

## **Premessa**

Il presente rapporto è stato predisposto dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute al fine di rispondere ai dettami previsti dall'art. 11 della Legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 19 marzo 2010 e di fornire un elenco di tutti gli interventi effettuati nel 2011 e del loro campo di applicazione.

Il documento si propone anche di evidenziare alcuni elementi potenzialmente utili ad un costante processo migliorativo nell'applicazione della legge, tali da favorire azioni di sistema funzionali all'innalzamento dell'efficacia dei processi di assistenza alle persone con malattia inguaribile e alle persone affette da patologia cronica dolorosa, anche al fine di ridurre le possibili disparità territoriali nella risposta ai bisogni di una fascia debole della popolazione.

La redazione del rapporto ha potuto beneficiare della collaborazione e del contributo di molte Direzioni Generali del Ministero della Salute stesso e di organizzazioni e istituzioni, che hanno fornito dati e informazioni utili alla corretta rappresentazione del livello di implementazione e di applicazione della legge.

## **Introduzione**

L'impegno del Ministero della salute, al fine di garantire il diritto dei cittadini a poter accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, così come sancito dall'art. 1 della Legge n. 38 del 15 marzo 2010, è stato durante l'anno 2011 puntuale e costante affrontando le criticità ancora irrisolte e proponendo specifiche soluzioni.

I quattro principi caratterizzanti la legge espressi nella prima edizione del Rapporto al Parlamento, che si ricordano essere unicità, innovazione, condivisione ed attuazione, continuano ad essere validi anche nella fase di realizzazione sul territorio dei dettami della legge stessa. Occasioni di confronto a livello internazionale confermano quanto le indicazioni fornite della legge 38/2010 per la loro completezza, puntualità ed esaustività rappresentano ancora un esempio legislativo unico nel panorama europeo. L'implementazione sul territorio, grazie alla stretta collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri rappresenta un fattore di profonda innovazione, capace di "avvicinare" l'offerta di servizi sanitari dedicati ai bisogni dei cittadini.

Per la stesura della relazione è stato chiesto il contributo dei principali attori, istituzionali e non, coinvolti nello sviluppo e nell'attuazione della legge 38 il cui apporto è risultato essere fondamentale nel descrivere le reti assistenziali sotto diverse prospettive. La sinergia che si è creata tra i diversi soggetti coinvolti nella stesura della presente relazione rappresenta lo stesso spirito che ha ispirato l'emanazione della legge, votata lo scorso anno con il consenso unanime del Parlamento.

## **1 La Commissione: la sua istituzione e il lavoro svolto**

### **1.1 I lavori della Commissione Nazionale**

L'attuazione dei principi contenuti nella legge 38 del 15 marzo 2010 ha visto la necessità di istituire presso il Ministero della Salute, una Commissione Nazionale costituita da professionisti esperti nelle tre aree tematiche: cure palliative, terapia del dolore e rete pediatrica.

La “Commissione Nazionale per l’attuazione dei principi contenuti nella Legge n. 38 del 15 marzo 2010 ” è stata definita con un apposito Decreto ministeriale del 13 maggio 2010. La necessità di creare uno specifico tavolo di lavoro nasce dall’esigenza di dare impulso ai dettami contenuti nella normativa e di approfondire, con i documenti tecnici previsti dalla legge, alcuni dei nodi fondamentali che potrebbero ostacolare la realizzazione di una rete di assistenza efficiente. La Commissione è costituita da 11 membri di comprovata esperienza e professionalità nei temi affrontati e rappresentativi del mondo scientifico, della medicina generale e delle associazioni che da anni lavorano attivamente accanto ai pazienti; inoltre, su designazione della Conferenza delle regioni e delle province autonome, sono stati designati quattro esperti regionali rispettivamente per le regioni: Abruzzo, Liguria, Sicilia e Veneto.

La composizione della Commissione evidenzia l’intenzione di una piena condivisione rispetto al percorso di definizione e sviluppo dell’assistenza nelle cure palliative e nella terapia del dolore, confermato sia dalla presenza di organizzazioni no profit che possono, attraverso la loro esperienza sul campo, offrire contributi e osservazioni di rilievo, sia per la presenza delle regioni che, nella diversità dei modelli assistenziali presenti sul territorio, rappresentano l’interlocutore privilegiato per una processo di equità e accesso alle cure su tutto il territorio nazionale, così come indicato dalla legge 38.

La Commissione nazionale per poter raggiungere la missione assegnatale, si è avvalsa della fattiva collaborazione di tre gruppi di lavoro rispettivamente dedicati al tema delle cure palliative, della terapia del dolore e del paziente pediatrico. I gruppi di lavoro formati da riconosciuti professionisti ognuno per le aree di competenza hanno discusso e elaborato i documenti tecnici che hanno trovato poi definitiva approvazione nella discussione plenaria.

La Commissione nazionale ha svolto il proprio compito con la finalità di rendere operativi alcune delle indicazioni dettate dalla normativa quali quelle previste all'articolo 3 nel quale si legge, nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni, che il Ministero della salute definisca le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore. Il documento, elaborato dal Ministero della Salute, è stato licenziato dalla Commissione, approvato dal Consiglio Superiore della Sanità e dal MEF per essere definitivamente accolto dalla Conferenza Stato-Regioni il 16 dicembre 2010.

Nel documento si prevede la creazione di specifiche strutture per il governo della rete assistenziale di cure palliative, della rete assistenziale di terapia del dolore e della rete specifica per i pazienti in età pediatrica, sia a livello regionale che a livello aziendale.

Tali strutture sono chiamate a realizzare nel proprio ambito quanto necessita per garantire ai cittadini questi livelli assistenziali assicurando, tra le altre cose, una eguale qualità su tutto il territorio nazionale delle prestazioni erogate, la formazione dei professionisti e un adeguato livello di comunicazione sui temi trattati.

L'emanazione delle *“Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”* ha così evidenziato la necessità, per un reale sviluppo assistenziale, della istituzione, mediante provvedimenti, regionali o aziendali, di una struttura specificatamente dedicata al coordinamento della rete.

### **1.2 Il documento sui requisiti minimi**

Successivamente all'approvazione delle linee guida il lavoro della Commissione nazionale è continuato nella elaborazione di successivi documenti sempre attuativi degli articoli della legge 38. In particolare, portando a compimento i principi contenuti nella normativa, e specificatamente per rendere operativi le indicazioni dell'articolo 5, il lavoro della Commissione, in sinergia con l'Ufficio XI della Direzione Generale della Programmazione sanitaria, deputato allo sviluppo e monitoraggio della legge 38/2010, ha reso possibile un ulteriore sviluppo nella puntuale definizione delle rete assistenziali.

L'articolo 5, comma 3, infatti prevede di definire, su proposta del Ministero della Salute, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province

autonome di Trento e Bolzano, mediante intesa, i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore domiciliari presenti in ciascuna regione.

Il documento tecnico *“Per la definizione dei requisiti e le modalità organizzative necessarie per lo sviluppo della rete di cure palliative, della rete di terapia del dolore e della rete pediatrica”*, attualmente in esame presso la Conferenza Stato-regioni, elimina ogni ambiguità riguardo agli elementi imprescindibili che devono appartenere alle strutture sia residenziali che domiciliari. Stabilire i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture e identificare gli standard strutturali qualitativi e quantitativi, sono le condizioni necessarie perché ogni assistito possa trovare sul territorio prestazioni omogenee e appropriate.

L'elaborazione del documento ha coinvolto i tre gruppi di lavoro formati da esperti rispettivamente nel campo delle cure palliative, terapia del dolore e rete pediatrica, per poter definire, in modo puntuale, gli elementi caratterizzanti le strutture, sia residenziali che domiciliari, appartenenti alle tre reti essenziali.

I riferimenti normativi a cui ispirarsi sono stati differenti, perché differente è lo stato dell'arte rispetto ai tre argomenti.

L'organizzazione della rete di cure palliative pur in presenza di riferimenti normativi precedenti tra cui il DPCM del 20 gennaio 2000 (*Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative*) ha richiesto la necessità di una ulteriore elaborazione per ridefinire in modo puntuale ed esaustivo le strutture di erogazione dell'assistenza ampliando le indicazioni fornite dal citato decreto, con riferimento alle dimensioni strutturali e di processo, alla pianta organica e alle figure professionali che possono operare nella rete di assistenza delle cure palliative.

La definizione della rete di terapia del dolore non ha potuto usufruire di riferimenti normativi precedenti che indicassero la direzione verso cui rivolgersi. Il progetto *“Ospedale senza dolore”* nato con l'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome in data 24 maggio 2001, pensato con l'intenzione di assicurare una rete efficiente di assistenza rivolto alla lotta al dolore, nonostante i 10 anni di vita, non ha prodotti i risultati sperati. Inoltre, nel documento è assente una chiara definizione delle strutture deputate alla cura del dolore, rendendo così difficoltoso il riconoscimento dei

requisiti necessari sia strutturali che organizzativi. Si è resa così necessaria la definizione puntuale dei requisiti che potessero identificare in modo univoco i diversi livelli assistenziali della rete di terapia del dolore (hub, spoke e aft).

I bisogni specifici che sono stati riconosciuti al paziente pediatrico, hanno richiesto, in passato, l'elaborazione di un accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in materia di cure palliative pediatriche in data 27 giugno 2007 e del documento tecnico, approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano il 20 marzo 2008. Questi due elaborati hanno rappresentato le fondamenta sopra le quali individuare le dimensioni strutturali e organizzative che, in modo appropriato, possano rispondere alle esigenze richieste da un minore malato e dalla sua famiglia, in un percorso dedicato e indipendente rispetto alla presa in carico del paziente adulto.

Il documento conclusivo, come già accennato oggetto di intesa, rappresenta così l'impegno sinergico degli esperti nelle tre tematiche, non solo come somma delle parti ma come risultato di un lavoro omogeneo e armonico. La puntuale definizione degli elementi imprescindibili delle tre reti assistenziali, è garanzia del reale e compiuto sviluppo sia nelle cure palliative sia nella lotta al dolore.

Il documento licenziato dalla Commissione nazionale individua nelle tre reti assistenziali le tipologie di strutture nelle quali esse si articolano a livello regionale, con una puntuale indicazioni sia per le strutture residenziali, ospedaliere e ambulatoriali sia per l'unità di cure domiciliari.

Nell'ambito delle cure palliative, la continuità delle cure presso il domicilio del paziente appare un elemento rilevante; il domicilio è il luogo spesso privilegiato dal malato e dalla sua famiglia ed una rete efficiente di prestazioni domiciliari può contenere non solo i costi gestionali ma evitare la congestione delle strutture residenziali. La continuità delle cure e la presenza sia di equipe di base che specialistiche sono le condizioni imprescindibili perché si possa ricevere assistenza anche presso la propria abitazione, soprattutto in percorsi così dolorosi affrontati da un paziente con prognosi infausta.

L'equità nell'accesso, la qualità e l'appropriatezza delle cure in modo omogeneo sul territorio nazionale, appare così garantita dalla individuazione degli elementi imprescindibili che devono appartenere alle tre reti di assistenza, pur nel diritto di ogni

malato ad un programma di cure personalizzato rispetto alle esigenze ed ai bisogni precipui del paziente e della sua famiglia.

### **1.3 Gli elementi imprescindibili della rete di cure palliativa, della rete di terapia del dolore e della rete rivolta al paziente in età pediatrica**

Il documento sui requisiti minimi, descritto precedentemente, ha il suo punto di forza nell'elenco, specifico per ciascuna sezione, degli elementi imprescindibile che devono soddisfare le reti assistenziali. Tali elementi dovranno essere validi prescindendo dalle politiche sanitarie attuate nelle singole regioni.

Si ritiene quindi importante evidenziarli per ciascuna delle tre reti elencandoli di seguito.

La puntuale definizione della “*rete locale di cure palliative*” come aggregazione funzionale ed integrata delle attività di cure palliative erogate nei diversi setting assistenziali, deve soddisfare contemporaneamente i seguenti requisiti:

- 1. Strutture organizzative di erogazione e coordinamento della Rete locale di Cure Palliative**
- 2. Cure Palliative per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età ed in ogni luogo di cura**
- 3. Operatività di équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2**
- 4. Unitarietà del percorso di cure domiciliari**
- 5. Continuità delle cure**
- 6. Formazione continua per gli operatori**
- 7. Programmi di supporto psicologico all'équipe**
- 8. Misurazione della Qualità di vita**
- 9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato**
- 10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari**
- 11. Programmi di supporto al lutto**
- 12. Dilemmi etici**
- 13. Programmi di informazione alla popolazione sulle cure palliative**
- 14. Programmi di valutazione della qualità delle cure.**

Per *rete di terapia del dolore* si intende una aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore erogate nei diversi setting assistenziali, che ha l'obiettivo di

migliorare la qualità di vita delle persone affette da dolore indipendentemente dalla sua eziopatogenesi, riducendone il grado di disabilità e favorendone la reintegrazione nel contesto sociale e lavorativo e che soddisfa contemporaneamente i seguenti requisiti:

- 1. *Struttura organizzativa regionale di coordinamento della Rete di Terapia del Dolore***
- 2. *Strutture di erogazione della Rete di Terapia del dolore***
- 3. *Tutela del cittadino ad accedere alla terapia del dolore***
- 4. *Continuità delle cure***
- 5. *Operatività di équipe multi professionali dedicate, ai sensi dell'Art. 5 Comma 2***
- 6. *Formazione continua per gli operatori***
- 7. *Misurazione della Qualità di vita***
- 8. *Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia della persona assistita***
- 9. *Programmi di informazione alla popolazione sulla terapia del dolore***
- 10. *Programmi di valutazione delle prestazioni e sistema informativo regionale***
- 11. *Sistema tariffario e Compensazioni interregionali***

La rete di terapia del dolore e cure palliative per il paziente pediatrico è definita come l'aggregazione funzionale ed integrata delle attività di terapia del dolore e cure palliative rivolte al minore, erogate nei diversi setting assistenziali, in un ambito territoriale ed ospedaliero definito a livello regionale, che contemporaneamente soddisfa i seguenti requisiti:

- 1. *Tutela del minore nel diritto al controllo del dolore e alle CP indipendentemente da età, patologia e luogo di residenza***
- 2. *Disponibilità del Centro specialistico di riferimento regionale di terapia del dolore e cure palliative pediatriche***
- 3. *Disponibilità di risposte residenziali - Hospice pediatrico***
- 4. *Disponibilità di strutture /servizi/competenze di terapia del dolore e CP rivolte al paziente pediatrico***
- 5. *Raccordo con i Servizi sociali ed educativi***
- 6. *Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità del bambino***
- 7. *Continuità delle cure ed unicità di riferimento***

8. *Operatività di équipe multi professionali dedicate al paziente pediatrico*
9. *Formazione continua e sul caso per gli operatori*
10. *Misurazione della Qualità di vita*
11. *Comunicazione alla famiglia ed al bambino*
12. *Supporto alla famiglia*
13. *Programmi di supporto al lutto*
14. *Programmi di supporto psicologico all'équipe*
15. *Dilemmi etici*
16. *Programmi di informazione*
17. *Programmi di valutazione della qualità delle cure*

La presenza contemporanea di tutte le dimensioni strutturali e di processo caratterizzanti le tre reti assistenziali, individuate con precisione dal documento tecnico, permetteranno uno sviluppo scevro da ambiguità e di tutela nei confronti del malato e della famiglia che avranno la possibilità di una presa in carico e di una assistenza omogenea sul territorio nazionale.

## **2 La Comunicazione**

### **2.1 La comunicazione: utilizzo del finanziamento previsto per l'anno 2010 e la programmazione per l'anno 2011**

Come noto, l' art. 4, comma 1, della legge 38 prevede che il Ministero della Salute, d'intesa con le regioni e le province autonome, promuova, nel triennio 2010-2012, la realizzazione di campagne di comunicazione destinate a informare e diffondere *“nell'opinione pubblica la consapevolezza della rilevanza delle cure palliative e della terapia del dolore, al fine di promuovere la cultura della lotta contro il dolore e il superamento del pregiudizio relativo all'utilizzazione dei farmaci per il trattamento del dolore, illustrandone il fondamentale contributo alla tutela della dignità della persona umana e al supporto per i malati e per i loro familiari”*, il comma 3 autorizza, per ciascuno degli anni 2011 e 2012, lo stanziamento di somme finalizzate a realizzare campagne istituzionali di comunicazione destinate a informare i cittadini sulle modalità e

sui criteri di accesso alle prestazioni e ai programmi di assistenza in materia di cure palliative e di terapia del dolore rivolte al paziente adulto e in età pediatrica.

In attuazione alla normativa e a seguito di un'istruttoria tecnica svolta dalla Direzione Generale della Programmazione sanitaria, tesa ad individuare gli enti interlocutori, la Direzione generale della Comunicazione e delle Relazioni istituzionali, per il primo anno, ha iniziato la campagna di comunicazione con un progetto pilota sulle cure pediatriche in due regioni.

L'Ufficio IV della direzione ha pertanto proceduto alla stipula di due accordi di collaborazione con la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e con la Regione Basilicata in quanto Enti territoriali rappresentativi della rete integrata nazionale di cure palliative pediatriche rivolte a bambini con malattia inguaribile e alle loro famiglie. Con le due Regioni è stata pertanto avviata, con le dotazioni finanziaria fissata per l'anno 2010 pari ad euro 50.000, la prima campagna di comunicazione di cui all'art. 4 comma 1 della legge 38/2010.

L'iniziativa in Friuli Venezia Giulia, svolta in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus, si è concretizzata il 21 aprile scorso a Palmanova (Udine) con una giornata di approfondimento - dal titolo *“La comunicazione: un tassello importante del prendersi cura. La terapia del dolore e le cure palliative pediatriche tra formazione e organizzazione”* – ed un meeting di formazione rivolto agli operatori per contribuire alla formazione del personale medico e sanitario.

L'evento mirava anche a sensibilizzare l'opinione pubblica in vista dell'approvazione, da parte della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia, di una delibera sui servizi di terapia del dolore e cure palliative.

La giornata in Basilicata, svoltasi anche qui in collaborazione con la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus, è stata programmata il 23 maggio, a Potenza con lo stesso modulo di Palmanova: un convegno cioè aperto al pubblico ed un meeting tecnico di formazione per operatori.

Successivamente a questi due eventi, la Direzione della Comunicazione ha elaborato un progetto di fattibilità al fine di pianificare ulteriori campagne di informazione e comunicazione sulla cultura dell'informazione nelle cure palliative e terapia del dolore rivolte a tutte le regioni.

A tal fine è stata pianificata la convocazione di un tavolo di concertazione tra la Direzione Generale della Comunicazione e delle Relazioni Istituzionali, i rappresentanti delle

Regioni (individuati dalla Commissione salute presso la conferenza Stato/Regioni) ed il Direttore dell'Ufficio XI della Direzione Generale della Programmazione sanitaria, ufficio deputato al monitoraggio sullo stato di attuazione delle reti assistenziali di cure palliative e di terapia del dolore, nonché Segretario della Commissione nazionale per l'attuazione della Legge 38/2010, al fine di:

1. condividere un metodo - assegnazione dei fondi ad una regione capofila - e il progetto di fattibilità, nonché approvarli;
2. individuare la regione capofila alla quale assegnare in convenzione le dotazioni disponibili sull'anno finanziario 2011, vincolandone l'utilizzo alla realizzazione della campagna informativa così come condivisa al tavolo con gli enti territoriali e i soggetti invitati.

In tal modo sarà possibile individuare le linee programmatiche, attraverso una totale condivisione con le Regioni, sulle tematiche della comunicazione in modo da permettere il massimo livello di conoscenza e diffusione dei dettami della legge.

## **2.2 La collaborazione con l'Agenas per una campagna informativa sul tema del dolore**

L'attenzione che il legislatore ha deciso di dedicare al tema della comunicazione, appare un obiettivo strategico nel superamento del pregiudizio, sia all'utilizzo dei farmaci per il trattamento del dolore, sia alla necessità di affrontare il tema dolore da una diversa prospettiva.

In questo ambito, si è sottoscritto tra il Ministero della Salute e l'Agenas – Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, un accordo di collaborazione per la realizzazione di una campagna informativa nazionale per la diffusione di un nuovo pensiero nei confronti della lotta al dolore, come prosecuzione del progetto "*Ospedale senza dolore*".

La campagna informativa è stata sviluppata in due direzioni entrambe necessarie per un cambiamento radicale nella definizione del concetto dolore, convogliando il messaggio ai professionisti che operano nella rete di assistenza e ai cittadini .

Nell'ambito della campagna di comunicazione, il Ministero della Salute ha elaborato i contenuti scientifici di due manuali di facile e rapida consultazione dal titolo "*Il dolore cronico in medicina generale*" e "*Il dolore nel bambino*", stampati e distribuiti a cura

dell'Agendas, il primo rivolto ai medici di medicina generale e il secondo ai pediatri di libera scelta.

La necessità di coinvolgere nel processo comunicativo le figure professionali che in maggior misura si trovano a doversi confrontare ogni giorno con il tema dolore e con le possibili sue soluzioni, è stata la motivazione che ha spinto il Ministero della Salute alla stesura di due manuali agili ma non per questo privi di contenuti, che possono rappresentare la base ideale per una formazione dedicata al tema della lotta al dolore. Sensibilizzare sia i medici di medicina generale che i pediatri di libera scelta è un percorso obbligato in quanto è con questi professionisti che il paziente affetto da dolore cronico stabilisce un rapporto fiduciario che permette loro di essere identificati come gli interlocutori privilegiati nell'offrire risposte adeguate.

Il tema della lotta al dolore non può coinvolgere solo gli operatori del settore ma deve essere condiviso con i cittadini i quali, solo grazie ad una corretta informazione, possono venire a conoscenza di strutture e figure professionali dedicate alla cura del dolore. Da questa esigenza è nato un accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari regionali, per la realizzazione di una campagna informativa. L'accordo ha previsto l'indizione di quattro concorsi di idee – rivolti ai giovani fino ai trenta anni di età – aventi tutti come finalità la promozione di una cultura della lotta al dolore per la tutela di una qualità di vita rivolta la paziente affetto da dolore cronico.

Sono stati banditi quattro concorsi di idee rispettivamente volti alla ideazione di uno slogan, un logo, un poster e una sceneggiatura, quest'ultima finalizzata alla realizzazione di un video, tutti strumenti utili nel veicolare un messaggio di un nuovo approccio al tema del dolore.

I concorsi hanno avuto un riscontro molto positivo, e dopo una accurata valutazione di tutti i lavori pervenuti, il giorno 29 marzo 2011 la Commissione di gara ha proclamato, in seduta pubblica, i quattro vincitori. La premiazione, è poi avvenuta, all'interno della conferenza stampa annuale, il giorno 25 maggio 2011, per la presentazione della Giornata del Sollievo, organizzata dalla Fondazione Gigi Ghirotti alla presenza del Ministro della Salute.

Il risultato è una campagna informativa che si sviluppa su diversi canale comunicativi: un poster in cui è rappresentato un muro di graffiti con la scritta dolore in diverse lingue del mondo ed uno strappo che consente di nuovo di vedere il cielo; un logo rappresentato da