



Repubblica di San Marino

Comitato Sammarinese di Bioetica

Legge 29 gennaio 2010 n. 34

*ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL DOLORE:
ASPETTI BIOETICI*

APPROVATO NELLA SEDUTA PLENARIA DEL 15 MAGGIO 2017

SOMMARIO

SOMMARIO	2
PRESENTAZIONE	3
PREMESSA	5
IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ÉQUIPE DI ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE	7
PROFILI ETICI E DEONTOLOGICI	9
CONCLUSIONI	13
RACCOMANDAZIONI	14
ALLEGATI	15
LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO	15
NORMATIVA DI RIFERIMENTO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO	16
BIBLIOGRAFIA	17

PRESENTAZIONE

Parlare del dolore richiede una conoscenza peculiare e pone delle difficoltà sia in termini di comprensione sia in termini di condivisione.

La ragione di ciò è che l'esperienza dolorosa coinvolge indistintamente la persona nel suo corpo, nella sua psiche e nel suo ambiente.

L'evoluzione delle conoscenze scientifiche hanno contribuito ad un arricchimento culturale introducendo il concetto di cura nel percorso che porta all'auspicabile guarigione; nel senso più antico del termine, secondo il significato che Igino aveva voluto attribuire all'originario mito di *Cura*¹: l'uomo, essere mortale, ha bisogno di sollecitudine e accompagnamento per sopperire ai propri bisogni in tutti i momenti della propria vita.

In questa concezione olistica della *cura*, che abbraccia la persona sofferente e il suo nucleo familiare, l'assistenza al dolore diventa necessariamente multidisciplinare e multimodale.

All'interno di questa équipe assistenziale, la figura dell'infermiere assume un ruolo fondamentale e peculiare in virtù della prossimità alla persona ammalata e ai suoi cari, divenendone spesso il confidente e il tramite naturale con il medico.

Il CSB ha ritenuto doveroso affrontare la problematica di cura del dolore e della sofferenza fin dall'inizio del suo mandato, scegliendo di elaborare un documento incentrato completamente sull'assistenza infermieristica, per sottolinearne l'alta valenza bioetica.

Questo lavoro intende apportare un suo particolare contributo alla riflessione bioetica internazionale sul dolore che, se pur corposa, in misura minore ha affrontato tale tematica nella prospettiva infermieristica.

La scelta del CSB in tal senso è stata la naturale prosecuzione di una collaborazione intrapresa con l' AIS (Associazione Infermieristica Sammarinese) a seguito della richiesta pervenuta da questa Associazione di attivare una collaborazione e ricevere un supporto per la stesura del proprio Codice Etico-Deontologico, il primo nella storia infermieristica sammarinese, approvato dal CSB nella seduta del 13 marzo 2017².

Anche a seguito delle riflessioni scaturite da quelle sessioni di lavoro insieme ai rappresentanti dell' AIS, il CSB ha deciso di approfondire la trattazione dell'assistenza infermieristica al dolore, argomento a cui gli infermieri hanno dimostrato una particolare sensibilità e a cui è stato dedicato uno specifico articolo nel Codice Deontologico:

"l'infermiere si adopera nel prevenire, sorvegliare ed alleviare il dolore e la sofferenza della persona, attuando tutti i trattamenti necessari" (art. 23).

Questo documento vuole mettere in luce le peculiarità del ruolo infermieristico all'interno dell'équipe multiprofessionale, raccomandando una specifica e continua formazione in questo settore, che

¹ Igino, *Liber Fabularum*, II sec. d.C. Il mito narra di Cura che, attraversando un fiume, raccolse del fango e gli diede forma di uomo (da *humus*), poi chiese a Zeus di infondergli lo spirito con il suo soffio. Subito dopo, Cura, la Terra e Zeus cominciarono a discutere sul destino dell'uomo dopo la sua morte, avocando ciascuno il diritto di possederlo. Convocato Saturno quale giudice supremo, decretò che alla Terra, che aveva fornito la materia prima, sarebbe tornato il corpo dell'uomo, a Zeus, che aveva infuso il soffio vitale, sarebbe tornato lo spirito, mentre Cura lo avrebbe posseduto per tutto il tempo della sua vita.

² <http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica/documenti-csb-italiano.html>

permetta all'infermiere di effettuare una valutazione integrata del dolore, riconoscendone la componente soggettiva e attribuendo alla sua assistenza una priorità clinica improcrastinabile.

Tale formazione deve consentire all'infermiere di approcciare la persona assistita e la sua famiglia, contribuendo a favorire un'adeguata comunicazione e permettendole di essere realmente consapevole dei relativi rischi e dei benefici.

Il documento dedica una particolare attenzione all'assistenza infermieristica *in liminae vitae*, definendo con chiarezza alcuni concetti di particolare complessità, come quelli di desistenza, accanimento e abbandono terapeutico, al fine di garantire a ciascuna persona assistita il rispetto del principio di autonomia e, all'équipe assistenziale, una corretta allocazione delle risorse.

Tra le Raccomandazioni conclusive, il CSB rimarca la necessità di garantire all'infermiere un supporto continuo, anche in équipe, finalizzato alla prevenzione del *burn-out*, proprio in considerazione dell'impatto emotivo che comporta l'accompagnamento della persona ammalata, in tutto il suo percorso assistenziale.

Il documento è arricchito da un allegato in cui è descritta la storia della professione infermieristica nella Repubblica di S. Marino.

Il gruppo di lavoro, costituitosi nell'ottobre 2016, è stato coordinato dal dottor Nicolino Monachese e dalla Vicepresidente, prof.ssa Luisa Borgia; vi hanno aderito il prof. Carlo Bottari, il prof. Adriano Tagliabracci e il dottor Salvatore D'Amato in qualità di esperto esterno al CSB; il gruppo si è avvalso inoltre del contributo della dottoressa Stefania Ansaloni³.

Il CSB desidera ringraziare la Presidenza dell'IPASVI italiana (Federazione Nazionale Collegi Infermieri) che, con la delega alla dottoressa Laura D'Addio, ha accolto l'invito per l'audizione preliminare ai lavori, durante la quale sono scaturiti importanti spunti di riflessione.

Il documento è stato approvato nella seduta del CSB del 15 maggio 2017 all'unanimità dei presenti: Luisa Borgia, Carlo Bottari, Carlo Daniele, Nicolino Monachese, Monica Tonelli, Verter Casali, don Gabriele Mangiarotti, Francesco Carinci, Renzo Ghiotti. Assenti alla seduta, hanno comunicato la loro adesione il Presidente Virgilio Sacchini, Adriano Tagliabracci e Giorgio Cantelli Forti.

Il Vice Presidente del CSB
e Presidente dello stesso nella seduta del 15 maggio 2017

Luisa Maria Borgia

³ Stefania Ansaloni MD, U.O. Anestesia –Terapia Intensiva - Medicina del Dolore ed Ipnosi medica, Ospedale di Stato, Repubblica di San Marino.

PREMESSA

Fin dal 1986 l'Organizzazione Mondiale della Sanità, rilevando che il dolore può essere alleviato in più del 90% dei pazienti con un approccio semplice e sistematico, aveva proposto delle linee-guida modulate sull'intensità del dolore da trattare (tre scalini, che prevedono, a livello di minor intensità, i farmaci non oppioidi, i FANS, per passare agli oppioidi deboli e poi a quelli forti, accompagnati da adiuvanti); aveva inoltre esortato i governi ad assicurare la disponibilità di farmaci analgesici e a rivedere i controlli sugli oppioidi per renderli effettivamente disponibili nelle quantità necessarie.

Una ricerca condotta in 16 nazioni europee, intervistando oltre 46.000 persone per indagare la prevalenza, la gravità e il trattamento del dolore cronico e il suo impatto nella vita di tutti i giorni, ha messo in evidenza che il dolore in Europa è un problema devastante e diffuso. Almeno 75 milioni di persone — uno ogni 5 adulti — non vedono riconosciuto il loro diritto ad un trattamento efficace. Non meno impressionante del numero totale delle persone costrette a sopportare dolori che non vorrebbero e dai quali potrebbero essere facilmente liberati è la varietà dei comportamenti ⁴.

Ciò nonostante, ancora oggi il dolore è uno dei motivi più frequenti per cui le persone richiedono l'assistenza di un professionista sanitario.

La rilevanza dell'argomento "dolore", il suo riscontro quotidiano nell'assistenza infermieristica e l'impatto che lo stesso ha sulla psiche e sul fisico della persona assistita, fanno sì che la capacità di mettere in atto una valutazione integrata del dolore diventi un obiettivo deontologico primario tra le conoscenze dell'infermiere.

È chiaro quindi che l'infermiere debba avere delle competenze specifiche relative al dolore e alla sofferenza.

La valutazione e il trattamento del dolore devono essere quindi presenti nel bagaglio culturale di ogni professionista sanitario, affinché ogni componente di una équipe multidisciplinare e multiprofessionale sia in grado di apportare un proprio contributo, fondato su conoscenze, competenze e responsabilità specifiche ed attinenti al proprio ruolo.

Nell'*ars medica*, il dolore è sempre stato l'obiettivo verso cui devono indirizzarsi le forze congiunte dei professionisti sanitari e della persona assistita, ma mentre nella medicina classica il dolore era solo un sintomo della malattia, nella medicina moderna il dolore ha cambiato *status*, diventando patologia in sé.

L'obiettivo di questo documento non è quello di affrontare le interconnessioni del tema dolore-religione (superamento del legame tra dolore, colpa ed espiazione), dolore-biologia (il dolore come utile segnale, ma talvolta controproducente), dolore-psicologia (rapporto tra dolore e sofferenza, fenomeno sia fisico sia mentale), ma quello di «riaffermare che la lotta al dolore, inteso nel senso di malattia del corpo e della mente, rientra nei compiti primari della medicina e della società»⁵.

⁴ [Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D., Eur J Pain.](#) 2006 May;10(4):287-333. Epub 2005 Aug 10. *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.*

⁵ Comitato Nazionale per la Bioetica, *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 30 marzo 2001.

Ciò ha richiesto un approccio multidisciplinare nella medicina del dolore, attraverso il riconoscimento dello stesso come “quinto parametro vitale”⁶ ed un costante impegno da parte della comunità scientifica affinché esso sia trattato da ogni figura professionale sanitaria con i mezzi che la stessa ha a disposizione, per offrire un miglioramento della qualità di vita del malato.

Tale impegno nel curare il dolore nasce dai medici specialisti in anestesia a partire dal secondo dopoguerra, principalmente per la necessità di analgesia durante e dopo un intervento chirurgico, estendendosi successivamente anche ai pazienti con patologie oncologiche.

Questi erano all’epoca i due ambiti in cui il “sintomo” dolore richiedeva in maniera più eclatante l’intervento della medicina per un efficace sollievo dalla sofferenza.

Lo sviluppo delle neuroscienze nel XX secolo, affiancato dall’evoluzione della medicina e della chirurgia, portò ad un sempre maggiore interesse sull’argomento.

Nel 1973 nasce la IASP (*International Association for the Study of Pain*), che tiene il suo primo Congresso Mondiale a Firenze nel 1975; l’anno successivo, nel 1976, nasce il suo capitolo italiano, l’Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD) e nel 2008 prende vita l’Associazione Sammarinese per lo Studio del Dolore (ASSD)⁷, capitolo nazionale IASP della Repubblica di S. Marino.

Nel corso di questi oltre quarant’anni l’evoluzione della Medicina del Dolore è stata costante, con incremento dell’interesse di numerosi medici in tutto il mondo verso questa disciplina, e coinvolgimento di tutte le specialità mediche che, seppure non dedite in maniera esclusiva alla diagnosi e cura del dolore, sono coinvolte quotidianamente nell’assistenza di pazienti con patologie dolorose.

A cascata quindi, moltissime discipline sanitarie hanno sviluppato parte della loro formazione orientandosi alla cura del dolore, dandosi nuovi obiettivi e *modus operandi*.

La medicina contemporanea fonda l’approccio al dolore su alcuni paradigmi:

- il riconoscimento del dolore come “malattia”;
- l’oggettivazione del dolore con strumenti parametrici;
- un approccio multimodale e multi professionale delle équipe che prendono in carico il paziente con dolore.

La comunità scientifica internazionale riconosce oggi il valore di un approccio bio-psico-sociale, multidisciplinare e multi professionale alla persona con dolore.

⁶ Con pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e temperatura corporea.

⁷ www.assdolore.org

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ÉQUIPE DI ASSISTENZA MULTIDISCIPLINARE

Gli infermieri possono assumere ruolo fondamentale nella gestione del dolore utilizzando le conoscenze attuali delle misure per attenuarlo e adottando le migliori pratiche per la sua valutazione e gestione.

Nel corso degli anni, trasformandosi la scienza da “Terapia del Dolore” (principalmente orientata a farmaci e tecniche non farmacologiche per alleviare il sintomo) a “Medicina del Dolore” (orientata a diagnosticare e curare in maniera multidisciplinare le malattie dolorose croniche, indipendentemente dalla loro origine), si è giunti al paradigma per cui il paziente non debba (e non possa) essere valutato solamente dal punto di vista “biologico” quando si vuole curare una patologia dolorosa: dal momento che il dolore, per definizione, è sia esperienza *sensoriale* sia *emozionale*, bisogna conoscere a fondo anche gli aspetti *psicologici* e *sociali* della persona assistita, il contesto in cui vive e le ripercussioni che la malattia ha sulla sua vita. Diversamente, non si potrebbe individuare il trattamento più efficace ed appropriato per ogni singolo paziente.

Tale approccio, per essere messo in atto dal punto di vista pratico, richiede impegno e competenza da parte di tutta l'équipe sanitaria che assiste il malato, riconoscendo ad ogni figura professionale (medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, ecc.) un proprio spazio di intervento, implementando di conseguenza una valutazione integrata che analizzi la persona nella sua totalità, e non solo in relazione ad alcuni aspetti peculiari.

Solo il lavoro in équipe, quindi, permette di rispondere in modo unitario al bisogno della persona assistita e della sua famiglia.

L'équipe di cure palliative è uno degli esempi di integrazione costante tra medici e infermieri specialisti nella palliazione, che, integrandosi anche con i medici di medicina generale, creano la rete di cure palliative.

La rilevanza dell'argomento “dolore”, il suo riscontro quotidiano nell'assistenza infermieristica e l'impatto che ha sulla psiche e sul fisico della persona assistita, rendono la capacità di mettere in atto una valutazione integrata del dolore un obiettivo deontologico primario tra le attitudini dell'infermiere.

Gli infermieri sono legalmente ed eticamente tenuti a sostenere i pazienti nell'ambito del sistema sanitario, accertandosi che siano utilizzate le strategie di sollievo dal dolore, promuovendo il benessere del paziente ed il sollievo dalla sofferenza.

Nell'ambito del proprio Codice Deontologico, l'Associazione Infermieristica Sammarinese, all'articolo 23 cita: *“l'infermiere si adopera nel prevenire, sorvegliare ed alleviare il dolore e la sofferenza della persona, attuando tutti i trattamenti necessari”*.

Per adempiere al dovere e alla necessità di assistenza e di somministrazione della cura si è proceduto, nel corso del tempo, a sviluppare e creare mezzi per la quantificazione e la valutazione, o meglio per la oggettivazione del dolore e della sofferenza.

La peculiarità e la possibile efficacia dell'assistenza infermieristica risiedono nella prossimità alla persona ammalata, ovvero l'infermiere è colui che più di altri la *accompagna* attraverso il percorso di esperienza della malattia, delle cure e delle possibili cause di dolore e di sofferenza.

Nel prevenire e nell'alleviare il dolore l'infermiere è il più prossimo alla persona assistita e solo attraverso un cambio di attitudine può passare all'ascolto, alla comprensione ed alla successiva valutazione del dolore e della sofferenza.

Il dolore che accompagna una malattia, sia essa acuta o cronica, ad esito fausto o infausto, rappresenta anzitutto l'esperienza che la persona ha della propria patologia. Esso è quindi costituito da una percezione sensoriale primaria, sgradevole per definizione (il dolore in termini fisiologici) e dalla componente emotiva che ad esso si accompagna, profondamente soggettiva e variabile.

È opportuno che l'infermiere non si limiti, dunque, ad una riduttiva trascrizione del dolore come parametro vitale, ma che lo accolga e lo comprenda per ciò che è, ovvero disturbo intimo e profondo vissuto del paziente, ed applichi sistematicamente un processo di rilevazione del dolore fondato, anzitutto, per quanto possibile, sulla prevenzione (non solo del sintomo), ma addirittura sull'anticipazione del desiderio e del bisogno di sollievo, prima della richiesta, e poi su:

- ascolto libero da giudizio personale e accettazione della percezione soggettiva (sofferenza), per non inficiare diagnosi e cura e mantenere la fiducia della persona assistita, che altrimenti si sentirebbe sottovalutata e fraintesa;
- confronto con l'équipe di riferimento. Gli infermieri hanno una parte di responsabilità nel negoziare, insieme con altri professionisti della salute, quei cambiamenti organizzativi che facilitano il miglioramento delle pratiche nella gestione del dolore;
- somministrazione della cura prescritta dal medico dell'équipe sanitaria e riscontro dell'efficacia.

Considerata la percezione soggettiva, l'infermiere sarà in grado di mettere in atto le opportune strategie di assistenza multimodale, anche associando l'indispensabile contributo personale che consiste nell'accogliere, comprendere ed integrare la sofferenza, intesa come percezione soggettiva della persona, evitando giudizi o iniziative personali.

Tale processo (ascolto, confronto, somministrazione e riscontro) deve essere comunque rispettato per ogni categoria di pazienti, indipendentemente da età, abilità o mezzi.

In alcune situazioni, la posizione privilegiata di anticipazione ed "ascolto" nei confronti della persona assistita, può facilitare il dialogo sulla ricerca di soluzioni complementari alle terapie che, combinate con altri trattamenti per migliorare il controllo del dolore e ridurre le dosi dei farmaci analgesici, possono limitare l'incidenza e la severità degli effetti collaterali iatrogeni.

Per individuare tali supporti terapeutici tra le tecniche e/o medicine non convenzionali (si pensi, ad esempio, alle tecniche distrattive) è necessario che l'infermiere abbia una conoscenza specifica, al fine di fornire informazioni veritiere al paziente che lo richiede: l'ignoranza su questo problema lascerebbe il paziente da solo con il rischio di condurlo a scelte inadeguate.

PROFILI ETICI E DEONTOLOGICI

Nel dibattito scientifico internazionale, riveste particolare interesse la *Review* effettuata nel 2006 sulle conoscenze e le attitudini degli infermieri nella valutazione e nella gestione del dolore: da questa analisi emerge che l'inadeguatezza della gestione del dolore è legata, in molti casi, ad una scarsa conoscenza dell'argomento: limitata formazione al riguardo, carenza di protocolli per renderne omogenea la cura, poca attitudine del personale infermieristico a riconoscere e valutare il dolore come priorità clinica ed assistenziale⁸.

Il CSB pertanto ritiene che debbano essere valorizzate al meglio tutte le caratteristiche professionali ed empatiche dell'infermiere nella prevenzione e cura del dolore, attraverso una sensibilizzazione ed una continua formazione.

Nell'ambito della prevenzione, emerge un'attenzione, eticamente e deontologicamente doverosa, al dolore procedurale (medicazioni, *nursing*, manovre invasive di pertinenza quali gli accessi vascolari, ecc.). In questi casi non si può agire, in particolare nella gestione domiciliare, solo sulla base di protocolli dettagliati e standardizzati, bensì sull'impegno, il confronto, la condivisione e l'esperienza di tutta l'équipe.

Un'équipe multidisciplinare ed un intervento multimodale si fondano su percorsi condivisi, non esclusivamente su protocolli di somministrazione dei farmaci.

Il CSB considera estremamente riduttivo (ed inefficace) riportare la gestione del dolore alla semplice somministrazione di un farmaco, in quanto l'infermiere deve apportare il proprio contributo assistenziale all'interno di tutti i possibili interventi antalgici.

Il CSB ritiene che la prevenzione e la cura del dolore si realizzino nel rispetto dei principi fondamentali della bioetica e della deontologia:

- **Principio Terapeutico o di totalità**

Su questo principio si fonda la liceità dell'intervento sulla persona, purché esso sia necessario per la salvaguardia della vita stessa e per l'integrità della persona, intesa nella sua totalità psico-fisica.

Strettamente connesso a questo principio vi è la proporzionalità delle cure, correlata alla conoscenza dei concetti di appropriatezza e di futilità.

La proporzionalità terapeutica giustifica l'applicazione o la continuazione del trattamento anche se rischioso e/o gravoso, in vista di un bene maggiore per la persona assistita (e, viceversa, ne giustifica l'omissione o la sospensione quando il "peso" è troppo elevato rispetto ai benefici per quel paziente).

La decisione in questi casi è una decisione di valore, oltre che una decisione medica e dunque il coinvolgimento del paziente o dei suoi sostituti rappresenta un dovere irrinunciabile.

⁸ Mattacola P, Serio F, Mauro L, Fabriani L, Latina R., *Le conoscenze e le attitudini degli infermieri nella gestione del dolore: una revisione narrativa della letteratura*. Pain Nursing Magazine - Italian Online Journal, Vol. 3 - N. 4 2014: pp 138-154.

L'appropriatezza clinica riguarda l'indicazione o l'effettuazione di un intervento sanitario in condizioni tali che le probabilità di trarne beneficio superino i rischi.

Dal punto di vista clinico un trattamento è chiaramente futile quando fallisce sotto l'aspetto strettamente fisiologico, mentre in ambito bioetico il concetto di futilità deriva dal bilanciamento dei criteri di efficacia, beneficio globale e gravosità dello stesso.

Non si può applicare una cura, se si è a conoscenza del fatto che la stessa non darà risultato terapeutico. Le Cure Palliative ne sono un esempio sia in ambito cronico sia di fine-vita: laddove si oltrepassi la soglia della proporzionalità nel malato cronico, non avendo ragionevoli aspettative di guarigione conseguenti ad una terapia, la prosecuzione delle cure volge a favore dell'intervento palliativo come scelta più appropriata per curare un malato inguaribile.

- **Principio di Beneficialità**

Operare secondo il Principio di Beneficialità significa prendere decisioni mirate a ottenere il beneficio nel migliore interesse della persona assistita.

Esso si applica tanto al paziente, rassicurato dalla beneficialità dell'operatore sanitario, quanto all'operatore stesso che deve essere formato e sostenuto.

Ciò può avvenire attraverso una formazione specialistica, ma soprattutto con un programma di mantenimento della formazione e delle competenze acquisite, che consideri la totalità psiche-soma dell'operatore con momenti di supervisione e condivisione dell'équipe in cui si svolge l'assistenza infermieristica.

Nell'ambito della cura del dolore e della sofferenza, una violazione frequente del principio di beneficialità è costituita da ritardi od omissioni nella somministrazione di un trattamento antidolorifico, legati al fatto che la cura del dolore e della sofferenza non viene riconosciuta come una priorità clinica.

Per ottemperare a questo principio etico-deontologico, l'infermiere deve adoperarsi, con ogni mezzo a sua disposizione, affinché la persona assistita possa ricevere comunque un trattamento volto a ridurre il dolore, nei tempi e nei modi più consoni alle sue necessità, indipendentemente dal luogo e dal momento della cura.

In tale ambito devono essere considerate con particolare attenzione le terapie di scarsa efficacia scientifica, ma che possono indurre il cosiddetto "effetto placebo", così frequente nella risposta al dolore.

L'accettabilità etica di tali terapie deve essere valutata caso per caso, in relazione al rapporto rischio/beneficio di ogni singolo trattamento.

- **Principio di Non-Maleficenza**

Deriva dall'ippocratico "*primum non nocere*".

Spesso il personale sanitario invoca il principio di non-maleficenza per astenersi dal somministrare un farmaco (o un aumentato dosaggio di un farmaco) che potrebbe portare sollievo al paziente, per il timore di effetti collaterali.

Tale principio tuttavia, per essere applicato va sempre bilanciato con il principio di beneficiabilità, attraverso un'attenta analisi del rapporto rischio/beneficio.

L'infermiere, per non violare il principio di non-maleficenza, deve conoscere e tenere in considerazione gli effetti collaterali che possono essere associati all'esperienza dolorosa, qualora non adeguatamente trattata, di carattere emotivo (ansia, comportamenti autolesionisti) e fisico (effetti negativi sulla regolazione della pressione sanguigna, dell'attività cardiaca, del sistema endocrino).

Deve altresì impegnarsi, assieme all'équipe che ha in cura la persona assistita, per ricercare alternative ai trattamenti antalgici non implementabili, riconoscendo il principio per cui la controindicazione ad un farmaco non deve essere trasformata in una controindicazione a lenire una sofferenza.

In quest'ottica, è importante che l'infermiere sia accompagnato da un'adeguata formazione e che come il resto dell'équipe sia sostenuto (anche a salvaguardia del paziente) di fronte a problematiche legate a stress professionale, come la *sindrome da burn-out*, che può anche indurre atteggiamenti negativi sulla persona assistita e innescare conseguenti problematiche organizzative.

- **Principio di Autonomia**

Sulla base di questo principio ogni persona ha il diritto di conoscere, scegliere, richiedere e rifiutare un trattamento che possa essere utile a lenire il suo dolore, e di ricevere quindi informazioni approfondite e comprensibili per poter esercitare tale scelta in maniera consapevole.

Ha altresì il diritto a "non conoscere", intendendo il Consenso Informato come un processo dinamico, consapevole, anziché mero atto burocratico, nel corso del quale il malato può modificare il suo orientamento a essere informato su alcuni aspetti, o richiedere di approfondirne altri, acquisendo progressivamente nel tempo consapevolezza della propria condizione.

È diritto di ogni persona prendere decisioni circa la propria salute, a prescindere da opinioni e pregiudizi di terzi al riguardo.

Si viola il principio di autonomia quando chi esercita una professione sanitaria non rispetta il diritto della persona a scegliere come debba essere trattato il proprio dolore.

In questa violazione rientra anche il non fornire alla persona assistita, ad esempio, informazioni esaustive su quanto e quanto spesso egli può ricevere un trattamento antalgico.

Nell'ambito dei protocolli terapeutici che prevedono l'autonomia della persona nella gestione del dolore, il professionista sanitario, per non alterarne la sua efficacia, dovrà porsi come mediatore trasparente e presente, sviluppare una comunicazione integrata dell'équipe, che deve essere omogenea e frutto di momenti di incontro periodici per i casi che contemplano un intervento multidisciplinare e multi professionale.

La comunicazione integrata in équipe può assicurare all'operatore di acquisire e mantenere l'armonia tra il dovere di informazione alla persona assistita e la sua autonomia a sapere e a non sapere.

Fondamentale in questo contesto è la chiarezza sul significato da attribuire ai concetti di desistenza terapeutica, di accanimento terapeutico e di abbandono terapeutico, in particolare nelle situazioni *in liminae vitae*.

Per *desistenza terapeutica* deve intendersi la sospensione o l'interruzione di quei trattamenti che hanno come unica conseguenza un penoso e inutile prolungamento dell'agonia della persona giunta alla fase terminale, alla luce di un rapporto rischio/beneficio in cui il beneficio risulta nullo e le cure risultano inappropriate per eccesso.

La decisione di desistere dai trattamenti non si configura come eutanasia, in quanto la morte della persona, ove sopravvenga, non è voluta né ricercata, ma si configura come un processo irreversibile.

Analogamente, la desistenza terapeutica non deve essere identificata con l'*abbandono terapeutico*, che si configura invece come una forma di eutanasia, ossia un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore.

Per *accanimento terapeutico* deve intendersi un trattamento sproporzionato per eccesso rispetto all'obiettivo di curare la persona malata, per i rischi che comporta, per la documentata inefficacia dei trattamenti e per la loro gravosità.

- **Principio di Giustizia**

Secondo il principio di giustizia, ad ogni persona assistita devono essere assicurate le cure necessarie secondo i parametri dell'appropriatezza e della corretta allocazione delle risorse disponibili.

Possiamo considerare ad esempio un atleta, che anche per l'avvenire di un semplice trauma potrà percepire il dolore e la sofferenza in maniera peculiare per la compromissione violenta, seppur temporanea, della globalità delle sue attività sociali e professionali.

A seguito di questo esempio emerge l'importanza, nella assistenza al dolore e alla sofferenza, di considerare ogni soggetto "fragile", senza adeguare a priori le cure e le risorse secondo canoni preconcepiuti.

Il sollievo dal dolore e dalla sofferenza, inoltre, è riconosciuto come diritto fondamentale dell'uomo e, come affermato in precedenza, si ottiene con una collaborazione di équipe, nell'ambito di un processo decisionale clinico-assistenziale che può decidere di destinare ad un paziente che ha maggiori possibilità di guarigione, o impellente necessità di ripristino delle proprie funzioni fisiologiche, una quota di risorse maggiore rispetto ad un secondo paziente, poiché le risorse sanitarie (organizzative ed economiche) non sono illimitate; in tale contesto, nel rispetto del principio di giustizia, l'infermiere focalizza la sua attenzione sui pazienti in cui le altre figure dell'équipe non possono intervenire in maniera efficace, al fine di garantire il sollievo dalla sofferenza in senso globale.

Tale distribuzione delle diverse competenze di équipe, consente di rispettare per tutti i malati il principio terapeutico, fornendo ad ogni paziente le cure più appropriate.

CONCLUSIONI

Il CSB riconosce un valore fondamentale all'assistenza infermieristica nella cura del dolore, in virtù del rapporto privilegiato e della prossimità che ha da sempre contraddistinto la persona assistita con la figura dell'infermiere.

Pertanto, alla luce delle riflessioni effettuate, il CSB ritiene che l'assistenza infermieristica al dolore debba fondarsi sui seguenti requisiti etico-deontologici:

- Il riconoscimento della componente soggettiva ed articolata del dolore nel singolo paziente, al fine di non violare il Principio di Giustizia;
- il riconoscimento dell'attenzione al dolore come priorità clinica non procrastinabile, affinché sia rispettato il Principio di Beneficialità;
- la conoscenza delle complicità connesse all'insufficiente trattamento del dolore, come metro di paragone su cui misurare il Principio di Non-Maleficenza;
- la sincera, corretta e comprensibile informazione alla persona assistita, ponendosi come sostegno e garante della sua libertà di scelta terapeutica affinché sia rispettato il Principio di Autonomia;
- la necessità di evitare lo stigma negativo del dolore e della sofferenza (bensì è opportuno aiutare il paziente all'integrazione e alla resilienza con il dolore, quando questo non possa essere completamente controllato);
- nel particolare contesto delle cure palliative e dell'assistenza infermieristica *in liminae vitae*, l'atteggiamento terapeutico generale si allontana dallo sforzo volto alla cura della malattia, orientandosi verso la palliazione. Essa rappresenta una ammissione di incapacità di vincere la malattia e nello stesso tempo una dichiarazione di non abbandono della persona malata. Ne consegue che l'attenzione va rivolta a ridurre, là dove non sia possibile eliminare, tutte le forme di sofferenza che coinvolgono il malato nelle sue multiformi presentazioni: fisica e psichica. E' importante riconoscere che, nel fine vita, i principi di beneficialità e giustizia giustificano un trattamento appropriato ed intensivo del dolore più di quanto il timore di incorrere in effetti collaterali giustifichi un approccio conservativo. L'obiettivo non è più quello di "sanare", ovvero curare una malattia e prolungare un'aspettativa di vita, bensì quello di "*sedare dolorem*" cioè ridurre ogni tipo di sofferenza che affligga la persona. La liceità del trattamento nel fine vita è stabilita quindi dal suo fine, ovvero quello di alleviare la sofferenza, astenendosi dal praticare atti terapeutici finalizzati direttamente ad accelerare la morte dell'individuo.

RACCOMANDAZIONI

Il CSB, consapevole della necessità di effettuare una valutazione integrata del dolore e della sofferenza attraverso un approccio multidisciplinare e una gestione multimodale, esprime le seguenti raccomandazioni:

- l'Infermiere deve essere parte attiva di un'équipe multidisciplinare, conoscendo i diversi campi di intervento e le peculiarità diagnostiche e terapeutiche che ogni figura della stessa è in grado di apportare nel percorso di cura della persona assistita;
- l'infermiere, ovunque operi, ha la responsabilità di formarsi e mantenere un aggiornamento continuo sugli aspetti peculiari della cura del dolore;
- è necessario garantire all'infermiere un supporto continuo, anche in équipe, finalizzato alla prevenzione del *burn-out*;
- l'Infermiere dovrebbe conoscere e integrare, se possibile e quando indicato, tecniche non farmacologiche per il controllo del dolore ed essere in grado di informare la persona assistita sulla gestione del dolore e della sofferenza, affinché questi possa contribuire in maniera informata alla libera scelta terapeutica.

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO

La professione infermieristica nella Repubblica di San Marino muove i suoi passi nei primi anni quaranta. All'epoca, gli infermieri dovevano apprendere la professione tramite un addestramento sul campo, affiancando un medico o il personale religioso nello svolgimento della propria attività.

Con il passare del tempo e attraverso l'acquisizione di maggiore esperienza e lo sviluppo delle conoscenze in campo sanitario (non solo nel territorio sammarinese ma anche in quello italiano) si è resa necessaria la trasformazione dell'infermiere da figura ancillare rispetto al medico a professionista dell'assistenza e componente di una *équipe* incaricata della gestione del paziente, dal momento in cui si interfaccia con la struttura sanitaria di cui è parte e sino al termine della presa in carico.

La trasformazione e lo sviluppo della figura infermieristica si è riverberata sul percorso di formazione e sulla regolamentazione della professione.

Negli anni della seconda guerra mondiale l'ospedale sammarinese si trovava a curare un ingente numero di pazienti, per l'assistenza dei quali vennero reclutati infermieri tra i celibi e le nubili in buona salute, di buona famiglia e in possesso di buona reputazione (referenziata tra le figure di maggior rilievo sociale dell'epoca).

Il lavoro svolto da queste persone variava dalla pulizia degli ambienti alla gestione della cucina e del guardaroba, fino alla somministrazione delle terapie agli ammalati. Nei decenni successivi arrivarono a San Marino le prime infermiere formatesi nelle scuole convitto di Bologna: grazie a loro iniziò, gradualmente, a diffondersi una nuova organizzazione del lavoro infermieristico e una maggior consapevolezza dell'identità e del ruolo della professione.

Solo nel 1981, tuttavia, il corpo infermieristico si uniformò in un'unica figura professionale attraverso la riqualificazione straordinaria del personale, sino a quel momento generico.

Risale agli anni novanta, infine, l'affiancamento alle preesistenti scuole infermieristiche di un corso universitario finalizzato al rilascio di un diploma di laurea e, a seguito della riforma dell'università degli anni duemila, di un corso di laurea triennale (con la contestuale chiusura delle anacronistiche scuole) e di un corso di laurea magistrale (quest'ultimo per la formazione di ricercatori, dirigenti infermieristici e professori universitari).

Allo stesso modo, ci si è resi conto del fatto che il cosiddetto mansionario (un catalogo chiuso di mansioni assegnate all'infermiere) risultava non conciliabile con una figura professionale, il cui ruolo era divenuto quello di prendere parte al processo di cura e assistenza del paziente nell'ambito di un'*équipe*, attraverso l'assunzione di decisioni che l'infermiere doveva necessariamente prendere in prima persona, in quanto espressione della propria vocazione professionale, assumendosene anche la conseguente responsabilità.

Questo passaggio, per gli infermieri della Repubblica di San Marino, si è definitivamente compiuto attraverso l'adozione dei cosiddetti "profili di ruolo" che, soppiantando definitivamente l'ormai obsoleto

mansionario, ha proiettato gli infermieri sammarinesi verso la dimensione, già acquisita dai loro colleghi stranieri, di esercenti una professione liberale.

Risultava quindi ineluttabile l'adozione, per gli infermieri divenuti professionisti, di un proprio Codice Deontologico, realizzato con il sostegno e la guida del Comitato Sammarinese di Bioetica e approvato il 15 maggio 2017⁹.

Si ritiene, infine, auspicabile giungere al più presto alla costituzione di un proprio Ordine Professionale che possa vigilare sul rispetto di queste regole, vincolanti per chiunque intenda esercitare la professione di infermiere, e sulla formazione permanente dei propri iscritti.

Tutti questi elementi costituiscono i pilastri indispensabili e imprescindibili per il completamento del percorso professionale degli infermieri sammarinesi, affinché diventino, sempre più, professionisti presenti al fianco del paziente, pronti ad accompagnarlo efficacemente al momento del suo incontro con la malattia, sostenendolo nella sua battaglia.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO¹⁰

Decreto 5 maggio 2005 n.70, *Regolamento in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio educative pubbliche e private* (Allegato 2.1.2).

Decreto Delegato 22 ottobre 2014 n.165, *Profili di ruolo del settore pubblico allargato*.

⁹ Il Codice è reperibile al seguente indirizzo: <http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica/documenti-csb-italiano.html>

¹⁰ Le norme si possono scaricare dal sito del Consiglio Grande e Generale: <http://www.consigliograndeegenerale.sm/on-line/home/archivio-leggi-decreti-e-regolamenti.html>

BIBLIOGRAFIA

World Union of Wound Healing Societies, *Principles of best practice: Minimising pain at wound dressing-related procedures. A consensus document*. London: MEP Ltd, 2004.

[The Hastings Center Guidelines for Decisions on Life-Sustaining Treatment and Care Near the End of Life](#) (Oxford University Press, 2013)

Council of Europe, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*, Maggio 2014.

Tagliabracci A., Borgia L. M.: *I trattamenti in liminae vitae*, in AA. VV., "Elementi di Medicina Legale", pp. 52-81, Monduzzi Editore, Noceto (Parma), 2010.

Spinsanti S., *La terapia del dolore: orientamenti bioetici*, in *Bioetica e cura, Quaderni di bioetica* n. 3, Mimesis Edizioni, Udine, 2014.

Fidanza F, Varanini M, Ciaramella A, Carli G, Santarcangelo E L, *Pain modulation as a function of hypnotizability: Diffuse noxious inhibitory control induced by cold pressor test vs explicit suggestion of analgesia*, *Physiology & Behavior* 171, 2017, pp.135-141.

AISD (Associazione Italiana per lo Studio del Dolore) e Fondazione Paolo Procacci, *Codice Etico della Medicina del Dolore*, Solari Grafiche srl, Roma, 2017.

