

Indagine sul dolore negli ospedali e negli hospice dell'Emilia-Romagna

MAGGIO 2010

A cura di

Elena Marri, Eugenio Di Ruscio

(Servizio presidi ospedalieri Regione Emilia-Romagna)

Teresa Matarazzo, Giuseppe Gilli

(Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)

Regione Emilia-Romagna

Assessorato politiche per la salute

Viale Aldo Moro, 21

40127- Bologna

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

In occasione della pubblicazione dei risultati dell'indagine del "Sollievo" è doveroso un ringraziamento a tutti coloro, professionisti della sanità e non, che direttamente e indirettamente hanno contribuito alla riuscita dell'iniziativa. In particolare le Direzioni sanitarie, i Comitati "Ospedale-territorio senza dolore", gli Hospice e i Comitati consultivi misti aziendali (CCM).

Innanzitutto il nostro ringraziamento si rivolge alle persone ricoverate che hanno riposto fiducia in questa iniziativa, determinandone la riuscita.

INDICE

INTRODUZIONE	3
METODO E ANALISI STATISTICA	4
DESCRIZIONE DEL CAMPIONE	6
RISULTATI	9
I SEZIONE - INDAGINE SUL DOLORE NEGLI OSPEDALI	10
1° DOMANDA: Cosa desidera adesso per provare sollievo?	10
2° DOMANDA: IL "TERMOMETRO DELLA SOFFERENZA" - Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento	12
3° DOMANDA: Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?	14
4° DOMANDA: Durante il ricovero ha sentito dolore?	16
5° DOMANDA: Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?	17
6° DOMANDA: Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?	17
7° DOMANDA: Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in ospedale?	18
LA COMPILAZIONE DELLA "SCHEDE DEL SOLLIEVO"	19
LA PERCEZIONE DEL DOLORE E I TEMPI DI PERMANENZA NELLA STRUTTURA	20
ANDAMENTO DELLA PREVALENZA DEL DOLORE NEL PERIODO 2002-2009	21
GENERE E DOLORE	24
ETA' E DOLORE	25
II SEZIONE - INDAGINE SUL DOLORE NEGLI HOSPICE	26
1° DOMANDA: Cosa desidera adesso per provare sollievo?	27
2° DOMANDA: IL "TERMOMETRO DELLA SOFFERENZA" - Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento	27
3° DOMANDA: Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?	28
4° DOMANDA: Durante il ricovero ha sentito dolore?	29
5° DOMANDA: Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?	30
6° DOMANDA: Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?	30
7° DOMANDA: Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in hospice?	31
ANDAMENTO NEGLI ANNI 2007 - 2009	32
ETÀ E DOLORE	32
CONCLUSIONI	33
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	35

INTRODUZIONE

Per il Servizio sanitario regionale la lotta al dolore rappresenta non soltanto un dovere etico ma anche l'esempio di una buona pratica clinica al passo con l'evoluzione delle conoscenze medico-scientifiche ed in grado di contrastare le conseguenze e i costi sociali prodotti dal dolore.

La legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", nelle sue linee generali, conferma le scelte operate dalla Regione Emilia-Romagna, che da anni coinvolge gli operatori sanitari, attraverso il Programma "Ospedale -territorio senza dolore" nello sviluppo di buone pratiche cliniche.

Con il Piano sociale -sanitario regionale 2008-2010 si è riaffermato l'impegno per il mantenimento e lo sviluppo di una rete di servizi ospedalieri e territoriali attenti a prendersi cura delle persone colpite da un dolore severo di qualsiasi origine, in tutte le fasi della malattia, compresa la fase avanzata.

In applicazione della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 24 maggio 2001 e allo scopo di promuovere la cultura del sollievo dal dolore e il suo trattamento in ogni contesto di cura, l'Assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, aderisce come ogni anno, alle iniziative della "Giornata nazionale del sollievo", promossa congiuntamente dal Ministero della salute, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e dalla Fondazione nazionale Gigi Ghirotti.

Questo report illustra i risultati dell'indagine epidemiologica realizzata lo scorso anno, il 28 maggio 2009, in prossimità della "Giornata nazionale del sollievo".

Il report raccoglie la voce dei cittadini sul dolore percepito e sul bisogno di sollievo e consente di acquisire elementi di valutazione e spunti di riflessione utili per migliorare il percorso definito dalle linee guida del progetto regionale "Ospedale senza dolore" ora divenuto, a seguito della legge 38/2010, "Ospedale-territorio senza dolore".

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 impegnate sul campo e naturalmente le moltissime persone ricoverate.

Il Servizio presidi ospedalieri della Regione Emilia-Romagna ha coordinato la realizzazione dell'indagine con il coinvolgimento delle Direzioni sanitarie aziendali, dei Comitati ospedale territorio senza dolore e degli Hospice. Lo stesso servizio ha curato, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, l'analisi e l'elaborazione delle "Schede del sollievo" utilizzate per la raccolta dei dati.

Il presente report è stato realizzato elaborando i dati raccolti sul territorio regionale e successivamente inseriti nel più ampio studio nazionale promosso dal Ministero della salute, dalla Fondazione nazionale Gigi Ghirotti e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano.

METODO E ANALISI STATISTICA

Lo studio è stato eseguito in un'unica giornata secondo il modello 'one day prevalence' consentendo di effettuare un'istantanea ('snapshot') in situazioni-tipo, mediamente rappresentative e su casistiche elevate, di quanto avviene tutti i giorni.

Per la rilevazione delle informazioni si è utilizzato un questionario semplificato denominato " Scheda del Sollievo", condiviso e adottato a livello nazionale quale strumento di rilevazione delle informazioni. La " Scheda del Sollievo" è stata distribuita il 28 maggio 2009 in tutti gli ospedali pubblici e privati aderenti all'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP) e nelle strutture Hospice della Regione Emilia-Romagna.

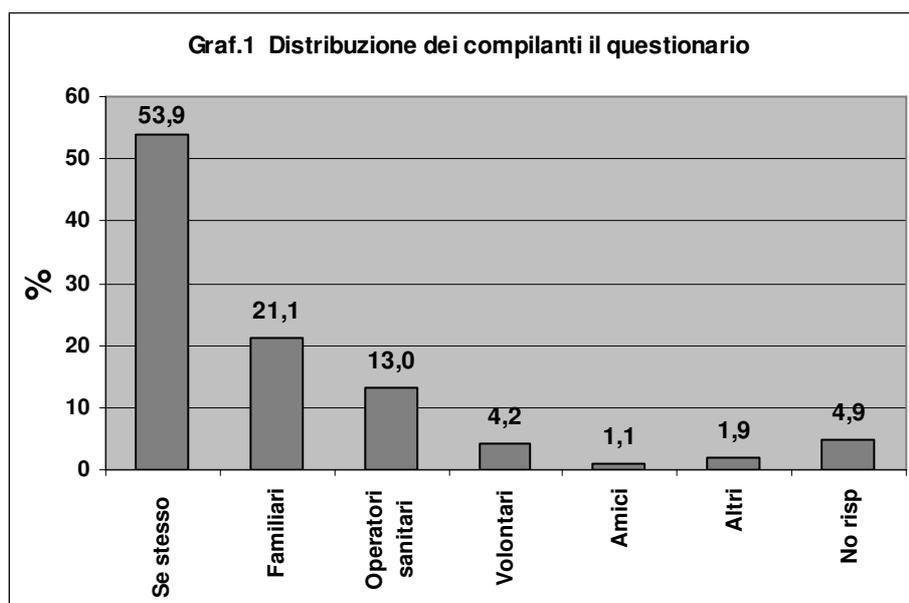
La partecipazione all'indagine è stata volontaria e anonima. Sono state raccolte e complessivamente elaborate 9.370 schede provenienti da 102 stabilimenti sanitari, di cui 59 ospedali pubblici (56,9%), 28 privati (27,4%) e 15 strutture Hospice (14,7%).

Hanno partecipato le persone di età uguale o superiore a 6 anni, sono stati esclusi i ricoverati in Rianimazione e Terapia intensiva.

La "Scheda del sollievo" è uno strumento per stimolare la riflessione sul dolore e la sofferenza percepita e sul bisogno di sollievo. Si articola in due principali sezioni: la prima raccoglie stati e sensazioni del paziente mediante domande chiuse o scale analogiche per la valutazione del dolore percepito, la seconda rileva informazioni di tipo socio- anagrafico.

Le persone ricoverate e desiderose di partecipare all'iniziativa, ma impossibilitate fisicamente a compilare la scheda, sono state assistite da familiari, operatori sanitari e volontari presenti in reparto al momento della distribuzione della scheda, istruiti per non influenzare in alcun modo il giudizio della persona ricoverata.

La maggioranza dei rispondenti il 54% (5.050/9.370) ha compilato la scheda autonomamente, il 13% (1.219/9.370) è stato aiutato da operatori sanitari, il 21% (1.974/9.370) da familiari e il 5% (489/9.370) da volontari, conoscenti e mediatori culturali (Graf. 1).



La misura del dolore rilevata su scala numerica é stata studiata su quattro livelli di dolore percepito: nessun dolore (0), dolore lieve (1-3), dolore moderato (4-7), dolore intenso (8-10), in analogia alla classificazione utilizzata nei precedenti studi regionali e nazionali.

Su questo tipo di classificazione sono state condotte buona parte delle elaborazioni numerico - statistiche usando tecniche grafico-descrittive e test inferenziali di tipo parametrico e non parametrico, in dipendenza del numero e delle caratteristiche di distribuzione dei dati sotto esame.

Nel corpo del testo viene usata la sigla 'd.s.s.' ad indicare una 'differenza statisticamente significativa' tra due, o più, gruppi di dati.

Se non altrimenti specificato si intende come 'statisticamente significativa' ('s.s') ogni differenza affermando la quale, la probabilità di errore ('alfa-error') rimanga sotto il 5%. Quali strumenti di analisi sono stati impiegati i 'pacchetti statistici' 'EPIINFO v.5', 'EPIINFO v.3.5', 'SAS', 'SYSTAT v.5'.

DESCRIZIONE DEL CAMPIONE

Delle 9.370 persone ricoverate negli ospedali pubblici e privati della Regione Emilia-Romagna, il 53.0% (4.969/9.370) è ricoverato nei presidi ospedalieri delle Aziende USL, il 30.7% (2.869/9.370) nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, Ospedaliera di Reggio Emilia e nell'Istituto Ortopedico Rizzoli, mentre il 16.3% (1.532/9.370) negli ospedali privati accreditati che aderiscono all'AIOP.

L'analisi descrittiva riguarda, in un'apposita sezione di questo report, anche un campione di 109 persone ricoverate negli Hospice della Regione Emilia-Romagna che hanno aderito all'indagine. La distribuzione generale e dettagliata di provenienza delle schede raccolte è illustrata nelle sottostanti tabelle ove sono riportati anche i dati delle rilevazioni precedenti.

Tab. 1 Provenienza delle schede

	2004		2007		2009	
	N	%	n	%	N	%
Aziende USL	4.735	54,9	4.881	54,9	4.969	53,0
Aziende Ospedaliere (*)	2.898	33,5	2.908	32,7	2.869	30,6
AIOP	984	11,4	1.098	12,4	1.532	16,4
Totale generale	8.617	100,0	8.887	100,0	9.370	100,0

(*) comprende i casi afferenti a IOR

Tab. 1a Dettaglio della provenienza delle schede

	2004	2007	2009		2004	2007	2009
Azienda Usl di Piacenza	629	588	399	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma	489	625	646
Azienda Usl di Parma	210	219	234	Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia	403	323	365
Azienda Usl di Reggio Emilia	460	419	472	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena	493	352	359
Azienda Usl di Modena	620	645	624	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	906	935	616
Azienda Usl di Bologna	829	996	966	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara	548	635	681
Azienda Usl di Imola	290	365	311	Istituto Ortopedico Rizzoli	59	38	202
Azienda Usl di Ferrara	312	371	379	Totale Aziende Osp e IOR	2.898	2.908	2.869
Azienda Usl di Ravenna	501	545	827				
Azienda Usl di Forlì	243	256	196				
Azienda Usl di Cesena	219	152	131				
Azienda Usl di Rimini	422	325	430				
Totale Aziende USL	4.735	4.881	4.969				
AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)	984	1.098	1.532				

La grande maggioranza dei cittadini, l'84,5% (7.920/9370) del campione in studio, è residente in Emilia-Romagna, mentre il 15,5% (1.450/9.370) risiede fuori regione, comprendendo anche 195 cittadini extracomunitari. In 209 casi non è conosciuta la regione di residenza.

Il numero dei ricoverati in degenza ordinaria, negli ospedali dell'Emilia-Romagna, presenti il 28 maggio 2009 è stato ottenuto mediante interrogazione della banca dati regionale dei ricoveri ordinari (SDO) con esclusione dei ricoverati nelle Rianimazioni e Terapie Intensive. Il tasso di risposta è risultato pari al 58,6% (7.913/13.497). All'indagine hanno inoltre partecipato 1.105 persone ricoverate in Day-Hospital e 109 persone ricoverate in Hospice.

Nel 2009 il 54% (4.664/8.658) del campione riportante il genere è di sesso femminile, rispetto all'indagine del 2007 si registra una riduzione statisticamente significativa (s.s) del sesso maschile.

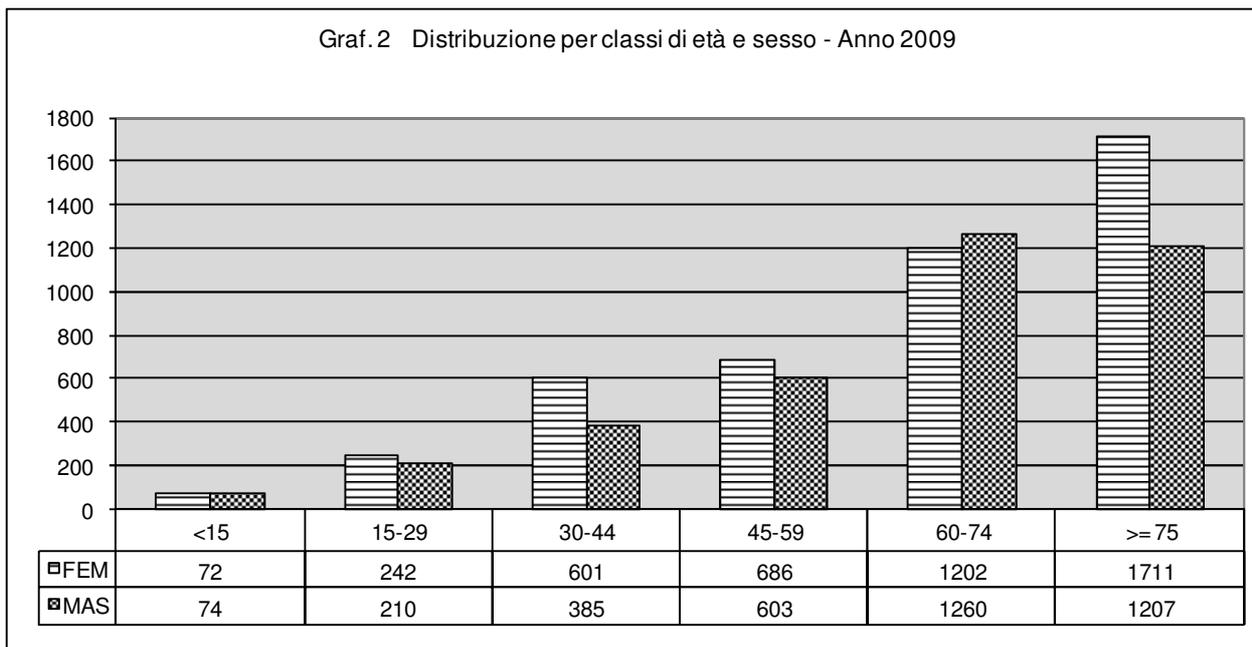
Tab. 2 Campione e genere

	2002		2004		2007		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maschi	4.018	47,5	3.954	47,2	3.953	48,0	3.994	46
Femmine	4.442	52,5	4.415	52,8	4.291	52,0	4.664	54
Totale	8.460	100,0	8.369	100,0	8.244	100,0	8.658	100,0
Non determinati	404		291		643		712	

Nel 2009, si evince che l'età media è di 63,1 anni per gli uomini e 63,8 per le donne, con una differenza statisticamente significativa (d.s.s.), per quanto di molto modesta entità (Tab.2a). Nel corso degli anni l'età media di entrambi i sessi si mantiene sopra i 60 anni e nel 2009, come già nel 2007, la classe d'età maggiormente rappresentata per le donne è quella superiore a 75 anni, mentre per gli uomini, benché di poco, è quella compresa tra 60-74 (Graf.2).

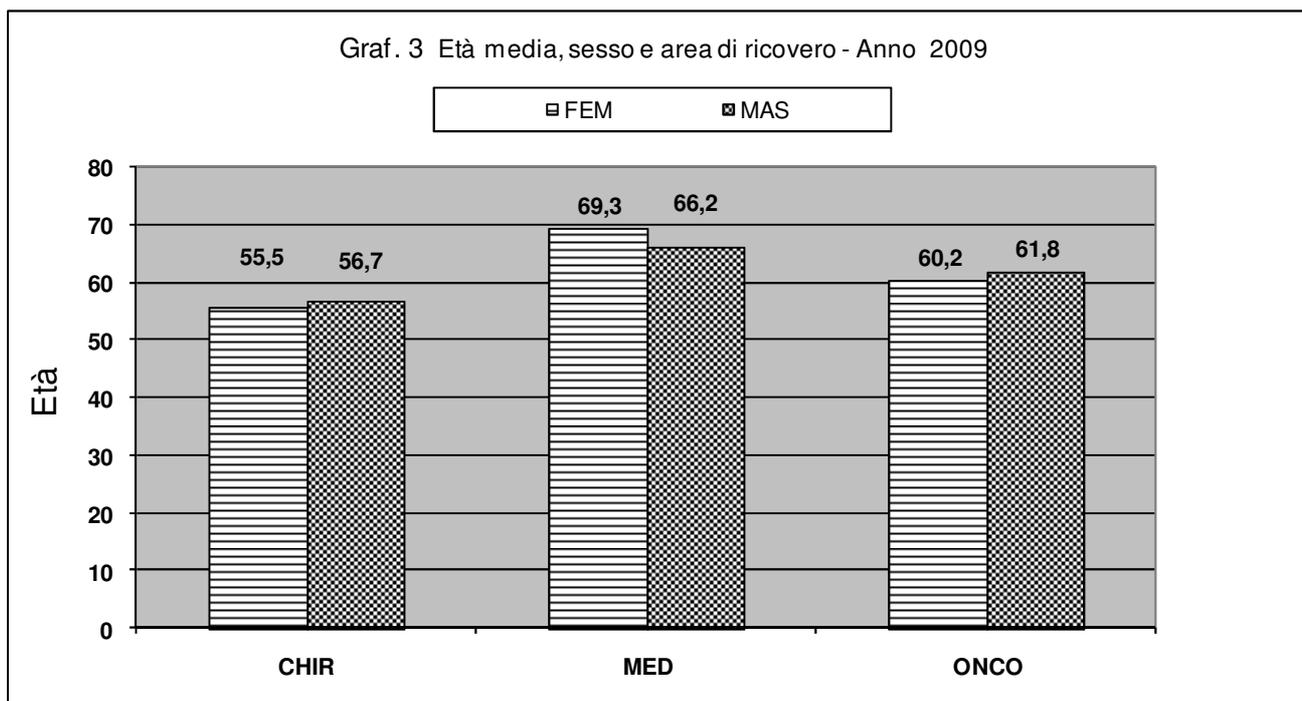
Tab. 2a Il campione: età media e genere

	2002			2004			2007			2009		
	Età med.	DS	N									
Uomini	62,3	18,7	3.935	62,2	18,7	3.790	63,0	19,5	3.881	63,1	19,3	3.739
Donne	63,2	20,2	4.323	62,5	20,1	4.222	63,0	19,6	4.159	63,8	20,4	4.514



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

L'analisi per età è stata effettuata anche nell'ambito delle principali aree di ricovero (medica, chirurgica e oncologica) in cui sono stati aggregati i casi (Graf. 3). Nelle discipline mediche l'età media delle donne supera significativamente quella degli uomini (69,3 anni vs 66,2 p<0,001), viceversa nelle discipline oncologiche l'età media degli uomini supera quella delle donne (61,8 vs 60,2 p<0,01). Si osserva, come nel 2007, che nelle discipline chirurgiche (M 56,7; F 55,5) la differenza d'età tra il sesso maschile e quello femminile non è significativa.

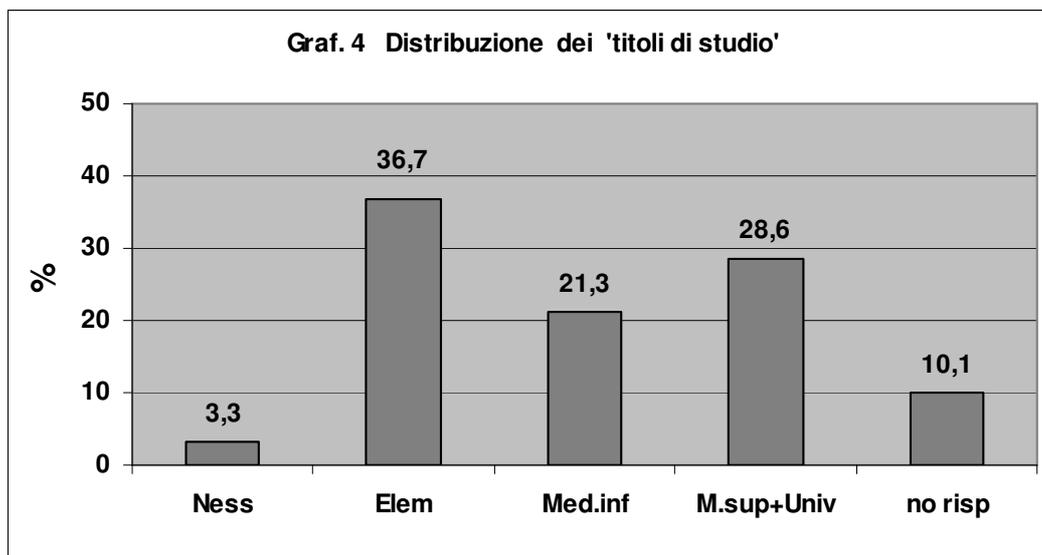


Test 'Kruskal-Wallis' per valutazione di event. differenze d'età tra i sessi in ciascun gruppo

L'indagine ha consentito anche di raccogliere informazioni relative al titolo di studio o all'ultima scuola frequentata: l'89,9% del campione ha risposto alla domanda.

Il 36,7% ha un grado di istruzione elementare, mentre il 21,3% ha un titolo di studio di media inferiore.

Si osserva (Graf.4) che il 28,6% del campione ha un livello di istruzione superiore (media superiore/università) in linea con il dato regionale (ISTAT 2001).



RISULTATI

Le 9.370 schede raccolte sono state elaborate distinguendo quelle provenienti dalle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate (9.261) da quelle provenienti dagli Hospice (109), trattandosi di realtà sanitarie differenti.

Il report si compone pertanto di due sezioni; la prima riguarda la popolazione ospedaliera, la seconda le persone ricoverate in Hospice. L'analisi è stata condotta seguendo l'ordine di presentazione delle sette principali domande del questionario, integrandole con le informazioni generali e socio-anagrafiche.

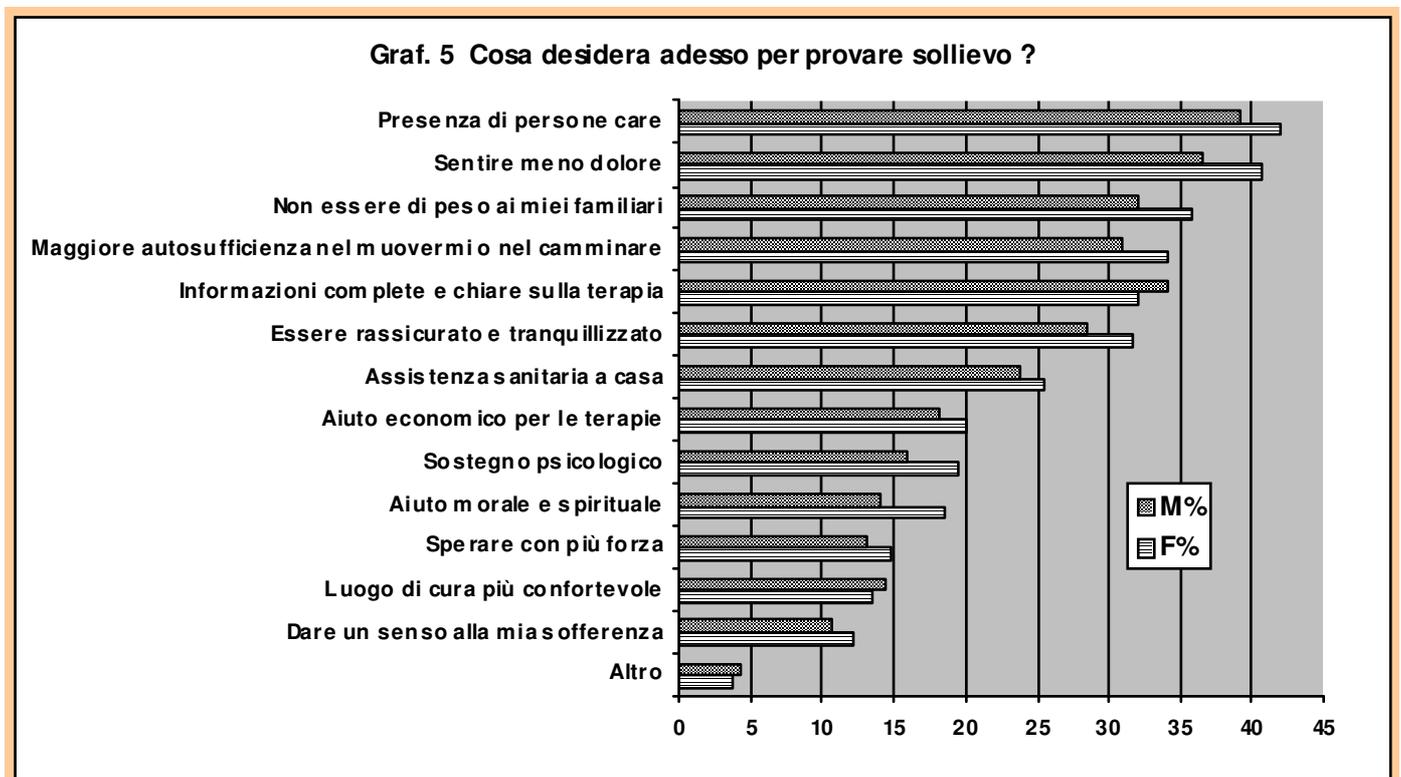
I SEZIONE - INDAGINE SUL DOLORE NEGLI OSPEDALI

1° DOMANDA: Cosa desidera adesso per provare sollievo?

Per rispondere alla domanda "Cosa desidera adesso per provare sollievo" la persona ricoverata poteva selezionare più voci tra quelle proposte. Le categorie maggiormente selezionate, ordinando per il sesso femminile, sono: 'presenza di persone care' (42%), 'sentire meno dolore' (41%), 'non essere di peso ai familiari' (36%), 'maggiore autosufficienza' (34%), 'informazioni chiare sulle cure' (32%) ed 'essere rassicurati' (31,7%).

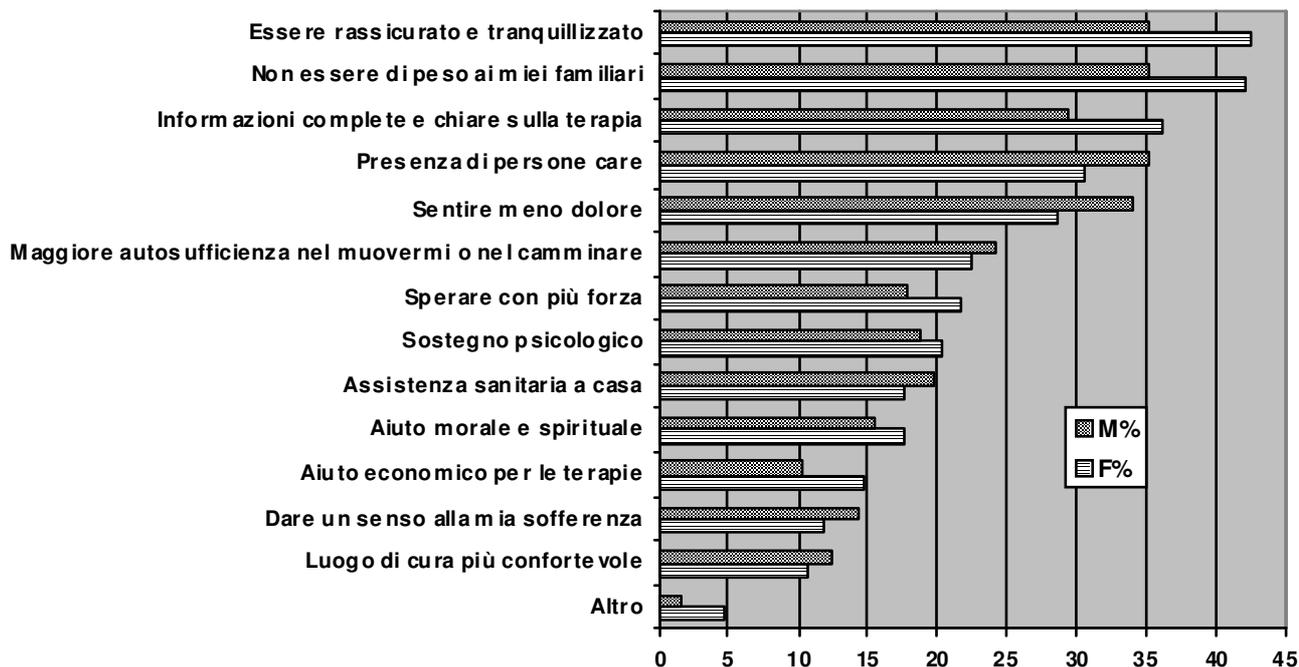
Il confronto con le risposte dell'anno 2007 mostra qualche movimento nell'ordine delle categorie precedentemente citate.

Si nota, tra l'altro, che gli uomini, pur presentando minori percentuali in tutte le voci principali, prevalgono, seppure di qualche punto, alla voce 'Informazioni complete e chiare sulla terapia', come osservato anche nel 2007.



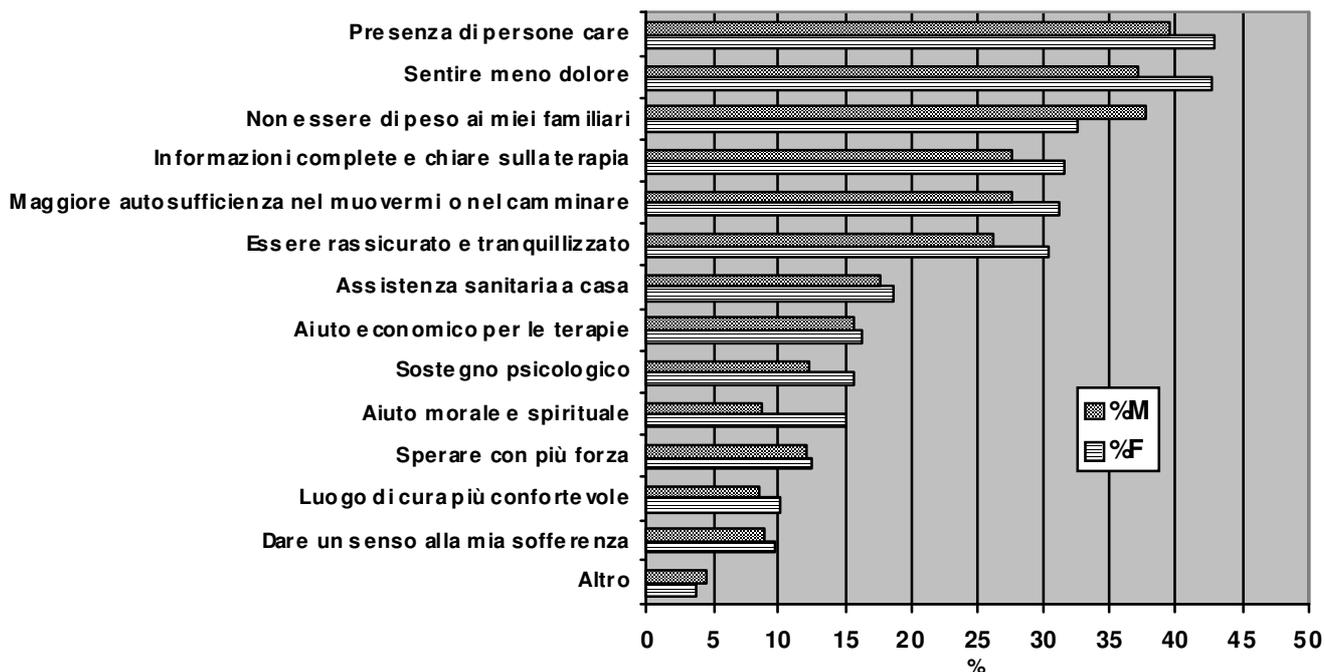
Si è quindi focalizzata l'attenzione sull'area di ricovero "oncologica" (Graf. 5a). Le persone ricoverate di entrambi i sessi dichiarano di desiderare prima di tutto di essere tranquillizzate (F 42,5%; M 35,3%), non essere di peso ai familiari (F 42,2%; M 35,3%), informazioni sulla terapia (F 36,3%; M 29,4%), vicinanza di persone care (F 30,7%; M 35,3%). La voce 'sentire meno dolore' non compare invece tra le prime richieste (F 28,8%; M 34,1%). Nel 2007 invece prevaleva l'esigenza di informazioni, per entrambi i sessi (F 45,3%; M 41,9%).

Graf. 5a 'Cosa desidera adesso per provare sollievo?' (Area oncologica)



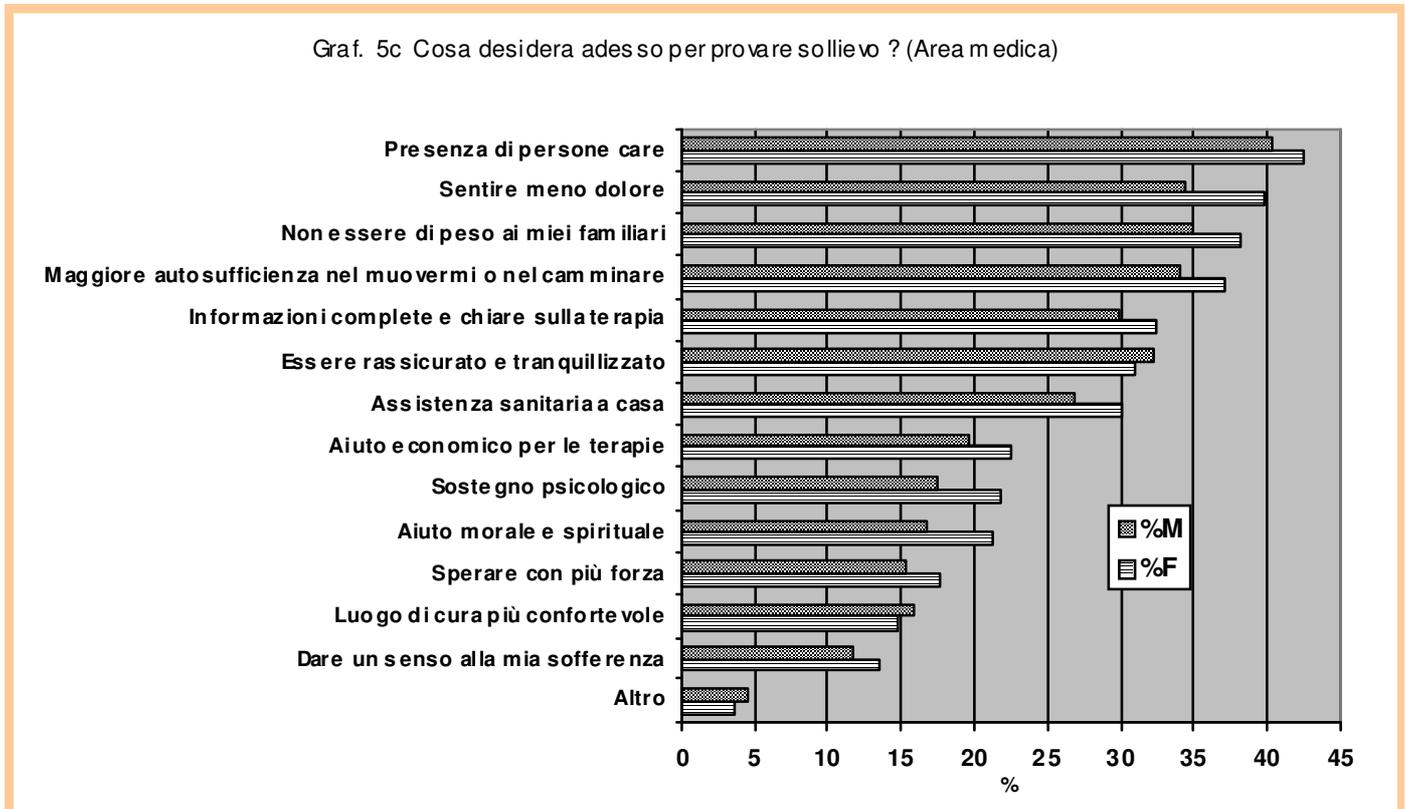
In area chirurgica (Graf. 5b) i pazienti di entrambi i sessi chiedono per prima cosa la 'presenza di persone care' (F 43,0%, M 39,6%), 'sentire meno dolore' (F 42,9%; M 37,1%), 'non essere di peso' (F 32,5%; M 37,8%), 'informazioni chiare sulle cure' (F 31,7%; M 27,6%), con una certa inversione delle preferenze rispetto a quanto osservato nell'indagine condotta nell'anno 2007 dove prevaleva ampiamente il 'sentire meno dolore'.

Graf. 5b Cosa desidera adesso per provare sollievo? (Area Chirurgica)



In area medica (Graf. 5c) le richieste più frequentemente selezionate sono: 'presenza di persone care' (F 42,4%; M 40,4%), 'sentire meno dolore' (F 39,9%; M 34,5%), 'non essere di peso ai miei familiari' (F 38,1%; M 35,0%) e maggiore autosufficienza. Nell'anno 2007 la voce 'sentire meno dolore' appariva al primo posto per le donne, mentre tra gli uomini prevaleva ancora la 'vicinanza di persone care'.

Graf. 5c Cosa desidera adesso per provare sollievo ? (Area medica)



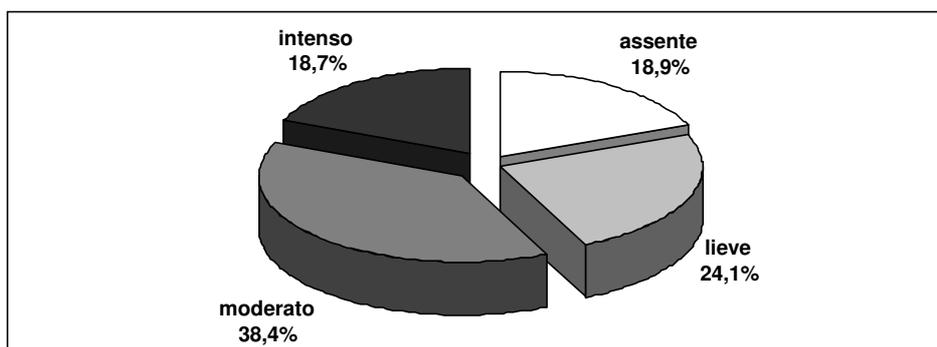
2° DOMANDA: IL "TERMOMETRO DELLA SOFFERENZA" - Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento

La domanda indaga il livello di sofferenza percepito dalle persone ricoverate al momento dell'indagine rilevato mediante scala analogico-numerica, con punteggio variabile da 0 a 10. A questa domanda hanno risposto 8.676 persone ricoverate pari al 93,7% del campione (8.676/ 9.261); per il 6,3% dei casi (585/9261) non è deducibile alcuna valutazione sul dolore percepito.

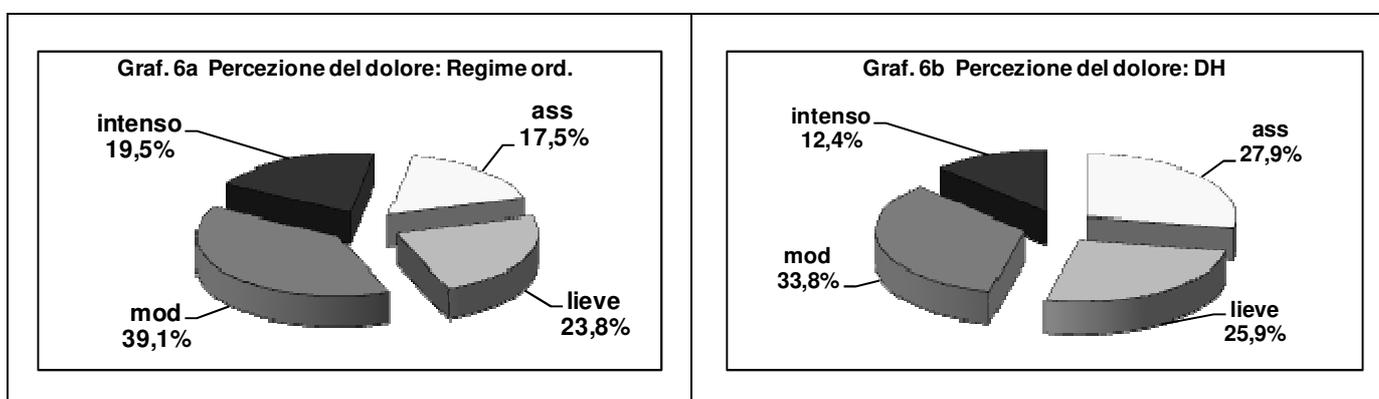
L'analisi è stata eseguita aggregando i punteggi assegnati dalle persone ricoverate all'intensità del dolore percepito, in quattro classi: 'assente' (0), 'lieve' (1-3), 'moderato' (4-7) e 'intenso' (8-10).

Nella presente rilevazione il 18,7% (1.623/8.676) non denuncia dolore, il 24,1% (2.087/8.676) dichiara 'dolore lieve', il 38,4% (3.328/8.676) 'dolore moderato' e il 18,7% (1.623/8.676) 'dolore intenso' (Graf 6).

Graf. 6 Percezione del dolore



La distribuzione del livello di dolore nelle differenti classi sia in regime di ricovero ordinario sia in Day-Hospital è illustrata nei Grafici 6a/b.



Si osserva come atteso una prevalenza di dolore intenso superiore in regime ordinario (19,5%) rispetto al regime di Day -Hospital (12,4%).

L'analisi della percezione del dolore è stata sviluppata anche disaggregando i dati nelle già menzionate tre aree di ricovero per i quattro livelli di dolore.

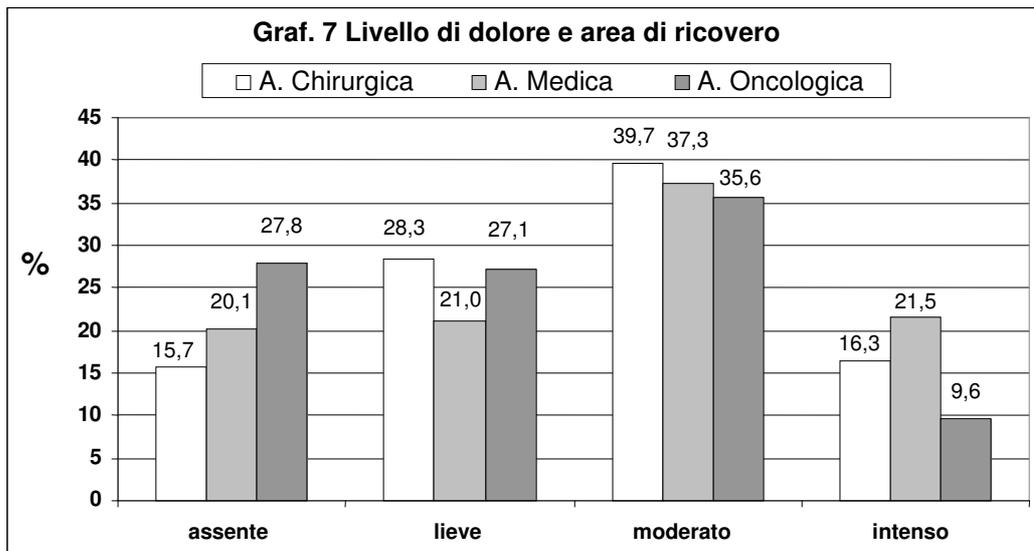
Il dolore intenso delle persone ricoverate in area chirurgica, medica e oncologica si attesta rispettivamente intorno al valore di 16,3% (492/3.013), 21,5% (1.029/4.775), 9,6% (54/565). Le persone ricoverate in area medica lamentano un dolore intenso superiore a quello riferito dai ricoverati nelle altre aree di ricovero.

Tab. 3 Livello di dolore e area di ricovero – Anno 2009

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chirurgica	473	15,7	853	28,3	1195	39,7	492	16,3	3013	100,0
Medica	962	20,1	1004	21,0	1780	37,3	1029	21,5	4775	100,0
Oncologica*	157	27,8	153	27,1	201	35,6	54	9,6	565	100,0

*In oncologia in considerazione della minore consistenza del campione è opportuna una valutazione prudente.

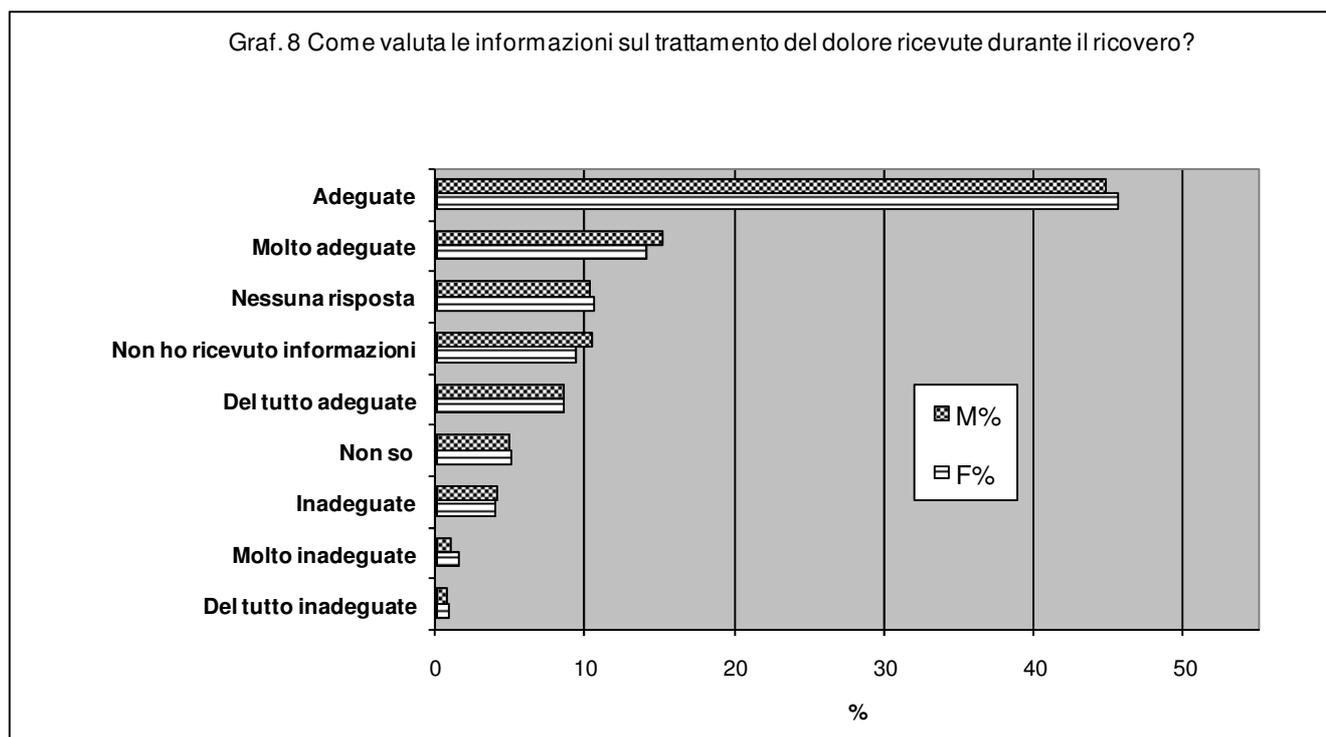
I dati di tab.3 sono rappresentati con il grafico sottostante (Graf. 7)



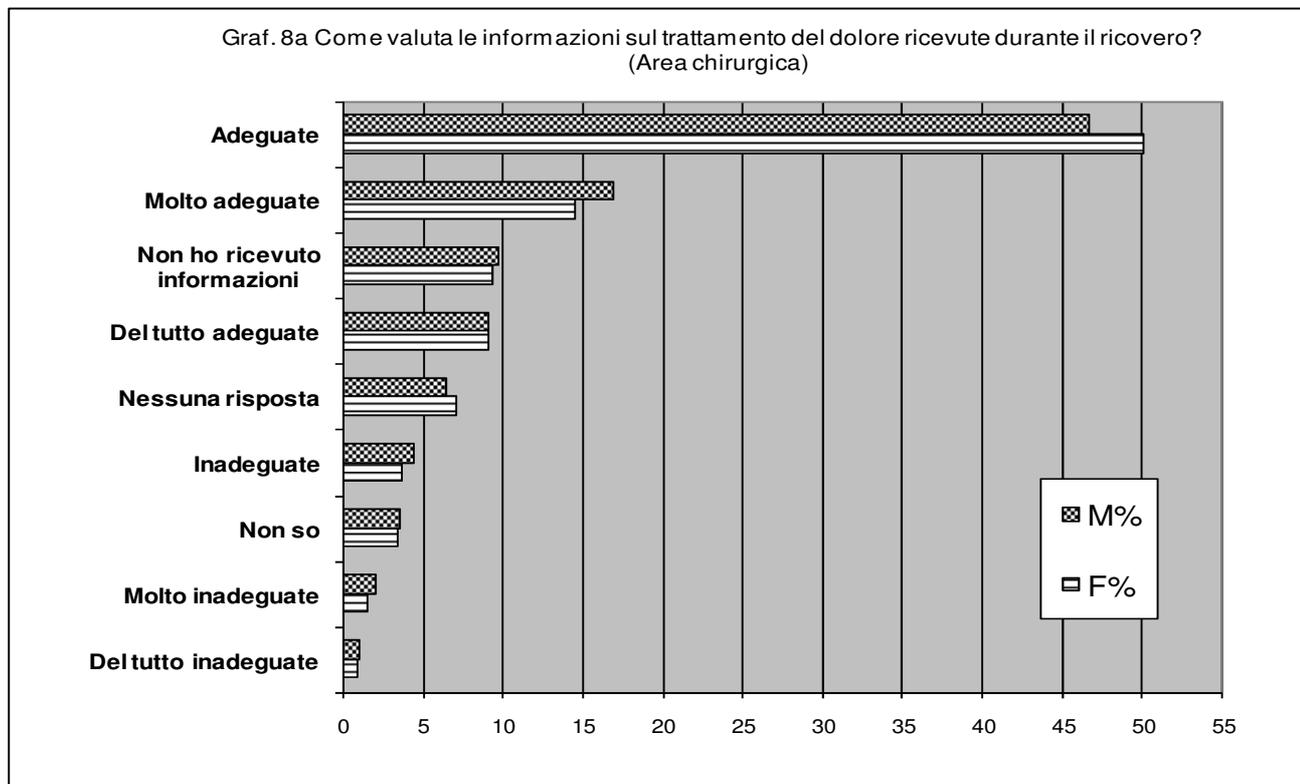
3° DOMANDA: Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?

La gran parte delle persone ricoverate (68%) accorpando le risposte di coloro che ritengono le informazioni ricevute 'adeguate', 'molto adeguate' e del tutto adeguate. Tale percentuale non differisce che di poco se analizzate per i due sessi.

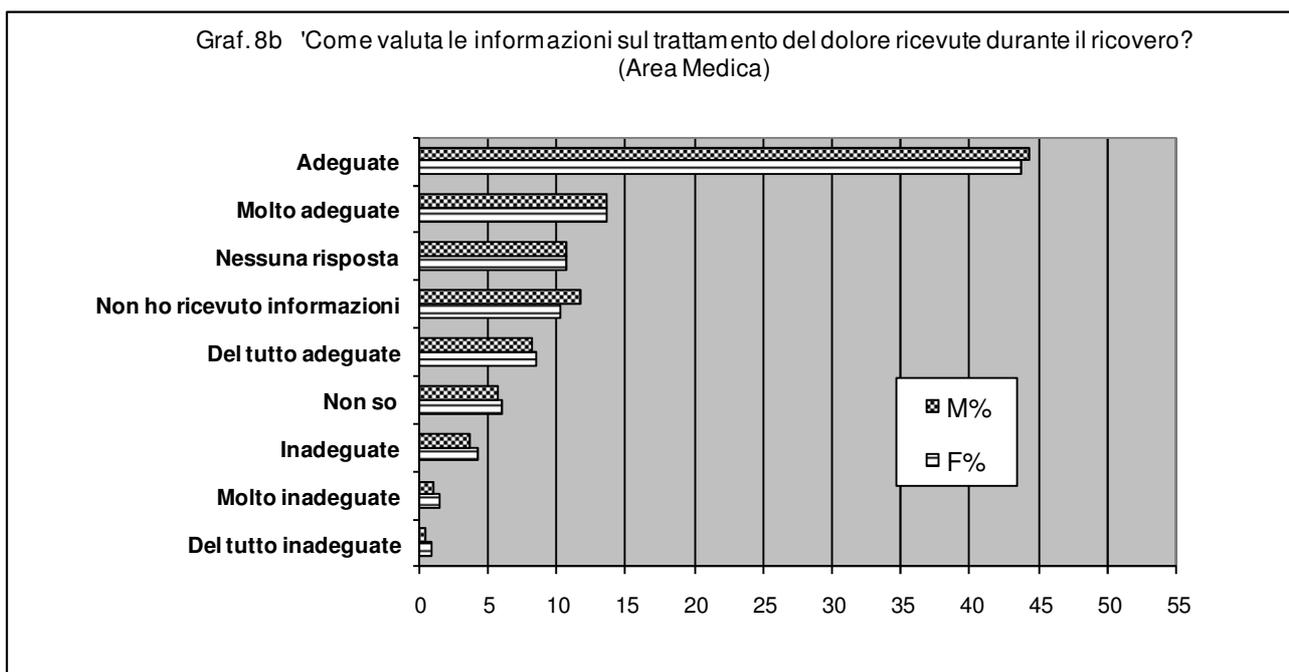
Inoltre i giudizi di completa o seria inadeguatezza dell'informazione non raggiungono, nelle diverse aree, singolarmente analizzate, il 3%. Si nota che l'assenza di informazione ha un picco in area medica (13%) ed un minimo in area oncologica (6%). Graf. 8.



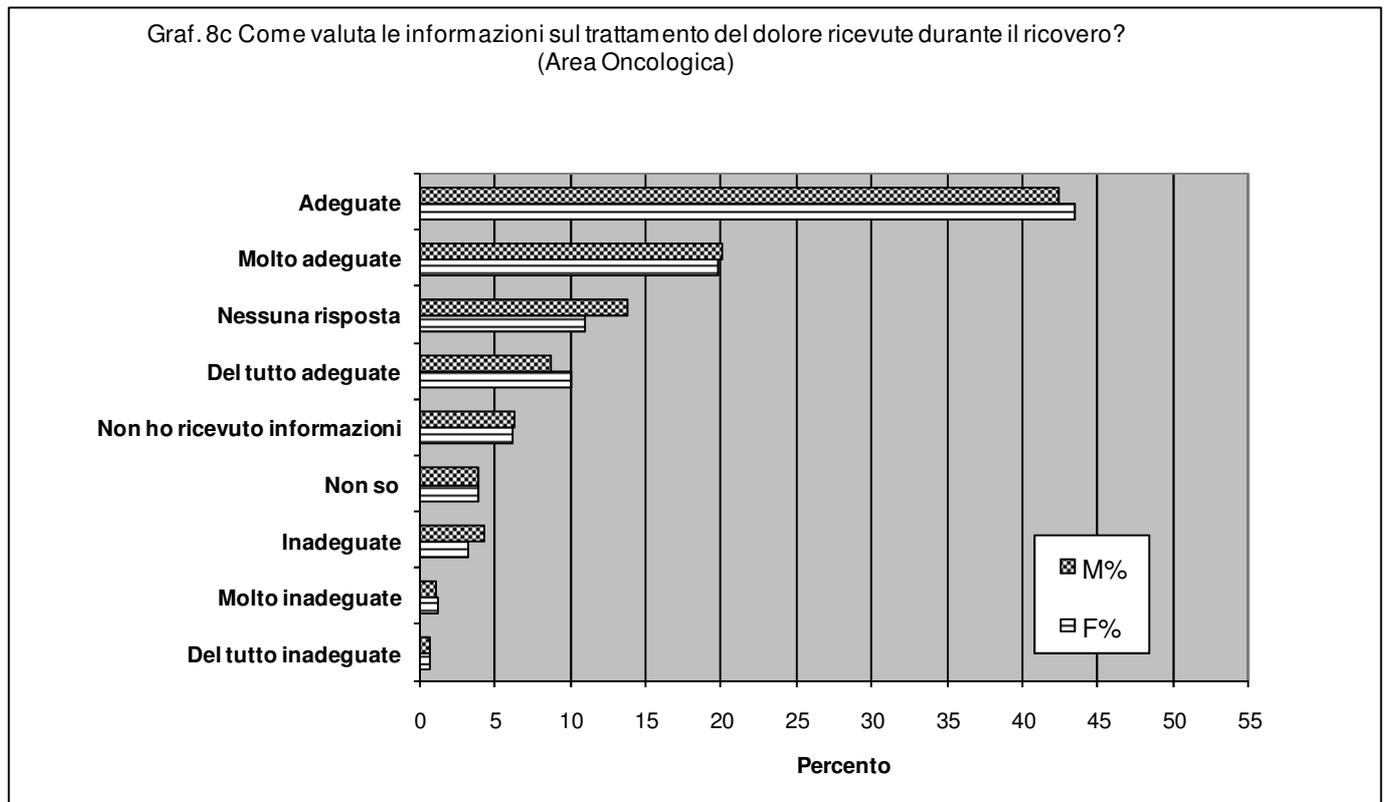
Disaggregando per aree di ricovero (chirurgica, medica, oncologica) e per sesso si evidenzia che in area chirurgica (Graf. 8a), aumenta la percentuale (63,5%) di coloro che ritengono l'informazione 'adeguata' o 'molto adeguata'. In quest'area si osserva tuttavia che la percentuale di coloro che non hanno ricevuto informazioni raggiunge il 9,4%.



L'area medica (Graf. 8b) raccoglie il 57,3% di informazioni 'adeguate e 'molto adeguate' senza mostrare differenze tra i sessi degne di nota.

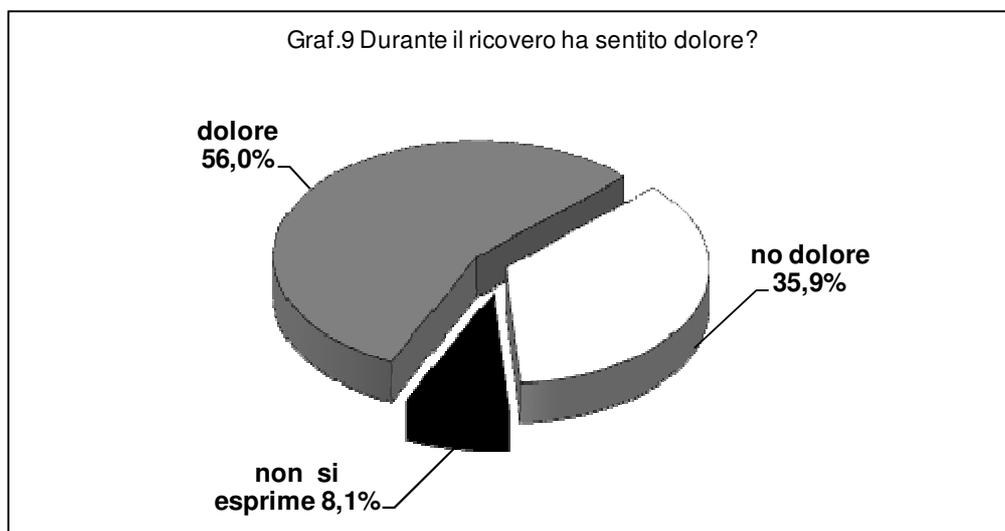


L'area oncologica (Graf. 8c) registra il 61% di consensi sull'informazione 'adeguata' e 'molto adeguata' e non presenta comportamenti diversi tra i sessi.



4° DOMANDA: Durante il ricovero ha sentito dolore?

A questa domanda ha risposto il 92% del campione (8.505/9.261), di questi il 56% ha segnalato di avere avuto dolore durante il ricovero e il 35,9 % di non aver avuto dolore, mentre l'8.1% non si esprime (Graf.9).



5° DOMANDA: Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?

A coloro che hanno sentito dolore durante il ricovero (56%) risulta essere stata somministrata una terapia nel 91,5% dei casi (4.738/5.183) contro un 6,3% (328/5.183) che non ha ricevuto alcuna terapia, mentre il 2,3% non si esprime.

L'analisi è proseguita nel gruppo che ha ricevuto una terapia per livello di dolore e genere: il 28,1% delle donne contro il 20,2% degli uomini, percepisce un 'dolore intenso' con una differenza statisticamente significativa ($p < 0,0001$).

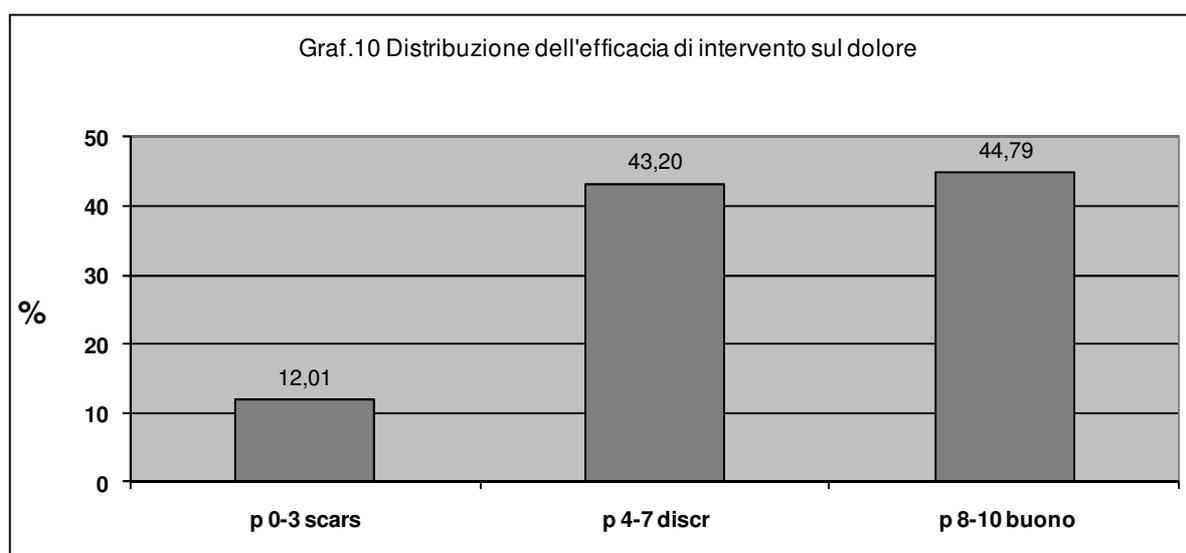
Tab. 4 Genere e livello di dolore

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%	n.ro	%
Femmine	166	6,8	480	19,8	1100	45,3	682	28,1
Maschi	150	8,4	423	23,6	858	47,9	362	20,2

6° DOMANDA: Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?

Il giudizio dei ricoverati è stato valutato utilizzando una scala di efficacia della terapia, numerica da 0 a 10 (minimo sollievo e massimo sollievo). L'analisi riguarda i casi che hanno risposto coerentemente alle domande 4, 5 e 6 poste a "cascata". Sono stati perciò esclusi i casi di risposte non coerenti (giudizio su terapie antalgiche pur avendo risposto di 'non aver sentito dolore' e/o di 'non aver ricevuto una terapia' nel corso del ricovero).

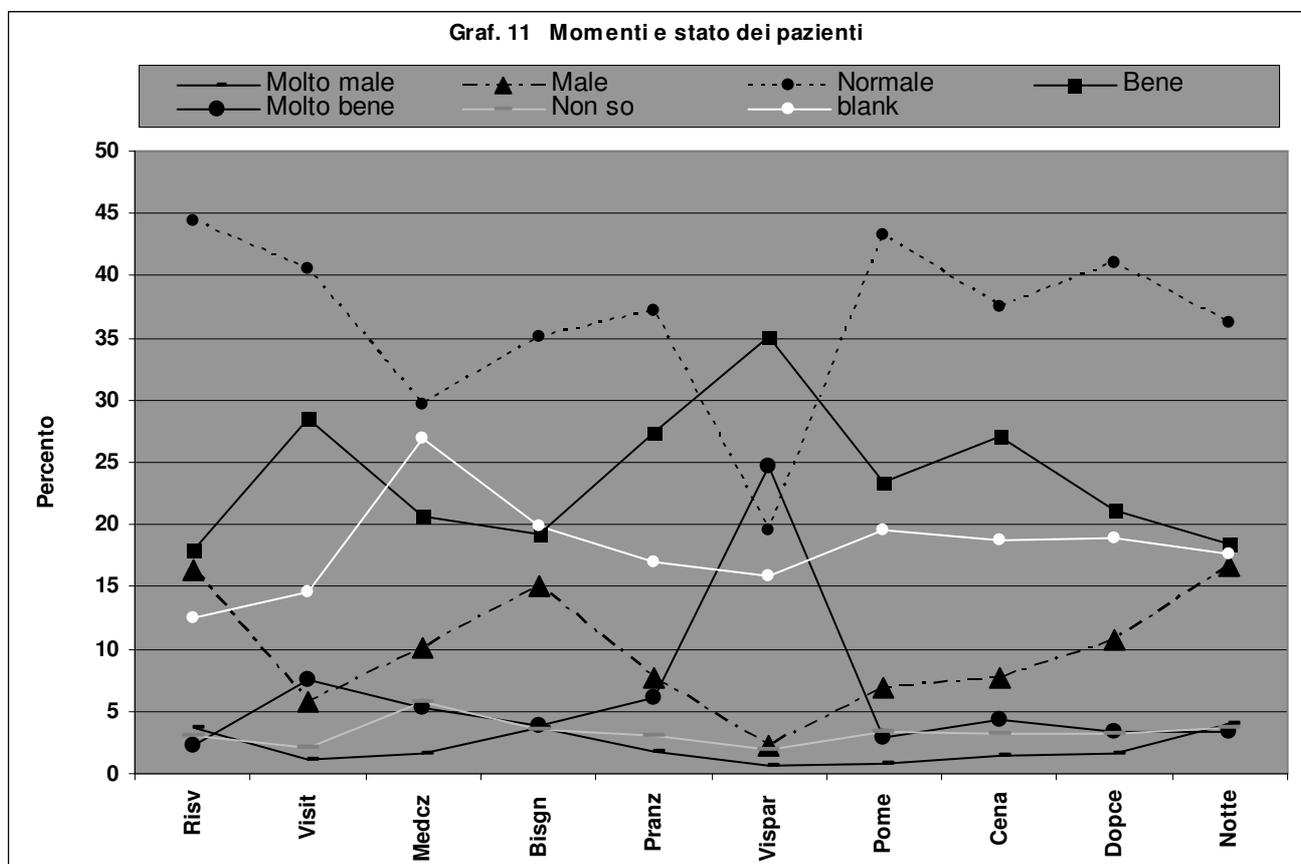
Si è scelto di raggruppare le risposte di efficacia della terapia in tre grandi categorie (0-3; 4-7; 8-10), ottenendo i seguenti risultati: il 44,8% di coloro che hanno ricevuto la terapia antalgica giudica molto positivamente l'efficacia (punti 8-10), il 43,2% ritiene l'efficacia discreta (4-7), mentre il 12,01% giudica l'efficacia scarsa/moderata, di questi ultimi il 5,9% ritiene l'efficacia del tutto nulla.



7° DOMANDA: Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in ospedale?

L'indagine consente di studiare le condizioni di benessere psicologico o viceversa di malessere che la persona vive in alcuni momenti fondamentali di una giornata-tipo in stato di ricovero. Il grafico seguente (Graf. 11) riassume l'andamento di cinque stati o sensazioni del paziente ('Molto male', 'Male', 'Normale', 'Bene', 'Molto bene') misurati come percentuale di coloro che si riconoscono in essi.

Ad essi sono stati aggiunti per completezza anche le percentuali di chi rispondeva 'non so' e di chi non rispondeva definiti come 'blank'. La lettura del grafico si semplifica osservando che i due indici 'non so' e 'molto male' rimangono percentualmente sempre molto bassi, mentre la percentuale di coloro che rispondono 'molto bene' mostra un picco di 20 punti percentuali in corrispondenza della 'visita parenti'.



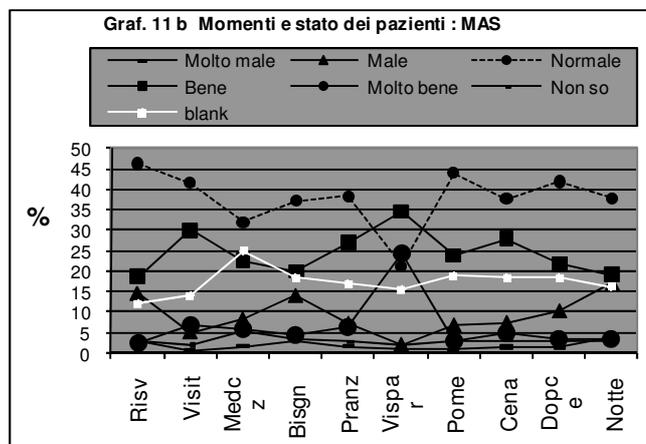
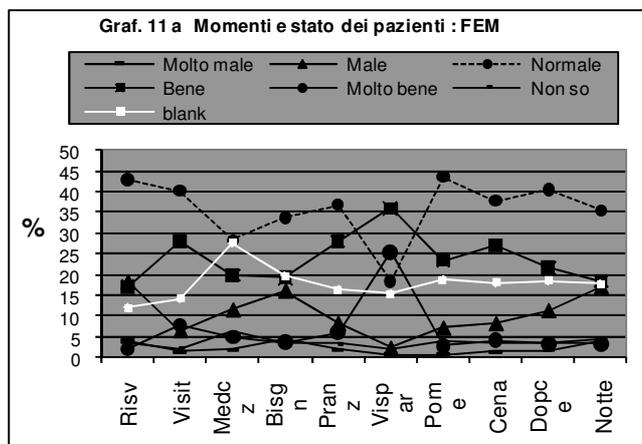
N.B. dati percentualizzati verticalmente ossia su ciascuna colonna-momento (risveglio, visita, ecc.)

Da segnalare inoltre che l'indice 'bene' si mantiene superiore al 20% ed aumenta considerevolmente anch'esso in corrispondenza della 'visita parenti', ciò in accordo con la concomitante pressoché speculare riduzione dello stato 'normale'.

In evidenza la crescita di 'male' dalla 'visita medica' ai 'bisogni corporali', la sua riduzione nella fase della 'visita parenti' e la sua crescita successiva fino alla 'notte' e al risveglio.

Nei pazienti classificabili in stati positivi ('normale', 'bene', 'molto bene') il malessere aumenta nei momenti di interventi sanitari ('visita medica', 'medicazione'), mentre si osserva un sollievo nei pazienti classificabili negli stati negativi ('male' e 'molto male').

Proseguendo la disaggregazione anche per genere si ottengono gli andamenti sotto riportati che appaiono in tutto simili per i due sessi (Graf. 11a/b)

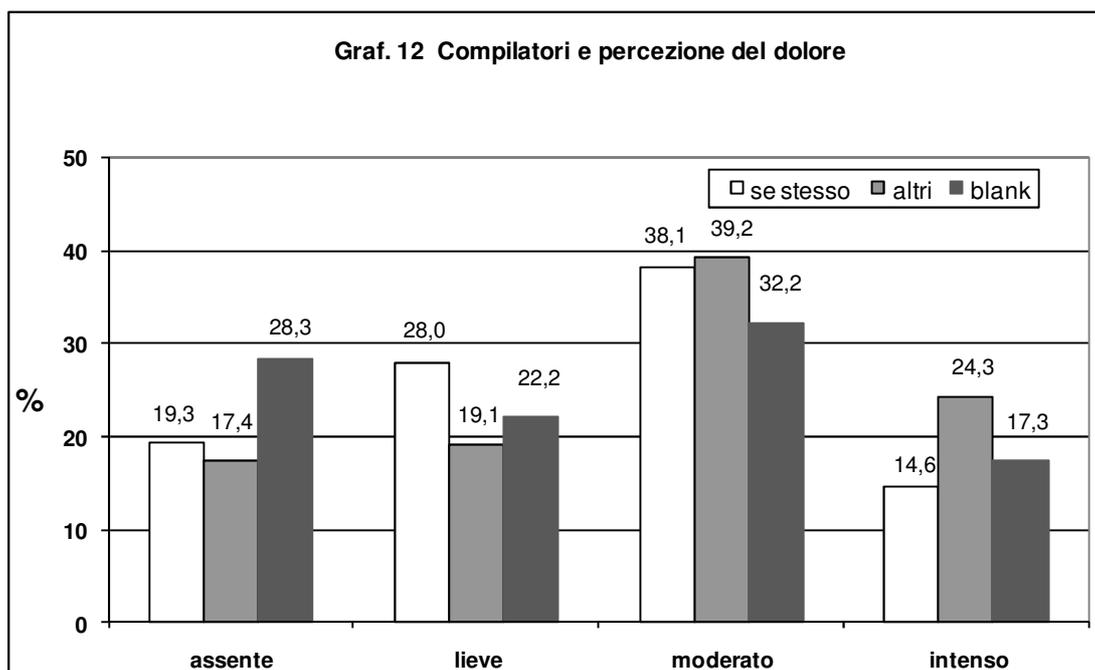


LA COMPILAZIONE DELLA "SCHEDE DEL SOLLIEVO"

L'analisi si focalizza su chi ha compilato il questionario (autonomamente, aiutato da altri e "non segnalato") in raffronto al livello di dolore percepito. Il Graf. 12 indica che nel dolore 'intenso' la quota di 'altri' compilatori è significativamente maggiore ($p < 0,01$) di ciascuna delle altre categorie.

Si osserva inoltre che i casi "non segnalato" (blank) non raggiungono il 5% e sono più concentrati su 'dolore assente'.

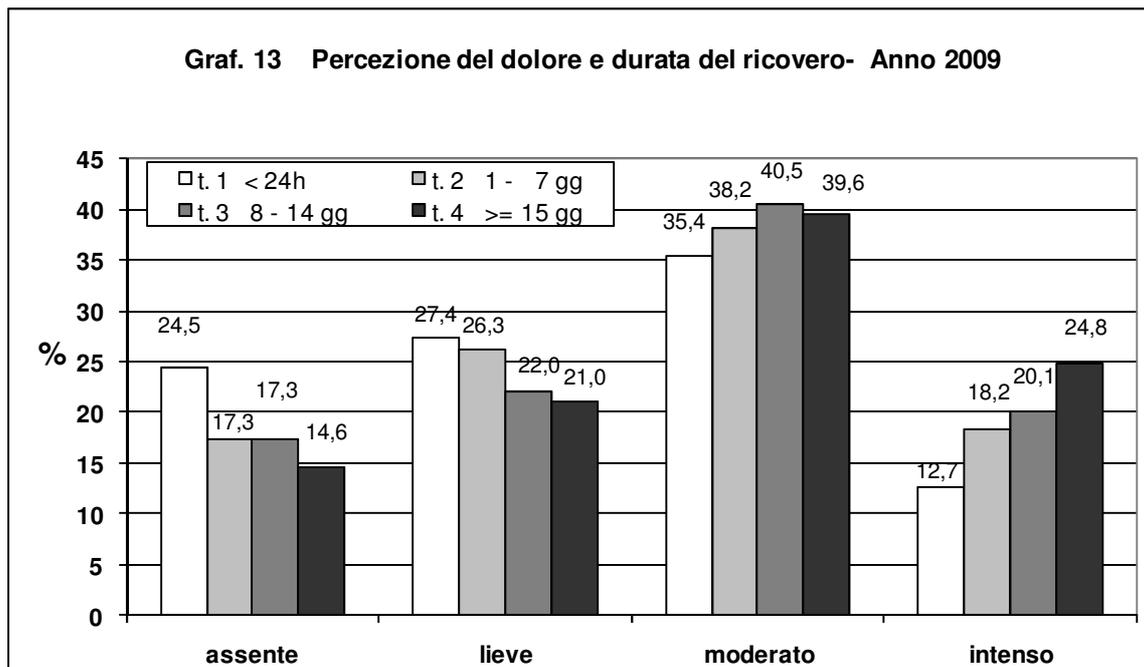
Si può ipotizzare che quanto maggiore è la presenza di dolore tanto più diminuisca la tendenza a compilare in proprio il questionario. Anche la disaggregazione nelle differenti aree di ricovero (chirurgica, medica e oncologica) conferma tale ipotesi.



LA PERCEZIONE DEL DOLORE E I TEMPI DI PERMANENZA NELLA STRUTTURA

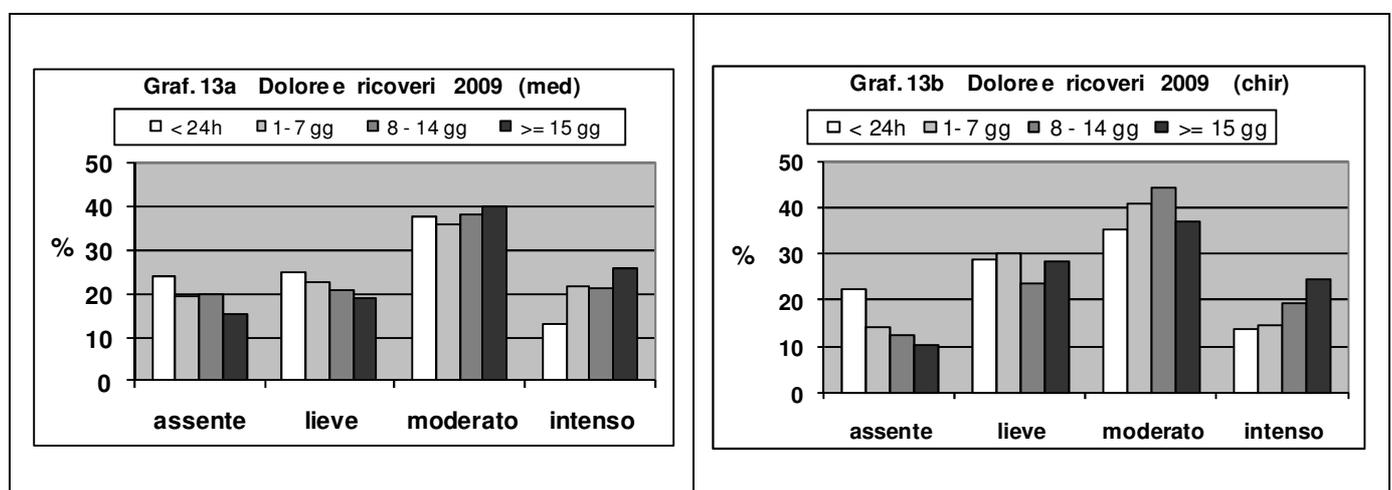
L'analisi ha riguardato anche la relazione tra il livello del dolore percepito e tempo di permanenza in ospedale.

Si osserva (Graf. 13) un andamento in crescita del dolore all'aumentare del tempo di permanenza in ospedale per i livelli moderato e intenso, mentre il dolore assente o lieve aumenta con la durata di degenza breve. Tali andamenti sono senz'altro nella logica stessa delle cose in quanto l'aumentare della permanenza in ospedale si associa verosimilmente a situazioni ingravescenti e connesse a situazioni dolorose.



I tempi di permanenza sono stati inoltre disaggregati in area medica e chirurgica (Graf. 13a/b).

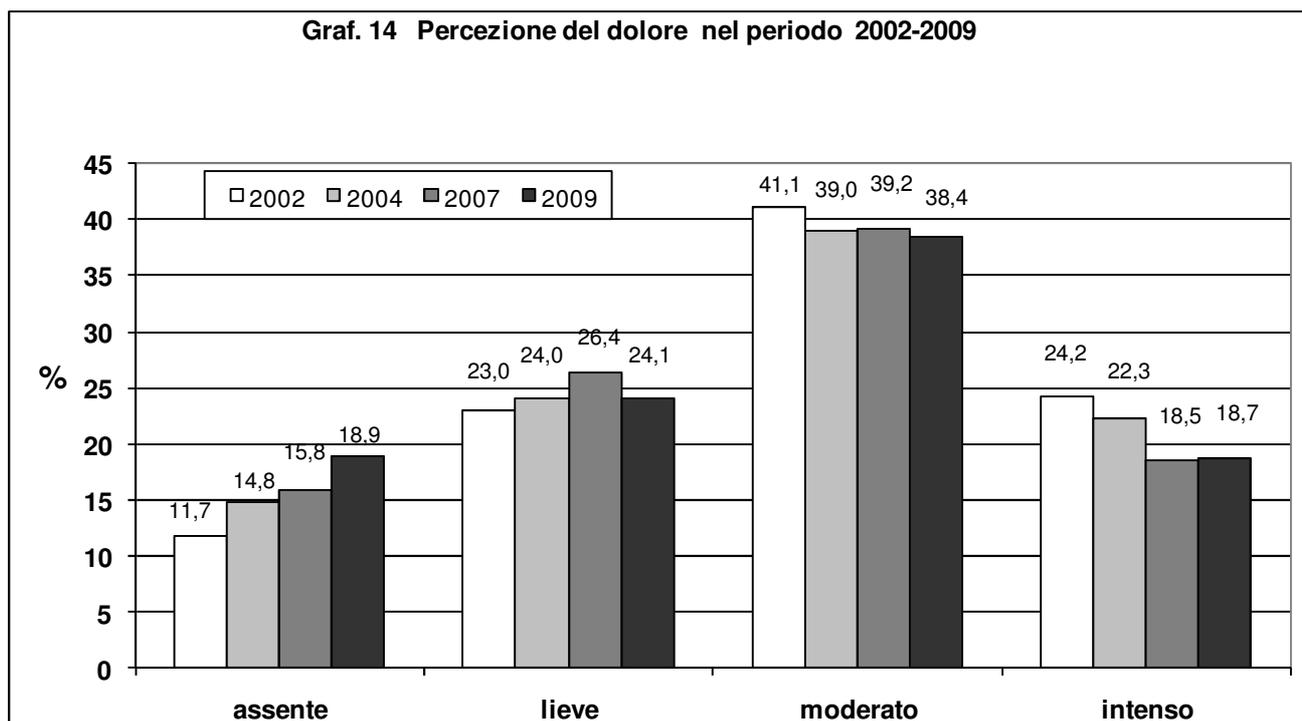
In area di ricovero medica, si nota che il livello di 'dolore moderato' è pressoché equamente rappresentato per le diverse durate di degenza, verosimilmente per la presenza di situazioni di cronicizzazione. Dove la modalità di intervento è già orientata, come nelle chirurgie, la presenza di 'dolore intenso' correla linearmente molto bene con la lunghezza della degenza. (tasso di variazione ca 0,6%/g.ricov., $p < 0,000$).



ANDAMENTO DELLA PREVALENZA DEL DOLORE NEL PERIODO 2002-2009

Nel periodo dal 2002 al 2009 si osserva una riduzione del dolore 'intenso' che passa da 24,2% del 2002 al 18,7% del 2009 con una riduzione di circa il 5,5%. Nello stesso periodo 2002/2009 si evidenzia una crescita del 7,2% dei casi con 'dolore assente' che passa da 11,7% a 18,9%.

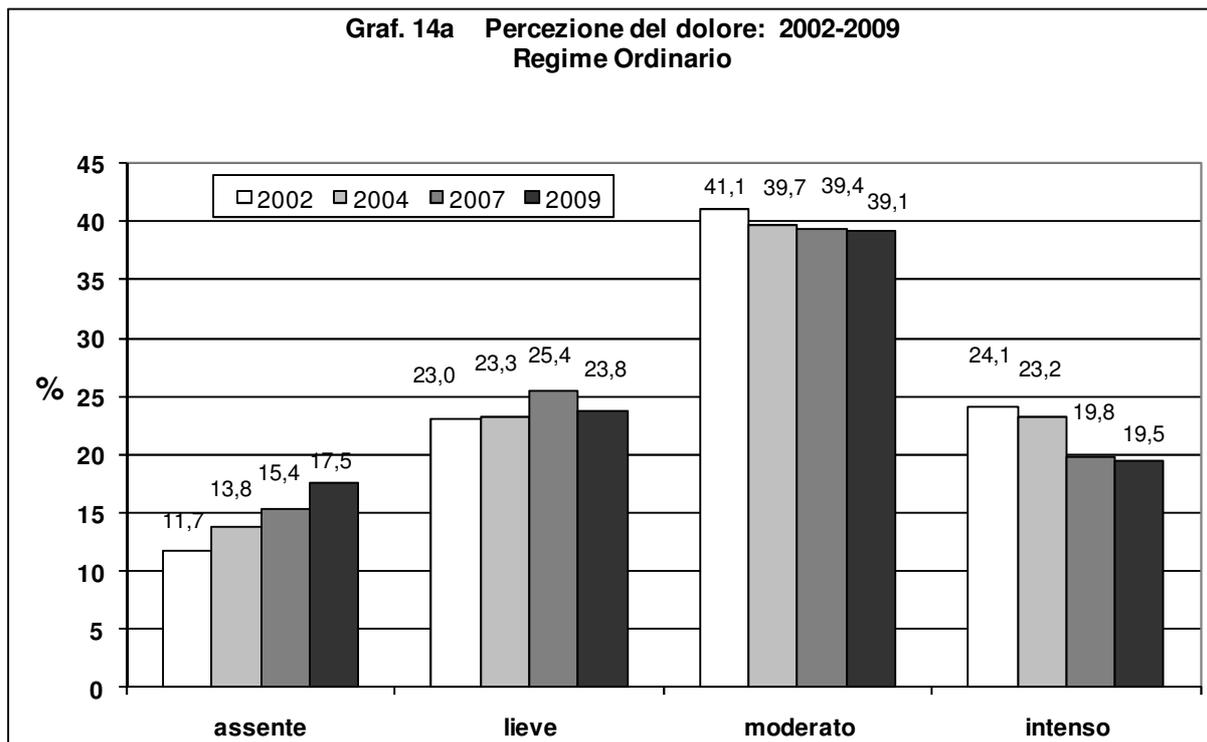
La prevalenza del dolore intenso nel 2009 è risultata pari al 18,7%, valore stazionario rispetto al 2007, dal momento che il differenziale in leggera crescita del 2009 (18,5% vs. 18,7%), non risulta affatto significativo. (Graf. 14.)



Negli anni si osserva che il tasso in diminuzione del 'dolore intenso' e in crescita del 'dolore assente' approssimano e sfiorano, rispettivamente, l'1% di significativa variazione annuale (0,86% con $p < 0,05$ e 0,92% con $p < 0,04$).

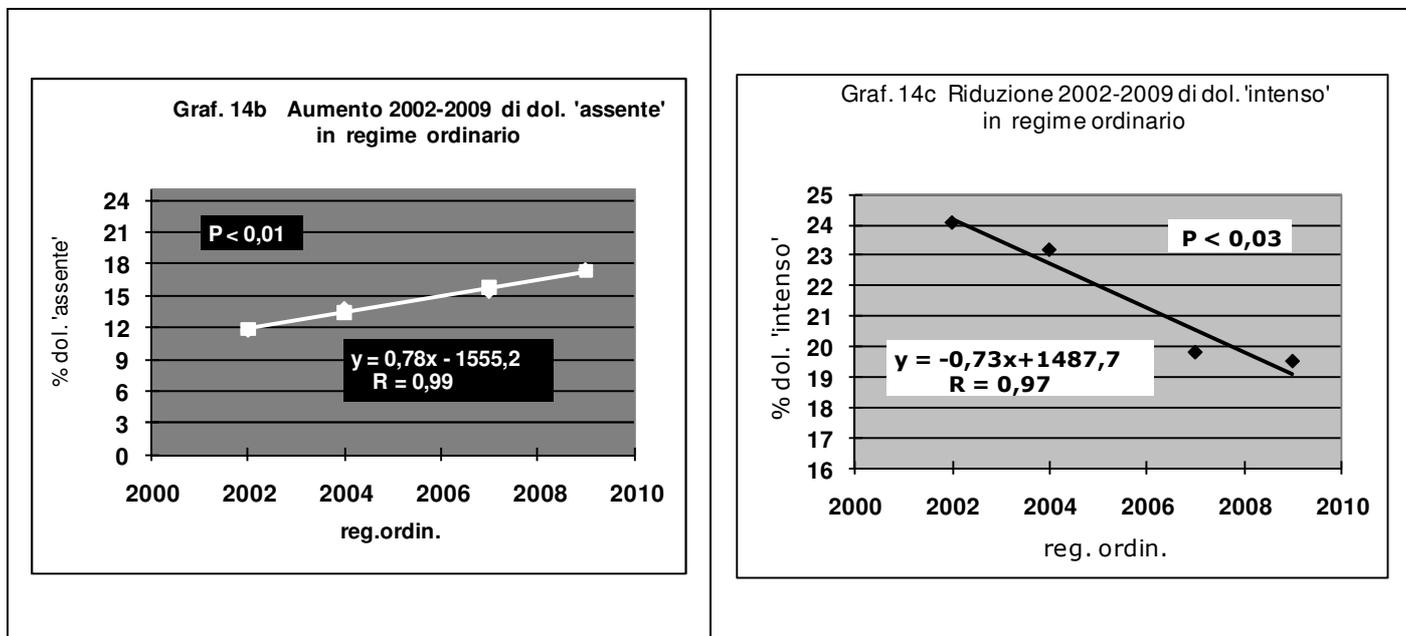
Per quanto riguarda i soli ricoveri ordinari (Graf. 14a), la prevalenza del 'dolore intenso', nel campione del 2002 era pari al 24,1%; nel 2004 era pari al 23,2%, nel 2007 al 19,8%. nel 2009 al 19,5%.

L'analisi ha posto l'attenzione sul solo regime di ricovero ordinario, aggregando i casi con dolore 'moderato' e 'intenso', si evidenzia una riduzione statisticamente significativa della prevalenza che passa, in queste classi, dal 65,3% (5.144/7.879) del 2002, al 62,9% (4.266/6.782) del 2004 (con '02 vs. '04 $p < 0,01$), al 59,2% (3.622/6.122) del 2007 (con '04 vs. '07 $p < 0,001$) e al 58,7% (4.378/7.959) del 2009 (con '07 vs. '09 $p < 0,0000$).



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

I grafici seguenti (Graf. 14b/c) ottenuti per via di regressione lineare (*), indicano a conferma di quanto sopra che la crescita di dolore 'assente' e la riduzione di dolore intenso" in regime ordinario di ricovero, nel corso degli anni, sono ancora in reale significativo movimento al tasso rispettivo di 0,78 e di 0,73 punti per anno.

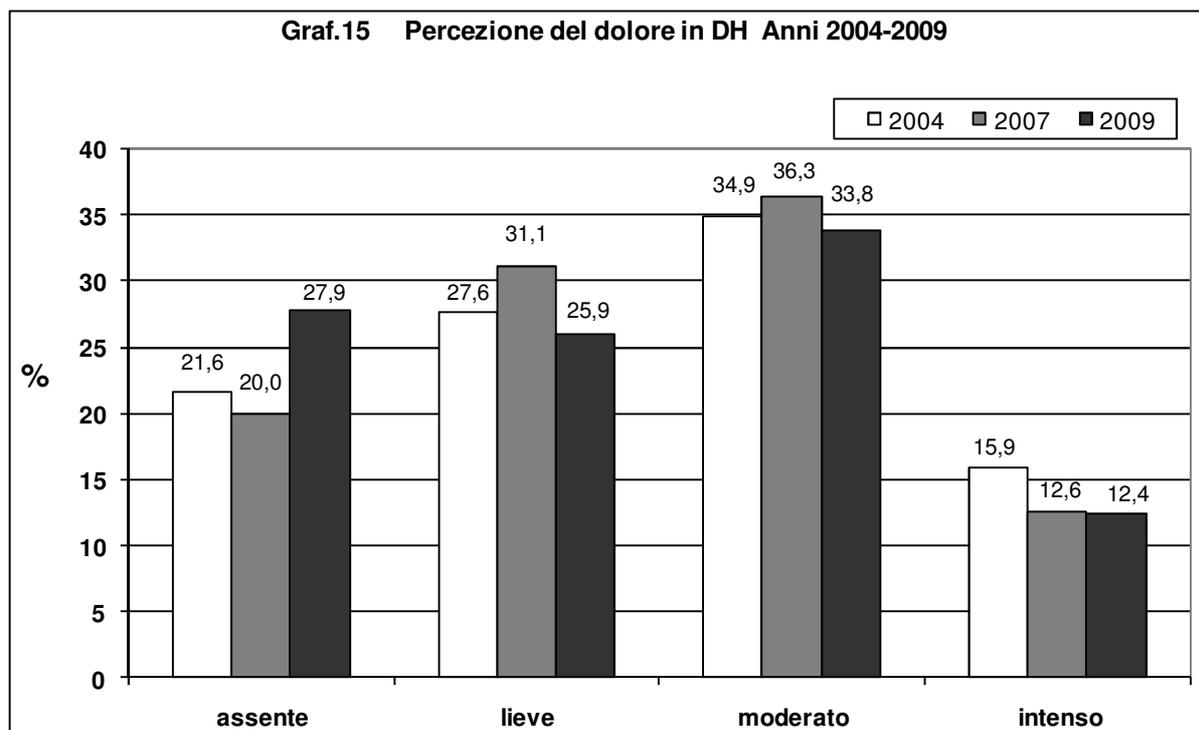


(*) 'Regressione lineare semplice': la migliore interpolazione rettilinea possibile tra i valori osservati, ossia quella che rende minimo il complesso degli scarti tra i punti osservati (i valori annuali) e la linea interpolante
(R) 'Coefficiente di Correlazione': misura tra 0 ed 1 del legame tra due (o più) variabili, qui % dolore ed anni

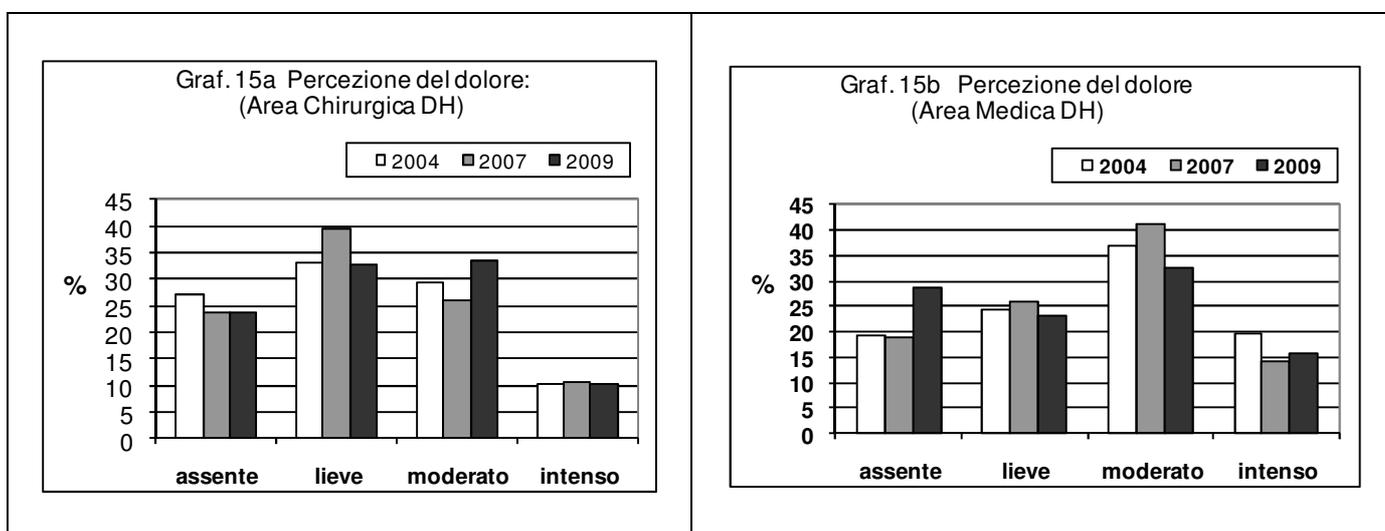
Anche i 'coefficienti di correlazione' (R), variabili tra 0 ed 1 e riportati sui grafici, indicano con il loro alto valore la significativa dipendenza della prevalenza al variare del tempo ed indirettamente l'ottimo allineamento dei punti lungo le rette di regressione calcolate.

Per quanto riguarda il Day-Hospital, la prevalenza del 'dolore intenso' nel 2007 era 12,6% (121/961), valore inferiore a quello osservato in regime ordinario pari al 19,8% (1.210/6.122).

Nel 2009 il 'dolore intenso' rispettivamente in Day-Hospital e in degenza ordinaria è pari al 12,4% (128/1.105) e al 18,4% (1.458/7.941). Tali ultime percentuali, tra loro significativamente diverse ($p < 0,001$), indicano un livello di 'dolore intenso' realmente più alto nei ricoveri ordinari.



Esplorando il regime Day- Hospital, si osserva per l'area chirurgica una sostanziale stabilità dal 2004 al 2009 nella percentuale, peraltro bassa, del dolore intenso, mentre in area medica si nota con un andamento comunque non costante, un aumento della percentuale del dolore assente insieme a un decremento del dolore moderato e intenso.



GENERE E DOLORE

L'analisi di genere conferma anche in questo studio come nei precedenti, una differente percezione del dolore tra i sessi.

Nel 2007 si rileva nelle donne una percezione di dolore intenso (20,6%) superiore agli uomini (16,4%), con Odds Ratio (OR) pari a 1,3 vs. 1 ($p < 0,0001$).

Nel 2009 si conferma tale differenza in modo ancora più evidente (21,7 vs. 15,1) ed OR pari a ca. 1,4 ($p < 0,0001$).

Poiché anche nelle precedenti rilevazioni gli OR si mantengono intorno all'1,5 si può inferire che l'appartenenza al genere femminile innalza di circa il 50% la probabilità di percepire dolore intenso rispetto al genere maschile.

Si è cercato, inoltre, di verificare se la diversa percezione del dolore nel sesso femminile variasse con l'area di ricovero. Dall'analisi 2009 emerge ancora che la donna ha una percezione di 'dolore intenso' superiore all'uomo nelle aree chirurgiche e mediche, mentre, a causa della scarsa numerosità dei casi rilevati, non si possono trarre conclusioni per l'area oncologica (Tab. 5a).

Tab. 5 Livello di dolore e genere

2009	assente		lieve		moderato		Intenso		Totale
	N	%	n	%	n	%	n	%	
Donne	718	16,4%	1021	23,3%	1701	38,7%	951	21,7%	4931
Uomini	772	20,7%	960	25,7%	1440	38,5%	564	15,1%	3736
Totale	1490	18,3	1981	24,4	3141	38,6%	1515	18,6%	8127

$\chi^2 = 71,3$ g.l. (gradi di libertà) 3 $p < 0,0001$

Tab. 5a Dolore intenso per area di ricovero e genere

2009	Confronto	Odd ratio (*)	P < ...(**)
Generi per area	F .vs. M	1,4	0,0001
Chirurgie	F vs. M	1,4	0,001
Medicine	F vs. M	1,8	0,0001
Oncologie	F vs. M	1,1	0,9 (non signif.)

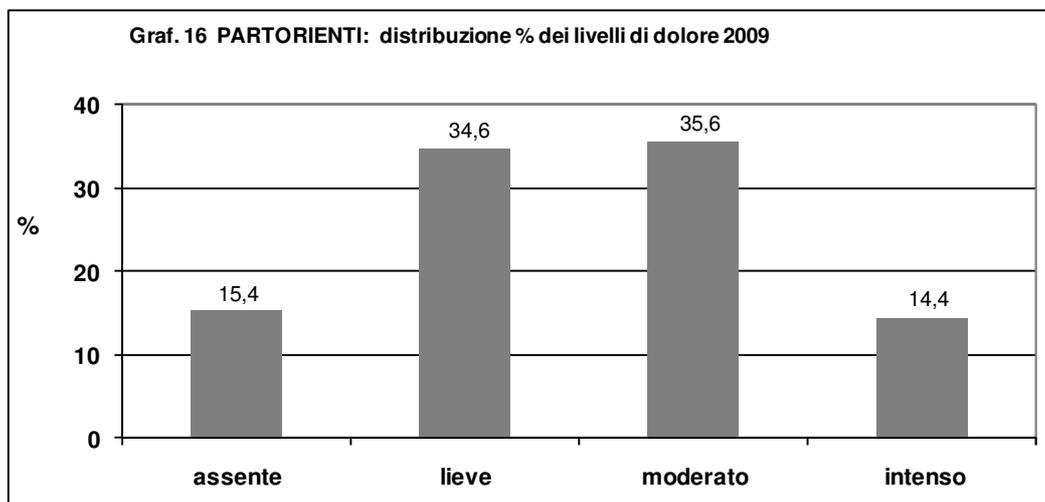
(*) ODD RATIO (OR) = probabilità del 'rischio', qui indotto dallo stato femminile vs. lo stato maschile

(**) p = entità dell'errore (tra 0 ed 1) con cui si afferma la differenza tra i gruppi a confronto

Nelle aree mediche l'associazione tra genere e dolore, da 'debole', si innalza fino al livello di 'modesta' con un valore di OR = 1,8 confermando così la maggiore percezione del dolore nelle donne, in accordo con quanto già rilevato dagli studi precedenti.

Nella giornata di rilevazione hanno risposto anche 208 "partorienti".

L'analisi evidenzia che il 14,4% (30/208) delle donne ha percepito un dolore 'intenso'. La scarsa numerosità dei casi consiglia prudenza nell'interpretazione dei dati ed eventuali ulteriori approfondimenti con rilevazioni ad hoc.



ETA' E DOLORE

Si è studiata l'influenza dell'età sulla percezione del dolore, con particolare attenzione alla popolazione anziana oltre i 75 anni.

I pazienti di 75 anni e oltre che rappresentano il 35,1% del campione, presentano una prevalenza di dolore 'intenso' maggiore rispetto a quelli d'età inferiore (dolore intenso: 23,0% vs 16,4% $p < 0,0001$; $OR = 1,55$).

In particolare le donne anziane mostrano una prevalenza di 'dolore intenso' pari a 24,9% contro il 16,7% degli uomini. Queste osservazioni confermano quanto in precedenza osservato nelle indagini del 2002, 2004, 2007.

Tab. n. 6a Livelli di dolore per classi di età.

Età	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 75	945	18,2	1388	26,8	1996	38,5	850	16,4
>= 75	513	18,3	561	20,0	1086	38,7	646	23,0
Totale	1458	18,3	1949	24,4	3082	38,6	1496	18,7

$\chi^2 = 47.6$ g.l. = 3 $p < 0.0001$

La tabella 6b mostra il maggior rischio di incorrere in dolore 'intenso' indotto dalla situazione di età pari o maggiore di 75 anni, quindi, tenendo conto anche del genere, si nota che per le donne aumenta ulteriormente il 'rischio' già indotto dalla situazione di maggiore anzianità.

Tab. n. 6 b Dolore intenso per classi di età e sesso

2 classi di età		Odds ratio	intervallo fiduciale al 95%
Tutti	>=75 vs. <75	1,52	(1,36-1,71)
F vs. M	F>=75 vs. M >=75	1,68	(1,68-2,01)

II SEZIONE - INDAGINE SUL DOLORE NEGLI HOSPICE

In Regione Emilia-Romagna allo stato attuale sono operativi 20 hospice, strutture presso le quali si erogano le cure palliative, inserite nella rete di assistenziale e destinate al ricovero e all'accoglienza degli ammalati che vivono la fase avanzata e avanzatissima della malattia.

L'indagine epidemiologica realizzata il 28 maggio 2009, in prossimità della Giornata nazionale del sollievo, ha riguardato non solo le strutture ospedaliere ma anche gli Hospice dell'Emilia-Romagna.

Le valutazioni e gli elementi di riflessione che emergono sono riconducibili ad un ambito di cura differente da quello ospedaliero e devono quindi tener conto, del tipo di patologia, prevalentemente oncologica, e della particolare condizione esistenziale vissuta dalle persone ricoverate in Hospice.

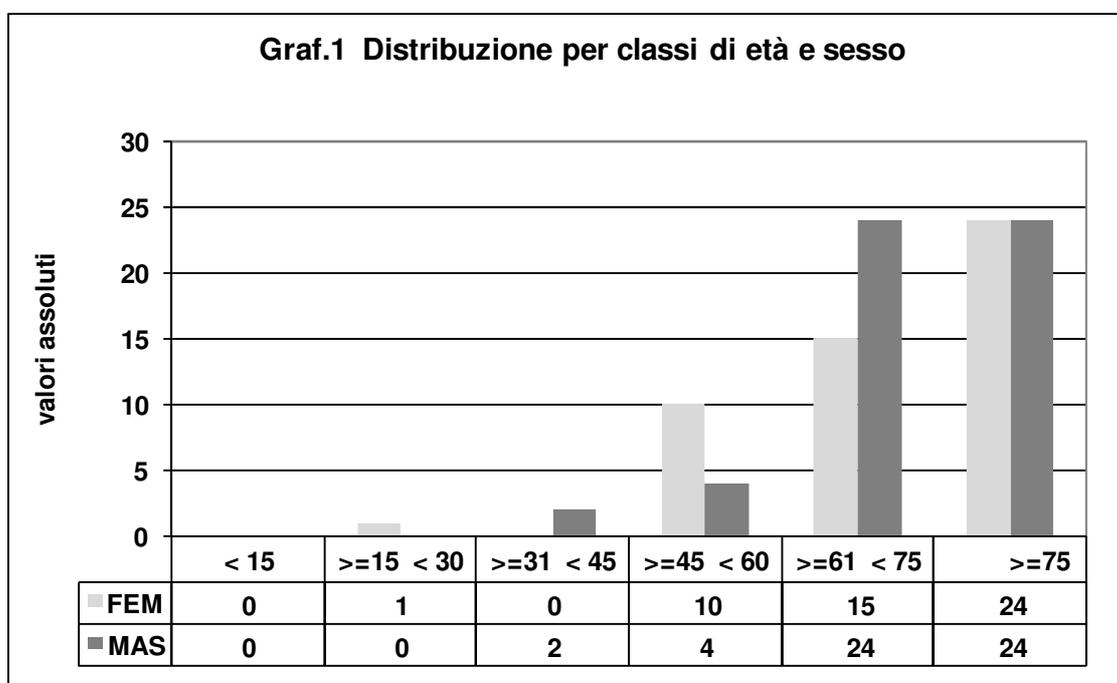
All'indagine hanno aderito 15 strutture Hospice, pari all'83,3% delle strutture attive alla data in cui è stata eseguita l'indagine, il 28 maggio 2009.

Sono state raccolte 109 "Schede del sollievo" e di seguito si presentano i risultati dell'analisi descrittiva. Il tasso di risposta calcolato sui presenti in Hospice si aggira attorno al 57% (109/190).

Hanno risposto 109 persone di cui il 53% di sesso maschile e il 47% femminile (in 3 casi il genere non è noto).

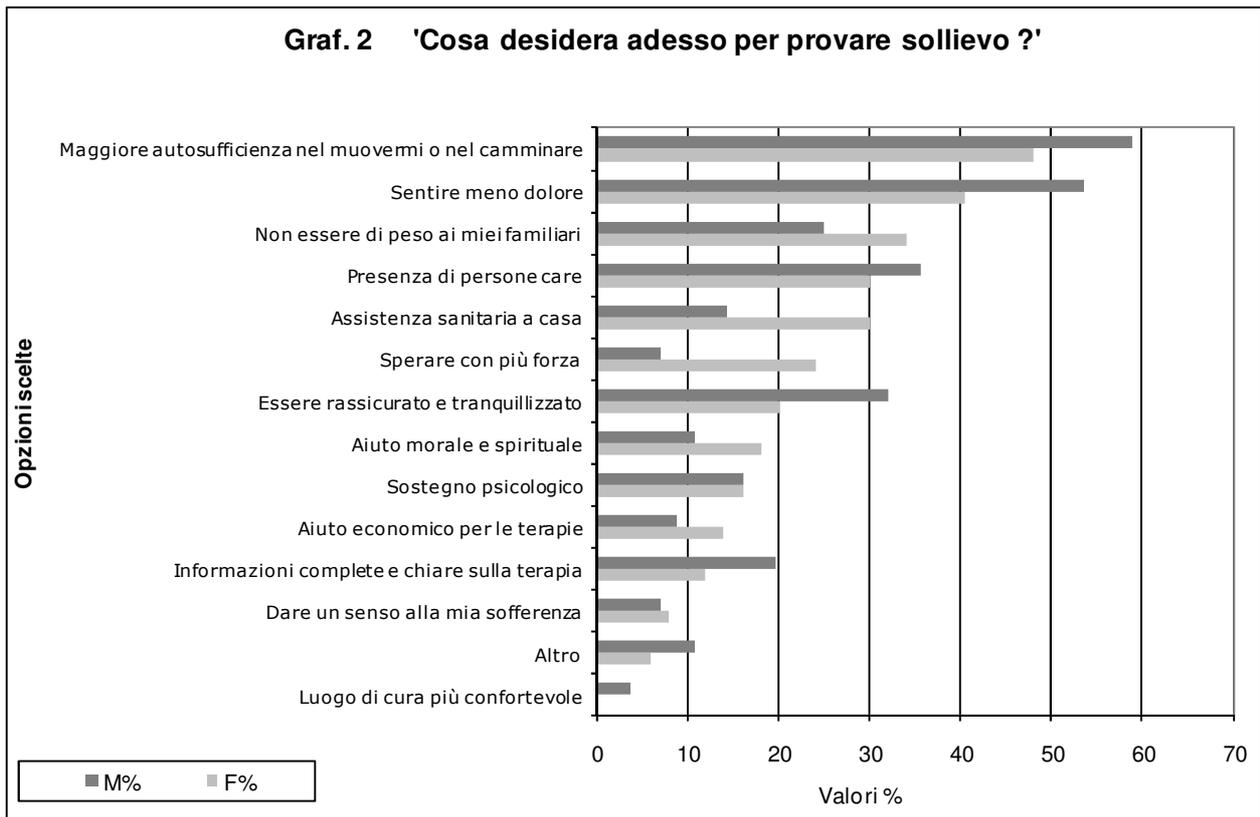
Il grafico 1 illustra la distribuzione per classi di età e sesso della popolazione in studio. Nella classe d'età compresa tra 45 e 60 anni si osserva una prevalenza delle donne (71%), mentre nella fascia 61-75 si evidenzia un'inversione e la percentuale degli uomini sale al 62%.

Negli over 75 le differenze tra i due sessi si azzerano raggiungendo entrambi il 50%.



1° DOMANDA: Cosa desidera adesso per provare sollievo?

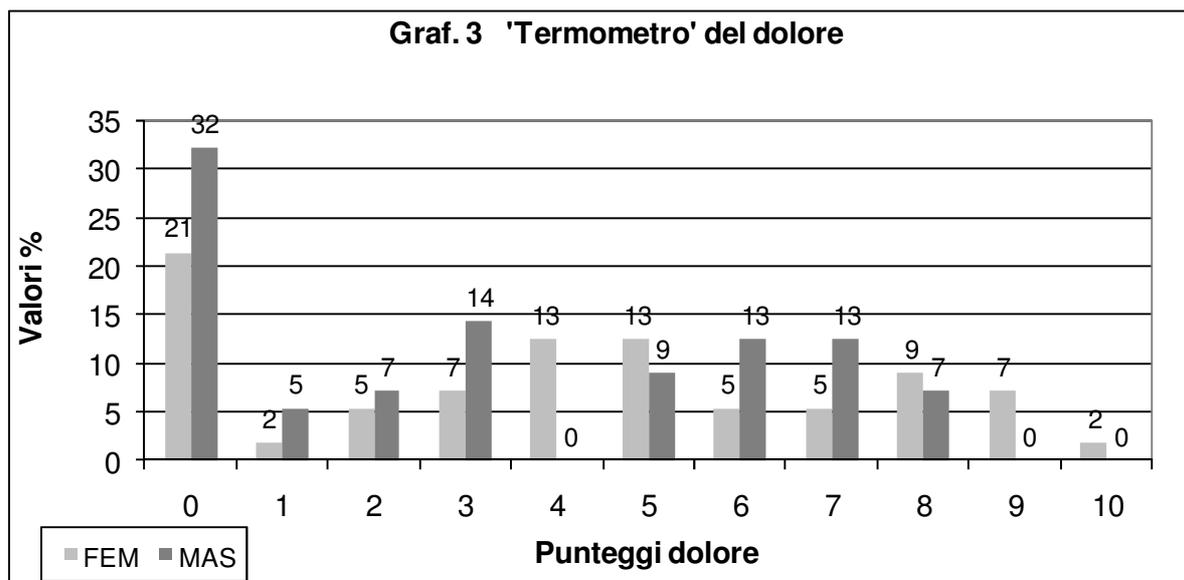
Alla prima domanda "Cosa desidera adesso per provare sollievo" il paziente poteva scegliere tra più opzioni tra quelle proposte per ottenere risposte al bisogno di sollievo. Le categorie maggiormente selezionate sono: 'maggiore autosufficienza' e 'sentire meno dolore' in entrambi i sessi. Al terzo posto le donne rispondono 'non essere di peso ai familiari'(34%) mentre gli uomini 'presenza di persone care' (25%), segue la richiesta di 'assistenza sanitaria a casa' (30%) .



2° DOMANDA: IL "TERMOMETRO DELLA SOFFERENZA" - Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento

Anche in hospice, come in ospedale, la misura del dolore rilevato su scala numerica, é stata studiata su quattro livelli di dolore percepito: nessun dolore (0), dolore lieve (1-3), dolore moderato (4-7) e dolore intenso (8-10), in analogia alla classificazione utilizzata nei precedenti studi regionali.

Il grafico mostra la distribuzione puntuale della scala della sofferenza distinta per sesso; si osserva che il 32% dei maschi non lamenta dolore contro il 21% delle femmine. Inoltre il 9% delle donne dichiara un livello di sofferenza molto elevato (9-10) mentre gli uomini non dichiarano mai punteggi così elevati.



La tabella seguente evidenzia, come atteso, stante la condizione che i malati vivono in hospice, un'elevata percentuale di non risposta (18%). Si osserva inoltre che la metà della popolazione dichiara di percepire il dolore nei livelli medio - alti (Moderato 36,7% e intenso 13,8%).

Tab. 1 Livello di dolore e percentuale di risposta

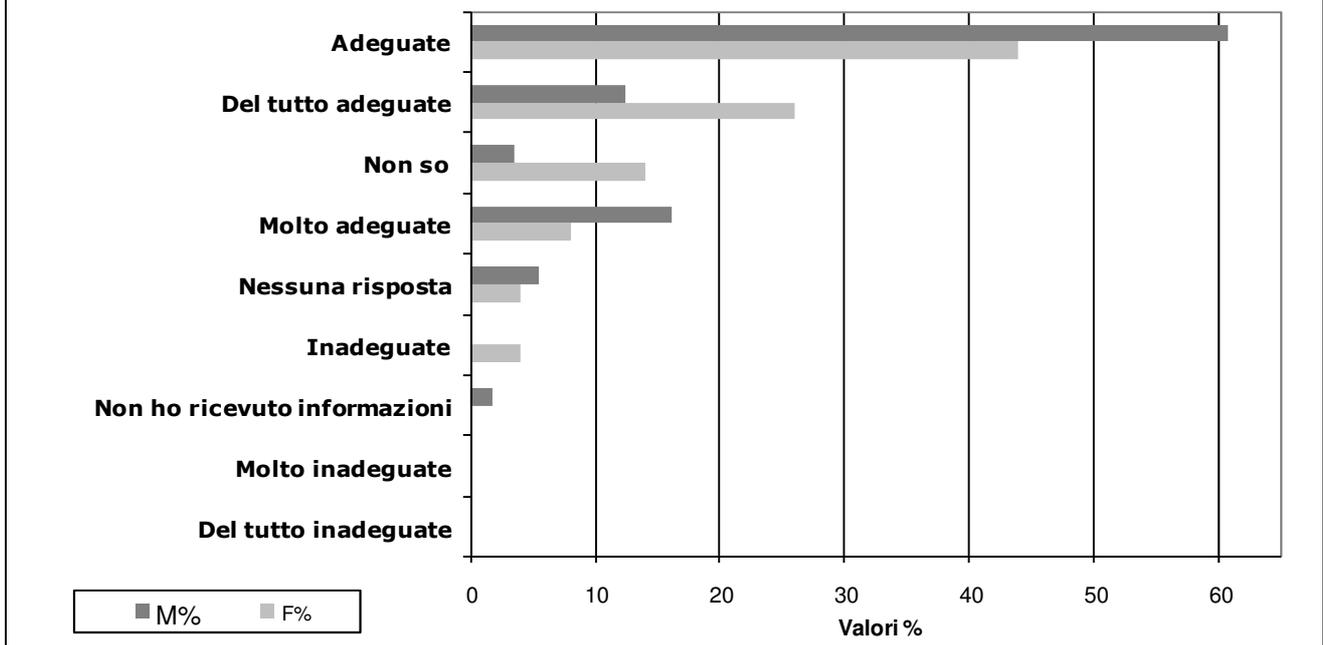
2009	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale	
	n	% riga	n	% riga	n	% riga	N	% riga	n	% colonna
Risponde	11	10,1	23	21,1	40	36,7	15	13,8	89	81,7
Non risponde									20	18,3
Totale									109	100,0

3° DOMANDA: Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?

La maggioranza dei pazienti di entrambi i sessi (83,4%) ritiene le informazioni fornite 'adeguate', 'del tutto adeguate' e 'molto adeguate' e, disaggregando il dato, si evidenzia che una percentuale consistente, pari al 12,8% dei ricoverati, ritiene le informazioni sul dolore ricevute durante il ricovero 'molto adeguate'. Dato confortante è che nessun ricoverato in hospice ha risposto che le informazioni sul trattamento del dolore sono molto inadeguate o del tutto inadeguate.

Si osserva inoltre che i pazienti in Hospice si dichiarano meglio informati rispetto a quelli ricoverati in ospedale.

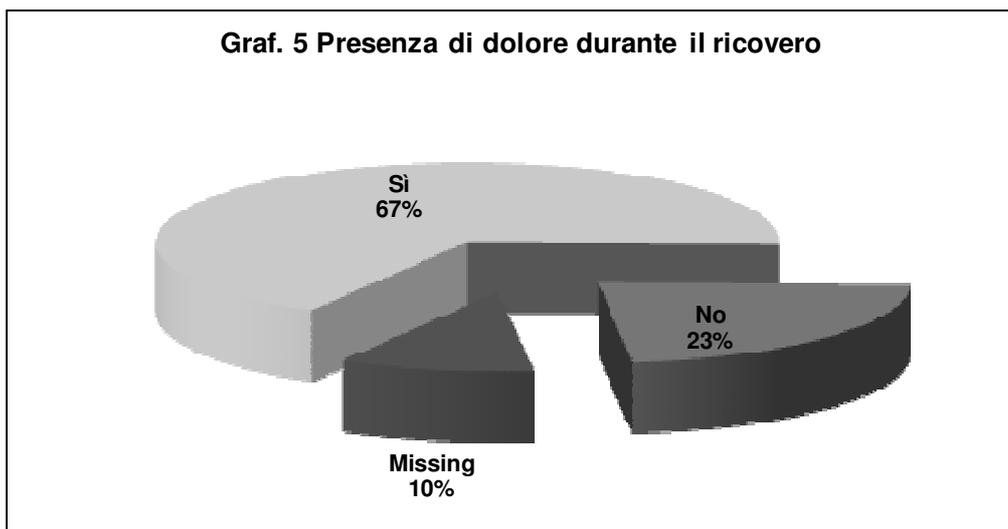
Graf.4 'Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?'



4° DOMANDA: Durante il ricovero ha sentito dolore?

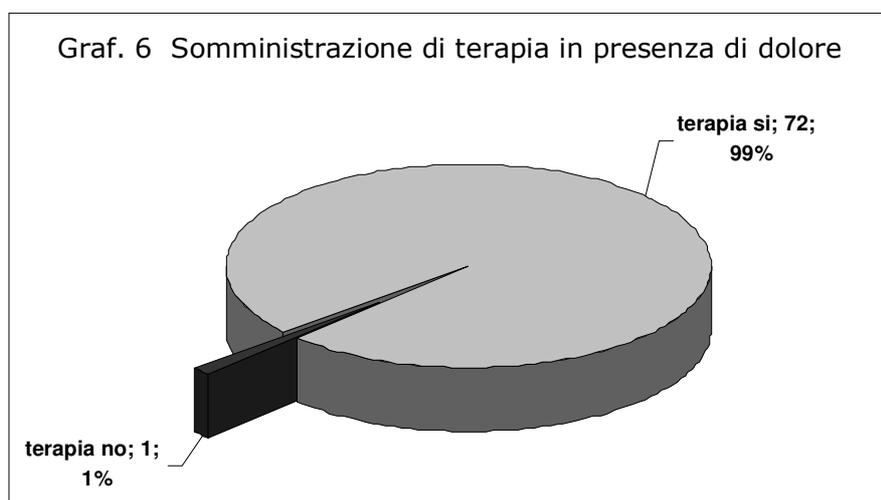
A questa domanda la maggior parte dei ricoverati (67%) risponde di provare dolore, il 23 % sostiene di non aver sentito dolore, mentre il 10% non risponde a questa domanda.

Graf. 5 Presenza di dolore durante il ricovero



5° DOMANDA: Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?

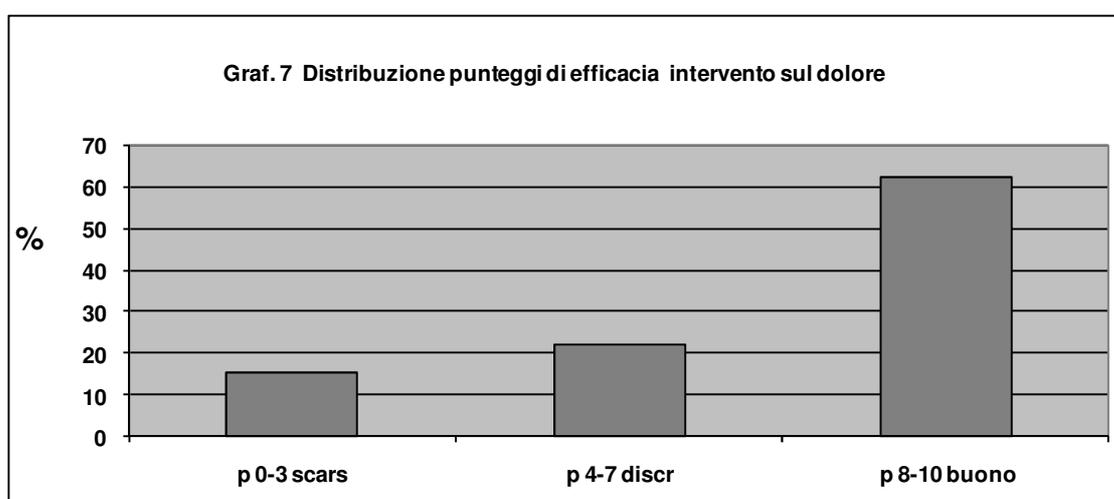
A coloro che hanno sentito dolore durante il ricovero (67%) risulta essere stata somministrata una terapia nella quasi totalità dei casi (99%).



6° DOMANDA: Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?

Rispetto all'efficacia della terapia, espressa con punteggi da 0 a 10, aggregati successivamente in tre categorie di efficacia (scarsa:0-3; discreta:4-7; buona:8-10), si osserva che il 63% delle persone ricoverate in Hospice giudica buona l'efficacia della terapia, contro il 44% registrato in ospedale.

Anche tra coloro che riscontrano scarsa l'efficacia dell'intervento analgico si rileva che nessuno ha assegnato un punteggio inferiore a due, a fronte di un 6% che in ospedale ha espresso un punteggio pari a zero.

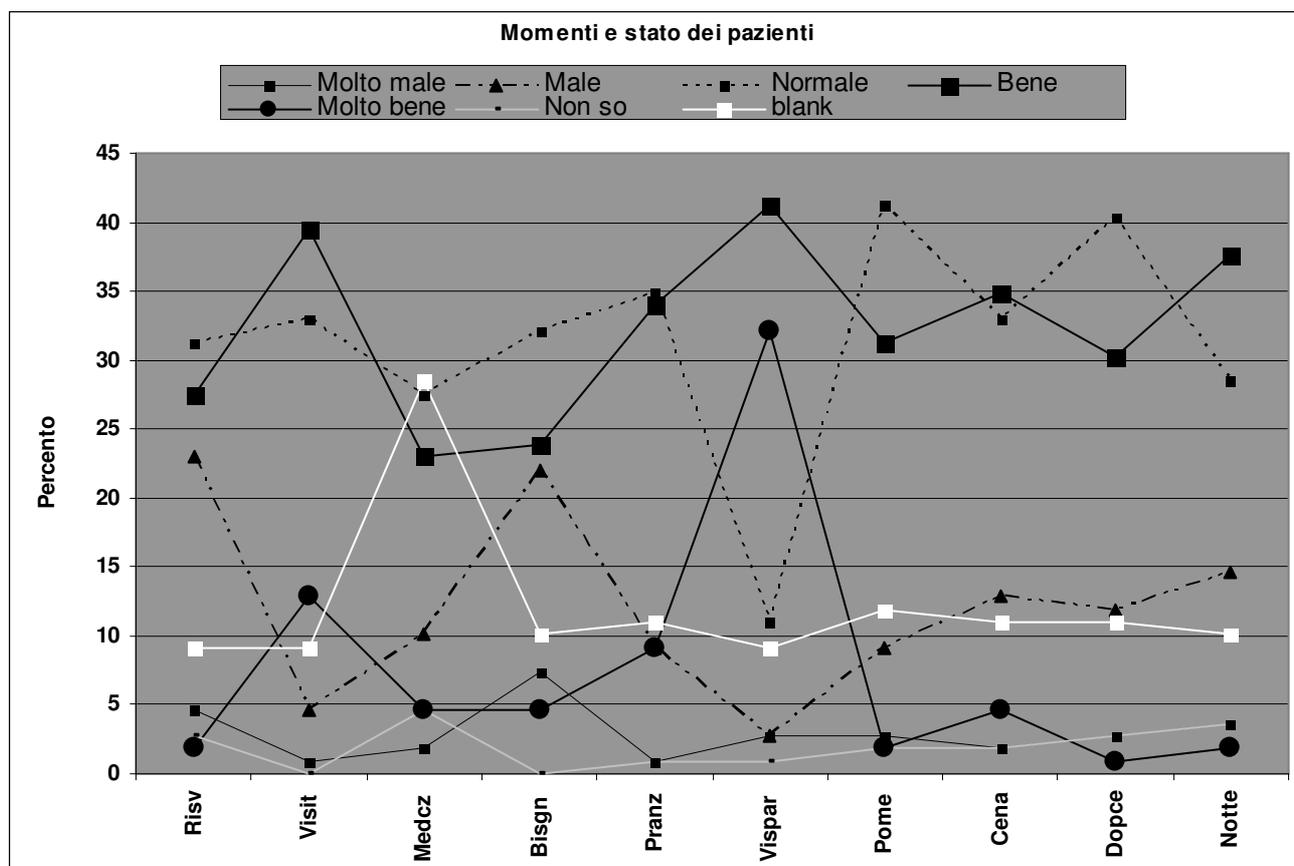


7° DOMANDA: Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in hospice?

Nella presente edizione 2009 si è voluto indagare sui momenti cruciali della giornata-tipo della persona ricoverata e dei relativi stati di benessere e malessere.

Il grafico seguente (Graf. 8) riassume l'andamento dei cinque stati o sensazioni del paziente ('Molto male', 'Male', 'Normale', 'Bene', 'Molto bene') misurati come percentuale di coloro che si riconoscono in essi. Ad essi sono stati aggiunti per completezza anche le percentuali di chi rispondeva 'non so' e di chi non rispondeva ('blank').

Si osserva che l'effetto benefico della visita parenti è molto più accentuato in hospice (37,2%) rispetto all'ospedale (25%).

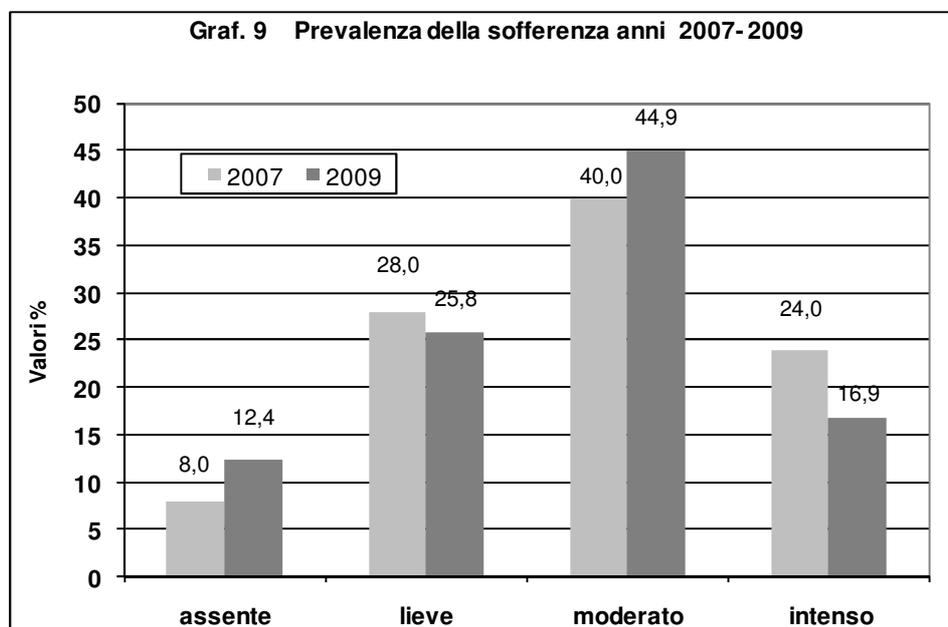


Simile a quanto osservato in ospedale è anche la negativa reazione dal momento della medicazione all'espletamento dei bisogni corporali dove in hospice l'indice 'male' passa dal 11,5% al 25,6%, contro l'andamento dell'indagine condotta in ospedale che va dal 10 al 15%. Si osserva inoltre l'effetto negativo-notte che per l'indice male passa dal 16,6% ed arriva al risveglio al 24,4 % (in ospedale si mantiene intorno al 16,5%).

Curiosa la consonanza con l'ospedale, anche percentuale, del picco di non rispondenti al momento della 'medicazione'. Potrebbe valere anche qui l'interpretazione del rifiuto a giudicare una situazione che fa visibilmente cadere tutti gli indici positivi come la consapevolezza di una sgradevole ma inderogabile necessità.

ANDAMENTO NEGLI ANNI 2007 - 2009

Si ritiene utile confrontare il dolore/sofferenza percepito e riportato nelle due rilevazioni epidemiologiche eseguite in concomitanza con le edizioni della Giornata nazionale del sollievo del 2007 e del 2009.



Anche in hospice, come in ospedale, si osserva una tendenza alla diminuzione del dolore intenso. Infatti, nella prima rilevazione il 24% dei ricoverati dichiarava di percepire 'dolore intenso' mentre nel 2009 tale percentuale scende al 16,9%.

Si osserva anche contestualmente l'aumento dell'assenza di dolore che passa dall'8% nel 2007 al 12,4% nel 2009.

ETÀ E DOLORE

Suddividendo il campione in due classi di età (< 75; >=75) non si notano d.s.s tra le distribuzioni dei livelli di dolore. Anche l'esame della sola categoria 'dolore intenso', eseguito con il test esatto di Fisher per le basse numerosità, non fornisce d.s.s. di sorta. Un'ulteriore suddivisione per sesso che riduce ulteriormente le numerosità non conduce ad alcuna differenza significativa.

Tab. 2 Livelli di dolore per due classi di età (<75; >=75)

Età	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale
	n	%	n	%	n	%	n	%	
< 75	6	28,3	13	28,3	19	41,3	8	17,4	46
>= 75	5	12,5	9	22,5	20	50,0	6	15,0	40
Totale	11	15,8	22	26,4	39	39,2	14	18,5	86

Chi²=0,71 g.l.=3 p<0,87 (n.s.)

Fisher 'exact test' p<0,78 (n.s.) su solo 'dolore intenso'

CONCLUSIONI

L'indagine epidemiologica eseguita nel 2009 indica innanzitutto la forte partecipazione delle persone ricoverate, testimoniata dal numero complessivo delle adesioni (9.370), in aumento del 5,4% rispetto al risultato ottenuto nel 2007 (8.887).

Hanno risposto all'indagine il 58,6% dei ricoverati presenti il 28 maggio 2009 negli ospedali della Regione Emilia-Romagna (7.913/13.497).

La quantità delle risposte ci consente di considerare tale ricerca indicativa dell'esperienza che le persone ricoverate vivono negli ospedali dell'Emilia-Romagna.

Nel 2009 complessivamente la prevalenza del 'dolore intenso' sull'intero campione risulta pari al 18,7% (1.623/8.676) sul totale di coloro che hanno risposto a questo quesito. Come prevedibile e già osservato nelle precedenti indagini, in day-hospital la percezione del dolore intenso rilevata (12,4%) è inferiore rispetto al dato complessivo e a quello in regime di ricovero ordinario.

L'andamento del 'dolore intenso' percepito dalle persone ricoverate nel corso degli anni, dal 2002 al 2009, registra una significativa diminuzione percentuale, passando dal 24,2 al 18,7% e un significativo aumento del 'dolore assente' che passa dall'11,7% al 18,9%.

La tendenza registrata si può verosimilmente ricondurre all'applicazione delle linee guida del progetto "ospedale senza dolore" e alla diffusione di buone pratiche cliniche; d'altra parte la stessa tendenza si registra nelle singole aree di ricovero.

In area medica, il dolore intenso, pur registrando una tendenza alla diminuzione, continua a mantenere un peso rilevante. Lo studio indica una correlazione tra età e sofferenza e nello specifico in area medica l'età media dei ricoverati è più elevata; gli ultrasettantacinquenni percepiscono un livello di 'dolore intenso' maggiore rispetto alle classi d'età inferiori (OR=1vs.1,52). È necessario pertanto mantenere alta l'attenzione sulle persone anziane ricoverate che, per le condizioni di fragilità e di polipatologia, sono più esposte alle conseguenze del dolore cronico (disabilità, debolezza, diminuita attività motoria e decadenza delle condizioni fisiche).

L'osservazione di una percezione del dolore superiore per la donna conferma e rafforza quanto già rilevato nelle precedenti indagini regionali ed è coerente con la letteratura internazionale, segnalando il rischio di una sottovalutazione di genere. Il dato sulla prevalenza del dolore nel genere femminile concorda con lo studio di Coucero del 2009.

Il 36 % del campione non lamenta dolore nel percorso di cura.

Le persone sofferenti hanno ricevuto nel 91,5% dei casi una terapia analgesica, giudicata efficace dalla grande maggioranza e scarsa solo per il 12 %.

Al momento dell'indagine, i ricoverati associano il desiderio di sollievo a diverse situazioni che prioritariamente risultano essere: 'presenza di persone care' (42%), 'sentire meno dolore' (41%), 'non essere di peso' (36%), 'maggiore autosufficienza' (34%), 'informazioni chiare sulle cure' (32%). È interessante rilevare come la voce 'sentire meno dolore' non occupi più la prima posizione come si osservava nell'indagine del 2007.

Le persone ricoverate in area oncologica esprimono soprattutto il desiderio di essere tranquillizzati (F 43 %; M 35 %) e di non essere di peso ai familiari (F 42 %; M 35 %), inoltre richiedono informazioni sulla terapia (F 36 %; M 29 %) e vicinanza di persone care (F 31 %; M 35 %).

In sintesi il sollievo è percepito come umanizzazione delle cure, autosufficienza, autonomia nelle scelte, e reale conoscenza delle proprie condizioni di salute.

Le informazioni ricevute sono ritenute adeguate dal 59% delle persone, senza differenza di genere, anche se ancora il 10% in area medica e il 6 % in area oncologica lamenta di non aver ricevuto informazioni, segnalando quindi la necessità di un miglioramento sugli aspetti comunicativi e relazionali.

E' bene ricordare che, sebbene durante gli ultimi decenni siano stati fatti importanti progressi nello studio e nel trattamento del dolore, studi internazionali nei pazienti ospedalizzati indicano che il dolore è ancora sottostimato e sottotrattato nella pratica medica. La prevalenza del dolore nei nosocomi è elevata e varia nella letteratura internazionale dal 37,7% al 91,2%.

Lo studio di prevalenza, pubblicato da Euro Journal of Pain 2005, al quale hanno partecipato 3.931 pazienti di 11 regioni italiane, registra nel 91% dei pazienti presenza di dolore e nel 47% dolore intenso (VAS>7); nel 24% il dolore é attribuibile ad interventi chirurgici, ma nel 68% a cause non identificate. Sempre lo stesso studio riporta che solo il 28,5% dei pazienti assume analgesici.

Per quanto riguarda gli hospice, rispetto al ricovero ospedaliero occorre tener conto della minore numerosità della casistica e delle caratteristiche specifiche di queste strutture che accolgono persone in fase avanzata e avanzatissima di malattia.

Fatta questa premessa, l'esperienza del dolore in ambiente hospice risulta più marcata rispetto alla generalità degli ambienti 'ospedalieri': il 67% delle persone ricoverate in hospice dichiara di sentire dolore contro il 56% delle persone ricoverate in ospedale.

Rispetto all'efficacia della terapia, espressa con punteggi da 0 a 10, aggregati in tre categorie (scarsa:0-3; discreta:4-7; buona:8-10), si osserva che il 63% dei pazienti in hospice la giudica buona, contro il 44% registrato in ospedale.

A fronte di questa molteplicità di valutazioni emerge in sintesi, che il dolore percepito, nonostante i significativi progressi osservati, resta un problema sanitario rilevante, soprattutto nei livelli di dolore intenso, e trasversale a tutte le età e ad entrambi i sessi, seppure con livelli di intensità differenti messi in luce dallo studio.

Il fatto di osservare nel periodo più recente una tendenza alla stabilizzazione segnala la necessità non solo di mantenere l'impegno fin qui espresso, ma anche di intensificarlo.

In questa direzione il Comitato regionale per la lotta al dolore quest'anno, in coerenza con la legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", ha elaborato le "Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica" rivolte ai professionisti dell'ospedale e del territorio.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. 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: 15-28.
2. Bassols A, Bosch F, Banos J. How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia, Spain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2002 Apr;23(4):318-28
3. Bruster S., Jarman B., Bosanquet N., Weston D., Erens R., Delbanco T.L., National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309: 1542-1549.
4. Comley AL, DeMeyer E. Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *J Pain Manage*, 2001 Jan;21(1):27-40
5. Cordell WH, Keene KK, Giles BK et al. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emergency Medicine*, 2002 May;20(3):165-9.
6. Costantini M. ed altri, Prevalence of Pain in Italian Hospitals: Results of a Regional Cross-Sectional Survey, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 23 No. 3 March 2002, pagg. 221-230
7. Costantini M, C. Ripamonti, M. Beccaro, M. Montella, P. Borgia, C. Casella, G. Miccinesi Prevalence, distress, management, and relief of pain during the last 3 months of cancer patients' life. Results of an Italian mortality follow-back survey. *Annals of Oncology* 2009 ;20: 729-735
8. Coucerio TC, Valenca MM, Lima LC, et al. Prevalence and influence of gender, age, and type of surgery on postoperative pain. *Rev. Bras Anesthesiol.* 2009 May-Jun; 59(3):314-20.
9. Donald M. Phillips. JCAHO Pain Management Standards Are Unveiled. *JAMA* 2000; vol. 284: 428-429.
10. Donovan M., Dillon P., McGuire L., Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain* 1987; 30: 69-78
11. Dorrepaal K., Aaronson N.K., Van Dam FSAM., Pain experience and pain management among hospitalized patients. *Cancer* 1989; 63: 593-598
12. Elander J, Marczewska M, Amos R et al. Factors affecting hospital staff judgments about sickle cell disease pain. *J Behavioral Med.* 2006 Apr;29(2):203-14
13. Gerbershagen K, Gerberchagen HJ, Lutz J, et al. Pain prevalence and risk distribution among inpatients in a German teaching hospital. *Clin J Pain.* 2009 Jun;25(5):431-7
14. Godfrey CM, Harrison MB, et al. The symptom pain in individuals recently hospitalized for heart failure. *J Cardiovascular Nursing*, 2007 Sep-Oct;22(5):368-74
15. Gramke HF, de Rijke JM, van Klee M, et al. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin. J Pain.* 2009 Jul-Aug;25(6):455-60
16. Harmer M., Davies K.A., The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. *Anaesthesia* 1998; 53: 424-430.
17. Jost L., Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Recommendations *Annals of Oncology* 19 (Supplement 2): 119-121, 2008
18. Lattuada L. et al. Il progetto "Ospedale senza dolore" in Friuli Venezia Giulia: un primo resoconto. *Tendenze nuove* 1/2004 nuova serie
19. Loder EW, Witkower AB. A pilot study of pain and attitudes toward pain in a rehabilitation population. *Pain Med*, 2002;3(4):333-8
20. 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*
21. McNeill J.A., Sherwood G.D., Starck P.L., Thompson C.J., Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16(1): 29-40.
22. Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, Ricchi E, 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 Oct;9(5): 485-
23. Newland PK, Wipke-Tevis DD, Williams DA et al. Impact of pain on outcome in long-term care residents with and without multiple sclerosis. *JA Geriatrics Society*, 2005 Sep;53(9):1490-6
24. Owen H., McMillan V., Rogowski D., Postoperative pain therapy: a survey of patients' expectations and their experiences. *Pain* 1990; 41: 303-307

25. Salomon L, Tchermy-Lessenot S, Collin E et all. Pain Prevalence in a French Teaching hospital. J Pain Symptom Mang.2002 Dec;24(6):586-92
26. Sawyer J, Haslam L, Robinson S et all. Pain prevalence in a large Canadian teaching hospital. Pain manage Nurs,2008 sep;9(3):104-12
27. Strohbuecker B, MayerH, et all. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. J pain e Symptom Man. 2005 May; 29(5)498-506.
28. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. Pain 65 (1996)123-167
29. Visentin M, Zanolin E, Trentin L et all. Prevalence of pain in adult admitted to Italian Hospitals. Eur J Pain. 2005 Feb;9(1):61-7
30. Visentin M., Trentin L., De Marco R., Zanolin M.E., Verso un ospedale senza dolore. "Rapporto sull'indagine Italiana "2002.
31. World Health Organization: Cancer pain relief with a guide to opioid availability. World Health Organization, Geneva, 1996
33. Accordo della Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di Linee Guida per la realizzazione del progetto Ospedale Senza Dolore (G.U. n. 149 del 29/6/2001)
34. Indicazioni regionali sugli obiettivi "Ospedale senza dolore 2008-2009
35. Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna Indicazioni per la valutazione e il trattamento del dolore oncologico 2005
36. Legge 8/2/2001 n. 12 "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore" – 2001
37. DM 10/3/2006 Normative per la ricettazione e prescrizione dei farmaci oppioidi, 2006
38. Legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore "(G.U. 19 marzo 2010, n. 65)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.