



***UNITA' OPERATIVA DI
ANESTESIA E RIANIMAZIONE
OSPEDALIERA***

*Aspetti Infermieristici nell'assistenza al paziente
con Grandi Insufficienze d'organo "END STAGE"
in Rianimazione*

Caselli K. - Pinca I. - Pittoni G.

Guerzoni P.

La sproporzione di cure è oggi un PROBLEMA APERTO

Perché gli
infermieri di area
critica si
interrogano sul
limite?

Casi che conducono a
conflitti etici in cui c'è
sproporzione per
eccesso di cure

Viviamo
condizioni
estreme di vita
a cui le
persone sono
costrette

Non utili per
l'assistito sia in
termini di
quantità che di
qualità di vita
recuperata e
mantenuta

di "accanimento terapeutico"

Definito come ostinata rincorsa verso risultati parziali a scapito del bene complessivo della persona

Pensiero secondo cui è sempre doveroso fornire tutti i trattamenti disponibili

Coinvolgimento nel processo di cura con il Consenso informato

È necessario l'attivazione o il potenziamento

delle cure palliative simultanee bilanciando:

• i costi umani per il malato

• i benefici realmente attesi

• le risorse disponibili

discutendo e condividendo le decisioni finali con il malato stesso quando

possibile, con i suoi cari e con il team curante

“sproporzione delle cure e processi decisionali” (2-9)

Le pratiche e le decisioni relative al processo di end-life sono poco identificabili da specifiche procedure e in particolare nel sud Europa è “informale”

Scarsa documentazione relativa al processo decisionale clinico-assistenziale (2-4-6)

Gli interventi sanitari alla fine della vita manifestano presenza di comunicazione non efficace

C'è discordanza tra ciò che dovrebbe essere fatto e ciò che in realtà viene fatto

Lo staff infermieristico esprime insoddisfazione riguardo alla collaborazione nel processo decisionale di fine vita

di Terapia Intensiva

Le più comuni situazioni di sofferenza includono le seguenti parole: **stress, frustrazione, mancanza d'iniziativa, debolezza, collera, obblighi eccessivi** (10-13)

Le più comuni cause di distress morale negli infermieri di terapia intensiva sono collegate a **divergenze di opinioni e disaccordo sulla presa di decisioni di fine vita, sui DNR, sull'aggressività dei trattamenti e sulle decisioni di natura etica** (2-5)

La descrizione delle sensazioni correlate al distress etico comprende termini quali: **rabbia, frustrazione, depressione, vergogna, imbarazzo, mal di cuore, dolore**. (il distress etico irrisolto può evolvere in **burnout** e all'abbandono della professione (14-17))

La sofferenza degli operatori è concreta e si ripercuote sul singolo

[...] il momento peggiore della morte non è morire, ma il sentirsi, attraverso tanti piccoli gesti, esclusi dall'umano consorzio, il sentirsi scivolare, come su un lungo piano inclinato, lontano da ogni amorevolezza, avvertendosi magari come "sporchi" e "pesanti"....



*Cit. Bonetti M., Rossi M., Viafora C.
"I silenzi e parole negli ultimi giorni di vita" Ed.
Franco Angeli 2003*

complessità e data dai mix delle tre dimensioni considerate:



sono richieste flessibilità organizzativa e
aderenza alle esigenze della persona nella
specifica situazione e contesto



Il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione ed alla
relazione diventa **tempo di cura**

"advocacy" - "prendersi cura"

e "buone pratiche", anche negli aspetti assistenziali, considerare e programmare di fronte ad ogni situazione di "end-of-life-care" sono:

Creare un ambiente favorevole alla miglior qualità della vita residua

Valutare costantemente dolore e discomfort espressi e inespressi
Lottare tutte le misure atte al relativo controllo/eliminazione

Favorire l'espressione dei bisogno spirituali, delle convinzioni e desideri del malato in relazione al proprio percorso di fine vita

Adeguare l'applicazione delle pratiche assistenziali ad una pianificazione che tenga costantemente conto dell'evoluzione delle esigenze della persona e della famiglia



ci riferiamo ai fondamenti del CARE, intesi come prendersi cura e aiutare le persone a superare i momenti difficili della propria esistenza, permettere la piena riuscita degli obiettivi del nursing e si riesce a trattare i nostri pazienti in maniera corretta, utilizziamo correttamente le nostre risorse. Abbiamo affrontato questi argomenti nell'interesse dei nostri pazienti.

Principali aree di criticità nel processo di accompagnamento end-life

▶ difficoltà comunicative tra operatori e assistiti e tra diversi professionisti

▶ ambiguità degli spazi decisionali tra i diversi professionisti e tra operatori e assistiti

▶ documentazione scarsa e inadeguata

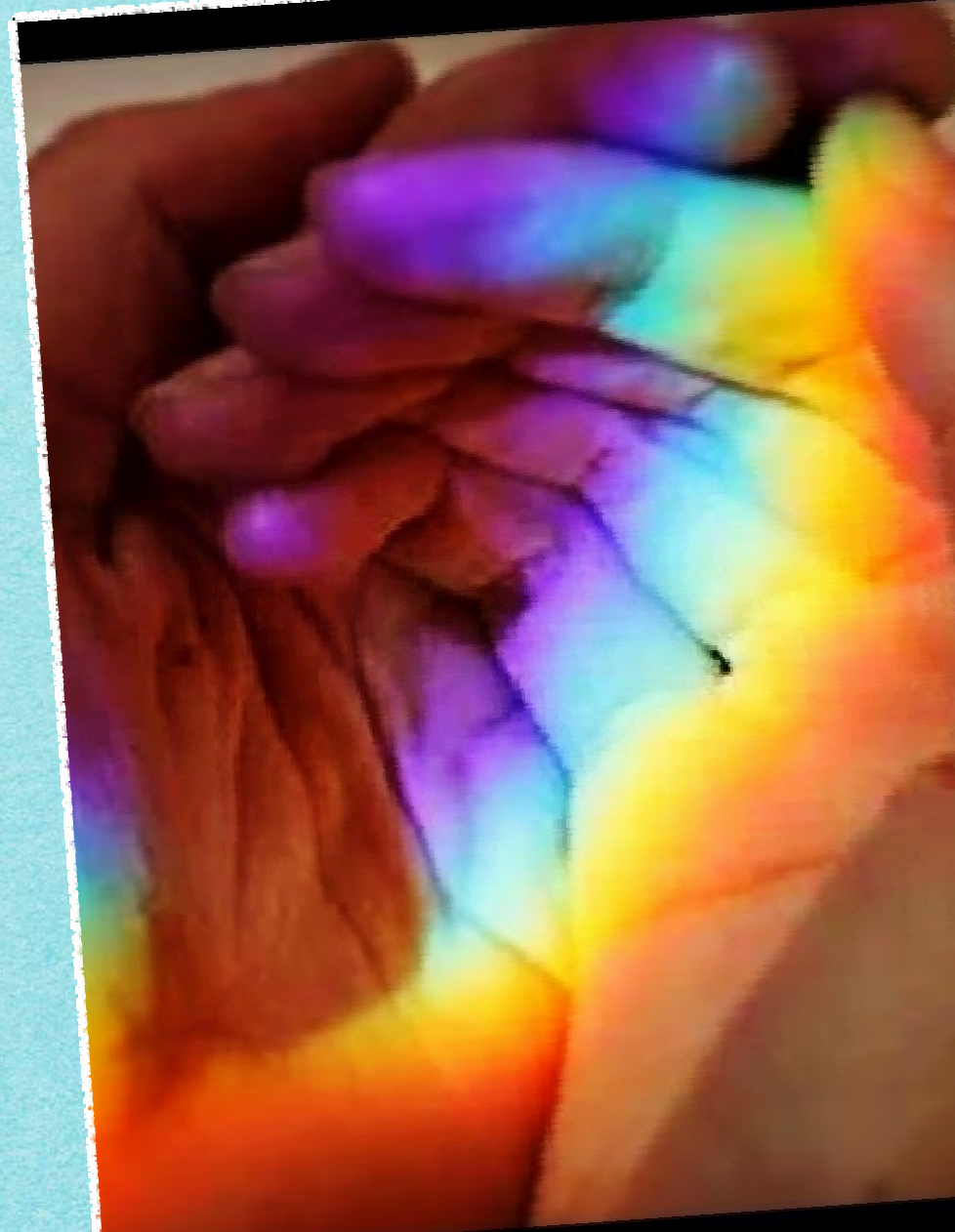
▶ mancanza di strategie di aiuto al team

▶ mancanza di competenze relative all'end-of-life-care

▶ orientamento aziendale “il contesto favorisce il...”

un progetto (working progress) “end of life care”

Obiettivo principale è riuscire ad accompagnare la persona verso una morte “sopportabile” e “condivisibile” anche dai famigliari, trasferendo la “best practice” della qualità delle cure palliative, da un setting, quale può essere un hospice, al contesto della TI (con le sue specificità), prevedendo la modulazione dell’assistenza di pazienti con patologie “end stage” o morenti con patologia non solo oncologica



una rimodulazione delle cure nei pazienti “end-stage” in Rianimazione

valutazione iniziale, multidisciplinare
compilata da Medico, Infermiere e
psicologo, conterrà gli obiettivi da
raggiungere per ogni necessità del malato e
la famiglia

fornirà strumenti agli operatori sanitari

amplierà la trasmissione di informazioni all'interno
dell'equipe

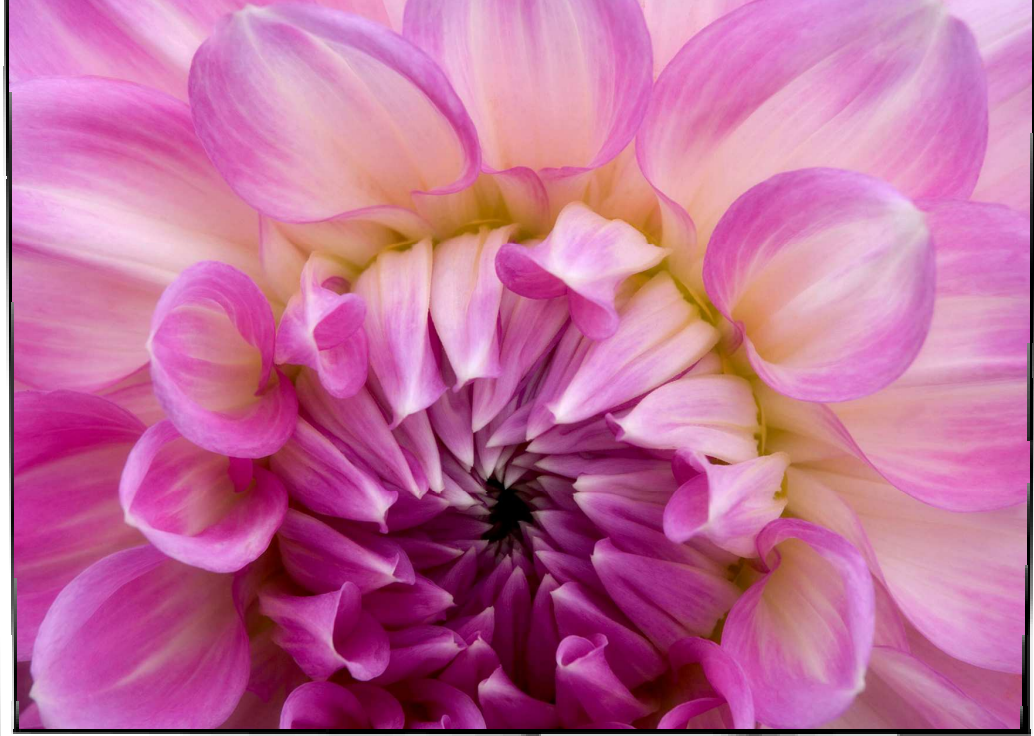
permetterà una assistenza di qualità e appropriata
alla fase della malattia

oggetto follow-up di “cura dopo la morte”,
per valutare il raggiungimento degli
obiettivi per:

rispetto della dignità del paziente

informazioni date ai familiari/assistenti





Grazie per l'attenzione

“cavi insufficienze d'organo” end
“ge”. Cure intensive o cure
“iative”? Documento
“diviso” per una pianificazione
e scelte di cura

infermieri, questione civile e civile
laborazione. Gian Domenico
sti Scenario n.3 anno 2013
arti

terapia intensiva, cure
proporzionate per eccesso e
ategie di aiuto al team. Scenario
8, 25(1): 9-15.

Bibliografia di riferimento**

PAGNOLO A G., SACCHINI D,
NACCHINI M. *Bioetica nella
e finale della vita*. In
REGGIAE., SPAGNOLO A G.,
PIETRO ML, *Bioetica. Vita e
siero* 1999

LARKE EB., LUCE JM.,
RTIS JR., DANIS M., LEVY M.,
LSON J., SOLOMON MZ. for the
bert Wood Johnson Foundation
ical Care End of Life Peer
kgroup Members. *A Content
lysis of Forms, Guidelines, and
er Materials Documenting End
f Life Care in Intensive Units.
urnal of Critical Care. 2004; 19
108-117.

ADY MY., JOHNSON DJ.
mission to intensive care unit at
end-of-life: is it an informed
ecision? *Palliat Med. 2004; 18
705-11.

AN DER HEIDE A., DELIENS

The Lancet. 2003; 361 (2): 345-350.
5.VINCENT *Forgoing life support
in western European intensive care
units: the result of an ***ethical
questionnaire. *Critical Care Med.
1999; 27: 1626-1633.

6.FERRAND E., LEMAIRE F.,
REGNIER B., KUTEIFAN K,
BADET M., SAMIR JABER PA.,
CHAGNON JL., RENAULT A.,
ROBERT R., POCHARD F., HERVE
C., BRUN-BUISSON C.,
DUVALDESTAIN F., for the French
RESSENTI Group. *Discrepancies
***between Perceptions by
Physicians and Nursing Staff of
Intensive Care Unit End-of-Life
***Decisions. *American Journal of
Respiratory and Critical Care
Medicine. 2003; 167:1310-1315.

7.VENTURIN E., BUFFON ML.,
BARBISAN C. *I dilemmi etici
nell'esercizio professionale
infermieristico*. Monitor. 2003; 2:
38-42.

8.DRIGO E. *Infermieri: molto di
nuovo nell'etica. Per una riflessione
critica sui contributi dei
***partecipanti al convegno del
27.11.2002. *Il Fido Diretto tra gli
infermieri. 2003, 3: 23-25.

9.NLGhttp
[//www.pnlg.it/news/news0122.ph](http://www.pnlg.it/news/news0122.ph)

10.JEZUIT DL. *The phases of
suffering experienced by critical
care nurses in association with
***difficult end of life situations.**
Dissertation Abstracts Int. 2001;62
(1) *(UMi No. 300501).

**distress: if it is so ethical, why
does it feel so bad? *AACN Clin
Issues. 1994; 5 (3): 346-352.

12.RUSHTON CH. *Care-giver
suffering in critical care nursing.
*Heart Lung. 1992; 21 (3): 303-306.

13.SEVERINSSON E. *Moral stress
and burnout: Qualitative content
analysis. *Nursing and Health
Sciences. 2003; 5 (1): 59-66.

14.WEBSTER & BAYLIS. *Ethical
distress in Health Care
Environments*. Ethics in Practice.
2003 ISSN number 1480-9990.

15.CARTLEDGE S. *Factors
influencing the turnover of
intensive care nurses*. Intensive
and Critical Care Nursing. 2001;
17:348-355.

16.SUNDIN-HUARD D., FAHY K.
*Moral distress, advocacy and
burnout: Theorizing the
***relationships. *1999; 5 (1): 8-13.

17.CORLEY MC., MINICK P.
*Moral distress or moral comfort.
*Bioethics Forum. 2002;18 (1-2):7-
14.

18.KUSHE H. *Difendere i pazienti
o sottomettersi al medico, per il
bene dei pazienti? *In: Kushe H,
Prendersi cura. Edizioni di
Comunità; 2000:49-87

19.GIUSTI E., TARANTO R.
T*ipologie e approcci attuali nel
coaching. *In: Giusti E., Taranto R.,
SuperCoaching. Sovera Multimedia;
2004: 185-198.

9-12.

21.LENART SB., BAUER CG.,
BRIGHTON DD., JOHNSON J.,
STRINGER TM. *Grief support
nursing staff in the ICU*. J Nu
StaffDev. 1998; 14 (6) :293-6.

22.ORSI L. *Siaarti (Società It
anestesia analgesia rianmazio
terapie intensive)
**Raccomandazioni per
l'ammissione e la dimissione d
terapia intensiva e per la
**limitazione dei trattamenti i
terapia. *Bioetica. 2003; 2: 35

23.CICCARELLO GP. S*trateg
Improve Endof- life Care in th
Intensive Care Unit. *Dimensi
Critical Care Nursing. 2003; 2:
217.

24.BERIT LINDAHL, PER OL
SANDAMAN. *The role of adv
in critical care nursing: a carin
response to another. *Critical
Nursing. 1998;14-179-186.

25.BAGGS JG., NORTON SA.,
SCHMITT MH., SELLERS CR.
dying patient in the ICU role o
interdisciplinary team. *Crit. C
clin. 2004;20(3): 525-40.

26.PRENDERSGAST TJ. *Res
conflicts surrounding end-of-lif
care. *New Horiz 1997 Feb;5 (C
62-71.