

# **INDAGINE SUL DOLORE NEGLI OSPEDALI DELL'EMILIA-ROMAGNA**

A cura di  
Elena Marri, Eugenio Di Ruscio  
(Servizio presidi ospedalieri Regione Emilia-Romagna)  
Teresa Matarazzo, Elena Forini  
(Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)

Maggio 2008

Regione Emilia-Romagna  
Assessorato politiche per la salute  
Viale Aldo Moro, 21  
40127- Bologna

[www.saluter.it](http://www.saluter.it)

numero verde  
del Servizio sanitario regionale  
800 033 033  
(dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 17.30, il sabato dalle 8.30 alle 13.30)

## **Ringraziamenti**

Si ringraziano le Direzioni sanitarie e tutti i referenti aziendali medici e infermieri dei Comitati "Ospedale Senza Dolore", i responsabili degli hospice e della rete di cure palliative, i volontari e i rappresentanti dei Comitati Consultivi Misti aziendali (CCM). Un ringraziamento particolare si rivolge alle persone ricoverate, che con la loro partecipazione, hanno reso possibile la realizzazione dell'indagine.

## **Presentazione**

La Regione Emilia-Romagna ha scelto di tutelare il diritto alla salute anche come diritto a non soffrire per un dolore inutile. Con quest'obiettivo generale, nel nuovo Piano sociale e sanitario 2008-2010 si riafferma l'impegno per il mantenimento e lo sviluppo di una rete di servizi attenti a prendersi cura delle persone colpite da patologie dolorose di qualsiasi origine, senza trascurare le persone in fase avanzata di malattia.

Allo scopo di promuovere la cultura del sollievo dal dolore e il trattamento del dolore in ogni contesto di cura, l'Assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna ha aderito alle iniziative della "Giornata nazionale del sollievo", promossa congiuntamente dal Ministero della Salute, dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome e dalla Fondazione nazionale Gigi Ghirotti.

Il presente report illustra i risultati dell'indagine epidemiologica, eseguita il 29 maggio 2007, nell'ambito del programma regionale "Ospedale senza dolore", individuando elementi utili di valutazione e spunti di riflessione per il miglioramento del percorso avviato da alcuni anni con gli "Ospedali senza dolore e la rete hospice di cure palliative".

All'indagine hanno aderito le Aziende sanitarie, l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), il Comitato Consultivo Regionale per il controllo della Qualità dal lato del cittadino (CCRQ) e le associazioni di volontariato.

Il Servizio presidi ospedalieri della Direzione generale sanità e politiche sociali, ha coordinato la realizzazione dell'indagine con il coinvolgimento dei Comitati "Ospedale senza dolore", presenti in tutte le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Lo stesso Servizio ha curato, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, l'analisi e l'elaborazione delle schede e delle loro risultanze.

Lo studio dell'Emilia-Romagna è stato realizzato dalla Regione elaborando i dati raccolti nei propri ospedali, poi inseriti nel più ampio studio nazionale curato dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti.

I risultati dell'indagine epidemiologica e i materiali del convegno sono inoltre pubblicati e consultabili sul portale del Servizio sanitario regionale ([www.saluter.it/](http://www.saluter.it/)).

## **Il contesto**

La Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri, del 24 maggio 2001, ha istituito la "Giornata nazionale del Sollievo", l'ultima domenica di maggio d'ogni anno, invitando le amministrazioni pubbliche a diffondere la cultura del sollievo dalla sofferenza fisica e morale attraverso iniziative d'informazione e sensibilizzazione, anche in coordinamento con gli organismi di volontariato (Gazzetta Ufficiale n. 163 del 16. 07.2001).

A seguito della direttiva e in coerenza con l'Accordo Stato-Regioni del 29 giugno 2001 inerente al progetto "Ospedale senza dolore", la Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna ha assegnato alle Aziende sanitarie l'obiettivo di implementare le Linee guida regionali sul tema.

Il progetto, sostenuto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si prefigge di promuovere un mutamento delle attitudini, dei comportamenti inerenti al trattamento del dolore di qualsiasi origine, a volte sottovalutato anche nei sistemi sanitari ad elevata complessità e sviluppo tecnologico.

Il primo passo per l'implementazione delle linee guida e per la diffusione di buone pratiche cliniche, è stata l'istituzione dei Comitati "Ospedale Senza Dolore" in tutte le

Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna, con il compito di assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture sanitarie, di coordinare la formazione del personale medico e infermieristico, di promuovere gli interventi idonei ad assicurare la disponibilità dei farmaci oppiacei, nonché di dare impulso all'applicazione di protocolli di trattamento del dolore, con valutazione dei risultati conseguiti.

Il Servizio presidi ospedalieri ha coordinato l'organizzazione e la realizzazione dell'indagine, con l'obiettivo di porre in primo piano la persona sofferente che vive l'esperienza del ricovero e favorire la diffusione, attraverso strumenti semplici, della valutazione del dolore, nel senso ampio anche emotivo della sofferenza.

All'organizzazione dell'indagine hanno partecipato i Comitati Ospedale Senza Dolore (COSD) delle Aziende sanitarie, coordinati a livello regionale, con momenti ripetuti d'informazione e confronto, per pianificare e omogeneizzare il lavoro. Ciò ha consentito la condivisione degli obiettivi dell'indagine, condivisa anche dal Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ) che ha aderito all'iniziativa.

I risultati presentati si riferiscono allo studio di prevalenza eseguito il giorno 29 maggio 2007, utilizzando una metodologia simile a quella delle indagini precedenti dell'anno 2002 e del 2004. Ciò consente laddove possibile il confronto dell'andamento del fenomeno nel tempo.

## **Metodo**

Il disegno di studio adottato è quello delle indagini di prevalenza in un giorno prestabilito, eseguite in un'unica giornata (one day prevalence).

Sono state complessivamente raccolte 9.001 schede; nell'analisi sono state considerate quelle dei ricoveri ordinari e in day-hospital che hanno superato la verifica di congruenza.

L'indagine ha pertanto riguardato 8.887 persone che, ricoverate negli ospedali pubblici e privati accreditati dell'Emilia-Romagna, il 29 maggio 2007 hanno compilato, volontariamente e in forma anonima, la "Scheda del Sollievo".

La "Scheda del sollievo" è stata proposta dal Ministero della Salute, dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti e dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, per dar voce alla sofferenza delle persone ricoverate.

In Regione Emilia-Romagna hanno partecipato tutte le Aziende sanitarie e l'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP); complessivamente gli ospedali pubblici e privati accreditati che hanno aderito sono stati 82, di cui 57 pubblici e 25 privati accreditati.

La "Scheda del Sollievo" è stata concepita per essere compilata autonomamente dal paziente. Le persone ricoverate, impossibilitate fisicamente a compilare la scheda, hanno ricorso all'aiuto di un familiare, di un operatore sanitario o di volontari, istruiti per non influenzare in alcun modo il giudizio del malato.

Sono state considerate eleggibili le persone ricoverate in regime di degenza ordinaria e in day-hospital, con l'esclusione delle persone ricoverate in Rianimazione e terapia intensiva e dei bambini d'età inferiore ai 6 anni.

La scheda, disegnata in modo da stimolare la persona ricoverata ad esplicitare i propri bisogni e il significato soggettivo di sollievo, ha consentito la rilevazione di dati socio-anagrafici e d'informazioni qualitative e quantitative sulla percezione del dolore e del suo opposto, il sollievo, da parte della persona ricoverata.

La scheda tiene conto delle esigenze di brevità e facilità di compilazione da parte della persona ricoverata, ed è composta di cinque sezioni dedicate a rilevare informazioni sulle aspettative e sul significato di sollievo, sulla prevalenza della sofferenza in ospedale, sui bisogni e le prospettive di miglioramento dell'esperienza di ricovero e su elementi di soddisfazione collegati al ricovero. L'ultima sezione della scheda rileva informazioni di tipo socio-anagrafico.

#### Analisi statistica

L'intensità del dolore, rilevata con scala numerica (NRS) è stata divisa in quattro livelli: nessun dolore (NRS=0), dolore lieve (1-3), moderato (4-7) e intenso (8-10). L'analisi statistica è stata compiuta mediante i software SAS (Statistic Analysis System) e SPSS (Software Products for Statistical Solutions).

Per valutare l'età dei pazienti nelle diverse discipline e tra i sessi sono stati applicati test statistici non parametrici come Wilcoxon-Mann-Whitney, per l'analisi delle frequenze è stato utilizzato il test Chi-Quadrato; è stato inoltre applicato il test sulle proporzioni.

Per studiare l'influenza dei potenziali determinanti (età, sesso, area specialistica) sulla percezione del dolore è stato calcolato l'Odds Ratio (OR) con il rispettivo intervallo di confidenza al 95% (IC 95%).

## Risultati

L'analisi ha riguardato le risposte, alle domande della scheda, di 8.887 pazienti ricoverati negli ospedali pubblici e privati accreditati dell'Emilia-Romagna, di questi il 54.9% (4.881/8.887) è ricoverato presso i presidi ospedalieri delle Aziende USL, il 32.7% (2.908/8.887) presso le Aziende Ospedaliere e gli Istituti Ortopedici Rizzoli, mentre il 12.4% (1.098/8.887) negli ospedali privati accreditati che aderiscono all'AIOP.

L'indagine ha registrato un tasso di risposta pari al 60% (7.359/12.272) dei ricoverati in regime ordinario, estrapolato mediante interrogazione della banca dati (SDO) della Regione Emilia-Romagna. All'indagine hanno inoltre aderito 1.207 persone ricoverate in Day-Hospital.

La maggioranza dei pazienti, il 60% (4.991/8.330) ha compilato autonomamente la scheda del sollievo, il 14,8 % (1.230/8.330) è stato aiutato da operatori sanitari, il 18,6% (1.547/8.330) da familiari e il 6,3% (522/8.330) da volontari e conoscenti.

All'indagine hanno partecipato tutte le Aziende USL e le Aziende ospedaliere della Regione Emilia-Romagna, gli Ospedali privati accreditati e l'Istituto di Riabilitazione di Montecatone.

La distribuzione delle schede raccolte per Azienda di provenienza è presentata in tabella n. 1.

**Tab. n. 1 Provenienza delle Schede**

	<b>N</b>	<b>%</b>
Aziende USL	4.881	54,9
Aziende Ospedaliero –Universitarie di Bologna, Parma, Ferrara, Modena, di Reggio Emilia e IIOORR	2.908	32,7
AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)	1.098	12,4
<b>Totale</b>	<b>8.887</b>	<b>100,0</b>

<b>AZIENDE USL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
USL PIACENZA	588	12,0
USL PARMA	219	4,5
USL REGGIO EMILIA	419	8,6
USL MODENA	645	13,2
USL BOLOGNA	996	20,4
USL IMOLA*	365	7,5
USL FERRARA	371	7,6
USL RAVENNA	545	11,2
USL FORLI	256	5,2
USL CESENA	152	3,1
USL RIMINI	325	6,7
<b>TOTALE</b>	<b>4.881</b>	<b>100,0</b>

<b>AZIENDE OSPEDALIERE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
OSPEDALI RIUNITI-PARMA	625	21,5
S.MARIA NUOVA-REGGIO EMILIA	323	11,1
POLICLINICO-MODENA	352	12,1
S.ORSOLA-MALPIGHI-BOLOGNA	935	32,2
ARCISPEDALE S.ANNA-FERRARA	635	21,8
II.OO. RIZZOLI - BOLOGNA	38	1,3
<b>TOTALE AZIENDE OSPEDALIERE</b>	<b>2.908</b>	<b>100,0</b>

\*di cui 137 dall'Istituto di Riabilitazione di Montecatone

La grande maggioranza dei cittadini ricoverati, l'89% (7.649/8.607) del campione in studio, è residente in Emilia-Romagna, mentre l'11% (941/8.607) proviene da fuori regione, comprendendo anche 157 (1,9%) cittadini provenienti da Paesi extra Unione Europea.

Il 52% (4.291/8.244) delle persone che hanno partecipato all'indagine è di sesso femminile. Dal raffronto della composizione per sesso e per età del campione in studio con quello della precedente indagine eseguita nell'anno 2004, non emergono variazioni significative (Tab. n. 2 e Tab. n. 3).

Tab. n. 2 Il campione

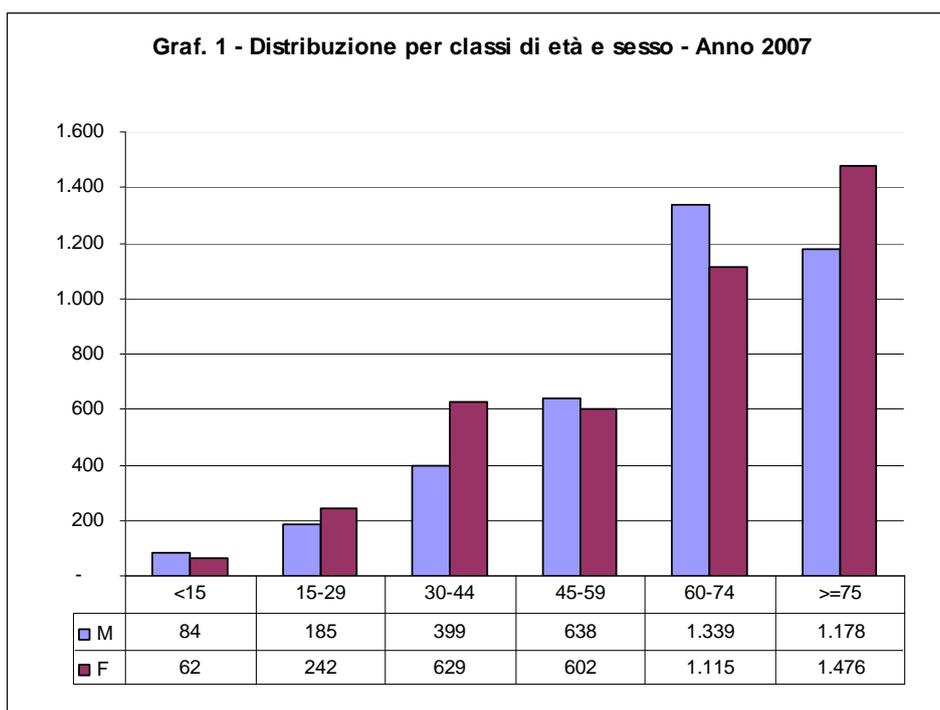
	2004		2007	
	N	%	N	%
<b>Uomini</b>	3.954	47.2	3.953	48.0
<b>Donne</b>	4.415	52.8	4.291	52.0
<b>Totale</b>	8.369	100.0	8.244	100.0
Missing	291		643	

Tab. n. 3 Età media

	Anno 2004			Anno 2007		
	Età media	DS	N	Età media	DS	N
<b>Uomini</b>	62.2	18.7	3.790	63.0	19.5	3.881
<b>Donne</b>	62.5	20.1	4.222	63.0	19.6	4.159

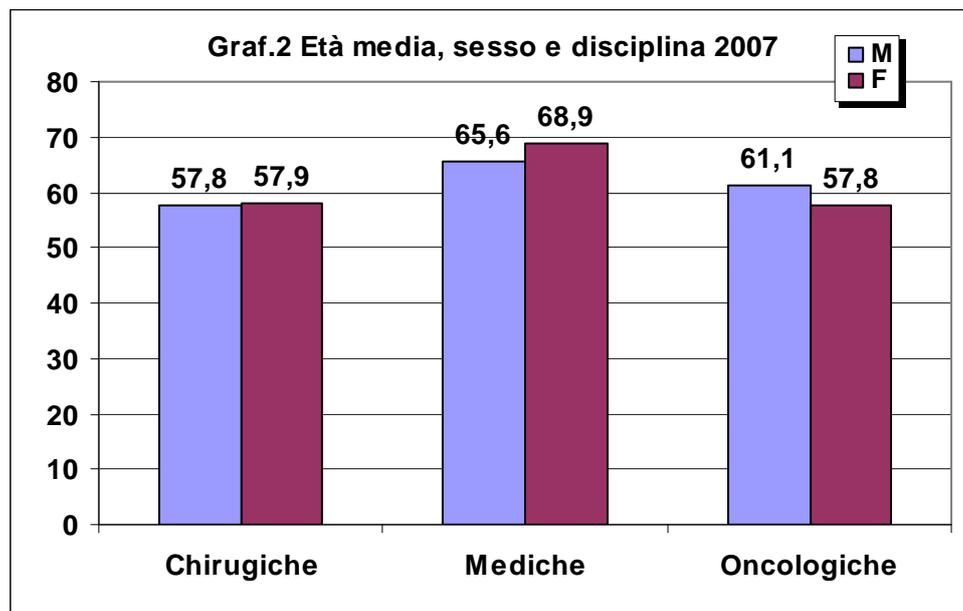
(Mann-Whitney U, p=n.s.)

Nel 2007 l'età media d'entrambi i sessi è di 63 anni; per le donne la classe d'età maggiormente rappresentata è quella superiore a 75 anni, mentre per gli uomini è quella compresa tra 60-74 anni, come già osservato nel 2004 (Graf. n.1).



Chi-quadrato=105.9 (g.l.: 5) p=0.01

L'analisi della distribuzione per età nell'ambito delle principali aree di ricovero (medica, chirurgica e oncologica), mostra che nelle discipline mediche l'età media delle donne supera quella degli uomini (68.9 anni vs 65.6 p<0,001), viceversa nelle discipline oncologiche l'età media degli uomini supera quella delle donne (61.1 vs 57.8 p<0,01). Nelle discipline chirurgiche (U 57.8; D 57.9) l'età media si aggira attorno ai 60 anni per entrambi i sessi.

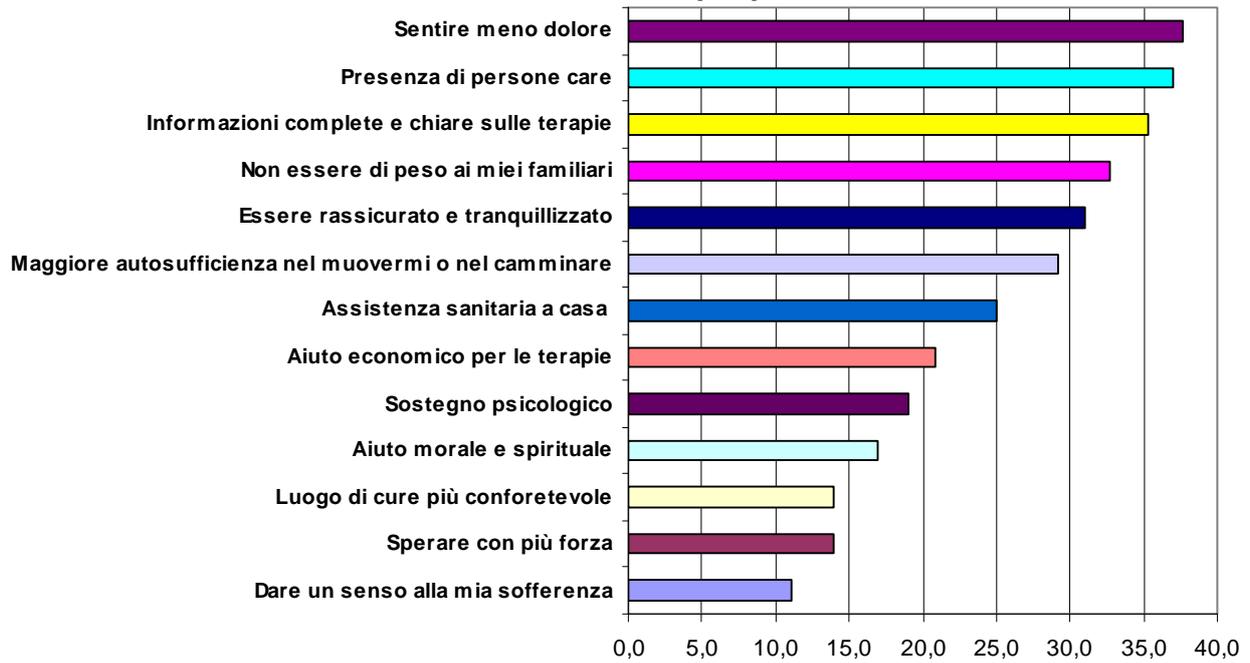


Mann-Whitney U – Wilcoxon, per valutare se vi è differenza d'età nei due sessi  
 Mediche: p<0.01 (n=4514)- Chirurgiche: p=N.S. (n=2411) - Oncologiche:p<0.01 (n=518)

## 1- COSA DESIDERA ADESSO PER PROVARE SOLLIEVO?

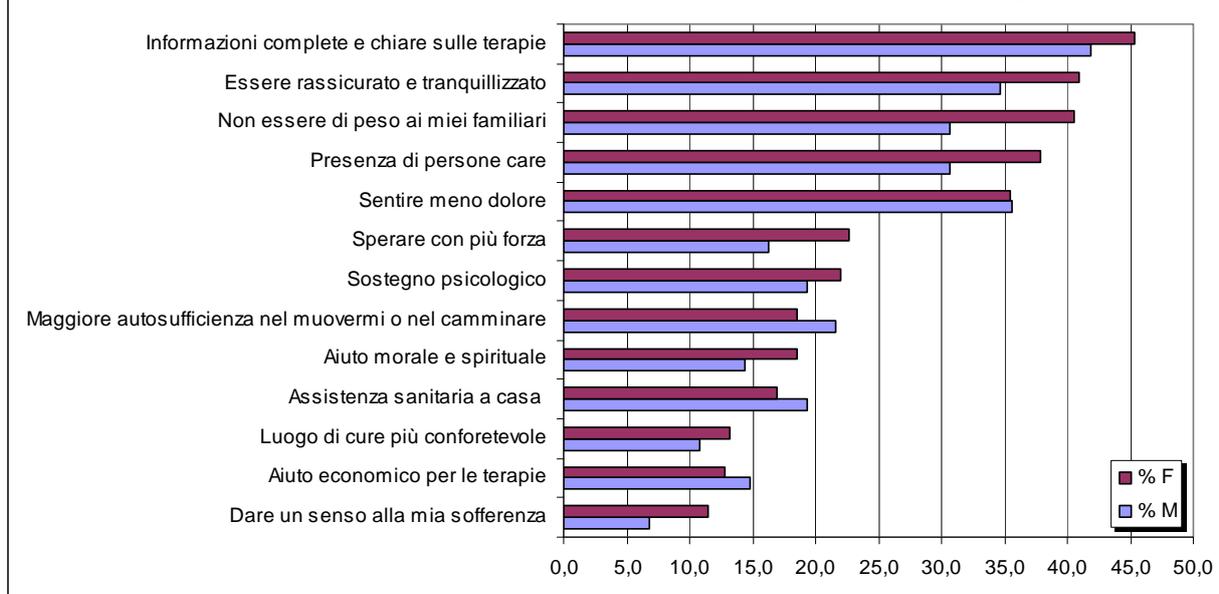
La prima domanda "Che cosa desidera adesso per provare sollievo", consente di indagare il significato che la persona ricoverata, al momento dell'indagine, attribuisce al concetto di sollievo, lasciando libertà di scegliere più opzioni tra quelle proposte. L'analisi evidenzia che le persone ricoverate hanno selezionato mediamente tre risposte; le categorie maggiormente rappresentate in entrambi i sessi sono: sentire meno dolore (37.7%), presenza di persone care (37%), ricevere informazioni complete e chiare sulle cure (35.3%), non essere di peso ai familiari (32.7%), essere rassicurato e tranquillizzato (31.1%) e una maggiore autosufficienza nel movimento (29.2%) Graf. n. 3.

**Graf. n.3 Cosa desidera adesso per provare sollievo?**

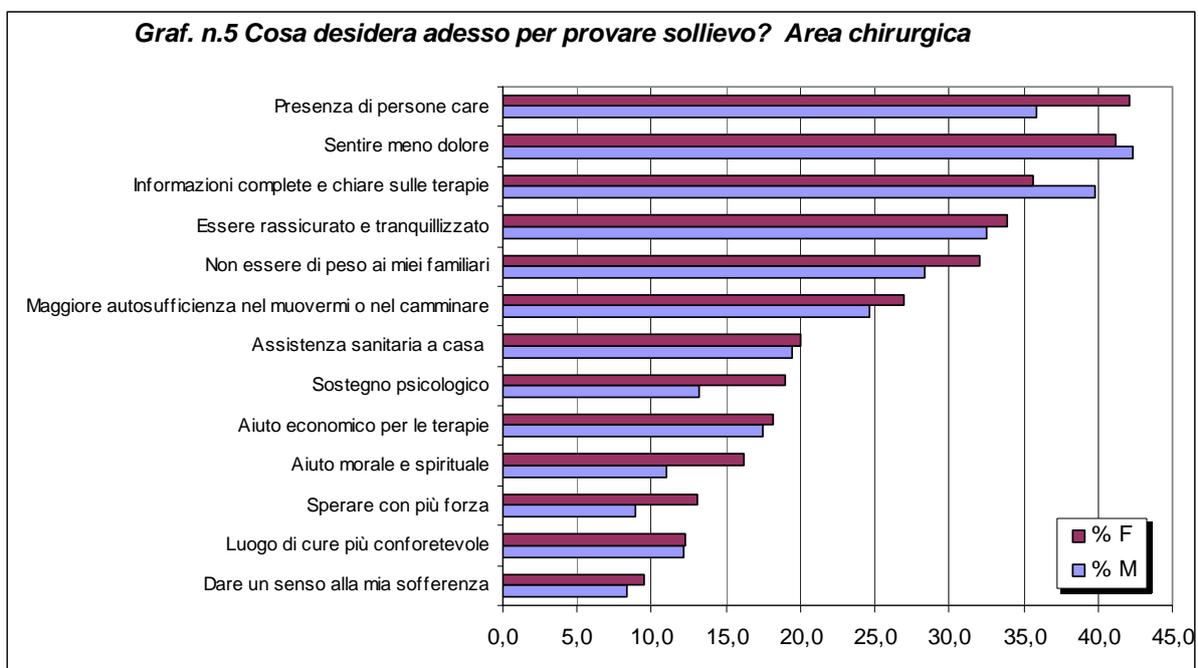


In particolare la distribuzione delle risposte per area di ricovero e per sesso, permette di rilevare che in oncologia le persone ricoverate di entrambi i sessi, dichiarano di desiderare prima di tutto un'informazione chiara sulle terapie (F 45.3%; M 41.9%), essere rassicurate e tranquillizzate (F 41%; M 35%), non essere di peso ai familiari (F 40%; M 31%), la vicinanza di persone care (F 38%; M 31%), poi sentire meno dolore (F 35.5%; M 35.6%) e sperare con più forza (F 22,6%; M 16,2%). Graf. 4.

**Graf. n. 4 - Cosa desidera adesso per provare sollievo? Area oncologica**

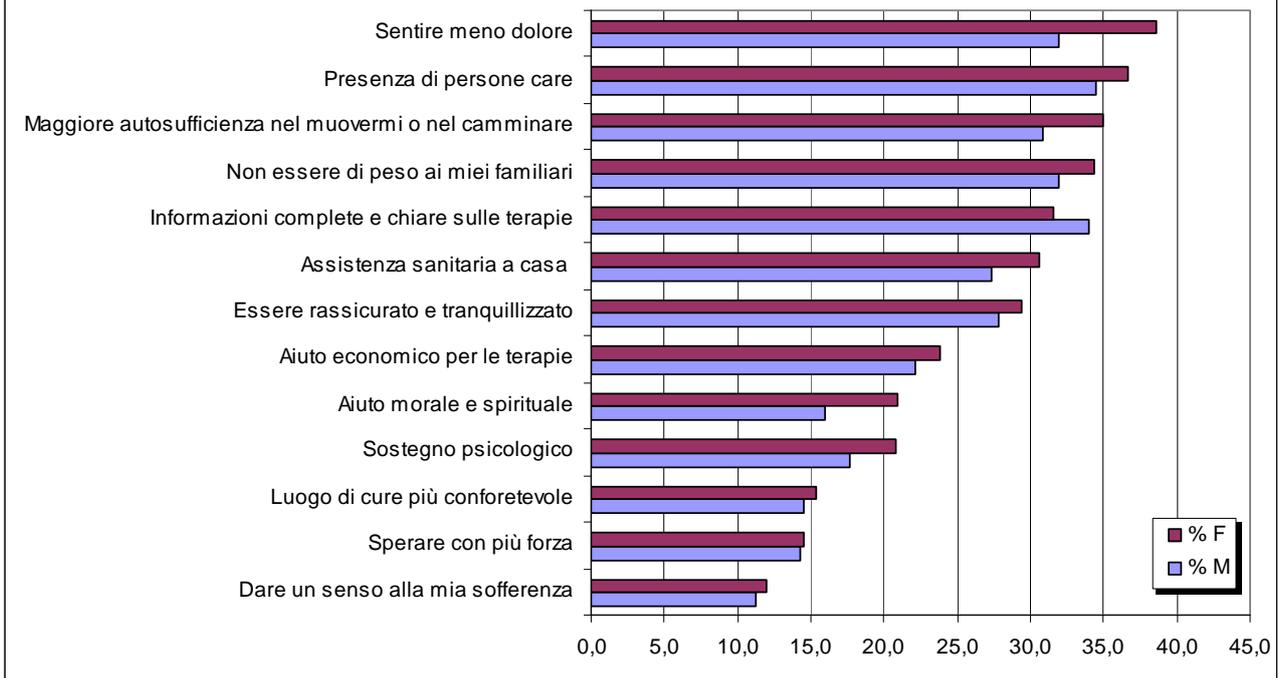


La distribuzione delle risposte per sesso, in area chirurgica, permette di osservare che, mentre gli uomini chiedono prima di sentire meno dolore (M 42.4%, F 41.2%), poi informazioni chiare sulle cure (M 39.8%, F 35.6%) e la presenza di persone care (M 35.9%, F 42.1%), le donne desiderano prima la presenza di persone care, poi sentire meno dolore e informazioni complete e chiare sulle terapie.



In area medica, la distribuzione delle risposte permette di osservare che le persone ricoverate desiderano sentire meno dolore (F 38%, M 32%), la presenza di persone care (F 36%, M 34%) e una maggiore autosufficienza nel movimento e nel cammino (F 35%, M 32%). Segue a breve distanza il desiderio di non essere di peso ai familiari e informazioni più chiare sulle cure.

**Graf. n. 6 Cosa desidera adesso per provare sollievo? Area medica**



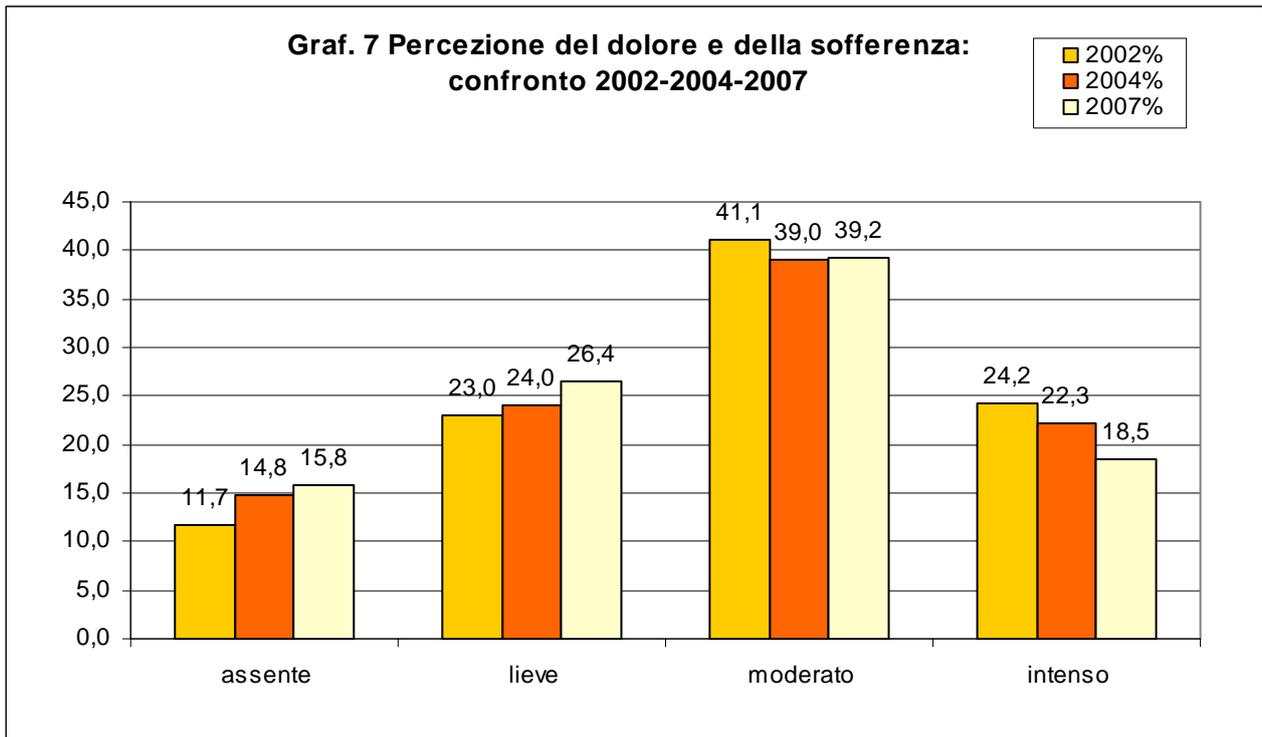
## 2- IL TERMOMETRO DELLA SOFFERENZA

La domanda indaga il livello di sofferenza percepito dalle persone ricoverate al momento della compilazione della scheda, rilevato mediante scala analogico-numerica, con punteggio variabile da 0 a 10. Alla domanda ha risposto l' 88% (7.788/8.887) del campione.

L'analisi è stata eseguita aggregando i punteggi assegnati dalle persone ricoverate all'intensità del dolore in quattro classi: assente (0), lieve (1-3), moderato (4-7) e severo (8-10), in analogia con gli studi precedenti del 2002 e del 2004.

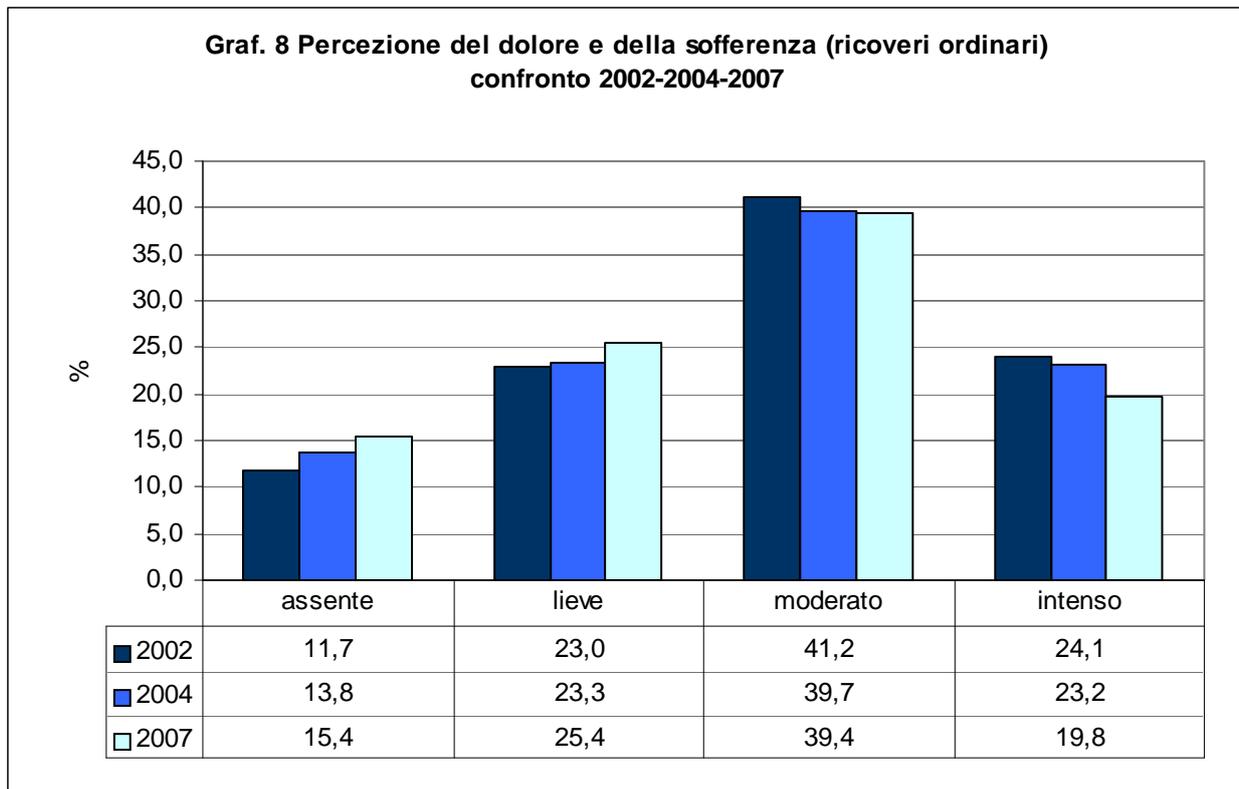
Nell'anno 2007, il 15,8% (1.234/7.788) del campione in studio non lamenta dolore, il 26,4% dichiara dolore lieve (2.058/ 7.788), il 39,2% dolore moderato (3.052/7.788) e il 18,5% dolore intenso (1.444/7.788).

Nel 2007, a distanza di cinque anni dalla prima indagine del 2002, si osserva una riduzione dell'intensità del dolore nelle classi moderato (41.1% vs 39.2%) e intenso (24.2% vs 18.5%) e contestualmente un aumento della prevalenza delle classi dolore assente (11.7 vs 15.8 %) e lieve (23 vs 26.4%), indipendentemente dal regime di ricovero. La riduzione nel quinquennio in studio è statisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), Graf. n. 7.



Chi-quadrato: 138.2 (g.l.=6)  $p < 0,0001$ .

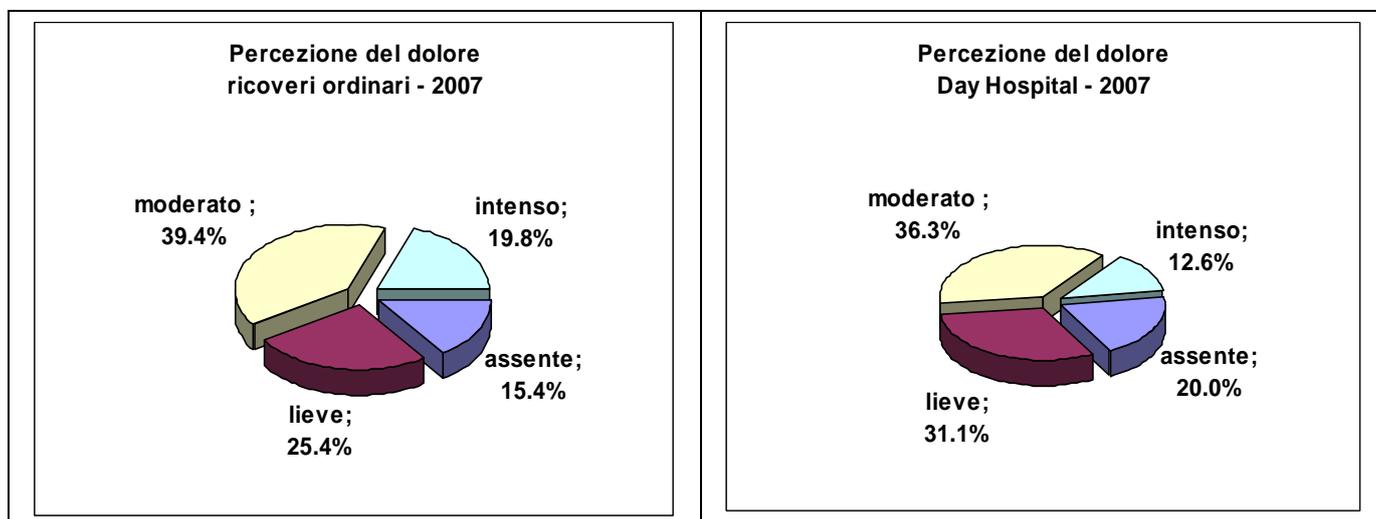
Dal confronto del livello di dolore per le persone ricoverate in regime ordinario, nel periodo dal 2002 al 2007, si osserva una riduzione del dolore intenso che passa rispettivamente da 24,1% (I.C. 95% = 22,2-26), a 19,8% (I.C. 95% = 17,6-22,0). (Graf. 8).



Chi -quadrato: 79.5 (g.l.=6)  $p < 0,0001$

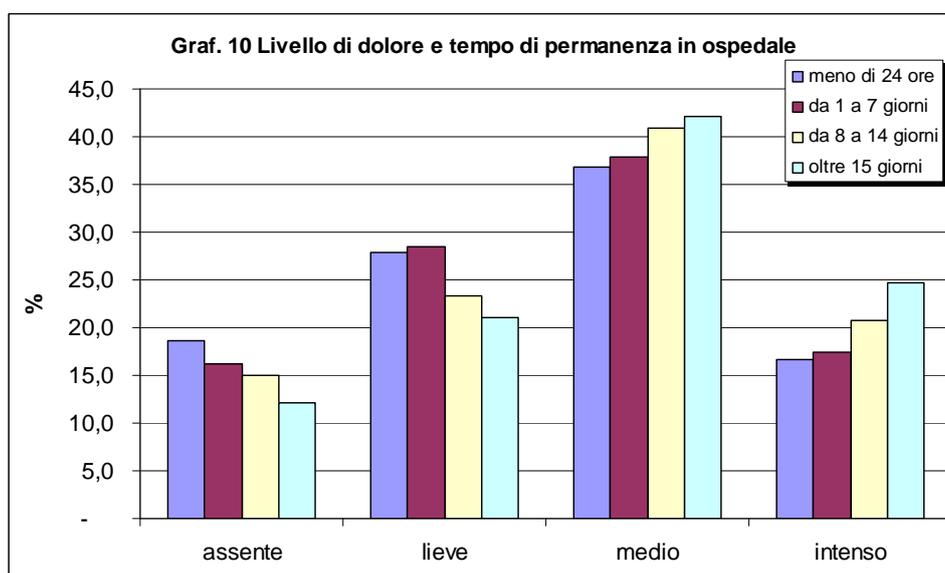
Nel 2007 l'indagine ha interessato anche le persone presenti in Day-Hospital, che segnalano un dolore intenso del 12,6% (121/961), valore come atteso, inferiore a quello osservato in regime ordinario, che si aggira attorno al 19,8% (1.210/6.122) (Graf. 9).

**Graf. n. 9 Confronto del dolore in regime ordinario e in day-hospital**



### Tempo d'ospedalizzazione e dolore

L'analisi si è inoltre focalizzata sul tempo di permanenza in ospedale, dichiarato dalle persone ricoverate al momento dell'indagine; la durata dell'ospedalizzazione si correla con il livello del dolore, ossia i pazienti ricoverati per più giorni, lamentano una maggiore severità del dolore. La differenza è significativa per i ricoverati da almeno otto giorni (OR 8-14 giorni: 1,30 VS: 1 meno di 24 ore; oltre 15 giorni: 1,64 VS: 1 meno di 24 ore). Graf. n. 10. Ciò suggerisce la necessità di non sottovalutare la sofferenza durante tutto il percorso di cura.



## Genere e dolore

L'analisi di genere eseguita nell'anno 2007 permette di osservare una differente percezione del dolore tra i sessi. Le donne riferiscono un dolore intenso superiore all'altro sesso (20% vs 16.4%), con OR pari a 1,3 vs 1 ( $p < 0.05$ ). Tab. n. 4.

**Tab. n 4 – Anno 2007**

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Uomini</b>	624	18.3%	934	27.4%	1293	37.9%	558	16.4%
<b>Donne</b>	520	13.9%	954	25.5%	1497	40.0%	770	20.6%
<b>Totale</b>	<b>1.144</b>	<b>16.0%</b>	<b>1.888</b>	<b>26.4%</b>	<b>2.790</b>	<b>39.0%</b>	<b>1.328</b>	<b>18.6%</b>

Chi<sup>2</sup>=43 g.l.=3  $p < 0.05$

	Odds ratio	Intervallo di conf. al 95%
<b>Uomini</b>	1.0	
<b>Donne</b>	1.3	(1.17-1.49)

Lo studio ha riguardato l'eventuale differente percezione del dolore delle donne rispetto agli uomini nelle varie aree di ricovero. Si evidenzia per la donna una percezione di dolore intenso superiore all'uomo in area medica e chirurgica, con un OR pari a 1,4 vs 1.

Tab. 4-a

		Odds ratio	Intervallo di conf. al 95%
MEDICA	Uomini	1.0	
	Donne	1.4	(1.2-1.6)
CHIRURGICA	Uomini	1.0	
	Donne	1.4	(1.1-1.8)

## Età e dolore

Si è poi studiata l'influenza dell'età sulla percezione del dolore, con particolare riferimento alla popolazione anziana ultrasettantacinquenne.

I pazienti di 75 anni e oltre, presentano una prevalenza di dolore intenso maggiore rispetto a quelli d'età inferiore (21,7% vs 17,1%  $p < 0,001$ ). Tab. n 5

**Tab. n. 5**

Età	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 75	834	15.6	1523	28.5	2080	38.9	914	17.1
>= 75	400	16.4	535	22.0	972	39.9	530	21.7
<b>Totale</b>	<b>1.234</b>	<b>15.8</b>	<b>2.058</b>	<b>26.4</b>	<b>3052</b>	<b>39.2</b>	<b>1.444</b>	<b>18.5</b>

Chi<sup>2</sup>=47.6 g.l.=3  $p < 0.0001$

In particolare le donne anziane mostrano un dolore intenso pari a 24,8% contro il 18,1% degli uomini, statisticamente significativa, con un OR di 1,47 vs 1 (p<0,05). (Tab.5 a)

**Tab. n. 5a**

Età	Odds ratio	Intervallo di conf. al 95%
<b>Totale</b> < 75	1.0	
>= 75	1.35	(1.19-1.52)
<b>Maschi</b> < 75	1.0	
>= 75	1.18	(0.97-1.43)
<b>Femmine</b> < 75	1.0	
>= 75	1.47	(1,24-1,72)

### Livello di dolore e area di ricovero

L'analisi della percezione del dolore è stata condotta nelle diverse aree di ricovero: il dolore intenso delle persone ricoverate in area chirurgica, medica e oncologia si attesta rispettivamente attorno al valore di 15.6%, 21.3% e 13.4% (Tab. n. 6).

In area medica si osserva pertanto una prevalenza di dolore intenso superiore (21,3%), rispetto a quella chirurgica (15,6%), con un Odds Ratio (OR) pari a 1,46 in area medica, contro 1 in quella chirurgica (Tab. n.6 a).

**Tab. n. 6 Livello di dolore e area di ricovero - Anno 2007**

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Chirurgica</b>	323	13.5%	724	30.3%	970	40.6%	374	15.6%
<b>Medica</b>	712	17.0%	976	23.4%	1601	38.3%	888	21.3%
<b>Oncologica</b>	100	19.4%	156	30.3%	190	36.9%	69	13.4%
<b>Totale</b>	<b>1.135</b>	<b>16.0%</b>	<b>1.856</b>	<b>26.2%</b>	<b>2.761</b>	<b>39.0%</b>	<b>1.331</b>	<b>18.8%</b>

Chi<sup>2</sup>=83.8 g.l.=6 p<0.0001

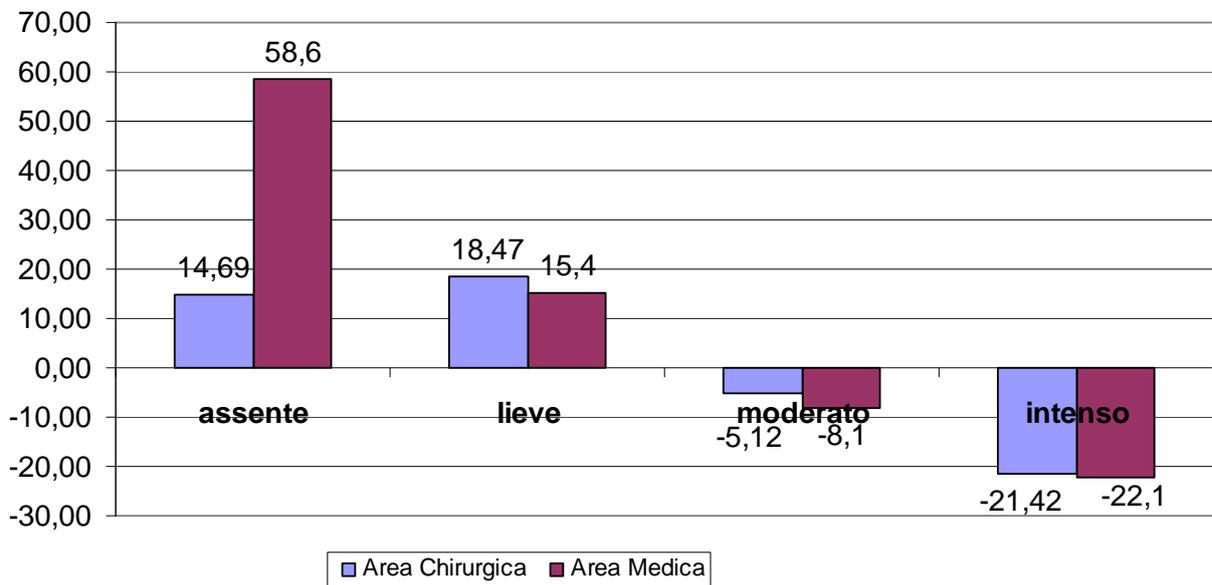
**Tab.6 a**

Area di ricovero	Odds Ratio	Intervallo di conf. al 95%
<b>Chirurgica</b>	1,0	
<b>Medica</b>	1,46	(1,27-1,66)

Al fine di confrontare il livello di dolore percepito dai pazienti, nel periodo 2002 -2007 si sono calcolate, inoltre, le variazioni percentuali in area di ricovero chirurgica e medica.

Dai risultati si evidenzia una riduzione del dolore moderato e intenso alla quale corrisponde l'aumento di dolore assente e lieve. In particolare in area di ricovero chirurgica si osserva una diminuzione del 21,42%, mentre in area medica la riduzione è del 22,1% (Graf. n. 11).

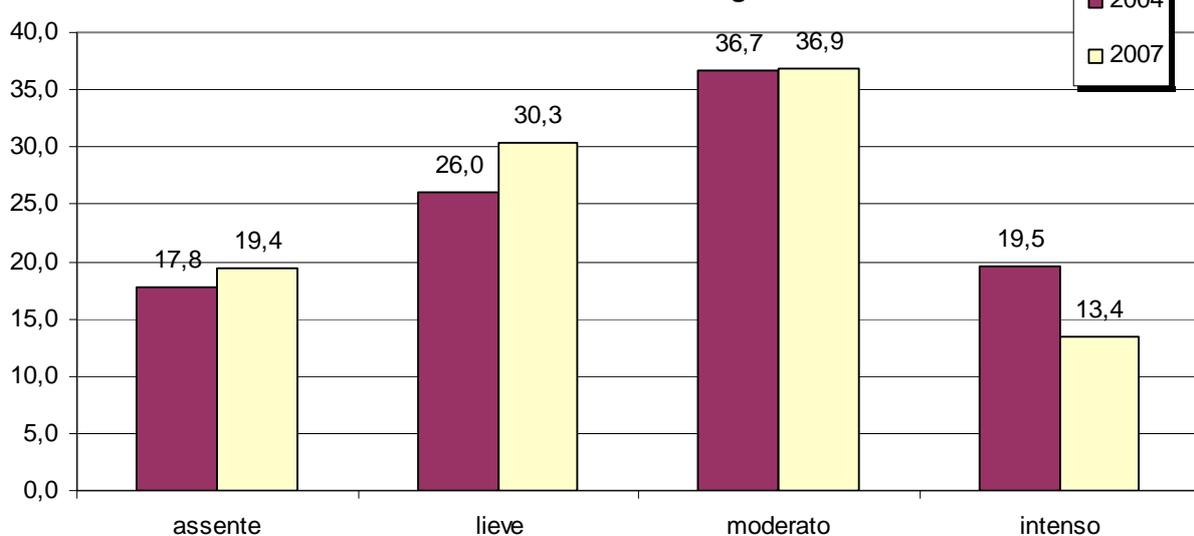
**Graf. 11 Variazione percentuale del dolore negli anni 2002–2007**



## Il dolore in oncologica

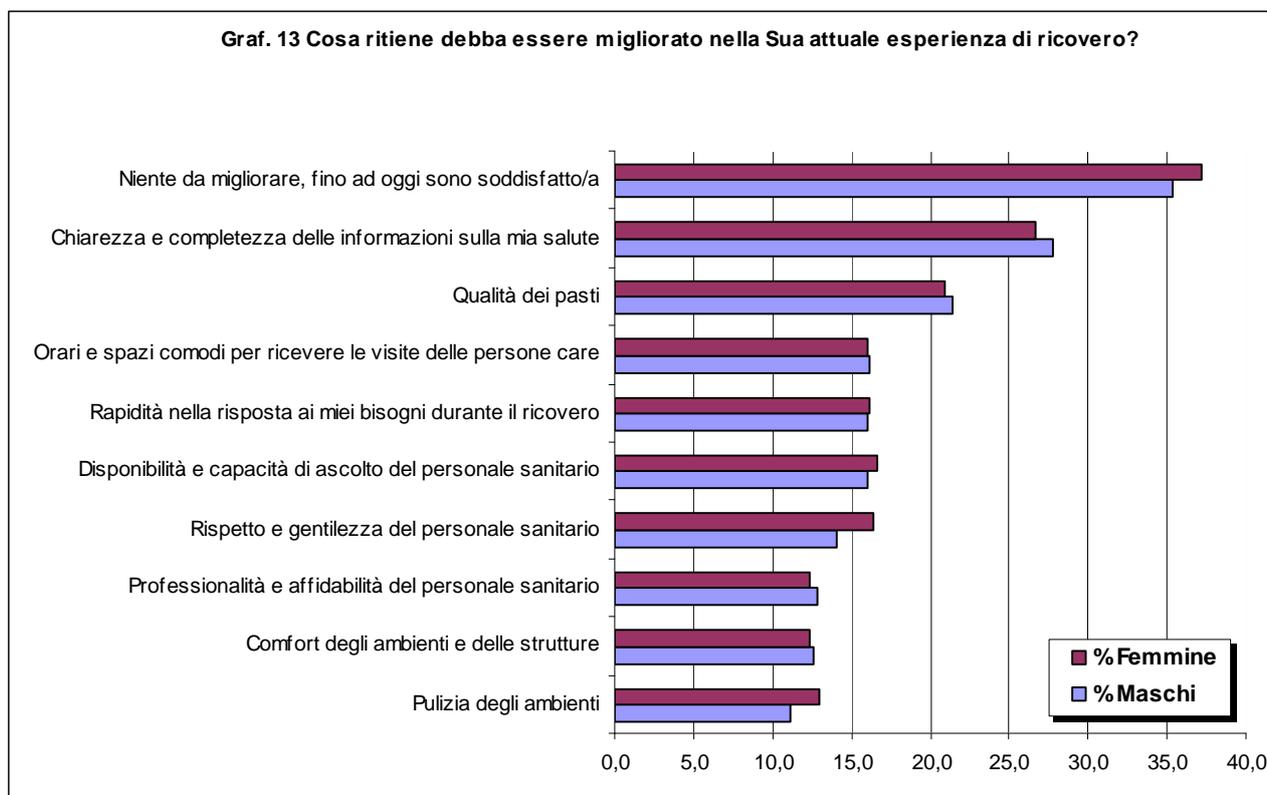
In area oncologica, negli anni 2004-2007, si osserva una diminuzione della prevalenza del dolore intenso che passa rispettivamente dal valore di 19,5% a 13,4%, mentre il dolore moderato resta stabile attorno al 37%.

**Graf. 12 Il dolore e la sofferenza in Oncologia: confronto 2004-2007**

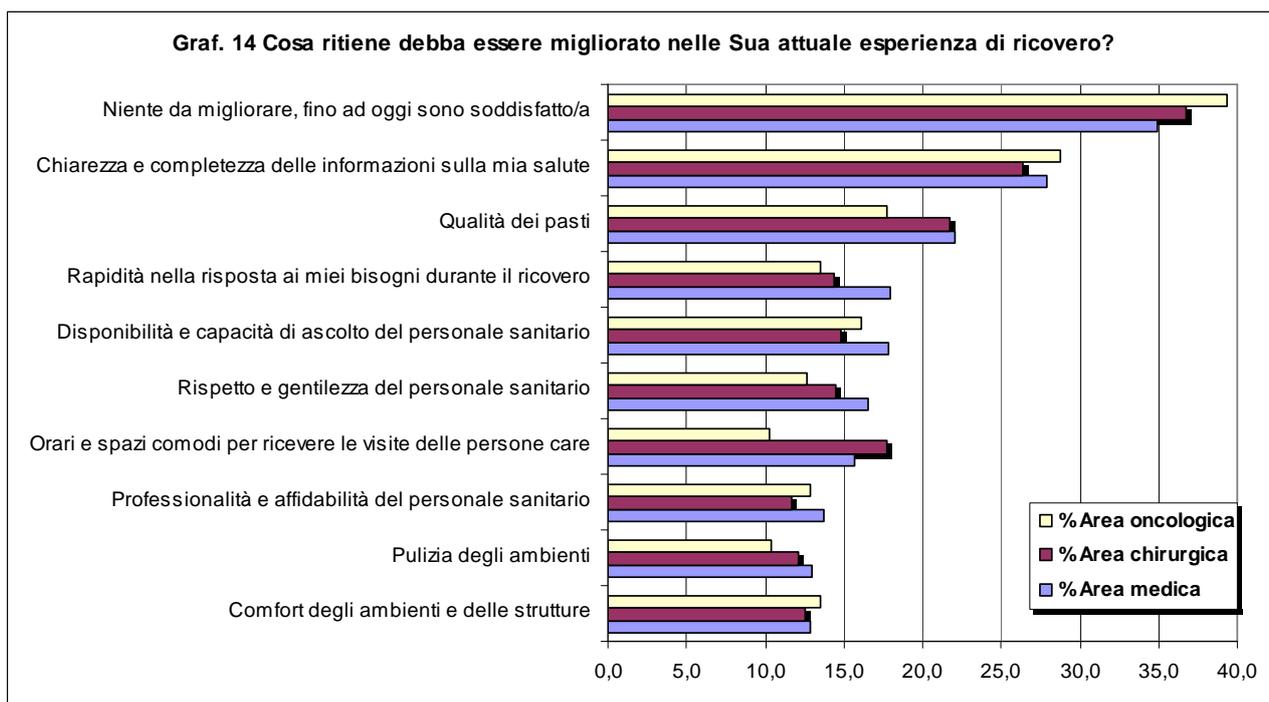


### 3- COSA RITIENE DEBBA ESSERE MIGLIORATO NELLA SUA ATTUALE ESPERIENZA DI RICOVERO?

La domanda indaga le richieste di miglioramento del campione in studio in merito all'esperienza di ricovero. Al primo posto si colloca oltre un terzo del campione (F 37%; M 35%) che si dichiara soddisfatto non ritenendo necessario alcun cambiamento. Gli ambiti di miglioramento espressi riguardano la comunicazione, con la richiesta di una maggiore chiarezza e completezza delle informazioni (27% in entrambi i sessi), la qualità dei pasti (21%) e la flessibilità degli orari per ricevere le visite delle persone care (16%). Professionalità e affidabilità del personale sanitario, pulizia e comfort degli ambienti compaiono agli ultimi posti della graduatoria degli elementi da migliorare.

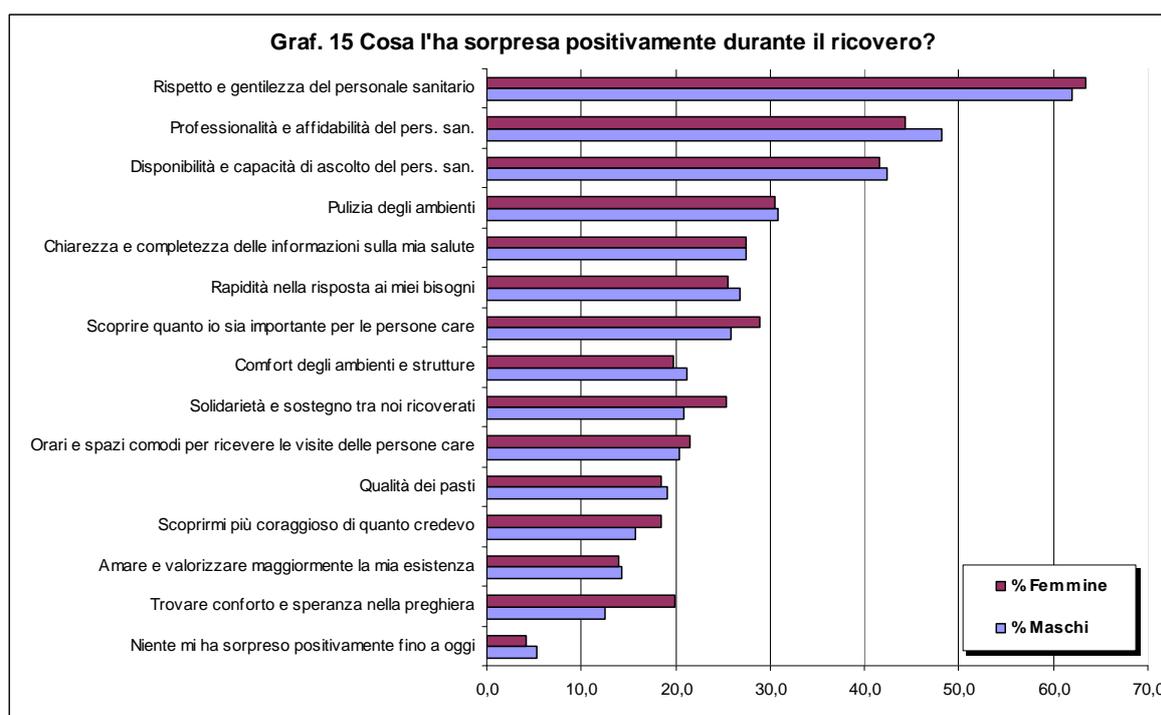


L'analisi condotta per area di ricovero rileva che la quota di persone che si dichiara soddisfatta resta alta in tutte le aree di ricovero, con alcune lievi differenze; in area oncologica il 39% si dichiara soddisfatto, in area chirurgica il 36% e in area medica il 35%. In tutte le aree di ricovero si assegna la stessa priorità alla richiesta di miglioramento riferita alla chiarezza delle informazioni e alla qualità dei pasti.



#### 4- COSA L'HA SORPRESA POSITIVAMENTE DURANTE IL RICOVERO?

Per rispondere a questa domanda, che si riferisce ad elementi positivi dell'esperienza di ricovero, ogni paziente ha selezionato mediamente quattro items. La maggioranza dei ricoverati, oltre il 60%, è stata positivamente sorpresa dalla gentilezza e dal rispetto del personale sanitario, oltre il 40% dalla professionalità, dalla disponibilità e dalla capacità d'ascolto. Agli ultimi posti della graduatoria si collocano: la qualità dei pasti, il conforto nella preghiera ed elementi di significato esistenziale e spirituale.



## CONCLUSIONI

Il campione dello studio dell'Emilia-Romagna risulta essere il più numeroso sul territorio nazionale, rappresentando il 44% delle schede raccolte in Italia.

L'indagine ha registrato la partecipazione volontaria di 8.887 persone complessivamente ricoverate in ospedale, per i ricoveri ordinari l'adesione è stata del 60% (7.359/12.272).

La consistenza del campione induce a considerare l'indagine come rappresentativa dell'esperienza che le persone ricoverate vivono negli ospedali della Regione Emilia-Romagna.

L'indagine rileva una prevalenza del dolore intenso per i pazienti ricoverati in regime ordinario del 19,6% (1.210/6.122), mentre in Day-Hospital, come atteso, tale valore si riduce al 12,6% (121/961).

A distanza di cinque anni dalla prima indagine epidemiologica regionale, il dolore intenso, percepito dalle persone ricoverate, si è ridotto di circa 5,7 punti percentuali (24,2% del 2002, 22,3% del 2004 e 18,5 del 2007), contestualmente è stato registrato un aumento della assenza di dolore (11,7% del 2002, 14,8% del 2004 e 15,8 del 2007).

In area di ricovero chirurgica, nel periodo 2002-2007, il dolore intenso è passato dal 19,9% al 15,6%, con una diminuzione del 4,3% ( $p < 0.01$ ); in area medica si osserva un andamento simile con un decremento del 6% (dal 27,3% al 21,3%). Tale riduzione è statisticamente significativa e particolarmente evidente, negli anni 2004-2007 ( $p < 0.01$ ), in entrambe le aree di ricovero.

In area oncologica il dolore intenso appare diminuire del 6,1%, passando dal 19,5% del 2004 al 13,4% del 2007.

Pur in presenza di una diminuzione del dolore, bisogna rilevare che il dolore intenso riguarda ancora il 18,5% dei ricoverati: tale dato indica la necessità di mantenere e potenziare il trattamento antalgico, appropriato e personalizzato, in tutte le aree di ricovero.

I risultati dell'indagine indicano, a livello ospedaliero, una prevalenza di dolore inferiore rispetto ad altri studi epidemiologici nazionali ed internazionali che si attestano attorno a valori variabili dal 37,7% al 79%.

L'osservazione di una percezione del dolore superiore per il sesso femminile conferma e rafforza quanto già rilevato negli studi del 2002 e del 2004 ed è coerente con la letteratura internazionale, segnalando il rischio di una sottovalutazione di genere.

Si conferma la presenza di una relazione tra sofferenza ed età: gli ultrasessantacinquenni percepiscono un dolore intenso più elevato rispetto alle età inferiori. Ciò segnala la necessità di porre attenzione, con percorsi dedicati, all'assistenza delle persone anziane e fragili, più esposte alle conseguenze del dolore cronico (disabilità, debolezza, diminuita attività motoria e decadenza delle condizioni fisiche).

Le persone ricoverate, associano il sollievo al sentire meno dolore, alla presenza di persone care e ad una comunicazione chiara sulle proprie condizioni di salute.

In area medica e oncologica emerge anche l'importanza dell'empatia nella comunicazione e degli aspetti di relazione con il medico e l'infermiere, aspetti su cui mantenere viva l'attenzione.

Per quel che riguarda le richieste di miglioramento ai primi posti si collocano la chiarezza dell'informazione e gli aspetti qualitativi legati al comfort alberghiero.

I pazienti ricoverati sono positivamente sorpresi dalla gentilezza e dal rispetto del personale sanitario, dalla professionalità, dall'affidabilità e dalla capacità d'ascolto, rilevando l'importanza di questi elementi nella percezione della qualità.

La riduzione della prevalenza del dolore in ambito ospedaliero è verosimilmente riconducibile all'attuazione del programma degli ospedali senza dolore, al progressivo miglioramento della preparazione professionale e alla diffusione di raccomandazioni e di linee guida, ispirate alla medicina dell'evidenza.

## Bibliografia

1. Accordo tra Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore" G.U. n. 149 del 29.06.2001
2. Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri "Indizione della "Giornata nazionale del sollievo". Gazzetta Ufficiale n. 163 del 16-07-2001
3. World Health Organization: Cancer pain relief with a guide to opioid availability. World Health Organization, Geneva, 1996
4. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996;65,pp:123-167
5. Visentin M., Trentin L., De Marco r. E Zanolin M.E. Verso un Ospedale senza dolore, in "Rapporto sull'indagine italiana", 2002
6. Abbott F.V., Gray-Donald K., Sewitch M.J., Johnston C.C., Edgar L., Jeans M.E., The Prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain* 1992: 50,pp: 15-28.
7. Costantini M., Viterbori P. ,Flego G. Prevalence of pain in Italian Hospitals: Results of a Regional Cross-Sectional Survey .*J.Pain Symptom Manage* . 2002:23,pp:221-30
8. Lattuada L. et all. Il progetto "Ospedale senza dolore" in Friuli Venezia Giulia: un primo resoconto. *Tendenze nuove* 1/2004 nuova serie
9. M. Visentin et all. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *European Journal of pain* 2005:9,pp:61-67
10. Marri E., Petropulakos K., Matarazzo T., Forini E., Taglietti E. Indagine sulla percezione della sofferenza e del dolore nella Regione Emilia-Romagna, 2002 in *Il Progetto ospedale senza dolore della Regione Emilia-Romagna*
11. World Health Organization: Cancer pain relief with a guide to opioid availability. World Health Organization, Geneva, 1996
12. Visentin M., Zanolin E., Trentin L., et all. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals *European Journal of pain*, 2005:9,pp:61-67
13. Vallano A.,Malouf J., Payrulet P.,Banos J. Prevalence of pain in adults admitted to Catalonian hospitals: A cross-sectional study,*European Journal of pain*, 2006: 10,pp 721-31
14. Coutaux A.,Salomon L.,Rosenheim M.,Baccard A.S.,et.all.Care related pain in hospitalized patients: A cross-sectional study,*European Journal of pain* 2008: 12,pp 3-8
15. Visser E.J.Chronic post-surgical pain: Epidemiology and clinical implications for acute pain management *Review, Acute pain*, 2006:8,pp:73-81
16. Roth W., Kling J., Gockel I., et all .Dissatisfaction with post-operative pain management—A prospective analysis of 1071 patients, *Acute Pain*,Vol.7,Issue: 9,August,2005,pp: 75-83
17. Miro J., Paredes S., Rull M., et all. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia *European Journal of pain* ,2007: 11,ppp 83-92
18. Strohbuecker B, Mayer H., Everset G. C.M. all. PainPrevalence in Hospitalized Patients in a German University Teaching Hospital, *Journal of pain and symptom management* 2005: 29,pp: 498-506
19. Visentin M., Zanolin E., Trentin L., et all. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals *European Journal of pain*, 2005:9,pp:61-67
20. Malouf J.et all. A survey of perceptions with pain management in Spanish inpatients, *Journal of pain and symptom management*..2006: 32,361-371
21. Melotti R.M. et al. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain* 2005:9 485–495