

# La continuità assistenziale nel monitoraggio e controllo del dolore cronico oncologico: una esperienza di integrazione ospedale-territorio nell'Azienda USL di Ravenna

Valeria Cremonini<sup>1</sup>, Margherita Guzzardi<sup>2</sup>, Riccarda Sopranì<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Dipartimento Oncoematologia, Azienda USL Ravenna

<sup>2</sup> Presidio Ospedaliero, Azienda USL Ravenna

<sup>3</sup> Distretto, Azienda USL Ravenna

Corrispondenza a:

Valeria Cremonini

Via Guido Reni 36

48022 Lugo (RA)

e-mail: v.cremonini@ausl.ra.it

## Riassunto

Questo studio si propone di descrivere un progetto di miglioramento che sperimenta il percorso clinico assistenziale dell'assistito con dolore cronico oncologico, attraverso un processo di integrazione ospedale-territorio nell'ambito del Dipartimento Onco-Ematologico (ospedaliero) e dei Dipartimenti Cure Primarie (territoriali).

Il coordinamento fra questi due "mondi" è molto complesso per le molteplici differenze che li contraddistinguono. Ad esempio, gli operatori sanitari non esplicano la loro professione simultaneamente in ospedale e nel territorio. Inoltre nel territorio solo alcuni servizi garantiscono una copertura assistenziale continuativa, espletata però da più soggetti, in quanto il servizio di assistenza infermieristica domiciliare è attivo per 12 ore, i medici di medicina generale per circa 12 ore e i medici di continuità assistenziale per la notte e i festivi.

Altri elementi che li differenziano sono i processi assistenziali ospedalieri e territoriali; quelli ospedalieri sono ad alta tecnologia, facilitati nella logistica e nelle comunicazioni, orientati ad una presa in carico per gestire la fase acuta della malattia con prestazioni pluriprofessionali in un breve lasso di tempo, i modelli organizzativi sono ancora settoriali e funzionali ad una assistenza per compiti. Invece quelli territoriali sono a basso livello tecnologico, penalizzati dalla parcellizzazione delle sedi, orientati ad una presa in carico per gestire la fase cronica della malattia tramite prestazioni al domicilio solitamente monodisciplinari e soprattutto con grande coinvolgimento del caregiver; i modelli organizzativi sono basati sulla personalizzazione dell'assistenza al domicilio e permettono facilmente l'adozione di modelli innovativi.

Gli elementi sopra citati, uniti alla realtà aziendale che presenta 3 presidi ospedalieri e 3 distretti, evidenziano la complessità nel definire i percorsi integrati ospedale-territorio e sottolineano la necessità di integrare i professionisti (dell'ospedale e del territorio) se si vuole rispondere adeguatamente al bisogno di controllo del dolore oncologico.

**Parole chiave:** dolore, percorso, integrazione-continuità, organizzazione-gestione, comunicazione.

## Summary

The aim of this study is to describe the improvement project that tests the clinical-assistance route of the patient with chronic-oncological pain, through the starting up of an integration process between hospital and territory, in the background of the Onco-Haematological Department (hospital) and Primary Care Department (community).

The coordination between these two "settings" is very complex because of the differences between them. For example, the providers do not work simultaneously in the hospital and in the community. In addition, at the community level, only some services grant a continuing care covered by other nursing service at home, active for 12 hours, general practitioners, 12 hours, and other doctors on call at night and holidays.

The hospital and the community differ also in the care process; the hospital care is based on high technology, multiprofessional performances acute case management, organization based on separate sectors and task oriented. The community health care facilities, the organization logistics are at distance, oriented to chronic disease management with mono-disciplinary intervention and high burden for the family-caregiver; the organizational models are based on personalized care at home and allow the adaptation of innovative models.

The above-mentioned complexity is combined with the presence of three hospitals and three community healthcare districts and requires to define specific care-pathways between the hospital and the community with an integration of the professional caregivers which is adequate to respond to the needs of cancer pain control.

**Key words:** *pain, hospital, community, integration-continuity, organization-management.*

## INTRODUZIONE

Nel Dlgs 299/99, all'articolo 1, comma 8, lettera h, è definito che il Piano Sanitario Nazionale indica "le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza".

Il Sistema Sanitario Regionale che l'Emilia-Romagna intende realizzare con il Piano Sanitario Regionale 1999-2001 è orientato alla promozione della salute (programmi di intervento verso determinanti della salute), all'organizzazione dei servizi (reti integrate di servizi, forme innovative di assistenza come gli Hospice), alla definizione regionale del modello di funzionamento ma locale nella scelta degli assetti organizzativi e distribuzione delle responsabilità.

In tale contesto si inseriscono i sistemi e gli strumenti finalizzati al miglioramento della qualità dei servizi sanitari con riferimento, in particolare, agli aspetti di carattere clinico-assistenziale.

In questo senso si sono sviluppate l'evidence-based medicine/nursing e le linee guida.

Oltre a ciò, risulta decisivo, alla luce di quanto indicato, la progettazione di un sistema che consenta, attraverso la rilevazione di fenomeni specifici, di analizzare le modalità con le quali è gestito il soggetto fondamentale di riferimento dell'Azienda: l'assistito.

Tale approccio assume la denominazione di percorso clinico assistenziale (PCA) dell'assistito.

Il percorso è una logica di gestione per processi applicato in sanità e pertanto assume le principali finalità:

- di promuovere e sostenere il ciclo di miglioramento continuo dei risultati;

- di favorire la lettura trasversale di risultati dell'organizzazione, supportando sia il ridisegno del sistema delle responsabilità organizzative sia quello dell'organizzazione aziendale.

In questo senso, il percorso dell'assistito introduce logiche di tipo organizzativo, in cui prevale l'individuazione di ruoli di collegamento e la creazione di gruppi di progetto, la collaborazione lungo la dimensione orizzontale, lo sviluppo di capacità di integrazione fra professionisti e di un sistema di rete all'interno dell'organizzazione.

Il fenomeno del dolore, in particolare quello oncologico, è un aspetto di carattere clinico-assistenziale considerato estremamente critico e necessario di una progettazione con le caratteristiche del percorso clinico-assistenziale. Infatti dall'analisi e revisione della letteratura sono emerse molte pubblicazioni nazionali e internazionali riguardanti gli aspetti epidemiologici relativi al dolore cronico oncologico e al trattamento ad esso correlato, dove si evidenzia la sottostima del trattamento del dolore cronico oncologico in Italia, che è tra gli ultimi Paesi al mondo per il consumo a scopo analgesico degli oppiacei. Questa criticità riguarda molti operatori sanitari e gli infermieri prioritariamente a causa del loro ruolo. Infatti l'interesse dell'assistenza infermieristica verso la persona che prova dolore è sempre stato di primaria importanza, perché l'assistenza è un atto di aiuto, di sostegno alla persona che soffre e non può rispondere da sola, ma si rende necessario il contributo di tutto il sistema professionale/sanitario.

Nell'ottica infermieristica il *dolore* non viene visto come sintomo di una alterazione, ma come *stato negativo di tutto il sistema-persona, che ne modifica le autonomie con evidenti ripercussioni negative anche sul nucleo familiare. Pertanto la risposta infermieristica, tramite azioni educative*

*ed interventi operativi, è tesa al miglioramento delle condizioni di salute della persona e al raggiungimento del più elevato "controllo possibile" da parte del soggetto stesso e della famiglia.*

Attraverso una formazione di base e continua specifica sul dolore, gli infermieri devono raggiungere la consapevolezza della responsabilità di essere professionisti di una assistenza che vuole essere efficace, tesa a migliorare le competenze e l'appropriatezza verso tutti gli assistiti ma, con particolare urgenza, verso quelli che soffrono e che potrebbero essere avviati ad un percorso di progressivo estraneamento dalla cura di se stessi e di perdita di quelle capacità potenziali che renderebbero possibile ogni processo di miglioramento di sé e del proprio stato, fosse anche e solo per un brevissimo percorso di vita.

Nel giugno 2004 la Regione Emilia-Romagna ha promosso un'indagine sulla sofferenza negli ospedali ed è emerso che nelle persone degenti in regime ordinario risultava una prevalenza del dolore severo pari al 23%. Anche nell'AUSL di Ravenna sono state fatte indagini sul medesimo fenomeno. Una prima indagine è stata effettuata all'interno del DH Oncologia di Ravenna nell'anno 2004 ed è emerso, da un campione di 20 assistiti sottoposti a chemioterapia, che il 7% accusava dolore severo e il 12% presentava dolore moderato. Una seconda indagine è stata effettuata nell'assistenza domiciliare nell'anno 2005 su 18 assistiti affetti da patologia oncologica ed è emerso che: 3 assistiti accusavano dolore assente/lieve, 3 assistiti accusavano un dolore acuto, 6 assistiti accusavano dolore cronico e 6 assistiti accusavano dolore acuto/ricorrente. I dati evidenziano l'elevata frequenza del fenomeno e le modalità diverse di rilevazione. Inoltre, dall'analisi dei piani assistenziali è risultato che la gestione del dolore al domicilio non era ritenuta rispondente ai bisogni dell'assistito con effetti e ripercussioni negative, oltre che ovviamente sull'interessato, anche sulla famiglia e sul personale infermieristico per il senso di impotenza che genera.

Da queste indagini sono scaturite le necessità di avviare un progetto di miglioramento sul dolore cronico oncologico per l'utilizzo omogeneo degli strumenti operativi di rilevazione, monitoraggio e controllo del dolore sia in ospedale che nel territorio. A tale proposito si è costituito un gruppo di lavoro multiprofessionale GLAM (Gruppo di Lavoro

Multidisciplinare) costituito da medici e infermieri sia dell'ospedale che del territorio. Questo studio descriverà le fasi del progetto, i risultati della prima valutazione, con particolare attenzione al ruolo infermieristico per le motivazioni precedentemente espresse.

## IL PROGETTO DI MIGLIORAMENTO

### Obiettivi

Il progetto "monitoraggio e controllo del dolore" è strutturato per perseguire l'integrazione Ospedale-Territorio nella cura del paziente con dolore cronico oncologico attraverso la definizione di un percorso clinico-assistenziale.

Nello specifico il progetto si propone di:

- elaborare e sperimentare una linea guida sulle raccomandazioni per il controllo del dolore neoplastico;
- elaborare e sperimentare strumenti integrati medico e infermiere per il monitoraggio del dolore cronico oncologico;
- elaborare e sperimentare strumenti operativi integrati Ospedale-Territorio per la continuità del monitoraggio e controllo del dolore;
- formare tutto il personale sanitario delle UU.OO. coinvolte nel progetto, attraverso un progetto formativo sul campo (FSC);
- favorire la partecipazione attiva della persona e della famiglia alla segnalazione e gestione del monitoraggio del dolore.

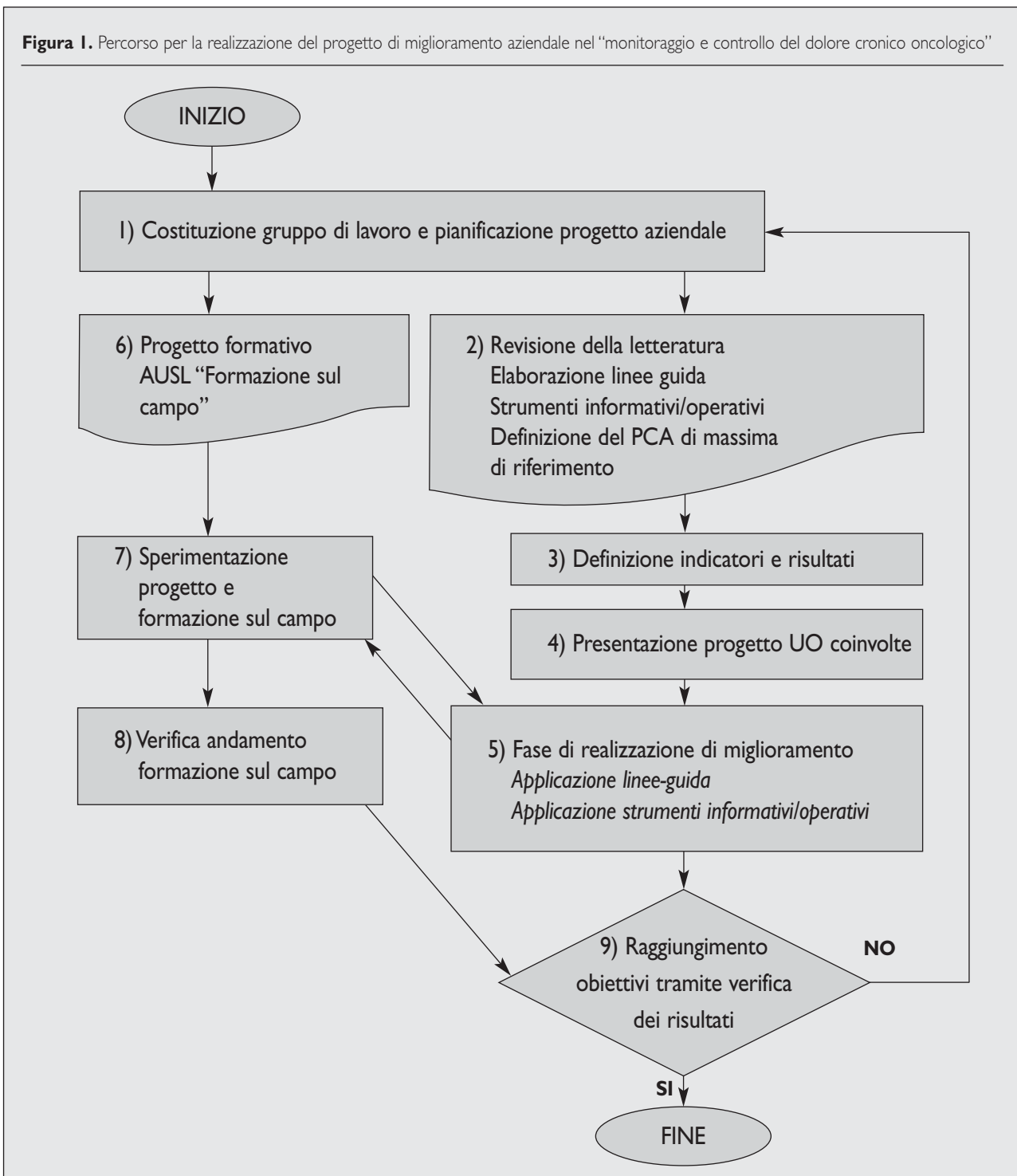
L'obiettivo è quello di ottenere un miglioramento nella gestione del dolore cronico oncologico, attraverso:

- un monitoraggio sistematico con la scala numerica NRS (Numerical Rating Scale) da 0 a 10, dove 0 rappresenta l'assenza del dolore e 10 il maggior dolore possibile;
- un controllo del sintomo dolore ad un livello corrispondente al dolore assente/lieve (0-3). Il monitoraggio sistematico si attua quando l'assistito denuncia un dolore che nella scala numerica è pari o superiore a 4.

### Materiali e metodi

Il progetto di miglioramento si è articolato in 9 fasi, rappresentate graficamente nel diagramma di Figura 1 e di seguito descritte.

**Figura 1.** Percorso per la realizzazione del progetto di miglioramento aziendale nel "monitoraggio e controllo del dolore cronico oncologico"



1) *Costituzione del gruppo di lavoro e pianificazione del progetto aziendale*

Il gruppo di lavoro multiprofessionale GLAM è il gruppo responsabile della conduzione del progetto nel suo complesso: gestisce il processo nel suo complesso, individua gli strumenti

operativi più appropriati per il raggiungimento degli obiettivi e per l'effettuazione dei percorsi, verifica i risultati.

La definizione del ruolo e della composizione del GLAM è stata un'operazione che ha avuto contenuti di carattere strategico, avendo il progetto fra le finalità il riuscire a generare

effetti permanenti sull'organizzazione per poter monitorare e controllare l'intensità del dolore in ogni set assistenziale. Al fine di garantire la massima funzionalità è stato opportuno organizzare il GLAM su due livelli distinti:

1. livello progettuale: esteso a tutti i componenti del GLAM e con compiti simili a quelli di un comitato scientifico; è orientato, quindi, a valutare e approvare l'approccio metodologico e i singoli stati di sviluppo della sperimentazione e a valutare le ricadute generate dal progetto;
2. livello operativo: limitato ai componenti del GLAM maggiormente coinvolti e con compiti di gestione del progetto.

La popolazione in studio individuata dal GLAM prevede gli utenti che accedono alle UU.OO. del Dipartimento Onco-Ematologico (Presidi Ospedalieri di Lugo-Faenza-Ravenna) e dei Dipartimenti di Cure Primarie di Lugo-Faenza-Ravenna (Assistenza Domiciliare) e Hospice Territoriale di Lugo, nell'ambito del periodo di tempo definito per la rilevazione dei risultati.

#### 2) *Revisione della letteratura - Elaborazione linee guida - Strumenti informativi operativi - Definizione del PCA di massima di riferimento*

Il GLAM ha effettuato:

- traduzione e discussione delle linee guida e della letteratura per la diagnosi e trattamento del dolore cronico oncologico; in particolare si è fatto riferimento alla linea guida SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), avendo ottenuto il massimo punteggio con la griglia di valutazione AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe), prodotto nell'ambito di un progetto europeo. L'AGREE è uno strumento adottato dalla Regione Emilia-Romagna per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche (Dossier 60-2002). Per le linee guida infermieristiche si è fatto riferimento alle Recommendations for Nursing Practice in Pain Management prodotte da "The Pain Society-The British Charter of the International Association for the Study of Pain";
- elaborazione delle linee guida per l'AUSL di Ravenna;
- elaborazione degli strumenti per il monitoraggio e controllo del dolore cronico in uso da parte del personale sanitario e da parte dell'assistito e/o del caregiver;
- elaborazione di opuscoli informativi per sensibilizzare gli utenti ad essere parte attiva del processo di cura.

#### DESCRIZIONE DEGLI STRUMENTI ELABORATI

**Opuscolo informativo:** da consegnare all'assistito e ai familiari da parte delle UU.OO. coinvolte. L'opuscolo informativo è uno strumento che serve a dimostrare che il sistema sanitario e gli operatori che vi lavorano non sono indifferenti al problema dolore.

**Diario personale del dolore:** da consegnare all'assistito quando, in esito al suo percorso di cura, viene inserito nelle UU.OO. del progetto (Dipartimento Oncologico, Assistenza Domiciliare e Hospice). Il diario personale del dolore è lo strumento operativo del progetto complessivo, che serve come strumento di integrazione ospedale-territorio, ma anche come strumento di gestione attiva del dolore da parte dell'assistito. L'assistito e/o il familiare viene educato/informato ad utilizzare il diario, che serve a monitorare il dolore tutti i giorni (media dell'intensità giornaliera del dolore), allo stesso orario, evidenziando anche il dolore episodico intenso (DEI). Il diario personale viene aperto quando l'assistito denuncia un dolore pari o superiore a 4 e ad ogni visita in ospedale o accesso al domicilio dovrà presentare il diario al medico o all'infermiere che farà la valutazione del dolore, dell'adeguatezza del piano terapeutico ed adotterà le misure previste nel percorso di massima di riferimento. Questo strumento permette di ottenere una valutazione intermedia e finale del percorso "dolore" dell'assistito e di non avere interruzione sul piano di cura, perché è utilizzato come strumento di lavoro per i professionisti sia dell'ospedale che del territorio. L'assistito e i familiari sono informati che quando il diario non serve più deve essere riconsegnato all'UO di appartenenza.

**Scheda infermieristica:** in uso per la rilevazione del dolore nei Day Hospital di Onco-Ematologia nei Presidi Ospedalieri di Lugo-Faenza-Ravenna. Ad ogni nuovo accesso in Day Hospital l'infermiere dedicato alla presa in carico del paziente compila la scheda comprensiva dell'item che riguarda il dolore. La rilevazione del dolore avviene il 1° giorno di ogni ciclo di chemioterapia.

**Grafica:** serve per il monitoraggio dell'intensità del dolore nei reparti di degenza Onco-Ematologici dei Presidi di Ravenna e Lugo e Hospice. Lo scopo della scheda è di rilevare quotidianamente il dolore come "quinto segno vitale".

**Scheda di prescrizione farmacologica per il DEI:** (Dolore Episodico Intenso): da utilizzare nei reparti di degenza e hospice. Tale scheda è nata per una gestione più appropriata della terapia analgesica nel trattamento del dolore episodico intenso.

**Scheda dei fattori produttivi:** è lo strumento operativo che permette l'individuazione dei fattori aggravanti o allevianti il dolore e permette la stesura del piano assistenziale personalizzato infermieristico, comprensivo di trattamenti complementari ai trattamenti farmacologici descritti nel diario del dolore. L'infermiere effettua la raccolta dati tramite intervista all'assistito ed al familiare, al fine di individuare i fattori personali ed ambientali che influenzano l'intensità e l'insorgenza del dolore. L'infermiere descrive il piano di intervento assistenziale e ne verifica l'efficacia ad ogni accesso.

Il GLAM ha successivamente definito il percorso di massima di riferimento per l'attuazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale. Il percorso è stato rappresentato attraverso il modello a matrice (dove, quando, chi, cosa, come), che rafforza i meccanismi di integrazione interna al gruppo multi-professionale di persone. La schematizzazione del PCA risulta utile per chiarire e classificare le attività rispetto alle figure professionali coinvolte ed è stata elaborata per ogni singola UO coinvolta rispetto ad ogni tappa del percorso assistenziale del paziente (ingresso/presa in carico, cura/assistenza, dimissione).

### 3) Definizione indicatori e risultati attesi

Il GLAM ha definito una prima verifica a breve-medio termine dei seguenti risultati attesi:

- Rispetto al campione degli assistiti presi in carico con dolore, in un periodo di tempo definito, ci sia evidenza di valutazione dell'intensità del dolore.
- Rispetto al campione degli assistiti presi in carico con dolore, in un periodo di tempo definito, ci sia evidenza di autovalutazione del dolore da parte dell'utente o del caregiver.
- Rispetto al campione di assistiti presi in carico in un preciso contesto operativo, nell'ambito di un periodo di tempo definito, ci sia evidenza dell'utilizzo della scheda dei fattori produttivi.
- Rispetto al campione degli assistiti presi in carico con dolore, in un periodo di tempo definito, ci sia evidenza di concordanza fra grado di dolore espresso alla valutazione e gradino di trattamento scelto.

e. Rispetto a tutti i professionisti coinvolti nella gestione del dolore nell'ambito delle Unità Operative coinvolte, ci sia evidenza della percentuale dei professionisti educati e formati nel periodo di tempo considerato.

### 4) Presentazione progetto alle UU.OO. coinvolte e

### 5) Fase di realizzazione azioni di miglioramento

La presentazione alle UU.OO. si è sviluppata attraverso la spiegazione dei seguenti argomenti:

- obiettivi del progetto, UU.OO. coinvolte e il loro ruolo nella sperimentazione;
- il problema del dolore in Italia (istituzione Ospedale senza Dolore);
- le linee guida elaborate come strumento e indirizzo di una buona pratica clinica;
- descrizione degli strumenti operativi previsti nel progetto e loro applicabilità;
- descrizione del progetto formativo sul campo e come questo si sviluppa.

Principali cadenze temporali:

gennaio 2006: insediamento del GLAM;

febbraio/maggio 2006: stesura del progetto;

giugno/luglio 2006: presentazione del progetto. Si specifica che in questa fase il coinvolgimento dei medici di Medicina Generale è stato previsto relativamente alla specifica formazione. L'adozione dello strumento "diario personale" è stata prevista nella fase successiva;

agosto 2006: avvio sperimentazione del progetto contemporaneamente all'avvio della "formazione sul campo", per il personale dipendente AUSL, che prevede l'utilizzo degli strumenti operativi elaborati dal GLAM;

ottobre 2006: verifica dei risultati di breve-medio termine a cura del GLAM operativo;

dicembre 2006: discussione, approfondimenti ed eventuale revisione degli strumenti in seno al GLAM di progetto;

1° semestre 2007: adozione del diario del dolore nel territorio;

entro giugno 2007: verifica del progetto.

### 6) Progetto formativo AUSL "Formazione sul campo" e

### 7) Sperimentazione progetto e formazione sul campo

L'avvio della sperimentazione del progetto (quantificabile in circa 4 mesi) è coinciso con l'avvio della "formazione sul campo", che prevede l'utilizzo degli strumenti operativi elaborati dal GLAM. Per potere partecipare al progetto

formativo sul campo gli infermieri e i medici, che lavorano nelle UU.OO. coinvolte nel progetto, devono:

- seguire le raccomandazioni della linea guida elaborata dal GLAM;
- utilizzare le schede specifiche delle UU.OO. di riferimento (schede per DH, schede per degenze, schede per assistenza domiciliare);
- distribuire gli opuscoli informativi;
- aprire, monitorare e consegnare i diari personali per garantire la continuità assistenziale agli assistiti con dolore riferito nella scala NRS da 4 in su. Per monitoraggio, si intende la richiesta che il GLAM operativo ha fatto alle UU.OO. coinvolte, affinché nella fase sperimentale su un apposito registro rimanga traccia dei pazienti a cui viene consegnato il diario personale.

La formazione sul campo (FSC) non interferisce nella normale prassi lavorativa ma si concretizza durante la regolare attività di servizio e dà rilievo a spazi e momenti di riflessione e rielaborazione di progetti operativi proposti dall'azienda per il raggiungimento dei propri obiettivi aziendali.

I progetti formativi sul campo attivati per il presente progetto sono di due tipologie di FSC:

- a. il gruppo di miglioramento GLAM che ha elaborato il progetto è stato identificato come partecipazione a gruppi di miglioramento. Per l'impegno richiesto al gruppo il responsabile ECM l'ha accreditato per un totale di 8 crediti, essendo stato valutato un impegno per singolo partecipante di almeno 20 ore;
- b. la partecipazione delle UU.OO. coinvolte nel progetto è stata individuata come "partecipazione a ricerche" e si è valutato un impegno complessivo di 42 ore per singolo partecipante; questo significa un impegno medio settimanale di 3 ore da agosto a dicembre e consente il riconoscimento di 15 crediti ECM.

8) *Verifica andamento formazione sul campo e*

9) *Raggiungimento obiettivi tramite verifica risultati*

La prima verifica a breve termine ha avuto come scopo quello di controllare lo stato di utilizzo degli strumenti e le problematiche incontrate dagli operatori al fine di apportare le azioni correttive, nonché di avere una prima visione dell'efficacia del progetto nel controllo del fenomeno dolore, pur in presenza di un campione scarsamente numerico e del non completo coinvolgimento nell'uso di tutti gli strumenti da

parte di tutti i soggetti. Infatti nel territorio è stata sperimentata la scheda infermieristica dei fattori produttivi incidenti o allevianti sul dolore, ma non il diario personale del dolore, in quanto nel 2° semestre 2006 il progetto prevedeva l'avvio del percorso di informazione/formazione dei medici di Medicina Generale, che rappresentano i principali responsabili clinici nel territorio, e l'adozione del diario nel 1° semestre 2007. Rispetto alle degenze e ai Day Hospital va precisato che l'analisi dei risultati di evidenza di valutazione è stata intesa come valutazione alla presa in carico e come valutazione della sistematicità del monitoraggio durante la degenza nei Day Hospital o nelle degenze.

## RISULTATI

L'analisi del campione è stata condotta nella settimana dal 2 al 7 ottobre 2006 e ha interessato 104 assistiti nel territorio, 30 nei Day Hospital, 25 nelle UU.OO. di degenza ed Hospice, 4 in Ambulatorio di Terapia Antalgica.

**Risultato 1: rispetto al campione di assistiti presi in carico, ci sia evidenza di valutazione dell'intensità del dolore.**

Day Hospital: dall'analisi dell'evidenza di valutazione del dolore alla presa in carico, rispetto alle 30 schede infermieristiche compilate per i nuovi assistiti emerge che 21 schede sono state compilate all'item del dolore mentre 9 schede non sono state adeguatamente compilate.

Per quanto riguarda il monitoraggio, che prevedeva l'evidenza di valutazione dell'intensità del dolore all'inizio di ogni ciclo di chemioterapia, si è constatata l'assenza nel 100% dei casi. Ciò è certamente da ascrivere, in parte, al numero dei casi e al breve periodo rispetto alle cadenze temporali delle chemioterapie. Tuttavia, è risultata evidente la necessità di rivalutare il modello organizzativo ed assistenziale presente (modello per compiti e non per presa in carico) dei piani di lavoro e inoltre dei carichi di lavoro.

Degenze: l'analisi ha evidenziato che 25 assistiti (pari al 72%) su 35 degenti presentavano valutazione dell'intensità del dolore. La valutazione è stata effettuata a tutti i malati in ingresso e sistematicamente a tutti i degenti ogni giorno durante la degenza ospedaliera. I livelli di intensità del dolore risultano essere in 14 casi (pari al 40%) moderato-severo e nel 60% dei casi assente-lieve.

Questa frequenza rappresenta un primo indicatore di prevalenza per le degenze.

Un altro livello di analisi è stato effettuato in base alla sistematicità del monitoraggio e dai dati emerge che in tutte le degenze, al momento in cui viene attivata la grafica del dolore nella documentazione infermieristica, c'è evidenza di monitoraggio al 100%.

Un ultimo livello di analisi ha riguardato il controllo dell'intensità del dolore dal momento dell'ingresso fino al giorno della verifica. È risultato che 9 persone all'ingresso presentavano un dolore moderato-severo e di queste il giorno di analisi del campione 8 presentavano un livello di dolore assente-lieve e 1 persona dolore moderato.

**Risultato 2: rispetto al campione degli assistiti presi in carico con dolore, ci sia evidenza di autovalutazione del dolore da parte dell'utente e/o del caregiver.**

Day Hospital: nella scheda infermieristica di DH risulta la valutazione del dolore pari o superiore a 4 al momento della presa in carico per 21 assistiti e per questi è avvenuta l'apertura del diario del dolore e la trasmissione al medico per la stesura del piano terapeutico. Dall'analisi della gestione dei 21 diari è risultato che per 11 è avvenuta la compilazione da parte del medico e, di conseguenza, la consegna all'assistito, per 8 non è avvenuta la compilazione da parte del medico, sono rimasti in cartella e pertanto non consegnati all'assistito, e per 2 non si è rintracciato l'assistito.

L'"evidenza di autovalutazione" conduce alla necessità di rilevarne la sistematicità, stabilita come il rapporto fra numero dei giorni effettivi di autovalutazione e numero dei giorni potenziali di autovalutazione. Questi ultimi si calcolano dal giorno di consegna del diario fino al giorno della rilevazione. Il progetto prevede una sistematicità almeno al 90%. L'analisi dei 21 diari ha indicato che la sistematicità è presente in 6 diari (29%), mentre in 12 (58%) è parziale.

Degenze: non si è verificata la distribuzione del diario del dolore; questo dato, in un primo momento, ha indotto le Autrici a pensare che tutti gli assistiti in dimissione presentassero una intensità di dolore inferiore a 4. Successivamente alla data di indagine si è provveduto a verificare le motivazioni della non apertura del diario del dolore ed è risultato che effettivamente i dimessi avevano un dolore da 0 a 2. Solamente in due casi i dimessi presentavano un dolore superiore a 4, ma il diario non è stato consegnato perché in un caso l'assistito e la sua famiglia non sono stati ritenuti in grado di "gestire" la compilazione del diario e nell'altro

caso non sarebbe stata possibile la rintracciabilità del diario per l'ambito territoriale di residenza (extra Azienda USL Ravenna).

Ambulatorio di Terapia Antalgica: non sono risultati aperti diari del dolore. Ciò probabilmente è imputabile al fatto che gli assistiti curati nel periodo di sperimentazione e afflitti da dolore moderato-severo fossero in carico ad altre UU.OO. coinvolte nella sperimentazione; certamente influiscono anche altre variabili, quali la novità degli strumenti e il numero di operatori presenti. Infatti, successivamente al giorno di analisi dei dati, è stata effettuata un'altra verifica presso l'Ambulatorio ed è risultata l'apertura di due diari del dolore.

**Risultato 3: rispetto al campione di assistiti presi in carico, ci sia evidenza dell'utilizzo della scheda dei fattori produttivi.**

L'analisi dei fattori produttivi, espressa con percentualizzazione, è stata effettuata a livello Aziendale per fattore produttivo, per frequenza e per sesso con i criteri aumento e diminuzione.

Aumento del dolore: si nota una sostanziale convergenza fra maschi e femmine, poiché i fattori produttivi che hanno ricevuto più frequenze sono rumori intensi (56% negli uomini e 50% nelle donne) e cambiamento del tempo (52% negli uomini e 63% nelle donne).

Diminuzione del dolore: anche in questo caso si nota una convergenza fra maschi e femmine, poiché i fattori produttivi che hanno ricevuto più frequenze sono sonno e riposo (47% negli uomini e 62% nelle donne) e distrazioni (45% negli uomini e 55% nelle donne).

Esistono invece differenze di "sesso" per quanto riguarda i fattori produttivi: luci intense (con il 58% risulta peggiorativo per gli uomini rispetto alle donne), effetto liquori (per gli uomini agiscono sulla diminuzione con una frequenza triplicata rispetto alle donne).

Pianificazione degli interventi assistenziali e risultati: per quanto riguarda i piani di intervento si rileva innanzitutto la coerenza fra gli interventi prescritti e l'analisi degli effetti dei fattori produttivi; ad esempio le prescrizioni correlate al freddo, al caldo, alla distrazione. Fra gli interventi più prescritti risultano le tecniche di rilassamento, i massaggi. Per quanto riguarda i risultati, si è evidenziato che in alcuni casi sono stati registrati effetti migliorativi sull'intensità del dolore, all'aumento dell'intervallo di tempo fra un accesso di dolore e l'altro, al calare della terapia antidolorifica; si riscontrano

soprattutto effetti benefici derivanti dai diversivi e dalle distrazioni, ad esempio: “parlando di temi generali o di quando era giovane avverte meno dolore”; “il paziente avverte lieve beneficio nell’essere occupata nell’ambiente familiare”.

**Risultato 4: rispetto al campione degli assistiti presi in carico con dolore, ci sia evidenza di concordanza fra grado di dolore espresso alla valutazione e gradino di trattamento prescelto.**

Day Hospital e degenze: il risultato della concordanza della terapia analgesica rispetto all’evidenza di intensità di dolore registrata sugli strumenti operativi, è stato valutato prendendo in esame due momenti, quello della presa in carico nelle degenze e quello della durata del trattamento in DH. Alla presa in carico, rispetto alla intensità di dolore registrata, non è stato possibile evidenziare con chiarezza i farmaci e la posologia degli stessi assunti al domicilio o comunque in precedenza (il dato non emerge con chiarezza nella documentazione clinica e non è stato contemplato negli strumenti operativi definiti), per cui la valutazione è avvenuta relativamente all’evidenza o meno della copertura analgesica. Il risultato indica che il 79% degli assistiti in degenza e il 90% degli assistiti in DH afflitti da dolore moderato-severo presentano terapia analgesica.

Durante la fase del monitoraggio è stato possibile rilevare la concordanza terapeutica con l’intensità di dolore rilevata per gli assistiti della degenza che presentavano dolore episodico intenso (DEI) ed è stata rilevata una concordanza per l’88% degli assistiti in studio. È stato possibile valutare tale concordanza in quanto l’attenzione è stata posta al principio attivo scelto per il trattamento del DEI verificatosi, poiché in base alla scala OMS recepita nella Linea Guida Aziendale il DEI deve essere trattato con morfina.

Un dato che si ritiene interessante e meritevole di approfondimenti è che fra i 10 assistiti (4 in degenza a Ravenna, 3 in Hospice a Lugo e 3 in degenza a Lugo), che hanno presentato uno o più episodi di DEI per un totale di 33 accessi, esiste una netta differenziazione nella frequenza degli accessi. Infatti nella degenza di Ravenna la frequenza degli accessi risulta molto inferiore rispetto alle altre degenze (5 accessi a fronte dei 12 dell’Hospice e dei 16 della degenza Lugo).

**Risultato 5: rispetto a tutti i professionisti coinvolti nella gestione del dolore nell’ambito delle UU.OO. coinvolte, ci sia evidenza della percentuale dei professionisti educati e formati nel periodo di tempo considerato.**

Rispetto al risultato della percentualizzazione dei professionisti da formare e quelli partecipanti al progetto di formazione sul campo, emerge l’ampia adesione e coinvolgimento di tutto il personale delle équipes assistenziali delle UU.OO. La percentuale dei professionisti che non hanno aderito al progetto formativo sul campo degli strumenti operativi è dettata unicamente da coloro che si sono assentati dal servizio per lunghe malattie o per particolari motivi di lavoro.

Non ci sono state segnalazioni di operatori che hanno espresso l’astensione all’utilizzo degli strumenti.

## DISCUSSIONE

Dalla verifica effettuata è stato possibile approfondire diversi elementi, oltre agli indicatori definiti, che possono essere significativi per riflettere su alcuni aspetti organizzativi e assistenziali.

In particolare si fa riferimento:

- al diverso livello di adesione alla compilazione degli strumenti operativi fra i vari set assistenziali e fra i professionisti che vi operano. Ad esempio, nei Day Hospital sembrano emergere maggiori criticità organizzative e minor livello di adesione nella compilazione degli strumenti “integrati”. Nelle degenze e nel territorio l’adesione agli strumenti infermieristici è stata al 100%. Si rinnova l’evidenza del ruolo infermieristico come facilitatore dei processi di cambiamento;
- al basso grado di sistematicità nell’autovalutazione da parte dell’assistito e la modalità di autocompilazione; l’assenza di ciò potrebbe essere imputata alla scarsa comprensione delle informazioni date da parte del personale di assistenza oppure anche ad altri elementi, quali la dimenticanza, l’aggravamento delle condizioni psicofisiche;
- alla mancanza di riscontro strutturato della corretta compilazione degli strumenti nei diversi set assistenziali in cui ogni assistito viene curato non avendo previsto degli indicatori appositi, ad esempio per il caso Day Hospital Onco Lugo-Hospice Lugo e per il caso Day Hospital Onco Ravenna e Assistenza Domiciliare Ravenna;
- ai livelli diversificati di diffusione del progetto la cui conoscenza all’esterno dei dipartimenti interessati è stata prevista in tempi successivi e con pubblicazione degli strumenti elaborati nel sito Intranet dell’Azienda, in attesa della redazione e diffusione del manuale del progetto.

Questo ha comportato che in alcune situazioni conseguenti al ricovero o accesso in pronto soccorso degli assistiti con diario personale del dolore, gli operatori venissero a conoscenza del nuovo strumento aziendale adottato dal malato stesso;

- alla necessità di dotare gli infermieri di maggiori conoscenze e abilità relativamente alle tecniche complementari al trattamento farmacologico (soprattutto per il rilassamento);
- al coinvolgimento della famiglia e delle badanti. Ad esempio viene descritto che si è educato il caregiver (moglie, marito o badante) ad effettuare i massaggi, al posizionamento corretto, alla somministrazione di terapie prima della movimentazione. Ancora, si segnala il coinvolgimento della famiglia per il colloquio, per le brevi passeggiate e per lo svolgimento della vita quotidiana: pranzare/cenare con la famiglia, conversare con amici, nipoti. Gli effetti sul caregiver di questo coinvolgimento non sono stati sottoposti a indagine nel presente studio, ma certamente merita di essere sviluppato in altri studi futuri;
- umanizzazione dell'assistenza: se al domicilio, dove ciascuno può personalizzarsi l'ambiente, le condizioni ambientali hanno tanta influenza sull'aumento del dolore, quale influenza ambientale ha il ricovero in struttura residenziale? Ed ancora: se al domicilio, dove una persona è inserita nel proprio habitat sociale, il sonno e le distrazioni hanno tanta influenza sulla diminuzione del dolore, quale effetto ha il ricovero?
- lo scarso costo del progetto stesso che ha previsto il coinvolgimento di professionisti tutti interni all'Azienda (in orario di lavoro istituzionale), la creazione di strumenti cartacei da parte degli operatori e strutture aziendali. È atteso un aumento dei costi conseguenti all'aumento del consumo di farmaci (soprattutto oppiacei) e all'acquisto di presidi (pompe per infusione).

Alla luce dei dati e delle considerazioni esposte, sono necessarie le seguenti azioni correttive a breve scadenza:

- diverso modello organizzativo nei Day Hospital per migliorare la presa in carico;
- formulazione di indicatori per il raccordo nelle fasi di dimissione-presa in carico nei diversi set assistenziali;
- revisione della scheda "fattori produttivi" per inserire lo spazio in cui segnalare l'intensità del dolore, poiché il dia-

rio personale riporta una media del dolore provato nell'arco delle 24 ore e non evidenzia la condizione dell'assistito al momento dell'accesso infermieristico;

- apertura del diario personale a tutte le persone che al momento della presa in carico in un set assistenziale della rete presentano un piano terapeutico analgesico corrispondente ai livelli di intensità moderato-severo.

L'esperienza di presa in carico della persona con dolore oncologico illustra in modo emblematico l'importanza e la complessità di un'integrazione strutturata e continuativa non occasionale tra medici e infermieri del territorio e dell'ospedale.

Tale progetto di miglioramento ha dimostrato la complessità del processo da implementare e, nonostante la scarsa casistica rilevata, l'efficacia del sistema nel controllo dell'intensità del dolore e la possibilità di disporre di indicatori per il monitoraggio dell'efficacia del progetto. Il confronto strutturato e documentato, tra quanto succedeva prima del cambiamento e i risultati del dopo, non è e non sarà possibile perché precedentemente i dati non venivano raccolti in modo sistematico.

La maggior conoscenza del "fenomeno" ci permetterà di indirizzare meglio i tempi e le priorità delle azioni future, che certamente *dovranno riguardare la semplificazione degli strumenti, lo studio di sistemi per prevenire gli effetti collaterali dei farmaci, la durata del mantenimento delle autonomie quotidiane, la gestione di percorsi comunicativi facilitati con la famiglia, la gestione di trattamenti non farmacologici e farmacologici in base a protocolli condivisi.*

## CONCLUSIONI

Tenendo conto delle premesse legislative, professionali, metodologiche nonché della verifica degli strumenti operativi, si è portati ad esprimere la convinzione che nella popolazione e negli operatori sanitari, infermieri in particolare, ci sia un grande bisogno di cambiamento.

Il momento evolutivo del SSN è teso ad una gestione per percorsi clinico-assistenziali che garantiscono la centralità dell'assistito. Parimenti si assiste al momento evolutivo della professione infermieristica, tesa ad un agire orientato a garantire il miglior livello assistenziale alla persona e alla famiglia, nonché a sviluppare le proprie aree di responsabilità in base a solide evidenze scientifiche. Tutto questo traspare

dal grado di adesione al progetto innovativo, dalla motivazione e dalla consapevolezza sia per la valorizzazione del proprio ruolo nell'esercizio quotidiano sia per la concretizzazione degli effetti benefici per gli assistiti e per le loro famiglie. Il percepire e valutare le situazioni in modo diverso comporta la capacità di porsi in posizione critica e costruttiva nel mondo della salute.

La difficoltà di integrare teoria e pratica, la demotivazione professionale e la stressante realtà lavorativa degli infermieri inducevano a pensare ad uno scarso accoglimento delle attività frutto di un lavoro teorico di un gruppo di lavoro. Invece la risposta partecipata nella sperimentazione degli strumenti è stata una sorpresa, in quanto gli strumenti operativi hanno ricevuto un ampio consenso ed un'ampia adozione, pur attivando il percorso in pieno periodo estivo e di ferie.

La continua e sistematica informazione agli operatori dello stato di avanzamento del progetto, il supporto e lo stimolo agli operatori esercitato dai tutor del progetto formativo e dalle sottoscritte, in qualità di componenti del GLAM operativo e in virtù dei ruoli organizzativi ricoperti, sono risultati il valore aggiunto del progetto.

L'evoluzione futura del progetto comporterà certamente uno sviluppo delle aree di responsabilità per gli infermieri che operano nei servizi interessati e si potrebbero porre le basi per implementare degli studi in merito all'area autonoma infermieristica. Gli sviluppi potrebbero ad esempio interessare i trattamenti complementari e integrativi ai farmaci, lo studio di azioni per prevenire gli effetti collaterali, i percorsi comunicativi specifici per supportare gli assistiti e le famiglie, l'ampliamento dei campi di autonomia in base a protocolli condivisi, la documentazione delle autonomie quotidiane raggiunte dagli assistiti e infine favorire la socializzazione dei dati tramite la loro diffusione.

Naturalmente sono molti i fattori e le variabili che influenzano sul processo di cambiamento e, assieme al consenso degli infermieri, è necessario trovare anche quello medico, tecnico e degli assistiti *in primis*. Trovare il consenso degli altri professionisti è un lungo lavoro di persuasione, di dimostrazione di benefici, a volte di scontro, ma è inevitabile per raggiungere i risultati voluti.

Riteniamo che l'attuazione di questo progetto vada nella direzione auspicata per la metodologia adottata e per i risul-

tati ottenuti fino ad oggi. La sfida è vedere quanto e come questo percorso possa essere sviluppato in altri contesti.

Il personale sanitario, e quello infermieristico in particolare che vive a diretto contatto con il malato afflitto da dolore, va continuamente sostenuto e motivato nel continuare a prestare assistenza vicino a chi soffre, e a volte muore.

L'atteggiamento di chi assiste la persona nelle fasi terminali della propria vita deve essere orientato alla speranza.

Ungaretti in una sua poesia cita: "purché la morte mi colga vivo". Significa che finché c'è vita la persona deve essere aiutata a mantenere la propria autosufficienza perché deve poter godere dei pochi attimi di vita rimasti. Questo obiettivo si raggiunge solamente se la persona è libera da un "dolore inutile" (Titolo di un libro scritto da Sergio Zavoli).

## Bibliografia

### Libri di testo

- Del Giudice F. *Legislazione sanitaria e sociale*. Napoli: Edizioni Giuridiche Simone, 2005.
- Giorgietti R. *Legislazione e organizzazione del Servizio Sanitario*. Rimini: Maggioli Ed., 2002.
- Chiari P, Santullo A. *L'infermiere case manager*. Milano: McGraw-Hill Ed. 2001.
- Santullo A. *L'infermiere e le innovazioni in Sanità*. Milano: McGraw-Hill Ed., 1999.
- Benci L. *Aspetti giuridici della professione infermieristica*. Milano: McGraw-Hill Ed., Quarta Edizione (2005).
- Carpanelli I, Canepa M, Bettini P. et al. *Oncologia e cure palliative*. Milano: McGraw-Hill Ed., 2002.
- Lega F. *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*. Milano: McGraw-Hill Ed., 2001.
- Casati G, Vichi MC. *Il percorso assistenziale del paziente in ospedale*. Milano: McGraw-Hill Ed., 2002.
- Lanzara GF, Ciborra C. *Labirinti dell'innovazione. Tecnologia, organizzazione, apprendimento*. Milano: Etas, 1999.

### Documenti, atti, articoli

- Zanotti R et al. *La percezione del dolore nel paziente e in chi lo assiste. Indagine esplorativa pilota pubblicata nella rivista Mondo Infermieristico dell'ISIRI (International Institute of Nursing Research), n.1/1999, pag 1-4.*
- De Marinis M, Matarese M, Tartaglioni D et al. *Un approccio didattico al problema del dolore nel diploma universitario per infermiere. Nursing Oggi 1999; 3: 38-44.*
- Barbieri G. *Terapia del dolore e sostanze stupefacenti: le nuove norme. Professione Infermiere del Collegio IPASVI di Bologna 2001; 14-16.*
- World Health Organisation Regional Office for Europe. *Educazione terapeutica del paziente. Documento tratto dal progetto Ospedali per la Promozione della Salute, versione ridotta novembre 2001.*
- Gullo M. *La cura oltre il dolore. L'Infermiere della Federazione Nazionale IPASVI 2002; 2: 16-17.*

- *Incontri di aggiornamento e discussione sullo stato dell'arte, le dimensioni del problema, i bisogni e le soluzioni possibili in Italia.* Milano: Ed. Formenti, 2002.
- *Prima Giornata Nazionale del Sollievo.* [www.ministerodellasalute.it](http://www.ministerodellasalute.it), 2002.
- Tomassetti R. *Conoscere il dolore per poterlo combattere.* *L'Infermiere* 2003; 4: 9-10.
- *Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi-Odontoiatri e Fondazione ALITTI. Il trattamento del dolore.* *Gli Inserti di Toscana Medica* 2003; 3. MEDICA I-IV dei Medici.
- Vinci M, Colombo GL. *Considerazioni farmaeconomiche nel trattamento del dolore cronico di grado moderato-intenso.* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2004; 2: 82-89.
- *Gruppo Aziendale Cure Palliative - Azienda USL di Modena. Progetto NO-DO 2004 - No al Dolore, a casa senza dolore.* 2004.
- Tomassetti R. *Il dolore: un nemico che si può battere.* *L'Infermiere* 2004; 2: 15.
- Corli O, Pizzuto M. *Breakthrough pain (dolore episodico intenso).* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2004; 3-4: 31-38.
- Fiorillo F, Guardini I, Cappelletto G. *La gestione del dolore. Impatto dell'apprendimento sulle conoscenze e atteggiamenti degli infermieri. Risultati di una esperienza formativa.* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2004; 3-4: 39-44.
- *Atti dal 1° Convegno Mitteleuropeo di Cure Palliative organizzato dal Centro di riferimento Oncologico di Aviano. Panorama Sanità* 2005; 30: 18-34.
- Camarda C, Ferrari S, Galassi S et al. *La Continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio: vincoli e opportunità.* *Professione Infermiere Collegio IPASVI di Bologna* 2004; 3: 36-42.
- *Il dolore non necessario.* [www.partecipasalute.it](http://www.partecipasalute.it), dicembre 2004.
- Apolone G, Mosconi P, Colombo C et al. *Il dolore nel paziente con cancro: un progetto di ricerca.* *R&P* 2004; 20: 137-145.
- Cavallaro M, Poggi M. *Assistenza Infermieristica e controllo del dolore oncologico.* *Atti del convegno "Per una medicina senza dolore"*, Azienda USL Ravenna, maggio 2004.
- *Le terribili cifre relative al dolore cronico in Europa.* 26° Congresso Associazione Italiana per lo studio del dolore. [www.aisd.it](http://www.aisd.it), 2004.
- Minuzzo S. *Dolore e fattori demografici.* *Mondo Infermieristico ISIRI* 2005; 1: 11-13.
- Giardina V, Invernizzi A, Baiardi P. *Studio pilota randomizzato per il controllo del dolore di origine neoplastica tramite somministrazione di fentanyl o buprenorfina per via transdermica.* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2005; 3: 30-35.
- *Collegio IPASVI di Bologna. Percorsi assistenziali e continuità delle cure. La responsabilità infermieristica per garantire i percorsi integrati ospedale-territorio e l'integrazione multiprofessionale.* *Atti del Corso di formazione continua ECM, anno 2005.*
- *Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Il trattamento del dolore.* *Da I Quaderni, supplemento della rivista L'Infermiere* 2005; 1: 24-27.
- Ferraretto F, Salmasso D, Pegoraro C. *Continuità assistenziale: analisi e confronto tra un servizio infermieristico di assistenza domiciliare italiano ed uno svedese in base ai criteri del Canadian Council on Health Accreditation.* *Professioni Infermieristiche* 2005; 58(2): 80-82.
- *Seminario Regionale del Servizio Sanitario Regione Emilia-Romagna su "Indagine sulla percezione della sofferenza e del dolore rivolta alle persone ricoverate negli ospedali della Regione Emilia-Romagna. L'evoluzione del trattamento del dolore"*, *Giornata del Sollievo* 7 giugno 2005.
- *Dolore cronico: ne parlano pazienti e medici a Milano.* [www.health.net](http://www.health.net), 2005.
- *NO al Dolore inutile: analisi, sfide, riflessioni e proposte.* *Supplemento al Sole 24 ore Sanità, novembre* 2005: 3-42.
- *Cure Palliative al rallenti.* *IV Giornata Nazionale del Sollievo.* *Rivista Agenzia Sanitaria Italiana* 2005; 22: 2-5.
- *Gestione Infermieristica dello stato psichico e del dolore negli assistiti a domicilio affetti da patologie oncologiche - relazioni con la famiglia.* Azienda USL Ravenna, aprile 2005.
- Monti M, Moretti D, Conti A. *Prevalenza del dolore cronico in anziani istituzionalizzati in residenza sanitaria assistenziale.* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 2: 17-23.
- Guardini I, Talamini R, Fiorillo F et al. *L'efficacia della formazione nella gestione del dolore.* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 1: 23-28.
- Zuccaro P, Palmi I, Pacifici R et al. *L'utilizzo dei farmaci analgesici nella terapia del dolore.* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 1: 41-45.
- Caraceni A, Brunelli C, Bagnasco M et al. *Medici italiani e riconoscimento del dolore episodico intenso nei pazienti oncologici. Una valutazione lineare?* *La Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 1: 35-40.
- Mercadante S, Bertetto O, Blengini C et al. *Il trattamento del dolore con oppiacei forti nel paziente oncologico.* *Allegato alla Rivista Italiana di Cure Palliative* 2006; 1: 1-7.
- Samolsky BG. *Il controllo del dolore post-operatorio.* *Collegio IPASVI di Bologna*, 2006.
- Samolsky BG. *Responsabilità ed assistenza infermieristica nella rilevazione controllo del dolore. Aspetti etico-deontologici.* *Collegio IPASVI di Bologna*, 2006.
- Rimini E. *La valutazione della percezione di qualità dei pazienti durante il ricovero nell'Ospedale di Lugo.* *In collaborazione con il Comitato Consultivo Misto e Direzione di Presidio di Lugo*, maggio 2006.
- Cazzaniga M. *Epidemiologia del dolore.* [www.ospedale.treviglio.bg.it](http://www.ospedale.treviglio.bg.it).
- Rolfini M. *Modelli assistenziali per il paziente oncologico: l'assistenza domiciliare e le cure palliative.* *Corso ANT (Associazione Nazionale Tumori).*
- Bero L, Grilli R, Grimshaw J et al. *Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings.* *BMJ* 1998; 317: 465-468.
- Angehrn A, Cesaria R, Totti U. *La Formazione contestuale. Sviluppo e Organizzazione Settembre/Ottobre* 2005; 211.
- Lindeman, E. *The Meaning of Adult Education.* *Oklahoma Research Center for Her Education.* July 1, 1989.
- *Commissione Regionale per la Formazione Continua in Medicina. Dossier 113-2005. Educazione Continua in Medicina in Emilia-Romagna, Rapporto 2004, Regione Emilia-Romagna, Bologna, Settembre* 2005.
- *Dirigenti Assistenza Infermieristica. Consociazione Nazionale Associazioni Infermieri, S.D.A.I. Università "La Sapienza" Roma. International Classification for Nursing Practice-ICNP Beta 2. Classificazione Internazionale per Pratica Infermieristica - Versione Italiana; tradotto e pubblicato col permesso del Consiglio Internazionale delle Infermiere,* 2003.
- Munafò M, Trim J. *Dolore cronico. Il manuale dell'infermiere.* Edizione italiana a cura di Maria Teresa Rinieri. Milano: McGraw-Hill, 2001.
- Beth J, Alexander B, Plank P et al. *Methods of pain assessment in residents of long-term care facilities: a pilot study.* *Am Med Dir Assoc* 2005; 6(2): 137-143.
- Varasso G (a cura di). *L'infermiere e il dolore.* Roma: Istituto UPSA del dolore, 2001.
- *Paterson e Zderad's humanistic nursing theory.* <http://humanistic-nursingtheory.com/default.htm>.
- Dyanne D, Affonso, D, FAAN. *Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed ostetriche, AA 2005-2006, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, lezioni di Management Sanitario. Concettualizzare la ricerca e la pratica.*

- Conzut L, Pecile A, Zanotti R. Sviluppo e validazione di una scala per la valutazione della dipendenza nei soggetti ospedalizzati. *Professioni Infermieristiche* 2004; 3(57).
  - Recommendations for Nursing practice. In: *Pain Management, The Pain Society, The British Chapter of the International Association for the Study of Pain*, ISBN 88-408-0982-1: 203-224, 1059-1061, 1072-1073.
  - De Wit R et al. The Treatment of Chronic Cancer Pain in a Cancer Hospital in the Netherlands. *Pain Sympt Manage* 1999; 17(5): 333-350.
  - ICN. *L'infermiera di famiglia*. Elaborato da Madrean Schroeder e Fadua Affara. Traduzione per la Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/I, 2001.
  - Mosci D, Pelagalli V, Brigida L. L'efficacia delle medicine alternative per il controllo del dolore. *Centro Studi E.B.N. - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna*.
  - Burrari F, Rossi R. Atti del convegno "Management Infermieristico del dolore: nuove competenze e controllo non farmacologico tramite la Guided Imagery". *Nucleo Associativo Infermiere/I di Ravenna aderente alla Consociazione Nazionale Associazioni Infermiere/I, Ravenna, 8 aprile 2005*.
  - Robb MC, Montanari V. Sistemi di valutazione del dolore. *Centro Studi E.B.N. - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico Policlinico S. Orsola Malpighi, Bologna*.
  - Giuliano M, De Falco G, Trampanulo V. Istituzione di un call-center con reperibilità telefonica continua. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2004; 23(3): 167-169.
  - Podda M, Bruno D, Costeri D. La valutazione dello stato febbrile nel servizio di reperibilità telefonica medico-infermieristica. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2004; 23(3): 170-172.
  - Colle F, Palese A, Brusaferrò S. La continuità dell'assistenza basata su informazioni scritte e infermieri dedicati; revisione delle letterature. *Prima parte*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2004; 23(3): 179-185.
  - Saiani L, Palese A, Brugnolli A. La pianificazione delle dimissioni ospedaliere ed il contributo degli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2004; 23(4): 233-249.
  - Buchan J, Caiman L. *L'infermiere che prescrive*. *Rapporto del Consiglio Internazionale degli Infermieri*. *Professioni Infermieristiche* 2006; 59(1): 25-40.
- Altri riferimenti e norme**
- *Linee guida per il Master di Primo Livello in Infermieristica in area critica*, Federazione Nazionale IPASVI, 1998.
  - *Atto Aziendale dell'Azienda USL di Ravenna (da Delibera Giunta Regionale n. 2450/1994)*.
  - *Piano Sanitario Regionale 1999-2001*. *Salute Regione Emilia Romagna*.
  - *Rapporto tecnico "Neoplasie" in Dossier 46 di "Obiettivi e strategie per la salute PSR 1999-2001"*, 2000.
  - *Legge n. 12, 8 febbraio 2001 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"*.
  - *Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio 2001 "Indizione della giornata mondiale del sollievo"*.
  - *Circolare dell'8 giugno 2001 n. 9 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore. Indicazioni applicative della Legge n.12 dell'8 febbraio 2001"*.
  - *Decreto 3 agosto 2001 "Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative"*.
  - *Decreto Ministeriale del 4 aprile 2003*.
  - *Legge Regionale n. 29/1994*.
  - *Delibera Regionale 124/1999*.
  - *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20/01/2000*.
  - *Delibera di Giunta Regionale n.1716/2000*.
  - *Accordo Conferenza Stato-Regioni dell'8 marzo 2001*.
  - *Accordo tra Ministero della Sanità, Regioni, Province Autonome e Autonomie Locali del 19 aprile 2001*.
  - *Delibera di Giunta Regionale n. 456/2000*.
  - *Conferenza Stato-Regioni, Ministero della Salute e Fondazione Gigi Ghiotti "Approccio globale al dolore cronico". Opuscolo redatto nell'ambito della Giornata del Sollievo del 26 maggio 2002*.
  - *Indicazioni elaborate da Gruppo di lavoro Regione Emilia-Romagna su "Valutazione e trattamento del dolore oncologico"*, 2005.
  - *Indicazioni elaborate da Gruppo di lavoro Regione Emilia-Romagna su "Valutazione e trattamento del dolore oncologico in età pediatrica"*, 2005.
  - *Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Ravenna e Azienda USL di Ravenna "Piano Attuativo Locale 2004-2006"*.
  - *Ministero della Salute "Piano Sanitario Nazionale 2006-2008"*.
  - *Conferenza Territoriale Sanitaria e Sociale della Provincia di Ravenna e Azienda USL di Ravenna "Piano delle Azioni 2006"*.
  - *Gruppo di lavoro Azienda USL Ravenna "Raccomandazioni per il controllo del dolore neoplastico"*, giugno 2006.
  - *Azienda USL Forlì-Imola-Ravenna "Progetto azioni di miglioramento delle infezioni e lesioni da decubito nelle strutture residenziali per anziani"*, Regione Emilia-Romagna, febbraio 2003.