relatori e moderatori</i> .....   | » 7           |
| E. DRIGO<br><i>Introduzione</i> .....  | » 11          |
| <i>Obiettivi del corso di formazione</i> .....   | » 13          |
| <i>Programma</i> .....   | » 15          |
| F. MOGGIA, V. POMPEI<br><i>Modelli organizzativi ed assistenziali per la gestione dell'evento critico nel momento del soccorso, del ricovero e dell'assistenza nelle prime 24 ore (analisi comparata)</i> .....              | » 19          |
| W. DE GRAAF<br><i>Ruolo e profilo professionale dei componenti l'équipe per l'assistenza alla persona in criticità vitale in Italia ed in Europa</i> .....   | » 33          |
| M. LANGER<br><i>L'evento critico: prevenzione e gestione</i> .....   | » 39          |
| D. MASSAI<br><i>Formazione post base</i> .....   | » 51          |
| G. ROCCO<br><i>Metodi e strumenti di formazione continua in Europa</i> .....   | » 67          |
| J.W. ALBARRAN<br><i>Ulteriori proposte per la formazione dell'infermiere in area critica in Europa</i> .....   | » 83          |
| ELIO DRIGO<br><i>Presentazione</i> .....   | » 103         |
| A. CARDONE, P. CASAVECCHIA, C. DI DECO, L. FINI, F. PIERGENTILI, M. ZOLI<br><i>Analisi del caso clinico di una persona con dolore postoperatorio secondo il modello per la lettura della complessità assistenziale</i> ..... | 109, 119, 131 |

Indice 319

J.W. ALBARRAN

*Come, in Europa, gli infermieri assistono una persona con dolore in situazione critica? Quali sono le linee che seguono per l'integrazione con gli altri operatori? Esistono modelli definiti o modalità praticate?* Pag. 139

A.B. ADELL

*Come, in Europa, gli infermieri assistono una persona con dolore in situazione critica? Quali sono le linee che seguono per l'integrazione con gli altri operatori? Esistono modelli definiti o modalità praticate?* » 155

#### TAVOLA ROTONDA

Comparazione della situazione dell'infermiere di area critica in Europa in relazione a: *responsabilità e autonomia professionale, status sociale, status contrattuale* ..... » 179

A.B. ADELL ..... » 181

A. SILVESTRO ..... » 199

J.W. ALBARRAN ..... » 203

J. LATOUR ..... » 211

C. ROSSI, G. SACCO, S. VIARENGO

*Analisi del caso clinico di un bambino con dolore acuto secondo il modello per la lettura della complessità assistenziale* ..... 221, 235, 261

R. MEGLIORIN, A. PINZARI, L. VALLIANO, A. PORTANOVA

*Il dolore da cancro e l'applicazione del modello dell'analisi della complessità assistenziale in una bambina affetta da leucemia linfatica acuta* » 267

J. LATOUR

*In Europa, come gli infermieri assistono un bambino con dolore (v. il caso clinico considerato) in situazione critica? Quali sono le linee che seguono per l'integrazione con gli altri operatori? Esistono modelli definiti o modalità praticate?* ..... » 301

#### SEZIONE POSTER

C. COSTA, S. GIRARDI

*La movimentazione come prevenzione efficace delle lesioni da decubito in UTIR: case report* ..... » 316

---

*Finito di stampare nel mese di settembre 2005  
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG)  
Tel. (075) 855.81.94 - Fax (075) 852.73.15 E-mail [tappini@techmet.it](mailto:tappini@techmet.it)*