

Rivista Scientifica

# *Igiene e Sanità Pubblica*

fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio  
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio



*Custodit vitam qui custodit sanitatem  
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi  
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

---

## ESTRATTO

**in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore**

Rosanna Quattrin, Laura Regattin, Luca Lattuada, Boris Cerno,  
Luisa Conzut, Maura Mesaglio, Silvio Brusaferrò

**Modalità di gestione del dolore percepito dal paziente in  
un ospedale ad alta specializzazione**

---

Periodico bimestrale  
Volume LIX - N. 4 - Luglio / Agosto 2003  
IgSanPubbl - Issn 0019-1639  
[www.igiene.org](http://www.igiene.org)

---

# *Igiene e Sanità Pubblica*

Fascicolo realizzato con il contributo del CIFAPPS - Centro Interdipartimentale Formazione, Aggiornamento e Promozione delle Professioni Sanitarie dell'Università di Roma Tor Vergata

---

Direttore Responsabile  
**Augusto Panà**

Direttore Editoriale  
**Armando Muzzi**

---

Redazione  
*Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva  
Università di Roma Tor Vergata*

---

Comitato Scientifico  
Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia,  
Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,  
Bertram Flehmig, Giuseppe Giammanco,  
Antonino Gullotti, Elio Guzzanti,  
Alessandro Maida, Marck McCarthy,  
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella,  
Walter Ricciardi, Gianfranco Tarsitani,  
Giancarlo Vanini

---

Redazione Sito Internet  
*Giulia Zamponi*

Traduzioni a cura di  
*Henrike Berg, Steffen P. Berg, Ilaria Restifo*

Impaginazione e Grafica  
*Ornella Fassio*

*Norme editoriali in 3ª di copertina.*

---

Hanno collaborato a questo numero  
A. Boccia, G. Branca, S. Brusaferrò,  
E. Capoluongo, B. Cerno, L. Conzut,  
M. De Giusti, A. Del Cimmuto,  
F. Di Stanislao, M. Fani, M. Grisolia  
L. Lattuada, P. Laurenti, M. Mesaglio,  
A. Muzzi, M. Orsini, A. Panà,  
G. Quaranta, R. Quattrin, L. Regattin,  
V.R. Spica, D. Tufi, M. Tumbarello

---

IGIENE E SANITÀ PUBBLICA È INDICIZZATA SU MEDLINE E INDEX MEDICUS.

---

## **Garanzia di riservatezza**

*Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.*

---

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico  
Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954  
Proprietà artistica e letteraria riservata  
Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

---

---

# Modalità di gestione del dolore percepito dal paziente in un ospedale ad alta specializzazione

Rosanna Quattrin <sup>(1)</sup>, Laura Regattin <sup>(1)</sup>, Luca Lattuada <sup>(2)</sup>, Boris Cerno <sup>(1)</sup>, Luisa Conzut <sup>(3)</sup>, Maura Mesaglio <sup>(3)</sup>, Silvio Brusaferrò <sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Cattedra di Igiene, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Udine

<sup>(2)</sup> Direzione Medica di Presidio, ASS n. 3 Alto Friuli, Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia

<sup>(3)</sup> Direzione Sanitaria, Azienda Policlinico Universitario a Gestione Diretta di Udine

**Parole chiave** *Dolore percepito; Terapia antalgica; Gestione del dolore.*

**Riassunto** L'attenzione al dolore percepito dal paziente è un elemento utile per apportare miglioramenti della qualità tecnica e percepita dei servizi forniti all'interno di un ospedale. Lo studio offre un quadro sulla percezione del dolore in una struttura ad alta specialità. Nel 69,6% dei casi (142/204) vi è stata concordanza nelle risposte date dal paziente e dall'operatore sanitario (K=0,2). L'indicazione più importante è risultata la predisposizione di corsi di formazione e di protocolli per il personale sanitario in tema di riconoscimento del dolore a carico del paziente e di trattamento dello stesso.

## Management of the patient's pain in a highly specialized health center

---

**Keywords** *Pain sensations; Analgesic treatment; Pain management.*

**Summary** The management of pain sensations is useful to enhance technical quality within hospitals: this study provides an overview of pain management in a highly specialized health center. In 69,6% of cases the patients' answers matched with those of health staff: the most interesting factor is the health staff's willingness to attend training courses aimed at treating the patients' pain.

## Le traitement de la douleur dans un centre sanitaire spécialisé

---

**Mots-clé** *Douleur perçue; Traitement analgésique; Traitement de la douleur.*

**Resumé** Le traitement de la douleur du patient sert à améliorer la qualité technique des hopitaux. Cette étude montre le cadre général de ce traitement dans un centre sanitaire spécialisé. En 69,6% des cas, les réponses des patients concordent avec celles du personnel sanitaire. Le facteur le plus intéressant semble être la disponibilité du personnel sanitaire à des cours de formation visés à traiter la douleur des patients.

## Management der Schmerztherapie in einem hochspezialisiertem Krankenhaus

---

**Schlüsselwörter** *Schmerzempfindung; Schmerztherapie; Management der Schmerzbehandlung.*

**Zusammenfassung** Die Beobachtung der Schmerzempfindung des Patienten ist ein wichtiges Element zu einer fühlbaren technischen Verbesserung der Dienstleistungsqualität in einem Krankenhaus. Die Studie bietet ein Bild der Schmerzwahrnehmung in einer hochspezialisierten Struktur. In 69,6% der Fälle (142/204) konnte eine Übereinstimmung in den Antworten der Patienten und der Krankenpfleger (K=0,2) festgestellt werden. Als wichtigster Vorschlag ergab sich die Vorbereitung von Ausbildungs-Kursen und Richtlinien für Krankenpfleger zum Thema der Schmerzerkennung und entsprechender Behandlung der Patienten.

## Introduzione

Ancora oggi nella realtà dell'assistenza quotidiana al paziente l'operatore sanitario si scontra con la tragedia del dolore, evitabile e non voluto, spesso non riconosciuto e non trattato. L'attenzione al dolore è individuata come un elemento strategico nell'apportare miglioramenti della qualità tecnica e, di conseguenza, della qualità percepita dei servizi forniti all'interno di un ospedale. <sup>(1)</sup>

Molte sono le definizioni che sono state attribuite al termine dolore. L'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) lo definisce "una sgradevole esperienza sensoriale ed emotiva, associata ad un effettivo o potenziale danno dei tessuti corporei". <sup>(2)</sup> La IASP precisa inoltre che il dolore acuto è "un dolore di recente insorgenza e della durata limitata, usualmente in relazione temporale e causale con una malattia o un danno" e che il dolore cronico è "un dolore che persiste oltre la guarigione del danno e frequentemente non c'è una causa chiara identificabile". <sup>(3)</sup>

Il dolore rappresenta una esperienza soggettiva e la valutazione del dolore dipende dalla capacità verbale e comportamentale del soggetto che soffre. I tentativi di categorizzare il dolore utilizzando specifici strumenti hanno visto l'utilizzo di diverse scale di intensità: scale analogiche visive (VAS), scale numeriche verbali (VNS) e scale verbali (VRS) <sup>(4)</sup>. Le scale numeriche, usualmente con campo di variazione da 0 a 10, sembrano le più utilizzabili nella pratica clinica.

I numerosi studi effettuati negli anni riguardanti le ragioni dello scarso trattamento del dolore nei diversi paesi e nei diversi gruppi professionali analizzati hanno permesso di individuare tre gruppi di cause, fra loro spesso coesistenti: <sup>(5,6,7)</sup>

1. *ideologiche*, connesse alla cultura di sopportazione della sofferenza;
2. *istituzionali*, legate alla scarsa integrazione tra le prestazioni ed alla rigida legislazione in merito all'uso terapeutico di determinati farmaci a domicilio (es. gli oppioidi);
3. *connesse alla formazione dei professionisti*, troppo spesso carente e fonte di opinioni errate sul dolore e sul suo conseguente trattamento.

Recentemente la *Joint Commission on Health Care Organizations* (JCAHO) ha fornito delle linee guida per il trattamento del dolore, i cui punti chiave sono: <sup>(8)</sup>

- il diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore;
- la valutazione e la documentazione della presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti (V° segno vitale), al pari degli altri quattro segni vitali registrati in cartella clinica (temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria e pressione arteriosa);

- l'assicurazione della competenza del personale nella valutazione e nel trattamento del dolore;
- la stesura di protocolli per un adeguato trattamento del dolore;
- l'educazione di pazienti e familiari per un effettivo controllo del dolore.

Nel 1999 in Australia il *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) ha fornito ulteriori linee guida, per la pratica clinica, finalizzate ad aiutare il personale sanitario a valutare e trattare il dolore di tipo acuto, per migliorare la qualità, l'efficacia e l'appropriatezza della gestione del dolore. <sup>(9)</sup>

In Italia, negli ultimi anni, alla legittimità culturale ed etica riconosciuta alla lotta contro il dolore si è accompagnata la scelta di inserire specifiche azioni tra le priorità del Servizio Sanitario Pubblico: il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000 <sup>(10)</sup> ha individuato l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita tra gli obiettivi da privilegiare; un ulteriore esempio è stata la promulgazione della legge 8 febbraio 2001, n. 12 recante *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci oppiacei nella terapia del dolore*, in cui per dieci farmaci oppioidi utilizzati in terapia del dolore viene decisamente diversificato il percorso prescrittivo per uso terapeutico <sup>(11)</sup>; anche il Provvedimento 24 maggio 2001, *Accordo tra il Ministero della Sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto Ospedale senza dolore*, contiene indicazioni per la formazione degli operatori e per l'informazione e la sensibilizzazione della popolazione in tema di terapia del dolore. <sup>(12)</sup>

Il presente lavoro si propone di fornire un quadro sulla percezione del dolore in una struttura ad alta specialità, individuare gli ambiti in cui impegnarsi per controllare il dolore del paziente all'interno di un ospedale per acuti ed indicare alcuni aspetti problematici nella conduzione di uno studio di prevalenza sulla percezione del dolore.

### **Materiali e metodi**

Lo studio, parte di una più vasta indagine di prevalenza condotta dall'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia sulla percezione del dolore da parte dei pazienti ricoverati in tutti gli ospedali pubblici della Regione, è stato condotto nel novembre 2002 come indagine di prevalenza, utilizzando un questionario da somministrare a tutti i pazienti ricoverati sia in regime di ricovero ordinario che di Day Hospital presso l'Azienda Policlinico Universitario a Gestione Diretta (APUDG) di Udine (ospedale ad alta specializzazione con 313 posti letto) da parte di quattro rilevatori appositamente formati.

Ogni questionario presentava tre sezioni:

- una parte *anagrafica* (età, sesso, titolo di studio, clinica di ricovero, presenza di supporto);
- tre domande sulla *percezione del dolore* da parte del paziente al momento dell'intervista, nelle ultime 24 ore e negli ultimi 15 giorni;
- una parte relativa alla *somministrazione di terapia antalgica* (FANS, oppioidi, modalità di somministrazione).

Le strutture di ricovero sono state classificate in quattro aree: *chirurgica* (inclusa urologia, chirurgia maxillo-facciale e chirurgia plastica), *medica* (inclusa la reumatologia), *ostetrico-ginecologica* ed *emato-oncologica*.

Per la valutazione del dolore è stata utilizzata una scala numerico verbale (VNS)<sup>(4)</sup> che registra il livello di dolore su una scala da zero a 10. Successivamente tale scala è stata categorizzata in quattro livelli: 0 = assente, da 1 a 3 lieve, da 4 a 7 moderato e da 8 a 10 intenso.

Contemporaneamente all'indagine di prevalenza, per le cliniche di chirurgia generale, ostetricia-ginecologia, ematologia, oncologia e reumatologia è stato intervistato, da parte di incaricati della Direzione Sanitaria, il personale infermieristico in turno nella giornata della rilevazione e responsabile della cura dei pazienti intervistati dai rilevatori, per valutare la consapevolezza del dolore del paziente da parte degli operatori sanitari (somministrazione della domanda "*quale punteggio darebbe al dolore che il paziente sente in questo momento su una scala da 0 a 10?*"). Il numero di infermieri intervistati è risultato variabile a seconda dell'organizzazione del reparto: in alcune cliniche i pazienti sono presi in carico da parte di una singola unità di personale infermieristico per ogni turno, in altre cliniche più unità seguono gli stessi pazienti. È stata, quindi, calcolato il coefficiente Kappa di concordanza tra la risposta fornita dal paziente e quella dell'infermiere.

I dati sono stati elaborati con il programma Spss versione 6.0. L'analisi statistica è stata condotta utilizzando il test *Chi-quadro*. Il livello di significatività statistica accettato come valido è stato definito a  $p < 0,05$ .

## Risultati

### *Caratteristiche generali della popolazione studiata*

Nel giorno della rilevazione il numero di pazienti ricoverati con modalità ordinaria (73,7%) e di Day-Hospital (26,3%) presso l'APUGD era di 251. Tale

numero è stato rilevato dal sistema informatico INSIEL per l'accettazione dei ricoveri ospedalieri (dal file elenco presenze). Gli utenti che i rilevatori hanno contattato direttamente, in quanto si trovavano nella camera di degenza, sono stati 162; i rimanenti non sono stati intervistati in quanto al momento dell'arrivo degli incaricati regionali in reparto erano già stati dimessi oppure erano in altra sede ad eseguire esami diagnostici. Considerando, quindi, i pazienti che effettivamente sono stati contattati dai rilevatori, il tasso di risposta è stato dell'89,5% (145/162), di cui 8 (il 4,9%) erano ricoverati in regime di Day Hospital. Tra i soggetti che non hanno aderito allo studio 5 (3,1%) si sono rifiutati di rispondere al questionario, mentre i rimanenti 12 non hanno partecipato allo studio per motivi inerenti il loro stato di salute (turbe della coscienza, ipoacusia ecc.).

Nella *tavola 1* sono riportate le caratteristiche generali della popolazione studiata. L'età media era pari a 51,1 anni (DS=18,7). Confrontando la distribuzione delle classi di età tra i due sessi non sono state riscontrate differenze statisticamente significative. La presenza del dolore al momento dell'intervista è risultata essere correlata in modo statisticamente significativo con la classe di età compresa tra 45 e 59 anni (OR=2,2; IC al 95%=1-7,7;  $p<0,05$ ) e con la patologia di ricovero "parto" (OR=4,3; IC al 95%=1,3-15,4;  $p<0,01$ ). Il 27,6% (40/145) dei pazienti era ricoverato in una struttura di tipo chirurgico, il 23,4% (34/145) di tipo medico, il 26,9% (39/145) in area ostetrico-ginecologica e il 22,1% (32/145) in una struttura emato-oncologica. La degenza media generale è risultata di 9,6 giorni; il 5,5% (8/145) era in

**Tavola 1**  
**Caratteristiche generali della popolazione intervistata (tot. casi = 145)**

	n.	%
<b>Sesso</b>		
femmine	93	64.1
maschi	52	35.9
<b>Classe di età</b>		
< 15	2	1.4
15 - 29	17	11.7
30 - 44	39	26.9
45 - 59	32	22.1
60 - 74	38	26.2
> 74	17	11.7
<b>Scolarità</b>		
licenza elementare	38	26.2
media inferiore	38	26.2
media superiore	54	37.2
laurea	9	6.2
n.r.	6	4.1
<b>Patologia</b>		
neoplasia	66	45.5
parto	25	17.2
altre patologie	54	37.2
di cui		
- mal. app. digerente	11	7.6
- mal. cute	10	6.9
- mal. osteomuscolare	7	4.8
- mal. sist. cardiovascolare	6	4.1
- mal. sist. nervoso	6	4.1
- mal. app. gen. urinario	5	3.4
- altro	9	6.2

regime di day-hospital, il 31,7% (46/145) dei pazienti è rimasto ricoverato da 1 a 3 giorni, il 25,5% (37/145) da 4 a 6 giorni ed il rimanente per un periodo superiore ai 7 giorni. Solo il 5,5% (8/145) dei pazienti aveva un supporto (parente o assistente) durante il ricovero. Al momento dell'intervista il 34,5% (50/145) era stato sottoposto ad intervento chirurgico.

#### *Risposte relative al dolore percepito*

La totalità dei pazienti intervistati ha risposto alle domande circa la propria sofferenza utilizzando la VNS. In *tavola 2* è riportata la frequenza dei casi per livello di dolore riferito al momento dell'intervista (media=2,5; mediana=2; DS=2,6), riferito alle ultime 24 ore (media=4,3; mediana=4; DS=3,6) ed avvertito negli ultimi 15 giorni (media=5; mediana=5; DS=3,9). Il 91,5% dei pazienti che presentavano dolore al momento dell'intervista (75/82), lo riferiva anche nelle 24 ore precedenti. Tale percentuale si riduce ulteriormente al 76,8% (63/82) quando si prende in considerazione il dolore riferito agli ultimi 15 giorni. Da un'ulteriore analisi emerge che al momento dell'intervista il 48,3% (70/145) dei pazienti presentava un dolore di intensità pari a quello che aveva nelle 24 ore precedenti, il 6,9% (10/145) un dolore più intenso e il 44,8% (65/145) un dolore meno forte. Confrontando la gravità del dolore percepita al momento dell'indagine con quella degli ultimi 15 giorni, il 55,2% (80/145) la ritiene inferiore, il 29,6% (43/145) dei casi non diversa ed il 15,2% (22/145) maggiore.

#### **Tavola 2**

##### **Distribuzione percentuale del dolore percepito in base alla scala VNS (categorizzata)**

Scala Dolore	<i>al momento dell'intervista</i>		<i>nelle 24 ore precedenti<sup>(1)</sup></i>		<i>nei 15 giorni precedenti<sup>(2)</sup></i>	
	n.	%	n.	%	n.	%
Assenza di dolore	63	43.4	45	31.0	41	28.3
Presenza di dolore di cui	82	56.6	100	69.0	104	71.7
- dolore lieve	29	20.0	19	13.1	17	11.7
- dolore moderato	47	32.5	40	27.6	30	20.7
- dolore intenso	6	4.1	41	28.3	57	39.3
Totale	145	100.0	145	100.0	145	100.0

Note:

<sup>(1)</sup> Chi-quadro dolore percepito al momento dell'intervista / dolore percepito nelle 24 ore precedenti = 72 ( $p < 0,0001$ )

<sup>(2)</sup> Chi-quadro dolore percepito al momento dell'intervista / dolore percepito nei 15 giorni precedenti = 23,1 ( $p < 0,01$ )

Nella *tavola 3* è riportata la distribuzione della presenza o meno del dolore e del livello di dolore percepito al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore, suddiviso per area di ricovero. Il dolore riferito al momento dell'intervista si distribuisce in modo significativamente differente nelle diverse aree assistenziali ( $p < 0,05$ ): appare superiore in area ostetrico-ginecologico rispetto a quella medica ( $OR=4,7$ ; IC al 95%=1,5-14,4;  $p < 0,01$ ) e all'area oncologica ( $OR=3,1$ ; IC al 95%=1,0-9,8;  $p < 0,05$ ). Per quanto concerne il dolore più forte avvertito nelle ultime 24 ore, questo viene percepito maggiormente dai pazienti ricoverati presso i reparti chirurgici ( $OR=3,8$ ; IC al 95%=1,3-11,5;  $p < 0,01$ ) ed in clinica ostetrico-ginecologica ( $OR=2,9$  IC al 95%=2,9-46,9  $p < 0,001$ ) rispetto ai degenti dei reparti medici.

Tra i pazienti che hanno eseguito l'intervento chirurgico il 57,5% (34/50) riferiva dolore al momento dell'intervista ( $OR=2,2$ ; IC al 95%=1-4,7;  $p < 0,05$ ) e l'86% (43/50) nelle ultime 24 ore ( $OR=4,1$ ; IC=1,6-11,2;  $p < 0,05$ ).

Il 71,7% dei pazienti intervistati (104/145) riferisce di aver percepito dolore nei 15 giorni precedenti l'intervista (ovviamente in relazione al problema che aveva determinato il ricovero). Tra questi il 16,3% (17/104) riferisce un dolore lieve, il 28,8% (30/104) un dolore moderato e il 54,8% (57/104) un dolore intenso.

#### *Le terapie antidolorifiche*

Durante il ricovero ospedaliero nelle ultime 24 ore al 32,1% dei pazienti (44/137) è stata somministrata una terapia antidolorifica. Tra costoro l'81,8% (36/44) riferisce dolore al momento dell'intervista ( $OR=5,4$ ; IC al 95%=2,1-14;  $p < 0,001$ ), l'88,6% (39/44) nelle ultime 24 ore ( $OR=5,1$ ; IC al 95%=1,7-16,2;  $p < 0,01$ ). La terapia antidolorifica è stata somministrata nel 25,8% dei pazienti ricoverati per una patologia tumorale (17/66), nel 32% delle pazienti post parto (8/25) e nel 35,2% dei soggetti ricoverati per altre patologie (19/54). Non esistono differenze statisticamente significative tra i diversi gruppi di pazienti con patologie diverse. Andando poi a valutare il tipo di terapia antidolorifica somministrata risulta che il 61,4% dei pazienti (27/44) viene trattato con FANS (il 22,2% presentava una patologia tumorale, il 48,1% una malattia cronica, il 29,6% era una partoriente), il 22,7% (10/44) con oppioidi (il 72,7% con neoplasia, il 27,3% con patologia cronica) e il 15,9% (7/44) con entrambe le categorie di farmaci (il 50% con tumore, il 50% con malattia cronica).

Il 19,3% dei pazienti (28/145) seguiva una terapia domiciliare per il controllo del dolore. Pressoché la totalità di costoro (27 su 28) ha riferito di aver sentito dolore negli ultimi 15 giorni: il 66,7% (18/27) lo ha definito intenso, il 29,6% (8/27) moderato ed un unico paziente lieve. A domicilio il 78,6% (22/28) dichiara di aver effettuato una terapia con antinfiammatori non steroidei (FANS), il 17,9% (5/28) di aver assunto farmaci oppioidi ed un paziente non ha risposto.

### Tavola 3

#### Distribuzione del livello del dolore percepito al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore in base alla disciplina di ricovero

##### A. Dolore presente/assente

Disciplina di ricovero	Dolore assente		Dolore presente		totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
<i>Dolore al momento dell'intervista</i>						
Chirurgica	17	42.5	23	57.5	40	100.0
Medica	21	61.8	13	38.2	34	100.0
Ostetrico-ginecologica	9	23.1	30	76.9	39	100.0
Oncologica	16	50.0	16	50.0	32	100.0
<b>Totale</b>	<b>63</b>	<b>43.4</b>	<b>82</b>	<b>56.6</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>
<i>Dolore nelle ultime 24 ore</i>						
Chirurgica	10	25.0	30	75.0	40	100.0
Medica	19	55.9	15	44.1	34	100.0
Ostetrico-ginecologica	4	10.3	35	89.7	39	100.0
Oncologica	12	37.5	20	62.5	32	100.0
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>31.0</b>	<b>100</b>	<b>69.0</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>

##### B. Categorizzazione del dolore presente

Disciplina di ricovero	Dolore lieve		Dolore moderato		Dolore intenso		totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<i>Dolore al momento dell'intervista</i>								
Chirurgica	7	30.4	16	69.6	-	0.0	23	100.0
Medica	6	46.2	6	46.2	1.0	7.7	13	100.0
Ostetrico-ginecologica	10	33.3	17	56.7	3.0	10.0	30	100.0
Oncologica	6	37.5	8	50.0	2.0	12.5	16	100.0
<b>Totale</b>	<b>29</b>	<b>35.4</b>	<b>47</b>	<b>57.3</b>	<b>6</b>	<b>7.3</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>
<i>Dolore nelle ultime 24 ore</i>								
Chirurgica	7	23.3	7	23.3	16.0	53.3	30	100.0
Medica	3	20.0	7	46.7	5.0	33.3	15	100.0
Ostetrico-ginecologica	6	17.1	16	45.7	13.0	37.1	35	100.0
Oncologica	3	15.0	10	50.0	7.0	35.0	20	100.0
<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>19.0</b>	<b>40</b>	<b>40.0</b>	<b>41</b>	<b>41.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

Nella *tavola 4* è riportata la distribuzione delle frequenze dell'intensità del dolore al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore ed il tipo di terapia antidolorifica somministrata. Dall'analisi della correlazione tra la presenza di terapia antidolorifica e l'area di ricovero risulta un OR di 6,1 (IC al 95%= 1,8-22,3;  $p < 0,01$ ) per le specialità chirurgiche se confrontate con quelle mediche. Il 52% (26/50) dei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ha effettuato una terapia antidolorifica e la differenza è statisticamente significativa rispetto agli altri pazienti ( $p < 0,001$ ). La terapia domiciliare antidolorifica è stata continuata nel 46,4% dei pazienti ricoverati (13/28). Tra i pazienti ricoverati per una durata di 1-3 giorni il 43,5% (20/46) ha instaurato una terapia antidolorifica, mentre per quelli ricoverati per un periodo superiore ai 3 giorni tale valore scende al 24,2% (24/99).

Per quanto riguarda le modalità di somministrazione dei farmaci antinfiammatori il 61,8% (21/34) li ha assunti al momento del bisogno, il 32,4% (11/34) ad orario fisso ed i rimanenti due casi con pompa infusiva. La via di somministrazione nel 50% dei casi (17/34) è avvenuta per via venosa, nel 41,2% (14/34) per via orale e nei rimanenti casi per via intramuscolare. Gli oppioidi sono stati somministrati con pompa infusiva nel 47,2% (8/17) dei casi, a orario fisso nel 29,4% (5/17) dei casi e al bisogno nei rimanenti. Tali farmaci sono stati somministrati nel 47,1% (8/17) dei pazienti per via venosa, nel 23,5% (4/17) per via orale, in un caso per via rettale e in un altro paziente mediante elastomero.

**Tavola 4**
**Tipo di terapia del dolore al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore**

Terapia antidolorifica	Dolore lieve		Dolore moderato		Dolore intenso		totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
<i>al momento dell'intervista</i>								
Nessuna	20	69.0	24	51.1	2	33.3	46	56.1
FANS	4	13.8	15	31.9	3	50.0	22	26.8
Oppioidi	2	6.9	6	12.8	0	0.0	8	9.8
FANS + Oppioidi	3	10.3	2	4.3	1	16.7	6	7.3
<b>Totale</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>	<b>6</b>	<b>100.0</b>	<b>82</b>	<b>100.0</b>
<i>nelle ultime 24 ore</i>								
Nessuna	13	68.4	30	75.0	18	43.9	61	61.0
FANS	2	10.5	5	12.5	17	41.5	24	24.0
Oppioidi	2	10.5	3	7.5	3	7.3	8	8.0
FANS + Oppioidi	2	10.5	2	5.0	3	7.3	7	7.0
<b>Totale</b>	<b>19</b>	<b>100.0</b>	<b>40</b>	<b>100.0</b>	<b>41</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>	<b>100.0</b>

*La consapevolezza del dolore dei pazienti nelle risposte del personale infermieristico*

Per 126 pazienti (86,9% del campione), è stato intervistato almeno un infermiere circa la consapevolezza del dolore dei pazienti ricoverati; per 78 pazienti (53,6%) sono stati contattati due infermieri. Il totale delle interviste, quindi, risulta pari a 204. Alla domanda “*quale punteggio darebbe al dolore che il paziente sente in questo momento su una scala da 0 a 10*” nella maggioranza dei casi (54,4%, 111/204) l’infermiere ha risposto che il paziente ha un dolore lieve, il 24% (49/204) che non ha dolore, il 20,6% (42/204) che il paziente presenta un dolore moderato e solo 2 che il ricoverato ha dolore intenso. Nel 17,2% (35/204) dei casi l’infermiere ha sovrastimato la presenza di dolore nel paziente e nel 13,2% (27/204) l’operatore sanitario ha valutato che una assenza di dolore nell’ammalato, diversamente da quanto affermato da quest’ultimo nell’intervista. Nel 69,6% (142/204) dei casi vi è stata una concordanza nelle risposte date dal paziente e dall’operatore sanitario ( $K=0,2$ ). In *tavola 5* vengono riportati i dati relativi alla consapevolezza del grado di intensità del dolore percepito dal paziente nelle risposte del personale infermieristico.

**Discussione**

Tra gli aspetti della qualità percepita l’attenzione al dolore rappresenta un elemento utile al miglioramento dei servizi forniti da una struttura ospedaliera <sup>(1)</sup> e la rilevazione del dolore uno strumento indispensabile per pianificare gli interventi per il controllo del dolore del paziente all’interno della propria realtà locale.

Dall’indagine effettuata emerge come la metà dei pazienti aveva dolore al momento dell’intervista e nella quasi totalità dei casi tale dolore era di tipo lieve-moderato. Questo dato è coerente con i dati di letteratura che riportano valori variabili tra il 45% ed il 75%. <sup>(13)</sup> Nelle 24 ore precedenti e negli ultimi 15 giorni i pazienti con dolore risultano non solo in numero maggiore ma anche

**Tavola 5****Consapevolezza del dolore dei pazienti nelle risposte del personale infermieristico**

	Dolore assente		Dolore lieve		Dolore moderato		Dolore intenso		totale	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Risposta paziente	57	27.9	46	22.5	87	42.6	14	6.9	204	100.0
Risposta infermiere	49	24.0	111	54.4	42	20.6	2	1.0	204	100.0
Risposte concordanti	22	31.9	26	37.7	21	30.4	0	0.0	69	100.0

riferiscono una sofferenza più intensa. Tale trend fa immaginare, per prima cosa, una attenzione al problema del dolore da parte degli operatori sanitari durante il ricovero del paziente. Anche se il dolore non viene annullato grazie all'intervento del sanitario, viene, però, ridotto di intensità e, quindi, riportato a livelli più sopportabili rispetto ai giorni antecedenti.

Una elevata presenza di gestanti può spiegare la scomparsa del dolore dopo l'avvenuto parto e quindi coloro che hanno riferito una sofferenza che è insorta nei 15 giorni precedenti sono verosimilmente pazienti afferenti a branche mediche che presentano dolore cronico.

L'utilizzo di schede per la percezione del dolore risulta anche un valido strumento per evidenziare nella propria realtà le condizioni più a rischio per l'insorgere della patologia dolorosa. Dalla presente ricerca è emerso che le situazioni in cui il dolore è maggiormente presente sono: la continuazione di una condizione pre-esistente nelle ultime 24 ore; l'essere stato sottoposto ad intervento chirurgico; l'essere ricoverati in clinica ostetrico-ginecologica per quanto riguarda il dolore riferito al momento dell'intervista (in concordanza con la diagnosi di ammissione di parto) e nei reparti chirurgici per quanto concerne la sofferenza avvertita nelle ultime 24 ore. Non si evidenziano invece differenze statisticamente significative, diversamente da ciò che hanno evidenziato altri studi <sup>(8)</sup>, né per quanto riguarda le diverse fasce di età né per il sesso e neppure per il titolo di studio.

Alcune informazioni per la gestione della terapia analgica all'interno della struttura derivano dalle domande circa l'utilizzo dei farmaci antidolorifici. Va rimarcato che un quinto dei pazienti seguiva già una terapia specifica a domicilio prima dell'evento del ricovero. La quasi totalità di questi hanno riferito di aver avvertito dolore negli ultimi 15 giorni. Durante il ricovero ospedaliero un terzo dei pazienti ha assunto nelle 24 ore precedenti l'intervista farmaci antidolorifici e tra questi un'alta percentuale riferisce dolore al momento dell'intervista e nelle ultime 24 ore. Colpisce tuttavia come tra coloro che avvertono dolore al momento dell'intervista poco più della metà non aveva assunto alcun tipo di terapia antidolorifica, percentuale che diventa del 61% se si considera la presenza di dolore nelle ultime 24 ore.

La considerazione che presso le cliniche mediche certi pazienti non vengono trattati nei primi giorni di ricovero al fine di definire un quadro sintomatologico completo anche per instaurare una terapia antidolorifica adeguata (per esempio nelle patologie di tipo reumatologico) giustifica una parte di tali percentuali, il cui

livello elevato appare tuttavia almeno in parte da attribuire ad una scarsa attenzione al sintomo da parte del personale sanitario, come del resto ampiamente riportato in letteratura, ipotesi che potrebbe essere avvalorata anche dalla bassa concordanza tra dolore riferito dal paziente al momento dell'intervista e consapevolezza del medesimo stato fornita dal personale infermieristico.

Il 30% di discordanza tra dolore riferito dal paziente e quello stimato dal personale con una tendenza a sovrastimare i pazienti con dolore sottolinea l'esigenza dell'attivazione di corsi di formazione per il personale sanitario in tema di riconoscimento del dolore a carico del paziente e di trattamento dello stesso.

Un altro campo su cui lavorare, e che si inserisce nell'ambito della qualità tecnica, è quello della predisposizione e della successiva implementazione di protocolli in tema di trattamento del dolore <sup>(14)</sup>. Le correlazioni effettuate nella nostra indagine evidenziano, infatti, che i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico e, conseguentemente, ricoverati in cliniche chirurgiche sono maggiormente trattati con farmaci antinfiammatori rispetto agli altri utenti. Questo fatto può essere verosimilmente spiegato con la presenza e la diffusione di protocolli riguardanti il trattamento del dolore post operatorio (DPO). I protocolli in uso, infatti, si propongono di fornire agli operatori sanitari indicazioni precise riguardanti il trattamento del DPO, il quale viene classificato dalla IASP tra i più caratteristici dolori acuti, generalmente prevedibile e contrassegnante per la forte intensità e la breve durata. Qualora non adeguatamente trattato il DPO può assumere le caratteristiche di un vero e proprio dolore cronico. Evidenze di una ospedalizzazione più corta, di una diminuzione della morbilità e della mortalità sono state riportate in associazione con una efficace analgesia postoperatoria <sup>(15, 16)</sup>.

Per quanto riguarda la metodologia dello studio vi sono alcune considerazioni da evidenziare. Prima di tutto la bassa percentuale di pazienti intervistati in regime di Day Hospital fa emergere il problema dell'intercettazione di tali utenti da parte dei rilevatori, essendo spesso questi non presenti in sede in quanto impegnati in consulenze o esami diagnostici. Il dolore dei pazienti ricoverati in regime di Day Hospital dovrebbe essere considerato in modo particolare in quanto la terapia analgesica instaurata allevierà le eventuali sofferenze del paziente allorché si troverà a domicilio, tenuto conto anche della recente normativa <sup>(11)</sup> che agevola l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore. Una seconda considerazione concerne il capitolo relativo alla terapia antalgica e rappresenta a

sua volta un limite dello studio proposto: sono stati rilevati solamente i farmaci oppioidi e FANS, escludendo quindi la classe degli adiuvanti che, pur non essendo farmaci antidolorifici in senso stretto, rappresentano un valido strumento per controllare il dolore.

Valutare e quantificare il dolore appare in conclusione fondamentale per individuare strategie di intervento personalizzate e per disporre di strumenti per verificarne l'efficacia. L'introduzione in cartella clinica di una scheda per la valutazione della sofferenza da compilare in modo routinario può consentire una terapia del dolore modulata sul singolo caso clinico, multifattoriale e che tenga conto del paziente nel suo complesso. Al contempo rilevazioni periodiche condotte su tutto l'ospedale dovrebbero consentire di meglio analizzare la qualità percepita ed individuare le aree con maggiori necessità di intervento.

## Appendice

### Distribuzione percentuale del dolore percepito in base alla scala VNS

Scala Dolore	al momento dell'intervista		nelle 24 ore precedenti		nei 15 giorni precedenti	
	n.	%	n.	%	n.	%
0	63	43.4	45	31.0	41	28.3
1	7	4.8	3	2.1	1	0.7
2	9	6.2	4	2.8	3	2.1
3	13	9.0	12	8.3	13	9.0
4	14	9.7	9	6.2	10	6.9
5	16	11.0	16	11.0	11	7.6
6	10	6.9	6	4.1	3	2.1
7	7	4.8	9	6.2	6	4.1
8	5	3.4	18	12.4	18	12.4
9	1	0.7	7	4.8	10	6.9
10	0	0.0	16	11.0	29	20.0
<b>Totale</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>	<b>145</b>	<b>100.0</b>

### Bibliografia

- (1) Jamison RN, Ross MJ, Hoopman P, et al. *Assessment of postoperative pain management: patient satisfaction and perceived helpfulness*. Clin J Pain 1997; 13:229-36.
- (2) Merskey H. *Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the Subcommittee on Taxonomy*. Pain 1979; 6:249-52.
- (3) Ready LB, Edwards WT. *Management of acute pain: a practical guide. Taskforce on acute pain*. IASP Publication, Seattle, 1992.
- (4) Ministero della Salute. *Opuscolo su "Approccio globale al dolore cronico"*. Iniziativa nell'ambito della Giornata del sollievo, 26 maggio 2002.
- (5) Hodgins MJ. *Interpreting the meaning of pain severity scores*. Pain Res Manag 2002; 7:192-98.
- (6) Oates JD, Snowdon SL, Jayson DW. *Failure of pain relief after surgery. Attitudes of ward staff and patients to postoperative analgesia*. Anaesthesia 1994; 49:755-58.
- (7) Klopfenstein CE, Herrmann FR, Mamie C, Van Gessel E, Forster A. *Pain intensity and pain relief after surgery. A comparison between patients' reported assessments and nurses' and physicians' observations*. Acta Anaesthesiol Scand 2000; 44:58-62.
- (8) Marri E, Petropulacos K, Forini E, Taglietti E, Matarazzo T. *Indagine sulla percezione della sofferenza del dolore nella regione Emilia Romagna*.
- (9) National Health and Medical Research Council. *Acute Pain Management: Scientific Evidence*. Canberra: Commonwealth of Australia, 1999.
- (10) Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998-2000: *Un patto di solidarietà per la salute*. Roma, 1998.
- (11) Legge n. 12 dell'8 febbraio 2001 *Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore*. Gazzetta Ufficiale n. 41 del 19-02-2001.
- (12) Provvedimento 24 maggio 2001 *Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore"*. Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29-06-2001.
- (13) Yates P, Dewar A, Edwards H et al. *The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients*. J Clin Nurs 1998; 7:521-30.
- (14) Bucknall T, Manias E, Borti M. *Acute pain management: implications of scientific evidence for nursing practice in the postoperative context*. Int J Nurs Pract 2001; 7:266-73.
- (15) Cousin MJ. *Acute pain and injury response: immediate and prolonged effects*. Regional Anaesthesia 1989; 14:162-78.
- (16) Cullen ML, Staren ED, el Ganzouri A, Logas WG, Ivankovitch AD, Economov SG. *Continuous Epidural infusion for analgesia after major abdominal operations; a randomized, prospective double blind study*. Surgery 1985:718-25.

Referente: Prof. Silvio Brusaferrò

Cattedra di Igiene - Dipartimento di patologia e  
medicina sperimentale e clinica - Università of Udine

Via Colugna, 50 - 33100 Udine

Tel 0432-559903 – fax 0432-559239 – e-mail: s.brusaferrò@med.uniud.it

**Editoriale**

---

<b>A. Panà, A. Muzzi</b> L'Etica nel Servizio sanitario nazionale .....	193
--	-----

**Note di Documentazione**

---

Il codice etico di sanità pubblica dell'Associazione americana di Sanità pubblica .....	197
---	-----

**Parte Scientifica e Pratica**

---

<b>P. Laurenti, G. Quaranta, G. Branca, M. Tumbarello, E. Capoluongo, M. Orsini, V.R. Spica</b> La sorveglianza epidemiologica della Legionellosi in un Policlinico Universitario: risultati di un anno di attività .....	203
<b>A. Boccia, A. Del Cimmuto, D. Tufi, M. De Giusti, M. Grisolia</b> Esperienze di monitoraggio igienico-sanitario in un impianto di trattamento di rifiuti solidi urbani .....	215
<b>R. Quattrin, L. Regattin, L. Lattuada, B. Cerno, L. Conzut, M. Mesaglio, S. Brusaferrò</b> Modalità di gestione del dolore percepito dal paziente in un ospedale ad alta specializzazione .....	239

**Note di Approfondimento**

---

<b>M. Fani, F. Di Stanislao</b> Azioni strategiche direzionali a sostegno del sistema di valutazione della dirigenza medica e veterinaria di una Asl del Centro Italia .....	253
--	-----

**Note di Aggiornamento**

---

<b>A. Muzzi</b> L'Agencia per lo sviluppo della salute del Servizio sanitario nazionale britannico .....	269
---	-----