

ISSN 1591-223X
DOSSIER
229-2012



Indagine sul dolore negli ospedali, negli *hospice* e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna



Agenzia
sanitaria
e sociale
regionale

Regione Emilia-Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ISSN 1591-223X

DOSSIER
229-2012

Indagine sul dolore negli ospedali, negli *hospice* e in assistenza domiciliare in 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

Prima di tutto il nostro ringraziamento si rivolge alle persone ricoverate e ai loro familiari, per la partecipazione e la fiducia che hanno riposto in questa iniziativa determinandone la riuscita.

È inoltre dovuto un ringraziamento a tutti coloro - professionisti della sanità e associazioni di volontariato - che hanno contribuito alla realizzazione dell'indagine del "Sollevio"; in particolare le Direzioni sanitarie, i Comitati "Ospedale-territorio senza dolore", gli *hospice* e i Comitati consultivi misti aziendali (CCM).

La collana Dossier è curata dall'Area di programma Sviluppo delle professionalità per l'assistenza e la salute dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Corrado Ruozi

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, agosto 2012

Copia del volume può essere richiesta a

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

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/doss229.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

Premessa	5
Sommario	7
<i>Abstract</i>	9
Metodologia dello studio	11
Descrizione del campione	12
Risultati	19
Sezione I. Indagine sul dolore in ospedale	21
<i>Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?</i>	21
<i>Domanda 2. Il "termometro" della sofferenza</i>	25
<i>Domande 3 - 4 - 5.</i>	28
<i>Rilevazione dolore nel corso del ricovero</i>	
<i>Domanda 6. Motivo del dolore</i>	30
<i>Domanda 7. Efficacia delle terapie</i>	31
<i>Motivo del ricovero</i>	33
<i>Percezione del dolore e tempi di permanenza</i>	34
<i>Tendenze nel tempo</i>	35
<i>Genere e dolore</i>	40
<i>Età e dolore</i>	42
<i>Grado di istruzione e livello di dolore</i>	44
<i>Compilatori dei questionari e livello di dolore</i>	46
Sezione II. Indagine sul dolore in hospice	49
<i>Caratteristiche dello studio in hospice</i>	49
<i>Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?</i>	52
<i>Domanda 2. Il "termometro" della sofferenza</i>	53
<i>Domande 3 - 4 - 5.</i>	55
<i>Rilevazione dolore nel corso del ricovero</i>	
<i>Domanda 6. Motivo del dolore</i>	56
<i>Domanda 7. Efficacia delle terapie</i>	57
<i>Percezione del dolore e tempi di permanenza</i>	58
<i>Tendenze nel tempo</i>	59
<i>Età e dolore</i>	60
<i>Compilatori dei questionari e livello di dolore</i>	61

Sezione III. Indagine sul dolore in ADI	63
<i>Caratteristiche dello studio in ADI</i>	63
<i>Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?</i>	66
<i>Domanda 2. Il "termometro" della sofferenza</i>	67
<i>Domande 3 - 4 - 5. Rilevazione dolore in assistenza</i>	68
<i>Domanda 6. Motivo del dolore</i>	70
<i>Domanda 7. Efficacia delle terapie</i>	71
<i>Percezione del dolore e tempi di assistenza in ADI</i>	71
<i>Età e dolore</i>	72
<i>Compilatori dei questionari e livello di dolore</i>	72
Conclusioni	73
Riferimenti bibliografici	77
Allegato	83
Scheda del sollievo	

Premessa

A due anni di distanza dall'entrata in vigore della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, la pubblicazione dell'indagine sul dolore negli ospedali e sul territorio (hospice e assistenza domiciliare integrata), realizzata in concomitanza con le iniziative regionali della Giornata nazionale del sollievo, assume una valenza particolare.

L'indagine, periodicamente realizzata in Emilia-Romagna con cadenza biennale, è integrata nel percorso di attuazione del progetto "Ospedale-territorio senza dolore", che pone attenzione al dolore e alla sofferenza nei luoghi di cura.

L'indagine sul dolore percepito è stata effettuata negli ospedali, negli hospice dell'Emilia-Romagna e, per la prima volta, anche in assistenza domiciliare, nell'ambito delle iniziative di sensibilizzazione della Giornata nazionale del sollievo promossa dalla Fondazione nazionale Gigi Ghirotti e dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, con il patrocinio del Ministero della salute.

Lo studio nazionale è stato coordinato, a livello regionale, dal Servizio Presidi ospedalieri della Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna; i dati raccolti dalle strutture sanitarie della regione sono stati elaborati al fine di acquisire direttamente "dalla voce dei cittadini" elementi di conoscenza sul dolore percepito e sul bisogno di sollievo, utili per cogliere gli elementi di miglioramento da attuarsi nell'ambito del nuovo progetto regionale "Ospedale-territorio senza dolore".

La pubblicazione illustra i risultati dell'indagine epidemiologica realizzata lo scorso anno, il 25 maggio 2011, in prossimità della precedente Giornata nazionale del sollievo.

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), le associazioni di volontariato impegnate nel campo, e naturalmente le persone ricoverate.

Il Servizio Presidi ospedalieri della Regione Emilia-Romagna, supportato dal Comitato regionale per la lotta al dolore, ha coordinato la realizzazione dell'indagine, con il coinvolgimento delle Direzioni sanitarie aziendali, dei Comitati aziendali "Ospedale-territorio senza dolore" e degli hospice. Lo stesso Servizio ha curato, in collaborazione con l'Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara, l'analisi e l'elaborazione delle schede del sollievo utilizzate per la raccolta dei dati.

L'indagine è stata realizzata elaborando i dati raccolti sul territorio regionale, successivamente inseriti nel più ampio studio nazionale.

*Tiziano Carradori
Direttore generale Sanità e politiche sociali
Regione Emilia-Romagna*

Sommario

La International Association for the Study of Pain (1986) definisce il dolore come "esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di tale danno".

Il dolore, riconosciuto dall'Organizzazione mondiale della sanità come uno dei principali problemi sanitari, trova corretto riconoscimento nella legge del 15 marzo 2010 n. 38, quale malattia da valutare e trattare con la stessa attenzione delle altre patologie.

La Regione Emilia-Romagna dal 2002 è impegnata nel progetto di lotta al dolore, coordina a livello territoriale le iniziative di informazione e sensibilizzazione della Giornata nazionale del sollievo, e realizza con le Aziende sanitarie, a cadenza biennale, le indagini di prevalenza sul dolore percepito negli ospedali e negli hospice della regione.

Il presente Dossier intende presentare i risultati dell'indagine sulla prevalenza del dolore percepito illustrati a Bologna durante il convegno regionale "La rete ospedale-territorio per la lotta al dolore" tenutosi il 23 maggio 2012, in occasione della Giornata nazionale del sollievo.

L'indagine è stata realizzata negli ospedali, negli hospice e, per la prima volta, anche in assistenza domiciliare con l'obiettivo di acquisire - dalla voce diretta dei cittadini - elementi di conoscenza sul dolore percepito nella malattia o nel ricovero e sul bisogno di sollievo, informazioni utili anche per fare il punto sui percorsi intrapresi nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna nell'ambito del progetto regionale "Ospedale-territorio senza dolore".

All'indagine hanno aderito le Aziende sanitarie, l'Associazione italiana ospedalità privata (AIOP), le associazioni di volontariato.

Le informazioni sono state acquisite attraverso la distribuzione di un questionario, la scheda del sollievo. Sono state raccolte 10.456 schede, provenienti da 101 strutture sanitarie pubbliche e private, e da persone assistite a domicilio. La partecipazione è aumentata dell'11,5% rispetto ai risultati dell'indagine precedente effettuata nel 2009 (le schede raccolte erano state 9.370).

La misura del dolore è stata articolata in 4 livelli: nessun dolore (nella scala numerica corrispondente a 0), dolore lieve (1-3), dolore moderato (4-7), dolore intenso (8-10).

Lo studio evidenzia che la percentuale di chi ha dichiarato di provare dolore intenso è del 15,9%, in diminuzione rispetto al 2009 (18,7%). Anche il dolore moderato è in diminuzione passando dal 38,4% dei pazienti nel 2009 al 37,1% nel 2011.

Anche l'andamento del dolore intenso nel lungo periodo, dal 2002 al 2011, ha registrato una significativa diminuzione percentuale: dal 24,2% al 15,9%. A questo andamento si è affiancato, nello stesso periodo, un forte aumento di chi dichiara di non provare dolore: dall'11,7% al 19,4%.

Questo andamento è stato verosimilmente favorito dall'applicazione delle linee regionali sul trattamento del dolore nelle aree di ricovero e dall'entrata in vigore della legge nazionale 38/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

L'indagine inoltre mostra una correlazione tra età e dolore, percepito più intenso nell'area medica dove l'età media dei ricoverati è più elevata (61,4 anni per le donne e 53,5 uomini). Nell'area medica, pur con una diminuzione rispetto al passato, il dolore intenso continua a mantenere un peso rilevante (17,19% nel 2011, 21,5% nel 2009).

Lo studio conferma che per la donna c'è, rispetto all'uomo, una probabilità superiore di provare disagio (più dolore intenso, meno dolore assente). In particolare, la percezione del dolore intenso è superiore all'uomo sia a livello complessivo, sia nelle aree chirurgiche e mediche (mentre questa tendenza non emerge nell'area oncologica).

L'indagine evidenzia l'efficacia delle terapie antidolorifiche per quasi il 65% del campione (più per le donne che per gli uomini: 65,8% rispetto a 62,1%), mentre quasi l'11%, in entrambi i sessi, dichiara uno scarso risultato. Nessuno comunque giudica totalmente inefficace la terapia.

Al momento dell'indagine le persone ricoverate associano il desiderio di sollievo, potendo selezionare più risposte, a diverse condizioni: "sentire meno dolore" (40,2% delle donne; 36,5% degli uomini), "presenza di persone care" (39,4% delle donne; 34,7% degli uomini), "non essere di peso ai miei familiari" (35,6% delle donne; 30,4% degli uomini), "maggiore autosufficienza" (33,8 delle donne; 29,2% degli uomini), "informazioni complete e chiare sulle cure" (31,6% delle donne; 33,2% degli uomini), "essere rassicurato e tranquillizzato" (28,8% delle donne; 26,2% degli uomini).

Le persone ricoverate in area oncologica esprimono soprattutto il desiderio di non essere di peso ai miei familiari (40,6% delle donne; 36,3% degli uomini), di essere rassicurato e tranquillizzato (35,6% delle donne; 30,3% degli uomini) e richiedono la presenza di persone care (34,9% delle donne; 28,6% degli uomini).

In generale al sollievo si associa l'umanizzazione delle cure, l'autosufficienza e la richiesta di rassicurazione psicologica: aspetti che segnalano la necessità di migliorare gli aspetti relazionali della presa in cura.

Dai questionari raccolti negli hospice dell'Emilia-Romagna, che accolgono persone in fase avanzata della malattia, emerge come la percezione del dolore rimanga marcata: la presenza del dolore moderato e intenso è comunque, seppure di poco, diminuita (59,2% nel 2011, 61,8% nel 2009).

In assistenza domiciliare il 19,9% delle persone malate dichiara di sentire, al momento della rilevazione, dolore intenso. Il dato potrebbe essere ricondotto alla compresenza di più aspetti di disagio e di malattia e all'età particolarmente avanzata del campione.

Abstract

Survey on pain in hospitals, hospices and home care in Emilia-Romagna

The International Association for the Study of Pain (1986) defines pain as "an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage".

Pain is recognized by the World Health Organization as one of the major health issues; in Italy Law no. 38/2010 considers pain as a disease to evaluate and treat with the same attention as other pathologies.

Since 2002 Emilia-Romagna Region is involved in a project to contrast pain, coordinates the information and sensitization initiatives of the National Relief Day at local level, and every two years in collaboration with Health Trusts realizes surveys on pain prevalence in regional hospitals and hospices.

The Dossier reports the results of the new regional survey on perceived pain, held in May 2011 and presented during the regional conference "Hospital and local areas without pain" organized in Bologna on May 23, 2012 during the National Relief Day.

The results also represent an indicator of the change path.

The survey was conducted in hospitals, hospices, and for the first time also in home care, to acquire - directly from citizens - informative elements on perceived pain and hospitalization and on relief needs, that can be useful to evaluate the implementation path of the regional project.

Regional Health Trusts, the Italian Association of private hospitals and voluntary associations participated in the survey.

Data were acquired through the questionnaire called "Relief form": 10,456 questionnaires were collected from 101 public and private health structures and from people cared in their homes. Participation increased 11.5% in comparison to the previous survey held in 2009, when 9,370 questionnaires were collected.

Pain measurement is articulated in 4 levels: no pain (in a numeric scale, = 0), light pain (1-3), moderate pain (4-7), intense pain (8-10).

The prevalence of intense pain is 15.9% out of the entire sample, decreasing in comparison to 2009 (18.7%) and even more significantly in respect to 2002 (24.2%); also moderate pain is diminishing (37.1% vs 38.4% in 2009), while the number of people declaring "no pain" is strongly increasing, from 11.7% in 2002 to 19.4% in 2011.

This trend is probably due to the implementation of the regional guidelines on pain management in hospitalization settings and of the National Law 38/2010 "Regulation for access to palliative care and pain therapy".

The survey shows a correlation between age and pain, which is more intense in the medical area where the mean age of hospitalized people is higher (61.4 years for women, 53.5 for men). In this area, although decreasing intense pain is still a relevant issue (17.19% in 2011, 21.5% in 2009).

The study confirms that women are more likely to experience uneasiness (more intense pain, less no pain) in comparison to men; in particular, perception of intense pain is higher both in general and in the surgery and medical areas (no difference is registered in the oncological area).

Anti-pain therapies are efficacious for nearly 65% of the sample (more for women than for men, 65.8% vs 62.1%), while 11% in both genders reveal scarce results; no one considers the therapy completely inefficacious.

Patients associate the relief desire with "feeling less pain" (40.2% in women, 36.5% in men), "presence of loved people" (F 39.4%, M 34.7%), "not being a burden to the family" (F 35.6%, M 30.4%), "more self-sufficiency" (F 33.8%, M 29.2%), "precise information on care" (F 31.6%, M 33.2%), "being reassured" (F 28.8%, M 26.2%). In oncology area, hospitalized people mainly wish not to be a burden to the family (F 40.6%; M 36.3%), to be reassured (F 35.6%; M 30.3%) and ask for the presence of loved people (F 34.9%; M 28.6%).

In general, relief is associated with care humanization, self-sufficiency, psychological reassurance, all aspects that underline the need to improve relationships in the care process.

From the questionnaires collected in Emilia-Romagna hospices, that host people with late stage diseases, pain perception is still considered: although very little, moderate and intense pain perception is decreasing (59.2% in 2011, 61.8% in 2009).

In home care, 19.9% of the sample declares to experience intense pain; this value can be due to the co-presence of other aspects of disease and uneasiness and to the old age of people.

Metodologia dello studio

Le informazioni sono state acquisite in un'unica giornata secondo il modello *one day prevalence*, quale istantanea di situazioni-tipo, mediamente rappresentative su casistiche elevate di quanto avviene tutti i giorni.

Per la rilevazione delle informazioni si è utilizzato un questionario semplificato denominato scheda del sollievo (*Allegato*), condiviso e adottato a livello nazionale, predisposto tenendo conto delle esigenze di brevità e facilità di compilazione in autonomia della scheda. La partecipazione all'indagine è stata volontaria e anonima.

In Emilia-Romagna la scheda del sollievo è stata distribuita il 25 maggio 2011 in tutti gli ospedali pubblici e privati, questi ultimi aderenti all'AIOP, e nelle strutture hospice dell'Emilia-Romagna. Inoltre, per la prima volta, sono state coinvolte le persone assistite al domicilio in ADI. Non sono state considerate eligibili nello studio le persone ricoverate in rianimazione e terapia intensiva e i bambini sotto i 6 anni di età.

La scheda del sollievo è uno strumento progettato anche per stimolare la riflessione sul dolore e la sofferenza percepita e sul bisogno di sollievo. Si articola in due principali sezioni: la prima ha lo scopo di raccogliere stati e sensazioni della persona ricoverata, mediante domande chiuse o scale analogiche per la valutazione del dolore percepito e dell'efficacia del trattamento antalgico ricevuto; la seconda è dedicata a rilevare informazioni generali e socio-anagrafiche.

Le persone ricoverate e disposte a 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 e opportunamente istruiti per non influenzare il giudizio della persona ricoverata.

La misura del dolore percepito, rilevata su scala numerica (Numerical Rating Scale) da 0 (nessun dolore) a 10 (massimo dolore), è stata studiata su quattro raggruppamenti di intensità di dolore. I livelli sono così definiti: nessun dolore (0), dolore lieve (1-3), dolore moderato (4-7), dolore intenso (8-10), in analogia alla classificazione utilizzata nei precedenti studi nazionali e regionali, onde facilitare i confronti.

Con 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.

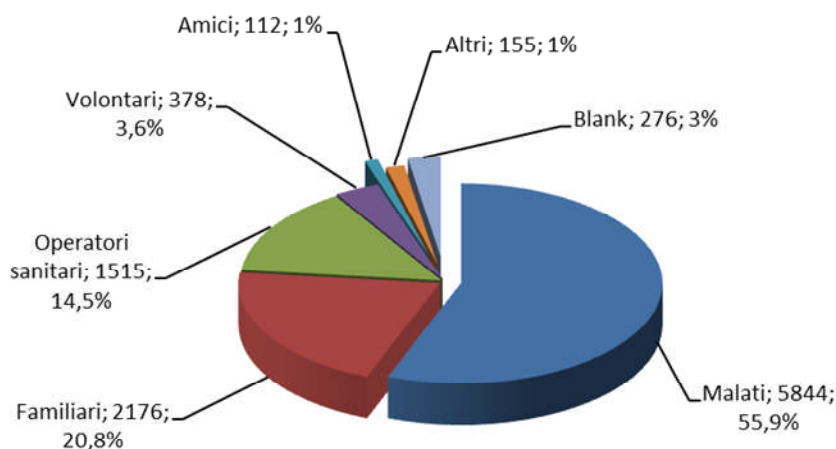
Nel testo si utilizza la sigla d.s.s. a indicare una differenza statisticamente significativa tra due o più gruppi di dati. Se non altrimenti specificato, si intende come statisticamente significativa (s.s.) ogni differenza affermando la quale, la probabilità di errore - ossia di affermare il falso (alfa-error) - rimanga sotto il 5%. Quali strumenti di analisi sono stati impiegati i pacchetti statistici EPIINFO v.5, EPIINFO v.3.5, STATGRAPHICS v.4, SYSTAT v.5.

Descrizione del campione

Sono state raccolte ed elaborate 10.456 schede del sollievo provenienti da 101 stabilimenti sanitari, di cui 55 ospedali pubblici (54,5%), 29 privati (28,7%) e 17 hospice (16,8%), oltre a quelle provenienti dall'assistenza domiciliare.

La maggioranza delle persone assistite che hanno risposto - il 55,9% (5.844/10.456) - ha compilato la scheda autonomamente, il 20,8% (2.176) è stato aiutato da familiari, il 14,5% da operatori sanitari (1.515) e il 5,6% da volontari e amici o conoscenti o altri (921/).

Figura 1. Distribuzione dei compilatori il questionario



Del totale dei 10.456 casi, il 54,7% (5.723) è ricoverato nei presidi ospedalieri delle Aziende USL, negli hospice (111 casi) o in assistenza domiciliare (578 casi), il 31,5% (3.291) nelle Aziende ospedaliere/ospedaliero-universitarie o presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (IOR), mentre il 13,8% (1.442) è ricoverato negli ospedali privati accreditati aderenti all'AIOP.

La distribuzione della provenienza dei questionari relativi anche alle precedenti indagini effettuate è illustrata nelle sottostanti Tabelle 1 e 2.

La grande maggioranza delle persone ricoverate, l'84,7% (8.855/10.456) del campione, è residente in Emilia-Romagna, il 12% (1.257) proviene da altre regioni, di queste 30 (0,29%) risiedono all'estero, mentre per 314 casi (3% dell'intero campione) non è stata indicata la regione di residenza.

Per i ricoverati in degenza ordinaria negli ospedali dell'Emilia-Romagna, il numero complessivo dei presenti il 25 maggio 2011 è stato ottenuto dall'interrogazione della banca dati regionale dei ricoveri ospedalieri (SDO). Il tasso di risposta è risultato pari al 56,84 % del totale (8.533/15.013).

All'indagine hanno inoltre partecipato 1.234 persone ricoverate in *day hospital/day surgery*, oltre ai già citati casi (111) ricoverati in *hospice* e agli assistiti in domiciliare (578).

Tabella 1. Provenienza delle schede raccolte negli anni

	2004		2007		2009		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aziende USL ^a	4.735	54,95	4.881	54,92	4.969	53,03	5.723	54,73
Aziende AO/AOU ^b	2.898	33,63	2.908	32,72	2.869	30,62	3.291	31,47
AIOP ^c	984	11,42	1.098	12,36	1.532	16,35	1.442	13,79
<i>Totale generale</i>	<i>8.617</i>	<i>100,00</i>	<i>8.887</i>	<i>100,00</i>	<i>9.370</i>	<i>100,00</i>	<i>10.456</i>	<i>100,00</i>

^a comprende ADI e *hospice*

^b comprende IOR

^c Associazione Italiana Ospedalità Privata

Tabella 2. Provenienza delle schede raccolte per Azienda

Azienda	n. schede			
	2004	2007	2009	2011
USL PIACENZA	629	588	399	99
USL PARMA	210	219	234	252
USL REGGIO EMILIA	460	419	472	553
USL MODENA	620	645	624	756
USL BOLOGNA	829	996	966	1.608
USL IMOLA	290	365	311	357
USL FERRARA	312	371	379	399
USL RAVENNA	501	545	827	801
USL FORLI	243	256	196	221
USL CESENA	219	152	131	231
USL RIMINI	422	325	430	446
<i>Totale Aziende USL</i>	<i>4.735</i>	<i>4.881</i>	<i>4.969</i>	<i>5.723</i>
OSPEDALI RIUNITI-PR	489	625	646	635
S. MARIA NUOVA-RE	403	323	365	476
POLICLINICO-MO	493	352	359	418
S. ORSOLA-MALPIGHI-BO	906	935	616	803
ARCISPEDALE S. ANNA-FE	548	635	681	739
IOR RIZZOLI-BO	59	38	202	220
<i>Totale Aziende ospedaliere e IOR</i>	<i>2.898</i>	<i>2.908</i>	<i>2.869</i>	<i>3.291</i>

Età e genere

Nell'anno 2011 il 53,7% (5.310/9.884) di quelli che hanno comunicato l'appartenenza di genere è costituito da donne, mentre nel 2009 era il 53,9% (4.664/8.658); la differenza, a motivo dell'alta numerosità, risulta comunque statisticamente significativa ($P < 0,04$).

Le tabelle seguenti presentano le variazioni nel tempo della composizione dei campioni per genere, età media e fasce di età. Sono inoltre riportate le frequenze della mancata attribuzione di genere.

In Tabella 4, nell'anno 2011 emerge una differenza statisticamente significativa, per quanto di modesta entità, tra le età medie dei due generi. Nel corso degli anni la composizione per genere dei campioni mantiene medie di età superiori ai 60 anni.

Tabella 3. Distribuzione della numerosità dei campioni nel periodo 2002-2011

	2002		2004		2007		2009		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Donne	4.442	52,5	4.415	52,8	4.291	52,0	4.664	53,9	5.310	53,7
Uomini	4.018	47,5	3.954	47,2	3.953	48,0	3.994	46,1	4.574	46,3
<i>Totale</i>	<i>8.460</i>	<i>100,0</i>	<i>8.369</i>	<i>100,0</i>	<i>8.244</i>	<i>100,0</i>	<i>8.658</i>	<i>100,0</i>	<i>9.884</i>	<i>100,0</i>

Tabella 4. Età media e relativa deviazione standard nel periodo 2002-2011

	2002		2004		2007		2009		2011	
	età med.	d.s.	età med.	d.s.	età med.	d.s.	età med.	d.s.	età med.	d.s.
Donne	63,2	20,2	62,5	20,1	63,0	19,6	63,8	20,4	65,4	19,4
Uomini	62,3	18,7	62,2	18,7	63,0	19,5	63,1	19,3	64,5	21,5

F vs M 2011 $p < 0,05$ (t-Student.)

La composizione di genere nelle due grandi fasce di età, sopra e sotto i 75 anni (Tabella 5) evidenzia che le donne sono più presenti rispetto agli uomini nella fascia oltre 75 anni per circa 5 punti percentuali.

Nel 2011 la classe d'età maggiormente rappresentata per entrambi i sessi, ma soprattutto per le donne, è quella superiore a 75 anni. La Figura 2 interpreta graficamente la distribuzione di cui alla Tabella 6.

Tabella 5. Distribuzione per genere in due classi di età

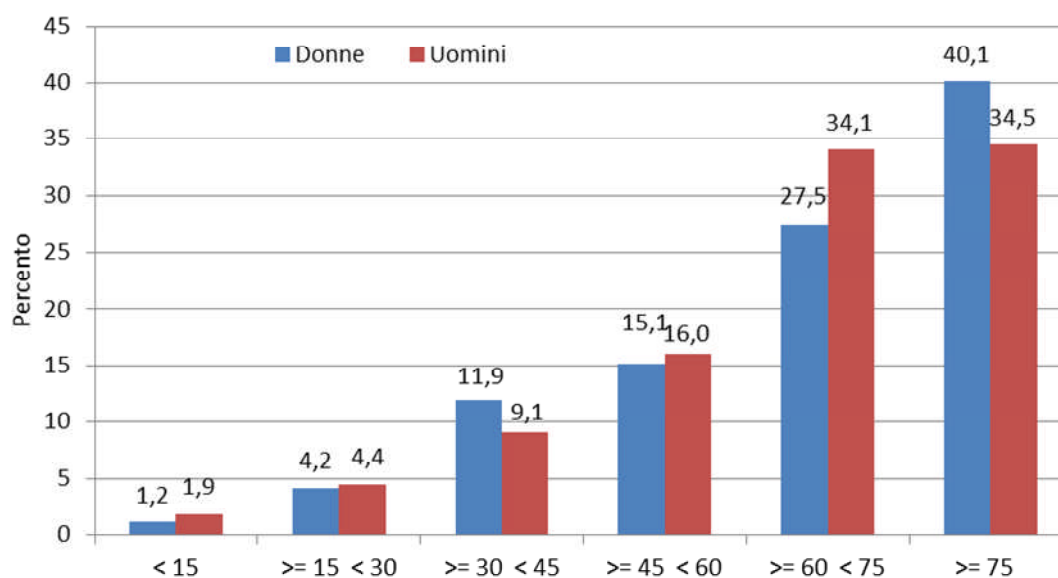
Età	Donne		Uomini		Totale	
	N	%	N	%	N	%
<75	3.051	59,87	2.791	65,49	5.842	62,43
≥75	2.045	40,13	1.471	34,51	3.516	37,57
<i>Totale</i>	<i>5.096</i>	<i>100,00</i>	<i>4.262</i>	<i>100,00</i>	<i>9.358</i>	<i>100,00</i>

Chi-quadrato: 31,2 (g.l.=1) p<0,0001

Tabella 6. Distribuzione del campione per genere e per classi di età

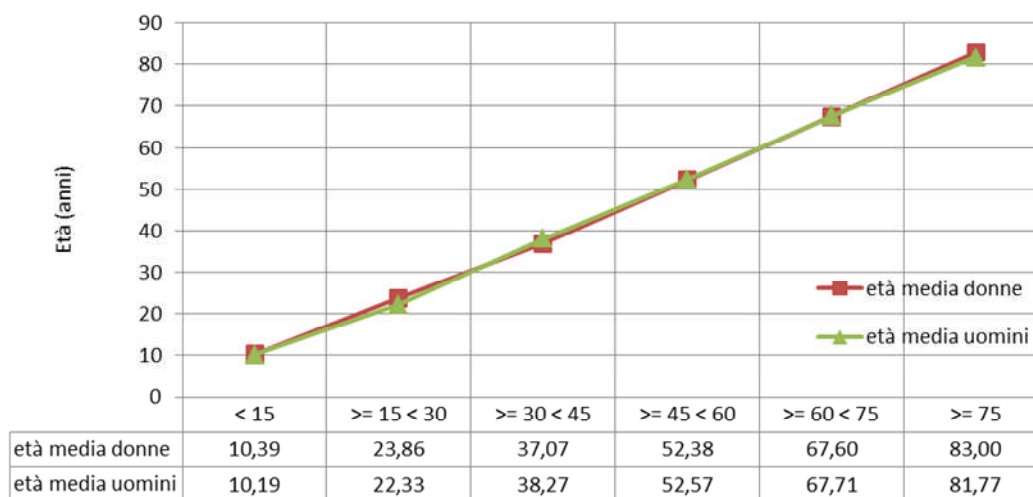
Cod.	Classe età	Donne		Uomini	
		N	%	N	%
1	<15	59	1,2	79	1,9
2	≥15 <30	212	4,2	189	4,4
3	≥30 <45	607	11,9	389	9,1
4	≥45 <60	771	15,1	682	16,0
5	≥60 <75	1.402	27,5	1.452	34,1
6	≥75	2.045	40,1	1.471	34,5
	<i>Totale</i>	<i>5.096</i>	<i>100,0</i>	<i>4.262</i>	<i>100,0</i>

Figura 2. Distribuzione per età e genere



Esaminando in Figura 3 le età medie nelle classi d'età sopra specificate, per genere, si osserva la pressoché identica distribuzione delle età medie nei due sessi. La media complessiva dei 9.546 casi presentanti l'età, con o senza genere, si pone ad anni 65,01.

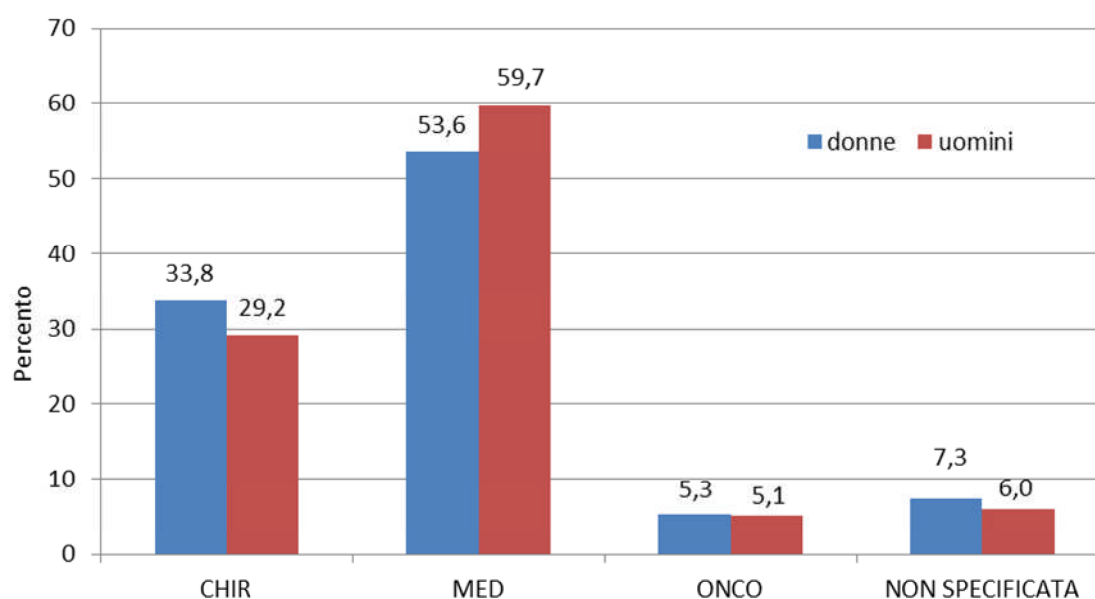
Figura 3. Età medie per genere nelle sei classi d'età



Nota: mediana = anni 70

La distribuzione del campione per aree di ricovero, distinte in chirurgica, medica, oncologica (abbreviazioni: CHIR, MED, ONCO), offre un altro versante di osservazione su cui saranno condotte molteplici analisi. La corrispondente distribuzione dei casi è riportata in Figura 4; in essa compare anche la ridotta percentuale di casi non rispondenti alla specificazione di area.

Figura 4. Distribuzione per area di ricovero e genere



L'esplorazione dell'età media per le tre suddette aree di analisi, esaminate distintamente per genere (Figura 5), fornisce una deviazione statisticamente significativa di 7,9 anni tra i generi relativamente alla sola area medica ($P < 0,0001$).

La Figura 6 riporta la distribuzione percentuale per tipo di ricovero e genere. In essa compaiono, per la prima volta, anche gli assistiti in assistenza domiciliare integrata. I valori percentuali riportati sono riferiti al totale di 8.214 casi rispondenti, su 10.456 complessivi. I non rispondenti (per genere e/o ricovero) sono 2.242 a completamento del totale dei questionari.

Figura 5. Età media nelle tre aree di analisi

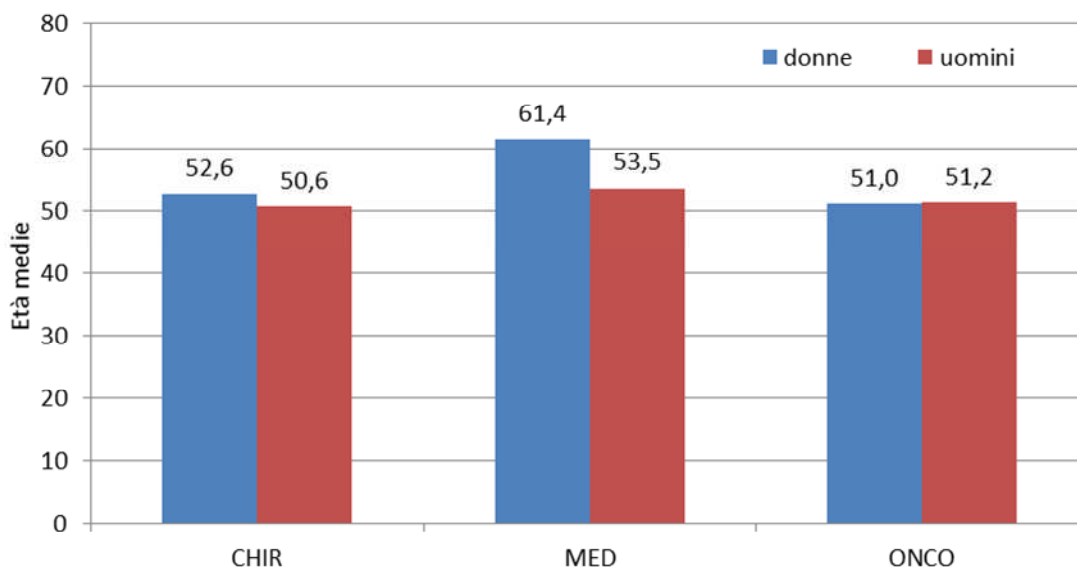
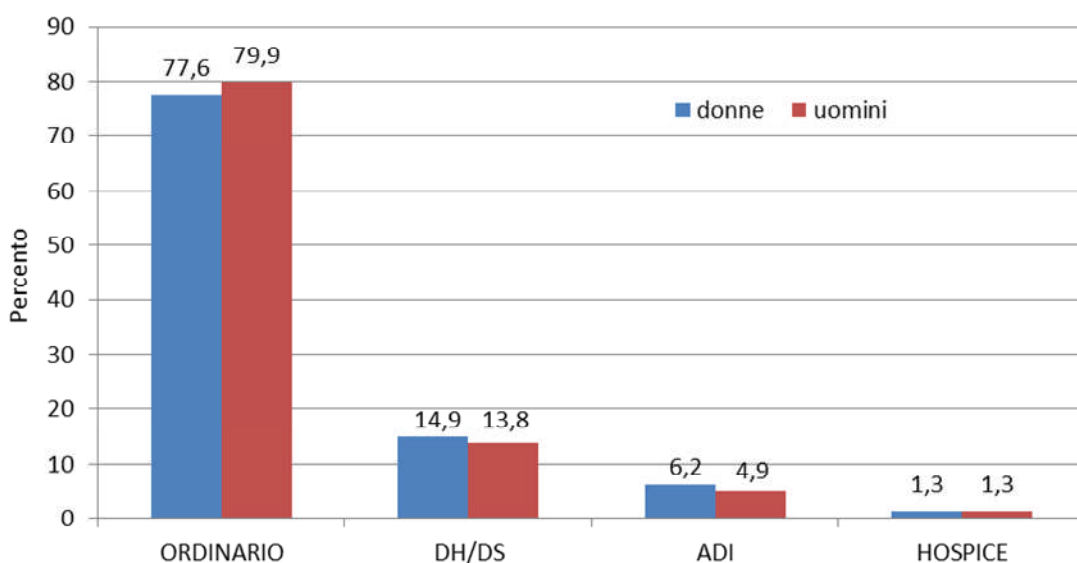


Figura 6. Distribuzione dei tipi-ricovero



Risultati

Le successive elaborazioni sono eseguite distinguendo tra i 10.456 questionari raccolti ed elaborati:

- quelli rilevati in strutture pubbliche e in strutture private AIOP, in tutto 9.767 questionari formanti il primo gruppo (sezione I),
- quelli afferenti alle persone ricoverate negli *hospice* pari a 111 casi (sezione II),
- quelli relativi agli assistiti in modalità domiciliare (ADI) pari a 578 (sezione III);

si configura così un report costituito di tre sezioni.

In merito alla composizione del campione è da rilevare che, per quanto riguarda le persone ricoverate in ospedale, è particolarmente consistente e contemporaneamente rappresentativo dei degenti alla data dell'indagine; anche nel caso degli *hospice* già coinvolti nelle precedenti indagini, i risultati, pur trattandosi di un gruppo esiguo, sono da considerarsi significativi; infine nel caso dell'ADI si tratta della distribuzione, per la prima volta e in via sperimentale, della scheda del sollievo a malati seguiti in assistenza domiciliare, in parte del territorio regionale relativo agli ambiti di cinque Aziende USL coinvolte nel progetto.

Sezione I. Indagine sul dolore in ospedale

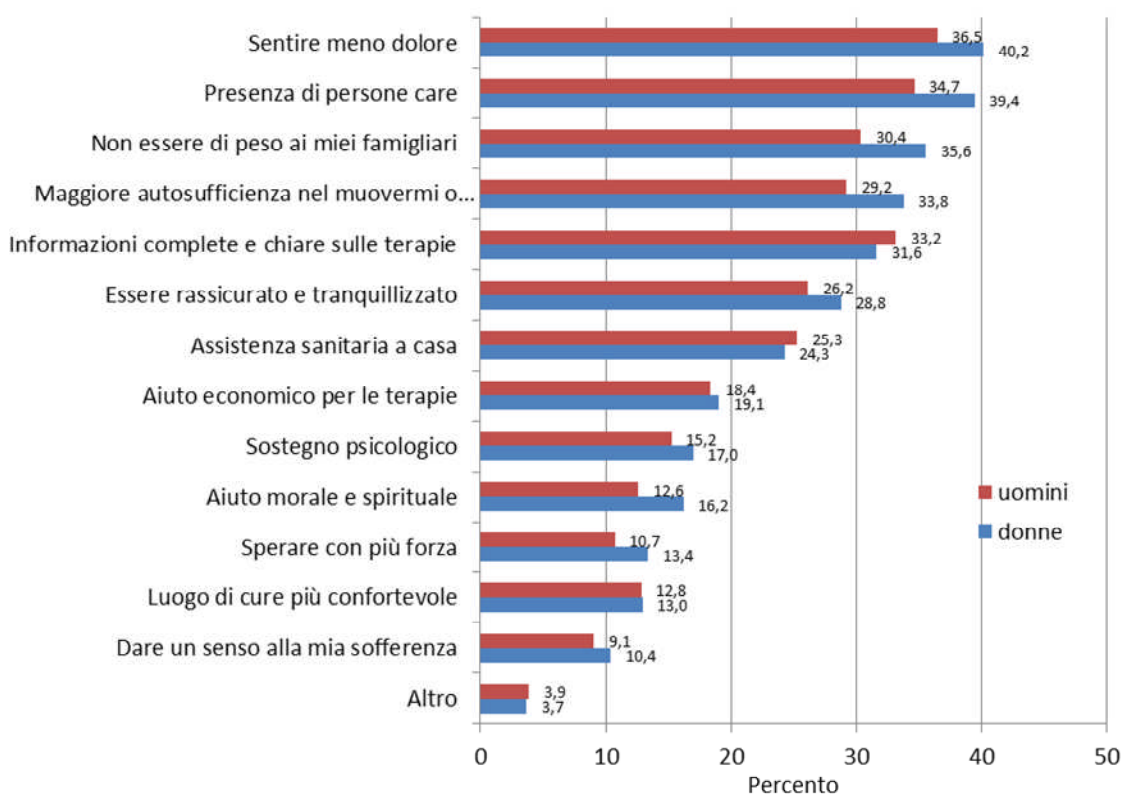
Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

Per rispondere alla prima domanda "Cosa desidera adesso per provare sollievo?", la persona ricoverata poteva selezionare più voci tra quelle proposte.

Come già nella precedente indagine eseguita nel 2009, in cui era presente lo stesso quesito, si è scelto di analizzare i consensi di ciascuna delle 14 voci eligibili in riferimento al genere, per ottenere un immediato confronto con quanto prodotto nella precedente edizione.

Le categorie maggiormente selezionate (ordinando in modo decrescente secondo il genere femminile, ma osservando che la sequenza per i maschi non è particolarmente diversa) risultano nell'ordine: sentire meno dolore (F 40,2%; M 36,5%), presenza di persone care (F 39,4%; M 34,7%), non essere di peso ai familiari (F 35,6%; M 30,4%), maggiore autosufficienza nel muoversi o nel camminare (F 33,8; M 29,2%), informazioni complete e chiare sulle cure (F 31,6%; M 33,2%), essere rassicurato e tranquillizzato (F 28,8%; M 26,2%) (Figura 7). Gli uomini pongono informazioni chiare sulle cure al terzo posto, anziché al quinto come hanno scelto le donne.

Figura 7. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

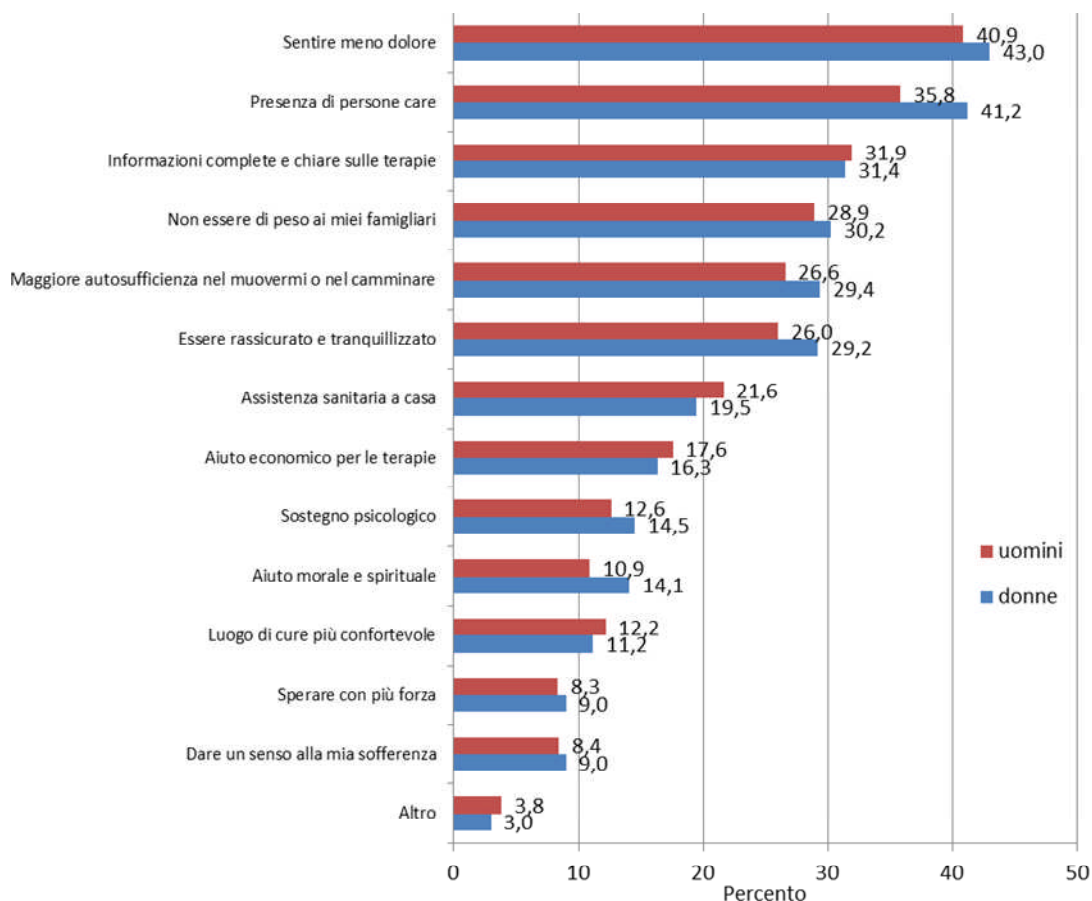


Rispetto al 2009, si osserva un'unica inversione tra il primo e il secondo posto, sia pure per la differenza di soli due punti percentuali; come nel 2009, alla voce informazioni complete e chiare sulla terapia gli uomini - pur presentando minori percentuali in tutte le voci principali - prevalgono ancora sulle donne, sia pure per meno di 2 punti percentuali. In fondo alla classifica, senza variazioni rispetto al 2009, il luogo di cure più confortevole e dare un senso alla mia sofferenza che occupano rispettivamente il terzultimo e penultimo posto.

Risposte alla domanda 1 per area di ricovero

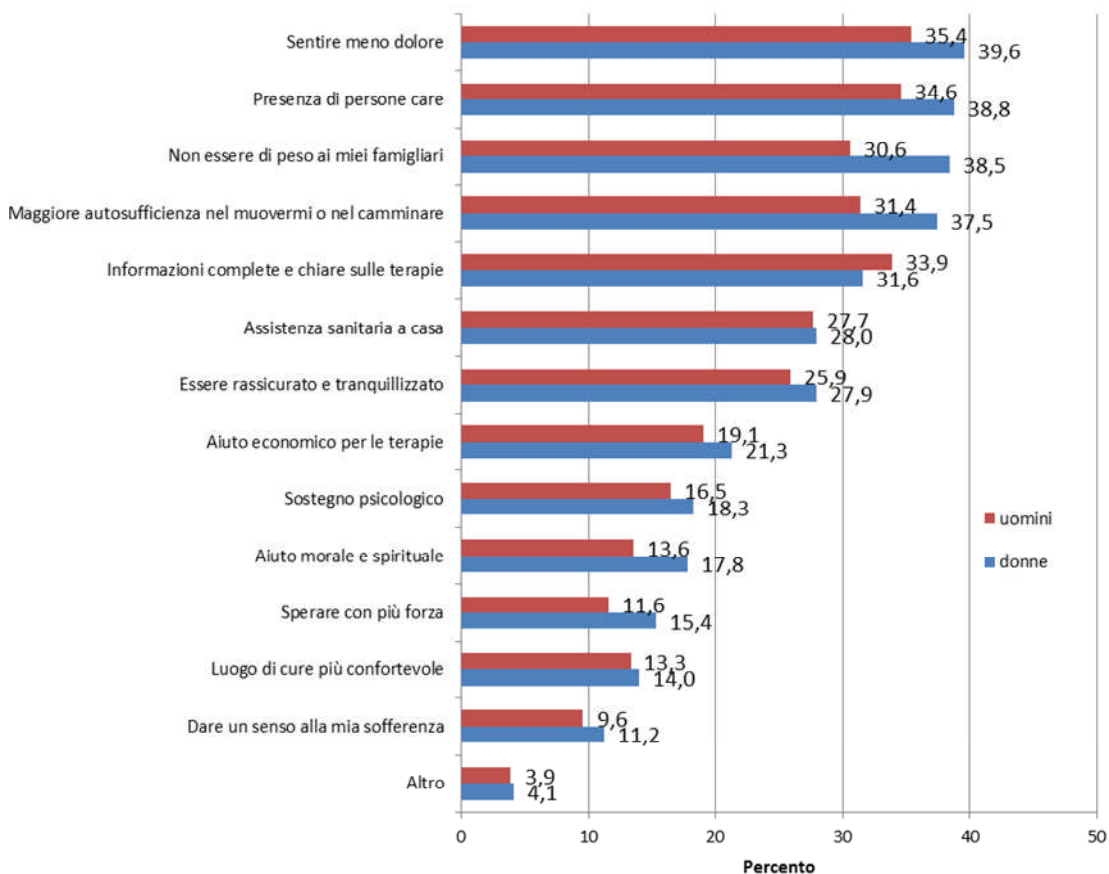
In area chirurgica (*Figura 8*) si nota che la voce informazioni complete e chiare sulle terapie sale alle prime posizioni e passa dal quinto al terzo posto rispetto all'insieme di tutte le tre aree, conservando una pur minima prevalenza di uomini sulle donne (31,9% vs 31,4%). Ciò in accordo con quanto espresso nel 2009.

Figura 8. Cosa desidera adesso per provare sollievo? (area chirurgica)



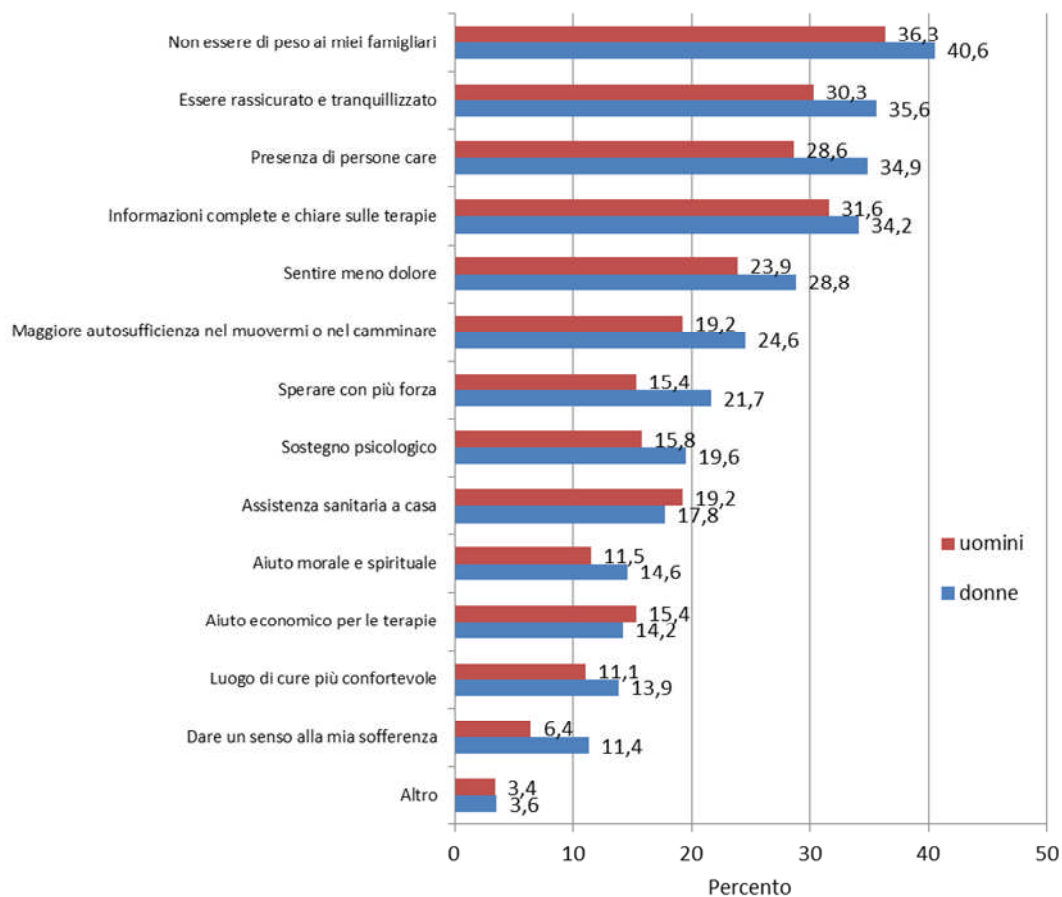
Dalla Figura 9 si nota che in area medica la richiesta di informazioni complete e chiare sulla terapia, in terza posizione in area chirurgica, segue il non essere di peso ai familiari e la maggiore autosufficienza nel muoversi o nel camminare, come nel 2009. Rispetto al 2009, sentire meno dolore prevale di poco meno di un punto sulla presenza di persone care ma nel complesso i risultati sono simili.

Figura 9. Cosa desidera adesso per provare sollievo ? (area medica)



In area oncologica (*Figura 10*) le voci non essere di peso ai familiari (F 40,6%; M 36,3%), essere rassicurato e tranquillizzato (F 35,6%; M 30,3%) e presenza di persone care (F 34,9%; M 28,6%) prevalgono sul resto, come nel 2009, pur scambiandosi di posizione rispetto ad allora, quando risultarono pressoché equivalenti in entrambi i generi.

Figura 10. Cosa desidera adesso per provare sollievo ? (area oncologica)



Domanda 2. Il "termometro" della sofferenza

La seconda domanda "Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento" indaga il livello di sofferenza percepita dalle persone ricoverate al momento dell'indagine.

A questa richiesta hanno risposto 8.788 persone ricoverate su 9.767, pari al 90% del campione, mediante scala analogico-numerica da 0 (assenza dolore) a 10 (massimo dolore). In analogia con le analisi precedenti, nella suddetta scala analogica sono stati definiti quattro livelli di intensità del dolore: assente (0), lieve (1-3), moderato (4-7) e intenso (8-10).

Nella presente rilevazione del 2011 (in parentesi sono riportate le corrispondenti % del 2009) risulta che il 19,4% (18,9%) non denuncia dolore, il 27,7% (24,1%) dichiara dolore lieve, il 37,1% (38,4%) dolore moderato e il 15,9% (18,7%) dolore intenso, come illustrato in Figura 11 sui soli rispondenti.

Distinguendo i casi per regime di ricovero (ordinario e *day hospital/day surgery*) si ottengono le situazioni illustrate nelle Figure 12 e 13. In DH/DS la percezione del dolore (assente e lieve) è pari al 55,5% ed è significativamente maggiore ($P < 0,01$) del livello moderato e intenso. Inoltre, per le persone ricoverate in degenza ordinaria la presenza di dolore intenso è significativamente maggiore rispetto a quelle in *day hospital/day surgery*.

Figura 11. Livello di dolore nell'anno 2011

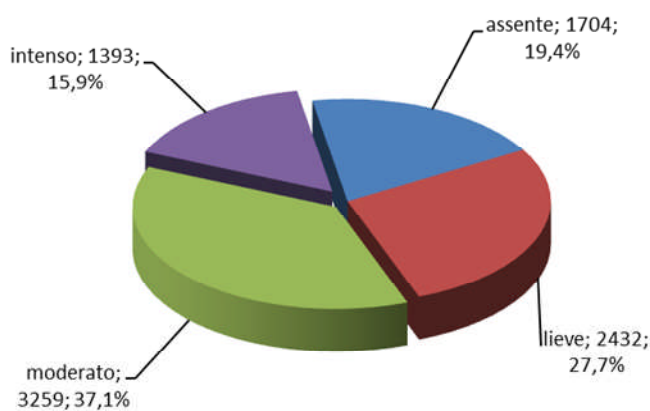


Figura 12. Dolore in degenza ordinaria

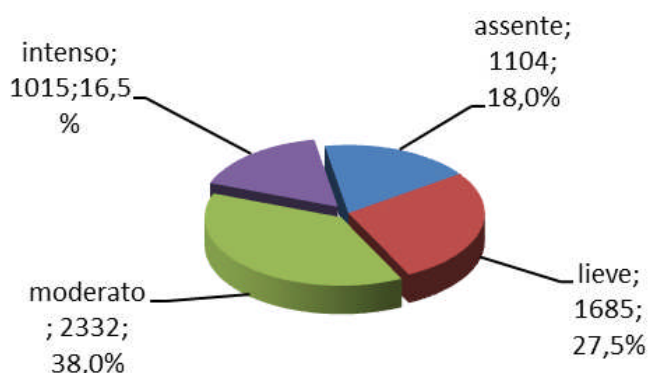
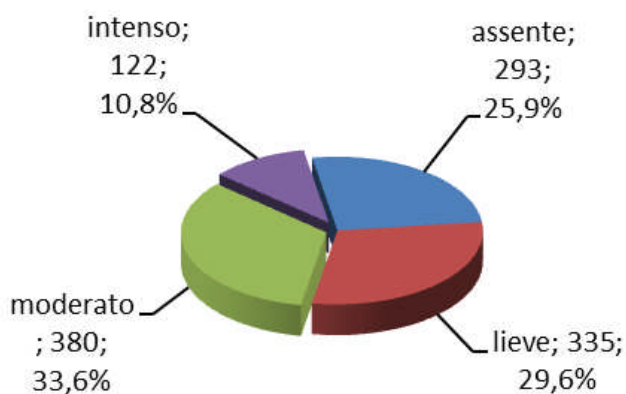


Figura 13. Dolore in *day hospital/day surgery*



Livello di dolore e area di ricovero

Disaggregando i quattro indici di dolore nelle tre principali aree di ricovero si ottengono i valori di cui alla sottostante Tabella 7 e al corrispondente grafico di Figura 14.

Disaggregando ulteriormente oltre che per area anche per genere, si ottiene la successiva Tabella 8.

Tabella 7. Livello di dolore e area di ricovero nell'anno 2011

	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chirurgica	451	15,23	916	30,94	1.176	39,72	418	14,12
Medica	1.146	21,50	1.358	25,48	1.909	35,82	916	17,19
Oncologica*	104	21,49	155	32,02	166	34,30	59	12,19
Totale	1.701	19,39	2429	27,68	3.251	37,05	1.393	15,88

NB Le percentuali sono calcolate sui totali di area.

* In oncologia la minore consistenza numerica rende opportuna una valutazione prudente.

Figura 14. Distribuzione percentuale dei livelli di dolore per area di ricovero

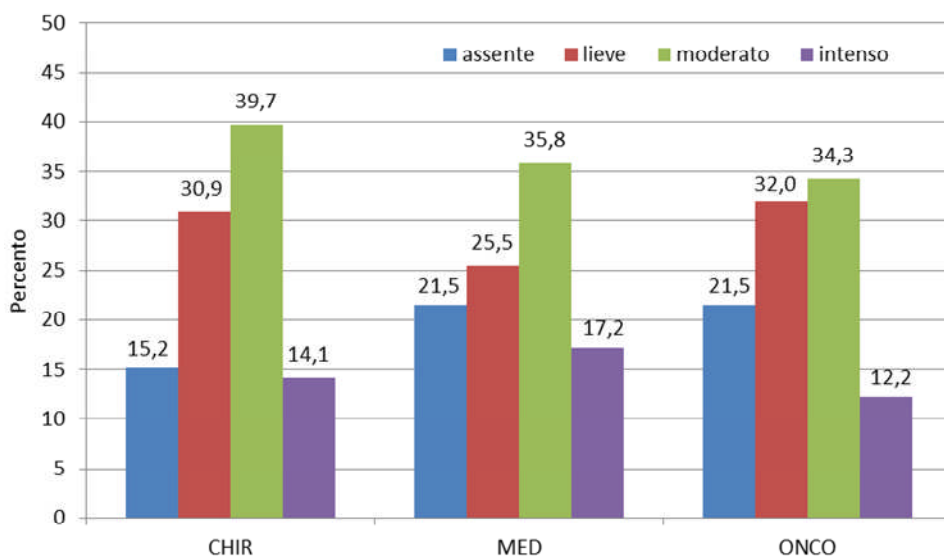


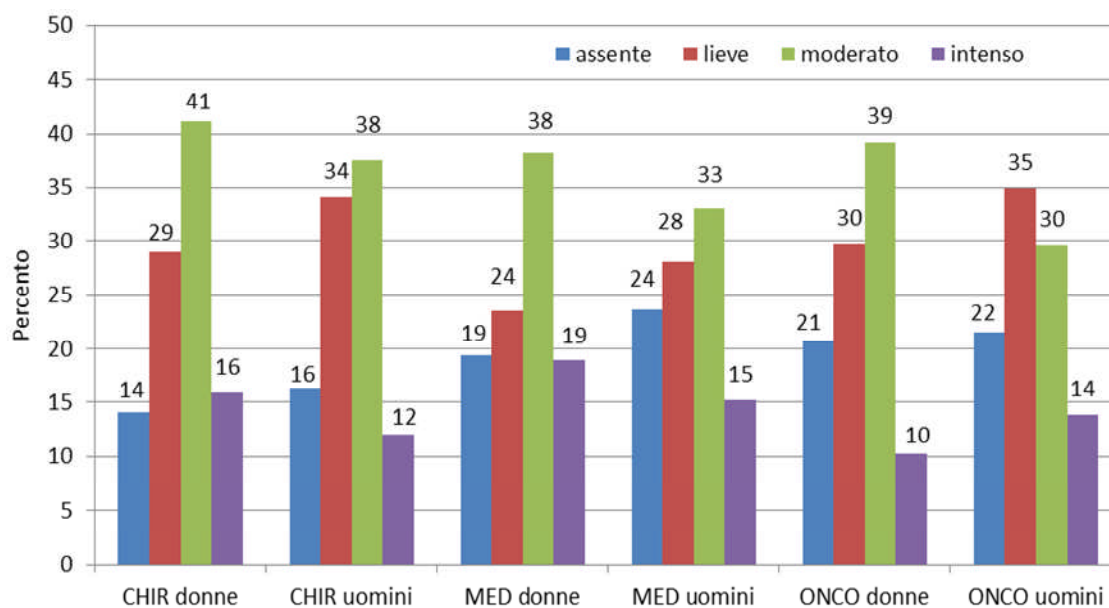
Tabella 8. Frequenze e percentuali del dolore percepito per area di ricovero

		Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
		n	%	n	%	n	%	n	%
chirurgica	donne	232	14,08	477	28,94	677	41,08	262	15,90
	uomini	194	16,26	407	34,12	448	37,55	144	12,07
	totale	426	14,99	884	31,12	1125	39,60	406	14,29
medica	donne	506	19,33	616	23,53	999	38,16	497	18,98
	uomini	582	23,69	690	28,08	810	32,97	375	15,26
	totale	1.088	21,44	1.306	25,73	1.809	35,65	872	17,18
oncologica	donne	53	20,78	76	29,80	100	39,22	26	10,20
	uomini	45	21,53	73	34,93	62	29,67	29	13,88
	totale	98	21,12	149	32,11	162	34,91	55	11,85
totale generale		1.612	19,24	2.339	27,91	3.096	36,95	1.333	15,91

NB Le percentuali sono calcolate sui totali di riga.

Alla Tabella 8 corrisponde la Figura 15 in cui le percentuali sono arrotondate all'intero. Dal grafico si nota la costante prevalenza del livello di dolore moderato in tutte le aree, mentre gli uomini prevalgono nei livelli di dolore assente e lieve, in tutte le aree. Viceversa, nel dolore intenso si osserva nelle aree chirurgica e medica una prevalenza di donne. Solo in area oncologica il dolore intenso è più frequente negli uomini, mentre il dolore moderato risulta inferiore rispetto a tutti gli altri raggruppamenti riportati in figura.

Figura 15. Livello di dolore per area e genere



Domande 3 - 4 - 5. Rilevazione dolore nel corso del ricovero

Si analizzano di seguito le risposte delle persone ricoverate riguardanti la sorveglianza del personale sanitario nel corso del ricovero, nella stessa successione di presentazione del questionario.

La terza domanda pone il quesito "All'inizio del ricovero il personale sanitario le ha chiesto quanto dolore aveva?" Dalla Figura 16 emerge che la domanda è stata posta al 73,2% dei ricoverati ma non al 16,2%, la percentuale di chi non ricorda è del 10,6%.

Alla domanda 4 "Durante il ricovero ha sentito dolore?" risponde affermativamente il 57,6% delle persone ricoverate, mentre il 37,5% non ha sentito dolore, il 5% dei casi non risponde (Figura 17).

La quinta domanda chiedeva "Durante il ricovero, il personale sanitario le ha chiesto se ci sono state variazioni del dolore?". Al 75,5% dei ricoverati è stata posta la domanda, al 17,5% non è stata rivolta, mentre il 7% non risponde (Figura 18).

Figura 16. All'inizio del ricovero il personale sanitario le ha chiesto quanto dolore aveva?

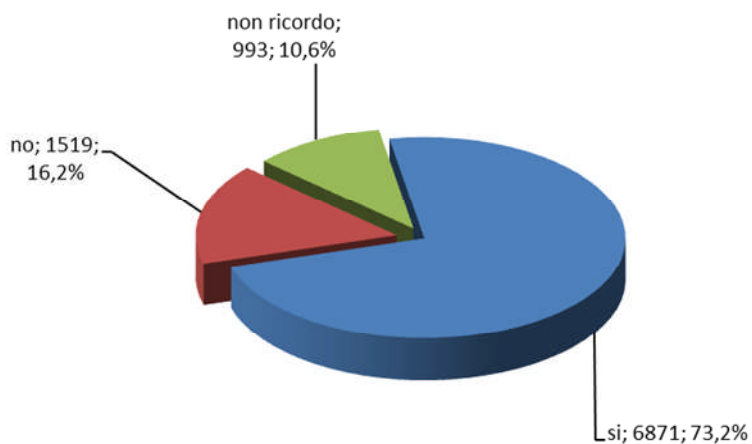


Figura 17. Durante il ricovero ha sentito dolore?

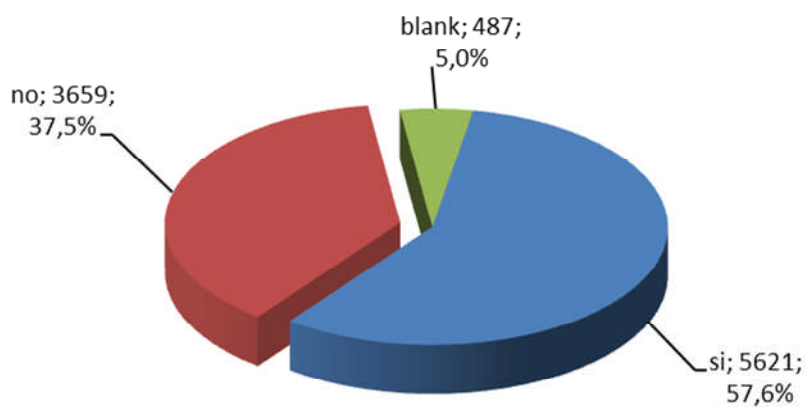
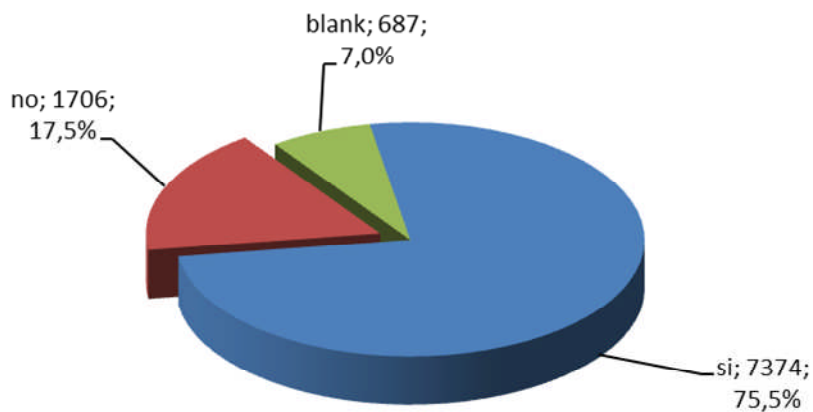


Figura 18. Durante il ricovero, il personale sanitario le ha chiesto se ci sono state variazioni del dolore?

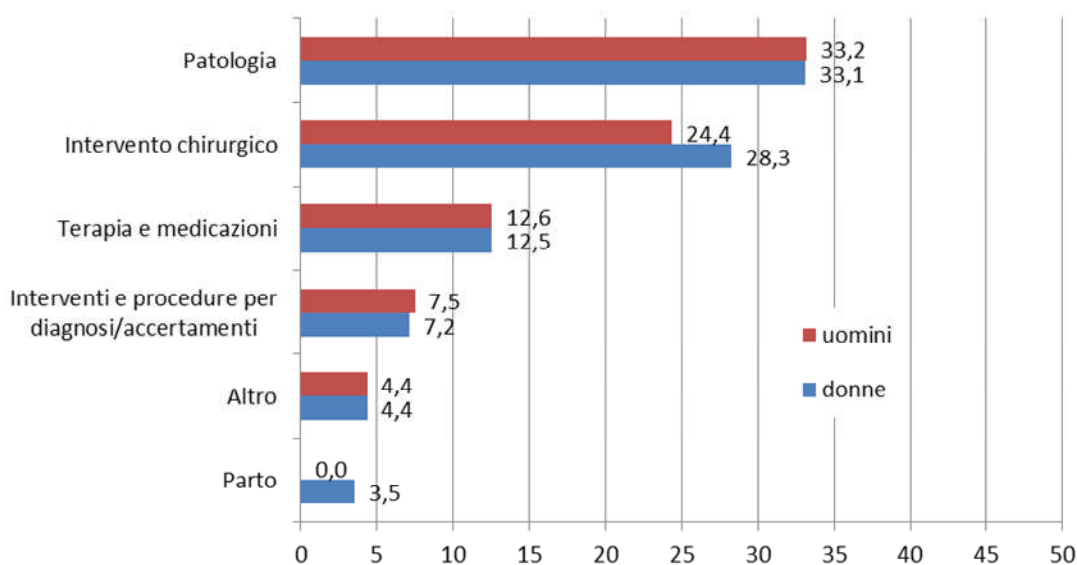


Domanda 6. Motivo del dolore

La sesta domanda "Se durante il ricovero ha sentito dolore, qual è il principale motivo?" indaga sul motivo del dolore provato nel corso dell'intero ricovero. La domanda consentiva la coesistenza di più risposte, distribuitesi come risulta in Figura 19.

Quale motivo del dolore provato, uomini e donne indicano innanzitutto quello legato alla patologia origine del ricovero (D 33,1%; U 33,2%), segue l'intervento chirurgico per entrambi i sessi (D 28,3%; U 24,4%). Piuttosto basso appare il contributo dovuto agli interventi e procedure per diagnosi e accertamenti, con leggera prevalenza degli uomini sulle donne (7,5% vs 7,2%).

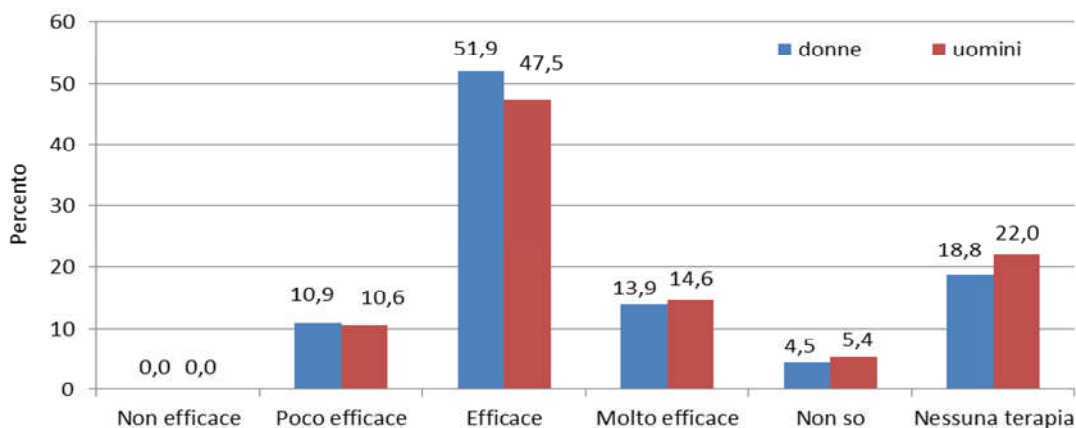
Figura 19. Se durante il ricovero ha sentito dolore, qual è il motivo?



Domanda 7. Efficacia delle terapie

Quanto all'efficacia delle terapie antidolorifiche, di cui alla domanda n. 7 "Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto è stata efficace?", si evidenzia la validità (efficace, molto efficace) per quasi il 65% del campione (più per le donne che per gli uomini: 65,8% vs 62%). Quasi l'11%, in entrambi i sessi ritiene scarso il risultato della terapia. Si nota che nessuno denuncia la totale inefficacia (Figura 20).

Figura 20. Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto è stata efficace?



Relativamente all'efficacia delle terapie un approfondimento può giungere dall'analisi per area di ricovero, a cui si riferisce il grafico di Figura 21 nel quale ove si apprezza come ciascun giudizio di efficacia si distribuisce nelle tre aree di ricovero.

È visibile l'assenza di pareri di totale inefficacia e una relativa abbondanza di giudizi positivi (efficace e molto efficace) da parte delle persone ricoverate in area chirurgica (76,9%) e in area medica (55,8%), ove prevalgono i casi che dichiarano di non avere ricevuto alcuna terapia (25,5% vs 11,6% in area chirurgica).

Il grafico di Figura 22 rappresenta la distribuzione dei sei giudizi di efficacia; si tratta delle stesse percentuali osservate in Figura 21 diversamente raggruppate, a sottolineare la distribuzione nelle aree.

La maggioranza delle persone ricoverate si orienta su un giudizio di efficacia in ciascuna area con un massimo nell'area chirurgica e un minimo in quella medica. Il giudizio di alta efficacia è massimo in area chirurgica e minimo in area medica. In area medica la consistenza dei non so risulta quasi doppia rispetto alla chirurgia (6,1% vs 3,3%).

Figura 21. Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto è stata efficace?

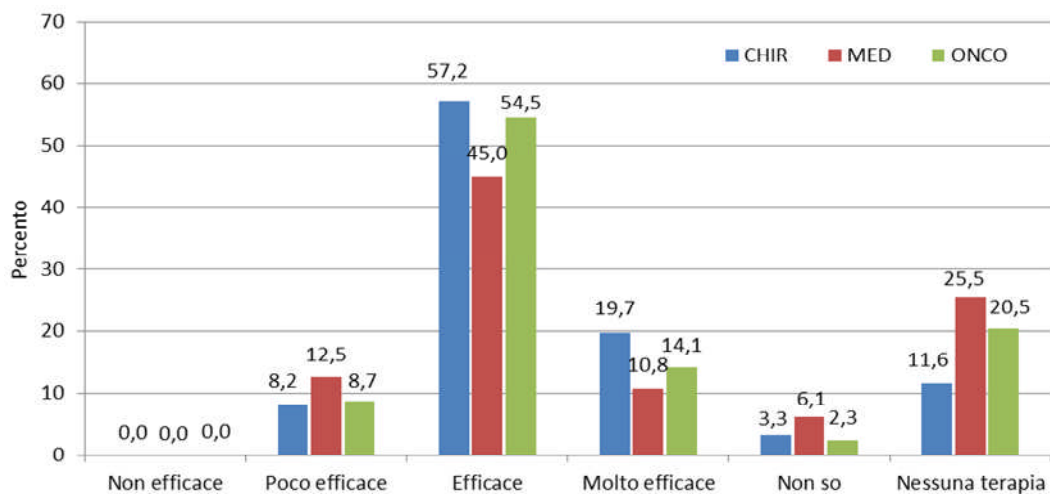
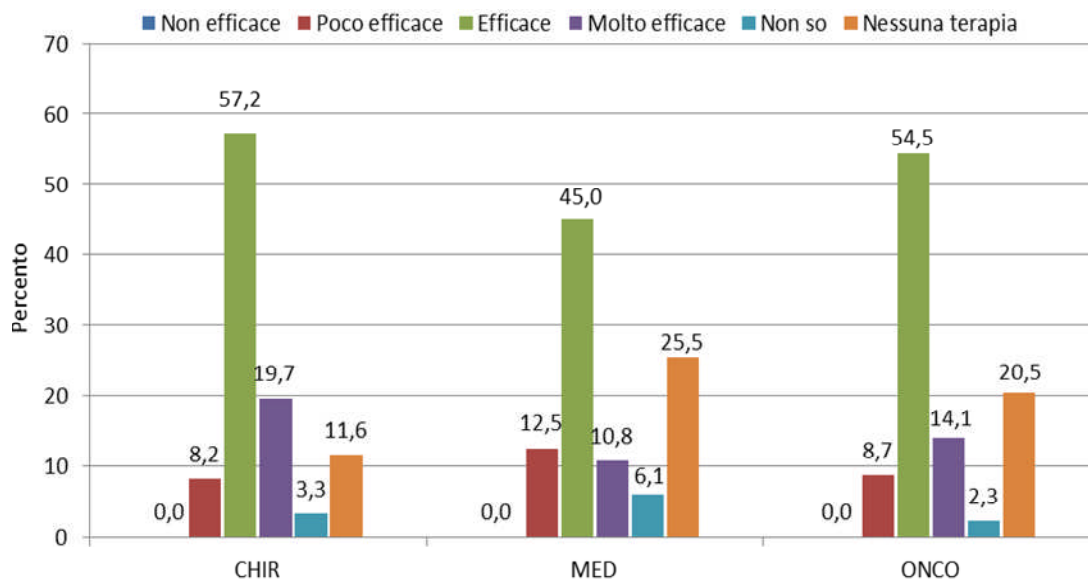


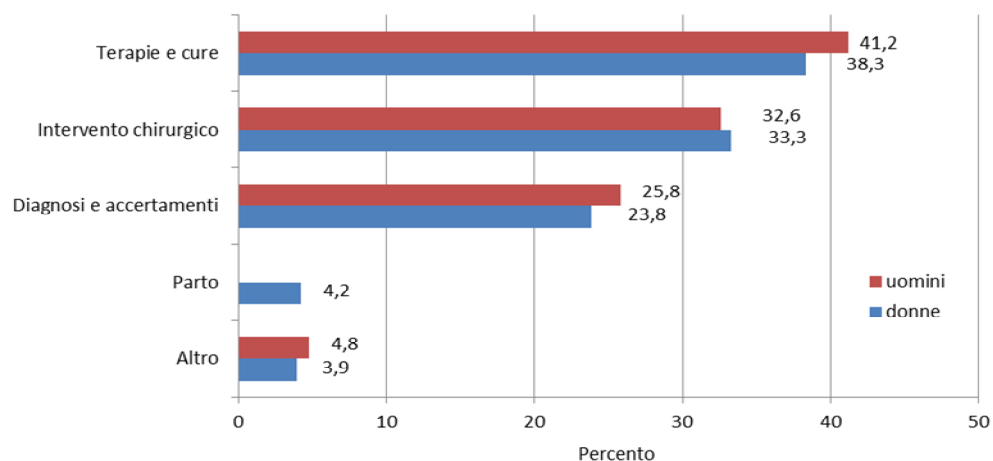
Figura 22. Efficacia terapie antalgiche



Motivo del ricovero

Le informazioni fornite circa i motivi del ricovero consentono di osservare quanto riportato in Figura 23. Per la maggioranza il ricovero è motivato dalla necessità di eseguire terapie e cure, segue l'intervento chirurgico e la necessità di eseguire diagnosi e accertamenti.

Figura 23. Motivi del ricovero per genere



Percezione del dolore e tempi di permanenza

Relativamente al tempo trascorso dal momento del ricovero, risulta quanto riportato in Figura 24. Uomini e donne non presentano differenze di rilievo nei tempi trascorsi dal momento del ricovero. Inoltre, incrociando i tempi di ricovero con i livelli di dolore risultano profili già riscontrati nelle precedenti indagini: i ricoveri più prolungati sono maggioritari nelle situazioni di dolore intenso, mentre quelli brevissimi prevalgono in assenza di dolore (Figura 25).

Figura 24. Tempo intercorso dal momento del ricovero

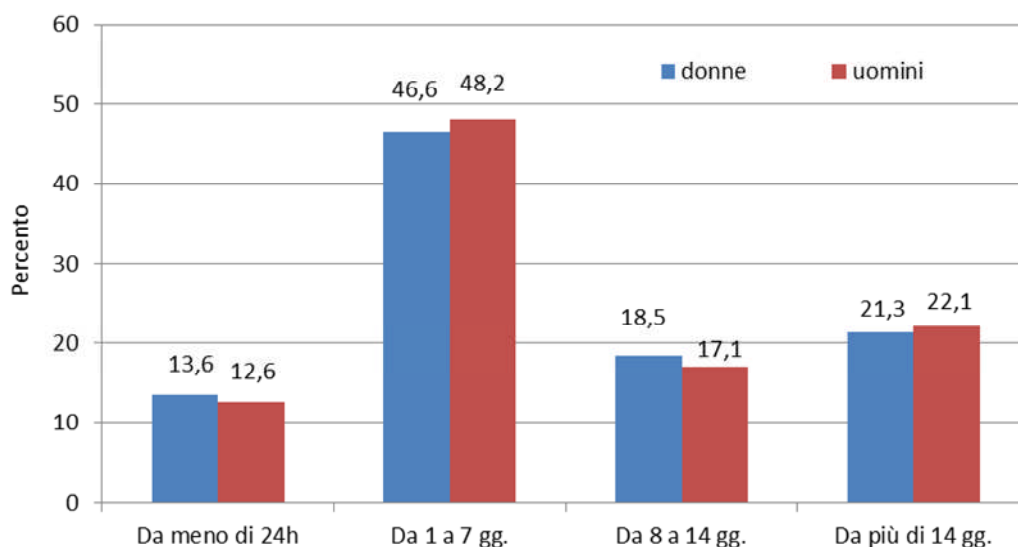
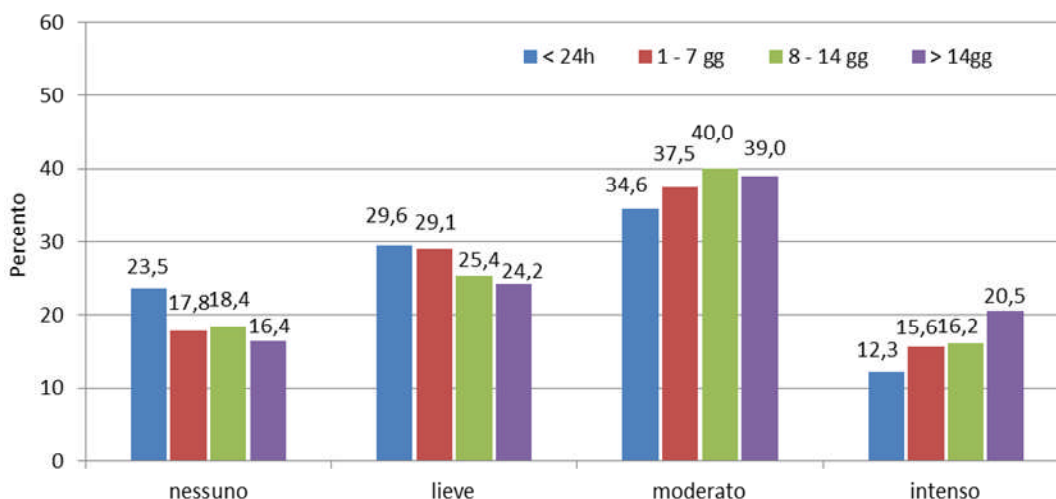


Figura 25. Tempo intercorso dal momento del ricovero per livello di dolore



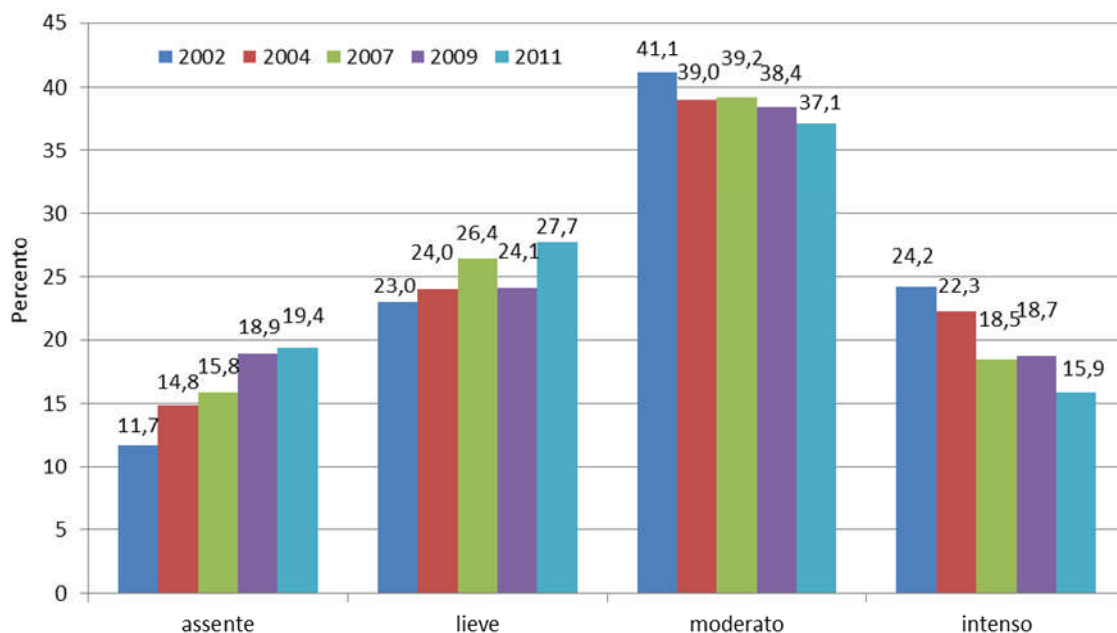
Tendenze nel tempo

Nelle precedenti edizioni dello studio, dal 2004 al 2009, le indagini epidemiologiche hanno interessato anche i pazienti presenti in *day hospital*, che invece non erano stati considerati nella prima edizione del 2002.

Contrariamente alla possibilità di un *plateau* di saturazione suggerito dall'indicatore di dolore intenso, che nelle due edizioni dello studio 2007 e 2009 registrava perfino una leggera risalita dell'indice stesso, nella rilevazione del 2011 si osserva invece una sensibile riduzione dello stesso indice: dal 18,7% del 2009 al 15,9% del 2011, statisticamente significativa ($P < 0,001$).

Anche il dolore moderato mantiene un tasso di riduzione costante, per quanto non elevato; viceversa, gli indici di basso dolore (assente e lieve) aumentano più o meno sensibilmente. A fronte della riduzione degli indici delle classi alte di dolore (soprattutto intenso) si registra una crescita di casi entro la zona degli indici di dolore lieve o assente. (Figura 26).

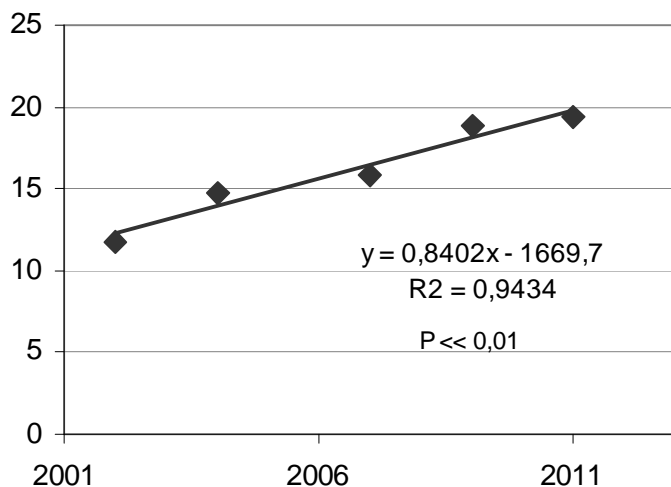
Figura 26. Andamento degli indicatori percentuali di dolore (anni 2002-2011)



L'aggiunta di un ulteriore dato annuale, che porta a 5 i dati storici disponibili, aumenta la sicurezza della procedura (regressione lineare) tesa a saggiare l'attendibilità dell'andamento suggerito dai dati.

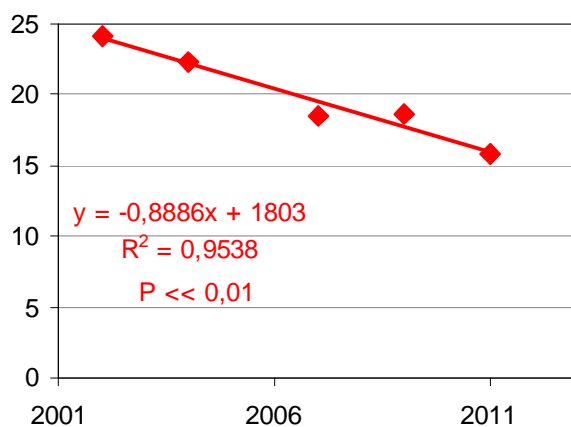
Le Figure 27 e 28 indicano, con alta probabilità, un *trend* in sicura diminuzione per il dolore intenso, al ritmo di 0,9 punti/anno, e in sicuro aumento di 0,8 punti/anno per il dolore assente, nonostante il *plateau* tendenziale presentato dalle ultime due precedenti edizioni 2007 e 2009.

Figura 27. Tendenza 2002-2011 nel dolore assente



Il coefficiente di determinazione R^2 indica che i punti sono ben allineati a confermare una tendenza costante, con poche oscillazioni, al passare dei singoli anni, ossia delle edizioni dello studio.

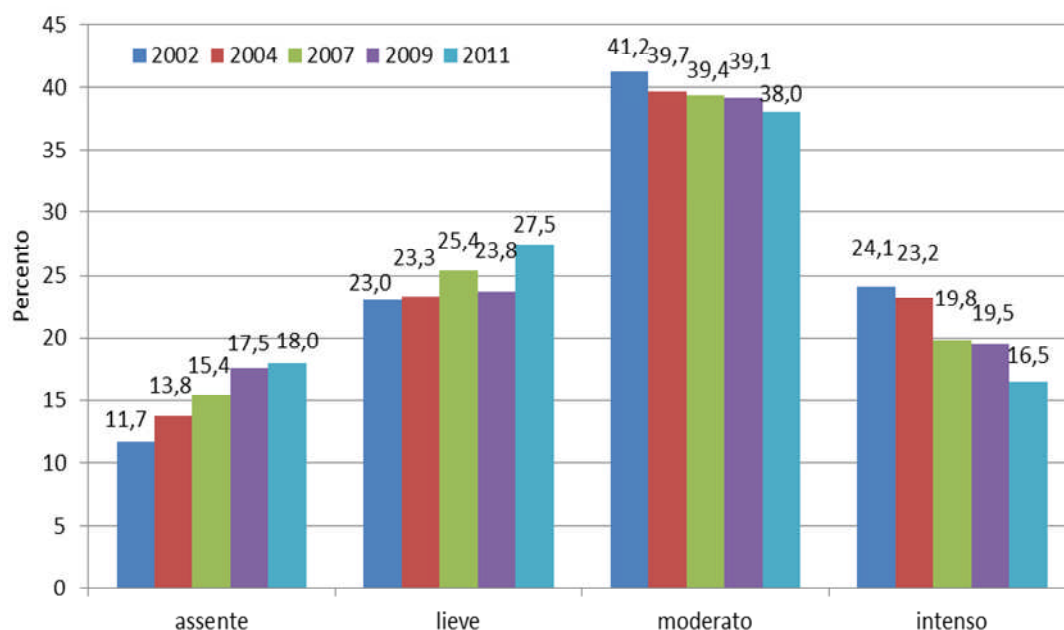
Figura 28. Tendenza 2002-2011 nel dolore intenso



Nel dolore intenso, grazie al netto miglioramento segnalato dalle ultime due edizioni 2009 e 2011 si osserva un R^2 in miglioramento, così come è di conseguenza minore la probabilità P di errore nell'affermare un andamento linearmente discendente, credibile. Due soli punti si collocano infatti poco al di fuori, sopra e sotto l'andamento ideale indicato dal segmento di retta della regressione calcolata.

Esaminando la serie storica per i soli ricoveri in regime ordinario si osserva che i profili già visti in Figura 26, indipendentemente dal tipo di ricovero, si ripetono in modo del tutto simile, migliorando anzi le caratteristiche più indicative, sia per il dolore assente sia per il dolore intenso (Figura 29). In queste due serie relative ai ricoveri ordinari non si verifica infatti il *plateau* con la sia pur piccola inversione di tendenza del dolore intenso riscontrato nelle edizioni dello studio 2007 e 2009.

Figura 29. Andamento degli indicatori di dolore (ricoveri ordinari)



Le analisi di tendenza (regressioni lineari) dei soli ricoveri ordinari presentano dunque valori ulteriormente migliorati fino a $R^2 = 0,97$ per il dolore assente e $R^2 = 0,96$ per il dolore intenso. Il miglioramento si traduce graficamente in una minore oscillazione dei dati intorno alle rette ideali di tendenza (Figure 30 e 31).

Relativamente agli indici di tendenza dei soli ricoveri ordinari si nota, oltre all'ottimo allineamento secondo la retta teorica, un netto miglioramento rispetto agli indici registrati nell'edizione 2009. Infatti la sicurezza dei risultati 2011 è decisamente sotto una probabilità di errore percentuale dell'1%, come segnalato nelle Figure 30 e 31 in conseguenza del netto miglioramento del 3% riportato dall'andamento del dolore intenso (Figura 29) tra le edizioni 2009 e 2011.

Figura 30. Tendenza 2002-2011, dolore assente (ricoveri ordinari)

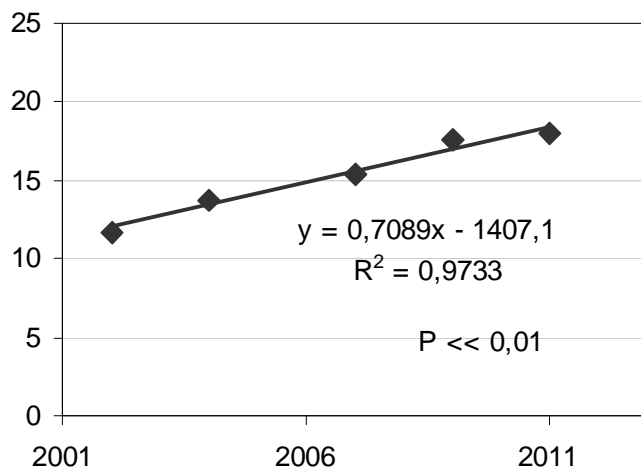
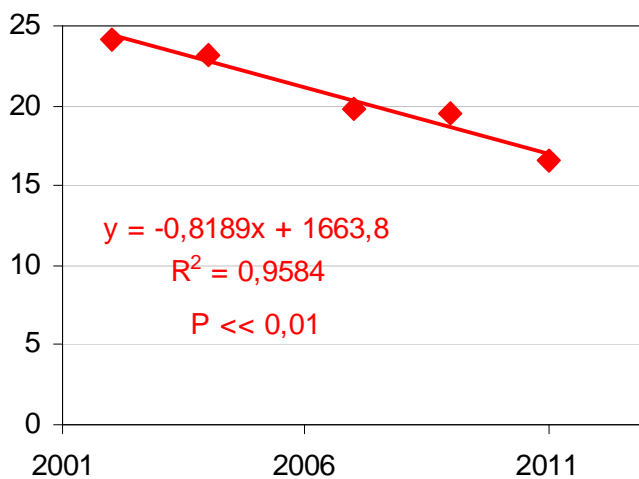


Figura 31. Tendenza 2002-2011, dolore intenso (ricoveri ordinari)



Tendenze nel tempo per area di ricovero

È interessante analizzare la tendenza per area di ricovero. In Tabella 9 è riportato il confronto tra il risultato complessivo 2011 con l'analoga verifica condotta nel 2009. Si osserva per il 2011 una decisa maggiore attendibilità rispetto al 2009 negli andamenti in diminuzione del dolore intenso per l'area chirurgica e per l'area medica; maggiore attendibilità si riscontra, sempre in area medica, anche per il *trend* positivo del dolore assente. In area oncologica non migliora l'attendibilità per il dolore intenso e peggiora per quello assente; la ridotta numerosità evidenzia solitamente oscillazioni individuali che riducono la sicurezza delle deduzioni.

Tabella 9. Tendenza per area di ricovero (ricoveri ordinari)

Area	Tipo dolore	m	P <	Signif. 2011	Signif. 2009
CHIR (2002-2011)	assente	0,54	0,29	ns	(*)
	intenso	-0,59	0,01	**	(*)
MED (2002-2011)	assente	1,03	0,00	**	*
	intenso	-1,01	0,01	**	*
ONCO (2002-2011)	assente	0,80	0,07	(*)	*
	intenso	-0,97	0,54	ns	ns

m coefficiente di regressione lineare, o tasso di variazione, dei punti %/anno

P probabilità di errore nell'affermare la sussistenza della regressione calcolata, indicata da 'm'

(*) significatività *border line*

* significatività usuale (probabilità di errore P <5%)

** alta significatività (probabilità di errore P <1%)

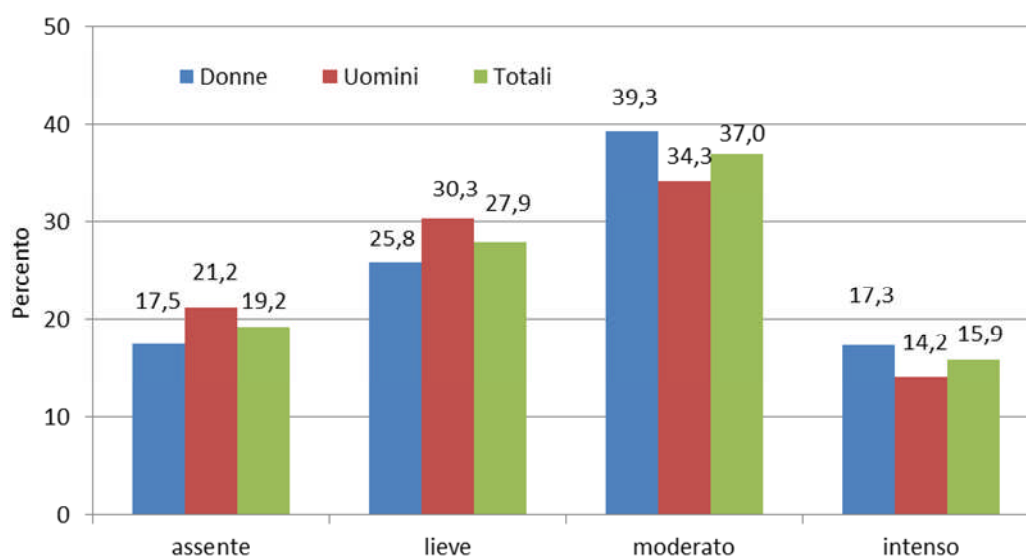
Genere e dolore

L'analisi di genere indica una differente percezione del dolore tra i generi la cui distribuzione è riportata in Tabella 10 e nel corrispondente grafico (Figura 32). Nella Figura insieme all'andamento del dolore per genere, è riportato anche quello complessivo

Tabella 10. Distribuzione dolore per genere nell'anno 2011

	assente		lieve		moderato		intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Donne	793	17,52	1.169	25,83	1.778	39,29	785	17,35
Uomini	822	21,25	1.173	30,32	1.326	34,27	548	14,16
Totale	1.615	19,24	2.342	27,90	3.104	36,98	1.436	16,88

Figura 32. Distribuzione del dolore "al momento", per genere e complessivo



Nel 2009 si registrava un aumento della differenza del rischio di incorrere nel dolore intenso da parte delle donne (OR=1,4 P <0,0001). Nel 2011 si ripete per le donne lo stesso andamento con un rischio di incorrere in dolore intenso pari a 1,3. D'altro canto la probabilità di registrare dolore assente è significativamente maggiore per gli uomini (OR=1,3 P <0,0001). Dunque, pur rimanendo a un livello di modesta intensità, e in riduzione rispetto a quanto emerso nel 2009, i dati confermano anche nella rilevazione 2011 che per le donne permane una probabilità complessiva di disagio maggiore (più dolore intenso, meno dolore assente) rispetto agli uomini.

Si è inoltre cercato di verificare se la diversa percezione del dolore del sesso femminile variasse con la disciplina di ricovero. Dall'analisi 2011 emerge che la donna ha una percezione di dolore intenso superiore all'uomo, sia complessivamente sia nelle aree

chirurgiche e mediche, mentre non si può concludere alcunché per l'area oncologica, come riportato dalla sottostante Tabella 11. Detti raffronti appaiono inferiori al 2009 ove si è registrato anche un rischio (OR) di valore pari a 2 (interpretabile come doppio rischio delle donne rispetto agli uomini di incorrere nel dolore intenso).

Tabella 11. Rischio dolore intenso per genere e area e genere

2011	confronto	OR *	P < ... **
Generale, tutte le aree	F vs M	1,3	0,0001
Chirurgica	F vs M	1,4	0,005
Medica	F vs M	1,3	0,0005
Oncologica	F vs M	0,7	0,3 (non signif.)

* OR (*odd ratio*) = probabilità del rischio, del genere femminile vs quello maschile

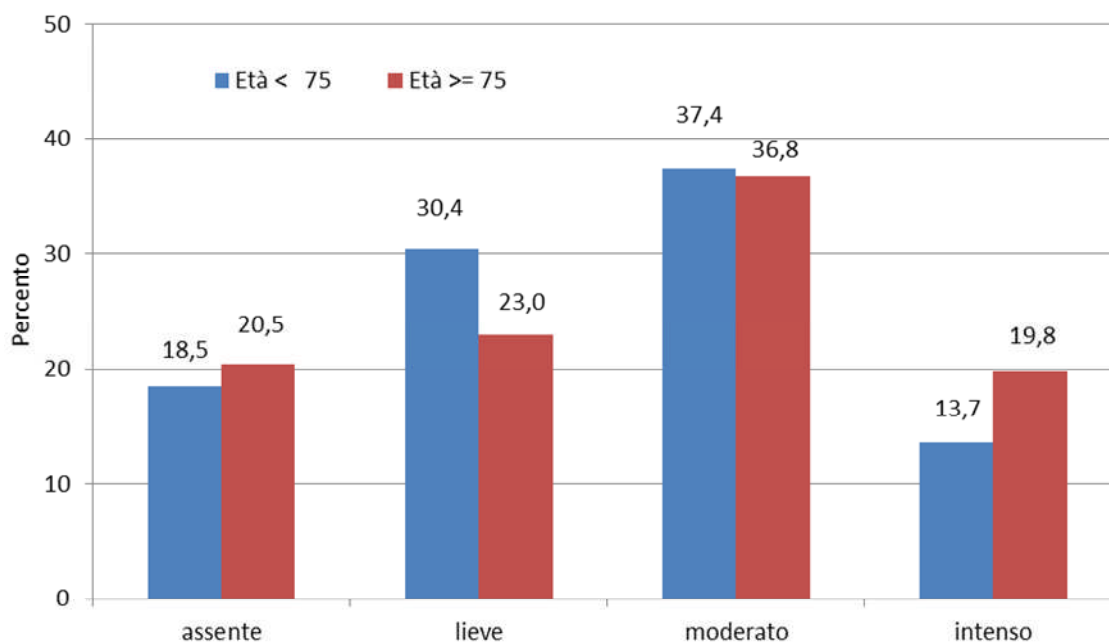
** P = entità dell'errore (tra 0 e 1) con cui si afferma la differenza tra i gruppi a confronto

Età e dolore

Suddividendo il campione nelle due fasce di età (<75; ≥75), si notano differenze statisticamente significative in tre dei quattro livelli di dolore: nei livelli assente e lieve si registra una significativa prevalenza nella classe <75 anni (P <0,03 e P <0,001 rispettivamente) mentre per il dolore intenso la differenza è altamente significativa per la classe di età ≥75 anni (Tabella 12 e Figura 33).

Tabella 12. Dolore per fasce di età (<75; ≥75)

Età	Assente		Lieve		Moderato		Intenso		Totale
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<75	967	18,46	1.594	30,43	1.961	37,43	717	13,69	5.239
≥75	593	20,50	664	22,96	1.063	36,76	572	19,78	2.892
Totale	1.560	19,19	2.258	27,77	3.024	37,19	1.289	15,85	8.131

Figura 33. Dolore per fasce di età (<75; ≥75)

In considerazione della consistenza del campione indagato, è possibile analizzare l'intensità del dolore per fascia di età e sesso (Figure 34 e 35).

Per la fascia di età <75 anni si riscontrano differenze statisticamente significative nei livelli di dolore assente e lieve ove prevalgono gli uomini, mentre nei livelli moderato e intenso prevalgono significativamente le donne. La fascia di età ≥75 anni conferma gli stessi risultati seppure in modo più sfumato: il livello assente risulta poco significativo, mentre gli altri tre livelli lo sono con P <0,05.

Figura 34. Dolore per genere fascia di età <75

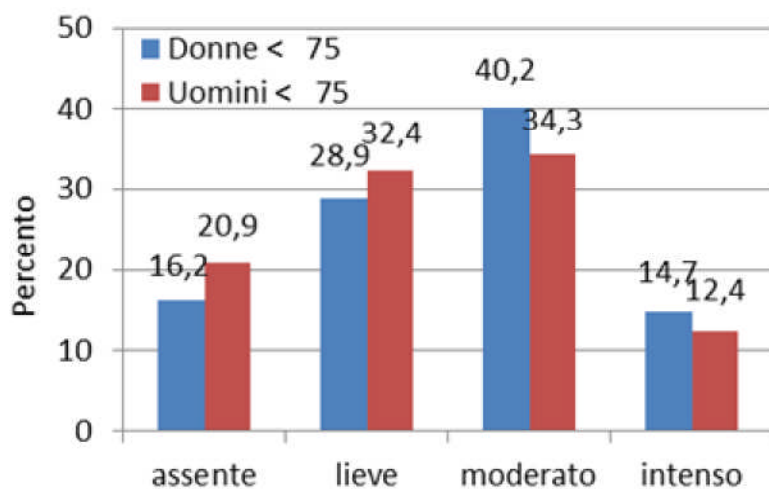
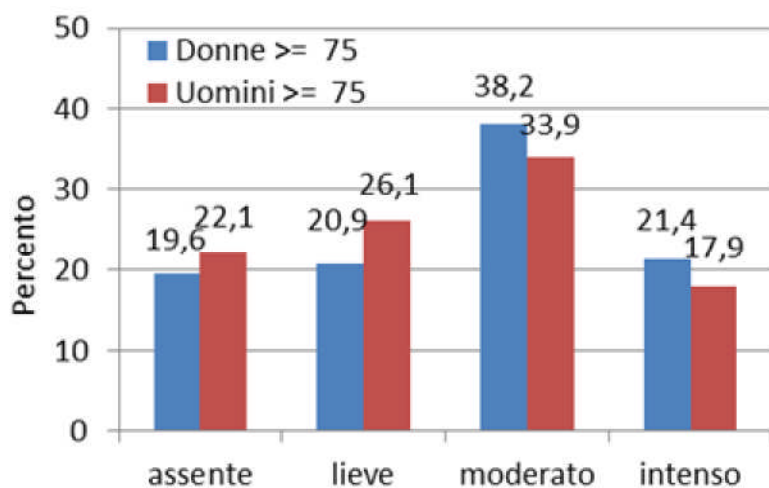


Figura 35. Dolore per genere fascia di età ≥75



Grado di istruzione e livello di dolore

Relativamente al grado di istruzione (titolo di studio o ultima scuola frequentata) si osserva in Figura 36 che la maggioranza di rispondenti (64%) segnala un livello di istruzione medio-basso, mentre il 33% si distribuisce sui livelli medio-superiore e universitario. Il 3% è privo di titolo di studio.

La distribuzione dei livelli di dolore "al momento" per grado di istruzione appare come da Figura 37.

Figura 36. Distribuzione del titolo di studio

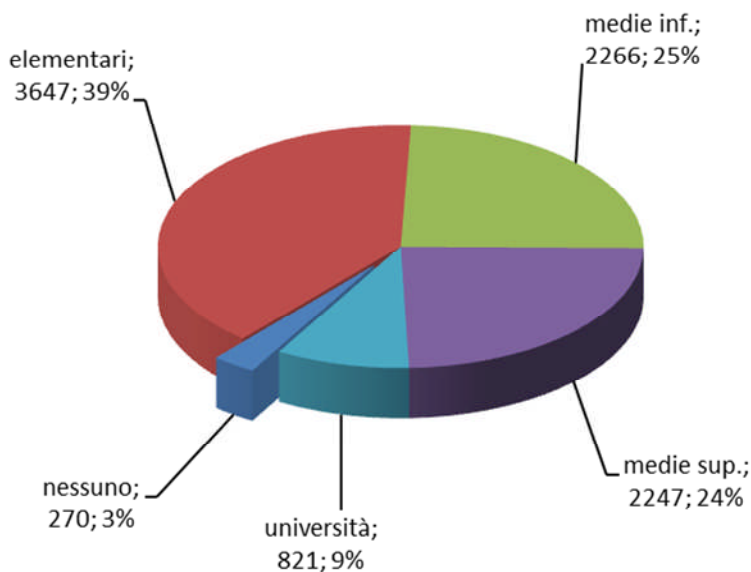
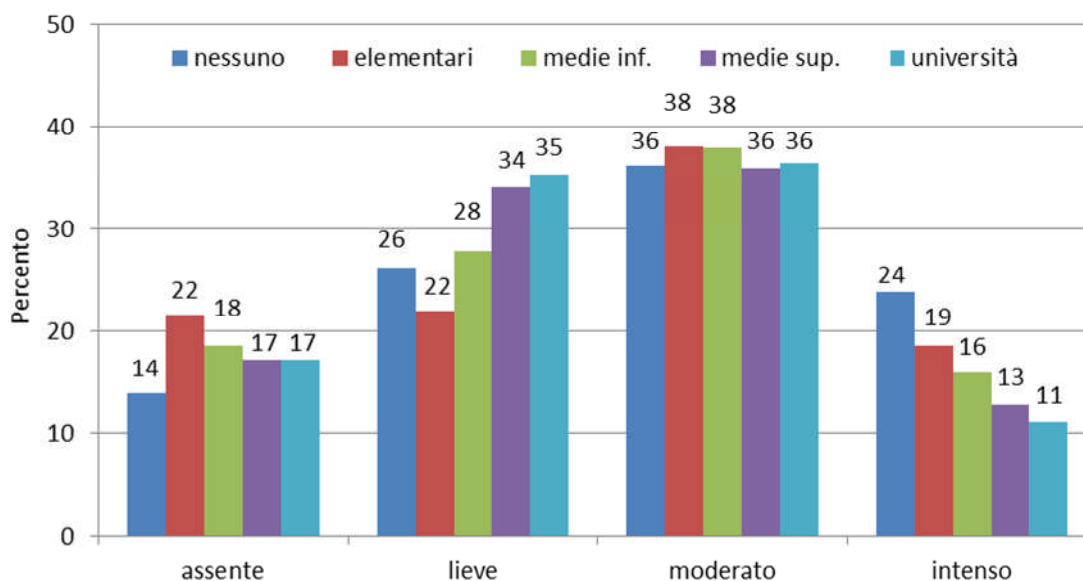


Figura 37. Grado di istruzione per livello di dolore



L'andamento, in quanto a profilo, ripete con poche varianti quanto già osservato nel 2009. Astraendo dalla presenza maggioritaria ed equamente ripartita, per istruzione, di coloro che hanno livello dolore moderato, è interessante osservare la distribuzione degli altri tre livelli di dolore associati con il grado di istruzione. Come nelle precedenti edizioni dello studio si osserva che la diffusione del dolore intenso appare inversamente proporzionale al grado di istruzione. Il dolore assente appare di nuovo inversamente presente al grado di istruzione ma a un tasso di variazione modesto dal 22% al 17% e determinato dal livello di istruzione elementare.

Una possibile interpretazione d'insieme potrebbe consistere nella migliore disposizione a gestire la situazione dolorosa con maggiore consapevolezza su genesi e trattamento del dolore di chi ha un più avanzato grado di istruzione. Nello stesso tempo chi ha grado di istruzione minore, ma che sappiamo essere di età più avanzata, sembra dare meno importanza agli stati di dolore minore o assente, verosimilmente finché la situazione non va peggiorando, quando forse subentra per questi una maggiore impreparazione ad affrontare i relativi disagi.

La Figura 37 mostra un *trend* in diminuzione del dolore intenso all'aumentare del livello di istruzione, anche disaggregando per genere non si notano grandi variazioni come risulta dalle Figure 38 e 39. Si confermano per entrambi i generi gli andamenti del dolore intenso ancora in evidente correlazione inversa e del dolore lieve in sostanziale correlazione diretta col grado di istruzione. Una differenza è invece visibile nella prevalenza di uomini di istruzione universitaria nel dolore lieve che tra le donne si sposta sul dolore moderato.

Pur con tutti i limiti della bassa numerosità assoluta dei casi privi di titolo di studio, si osserva ancora un'altra volta che gli uomini in questa categoria si concentrano percentualmente sul dolore lieve, mentre le donne si concentrano sul dolore moderato.

Figura 38. Istruzione e dolore - donne

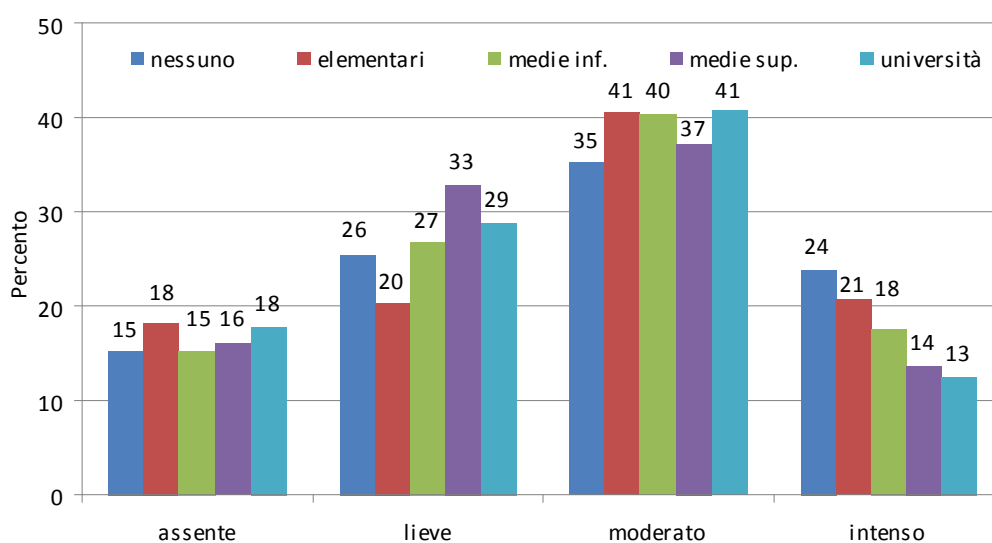
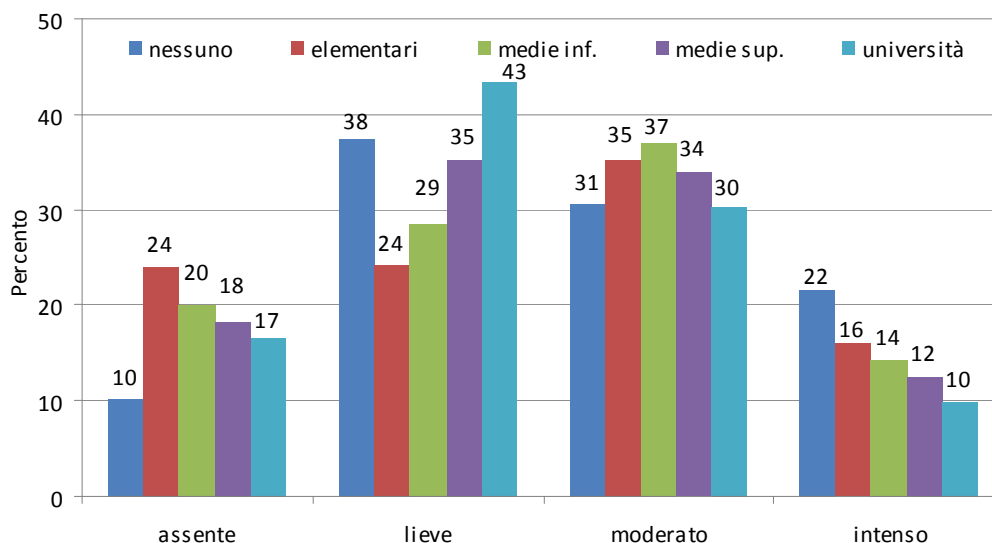


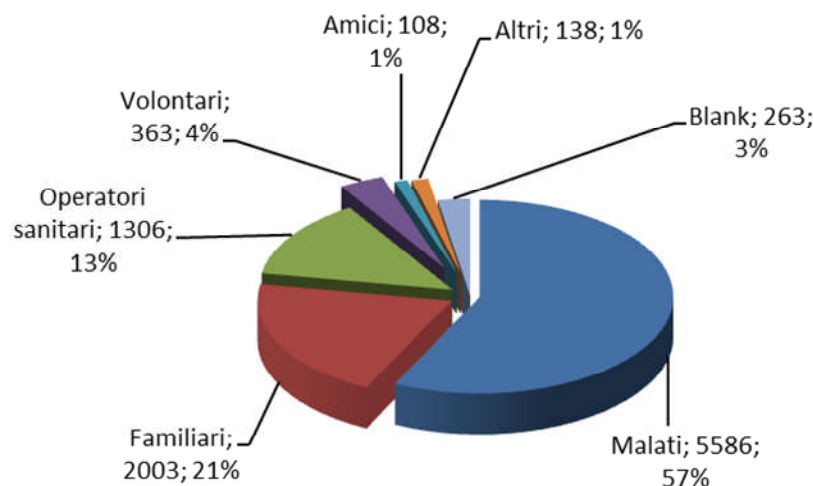
Figura 39. Istruzione e dolore - uomini



Compilatori dei questionari e livello di dolore

Analizzando la distribuzione dei compilatori del questionario in ambito di ricovero ospedaliero si osserva che la maggioranza è costituita dalle stesse persone ricoverate (57%) e che oltre il 40% è rappresentato da altre figure coadiuvanti (Figura 40).

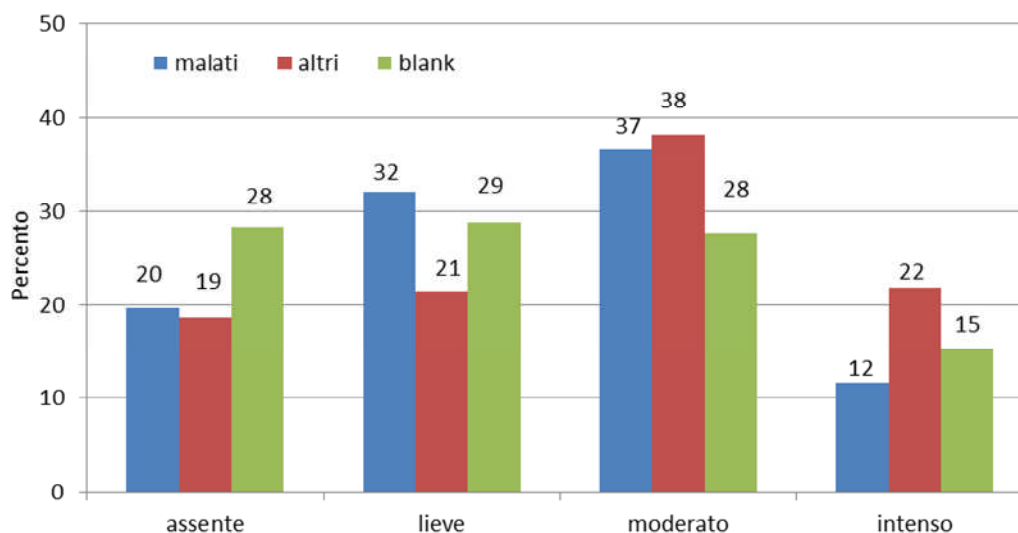
Figura 40. Distribuzione dei compilatori



Si nota che il ruolo dei familiari è quasi doppio rispetto a quello degli operatori sanitari. Entrando poi nell’esame della distribuzione delle classi di dolore “al momento” si può confermare che quanto maggiore è la presenza di dolore tanto più scende l’opzione di compilare in proprio il questionario. La Figura 41 mostra effettivamente che nel dolore intenso la quota di altri compilatori è significativamente maggiore (P <0,001) di ciascuna delle altre due categorie.

Analogamente significativa ($P < 0,001$) è la prevalenza di malati compilanti nella classe di dolore lieve. È qui confermata anche la costante per cui tra i casi con assenza di dolore sono presenti i meno inclini a rispondere alle domande, in generale.

Figura 41. Distribuzione dei livelli di dolore per compilatori



Disaggregando per area si nota una certa ripetizione di andamento delle caratteristiche essenziali suddette, per entrambe le aree chirurgica e medica (*Figure 42 e 43*). Per esse si mantengono le alte significatività per il dolore lieve e intenso sopra descritte.

Si discosta un poco l'area oncologica che, anche a motivo della scarsa numerosità, presenta modifiche di rilievo: scompare la significatività nel dolore assente e si riduce ($P < 0,02$) il livello di significatività nel dolore intenso in cui - tra l'altro - la proporzione di non risposte è la più alta di quanto, per lo stesso livello, non appaia nelle altre due aree (*Figura 44*).

Figura 42. Livello di dolore per compilatori in chirurgica

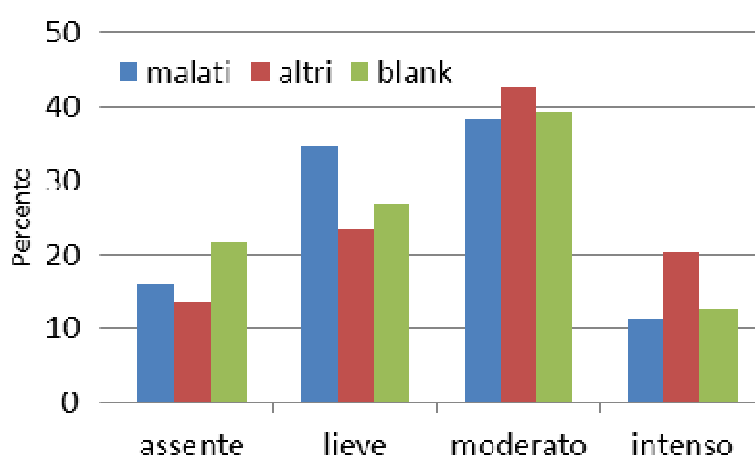


Figura 43. Livello di dolore per compilatori in medicina

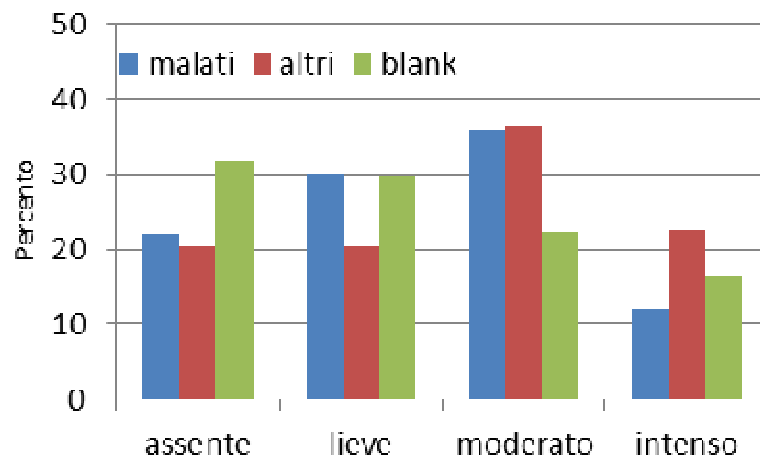
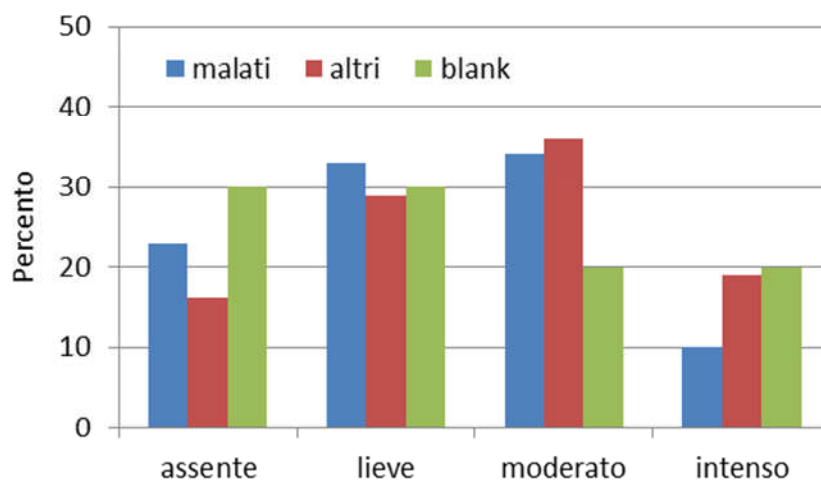


Figura 44. Livello di dolore per compilatori in oncologia



Sezione II.

Indagine sul dolore in hospice

Caratteristiche dello studio in hospice

Allo stato attuale in Emilia-Romagna 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 25 maggio 2011 ha riguardato non solo le strutture ospedaliere ma anche gli hospice presenti in regione.

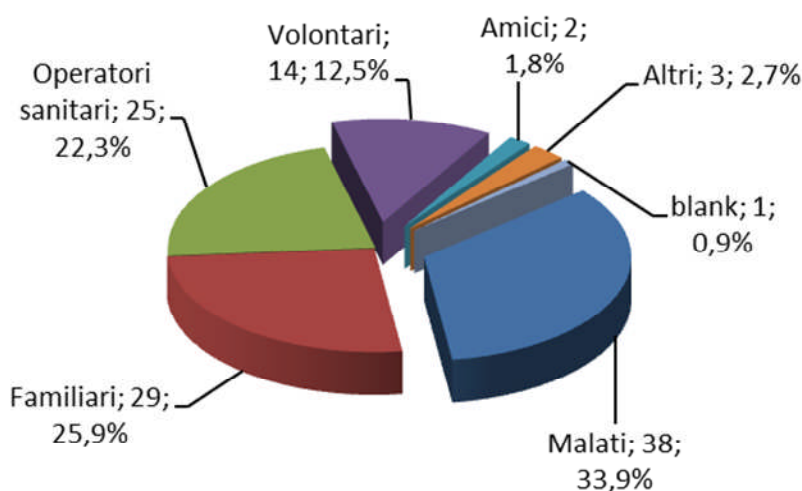
Le valutazioni e gli elementi di riflessione che emergono sono riconducibili a un ambito di cura peculiare e differente da quello ospedaliero e devono quindi tenere conto del tipo di patologia prevalentemente oncologica e della particolare condizione esistenziale vissuta dalle persone ricoverate in hospice.

Come già sottolineato, l'indagine epidemiologica realizzata il 25 maggio 2011 ha riguardato non solo le strutture ospedaliere ma anche gli hospice presenti in regione. All'indagine hanno aderito 17 hospice, pari all'85% delle strutture attive alla data in cui è stata eseguita l'indagine. Di seguito si presentano i risultati dell'analisi.

Sono state raccolte 111 schede del sollievo: il 55,1% (59/111) dei rispondenti è di genere femminile e il 44,9% (48/111) di genere maschile, per 4 casi il genere non è noto. Il tasso di risposta calcolato sui presenti in hospice al momento dell'indagine si aggira attorno al 57% (111/196), valore stabile rispetto al risultato del 2009.

Per quanto riguarda i compilatori materiali del questionario si osserva la notevole prevalenza di soggetti diversi dall'ammalato: tra questi i familiari rappresentano il 25,9%, solo il 33,9% dei malati risponde autonomamente, diversamente da quanto osservato in ambito ospedaliero (Figura 45).

Figura 45. Compilatori del questionario



La Figura 46 presenta la distribuzione del campione per classe d'età e genere. L'età media degli uomini è di 68,7 anni contro un'età media delle donne di 73,4 con una differenza statisticamente significativa ($P < 0,05$).

Analizzando poi le età ripartite per decenni, il grafico mostra chiaramente che in hospice si presenta un addensamento percentuale di casi nella fascia di età 71-80 (Figura 47).

Figura 46. Distribuzione per classi di età e genere

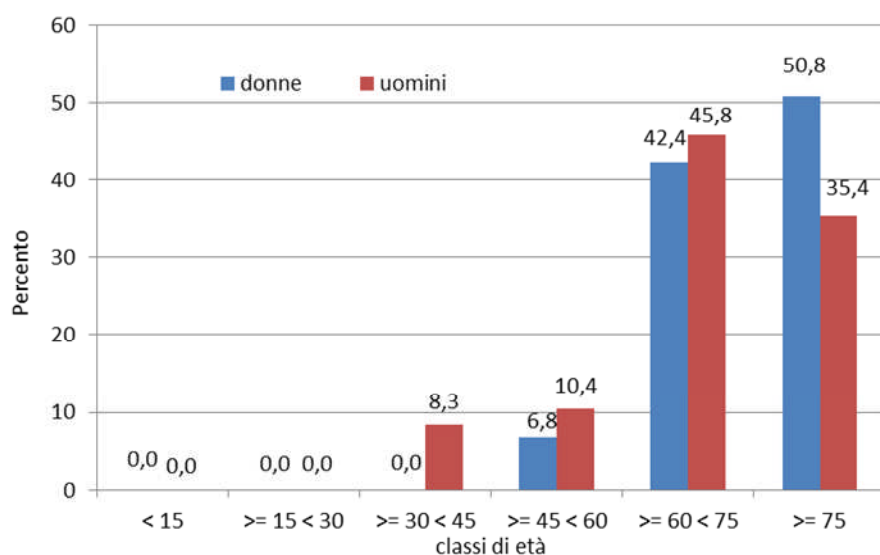
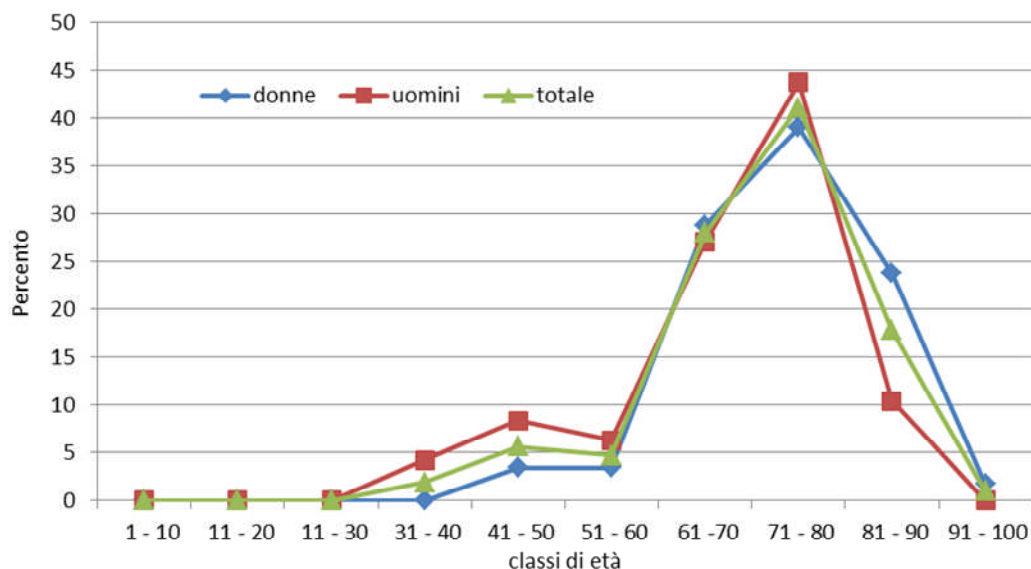


Tabella 13. Medie età e genere

	femmine	maschi	tutti *
N. casi	59	50	109
Media	73,4	68,7	71,1
Dev. standard	10,3	12,9	11,6

* Con 2 casi *missing* si ricostituisce il totale di 111 casi.

Figura 47. Distribuzione delle età per decadi e genere

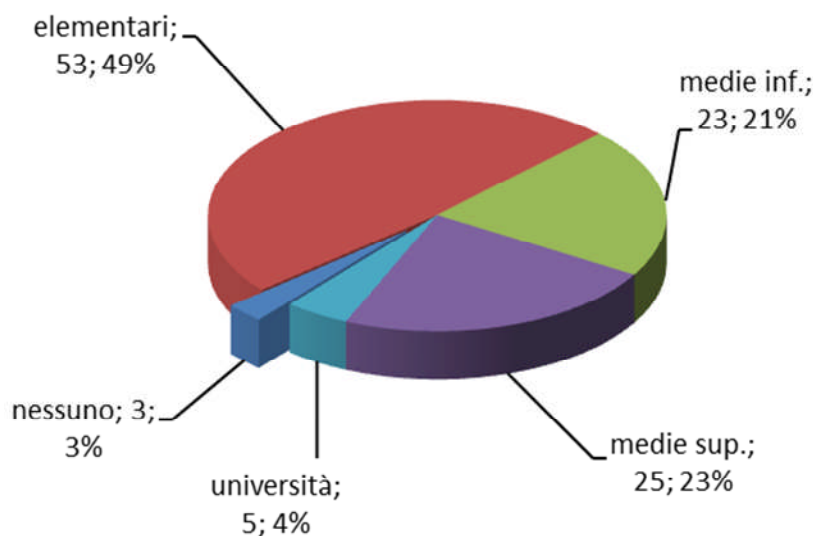


Il campione mostra il peso delle presenze maschili: maggiori nella fasce 71-80 e minori nella fascia successiva, pur non potendosi qualificare come una differenza statisticamente significativa ($P < 0,13$).

Relativamente alla provenienza regionale si osserva che il 95,5% (106/111) risiede in Emilia-Romagna.

Un ulteriore fattore descrittivo è il grado di istruzione dei rispondenti, direttamente o per interposta persona, quale risulta in Figura 48. Il 28% (30/111) ha un livello di istruzione superiore (università e media superiore), mentre il 69% (76/111) ha un livello di istruzione inferiore (elementare e media inferiore).

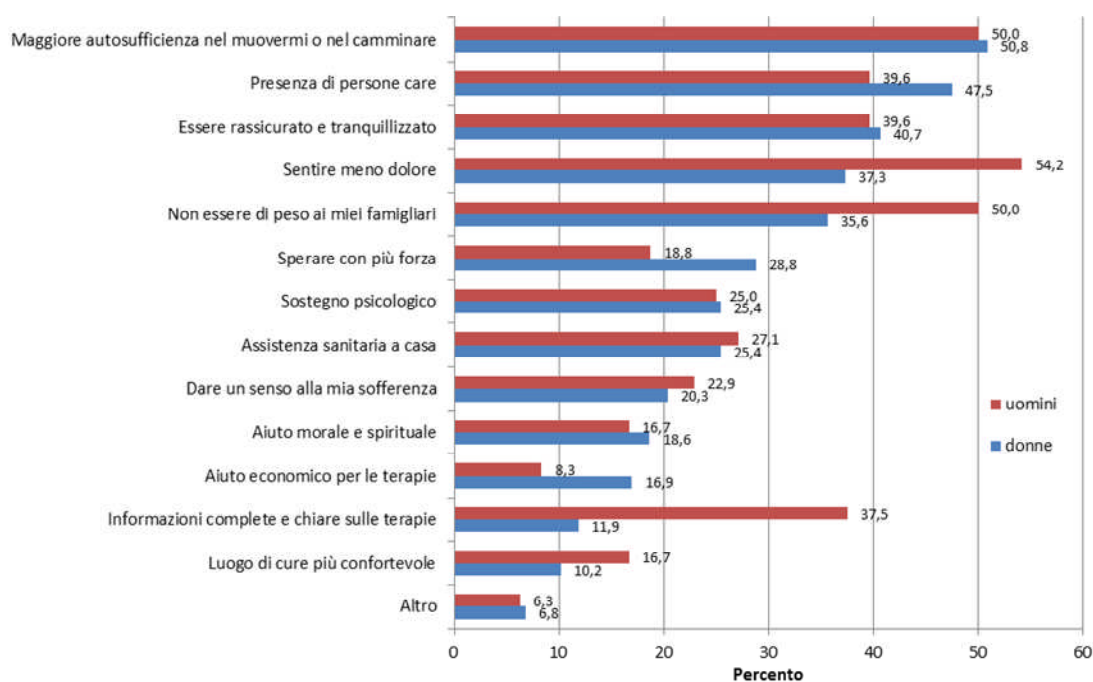
Figura 48. Distribuzione del grado di istruzione



Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

Alla domanda "Cosa desidera per provare sollievo?" la persona ricoverata poteva selezionare più voci tra quelle proposte per ottenere risposte al bisogno di sollievo (Figura 49). Le risposte maggiormente selezionate (ordinando secondo il gruppo femminile, benché gli uomini presentino alcune sensibili varianti) sono: maggiore autosufficienza, presenza di persone care, essere rassicurato e sentire meno dolore, risposta che oltre la metà degli uomini (54,2%) colloca al primo posto. La voce sul non essere di peso ai miei famigliari si colloca al 5° posto per le donne e al 2° posto per gli uomini. La voce informazioni sulla terapia è al 13° posto, tra le ultime per le donne, mentre per gli uomini è al 5° posto.

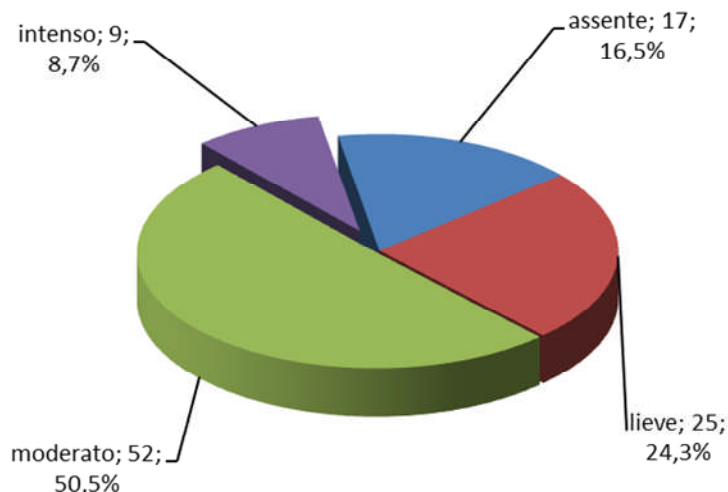
Figura 49. Cosa desidera per provare sollievo?



Domanda 2. Il "termometro" della sofferenza

In hospice il dolore percepito al momento della compilazione della scheda, rispondendo alla richiesta provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento, è valutato con la scala analogico-numerica (0: dolore assente - 10: massimo dolore immaginabile) e poi classificato nei quattro livelli d'intensità del dolore: assente (0), lieve (1-3), moderato (4-7) e intenso (8-10), in analogia con le precedenti analisi.

Figura 50. Livello di dolore



Nel campione in studio per l'anno 2011 (tra parentesi i risultati del 2009) il dolore "al momento" risulta così distribuito: assente 16,5% (12,4%); lieve 24,3% (25,9%); moderato 50,5% (45%); intenso 8,7% (16,9%).

Nel 2011 dolore assente e intenso migliorano sensibilmente, l'uno crescendo di oltre 4 punti e il secondo riducendosi di oltre 7 punti percentuali; cresce però il dolore moderato; di conseguenza nel 2011 il complesso del dolore più alto (moderato e intenso) migliora solo di due punti e mezzo.

Disaggregando per sesso si ottiene il grafico in Figura 51. Nonostante la scarsità dei dati per singolo livello di dolore, il profilo ottenuto ricalca il classico andamento con picco sul livello di dolore moderato per entrambi i generi. Si nota la prevalenza di dolore assente nelle donne e di dolore lieve negli uomini.

I diversi livelli di dolore possono essere meglio esplorati osservando la distribuzione percentuale lungo tutta la scala dei punteggi da 0 a 10 (Figura 52).

Figura 51. Distribuzione del dolore "al momento"

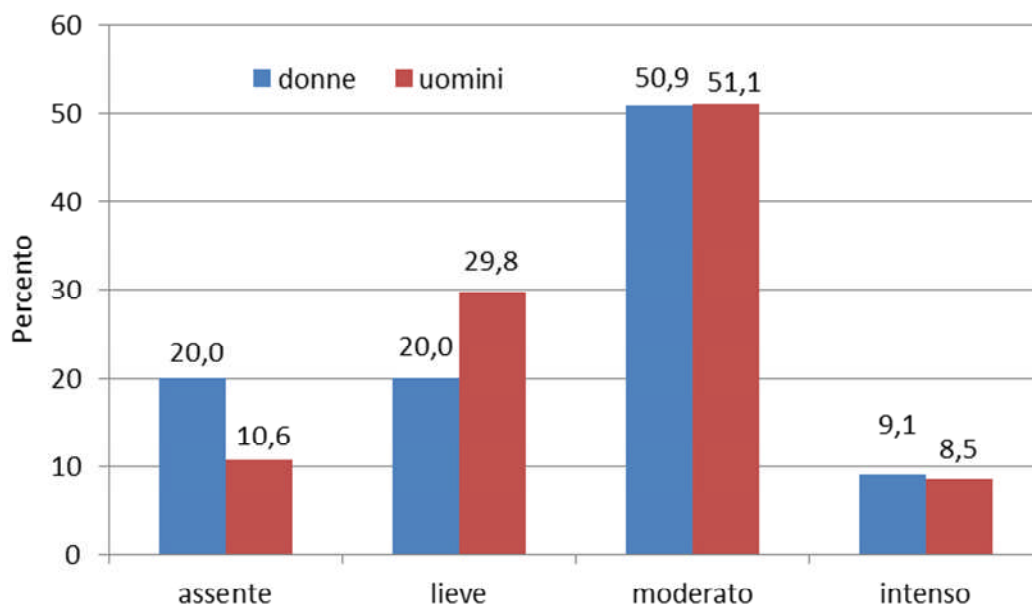
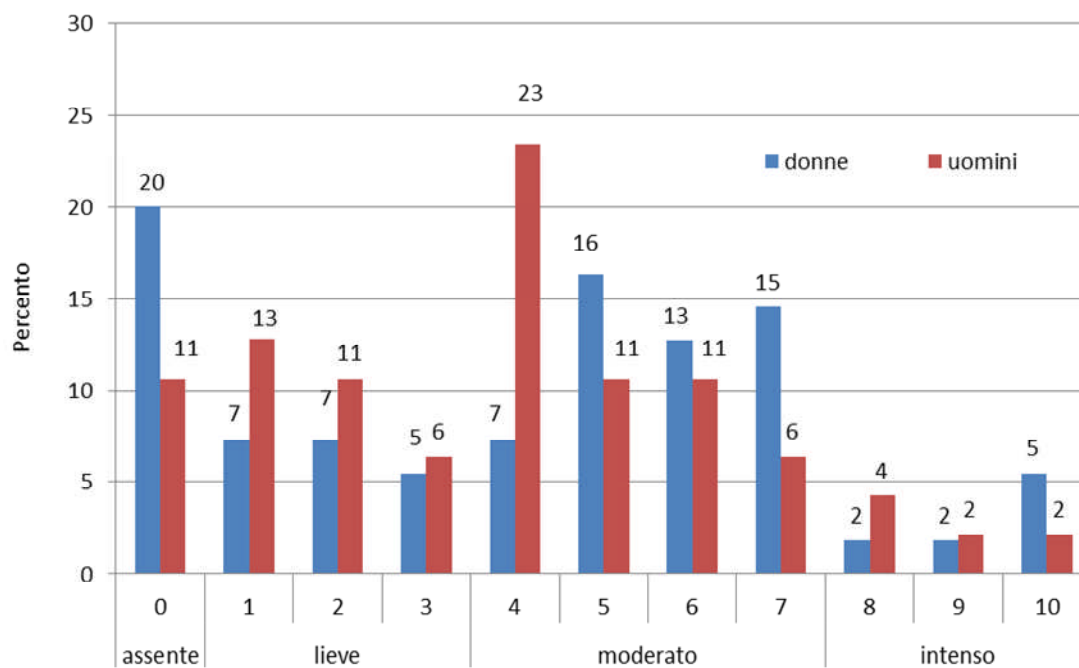


Figura 52. Distribuzione del dolore percepito: dettaglio

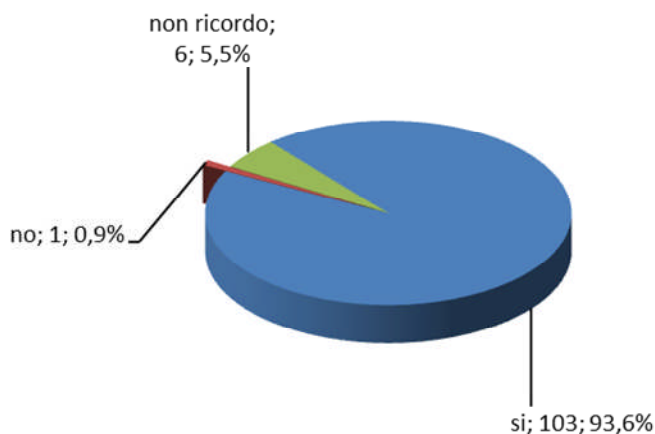


Domande 3 - 4 - 5. Rilevazione dolore nel corso del ricovero

Con la domanda n. 3 "All'inizio del ricovero il personale Le ha chiesto quanto dolore aveva?" risulta che al 93,6% delle persone ricoverate è stata rivolta la domanda.

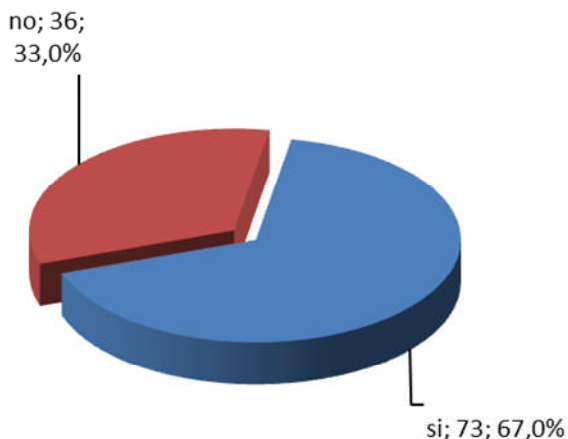
Solo un caso riporta di non avere ricevuto alcuna richiesta di informazioni circa l'eventuale stato doloroso all'ingresso.

Figura 53. Rilevazione dolore al momento del ricovero



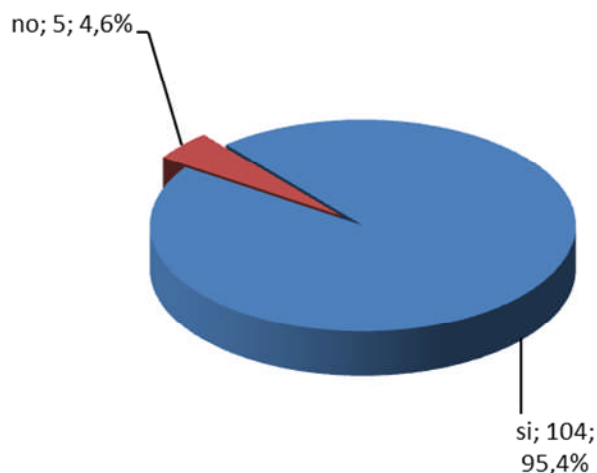
Il 67% dei pazienti dichiara di avere avuto dolore durante il ricovero, come risulta dalla quarta domanda (*Figura 54*).

Figura 54. Presenza di dolore durante il ricovero?



Analogamente alla terza, la quinta domanda "Durante il ricovero il personale sanitario Le ha chiesto se ci sono state variazioni di dolore?" indaga se durante il ricovero il personale sanitario ha chiesto notizie sulle eventuali variazioni di dolore. La domanda è stata posta al 95,4% degli ammalati.

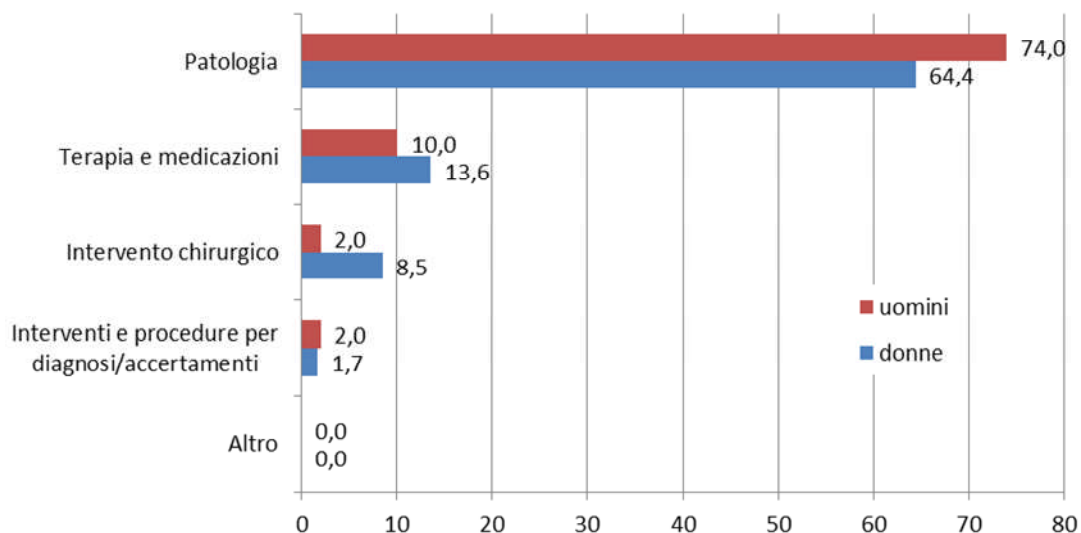
Figura 55. Durante il ricovero il personale sanitario le ha chiesto se ci sono state variazioni di dolore?



Domanda 6. Motivo del dolore

Il 6° quesito "Se durante il ricovero ha sentito dolore, qual è il motivo?" indaga sui motivi che le persone ritengono responsabili del dolore. In hospice le persone ricoverate attribuiscono il motivo del dolore prevalentemente a specifiche patologie (uomini 74%, donne 64,4%).

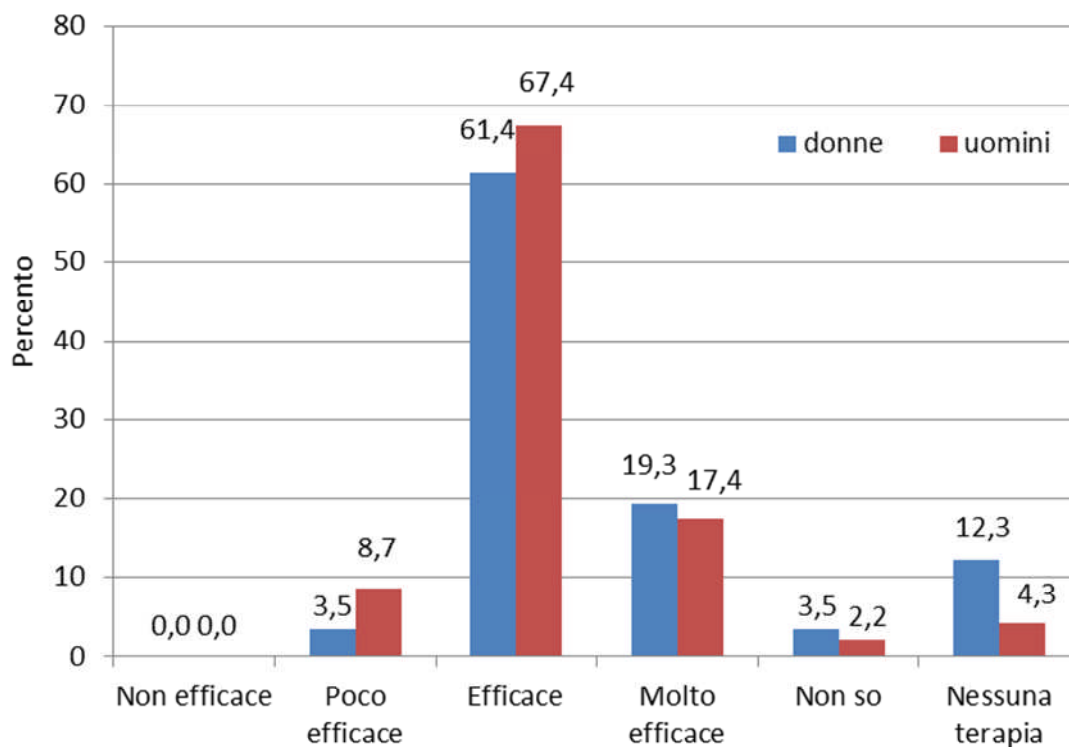
Figura 56. Se durante il ricovero ha sentito dolore, qual è il motivo?



Domanda 7. Efficacia delle terapie

Particolare importanza riveste il 7° quesito "Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto è stata efficace?". In complesso l'82,5% giudica efficace e molto efficace il trattamento antalgico ricevuto (84,8% degli uomini contro l'80,7% delle donne). Nessuna risposta indica una totale inefficacia.

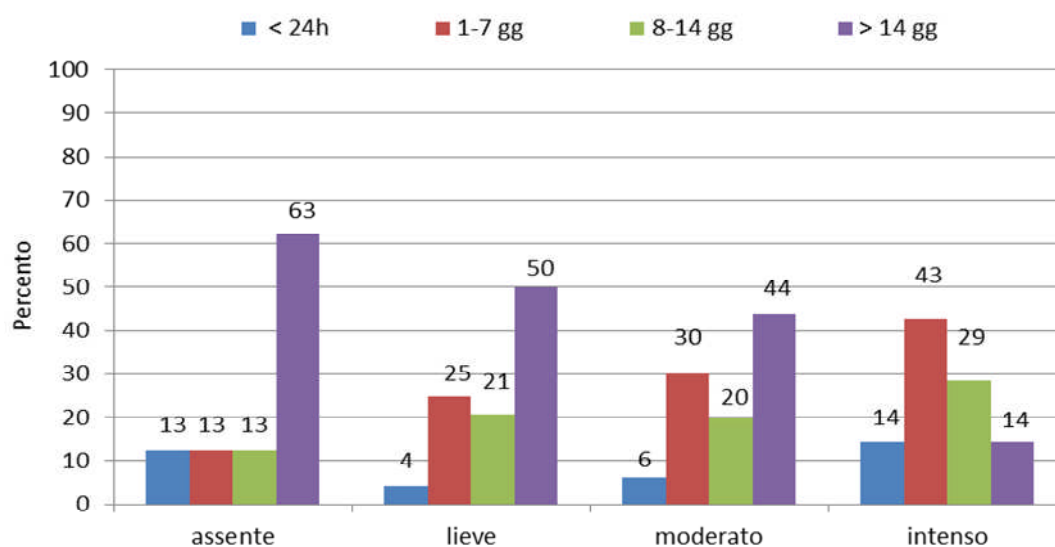
Figura 57. Effetto delle terapie antalgiche



Percezione del dolore e tempi di permanenza

La sottostante Figura 58 mette evidenza che il livello di dolore intenso è collegato a un ricovero di durata inferiore a 7 giorni. Con l'allungamento della permanenza in hospice prevale il dolore assente e lieve.

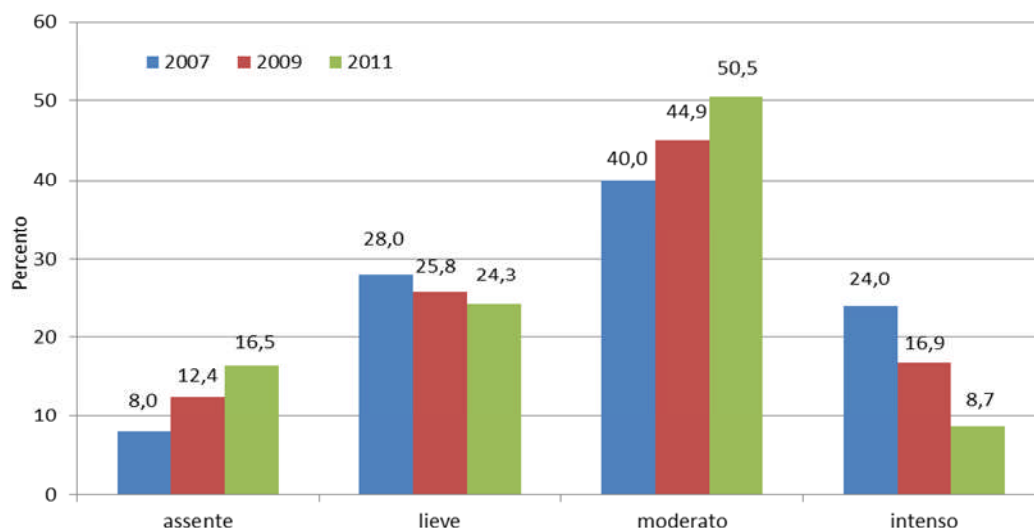
Figura 58. Distribuzione dei tempi di ricovero per livello di dolore



Tendenze nel tempo

Confrontando i dati sulla percezione del dolore in hospice, rilevati nel 2011, con quelli dei precedenti studi epidemiologici, 2007 e 2009, si conferma l'andamento, già registrato, di significativa crescita del dolore assente e di significativa diminuzione del dolore intenso (Figura 59).

Figura 59. Andamento negli anni della percezione della sofferenza



L'andamento di significativa crescita del dolore assente e di significativa diminuzione del dolore intenso risulta anche dai grafici di regressione (Figure 60 e 61). Entrambe le regressioni risultano significative; nonostante il buon allineamento dei punti, diminuisce il livello della significatività rispetto l'ambito ospedaliero a motivo della esiguità numerica dei punti appena sufficienti alla fattibilità della regressione.

Figura 60. Andamento dolore assente

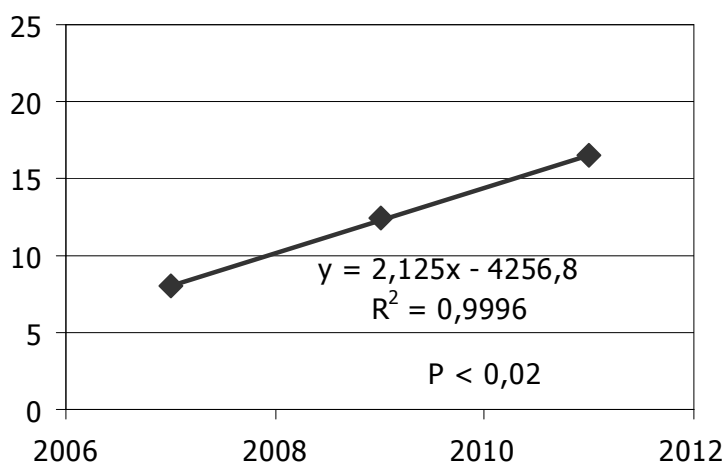
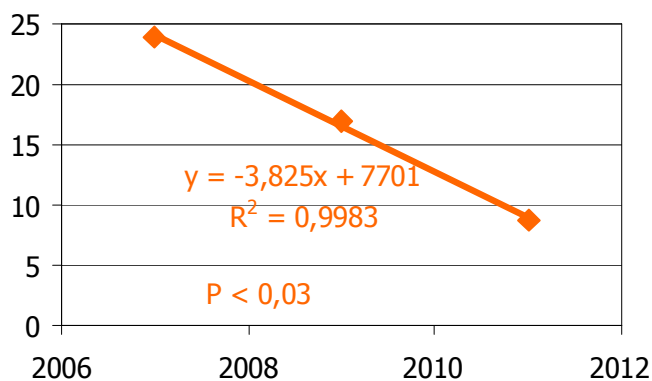


Figura 61. Andamento dolore intenso



Età e dolore

Suddividendo il campione in due fasce di età (<75; ≥75), in analogia con quanto effettuato per l'ambito ospedaliero, 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 differenze statisticamente significative. Una ulteriore suddivisione per sesso, che riduce ulteriormente le numerosità, non conduce ugualmente ad alcuna differenza significativa.

Tabella 14. Livelli di dolore per due classi di età (<75; ≥75)

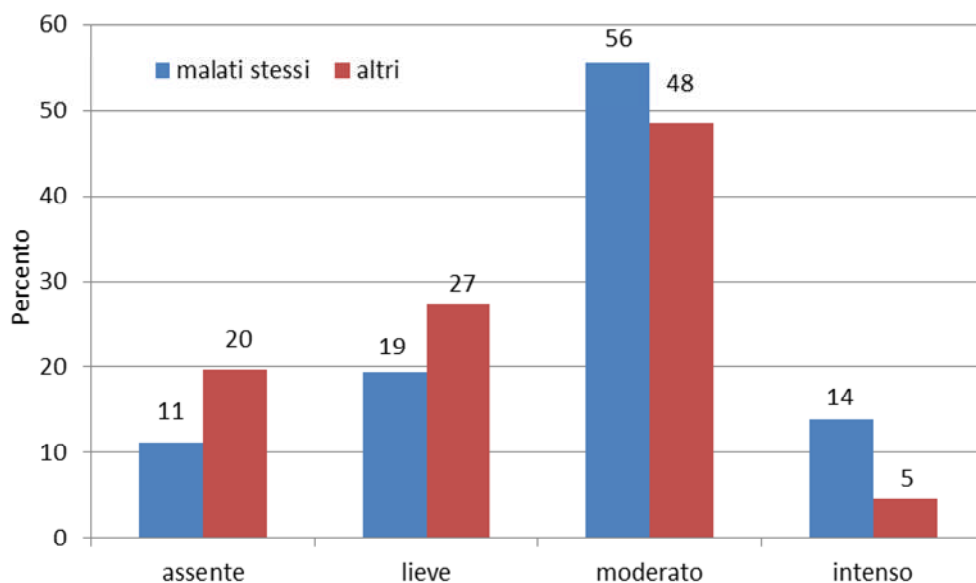
età	assente		lieve		moderato		intenso	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 75	7	12,3	15	26,3	29	50,9	6	10,5
≥75	10	22,7	10	22,7	21	47,7	3	6,8
<i>Totale</i>	<i>17</i>	<i>16,8</i>	<i>25</i>	<i>24,7</i>	<i>50</i>	<i>49,5</i>	<i>9</i>	<i>8,9</i>

Nessuna differenze statisticamente significative tra le due fasce di età.

Compilatori dei questionari e livello di dolore

Si potrebbe ipotizzare che anche in hospice al crescere del dolore scenda la disponibilità a compilare in proprio un questionario, invece il grafico di Figura 62 sembra mostrare che è proprio nei livelli alti di dolore moderato e intenso che prevale la compilazione dell'ammalato stesso.

Figura 62. Distribuzione del dolore per tipologia di compilatore



Sezione III.

Indagine sul dolore in ADI hospice

Caratteristiche dello studio in ADI

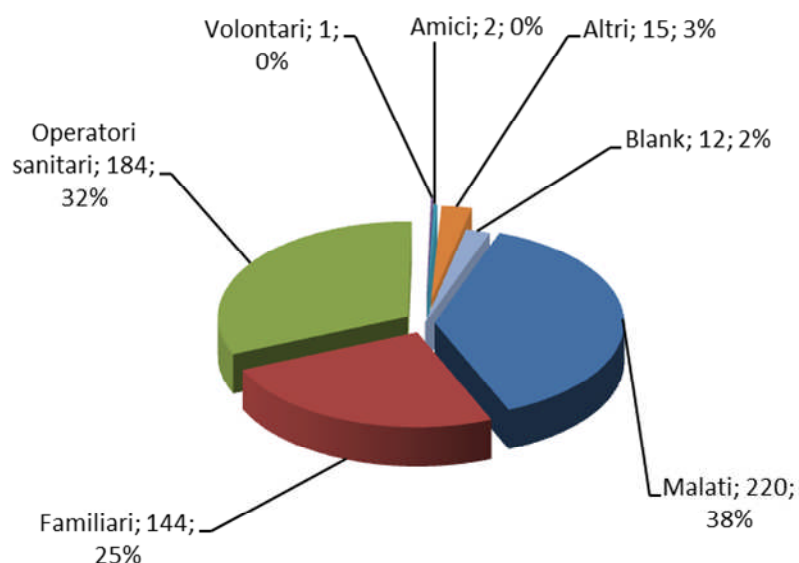
Il campione dei pazienti assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) è composto di 578 casi e compare per la prima volta nelle elaborazioni relative all'indagine epidemiologica regionale della Giornata nazionale del sollievo.

La scheda del sollievo - ADI è stata distribuita, in via sperimentale, dalle Aziende USL di Reggio Emilia, Bologna, Imola, Cesena e Rimini, oltre all'ANT che ha collaborato all'iniziativa con il 25% delle schede dell'intero campione.

Relativamente al genere, escludendo 4 casi *missing*, risulta che il 59% (328/554) è di sesso femminile e il 41% è di sesso maschile (226/554).

Circa i compilatori materiali del questionario si osserva (Figura 63) una notevole presenza di soggetti diversi dal malato stesso, con rovesciamento delle proporzioni rilevate per l'ambito ospedaliero. Il questionario è stato compilato da familiari per il 25,4% dei rispondenti, con l'aiuto degli operatori sanitari per il 32,5% che hanno quindi contribuito alla compilazione di 1 questionario su 3.

Figura 63. Compilatori del questionario in ADI



Solo il 2,1% dei 578 casi costituenti il campione in ADI non risponde alla domanda.

La suddivisione nelle sei classi di età, per genere, è riportata in Figura 64. Si nota la consueta inversione di prevalenza tra uomini e donne che abbondano nell'ultima classe d'età.

L'età media delle donne è 77,1 mentre quella degli uomini è di 74 anni con una differenza statisticamente significativa tra le età medie due sessi ($P < 0,05$).

Analizzando la distribuzione per classi di età decennali si ottiene il grafico in Figura 65 che mostra come in ADI si abbia un addensamento percentuale di uomini nella fascia di età 71-80 e di donne nella fascia di età 81-90 con una differenza <10%.

Figura 64. Distribuzione delle sei classi di età, per genere

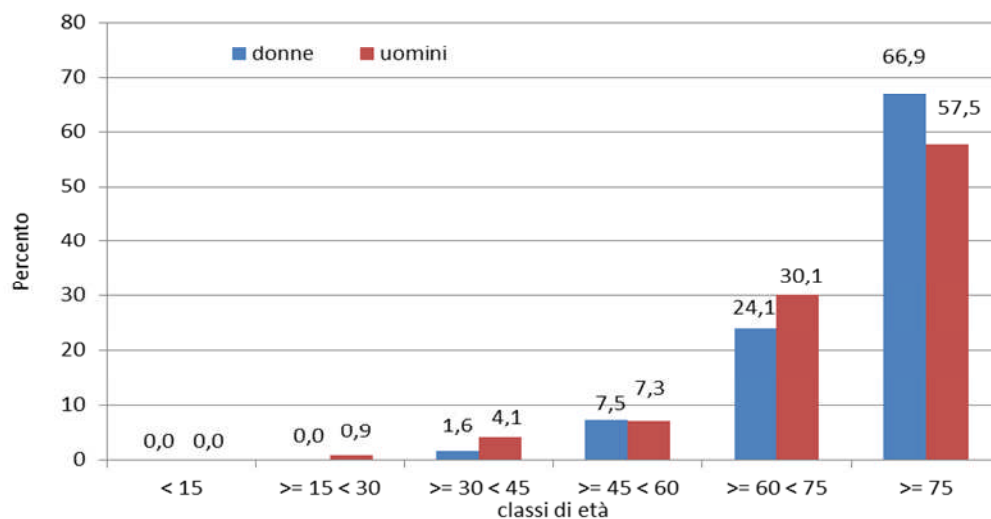
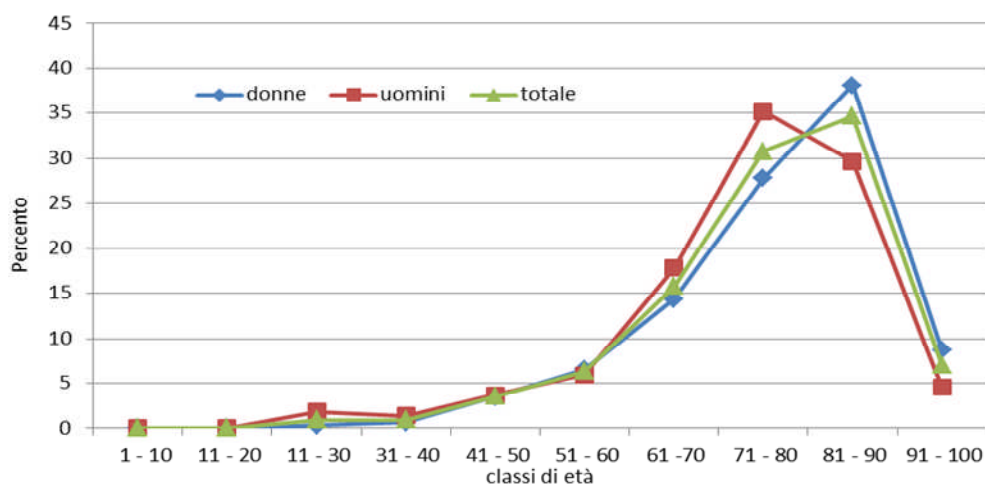


Tabella 15. Medie età, per genere

	femmine	maschi	tutti *
N. casi	328	226	554
Media	77,1	74,0	71,1
Dev. standard	10,3	12,9	11,6

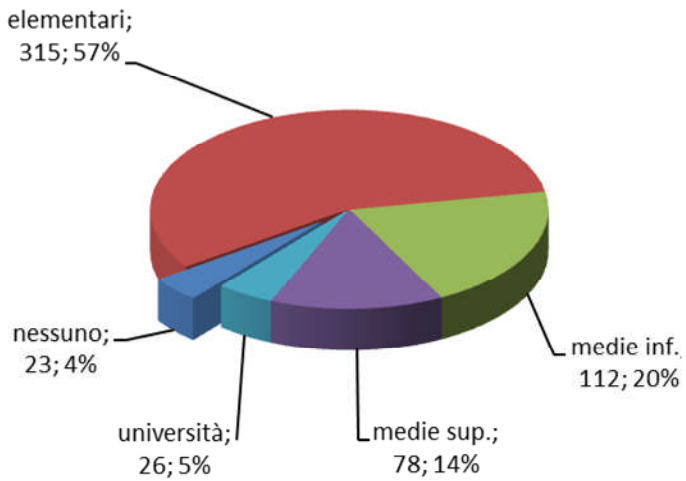
* Con 24 *missing* si ricompone il totale di 578 casi.

Figura 65. Distribuzione delle età per decadi e genere



Un ulteriore fattore descrittivo è il grado di istruzione, riferito direttamente dai pazienti stessi o per interposta persona, quale risulta da Figura 66. In ADI la scolarità inferiore (elementari e medie inferiori) raggiunge il 77%.

Figura 66. Distribuzione per grado di istruzione

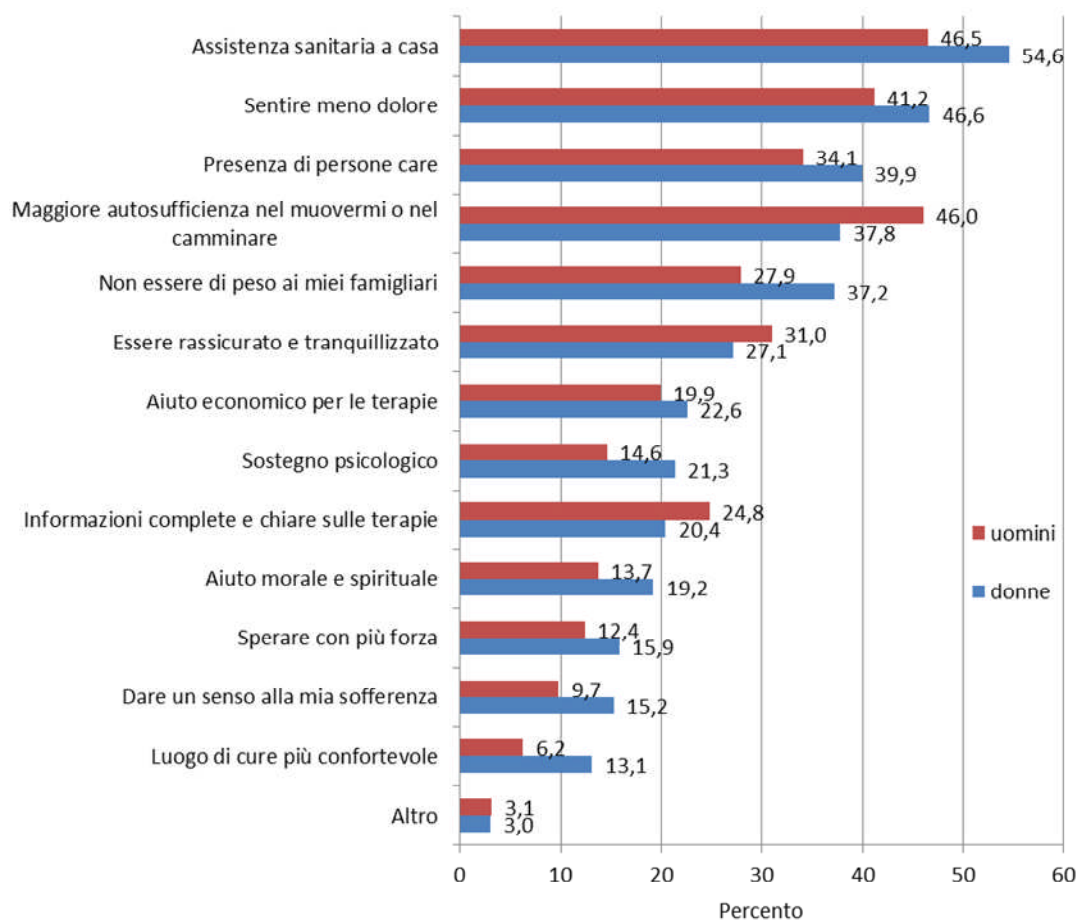


Domanda 1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

Alla domanda "Cosa desidera per provare sollievo?" la persona ammalata poteva selezionare più voci tra quelle proposte per ottenere risposte al bisogno di sollievo. Il gruppo ADI presenta diverse varianti nella scelta delle voci rispetto agli altri gruppi. Le categorie maggiormente selezionate sono: assistenza sanitaria a casa che negli altri sottogruppi compariva sotto il 5° posto, sentire meno dolore, presenza di persone care molto avanti nella graduatoria come in ambito ospedaliero, maggiore autosufficienza nel muoversi o nel camminare in cui prevalgono sensibilmente gli uomini.

La voce informazioni complete e chiare sulla terapia si colloca verso il fondo per entrambi i sessi ma guadagnerebbe due posizioni se l'ordinamento procedesse in base agli uomini.

Figura 66. Cosa desidera per provare sollievo ?

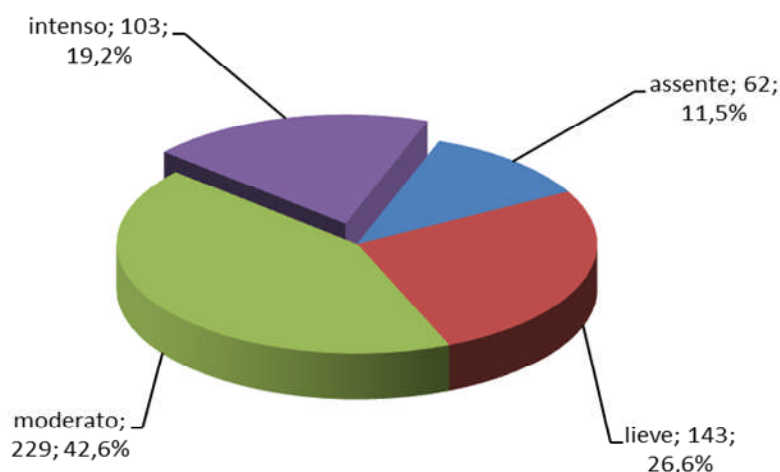


Domanda 2. Il "termometro" della sofferenza

Il dolore percepito al momento della compilazione della scheda, rispondendo alla richiesta "Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento", è valutato sulla scala analogico-numerica (0: dolore assente - 10: massimo dolore immaginabile) e poi classificato nei quattro livelli di intensità del dolore: assente (0), lieve (1-3), moderato (4-7) e intenso (8-10), in analogia agli altri ambiti di studio.

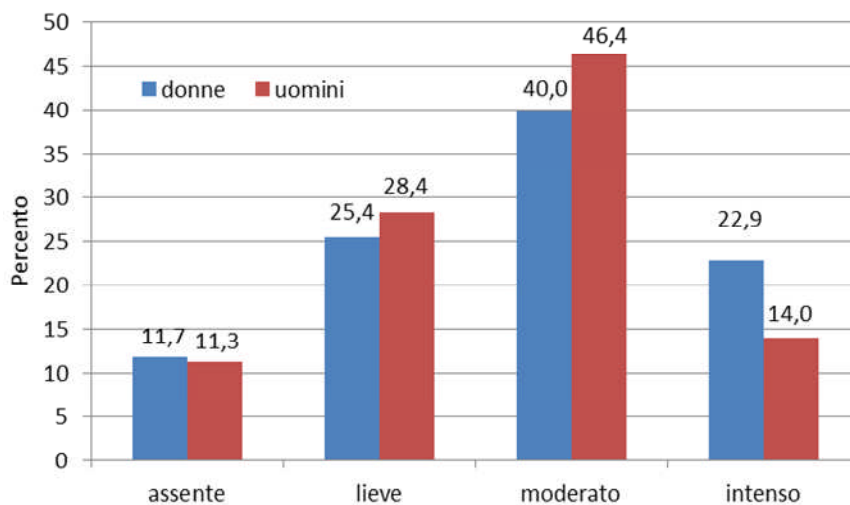
A questa domanda ha risposto il 92,9% (537/578) dei casi; il dolore "al momento" risulta così distribuito: assente 11,5%; lieve 26,6%; moderato 42,6%; intenso 19,2%. Appare evidente l'elevata percentuale (19,2%) delle persone che accusano dolore intenso rispetto agli altri ambiti di studio, e, per contrasto, la bassa percentuale di dolore assente (11,5%).

Figura 67. Dolore percepito al momento



Disaggregando per sesso si ottiene il grafico di Figura 68. Anche se la numerosità è molto inferiore al gruppo maggioritario ospedaliero, il profilo ottenuto ricalca il classico andamento con picco sul livello di dolore moderato per entrambi i generi. Si nota la prevalenza delle donne nel livello di dolore intenso ($P < 0,02$). L'inversione di prevalenza dei maschi sulle femmine nel livello moderato non raggiunge invece la significatività.

Figura 68. Distribuzione del dolore "al momento"



Domande 3 - 4 - 5. Rilevazione dolore in assistenza

L'indagine si focalizza anzitutto sul momento della presa in carico, alla domanda n. 3 "All'inizio dell'assistenza il personale Le ha chiesto quanto dolore aveva?" la grande maggioranza del campione (83%) risponde positivamente, il 9,7% non ricorda e il 7,2% risponde di non avere ricevuto richiesta circa il proprio stato doloroso all'inizio del periodo di assistenza domiciliare.

Se è molto alta la percentuale di pazienti cui è stata fatta la domanda iniziale è piuttosto alta anche la percentuale (64,9%) di chi ha sentito dolore durante il tempo di assistenza, come risulta dalle risposte alla quarta domanda (Figura 70).

Figura 69. Rilevazione dolore ad inizio ADI

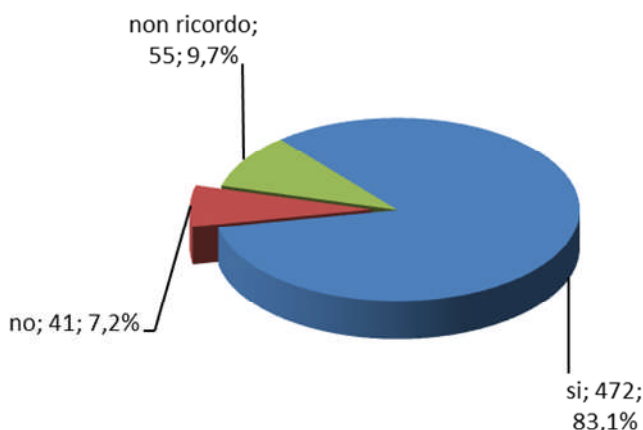
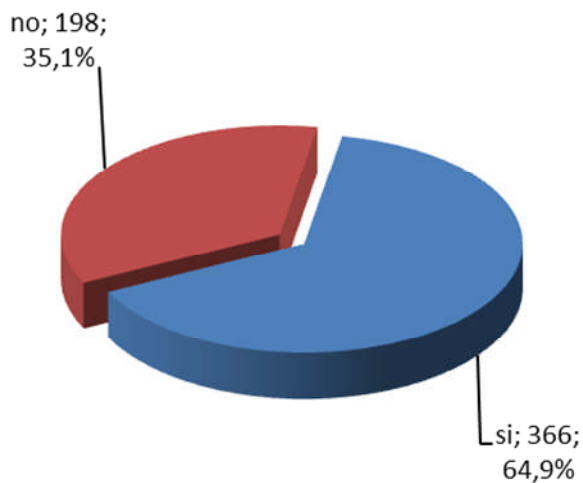
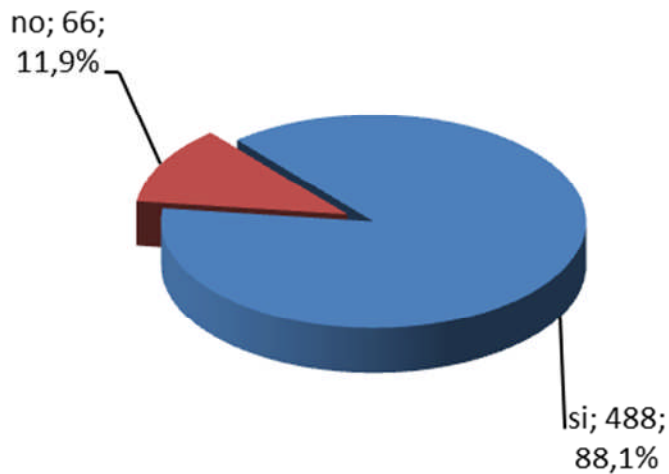


Figura 70. Presenza di dolore in ADI



La quinta domanda "Durante l'assistenza il personale sanitario Le ha chiesto se ci sono state variazioni del dolore?" evidenzia l'alta percentuale 88,1% (488/554) di risposte positive; il 12% (66 casi) risponde che non gli è stata rivolta la domanda, benché il 51,5% di essi fosse assistito da più di 14 giorni.

Figura 71. Richiesta informazioni su variazione dolore in ADI

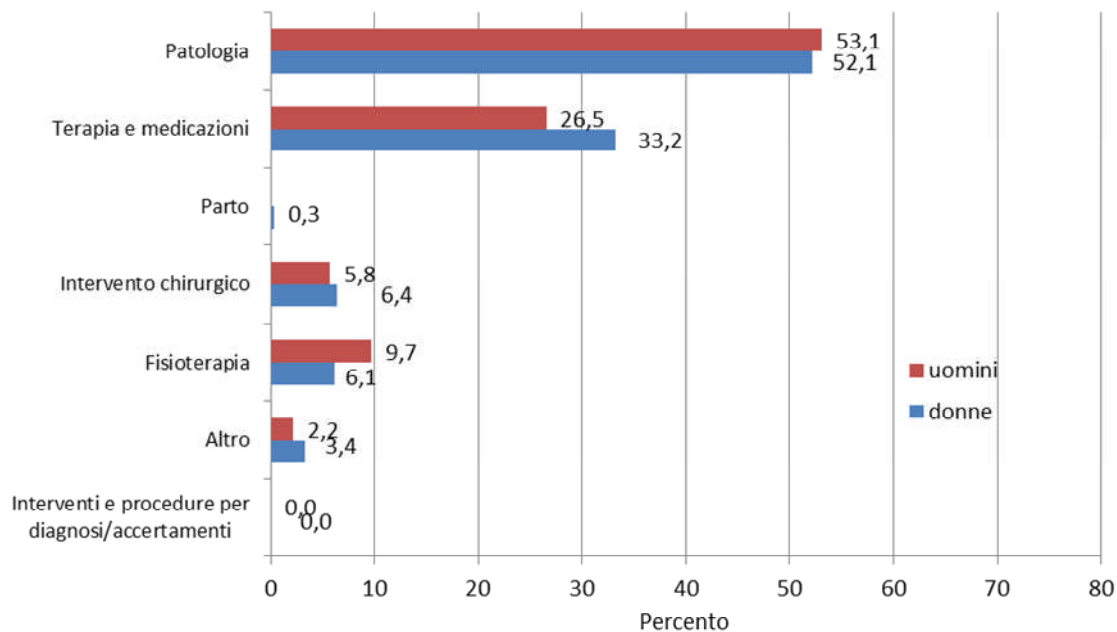


Domanda 6. Motivo del dolore

Il 6° quesito indaga sui motivi causanti il dolore denunciato.

Le persone assistite in ADI attribuiscono il dolore prevalentemente alle specifiche patologie, seguono terapie e medicazioni soprattutto tra le donne, ove sono indicate come sorgente di dolore da 1 donna su tre (33,2%).

Figura 72. Distribuzione delle cause del dolore

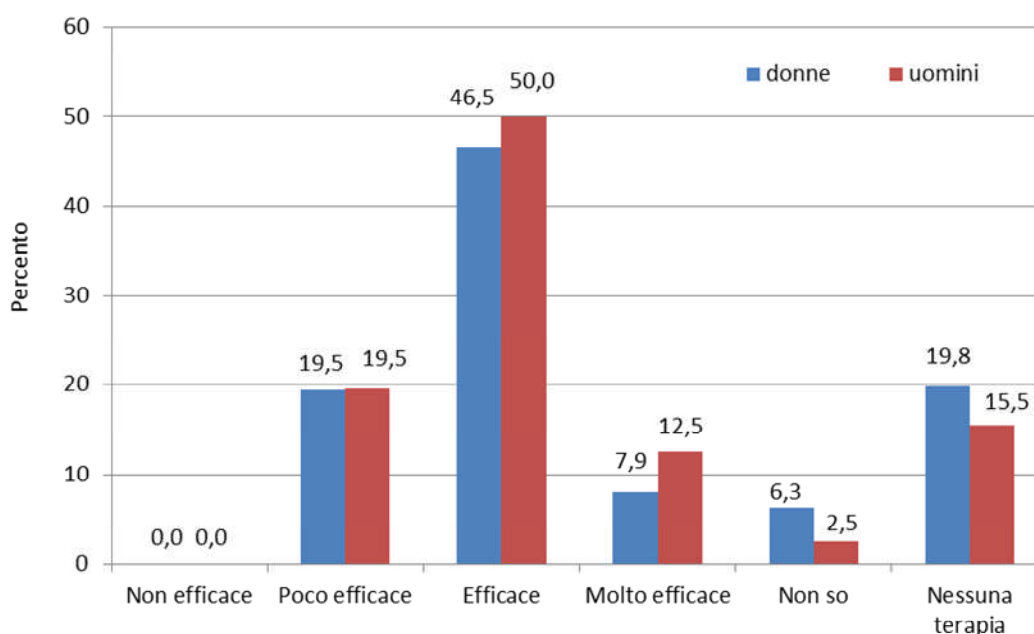


Domanda 7. Efficacia delle terapie

Particolare rilievo riveste il 7° quesito "Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto è stata efficace?" relativo alla validità della terapia.

Il 50% degli uomini e il 46,5% delle donne giudica la terapia efficace e si riscontra una differenza statisticamente significativa tra i generi con ($P < 0,001$). In complesso il 57,7% del gruppo giudica l'efficacia valida o molto valida oscillando tra il 62,5% dei maschi contro il 54,4% delle femmine. Nessuno fa cenno a totale inefficacia.

Figura 73. Distribuzione degli effetti delle terapie antalgiche



Percezione del dolore e tempi di assistenza in ADI

Anche nel caso dell'analisi eseguita sul campione in ADI valgono le considerazioni metodologiche relative alle numerosità assolute: per gruppi a bassa numerosità è facile incorrere in giudizi affrettati deducendo dalle sole percentuali. Nei gruppi a bassa numerosità si possono rilevare variazioni percentuali elevate ma di scarso valore statistico in quanto derivate da pochi o pochissimi casi a cui la statistica attribuisce sempre scarso significato. È compito del ricercatore fornire la giusta credibilità campionaria alle considerazioni tecniche a fronte di gruppi ridotti o ridottissimi.

Considerato che nella maggioranza dei casi il campione ADI è in assistenza da oltre 14 giorni, non è stato possibile effettuare valutazioni tra il livello di dolore e il periodo di assistenza in ADI.

Età e dolore

Suddividendo il campione nelle due fasce di età (<75; ≥75), non si notano differenze statisticamente significative tra le distribuzioni dei livelli di dolore. Anche l'esame delle sole categoria di dolore assente e intenso, composte di numerosità non trascurabili, non fornisce differenze statisticamente significative di sorta. Una ulteriore suddivisione per sesso non conduce ad alcuna differenza significativa.

Pertanto in questo gruppo non è valutabile l'influenza dell'età e del sesso sul rischio di incorrere in dolore intenso per l'appartenenza all'una o all'altra categoria.

Tabella 16. Livelli di dolore per due classi di età (<75; ≥75)

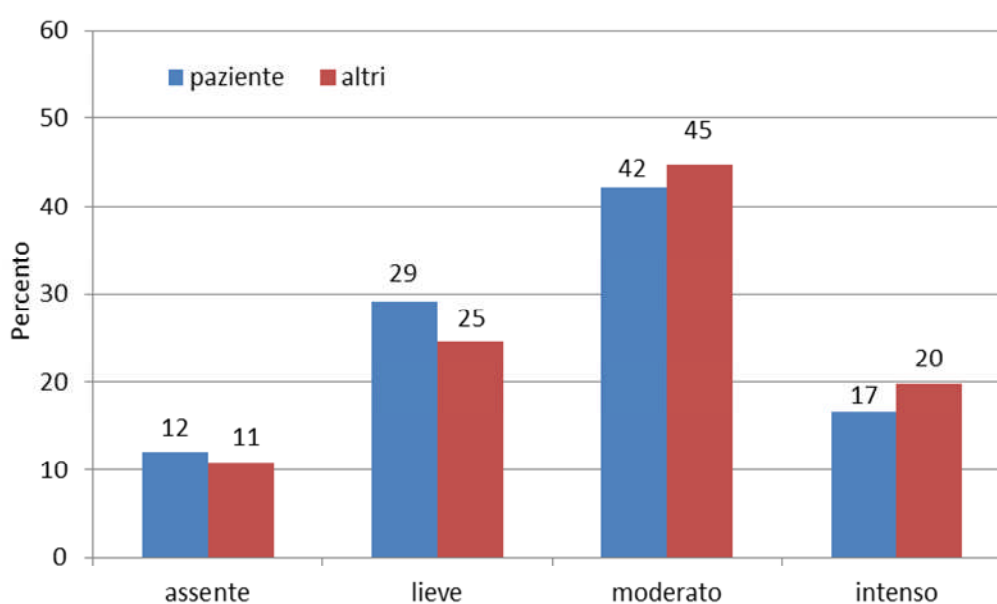
età	assente		lieve		moderato		intenso		totale
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<75	28	13,9	56	27,9	79	39,3	38	18,9	201
≥75	34	10,2	84	25,3	148	44,6	66	19,9	332
<i>Totale</i>	<i>62</i>	<i>11,6</i>	<i>140</i>	<i>26,3</i>	<i>227</i>	<i>42,6</i>	<i>104</i>	<i>19,5</i>	<i>533</i>

Non si dimostra alcuna differenza statisticamente significativa tra le due fasce d'età.

Compilatori dei questionari e livello di dolore

L'analisi effettuata non consente di generalizzare differenze emergenti dal grafico le quali sono comunque in analogia con quanto rinvenuto nei gruppi più numerosi quali quello ospedaliero. Ogni osservazione deve quindi limitarsi all'ambito del presente campione a motivo della non significatività statistica per questa caratteristica del sottogruppo.

Figura 74. Distribuzione del dolore per tipo di compilatore



Conclusioni

Il dolore rappresenta un problema sanitario rilevante 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, è efficace, sia sull'*outcome* clinico sia sulla risposta terapeutica della patologia di base, consentendo di prevenirne gli effetti invalidanti, in particolare nel dolore cronico, e di ottenere un significativo miglioramento della qualità della vita.

Da una *survey* condotta in Europa sull'impatto del dolore cronico, definito come dolore che dura da più di 6 mesi, emerge che circa un quinto della popolazione adulta europea (19%) soffre di dolore cronico, nell'ambito di questa percentuale il 66% riferisce dolore moderato e il 34% dolore di grado severo.

È bene ricordare che, sebbene durante gli ultimi decenni siano stati compiuti importanti progressi nello studio e nel trattamento del dolore, studi internazionali nei pazienti ospedalizzati indicano che il dolore è ancora seriamente presente, sottostimato e non adeguatamente trattato nella pratica medica. La prevalenza del dolore negli ospedali è elevata e varia nella letteratura internazionale dal 37,7 al 91,2%.

Il Servizio sanitario regionale si pone l'obiettivo di migliorare la conoscenza del fenomeno per valutare i percorsi intrapresi e affinare l'applicazione del progetto regionale "Ospedale-territorio senza dolore" in applicazione della Legge 38/2010, anche mediante indagini epidemiologiche che, dando voce alle persone ricoverate, permettono di raccogliere sempre più elementi sul dolore percepito e sul bisogno di sollievo.

Dall'indagine epidemiologica eseguita nel 2011 emerge una forte partecipazione delle persone ricoverate, testimoniata dal numero delle adesioni (10.456) e dall'incremento dell'11,5% dei partecipanti rispetto ai risultati dell'indagine del 2009 (9.370).

In ambito ospedaliero la risposta dei ricoverati in regime ordinario è del 56,8% (8.533/15.013). La numerosità delle risposte consente di considerare la ricerca indicativa dell'esperienza che le persone ricoverate vivono negli ospedali della regione.

Nel 2011 la prevalenza del dolore intenso sull'intero campione risulta pari al 15,9% (1.393/8.788), contro il 18,7% (1.623/8.676) rilevato nel 2009; anche il dolore moderato mostra una diminuzione, seppure meno intensa, passando dal 38,4% nel 2009 (3.328/8.676) al 37,1% (3.259/8.878) nel 2011.

In *day hospital* la percezione del dolore intenso è pari al 10,8%, in decremento rispetto al 2009 (12,4%) e, come atteso, inferiore al ricovero ordinario.

L'andamento del dolore intenso percepito dalle persone ricoverate, nel corso degli anni - dal 2002 al 2011 - registra una significativa diminuzione percentuale passando dal 24,2 al 15,9%, affiancata da un significativo aumento del dolore assente che passa dall'11,7 al 19,4%.

Le serie storiche prodotte consentono di osservare l'evoluzione del fenomeno: la sensibile riduzione statisticamente significativa ($P < 0,001$) registrata per il dolore intenso dal 2009 al 2011 (18,7% vs 15,9%) smentisce la possibilità del consolidarsi di un plateau di saturazione, suggerita dagli andamenti 2007-2009.

Tale andamento in diminuzione è verosimilmente riconducibile al consolidamento dell'applicazione delle linee di indirizzo regionali relative al trattamento del dolore nelle aree di ricovero e all'entrata in vigore della Legge 38/2010; l'andamento è favorito presumibilmente anche dalla facilitata prescrizione di farmaci antalgici, in particolare gli oppioidi.

Lo studio del 2011 indica una correlazione tra età e sofferenza, più intensa laddove - specificatamente in area medica - l'età media dei ricoverati è più elevata (61,4 anni per le donne e 53,5 uomini). Nel 2011 il dolore intenso in area medica, pur registrando una diminuzione rispetto al 2009 (17,19% vs 21,5%), continua a mantenere un peso rilevante rispetto alle altre aree di ricovero; questo dato segnala la necessità di mantenere alta l'attenzione alle persone anziane ricoverate che, per le condizioni di fragilità e di polipatologia, sono le più esposte alle conseguenze disabilitanti del dolore cronico.

Per quel che riguarda l'analisi di genere, l'osservazione di percezione del dolore per le donne, superiore rispetto agli uomini, conferma quanto già rilevato nelle precedenti indagini regionali ed è coerente con la letteratura internazionale, segnalando il rischio di una sottovalutazione di genere; tale osservazione concorda con lo studio di Coucero del 2009.

L'indagine del 2011 evidenzia l'efficacia delle terapie antidolorifiche per quasi il 65% del campione (più per le donne che per gli uomini: 65,8% vs 62,1%), mentre quasi l'11%, in entrambi i sessi, dichiara uno scarso risultato. Si nota comunque che nessuno giudica totalmente inefficace la terapia.

Al momento dell'indagine - potendo selezionare più risposte - le persone ricoverate associano il desiderio di sollievo a diverse condizioni che, prioritariamente, risultano essere: sentire meno dolore (F 40,2%; M 36,5%), presenza di persone care (F 39,4%; M 34,7%), non essere di peso ai familiari, (F 35,6%; M 30,4%), maggiore autosufficienza (F 33,8; M 29,2%), informazioni complete e chiare sulle cure (F 31,6%; M 33,2%), essere assicurato e tranquillizzato (F 28,8%; M 26,2%).

Le persone ricoverate in area oncologica esprimono soprattutto il desiderio di non essere di peso ai familiari, (F 40,6%; M 36,3%), essere assicurato e tranquillizzato (F 35,6%; M 30,3%) e presenza di persone care (F 34,9%; M 28,6%), in linea con il 2009.

In generale al sollievo si associa l'umanizzazione delle cure, l'autosufficienza e la richiesta di assicurazione psicologica, segnalando quindi la necessità di migliorare gli aspetti relazionali della presa in cura.

Per quanto riguarda i risultati dell'indagine condotta in hospice e in ADI, oltre alle considerazioni metodologiche sulla numerosità dei campioni, rispetto all'indagine in ospedale occorre tenere conto delle caratteristiche specifiche di queste tipologie assistenziali: nel caso dell'hospice si tratta di assistenza a persone in fase avanzata e

avanzatissima di malattia e, in ADI, di assistenza a persone di età molto avanzata e con una molteplicità di condizioni patologiche a differenti gradi di complessità.

Nel 2011 in *hospice* gli indici di dolore moderato e intenso registrano una diminuzione significativa rispetto al 2009 di due punti e mezzo (da 61,8% a 59,2%); tuttavia la percezione del dolore rimane marcata, verosimilmente in relazione alla particolare esperienza esistenziale di dolore globale che le persone vivono.

In ADI si osserva la considerevole presenza di diversi soggetti accanto al malato, rilevando che gli operatori sanitari e i familiari (32,5% e 25,4%) hanno contribuito alla compilazione di oltre un questionario su 2.

In ADI il 19,9% (103/537) dei malati al momento della rilevazione dichiara di sentire dolore intenso, prevalenza che potrebbe essere ricondotta alle comorbidità e all'età particolarmente avanzata del campione: l'età media è di 71 anni.

La sostanziale tendenza alla diminuzione del dolore, registrata nel recente periodo, conferma gli indirizzi assunti e stimola a perseguire l'evoluzione del progetto sia in ambito ospedaliero, sia nell'assistenza in *hospice* e domiciliare.

Con questo orientamento l'Assessorato politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna, con il supporto del Comitato regionale per la lotta al dolore e in coerenza con le normative nazionali e regionali, ha prodotto le "Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica" rivolte ai professionisti dell'ospedale e del territorio (Dossier ASSR n. 194/2010) e ha elaborato le linee guida per la definizione della rete *hub/spoke* di terapia del dolore (DGR n. 967/2011) finalizzate a garantire il trattamento appropriato in ospedale e in tutti i livelli della rete assistenziale ospedale-territorio, con il coinvolgimento delle cure primarie.

Riferimenti bibliografici

- Abbott FV, Gray Donald K, Sewithch MJ, Johnston CC, Edgar L, Jeans ME. The prevalence of pain in hospitalized patients and resolution over six months. *Pain*, 50: 15-28, 1992.
- American College of Occupational and Environmental Medicine. Chronic pain. In *Occupational medicine practice guidelines: evaluation and management of common health problems and functional recovery in workers*. Elk Grove Village (IL): American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM), 2008, p. 73-502.
<http://www.guideline.gov/content.aspx?id=14284&search=pain+chronic>
(ultimo accesso giugno 2012)
- Ang DC, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Tu W, Kroenke K. Predictors of pain outcomes in patients with chronic musculoskeletal pain co-morbid with depression. Result from a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 11: 482-491, 2010.
- Apfelbaum JL, Chen C, Metha SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesthesia & Analgesia*, 97: 534-540, 2003.
- 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
- Bernardes SF, Lima ML. Being less of a man or less of a woman: Perceptions of chronic pain patients' gender identities. *European Journal of Pain*, 14: 194-199, 2010.
- Bhatia A, Brennan L, Abrahams M, Gilder F. Chronic pain in children in the UK: a survey of pain clinicians and general practitioners. *Pediatric Anesthesia*, 18: 957-966, 2008.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain*, 10: 287-333, 2006.
- Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco TL. National survey of hospital patients. *BMJ*, 309: 1542-1549, 1994.
- Burton AW, Fanciullo GJ, Beasley RD, Fisch MJ. Chronic pain in the cancer survivor: a new frontier. *Pain Medicine*, 8 (2): 189-198, 2007.
- Carr DB, Goudas LC. Acute pain. *The Lancet*, 353 (9169): 2051-2058, 1999.
- Comley AL, DeMeyer E. Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *J Pain Manage*, 21 (1): 27-40, 2001.
- Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Accordo sul documento di linee guida per la realizzazione del progetto Ospedale Senza Dolore. (G.U. 149 del 29/06/2001): Provvedimento 24 maggio 2001.
- Cordell WH, Keene KK, Giles BK, Jones JB, Jones JH, Brizendine EJ. The high prevalence of pain in emergency medical care. *Am J Emergency Medicine*, 20 (3): 165-169, 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 (4): 729-735, 2009.
- 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.
- Coucerio TC, Valença MM, Lima LC, de Menezes TC, Raposo MC. Prevalence and influence of gender, age, and type of surgery on postoperative pain. *Rev Bras Anesthesiol*, 59 (3): 314-320, 2009.
- Defrin R, Eli I, Pud D. Interactions Among Sex, Ethnicity, Religion, and Gender Role Expectations of Pain. *Gender Medicine*, 8 (3): 172-183, 2011.
- Defrin R, Shramm L, Eli I. Gender role expectations of pain is associated with pain tolerance limit but not with pain threshold. *Pain*, 145 (1-2): 230-236, 2009.
- Dobkin PL, Boothroyd LJ. *Management of chronic (non-cancer) pain: organization of health services*. Montreal: Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Sante AETMIS 06-04. 2006.
- Dobscha SK, Clark ME, Morasco BJ, Freeman M, Campbell R, Helfand M. Systematic Review of the Literature on pain in patients with polytrauma including traumatic brain injury. *Pain Medicine*, 10 (7): 1200-1271, 2009.
- Donald MP. 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 NK, Van Dam FSAM. 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.
- Fine PG. Long-term consequences of chronic pain. Mounting evidence for pain as a neurological disease and parallels with other chronic disease states. *Pain medicine*, 12: 996-1004, 2011.
- Fowler SL, Rasinski HM, Geers AL, Helfer SG, France CR. Concept priming and pain: an experimental approach to understanding gender roles in sex-related pain differences. *J Behav Med*, 34 (2): 139-147, 2011.
- Gerbershagen K, Gerberchagen HJ, Lutz J, Cooper-Mahkorn D, Wappler F, Limmroth V, Gerbershagen M. Pain prevalence and risk distribution among inpatients in German teaching hospital. *Clin J Pain*, 25 (5): 431-437, 2009.
- Giunta della Regione Emilia-Romagna. Istituzione Comitato Regionale per la Lotta al Dolore. Deliberazione n. 115 del 9 febbraio 2009.

- Giunta della Regione Emilia-Romagna. Linee guida per la rete della terapia del dolore della regione emilia-romagna e istituzione della struttura di coordinamento. Deliberazione n. 967 del 4 luglio 2011.
- Giunta della Regione Emilia-Romagna. Provvedimenti in ordine al finanziamento delle aziende del Servizio sanitario regionale per il 2010 e al relativo quadro degli obiettivi annuali. Deliberazione n. 1544 del 18 ottobre 2010.
- Godfrey CM, Harrison MB, Friedberg E, Medves JM, Tranmer JE. The symptom pain in individuals recently hospitalized for heart failure. *J Cardiovascular Nursing*, 22 (5): 368-374, 2007.
- Good M, Stanton Hicks M, Grass JA, Anderson GC, Makii M, Geras J. Pain after gynecologic surgery. *Pain management nursing*, 1 (3): 96-104, 2000.
- Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, Marcus MA. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain*, 25 (6): 455-460, 2009.
- Greenspan JD, Craft RM, LeResche L, Arendt-Nielsen L, Berkley KJ, Fillingim RB, Gold MS, Holdcroft A, Lautenbacher S, Mayer EA, Jeffrey S, Mogil JS, Murphy AZ, Traub RJ, the Consensus Working Group of the Sex, Gender, and Pain SIG of the IASP. *Studying sex and Pain*, 132: S26-S45, 2007.
- Gross T, Amsler F. Prevalence and incidence of longer term pain in survivors of polytrauma. *Surgery*, 150 (5): 985-995, 2011.
- Gruppo di lavoro multidisciplinare "Dolore in area medica" del Comitato regionale per la lotta al dolore della Regione Emilia-Romagna. *Linee di indirizzo per trattare il dolore in area medica*. Dossier 195-2010 Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna, 2010.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss194.htm
(ultimo accesso giugno 2012)
- Guinsburg R, Peres CD, De Almeida MFB, Balda RDX, Berenguel RC, Tonelotto J, et al. Differences in pain expression between male and female newborn infants. *Pain*, 85: 127-133, 2000.
- Harmer M, Davies KA. The effect of education, assessment and a standardized prescription on postoperative pain management. *Anaesthesia*, 53: 424-430, 1998.
- Hoi DG, Protani M, De R, Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 24 (6): 783-792, 2010.
- IASP Task Force on Taxonomy, IASP Task Force on Pain terms, a current list with definitions and notes on usage Classification of Chronic Pain. *Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2nd edition. IASP press, 1994.
- Innovaciones científicas: la integración de la perspectiva de género Conferencia final del estudio "La dimensión de género en los contenidos de la investigación científico-técnica" 29-30 marzo 2012, Madrid.
- Institute for Clinical Systems Improvement. *Assessment and management of chronic pain*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2008.

- Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption. A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, 111: 657-677, 2009.
- Jost L, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Recommendations. *Annals of Oncology*, 19 (Supplement 2): 119-121, 2008.
- Keogh E, Denford S. Sex differences in perceptions of pain coping strategy usage. *European Journal of Pain*, 13 (6): 629-634, 2009.
- Kudielka BM, Kirschbaum C. Sex differences in HPA axis responses to stress: a review. *Biol Psychol*, 69: 113-132, 2005.
- Lattuada L, Giacomini M, Burba I. Il progetto "Ospedale senza dolore" in Friuli VeneziaGiulia un primo resoconto. *Tendenze nuove*, 1: 23-36, 2004.
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (G.U. 19 marzo 2010, n. 65).
- LeResche L. Symposium: AAOS/ORS/ABJS Musculoskeletal healthcare disparities research symposium; Defining Gender Disparities in Pain Management. *Clin Orthop Relat Res*, 469: 1871-1877, 2011. DOI 10.1007/s11999-010-1759-9.
- Loder EW, Witkower AB. A pilot study of pain and attitudes toward pain in a rehabilitation population. *Pain Med*, 3 (4): 333-338, 2002.
- Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. *Analgesia in patients with acute abdominal pain* (Review). The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd, 2011.
- Marri E, Di Ruscio E, Matarazzo T, Gilli G. *Indagine sul dolore negli ospedali e negli hospice dell'Emilia Romagna*. Dossier 195-2010. Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia Romagna, 2010.
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss195.htm
(ultimo accesso giugno 2012)
- 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.
- Mason JER. Pain: sex differences and implications for treatment. *Metabolism*, 59: 516-520, 2010.
- McMillan V, Rogowski D. Postoperative pain therapy: a surgery of patients' expectations and their experiences. *Pain*, 41: 303-307, 1990.
- McNeill JA, Sherwood GD, Starck PL, Thompson CJ. Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *J Pain Symptom Manage*, 16 (1): 29-40, 1998.
- Melotti RM, Samolsky-Dekel BG, 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.
- Miller C, Newton SE. Pain Perception and Expression: The Influence of Gender, Personal Self-Efficacy, and Lifespan Socialization. *Pain Management Nursing*, 7 (4): 148-152, 2006.

- Miro J, Paredes S, Rull M, Queral R, Miralles R, Nieto R, et al. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. *Eur J Pain*, 11: 83-92, 2007.
- Mogil JS, Bailey AL. Sex and gender differences in pain and analgesia. *Prog Brain Res*, 186: 141-147, 2010.
- Moizo E, Berti M, Marchetti G, Deni E, Albertin A, Muzzolon E, Antonino A. Acute pain service and multimodal therapy for postsurgical pain control: evaluation of protocol efficacy. *Minerva Anestesiologica*, 69: 779-787, 2003.
- Newland PK, Wipke-Tevis DD, Williams DA, Rantz MJ, Petroski GF. Impact of pain on outcome in long-term care residents with and without multiple sclerosis. *JA Geriatrics Society*, 53 (9): 1490-1496, 2005.
- Ospina M, Harstall C. *Multidisciplinary pain programs for chronic pain: evidence from systematic reviews*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 2003.
- Parsons G. Pain prevalence at a Swedish university hospital: 65% of inpatients reported pain in the past 24 h. Commentary on: Wadensten B, Fröjd C, Swenne CL, et al. Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *J Clin Nurs*, 20: 624-34, 2011.
- Racine M, Tousignant-Laflamme Y, Kloda LA, Dion D, Dupuis G, Choinière M . A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and pain perception - Part 2: Do biopsychosocial factors alter pain sensitivity differently in women and men? *Pain*, 153: 619-635, 2012.
- Ranger M, Campbell-Yeo M. Temperament and Pain Response: A Review of the Literature. *Pain Management Nursing*, 9 (1): 2-9, 2008.
- 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.
- Rosenquist RW, Rosemberg J. Postoperative pain guidelines. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 28 (4): 279-288, 2003.
- Sadoski A, McDermott AM, Brandenburg NA, Strauss M. A review of the epidemiology of painful diabetic peripheral neuropathy, postherpetic neuralgia, and less commonly studied neuropathic pain conditions. *Pain practice*, 8 (1): 45-56, 2008.
- Salomon L, Tchermy-Lessenot S, Collin E, Coutaux A, Levy-Soussan M, Legeron MC, Bourgeois P, Cesselin F, Desfosses G, Rosenheim M. Pain prevalence in a French teaching hospital. *J Pain Symptom Manage*, 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.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, et al. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology*, 47 (5): 670-678, 2008.

- Shen Q, Sherwood GD, McNeill JA, Li Z. Postoperative pain management outcome in Chinese inpatients. *Western Journal of Nursing Research*, 30 (8): 975-990, 2008.
- Shi Y, Hooten WM, Roberts RO, Warner DO. Modifiable risk factors for incidence of pain in older adults. *Pain*, 151: 366-371, 2010.
- Sinatra R. Causes and consequences of inadequate management of acute pain. *Pain Medicine*, 11 (12): 1859-1871, 2010.
- Strohbecker B, Mayer H, Evers GC, Sabatowski R. Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *J Pain and Symptom Man*, 29 (5): 498-506, 2005.
- Svensson I, Sjöström B, Haljamae H. Influence of expectations and actual pain experiences on satisfaction with postoperative pain management. *European Journal of Pain*, 5: 125-133, 2001.
- Task force on guidelines for desirable characteristics for pain treatment facilities. *Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities*.
<http://www.iasp-pain.org/> (ultimo accesso giugno 2012)
- Tylor RS. Epidemiology of refractory Neuropathic pain. *Pain Practice*, 6 (1): 22-26, 2006.
- Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain*, 65: 123-167, 1996.
- Van Leersum NJ, Van Leersum RL, Verwey HF, Klautz RJM. Pain symptoms accompanying chronic poststernotomy pain. A pilot study. *Pain Medicine*, 11: 1628-1634, 2010.
- 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.
- WHO. *Cancer pain relief with a guide to opioid availability*. World Health Organization, Geneva, 1996.
- WHO. *WHO Normative Guidelines on Pain Management. Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO*. Geneva, June 2007.
- Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of the three commonly used pain rating scales. *Journal of clinical nursing*, 14: 799, 2005.

Allegato

Scheda del sollievo



MINISTERO DELLA SALUTE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



FONDAZIONE NAZIONALE
GIGI GHIROTTI

25 maggio 2011

X GIORNATA NAZIONALE DEL SOLLIEVO

SE HA BISOGNO DI SOLLIEVO...

La "Giornata del Sollievo" è un'occasione per mettere al centro dell'attenzione la **persona sofferente** e informare tutti i cittadini dell'esistenza della **legge n.38 del 2010** che tutela e garantisce l'accesso alla Terapia del dolore e alle Cure palliative.

Il trattamento del dolore è un diritto, un segno di civiltà e di rispetto della dignità della persona umana.

Per questo motivo La invitiamo a rispondere a poche e semplici domande che possono aiutare il personale sanitario a comprendere meglio i Suoi bisogni.

Le Sue risposte (anonime) serviranno a dare voce alla Sua sofferenza.



Domande rivolte esclusivamente al paziente

Metta una crocetta sulle caselle accanto alle risposte che descrivono meglio la Sua situazione. Può barrare più di una casella

1. Cosa desidera adesso per provare sollievo?

- 1 assistenza sanitaria a casa;
- 2 luogo di cure più confortevole;
- 3 presenza di persone care;
- 4 dare un senso alla mia sofferenza;
- 5 aiuto economico per le terapie;
- 6 informazioni complete e chiare sulle terapie;
- 7 aiuto morale e spirituale;
- 8 sostegno psicologico;
- 9 sentire meno dolore;
- 10 maggiore autosufficienza nel muovermi o nel camminare;
- 11 essere rassicurato e tranquillizzato;
- 12 sperare con più forza;
- 13 non essere di peso ai miei familiari;
- 14 altro (specificare) _____

2. Il "termometro della sofferenza"

Provi a valutare quanta sofferenza sente in questo momento.

Metta una crocetta su un numero compreso tra 0 (nessuna sofferenza) e 10 (massima sofferenza)

Nessuna sofferenza | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | Massima sofferenza

3. *All'inizio del ricovero, il personale sanitario Le ha chiesto quanto dolore aveva?*

- 1 Sì
2 No
3 Non ricordo

4. *Durante il ricovero ha sentito dolore?*

- 1 Sì
2 No

5. *Durante il ricovero il personale sanitario Le ha chiesto se ci sono state variazioni del dolore?*

- 1 Sì
2 No

6. *Se durante il ricovero ha sentito dolore, qual è il principale motivo?*

- 1 patologia
2 terapia e medicazioni
3 intervento chirurgico
4 interventi e procedure per diagnosi/accertamenti
5 parto
6 altro (specificare) _____

7. *Se ha ricevuto una terapia antidolorifica, quanto è stata efficace?*

Per niente efficace	Poco efficace	Efficace	Del tutto efficace	Non so	Non ho ricevuto una terapia antidolorifica
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Informazioni generali e anonime sul paziente

8. Data ____/____/2011 9. Sesso: maschio; femmina 10. Età: ____ anni

11. Titolo di studio o ultima scuola frequentata:

1 Nessuno; 2 elementari; 3 medie inferiori; 4 medie superiori; 5 università

12. Nazionalità:

- 1 Italiana;
2 Altro paese dell'Unione Europea;
3 Altro paese non appartenente all'Unione Europea

13. Regione di residenza: _____

14. Città in cui si trova oggi per le cure: _____

15. È ricoverato/a in :

- 1 Reparto (specificare) _____
2 Day-hospital/day surgery (passi direttamente alla domanda 17)

16. Da quanto tempo è ricoverato/a in reparto?

- 1 da meno di 24 ore
2 da 1 a 7 giorni
3 da 8 a 14 giorni
4 da più di 14 giorni

17. Per quale motivo è ricoverato/a?

- 1 Diagnosi e accertamenti
2 Terapie e cure
3 Parto
4 Intervento chirurgico
5 Altro _____

18. Chi ha compilato questa scheda?

- 1 Paziente stesso
2 Familiare
3 Operatore sanitario
4 Volontario
5 Amico/a
6 Altra persona (specificare) _____

19. Se NON l'ha compilata direttamente il paziente indicarne brevemente il motivo:

Grazie per la collaborazione e per il tempo che ci ha dedicato!

IMPORTANTE

Riconsegna la scheda compilata a chi si occupa di raccoglierla

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'ISPEL. 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. (*)
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.

(*) 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

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 chemioprolifassi 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 farmacovigilanza. 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.** Otitite 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. (*)
- 197.** TB FLAG BAG. La borsa degli strumenti per l'assistenza di base ai pazienti con tubercolosi. Percorso formativo per MMG e PLS. Bologna.
- 198.** La ricerca sociale e socio-sanitaria a livello locale in Emilia-Romagna. Primo censimento. Bologna. (*)
- 199.** Innovative radiation treatment in cancer: IGRT/IMRT. Health Technology Assessment. ORientamenti 2. Bologna. (*)
- 200.** Tredici anni di SIRS - Servizio informativo per i rappresentanti per la sicurezza. Bologna. (*)
- 201.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2008. Bologna. (*)
- 202.** Master in Politiche e gestione nella sanità, Europa - America latina. Tracce del percorso didattico in Emilia-Romagna, 2009-2010. Bologna. (*)

2011

- 203.** Buone pratiche infermieristiche per il controllo delle infezioni nelle Unità di terapia intensiva. Bologna.
- 204.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2009. Bologna. (*)
- 205.** L'informazione nella diagnostica pre-natale. Il punto di vista delle utenti e degli operatori. Bologna. (*)
- 206.** Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale. Bologna. (*)
- 207.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in breast cancer. ORientamenti 3. Bologna. (*)
- 208.** Il ruolo dei professionisti nell'acquisizione delle tecnologie: il caso della protesi d'anca. Bologna. (*)
- 209.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in esophageal cancer. ORientamenti 4. Bologna. (*)
- 210.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2009. Bologna. (*)
- 211.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in colorectal cancer. ORientamenti 5. Bologna. (*)
- 212.** Mortalità e morbosità materna in Emilia-Romagna. Rapporto 2001-2007. Bologna. (*)
- 213.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2003-2007. Bologna.
- 214.** Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 2008-2009. Bologna.
- 215.** "Fidatevi dei pazienti". La qualità percepita nei Centri di salute mentale e nei Servizi per le dipendenze patologiche. Bologna. (*)
- 216.** Piano programma 2011-2013. Agenzia sanitaria e sociale regionale. Bologna. (*)
- 217.** La salute della popolazione immigrata in Emilia-Romagna. Contributo per un rapporto regionale. Bologna.

2012

- 218.** La valutazione multidimensionale del paziente anziano. Applicazione di strumenti nei percorsi di continuità assistenziale. Bologna. (*)
- 219.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in lung cancer. ORientamenti 6. Bologna. (*)
- 220.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2010. Bologna. (*)
- 221.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in head and neck cancer. ORientamenti 7. Bologna. (*)
- 222.** Linee guida per la predisposizione di un Bilancio sociale di ambito distrettuale. Bologna.
- 223.** Analisi e misurazione dei rischi nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (*)
- 224.** Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. Bologna. (*)
- 225.** Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2010. Bologna. (*)
- 226.** La ricerca e le politiche sociali e socio-sanitarie in Emilia-Romagna. Applicazione e approcci per la valutazione. Bologna. (*)
- 227.** Criteria for appropriate use of FDG-PET in malignant lymphoma. ORientamenti 8. Bologna. (*)
- 228.** Linee guida per la stesura e l'utilizzo della Carta dei servizi delle ASP. Bologna. (*)
- 229.** Indagine sul dolore negli ospedali, negli *hospice* e in assistenza domiciliare in Emilia-Romagna. Bologna. (*)