



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"  
TRIESTE**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**n. 353 del 14/10/2011**

**OGGETTO**

Legge 38 del 2010: studio di coorte sulla gestione del dolore del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e formazione degli infermieri del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) - risk management e RAR 2011.

**L'anno duemilaundici, il giorno quattordici del mese di ottobre nella sede legale,**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Dott. Fabio SAMANI, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 056/PRES dd. 23.03.2010, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ha adottato la deliberazione che segue:

**OGGETTO:** Legge 38 del 2010: studio di coorte sulla gestione del dolore del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) e formazione degli infermieri del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) - risk management e RAR 2011.

Considerato che il dolore –soprattutto nella forma cronica- ha un'incidenza di circa il 25 - 30% (Pain in Europe. EJP 2006)<sup>1</sup> e le indicazioni epidemiologiche vedono in crescita il numero di persone che avranno necessità di un trattamento del dolore cronico nel nostro Paese;

valutato che:

- la Legge n. 38 del 15 marzo 2010 ha definito come livello essenziale di assistenza (LEA) le cure palliative e la terapia del dolore che devono essere garantite attraverso un progetto assistenziale individuale (PAI) per l'assistito e la sua famiglia rispettando l'autonomia e la libertà del malato senza alcuna discriminazione;
- il cittadino ha il *diritto di dichiarare il proprio dolore al fine di accedere ai trattamenti necessari per risolverlo o contenerlo* ed ha diritto a ricevere informazioni esplicite sull'accesso al trattamento antalgico;

considerato che:

- l'ASS1 Triestina, attraverso i Piani Attuativi Locali, ha rafforzato l'attività delle cure palliative, con l'obiettivo di dare la possibilità agli assistiti di essere curati il più a lungo possibile a domicilio, migliorando la qualità di vita attraverso un'assistenza olistica e multidisciplinare che escluda il dolore nel rispetto delle volontà dell'assistito;
- in ogni distretto è migliorata la competenza del personale per una presa in carico continuativa dei malati terminali con un servizio infermieristico domiciliare attivo 24 ore e in collaborazione con il Centro Sociale Oncologico, con la Terapia del Dolore Territoriale e l' Hospice di Pineta del Carso;
- tale migliorata competenza è stata ben verificata -per conto della *Commissione per la promozione della cultura del non dolore e del morire con dignità nel proprio letto-* dal **monitoraggio retrospettivo** condotto a luglio u.s. dalla Direzione Infermieristica Aziendale<sup>2</sup>;

---

1 Ministero della Salute. Terapia del dolore e cure palliative: il progetto sperimentale per la creazione di reti assistenziali. Aprile 2009.

2 Dr.ssa Maila Mislej e Dr. Flavio Paoletti.

- detto monitoraggio retrospettivo ha evidenziato che al 70,5% degli assistiti in carico con PAI e con dolore è stata assicurata una *buona gestione del dolore*, ma ha rilevato che solo il 56,35% degli assistiti oncologici ha il monitoraggio del dolore e c'è difformità di tenuta delle cartelle sanitarie da parte degli infermieri;

Valutato che per far fronte alle criticità rilevate si sono organizzati due eventi formativi (in due edizioni nel periodo settembre –ottobre 2011) su *il Nursing antalgico del servizio domiciliare* e su *la gestione del dolore a domicilio* con l'obiettivo di migliorare le strategie di gestione del dolore e la tenuta della documentazione;

Valutato inoltre che:

- la gestione del dolore riguarda in modo importante il campo della salute mentale e che la sua presenza -ad esempio- altera le capacità fisiche, lavorative ed emotive. Il dolore fisico è infatti un'esperienza complessa che presenta risvolti psicologici che possono portare all'isolamento dell'individuo e alla dipendenza da farmaci;
- la rilevazione del dolore fisico nelle persone che soffrono per un problema di salute mentale, a volte, può risultare una pratica trascurata facendola così rientrare tra i diritti spesso negati a chi ha un disturbo della salute mentale;
- a volte approcci sbrigativi e superficiali, mettono a rischio le procedure di rilevazione del dolore, anche quando la sofferenza dell'anima e della psiche supera la sofferenza fisica, l'imperativo deve essere l'accoglienza di entrambe per mettere in atto un circolo virtuoso mirante a depotenziarle;
- le persone in generale e ancor più quelle che soffrono per un disturbo della salute mentale, soggetti fragili che spesso "non hanno voce", devono poter esprimere il dolore con il proprio linguaggio, anche quando diverso, non consueto e non facile ed immediata interpretazione;
- l'accoglienza e la rilevazione del dolore, anche fisico, deve diventare sempre più parte integrante del percorso terapeutico e pratica concreta nei servizi di salute mentale;

ciò premesso, per conto della **Commissione per la promozione della cultura del non dolore e del morire con dignità nel proprio letto**- presieduta dal Direttore Sanitario con la finalità di:

- valutare il miglioramento del *sistema di gestione del dolore* degli assistiti del SID;
- avviare un'analisi retrospettiva sulla gestione del dolore nei servizi del DSM e la formazione specifica sull'argomento del personale infermieristico del Dipartimento di Salute Mentale (DSM);

rilevato che il provvedimento è presentato dalla Struttura Complessa Servizio Infermieristico Aziendale, che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

inteso il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

## **Il Direttore Generale**

### **Delibera**

per quanto esposto in narrativa:

a) l'avvio dello **studio di coorte** della durata di sei mesi<sup>3</sup>- gestito dal Direttore del Servizio Infermieristico Aziendale dr.ssa Maila Mislej e dai Dirigenti Infermieristici dei Distretti dr.ssa Barbara landerca, dr.ssa Loreta Lattanzio, dr.ssa Ofelia Altomare e dr. Flavio Paoletti. Lo studio di coorte inizia il 15 ottobre 2011 e si concluderà il 14 aprile 2012, permette di monitorare gli auspicabili migliorati esiti riferiti al trattamento del dolore degli assistiti SID a seguito della formazione già realizzata e lo sviluppo ulteriore della formazione sul campo del personale attraverso audit mensili nei servizi (in allegato, quale parte integrante del presente atto, lo studio di coorte e le due schede di rilevazione del dolore).

b) l'avvio di **un'analisi retrospettiva** -della durata di 15 giorni - delle attività assistenziali relative alla rilevazione e gestione del dolore fisico nei quattro CSM del DSM e di un percorso di formazione specifico per il personale infermieristico del DSM gestito dal Dirigente Infermieristico del Dipartimento dr.ssa Livia Bicego in collaborazione con il Direttore del Servizio Infermieristico Aziendale (in allegato, quale parte integrante del presente atto, il Progetto del Dirigente infermieristico del DSM).

La tempistica dello studio di coorte e dell'analisi retrospettiva di cui trattasi include anche il 2012, mentre, per quanto riguarda il dovuto relativo agli accordi aziendali delle Risorse Aggiuntive Regionali 2011 SPTA, per i dirigenti infermieristici il periodo specifico da considerare va dal 1 agosto al 31 dicembre 2011 e comporta l'effettuazione di 30 ore dedicate e la rendicontazione parziale dei due progetti.

#### **Gli obiettivi dello studio di coorte sono:**

a) il 100% dei nuovi assistiti in carico (con PAI) devono avere documentata la rilevazione del dolore in cartella sanitaria attraverso il corretto uso della *1^scheda ad hoc* che visualizza la

---

<sup>3</sup> Lo studio di coorte inizierà il 15 ottobre 2011 e si concluderà il 14 aprile 2012

sede del dolore e della 2<sup>a</sup> scheda-monitoraggio del dolore;

- b) considerato che il monitoraggio retrospettivo ha consentito di valutare che nel 70.5% dei casi la gestione del dolore era *buona*, l'obiettivo prioritario è di portare la percentuale al 90%;
- c) poiché il sintomo del dolore è frequente tra i malati oncologici, il monitoraggio del dolore deve essere assicurato al 100% dei casi ad ogni accesso a domicilio anche allo scopo di implementare la cultura del *non dolore*;

**Le azioni dei dirigenti infermieristici dei Distretti (landerca, Lattanzio, Altomare e Paoletti):**

presso il SID del loro distretto, verificano con 6 audit l'andamento dello studio di coorte (le azioni degli infermieri) attraverso l'analisi della documentazione clinico-assistenziale delle cartelle sanitarie di tutti i nuovi casi in carico al SID con PAI a far tempo dal 15 ottobre 2011.

La verifica avviene da novembre ad aprile nei lunedì nelle seguenti date:

- 7 o 21 novembre 2011
- 5 o 19 dicembre 2011
- 16 o 30 gennaio 2012
- 13 o 27 febbraio 2012
- 12 o 26 marzo 2012
- 9 o 23 aprile 2012

**Le azioni del direttore della SC Servizio Infermieristico Aziendale:**

verifica le azioni sopradescritte attraverso l'analisi della documentazione clinico-assistenziale delle cartelle sanitarie di tutti i nuovi casi in carico al SID con PAI affiancando i Dirigenti Infermieristici nel corso delle loro valutazioni così come indicato di seguito:

- 7 o 21 novembre 2011 – con la dr.ssa landerca distretto 1
- 5 o 19 dicembre 2011 – con la dr.ssa Lattanzio distretto 2
- 16 o 30 gennaio 2012 – con la dr.ssa Altomare distretto 3
- 13 o 27 febbraio 2012 – con il dr. Paoletti Distretto 4

Il direttore della SC Servizio Infermieristico Aziendale ed i Dirigenti infermieristici dei Distretti, relazionano al Direttore Sanitario in merito:

- a) **entro gennaio 2012** sulla progettazione e all'andamento dello studio di coorte dal 1 agosto al 31 dicembre 2011- relazione intermedia a fini RAR 2011;
- b) **entro maggio 2012** sui risultati dei sei mesi dello studio di coorte dal 15 ottobre 2011 al 14 aprile 2012.

Il Dirigente Infermieristico del DSM, **entro gennaio 2012**, relaziona al Direttore Sanitario sull'analisi retrospettiva e sull'avvio della formazione del personale infermieristico del DSM nel periodo 1 agosto al 31 dicembre 2011 - relazione a fini RAR 2011.

Nessuna spesa consegue all'adozione del presente provvedimento che diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, alla data di pubblicazione all'Albo aziendale.

\*\*\*\*\*

### **Il Direttore Sanitario**

dott.ssa Adele Maggiore

(Firmato elettronicamente)

### **Il Direttore Amministrativo**

dott.ssa Cinzia Contento

(Firmato elettronicamente)

### **Il Direttore Generale**

dott. Fabio Samani

(Firmato elettronicamente)

- 4 ALLEGATI

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 17/10/2011 15:29:19

IMPRONTA: 6F5028175ED12FE932C460DAF1A85234888D397DC7491FC604D8037483C1BC19  
888D397DC7491FC604D8037483C1BC194524A8EFF360ECFEC39625B6C78ED180  
4524A8EFF360ECFEC39625B6C78ED180D4B7870F49F7E29EB46AA43FAC55295F  
D4B7870F49F7E29EB46AA43FAC55295FD67E9800413D938AD3F705F3BF4960F9

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 18/10/2011 11:50:28

IMPRONTA: 3FC6240AA55AD884CC353A4732DD3F5054D9D271B4320ED0AE011C329294DA8B  
54D9D271B4320ED0AE011C329294DA8B8C7C0396FFA3199CF0931951C698625A  
8C7C0396FFA3199CF0931951C698625A34CE72B9AD423E4564EF5BED29928A9B  
34CE72B9AD423E4564EF5BED29928A9B1694E79F09781FE04580914DB94480F1

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 19/10/2011 11:36:26

IMPRONTA: 0EAC4A204EC42C0B51865F4D1AB9A398651BB1678010CEF2F9C081E1250FE779  
651BB1678010CEF2F9C081E1250FE779AA42D8FC4E0BF98F7606BE568E167B3A  
AA42D8FC4E0BF98F7606BE568E167B3A18E14D0817474B46E090F1FF798240D7  
18E14D0817474B46E090F1FF798240D7116A3CC85F45BD388B15A1071C9E7846

## **Allegato n. 1 della delibera su: studio di coorte sulla gestione del servizio infermieristico domiciliare(SID) e formazione degli infermieri del Dipartimento di salute Mentale (DSM)**



### **La gestione del dolore : studio di coorte, indicatori regionali e RAR 2011**

#### **Razionale e premesse**

Il dolore mina l'integrità fisica e psichica della persona, angoscia i familiari ed ha un impatto negativo sulla qualità di vita, è un'emergenza sanitaria che interessa tutte le età e nella popolazione ha un'incidenza che oscilla tra il 25 e 30% (Pain in Europe. EJP 2006)<sup>1</sup>. In Italia nel 2003 gli assistiti trattati per patologia algica cronica erano 7,9 milioni; di questi 3,4 milioni erano quelli con artrosi (coxartrosi, gonartrosi, poliartrosi), 3,3 milioni con back pain e 800 mila quelli con dolore oncologico<sup>2</sup>. I dati epidemiologici dimostrano che l'età avanzata comporta, in ogni popolazione, il rischio di essere colpiti da comorbidità e perdere funzioni e autonomia, sono questi i fenomeni che caratterizzano la cosiddetta "fragilità" dell'anziano e che si accompagnano con il dolore e determinano l'aumento del fabbisogno assistenziale e quindi dei costi socio-sanitari.

Le dosi pro-capite di morfina e farmaci oppioidi usati costituiscono un indicatore con il quale l'Organizzazione Mondiale della Sanità misura la qualità di vita e l'adeguatezza dei trattamenti del dolore e purtroppo dati del Ministero della Salute<sup>3</sup> riportano l'Italia tra gli ultimi paesi in Europa nella classifica per consumo di questa categoria di farmaci. Per far fronte a questo gap culturale il legislatore ha indicato le cure palliative e la terapia del dolore come obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale ed ha rinforzato tale priorità con la Legge n. 38 del 15 marzo 2010. Detta legge è stata recepita dalla nostra Regione con la Legge Regionale n.10 del 14 luglio 2011, la quale all'art.1 identifica come livello essenziale di assistenza (LEA) il fatto di garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore per assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona.

Tale garanzia si concretizza con un progetto assistenziale individuale per l'assistito e la sua famiglia rispettando l'autonomia e la libertà del malato senza alcuna discriminazione e va garantita la qualità di vita possibile sino al suo termine. All'art.3 la Legge Regionale afferma che "*le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari nell'ambito del piano sanitario e socio sanitario regionale.*", e all'art.6 identifica la rete dei servizi deputati ad assicurare tali cure, all'art.11 si evidenzia che presso qualsiasi struttura sanitaria e socio-sanitaria il cittadino ha il "*diritto di dichiarare il proprio dolore al fine di accedere ai trattamenti necessari per risolverlo o contenerlo*" ed ha diritto a ricevere informazioni esplicite sull'accesso al trattamento antalgico ed è tutelata da un referente medico e infermieristico, appositamente individuati, ai quali rivolgersi qualora permanga lo stato di sofferenza.

Come noto, dal punto di vista sintomatico, il cardine della strategia terapeutica del dolore cronico è rappresentato dalla Scala Analgesica a Tre Gradini, che prevede l'utilizzo di tre categorie di farmaci: **non oppioidi, oppioidi per il dolore lieve-moderato, oppioidi per il dolore moderato-**

<sup>1</sup> Ministero della Salute. Terapia del dolore e cure palliative: il progetto sperimentale per la creazione di reti assistenziali. Aprile 2009.

<sup>2</sup> Ambrosio F. Il dolore cronico non oncologico in Italia: una realtà nascosta. Minerva anesthesiol 2003;69(Suppl 1):1-2.

<sup>3</sup> Ministero della Salute. Il consumo dei farmaci oppiacei. Bollettino di informazione sui farmaci. 2003;5-6:231-5.

**severo**, con l'integrazione o meno di farmaci adiuvanti in ciascuno dei tre gradini e di terapie non farmacologiche fisioterapiche, psicologiche e antalgiche invasive (infiltrazioni, neurolesioni, neuromodulazioni)<sup>4</sup>.

L'attuale impiego della Scala Analgesica<sup>5</sup> è impostato relativamente all'intensità, che definisce il livello di farmaco con il quale iniziare il trattamento del dolore cronico<sup>6</sup>; il suo utilizzo consente<sup>7</sup>, un controllo soddisfacente del dolore in una percentuale di casi molto elevata (oltre il 70% nelle casistiche più vecchie, addirittura oltre il 95% in quelle più recenti) e riduce la necessità di approcci invasivi a casi sempre più selezionati.

Ciò premesso, è evidente la necessità di promuovere una cultura del *non dolore* e della *buona morte* in una popolazione che per tradizione affida tale questione al personale dei reparti e del pronto soccorso e la ritualizza –estraniandola da se- dietro ad un paravento d'ospedale. Detta cultura deve intendere e trattare il **dolore non solo dal punto di vista fisico, ma anche affettivo-relazionale** e promuovere le buone pratiche di EBM EBN finalizzate all'eliminazione del dolore dentro alla già esistente rete clinico-assistenziale del sistema sanitario e sociale triestino -pubblico e privato- .

L'ASS1 Triestina, attraverso i suoi Piani Attuativi Locali, ha già ben rafforzato l'attività delle cure palliative, con l'obiettivo di dare la possibilità agli assistiti di essere curati il più a lungo possibile a domicilio, migliorando la qualità di vita attraverso un'assistenza olistica e multidisciplinare che "escluda" il dolore.

In ogni distretto è migliorata la competenza del personale per una presa in carico continuativa dei malati terminali con un servizio infermieristico domiciliare attivo 24 in collaborazione con il Centro Sociale Oncologico, con la Terapia del Dolore Territoriale e l' Hospice di Pineta del Carso. Tale migliorata competenza è stata ben verificata dal recente **monitoraggio retrospettivo** sulla gestione del dolore da parte degli infermieri del servizio domiciliare.

Questa complessa serie di azioni tra le strutture prosegue all'insegna del consolidamento di una rete di cure palliative territoriale.

Inoltre, il citato monitoraggio ha evidenziato che al 70,5% degli assistiti in carico con PAI e con dolore è stata assicurata una *buona gestione del dolore*, ma ha rilevato le seguenti criticità:

- a) solo il 56,35% degli assistiti oncologici ha il monitoraggio del dolore;
- b) c'è una discreta difformità di tenuta delle cartelle sanitarie da parte degli infermieri.

Per far fronte a queste criticità si sono organizzati due eventi formativi (in due edizioni nel periodo settembre –ottobre 2011) su:

- *il Nursing antalgico del servizio domiciliare;*
- *la gestione del dolore a domicilio*

L'obiettivo generale era ed è di migliorare le strategie di gestione del dolore, il monitoraggio e la tenuta della documentazione in cartella sanitaria. Il primo evento formativo ha consentito anche di

<sup>4</sup> WHO. *Cancer Pain Relief With a guide to opioid availability*. Geneve, Switzerland: World Health Organization 1996.

<sup>5</sup> Mercadante S. Medicina basata sull'evidenza: trattamento del dolore nei pazienti oncologici e validazione della scala analgesica OMS. *Minerva Anestesiologica* 2000;66(Suppl 4):16-20.

<sup>6</sup> Ashby MA, Fleming BG, Brooksbank M, Rounsefell B, Runciman WB, Jackson K, et al. *Description of a Mechanistic Approach to Pain Management in advanced cancer; preliminary report*. *Pain* 1992;51:153-61.

<sup>7</sup> Grond S, Radbruch L, Meuser T, Sabatowski R, Loick G, Lehmann KA. *Assessment and treatment of neuropathic cancer pain following WHO guidelines*. *Pain* 1999;79:15-20.

eliminare la precedente scheda di registrazione dei dati di gestione del dolore del singolo assistito la quale è stata sostituita con due schede -elaborate dalla dr.ssa B. Ianderca e dalla dr.ssa R. Favretto- che si sperimenteranno durante lo svolgimento dello studio di coorte.

## STUDIO DI COORTE

Al fine di valutare il miglioramento del *sistema di gestione del dolore* a far tempo dal 15 ottobre 2011 si realizza il seguente **studio di coorte** - della durata di sei mesi<sup>8</sup> -.

Lo studio permetterà di monitorare gli esiti sugli assistiti e lo sviluppo della formazione sul campo del personale attraverso audit mensili nei servizi.

### Obiettivi dello studio

- a) il 100% dei nuovi assistiti in carico (con PAI) devono avere documentata la gestione del dolore in cartella sanitaria attraverso il corretto uso della **1^ scheda di rilevazione iniziale del dolore (MOD30 rev.00 dd 10.10.2011)** che visualizza la sede del dolore e della **2^ scheda di monitoraggio del dolore (MOD18 rev.02 dd 10.10.2011)**;
- b) considerato che il monitoraggio retrospettivo ha consentito di valutare che nel 70.5% dei casi la gestione del dolore era *buona*, l'obiettivo prioritario è di portare la percentuale al 90%;
- c) poiché il sintomo del dolore è frequente tra i malati oncologici, il monitoraggio del dolore deve essere assicurato al 100% dei casi ad ogni accesso a domicilio anche allo scopo di implementare la cultura del *non dolore*;

**Si giudica buona la gestione del dolore** quando:

1. la prima rilevazione del dolore corrisponde alla data del PAI ed è in evidenza nella cartella;
2. alla rilevazione del dolore l'infermiere agisce sempre con efficienza

**Per efficienza si intende** che:

- a) chiama il medico entro l'ora successiva alla rilevazione e/o esegue immediatamente un trattamento infermieristico;
- b) verifica, eventualmente telefonicamente, dopo circa un ora dalla somministrazione, l'esito del farmaco ed il tempo entro cui ha agito (secondo quanto riferisce l'assistito o il care giver) e lo registra in cartella;
- c) rileva e documenta il dolore, nel caso in cui il dolore persista chiama nuovamente e tempestivamente il medico;
- d) documenta l'intero processo nella cartella sanitaria dell'assistito utilizzando anche le previste schede (**MOD30 rev.00 dd 10.10.2011 e MOD18 rev.02 dd 10.10.2011**).

**Si giudica eccellente la gestione del dolore** quando oltre all'efficienza dell'azione infermieristica e alla terapia antalgica l'assistito ha una **terapia condizionata** in caso di dolore episodico intenso.

### Criteria di selezione degli assistiti - Popolazione

La popolazione di studio è costituita da tutti i nuovi assistiti -di ogni età- del SID presi in carico con il PAI presenti nel periodo dal 15 ottobre 2011 sino al 14 aprile 2012. Sono inclusi anche gli assistiti delle case di riposo (polifunzionali). Sono esclusi gli assistiti con deficit cognitivi per i quali

---

<sup>8</sup> Lo studio di coorte inizierà il 15 ottobre 2011 e si concluderà il 14 aprile 2012

al momento non si è ancora identificato lo strumento idoneo su quale formare gli infermieri<sup>9</sup>, sono anche esclusi gli assistiti delle strutture protette.

### **Strumenti utilizzati**

- il Sistema Informativo del FVG, linea SID AMB (Manuale del Servizio Infermieristico Domiciliare edito dall’Agenzia Regionale della Sanità nel 2009);
- le cartelle clinico-assistenziali riguardanti i nuovi casi con PAI in monitoraggio per il dolore;
- le schede per la gestione del dolore con lo strumento NRS e che è parte integrante della cartella clinico-assistenziale;
- un foglio excel.

### **Metodologia**

#### **Le azioni che devono essere assicurate dall’infermiere del SID sono:**

- al 100% dei nuovi assistiti in carico in SID con il PAI, va rilevato e ben documentato il dolore al primo accesso/contatto;
- in caso di dolore l’infermiere usa la *scheda per la gestione del monitoraggio del dolore*, attiva il medico entro un’ora dalla rilevazione ed agisce in modo efficiente come descritto dalla procedura e documenta il tutto;
- se l’infermiere ha effettuato un’azione infermieristica (es. mobilizzazione, cambio postura, medicazioni ect) alla fine dell’ intervento rileva nuovamente il dolore e lo documenta;
- se l’assistito è un malato oncologico, anche quando non dichiara di avere dolore, l’infermiere attiva il processo di monitoraggio e ad ogni accesso rileva il dato.

#### **Le azioni dei dirigenti infermieristici dei Distretti (Ianderca Lattanzio Altomare e Paoletti):**

presso il SID del loro distretto, verificano le azioni sopradescritte effettuate dagli infermieri attraverso l’analisi della documentazione clinico-assistenziale delle cartelle sanitarie di tutti i nuovi casi in carico al SID con PAI.

La verifica avviene da novembre ad aprile nei lunedì nelle seguenti date:

- 7 o 21 novembre 2011
- 5 o 19 dicembre 2011
- 16 o 30 gennaio 2012
- 13 o 27 febbraio 2012
- 12 o 26 marzo 2012
- 9 o 23 aprile 2012

#### **Le azioni del direttore della SC Servizio Infermieristico Aziendale:**

verifica le azioni sopradescritte attraverso l’analisi della documentazione clinico-assistenziale delle cartelle sanitarie di tutti i nuovi casi in carico al SID con PAI affiancando i Dirigenti Infermieristici nel corso delle loro valutazioni così come indicato di seguito:

- 7 o 21 novembre 2011 – con la dr.ssa Ianderca distretto 1
- 5 o 19 dicembre 2011 – con la dr.ssa Lattanzio distretto 2
- 16 o 30 gennaio 2012 – con la dr.ssa Altomare distretto 3
- 13 o 27 febbraio 2012 – con il dr. Paoletti Distretto 4

---

<sup>9</sup> Si sta ovviando a tale difficoltà con la formazione ad hoc.

**Relazione al Direttore Sanitario entro il 30 maggio 2012 sull'intero processo dello studio** di coorte in collaborazione con i dirigenti infermieristici dei Distretti. I dati della verifica sono raccolti dai Dirigenti su apposito foglio excel, per ciascun distretto. Si provvederà ad assegnare ad ogni assistito un **numero progressivo a partire da 1** e a raccogliere i dati riferiti al processo:

**dati demografici:** iniziali del nome e del cognome dell'assistito, sesso M o F, età.

**patologia,** terapia antalgica e terapia condizionata in caso di dolore episodico, mobilizzazione-cambio postura, altro trattamento (es. oli essenziali e trattamenti alternativi non farmacologici).

**deceduto dove?** Casa, CDR, hospice, ospedale e altro luogo

**monitoraggio**

- buono SI NO rilevazione al momento della presa in carico – buon uso della **1^ scheda**
- buono SI NO durante la presa in carico-successive rilevazioni – buon uso della **2^ scheda – monitoraggio**
- eccellente gestione SI NO presenza della terapia **condizionata**

Analisi dei dati sarà effettuata utilizzando epinfo e saranno descritti graficamente

La diffusione dei dati si farà attraverso la formazione in azienda e la loro pubblicazione anche sul portale aziendale.

**Allegate:**

**1^ scheda di rilevazione iniziale del dolore (MOD30 rev.00 dd 10.10.2011)**

**2^ scheda di monitoraggio del dolore (MOD18 rev.02 dd 10.10.2011);**

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FABIO SAMANI

CODICE FISCALE: SMNFBA57C03L424I

DATA FIRMA: 17/10/2011 15:28:15

IMPRONTA: AADD6F09847FA37863611AF61A462E18069207065A5C2F6AB4799C56539CEBEB  
069207065A5C2F6AB4799C56539CEBEBD496D0F11B7990D5EEB225497F250582  
D496D0F11B7990D5EEB225497F250582D48094D93C716D04282148847B4DC549  
D48094D93C716D04282148847B4DC54909BA9ED8073752754F077DF099103FD0

NOME: CINZIA CONTENTO

CODICE FISCALE: CNTCNZ66C69L424H

DATA FIRMA: 18/10/2011 11:49:08

IMPRONTA: 010EF8182E9CCB946C6D7EA958174C940CA6F3ED7A13EA52AE477DD138B22FC3  
0CA6F3ED7A13EA52AE477DD138B22FC38BD7EB02AA2F793DC35B45FDA3F7F748  
8BD7EB02AA2F793DC35B45FDA3F7F748978A8EE6A54AB26F2E7117503EE8339D  
978A8EE6A54AB26F2E7117503EE8339D0B49FB2AF5FCD1000FD3B1F6B3AABFB8

NOME: ADELE MAGGIORE

CODICE FISCALE: MGGDLA54D55B428P

DATA FIRMA: 19/10/2011 11:35:37

IMPRONTA: B6EBEDB4CEC1267E9B2B83B9ACD908927207752583147DB3CA43F9CC4BB261B2  
7207752583147DB3CA43F9CC4BB261B26BD72E841A2ED3FD8C53AF52E0BBA126  
6BD72E841A2ED3FD8C53AF52E0BBA126CCA7E85B083CA3A27829CCD9D6F4CD79  
CCA7E85B083CA3A27829CCD9D6F4CD793E800C91C64132B44AB9E5D04B3FE219