

Valutazione da parte dei pazienti della presa in carico del dolore: un confronto fra setting di assistenza

A cura di: Agnese Accorsi (AUSL di Bologna) e Barbara Cucrìo Rubertini
(Scuola di Dottorato in Sanità Pubblica, Università di Bologna)
barbara.cucrìo4@unibo.it

Introduzione

Sebbene negli ultimi decenni siano stati fatti importanti progressi nello studio e trattamento del dolore, il dolore risulta ancora sottostimato e sottotrattato nella pratica clinica. Infatti, mentre l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiara che il 90% del dolore può essere controllato, in Italia, purtroppo, questa percentuale è sicuramente inferiore¹.

Negli ultimi anni studi nazionali hanno focalizzato l'attenzione soprattutto sulla gestione del dolore nel paziente ospedalizzato², tuttavia sono ancora poche le iniziative tese a promuovere il coinvolgimento delle strutture sanitarie territoriali.

Con la finalità di conoscere la prevalenza del dolore e la risposta dei servizi sanitari offerti è stata realizzata, all'interno del progetto Macondo³, un'indagine rivolta ai pazienti: 1) ricoverati in ospedale; 2) ricoverati in hospice; 3) assistiti in day hospital (dh); 4) assistiti a domicilio.

Un altro scopo dello studio è stato quello di analizzare l'affidabilità e la validità di costruito della versione in lingua italiana del questionario APS per i pazienti assistiti a domicilio.

Un elemento rilevante di questo progetto è che, nella valutazione dell'esito degli interventi per la gestione del dolore, non è stato considerato solo il trattamento terapeutico clinico del dolore, ma anche la soddisfazione percepita dall'utente per le cure ricevute riconosciuta come aspetto fondamentale per la valutazione della qualità dell'assistenza⁴.

Materiali e metodi

Disegno dello studio

¹ L'International Narcotics Control Board (INCB, 2005) ha evidenziato che nel 2003 l'Italia compare al penultimo (14°) posto in Europa per quanto riguarda il consumo medio di farmaci oppiacei.

² Ospedale senza dolore RER. 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.

- Trentin L, Visentin M, de Marco R, Zanolin E. Prevalence of pain in a public Hospital: correlation between patients and caregivers. *J Headache Pain* 2001;2:73-8.

- Costantini M, Viterbori P, Gaddo F. Prevalence of pain in Italian hospital: Results of regional cross-sectional survey. *J Pain Symptom Manage* 2002;23(3):221-30.

- Visentin M, Zanolin E, Trentin L, Sartori S, De Marco S. Prevalence and treatment of pain in adults admitted to Italian hospitals. *European Journal of Pain* 2005;9(1):61-67.

³ Macondo ha attivato diversi sottoprogetti: un'analisi delle caratteristiche dell'organizzazione della Rete Cure Palliative, un'indagine su competenze e comportamenti, tramite questionario diretto a tutti gli operatori dei nodi della rete cure palliative, ivi compresi i Medici di famiglia e i Medici di continuità assistenziale, uno studio di incidenza del dolore in una coorte di 1600 malati iscritti al registro Tumori della Romagna e seguiti per un follow up di cinque anni e questa indagine sugli esiti per i pazienti.

⁴ Secondo le indicazioni dell'*American Pain Society* (APS), la valutazione dell'esito di interventi per la gestione del dolore deve considerare non solo il miglioramento dei sintomi, ma anche la soddisfazione percepita dall'utente per le cure ricevute. L'APS, infatti, considera la soddisfazione dei pazienti trattati come una valida misura dell'adeguatezza del trattamento analgesico, riconosciuto come un importante aspetto per la valutazione della qualità dell'assistenza. Cfr. American Pain Society Quality of Care Committee. Quality improvement guidelines for the treatment of acute pain and cancer pain. *JAMA* 1995;274:1874e1880.

Questo studio di prevalenza è stato eseguito in un'unica giornata secondo il modello *one day prevalence* ed è stato condotto, in tutte le aziende sanitarie della regione Emilia Romagna (sia AUSL che Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie e IRCCS), nei seguenti setting di assistenza:

- domicilio (ADI 3 oncologica e ANT)
- hospice
- Day Hospital/ambulatori (oncologia, ematologia, radioterapia, terapia del dolore, ambulatori cure palliative)
- reparti ospedalieri di degenza (oncologia, ematologia, radioterapia, medicina interna, lungodegenza)

Sono stati considerati eleggibili per lo studio tutti i pazienti presenti in un particolare giorno, e che hanno dato il loro consenso alla somministrazione del questionario.

La partecipazione è stata volontaria e anonima.

Strumento

Le informazioni sono state raccolte utilizzando la versione italiana del questionario predisposto e validato dalla *American Pain Society* per la degenza e gli hospice, tradotta dalla Regione Veneto⁵.

Per il setting domiciliare e il day hospital il questionario è stato adattato (ad esempio per la domanda sulle limitazioni nella vita quotidiana, sul dolore pregresso e il tempo intercorso tra richiesta e somministrazione del farmaco) per renderlo facilmente comprensibile ed adatto a persone che vivono nella loro abitazione, in contesto familiare, e non in una struttura.

Il questionario anonimo definito per l'indagine regionale era composto, oltre che da alcune domande socio-anagrafiche, da una domanda iniziale discriminante ("ha provato dolore nelle ultime 24 ore/nell'ultima settimana?")⁶ e da 14 domande successive a cui doveva rispondere solo chi che aveva avuto dolore⁷.

Il particolare, il questionario comprendeva domande riguardanti:

- le caratteristiche del dolore (intensità, interferenza con lo svolgimento attività quotidiane)
- convinzioni sulla gestione del dolore
- la percezione del tempo trascorso tra richiesta del farmaco e sua somministrazione
- le informazioni ricevute sul dolore e suo trattamento⁸
- i metodi per il controllo del dolore
- il grado di soddisfazione per il trattamento del dolore

L'intensità del dolore è stata misurata con una scala da 0 a 10 (dove 0 indica assenza di dolore e 10 il peggior dolore possibile) che è stata suddivisa in quattro livelli⁹ : nessun dolore (0), dolore lieve (1-3), dolore moderato (4-6), dolore severo (7-10).

⁵ Cfr. Ferrari R, Novello C, Catania G, Visentin M. Patients' satisfaction with pain management: the italian version of the Patient Outcome Questionnaire of the American Pain Society, *Recenti Progressi in Medicina* 2010;101(7-8):283-8.

⁶ Per non rendere inattendibili le risposte e dovendo adattare il questionario APS al domicilio dove non vi è in tutte le realtà la possibilità di avere un diario del dolore, si è scelto di non chiedere una valutazione minima e massima del dolore pregresso perché si esercitava in un periodo di tempo troppo lungo.

⁷ Solo alle persone che hanno riferito un dolore recente è stato proposto di rispondere alle ulteriori domande del questionario, per evitare risposte preconcepite e favorire il più possibile la riflessione sulla situazione presente.

⁸ Per una migliore comprensione delle risposte è stata suddivisa la domanda doppia della versione originale "Il medico o l'infermiere all'inizio delle cure, le hanno spiegato l'importanza del trattamento del dolore e che lei deve avvisare quando prova dolore?"

Lo strumento è stato progettato per essere autocompilato, tuttavia ha previsto la possibilità di essere compilato anche con l'aiuto di un familiare, di un volontario o di un operatore (soprattutto in considerazione della severità dei casi nelle persone assistite a domicilio, tutti appartenenti alla classe di malati più gravi, ADI3).

Procedura

Prima di iniziare l'indagine è stata inviata un'informativa Regionale sull'avvio dello studio alle Direzioni Sanitarie, Direzioni di Presidio e Direzioni di Distretto. Inoltre, è stato predisposto il testo di una lettera da inviare ai Medici di Medicina Generale, che è stata utilizzata dai Dipartimenti di cure primarie che hanno coinvolto direttamente i Medici di famiglia. A livello locale sono stati organizzati degli incontri con i Nuclei di Cure Primarie, per promuovere il supporto all'indagine da parte dei MMG.

La distribuzione e la raccolta dei questionari nei setting ospedalieri è avvenuta in un'unica giornata compresa tra il 1 e 15 dicembre 2009.

A domicilio, invece, i questionari sono stati consegnati a tutti i pazienti che risultavano con un contratto ADI 3 o Adi/ANT attivo al 24 dicembre 2009.

Il questionario è stato consegnato dal personale infermieristico sia nelle strutture di ricovero che a domicilio.

Per garantire la privacy dei rispondenti, la raccolta dei questionari (autocompilati e anonimi) nei setting ospedalieri e negli hospice è avvenuta tramite busta chiusa in un'apposita urna, mentre per invio postale (con busta preaffrancata) per gli utenti in assistenza domiciliare.

Il questionario è stato distribuito a tutti i pazienti (oncologici e non) ricoverati in ospedale e in Dh, nei reparti considerati, e ai malati oncologici assistiti in ADI3 o ADI/ANT o Home Care per il domicilio.

Il ritorno dei questionari è stato concentrato sull'AUSL di Bologna che, grazie alla collaborazione a Macondo da parte del Servizio Qualità, ha assicurato registrazione, validazione ed elaborazione dei dati .

Analisi dei dati

L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando il programma SPSS. In particolare sono state effettuate analisi descrittive preliminari (frequenze, percentuali, medie, deviazione standard) per descrivere la popolazione in studio. Analisi inferenziali sono state eseguite per valutare associazioni significative e differenze tra le variabili studiate. È stata condotta anche un'analisi correlazionale per esaminare le relazioni tra le variabili indagate e il grado di soddisfazione per il trattamento del dolore ricevuto.

La consistenza interna delle tre sottoscale del questionario per i pazienti a domicilio è stata determinata con l'indice alfa di Cronbach. La validità del costrutto è stata determinata mediante un'analisi fattoriale esplorativa con rotazione obliqua su ciascuna delle tre parti del questionario.

I risultati sono stati considerati significativi a $p < 0.05$.

⁹Ventafridda V, Tamburini, M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59(4):850-6.

-Stjernsward J. WHO cancer pain relief programme. *Cancer Surv.* 1988;7(1):195-208.

-McCaffery, M., & Beebe, A. (1993). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. Baltimore: V.V. Mosby Company.

-Harich, J. (2002). The comparative pain scale. Cfr. TIPNA sito web: <http://www.tipna.org/info/documents/ComparativePainScale.htm>.

Risultati

Chi ha partecipato all'indagine

Hanno partecipato allo studio 2438 pazienti sui 3252 eleggibili (75%); dei 2438 questionari raccolti 2430 sono stati elaborati. Come si evince dalla tabella 1, il domicilio è il setting con il ritorno di questionari più basso. Il dettaglio della provenienza dei questionari elaborati per setting di assistenza è illustrato nella tabella 2.

Tabella 1. Tasso di risposta per setting di assistenza

Setting	Consegnati	Ricevuti	% ritorno	Elaborati
DOMICILIO	1198	607	50,67%	604
HOSPICE	147	132	89,80%	130
DH	1365	1182	86,59%	1179
DEGENZA	542	517	95,39%	517
TOTALE	3252	2438	74,97%	2430

Tabella 2. Dettaglio della provenienza dei questionari elaborati per setting di assistenza

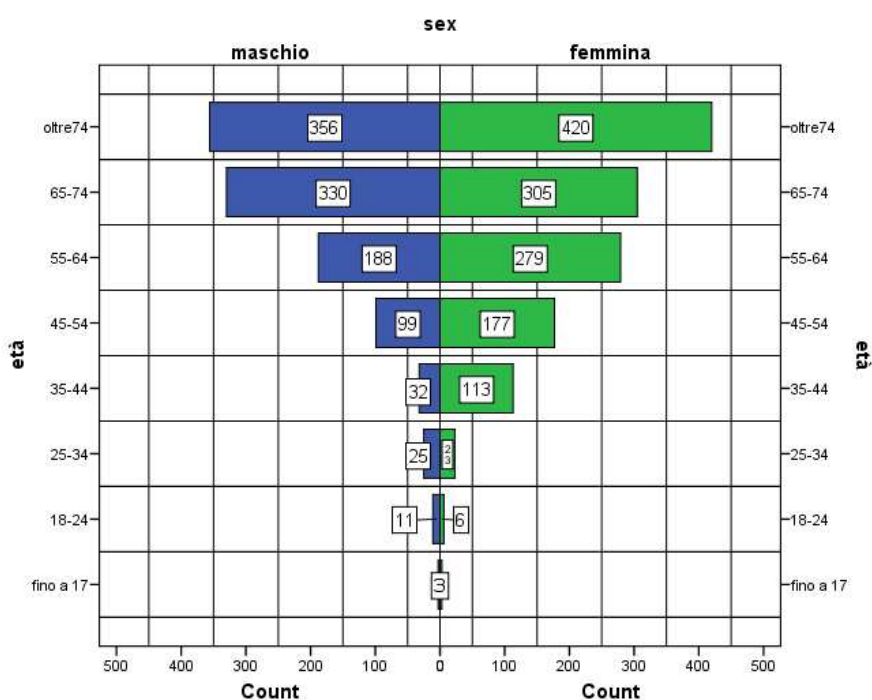
	<i>domicilio</i>	<i>Dh</i>	<i>degenza ordinaria</i>	<i>hospice</i>
Azienda USL Bologna*	228	79	24	27
Azienda USL Cesena	17	68		6
Azienda USL Ferrara	78	21	95	19
Azienda USL Forlì°	34	135	34	14
Azienda USL Imola*	41	35	27	10
Azienda USL Modena	56	19		8
Azienda USL Parma	16	28	63	18
Azienda USL Piacenza	30	8	38	7
Azienda USL Ravenna	43	129	21	3
Azienda USL Reggio Emilia	28	30		13
Azienda USL Rimini	33	16		5
Azienda osp-univ. Bologna		94	70	
Azienda osp-univ. Ferrara		14	51	
Azienda osp-univ Modena		119	35	
Azienda osp-univ Parma		223	29	
Azienda osp Reggio Emilia		161	18	
Istituto ortopedico Rizzoli			12	
TOTALE RER	604	1179	517	130

* Bologna e Imola comprendono i dati di

Bologna ANT (n 181) e Imola ANT (n 37)
 ° Forlì comprende i dati di Forlì Home Care (n 13)

Dall'analisi dei questionari è emerso che, fra i pazienti che hanno risposto, il 55,8% è di sesso femminile e il 59,6% ha un'età maggiore di 65 anni (vedi grafico 1).

Grafico 1. Classi di età e sesso dei rispondenti



L'età più avanzata si registra nei pazienti assistiti a domicilio dove il 55% ha un'età maggiore di 74 anni (vedi tabella 3).

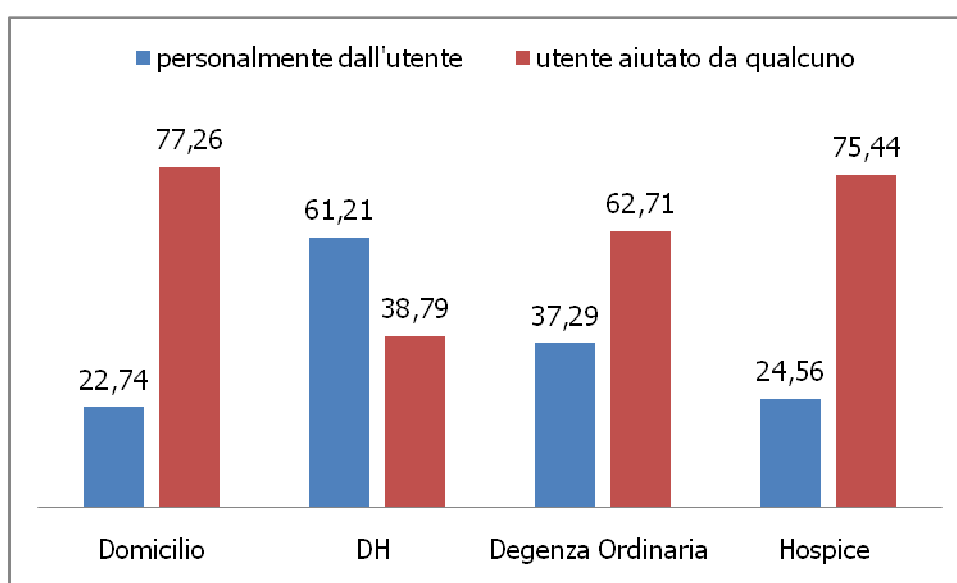
Tabella 3. Caratteristiche demografiche dei pazienti per setting assistenziale

	Domicilio (n=604)	DH (n=1179)	Degenza Ordinaria (n=517)	Hospice (n=130)
	%	%	%	%
Sesso				
Maschio	45,2	42	45,3	55,5
Femmina	54,8	58	54,7	44,5
Classi di età				
18-24	0,3	0,6	1	0
25-34	0,2	2,5	2	1,6
35-44	1,8	7,9	3,1	2,3
45-54	6,9	15,6	7,6	5,5

55-64	11,4	25,6	10	16,4
65-74	24,4	28,7	17	33,6
oltre 74	55	19,2	23,6	40,6
	100	100	100	100

La maggior parte dei rispondenti è stata aiutata per la compilazione del questionario, sono stati aiutati soprattutto i pazienti a domicilio (77,26%) e in hospice (75,44%) (vedi grafico 2).

Grafico 2. Chi ha risposto al questionario (%)



Caratteristiche dei rispondenti che hanno provato dolore

Nell'ultima settimana il 49% dei pazienti a domicilio e il 31% dei pazienti in Dh ha provato dolore; mentre il 38% dei ricoverati in degenza ordinaria e il 45% di quelli hospice ha provato dolore nelle ultime 24 ore (vedi tabella 4).

Nell'ultima settimana/24 ore i pazienti a domicilio e in hospice hanno provato più dolore rispetto ai ricoverati in Dh e in ospedale ($\chi^2=58,59$, $df=3$, $p<0,000$).

Tabella 4. Dolore provato nell'ultima settimana/24 ore per setting assistenziale

	Domicilio (n=604)	DH (n=1179)	Degenza Ordinaria (n=517)	Hospice (n=130)
	ha provato dolore nell'ultima settimana		ha provato dolore nelle ultime 24 ore	
	%	%	%	%
sì	49,2	31	38,1	45
no	50,8	69	61,9	55
	100	100	100	100

L'intensità del dolore è stata misurata con una scala da 0 a 10 dove 0 indica assenza di dolore e 10 il peggior dolore possibile. Il livello medio del dolore percepito dai pazienti al momento dell'intervista è riportato nella tabella 5, non sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra i diversi setting.

Tabella 5. Livello di dolore per setting assistenziale (scala da 0 a 10 dove 0=assenza di dolore e 10=il peggior dolore possibile)

	Domicilio (n=293)	DH (n=362)	Degenza Ordinaria (n=195)	Hospice (n=58)	Sig.*
	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	
Dolore adesso(0-10)	4,75 (2,55)	4,29 (2,72)	4,23 (2,85)	4,23 (2,67)	0,092

*Test ANOVA

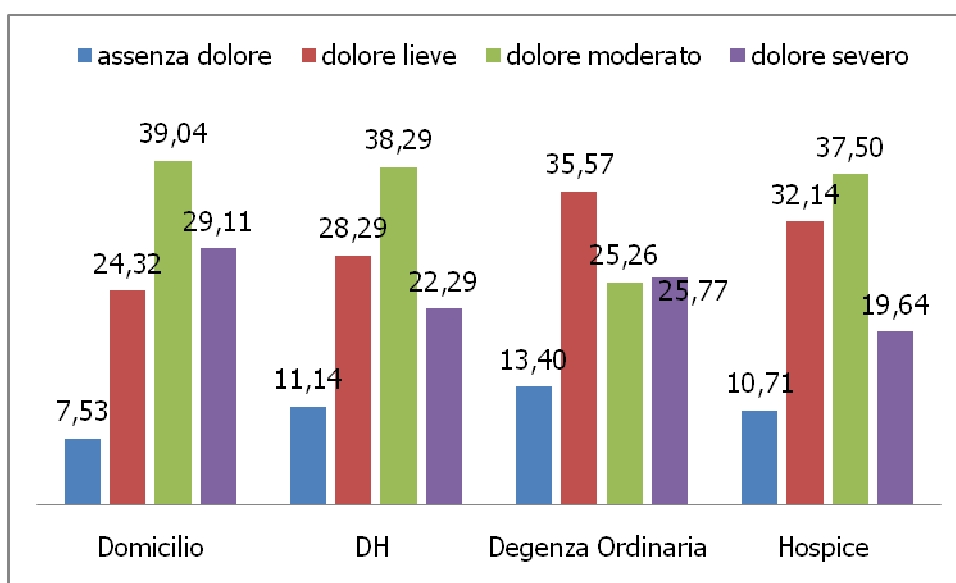
L'intensità del dolore risentito al momento della compilazione del questionario è stata suddivisa in quattro livelli: nessun dolore (0), dolore lieve (1-3), dolore moderato (4-6), dolore severo (7-10).

Suddividendo il campione per sesso e classi di età, nei differenti setting assistenziali, non si notano differenze significative nel livello di dolore percepito.

La distribuzione dei quattro livelli dell'intensità del dolore, suddivisa per setting assistenziale, è illustrata nel grafico 3.

La prevalenza di dolore severo è risultata maggiore nei pazienti assistiti a domicilio (29,11%).

Grafico 3. Livelli di intensità del dolore per setting assistenziale (%)



Secondo gli standard dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i livelli di dolore moderato e severo sono indici di un dolore non controllato, si tratta quindi di malati che non stanno ricevendo un trattamento adeguato. Nella tabella 6 sono riportate le caratteristiche e la percentuale delle persone che hanno lamentato un dolore moderato/severo.

Tabella 6. Percentuale popolazione in studio con dolore moderato/severo

Popolazione in studio	Caratteristiche	Persone che hanno riferito dolore moderato/severo (%)
Assistiti a domicilio	Sono tutti malati oncologici, in fase avanzata o terminale di malattia, assistiti in ADI3 o ADI/ANT	68,2
Assistiti in hospice	Sono tutti malati oncologici, in fase avanzata o terminale di malattia, spesso ricoverati proprio perché hanno sintomi come il dolore, non controllati nel setting di provenienza	57,1
Assistiti in Day Hospital	Sono prevalentemente oncologici (83,1%), in fase di follow up e non terminale, assistiti dal medico di famiglia e/o dall'oncologo/ematologo. Da segnalare 52 pazienti non oncologici presso ambulatorio del dolore	60,6
Assistiti in Ospedale	Provengono da vari reparti medici. Non si riscontrano differenze statisticamente significative, tra malati oncologici e non, nelle percentuali di severità del dolore	51,0

Nei grafici 4a, 4b, 4c e 4d è illustrata la percentuale di popolazione con dolore moderato o severo nei differenti setting di assistenza per Azienda.

Grafico 4a. Percezione del dolore moderato/severo in pazienti ricoverati in ospedale per Azienda

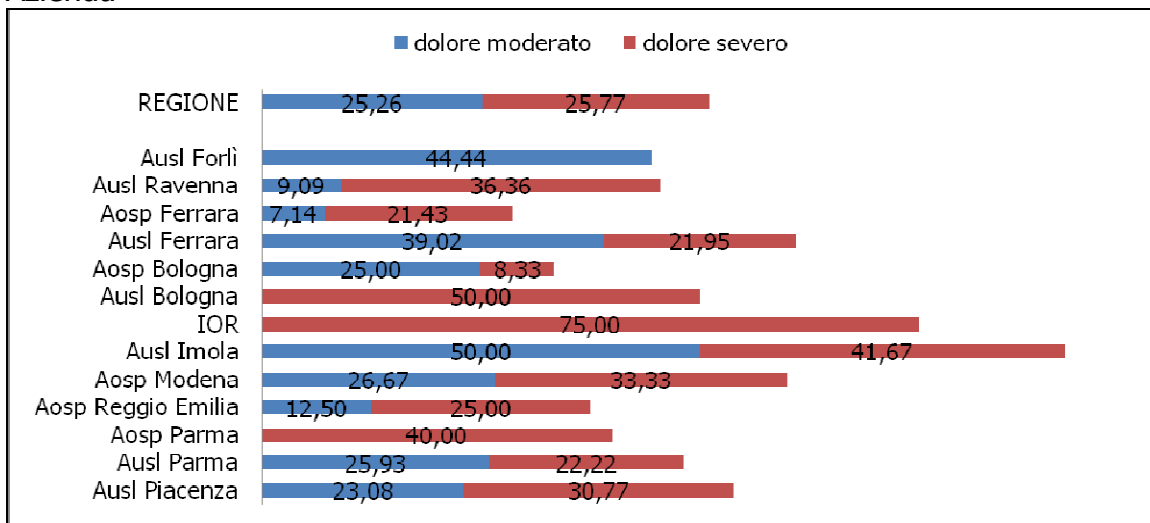


Grafico 4b. Percezione del dolore moderato/severo in pazienti ricoverati in hospice per Azienda

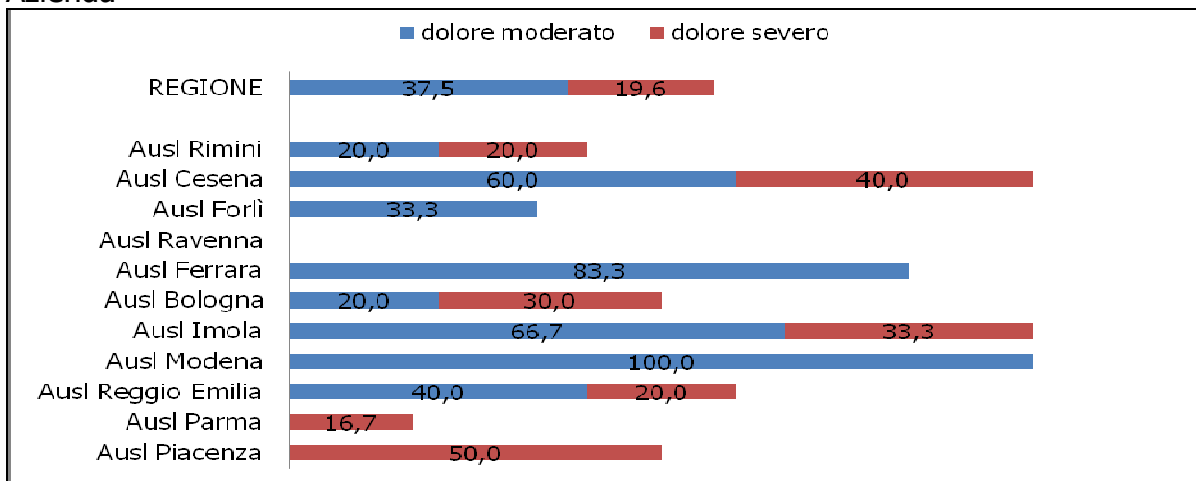


Grafico 4c. Percezione del dolore moderato/severo in pazienti in Dh per Azienda

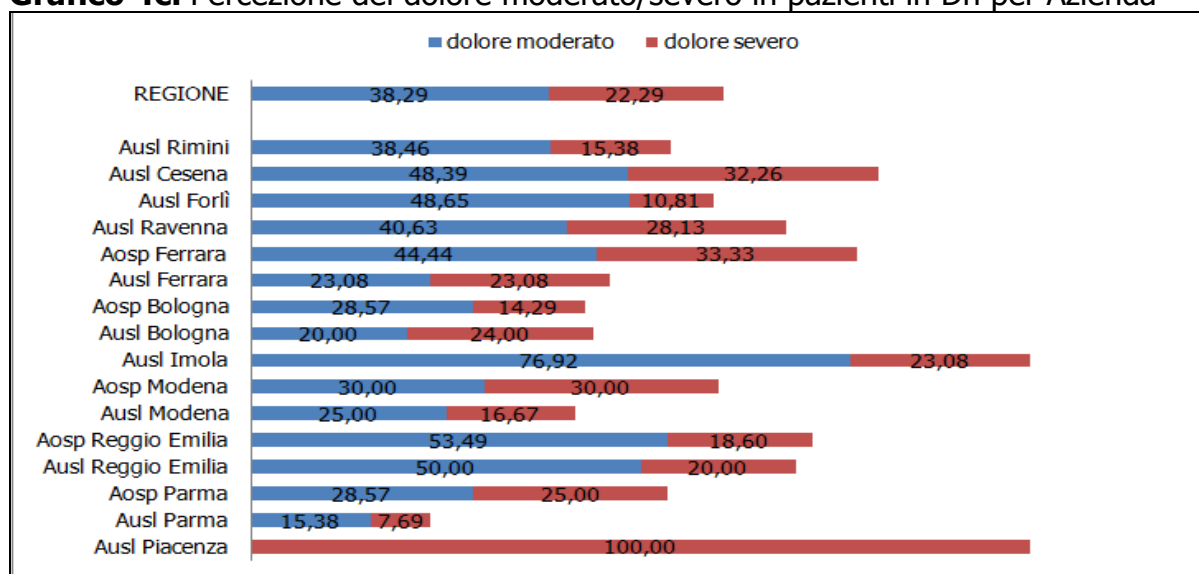
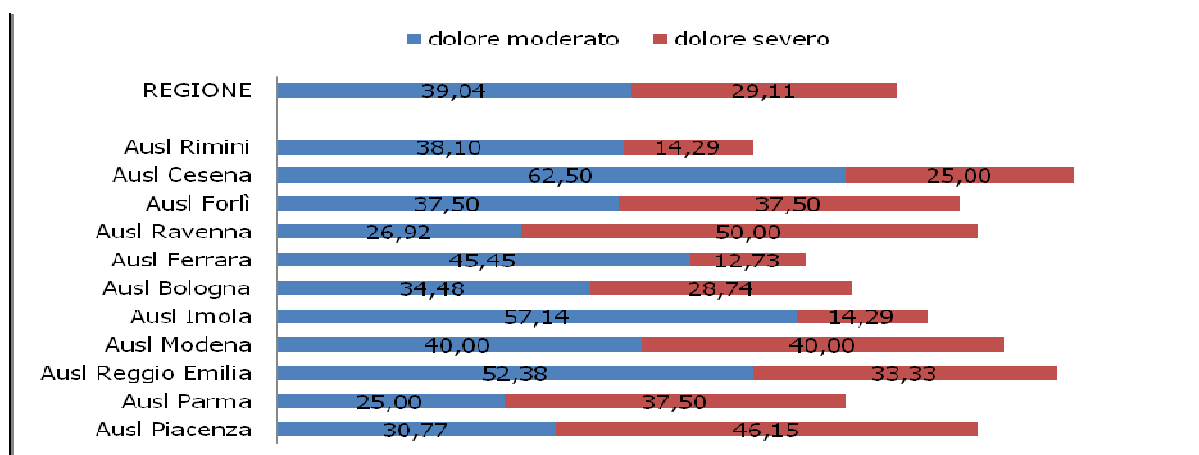


Grafico 4d. Percezione del dolore moderato/severo in pazienti a domicilio per Azienda



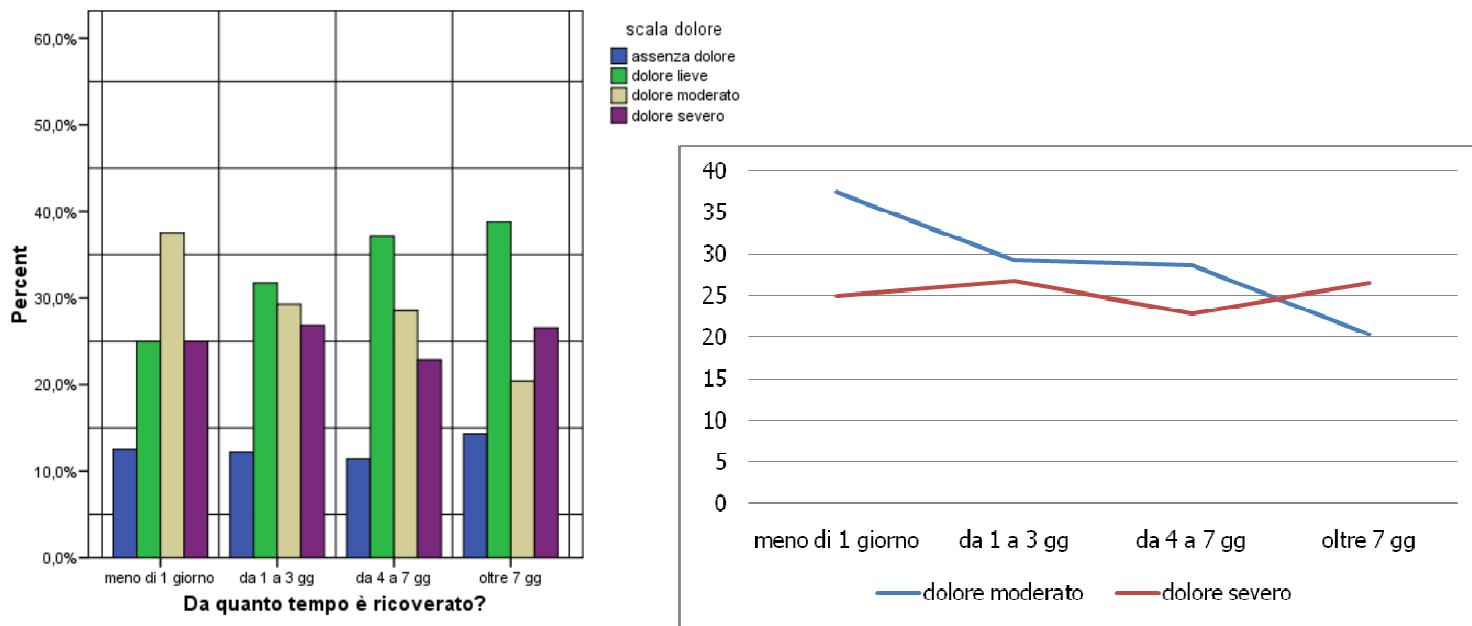
Percezione dolore e durata dell'assistenza

Percezione dolore e durata della degenza

I grafici 5a e 5b mostrano rispettivamente la relazione tra il livello di dolore percepito e la durata del ricovero in degenza e in hospice.

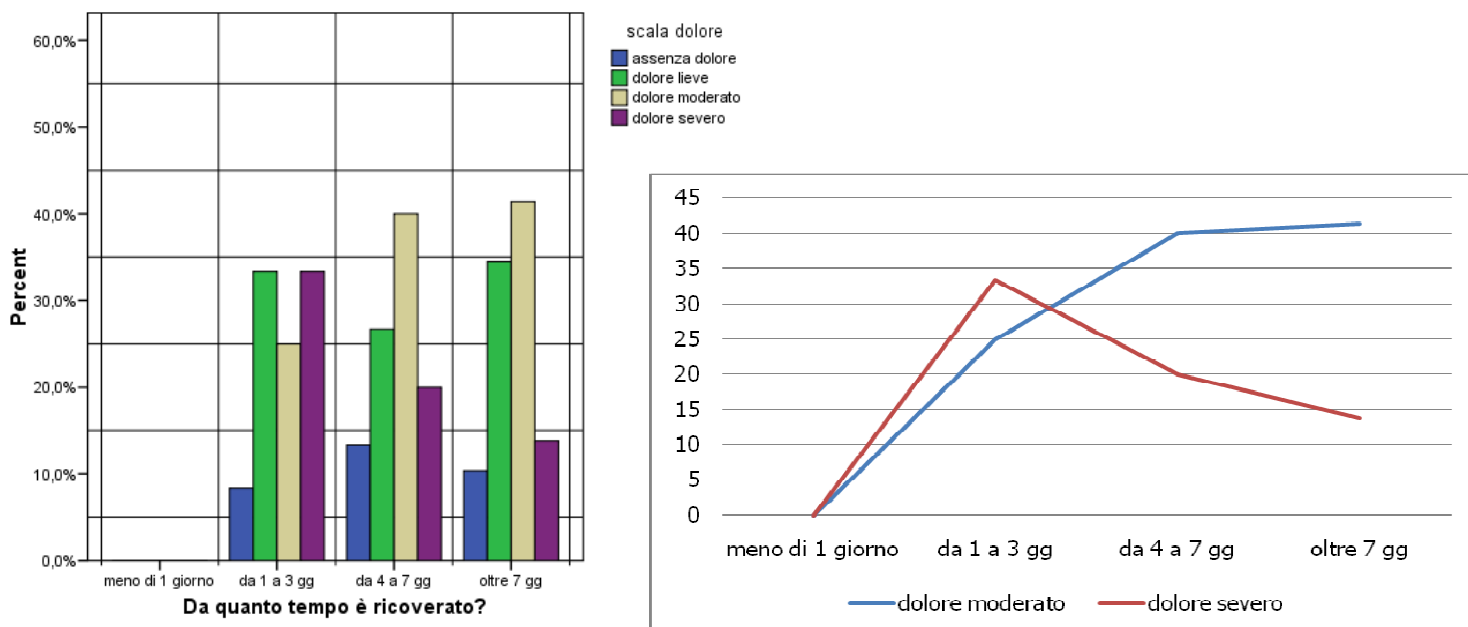
In degenza ordinaria (grafico 5a) si nota che il dolore severo è equamente distribuito per i diversi tempi di ricovero, mentre il dolore moderato diminuisce con la permanenza in ospedale.

Grafico 5a. Percezione del dolore e durata del ricovero in ospedale



In hospice (grafico 5b) si osserva, invece, che il dolore moderato cresce all'aumentare del tempo di permanenza in struttura, mentre il dolore severo diminuisce.

Grafico 5b. Percezione del dolore e durata del ricovero in hospice

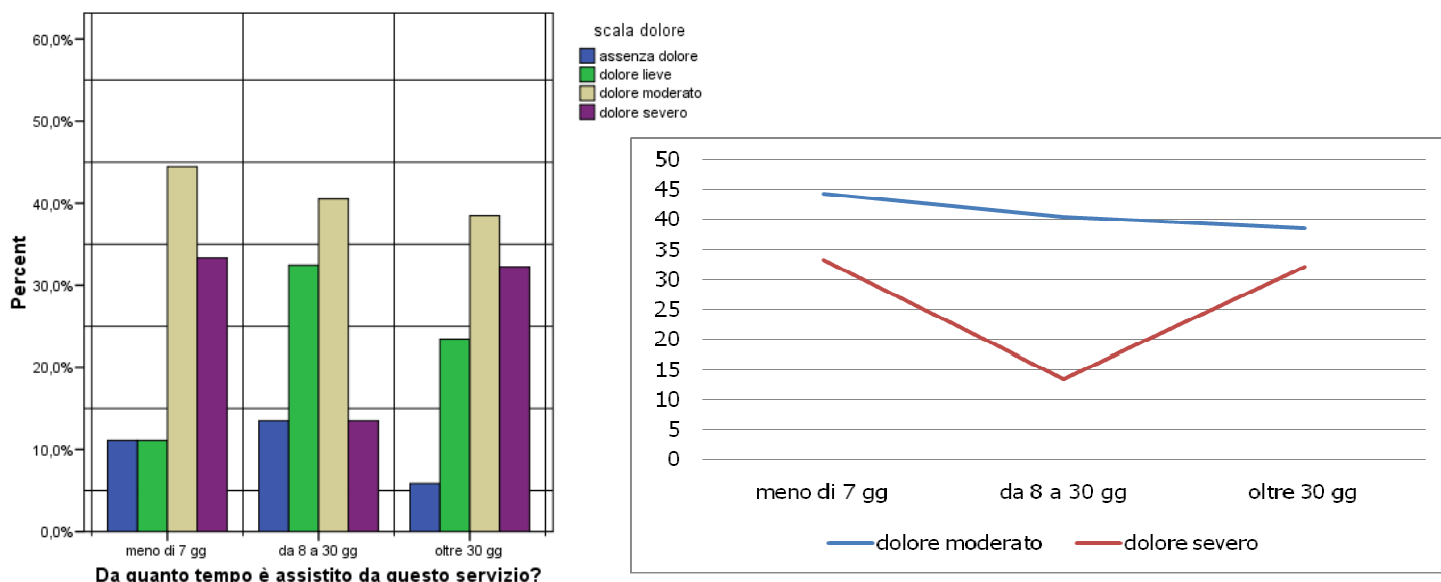


Percezione dolore e durata dell'assistenza

Nei grafici 5c e 5d si osserva rispettivamente la relazione tra il livello di dolore percepito e la durata dell'assistenza in domicilio e in Dh.

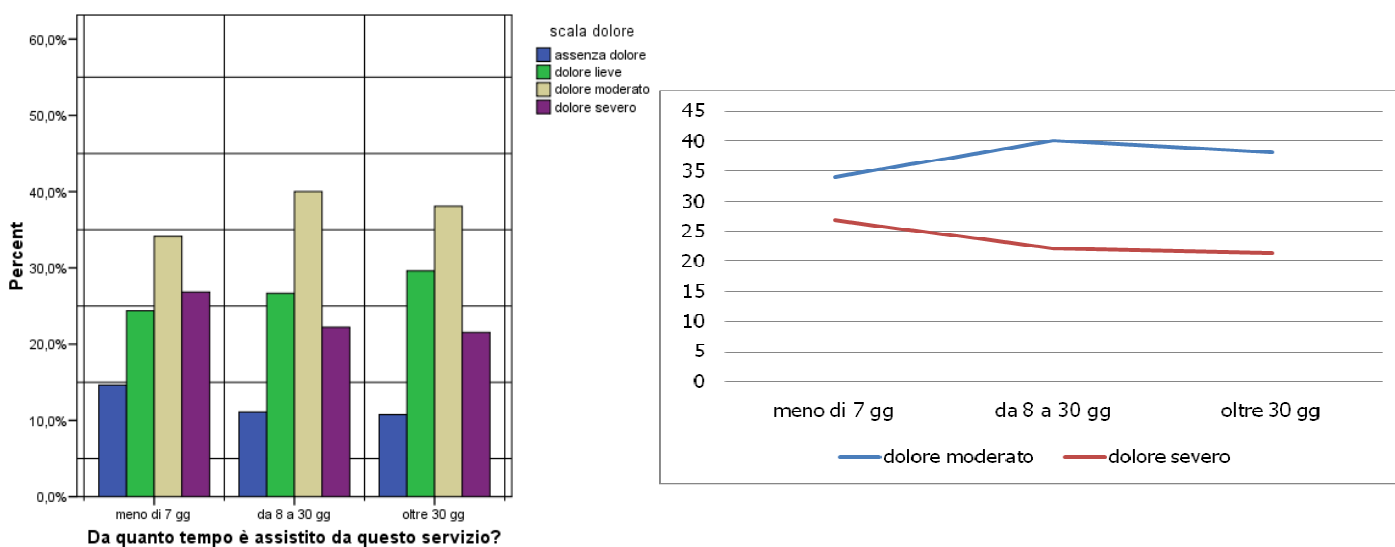
Nel setting domiciliare (grafico 5c) si nota che la percezione di dolore moderato diminuisce lievemente con l'aumentare della durata del periodo di assistenza, mentre il livello di dolore severo è lo stesso sia che l'utente sia assistito da meno di 7 giorni sia da oltre 30 giorni.

Grafico 5c. Percezione del dolore e durata del tempo di assistenza a domicilio



In Dh (grafico 5d) si osserva che il dolore severo diminuisce lievemente all'aumentare del tempo di assistenza in Dh, mentre il dolore moderato è pressoché equamente rappresentato per la diversa durata del periodo di assistenza.

Grafico 5d. Percezione del dolore e durata del tempo di assistenza in dh



Limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane

Per quanto riguarda gli item che indagano quanto il dolore influisce sulla autonomia nello svolgimento di alcune attività quotidiane, dall'analisi emerge (vedi tabella 4) che per i pazienti assistiti a domicilio il dolore interferisce soprattutto con lo spostarsi con i mezzi motorizzati e con il sedersi e l'alzarsi; per i pazienti assistiti in Dh con il sedersi e l'alzarsi; per i pazienti in degenza ordinaria e in hospice con l'umore e le attività generali. L'attività che subisce meno limitazioni a causa del dolore è, per tutti i setting di assistenza esaminati, la relazione con altre persone.

Tabella 4. Nell'ultima settimana/24 ore il dolore ha interferito con:
(scala da 0 a 10 dove 0=non interferisce e 10 = interferisce completamente)

	Domicilio (n=293)	DH (n=362)
	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>
<i>Nell'ultima settimana il dolore ha interferito con:</i>		
Lavarmi e vestirmi	5,03 (3,37)	3,38 (3,25)
Cura del mio aspetto	4,95 (3,41)	3,09 (3,18)
Sedermi e alzarmi	5,38 (3,21)	4,01 (3,16)
Relazioni con altre persone	4,3 (3,30)	2,8 (2,99)
Dormire	4,72 (3,20)	3,77 (3,31)
Spostarmi con mezzi motorizzati	5,71 (3,93)	3,54 (3,61)
	Degenza Ordinaria (n=195)	Hospice (n=58)
	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>
<i>Nelle ultime 24 ore il dolore ha interferito con:</i>		
Attività generale	5,56 (3,27)	5,45 (3,12)
Umore	5,59 (3,31)	5,7 (3,03)
Camminare	5,49 (3,57)	5,44 (3,79)
Relazioni con altre persone	4,1 (3,38)	4,4 (3,27)
Sonno	5,11 (3,48)	4,83 (3,39)

Convinzioni sulla gestione del dolore

Per conoscere le convinzioni sul dolore è stato chiesto ai pazienti di indicare il loro grado d'accordo in una scala da 0 a 5 (dove 0=per niente d'accordo e 5=molto d'accordo) con sette affermazioni. In generale, sembra che i rispondenti non siano d'accordo con alcune affermazioni come "un buon paziente evita di parlare di dolore", "le lamentele per il dolore potrebbero distrarre il medico dal trattare la malattia" e "i farmaci per il dolore dovrebbero essere risparmiati in caso il dolore peggiori" (tabella 5).

Tabella 5. Convinzioni sulla gestione del dolore (scala da 0 a 5 dove 0= per niente d'accordo e 5=molto d'accordo)

	Domicilio	DH	Degenza Ordinaria	Hospice
	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>
I farmaci per il dolore non possono controllarlo completamente	3,02 (1,75)	3,24 (1,6)	3,18 (1,58)	2,94 (1,62)
Le persone diventano facilmente dipendenti dai farmaci per il dolore	3,27 (1,7)	2,99 (1,75)	3,08 (1,72)	2,96 (1,64)
Un buon paziente evita di parlare di dolore	1,47 (1,8)	1,32(1,72)	1,19 (1,63)	1,43 (1,87)
E' più facile riprendersi dal dolore che dagli effetti collaterali dei farmaci per il dolore	2,48 (1,8)	2,53 (1,82)	2,28 (1,70)	2,5 (1,63)
Le lamentele per il dolore potrebbero distrarre il medico dal trattare la mia malattia sottostante	1,42 (1,72)	1,21 (1,64)	1,46 (1,74)	1,35 (1,76)
I farmaci per il dolore dovrebbero essere "risparmiati" in caso il dolore peggiori	1,38 (1,77)	1,24 (1,68)	1,48 (1,66)	1,36 (1,78)
Provare dolore significa che la malattia è peggiorata	3,1 (1,77)	2,19 (1,85)	2,43 (1,83)	3,07 (1,69)

Tempo intercorso tra richiesta e somministrazione del farmaco

Le distribuzioni di frequenza del tempo intercorso tra richiesta del farmaco per calmare il dolore e la sua somministrazione sono riportate in tabella 6. In generale, si nota che il 10,4% dei pazienti ricoverati nei reparti di degenza ordinaria ha aspettato più di 30 minuti per ricevere il farmaco, mentre è da segnalare la percentuale rilevante dei pazienti che vivevano al proprio domicilio al momento dell'indagine e che hanno dichiarato di aver aspettato il trattamento antidolorifico da 1 a oltre tre giorni (1 persona su 3 per gli assistiti in ADI 3 e 1 persona su 5 per i pazienti in Dh); circa una persona su 10 ha aspettato più di 3 giorni.

Tabella 6. Tempo trascorso tra richiesta e somministrazione del farmaco per setting

	Domicilio (<i>n</i> =293)	DH (<i>n</i> =362)
	%	%
meno di 24 ore	<i>66,3</i>	<i>59,8</i>
da 1 a 2 gg	<i>20,4</i>	<i>12,7</i>
più di 3 gg	<i>9,1</i>	<i>10,1</i>
ho chiesto il farmaco, ma non l'ho mai ricevuto	<i>0,4</i>	<i>0,9</i>
non ho mai chiesto il farmaco	<i>3,9</i>	<i>16,5</i>
	<i>100</i>	<i>100</i>

	Degenza Ordinaria (<i>n</i> =195)	Hospice (<i>n</i> =58)
	%	%
meno di 10 min	<i>51,4</i>	<i>73,2</i>
da più di 10 min a 20 min	<i>23,1</i>	<i>23,2</i>
da più di 20 min a 30 min	<i>7,5</i>	<i>3,6</i>
da più di 30 min a 60 min	<i>7,5</i>	-
oltre 60 min	<i>2,9</i>	-
ho chiesto il farmaco, ma non l'ho mai ricevuto	<i>0,6</i>	-
non ho mai chiesto il farmaco	<i>6,9</i>	-
	<i>100</i>	<i>100</i>

Nei grafici 6a, 6b, 6c e 6d è mostrata la tempestività della risposta nei diversi setting assistenziali suddivisa per Azienda.

Grafico 6a. Tempo trascorso tra richiesta del farmaco e sua somministrazione nei pazienti a domicilio per Azienda

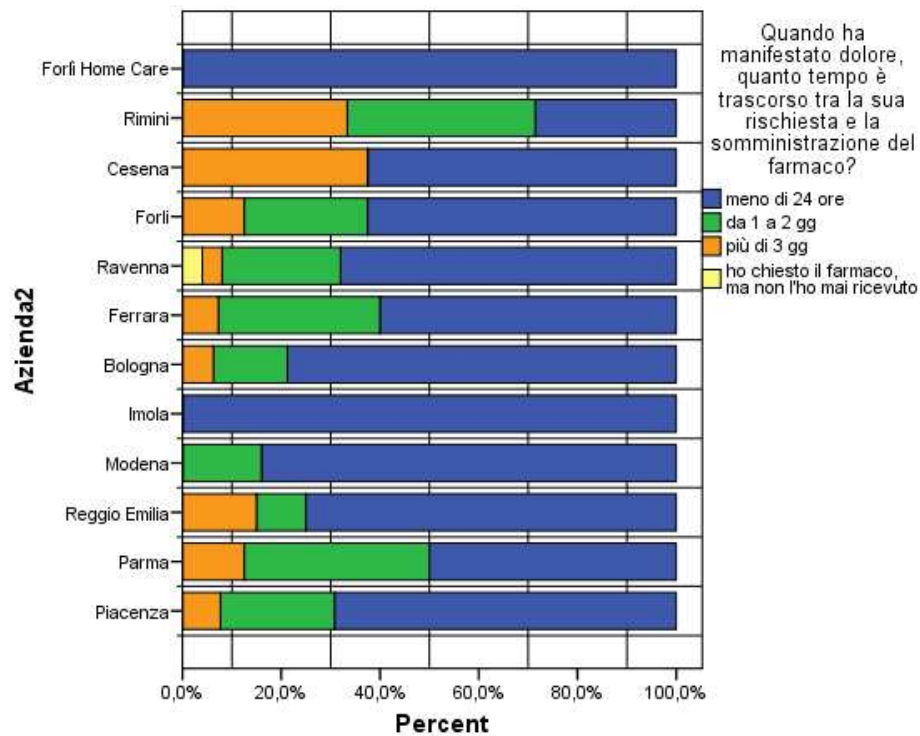
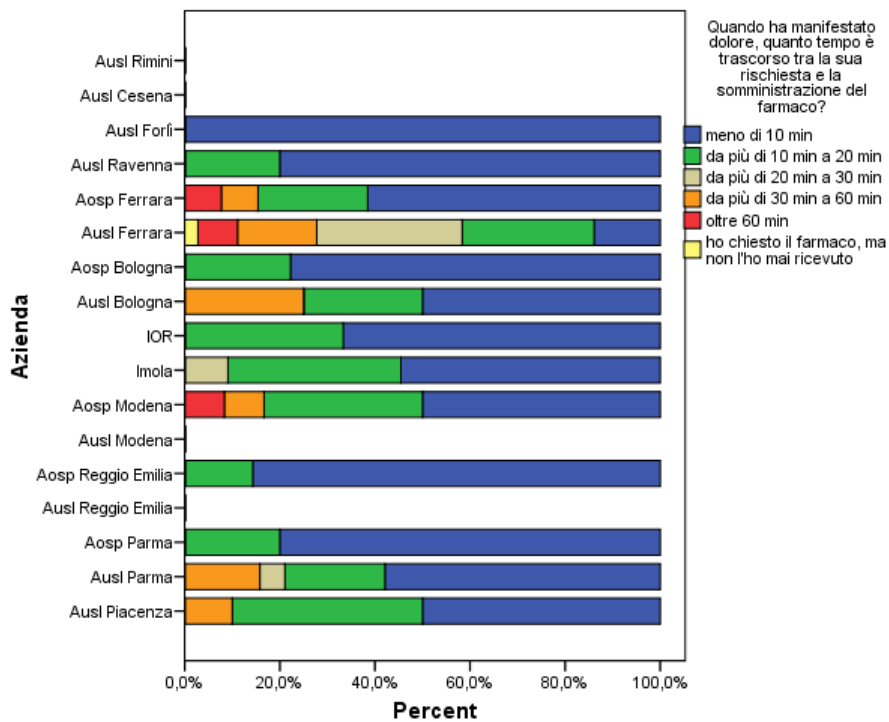


Grafico 6b. Tempo trascorso tra richiesta del farmaco e sua somministrazione nei pazienti in degenza ordinaria per Azienda



La tempestività di risposta in degenza ordinaria è stata, inoltre, disaggregata per tipologia di reparto: dal grafico 6bis si nota che nei reparti di medicina e lungodegenza intercorre più tempo tra richiesta di farmaco antidolorifico e la sua somministrazione.

Grafico 6bis. Tempo trascorso tra richiesta del farmaco e sua somministrazione nei pazienti ricoverati in ospedale per reparto

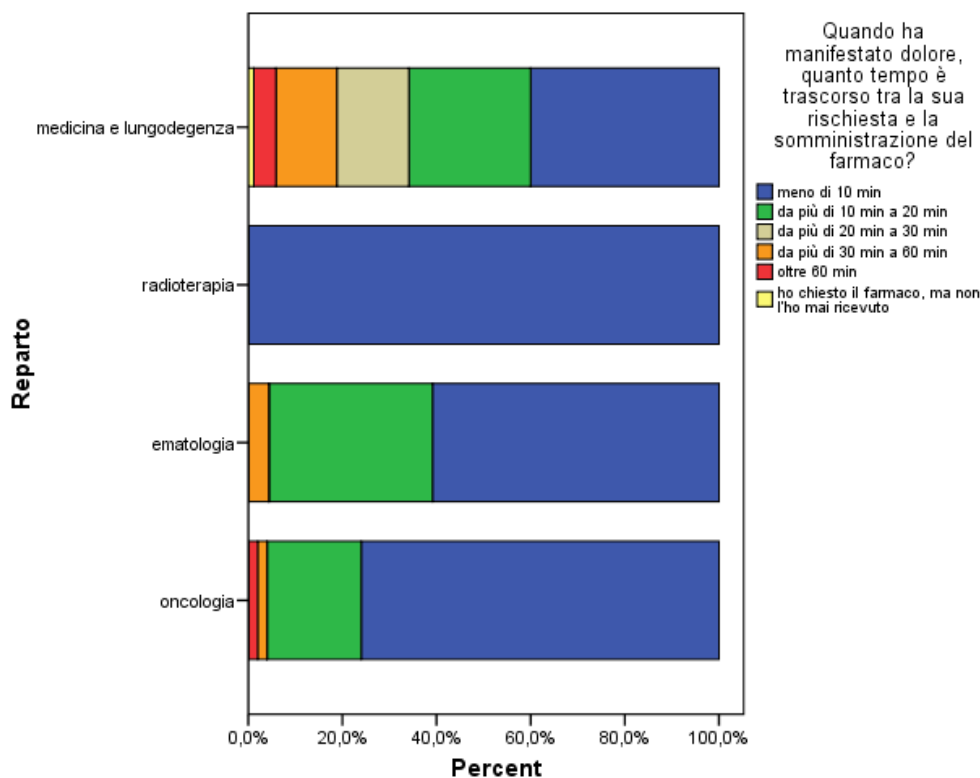


Grafico 6c. Tempo trascorso tra richiesta del farmaco e sua somministrazione nei pazienti in Dh per Azienda

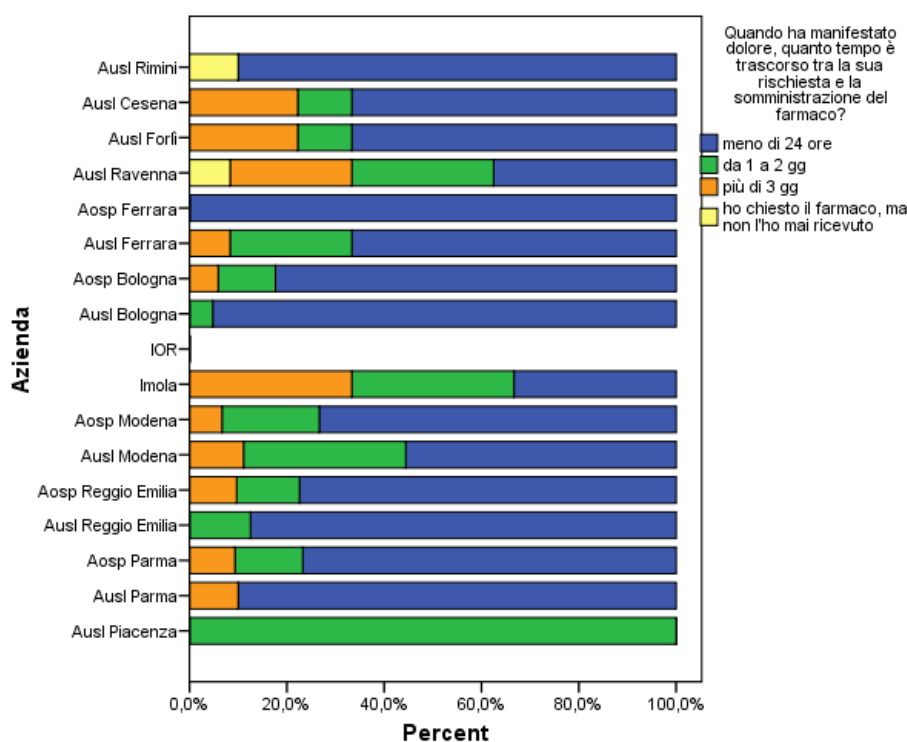
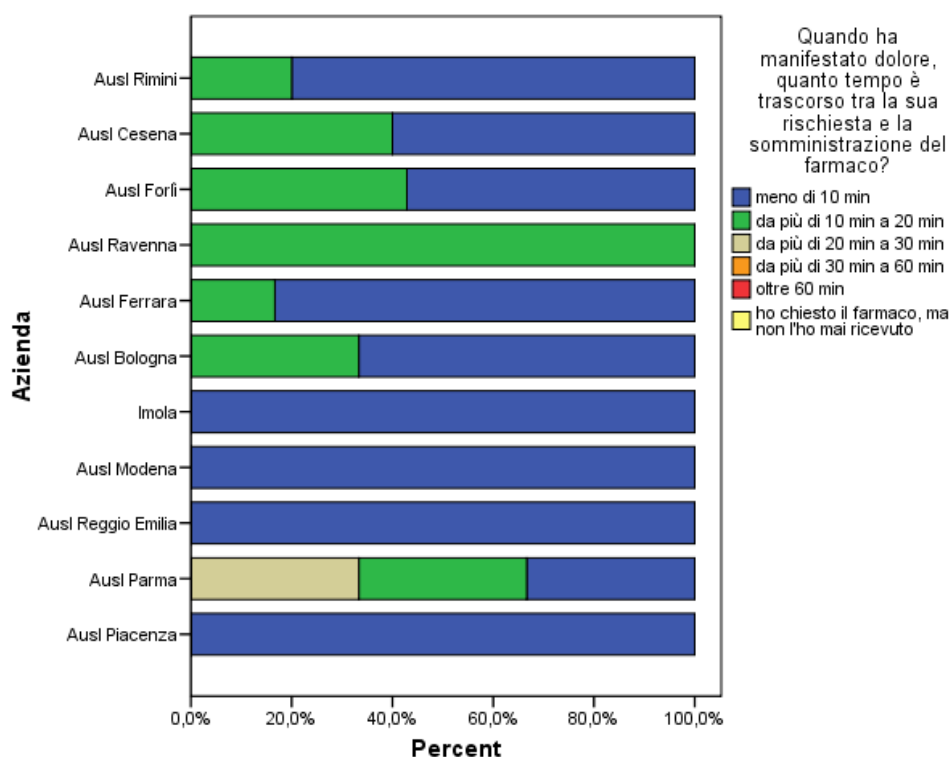


Grafico 6d. Tempo trascorso tra richiesta del farmaco e sua somministrazione nei pazienti in hospice per Azienda



Informazione ricevuta sul dolore e suo trattamento

Riguardo all'informazione ricevuta sul dolore (tabella 7) si evince che l'aspetto più critico, riferito dagli assistiti in tutti i setting, è l'informazione sugli effetti collaterali dei farmaci prescritti per il dolore.

Si nota, inoltre, che il modo di dare informazioni sul dolore cronico e sul suo trattamento varia a seconda dei setting: in particolare, nei reparti di degenza ordinaria, vengono date meno informazioni rispetto agli altri luoghi di assistenza.

Tabella 7. Le hanno spiegato...

	Domicilio	DH	Degenza ordinaria	Hospice	Sig.*
	%	%	%	%	
Importanza del trattamento del dolore¹⁰					<i>0,000</i>
Sì	90,4	87,7	68,5	96,5	
No	9,6	12,3	31,5	3,5	
Di avvisare quando prova dolore					<i>0,002</i>
Sì	94,8	93	87,2	100	

¹⁰ Questa domanda rispetto all'originale è stata suddivisa in due domande distinte in quanto domanda doppia ("Il medico o l'infermiere all'inizio delle cure, le hanno spiegato l'importanza del trattamento del dolore e che lei deve avvisare quando prova dolore?").

No	5,2	7	12,8	-	
Origine dolore					0,017
Sì	83,2	85,1	74,1	78,6	
No	16,8	14,9	25,9	21,4	
Modalità di assunzione dei farmaci per il trattamento del suo dolore					0,000
Sì	97,6	94	85,7	93	
No	2,4	6	14,3	7	
Effetti collaterali dei farmaci prescritti per il dolore					0,000
Sì	79,5	79,1	49,7	79,2	
No	20,5	20,9	50,3	20,8	
	100	100	100	100	

*Test Chi quadrato

Come è emerso dalla tabella 7, nei reparti di degenza ordinaria i malati riferiscono di aver ricevuto meno informazioni sull'importanza del trattamento del dolore.

L'analisi delle informazioni ricevute dai pazienti è stata sviluppata anche disaggregando i dati per tipologia di reparto di degenza.

Prima di fare qualsiasi confronto sono stati effettuati alcuni test statistici per sapere se i pazienti ricoverati in reparti diversi appartenevano a popolazioni diverse: è risultato che non c'è una differenza statisticamente significativa nel dolore percepito né tra tipo di reparto (ciò significa che i ricoverati nei differenti reparti provano in media lo stesso dolore) né tra pazienti oncologici e non.

Tuttavia, sono state riscontrate differenze significative riguardo all'informazione ricevuta dal paziente: nei reparti di lungodegenza e medicina i malati riferiscono di aver ricevuto informazioni in maniera più contenuta rispetto ai malati ricoverati negli altri reparti (vedi tabella 8).

Tabella 8. Informazioni fornite nei reparti di degenza

Le hanno spiegato...

	Oncologia	Ematologia	Lungodegenza e Medicina	Sig.*
	%	%	%	
importanza del trattamento del dolore				0,000
Sì	88,9	89,3	49,5	
No	11,1	10,7	50,5	
di avvisare quando prova dolore				0,002
Sì	100	100	74,7	
No	-	-	25,3	

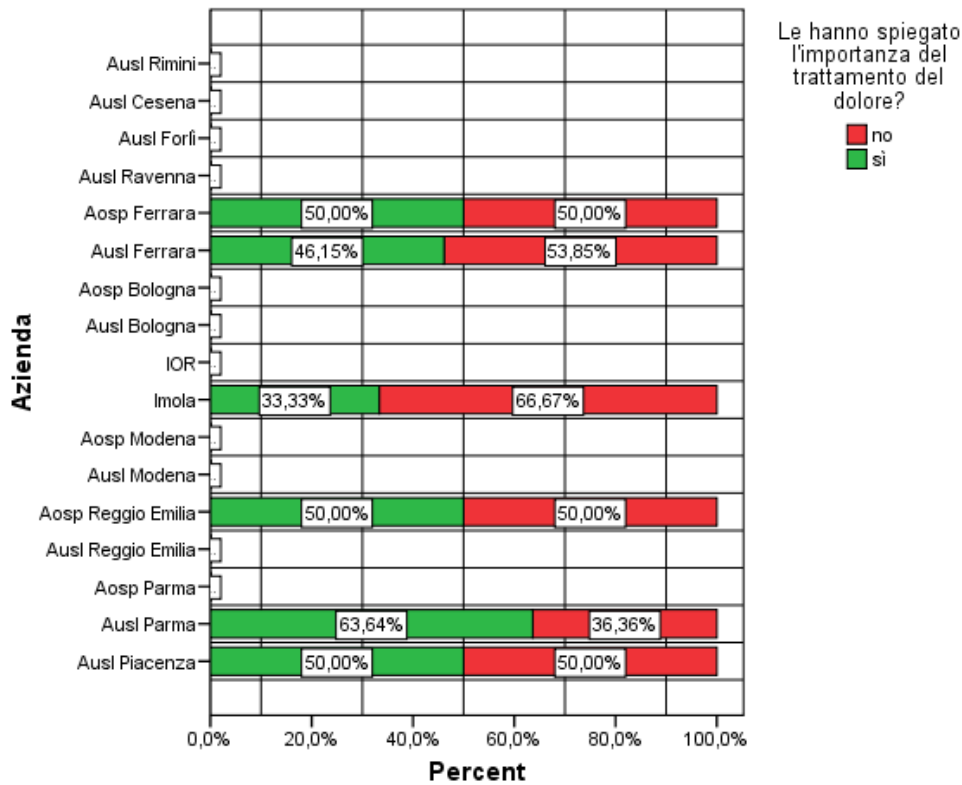
origine dolore					<i>0,001</i>
	Sì	<i>89,1</i>	<i>84</i>	<i>63</i>	
	No	<i>10,9</i>	<i>16</i>	<i>37</i>	
modalità di assunzione dei farmaci per il trattamento del suo dolore					<i>0,000</i>
	sì	<i>98,1</i>	<i>96,3</i>	<i>92</i>	
	no	<i>1,9</i>	<i>3,7</i>	<i>25</i>	
effetti collaterali dei farmaci prescritti per il dolore					<i>0,014</i>
	sì	<i>60,4</i>	<i>65,2</i>	<i>39,1</i>	
	no	<i>39,6</i>	<i>34,8</i>	<i>60,9</i>	
		<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	

**Test Chi quadrato (radioterapia esclusa per esiguità di casi)*

Approfondendo alcuni aspetti relativi all'importanza del trattamento del dolore, nel grafico 7 è illustrata la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sull'importanza del trattamento del dolore ricoverate nei reparti di medicina o lungodegenza per Azienda¹¹.

¹¹ La partecipazione all'indagine dei reparti di medicina e lungodegenza era a discrezione di appartenenza: per questo motivo il dato non è rappresentativo di tutte le UO di Medicina interna e Lungodegenza della regione Emilia-Romagna.

Grafico 7. Percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sull'importanza del trattamento del dolore ricoverate in reparti di medicina/lungodegenza per Azienda



Nei grafici 8a e 8b è, invece, riportata la percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci rispettivamente nei reparti di medicina/lungodegenza e di oncologia suddivisa per Azienda.

Grafico 8a. Percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci per il dolore nei reparti di medicina/lungodegenza per Azienda

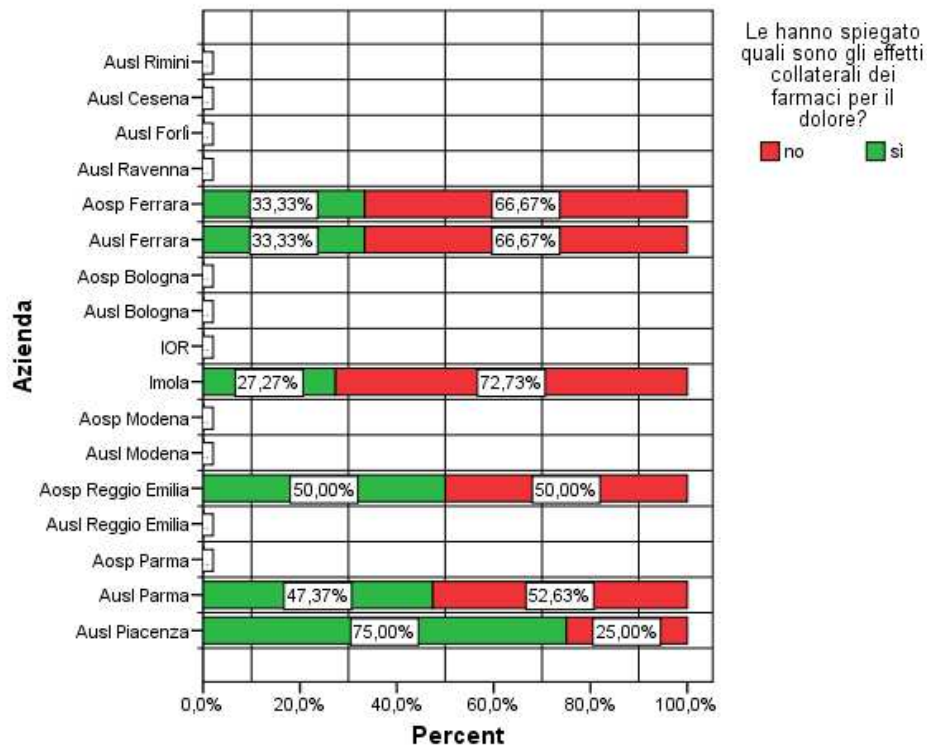
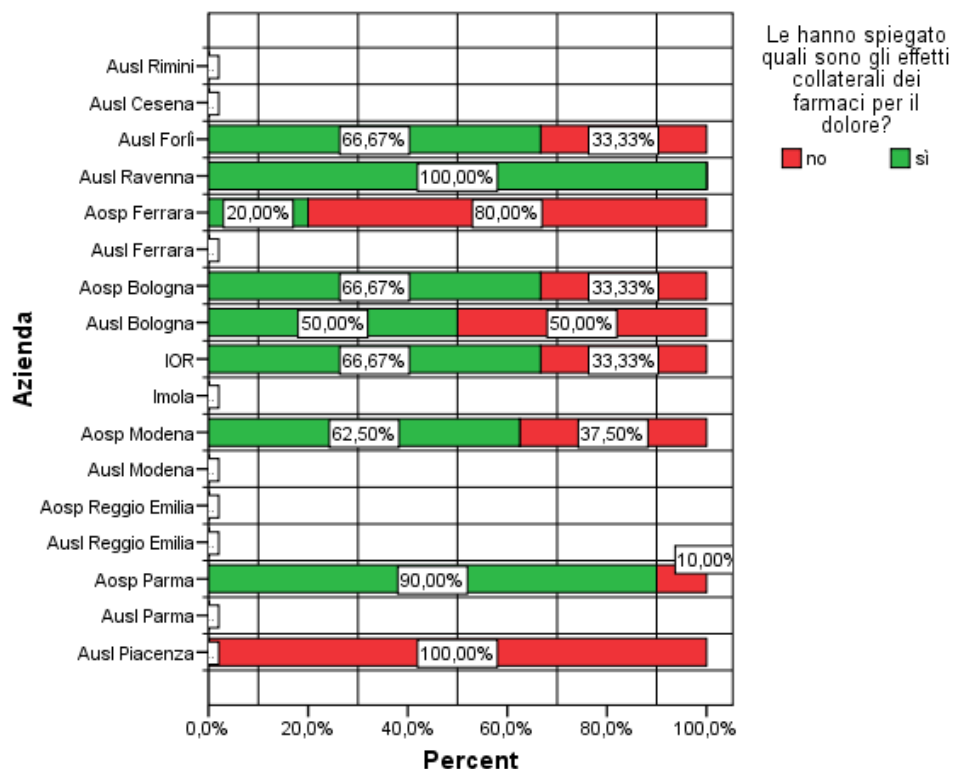


Grafico 8b. Percentuale di persone che hanno ricevuto informazioni sugli effetti collaterali dei farmaci per il dolore nei reparti di oncologia per Azienda



Metodi utilizzati per il controllo del dolore

Le "pillole per il dolore" sono il metodo per il controllo del dolore più utilizzato da tutti i pazienti intervistati (vedi tabella 9).

Nei setting ospedalieri, il secondo metodo più riportato sono le "iniezioni per il dolore", mentre a domicilio sono i "cerotti per il dolore".

Il metodo non farmacologico maggiormente riportato è "la preghiera", utilizzata soprattutto dai pazienti ricoverati in hospice.

Tabella 9. Percentuale e rango metodi controllo dolore per setting (risposta multipla)

	Domicilio		DH		Degenza Ordinaria		Hospice	
	% casi	Rango	% casi	rango	% casi	Rango	% casi	rango
pillole per il dolore	76,3	<i>1</i>	80,8	<i>1</i>	67,8	<i>1</i>	75,9	<i>1</i>
iniezioni per il dolore	42,8	<i>3</i>	40,3	<i>2</i>	46,6	<i>2</i>	57,4	<i>2</i>
farmaci per il dolore somministrati in vena	17,7	<i>5</i>	20,8	<i>5</i>	37,4	<i>3</i>	46,3	<i>3</i>
cerotti per il dolore	48,4	<i>2</i>	22,7	<i>3</i>	23,6	<i>5</i>	35,2	<i>4</i>
analgesia controllata dal pz (PCA)	4,6	<i>9</i>	5,8	<i>10</i>	2,3	<i>13</i>	1,9	<i>11</i>
catetare epidurale	3,5	<i>10</i>	3,8	<i>13</i>	4,6	<i>11</i>	7,4	<i>9</i>
stimolazione nervosa elettrica	2,1	<i>13</i>	2,9	<i>15</i>	1,7	<i>14</i>	0	<i>12</i>
applicazioni di calore	9,9	<i>7</i>	8	<i>9</i>	5,7	<i>10</i>	1,9	<i>11</i>
applicazioni di freddo	2,8	<i>11</i>	5,1	<i>11</i>	8	<i>8</i>	1,9	<i>11</i>
preghiera	18,4	<i>4</i>	21,7	<i>4</i>	26,4	<i>4</i>	31,5	<i>5</i>
rilassamento	8,1	<i>8</i>	13,4	<i>7</i>	9,8	<i>6</i>	20,4	<i>6</i>
tocco terapeutico	2,5	<i>12</i>	3,8	<i>13</i>	1,7	<i>15</i>	5,6	<i>10</i>
distrazione	8,1	<i>8</i>	15,3	<i>6</i>	7,5	<i>9</i>	9,3	<i>8</i>
immaginazione guidata	1,1	<i>15</i>	0,6	<i>16</i>	0,6	<i>16</i>	0	<i>12</i>
massaggi	13,1	<i>6</i>	12,5	<i>8</i>	9,2	<i>7</i>	14,8	<i>7</i>
agopressione	0,7	<i>16</i>	0,3	<i>17</i>	0	<i>17</i>	0	<i>12</i>
musico terapia	1,8	<i>14</i>	3,2	<i>14</i>	0,6	<i>16</i>	0	<i>12</i>
agopuntura	2,1	<i>13</i>	4,8	<i>12</i>	3,4	<i>12</i>	1,9	<i>11</i>

Grado di soddisfazione per il trattamento del dolore

La soddisfazione degli assistiti per i risultati complessivi del trattamento e per il modo in cui infermieri e medici hanno risposto alle segnalazioni di dolore è stata valutata utilizzando una scala a sei livelli dove "1=molto insoddisfatto e 6=molto soddisfatto". I punteggi medi del grado di soddisfazione per i quattro setting esaminati sono riportati in tabella 10, non si notano differenze statisticamente significative.

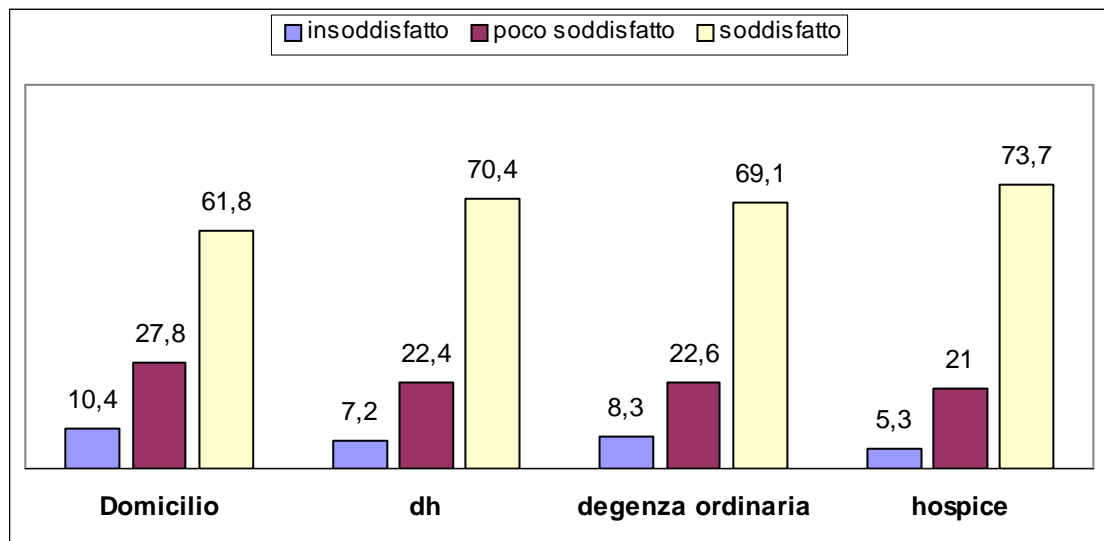
Tabella 10. Grado di soddisfazione medio per setting di assistenza (scala 1-6, dove 1= molto insoddisfatto e 6 molto soddisfatto)

	Domicilio	DH	Degenza Ordinaria	Hospice	Sig.
	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	<i>media (ds)</i>	
Soddisfazione per i risultati del trattamento complessivo per il dolore	4,57 (2,55)	4,48 (1,1)	4,68 (1,13)	4,38 (1,13)	n.s.
Soddisfazione per il modo in cui gli infermieri hanno risposto alle sue segnalazioni di dolore	5,78(0,8)	5,52 (1,11)	5,73 (0,8)	5,88 (0,84)	n.s.
Soddisfazione per il modo in cui il medico ha risposto alle sue segnalazioni di dolore	5,06 (1,09)	4,85 (1,17)	5,05 (1,15)	5,03 (0,98)	n.s.

Si è scelto di accorpate le risposte in 3 categorie: insoddisfatto (molto insoddisfatto, insoddisfatto); poco soddisfatto (leggermente insoddisfatto, poco soddisfatto); soddisfatto (soddisfatto, molto soddisfatto).

In merito ai risultati del trattamento complessivo per il dolore, si ritiene soddisfatto il 61,8% dei pazienti a domicilio, il 70% dei pazienti in Dh, il 69,1% dei pazienti in degenza ordinaria e il 73,7% dei ricoverati in hospice (vedi grafico 9).

Grafico 9. Grado di soddisfazione (%) del trattamento per il dolore per setting di assistenza



È stata condotta una analisi correlazionale per studiare la relazione tra variabili esaminate e grado di soddisfazione per il trattamento ricevuto. Nel grafico 10 sono rappresentate le variabili maggiormente correlate¹² (*cut off* $r > 0,3$) alla soddisfazione del trattamento complessivo ricevuto per il dolore.

¹² Coerentemente con quanto si riscontra nelle scienze sociali, in questo lavoro si sono utilizzate le indicazioni di Giventer (2007) che sottolinea come le correlazioni (r) comprese tra 0 e 0.19 siano da considerarsi di debole intensità, tra 0.2 e 0.49 di moderata intensità e soltanto per valori sopra 0.50 siano da definirsi di

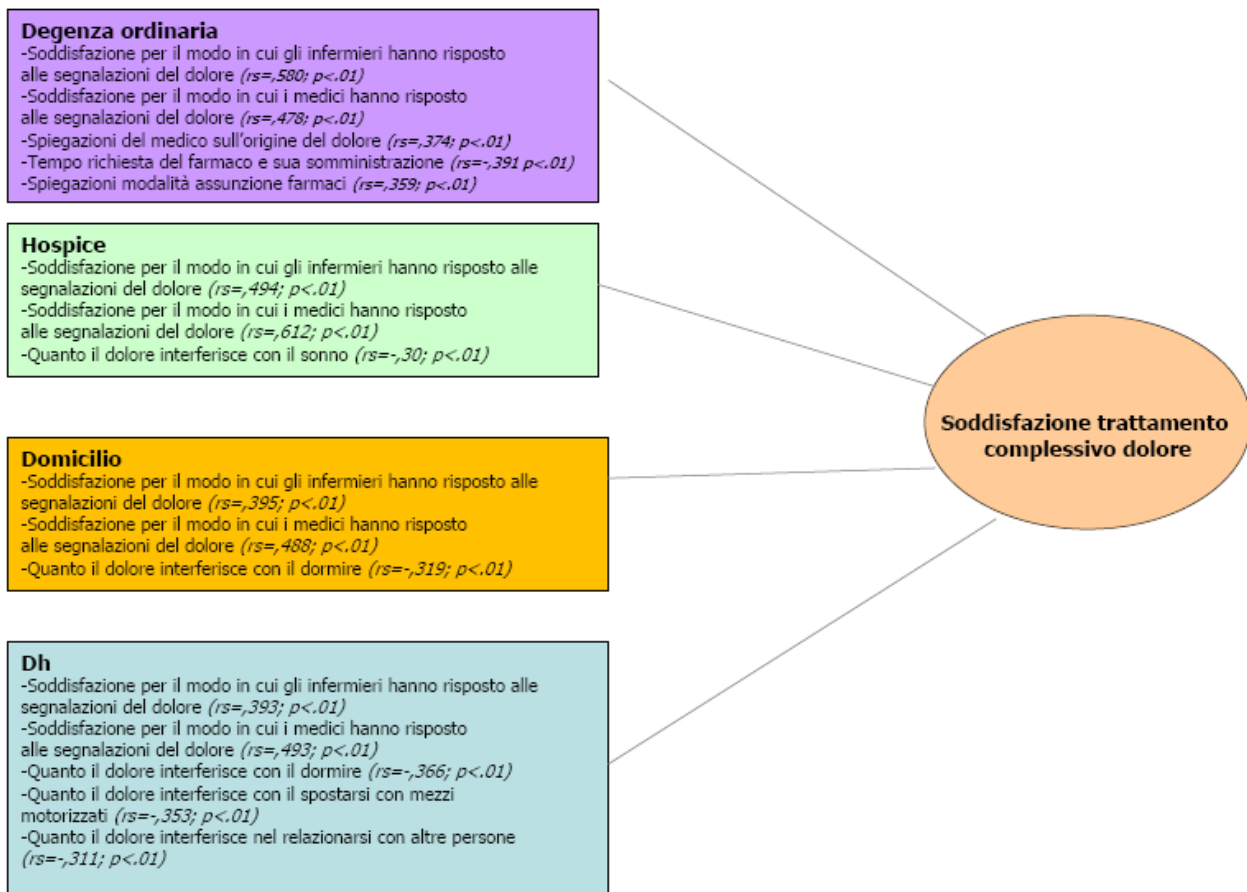


Grafico 10. Variabili correlate alla soddisfazione del trattamento complessivo per il dolore

Per tutti i pazienti che hanno avuto dolore, la soddisfazione per il trattamento complessivo per il dolore, cresce all'aumentare della soddisfazione per il modo in cui i professionisti (medici e infermieri) hanno risposto alle segnalazioni del dolore.

In particolare, si nota come in degenza il grado di soddisfazione sia correlato all'aspetto informativo: maggiori sono le informazioni ricevute più positivo è il giudizio relativo al trattamento complessivo per il dolore. È emersa, inoltre, una correlazione inversa tra soddisfazione e tempestività della risposta nella somministrazione del farmaco: meno tempo intercorre tra richiesta e somministrazione del farmaco maggiore è il grado di soddisfazione dei ricoverati.

Negli altri setting, la soddisfazione del trattamento complessivo per il dolore, è risultata essere correlata all'interferenza del dolore principalmente con il sonno: quanto più il dolore interferisce con il sonno minore è il grado di soddisfazione per il trattamento ricevuto.

Attendibilità e validità fattoriale del questionario APS per il domicilio

Per il setting ospedaliero è stata utilizzata la versione italiana dell'APS validata dalla Regione Veneto, pertanto, per quanto riguarda l'analisi psicometrica della versione italiana

forte intensità. Cfr. Giventer, L.L. (2007) *Statistical Analysis in Public Administration*. London: Jones and Bartlett Publisher.

del questionario APS per pazienti ospedalizzati si rimanda alla recente analisi di Ferrari et al¹³.

Pertanto, nel nostro studio l'attenzione è stata focalizzata sulle proprietà psicometriche della versione italiana dello questionario APS per pazienti assistiti a domicilio.

Nella prima parte del questionario "intensità ed interferenza del dolore" modificata appositamente per il setting domiciliare, si evidenzia un valore di affidabilità elevata, con α di Cronbach pari a 0.92. Dall'analisi fattoriale emerge un unico un unico fattore (range coefficienti di saturazione 0.59-0.91) che spiega il 65% della varianza totale, definito in particolar modo dall'interferenza del dolore con l'aver cura del proprio aspetto e con lavarsi e vestirsi.

La parte relativa alla "Soddisfazione" si è dimostrata affidabile, con α di Cronbach 0.80. Dall'analisi fattoriale per la scala della "soddisfazione" emerge un unico fattore saturato in particolar modo dalla soddisfazione per il trattamento del dolore da parte del personale infermieristico.

La consistenza interna della sottoscala delle "convinzioni del dolore" è risultata poco al di sotto della soglia dell'accettabilità¹⁴, con α di Cronbach 0.67 e dunque non raccomandabile per essere usata come un indicatore di qualità degli interventi per la gestione del dolore a domicilio. La scarsa attendibilità di questa sottoscala è anche dimostrata dai molti missing dovuti o dalla complessità della scala o dalla presenza di affermazioni troppo distanti dalla cultura italiana.

Conclusioni

Poiché il dolore è un'esperienza soggettiva, la percezione dei pazienti della gestione del dolore dovrebbe essere inclusa in qualsiasi tentativo di valutare la qualità degli interventi per la gestione della del dolore. La soddisfazione percepita dai pazienti per le cure ricevute è stata considerata sia come un importante indicatore della qualità delle cure e come misura di esito delle stesse (McDaniel e Nash, 1990).

Tutti i pazienti dovrebbero essere valutati adeguatamente sulla presenza o assenza di dolore perché:

- i sintomi potrebbero essere gestiti efficacemente;
- è un fattore associato alla mortalità (Torrance N, Elliott AM, Lee AJ, Smith BH. Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study. Eur J Pain 2010; 14:380-386) ;
- è associato ad una scarsa qualità della vita (Loyland B, Miaskowski C, Paul SM, Dahl E, Rustoen T. The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. Qual Life Res 2010).

¹³ Ferrari R, Novello C, Catania G, Visentin M. La soddisfazione del paziente per il trattamento del dolore: la versione italiana del Patient Outcome Questionnaire dell' American Pain Society, *Recenti Progressi in Medicina* 2010;101(7-8):283-8.

¹⁴ Indice di Cronbach viene ritenuto accettabile per valori pari o superiori a 0.70.

In generale, il nostro studio si è dimostrato fattibile, ciò è stato anche dimostrato dall'alta percentuale di risposta che ha garantito la rappresentatività dei setting assistenziali coinvolti.

Il questionario per tutti i setting, è risultato essere semplice da compilare e facile da somministrare.

Come prevedibile, il ritorno dei questionari tramite invio postale per gli assistiti a domicilio è stato più basso rispetto agli altri setting con questionario autosomministrato raccolto con apposita urna. Tuttavia, laddove è stato fatto un recall per i pazienti a domicilio si è registrata una più alta percentuale di risposta.

La partecipazione complessiva è stata molto alta, sia in termini assoluti che in relazione al target coinvolgibile.

Pensiamo che questa indagine sia interessante per la comprensione della presa in carico del dolore a livello regionale:

- 1) in primo luogo perché è una fotografia che mette a confronto quattro setting assistenziali diversi, ognuno con le sue specificità;
- 2) inoltre, perché i dati rilevati costituiscono una *baseline* per il confronto, anche con altre realtà regionali ed internazionali, che finora non è stata disponibile, soprattutto per l'area domiciliare, è che potrà essere utilizzata come riferimento per monitorare il miglioramento;
- 3) in terzo luogo, perché ha consentito di dare voce a persone, anche molto sofferenti, che hanno però deciso di collaborare per l'interesse di tutti.
- 4) in ultimo, ma non certo perché di minor importanza, per il fatto che si è fondata su una collaborazione molto larga e molto responsabile di tantissimi operatori, il che dimostra la loro maturità, l'interesse per il bene comune e la professionalità nel partecipare ad attività di ricerca nei servizi che, in tutto il mondo, sono considerate una parte essenziale e fondante della qualità professionale.

Vogliamo sottolineare i seguenti punti emersi da questa terza fase dello studio MACONDO:

- nell'ultima settimana prima della rilevazione, il 49% dei malati assistiti a domicilio e il 31% di quelli assistiti in Day hospital (di oncologia, di ematologia, di radioterapia) ha provato dolore; mentre il 38% dei ricoverati in degenza ordinaria e il 45% di quelli presenti in hospice ha provato dolore nelle ultime 24 ore.
- complessivamente la prevalenza di dolore severo sull'intero campione è risultata pari al 25,1%, risultando maggiore nei pazienti assistiti a domicilio (29,11%).
- non sono state riscontrate differenze significative nella percezione del dolore per genere e classi di età.
- a proposito del tempo intercorso tra la richiesta del farmaco per calmare il dolore e la sua somministrazione, c'è un'alta percentuale di persone, che al momento della rilevazione viveva a domicilio, che ha dichiarato di aver aspettato la somministrazione del farmaco antidolorifico da 1 a oltre 3 giorni: 1 persona su 3 per gli assistiti in ADI 3 e 1 persona su 5 per i pazienti in Dh; circa una persona su 10 ha aspettato addirittura più di 3 giorni.

Sappiamo, sulla base della letteratura e dell'esperienza riferita dagli operatori, che questo si verifica, a domicilio, soprattutto per queste ragioni:

- ✓ Mancanza della prescrizione al bisogno da parte del medico di famiglia, utilizzabile dall'infermiere;
- ✓ Mancata prescrizione da parte del medico di continuità assistenziale (che sappiamo dalle altre fasi dello studio non avere quasi mai neanche ritirato il ricettario per la prescrizione degli oppiacei);
- ✓ Non adeguata educazione terapeutica del caregiver (familiare o altro convivente) per l'autosomministrazione del farmaco, anche quando esso è a disposizione;
- ✓ Disfunzioni (da verificare) sulla disponibilità effettiva della prescrizione e del farmaco per il malato al momento della dimissione dall'ospedale.

- il possibile ampio margine di miglioramento per la tempestività della risposta terapeutica nel day hospital : circa 1 persona su 10 ha riferito di avere aspettato più di 3 giorni, per ricevere il farmaco antalgico.

- la difficile e complessa situazione delle persone in follow up seguite in dh, che, su molti versanti, segnalano una sorta di scollamento o disattenzione nella reale valutazione della loro esigenza di presa in carico per il problema del dolore.

A questo proposito, si segnala una reale emergenza della sottovalutazione dell'importanza di questo elemento del follow up dove ben l'86% delle persone presenti nei DH al momento della rilevazione ha compilato il questionario, che risulta particolarmente problematica in alcuni reparti (ematologia) e che riguarda persone più giovani (26,6% ha meno di 54 anni), per lo più in stato non avanzato di malattia, che quindi beneficerebbero di un trattamento in grado di migliorare grandemente la loro autosufficienza e la qualità della vita.

- riguardo all'informazione fornita sul dolore e il suo trattamento, sono state riscontrate notevoli differenze tra setting di assistenza: nei reparti di degenza ordinaria vengono date meno informazioni. In particolare, a parità di intensità di dolore percepito, i reparti risultati più critici sono le medicine e le lungodegenze.

nei reparti di degenza è risultato che non c'è una differenza statisticamente significativa nel dolore percepito, né tra tipo di reparto (ciò significa che i ricoverati nei differenti reparti provano in media lo stesso dolore) né tra pazienti oncologici e non: ciò significa che il dolore deve essere trattato ovunque (in tutti i reparti e in tutti i pazienti) e con la stessa attenzione. Tuttavia, nei reparti di lungodegenza e medicina vengono date significativamente meno informazioni, rispetto agli altri reparti. Dall'analisi di correlazione, inoltre, è risultato che nella degenza ordinaria il grado di soddisfazione per la presa in carico del dolore cresce in relazione alla qualità dell'informazione ricevuta.

- in merito ai risultati complessivi del trattamento per il dolore, si ritiene soddisfatto il 61,8% dei pazienti a domicilio, il 70,4% dei pazienti in Dh, il 69,1% dei pazienti in degenza ordinaria e il 73,7% dei ricoverati in hospice. In tutti i setting assistenziali il grado di soddisfazione del trattamento per il dolore ricevuto è positivamente correlato al grado di soddisfazione per il modo in cui i professionisti (medici e infermieri) hanno risposto alle segnalazioni del dolore.

- Questo è il primo studio a livello nazionale finalizzato a valutare la prevalenza del dolore in ambito domiciliare con il questionario APS.

I risultati di questo studio suggeriscono che la versione italiana del "Questionario APS" per pazienti a domicilio è in grado di misurare in modo valido ed attendibile sia l'interferenza del dolore con attività quotidiane, sia la soddisfazione per il trattamento del dolore ricevuto.

La scala "convinzioni sulla gestione del dolore" è, invece, risultata più fragile sul piano psicometrico, riportando un valore di alpha Cronbach pari a 0,67. Per un futuro, come già suggerito da Visentin et al, sarebbe opportuno fare un adattamento transculturale del costrutto.

In ogni caso, le robuste evidenze di attendibilità e validità raccolte per le scale "interferenza dolore" e "soddisfazione" suggeriscono che la versione italiana del questionario APS per la rilevazione della prevalenza del dolore domiciliare sia uno strumento di valutazione potenzialmente molto utile per i ricercatori interessati alla valutazione delle qualità delle cure ricevute dai pazienti assistiti a domicilio.