



Regione del Veneto
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

Ottobre 2007

Indice

Premessa	pag.	3
Comitato aziendale contro il dolore	pag.	4
Formazione	pag.	9
Rilevazione del dolore	pag.	12
Partoanalgesia	pag.	14
Consulenza algologia	pag.	19
Referenza per il dolore	pag.	20
Conclusioni	pag.	21

PREMESSE

La Direzione Piani e Programmi Socio Sanitari ha promosso, nella primavera 2007, un'indagine per conoscere lo stato di attuazione della DGR 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 forniti dalle Aziende ULSS, organizzati per aree tematiche e appaiati alle 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.

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

L'Azienda ULSS 10 "Veneto Orientale" non ha risposto al questionario.

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 ringrazia, in modo particolare, Massimo Melo per la preziosa collaborazione per l'organizzazione, l'analisi e il commento dei dati raccolti.

Costituzione dei CACD

Comitato Aziendale “Senza Dolore” 18 SI* di cui 16 con delibera 4 NO

*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

In 18 aziende 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, le aziende sprovviste di comitati e gli I.R.C.C.S presenti nella Regione del Veneto., provvedano alla costituzione dei Comitati e predispongano un piano aziendale di lotta al dolore, realizzando una rete regionale di referenze per la promozione della lotta al dolore, offrendo così ai cittadini della regione e ai malati, in tutte le strutture di cura, la garanzia del trattamento antalgico.

Le composizioni dei Comitati hanno subito alcuni rimaneggiamenti. In particolare:

1. il numero dei medici di distretto è aumentato, a testimonianza di una attenzione, nelle strategie assistenziali territoriali, alla maggior quota del dolore presente nell’ambito domiciliare e nella quotidianità delle persone; è ragionevole pensare che l’incremento dei medici di medicina generale risponda alle stesse ragioni;
2. anche le direzioni ospedaliere sono maggiormente rappresentate: questo corregge una certa loro assenza denunciata con la precedente rilevazione;
3. i medici palliativisti e anestesisti rappresentano la maggior quota tra il personale medico, come da tradizione lavorativa e di competenza, sebbene si registri una loro relativa diminuzione, a vantaggio, però, di una maggior rappresentazione di altre discipline mediche, come quella pediatrica, e ricomprese sotto la voce generica “altri medici”;

Degna di nota è la persistenza di:

1. un considerevole numero di infermieri, a conferma del loro ruolo nella attuazione, oltre che nella progettazione, di programmi di valutazione e trattamento del dolore nelle sedi di cura;
2. psicologi, a conferma di una visione allargata del dolore secondo dimensioni non solo cliniche;
3. farmacisti, per la loro competenza specifica sulle caratteristiche degli analgesici e per il loro ruolo organizzativo nella preparazione, approvvigionamento e distribuzione dei farmaci;
4. volontari, spesso attivamente impegnati nella cura complessiva dei malati e, pur nella specificità dei ruoli, come parte delle équipes, rendendoli 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 lo sono da parte degli operatori, offrendosi quindi come portatori di alcuni problemi del malato e sollecitatori di un maggior grado di umanizzazione nei servizi.

Molto contenuta è ancora la quota degli operatori sociosanitari, sebbene rappresentino una porzione di personale costantemente a ridosso del malato e, quindi, in grado di poter esprimere un ruolo importante nella rilevazione del dolore.

Composizione: confronto tra gli anni 2006 e 2005

Tipologia dei componenti	Numero 2006	Aziende 2006	Numero 2005	Aziende 2005
Membri Direzione Aziendale	17	13	17	14
Medici di Distretto	17	12	11	9
Medici di Direzione Ospedal.	14	12	9	8
Medici Palliativisti	16	12	21	10
Medici Anestesisti	37	17	41	17
Pediatri	14	13	Dati non rilevati	
Altri Medici	30	10	33	13
Medici di Medicina Generale	24	16	19	13
Psicologi	17	16	17	14
Infermieri	81	18	81	17
Operatori Socio Sanitari	4	2	5	3
Farmacisti	19	18	16	14
Volontari	12	11	10	10
Altri	9	5	5	3
TOTALI	311		285	

Riunioni dei Comitati Aziendali “Contro il dolore” (dati di 12 aziende)

Numero aziende	Numero riunioni
3	1
1	2
3	3
3	4
1	5
1	13

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 è maggiormente possibile un processo di delega a persone o gruppi di componenti del comitato; comunque, in assoluto rimane, ad eccezione di una azienda, molto contenuto per tutti i comitati.

Aspetti di funzionamento del CACD

In questa sezione è riportata, in forma narrativa, la descrizione del funzionamento dei CACD in 17 aziende (15 ULSS e le due ospedaliere). Ogni capitolo è composto da contenuti comuni alla maggioranza dei commenti e da aspetti di dettaglio, propri di ogni esperienza, che possono essere di interesse generale o trasferibili nella pratica dei singoli CACD.

Ruolo aziendale

Ai CACD vengono richieste generalmente attività di monitoraggio del trattamento del dolore (per tre aziende con la costituzione di un vero e proprio osservatorio locale), di sviluppo e attuazione di programmi aziendali di lotta al dolore, di formulazione di protocolli o raccomandazioni per la rilevazione e il trattamento del sintomo, programmi di formazione per il personale dipendente e convenzionato.

In quattro aziende è enfatizzato il ruolo del CACD come sorgente informativa per i cittadini e per i malati che usufruiscono delle strutture di cura. Per la formulazione dei protocolli, la maggior parte dei CACD ha adottato un approccio multidisciplinare, per contemplare tutte le dimensioni conoscitive del dolore secondo una sua buona definizione. In due aziende si sta sperimentando anche la presenza dei cittadini nella predisposizione dei materiali per la rilevazione e il trattamento del dolore.

Particolarmente interessante è la sperimentazione o la prospettiva di una rete interna aziendale di referenti destinata a periferizzare iniziative a sostegno delle pratiche antalgiche.

Infine, in una azienda il CACD ha il compito di sviluppare una sperimentazione della rilevazione informatizzata del dolore.

Presso un'azienda ospedaliera, il CACD contribuisce alla standardizzazione nell'uso delle apparecchiature e dei dispositivi per il trattamento del dolore, soprattutto se ad alto costo.

Complessivamente, il CACD, pur nelle potenzialità previste dalla DGR 309/03, sembra ancora, in molte aziende, in cerca di una collocazione specifica nei processi di programmazione aziendale.

Punti di forza

Viene largamente riconosciuta l'importanza di un CACD multidisciplinare: questo consente di veder riconosciute le istanze e i contenuti di tutte le aree professionali, favorendo un contesto favorevole all'applicazione dei protocolli, nonché di progettare iniziative formative di largo interesse, soprattutto se congiunte tra personale ospedaliero e territoriale.

Elemento di forza è, là dove presente, il sistema di rete dei referenti locali, presso i servizi e le unità operative, perché può essere sostenuta localmente ogni iniziativa promossa dal CACD.

Di particolare rilievo è il sostegno del CACD alle negoziazioni di budget che prevedano obiettivi di rilevazione e trattamento del dolore.

Importante, sul piano pratico e simbolico, la consegna a tutto il personale, da parte del CACD, del righello con la scala NRS e Bieri per la misura del dolore, compiuta da una azienda; come significativa è la rilevazione del gradimento dei pazienti ospedalizzati verso il trattamento del dolore, sperimentata in alcune aziende.

In sintesi: la propensione alla multidisciplinarietà testimonia per una sensibilità delle aziende nella promozione dei CACD, a garanzia di un approccio secondo più dimensioni all'esperienza di dolore delle persone, nonché per una consapevolezza che la valutazione e il trattamento del dolore investe molte competenze, non solo mediche e non solo di tradizione sanitaria. Per ottenere un consolidamento della lotta al dolore, appare di particolare interesse la presenza del CACD nella negoziazione del budget per fornire suggerimenti e obiettivi.

Aspetti critici

Il CACD deve far fronte ad una persistente resistenza tra il personale alla valutazione e al trattamento del dolore, soprattutto presso la componente medica. Le ragioni del fenomeno sono legate a difetti culturali (soprattutto nell'uso dei farmaci), a pregiudizi sull'inevitabilità del dolore, sul presunto maggior consumo di tempo indotto nell'attività quotidiana.

La mancanza di una rete locale di referenti rende meno efficace il lavoro del CACD.

Infine, alcuni comitati lamentano un certo distacco delle Direzioni aziendali dal loro lavoro e di modesto sostegno delle loro iniziative.

La costanza formativa dovrebbe produrre cambiamenti nei comportamenti valutativi e prescrittivi; a tal proposito, è opportuno sperimentare modalità di formazione che non incidano solo sugli aspetti cognitivi, ma anche su quelli psicologici e sulle premesse di pensiero utilizzate dagli operatori,

Per innalzarne la capacità d'azione, il livello regionale (ed in particolare l'Osservatorio) sosterrà la competenza dei CACD con programmi di formazione per la promozione di progetti specifici di lotta al dolore, secondo la metodologia MCQ.

Prospettive

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 CACD. 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 CACD prevedono prioritariamente:

- un particolare impegno sul fronte formativo, accompagnato dalla creazione di referenti locali che rinforzino le iniziative aziendali;
- l'impegno per l'introduzione stabile del dolore come parametro vitale;
- il riconoscimento della lotta al dolore tra gli obiettivi di budget, rendendo disponibile la propria competenza nei processi di negoziazione;
- il sostegno di iniziative verso la cittadinanza per promuoverne la partecipazione e l'informazione.

FORMAZIONE

Nel corso del 2006, 18 aziende su 23 hanno svolto iniziative di formazione su temi attinenti la valutazione e il trattamento del dolore.

In sintesi:

Temi trattati	N. aziende
Corsi di base e introduttivi	8
Corsi specialistici e avanzati	6
Dolore postoperatorio	6
Partoanalgesia	2
Dolore pediatrico	2
Gestione congiunta del dolore tra ospedale e territorio	2
Dolore oncologico	2
Dolore cronico	2

Per consentire a tutte le aziende di avvalersi dell'esperienza formativa maturata da ciascuna di esse, si riporta un elenco sintetico, ricavabile dai singoli questionari, dei corsi proposti al personale sanitario e sociosanitario:

Azienda	Temati trattati	Ore corso	Destinatari
1	Dolore oncologico e postoperatorio	6	Infermieri e medici ospedalieri
3	La gestione della persona con dolore: aspetti clinici e relazionali	6,5	Pluriprofessionale
4	a) Classificazione, fisiopatologia e valutazione del dolore b) Oltre il dolore c) Gestione del dolore	2,5 5 20	Infermieri ND Pluriprofessionale
5	Gestione del dolore	6	MMG
6	Valutazione e controllo del dolore	10	Pluriprofessionale
7	Cure palliative e terapia del dolore Vie d'accesso nella terapia del dolore Pianeta dolore e medicina di famiglia	9,5 2,5 7	Medici ospedalieri Infermieri e OSS MMG e medici di distretto
8	Ospedale e territorio contro il dolore	8	Pluriprofessionale
9	Dolore postoperatorio	ND	Pluriprofessionale
12	a) Neuromodulazione spinale b) Capire e trattare il dolore c) Dolore episodico intenso	18 8 8	Medici ospedalieri Medico ospedalieri e medici di distretto Pluriprofessionale
13	a) Blocchi agli arti inferiori b) Blocchi agli arti superiori c) Terapia antalgica non invasiva	4 4 4	Medici ospedalieri Medici ospedalieri Medici ospedalieri
15	Assistenza al paziente con dolore	7	Infermieri e medici ospedalieri
16	a) Corso base b) Corso avanzato c) Incontri bisettimanali di aggiornamento	30 30 5	Pluriprofessionale Pluriprofessionale Pluriprofessionale
17	a) Corso introduttivo al dolore b) Dolore postoperatorio c) Dolore pediatrico	2 10 8	Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri
18	Ospedale e territorio contro il dolore	8	Pluriprofessionale
19	a) Dolore cronico benigno b) Dolore oncologico c) Dolore postoperatorio d) Dolore pediatrico e) Approccio con il paziente con dolore	ND ND ND ND ND	Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri

22	a) Dolore postoperatorio b) Dolore da parto c) Dolore cronico	6 6 16	Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri
A.O.Verona	a) Il fachimismo è necessario? Il dolore postoperatorio b) Linee guida per il dolore postoperatorio c) Partoanalgesia	4,5 4 4	Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri Infermieri e medici ospedalieri
A.O.Padova	Corso di aggiornamento	6	Infermieri e medici ospedalieri

NB: sono stati considerati corsi pluriprofessionali quelli con tre o più categorie professionali, tra le quali sono sempre presenti quelle dei medici e degli infermieri.

Nel 2006 diciotto aziende hanno sviluppato corsi di aggiornamento o formativi. Su 38 diverse tipologie di corsi, sono:

- 10 a carattere pluriprofessionale, con contenuti estesi e oltre le sole dimensioni cliniche o tecniche, secondo un approccio multidimensionale del dolore
- 17 sono destinati a medici e infermieri ospedalieri
- 5 solo per medici ospedalieri, a carattere esclusivamente clinico
- 2 per solo infermieri o con infermieri e OSS, di breve durata, a carattere introduttivo
- 2 solo per MMG o per MMG e medici di distretto
- 1 per medici ospedalieri e medici di distretto

Nel complesso, sembrano ancora prevalere largamente corsi ad impronta prevalentemente clinica, sia di base che avanzati, per il solo personale medico e medico con quello infermieristico, soprattutto di origine ospedaliera, a conferma di un bisogno tecnico diffuso. Ugualmente, in molte aziende, si sono sperimentati anche corsi pluriprofessionali e multidimensionali, secondo un approccio contenutistico esteso e per una responsabilità diffusa verso il fenomeno dolore.

RILEVAZIONE DEL DOLORE

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ULSS 1 BELLUNO	ND	6	ND	ND	ND	ND	ND	6	ND
ULSS 2 FELTRE	422	2	3	3	4	2	2	7	9
ULSS 3 BASSANO	575	11	ND	7	ND	ND	ND	18	ND
ULSS 4 ALTO VICENTINO	504	6	0	0	0	ND	ND	6	0
ULSS 5 OVEST VICENTINO	584	ND	ND	3	ND	ND	ND	3	ND
ULSS 6 VICENZA	1.041	12	3	12	8	0	0	24	11
ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	666	4	5	5	7	ND	ND	9	12
ULSS 8 ASOLO	790	2	6	2	4	0	2	4	12
ULSS 9 TREVISO	1.272	3	12	0	22	0	19	3	53
ULSS 12 VENEZIANA	ND	1	ND	2	ND	2	ND	5	ND
ULSS 13 MIRANO	664	3	8	0	20	0	21	3	49
ULSS 14 CHIOGGIA	540	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
ULSS 15 ALTA PADOVANA	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
ULSS 16 PADOVA	350	0	ND	ND	0	0	ND	0	ND
ULSS 17 ESTE	525	7	3	4	2	1	0	12	5
ULSS 18 ROVIGO	644	10	0	3	ND	2	ND	15	ND
ULSS 19 ADRIA	230	5	ND	3	ND	3	ND	11	ND
ULSS 20 VERONA	411	3	6	5	12	0	2	8	20
ULSS 21 LEGNAGO	ND	6	0	8	6	0	4	14	10
ULSS 22 BUSSOLENGO	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
A.O. PADOVA	1.534	2	24	0	23	1	13	3	60
A.O. VERONA	1.730	4	27	5	23	0	25	9	75
TOTALI	12.482	87	97	62	131	11	88	160	316

Legenda:

1: N. posti letto totali

2: N. di UU.OO. di area chirurgica che rilevano il dolore

3: N. di UU.OO. di area chirurgica che non rilevano il dolore

4: N. di UU.OO. di area medica che rilevano il dolore

5: N. di UU.OO. di area medica che non rilevano il dolore

6: N. di UU.OO. di area dei servizi che rilevano il dolore

7: N. di UU.OO. di area dei servizi che non rilevano il dolore

8: N. totale delle UU.OO che rilevano il dolore

9: N. totale delle UU.OO che non rilevano il dolore

Dai dati forniti dalle aziende, si può notare che le UU.OO. che rilevano (e presumibilmente trattano) correntemente il dolore, sono una minoranza, meno evidente nell'area chirurgica (87 si vs 97 no), maggiore nell'area medica (62 si vs 131 no); l'analisi nell'area dei servizi può risultare viziata dal possibile arruolamento di UU.OO. senza degenze. Ugualmente, le rianimazioni e terapie intensive, come i pronto soccorsi, sono esposti a soggetti con dolore: il numero (11) di quelle che indicano una rilevazione del dolore risulta ugualmente esiguo.

In generale va rilevato che, in letteratura, si vanno registrando studi di efficacia del trattamento del dolore che non dimostrano la necessità di una rilevazione strutturata del dolore, in presenza di una consolidata tradizione di valutazione e trattamento del dolore; va però rimarcato che in Veneto, pur con consumi maggiori di farmaci particolarmente efficaci nel trattamento del dolore (in particolare gli oppioidi), il consumo medio procapite è ancora lontano dai livelli degli altri paesi europei. I dati di consumo sono oggetto di una ricerca dell'Osservatorio in corso, con il concorso del Servizio farmaceutico regionale, dei farmacisti presenti nella Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore e di altri specialisti di estrazione clinica ed epidemiologica.

Pertanto, la rilevazione del dolore deve essere utilizzata sia per necessità informatiche, che di educazione e sensibilizzazione del personale sanitario verso il trattamento del sintomo.

ATTIVITA' DI PARTOANALGESIA

L'attività di partoanalgesia si colloca nel contesto più ampio della lotta al dolore, alla quale è dedicato un capitolo specifico nella proposta di piano socio sanitario regionale attualmente in discussione nella Commissione regionale competente, in coerenza con le indicazioni nazionali.

Con la **L.R. 25/2007 "Disposizioni regionali in materia di parto fisiologico indolore"**, la Regione del Veneto, prima Regione in Italia, ha indicato il parto indolore come un diritto della donna, quindi esigibile come livello essenziale di assistenza garantito in tutte le strutture.

In tabella 1 sono documentati tutti i parti svolti presso i punti nascita regionali, sia in strutture pubbliche che private accreditate.

Come è possibile osservare il numero di cesari è percentualmente pari al 29,2% dei parti totali; pur essendo inferiore alla media nazionale (circa 33%) è ben al di sopra delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che stimano i cesarei necessari non superiori al 15% dei parti totali.

Tabella 1

Dati Cedap - Osservatorio Regionale della Patologia in Età Pediatrica

Distribuzione parti per modalità del parto e presenza anestesista. Veneto - Anno 2006

	N° parti	Modalità del parto					Cesareo	Modalità Non indicata
		Totale Spontaneo	di cui spontaneo con :			Cesareo		
			anestesista presente	anestesista assente	non indicato			
A. O. DI PADOVA - CLINICA	2.061	1.181	642	273	266	860	20	
A. O. DI PADOVA - DIVISIONE	1.908	1.428	887	433	108	472	8	
A. O. DI VERONA - OSP. CIVILE MAGGIORE	1.873	1.323	28	1.224	71	549	1	
A. O. DI VERONA - OSPEDALE POLICLINICO	1.770	1.183	26	1.049	108	580	7	
C. C. ABANO TERME	920	661	626	33	2	255	4	
C. C. PEDERZOLI - PESCHIERA DEL GARDA	760	516	55	461	0	244	0	
O. C. DI ARZIGNANO	988	715	51	654	10	270	3	
O. C. DI BASSANO DEL GRAPPA	1.431	1.058	42	1.014	2	373	0	
O. C. DI BELLUNO	562	405	55	350	0	157	0	
O. C. DI BUSSOLENGO	956	680	42	617	21	272	4	
O. C. DI CASTELFRANCO VENETO	1.030	798	14	760	24	231	1	
O. C. DI CONEGLIANO	1.293	928	35	783	110	365	0	
O. C. DI DOLO	884	549	365	125	59	332	3	
O. C. DI FELTRE	1.101	855	16	693	146	244	2	
O. C. DI LEGNAGO	946	643	12	612	19	299	4	
O. C. DI MIRANO	1.360	846	53	714	79	509	5	

O. C. DI PIOVE DI SACCO	708	518	23	414	81	189	1
O. C. DI ROVIGO	925	580	15	549	16	342	3
O. C. DI THIENE	2.093	1.431	42	1.000	389	656	6
O. C. DI VENEZIA MESTRE	895	457	14	388	55	437	1
O. C. DI VICENZA	2.843	1.947	93	1.437	417	814	82
OSP. CLASS. VILLASALUS - VENEZIA	1.208	872	52	759	61	336	0
OSPEDALE CA FONCELLO TREVISO	2.551	1.992	1.986	6	0	559	0
OSPEDALE DI ADRIA	496	314	31	266	17	179	3
OSPEDALE DI ASIAGO	118	71	1	67	3	47	0
OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	1.537	1.116	9	950	157	415	6
OSPEDALE DI CITTADELLA	1.162	769	28	730	11	393	0
OSPEDALE DI ISOLA DELLA SCALA	603	405	24	337	44	195	3
OSPEDALE DI MONSELICE	883	572	33	524	15	311	0
OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	1.520	1.206	32	1.120	54	306	8
OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	480	320	37	281	2	160	0
OSPEDALE DI ODERZO	1.096	877	31	841	5	219	0
P.O. EST VERONESE G.FRACASTORO	1.440	1.179	138	912	129	247	14
OSPEDALE DI VALDAGNO	670	454	45	407	2	216	0
OSPEDALE DI VENEZIA	670	457	147	292	18	213	0
OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	852	673	19	639	15	178	1
OSPEDALE S. LUCA - TRECENTA	366	220	210	7	3	145	1
OSPEDALE SACRO CUORE DI NEGRAR	1.149	846	43	800	3	302	1
P. O. DI CHIOGGIA	457	273	49	198	26	182	2
P. O. DI PIEVE DI CADORE	263	148	19	126	3	115	0
P. O. DI PORTOGRUARO	603	466	9	451	6	137	0
P. O. DI SAN DONA' DI PIAVE	895	612	19	571	22	282	1
NATI ALTROVE (Abitaz. privata, altra struttura..)	83	82	3	70	9	0	1
TOTALE	46.409	32.626	6.101	23.937	2.588	13.587	196

NB: le informazioni successivamente riportate sono state dichiarate ufficialmente dalle AA. ULSS e Ospedaliere, per l'attività svolta nel 2006, su richiesta dell'Osservatorio regionale per le cure palliative e la lotta al dolore. Attualmente non è, infatti, disponibile un flusso informativo corrente sui parti naturali in analgesia con epidurale

Tabella 2: partoanalgesia epidurale nelle AA.ULSS e Ospedaliere

AZIENDE	Parti naturali	parti in analgesia epidurale	% epidurale su tot. parti naturali
ULSS 1 BELLUNO	553	100	18
ULSS 2 FELTRE	855	285	33,3
ULSS 3 BASSANO	1129	0	0
ULSS 4 ALTO VICENTINO	1431	148	10,3
ULSS 5 OVEST VICENTINO	1169	40	3
ULSS 6 VICENZA	2267	112	4,9
ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	1601	15	0,8
ULSS 8 ASOLO	2004	86	0,4
ULSS 9 TREVISO	2869	400	13,9
ULSS 13 MIRANO	1395	236	16,9
ULSS 14 CHIOGGIA	791	147	18,5
ULSS 15 ALTA PADOVANA	1885	490	25,9
ULSS 17 ESTE	572	168	29,3
ULSS 18 ROVIGO	800	48	5
ULSS 19 ADRIA	314	94	29,9
ULSS 20 VERONA	1179	190	16,1
ULSS 21 LEGNAGO	643	0	0
ULSS 22 BUSSOLENGO	1085	15	1,3
A.O. PADOVA	2607	635	24,3
A.O. VERONA	2506	60	2,3
TOTALI	27655	3269	11,8

Pur non disponendo dei dati relativi alle AA.ULSS 10 e 12 (non forniti; la ULSS 16 non ha punti nascita) e di quelli provenienti dalle strutture private accreditate, il numero di parti naturali in epidurale resta contenuto. Si tenga presente che nei paesi europei ed occidentali la percentuale di donne che utilizzano la partoanalgesia è notevolmente maggiore (dal 25 al 90% dei parti naturali). Pertanto, la Regione del Veneto ha ampi margini di miglioramento e di offerta per quanto attiene questa pratica.

L'applicazione della L.R. 25/2007 dovrebbe, con l'allargamento dell'offerta di analgesia epidurale, portare ad un consistente aumento del numero di donne che può usufruire di questa prestazione.

AZIENDE	PUNTO NASCITA	MODALITA' DI OFFERTA	PUNTO NASCITA	MODALITA' DI OFFERTA
ULSS 1 BELLUNO	BELLUNO	h 24/365 gg anno		
ULSS 2 FELTRE	S. MARIA DEL PRATO	8-20/365 gg anno		
ULSS 3 BASSANO	BASSANO	no partoanalgesia	ASIAGO	no partoanalgesia
ULSS 4 ALTO VICENTINO	THIENE	h 24/365 gg anno		
ULSS 5 OVEST VICENTINO	ARZIGNANO	h 24/365 gg anno	VALDAGNO	sporadicamente
ULSS 6 VICENZA	S. BORTOLO	sporadicamente		
ULSS 7 PIEVE DI SOLIGO	VITTORIO VENETO	sporadicamente	CONEGLIANO	no partoanalgesia
ULSS 8 ASOLO	MONTEBELLUNA	8-20/365 gg anno	CASTELFRANCO VENETO	ND
ULSS 9 TREVISO	CA' FONCELLO	no partoanalgesia	ODERZO	h 24/365 gg anno
ULSS 12 VENEZIANA	UMBERTO I°	no partoanalgesia	SS. GIOVANNI E PAOLO	8 -20/solo feriale
ULSS 13 MIRANO	MIRANO	sporadicamente	DOLO	h 24/365 gg anno
ULSS 14 CHIOGGIA	CHIOGGIA	8-20/solo feriale	PIOVE DI SACCO	8-20/solo feriale
ULSS 15 ALTA PADOVANA	CITTADELLA	h 24/365 gg anno	CAMPOSAMPIERO	h 24/365 gg anno
ULSS 17 ESTE	MONSELICE	h 24/365 gg anno		
ULSS 18 ROVIGO	ROVIGO	no partoanalgesia	TRECENTA	h 24/365 gg anno
ULSS 19 ADRIA	ADRIA	8-20/solo feriale		
ULSS 20 VERONA	ULSS VERONA	h 24/365 gg anno		
ULSS 21 LEGNAGO	LEGNAGO	no partoanalgesia		
ULSS 22 BUSSOLENGO	BUSSOLENGO	no partoanalgesia	ISOLA	no partoanalgesia
A.O. PADOVA	A.O. PADOVA	h 24/365 gg anno		
A.O. VERONA	O.C. MAGGIORE	sporadicamente	POLICLINICO	sporadicamente

Tabella 3: modalità d'offerta della partoanalgesia nei punti nascita del Veneto (strutture pubbliche)

Come è possibile notare dalla tabella 3, secondo i dati forniti dalle aziende, in molti ospedali di grandi dimensioni, nei quali si concentra la più parte delle nascite, nel corso del 2006 non è stato mai offerto, o in maniera sporadica, il parto indolore. La L.R. 25/2007 porterà l'offerta di analgesia da parto in ogni punto nascita, almeno nella fascia oraria 8 – 20 ogni giorno e per centri di riferimento provinciale l'offerta sarà garantita sempre: questo dovrà comportare un aumento della percentuale dei parti in analgesia epidurale nel corso del 2007 e negli anni successivi.

MODALITA' DI OFFERTA DELLA PARTOANALGESIA	N°PUNTI NASCITA
h 24/365 gg anno	11
8-20/365 gg anno	2
8-20/solo feriale	4
sporadicamente	6
no partoanalgesia	9
non determinato	1

Tabella 4

La tabella 4 riassume la distribuzione d'offerta della partoanalgesia; va notato che la maggior quota di ospedali h 24/365 gg anno è data da ospedali di piccole e medie dimensioni.

OSSERVAZIONI

La partoanalgesia in epidurale è ancora modestamente praticata nei nostri ospedali.

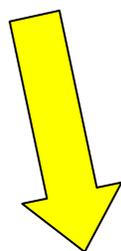
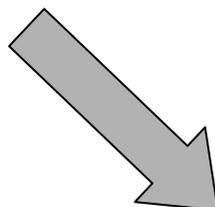
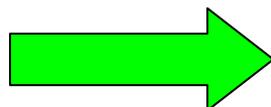
La mancata offerta è oggi riconducibile più a resistenze culturali che organizzative, sebbene queste non possano essere dimenticate.

Complessivamente, verso il trattamento del dolore la Regione del Veneto accusa ancora gravi ritardi rispetto a regioni europee assimilabili per livello sociale: anche la partoanalgesia subisce questa condizione di fondo.

In ogni caso va tenuto presente che le condizioni per un'affermazione della partoanalgesia esistono realmente, ripensando l'assetto attuale d'offerta dell'assistenza al parto. In particolare, tenuto conto del possibile recupero dei parti cesarei verso un travaglio naturale per quelle donne che fossero particolarmente sofferenti, la possibilità di razionalizzare l'offerta è elevata, senza produrre grandi scompensi organizzativi. Infatti, se l'epidurale può essere condotta, dopo l'impianto, con una reperibilità dell'anestesista, senza per questo una sua presenza costante in sala parto in condizioni di sicurezza, il taglio cesareo ne impone la presenza costante, condizionando pesantemente la disponibilità di questo personale medico per altre attività (anche quella di analgesia da parto). A questo vanno aggiunti i costi fisici ed economici per la donna e l'organizzazione sanitaria per un decorso postoperatorio più lungo. Quindi, anche con un recupero di soli cinque punti percentuali sui cesarei, ragionevolmente conseguibili per parti particolarmente dolorosi seguiti in epidurale, è possibile pensare ad un'espansione dell'offerta di partoanalgesia in condizioni isorisorse. Infatti, cinque punti percentuali corrispondono a circa 2260 parti per anno: attribuendo loro la valorizzazione del DRG, come possibile definizione dei costi di produzione dell'assistenza, pari a € 2198, si determina una spesa regionale di circa € 500.000. Secondo stime, il costo di produzione della prestazione di partoanalgesia varia (a secondo delle fonti) da un minimo di € 50 ad un massimo di € 250, quindi pari a 2000 – 10000 parti in analgesia per anno. Le stime del gruppo di lavoro per la partoanalgesia, in seno alla Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore, valutano in circa € 100 il costo medio per ogni epidurale, comprensivo della fase di promozione nei corsi al parto e di visita anestesiológica preparto. In tal caso, i parti in epidurale offribili, in condizioni isorisorse, sarebbero circa 5000 in più, quasi triplicando l'attuale percentuale di parti in epidurale (8200 vs 3200). Ulteriori possibili riduzioni di parti cesarei non appropriati, cercando di avvicinarsi alle indicazioni dell'OMS, dovrebbero liberare risorse reversibili nell'offerta di partoanalgesia con epidurale, senza aggravii ulteriori per il sistema dei servizi ospedalieri. La sperimentazione della LR 25/2007 consentirà nel corso del 2008 di perfezionare gli aspetti organizzativi per una adeguata offerta di partoanalgesia nei nostri punti nascita.

CONSULENZA ALGOLOGICA

N. DELLE UU.OO. CHE EROGANO CONSULENZA ALGOLOGICA AMBULATORIALE IN SEDE INTRAOSPEDALIERA	38
N. DELLE UU.OO. CHE EROGANO CONSULENZA ALGOLOGICA A PAZIENTI RICOVERATI	42
N. DEI DISTRETTI CHE EROGANO CONSULENZA ALGOLOGICA AMBULATORIALE TERRITORIALE	2



DISTRIBUZIONE DELLE UU.OO. CHE EROGANO CONSULENZA ALGOLOGICA AMBULATORIALE IN SEDE INTRAOSPEDALIERA	
anestesia e rianimazione	24
terapia antalgica	7
terapia del dolore e cure palliative	6
neurochirurgia	1

DISTRIBUZIONE DELLE UU.OO. CHE EROGANO CONSULENZA ALGOLOGICA A PAZIENTI RICOVERATI	
anestesia e rianimazione	26
terapia antalgica	9
terapia del dolore e cp	6
neurochirurgia	1

DISTRIBUZIONE DELLE UU.OO. CHE EROGANO CONSULENZA ALGOLOGICA AMBULATORIALE TERRITORIALE	
terapia antalgica	1
hospice	1

In tutte le aziende è presente almeno un ambulatorio algologico, collocato nella pressoché totalità dei casi negli ospedali; in due aziende si stanno sperimentando ambulatori anche in sede distrettuale. In ogni azienda è presente una consulenza algologia intraospedaliera per pazienti ricoverati.

Nel questionario è stato richiesto anche il numero di pazienti curati: il dato, però, appare solo per alcune aziende e spesso espresso come prestazioni effettuate, non consentendo una valutazione della popolazione assistita.

REFERENZA PER IL DOLORE

Azienda	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	VR	PD	
Referente dolore	A	T	NO	A	U	A	A	NO	A	A	A	NO	A	A	A	A	T	A	A	A	A	A	
Ore dedicate	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO		NO	NO	SI		NO	SI	NO	SI	NO						

Legenda: A = alcune UU.OO. T = tutte le UU.OO. U = una U.O.

Alcune aziende stanno sperimentando la presenza di referenti di reparto o U.O per la valutazione e il trattamento del dolore. In un numero esiguo dei casi la loro presenza è estesa a tutte le UU.OO. e solo in quattro casi sono riservate ore lavorative per l'attività di consulenza specifica.

L'esperienza di un referente di reparto o servizio per il trattamento del dolore viene ritenuto una strada interessante per la stabilizzazione di programmi di lotta al dolore con una sufficiente capillarizzazione.

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: come tali vanno socializzate. Pertanto, uno degli sforzi maggiori sarà quello, nei prossimi anni, di condividere maggiormente quanto realizzato nelle singole aziende.

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: a questo sta provvedendo un gruppo di lavoro della Commissione regionale per le cure palliative e la lotta al dolore;
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; inoltre, l'Osservatorio si propone di sviluppare due linee formative per la diffusione del focus group come strumento d'analisi locale delle resistenze e delle opportunità, nonché di corsi per l'utilizzazione della metodologia MCQ (miglioramento continuo della qualità), per la realizzazione di piani locali di lotta al dolore
4. una maggior informazione della popolazione sulla disponibilità ed esigibilità di trattamenti antalgici, perché il dolore non venga più considerato un'esperienza inevitabile.