



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari
Osservatorio regionale
per le cure palliative e la lotta al dolore

La lotta al dolore in Veneto

Stato di attuazione della DGR n. 309/2003

Agosto 2006

Indice

Premesse	pag. 3
Comitato Aziendale Senza Dolore (CASD)	pag. 4
Rilevazione del dolore	pag. 9
Raccomandazioni per il trattamento del dolore	pag. 14
Consumo di morfina	pag. 18
Conclusioni	pag. 19

Premesse

La Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari ha promosso, nella primavera 2006, un'indagine per conoscere lo stato di attuazione della DG 309/2003, affidandone la realizzazione all'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore (Osservatorio CP e LD).

Di seguito sono indicati i dati complessivi ricavati da questionari compilati dalle Aziende ULSS, organizzati per aree tematiche e appaiati a domande di riferimento.

I dati conseguiti non possono essere esaustivi su tutte le dimensioni della lotta al dolore nel Veneto, ma offrono una valutazione complessiva dell'impegno delle aziende, individuano le aree tematiche che meritano ulteriori approfondimenti e pongono alcune riflessioni operative.

Un'azienda non ha restituito il questionario. Due aziende non hanno istituito alcun comitato e non hanno compilato il questionario.

Per permettere anche una visione particolare per ogni azienda, sono riportati i dati di dettaglio, rintracciabili secondo un codice riconoscimento inoltrato alla Direzione Generale di ogni azienda.

In corsivo sono proposte specifiche note, nonché un commento finale.

Ci scusiamo fin d'ora per possibili errori, pregando di volerli segnalare all'Osservatorio CP e LD. Grazie.

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti coloro che nelle Aziende ULSS hanno con cura raccolto i dati richiesti.

Si ringraziano inoltre, in modo particolare, Marilisa Celato e Massimo Melo per la preziosa collaborazione per l'organizzazione, l'analisi e il commento dei dati raccolti.

COMITATO AZIENDALE “SENZA DOLORE” (CASD)

È stato costituito il Comitato Aziendale? Se SI, è stato costituito con Delibera?

Comitato Aziendale “Senza Dolore” 17 SI* 5 NO di cui 13 con delibera

*L'Azienda 3 non ha un comitato ma un gruppo di lavoro multidisciplinare, con un ruolo e un funzionamento assimilabili a quello degli altri Comitati

Composizione

Tipologia dei componenti	Numero	Aziende
Membri Direzione Aziendale	17	14
Medici di Distretto	11	9
Medici di Direzione Ospedal.	9	8
Medici Palliativisti	21	10
Medici Anestesisti	41	17
Altri Medici	33	13
Medici di Medicina Generale	19	13
Psicologi	17	14
Infermieri	81	17
Operatori Socio Sanitari	5	3
Farmacisti	16	14
Volontari	10	10
Altri	5	3

Aziende

	T	M	B	A	R	N	V	C	I	W	U	P	H	Y	Z	Q	S
membri di direzione aziendale	1	2	1	1	1	2	1	1	2	0	2	0	0	1	0	1	1
medici di distretto	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	3	1	1	1	0	0	0
medici di direzione ospedaliera	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	2	0	1
medici palliativisti	1	0	1	0	1	2	1	2	0	0	3	0	0	0	2	2	1
medici anestesisti	1	1	2	3	2	2	1	2	5	2	4	1	2	5	3	2	1
altri medici	0	5	0	1	3	1	6	2	7	3	4	3	1	0	1	2	1
mmg	1	0	1	1	3	0	2	1	0	2	2	0	1	1	1	2	1
psicologi	1	1	1	1	1	0	1	1	0	2	1	1	2	1	1	1	1
infermieri	3	1	3	3	5	1	8	8	4	5	9	7	4	5	6	5	3
oss	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
farmacisti	1	1	1	1	1	0	1	1	2	1	2	1	0	1	1	1	1
volontari	1	0	0	2	0	0	2	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1
altro	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0
totale	11	11	10	14	18	11	24	20	21	19	35	16	14	17	18	17	12

È stato nominato un coordinatore/referente?

Cordinatore/referente 18 SI 4 NO
 In 2 casi c'è un referente aziendale senza Comitato

In 17 aziende su 22 sono stati istituiti i Comitati Aziendali "Senza Dolore", come indicato in DGR 309/2003: è un dato che testimonia della sensibilità che le Direzioni aziendali riservano al tema; è auspicabile che, a breve, anche le aziende sprovviste di comitati, provvedano alla loro costituzione e predispongano un piano aziendale di lotta al dolore. In tal senso è incoraggiante constatare che in due aziende, pur non essendo ancora previsto un comitato, sia stata individuata una persona che possa fungere da referente per la lotta al dolore.

I comitati presentano una composizione disomogenea tra loro, sia in termini di competenze che di dimensione, e non vi sembrano rintracciabili dai dati raccolti, criteri particolari di combinazione. Un ulteriore approfondimento permetterà di rintracciare le ragioni di queste differenze probabilmente derivanti da specifici ruoli e mandati del comitato nelle varie aziende.

Nei comitati sono rappresentate in misura maggiore le due categorie dei medici (soprattutto degli anestesisti) e degli infermieri, tenuto conto del loro ruolo diretto nella valutazione e nel trattamento del dolore.

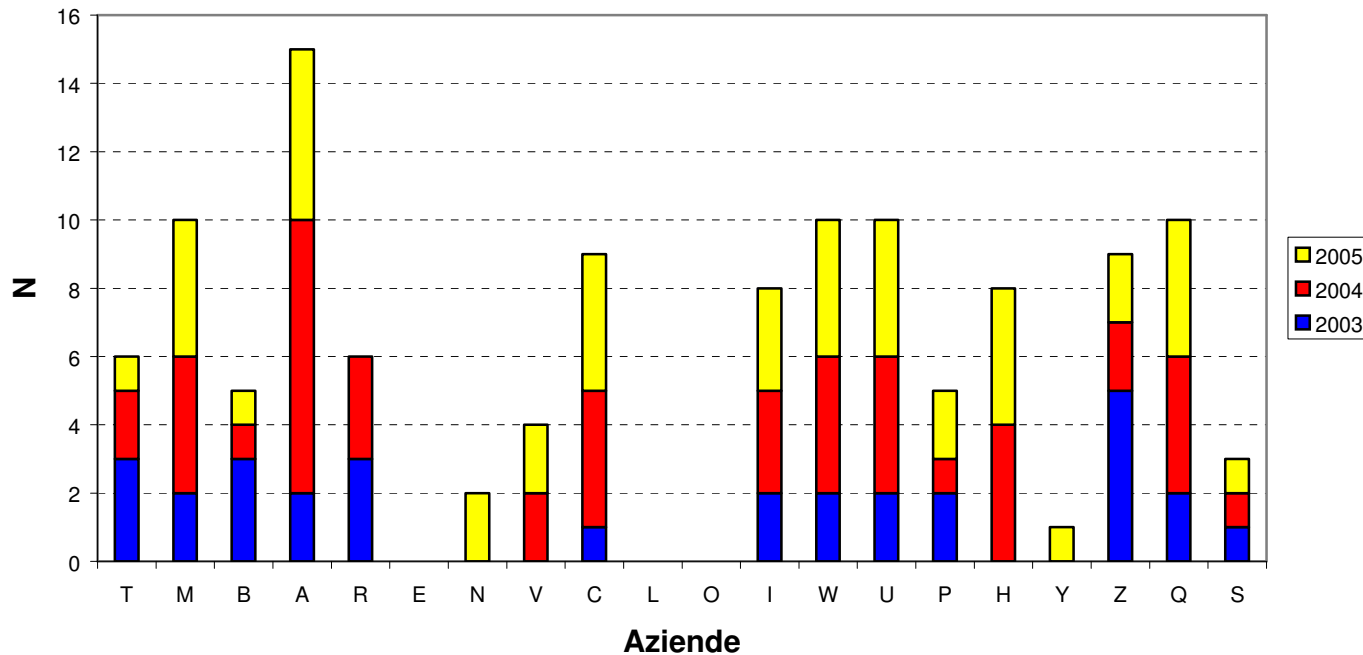
Degna di nota è la presenza:

- 1. di un consistente numero di membri della Direzione Aziendale, a dimostrazione di una sensibilità specifica dei vertici aziendali nella lotta al dolore;*
- 2. di psicologi, a conferma di una visione allargata del dolore per intercettarvi dimensioni non solo cliniche;*
- 3. di medici di medicina generale, per l'attenzione riservata al dolore vissuto fuori dai confini dell'ospedale, fenomeno che non va sottovalutato nelle sue dimensioni e nella capacità di incidere significativamente sulla qualità di vita delle persone nella loro quotidianità; la presenza di medici di famiglia conferma inoltre la volontà, loro e dei medici ospedalieri, di una collaborazione continua su un aspetto di cura di particolare e comune responsabilità, come il dolore;*
- 4. di farmacisti, per la loro competenza specifica sulle caratteristiche degli analgesici e per il loro ruolo organizzativo nella preparazione, approvvigionamento e distribuzione dei farmaci;*
- 5. di volontari, spesso attivamente impegnati nella cura complessiva dei malati; questo, pur nella specificità dei ruoli, consiglia di considerarli come parte dell'équipe e pertanto di renderli consapevoli di tutti gli aspetti assistenziali. Spesso la vicinanza ai malati, nonché il tempo che possono dedicare loro, permette ai volontari di raccogliere la sofferenza secondo dimensioni che talvolta, per esigenze di lavoro, non possono esserlo da parte degli operatori, offrendosi quindi come portatori di alcuni problemi del malato e sollecitatori di un maggior grado di umanizzazione nei servizi;*
- 6. di operatori sociosanitari, sebbene in due soli comitati: sono figure impegnate in attività complesse, tali da avvicinarli all'assiduità presso il malato propria di figure di maggior tradizione assistenziale, come gli infermieri; questo dovrebbe condurre ad un loro maggior impiego nella misurazione del dolore e nella raccolta delle informazioni utili per il trattamento antalgico.*

Andrà maggiormente approfondita la relativa presenza dei membri delle direzioni ospedaliere e distrettuali, apparentemente in contrasto con il loro ruolo di facilitazione organizzativa nella promozione di un programma efficace di lotta al dolore.

Attività

N riunioni comitato, per anno ed azienda



Anno	N. riunioni	N. aziende	
2003	0	7	
	1	2	
	2	7	
	3	3	
	5	1	
2004	0	5	
	1	3	
	2	3	
	3	2	
	4	6	
	8	1	
	2005	0	4
		1	4
2		4	
3		1	
4		6	
5	1		

Il numero delle riunioni è estremamente variabile: sebbene questo non possa essere utilizzato come indice unico dell'attività del comitato, il loro numero per anno può suggerire le modalità di lavoro in ogni azienda. Dove è maggiore il numero d'incontri è più probabile una gestione collegiale dei compiti del comitato, dove è minore un processo di delega a persone o gruppi di componenti del comitato.

Da parte di alcuni comitati, sono stati segnalati anche i contenuti del loro lavoro:

- 1. in sei aziende è stato riservato un particolare impegno nella pianificazione, organizzazione e gestione di programmi formativi diffusi; una di queste indica l'esistenza di due differenti profili: uno dedicato agli operatori ed un secondo alla formazione di formatori, secondo un processo a cascata che, seguendo la pratica clinica, consenta di consolidare e mantenere i contenuti formativi in ogni parte dell'azienda;*

2. *in quattro aziende attenzione per gli strumenti specifici di valutazione e trattamento del dolore, impegnandosi:*
 - *nella scelta delle scale di misura più adeguate, nella verifica della loro applicabilità, nel loro inserimento nelle cartelle cliniche;*
 - *nella formulazione di raccomandazioni operative e terapeutiche;*
 - *nella introduzione del dolore tra i parametri vitali;*
3. *in due aziende (ma il dato è certamente sottostimato, essendo l'adesione delle aziende maggiore) una particolare cura nella preparazione e gestione di un piano di lotta al dolore secondo i criteri del programma HPH dell'OMS;*
4. *in tre aziende la predisposizione di un programma di promozione della lotta al dolore presso la popolazione generale, con l'ausilio di conferenze, pieghevoli e altri supporti informativi, e di preparazione delle "Giornate nazionali del sollievo";*
5. *in due aziende lo sviluppo di strumenti di monitoraggio continuo del trattamento del dolore, correlati al conseguimento di obiettivi di budget aziendali specificatamente dedicati*
6. *in una azienda è stata condotta una ricerca, anche con ricadute formative, sulle rappresentazioni sociali del dolore;*
7. *in una azienda la composizione di un questionario di soddisfazione del malato.*

RILEVAZIONE DEL DOLORE

Quali scale e per quali tipologie di dolore sono state utilizzate nelle aziende?

Scala	Utilizzo	Aziende
SN	Dolore post operatorio	11 aziende
	Dolore da travaglio di parto	1
	Dolore neoplastico	6
	Dolore in ps	1
	Dolore cronico benigno (medicina-geriatria)	9
	In terapia intensiva	3
SV	Dolore neoplastico	3
	Dolore post operatorio	3
	Dolore cronico benigno	2
SB	Dolore nei bambini	7
	Lungodegenza	2
SAV	T. antalgica	2
	Dolore cronico benigno	2
	Dolore post operatorio	1
	Dolore neoplastico	1
A	T. antalgica (multidisciplinare-MD)	1

legenda: scala verbale = SV scala con le facce di Bieri =SB scala analogico-visiva = SAV
scala numerica = SN altro =A

Azienda

		T	M	B	A	R	E	N	V	C	O	I	W	U	P	H	Y	Z	Q	S
scala numerica	dolore post operatorio	X	X	X	X		X		X	X					X	X		X	X	X
	dolore da travaglio di parto			X				X							X	X				
	dolore neoplastico			X		X		X		X	X				X	X		X		
	dolore in P.S.			X											X	X				
	dolore cronico benigno	X	X	X						X			X		X	X	X	X	X	X
	dolore in terapia intensiva		X	X						X					X					
scala verbale	dolore neoplastico					X				X										
	dolore post operatorio							X				X								X
	dolore cronico benigno							X												X
bieri	dolore nei bambini	X		X			X	X		X					X	X				
	lungodegenza																			X
analogico visiva	terapia antalgica		X	X											X					
	dolore cronico benigno														X					
	dolore post operatorio											X				X				
MD	terapia antalgica																		X	
Totale tipi di scale impiegate		2	2	3	1	2	2	3	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2	2	2

Le scale utilizzate sono quelle di maggior uso internazionale e di consolidata utilità informativa.

La scala numerica è quella più impiegata. Interessante è l'uso, oltre il suo tradizionale utilizzo in campo pediatrico, della scala di Bieri in un'unità di lungodegenza; il suo aspetto è particolarmente utile in persone con maggiori difficoltà cognitive. Degno di nota l'utilizzo di una scala multidisciplinare presso un servizio di terapia antalgica, come evidente tentativo di documentare tutte le dimensioni del dolore.

La varietà delle esperienze permetterà di rintracciare suggerimenti per un miglior utilizzo di ogni scala, nonché di individuare criteri di applicazione che permettano poi di confrontare i risultati in strutture diverse e conseguire una valutazione del fenomeno dolore nella popolazione generale.

Resta aperta la conoscenza delle modalità di misura del dolore e conseguentemente dei criteri di trattamento del sintomo nelle aziende dove non si utilizzano scale specifiche.

Quali miglioramenti e quali difficoltà ed ostacoli sono stati riscontrati nella misurazione quotidiana del dolore?

NB: pur con alcuni aggiustamenti per una miglior comprensione, le espressioni dei questionari qui riportate sono state mantenute nella loro forma originale, per non tradirne il significato.

	A) MIGLIORAMENTI E FACILITAZIONI	B) DIFFICOLTA' E IMPEDIMENTI
1) ASPETTI CLINICI	<p>Si registra un miglioramento della valutazione (10 aziende) e del trattamento del dolore (10 aziende). Con il miglior trattamento del dolore si consegue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • una riduzione dell'ansia (1 azienda) • una ripresa anticipata della mobilizzazione e dell'attività del paziente (1 azienda) • una miglior qualità del sonno (1 azienda) 	<p>Difficile comprensione dello strumento da parte del paziente (3 aziende) Misura del dolore difficile in pazienti con condizioni generali scadute o in coma (1 azienda) Difficoltà oggettiva nella rilevazione del dolore postoperatorio da parte del personale (1 azienda) Difficoltà a rilevare il dolore come fenomeno fisico separandolo dalle implicazioni psicologiche (1 azienda) Difficoltà nella definizione di attendibilità della misura del dolore a domicilio, spesso affidata a un familiare (1 azienda)</p>
2) ASPETTI ORGANIZZATIVI E METODOLOGICI	<p>La pratica della valutazione del trattamento del dolore incentiva l'adozione di protocolli o linee guida condivisi (2 aziende) e ne permette una verifica d'efficacia (1 azienda). Un fattore facilitante è l'introduzione della misura del dolore tra i parametri vitali (2 aziende)</p>	<p>Viene lamentato un aumento del carico di lavoro per la misura del dolore (3 aziende) e una mancanza di tempo ad essa dedicabile (5 aziende). È lamentata la carenza di linee guida (1 azienda) e la loro non uniformità (1 azienda) Protocollo non condivisi (1 azienda) Si riscontrano difficoltà nell'applicazione delle linee guida o dei protocolli (2 aziende) per :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mancanza di collaborazione con i medici (3 aziende) • difficoltà culturali per operatori sanitari e pazienti (1 azienda), nonché carenza di formazione (1 azienda) • poco personale (1 azienda) e grande turn-over del

		<p>personale infermieristico (1 azienda)</p> <ul style="list-style-type: none"> • difficoltà a considerare il dolore come gli altri parametri vitali (1 azienda) • mancanza della scala del dolore nella grafica del paziente o incostante rilevazione sebbene in grafica (2 aziende) <p>Scarsa attenzione della direzione sanitaria (1 azienda)</p> <p>Mancanza di un responsabile di progetto (1 azienda)</p> <p>Mancanza di un centro di coordinamento con infermieri referenti per ogni reparto (1 azienda)</p> <p>Mancanza di un infermiere dedicato (1 azienda)</p> <p>Scarsa sensibilità del personale infermieristico (4)</p>
3)ASPETTI RELAZIONALI E PSICOLOGICI	<p>La valutazione e il trattamento del dolore migliorano la comunicazione con il paziente (3 aziende). Ne consegue: un miglioramento della relazione e della percezione di tutti gli aspetti di cura da parte del paziente (2 azienda). Viene segnalato (1 azienda) che l'informazione preventiva sulla possibilità del trattamento del dolore, induce il paziente ad una maggior collaborazione al momento della valutazione del sintomo.</p> <p>Da parte del personale si registra una maggior sensibilità e competenza verso la sofferenza del malato (1 azienda)</p>	<p>Pregiudizio per il quale il trattamento del dolore non incide sul decorso postoperatorio (1 azienda)</p> <p>Convinzione di un mancato riscontro di vantaggi (1 azienda)</p>

La valutazione è condizione necessaria per un'appropriata ed adeguata terapia del dolore. Le esperienze riportate dalle aziende sono molteplici. Cinque aziende indicano di non avere problemi nella misura del dolore e quindi praticata correntemente. Dieci aziende ne riconoscono l'utilità per un buon trattamento, con una ricaduta conseguente sulla qualità di vita del malato. A questo riscontro un miglioramento della comunicazione con il malato e, per quest'ultimo, della conseguente collaborazione e percezione di cura. Viene registrata l'esperienza di una azienda che nella presentazione dei servizi di degenza, al momento dell'ingresso, introduce la possibilità di una rilevazione del dolore come parametro assistenziale, invitando il malato, e con lui i familiari, ad una collaborazione per migliorare il processo complessivo di cura.

In alcune aziende vengono indicate difficoltà di rilevazione del dolore, tali da scoraggiarne il consolidamento. Le motivazioni più ricorrenti sono quelle la mancanza di tempo e il peso di un'attività aggiuntiva. Questo può essere spiegato se alla misura non fa seguito un'appropriata terapia del dolore, tale da vanificare lo sforzo della rilevazione e alimentare così la demotivazione alla pratica. Al contrario, le difficoltà non risultano comprensibili se il trattamento del dolore porta il paziente ad una qualità di vita migliore e, conseguentemente, ad una minore richiesta d'aiuto, nonché ad una maggior adesione alle cure. Altre resistenze sono, secondo quanto dichiarato nei questionari, frutto di preconcetti culturali e un'insufficiente preparazione del personale, medico e non. Viene segnalata come facilitante la creazione di un coordinamento delle iniziative aziendali, fino all'istituzione di un operatore che funga, nei singoli reparti e servizi, da promotore della lotta al dolore. Questo presuppone un clima di collaborazione e di condivisione della competenza tra professionisti diversi; in tal senso un ruolo importante può essere assunto dalle Direzioni di struttura, soprattutto ospedaliere, offrendo il supporto progettuale, nonché l'agibilità organizzativa, per la realizzazione di programmi di lotta al dolore.

Accanto a difficoltà organizzative o a pregiudizi culturali, vengono registrati limiti obiettivi nel caso di malati non collaboranti, sia per le loro condizioni cliniche che cognitive. In tali casi, resta aperto come avvicinare il più possibile la percezione del malato senza pregiudicarne la tutela con strumenti diversi e maggiormente accessibili, anche a costo di una minor dettaglio del sintomo.

RACCOMANDAZIONI PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE

Sono state elaborate raccomandazioni aziendali per il trattamento del dolore?

SI 14 aziende NO 5 aziende PARZIALMENTE 1 azienda

Per le seguenti tipologie o condizioni di dolore

Dolore postoperatorio	(13 aziende)	Dolore da parto	(2 azienda)
Dolore neoplastico	(8 aziende)	Cefalea	(2 azienda)

Esistono gruppi di consenso che stanno elaborando raccomandazioni aziendali ?

SI 15 aziende NO 5 aziende

Per le seguenti tipologie o condizioni di dolore:

Dolore post operatorio	(7 aziende)	Dolore cronico	(3 aziende)
Dolore neoplastico	(3 aziende)	Dolore da parto	(2 aziende)
Pediatrico	(3 aziende)		

NB: è possibile rilevare che in alcune aziende coesistono l.g. già state elaborate e gruppi che stanno elaborando l.g. sui medesimi tipi di dolore: si tratta di gruppi che verificano l'appropriatezza delle l.g. (e quindi ne modificano in corso d'uso i contenuti) o ne stanno predisponendo di più specifiche per particolari reparti o strutture.

		Azienda ULSS - Azienda Ospedaliera																			
		T	M	B	A	R	E	N	V	C	L	O	I	W	U	P	H	Y	Z	Q	S
	raccomandazioni elaborate	si	si	si	si	no	no	si	si	si	no	si	si	si	si	si	si	si	si	no	si
tipo dolore	dolore post operatorio		X	X	X			X	X	X			X	X		X	X	X	X		X
	dolore neoplastico	X							X	X		X		X	X		X	X			
	dolore da parto				X									X							
	cefalea													X		X					
	raccomandazioni in corso di elaborazione	si	no	no	no	si	no	si	si	si		no	si	no	no	si	si	si	si	si	no
tipo dolore	dolore post operatorio	X						X	X	X								X	X	X	
	dolore neoplastico							X		X			X			X	X			X	
	dolore cronico benigno							X	X	X			X				X			X	
	dolore da parto	X						X													
	dolore pediatrico	X						X								X					

Linee guida e protocolli sono un utile contributo alla diffusione e al consolidamento della lotta al dolore. Consentono di contestualizzare localmente le raccomandazioni più autorevoli per una buona pratica analgica.

Alcune aziende hanno steso linee guida e lo stesso processo di consenso è stato utilizzato come parte dell'attività promozionale e formativa verso il dolore.

I trattamenti del dolore postoperatorio e oncologico sono quelli maggiormente codificati, mentre per altre forme di dolore non sono state intraprese iniziative di consenso locale. Dai questionari è rilevabile che per il buon esito delle linee guida è opportuno che la loro costruzione sia largamente condivisa, per poter intercettare tutte le componenti che investono la responsabilità di più figure.

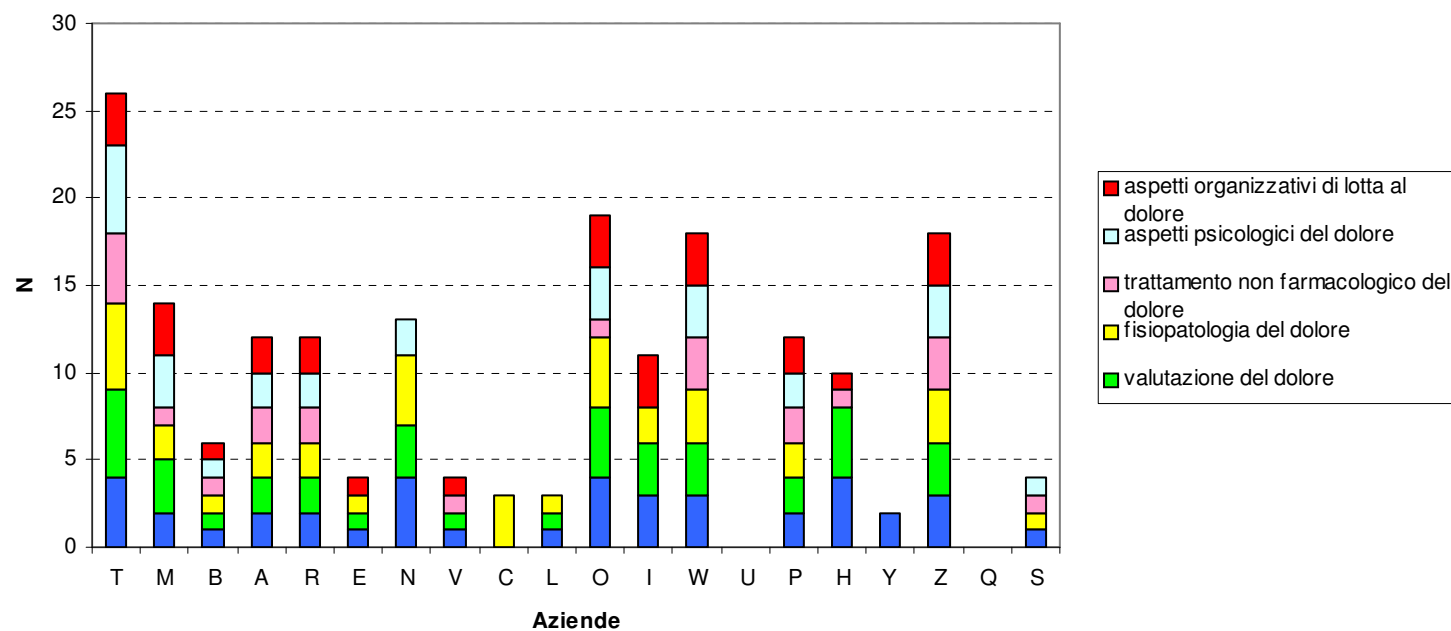
FORMAZIONE

Destinatari	Numero Eventi
Infermieri	36
Medici ospedalieri	28
MMG	12
Psicologi	10
Medici di distretto	5
Farmacisti	5
OSS	2
Altro	2

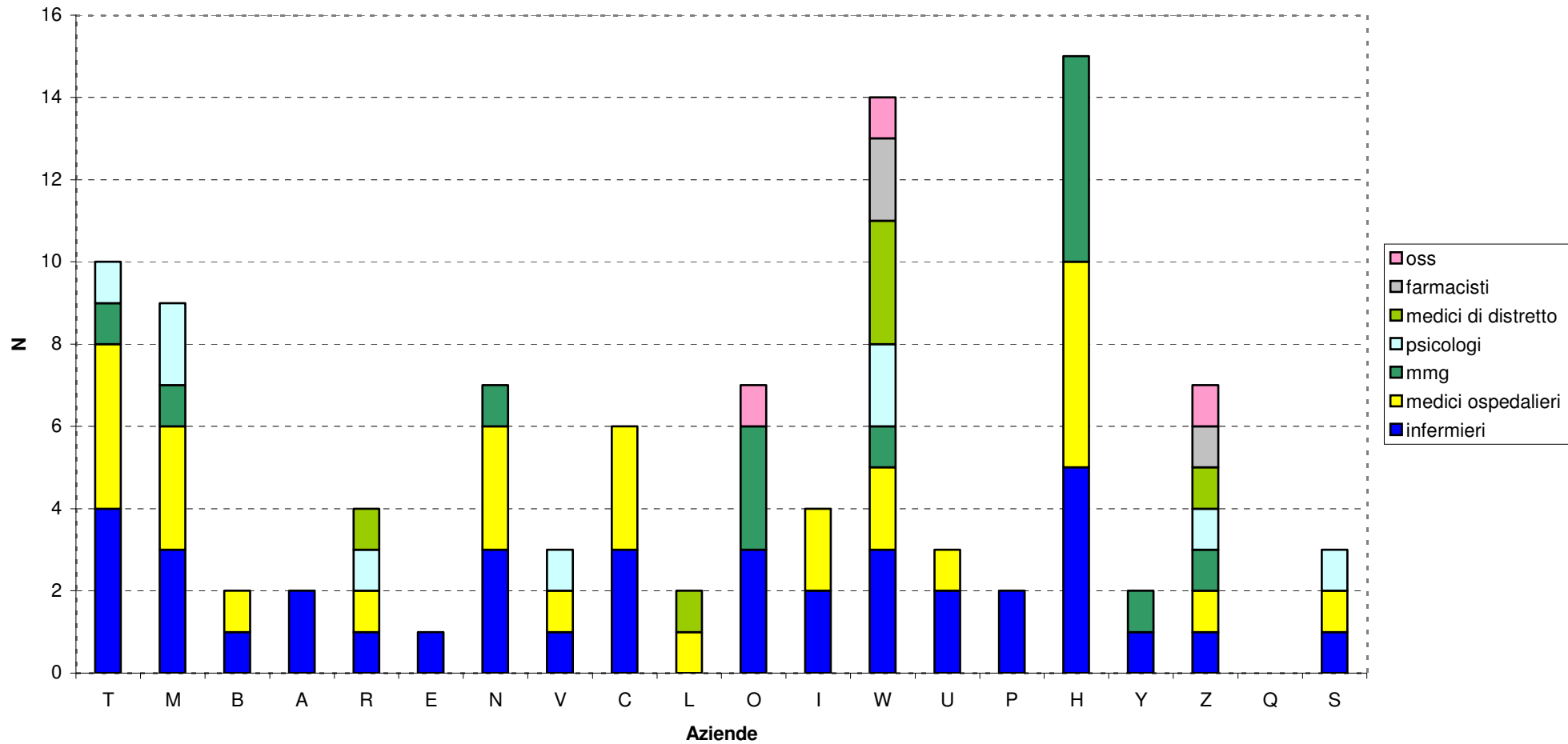
Argomenti svolti	Numero Eventi
Trattamento farmacologico del dolore	36
Valutazione del dolore	30
Fisiopatologia del dolore	23
Aspetti psicologici del dolore	21
Trattamento non farmacologico del dolore	19
Aspetti organizzativi di lotta al dolore	19
Altro	3

Tipo di dolore affrontato	Numero Aziende
DOLORE IN GENERALE	15
DOLORE POST OPERATORIO	6
DOLORE DA TRAVAGLIO	2
DOLORE PEDIATRICO	1
DOLORE IN ADI	1
DOLORE NEOPLASTICO	2

Formazione sul dolore: N. eventi per argomento e per azienda



Formazione sul dolore: N di eventi per figura professionale, per azienda



Lo sforzo formativo nelle aziende è stato importante. La formazione è stata spesso proposta ad un ampio ventaglio di operatori, secondo una visione estesa del fenomeno dolore, frequentemente in forma pluridisciplinare. A tal proposito, va sottolineato che in 21 eventi sono state affrontate le ricadute psicologiche del dolore e del suo trattamento.

Accanto ai temi di maggior impatto e di necessaria puntualizzazione (misura e terapia del dolore), frequentemente sono stati proposti corsi per il trattamento non farmacologico del dolore. Sarà necessario approfondire le ragioni e i risultati attesi per questo investimento formativo: il trattamento non farmacologico richiede infatti tempo e spesso una particolare collaborazione del malato, prefigurandone un'offerta ancora limitata. Non va dimenticato che la ragione principale di misura e trattamento del dolore è proprio l'assenza o la scarsità di tempo disponibile nell'attività quotidiana. La promozione di trattamenti non farmacologici del dolore non dovrebbe anticipare un corretto, esteso e consolidato uso dei farmaci antalgici, soprattutto di quelli maggiori come gli oppioidi, fatto ancora non conseguito nelle strutture aziendali e nella pratica assistenziale.

CONSUMO DI MORFINA

L'Azienda possiede dati sul consumo di morfina nella propria popolazione?

SI 16

NO 6

5 aziende forniscono il consumo medio per abitante; 1 azienda fornisce il dato riferito alla sola popolazione ospedaliera; 7 aziende hanno consegnato una lista delle confezioni acquistate, secondo la formulazione commerciale, sia di morfina che di altri oppiacei (1 azienda anche come DDD); 2 aziende indicano la disponibilità di dati ma non ne riportano alcuno.

La difformità dei formati con i quali è stato indicato il consumo di morfina e la mancanza di dati da numerose aziende, consigliano per un ulteriore specifico e successivo approfondimento dei comportamenti prescrittivi con i farmaci antalgici maggiori.

CONCLUSIONI

Gli sforzi progettuali locali, le iniziative realizzate, le sperimentazioni condotte e quelle in corso, la formazione, rappresentano un patrimonio importante di conoscenze e competenza per tutte le strutture di cura e assistenziali, nonché per tutti gli operatori che a vario titolo sono impegnati nella lotta al dolore e come tali vanno socializzate. Pertanto, uno degli sforzi maggiori sarà quello, nei prossimi anni, di socializzare maggiormente quanto realizzato nelle singole aziende.

Lo sviluppo di un programma di lotta al dolore nella regione del Veneto, secondo quanto previsto con la DGR. 309/2003, è favorito dalla costituzione dei CASD. Il completamento della rete, con la costituzione dei comitati mancanti, è un obiettivo conseguibile e necessario per offrire, in maniera sempre più uniforme e accessibile, un efficace trattamento del dolore a tutti i cittadini della Regione del Veneto.

I dati, pur nel loro limite e destinati ad ulteriori approfondimenti, segnalano alcuni aspetti prioritari e di maggior impegno:

- 1. la necessità di un set minimo di dati e di strumenti di misura che consentano di valutare il fenomeno dolore nelle singole aziende e a livello regionale;*
- 2. il consolidamento della pratica antalgica nelle aziende almeno con l'introduzione della misura del dolore tra quella dei parametri vitali e l'estensione della sperimentazione di negoziazioni di budget che porti, tra gli obiettivi di salute, al trattamento efficace del dolore;*
- 3. il consolidamento di un programma formativo regionale di base riproponibile periodicamente per coloro che vengono inseriti nelle attività assistenziali, nonché approfondimenti sia clinici che relativi ad altre dimensioni del dolore, favorendo così, nelle aziende, la formulazione di raccomandazioni, linee guida e protocolli per una buona pratica antalgica locale;*
- 4. una maggior informazione della popolazione sulla disponibilità ed esigibilità di trattamenti antalgici, perché il dolore non venga più considerato un'esperienza inevitabile.*

L'Osservatorio CP e LD può provvedere agli impegni a livello regionale, sia in termini di progettazione che di organizzazione di attività e programmi per le aziende, nonché supportare quanto localmente può essere sviluppato, contribuendo a consolidare una diffusa pratica nella lotta al dolore per la dignità e la qualità di vita dei cittadini della Regione del Veneto.