



## CROSS-SECTIONAL STUDY

## Prevalence of Pain and Satisfaction with Pain Management in Medical, Surgical, Traumatology, and Oncology Inpatients

Laura Zoppini , Giusy Vuono<sup>1</sup>, Federica Mazzotta<sup>1</sup>, Cristina Scala<sup>1</sup>, Paolo Notaro<sup>2</sup>, Stefano Terzoni<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Directorate of Health and Social Care Professions, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan, Italy

<sup>2</sup> Pain Management Unit, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan, Italy

<sup>3</sup> Department of Biomedical Sciences for Health, University of Milan, Milan, Italy

### Findings:

*This cross-sectional study assessed pain prevalence and satisfaction with pain treatment among adult inpatients in medical, surgical, oncologic, and trauma wards (N=391). Pain prevalence was 36.0% at assessment and 55.5% over the previous 24 hours, with the highest rates in trauma (68.4%) and surgical units (42.2%), compared with oncology (32.5%) and medicine (31.1%). Pain intensity decreased after hospitalisation (median NRS: 7 pre-admission → 6 in the previous 24h → 5 at assessment;  $p < 0.001$ ). Nearly half of patients reported pre-admission pain requiring pharmacological treatment (NRS ≥ 4; 47.2%); this risk was higher in women and in those with pre-existing pain. During hospital stay, most reported pain episodes received therapy (90.7%) and were judged effective (84.0%). Patient satisfaction was very high (median 9/10) and was not associated with clinical area, pain intensity, gender, or pain as the main reason for admission. Overall, findings indicate a substantial and apparently increasing inpatient pain burden, with trauma and surgical populations at highest risk, alongside high satisfaction despite persistent moderate pain levels.*

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** Chronic pain is a significant issue among European adults, with prevalence ranging from 12% to 43.5%. In Italy, 21.7% of hospitalized patients suffer from pain, often associated with sleep disturbances and emotional changes.

**AIMS:** To describe the prevalence of pain and satisfaction with its treatment in adult patients hospitalized in medical, surgical, onco-hematological, and trauma units.

**METHOD:** A cross-sectional study conducted at Niguarda Hospital in Milan on 391 patients hospitalized for at least 24 hours. Data were collected through paper questionnaires assessing pain intensity and treatment satisfaction.

**RESULTS:** 36% of patients reported pain at the time of data collection, with higher prevalence in trauma and surgical wards. Satisfaction with pain treatment was high, with 84% of patients finding the therapy effective.

**CONCLUSIONS:** The results indicate an increase in pain prevalence compared to previous studies, but also very high levels of patient satisfaction with treatment, which remains a priority to improve patients' quality of life.

**KEYWORDS:** *Nursing, Pain, Patient's satisfaction*

#### Corresponding author:

Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)  
Università degli Studi di Milano,  
Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY



Milano University Press

132

Submission received: 06/10/2025

Published: 31/01/2026



STUDIO TRASVERSALE

## Prevalenza del dolore e soddisfazione rispetto al trattamento nei pazienti ricoverati in ambito medico, chirurgico, traumatologico e oncologico

Laura Zoppini , Giusy Vuono<sup>1</sup>, Federica Mazzotta<sup>1</sup>, Cristina Scala<sup>1</sup>, Paolo Notaro<sup>2</sup>, Stefano Terzoni<sup>3</sup><sup>1</sup> Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociosanitarie, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italy<sup>2</sup> Struttura Complessa Terapia del Dolore, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italy<sup>3</sup> Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano, Italy

### Riscontri:

*Questo studio trasversale ha valutato prevalenza del dolore e soddisfazione per il trattamento in pazienti adulti ricoverati in reparti medici, chirurgici, oncologici e traumatologici (N=391). La prevalenza del dolore era 36,0% al momento della rilevazione e 55,5% nelle 24 ore precedenti, con valori più elevati in traumatologia (68,4%) e chirurgia (42,2%) rispetto a oncologia (32,5%) e medicina (31,1%). L'intensità del dolore diminuiva dopo il ricovero (mediana NRS: 7 pre-ricovero → 6 nelle 24h → 5 al questionario;  $p < 0,001$ ). Quasi metà del campione presentava dolore pre-ricovero con necessità di terapia ( $NRS \geq 4$ ; 47,2%), con rischio maggiore nelle donne e in presenza di dolore preesistente. Durante la degenza, la maggior parte degli episodi di dolore riferiti ai sanitari è stata trattata (90,7%) e ritenuta efficace (84,0%). La soddisfazione risultava molto alta (mediana 9/10) e indipendente da area clinica, intensità del dolore, genere e dolore come motivo principale di ricovero. Nel complesso, i risultati indicano un burden di dolore ospedaliero rilevante (e verosimilmente in aumento), con rischio massimo in traumatologia e chirurgia, a fronte di elevata soddisfazione nonostante livelli di dolore moderati.*

### ABSTRACT

**INTRODUZIONE:** Il dolore cronico è un problema significativo tra gli adulti europei, con una prevalenza che varia dal 12% al 43,5%. In Italia, il 21,7% dei pazienti ospedalizzati soffre di dolore, spesso associato a disturbi del sonno e alterazioni emotive.

**OBIETTIVO:** Descrivere la prevalenza del dolore e la soddisfazione rispetto al trattamento in pazienti adulti ricoverati in unità mediche, chirurgiche, onco-ematologiche e traumatologiche.

**METODO:** Studio trasversale condotto presso l'Ospedale Niguarda di Milano su 391 pazienti ricoverati da almeno 24 ore. I dati sono stati raccolti tramite questionari cartacei che valutavano l'intensità del dolore e la soddisfazione del trattamento.

**RISULTATI:** Il 36% dei pazienti ha riportato dolore al momento della raccolta dati, con prevalenze più alte nei reparti di traumatologia e chirurgia. La soddisfazione per il trattamento del dolore è stata alta, con l'84% dei pazienti che ha trovato efficace la terapia ricevuta.

**CONCLUSIONI:** I risultati indicano un aumento della prevalenza del dolore rispetto a studi precedenti, ma anche un elevato livello di soddisfazione dei pazienti rispetto alla sua gestione, che rimane una priorità per migliorare la qualità della vita dei pazienti.

**KEYWORDS:** *Infermieristica, Dolore, Soddisfazione del paziente***Corresponding author:**Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)

Università degli Studi di Milano,

Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY

133



Milano University Press

Submission received: 06/10/2025

Published: 31/01/2026



## INTRODUZIONE

Il dolore tra gli adulti è un problema frequente, accompagnato da rilevanti oneri clinici, sociali ed economici. Il dolore cronico di intensità da moderata a grave si riscontra nel 19% degli europei adulti (1), con una prevalenza che va dal 12% in Spagna al 30% in Norvegia (2) e un picco del 43,5% nel Regno Unito, in cui il 10,4% dei pazienti soffre di disabilità correlata al dolore (3). Gli anziani hanno maggiori probabilità di provare dolore (4) con il 36% degli over 65 che riferisce dolore cronico, rispetto al 29% degli adulti di età compresa tra 45 e 64 anni. Nel 2021 uno studio italiano (5) ha riscontrato dolore nel 21,7% dei pazienti presso un grande ospedale del Nord Italia, con un'elevata prevalenza di disturbi del sonno correlati al dolore e un'importante alterazione dello stato emotivo. Nel campione di tale studio le probabilità di soffrire di dolore durante il ricovero in ospedale erano più che raddoppiate nelle persone con dolore preesistente. All'epoca di tale studio l'Italia era al terzo posto in Europa per prevalenza del dolore cronico, con un onere economico di 400 milioni di euro di spesa per farmaci antidolorifici (5).

La transizione dal dolore acuto a quello cronico inizia spesso durante il ricovero in ospedale, poiché il meccanismo della sensibilizzazione centrale (ossia l'aumentata reattività dei neuroni nocicettivi nel sistema nervoso centrale al loro input afferente normale o sottosoglia) contribuisce alla cronicizzazione del dolore durante le fasi acute (6). Questa progressione dall'acuzie alla cronicità sottolinea l'importanza di un'efficace gestione del dolore durante il ricovero per prevenire problemi di dolore a lungo termine; tuttavia, la valutazione e la gestione del dolore sono talvolta inappropriate, a causa di barriere quali la formazione degli operatori sanitari, le convinzioni culturali, la conoscenza di strumenti di misurazione appropriati e l'esperienza lavorativa (7,8). Il dolore è inoltre influenzato dal genere, dall'età, dal background culturale, dalle

condizioni mediche o chirurgiche preesistenti e dalle aspettative della persona assistita, rendendo talvolta difficile la corretta valutazione del sintomo. Anche la paura del dolore, legata a esperienze precedenti, contribuisce alla percezione della sua intensità, ad esempio prima dell'inizio di una procedura invasiva (9). Infine, i determinanti fisici del dolore sono molteplici e portano all'insorgenza di vari tipi di dolore come quello nociplastico, nocicettivo e neuropatico, dei quali la letteratura descrive ben 28 cause diverse (3). Nel complesso, queste considerazioni sottolineano l'importanza di ottenere dati aggiornati e affidabili sulla prevalenza del dolore, le sue caratteristiche e la soddisfazione del paziente nei confronti del trattamento, per identificare potenziali aree grigie bisognose di particolare attenzione.

L'indagine originale è stata condotta in un grande ospedale su un ampio campione di unità mediche, oncologiche e chirurgiche nel 2019; da allora, lo scenario epidemiologico potrebbe essere cambiato. La letteratura suggerisce infatti un potenziale aumento della prevalenza del dolore cronico correlato alla pandemia di COVID-19 (10). Poiché le caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti arruolati dagli autori italiani erano comparabili con quelle di altri Paesi (3), è utile condurre studi per confrontare nel tempo l'andamento del problema nel nostro Paese con la letteratura disponibile, fornendo informazioni utili ad orientare le politiche di gestione del dolore e gli interventi infermieristici.

Dal punto di vista infermieristico, il dolore ha ripercussioni su un ampio ventaglio di aspetti assistenziali (11,12); disporre di informazioni aggiornate sulla prevalenza e l'impatto del sintomo nel maggior numero possibile di aree cliniche è di grande utilità ai fini dell'assistenza infermieristica.

## Obiettivo

Il presente lavoro ha l'obiettivo di descrivere la prevalenza del dolore e la soddisfazione rispetto al





suo trattamento in un campione di pazienti adulti ricoverati in unità mediche, chirurgiche, oncoematologiche e traumatologiche.

## METODO

È stato condotto uno studio trasversale presso l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ospedale pubblico milanese di rilievo nazionale. È stato arruolato un campione non randomizzato, costituito da tutti i pazienti presenti nei reparti che coinvolgono l'assistenza agli adulti al momento della raccolta dei dati (797 posti letto in totale, 23 unità) ricoverati da almeno 24 ore e con integrità cognitiva secondo la valutazione medica documentata nelle cartelle cliniche. Sono stati quindi esclusi i day hospital, gli ambulatori, le terapie intensive, il pronto soccorso, unità operative pediatriche e il dipartimento di salute mentale. I pazienti chirurgici sono stati arruolati a partire dalla prima giornata postoperatoria. Per quanto riguarda l'ampiezza campionaria, considerando la prevalenza del 21.7%, IC 95%[17,6-26.3] come riscontrato da uno studio italiano precedente su casistica paragonabile(5), una precisione del 5% come suggerito dalla letteratura per tassi di prevalenza compresi tra il 10 e il 90% (13), un tasso di abbandono del 10% e un livello di confidenza del 95%, il numero di pazienti necessari per questo studio è risultato pari a 287 soggetti.

### Raccolta dei dati

Il questionario utilizzato in un precedente studio italiano (5) è stato somministrato agli assistiti in versione cartacea. Lo strumento chiedeva di indicare l'intensità del dolore al momento della raccolta dati, nelle precedenti 24 ore e prima del ricovero, oltre all'impatto del sintomo sul sonno, sulle attività quotidiane, sul piacere di vivere; includeva infine una domanda sulla soddisfazione rispetto al trattamento ricevuto per dolore. Tutte le variabili erano misurate

su una scala di valutazione numerica (NRS, Numeric Rating Scale) da 0 a 10, illustrata nella prima riga del questionario con la frase "Si prega di rispondere alle seguenti domande su una scala da 0 (nessun dolore o impatto) a 10 (peggiore dolore o impatto immaginabile)". Il protocollo completo, che descrive i metodi e i criteri di raccolta dei dati, è riportato in letteratura (5).

### Analisi statistica

I valori NRS dichiarati dai pazienti sono stati confrontati con quelli presenti nelle cartelle cliniche tramite modelli di regressione logistica multivariata stepwise forward, controllando covariate come età, genere ed esperienza lavorativa. La bontà dell'adattamento è stata valutata mediante il test Hosmer-Lemeshow. I pazienti con valori NRS  $\geq 4$  sono stati considerati bisognosi di terapia farmacologica (14). La soglia di significatività statistica per tutti i calcoli è stata fissata al 5%. L'analisi è stata condotta con il software SAS® 9.4 (SAS Inc., Cary, USA).

### Considerazioni etiche

Questa ricerca fa seguito ad un precedente protocollo di studio (5) approvato dal Comitato Etico di Milano Area 3 e dalla direzione dell'ospedale. Tutti i pazienti hanno fornito il consenso informato scritto; gli infermieri e i medici hanno fornito il loro consenso per via elettronica. I criteri di raccolta e conservazione dei dati sono stati rispettati con la normativa italiana vigente e sono stati rispettati i principi della Dichiarazione di Helsinki. Lo studio fa parte di un programma di monitoraggio routinario del dolore, in ottemperanza alla Legge 38/2010 (15); pertanto, tutti i dati raccolti dai questionari e dalle cartelle cliniche dei pazienti erano parte della normale pratica clinica e sarebbero stati raccolti anche in assenza di un progetto di ricerca.





## RISULTATI

391 questionari dei 548 somministrati sono stati inclusi nell'analisi (71.2%). I restanti 157(28.8%) sono stati esclusi a causa dell'esecuzione di test diagnostici

potenzialmente dolorosi al momento della raccolta dati (n=113), del rifiuto di partecipare (n=29) o della valutazione/documentazione incompleta (n=15). La tabella 1 riporta le caratteristiche del campione.

**Tabella 1.** Caratteristiche degli assistiti.

	Chirurgia	Medicina	Oncologia	Traumatologia	Totale	P-value
N	102 (26.1%)	229 (58.6%)	41 (10.5%)	19 (4.9%)	391 (100.0%)	
Età media±sd	59,6 ± 14,6	62,8 ± 17,7	58,1 ± 15,2	42,5 ± 20,3	60,5 ± 17,3	<0,001
Genere						
Maschile	55 (55.6%)	135 (59.0%)	17 (41.5%)	13 (68.4%)	220 (56.7%)	0.141
Femminile	44 (44.4%)	94 (41.0%)	24 (58.5%)	6 (31.6%)	168 (43.3%)	
Chirurgia durante il ricovero						
Sì	78 (81.2%)	55 (27.4%)	2 (5.3%)	17 (89.5%)	152 (42.9%)	<0,001
No	18 (18.8%)	146 (72.6%)	36 (94.7%)	2 (10.5%)	202 (57.1%)	
Vive da solo/a						
Sì	17 (25.8%)	34 (25.0%)	9 (25.7%)	3 (30.0%)	63 (25.5%)	0.988
No	49 (74.2%)	102 (75.0%)	26 (74.3%)	7 (70.0%)	184 (74.5%)	
Deviazione standard Sd, mediana Me, intervallo interquartile IQR, scala di valutazione numerica NRS, attività ADL di vita quotidiana						

### *Prevalenza, intensità e caratteristiche del dolore*

La prevalenza complessiva del dolore al momento della raccolta dei dati era del 36.0% nel campione generale, con un dato più elevato nei pazienti traumatizzati e chirurgici (68.4 e 42.2% rispettivamente) rispetto ai pazienti oncologici (36.0%) e medici (31.1%). Rispetto al dolore precedente al ricovero, i punteggi NRS risultavano

significativamente più bassi dopo il ricovero in ospedale, passando da una mediana iniziale di 7(5) a 6(4) nelle 24 ore precedenti lo studio ( $p<0.001$ ) e 5(4) alla raccolta dei dati ( $p<0.001$ ). La Tabella 2 riassume la prevalenza e le caratteristiche del dolore.

### Corresponding author:

Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)  
Università degli Studi di Milano,  
Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY



Milano University Press



**Tabella 2.** Prevalenza e caratteristiche del dolore.

	Area clinica					
	Chirurgia	Medicina	Oncologia	Trauma	Totale	Valore P
<b>Presenza di dolore</b>						
Al questionario						
Sì	43 (42.2%)	71 (31.1%)	13 (32.5%)	13 (68.4%)	140 (36.0%)	0.005
No	59 (57.8%)	157 (68.9%)	27 (67.5%)	6 (31.6%)	249 (64.0%)	
Nelle ultime 24 ore						
Sì	75 (74.3%)	107 (47.3%)	15 (41.7%)	15 (78.9%)	212 (55.5%)	<0,001***
No	26 (25.7%)	119 (52.7%)	21 (58.3%)	4 (21.1%)	170 (44.5%)	
A casa						
Sì	51 (50.0%)	105 (46.3%)	23 (56.1%)	5 (26.3%)	184 (47.3%)	0.170
No	51 (50.0%)	122 (53.7%)	18 (43.9%)	14 (73.7%)	205 (52.7%)	
<b>Intensità del dolore</b>						
<b>Me(IQR)</b>						
NRS al questionario	5 (3-7)	5 (3-7)	5 (3-6)	4 (3-6)	5 (3-7)	0.730
Aumento NRS con movimento al questionario	5 (2-8)	6 (3-8)	6 (4-7)	6 (3-8)	6 (3-8)	0.515
NRS nelle ultime 24h	6 (5-8)	6 (3-8)	5 (3-8)	5 (4-7)	6 (4-8)	0.868
Aumento NRS nelle ultime 24 ore	6 (4-8)	6 (3-8)	8 (5-9)	6 (4-8)	6 (4-8)	0.509
Dolore nelle ultime 24 ore che disturba il sonno	5 (0-8)	4 (0-8)	6 (0-9)	6 (4-8)	5 (0-8)	0.187
Dolore nelle ultime 24 ore che disturba l'ADL	4 (0-7)	5 (1-8)	8 (0-10)	8 (7-10)	5 (0-8)	0.006**
NRS a casa	8 (4-9)	7 (4-9)	8 (4-9)	10 (8-10)	7 (4-9)	0.279
Aumento del dolore a casa	7 (3-9)	7 (5-9)	7 (2-9)	10 (8-10)	7 (4-9)	0.308
Il dolore in casa interferisce con il sonno	5 (0-8)	6 (0-8)	9 (6-10)	9 (4-10)	6 (0-9)	0.077
Il dolore in casa interferisce con il piacere di vivere	7 (0-9)	5 (0-8)	8 (5-9)	9 (6-10)	7 (1-8)	0.111
Dolore a casa che interferisce con l'ADL	8 (5-9)	7 (2-9)	7 (6-10)	10 (9-10)	7 (3-9)	0.035*
Mediana Me, intervallo interquartile IQR, scala di valutazione numerica NRS, attività ADL della vita quotidiana *p<0,05, *p<0,01, ***p<0,001						





Quasi la metà dei pazienti (47.2%, n=184) ha manifestato dolore  $\geq 4$  prima del ricovero, con la necessità di una terapia farmacologica (mediana NRS=7, IQR=5). Tale dato era più alto fra le donne ( $p<0.001$ ), le persone con dolore preesistente (dolore acuto su cronico,  $p=0.002$ ) e gli assistiti traumatologici. I pazienti ricoverati in reparti

internistici presentavano un numero maggiore di NRS $\geq 4$  rispetto agli oncologici. Nelle ventiquattr'ore precedenti la rilevazione dati, la prevalenza del dolore era significativamente più alta nei pazienti chirurgici rispetto a tutti gli altri ( $p<0.001$ ). La Tabella 4 compendia questi risultati.

**Tabella 3.** Probabilità di avere punteggi NRS che richiedono una terapia farmacologica in base alle caratteristiche del paziente

	NRS<3	NRS <sup>3</sup> 4	OR(95%IC) <sup>§</sup>	Valore p
Area clinica n(%)				
Medico	154(67.2)	75(32.8)	(riferimento)	
Chirurgico	39(38.2)	63(61.8)	0.284(0.20-0.40)	0.001
Oncologica	31(75.6)	10(24.4)	1.681(1.05-2.70)	<0,001
Traumatologica	6(31.6)	13(68.4)	0.129(0.07-0.25)	<0,001
Genere n(%)				
Femminile	80(47.6)	88(52.4)	2.817(2.10-3.78)	<0,001
Maschile	149(67.7)	71(32.3)		
Dolore a casa n (%)				
Sì	92(50.0)	92(50.0)	1.608(1.20-2.16)	0.002
No	137(66.8)	68(33.2)		
§ Le unità mediche e il genere maschile sono il riferimento per il calcolo della sala operatoria				

### *Soddisfazione rispetto al trattamento del dolore*

Oltre due terzi dei pazienti hanno riportato dolore durante la loro degenza (n=269, 69.8%) e hanno ricevuto terapia in 244 casi (90.7% di tutti gli episodi di dolore riferiti ai sanitari). Il loro valore NRS mediano era di 6(4), rispetto a 4(5) di coloro che non avevano segnalato. Il valore mediano di NRS dei 12 pazienti che non hanno risposto a questa domanda era 4(6), ad indicare la necessità di una terapia farmacologica. Il trattamento ricevuto per il dolore è stato generalmente efficace (n=226, 84.0%) e gli assistiti hanno riferito che il personale ha chiesto informazioni sull'efficacia della terapia nel 77.79% dei casi (n=209).

Le spiegazioni su come segnalare il dolore sono state spesso fornite dagli infermieri (n=307, 78,5%), seguiti dai medici (n=31, 7.9). Sei pazienti (1,5%) hanno riferito di non aver ricevuto alcuna informazione; il 47% (12,0%) non ha risposto a questa domanda, per motivi ignoti. La soddisfazione dei pazienti per il trattamento del dolore è stata molto alta, con un valore mediano di 9(2). In particolare, la soddisfazione era indipendente dalle aree cliniche, dai punteggi NRS, dal genere e dalla presenza di dolore cronico (Tabella 4).

### **Corresponding author:**

Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)  
Università degli Studi di Milano,  
Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY



Milano University Press



**Tabella 4.** Associazione tra soddisfazione per il trattamento del dolore e variabili cliniche

Variabile	OR (95% CI)	Valore p
<b>Area clinica</b>		
Chirurgia vs Medicina	1.10(0.44-2.8)	0.892
Oncologia vs Medicina	1.61(0.39-6.56)	0.560
Trauma vs Medicina	1.04(0.14-7.59)	0.880
<b>NRS</b>		
NRS nelle ultime 24 ore	0.99(0.81-1.22)	0.957
NRS al questionario	1.18(0.99-1.41)	0.073
NRS a casa	0.98(0.85-1.13)	0.787
<b>Ricoverato per dolore</b>		
Sì vs No	0.91(0.52-1.59)	0.723
<b>Genere</b>		
Femmina vs maschio	1.83(0.75-4.46)	0.187

I livelli di soddisfazione del dolore sono risultati uniformemente elevati e indipendenti dall'area clinica di appartenenza, dai punteggi NRS nei tre momenti di riferimento, al genere e al fatto che il dolore fosse la causa primaria di ricovero in ospedale.

## Discussione

Il nostro studio ha arruolato un campione di pazienti provenienti da 23 diverse unità ospedaliere in quattro aree cliniche; è stata riscontrata una prevalenza complessiva del dolore del 36.0% al momento della rilevazione, con percentuali più elevate nei pazienti traumatizzati (68,4%) e chirurgici (42,2%) rispetto ai pazienti oncologici (36,0%) e medici (31,1%). Questi risultati sono superiori ai dati della precedente rilevazione, che riportava una prevalenza del 21.7% (5). Questo aumento va nella direzione della letteratura recente, che sottolinea un peggioramento dei dati epidemiologici sul dolore a seguito della pandemia COVID-19 e in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione (4,10). Il fenomeno sembra interessare anche altri Paesi: uno studio condotto in Spagna (18) ha rilevato che la prevalenza del dolore tra i pazienti

ospedalizzati era del 52,9%, con un'intensità media del dolore di 5.3 sulla scala analogica visiva (VAS). Un futuro studio potrebbe dunque approfondire questi aspetti, che appaiono meritevoli di valutazione nel tempo.

I livelli di dolore riportati dai pazienti sono diminuiti significativamente dopo il ricovero in ospedale; la terapia del dolore è stata efficace nella maggior parte dei casi (84,0%) e ha prodotto alti livelli di soddisfazione tra i pazienti a prescindere dall'area clinica di appartenenza, dal genere e dal dolore come principale del ricovero.

Il dolore prima del ricovero, riportato dalla metà circa del campione (47.2%) ha aumentato del 60% le probabilità di avere una riacutizzazione con necessità di terapia farmacologica; questo risultato è in linea con la letteratura recente (16).

I pazienti traumatologici avevano il più alto numero di punteggi NRS che richiedevano terapia farmacologica, seguiti da quelli chirurgici; un dato interessante è il fatto che gli assistiti medici presentassero punteggi più alti rispetto agli oncologici. Questo risultato potrebbe essere spiegato dall'utilizzo sistematico di protocolli per la gestione del dolore nelle persone affette da tumore, ma porta anche a considerare la necessità di un'attenzione specifica ai pazienti ricoverati in unità operative internistiche per garantire una copertura ottimale del dolore a pazienti che, essendo spesso anziani, sono più esposti al dolore (4).

Il limite principale di questa ricerca risiede nella durata della raccolta dei dati, che si è scelto di concentrare in un solo giorno per interferire il meno possibile con l'attività ospedaliera; è stato comunque possibile ottenere dagli assistiti una valutazione dell'intensità del dolore nelle 24 ore precedenti la rilevazione e prima del ricovero, oltre ad una quantificazione dell'impatto percepito sul sonno e sulle attività quotidiane. In merito a queste ultime si è riscontrata una differenza statisticamente significativa tra le aree cliniche, con un impatto maggiore nell'area traumatologica sia nel periodo precedente al ricovero, sia nelle 24 ore prima della rilevazione. L'impatto sul sonno, sebbene più elevato negli assistiti oncologici e traumatologici, non mostrava differenze significative rispetto a quello riferito dai pazienti internistici e chirurgici.

### Corresponding author:

Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)  
Università degli Studi di Milano,  
Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY



Milano University Press





Questo dato appare interessante poiché, secondo alcuni autori (17) non esiste solo una relazione causale tra dolore e disturbi del sonno, ma è vero anche il contrario. Nonostante l'assenza di differenze statisticamente significative, i livelli di impatto sul sonno riferiti dai pazienti sono risultati particolarmente elevati nell'area oncologica (Me=9, IQR[6-10]) e traumatologica (Me=9, IQR[4-10]). Un futuro studio potrebbe pertanto indagare la direzione della relazione fra dolore e disturbi del sonno, per meglio capire quale dei due aspetti influenzi maggiormente l'altro. Infine, un altro aspetto di potenziale interesse per futuri approfondimenti è l'impatto del dolore sul piacere di vivere, che pur non mostrando differenze statisticamente significative tra le aree cliniche si è attestato su mediane elevate non solo in traumatologia e oncologia, ma anche in chirurgia. L'attuale letteratura non sembra offrire dati italiani in questo senso.

In conclusione, questo studio ha mostrato un'evoluzione della prevalenza in una realtà che può considerarsi rappresentativa di una vasta popolazione di assistiti; alla luce dei risultati, il monitoraggio del dolore appare lontano dall'essere un filone esaurito, rappresentando al contrario un aspetto di grande importanza per l'assistenza infermieristica, alla luce dei mutamenti demografici ed epidemiologici degli ultimi anni. È pertanto auspicabile che studi come questo continuino ad essere condotti, per offrire agli infermieri informazioni esaustive sulla problematica del dolore, che influenza numerosi aspetti dell'assistenza.

## REFERENCES:

1. European Pain Federation. The burden of pain: a society impact of pain (SIP) book of evidence [Internet]. 2024 [citato 13 febbraio 2025]. Disponibile su: <https://europeanpainfederation.eu/sip/sip-book-of-evidence/>
2. Stubhaug A, Hansen JL, Hallberg S, Gustavsson A, Eggen AE, Nielsen CS. The costs of chronic pain-Long-term estimates. *Eur J Pain Lond Engl*. luglio 2024;28(6):960–77.
3. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet Lond Engl*. 29 maggio 2021;397(10289):2082–97.
4. Welsh TP, Yang AE, Makris UE. Musculoskeletal Pain in Older Adults. *Med Clin North Am*. settembre 2020;104(5):855–72.
5. Notaro P, Nunnari P, Ladiana N, Montagna M, Lusignani M, Moreno M, et al. Chronic, acute and acute-on-chronic pain prevalence in a tertiary care hospital setting. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25:3848–58.
6. Fekede L, Temesgen WA, Gedamu H, Kindie S, Bekele TG, Abebaw A, et al. Nurses' pain management practices for admitted patients at the Comprehensive specialized hospitals and its associated factors, a multi-center study. *BMC Nurs*. 6 ottobre 2023;22(1):366.
7. Jonsdottir T, Gunnarsson EC. Understanding Nurses' Knowledge and Attitudes Toward Pain Assessment in Dementia: A Literature Review. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. giugno 2021;22(3):281–92.
8. Rababa M, Al-Sabbah S, Hayajneh AA. Nurses' Perceived Barriers to and Facilitators of Pain Assessment and Management in Critical Care Patients: A Systematic Review. *J Pain Res*. 2021;14:3475–91.
9. Di Tella M, Ghiggia A, Testa S, Castelli L, Adenzato M. The Fear of Pain Questionnaire: Factor structure, validity and reliability of the Italian translation. *PloS One*. 2019;14(1):e0210757.
10. Clauw DJ, Häuser W, Cohen SP, Fitzcharles MA. Considering the potential for an increase in chronic pain after the COVID-19 pandemic. *Pain*. agosto 2020;161(8):1694–7.
11. Riddle DL, Dumenci L. The measurement of "high-impact chronic pain": Limitations and alternative methods. *Eur J Pain*. gennaio 2025;29(1):e4710.
12. Yong RJ, Mullins PM, Bhattacharyya N. Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *Pain*. febbraio 2022;163(2):e328–32.



## Corresponding author:

Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)  
Università degli Studi di Milano,  
Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY



Milano University Press



13. Naing L, Winn T, Rusli B. Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Arch Orofac Sci.* 2006;1:9–14.

14. Karcioglu O, Topacoglu H, Dikme O, Dikme O. A systematic review of the pain scales in adults: Which to use? *Am J Emerg Med.* aprile 2018;36(4):707–14.

15. Italian Government. Official Gazette of the Italian Republic. 2010 [citato 13 febbraio 2025]. Law No. 38 of March 15, 2010. Provisions to ensure access to palliative care and pain therapy. Disponibile su: [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2010-03-19&atto.codiceRedazionale=010G0056](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2010-03-19&atto.codiceRedazionale=010G0056)

16. Becerra-Bolaños Á, Armas-Domínguez A, Valencia L, Jiménez-Marrero P, López-Ruiz S, Rodríguez-Pérez A. Pain Prevalence and Satisfaction with Pain Management in Inpatients: A Cross-Sectional Study. *Healthcare.* 18 dicembre 2023;11(24):3191.

17. Li MT, Robinson CL, Ruan QZ, Surapaneni S, Southerland W. The Influence of Sleep Disturbance on Chronic Pain. *Curr Pain Headache Rep.* ottobre 2022;26(10):795–804.

**Corresponding author:**

Stefano Terzoni: [stefano.terzoni@unimi.it](mailto:stefano.terzoni@unimi.it)  
Università degli Studi di Milano,  
Via Pascal 32, 20133, Milano, ITALY



Milano University Press