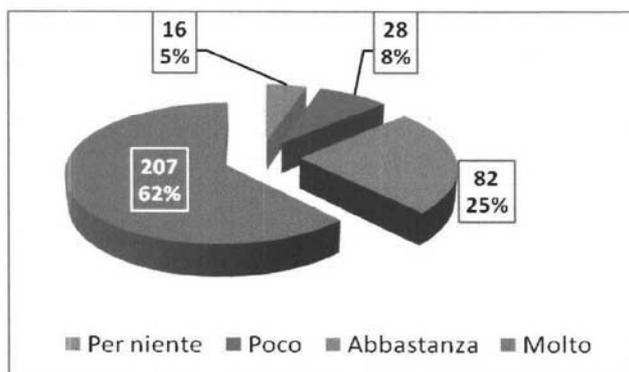


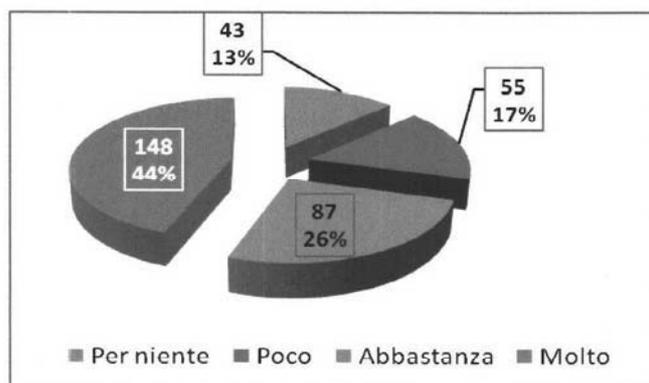
all'utilizzo degli oppiacei per il controllo del dolore, che registra oggi una crescita dell'8%.

I successivi quesiti,

***“È importante che i familiari siano sempre coinvolti nelle scelte di cura”***



***“È importante che il malato, se lo desidera, sia coinvolto nelle scelte di cura”***



indicano quanto sia rilevante tra i familiari il valore del principio di autodeterminazione del paziente che passa attraverso una corretta ed esaustiva informazione e un sempre maggiore coinvolgimento del malato nelle scelte di cura.

Legati indirettamente fra loro sono anche gli enunciati ***“Con l’aggravarsi della malattia:***

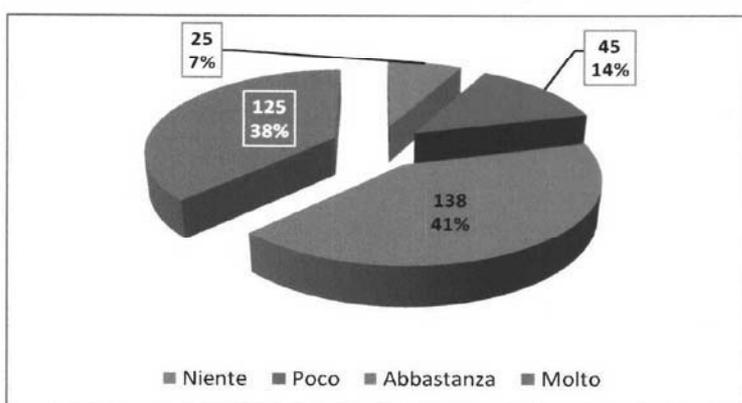
- a. *la comunicazione all'interno della famiglia è più difficile*
- b. *le relazioni sociali/amicali si sono ridotte*
- c. *ho sentito il bisogno di essere maggiormente ascoltato”.*

Al punto (a) il 51% (30% abbastanza, 21% molto) comunica una maggiore difficoltà nelle relazioni famigliari in un momento così difficile e delicato.

Così come l'81% (46% molto, 35% abbastanza) degli intervistati ammette che quando si assiste un malato in fase terminale cresce il bisogno di essere ascoltati.

È degno di attenzione anche il 62% (32% abbastanza, 30% molto) di coloro che non nascondono che la malattia ha ridotto le loro relazioni sociali. I familiari sono dunque consapevoli che quando c'è un malato inguaribile tali relazioni sono più difficili. In quest'ottica il volontario assume un ruolo chiave di condivisione e ascolto.

Al quesito **“La cura e l'assistenza del malato comportano un costo economico significativo”** le risposte sono state le seguenti: 41% abbastanza, 38% molto, 14% poco, 8% per niente. Per il 79% degli intervistati, quindi, il fattore economico è quanto mai significativo.



L'enunciato **“Sarebbe importante poter contare sempre (24 ore su 24, 7 giorni su 7) sulla disponibilità dell'équipe”** ha dato una risposta netta, Lo reputano importante il 98% (abbastanza 21% e molto 77%).

Da segnalare il dato interessante rilevato dai volontari. Alla domanda **“Con quale frequenza incontri nella famiglia il bisogno di essere accompagnato nel percorso di fine vita attraverso un sostegno psicologico e/o relazionale?”** hanno risposto: talvolta il 40%, spesso il 32%, raramente il 17% e mai l’11%. Il 72% delle famiglie, dunque, avverte questo bisogno.

### **7.3 Vivere senza Dolore**

Nell’ambito delle iniziative atte a diffondere la conoscenza nella cittadinanza della Legge 38/2010 e a creare una cultura della lotta al dolore inutile l’Associazione pazienti **“Vivere senza dolore”** nel 2011 ha sviluppato la campagna itinerante **“Cu.P.i.Do. (Cura Previene Il Dolore)”**, nata con l’obiettivo di informare e sensibilizzare la popolazione sul tema della sofferenza inutile, ponendo in contatto diretto i cittadini con i clinici che operano sul territorio.

Tale iniziativa si è sviluppata con il patrocinio del Ministero della Salute e ha previsto delle tappe in 13 città italiane nelle quali sono stati sviluppati momenti di incontro e dibattito tra Istituzioni, comunità medica, media e associazioni di cittadini, chiamati a confrontarsi sul dolore cronico, alla luce dei punti di forza e delle problematiche delle diverse realtà regionali.

Durante i colloqui intercorsi tra i cittadini che hanno partecipato all’iniziativa e gli specialisti presenti sono state poste ai cittadini alcune semplici domande sulle tematiche relative alla patologia dolorosa e alle risposte assistenziali ricevute.

Il primo quesito (fig. 1) conferma che il dolore cronico interessa una fascia consistente di popolazione e la percentuale rilevata rappresenta un dato in linea con quelli presenti in letteratura.

I cittadini intervistati affermano che nel 80% dei casi il loro dolore viene trattato dal punto di vista farmacologico ma con un uso prevalente di FANS rispetto ad altre categorie di farmaci (fig 2).

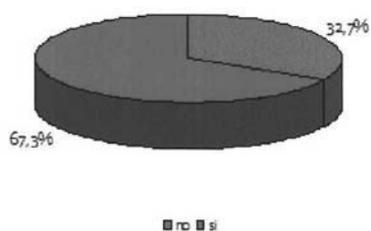
Le prescrizioni dei farmaci vengono effettuate prevalentemente dal medico di medicina generale o da uno specialista diverso dal terapeuta del dolore; il paziente sofferente di dolore cronico si rivolge ad uno specialista del dolore solo nel 5,8% dei casi (fig. 3).

Ultimo elemento di indagine è la conoscenza da parte della popolazione della Legge 38/2010. Un dato così largamente negativo sottolinea come le azioni informative fin qui prodotte non hanno portato ad un risultato sufficientemente accettabile (fig. 4).

Solamente un maggiore impegno nel diffondere la conoscenza della legge tra i cittadini è a garanzia della nascita di un diverso approccio al tema del dolore.

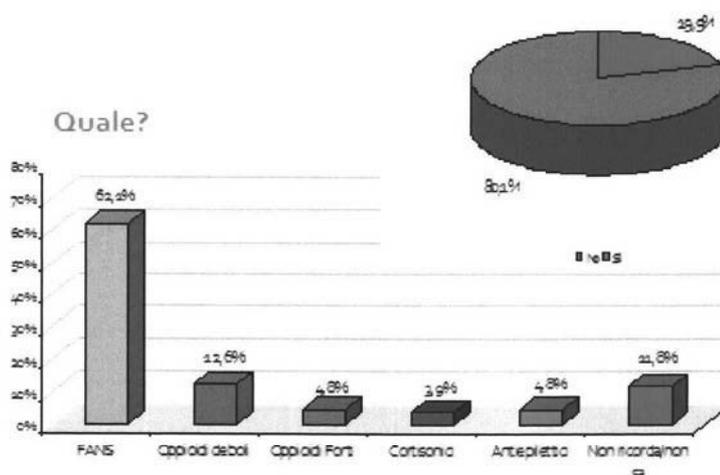
**Fig. 3 - Percentuale di pazienti che dichiara di soffrire di dolore cronico**

Soffre di dolore cronico?



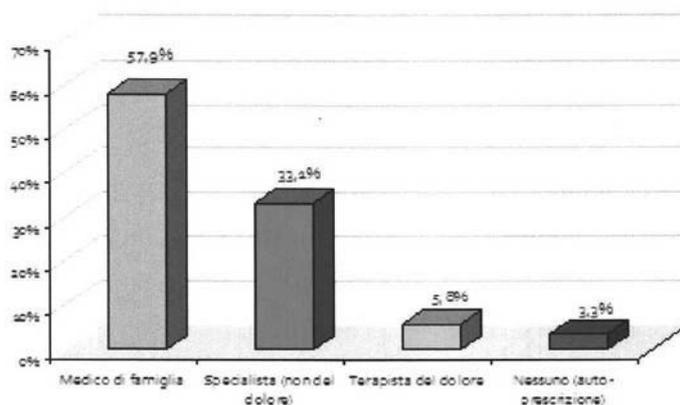
**Fig. 4 – Percentuale di pazienti trattati farmacologicamente e tipo trattamento**

Ha un trattamento per il dolore?

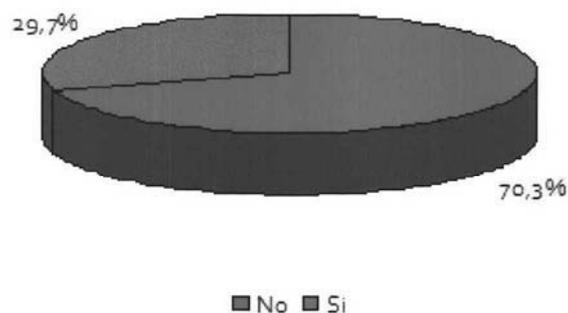


**Fig. 5 – Distribuzione dei prescrittori**

Chi le ha prescritto inizialmente la cura per il suo dolore?

**Fig. 6 – Livello di conoscenza della Legge 38/2010 dei cittadini**

E' a conoscenza della Legge 38 sulle Cure Palliative e Terapie del dolore ?



#### 7.4 Cittadinanzattiva

Cittadinanzattiva ha una tradizione ed un'esperienza di oltre 30 anni nella tutela dei diritti dei cittadini in ambito sanitario, partita con il Tribunale per i diritti del malato (1980) e rafforzata poi con il Coordinamento nazionale Associazioni Malati Cronici (1996). Negli ultimi 15 anni ha intensificato i propri contributi nell'affermazione e protezione dei diritti dei cittadini contro il dolore inutile attraverso i seguenti assi strategici:

- **Tutela delle violazioni dei diritti per i singoli cittadini**, attraverso il servizio gratuito di consulenza, informazione e assistenza erogato da circa 300 realtà locali Tdm presenti sul territorio.
- **Raccolta e diffusione di Buone pratiche**: 10 edizioni del “Premio Andrea Alesini” sull'umanizzazione delle cure; “Premio Nazionale "Nottola-Mario Luzi" dedicato al "Dolore non necessario" che si svolge sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica con cadenza biennale.
- **Promozione di campagne di sensibilizzazione** ed informazione rivolte alla cittadinanza
- **Azioni finalizzate a promuovere il cambiamento culturale**, attraverso tavoli di lavoro con professionisti sanitari, aziende sanitarie, rappresentanti istituzionali; convegni nazionali sul dolore (5 convegni realizzati ad oggi, con cadenza annuale; carta della qualità in chirurgia e carta della qualità in medicina interna; realizzazione della “Carta sui diritti contro il dolore inutile”).
- Attività di **interlocuzione istituzionale**, finalizzata a rafforzare la tutela dei diritti (es. raccomandazione civica sul dolore cronico non oncologico 2008, battaglia per l'abolizione del ricettario speciale per la prescrizione dei farmaci oppioidi, diffusione degli hospice, ospedale senza dolore).
- Produzione di **informazione civica**. Si tratta di una informazione prodotta direttamente dai cittadini, “sulla base del loro punto di vista, a partire da dati raccolti direttamente o indirettamente e orientata alla trasformazione della realtà

*nella direzione di un aumento della effettiva tutela dei diritti dei cittadini e di una realizzazione delle condizioni a ciò connesse”* attraverso la realizzazione di monitoraggi, indagini, audit civico.

Prima di passare allo scenario italiano, viene esaminato cosa emerge dal recente audit civico condotto dalla rete europea di Cittadinanzattiva, Active Citizenship Network in 20 Paesi dell'UE, in merito al rispetto dei diritti della Carta Europea dei diritti del malato.

Right	Assessment	Mean score
7. RIGHT TO RESPECT OF PATIENTS' TIME	NOT RESPECTED	41
5. RIGHT TO FREE CHOICE	NOT RESPECTED	43
2. RIGHT TO ACCESS – care	NOT RESPECTED	46
3. RIGHT TO INFORMATION	HARDLY RESPECTED	54
15. RIGHT TO ACTIVE CITIZENSHIP	HARDLY RESPECTED	54
11. RIGHT TO AVOID UNNECESSARY SUFFERING AND AVOIDING PAIN	HARDLY RESPECTED	58
9. RIGHT TO SAFETY	HARDLY RESPECTED	60
8. RIGHT TO THE OBSERVANCE OF QUALITY STANDARDS	PARTLY RESPECTED	61
10. RIGHT TO INNOVATION	PARTLY RESPECTED	63
4. RIGHT TO CONSENT	PARTLY RESPECTED	64
14. RIGHT TO COMPENSATION	PARTLY RESPECTED	64
13. RIGHT TO COMPLAIN	PARTLY RESPECTED	66
12. RIGHT TO PERSONALIZED TREATMENT	ALMOST RESPECTED	74
1. RIGHT TO PREVENTIVE MEASURES	ALMOST RESPECTED	75
6. RIGHT TO PRIVACY AND CONFIDENTIALITY	ALMOST RESPECTED	77
2. RIGHT TO ACCESS - physical	ALMOST RESPECTED	84
TOTALS - MEAN VALUES		
	PARTLY RESPECTED	62

**Tab 2 – Rispetto dei diritti espresso dalla Carta Europea - Fonte: Active Citizenship Network, "The EU Charter of Patients Rights: a civic assessment", 2011**

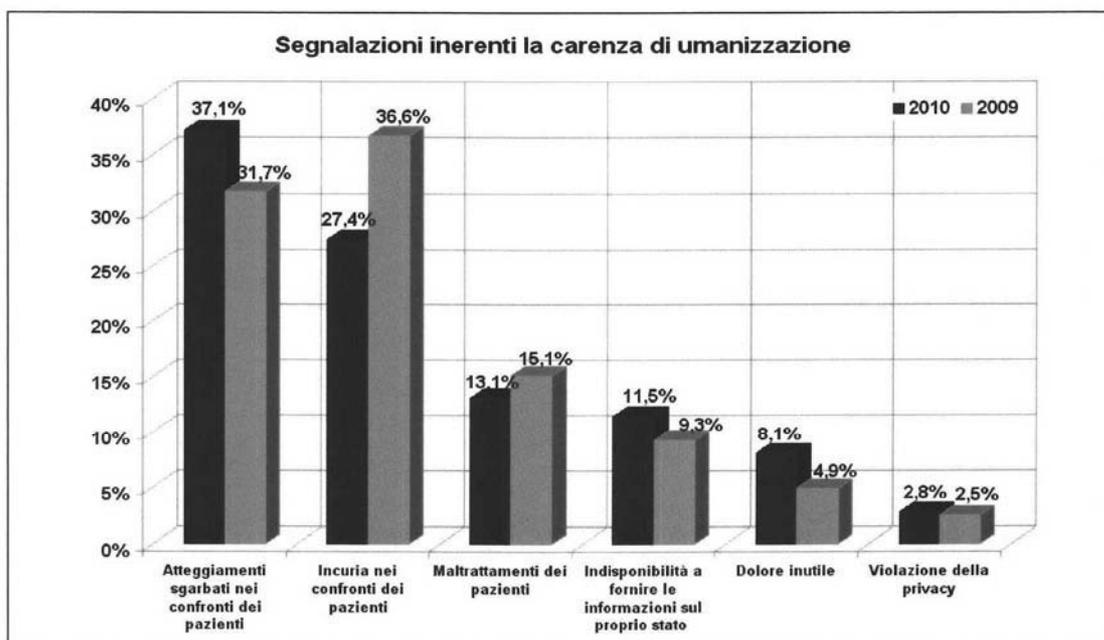
Emerge chiaramente che nel contesto europeo, in generale, questo risulta essere tra i diritti che stentano ad essere rispettati, e sui quali è richiesto un impegno diffuso agli Stati

Membri per garantire qualità delle cure e attenzione alla dignità della persona in tutte le fasi della malattia.

L'Italia, dal punto di vista della legislazione, è tra i Paesi che si pongono all'avanguardia nelle garanzie non solo per le persone che sono affette da dolore a causa della malattia, ma anche per i familiari (aspetto questo che sembra particolarmente rilevante nell'umanizzazione dei percorsi e delle cure).

Il recente rapporto PiT Salute mostra un aumento delle segnalazioni nel 2010 rispetto al 2009 in merito al controllo e alla cura del dolore, con un incremento di più di 3 punti percentuali nell'ultimo anno.

Si tratta di un aspetto, questo, legato fortemente all'umanizzazione delle cure, che riguarda in particolare le persone che sono alla ricerca di centri specializzati, hanno bisogno di farmaci o che hanno bisogno di cure in fase di patologia oncologica avanzata.



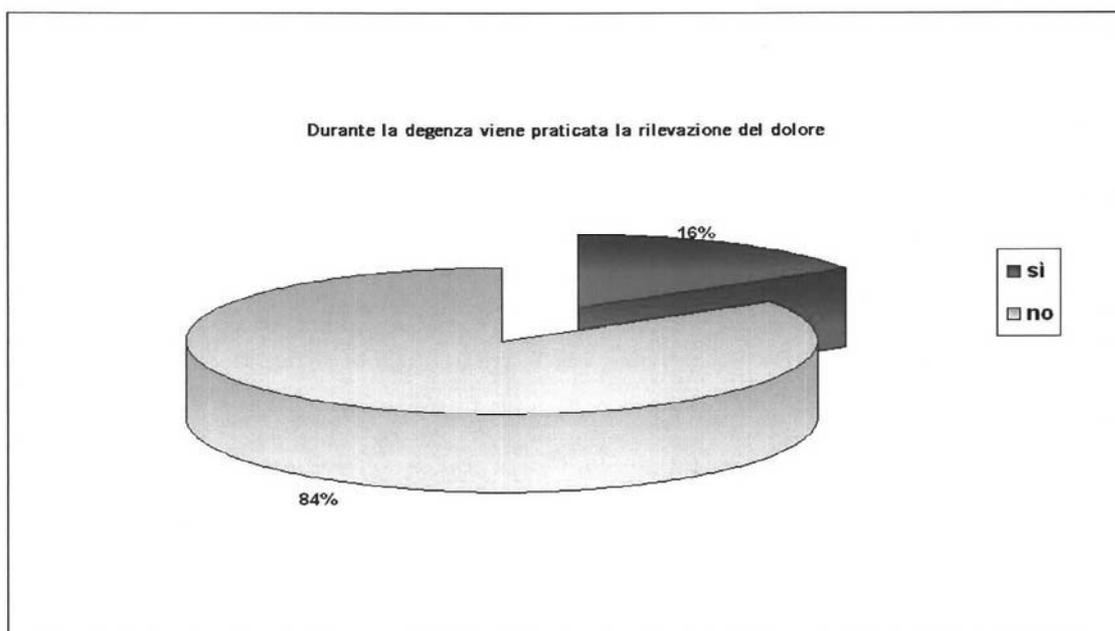
**Fig. 7 – Carenza di umanizzazione - Fonte: Diritti al taglio – 14° Rapporto PiT Salute, Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato**

Si legge nel Rapporto, che “Ancora sul tema del dolore, è opportuno precisare come nella attuale situazione di disagio abbia un peso fondamentale la pressoché totale disattenzione istituzionale ad una recente norma in materia, la legge n. 38 del 15/03/2010”.

L'interpretazione delle segnalazioni può avere in sé anche una connotazione “positiva”: aumenta una consapevolezza da parte dei cittadini che la riduzione e la cura del dolore è

parte del percorso di cura ed è un diritto che professionisti e organizzazioni sanitarie devono impegnarsi a garantire; la violazione quindi diventa più evidente e intollerabile quando ciò non avviene e, pertanto, oggetto di segnalazione.

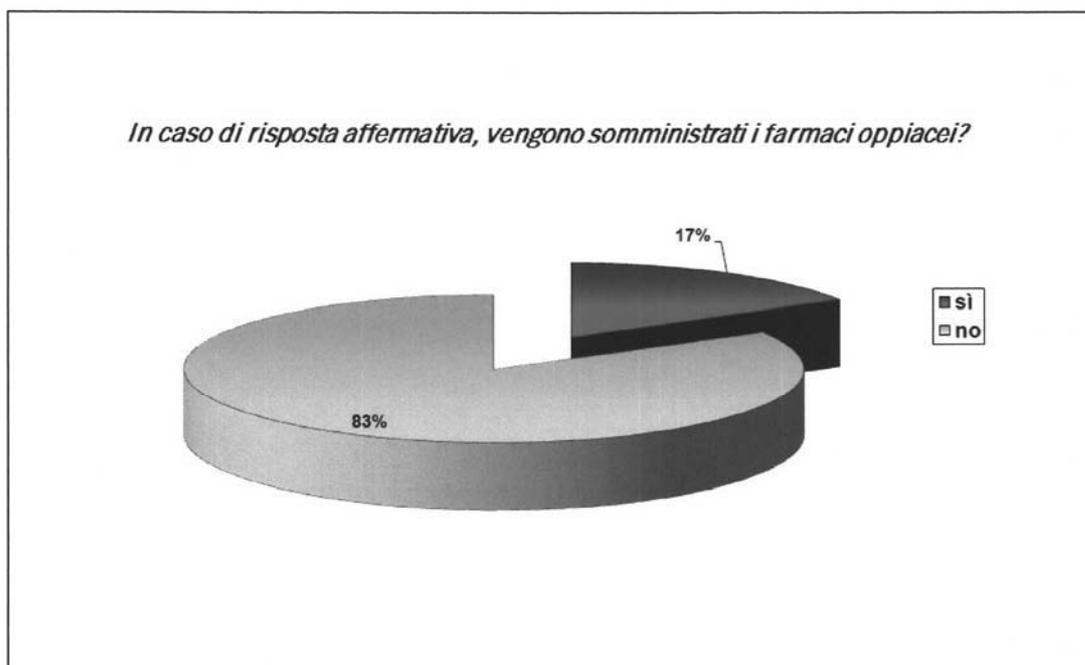
Un altro pilastro della legge 38/2010 è costituita dall'attenzione al dolore in età pediatrica; proprio rispetto ai bambini ed al controllo del dolore, il Rapporto dedicato all'analisi dell'assistenza per i piccoli che sono affetti da patologia cronica e rara offre informazioni interessanti.



**Fig. 8 – Misurazione del dolore - Fonte: “Minori: diritti rari, costi cronici” – X Rapporto sulle malattie croniche e rare: l’età pediatrica, Cittadinanzattiva, 2011**

Risulta particolarmente preoccupante la mancanza di rilevazione del dolore per i bambini in occasione di un ricovero; lo segnala come “mancanza” e campanello d’allarme l’84% delle Associazioni coinvolte nell’indagine. Solo per il 16% viene praticato questo tipo di rilevazione: questo dato non è accettabile se consideriamo le condizioni di fragilità particolari che vivono i bambini e le difficoltà che hanno ad esprimersi a riguardo.

Il dato che segue, mostrato dal grafico sottostante, è una diretta conseguenza della disattenzione alla misurazione del dolore al pari degli altri parametri vitali; la somministrazione degli oppiacei avviene nel 17% dei casi.



**Fig. 9 – Uso dei farmaci oppiacei - Fonte: “Minori: diritti rari, costi cronici” – X Rapporto sulle malattie croniche e rare: l’età pediatrica, Cittadinanzattiva, 2011**

Nello stesso Rapporto, inoltre, si legge che, tra le difficoltà che i bambini e le famiglie incontrano nell’Assistenza Domiciliare Integrata, oltre alle ore di assistenza insufficienti, uno degli aspetti critici è legato alla rilevazione del dolore (6,3%).

Un altro elemento utile a conoscere lo stato dell’arte della legge 38/2010 è comprendere quale fosse il contesto assistenziale prima dell’entrata in vigore della legge; rispetto all’attenzione al dolore cronico non oncologico e le difficoltà che incontravano le persone che erano alla ricerca di una cura per limitare gli effetti sulla propria vita personale e sociale a causa del dolore.

L’indagine di Cittadinanzattiva condotta intervistando pazienti in cura presso centri di terapia del dolore nel 2009 e presentata nel 2010, ha evidenziato che nel 37% dei casi la visita presso il medico di famiglia è durata meno di cinque minuti e che più della metà delle persone affette da patologia cronica, coinvolte nell’indagine, dichiarò di non sentirsi sufficientemente ascoltata dal medico di famiglia. Dalla stessa indagine è, inoltre, emerso come i cittadini non siano al corrente dell’esistenza di centri per la terapia del dolore.

Il 75% degli intervistati dichiarò che prima di essere indirizzato presso il centro non ne conosceva l’esistenza.

L'informazione rispetto all'esistenza di centri specializzati nella cura del dolore è a macchia di leopardo anche per i medici di famiglia che dichiarano nel 53% dei casi che non esiste nella loro ASL un sistema di informazioni sull'offerta di servizi per la cura del dolore.

Sul fronte dei centri di trattamento del dolore, sono ancora molti gli aspetti da migliorare, ma molte cose positive sono state fatte. I tempi per la presa in carico sono brevi o quantomeno accettabili. Nell'88,8% dei casi i pazienti in cura presso i centri dichiarano che i tempi per la presa in carico sono di giorni o settimane. Anche l'impressione dei pazienti rispetto ai professionisti operanti nel centro è positiva. Il 94% dichiara che il medico presta ascolto. Inoltre l'85,6% dei pazienti valuta positivamente la gestione del dolore nel centro dove sono in cura. A fronte di questi aspetti positivi se ne sono registrati altri sui quali bisognerebbe intervenire. Nel 77% dei casi il paziente dichiara di non usufruire di supporto psicologico. L'80% dei pazienti in cura presso il centro non è mai stato coinvolto in attività di verifica e/o rilevazione della qualità dell'assistenza.

Le linee guida per la realizzazione di "Ospedale senza dolore", che risalgono al 2001, prevedono, tra le altre cose, anche la registrazione dell'intensità del dolore nella cartella clinica: Cittadinanzattiva, ha ritenuto opportuno andare a verificare, attraverso l'attività dell'Osservatorio civico sul federalismo in sanità cosa abbiano fatto le Regioni per implementarle.

Dati raccolti dal ministero della Salute mostrano un quadro eterogeneo rispetto alla registrazione del dolore nella cartella clinica; si registra prevalentemente nelle unità operative di chirurgia e con differenze regionali notevoli: Valle d'Aosta, Veneto e Friuli Venezia Giulia registrano in tutte le strutture ospedaliere e in tutte le unità operative; registrano il dolore nella sola totalità dei reparti chirurgici Piemonte, PA Trento ed Emilia Romagna.

In base alla rilevazione condotta dai segretari regionali di Cittadinanzattiva, tra le Regioni che hanno adottato un sistema di monitoraggio della registrazione in cartella clinica del dolore vi sono:

<b>Regione</b>	<b>Adozione sistema monitoraggio registrazione in Cartella Clinica</b>
Basilicata	il sistema non è stato implementato e attivato
Lombardia	si sta procedendo al monitoraggio dell'effettiva applicazione dell'articolo 7 della legge 38/2001 "Obbligo di riportare il dolore all'interno della cartella clinica" ed introducendo opportuni strumenti proattivi e correttivi
Toscana	viene effettuato un monitoraggio della registrazione del dolore in cartella clinica attraverso indagini retrospettive sulle cartelle cliniche e le SDO dei pazienti ricoverati in regime di ricovero ordinario presso alcuni ospedali e reparti selezionati
Calabria e Sardegna	si riscontrano esperienze di monitoraggio di registrazione del dolore, ma non estese a tutta la regione, per lo più si limitano ad alcune UO. La Sardegna ha adottato una scheda per la rilevazione e trattamento del dolore nelle divisioni oncologiche sia mediche che chirurgiche.
Abruzzo	ha attivato un sistema di monitoraggio del dolore per l'ADI, è in corso di definizione una proposta di deliberazione regionale sul tema della cartella clinica ospedaliera
Lazio e la Liguria	risultano non aver attivato alcuna forma di monitoraggio regionale
Provincia Autonoma di Trento	che da alcuni anni ha adottato la rilevazione del dolore "Riconoscere, valutare e trattare il dolore: il modello di eccellenza Joint Commission International – Coordinamento ospedali senza dolore".
Sicilia	la Regione, attraverso il programma di sviluppo della rete di terapia del dolore ha definito gli indirizzi organizzativi ed operativi, prevedendo l'obbligatorietà della rilevazione del dolore e relativo monitoraggio della registrazione del dolore in cartella clinica
Marche	è previsto un sistema di monitoraggio ed è in fase di sperimentazione
Emilia Romagna	sono stati assegnati alle aziende indicatori di verifica della corretta tenuta della documentazione sanitaria. Nel 2011 sarà eseguito un audit sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria che prevede anche l'ambito del controllo del dolore

**Tab. 3 – Rilevazione degli strumenti regionali per la misurazione del dolore - Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, Rapporto 2011, Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato.**

## **7.5 Fondazione Gigi Ghirotti**

Accanto alla diffusione di strutture, competenze sanitarie ed erogazione di servizi di Cure palliative e di Terapia del dolore è fondamentale che ci sia un'accettazione, conoscenza e legittimazione sociale e culturale per queste cure e terapie. Le iniziative di sensibilizzazione, educazione e informazione sono a tale riguardo fondamentali e tanto più efficaci quanto più il cittadino sia coinvolto attivamente e direttamente. Un filone di iniziative è quello che segue la logica della propositività. Cioè enfatizzare e proporre affermativamente il sollievo più che la lotta al dolore, alla sofferenza, in particolare “in favore di tutti coloro che stanno ultimando il loro percorso vitale, non potendo più giovare di cure destinate alla guarigione” (Direttiva del P.C.M. 24 maggio 2001 - Indizione della “Giornata nazionale del sollievo”).

È questa la logica, la filosofia e la strategia operativa alla base della Giornata nazionale del sollievo, istituita nel 2001 (e celebrata per la prima volta nel 2002) e promossa dal Ministero della Salute, dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti.

La propositività del messaggio e il coinvolgimento dei cittadini caratterizza le manifestazioni e le iniziative che tutti gli anni si diffondono (in tutte le regioni, ma anche per molti giorni e settimane) a partire dall'ultima domenica di maggio, che è il giorno fissato per questa ricorrenza.

Nel 2011 sono state oltre 120 le iniziative in ambito sanitario pubblico e del mondo del privato sociale e del volontariato segnalate ai promotori della Giornata: incontri del personale sanitario e dei volontari con cittadini e con persone malate, diffusione materiale di sensibilizzazione ai bisogni e problemi della persona sofferente, convegni, gazebo e punti di incontro e informazione allestiti in piazze, visite gratuite ambulatoriali con accesso diretto, spettacoli su tematiche relative al sollievo, concorsi che hanno visto il coinvolgimento di alunni e di studenti di scuole di ogni ordine e grado nella rappresentazione grafica, testuale, multimediale del sollievo.

Un'iniziativa a livello nazionale attuata dai tre enti promotori della Giornata, con la collaborazione delle ASL, del personale delle aziende ospedaliere e di volontari, è la distribuzione della “Scheda del sollievo” a tutte le persone ricoverate in ospedali pubblici. La prima pagina della scheda informa il paziente ricoverato sulla ricorrenza della “Giornata del sollievo” e sul diritto sancito dalla legge 38/2010 all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Le pagine successive chiedono al paziente di

rispondere in modo anonimo a domande riguardanti i bisogni, il livello di sofferenza, la cura e la misurazione del dolore durante la degenza in reparto. Ricordiamo per inciso che l'art. 7 della legge 38/2010 sancisce l'obbligo di misurare il dolore e di riportare il valore rilevato in cartella clinica. Un obbligo ancora non diffusamente rispettato, come segnalato dal presidente della Fondazione Gigi Ghirotti durante la conferenza stampa di presentazione della Giornata del Sollievo 2011 e confermato da una recente indagine dei NAS che ha evidenziato un grado di recepimento della norma particolarmente difforme: al nord si registra una percentuale elevata (97%) delle strutture, nel centro la percentuale scende al 80%, fino alla brusca diminuzione che si registra al sud con un valore del 58%. L'esigenza di informare e sensibilizzare (che coinvolge indirettamente anche tutti coloro che aiutano e sono vicini alla persona malata durante la compilazione della scheda), è affiancato dall'obiettivo di stimolare la persona ad esprimere ciò di cui ha bisogno per provare sollievo, per valutare la propria sofferenza e per aspettarsi attenzione, cura e trattamento in presenza di dolore. Ottenere informazioni e dati relativi alla prevalenza della sofferenza nelle persone ricoverate, dei loro bisogni e della soddisfazione nel trattamento di dolore (quando presente), appare una informazione imprescindibile. Tutto ciò viene rappresentato nel rapporto, curato dalla Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, in cui sono riportati i risultati dell'analisi dei dati raccolti dalle "Schede del sollievo". Il prossima edizione della relazione sarà presentata nel maggio 2012 in occasione della XI Giornata del Sollievo. La Fondazione Ghirotti sta ricevendo, da giugno, migliaia di schede distribuite nel 2011 in diversi ospedali italiani. All'inserimento dati seguirà l'analisi statistica e la discussione, in vista della divulgazione dei risultati nel 2012.

## **7.6 Fondazione ISAL**

ISAL- Istituto Ricerca e Formazione in Scienze Algologiche, nasce nel 1993 con lo scopo di promuovere e divulgare la conoscenza, lo studio e la pratica della Terapia del Dolore, in ambito nazionale e internazionale.

Sull'impulso di questa esperienza fondante, nel 2007 prende corpo la Fondazione ISAL, basando i propri principi sulla promozione del concetto di dolore come malattia. Una malattia che, all'inizio del terzo millennio, è ancora poco riconosciuta e, al pari, scarsamente trattata in Italia.

Grazie alla consolidata collaborazione con FederDolore, la Società Scientifica di riferimento nell'ambito della terapia del dolore, e con la partecipazione di altre società

affendenti ad altre specialità mediche, si sono confrontate le pratiche mediche in Italia, e promossi modelli di buone prassi condivise. Nel confronto tra le professionalità e con la guida dei principi della Legge 38/2010, ISAL continua a dedicarsi alla costruzione di una rete di professionalità di eccellenza nella cura del dolore cronico.

Dalla presentazione del Manifesto contro il Dolore, ogni anno Fondazione ISAL rinnova il proprio impegno istituzionale mediante l'organizzazione, nella prestigiosa cornice della Camera dei Deputati, di un confronto diretto di esperienze tra le autorità e gli operatori dell'ambito sanitario, politico e della società civile.

Nel 2011, con il patrocinio della Presidenza della Repubblica ha organizzato il primo Forum Internazionale sulla ricerca e la cura del dolore, focalizzando l'attenzione sul lavoro dei ricercatori italiani impegnati in importanti progetti presso centri stranieri di rilievo internazionale.

Parallelamente alle azioni sopra elencate la Fondazione ISAL ha promosso un Progetto, denominato "100 città contro il Dolore", che risponde all'esigenza naturale affinché la legge 38 sia divulgata per permetterne la piena fruibilità da parte di tutti i cittadini che soffrono di dolore cronico.

L'accesso alle Reti di Terapia del Dolore e Cure Palliative, pur declinato da norme legislative, richiede uno sforzo di tutti i soggetti attivi nel campo sanitario e nel volontariato sociale per farlo divenire parte ordinaria del sentire delle persone. Diviene quindi un obbligo indiscutibile sensibilizzare i cittadini su questo nuovo diritto.

La lotta contro il dolore è un obbligo etico della società; ognuno deve sentirsi parte di questa nuova storia di diritti. Il diritto a non soffrire di dolore inutile si deve fondare su una coscienza collettiva che ne riconosce il senso e il valore nonché il principio sanitario di una cura per una malattia troppo a lungo negata o affidata alla generosità personale.

Per raggiungere questo ambizioso obiettivo, nel 2009, con il patrocinio del Senato della Repubblica e del Ministero della Salute, ha dato vita al progetto "Cento Città contro il dolore".

Un'iniziativa che si propone di:

- riconoscere il dolore cronico come malattia da prevenire e curare;
- sensibilizzare e informare la popolazione sul tema del dolore;
- sostenere le iniziative sanitarie volte a prevenire e gestire la cronicità;

- rendere rimborsabili i farmaci;
- promuovere la raccolta fondi a beneficio della ricerca;
- favorire precisi percorsi formativo-specialistici;
- sollecitare i mass media allo scopo di fornire il loro contributo nella battaglia contro il dolore.

Ogni anno il Progetto 100 città contro il dolore promuove la Giornata Nazionale che coinvolge le 33 Sezioni di ISAL diffuse sul territorio nazionale. La forte passione che anima l'associazionismo ISAL nella divulgazione e nel sostegno ai Centri di Terapia del dolore ha trovato una dimensione concreta in una capillare presenza su tutto il territorio nazionale.

In tal modo sono stati allestiti altrettanti gazebo informativi nelle piazze principali delle città ove hanno sede le sezioni territoriali ISAL.

In questa occasione è stato possibile distribuire più di 30.000 opuscoli informativi e dato la possibilità a 3.300 persone di conoscere l'esistenza di centri dedicati al dolore, permettendo, grazie alla presenza dei medici specialisti e infermieri, ai cittadini intervenuti di consultarsi direttamente circa le loro problematiche con gli esperti.

## **8 Il Consumo di farmaci analgesici**

### **8.1 Il consumo di farmaci per la terapia del dolore**

Nel primo anno di applicazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, il monitoraggio previsto sull'utilizzazione dei medicinali nella terapia del dolore ha fornito dati incoraggianti sull'incremento dell'impiego degli analgesici oppiacei nella terapia del dolore. Tale tendenza era già stata riscontrata negli anni precedenti, ma i dati raccolti nel 2010 e nel primo semestre del 2011 mostrano un incremento decisamente apprezzabile.

Si ricorda che la legge 15 marzo 2010, n. 38, recante Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, nell'apportare alcune modifiche al Testo unico delle leggi in materia di disciplina delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, ha introdotto una ulteriore semplificazione della prescrizione dei medicinali impiegati nella terapia del dolore.