

# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI FIRENZE FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

**CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN INFERMIERISTICA E  
OSTETRICIA**

**a.a. 2008-2009  
1° anno**

**RELAZIONE DISCIPLINE DEMOETNOANTROPOLOGICHE  
Prof. Gianluca Favero**

*L' infermiere nel dolore*

STUDENTE

Francesco Pittella

## *Dolore e sofferenza: un inquadramento generale*

Dolore e sofferenza sono, in primo luogo, delle contraddizioni che l'umanità ha cercato di risolvere attraverso la religione, la filosofia, l'arte, la scienza. Nel corso dei secoli, l'opera intellettuale e creativa di teologi, filosofi, artisti e scienziati ha mostrato un incessante tentativo di comprendere essenza e significato del dolore umano. La ricerca di un senso per la sofferenza caratterizza anche la società contemporanea, tuttavia, sempre più spesso dolore e sofferenza vengono letti come vicenda umana incomprensibile ed inaccettabile; più si procede in questa ricerca, più ci si confronta con l'inaccettabilità e l'irrisolvibilità dell'esperienza del dolore. Da tale atteggiamento diffuso, forse, scaturisce - in ambito sanitario - il rischio del distacco e della riduzione tecnicistica dell'intervento assistenziale: la cultura sanitaria moderna tende a considerare il dolore come mero problema tecnico e in tal modo spera di esentarsi dalla domanda circa il suo intrinseco ed enigmatico significato.

Per quanto incompreso o rifiutato, il dolore è un fenomeno comune, che accompagna frequentemente l'esistenza di ogni individuo: colpisce tutti, ma ciascuno in un modo unico ed irripetibile! Si tratta, dunque, di un fenomeno complesso: accanto alle sue manifestazioni nel corpo, più o meno facilmente osservabili ed oggettivabili, afferisce anche ad un'area più vasta dell'esperienza umana e giunge a designare uno stato connotato dalla soggettività del vissuto - psicologico e socioculturale - della persona che lo prova; una possibile comprensione del dolore, dunque, non può prescindere dal significato che ad esso viene soggettivamente attribuito. Il dolore è sempre l'esperienza di una persona e non la mera espressione di un corpo e tale esperienza consiste anche nel senso e nell'interpretazione che di esso dà l'individuo che la vive, nelle proprie vicende esistenziali e nel contesto culturale cui appartiene. Riconoscere la soggettività del dolore rafforza le ragioni - scientifiche ed etico-professionali - dell'adesione ad un modello di assistenza sanitaria fondato sulla piena partecipazione della persona assistita alle cure, in quanto soggetto competente in merito all'identificazione dei propri problemi di salute e responsabile delle decisioni circa il proprio destino sanitario. Necessita di riflessione anche l'aspetto relativo alla dimensione dell'esperienza di dolore. Inteso sia come sintomo sia come malattia, il dolore va sempre inquadrato come uno degli elementi di una situazione più generale, spesso di una più vasta sofferenza, percepita e vissuta in modo unitario, olistico dalla persona. Cecily Saunders, fondatrice degli hospices nel Regno Unito, riferendosi a malati di cancro inguaribili, definisce tale situazione 'dolore totale', ad indicare in tal modo che al dolore si associano depressione, ansia, rabbia per la lunga serie di privazioni, difficoltà, paure, ecc. Si tratta, dunque, di una malattia nella malattia, influenzata da una pluralità di fattori di ordine psicologico, culturale, ambientale che devono sempre essere considerati dall'équipe sanitaria. Quale fattore di scatenamento o aggravamento del dolore, ad esempio, gioca un ruolo primario lo stress da ospedalizzazione: le strutture sanitarie rappresentano delle vere e proprie comunità ansiogene, percepite dalla persona sofferente come una ulteriore e multiforme minaccia di danno o di perdita di oggetti significativi in ambito relazionale e familiare, sociale, lavorativo e materiale. È particolarmente valida, dunque, l'interpretazione del dolore, elaborata da alcune correnti della medicina alternativa, come espressione di disarmonia interna e con l'ambiente esterno, all'interno della concezione dello stato di salute di un sistema vivente come 'organico, libero ed armonico scambio di energia e di informazioni con l'ambiente circostante'.

Infine, si consideri il dolore come un'informazione che la persona assistita percepisce e trasmette a chi lo assiste - tra cui l'infermiere - anche attraverso la mediazione di specifici codici culturali. Ciascun individuo apprende, fin dalla prima infanzia, i modelli di comportamento che la cultura di appartenenza ha elaborato: uno di questi è il comportamento di malattia, cioè la modalità con cui reagire al proprio stato di salute e, in particolare, con cui comunicare dolore e sofferenza.

Una corretta individuazione della dimensione comunicativa e sociale del dolore amplia le opportunità di trattamento: se ciò che rende un evento un'esperienza potenzialmente dolorosa è il suo contenuto informativo e culturale, cioè la capacità di anticiparne simbolicamente le conseguenze, si spiega

come sia possibile, ad esempio attraverso uno specifico programma di informazione preoperatoria, favorire la riduzione del dolore nel periodo successivo all'intervento chirurgico.

### *Lo 'statuto infermieristico' del dolore*

Può apparire inopportuno - e per certi aspetti sconcertante - riferirsi ad un 'dolore infermieristico', come se tale fenomeno riguardasse gli infermieri in una forma esclusiva e separata dalla restante équipe sanitaria. Tuttavia, l'approccio alla persona che prova dolore non può non giovare del contributo originale che proviene dall'attività di concettualizzazione del dolore da parte degli infermieri.

Il dolore viene definito dagli infermieri come modalità di manifestazione di uno specifico bisogno di assistenza infermieristica. In quest'ottica, l'infermiere quotidianamente assiste persone che si muovono, si alimentano, eliminano con dolore, interessandosi di esso non tanto e non solo in sé, ma nella misura in cui limita l'autonomia della persona nel soddisfacimento dei propri bisogni.

Tuttavia, in numerose situazioni il dolore non può essere semplicemente ridotto ad espressione di un altro problema di salute: in molti casi esso non è riconducibile ad una parte determinata della persona, ma investe un 'tutto': è la persona che ha dolore, non un suo organo o apparato. Si tratta, in tal caso, di un'entità nosologicamente distinta, un problema di salute in sé.

Numerose teorie dell'assistenza infermieristica, perciò, assumono il dolore come specifica categoria diagnostica, cioè come situazione problematica che può e deve essere direttamente affrontata e risolta dagli infermieri per produrre un sostanziale miglioramento dello stato di salute della persona assistita. Tra le associazioni scientifiche di rilievo internazionale che classificano il dolore come autonoma diagnosi infermieristica, si riconosce la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Una coerente adozione dei principi e della logica che hanno originato la tassonomia diagnostica elaborata dalla NANDA comporta che il processo diagnostico condotto dall'équipe infermieristica si applichi non tanto all'identificazione del dolore in sé, quanto delle modalità reattive attuate dalla persona nei confronti di esso. All'infermiere, dunque, è richiesto di allargare il proprio interesse professionale allo stato di salute complessivo della persona che risulta dall'insieme delle risposte - potenzialmente adattive - che quella stessa produce in conseguenza del manifestarsi del fenomeno doloroso. Si deduce, dunque, che lo scopo dell'assistenza infermieristica è assistere la persona che soffre, aiutarla ad auto-assistersi, piuttosto che gestire 'esternamente' il dolore.

### *La diagnosi infermieristica di dolore*

Il processo di assistenza infermieristica riconosce il binomio infermiere - persona che prova dolore e, dunque, non si applica ad oggetti, ma contempla la presenza di due soggetti in relazione, entrambi dotati di competenza e si realizza in un procedere diagnostico ed assistenziale fondato sul dialogo. Tale proprietà del metodo infermieristico mira a riconoscere le dimensioni personali del bisogno di assistenza infermieristica e dunque la soggettività del dolore.

Il processo diagnostico che l'infermiere compie per una corretta anamnesi algologica infermieristica non può e non deve limitarsi all'osservazione 'oggettiva' di un dolore fisicizzato ma è piuttosto fondato sulla valutazione del dolore comunicato. Non sono sufficienti, cioè, scale e strumenti di misurazione quantitativi, poiché solo attraverso la comprensione dialogica della persona assistita, della sua personalità, cultura, stile di soddisfacimento dei bisogni fisici, emotivi e spirituali ed in particolare dei significati che essa attribuisce all'esperienza di dolore, è possibile pianificare correttamente l'assistenza da prestare. Norman Autton, tra le numerose e significative testimonianze che ha potuto raccogliere durante la sua attività di cappellano ospedaliero, riporta il seguente dialogo: "Avrei dato qualsiasi cosa purché qualcuno, la notte prima dell'intervento, mi avesse detto: 'Proverai dolore come non l'hai mai sentito prima, ma noi siamo qui per aiutarti'. Dubito che ciò mi avrebbe spaventato eccessivamente, perché una descrizione del dolore era quanto mi attendevo intellettualmente. Ma solo il fatto di sapere che qualcuno comprendeva quanto sarebbe stato duro e si preoccupava di promettermi il suo aiuto avrebbe significato tanto per me".

Solo riconoscendo la dimensione soggettiva del bisogno di assenza di dolore è possibile instaurare una efficace relazione professionale tra infermiere e paziente: occorre comprendere sia il dolore provato dal paziente, sia il paziente che prova il dolore.

### *Il trattamento infermieristico del dolore*

Il trattamento del dolore (pain management) rappresenta, negli Stati Uniti, un punto fermo dell'assistenza infermieristica. Esso comprende, oltre alla somministrazione di farmaci, una pluralità di interventi, tra cui le tecniche di rilassamento e controllo (training autogeno, biofeedback, ecc.), di distrazione, che riducono la percezione del dolore mediante la deviazione verso altri stimoli (visivo, uditivo - musicoterapia, ecc.), di stimolazione cutanea (massaggio, applicazioni fredde e calde, ecc.). Occorre tuttavia notare che la traduzione italiana della locuzione 'pain management' (gestione del dolore) mostra l'evidente limite di riferirsi al fenomeno, piuttosto che al soggetto che lo prova.

Non si tratta di una questione semplicemente formale: come si è già affermato in riferimento al processo diagnostico, anche nella fase della pianificazione (cioè della scelta di obiettivi ed interventi finalizzati al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica), l'assunzione del principio della centralità e soggettività della persona comporta decisioni cliniche metodologicamente coerenti. La personalizzazione dell'assistenza infermieristica impone, infatti, la rinuncia ad un modello rigidamente deterministico per la definizione dei protocolli di intervento: la comprensione della persona che prova dolore può trovare adeguata risposta operativa non tanto nel singolo atto sanitario, ma piuttosto in un complesso di rimedi di tipo strategico e non standardizzabile. L'assenza di standardizzazione non giustifica affatto scelte arbitrarie degli interventi, poiché la strategia deve comunque essere ricondotta ad opportuni sistemi di valutazione della qualità dei risultati, tali da dimostrare l'efficacia dell'assistenza prestata.

Si è affermato che il dolore si presenta spesso come epifenomeno di un'esperienza personale più vasta: per tale ragione, gli obiettivi della pianificazione dell'assistenza infermieristica alla persona sofferente mirano a rendere accettabile il dolore che si prova nello svolgimento delle più comuni attività quotidiane del vivere, come l'alimentarsi, il muoversi, l'eliminare feci e urine, ecc. Scopo della pianificazione è, dunque, massimizzare la qualità di vita della persona, nonostante il dolore. A tale fine, sono particolarmente efficaci gli interventi infermieristici e fisioterapici rivolti al soddisfacimento del bisogno di movimento (massaggi, esercizi respiratori, ecc.), che spesso rendono il paziente più consapevole del proprio stato muscolare e posturale e più fiducioso nelle proprie possibilità. La mobilitazione, unitamente ad una corretta informazione, combatte la passività di chi si muove poco perché prova dolore, impedendo che una ridotta mobilità danneggi le strutture anatomico-funzionali dell'organismo, aumentando ulteriormente, in un circolo vizioso, il dolore e l'immobilità.

Nel trattamento del dolore, malgrado ciò, acquista sempre maggior spazio il progresso tecnico (si pensi ad esempio alla diffusione delle complesse tecniche di autosomministrazione di terapia con infusione continua controllata) e con esso il rischio di un'impostazione del piano sanitario di tipo meccanicistico. È all'interno di tale rapporto, infatti, che si situano le premesse ed i meccanismi per una condivisione profonda delle scelte terapeutiche ed assistenziali, compreso l'avvalersi di tecnologie per il trattamento del dolore, per le quali il consenso informato è vincolante.

L'approccio strategico e personalizzato non può pertanto eludere una riflessione sull'utilizzo del placebo, cioè sulla legittimità e sull'efficacia della simulazione di un atto terapeutico mediante l'utilizzo di sostanze farmacologicamente inattive, in grado di determinare effetti attribuibili al fatto stesso di somministrarle piuttosto che alle proprietà della sostanza.

Numerose obiezioni all'utilizzo dei placebo sono state formalizzate sulla base dei risultati di ricerche infermieristiche, che hanno messo in evidenza la significativa diffusione di concezioni errate tra il personale sanitario (tra cui quella di usare il placebo per stimare se il dolore è reale ed apparente

o di considerarlo più adatto per pazienti ‘difficili’ ed eccessivamente esigenti, oppure per malati psichiatrici o che fanno abuso di sostanze), ma soprattutto per ragioni di carattere deontologico: in quanto ritenuto un inganno, potenzialmente lesivo del rapporto di fiducia ed empatia che deve instaurarsi nella relazione assistenziale, sempre più frequentemente associazioni infermieristiche assumono posizioni anche di rifiuto totale di tale pratica.

### *Il mio e il tuo dolore*

Personalmente credo che l’importanza di saper valutare e capire il dolore di un persona sia fondamentale per un professionista, la mia attività professionale nella formazione presso l’Istituto Clinico San Siro di Milano e come membro del comitato COSD (Comitato Ospedale Senza Dolore, la terminologia “Ospedale senza dolore” si intende un ospedale che effettua in modo sistematico, cioè per tutti i pazienti trattati, la valutazione ed il controllo terapeutico del dolore, sia acuto che cronico applicando le linee guida nazionali con l’obiettivo di cambiare attitudini e comportamenti degli operatori sanitari e dei cittadini nei confronti di un fenomeno, il dolore, a volte sottovalutato e considerato un evento ineluttabile) mi ha portato a valutare il “problema” ed alla necessità nel 2007 di organizzare un corso E.C.M. dal titolo “Ospedale senza dolore” per infermieri, ed aveva l’obiettivo di far acquisire ai partecipanti adeguate conoscenze in ambito assistenziale al paziente con dolore nella sue forme acuta e cronica, verificare le priorità assistenziali per poter pianificare e personalizzare l’assistenza mediante l’ utilizzo di protocolli operativi inerenti la prevenzione, la valutazione e la terapia appropriata. Il corso si è svolto in 4 edizioni ed ha visto la partecipazione di 60 infermieri, personalmente ritengo che il corso abbia avuto un buon successo, sia stato uno stimolo per nuove conoscenze ed ha visto la partecipazione attiva del personale infermieristico in merito alle tematiche esposte dai vari relatori.

La cosa che mi ha colpito però è stata la scarsa partecipazione degli infermieri rumeni (premetto che nella struttura dove lavoro ci sono circa 100 infermieri ed 40% sono stranieri con una prevalenza di professionisti rumeni) infatti solo in 3 avevano seguito il corso, questo mi ha portato (dopo una breve ricerca di dati che potessero aiutarmi nel formulare con maggiore chiarezza il quesito) ad una indagine qualitativa del problema, chiedendo e non senza problemi (nel cercare di comprendere quali fossero le motivazioni che hanno portato alla decisione) la collaborazione ad una collega sul perché della mancata partecipazione al corso, le difficoltà maggiori le ho incontrate nella formulazione del mio quesito, perché non volevo che la collega potesse fraintendere le motivazioni del mio “studio” o portare ad equivoci (cosa che si verifica spesso agendo in un contesto interculturale), più che ad una ricerca di motivazioni, ritenendo l’ argomento trattato importante per la crescita professionale di ogni singolo operatore. Dopo le difficoltà iniziali legate alla diffidenza, sono riuscito ad acquisire la fiducia ed a raccogliere i dati necessari ad una specifica comprensione del problema. Le motivazioni che la collega mi ha fornito mi hanno fatto riflettere, perché non riteneva fondamentale nella sua attività quotidiana di professionista saper valutare il dolore e cercare di pianificare l’assistenza infermieristica per la persona con dolore, perché secondo un suo “personale” punto di vista se una persona viene ricoverata per una qualsiasi patologia la componente dolore è intrinseca, ed è “normale” che vi sia sofferenza sempre in relazione alla patologia che ha condotto la persona al ricovero, la risoluzione del problema dolore si associa alla cura della patologia, quindi il dolore cessa con la guarigione, o con una valutazione medica per la somministrazione di una terapia farmacologica nel post-operatorio. Pur non essendo d’accordo, dopo aver ascoltate le sue prime motivazioni, ho cercato di spiegare che secondo il mio punto di vista questo poteva assumere una difficile collocazione nel trattamento del dolore acuto ma non trovava nessuna evidenza in quello cronico. Successivamente non essendo riuscito ad utilizzare una corretta comunicazione interculturale, ho preferito cercare un’alternativa, cercando di far descrivere attraverso l’interpretazione dei vissuti esperienziali.

Ho domandato se ci fossero state altre esperienze professionali nel trattamento del dolore prima di lavorare in Italia, e come fossero state affrontate. Nel suo racconto ha trovato alcune risposte; il suo racconto è partito da una descrizione dettagliata del suo percorso formativo, (con l'intento di valorizzare la sua professionalità) e con la descrizione del suo vissuto prima di arrivare in Italia nel 2004. La sua esperienza lavorativa dopo la fine degli studi in Romania la vede come infermiera presso l'Ospedale di Bucarest per 4 anni in una chirurgia generale, dove 4 infermieri gestivano 35/40 pazienti di giorno e solo 2 infermieri di notte, descrivendo carichi di lavoro molto elevati e la componente assistenziale di base che spesso veniva trascurata (credo che sottolineare questo aspetto sia stato importante per lei ma non tanto per giustificarsi, quanto per descrivere le grosse differenze organizzative tra i due paesi), cercando la collaborazione dei parenti soprattutto nel decorso post-operatorio, quindi per lei il dolore era associato nel pre-operatorio alla patologia (quindi ritenuto "normale") e non veniva nemmeno considerato nella loro pianificazione assistenziale e solo se il medico prescriveva una terapia analgica al paziente, entravano in relazione con il dolore del paziente, nella somministrazione della terapia senza portare una verifica sull'efficacia del trattamento. Nel post-operatorio il paziente aveva pre-impostata una terapia farmacologica per il trattamento del dolore sulla base di un protocollo, ma veniva raramente valutato il livello di dolore dagli infermieri nelle ore successive e quindi anche in questo caso non si avevano indicazioni sicure sull'efficacia del trattamento farmacologico, le poche volte che il dolore veniva rivalutato coincideva con la presenza di un parente che assisteva il paziente e chiamava gli infermieri per cercare di alleviare il dolore del proprio caro, quindi in questo caso lo strumento di valutazione era il "parente sentinella". Appare ovvia la mancanza di una valutazione del dolore, ma anche di una più importante comprensione della persona che prova dolore, ma non può questo "ostacolo" culturale giustificare l'atteggiamento di questa infermiera che si limita al trattamento del dolore solo se valutato o pianificato dal medico, il parente), certamente alla base di questo comportamento c'è una grossa differenza culturale, un'esperienza professionale personale che ha "formato" la persona a vivere questa situazione con un atteggiamento a volte di distacco e nella mancata percezione di un problema importante nella sua attività professionale quotidiana. Credo che non si dovrebbe generalizzare nel valutare l'atteggiamento di questa collega rumena, con la professionalità di tutti gli infermieri rumeni in Italia, sarebbe molto interessante poter effettuare una ricerca etnografica con uno specifico lavoro sul campo per avere una corretta visione del problema, mi ritengo comunque soddisfatto della raccolta questi dati, perché questa "piccola ricerca" mi ha permesso di identificare l'esistenza di un problema all'interno della Clinica in cui lavoro e di mettere in atto alcune modifiche sulla successiva pianificazione del corso, cercando una visione interculturale con un maggior coinvolgimento del personale straniero. Successivamente grazie alla collaborazione di un collega rumeno che si è laureato in Italia, ho trovato l'aiuto nel coinvolgimento del personale infermieristico, modificando aspetti importanti nella comunicazione e nel linguaggio con i colleghi stranieri, con la speranza che questo corso abbia trasmesso a tutti i colleghi l'importanza della valutazione e del trattamento del dolore nel paziente ricoverato presso la struttura dove operiamo. Gli importanti cambiamenti che hanno portato gli infermieri ad essere professionisti "autonomi" devono fare riflettere sulla complessa e fondamentale attività di pianificazione dell'assistenza ed un argomento così importante come il dolore deve essere il nucleo centrale della pianificazione dell'assistenza infermieristica alla persona, deve essere costituito dagli atti di presenza, ascolto e contatto fisico: per l'infermiere, la prima terapia del dolore è il professionista stesso. La presenza di semplici informazioni od atti comunicativi non sono affatto sufficienti. E' necessario un processo di razionalizzazione e conoscenza approfondita della propria e dell'altrui cultura per permettere che questo processo diventi strumento finalizzato al miglioramento del metodo, recepire e interpretare le differenze e le somiglianze-analogie evitando così il muro invalicabile della non conoscenza, quindi della incomprendenza. Il trattamento non si riduce all'individuazione di uno strumento o di un materiale e al suo utilizzo, ma comprende sempre un complesso di risposte umane!

## *Bibliografia*

- Di Giulio P. (a cura di), «Controllo per rispondere al dolore. L'importanza del monitoraggio delle reazioni del paziente nel periodo postoperatorio», *L'Infermiere*, XLI, 6, 1997.
- Gamba A., «La valutazione soggettiva del dolore», in Tamburini M. (a cura di), *La valutazione della qualità di vita in oncologia*, Milano, 1990.
- Bertirotti A., Larosa A., *Umanità Abissale "Elementi di Antropologia secondo una prospettiva bioevolutiva e globocentrica"* 2005 pag. 205-214.
- Manara D.F., «L'infermiere e il dolore dell'altro. Una sfida alla disciplina infermieristica», in atti del III Congresso Nazionale Dolore e assistenza infermieristica, Cernobbio, 1998.
- Manara D.F., «L'infermiere e il dolore dell'altro: alcune riflessioni alla luce della disciplina infermieristica e dell'antropologia», in Centro Documentazione ANIN (a cura di), *Ruolo infermieristico nell'assistenza al paziente con dolore*, atti del Seminario «Una sfida per chi assiste: il dolore come fenomeno umano», Pavia, 1998.
- Motta P.C., «Personalizzazione dell'assistenza infermieristica e dolore: un inquadramento metodologico», in atti del III Congresso Nazionale Dolore e assistenza infermieristica, Cernobbio, 1998.
- Motta P.C., Dimonte V., «Sistemi di classificazione dell'assistenza infermieristica», *Nursing Oggi*, 4, 1999.
- Natoli S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Milano, 1995 (I<sup>a</sup> ed. 1986).