

# Prevalenza e trattamento del dolore negli adulti ricoverati in ospedali italiani

(*European Journal of Pain* 2005; 9: 61-67)

traduzione a cura di: Inf. Giovanni W. Marmo, Scuola Superiore di Formazione Sanitaria di Trento

## Introduzione

Sebbene durante gli ultimi decenni siano stati fatti importanti progressi nello studio e trattamento del dolore, il dolore risulta ancora sottostimato e sottotrattato nella pratica medica. Ne deriva che la presenza di dolore nei pazienti ospedalizzati è consistente e più alta di quanto ci si possa aspettare. Infatti l'OMS ha dichiarato che il 90% del dolore può essere controllato e possiamo assumere che questa dichiarazione si riferisca al dolore in generale nei pazienti. Studi effettuati in diversi Stati riportano una prevalenza del dolore che varia dal 33% al 79%. (Donovan et al., 1987; Abbott et al., 1992; Trentin et al., 2001; Costantini et al., 2002)

Questi dati di elevata prevalenza sembrano essere dovuti ad una carenza di attenzione al dolore e ad una mancanza di formazione del personale sanitario nel trattamento del dolore (Lebovits et al., 1997; Levin et al., 1998; Drayer et al., 1999; Visentin et al., 2001), come anche alla difficoltà di utilizzo degli oppioidi (Yates et al., 2002). Questo ultimo aspetto è particolarmente evidente in Italia dove il consumo degli oppioidi è fra i più bassi d'Europa. (I.N.C.B., 2002).

Vi sono stati pochi studi sulla prevalenza del dolore negli ospedali italiani e questi si sono limitati ad aree geografiche ridotte (Trentin et al., 2001; Costantini et al., 2002) o a particolari categorie di pazienti (Ripamonti et al., 2000). Per quanto concerne gli altri paesi europei, sono stati condotti studi del genere soltanto in tre Policlinici Universitari francesi (teaching hospitals) (Durieux et al., 2001; Michele et al., 2001; Salomon et al., 2002).

Nell'autunno del 2000, uno studio nazionale chiamato ospedale senza dolore (OSD), è stato condotto su 4523 pazienti ospedalizzati in tutta Italia per accertare la prevalenza del

dolore e la terapia antalgica nei pazienti ricoverati. Sono state studiate anche i possibili determinanti del dolore e la terapia antalgica utilizzata.

## Materiali e metodi

### *Pazienti e disegno dello studio*

Lo studio OSD è uno studio di prevalenza (*cross sectional*) condotto nell'ottobre 2000 in 220 reparti di 20 ospedali che hanno accettato volontariamente di partecipare allo studio (Tabella 1). Gli ospedali erano distribuiti in 11 regioni italiane: 10 del nord Italia 7 nel centro Italia e 3 nel meridione d'Italia. Gli ospedali erano di piccole o medie dimensioni e tutti, eccetto uno, erano ospedali pubblici. Tutti gli ospedali erano Generali con reparti di medicina e chirurgia, eccetto la clinica privata che era specializzata in riabilitazione. I reparti sono stati suddivisi in tre gruppi: chirurgia, medicina generale e altre aree (terapia intensiva, pronto soccorso, e altri che non è stato possibile classificare diversamente).

Tutti i pazienti presenti in un particolare giorno, con età superiore ai 14 anni, presenti da almeno 24 ore e che avevano dato il loro consenso alla somministrazione del questionario, sono stati considerati eleggibili per lo studio. A ciascun paziente è stato consegnato un questionario contenente due scale analogico numeriche (NRS) per misurare l'intensità del dolore al momento dell'intervista e nelle 24 ore precedenti. Ai professionisti sanitari presenti nei reparti è stato consegnato un questionario che conteneva informazioni circa il tipo di terapia antalgica che veniva somministrata ed è stato chiesto loro di completare la NRS per quantificare il dolore che loro supponevano che il paziente provasse al momento dello studio.

Table 1  
Number of wards by hospital area and hospital locality; number of eligible subjects and response rates by hospital

Hospital locality	Number of wards by hospital area			Number of eligible subjects	Response rates (%)
	Surgery	General medicine	Others		
Feltre	4	6	1	159	91.8
Latisana	4	2	1	72	86.1
Garbagnate	4	6	4	358	87.7
Mestre	6	10		318	90.9
Rovigo	6	7		274	81.4
Castelnuovo	3	5	2	159	73.6
Alessandria	6	12	3	300	94.0
Modena	5	7	1	312	82.4
Lugo	4	7	1	238	79.4
Rimini			2	132	81.1
Empoli	6	5	2	390	88.0
Senigallia	4	7	2	197	94.9
Arezzo	6	7	4	309	85.8
Gubbio	4	3	2	110	98.2
Grosseto	2	3	1	159	87.4
Narni	3	1		72	81.9
Roma	5	4		252	89.7
Eboli	6	5		158	92.4
Taranto	4	7	2	312	76.0
Tricase	6	7	2	242	97.1
Total	88	111	30	4523	86.9

Gli infermieri responsabili di questa fase non erano a conoscenza delle risposte dei loro pazienti. Il protocollo di ricerca è stato approvato dal comitato etico del centro di coordinamento.

#### Analisi statistica

Per l'analisi descrittiva si sono utilizzate medie e percentuali.

Al momento dell'intervista, l'intensità del dolore (NRS) è stata divisa in quattro livelli: nessun dolore (NRS=0), dolore lieve ( $1 \leq \text{NRS} \leq 3$ ), moderato ( $4 \leq \text{NRS} \leq 7$ ) e intenso ( $8 \leq \text{NRS} \leq 10$ ). La concordanza fra il dolore percepito dal paziente e quello supposto dall'operatore è stato valutato mediante la statistica *K* di Cohen (Altman, 1992): essa assume il valore massimo di 1 se le due rilevazioni coincidono perfettamente, mentre valori inferiori a 0.40 indicano una concordanza scarsa.

Si sono utilizzati modelli di regressione logistica per studiare l'influenza dei potenziali determinanti (età, sesso, area specialistica) sulla prevalenza del dolore intenso e del suo trattamento, controllando i possibili confondenti (area geografica). L'associazione fra un determinante e l'outcome principale è stata espressa utilizzando l'Odds Ratio (OR) con il rispettivo intervallo di confidenza del 95% (95%CI). Per studiare la relazione fra la

percentuale di pazienti trattati e la percentuale dei soggetti con dolore intenso per tipo di reparto, è stata utilizzata la regressione lineare semplice.

Per l'analisi statistica è stato utilizzato il software STATA 7.0 (Stata Statistical Software, 2001)

#### Risultati

Hanno partecipato allo studio 3931 pazienti sui 4523 eleggibili (86,9%). Le ragioni della non risposta sono state: rifiuto (13%), l'assenza del paziente (23,5 %), stato di coscienza (41,4 %) e altre ragioni (22,1%). Di coloro che hanno risposto, il 50,6% erano donne, 56,6% erano anziani (>65 anni) e l'età mediana era di 67 anni (range interquartile = 52-76 )

La mediana del dolore è risultata pari a 7 (range interquartile =3-10).

3575 pazienti su 3920 (11 missing dolore percepito) hanno riferito dolore durante l'intervista (NRS> 0: 91,2%, 95%CI: 90,3-92,1%); la percentuale di pazienti con dolore lieve, moderato e intenso è stata rispettivamente del 21,7%, 22,9% e 46,6%. Il dolore è rimasto della stessa intensità per almeno 24 ore nel 97,7% dei soggetti. La prevalenza di dolore intenso è risultata significativamente inferiore nella donne (43,7% nelle donne versus 49,8% negli

uomini; OR= 0.80, 95%CI: 0,71-0,92), era indipendente dall'età ed è stata generalmente doppia nei reparti di medicina generale rispetto ai reparti chirurgici (55,7% in reparti di medicina versus 37,0% nei reparti

chirurgici; OR= 2,14, 95%CI: 1,86-2,45) (Tabella 2).

Table 2

Prevalence of severe pain (NAS > 7) and 95% confidence interval (95%CI) in the 3931 interviewed subjects; mutually adjusted odds ratios (OR) and 95% confidence interval for the association of severe pain with gender, age and hospital area

	Number of patients	Prevalence of intense pain (NAS > 7) % (95%CI)	OR <sup>a</sup> (95%CI)
<i>Gender</i>			
Male	1917	49.8 (47.5–52.0)	1.00
Female	1930	43.7 (41.5–45.9)	0.80 (0.71–0.92)
<i>Age</i>			
<45	742	43.3 (39.7–46.8)	1.00
45–64	926	45.0 (41.8–48.2)	0.90 (0.74–1.10)
>64	2177	48.6 (46.5–50.7)	1.03 (0.87–1.23)
<i>Hospital area</i>			
Surgery	1809	37.0 (34.8–39.3)	1.00
General medicine	1855	55.7 (53.5–58.1)	2.14 (1.86–2.45)
Other areas	267	49.1 (43.0–55.1)	1.66 (1.28–2.17)
Total	3931	46.6 <sup>b</sup> (45.0–48.1)	

<sup>a</sup>OR were also adjusted by geographical area.

<sup>b</sup>Missing data: sex *n* = 50, age *n* = 86, perceived pain = 11.

Table 3

Agreement between patients' perceived pain and nurses' opinion

Nurses' opinion	Pain perceived by patients				Total
	No pain	Mild	Moderate	Severe	
No pain	115	27	12	27	181 (4.7%)
Mild	84	473	334	374	1265 (32.7%)
Moderate	78	122	328	248	776 (20.1%)
Severe	61	216	211	1154	1642 (42.5%)
Total	338 (8.8%)	838 (21.7%)	885 (22.9%)	1803 (46.7%)	3864 <sup>a</sup>

Percentage of agreement: 53.6%; Cohen's *K*: 0.318 (95%CI: 0.297–0.338).

<sup>a</sup>67 missing data.

Le cause di dolore sono state: interventi chirurgici (23,8%), traumi (6,9%), procedure diagnostiche (6,7%), cancro (5,0%), ma nella maggioranza dei casi la causa è andata persa (32,6%) o non è stata identificata (25%).

Il grado di accordo fra il dolore dichiarato dal paziente e il dolore percepito dall'infermiere è stato scarso (Tabella 3; *K* di Cohen = 0,318, 95%CI: 0,297-0,338). Da parte degli operatori il dolore è stato sottostimato nel 26% dei casi e sovrastimato nel 20% .

Il 28,5% dei pazienti aveva assunto analgesici nelle 24 ore precedenti (Fig.1): in particolare la percentuale

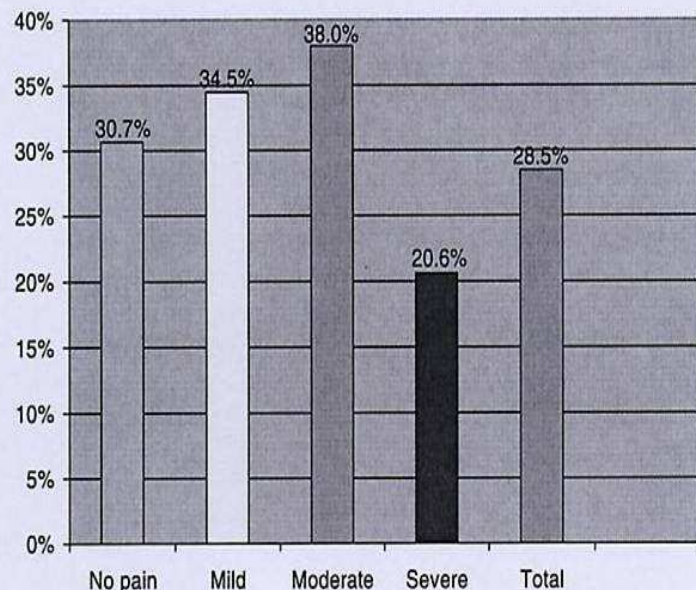


Fig. 1. Percentage of patients with pain taking analgesics by intensity of pain.

dei soggetti che avevano ricevuto un trattamento antalgico era soltanto del 38% e del 20,6% nei pazienti che riportavano rispettivamente dolore moderato o intenso. La probabilità di ricevere un trattamento antalgico era maggiore per le donne (OR=1,33, 95%CI: 1,14-1,54) e

significativamente inferiore per i reparti di medicina generale rispetto ai reparti chirurgici (OR=0,55, 95%CI: 0,45-0,64), mentre non era correlato né al dolore riportato dal paziente né al livello di dolore supposto dall'infermiere (tabella 4).

Table 4

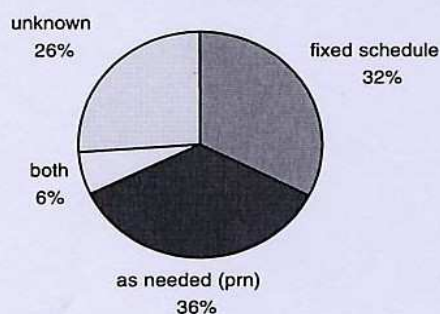
Percentage of patients taking analgesics and mutually adjusted odds ratios (OR), 95% confidence intervals for the association of analgesic treatment with age, gender, patient self-reported pain, nurse estimated pain and hospital area

	% of patients assuming analgesics	Odds ratio <sup>a</sup>	[95% Confidence interval]
<i>Age</i>			
<45	31.8	1.00	
45-64	31.5	1.11	0.89-1.38
>64	26.0	0.88	0.73-1.08
<i>Gender</i>			
Male	25.5	1.00	
Female	31.7	1.33	[1.14-1.54]
<i>Patient self-reported pain</i>			
Absent	30.7	1.00	
Mild	34.5	0.93	[0.69-1.27]
Moderate-severe	26.3	0.73	[0.55-0.97]
<i>Nurse perceived pain</i>			
Absent	23.4	1.00	
Mild	31.6	1.36	[0.89-2.07]
Moderate-severe	27.5	1.24	[0.82-1.87]
<i>Hospital Area</i>			
Surgery	36.1	1.00	
General medicine	22.1	0.55	[0.46-0.64]
Others	21.2	0.48	[0.35-0.67]

The analysis was performed on 3582 patients with no missing information.

<sup>a</sup>OR were also adjusted by geographical area.

(a) Dosing regimen among the patients with pain



(b) Type of analgesic taken by patients with pain

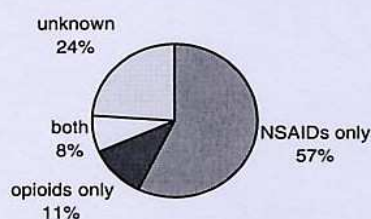


Fig. 2. (a) Dosing regimen among the patients with pain, (b) type of analgesic taken by patients with pain.

La maggioranza dei pazienti che assumeva analgesici era trattato con FANS, mentre l'11% assumeva soltanto oppioidi (Fig. 2a). Soltanto il 6% dei pazienti veniva trattato ad orari fissi con la possibilità di una dose al bisogno (Fig. 2b). Non vi era una differenza statisticamente significativa fra i reparti presi in considerazione né nel tipo di analgesici utilizzati né nel dosaggio somministrato. I reparti ospedalieri con la maggior percentuale di pazienti trattati avevano la minor prevalenza di dolore intenso (Fig. 3).

## Discussione

Questo studio è stato il primo, condotto a livello nazionale, che si è posto l'obiettivo di accertare la prevalenza del dolore negli ospedali italiani e di monitorarne il trattamento. Venti ospedali scelti in tutta Italia, ma distribuiti prevalentemente nel Nord del Paese, sono stati reclutati su base

volontaria. Questo limita qualsiasi generalizzazione dei risultati. Nonostante ciò il campione era ampio e la percentuale di risposta alta (86,9%) garantendo perciò la

rappresentatività degli ospedali coinvolti. L'affidabilità e la validità del metodo utilizzato per misurare il dolore sono state verificate (Jensen & Karoly, 1992).

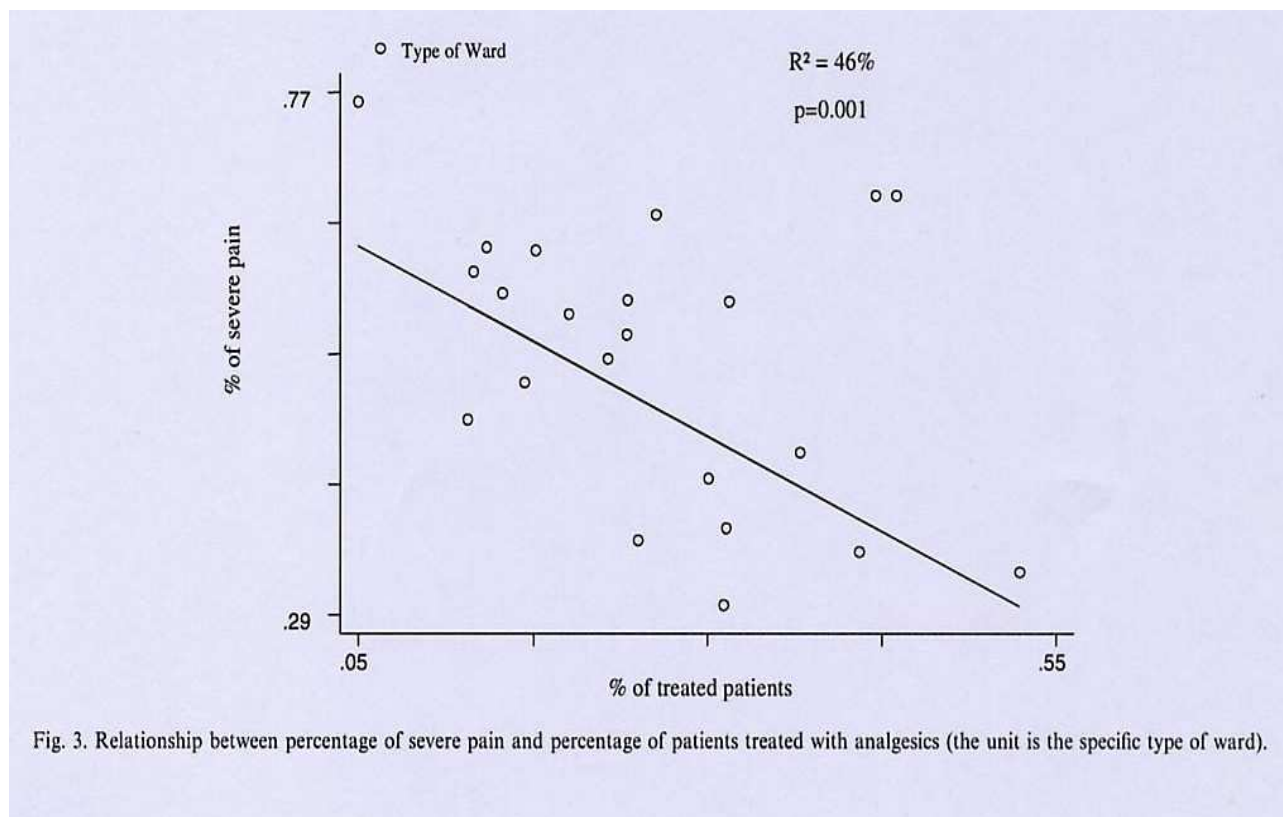


Fig. 3. Relationship between percentage of severe pain and percentage of patients treated with analgesics (the unit is the specific type of ward).

Il primo risultato che colpisce è l'altissima prevalenza di dolore: il 91% dei pazienti hanno riportato dolore di cui il 47% dolore intenso e l'intensità dello stesso è rimasta inalterata per almeno 24 ore.

La prevalenza misurata in questo studio è risultata essere molto superiore rispetto agli altri studi effettuati (Donovan et al., 1987; Abbott et al., 1992; Trentin et al., 2001; Costantini et al., 2002; Ripamonti et al., 2000; Gu et al., 1993; McNeill et al., 1998; Bruster et al., 1994; Dorrepaal et al., 1989; Michel et al., 2001; Durieux et al., 2001; Salomon et al., 2002).

Una prevalenza simile è stata riportata solamente in un altro studio (Comley et al., 2001), volto principalmente ad accertare la soddisfazione del paziente verso la gestione del dolore in un ristretto campione di pazienti. Uno dei fattori contribuenti a questo tipo di risultati potrebbe essere lo scarso utilizzo di analgesici oppioidi in Italia, che è evidente nella presente analisi e che è documentato anche nell' International Narcotic Control

Bureau (INCB). È anche possibile che il tipo di questionario utilizzato possa aver contribuito ad una leggera sovrastima della prevalenza del dolore. Infatti, in altri studi, soltanto alle persone che rispondevano ad una domanda filtro circa la presenza o meno di dolore veniva richiesto di riportare l'intensità del dolore stesso. La nostra scelta però è stata di far riportare su una scala NAS, a ciascun soggetto coinvolto nello studio, il numero corrispondente all'intensità del dolore provato. Questo ha permesso ad alcune persone di riportare il loro dolore anche se era trascurabile, il che ha gonfiato parzialmente le prevalenze stimate se riferite ad altri studi. Nonostante ciò, la prevalenza di dolore intenso è stata molto alta se paragonata ad altri studi italiani ed internazionali. (Costantini et al., 2002; Durieux et al., 2001; Salomon et al., 2002). Un'ulteriore spiegazione per questi elevati valori di prevalenza potrebbe essere il fatto che i reparti ospedalieri hanno partecipato allo studio su base volontaria; questo potrebbe

aver favorito la partecipazione di quei reparti nei quali il problema dolore era più frequente. I dati derivanti da questo studio non hanno mostrato una dipendenza della prevalenza del dolore dall'età; la letteratura è abbastanza contraddittoria riguardo a questo aspetto (Costantini et al., 2002; Desbiens et al., 1996; Radat et al., 1999). Contrariamente a precedenti studi, abbiamo rilevato una maggiore prevalenza e una maggiore intensità di dolore negli uomini rispetto alle donne (Trentin et al., 2001; Costantini et al., 2002; Michel et al., 2001; Yates et al., 1998; Piguët et al., 1998); questo potrebbe essere dovuto al fatto che in questo studio le donne sono state trattate di più rispetto agli uomini, come dimostrato nella nostra analisi. Pensiamo però che questi dati necessitino di ulteriori studi e approfondimenti.

La maggiore prevalenza del dolore nei reparti di medicina interna rispetto ai reparti chirurgici potrebbe essere spiegata con il fatto che gli anestesisti, che ricevono in Italia la migliore preparazione nella gestione del dolore, sono coinvolti attivamente nel trattamento del dolore post chirurgico. Sebbene in questo Paese siano rare, le unità di trattamento del dolore acuto, gli anestesisti si adeguano alle procedure antalgiche post chirurgiche suggerite dai rispettivi ordini professionali (Savoia et al., 2002).

In riferimento ai risultati che riguardano le cause del dolore, l'alta percentuale di dati mancanti o con causa ignota probabilmente riflette, a nostro parere, la sottostima dell'importanza del dolore e la negligenza dello staff medico nella comprensione del paziente con dolore.

La concordanza tra l'intensità di dolore percepita dal paziente e quella supposta dall'infermiere è stata scarsa, il che ha confermato i risultati di altri studi (Michel et al., 2001; Grossman et al., 1991). È probabile che questa mancanza di accordo possa essere ricondotta ad una mancanza di attenzione nei confronti del paziente, mancanza di formazione del personale sanitario e al fatto che il dolore non è quasi mai misurato abitualmente. Soltanto recentemente è stato proposto in Italia di misurare il dolore routinariamente negli ospedali e in effetti

questa pratica deve essere ancora implementata nella maggioranza degli ospedali. Gli infermieri sono portati a sottostimare o sovrastimare l'intensità del dolore dando una valutazione arbitraria che spesso è il risultato della routinarietà del loro lavoro. (Drayer et al., 1999; Grossman et al., 1991).

Il secondo risultato importante del nostro studio è stato che soltanto il 28,5% dei pazienti assumeva analgesici; sebbene molti dati dalle diverse parti del mondo indichino uno scarso utilizzo di analgesici, questa percentuale è definitivamente inferiore rispetto a quelle riportate nella letteratura che presentano un range dal 56% al 79% (Abbott et al., 1992; Trentin et al., 2001; Dorrepaal et al., 1989; Durieux et al., 2001), il che potrebbe essere ragionevolmente una delle cause delle alte prevalenze di dolore riscontrate nel presente studio.

Sorprendentemente la probabilità di ricevere un trattamento antalgico non dipende né dalla percezione di dolore del paziente né dal dolore stimato dagli infermieri. I pazienti dei reparti chirurgici e le donne venivano trattate più facilmente. Questi risultati sottolineano come alcuni stereotipi comuni (le donne vengono trattate di più rispetto agli uomini) e le abituali pratiche di alcuni reparti (i reparti di chirurgia e di terapia intensiva hanno procedure ben precise in questo campo) determinino le modalità di trattamento dei pazienti con dolore nei reparti italiani senza venire influenzati però dalla presenza e dal grado di dolore.

Un'ulteriore conferma di mancanza di formazione dei professionisti della salute nel trattamento del dolore è che soltanto l'8% dei pazienti venivano trattati utilizzando l'associazione FANS - oppioidi, che come risaputo hanno un effetto sinergico, e che soltanto pochi soggetti (6%) venivano trattati sia al bisogno che ad orario, cioè utilizzando il miglior trattamento possibile secondo le linee guida dell'OMS (OMS, 1996). Quest'ultime, sebbene riferite al trattamento del dolore da cancro, sono considerate la base del trattamento del dolore in generale.

In conclusione, questo studio ha rivelato negli ospedali italiani una prevalenza molto alta di

dolore, spesso intenso, e una bassissima percentuale di trattamento antalgico se confrontato con altri studi. Di conseguenza si può affermare che il controllo del dolore è un problema molto serio negli ospedali italiani. È necessaria una formazione specifica in questo campo per migliorare le conoscenze e gli atteggiamenti dei professionisti della salute nei confronti della gestione e trattamento del dolore dei pazienti.

Si spera che le linee guida emanate recentemente dal Ministero della Salute italiano, che mirano a creare ospedali senza dolore, possano migliorare questa situazione in maniera rapida ed efficace (Visentin, 2002).

Ospedali partecipanti allo studio e coordinatori locali:

Alessandria (G.D'Amico), Garbagnate Milanese (F.Zucco), Feltre (G.Gobber), Mestre (G.P.Pinato), Rovigo (B.Piva), Latisana (U.Colonna), Castelnuovo né Monti (D.D. Murri), Lugo di Romagna (V.Ricci), Modena (B.Biasi), Empoli (R. Di Grancio), Grosseto (C.Casadio), Arezzo (P.Maurizi), Gubbio (T. Lazzarini), Narni (A. Favilli), Senigallia (F. Tardioli), Roma Clinica Columbus (D.Camaioni), Rimini (Clinica Sol e Salus) (G.Pari), Eboli (A.De Martino), Taranto (D.Semeraro), trifase (S.Colonna)