

Università degli Studi di Verona

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica

SEZIONE DI EPIDEMIOLOGIA & STATISTICA MEDICA



Aosta

Nota introduttiva

Il rapporto, di tipo descrittivo, è articolato in 6 sezioni, le prime 5 relative al questionario somministrato ai pazienti e l'ultima riguardante l'indagine tra gli operatori sanitari. Nelle sezioni vengono descritti i risultati relativi ai seguenti argomenti:

1. I tassi di risposta
2. Le caratteristiche dei pazienti
3. Il dolore percepito dal paziente
4. Il dolore riconosciuto dagli operatori sanitari
5. Il trattamento del dolore
6. Il questionario su 'atteggiamenti e conoscenze del dolore'

E' da notare che in ciascuna delle sezioni seguenti, eventuali discrepanze nel totale dei soggetti sono dovute alla presenza di dati mancanti.

1. I tassi di risposta

In questa sezione viene fornita una descrizione dell'adesione all'indagine da parte dei pazienti: la tab.1.1 riporta il numero di soggetti che potenzialmente avrebbero potuto partecipare all'indagine (soggetti eligibili), il numero di soggetti che hanno effettivamente risposto al questionario e la percentuale di soggetti rispondenti (tassi di risposta %); tali dati vengono forniti sia sul totale dei pazienti che per sesso, per classe d'età e per area specialistica.

La figura 1.1 rappresenta sinteticamente i tassi di risposta per sesso, per classe d'età e per area specialistica.

In tab.1.2 sono riportate le motivazioni della non risposta per i soggetti non partecipanti all'indagine: per ciascuna di esse è indicato il numero di soggetti riportanti tale motivazione e la percentuale che essi costituiscono tra i non rispondenti.

2. Caratteristiche dei pazienti

La composizione dei pazienti rispondenti per sesso, per classe d'età e per area specialistica viene riportata in tab.2.1.

In fig.2.1 è rappresentato il numero assoluto di soggetti rispondenti per sesso, per classe d'età e per area specialistica. Nelle figure seguenti viene fornita una ulteriore approfondita descrizione delle caratteristiche dei pazienti rispondenti.

3. Il dolore percepito dal paziente

In questa sezione viene descritto il dolore percepito dai pazienti sia in termini di intensità, misurata su scala NAS (Numeric Analogic Scale, scala analogico numerica), che in termini di prevalenza (percentuale di pazienti che riportano un determinato livello di dolore al momento dell'indagine).

La fig.3.1 descrive la percentuale di soggetti che hanno indicato i singoli livelli di dolore misurati su scala NAS.

In tab.3.1 l'intensità del dolore viene descritta tramite mediana e intervallo interquartile (25°percentile - 75°percentile) e tramite media e deviazione standard sia sul totale del campione sia per sesso, per classe d'età e per area specialistica. La descrizione più adatta, in questo caso, è quella che utilizza mediana ed intervallo interquartile, perché, come è evidente dalla figura 3.1, l'intensità del dolore non è distribuita secondo una gaussiana (distribuzione a forma di campana, simmetrica).

La mediana è quel valore che, una volta ordinate le osservazioni in ordine crescente, lascia al di sotto e al di sopra di sé il 50% delle osservazioni; il 25° e il 75°percentile sono quei valori che lasciano al di sotto di sé rispettivamente il 25% e il 75% delle osservazioni.

La fig.3.2. presenta i box & whiskers plot del dolore percepito dal paziente: viene riportata anche una legenda per facilitare la lettura di tali figure, che presentano in forma grafica i dati di tab.3.1 (mediana ed intervallo interquartile; eventuali 'pallini' nel grafico, indicano valori 'outliers', cioè valori molto estremi rispetto al gruppo di soggetti in studio).

Si passa poi alla descrizione della causa, nei soggetti che hanno dichiarato presenza di dolore, in tab.3.2.

In tab.3.3 viene riportata la durata del dolore per tutti i soggetti rispondenti (quelli che non hanno riportato dolore e quelli che lo hanno riportato al momento dell'intervista o nelle ultime 24 ore).

In seguito l'intensità del dolore è stata riclassificata in 4 livelli:

dolore assente: $NAS=0$

dolore lieve: $1 \leq NAS \leq 3$

dolore moderato: $4 \leq NAS \leq 7$

dolore intenso: $8 \leq NAS \leq 10$

In tab.3.4 viene riportata la percentuale di soggetti che presentano i diversi livelli di dolore così riclassificato sia sul totale dei soggetti che per sesso, per classe d'età e per area specialistica.

In fig.3.2 vengono presentati i dati più rilevanti di tab.3.4.: la prevalenza di assenza di dolore e la prevalenza di dolore intenso ($NAS > 7$) per sesso, per classe d'età e per area specialistica.

Tab.3.5 presenta la prevalenza del dolore di qualsiasi intensità ($NAS > 0$) e di dolore intenso ($NAS > 7$) per ciascun reparto: nella maggior parte dei casi le percentuali presentate devono essere considerate con le dovute cautele, in quanto calcolate su un esiguo numero di soggetti.

4. Il dolore riconosciuto dagli operatori sanitari

Questa sezione riguarda la valutazione del dolore del paziente da parte dell'operatore sanitario. In tab.4.1 viene messo a confronto il dolore percepito dal paziente con quello riconosciuto dall'operatore: sulla diagonale della tabellina, evidenziata in grigio, ci sono i casi in cui la valutazione del paziente e dell'operatore sono concordanti; al di sotto di

tale diagonale, si trovano tutti i casi in cui il dolore del paziente è stato sopravvalutato; al di sopra di tale diagonale, i casi in cui il dolore del paziente è stato sottovalutato.

In tab.4.2. viene riportata la statistica K di Cohen: essa misura il grado di concordanza tra giudizio del paziente e dell'operatore sanitario; quanto è più vicina al valore di 1, tanto maggiore è l'uniformità di valutazione del dolore tra pazienti ed operatori; quanto più diventa inferiore ad 1, tanto più c'è discordanza tra le due percezioni. Come nota alla tabella vengono anche indicati dei valori di riferimento di K che permettono una valutazione del risultato ottenuto. In tabella, sotto la voce *concordanza*, viene anche riportata la percentuale di concordanza che non tiene conto dell'effetto del caso (n.soggetti sulla diagonale/n. totale di soggetti); sotto la voce *concordanza attesa*, vi è indicata la concordanza che ci si aspetta per puro effetto del caso.

In fig.4.1 viene presentata graficamente la tab.4.1: le colonne celesti indicano il numero di soggetti per cui il dolore è stato sopravvalutato, quelle verdi il dolore sottovalutato dall'operatore sanitario.

In tab.4.3 sono riportati i valori della statistica K di Cohen per sesso, per classe d'età e per area specialistica.

5. Il trattamento del dolore

In tab.5.1 è riportata la percentuale di soggetti che assumono analgesici e tra questi, rispettivamente le percentuali delle diverse modalità di assunzione e del tipo di analgesico assunto.

In tab.5.2 viene data l'informazione sulla percentuale di soggetti che assumono analgesici, che assumono fans e che assumono oppioidi per sesso, per classe d'età e per area specialistica. Si noti che le percentuali riportate nelle colonne relative ai fans e agli oppioidi non possono dare come somma quelle riportate sotto analgesici, sia perché ci sono soggetti che prendono entrambi i tipi di farmaci, sia per la presenza di dati mancanti.

In tab.5.3 l'informazione relativa all'assunzione di analgesici, fans e oppioidi è fornita in relazione all'intensità del dolore dichiarata dal paziente al momento dell'intervista.

La fig.5.1 rappresenta graficamente la tab.5.1.

6. Il questionario su 'atteggiamenti e conoscenze del dolore'

Questa sezione riguarda le risposte al questionario mirato a valutare 'atteggiamenti e conoscenze del dolore' tra gli operatori sanitari. Le risposte sono state considerate esatte in base a quanto suggerito dalla comunità scientifica internazionale.

La percentuale di risposte esatte per ciascuna domanda e complessivamente per tutto il questionario, è fornita sia per tutti gli operatori sanitari complessivamente che per le due categorie professionali (medici ed infermieri) separatamente. Per la percentuale complessiva di correttezza viene fornito anche l'intervallo di confidenza al 95%.

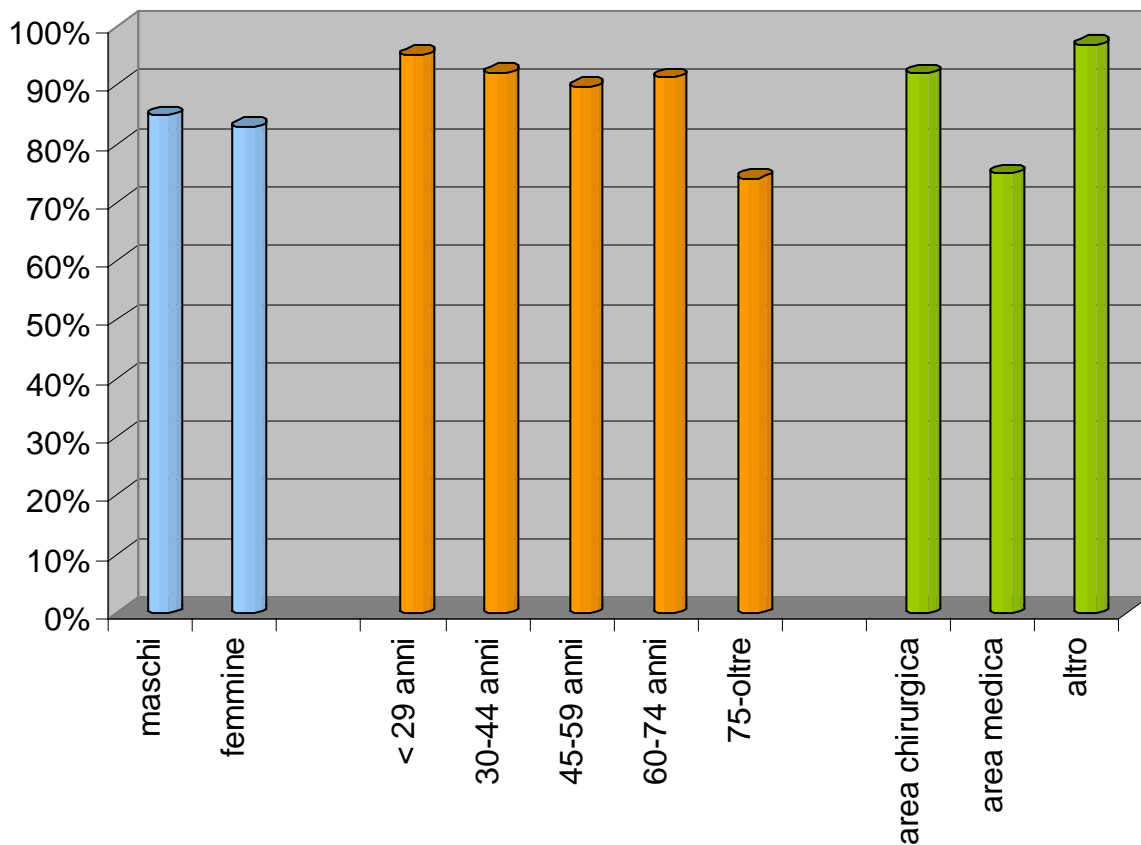
1. Tassi di risposta.

Tab.1.1 Numero e % di soggetti eligibili e tasso di risposta per sesso, età e area specialistica.

sesso	N° soggetti eligibili	N° di rispondenti	Tassi di risposta %
Sesso:			
Maschi	198	168	84.9
Femmine	175	145	82.9
Classe d'età:			
< 29 anni	21	20	95.2
30-44 anni	38	35	92.1
45-59 anni	39	35	89.7
60-74 anni	115	105	91.3
75-oltre	158	117	74.1
Area specialistica:			
area chirurgica	160	147	91.9
area medica	183	137	74.9
altro*	32	31	96.9
TOTALE	375	315	84.0

* rianimazione, pediatria e altri reparti non classificabili altrimenti.

Figura 1.1 Tasso di risposta (%) per sesso, età e area specialistica.



Tab 1.2 Numero e % di soggetti non rispondenti classificati in base al motivo della non risposta.

Motivo	N° di non rispondenti	% di non rispondenti
rifiuto	3	5.0
assente	6	10.0
turbe di coscienza	40	66.7
altro o non specificato	11	18.3
TOTALE	60	100

2. Caratteristiche dei pazienti

Tab. 2.1 Distribuzione dei pazienti rispondenti per classe d'età, sesso e area specialistica.

	Rispondenti	
	N°	%
Sesso:		
Maschi	168	53.7
Femmine	145	46.3
Classe d'età:		
< 29 anni	20	6.4
30-44 anni	35	11.2
45-59 anni	35	11.2
60-74 anni	105	33.7
75-oltre	117	37.5
Area specialistica:		
area chirurgica	147	46.7
area medica	137	43.5
altro*	31	9.8
Totale	315	100

* rianimazione, pediatria e altri reparti non classificabili altrimenti.

Figura 2.1. Distribuzione assoluta dei pazienti rispondenti per classe d'età, sesso e area specialistica.

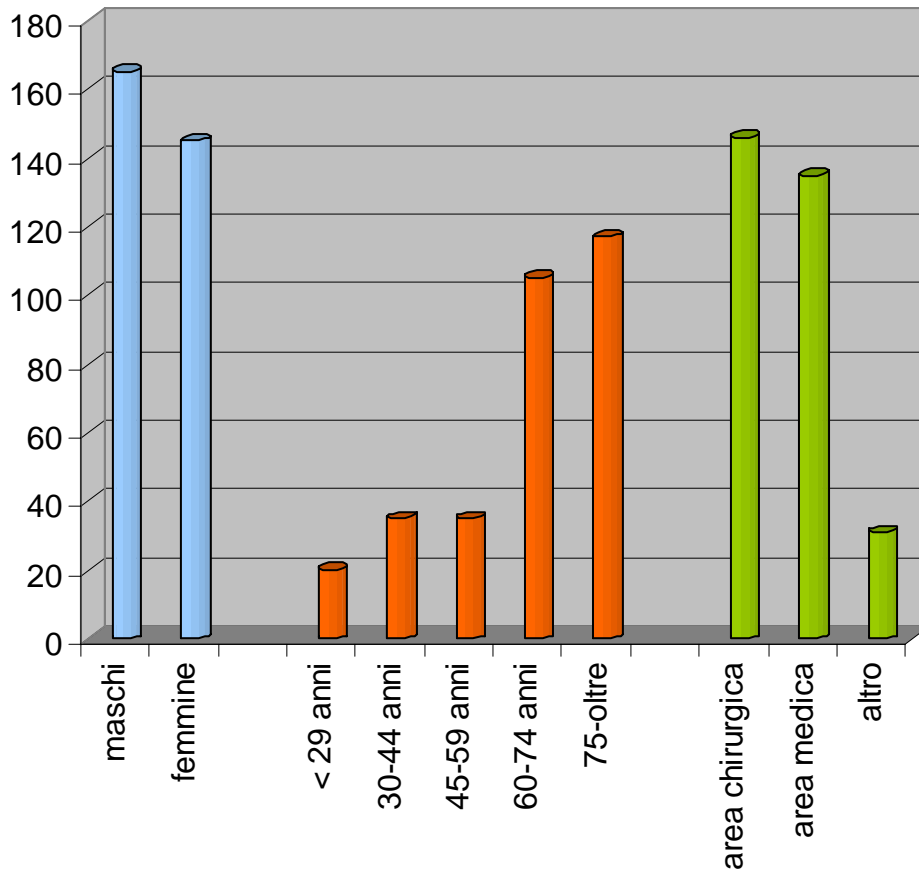


Figura 2.2. Età media per sesso ed area specialistica dei rispondenti.

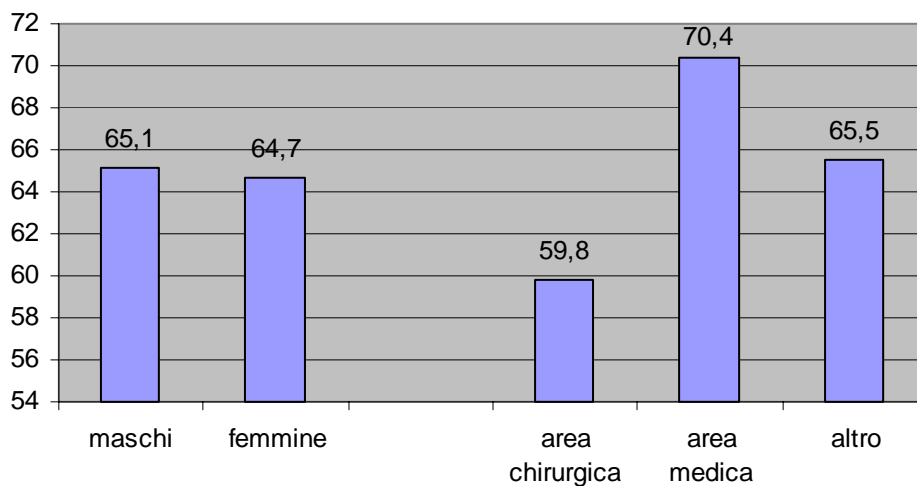
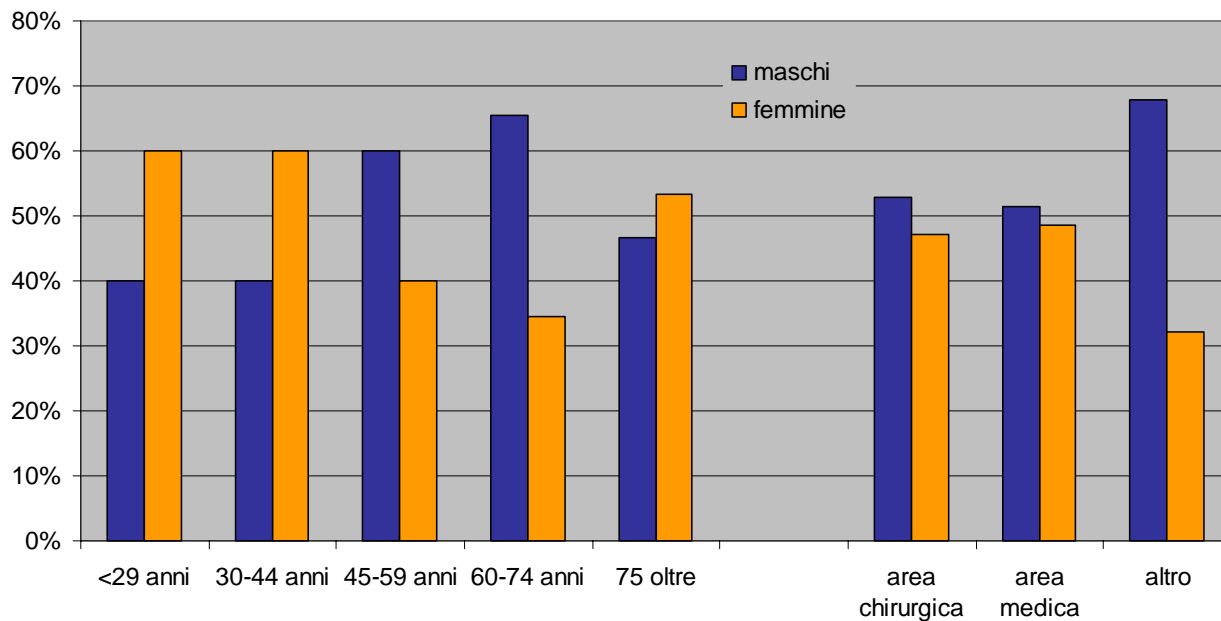
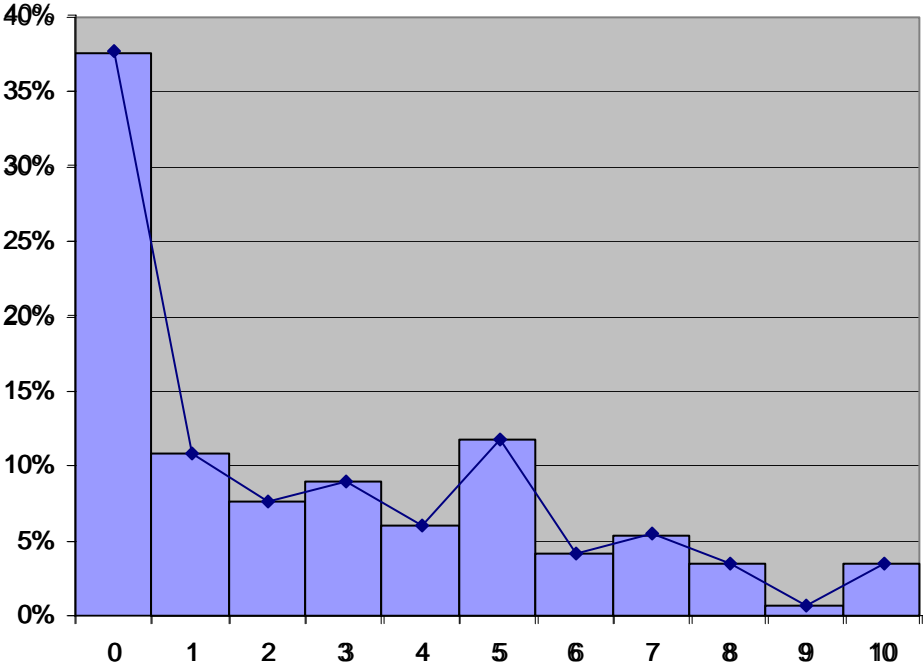


Figura 2.3. Distribuzione del sesso per età e area specialistica dei rispondenti



3. Il dolore percepito dal paziente

Figura 3.1 Distribuzione del dolore percepito dal paziente al momento dell'intervista.

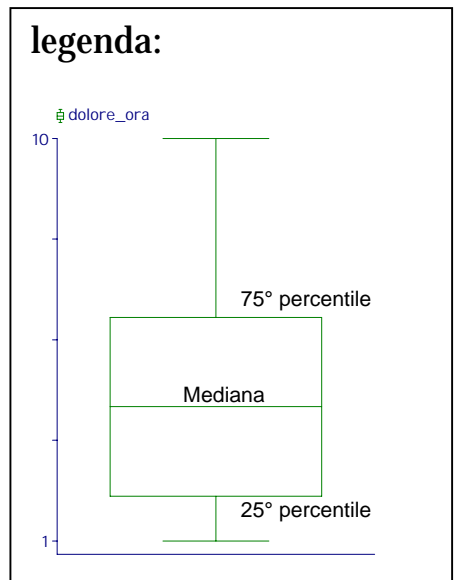
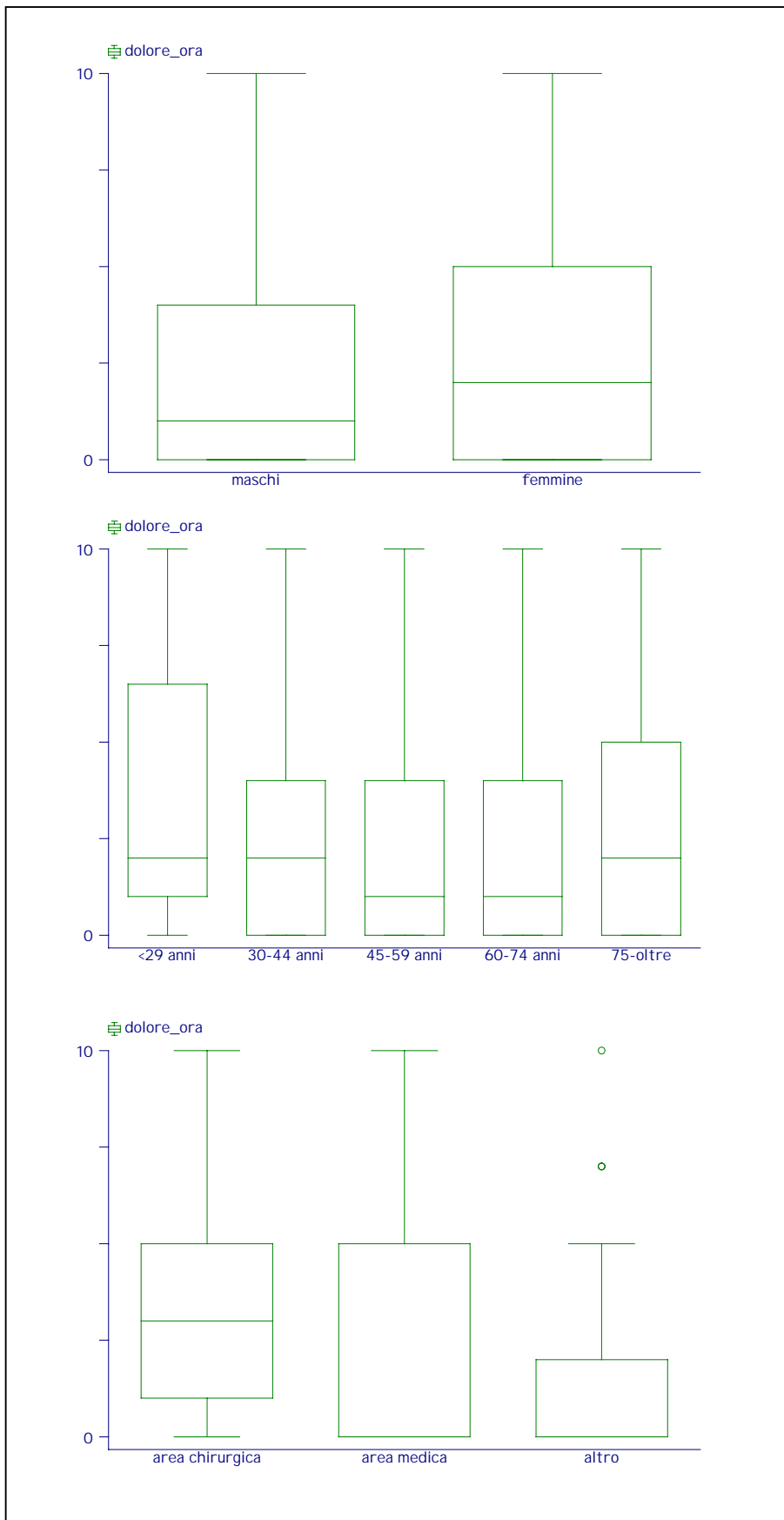


Tab.3.1 Distribuzione dell'intensità del dolore percepito dal paziente al momento dell'intervista (scala NAS) nel campione.

Dolore percepito dal paziente al momento dell'intervista				
	N°	Mediana (25° p.le -75° p.le)	MEDIA	d.s.
Sesso:				
Maschi	168	1 (0-4)	2.4	2.6
Femmine	144	2 (0-5)	3.0	3.1
Classe d'età:				
< 29 anni	20	2 (1-6.8)	3.4	3.0
30-44 anni	35	2 (0-4)	2.7	2.8
45-59 anni	35	1 (0-4)	2.3	2.6
60-74 anni	105	1 (0-4.5)	2.3	2.5
75-oltre	116	2 (0-5)	3.0	3.3
Area specialistica:				
area chirurgica	147	3 (1-5)	3.0	2.6
area medica	136	0 (0-5)	2.5	3.2
altro*	31	0 (0-2)	1.7	2.6
Totale	314	2 (0-5)	2.7	2.9

* rianimazione, pediatria e altri reparti non classificabili altrimenti.

Figura 3.2 Box and Whiskers plot del dolore percepito dal paziente per sesso, età e area specialistica



Tab. 3.2 Distribuzione della causa del dolore riportata dall'operatore sanitario per i soggetti che hanno dichiarato NAS>0.

causa	N° pazienti	%
intervento chirurgico	59	36.9
trauma	9	5.6
procedure diagnostiche	10	6.3
tumore	9	5.6
altro e non noto	73	45.6
TOTALE	160	100

Tab. 3.3 Distribuzione della durata del dolore riportata dal paziente.

durata	N° pazienti	%
non ho provato dolore nelle ultime 24 ore	95	31.5
meno di 7 giorni	94	31.1
da 7 giorni a 3 mesi	65	21.5
da più di 3 mesi	48	15.9
TOTALE	302	100

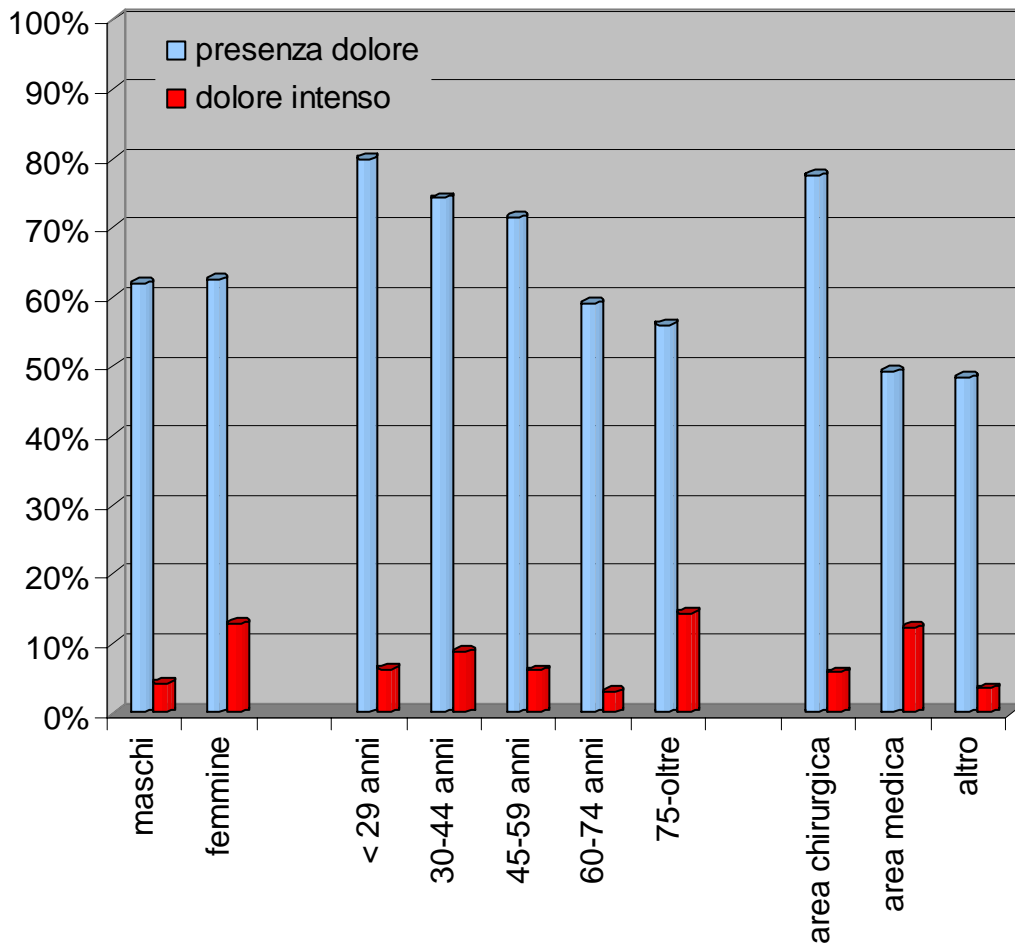
Tab. 3.4 Distribuzione dell'intensità del dolore percepito dal paziente al momento della rilevazione per sesso età e area specialistica.

	dolore							
	Assente		Lieve		Moderato		Intenso	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sesso:								
maschi	64	38.1	52	31.0	45	26.8	7	4.2
femmine	54	37.5	34	23.6	40	27.8	16	11.1
Classe d'età:								
<29 anni	4	20.0	8	40.0	7	35.0	1	5.0
30-44 anni	9	25.7	15	42.9	8	22.9	3	8.6
45-59 anni	10	28.6	16	45.7	7	20.0	2	5.7
60-74 anni	43	41.0	29	27.6	30	28.6	3	2.9
75-oltre	51	44.0	18	15.5	32	27.6	15	12.9
area specialistica:								
area chirurgica	33	22.5	57	38.8	49	33.3	8	5.4
area medica	69	50.7	20	14.7	32	23.5	15	11.0
altro*	16	51.6	9	29.0	5	16.1	1	3.2
TOTALE	118	37.6	86	27.4	86	27.4	24	7.6

* rianimazione, pediatria e altri reparti non classificabili altrimenti.

legenda Assente: NAS=0
 Lieve: 1≤NAS≤3
 Moderato: 4≤NAS≤7
 Intenso: 8≤NAS≤10

Figura3.2 Prevalenza del dolore (NAS>0) e del dolore intenso N>7 per sesso età e area specialistica.



Tab. 3.5 Distribuzione della prevalenza del dolore percepito dal paziente (di qualsiasi intensità) e del dolore intenso per reparto al momento della rilevazione.

Reparto	Presenza NAS>0		Intenso NAS>7	
	N°	%	N°	%
UTI cardiologia	14	66.7	1	5.3
CH D	20	76.9	1	4.0
CH U	2	25.0	0	0.0
CH urgenza	6	60.0	0	0.0
CH toracica	6	66.7	0	0.0
CH vascolare	14	93.3	1	7.1
Gastroenterologia	5	38.5	1	7.7
Geriatrics A	1	7.1	0	0.0
Geriatrics B	15	79.0	8	47.1
Medicina Int. U	9	60.0	1	7.1
Medicina Int. D /diabetologia	8	44.4	1	5.9
Mal. Infettive	8	61.5	1	7.7
Neurologia	3	27.3	0	0.0
Oncologia	7	43.8	0	0.0
Nefrologia	4	80.0	1	20.0
ORL/ODT/OCL	13	100.0	3	23.1
Pediatria	1	100.0	0	0.0
Psichiatria	6	75.0	2	28.6
Rianimazione	0	0.0	0	0.0
Ortopedia/Traumatologia	22	91.7	2	9.5
Ginecologia/Ostetr.	12	75.0	0	0.0
Urologia/Androl.	19	73.1	1	4.2
Med Emergenza	0	0.0	0	0.0
Pneumologia	1	25.0	0	0.0
Totale	196	62.42	24	8.08

4. Il dolore riconosciuto dagli operatori sanitari

Tab. 4.1 Distribuzione del dolore percepito dal paziente e del dolore riconosciuto dagli operatori sanitari.

Dolore riconosciuto dall'operatore sanitario	Dolore percepito dal paziente				Totale
	Assente	Lieve	Moderato	Intenso	
Assente	73	34	20	2	129
Lieve	28	39	34	5	106
Moderato	15	13	28	12	68
Intenso	2	0	4	4	10
Totale	118	86	86	23	313

legenda Assente: NAS=0
 Lieve: $1 \leq \text{NAS} \leq 3$
 Moderato: $4 \leq \text{NAS} \leq 7$
 Intenso: $8 \leq \text{NAS} \leq 10$

Tab. 4.2 Concordanza e statistica K di Cohen* riferite alla tabella precedente.

Concordanza	Concordanza attesa	Kappa	e.s.
46.01 %	31.05 %	0.217	0.036

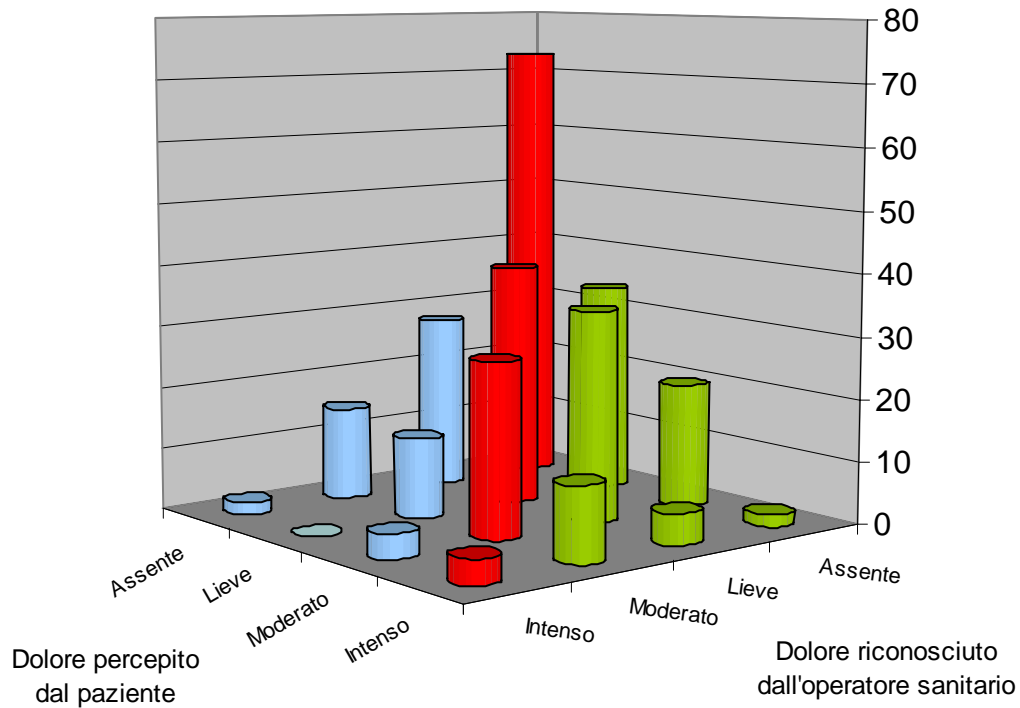
* Valori di riferimento di K:

<0.4 concordanza scarsa

0.4-0.75 concordanza da abbastanza buona a buona

0.75-1 concordanza eccellente

Figura 4.1 Concordanza tra dolore percepito dal paziente al momento dell'intervista e il dolore riconosciuto dall'operatore sanitario.



I cilindri celesti rappresentano il numero di soggetti per cui il dolore è sovrastimato, mentre i cilindri verdi rappresentano il numero di soggetti per cui il dolore è sottostimato dall'operatore sanitario; i cilindri rossi è il numero di pazienti per i quali il dolore percepito e il dolore riconosciuto concordano.

Tab. 4.3 Concordanza e statistica K di Cohen* per sesso, età e area specialistica.

	Concordanza	Concordanza attesa	Kappa	e.s.
Sesso:				
maschi	47.9 %	33.2 %	0.220	0.053
femmine	43.8 %	29.3 %	0.204	0.051
Classe d'età:				
<29 anni	70.0 %	31.0 %	0.565	0.143
30-44 anni	40.0 %	29.5 %	0.148	0.102
45-59 anni	48.6 %	32.4 %	0.239	0.106
60-74 anni	44.2 %	33.5 %	0.161	0.066
75-oltre	44.0 %	28.8 %	0.213	0.055
area specialistica:				
area chirurgica	45.6 %	32.7 %	0.192	0.054
area medica	43.7 %	35.8 %	0.124	0.055
altro	58.1 %	45.4 %	0.232	0.124

5. Il trattamento del dolore.

Tab. 5.1 Percentuale di trattamento con analgesici e modalità di assunzione.

Assunzione di
analgesici
(fans e oppioidi)

Sì 132/315 (41.9 %)

Modalità di assunzione:

Solo a orario fisso	65 (49.2%)
Solo al bisogno	42 (31.8 %)
Orario fisso e al bisogno	11 (8.3%)
Non noto	14 (10.6%)

Totale

132

Tipo di analgesico:

Solo Fans	82 (62.1 %)
Solo Oppioidi	18 (13.6 %)
Fans e Oppioidi	22 (16.7 %)
Non noto	10 (7.6 %)

Totale

132

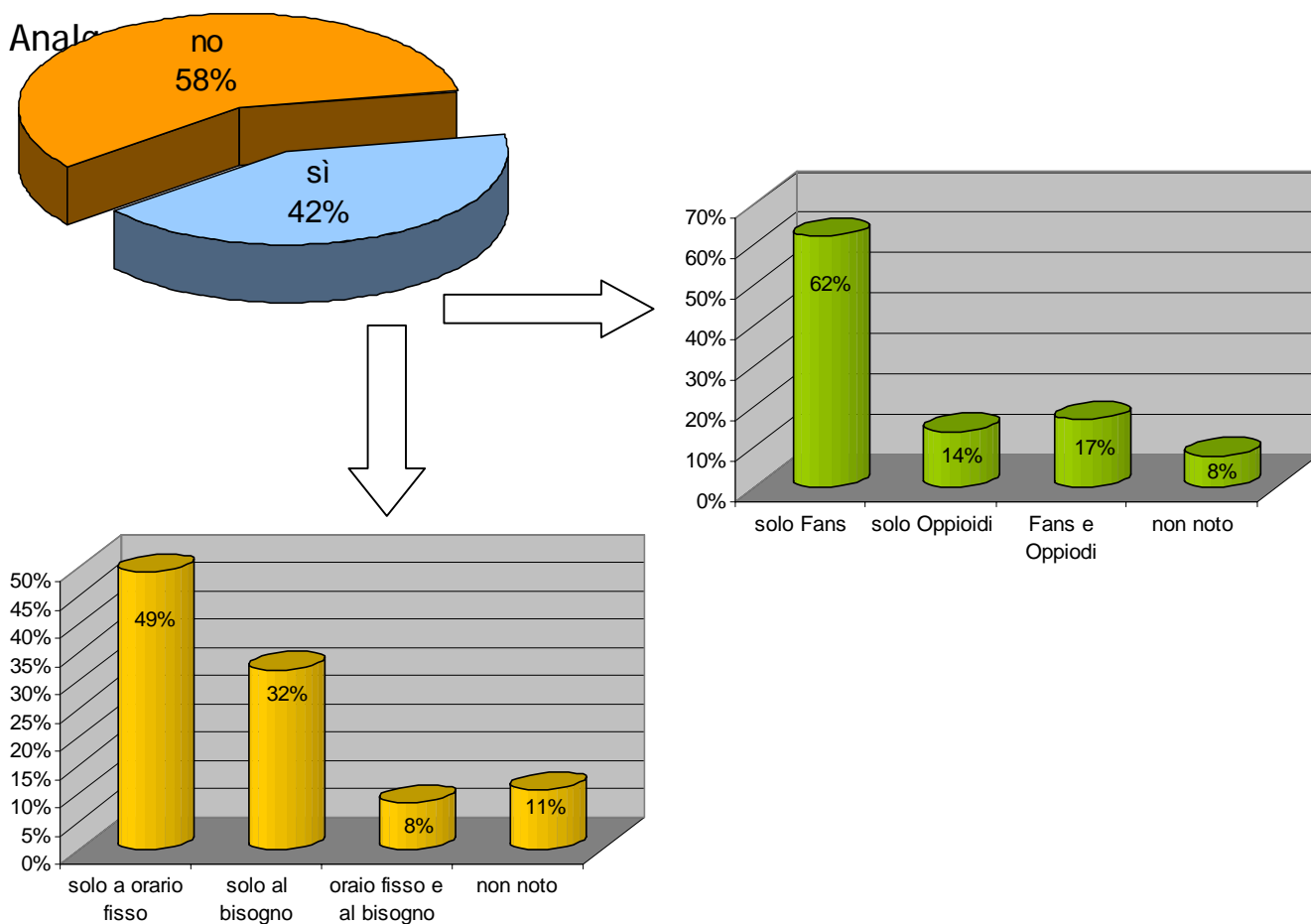
Tab. 5.2: % di pazienti che assumono analgesici, fans e oppioidi per sesso, età e area specialistica.

Intensità del dolore	% pazienti che assumono analgesici	% pazienti che assumono fans	% pazienti che assumono oppioidi
Sesso:			
maschi	44.1	34.5	13.7
femmine	39.31	31.0	11.7
Classe d'età:			
<29 anni	60.0	50.0	15.0
30-44 anni	40.0	28.6	8.6
45-59 anni	45.7	31.4	14.3
60-74 anni	41.9	30.5	15.2
75-oltre	38.5	34.2	11.1
area specialistica:			
area chirurgica	55.1	41.5	15.7
area medica	32.1	27.7	11.0
altro	22.6	16.1	6.5

Tab. 5.3 N° di pazienti, n° e percentuale di coloro che assumono analgesici per intensità del dolore al momento dell'intervista.

Intensità del dolore	N° pazienti	N° pazienti che assumono analgesici	% pazienti che assumono analgesici	% pazienti che assumono fans	% pazienti che assumono oppioidi
Assente	118	39	33.1	24.6	9.3
Lieve	86	38	44.2	33.7	9.3
Moderato	86	43	50.0	39.5	19.8
Intenso	24	12	50.0	50.0	16.7
Totale	314	132	41.9	33.0	12.7

Figura 5.1 Percentuale di soggetti che assumono analgesici, tipo di analgesico e modalità di assunzione.



6. Atteggiamenti e Conoscenze riguardanti il dolore

Tab.1. Percentuale di risposte corrette per ogni domanda del questionario "Atteggiamenti e conoscenze del dolore" (n. soggetti=458). (Intervallo di confidenza al 95% (I.C.95%) per il totale di risposte corrette).

<i>Domanda</i>	<i>% risposte esatte</i>
1. Il paziente con dolore continuo va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno. (V)	88.9
2. Prima di dare una ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore. (F)	51.2
3. La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare. (F)	69.8
4. Quando un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi. (F)	53.4
5. I pazienti che ricevono analgesici narcotici 'al bisogno', è normale che assumano un comportamento di continua attesa della dose successiva. (V)	27.7
6. Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che ne dà il paziente. (V)	77.2
7. Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici 'al bisogno' è normale che li richiederà prima che il dolore ritorni. (V)	30.6
8. Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere nei bambini segni che indicano la presenza di dolore. (F)	52.9
9. Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini. (F)	45.6
10. I bambini piangono sempre, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici. (F)	51.7
11. Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore è quello che controlla meglio la sintomatologia; non c'è una dose massima (che, cioè, non può essere superata) per la morfina. (V)	49.7
12. Dare al paziente con dolore cronico un placebo è spesso utile per valutare se ha realmente dolore. (F)	34.2
13. Per un buon trattamento del dolore tumorale è necessario valutare con continuità nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia. (V)	98.0
14. I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore. (V)	79.2
15. La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore. (V)	93.3
16. La distrazione, ad es. tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore. (V)	75.9
17. La valutazione del dolore da parte del medico o dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente. (F)	45.5
18. I pazienti con forte dolore cronico spesso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici che i pazienti con dolore acuto. (V)	51.0
19. Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco-dipendente. (F)	37.1
20. Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia, bisogna dargli una dose minore di farmaco. (F)	32.5
21. Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici a orario fisso diventano farmaco-dipendenti. (F)	43.2
<i>Percentuale totale di risposte corrette (I.C.95%)</i>	<i>55.7 (54.1-57.2)</i>

(V) Vero corrispondente alle risposte "d'accordo" o "assolutamente d'accordo" del questionario.

(F) Falso corrispondente alle risposte "in disaccordo" o "assolutamente in disaccordo" o "ne in accordo ne in disaccordo" del questionario.

Tab. 2. Percentuale di risposte corrette per ogni domanda del questionario "Atteggiamenti e conoscenze del dolore" per medici ed infermieri. (Intervallo di confidenza al 95% (IC95%) per il totale di risposte corrette).

Domande	Medici (n=167)	Infermieri (n=288)
	% di risposte corrette	
1. Il paziente con dolore continuo va trattato preferibilmente con analgesici somministrati ad orario fisso piuttosto che al bisogno. (V)	91.6	87.5
2. Prima di dare una ulteriore dose di analgesico bisogna aspettare che il paziente lamenti dolore. (F)	51.2	51.4
3. La via di somministrazione preferibile per gli analgesici narcotici è quella intramuscolare. (F)	74.2	67.6
4. Quando un paziente richiede quantità crescenti di analgesici per controllare il dolore, significa che sta diventando psicologicamente dipendente da essi. (F)	62.0	48.4
5. I pazienti che ricevono analgesici narcotici 'al bisogno', è normale che assumano un comportamento di continua attesa della dose successiva. (V)	38.6	21.6
6. Il giudizio più accurato sull'intensità del dolore è quello che ne dà il paziente. (V)	83.6	73.3
7. Quando un paziente con dolore riceve farmaci analgesici 'al bisogno' è normale che li richiederà prima che il dolore ritorni. (V)	39.6	25.8
8. Il personale sanitario è sempre in grado di cogliere nei bambini segni che indicano la presenza di dolore. (F)	52.4	53.0
9. Gli analgesici narcotici possono provocare depressione respiratoria, quindi non devono essere usati nei bambini. (F)	54.5	40.5
10. I bambini piangono sempre, quindi per essi sono indicate attività di distrazione piuttosto che veri e propri farmaci analgesici. (F)	61.2	46.3
11. Il dosaggio appropriato di morfina nel paziente con dolore è quello che controlla meglio la sintomatologia; non c'è una dose massima (che, cioè, non può essere superata) per la morfina. (V)	57.0	45.3
12. Dare al paziente con dolore cronico un placebo è spesso utile per valutare se ha realmente dolore. (F)	36.2	33.0
13. Per un buon trattamento del dolore tumorale è necessario valutare con continuità nel tempo il dolore e l'efficacia della terapia. (V)	99.4	97.2
14. I pazienti hanno il diritto di aspettarsi come risultato del trattamento una completa scomparsa del dolore. (V)	78.1	79.9
15. La mancanza di espressione di sofferenza non significa necessariamente assenza di dolore. (V)	93.0	92.9
16. La distrazione, ad es. tramite musica o tecniche di rilassamento, può diminuire la percezione del dolore. (V)	78.7	74.6
17. La valutazione del dolore da parte del medico o dell'infermiere è una valida misura del dolore percepito dal paziente. (F)	45.1	45.9
18. I pazienti con forte dolore cronico spesso hanno bisogno di dosaggi più alti di analgesici che i pazienti con dolore acuto. (V)	62.8	44.6
19. Richieste sempre maggiori di analgesici sono segno che il paziente sta diventando farmaco-dipendente. (F)	35.8	37.9
20. Se il paziente (o familiare) riferisce che un analgesico gli sta dando euforia, bisogna dargli una dose minore di farmaco. (F)	34.1	31.5
21. Il 25% dei pazienti che ricevono analgesici a orario fisso diventano farmaco-dipendenti. (F)	43.2	43.4
Percentuale totale di risposte corrette (I.C. 95%)	59.8 (57.0-62.5)	53.4 (51.6-55.2)

(V) Vero corrispondente alle risposte del questionario "d'accordo" o "assolutamente d'accordo".

(F) Falso corrispondente alle risposte del questionario "in disaccordo" o "assolutamente in disaccordo" o "ne in accordo ne in disaccordo".