

# Nodol: uno studio descrittivo delle reti di cure palliative in Italia

Cesarina Prandi<sup>1</sup>, Giulia Venturini<sup>2</sup>, Gennaro Rocco<sup>3</sup>, Raffaella Mari<sup>4</sup>, Ercole Vellone<sup>5</sup>, Rosaria Alvaro<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Scuola di dottorato in scienze infermieristiche, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

<sup>2</sup> Policlinico Universitario Roma Tor Vergata

<sup>3</sup> Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca Infermieristica, Roma

<sup>4</sup> Ospedale Leopoldo Parodi Delfino, Roma

<sup>5</sup> Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Corrispondenza a: Cesarina Prandi - prandice@alice.it

## Riassunto

I dettami della Legge n. 38/2010 richiamano a uno sviluppo coordinato e omogeneo delle reti di cure palliative e terapia del dolore. Tuttavia non esistono dati riguardanti l'organizzazione dei servizi di cure palliative provenienti dagli infermieri, sia tra quelli più prossimi ai malati alla fine della vita, sia tra quelli che coordinano questi servizi. L'obiettivo dello studio è quello di descrivere l'organizzazione dei servizi italiani di cure palliative dal punto di vista dei dirigenti infermieristici. L'indagine, quantitativa e descrittivo-osservazionale, è stata attuata con un questionario che indaga nove dimensioni organizzative delle reti di cure palliative. Il questionario è stato somministrato a 248 dirigenti infermieristici. Il tasso di risposta complessivo allo studio è stato basso (20,6%) e sembrerebbe suggerire una conoscenza indiretta o minima da parte dei dirigenti infermieristici dei servizi di cure palliative della propria realtà; sono emerse criticità a diversi livelli di organizzazione di questi servizi. E' positivo, invece, il fatto che l'86% dei dirigenti infermieristici abbia indicato la presenza di una competenza diffusa in cure palliative nel loro personale, e quindi nella rete. Lo studio ha evidenziato che in Italia esistono esempi di strutture con buone pratiche e pienamente operative, tuttavia gli sforzi condotti a livello nazionale e regionale sembrano non essere ancora sufficienti a garantire una risposta assistenziale adeguata e omogenea per tutti i pazienti.

**Parole chiave:** rete di cure palliative, dirigente infermieristico, qualità dei servizi

## Summary

*The provisions set out in law no. 38/2010 refer to a coordinated and consistent development of the palliative care and pain management networks. However, no data exist on palliative care services being carried out by nurses who are either close to terminal patients or who coordinate this type of services. The objective of this study is to describe palliative care services in Italy, starting from the background knowledge of nursing supervisors. The survey was based on quantitative, descriptive and observational information and was implemented via a questionnaire that investigates nine organizational dimensions of palliative care networks. The questionnaire was handed out to 248 nursing supervisors. The overall response rate in the study was low (20.6%) and would seem to suggest a minimal or indirect supervisors' prior knowledge of palliative care services; critical issues have emerged at different levels of organization of the palliative care network. However, the fact that 86% of nursing supervisors mentioned the presence of a widespread competence in palliative care among their staff and therefore within the network was positive.*

*The study showed that, in Italy, there are examples of facilities that display good practices and that are fully operational; however, the efforts conducted at national and regional level still do not seem to be sufficient to ensure an adequate responsive care that is consistent for all patients.*

**Key words:** palliative care network, nursing supervisors, quality of services

## Introduzione

In Italia muoiono ogni anno 175.000 persone per malattia neoplastica – 250.000 se si estende la stima ai pazienti non neoplastici – e si stima che circa il 90% di queste persone abbia bisogno di cure palliative.<sup>1,2</sup> In ambito oncologico dal 53% al 90% dei malati è afflitto da dolore in tutte le fasi della malattia e questo sintomo, in Italia, è sottotrattato nel 40% dei casi, nonostante diverse linee guida e studi abbiano dimostrato l'efficacia del suo trattamento in oltre il 90% dei casi.<sup>3-7</sup> Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le cure palliative consistono in un approccio olistico e multiprofessionale che ha l'obiettivo prioritario di dare sollievo dalla sofferenza fisica, psicologica, sociale e spirituale, migliorando la qualità di vita dei malati e dei loro familiari, che hanno bisogno di un sostegno continuo anche dopo la morte del congiunto.<sup>8,9</sup> In Italia il percorso legislativo inerente alle cure palliative dura da circa 20 anni; una delle ultime tappe è stata la Legge n. 38/2010.<sup>10</sup> Nel 2008, un'indagine nazionale sullo stato dell'arte delle cure palliative domiciliari italiane ha documentato come lo sviluppo di tale sistema non rappresentasse ancora un obiettivo strategico per le aziende sanitarie.<sup>2</sup> E' emersa l'assenza di sistemi di monitoraggio strutturato dei servizi di cure palliative disponibili che rende fallaci le informazioni utilizzabili per il controllo di gestione.<sup>1</sup> Uno studio europeo ha evidenziato inoltre che nel nostro Paese vi è una forte resistenza all'impiego di farmaci analgesici oppioidi per il trattamento del dolore severo, anche nel malato oncologico e pure in presenza di autorevoli raccomandazioni e linee guida.<sup>11-14</sup> Il problema del sottotrattamento o del mancato trattamento si accentua nei pazienti non oncologici, e questo esita in una persistenza pluriennale del dolore cronico. Il progetto "Ospedale senza dolore", approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni nel 2001, non ha condotto a un miglioramento del trattamento del dolore in maniera omogenea sul territorio.<sup>7,15,16</sup> L'Italia, inoltre, continua a confermarsi da anni fra gli ultimi paesi d'Europa per l'impiego di farmaci oppiacei.<sup>11,17</sup> Il presente studio, che si focalizza sull'analisi della qualità organizzativa clinico-assistenziale dei servizi di cure palliative in Italia, nasce nell'ambito del progetto "Nodol: studio descrittivo dei servizi di cure palliative e terapie del dolore in Italia". Il progetto è stato presentato e accreditato nell'anno 2010 per la propria originalità presso il Centro d'eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica (CECRI) di Roma. In assenza di un punto di vista organico degli infermieri sul tema dell'organizzazione delle cure palliative è stato ritenuto centrale condurre uno studio che

potesse fotografare lo stato dell'arte delle cure palliative con gli occhi della dirigenza infermieristica.

## Materiali e metodi

### Disegno dello studio

Il presente lavoro è un'indagine quantitativa osservazionale di natura descrittiva il cui obiettivo è di indagare l'organizzazione dei servizi di cure palliative nel nostro Paese. L'indagine è stata condotta mediante la somministrazione di un questionario a un campione di convenienza costituito dai dirigenti infermieristici delle Aziende sanitarie locali.

### Questionario

Lo strumento utilizzato per l'indagine è un questionario realizzato nel biennio 2008/2009 in Emilia Romagna dal gruppo di studio del progetto "Mantenere il controllo del dolore oncologico" (MACONDO).<sup>18</sup> Il questionario, nella versione originale, è costituito da 18 sezioni, ciascuna corrispondente a una dimensione, distribuite in due parti da nove sezioni ciascuna. La prima parte esplora la struttura delle cure palliative e del dolore delle organizzazioni sanitarie italiane a vari livelli (Tabella 1). In totale questa parte contiene 69 domande prevalentemente a risposta chiusa singola o multipla. La seconda parte del questionario è costituita anch'essa da nove sezioni ma non è stata presa in considerazione per questa indagine; di conseguenza dallo strumento originale è stata predisposta una versione modificata compatibile con gli obiettivi dello studio Nodol.

### Campione

Sono stati individuati 248 dirigenti infermieristici distribuiti sul territorio italiano; a questi, tramite mail,

Tabella 1. Dimensioni indagate nella prima parte del questionario considerato nello studio

#### Dimensioni esplorate

1. anagrafica della ricerca
2. struttura organizzativa delle cure palliative
3. la rete delle cure palliative: relazioni funzionali e comunicazione
4. la rete delle cure palliative: pianificazione e sistema informativo
5. formazione in cure palliative e nella gestione del dolore cronico
6. qualità clinica e assistenziale
7. rapporti tra la rete di cure palliative e il comitato del progetto "Ospedale senza dolore"
8. servizi di informazione rivolti a utenti e familiari
9. collaborazione del volontariato

telefono o di persona, sono state fornite le informazioni riguardanti il progetto di ricerca (finalità, opportunità, eccetera) ed è stato somministrato loro il questionario da compilare; una volta compilato doveva essere restituito tramite i medesimi canali di contatto (salvo in casi particolari o a seguito di specifiche richieste da parte dei partecipanti).

In caso di mancata risposta al primo contatto ne è stato effettuato un secondo; il contatto dei dirigenti infermieristici coinvolti nell'indagine è stato compiuto da infermieri adeguatamente formati.

## Risultati

Dei 248 dirigenti infermieristici contattati, solo il 20,6% (51) ha rimandato il questionario compilato; il tasso di risposta medio regionale è stato del 34,1% (Tabella 2).

Tra coloro che hanno risposto, il 49% erano donne e il 51% uomini; l'età media era di 52,4 anni ( $\sigma=7,05$ ; intervallo=44-65). Il 68% degli intervistati ha dichiarato di essere dirigente mentre il restante 32% ha indicato di rivestire altri ruoli quali, per esempio, responsabile o coordinatore. L'anzianità di servizio

media era di 27,9 anni ( $\sigma=6,2$ ; intervallo=11-43) mentre l'anzianità nel ruolo di 6,4 anni ( $\sigma=3,5$ ; intervallo=1-15).

L'86% dei rispondenti ha indicato la presenza di servizi attivi di cure palliative nella loro realtà organizzativa. Il 78,7% dei rispondenti ha indicato che il coordinamento del servizio di cure palliative nella propria realtà era affidato a un responsabile medico mentre per gli altri (21,3%) il coordinamento era affidato a un responsabile infermieristico.

Tra i rispondenti che hanno indicato il *curriculum* in possesso dei responsabili medici (68%), il 65,2% ha indicato che questo era specifico in cure palliative; tra quelli che hanno indicato il *curriculum* in possesso dei responsabili infermieristici (49%), il 51,6% ha indicato che questo era specifico in cure palliative.

L'86% dei rispondenti ha ritenuto il proprio personale competente sul fine vita e sulle cure palliative e, nell'88% dei casi, c'è stato il coinvolgimento di esperti in cure palliative e gestione del dolore.

Il 40,4% dei rispondenti ha indicato che all'interno della rete di cure palliative delle loro realtà non esisteva una funzione coordinata di supporto e accompagnamento al lutto per le famiglie; essa è risultata presente solo nel 36,2% dei casi o presente solo in alcuni "nodi" della rete nel 23,4% dei casi.

L'80,5% dei rispondenti ha indicato che nella propria realtà sono stati definiti criteri oggettivi per l'ingresso ai servizi di cure palliative della rete. Nell'85,7% delle realtà indagate sono stati stabiliti obiettivi strutturali e di *budget* e solo nel 61,9% dei casi erano presenti risorse materiali e umane dedicate alle cure palliative. Solo il 42,5% dei rispondenti ha indicato la presenza di sistemi informativi per il calcolo di indicatori di monitoraggio del funzionamento della rete e dei risultati assistenziali e di *budget* raggiunti. Nel 52,5% dei casi è stata indicata l'assenza d'indicatori di qualità dei servizi, sia erogata sia percepita; laddove invece questi indicatori esistevano, solo nel 55,9% dei casi venivano impiegati nei piani di miglioramento della qualità del servizio. In alcune realtà, come il Veneto e la Toscana, l'uso di indicatori di funzionamento dei servizi e dei risultati della rete di cure palliative è risultato una pratica consolidata; nelle altre realtà l'utilizzo di questi sistemi è risultato meno omogeneo o in ogni caso, non a conoscenza dei dirigenti infermieristici intervistati.

Le forme più utilizzate per la valutazione dell'impatto della formazione in cure palliative e gestione del dolore sono state l'audit (33,3%) e l'impiego di questionari (36,7%).

Nell'89,1% delle realtà sono state utilizzate linee guida specifiche per il trattamento del dolore;

Tabella 2. Tasso di risposta totale e regionale dei dirigenti infermieristici coinvolti nell'indagine

Regione	Dirigenti contattati (n)	Tasso di risposta (%)
Abruzzo	4	100,0
Basilicata	6	16,7
Calabria	10	20,0
Campania	19	15,8
Friuli	7	0,0
Lazio	15	33,3
Liguria	6	66,7
Lombardia	44	9,1
Marche	15	13,3
Molise	1	100,0
Piemonte	24	4,2
Puglia	15	33,3
Sardegna	10	10,0
Sicilia	25	4,0
Toscana	12	33,3
Trentino	5	0,0
Umbria	6	50,0
Valle d'Aosta	1	100,0
Veneto	23	39,1
Totale	248	20,6

nell'83,3% dei casi queste linee guida sono adattate alla situazione d'applicazione e diffuse per lo più attraverso riunioni (plenarie, nel 23,5% dei casi, o *ad hoc* periodiche, nel 32,3% dei casi). Il 51,1% dei rispondenti ha riferito l'assenza di un programma di aggiornamento delle linee guida esistenti che, laddove presente (48,9%), ha comportato il riesame delle procedure alla luce di nuove evidenze scientifiche nel 62,9% dei casi. L'audit clinico/assistenziale strutturato è stato indicato come il metodo più utilizzato per la valutazione dell'efficacia delle linee guida (91,7%) ma il numero di coloro che hanno risposto a questa affermazione è stato esiguo (12).

Rispetto alla modalità di diffusione degli esiti della valutazione d'efficacia eseguita attraverso gli audit, si conferma il ricorso preponderante a modalità tradizionali come le riunioni, *ad hoc* nel 28,6% dei casi e plenarie nel 22,8% dei casi.

Il 61,3% dei rispondenti ha indicato la presenza, nella propria realtà, di percorsi di cura (*clinical pathway*); tra questi, nel 29% dei casi era previsto il coinvolgimento di rappresentanti degli utenti. Tale coinvolgimento è avvenuto nel 33,3% dei casi tramite la partecipazione stabile dei rappresentanti a gruppi di lavoro, nel 20% dei casi tramite l'analisi di risultati di *customer satisfaction* e nel 13,3% dei casi tramite interviste o somministrazione di questionari.

Nel 42,2% dei casi i comitati consultivi misti aziendali si sono occupati di cure palliative e terapie del dolore.

Il 58,5% dei rispondenti ha dichiarato che nella loro realtà territoriale esisteva un'estensione del progetto "Ospedale senza dolore": nel 49,9% si è trattato di progetti di formazione del personale e nel 45,5% dei casi di indagini di prevalenza ospedaliera, domiciliare e in hospice.

Il 62,2% dei rispondenti ha indicato la presenza di servizi di documentazione sulle cure palliative e sul trattamento del dolore per utenti e familiari, ovvero la presenza e la consegna di materiali informativi; nel 63,4% dei casi il materiale è stato fornito in forma di opuscoli. Nel 69,5% delle realtà non esisteva un luogo specifico di distribuzione/esposizione del materiale informativo, nel 64,3% dei casi non era previsto personale espressamente incaricato di illustrarlo e nel 63,4% dei casi non erano previste iniziative per la loro divulgazione tra gli operatori. La consegna del materiale informativo è avvenuta durante i ricoveri ospedalieri nel 34,3% dei casi, durante l'accettazione nel 22,9% dei casi, alla dimissione nell'11,4% dei casi o su richiesta del paziente/*caregiver* nel 17,1% dei casi.

## Discussione

L'indagine è stata svolta nel luglio 2010, a tre mesi di distanza dalla promulgazione della Legge n. 38/10, e può quindi essere considerata una prima fotografia della realtà delle cure palliative in Italia.

I risultati mostrano, *in primis*, un basso tasso di risposta complessivo (20,6%), più basso di quanto atteso; questo risultato sembrerebbe suggerire una certa distanza dei partecipanti rispetto al tema indagato o comunque un interesse non ancora orientato in questo ambito.

Il tasso di risposta medio regionale è risultato del 34,1%; tutti i dirigenti infermieristici delle regioni Abruzzo, Molise e Valle d'Aosta hanno partecipato all'indagine (il Molise e la Valle d'Aosta contano solo un rispondente ciascuna) mentre nessuno dei dirigenti infermieristici del Friuli Venezia Giulia e del Trentino Alto Adige contattati ha partecipato all'indagine. Questi ultimi hanno mostrato una certa resistenza, espressa anche direttamente agli intervistatori, a essere coinvolti in prima persona al progetto di ricerca, per il quale non ritenevano di possedere le competenze necessarie.

I dati raccolti tramite il questionario fanno emergere la presenza di criticità relativamente alle conoscenze possedute dai dirigenti infermieristici o all'accessibilità alle informazioni richieste; è presente una conoscenza indiretta o minima sui servizi di cure palliative e terapia del dolore e sul capitale intellettuale a disposizione delle aziende sanitarie italiane.

Per la dirigenza infermieristica sarebbe prezioso mappare esattamente il *know-how* aziendale e introdurre un sistema di gestione delle risorse umane basato sui profili di competenza o sui *curriculum*.

I dati mostrano la presenza di difficoltà nel reperire il piano aziendale di miglioramento continuo della qualità dei servizi in cure palliative (presente solo nel 37,2% dei casi) e ciò è indicativo di una difficoltà nel venire a conoscenza degli aspetti della politica aziendale, che dovrebbero piuttosto essere palesi, diffusi e, soprattutto, noti alla dirigenza.

Poco più della metà dei rispondenti ha saputo riferire la tipologia di indicatori utilizzati per monitorare il funzionamento della rete di cure palliative (51%), il metodo utilizzato per le valutazioni dell'impatto della formazione sul processo clinico-assistenziale (58,8%) e la modalità di coinvolgimento degli utenti nella definizione dei percorsi assistenziali (51%). La ragione di quanto osservato potrebbe risiedere nel mancato funzionamento della rete di comunicazione aziendale, in un quadro di responsabilità poco chiaro o nella mancanza di una *leadership* infermieristica diffusa su temi specifici. Ciò che appare chiaro è che la

mancanza d'informazioni sulle politiche strategiche aziendali, sulle reti di conoscenza e un limitato uso d'*expertise* locali riduce a bassi livelli l'opera di direzione e sviluppo dei servizi andando a scapito dei malati e della professione infermieristica.

Altri punti critici individuati sono stati: un'indisponibilità di servizi di cure palliative nel 14% delle realtà analizzate; la presenza in meno della metà dei casi (42,5%) di sistemi informativi per il calcolo di indicatori di monitoraggio del funzionamento della rete e dei risultati assistenziali e di *budget* raggiunti, che impedisce di conoscere nel dettaglio il livello di completezza e qualità dei servizi erogati; l'assenza, riferita dal 62,3% dei rispondenti, di valutazioni di impatto della formazione sul processo clinico-assistenziale relativo al trattamento del dolore cronico; l'assenza, nella metà dei casi (51,1%), di un programma di aggiornamento delle linee guida utilizzate per la gestione del dolore cronico; lo scarso coinvolgimento dell'utenza, tramite rappresentanti, nella progettazione dei percorsi clinici, presente soltanto nel 29% dei casi. E' positivo, invece, il fatto che l'86% dei dirigenti infermieristici abbia indicato la presenza di una competenza diffusa in cure palliative nel loro personale, e quindi nella rete; ciò rappresenta una premessa indispensabile e un elemento cruciale per l'erogazione di un'assistenza di qualità, come indicato da molti organismi internazionali.<sup>20</sup>

Infine, il fatto che le realtà indagate presentino criteri di ingresso ai servizi di cure palliative (80,5% dei casi), dispongano di risorse umane dedicate (nel 61,9% dei casi), utilizzino linee guida specifiche (nell'89,1% dei casi) e il fatto che queste vengano adattate al contesto (nell'83,3% dei casi) attesta che l'erogazione delle cure è basata su principi *evidence based* volti al miglioramento.

Tra i limiti di questo studio va annoverata l'esiguità del campione considerato, che non permette la generalizzazione dei risultati.

## Conclusioni

In Italia esistono strutture con buone pratiche e pienamente operative, tuttavia gli sforzi condotti, sia a livello nazionale sia da parte delle singole regioni, non sembrano sufficienti a garantire una risposta assistenziale adeguata e omogenea nell'ambito delle cure palliative e della terapia del dolore. E' rilevante osservare come i dirigenti infermieristici siano rimasti ai margini di questo processo puntualizzato con la Legge n. 38/10. Il funzionamento fallace della rete di relazioni e comunicazione aziendale può ostacolare o impedire lo scambio di dati e informazioni fondamentali per la dirigenza infermieristica. Le im-

plicazioni offerte da questo studio alla pratica si orientano in due direzioni: acquisire gli elementi conoscitivi del reale stato di fatto dei servizi di assistenza in cure palliative e terapia del dolore per progettare l'implementazione richiesta dalla Legge n. 38 del 2010; sviluppare l'uso del *know-how* degli infermieri in modo finalizzato all'organizzazione delle cure palliative, utilizzando sistemi di mappatura puntuale del capitale intellettuale a disposizione dell'azienda per coglierne le specificità e ottimizzarne l'impiego.

Al momento dello studio la realtà italiana è apparsa in grave ritardo nello stabilire un *minimum data set* di indicatori per le cure palliative, fatte salve rare eccezioni concentrate nel Nord del Paese.<sup>21</sup> Degli otto indicatori contenuti nel decreto ministeriale n. 43 del 2007, recante la definizione degli standard concernenti l'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, quali la comunicazione, il coordinamento, il controllo dei sintomi, la continuità, l'aggiornamento continuo, il supporto a chi assiste, gli aspetti etici e legali delle cure, per i quali la legge obbliga le aziende a raccogliere e comunicare i dati, non vi è ancora traccia.<sup>22</sup> Alla luce di quanto emerso sarebbe necessario definire quale informazione capillare sia da rivolgere agli infermieri ai diversi livelli di responsabilità rispetto a quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012 con i requisiti minimi per l'accreditamento delle strutture di cure palliative. La necessità è di applicare un percorso ciclico e consuetudinario di implementazione e adattamento dei servizi offerti che diventi parte integrante della quotidianità del *management*, anche delle professioni infermieristiche, al fine di erogare prestazioni di qualità.<sup>23</sup>

**Conflitti di interesse dichiarati:** gli autori dichiarano la non sussistenza di eventuali conflitti di interesse.

## Ringraziamenti

Si ringrazia la dottoressa Barbara Curcio, responsabile dello studio MACONDO, che ha permesso l'uso e l'adattamento del questionario.

## BIBLIOGRAFIA

1. Associazione italiana di oncologia medica (AIOM), Associazione italiana dei registri tumori (AIRTUM). *I numeri del cancro in Italia 2012*. Edizione Intermedia editore, 2012. [http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2012/I\\_numeri\\_del\\_cancro\\_2012.pdf](http://www.registri-tumori.it/PDF/AIOM2012/I_numeri_del_cancro_2012.pdf)
2. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). *Le cure palliative domiciliari in Italia. I quaderni di monitor 2010*. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1452\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1452_allegato.pdf)

3. Hearn J, Higginson IJ. Cancer pain epidemiology: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management* 2003;26:696-704.
4. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief*. 1986.
5. Cascinu S, Giordani P, Agostinelli R. Pain and its treatment in hospitalized patients with metastatic cancer. *Supportive Care Cancer* 2003;11:587-92.
6. Costantini M, Viterbori P, Flego G. Prevalence of pain in Italian hospital: results of a cross sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002;23:221-30.
7. Ripamonti C, Valle A, Peruselli C, et al. Project "Hospital without pain": analysis of the Italian situation before the law 38. *Assist Inferm Ric* 2011;30:95-9.
8. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief*. 2002.
9. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. *CM* 2003:130. [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf)
10. Camera dei deputati. *Relazione sull'attuazione delle disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. 2010. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1487\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1487_allegato.pdf)
11. Council of Europe, Parliamentary Assembly. *Palliative care: a model for innovative health and social policies*. RES 1649 (2009). [www.assembly.coe.int/ASP/Doc/ATListingDetails\\_E.asp?ATID=11042](http://www.assembly.coe.int/ASP/Doc/ATListingDetails_E.asp?ATID=11042)
12. Apolone G, Corli O, Caraceni A, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer* 2009;100:1566-74.
13. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief*. 1996.
14. Cornie PJ, Nairn M, Welsh J. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Control of pain in adults with cancer. A national clinical guideline*. *BMJ* 2008;337:1106-9.
15. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact of daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006;10:287-333.
16. Melotti RM, Samolsky Dekel BG, Carosi F, et al. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *Eur J Pain* 2009;13:992-1000.
17. Cherny NI, Baselga J, De Conno F, et al. Formulary availability and regulatory barriers to accessibility of opioids for cancer pain in Europe: a report from the ESMO/EAPC Opioid Policy Initiative. *Ann Oncol* 2010;21:615-26.
18. Servizio sanitario regione Emilia-Romagna. *MACONDO (MAntenere il CONtrollo del Dolore Oncologico) Valutazione e miglioramento dell'assistenza domiciliare al paziente oncologico, con particolare riferimento al riconoscimento e al controllo del dolore in una rete di assistenza integrata*. 2007. [http://biblioteca.asmn.re.it/index.jsp;jsessionid=702D8465C3F683EEAF26E2C37E28DCBB.tomcat\\_1?idProgetto=3](http://biblioteca.asmn.re.it/index.jsp;jsessionid=702D8465C3F683EEAF26E2C37E28DCBB.tomcat_1?idProgetto=3)
19. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Essential of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. Edizione Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia 2001.
20. Carlson MD, Barry C, Schlesinger M, et al. Quality of palliative care at US hospices: results of a national survey. *Med Care* 2011;49:803-9.
21. European Commission. *IMPACT: IMplementation of quality indicators in PAlliative Care sTudy*. 2010. <http://www.impactpalliativecare.eu/>
22. Claessen SJ, Francke AL, Belarbi HE, et al. A new set of quality indicators for palliative care: process and results of the development trajectory. *J Pain Symptom Manage* 2011;42:169-82.
23. Schenck AP, Rokoske FS, Durham DD, et al. The PEACE Project: identification of quality measures for hospice and palliative care. *J Palliat Med* 2010;13:1451-9.