

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



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER
195-2010

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

Il documento è stato predisposto da

Elena Marri Servizio presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna
Eugenio Di Ruscio Servizio presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna
Teresa Matarazzo Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara
Giuseppe Gilli Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara

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.

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione, impaginazione e traduzione in inglese del Sommario Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, settembre 2010

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss195.htm

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

Indice

Sommario	5
<i>Abstract</i>	7
Introduzione	9
Metodo e analisi statistica	11
Descrizione del campione	13
Risultati	17
<i>I sezione. Indagine sul dolore negli ospedali</i>	19
Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?	19
Domanda 2. Il "termometro della sofferenza"	22
Domanda 3. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?	24
Domanda 4. Durante il ricovero ha sentito dolore?	27
Domanda 5. Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?	27
Domanda 6. Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?	28
Domanda 7. Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in ospedale?	29
Compilazione della "scheda del sollievo"	31
Percezione del dolore e tempi di permanenza nella struttura	32
Andamento della prevalenza del dolore nel periodo 2002- 2009	34
Genere e dolore	38
Età e dolore	39

(continua)

<i>II sezione. Indagine sul dolore negli hospice</i>	41
Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?	42
Domanda 2. Il "termometro della sofferenza"	43
Domanda 3. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?	44
Domanda 4. Durante il ricovero ha sentito dolore?	45
Domanda 5. Se durante il ricovero ha sentito dolore, ha ricevuto una terapia?	45
Domanda 6. Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?	46
Domanda 7. Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in <i>hospice</i> ?	47
Andamento negli anni 2007-2009	48
Età e dolore	48
Conclusioni	49
Riferimenti bibliografici	51

Sommario

Il dolore rappresenta uno dei principali problemi sanitari a livello mondiale, sia per l'invecchiamento della popolazione, sia per l'aumento delle patologie cronico-degenerative (osteoarticolari, neurologiche e vascolari) e dei tumori.

Il controllo del dolore, acuto e cronico, di origine oncologica e non oncologica è efficace non solo sull'*outcome* clinico ma anche sulla risposta terapeutica della patologia di base, consentendo di prevenire invalidità secondarie e di ottenere un significativo miglioramento della qualità della vita.

Il Servizio presidi ospedalieri ha coordinato la realizzazione dell'indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna, promossa nel contesto delle iniziative di sensibilizzazione della Giornata nazionale del sollievo.

Hanno aderito all'indagine tutte le Aziende sanitarie, l'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), il Comitato consultivo regionale per il controllo della qualità dal lato del cittadino (CCRQ), le associazioni di volontariato e moltissime persone ricoverate.

Il 28 maggio 2009, in un'unica giornata, negli ospedali e negli *hospice* della regione sono stati distribuiti alle persone ricoverate appositi questionari semplificati denominati "schede del sollievo", al fine di acquisire - dalla voce dei cittadini - elementi di valutazione sul dolore percepito e sul bisogno di sollievo, utili per migliorare il percorso applicativo del progetto regionale "Ospedale senza dolore" diventato, a seguito della Legge 38/2010, "Ospedale-territorio senza dolore".

Hanno risposto all'indagine il 58,6% dei ricoverati presenti nella data scelta negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna (7.913/13.497).

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. In *day hospital* si conferma una percezione del dolore intenso del 12,4%, come atteso inferiore al dato complessivo e al solo ricovero ordinario.

Nel periodo 2002-2009, il dolore intenso registra una significativa diminuzione, passando dal 24,2 al 18,7%, mentre si nota 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; questo andamento si osserva nelle differenti aree di ricovero oggetto di studio.

In area medica, il dolore intenso, pur registrando una tendenza alla diminuzione, continua a mantenere un peso rilevante. I ricoverati associano il desiderio di sollievo a "presenza di persone care" (42%), "sentire meno dolore" (41%), "non essere di peso" (36%), "maggiore autosufficienza" (34%), "informazioni chiare sulle cure" (32%).

Le persone ricoverate in area oncologica esprimono soprattutto il desiderio di essere tranquillizzate (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 dalla maggioranza dei ricoverati (68%) e inadeguate dal 6%; il 10% non ha ricevuto informazioni: ciò segnala la necessità di un miglioramento sugli aspetti di comunicazione e relazione.

In *hospice* occorre tenere conto delle caratteristiche specifiche di queste strutture che accolgono persone in fase avanzata e avanzatissima di malattia. L'esperienza del dolore assume la connotazione di dolore globale, risultando 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.

In generale emerge 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 a 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, 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 (Dossier n. 194/2010).

Abstract

Survey on pain in Emilia-Romagna hospitals and hospices

Pain represents one of the major health issues at global level, both because of ageing population and for the increase of chronic degenerative (osteoarticular, neurological, vascular) diseases and of cancer. The control of pain, acute and chronic, of oncologic and non oncologic origin, is efficacious in the clinical outcome and also on the therapeutic response to the original pathology, thus allowing to prevent secondary invalidities and to obtain a significant improvement in life quality.

The Hospital Service of the Emilia-Romagna Region has coordinated a survey on pain in regional hospitals and hospices, as one of the initiatives of the National Relief Day.

All the regional Health Trusts, the Italian Association of Private Hospitals, the Regional Advisory Committee for quality control from citizen's point of view, voluntary associations and many patients participated in the survey.

On May 28, 2009 (only day) simplified questionnaires - defined "relief form" - were distributed to people hospitalized in regional hospitals and hospices, to acquire - directly from citizens - evaluation elements on perceived pain and relief needs that can be useful to improve the implementation path of the "Hospital without pain" regional project.

58.6% people hospitalized in the chosen date adhered to the survey (7,913 out of 13,497).

The prevalence of intense pain is 18.7% out of the entire sample (1,623/8,676); in day hospital patients, this prevalence is 12.4%, as expected lower than in ordinary hospitalization.

In 2002-2009 period, intense pain shows a significant decrease, from 24.2% to 18.7%, while "no pain" significantly increases, from 11.7% to 18.9%. This trend - which is registered in the various hospitalization areas - is probably due to the implementation of good clinical practices and of the guidelines of the "Hospital without pain" project.

In medical area, although decreasing intense pain is still a relevant issue. Patients associate the relief desire with "presence of loved people" (42%), "feeling less pain" (41%), "not being a burden to the family" (36%), "more self-sufficiency" (34%), "precise information on care" (32%). In oncology area, hospitalized people mainly wish to be reassured (F 43%; M 35%) and not to be a burden to the family (F 42%; M 35%); they also ask for information on their therapies (F 36%; M 29%) and for the presence of loved ones (F 31%; M 35%).

Relief is perceived as care humanization, self-sufficiency, independence in choices and true knowledge of one's health conditions.

Information received from health personnel is judged as adequate by most patients (68%) and inadequate by 6%; 10% patients declared not to have received any information: this aspect implies the need to improve communication and relationship issues.

As for hospices, it is important to consider the peculiarity of these structures, that host provide care for people in the last phases of an incurable disease. Pain experience acquires here the characteristics of global pain and is more widely spread than in other contexts: 67% people hospitalized in hospice declare to feel pain, vs only 56% in hospital context.

In general, notwithstanding the significant progresses observed, perceived pain - in particular intense pain - remains a relevant health issue in all ages and for both genders, even if with different degrees.

The recent trend of stabilization reinforces the need to maintain and even intensify the commitment. In application of Law no. 38/2010 "Provisions to guarantee access to palliative care and pain therapy", the Emilia-Romagna Regional Committee to contrast pain has elaborated the "Guidelines to treat pain in medical area", mainly addressed to professionals working in hospitals and local services (Dossier no. 194/2010).

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 e in grado di contrastare le conseguenze e i costi sociali prodotti dal dolore.

La Legge n. 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 - attraverso il Programma "Ospedale-territorio senza dolore" - coinvolge gli operatori sanitari nello sviluppo di buone pratiche cliniche.

Con il Piano sociale e 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 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 il 28 maggio 2009, in prossimità della Giornata nazionale del sollievo.

Il documento 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 n. 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. Il 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 dell'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 hospice (14,7%).

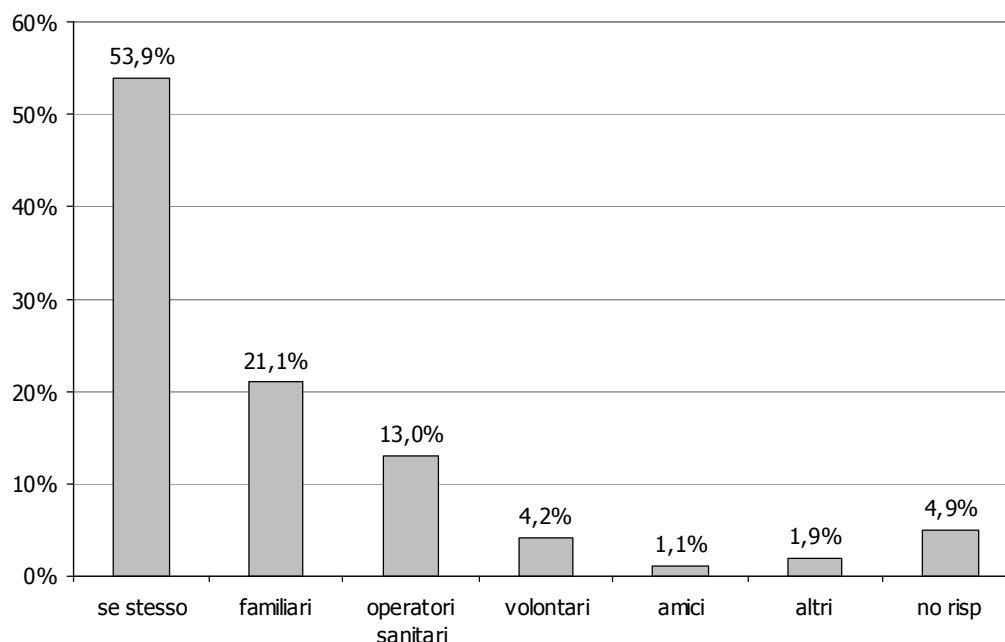
Hanno partecipato le persone di età uguale o superiore a 6 anni; sono stati esclusi i ricoverati in Rianimazione e terapia intensiva.

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 fisicamente impossibilitate 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 (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 (*Figura 1*).

Figura 1. Distribuzione dei compilanti il questionario



La misura del dolore rilevata su scala numerica è 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. a 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 nella 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% (4.969/9.370) è ricoverato nei presidi ospedalieri delle Aziende USL, il 30,7% (2.869/9.370) nelle Aziende ospedaliero-universitarie, nell'Azienda 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 dell'Emilia-Romagna che hanno aderito all'indagine. La distribuzione generale e dettagliata di provenienza delle schede raccolte è illustrata nelle Tabelle 1 e 1a, nelle quali sono riportati anche i dati delle rilevazioni precedenti.

Tabella 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 osped / osp-univers / IOR	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

Tabella 1a. Dettaglio della provenienza delle schede

	2004	2007	2009
Azienda USL di Piacenza	629	588	399
Azienda USL di Parma	210	219	234
Azienda USL di Reggio Emilia	460	419	472
Azienda USL di Modena	620	645	624
Azienda USL di Bologna	829	996	966
Azienda USL di Imola	290	365	311
Azienda USL di Ferrara	312	371	379
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
Azienda ospedaliero-universitaria di Parma	489	625	646
Azienda ospedaliera di Reggio Emilia	403	323	365
Azienda ospedaliero-universitaria di Modena	493	352	359
Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna	906	935	616
Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara	548	635	681
Istituto ortopedico Rizzoli	59	38	202
Totale Aziende osp. / osp-univ. / IOR	2.898	2.908	2.869
AIOP	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.

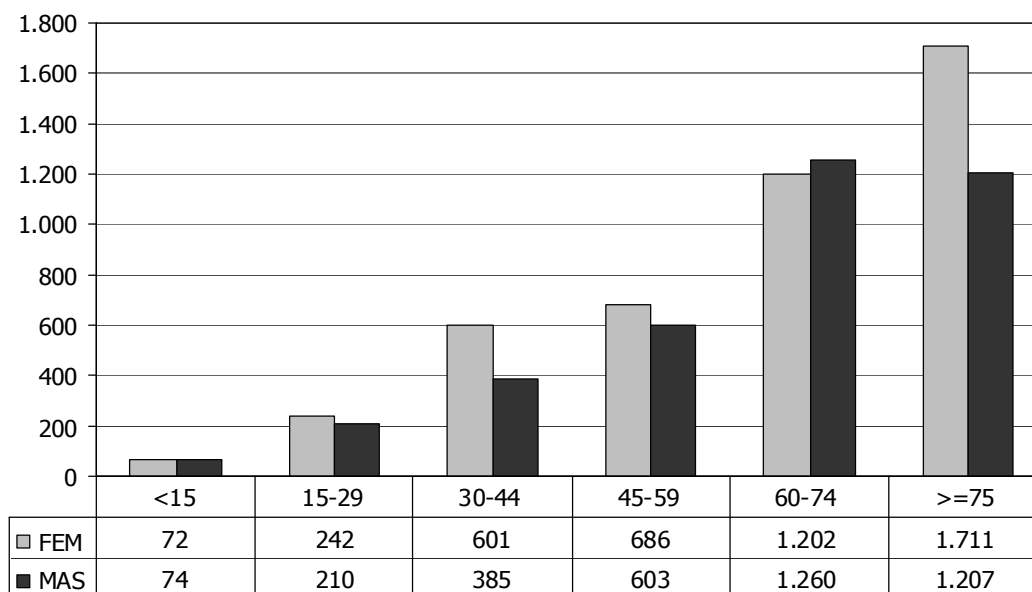
Tabella 2. Campione e genere

	2002		2004		2007		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Uomini	4.018	47,5	3.954	47,2	3.953	48,0	3.994	46
Donne	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 (*Tabella 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 e 74 anni (*Figura 2*).

Tabella 2a. Campione: età media (e.m.) e genere

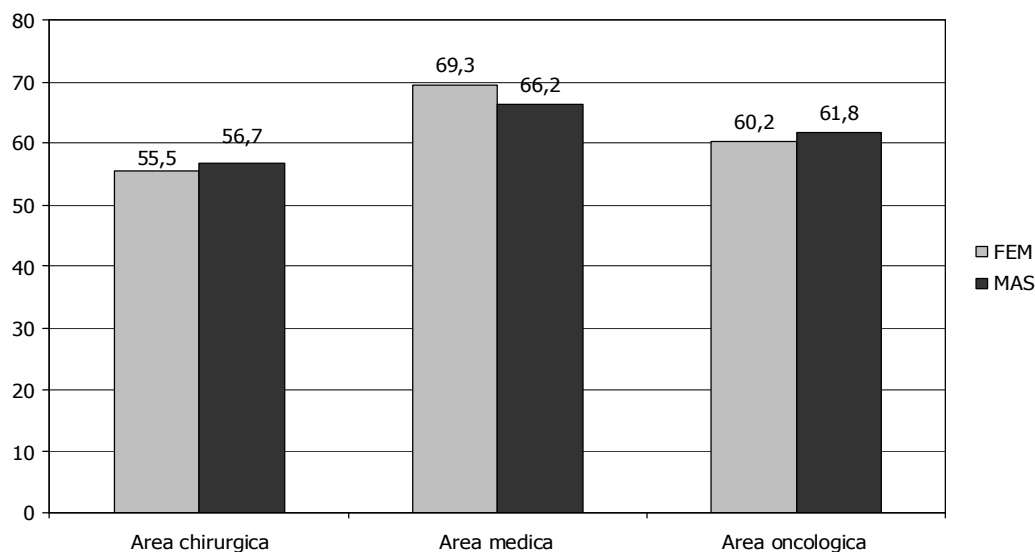
	2002			2004			2007			2009		
	e.m.	DS	n	e.m.	DS	n	e.m.	DS	n	e.m.	DS	n
Uomini	62,3	18,7	3.935	62,2	18,7	3.790	63,0	19,5	3.881	63,1	19,3	3.739
Donne	63,2	20,2	4.323	62,5	20,1	4.222	63,0	19,6	4.159	63,8	20,4	4.514

Figura 2. Distribuzione per classi di età e sesso. Anno 2009

Chi² = 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 (Figura 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; $p < 0,01$). Come nel 2007, si osserva che nelle discipline chirurgiche (M 56,7; F 55,5) la differenza di età tra il genere maschile e quello femminile non è significativa.

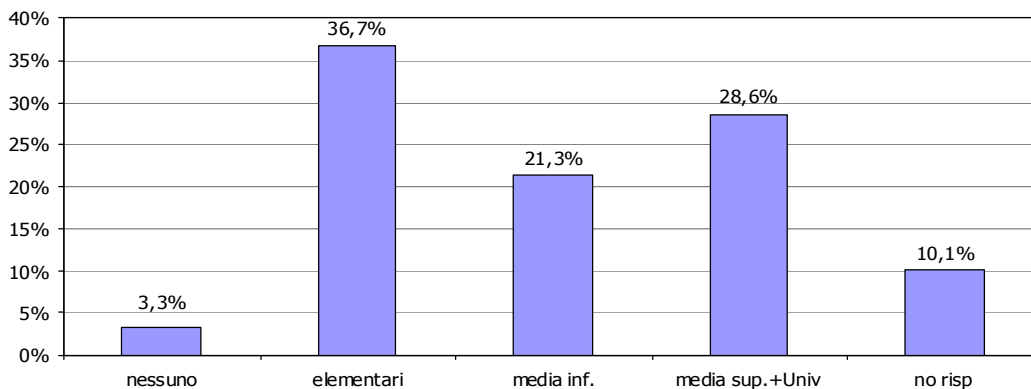
Figura 3. Età media, genere e area di ricovero. Anno 2009



Test Kruskal-Wallis per valutazione di eventuali. Differenze di età tra i generi 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 che il 28,6% del campione ha un livello di istruzione superiore (media superiore/università) in linea con il dato regionale (ISTAT 2001) (Figura 4).

Figura 4. Distribuzione dei titoli di studio



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 7 principali domande del questionario, integrandole con le informazioni generali e socio-anagrafiche.

I sezione.

Indagine sul dolore negli ospedali

Domanda 1. 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 genere 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%), "essere rassicurati" (31,7%).

Il confronto con le risposte del 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 (Figura 5).

Si è quindi focalizzata l'attenzione sull'area di ricovero oncologica (Figura 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 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%).

Figura 5. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

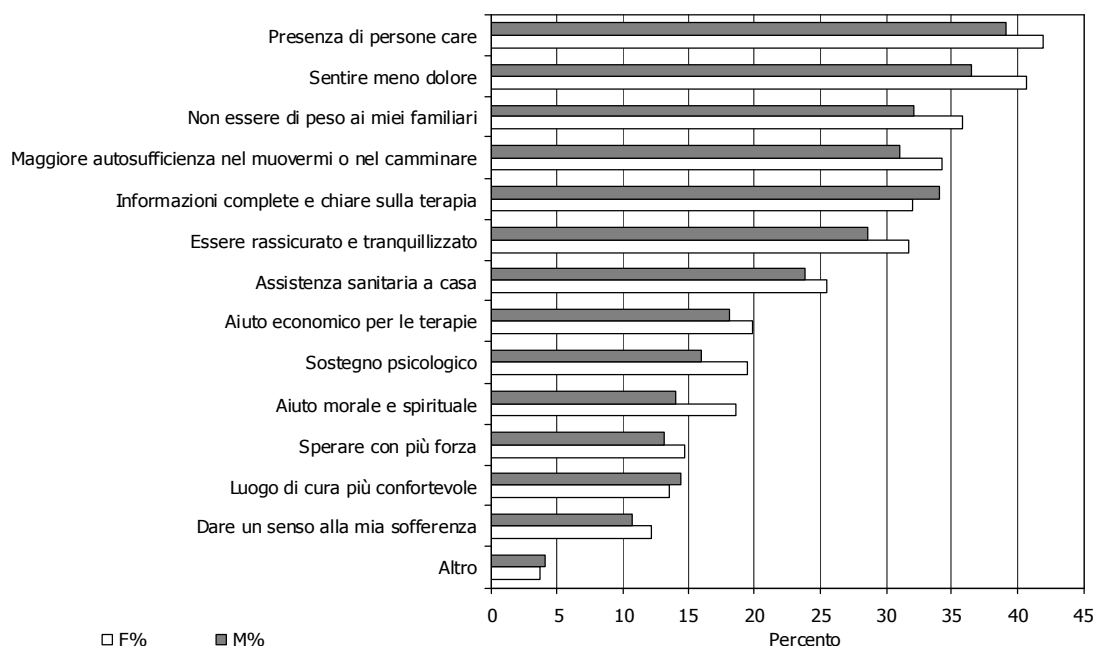
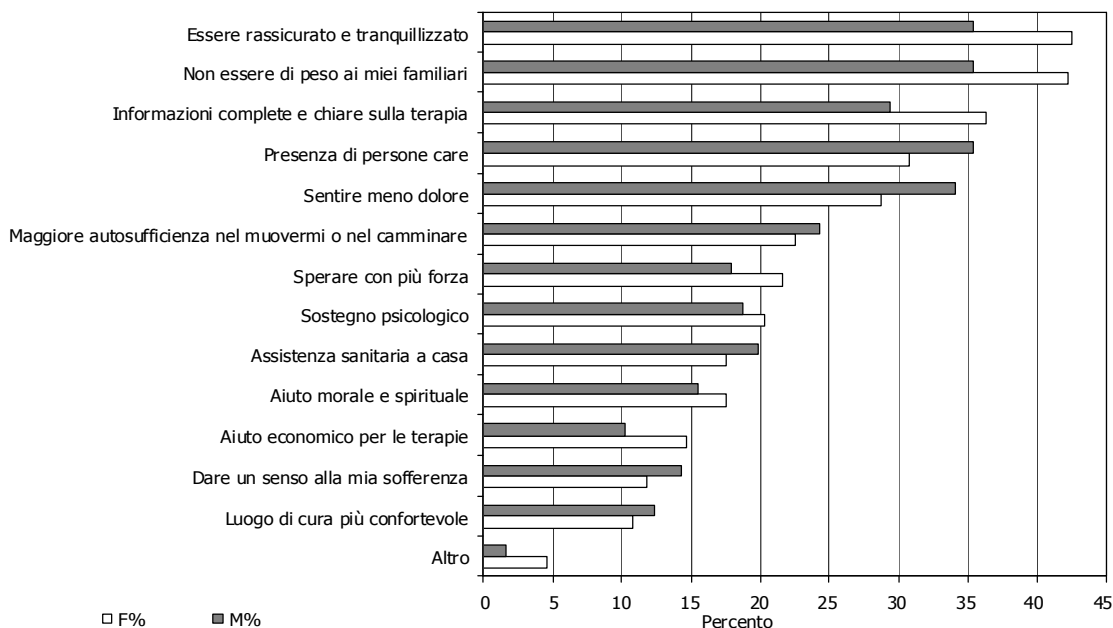
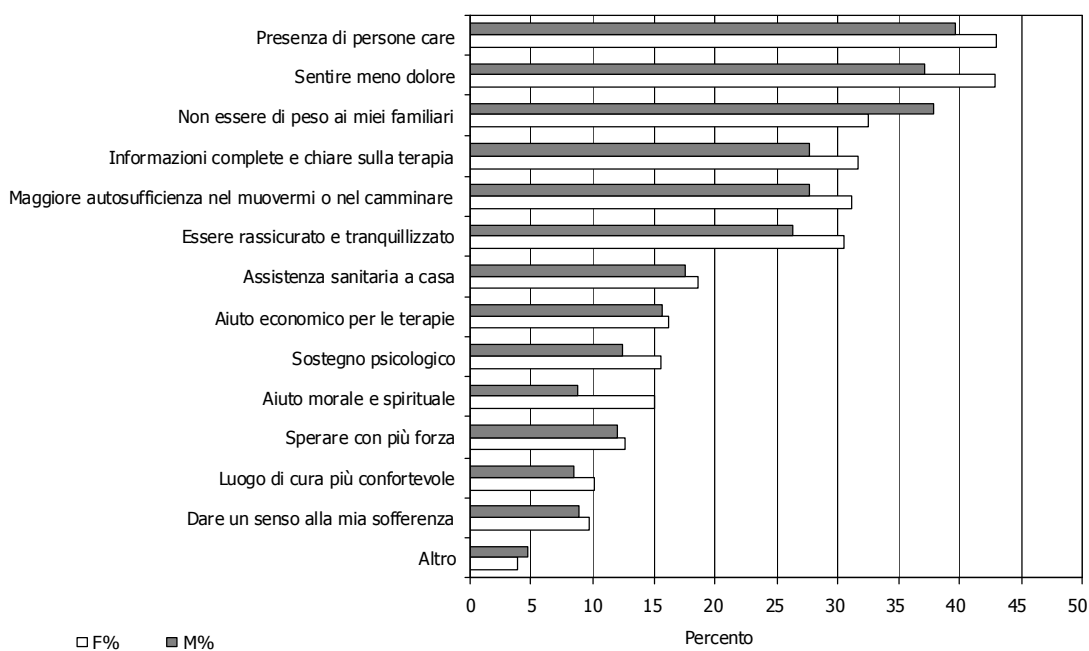


Figura 5a. Cosa desidera adesso per provare sollievo? (area oncologica)



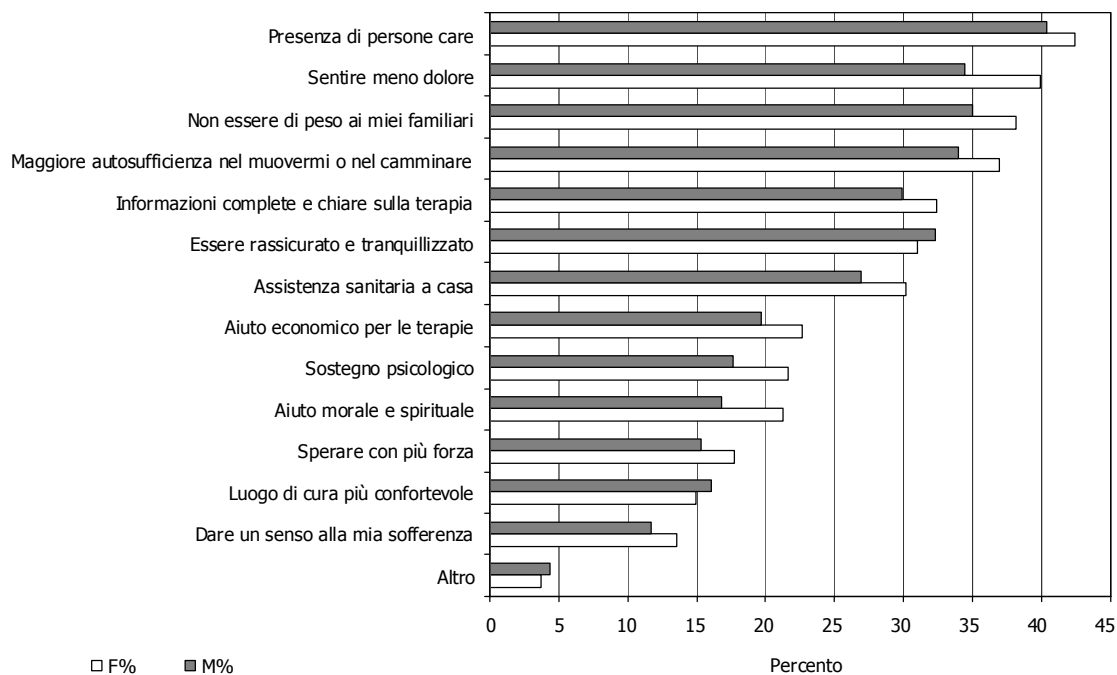
In area chirurgica (*Figura 5b*) i pazienti di entrambi i sessi chiedono per prima cosa la "presenza di persone care" (F 43%; M 39,6%), "sentire meno dolore" (F 42,9%; M 37,1%), "non essere di peso" (F 32,5%; M 37,8%), "informazioni chiare sulle cure" (F 31,7%; M 27,6%), con una certa inversione delle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

Figura 5b. Cosa desidera adesso per provare sollievo? (area chirurgica)



In area medica (Figura 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%) e "maggiore autosufficienza". Nel 2007 la voce "sentire meno dolore" appariva al primo posto per le donne, mentre tra gli uomini prevaleva la "vicinanza di persone care".

Figura 5c. Cosa desidera adesso per provare sollievo? (area medica)



Domanda 2. Il "termometro della sofferenza"

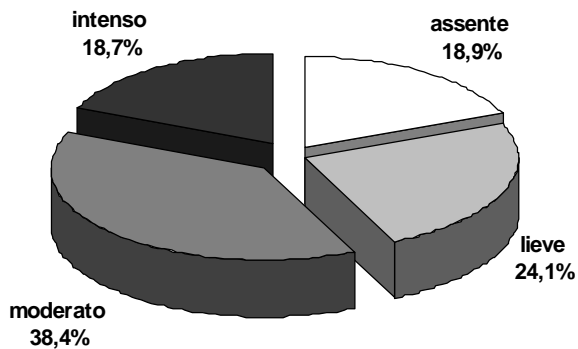
(provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento)

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 (585/9.261) 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 (Figura 6).

Figura 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 nelle Figure 6a e 6b. Si osserva come atteso una prevalenza di dolore intenso superiore in regime ordinario (19,5%) rispetto al regime di *day hospital* (12,4%).

Figura 6a. Percezione del dolore: regime ordinario

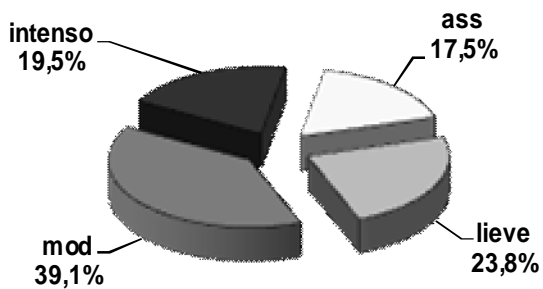
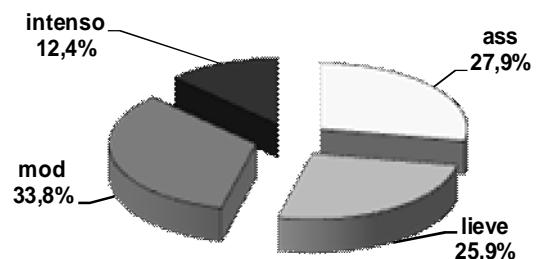


Figura 6b. Percezione del dolore: *day hospital*



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.

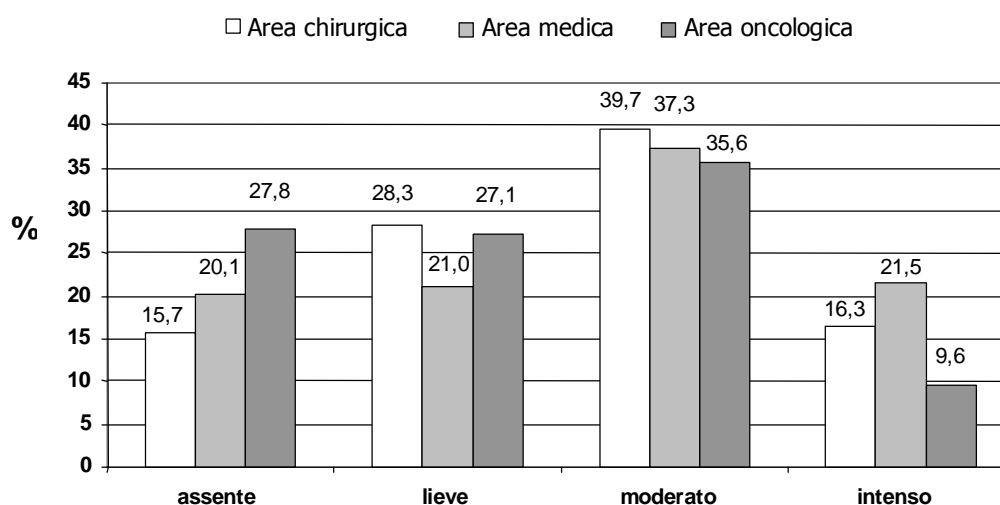
Il dolore intenso delle persone ricoverate in area chirurgica, medica e oncologica si attesta rispettivamente intorno al valore di 16,3% (492/3.013), 21,5% (1.029/4.775), 9,6% (54/565). Le persone ricoverate in area medica lamentano un dolore intenso superiore a quello riferito dai ricoverati nelle altre aree di ricovero (Tabella 3 e Figura 7).

Tabella 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	1.195	39,7	492	16,3	3.013	100,0
Medica	962	20,1	1.004	21,0	1.780	37,3	1.029	21,5	4.775	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.

Figura 7. Livello di dolore e area di ricovero

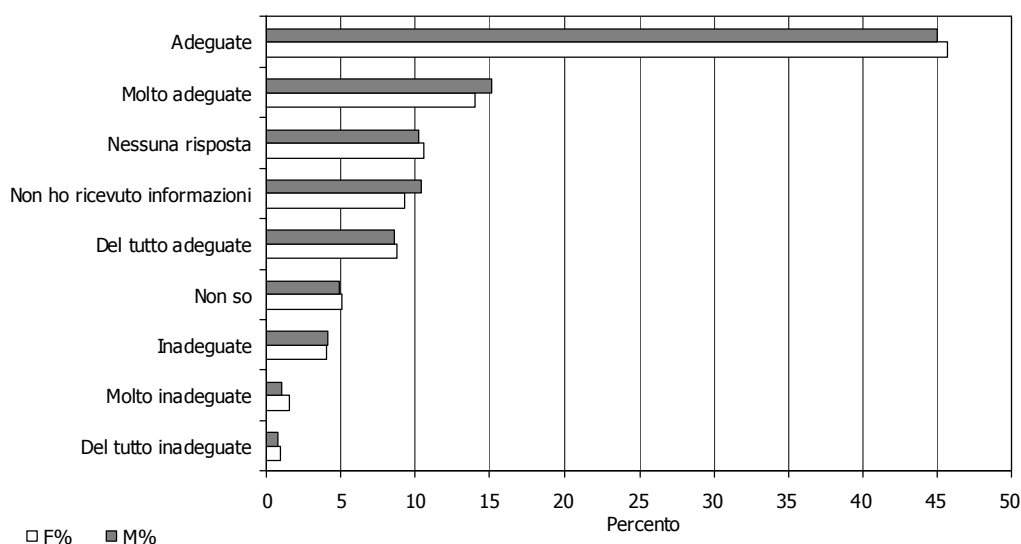


Domanda 3. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?

Accorpare le risposte di coloro che ritengono le informazioni ricevute "adeguate", "molto adeguate" e "del tutto adeguate" si raggiunge il 68%. Tale percentuale non differisce che di poco se analizzate per i due generi.

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%) e un minimo in area oncologica (6%) (Figura 8).

Figura 8. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?



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

L'area medica (Figura 8b) raccoglie il 57,3% di informazioni adeguate e molto adeguate, senza mostrare differenze tra i genere degne di nota. L'area oncologica (Figura 8c) registra il 61% di consensi sull'informazione adeguata e molto adeguata, e non presenta comportamenti diversi tra i sessi.

Figura 8a. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero? (area chirurgica)

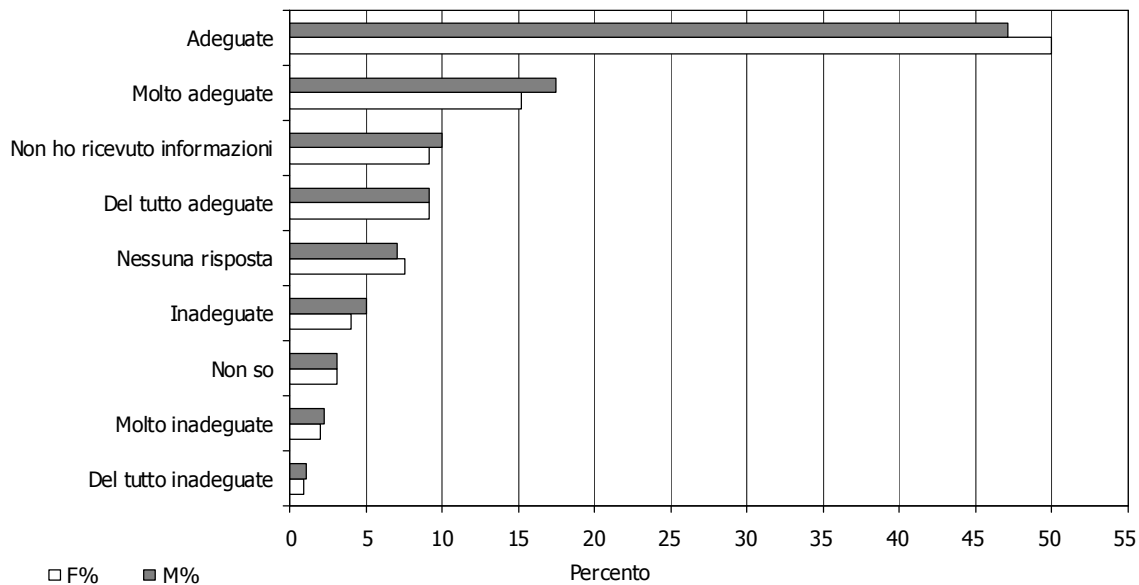


Figura 8b. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero? (area medica)

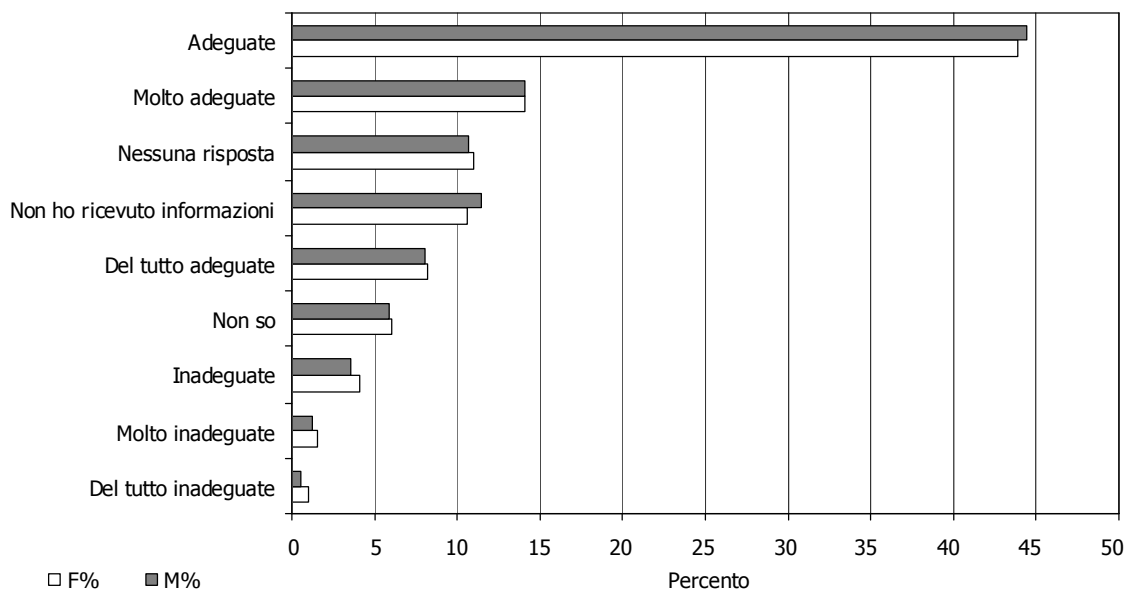
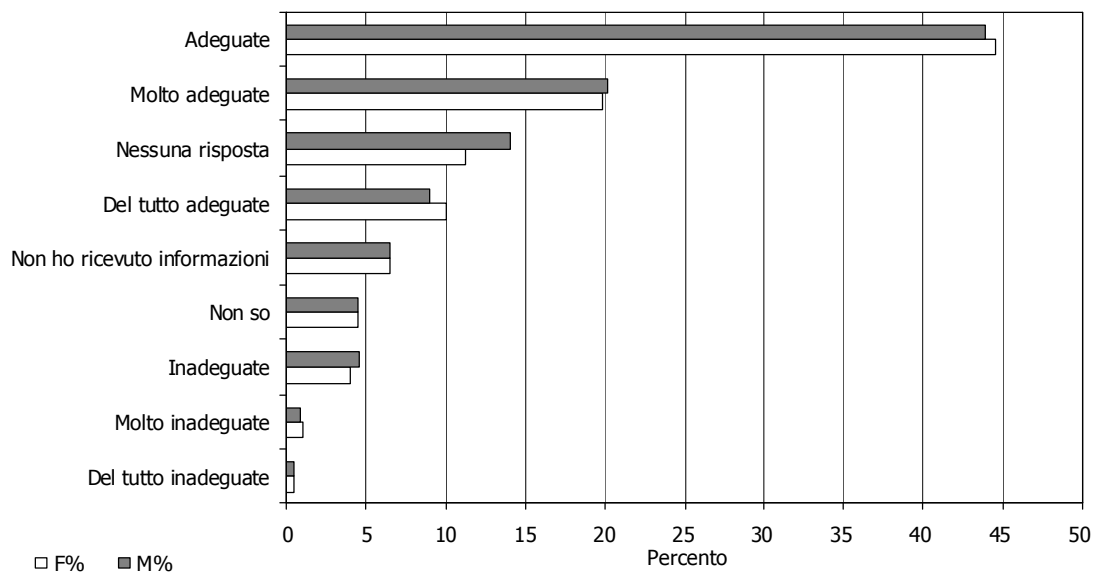


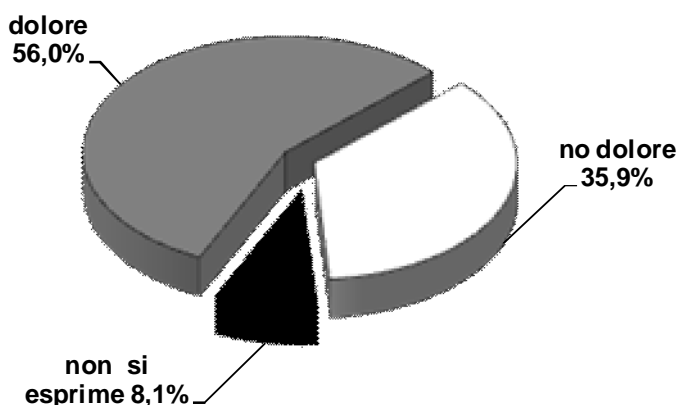
Figura 8c. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero? (area oncologica)



Domanda 4. 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 avere avuto dolore, mentre l'8,1% non si esprime (Figura 9).

Figura 9. Durante il ricovero ha sentito dolore?



Domanda 5. 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 ($p < 0,0001$).

Tabella 4. Genere e livello di dolore

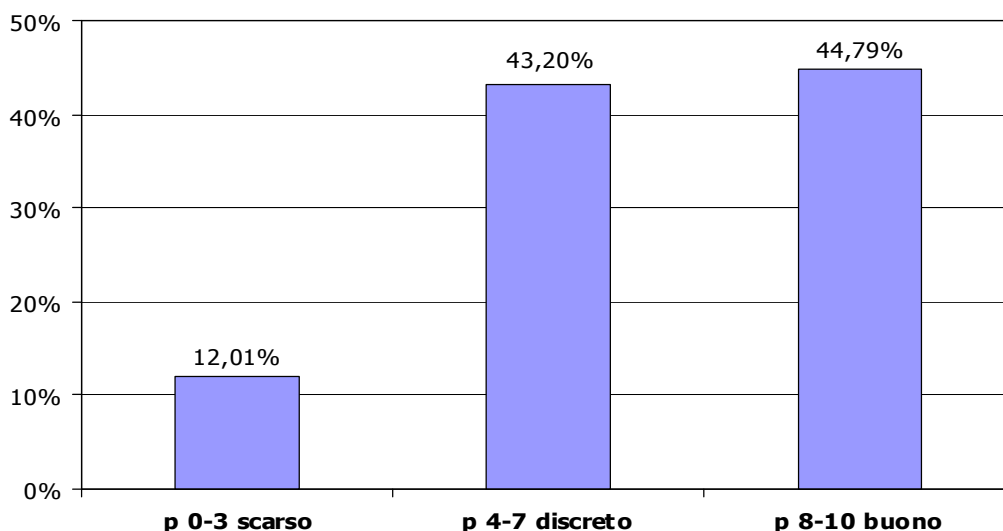
	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Donne	166	6,8	480	19,8	1.100	45,3	682	28,1
Uomini	150	8,4	423	23,6	858	47,9	362	20,2

Domanda 6. 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 quindi esclusi i casi di risposte non coerenti (giudizio su terapie antalgiche, pur avendo risposto di "non avere sentito dolore" e/o di "non avere 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.

Figura 10. Distribuzione dell'efficacia di intervento sul dolore



Domanda 7. Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in ospedale?

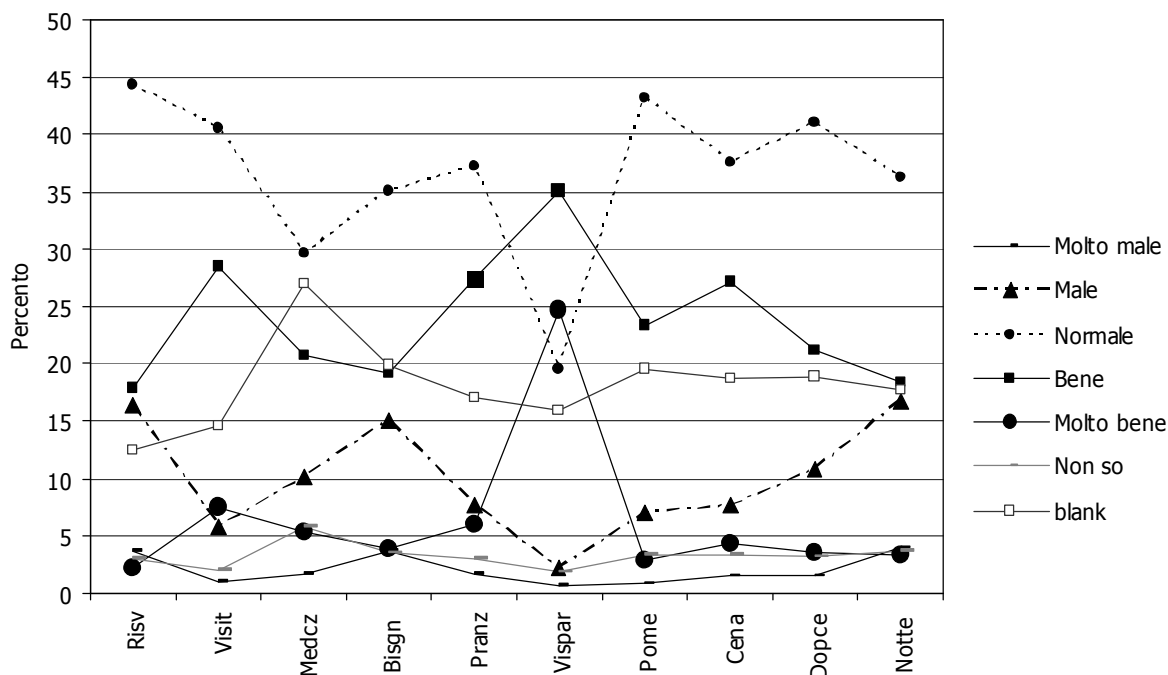
L'indagine consente di studiare le condizioni di benessere psicologico - o viceversa di malessere - che la persona vive in alcuni momenti fondamentali di una giornata tipo in stato di ricovero. La Figura 11 riassume l'andamento di cinque stati o sensazioni del paziente (molto male, male, normale, bene,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

Ad essi sono state aggiunte per completezza anche le percentuali di chi rispondeva "non so" e di chi non rispondeva (*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".

Da segnalare inoltre che l'indice "bene" si mantiene superiore al 20% e 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, molto male).

Figura 11. Momenti e stato dei pazienti



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

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

Figura 11a. Momenti e stato dei pazienti: femmine

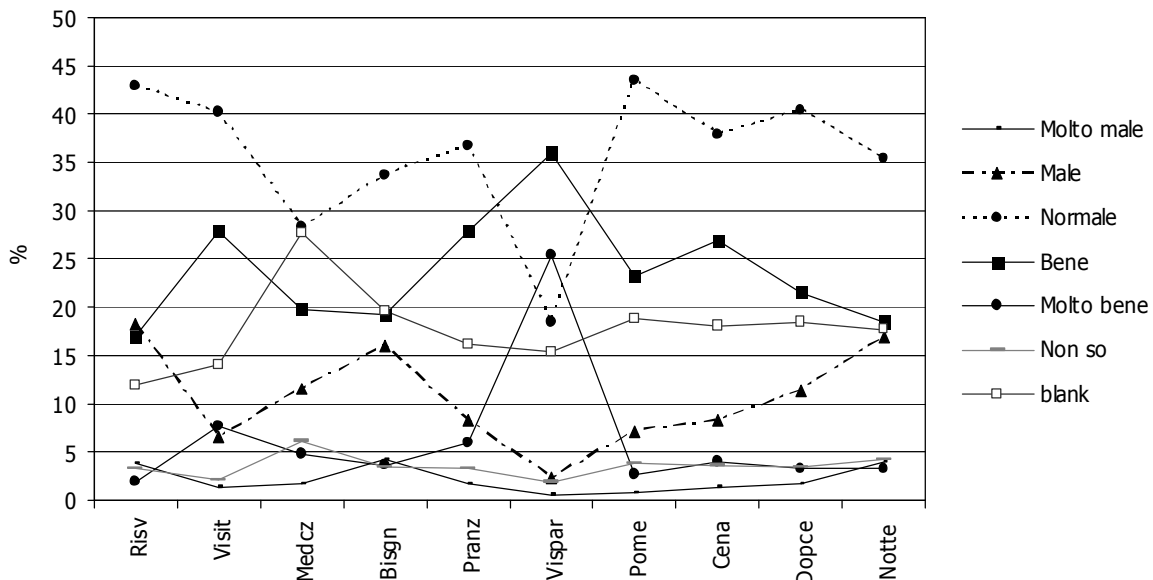
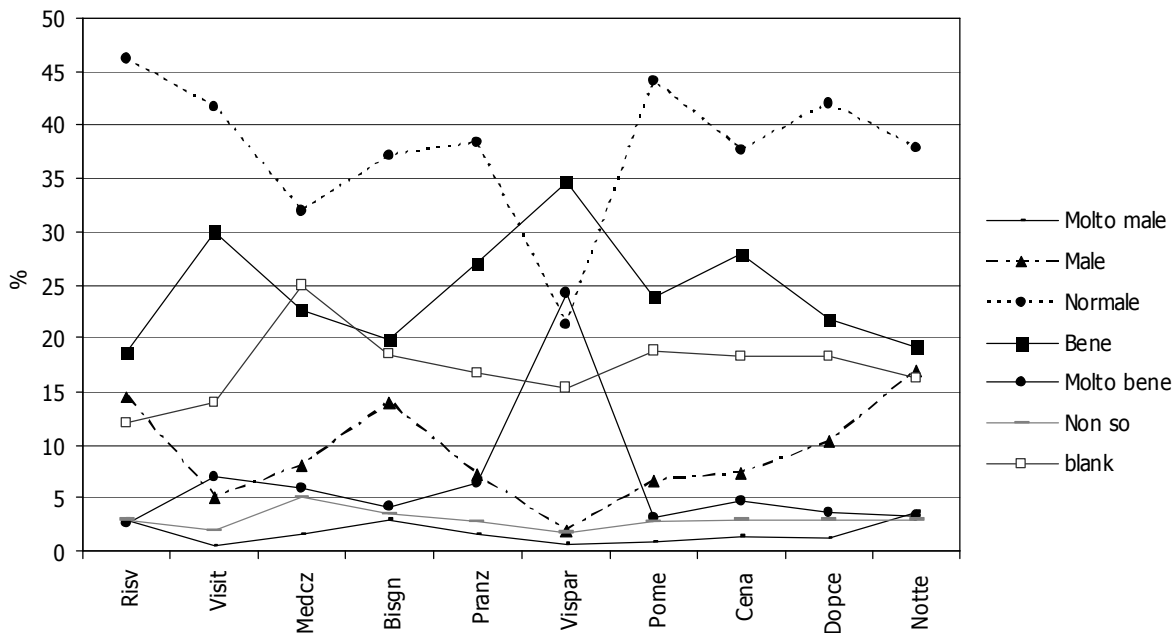


Figura 11b. Momenti e stato dei pazienti: uomini



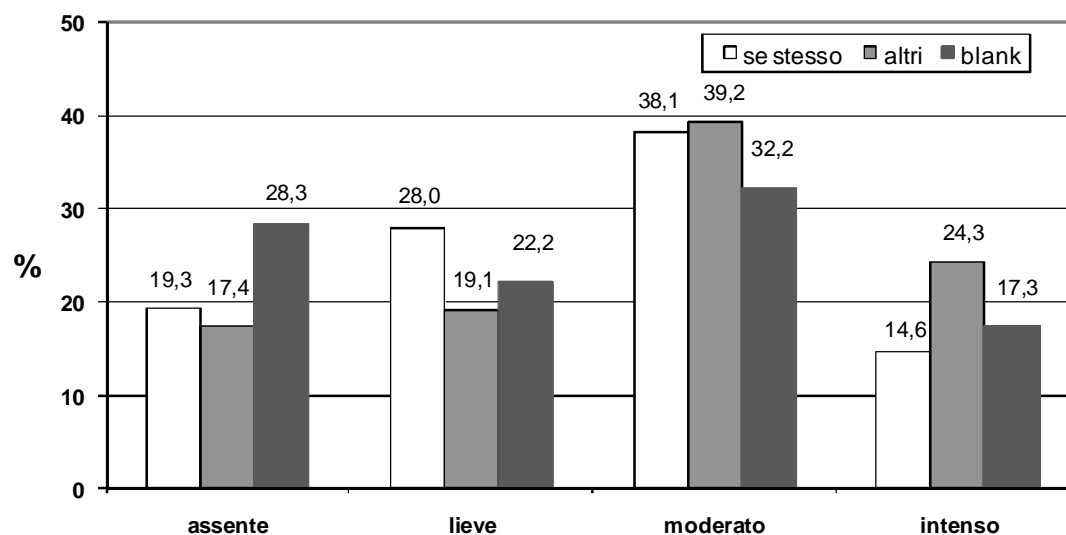
Compilazione della "scheda del sollievo"

L'analisi si focalizza su chi ha compilato il questionario (autonomamente, aiutato da altri e "non segnalato") in raffronto al livello di dolore percepito. La Figura 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 diminuisce la tendenza a compilare in proprio il questionario. Anche la disaggregazione nelle differenti aree di ricovero (chirurgica, medica e oncologica) conferma tale ipotesi.

Figura 12. Compilatori e percezione del dolore

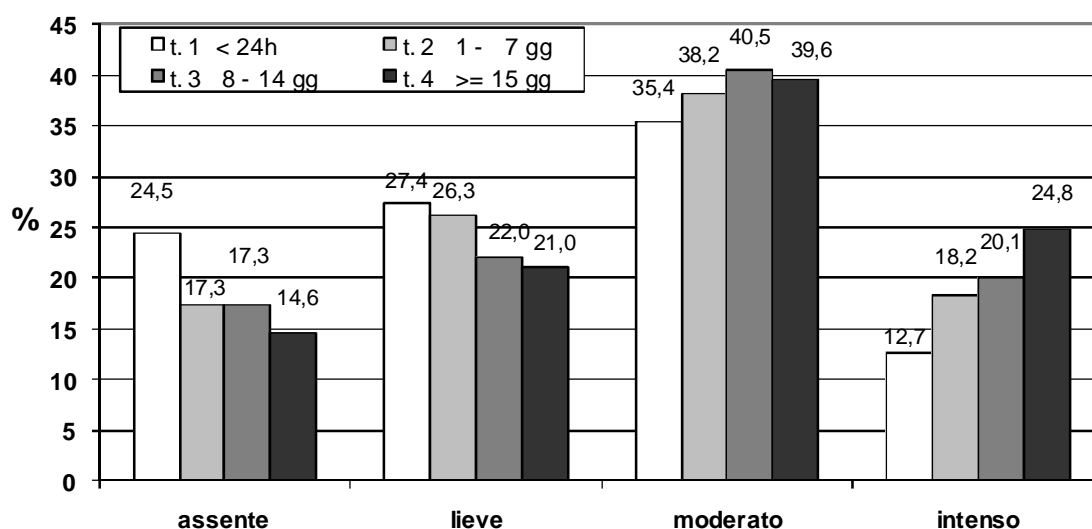


Percezione del dolore e tempi di permanenza nella struttura

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

Si osserva (*Figura 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.

Figura 13. Percezione del dolore e durata del ricovero. Anno 2009



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

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., $p < 0,000$).

Figura 13a. Dolore e ricoveri. Anno 2009 (area medica)

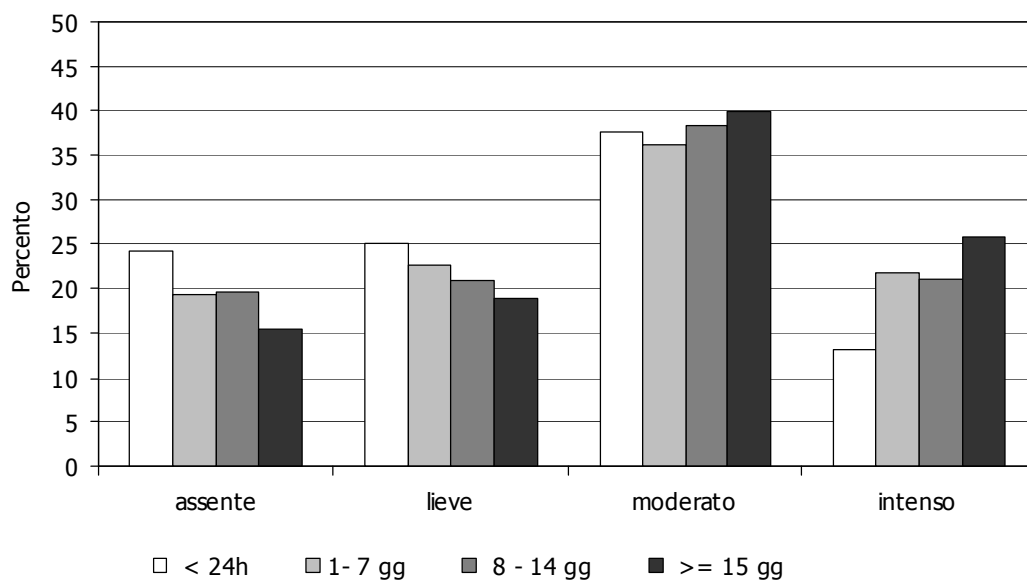
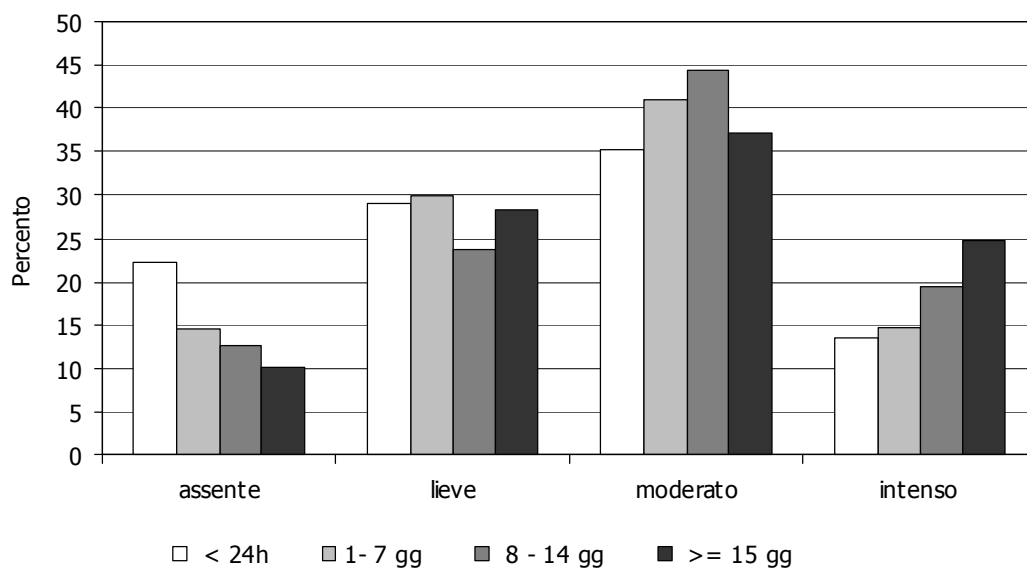


Figura 13b. Dolore e ricoveri. Anno 2009 (area chirurgica)

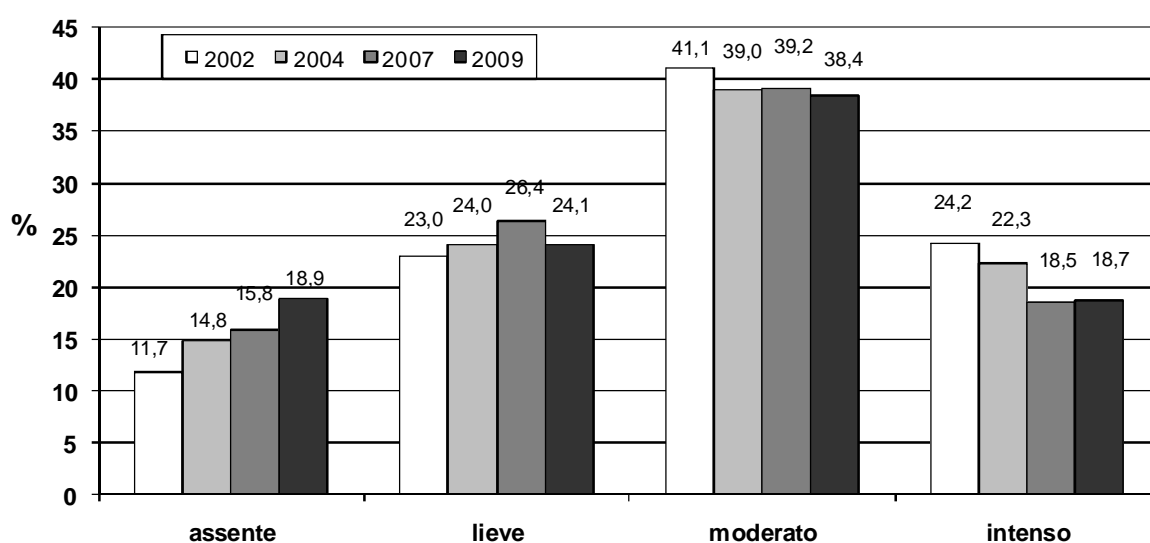


Andamento della prevalenza del dolore nel periodo 2002-2009

Nel periodo dal 2002 al 2009 si osserva una riduzione del dolore intenso, che passa dal 24,2% del 2002 al 18,7% del 2009 con una diminuzione di circa il 5,5%. Nello stesso periodo 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 significativo (Figura 14)

Figura 14. Percezione del dolore nel periodo 2002-2009

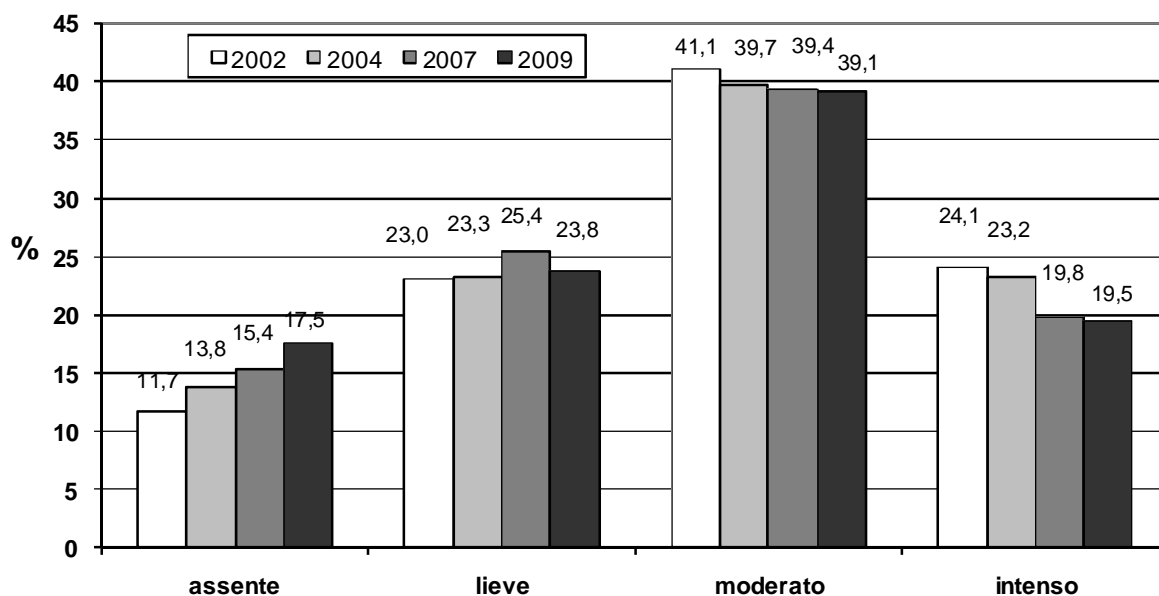


Negli anni si osserva che il tasso in diminuzione del dolore intenso e in crescita del "dolore assente" approssimano e sfiorano, rispettivamente, l'1% di significativa variazione annuale (0,86% con $p < 0,05$ e 0,92% con $p < 0,04$).

Per quanto riguarda i soli ricoveri ordinari (Figura 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 2002 vs 2004 $p < 0,01$), al 59,2% (3.622/6.122) del 2007 (con 2004 vs 2007 $p < 0,001$) e al 58,7% (4.378/7.959) del 2009 (con 2007 vs 2009 $p < 0,0000$).

Figura 14a. Percezione del dolore nel periodo 2002-2009: regime ordinario



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

Le Figure 14b e 14c, ottenute per via di regressione lineare,¹ 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.

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

¹ 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 e 1 del legame tra due (o più) variabili, qui % dolore e anni

Figura 14b. Aumento 2002-2009 di "dolore assente" in regime ordinario

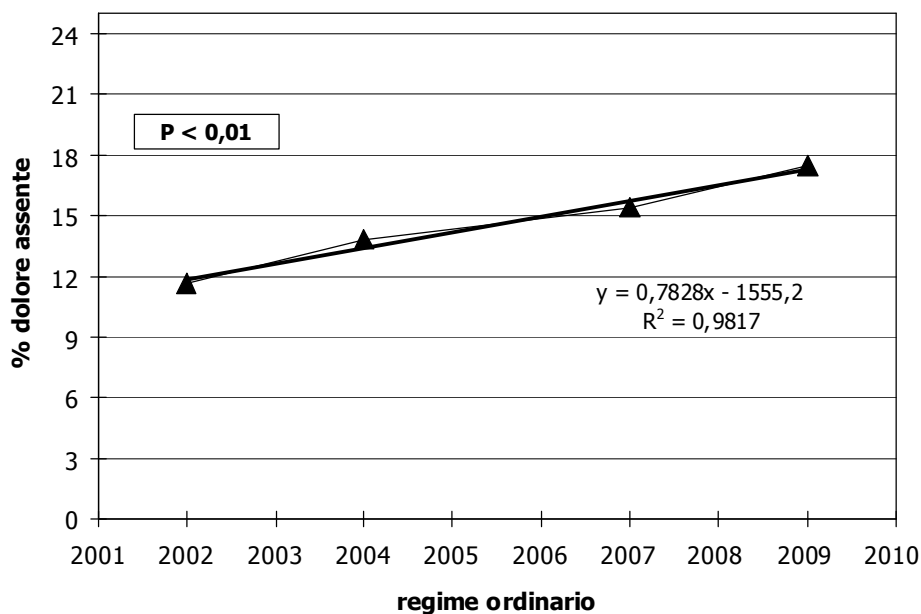
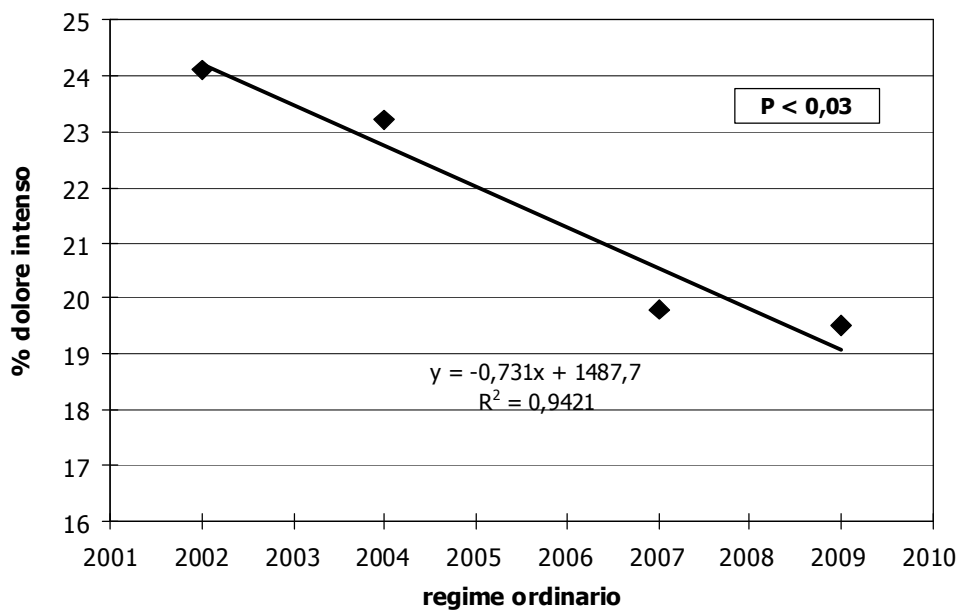


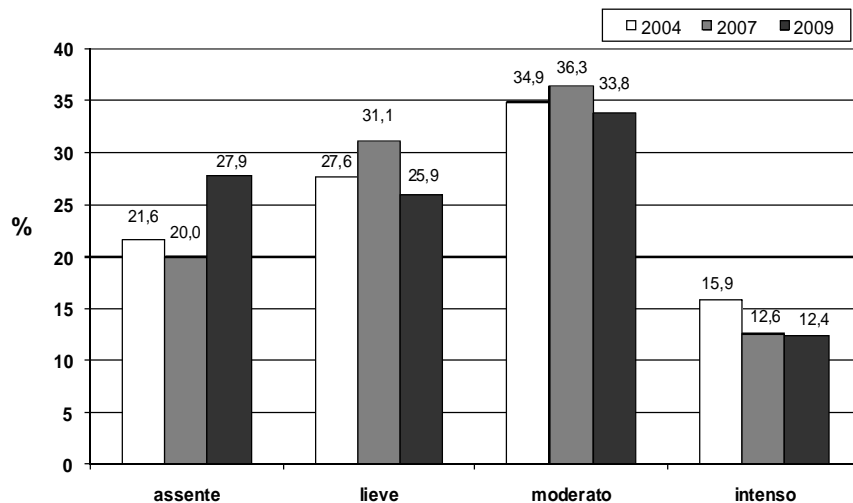
Figura 14c. Riduzione 2002-2009 di dolore intenso in regime ordinario



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 percentuali, tra loro significativamente diverse ($p < 0,001$), indicano un livello di dolore intenso realmente più alto nei ricoveri ordinari.

Figura 15. Percezione del dolore in DH. Anni 2004-2009



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.

Figura 15a. Percezione del dolore (area chirurgica DH)

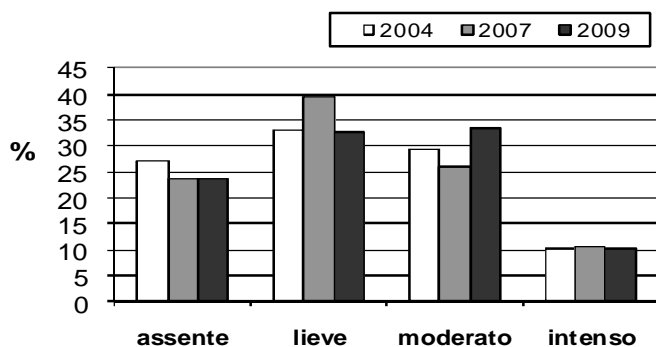
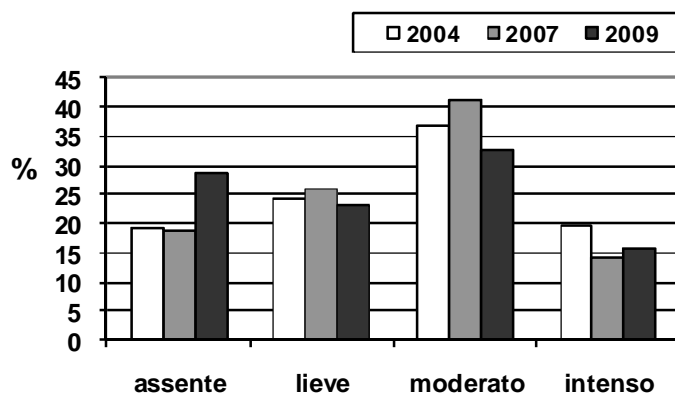


Figura 15b. Percezione del dolore (area medica DH)



Genere e dolore

L'analisi di genere conferma anche in questo studio - come nei precedenti - una differente percezione del dolore tra i generi. 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) e OR pari a 1,4 ($p < 0,0001$) (Tabella 5).

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 genere femminile variasse con l'area di ricovero. Dall'analisi 2009 emerge 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 (Tabella 5a).

Tabella 5. Livello di dolore e genere

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale
	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Donne	718	16,4	1.021	23,3	1.701	38,7	951	21,7	4.931
Uomini	772	20,7	960	25,7	1.440	38,5	564	15,1	3.736
Totale	1.490	18,3	1.981	24,4	3.141	38,6	1.515	18,6	8.127

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

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

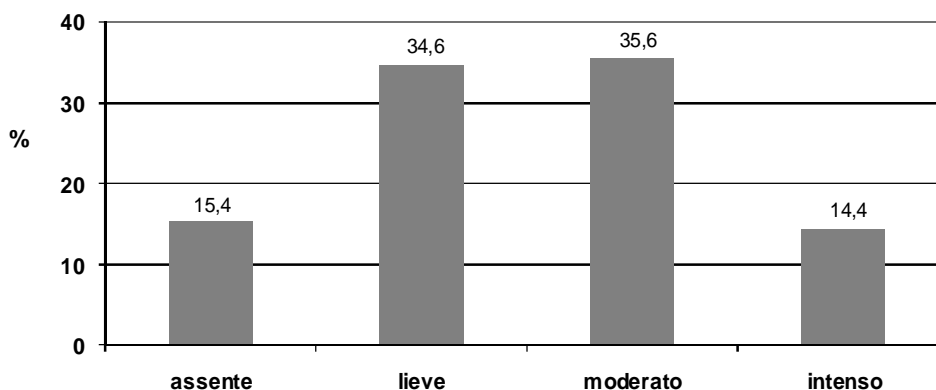
2009	Confronto	Odd ratio *	P < ... **
Generi per area	F vs M	1,4	0,0001
Chirurgie	F vs M	1,4	0,001
Medicine	F vs M	1,8	0,0001
Oncologie	F vs M	1,1	0,9 (non signif.)

* *Odds 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*.

Figura 16. Partorienti: distribuzione % dei livelli di dolore 2009

Età 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 di età inferiore (dolore intenso: 23% 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 osservato nelle indagini del 2002, 2004, 2007.

La Tabella 6a mostra il maggiore 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.

Tabella 6. Livelli di dolore per classi di età

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 75	945	18,2	1.388	26,8	1.996	38,5	850	16,4
≥ 75	513	18,3	561	20,0	1.086	38,7	646	23,0
Totale	1.458	18,3	1.949	24,4	3.082	38,6	1.496	18,7

$\text{Chi}^2 = 47.6$ g.l.= 3; $p < 0.0001$

Tabella 6a. Dolore intenso per classi di età e genere

2 classi di età		Odds ratio	Intervallo di confidenza 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 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 della regione.

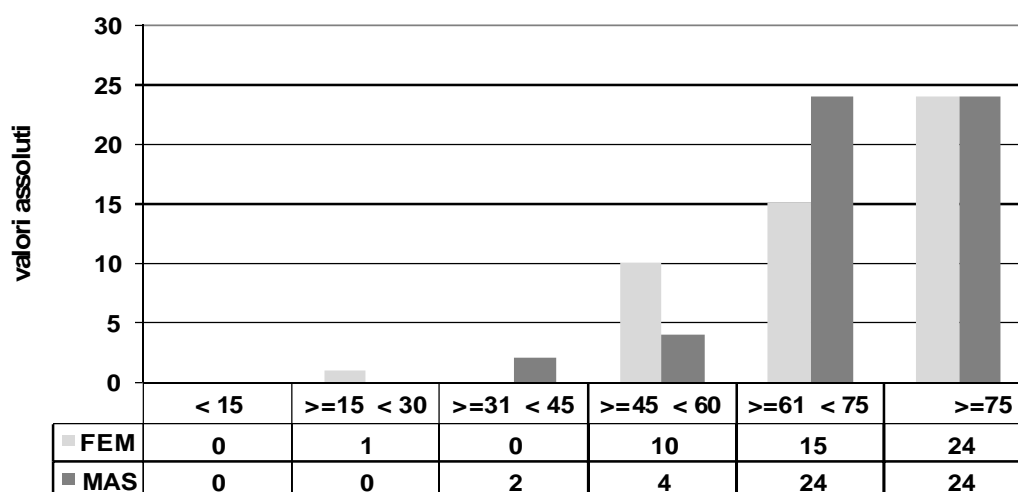
Le valutazioni e gli elementi di riflessione che emergono sono riconducibili a un ambito di cura differente da quello ospedaliero e devono quindi tenere conto del tipo di patologia - prevalentemente oncologica - e della particolare condizione esistenziale vissuta dalle persone ricoverate in hospice.

All'indagine hanno aderito 15 hospice, pari all'83,3% delle strutture attive alla data in cui è stata eseguita l'indagine, e di seguito si presentano i risultati dell'analisi descrittiva.

Sono state raccolte 109 schede del sollievo: il 53% dei rispondenti è di genere maschile e il 47% femminile (in 3 casi il genere non è noto). Il tasso di risposta calcolato sui presenti in hospice si aggira attorno al 57% (109/190).

La Figura 17 illustra la distribuzione per classi di età e genere della popolazione in studio. Nella classe di età compresa tra 45 e 60 anni si osserva una prevalenza delle donne (71%), mentre nella fascia 61-75 anni si evidenzia una inversione e la percentuale degli uomini sale al 62%. Negli over 75 le differenze tra i due generi si azzerano, raggiungendo entrambi il 50%.

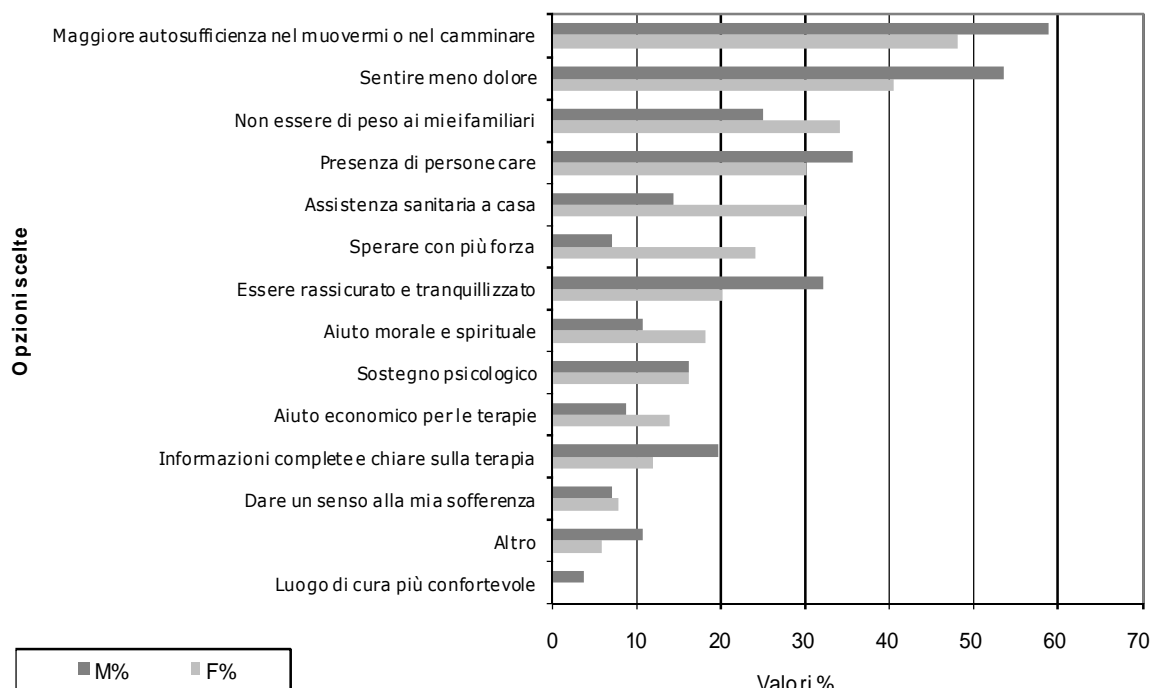
Figura 17. Distribuzione per classi di età e genere



Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

Alla 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%).

Figura 18. Cosa desidera adesso per provare sollievo?



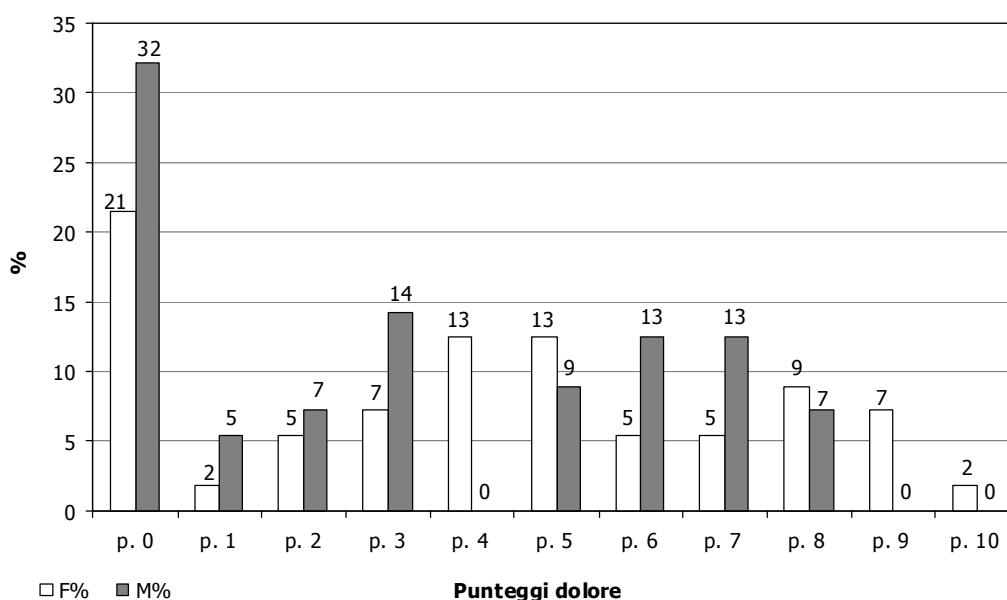
Domanda 2. Il "termometro della sofferenza"

(provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento)

Anche in *hospice*, come in ospedale, la misura del dolore rilevato su scala numerica è 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.

La Figura mostra la distribuzione puntuale della scala della sofferenza distinta per genere; 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.

Figura 19. "Termometro" del dolore



La Tabella 7 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%).

Tabella 7. Livello di dolore e percentuale di risposta. Anno 2009

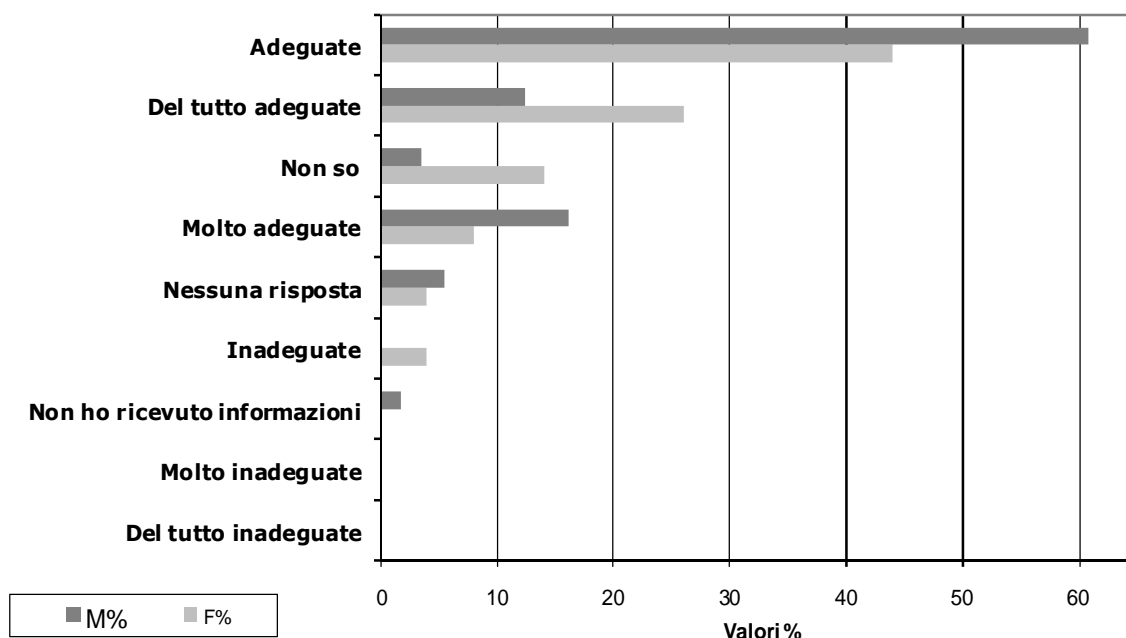
	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale	
	n	% riga	n	% riga	n	% riga	n	% riga	n	% colonna
Risponde	11	10,1	23	21,1	40	36,7	15	13,8	89	81,7
Non risponde									20	18,3
Totale									109	100,0

Domanda 3. 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". Un 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.

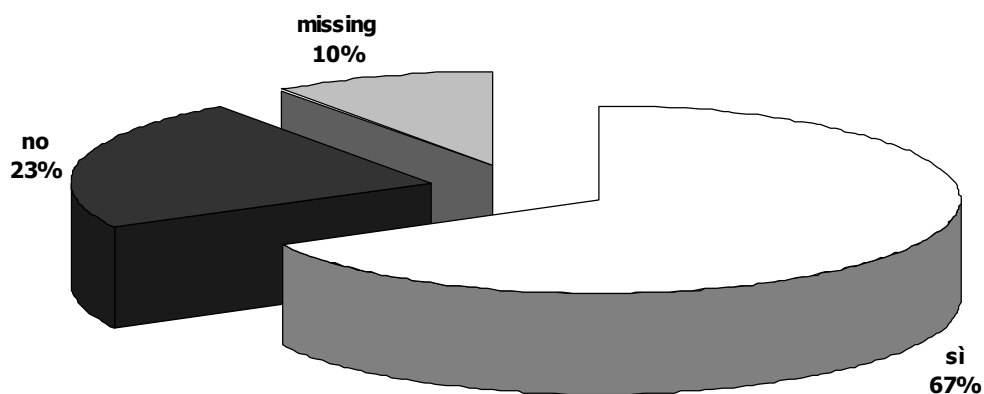
Figura 20. Come valuta le informazioni sul trattamento del dolore ricevute durante il ricovero?



Domanda 4. Durante il ricovero ha sentito dolore?

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

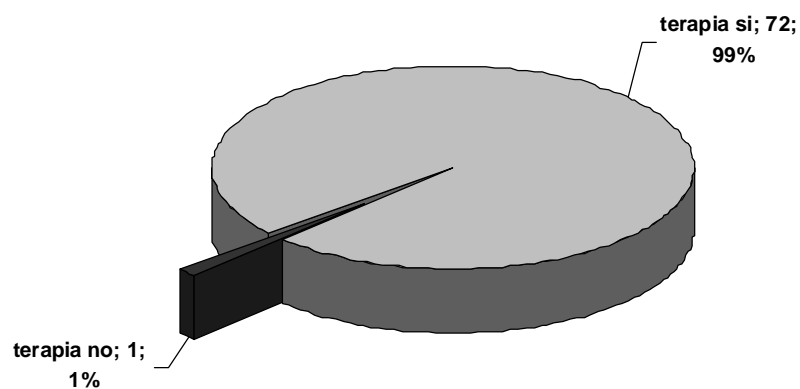
Figura 21. Presenza di dolore durante il ricovero



Domanda 5. 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%).

Figura 22. Somministrazione di terapia in presenza di dolore

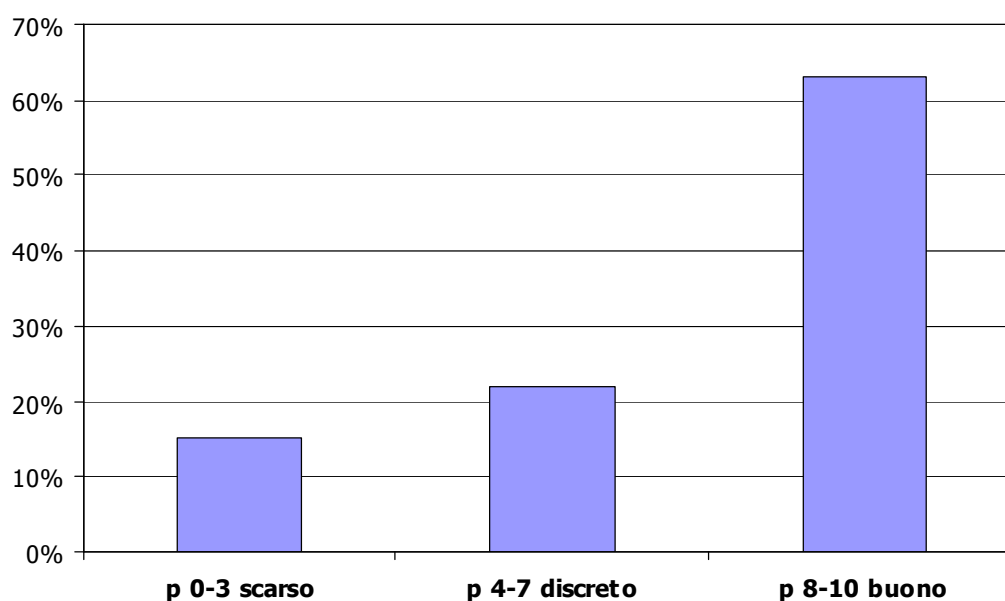


Domanda 6. Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto le è stata di sollievo?

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 analgetico si rileva che nessuno ha assegnato un punteggio inferiore a 2, a fronte di un 6% che in ospedale ha espresso un punteggio pari a 0.

Figura 23. Distribuzione punteggi di efficacia intervento sul dolore



Domanda 7. Come si sente di solito psicologicamente durante ciascuno dei seguenti momenti della giornata in hospice?

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

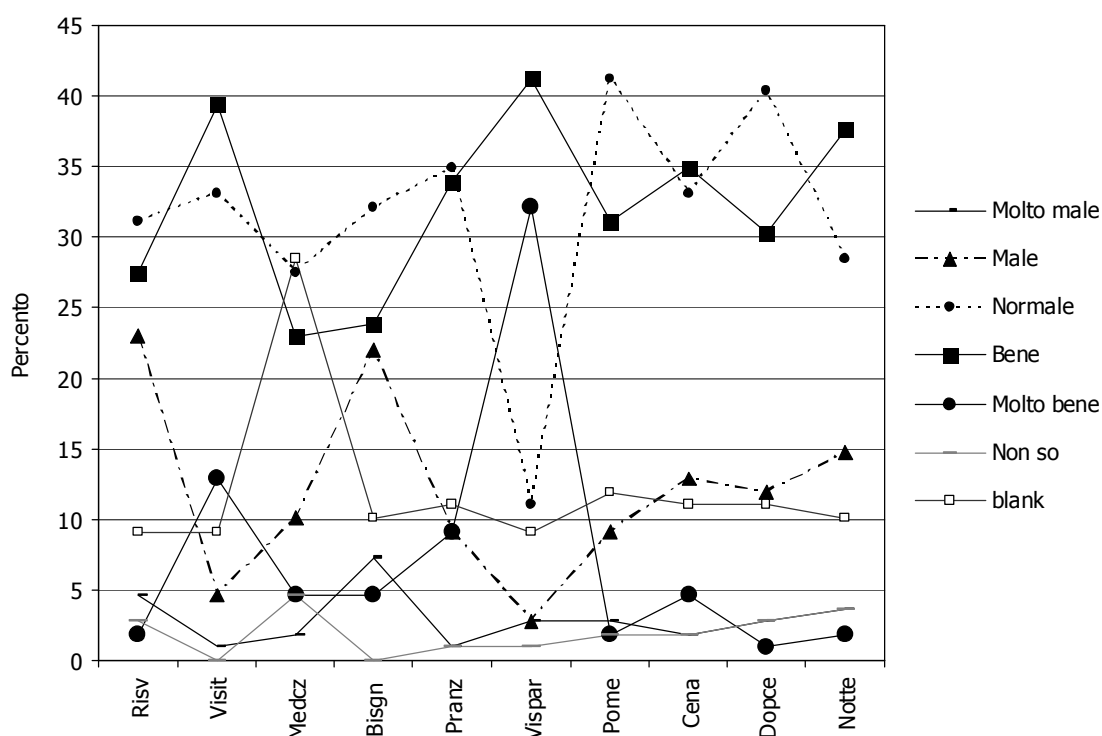
La Figura 24 riassume l'andamento dei cinque stati o sensazioni del paziente (molto male, male, normale, bene, molto bene) misurati come percentuale di coloro che si riconoscono in essi. Ad essi sono state aggiunte per completezza anche le percentuali di chi rispondeva "non so" e di chi non ha risposto (*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 dall'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% e arriva al risveglio al 24,4% (in ospedale si mantiene intorno al 16,5%).

Risulta 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.

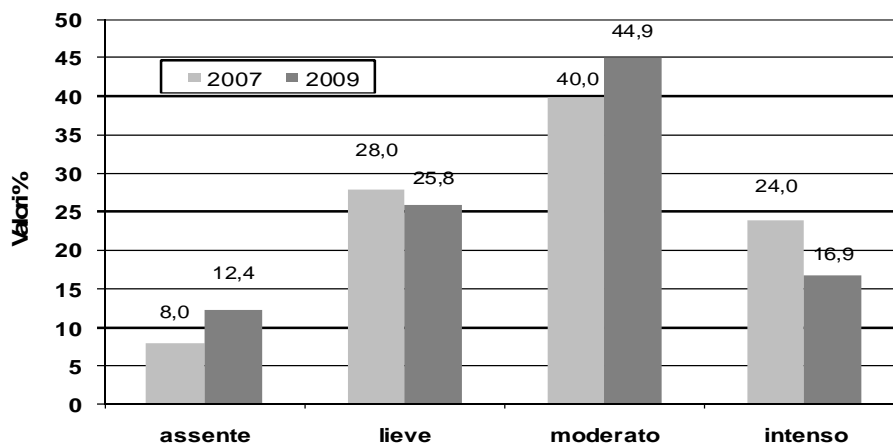
Figura 24. Momenti e stato dei pazienti



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.

Figura 25. Prevalenza della sofferenza. Anni 2007 e 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 differenze statisticamente significative 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 genere che riduce ancora le numerosità non conduce ad alcuna differenza significativa.

Tabella 8. Livelli di dolore per due classi di età (<75; ≥75)

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale
	n	%	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

$\chi^2 = 0,71$ 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 dell'Emilia-Romagna (7.913/13.497).

La quantità delle risposte consente di considerare tale ricerca indicativa dell'esperienza che le persone ricoverate vivono negli ospedali della regione.

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 ultrasessantacinquenni percepiscono un livello di dolore intenso maggiore rispetto alle classi di età inferiore (OR=1 vs 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 (Coucero *et al.*, 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 tranquillizzate (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 avere ricevuto informazioni, segnalando quindi la necessità di un miglioramento sugli aspetti comunicativi e relazionali.

È 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* (Melotti *et al.*, 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 è attribuibile a interventi chirurgici, ma nel 68% a cause non identificate. Lo stesso studio riporta anche che solo il 28,5% dei pazienti assume analgesici.

Per quanto riguarda gli hospice, rispetto al ricovero ospedaliero occorre tenere 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 generi, 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, 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 (Dossier n. 194/2010).

Riferimenti bibliografici

- 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*, 50: 15-28, 1992.
- 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*, 23 (4): 318-328, 2002.
- Bruster S., Jarman B., Bosanquet N., Weston D., Erens R., Delbanco T.L. National survey of hospital patients. *BMJ*, 309: 1542-1549, 1994.
- Comley A.L., DeMeyer E. Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *J Pain Manage*, 21 (1): 27-40, 2001.
- Cordell W.H., Keene K.K., Giles B.K., Jones J.B., Jones J.H., Brizendine E.J. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emergency Medicine*, 20 (3): 165-169, 2002.
- Costantini M., Viterbori P., Flego G. Prevalence of Pain in Italian Hospitals: Results of a Regional Cross-Sectional Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23 (3): 221-230, 2002.
- Costantini M., Ripamonti C., Beccaro M., Montella M., Borgia P., Casella C., Miccinesi G. 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*, 20: 729-735, 2009.
- Coucerio T.C., Valença M.M., Lima L.C., de Menezes T.C., Raposo M.C. Prevalence and influence of gender, age, and type of surgery on postoperative pain. *Rev Bras Anesthesiol*, 59 (3): 314-320, 2009.
- Donald M.P. JCAHO Pain Management Standards Are Unveiled. *JAMA*, 284: 428-429, 2000.
- Donovan M., Dillon P., McGuire L. Incidence and characteristics of pain in a sample of medical-surgical inpatients. *Pain*, 30: 69-78, 1987.
- Dorrepaal K., Aaronson N.K., Van Dam F.S.A.M. Pain experience and pain management among hospitalized patients. *Cancer*, 63: 593-598, 1989.
- Elander J., Marczevska M., Amos R., Thomas A., Tangayi S. Factors affecting hospital staff judgments about sickle cell disease pain. *J Behavioral Med*, 29 (2): 203-214, 2006.
- Gerbershagen K., Gerberchagen H.J., Lutz J., Cooper-Mahkorn D., Wappler F., Limmroth V., Gerbershagen M. Pain prevalence and risk distribution among inpatients in a German teaching hospital. *Clin J Pain*, 25 (5): 431-437, 2009.
- Godfrey C.M., Harrison M.B., Friedberg E., Medves J.M., Tranmer J.E. The symptom pain in individuals recently hospitalized for heart failure. *J Cardiovascular Nursing*, 22 (5): 368-374, 2007.

- Gramke H.F., de Rijke J.M., van Kleef M., Kessels A.G., Peters M.L., Sommer M., Marcus M.A. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain*, 25 (6): 455-460, 2009.
- Harmer M., Davies K.A., The effect of education, assessment and a standardised prescription on postoperative pain management. *Anaesthesia*, 53: 424-430, 1998.
- Jost L., Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Recommendations Annals of *Oncology*, 19 (Supplement 2): 119-121, 2008.
- Lattuada L. Giacomini M., Burba I. Il progetto "Ospedale senza dolore" in Friuli Venezia Giulia: un primo resoconto. *Tendenze nuove*, 1: 23-36, 2004.
- Loder E.W., Witkower A.B. A pilot study of pain and attitudes toward pain in a rehabilitation population. *Pain Med*, 3 (4): 333-338, 2002.
- Marri E., Petropulakos K., Matarazzo T., Forini E., Taglietti E. Indagine sulla percezione della sofferenza e del dolore nella Regione Emilia-Romagna, 2002. Il Progetto ospedale senza dolore della Regione Emilia-Romagna. 2002.
- McNeill J.A., Sherwood G.D., Starck P.L., Thompson C.J., Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage*, 16 (1): 29-40, 1998.
- Melotti R.M., Samolsky-Dekel B.G., Ricchi E., Chiari P., Di Giacinto I., Carosi F., Di Nino G. Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *Eur J Pain*, 9 (5): 485-495, 2005.
- Newland P.K., Wipke-Tevis D.D., Williams D.A., Rantz M.J., Petroski G.F. Impact of pain on outcome in long-term care residents with and without multiple sclerosis. *JA Geriatrics Society*, 53 (9): 1490-1496, 2005.
- Owen H., McMillan V., Rogowski D. Postoperative pain therapy: a surgery of patients' expectations and their experiences. *Pain*, 41: 303-307, 1990.
- Regione Emilia-Romagna. Indicazioni regionali sugli obiettivi "Ospedale senza dolore" 2008-2009.
- Regione Emilia-Romagna. Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna. *Indicazioni per la valutazione e il trattamento del dolore oncologico*. 2005.
- Salomon L., Tchermy-Lessenot S., Collin E., Coutaux A., Levy-Soussan M., Legeron M.C., Bourgeois P., Cesselin F., Desfosses G., Rosenheim M. Pain Prevalence in a French Teaching hospital. *J Pain Symptom Mang*, 24 (6): 586-592, 2002.
- Sawyer J., Haslam L., Robinson S., Daines P., Stilos K. Pain prevalence in a large Canadian teaching hospital. *Pain Manage Nurs*, 9 (3): 104-112, 2008.
- Strohbuecker B., Mayer H., Evers G.C., Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J Pain e Symptom Man*, 29 (5): 498-506, 2005.
- Unruh A.M. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65: 123-167, 1996.
- Visentin M., Zanolin E, Trentin L., Sartori S., de Marco R. Prevalence of pain in adult admitted to Italian Hospitals. *Eur J Pain*, 9 (1): 61-67, 2005.
- Visentin M., Trentin L., De Marco R., Zanolin M.E. *Verso un ospedale senza dolore. Rapporto sull'indagine italiana*. 2002.

- WHO. *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. World Health Organization, Geneva, 1996.
- 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).
- Legge 8/2/2001 n. 12. "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore". 2001.
- DM 10/3/2006 "Normative per la ricetta e prescrizione dei farmaci oppioidi". 2006.
- Legge 15/3/2010, n. 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (*G.U.* 19 marzo 2010, n. 65).

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (*)

1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (*)

1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (*)

1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (*)

1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (*)

1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (*)

1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (*)

1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (*)

1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (*)

2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

2001

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (*)

2002

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
72. Linee guida per la chemioprolassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

2003

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)

78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna.
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (*)

2004

89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2005

105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.

- 110.** Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111.** Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112.** La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (*)
- 113.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 114.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (*)
- 115.** Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (*)
- 116.** Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (*)

2006

- 117.** Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (*)
- 118.** Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (*)
- 119.** Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (*)
- 120.** Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (*)
- 122.** Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (*)
- 123.** Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124.** Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (*)
- 125.** Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (*)
- 126.** Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (*)
- 127.** La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (*)
- 128.** La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (*)
- 129.** Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (*)
- 130.** La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131.** La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (*)
- 132.** Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 133.** Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (*)
- 134.** Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (*)
- 135.** Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (*)
- 136.** Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacosorveglianza. Bologna. (*)
- 137.** Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (*)
- 138.** Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 139.** La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140.** Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (*)

2007

- 141.** Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (*)
- 142.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (*)
- 143.** Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (*)

- 144.** La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (*)
- 145.** Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (*)
- 146.** Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (*)
- 147.** Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (*)
- 148.** I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 149.** E-learning in sanità. Bologna. (*)
- 150.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (*)
- 151.** "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (*)
- 152.** L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (*)
- 153.** Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 154.** Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 155.** La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (*)
- 156.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (*)
- 157.** FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (*)
- 158.** Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (*)
- 159.** L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 160.** Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (*)

2008

- 161.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (*)
- 162.** Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (*)
- 163.** Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (*)
- 164.** La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 165.** L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (*)
- 166.** Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 167.** La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (*)
- 168.** Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 169.** Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (*)
- 170.** Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (*)
- 171.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (*)

2009

- 172.** La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (*)
- 173.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)
- 174.** I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (*)
- 175.** Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (*)
- 176.** Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (*)

- 177.** Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (*)
- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (*)

2010

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (*)
- 193.** Il *mobbing* tra istanze individuali e di gruppo. Analisi di un'organizzazione aziendale attraverso la tecnica del *focus group*. Bologna. (*)
- 194.** Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica. Bologna. (*)
- 195.** Indagine sul dolore negli ospedali e negli *hospice* dell'Emilia-Romagna. Bologna. (*)
- 196.** Evoluzione delle Unità di terapia intensiva coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Bologna. (*)

