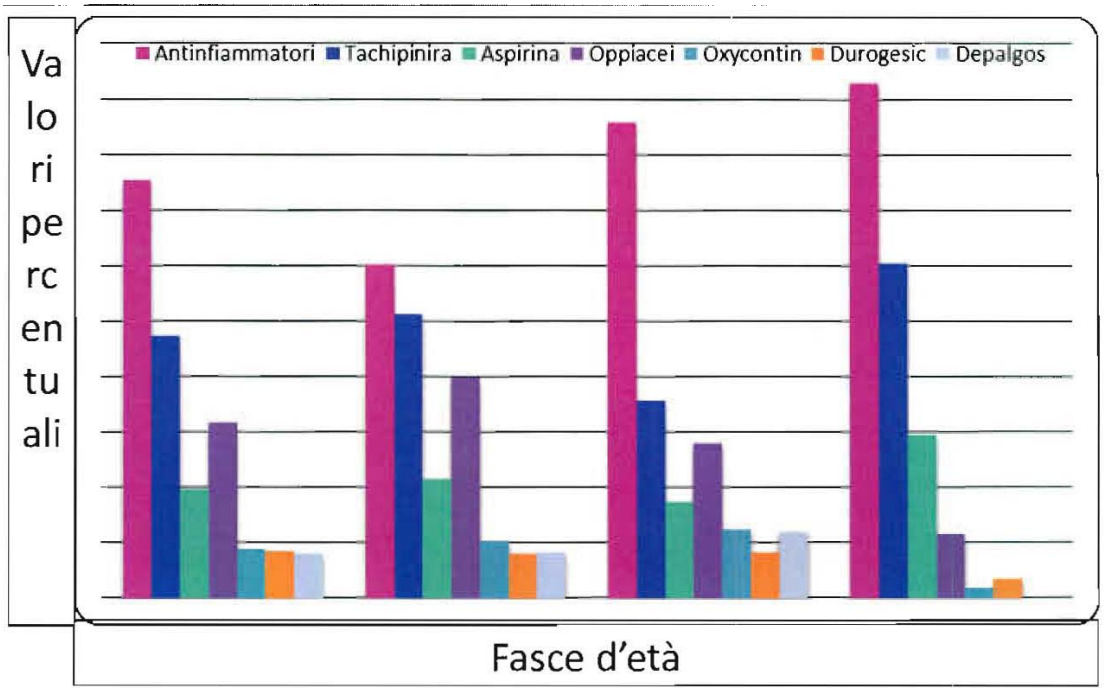
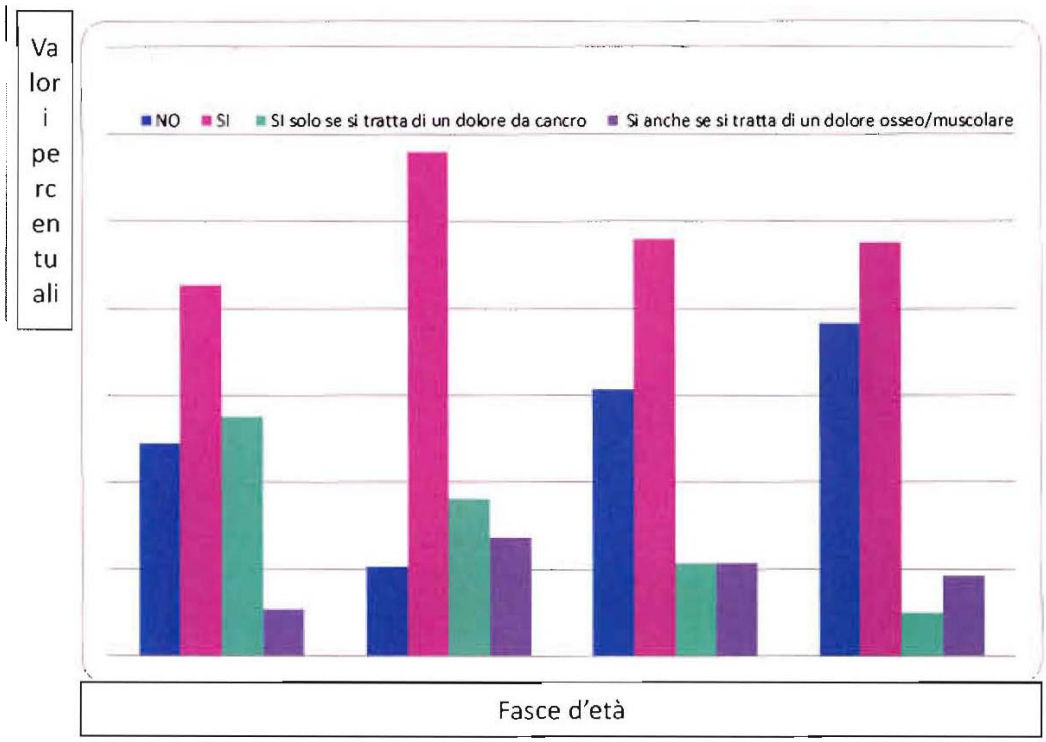
Fig. 14. SECONDO LEI, QUALI SONO LE MEDICINE CHE SI PRENDONO PER IL DOLORE?



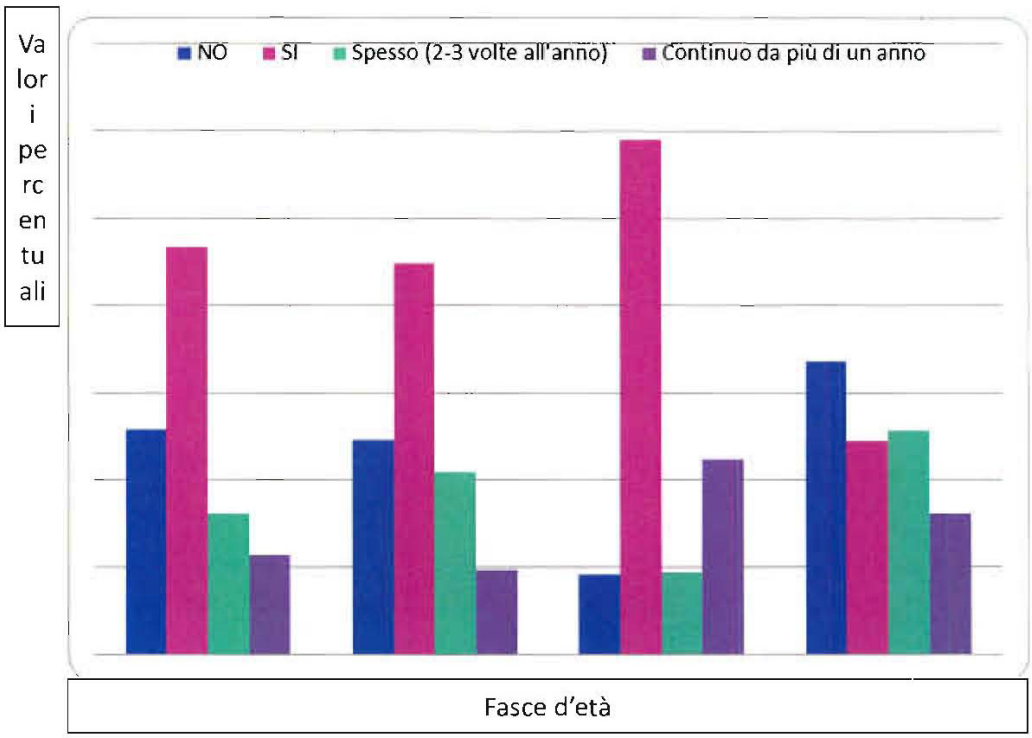
La classe di farmaci più conosciuta e ritenuta utile in caso di dolore dalla popolazione studiata è quella degli antinfiammatori, seguita dalla tachipirina e al terzo posto dagli oppiacei. Quest'ultima classe di farmaci è riconosciuta nella terapia del dolore soprattutto dalle classi più giovani e viene scalzata dall'aspirina nella fascia di età degli ultrasettantenni. Farmaci come Oxycontin, Durogesic e Depalgos nella cultura generale sul dolore non raggiungono la soglia del 5%.

Fig. 15. PRENDEREBBE MEDICINE DI TIPO OPPIACEO (es. morfina) PER CURARE UN DOLORE FORTE CHE NON PASSA NEI MESI?



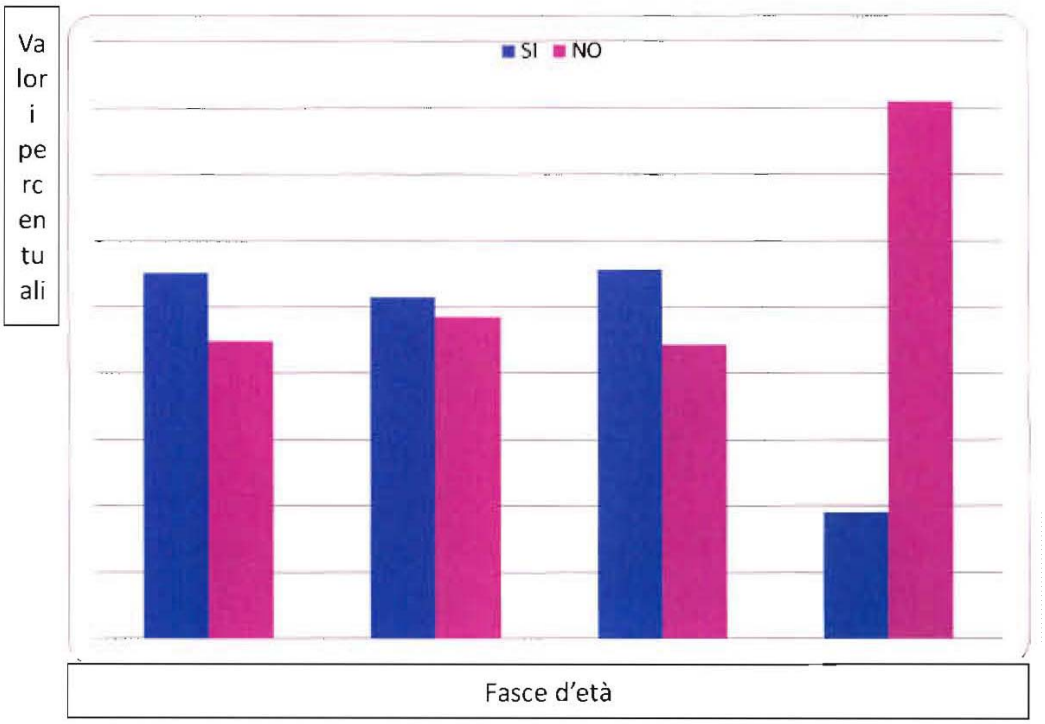
Poco più del 50% della popolazione totale (53%) prenderebbe farmaci di tipo oppiaceo per un dolore che non passa nel tempo. Le persone più giovani prenderebbero oppioidi per dolore da cancro mentre quelle più anziane mostrano una maggior ostilità riguardo all'utilizzazione di tale classe di farmaci. Il 12% della popolazione totale prenderebbe medicine di tipo oppiaceo anche per dolori osseo/muscolari.

Fig. 16. HA MAI AVUTO MAL DI SCHIENA?



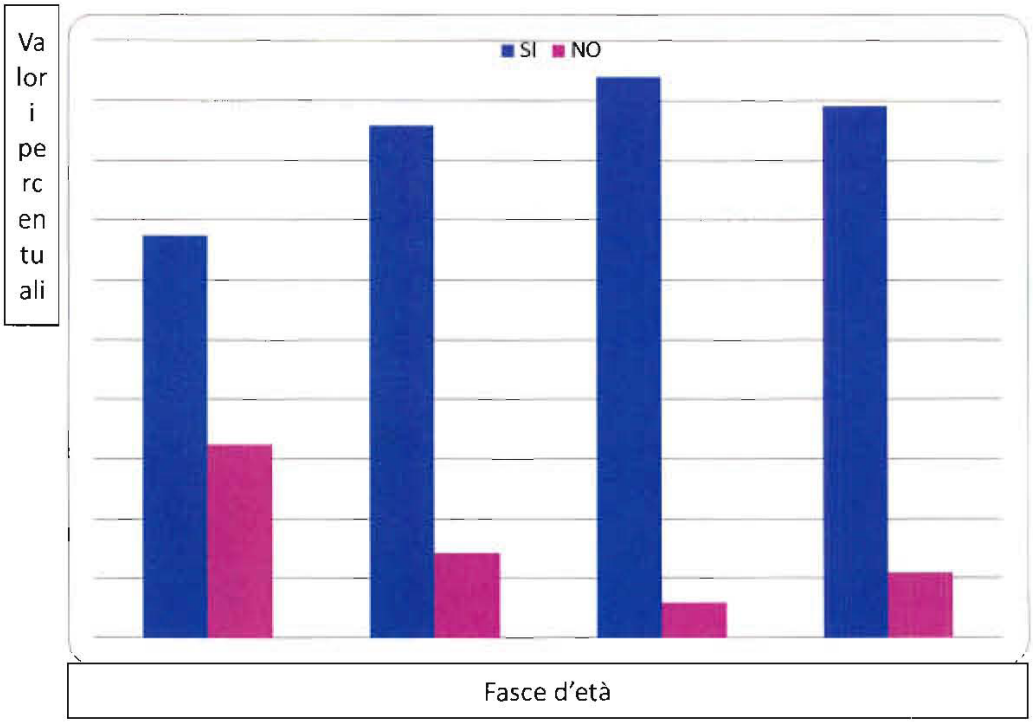
Tutte le fasce d'età hanno avuto mal di schiena almeno una volta nella vita con una percentuale complessiva del 44%. La percentuale relativa più alta è quella delle persone tra i 50 e 70 anni che presentano inoltre una percentuale relativa del 25% di dolore continuo per più di 1 anno. Più del 40% dei giovani analizzati ha avuto mal di schiena almeno 1 volta e le persone ultrasettantenni mostrano una percentuale relativa tra il 30 e il 40% di risposta negativa alla domanda. Il 18% della popolazione totale dichiara di avere spesso (2-3 volte all'anno) problemi di questo tipo e per un 15% della stessa popolazione totale il dolore risulta essere continuo per più di un anno.

Fig. 17. LO SAPEVA CHE ESISTE UN DOLORE CRONICO CHE NON DIPENDE DA NESSUNA CAUSA O MALATTIA?



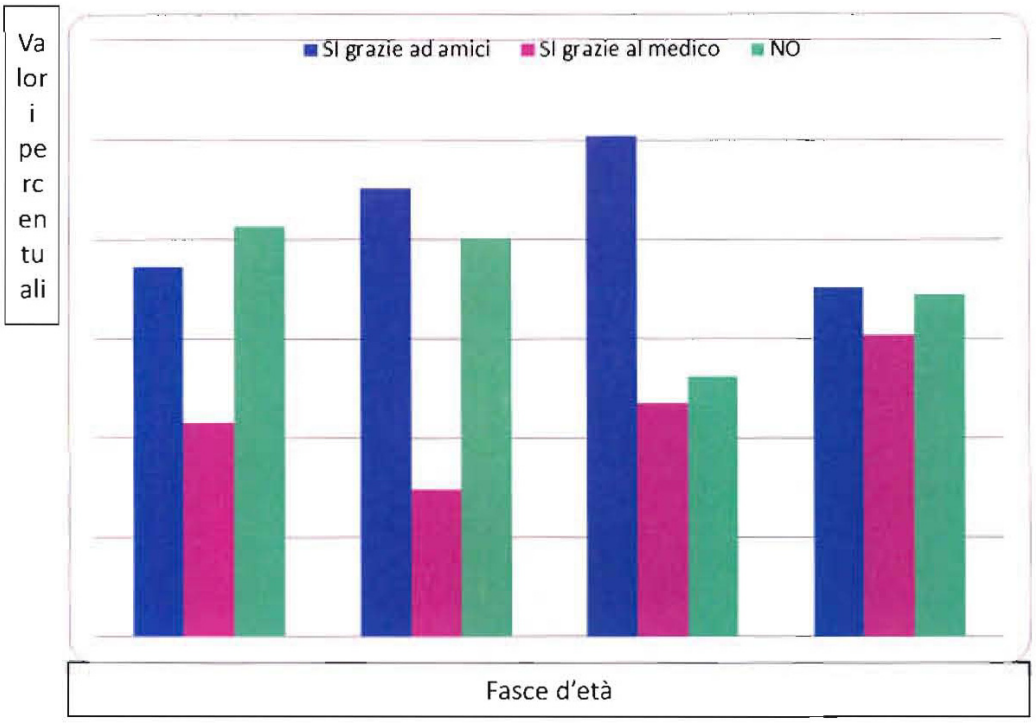
Più del 50% della popolazione totale (55%) non conosce l'esistenza di un dolore cronico indipendente da qualsiasi causa o malattia. La percentuale relativa di non consapevolezza più alta è quella degli ultrasettantenni (80%) che tendono a cercare una causa precisa prima della cura.

Fig. 18. LO SA CHE IL DOLORE CRONICO PUO' DARE LUOGO A GRAVI COMPLICANZE COME DEPRESSIONE, INSONNIA E PERDITA DI LAVORO?



L'84% della popolazione totale è a conoscenza delle complicanze dovute al dolore cronico. Le classi d'età più avanzata sono più sensibili al problema di destabilizzazione sociale, con una percentuale relativa più alta del 90% per le persone tra 50 e 70 anni. Un 30% dei ragazzi con età compresa tra i 10 e i 30 anni non è informato su tale problematica.

Fig. 19. E' A CONOSCENZA CHE NELL'OSPEDALE ESISTE UN CENTRO PER LA CURA DEL DOLORE?



Il 35% della popolazione analizzata non conosce l'esistenza di centri di cura del dolore negli ospedali. La percentuale relativa d'ignoranza sull'argomento più alta è quella della fascia di età più giovane che supera il 40% dei NO. Le persone più informate sono quelle tra i 50 e i 70 anni di età ma solamente grazie ad informazioni ricevute da amici. Il ruolo divulgativo del medico risulta molto limitato e raggiunge il 30% solo nella fascia d'età più elevata.

4.2.2 Vivere senza dolore

Al fine di contribuire alla conoscenza della legge 38 tra la cittadinanza ed aiutare ad individuare quali aspetti sia necessario approfondire per migliorare la formazione dei clinici, vivere senza dolore ha promosso nel 1° semestre del 2012 una campagna denominata Hub2Hub, con il patrocinio del Ministero della Salute.

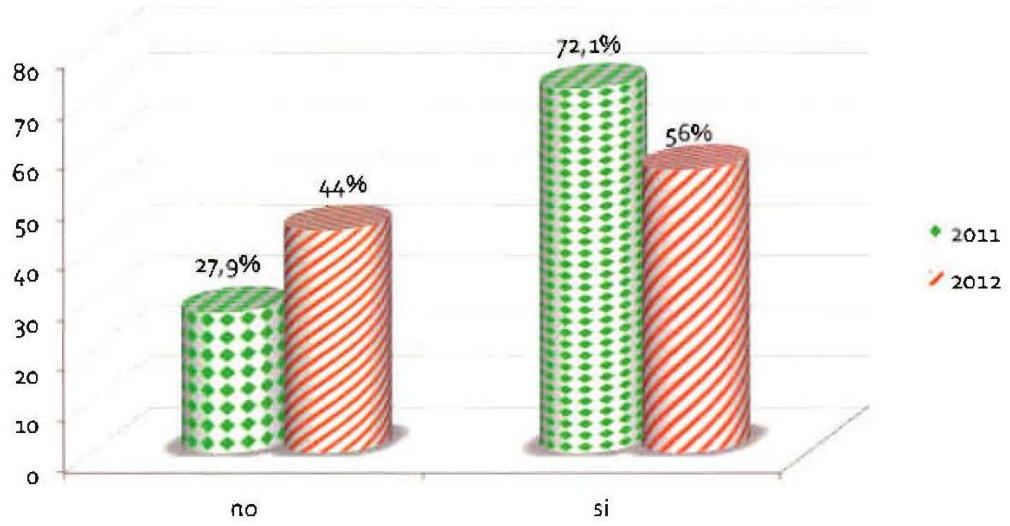
L'indagine, che si è svolta presso 15 importanti strutture ospedaliere del nostro Paese, ha coinvolto complessivamente 4.329 soggetti tra cittadini (41,4%), degenti (34,8%) e clinici (23,1%) che hanno risposto a tre diversi tipi di questionari volti a verificare il grado di conoscenza della Legge 38, il livello di cure erogate, la conoscenza dei centri di terapia del dolore ed altri aspetti sempre legati alla cura del malato con dolore. I dati raccolti sono stati

presentati nel corso di una conferenza stampa (M. Gentili, settembre 2012) e i risultati emersi hanno dato numerosi spunti di riflessione.

Il primo dato da evidenziare riguarda la difficoltà o meno per i cittadini con dolore cronico d'identificare i centri di terapia del dolore dislocati sul territorio.

Se il dato riscontrato nel 2011 nel corso della campagna CUPIDO indicava una percentuale di cittadini in difficoltà pari al 72,1%, nel 2012 questo dato è sceso al 56% (fig. 1), segno che le molteplici attività d'informazione rivolte alla cittadinanza stanno iniziando a dare i loro frutti.

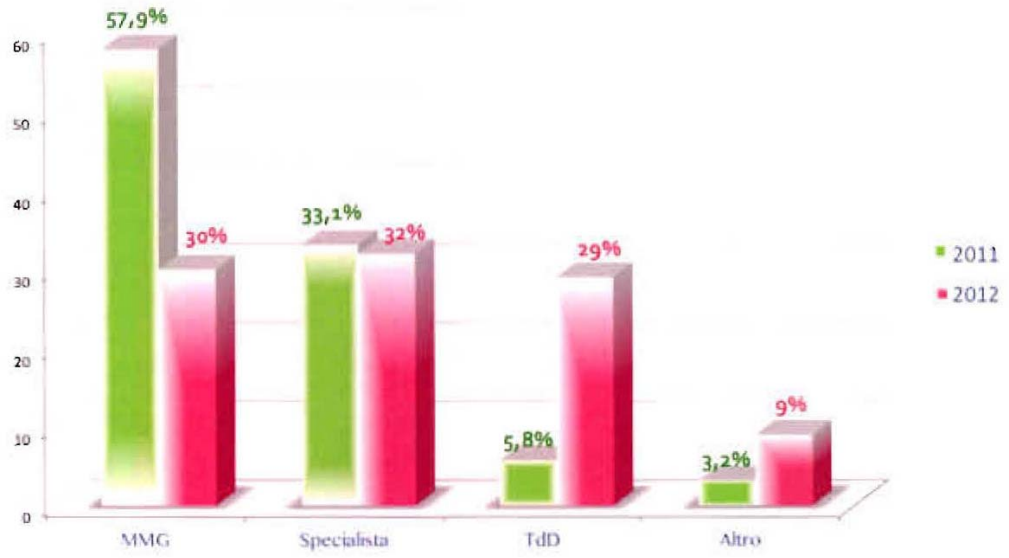
Fig. 20



Il risultato di queste campagne è evidenziabile anche nella percentuale di pazienti con una terapia del dolore in atto (69% nel 2012 rispetto al 52,3% del 2011), nonché dalla percentuale di chi ha avuto la prima prescrizione di un farmaco dallo specialista del dolore, dal medico di famiglia o dallo specialista di patologia.

Se nel 2011, il primo prescrittore era il medico di famiglia nel 57,9% dei casi mentre il terapista del dolore era consultato all'inizio del percorso solo dal 5,8% dei pazienti, questo dato si è modificato radicalmente nel 2012. Quest'anno, infatti, il ruolo dello specialista del dolore è divenuto più evidente con una percentuale di prime prescrizioni pari al 29% (+ 23,2% vs 2011) contro una percentuale del 30% del medico di famiglia (27,9% vs 2011) (fig. 21).

Fig. 21. Chi è il primo prescrittore della terapia del dolore



Questo dato ha una doppia chiave di lettura: da un lato ha visto crescere l'impiego di farmaci più adeguati per il trattamento del dolore cronico moderato – severo di natura oncologica (per quello che riguarda il trattamento del dolore non oncologico, i FANS continuano ad essere i farmaci più utilizzati), dall'altra pone una nota d'attenzione sul ruolo che il medico di famiglia deve avere nella gestione del dolore, secondo quanto previsto dalla Legge 38.

I dati emersi, oltre ad evidenziare un netto miglioramento di alcuni aspetti legati al trattamento del dolore, presentano anche delle zone d'ombra.

Se è vero che viene prestata maggior attenzione alla cura del dolore, rimane ancora alta la percentuale di pazienti che soffre di dolore cronico non adeguatamente gestito: nel 69% dei pazienti intervistati, la sintomatologia dolorosa perdurava da oltre un anno con un'intensità media pari a 5,2 $\pm$ 2,3 misurata su scala NRS (corrispondente cioè ad un'intensità moderata).

Un altro aspetto importante riguarda il fatto che, seppur sia cresciuta la percentuale di pazienti con una terapia per il dolore di base, rimane estremamente ridotta la quota di pazienti – solo il 29,6% - che riceve un farmaco per il controllo del breakthrough pain nonostante questi episodi dolorosi colpiscano il 48% dei pazienti con dolore cronico senza differenze tra soggetti oncologici e non neoplastici (prevalenza BTP nelle due popolazioni 49% vs 48%).

Questi motivi, uniti ad altri fattori, determinano un'insoddisfazione del paziente nei confronti della terapia in ben il 42% degli intervistati con un dolore che continua a gravare negativamente sulla qualità di vita dei malati nell'88,8% dei casi.

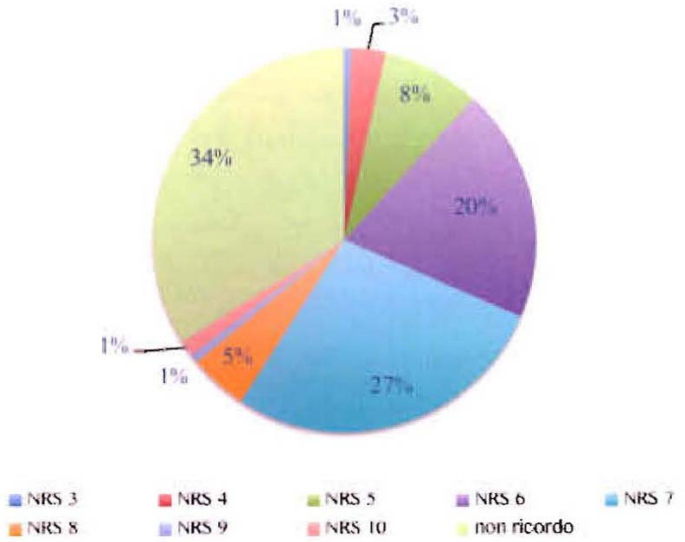
L'indagine Hub2Hub, grazie alle interviste effettuate su 1.000 medici ospedalieri appartenenti a 20 diverse specializzazioni, ha evidenziato le necessità formative, sia in termini di conoscenza della Legge 38 che dei fondamenti di clinica.

Il 71% dei medici è a conoscenza della necessità di monitorare quotidianamente e riportare in cartella clinica l'intensità del dolore, ma il dato diventa critico se si indaga relativamente all'obbligo di Legge di trascrivere anche i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito: solo al 38% dei medici intervistati è noto questo aspetto fondamentale della Legge 38.

I medici intervistati, risultano poco preparati relativamente alla possibilità di prescrivere i farmaci oppioidi dell'allegato III bis su normale ricettario del servizio sanitario nazionale: ne è a conoscenza solo il 33% e solo il 21% sa di poter prescrivere questi farmaci anche a pazienti non oncologici.

Per poter impostare terapie idonee è necessario saper distinguere, anche sulla base di una classificazione determinata dall'intensità, quando un dolore è definito lieve, moderato o severo e su questo punto, l'indagine ha dimostrato che ancora molto c'è da fare (fig. 22).

Fig.22. Come i clinici intervistati hanno risposto in merito alla domanda "Oltre quale valore su scala NRS un dolore viene definito severo"



La mancanza di queste ed altre nozioni, come ad esempio dei principali fattori di conversione tra molecole oppioidi, piuttosto di cosa s'intenda per dolore episodico intenso e quali farmaci debbano essere utilizzati per questo tipo di dolore, sono la dimostrazione di quanto sia fondamentale continuare nel percorso di formazione, al fine di portare a termine quel grande processo d'evoluzione sociale al quale la Legge 38 ha dato il via.

4.3 L'assistenza al paziente pediatrico

4.3.1 Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio onlus

La Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus è stata costituita nel 1999 con lo scopo di:

- affermare il diritto ad essere curati quando non si può più guarire;
- migliorare la qualità della vita ai malati inguaribili garantendo loro rispetto e dignità;
- promuovere studi e ricerche nell'ambito delle cure palliative;
- formare professionisti e volontari coinvolti nell'assistenza ai malati inguaribili;
- informare e sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza delle cure palliative.

Sin dalla sua nascita, la Fondazione ha deciso di concentrare le proprie risorse nel campo delle cure palliative, favorendo la costituzione di network nazionali e internazionali che coinvolgono i diversi soggetti operanti nel settore, realizzando iniziative di formazione e comunicazione. Queste attività istituzionali, dirette a conseguire gli scopi statutari e la missione della

Fondazione, sono condotte attraverso la realizzazione di progetti e programmi che si avvalgono del contributo operativo di professionisti di settore.

Il progetti principali della Fondazione riguardano le cure palliative pediatriche ('Progetto Bambino') e le cure palliative dirette all'anziano.

Nel corso del 2012, in linea con il proprio piano strategico triennale e nell'ambito degli obiettivi della Legge 38/2010, la Fondazione Maruzza ha promosso e condotto una serie di iniziative in ambito geriatrico e pediatrico.

Nel febbraio 2012 la Fondazione è stata promotrice della giornata di incontro tra geriatria e cure palliative dal titolo 'La qualità di una vita sempre più lunga: lo scenario e l'immaginario' nella quale sono stati presentati i risultati, basati su dati ISTAT, di uno studio in materia di fine vita sostenuto dalla Fondazione Maruzza.

E' emerso che il luogo privilegiato per affrontare questa fase dell'esistenza è il proprio domicilio e in Italia si registra il maggior numero di persone che riescono a trascorrere a casa la parte finale della vita (43%, in particolare le donne e soprattutto al Sud; fra gli over 80 la percentuale sale al 50%), in controtendenza rispetto agli altri principali Paesi europei (10% Regno Unito, 25% Francia, 30% Germania) e agli USA (22%). Appena il 15% dei malati anziani, però, riceve cure palliative e si tratta in maggioranza di pazienti oncologici con meno di 65 anni.

A casa però l'assistenza ricade tutta sulle spalle dei familiari, che in un caso su quattro sono anch'essi anziani. Una famiglia su tre spende la maggior parte o tutti i suoi risparmi nell'assistenza del fine vita dei propri cari: succede nel 44% delle famiglie che assistono anziani inguaribili al Sud, nel 26% dei casi al Centro e nel 18% al Nord. Al Nord, anche per la maggiore diffusione di hospice attrezzati per le cure di fine vita, è più frequente che gli anziani trascorrano gli ultimi tempi in una struttura organizzata piuttosto che al proprio domicilio. Gli altri luoghi del fine vita sono gli ospedali, per il 53% degli anziani, e gli istituti di cura per il 4%.

Purtroppo l'accesso alle cure palliative è molto difficile soprattutto per i più anziani. All'aumentare dell'età diminuisce infatti la probabilità di accedere a cure di fine vita che consentano di scegliere in piena autonomia il tipo di assistenza che si desidera ricevere: almeno un milione di anziani con malattie degenerative croniche (non oncologiche) inguaribili non sta ricevendo un'assistenza domiciliare adeguata.

La Fondazione ha quindi aperto per la prima volta un tavolo di confronto e dialogo fra i geriatri e gli specialisti in cure palliative, per promuovere l'assistenza domiciliare degli anziani, in applicazione della Legge 38/2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore, così da consentire

loro di spegnersi serenamente fra i propri affetti ma contando su un'assistenza di qualità (http://www.maruzza.org/la-qualita-di-una-vita-sempre-piu-lunga-lo-scenario-e-limmaginario/).
A Bruxelles, presso il Parlamento Europeo, il vicepresidente del Parlamento europeo e la Fondazione Maruzza Lefebvre D'Ovidio Onlus, hanno organizzato, nel settembre 2012, l'incontro "Quality of Life in Old Age until the End", dove gli specialisti di cure palliative e di geriatria si sono confrontati con eurodeputati e altre personalità politiche riguardo le strategie più adeguate per migliorare l'accesso dei pazienti anziani alle cure palliative.
In questo tavolo di lavoro, l'Associazione Europea di Cure Palliative (EAPC Onlus) e la Società Europea per la Medicina Geriatrica (EUGMS) hanno presentato un manifesto congiunto (http://www.maruzza.org/new/wp-content/uploads/2012/11/MANIFESTO-Ita-rev.def_.pdf) per promuovere un piano d'azione europeo su cure palliative e geriatria. L'obiettivo è stato quello di tracciare un nuovo modello in grado di migliorare la qualità della vita del paziente anziano e ridurre le spese sanitarie fino al 60%.
Oggi manca una strategia comune europea: l'Ue lascia le decisioni in questo settore agli stati membri, che in molti casi non hanno ancora adottato le misure necessarie per potenziare le cure palliative. Sono infatti più di 100 milioni gli anziani che ogni anno potrebbero trarre beneficio da tali trattamenti, ma in realtà solo l'8% vi ha accesso. Tra i paesi europei l'Italia, che ha la popolazione più vecchia d'Europa, si piazza in questo campo solo al dodicesimo posto. Appena il 15% dei malati inguaribili riceve cure palliative, con un grande divario tra Nord e Sud. E' dunque evidente l'urgenza di potenziare sia le strutture che erogano cure palliative negli ospedali, sia l'assistenza domiciliare, per rispondere al bisogno crescente della popolazione di una medicina più vicina, equa ed economica.
All'iniziativa, inquadrata nell'ambito dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo, sono intervenuti – tra gli altri – il Commissario Europeo per la Salute e la Politica dei Consumatori.
Sotto l'alto Patronato del Presidente della Repubblica, la Fondazione Maruzza ha organizzato a Roma, il 28-30 novembre 2012, le prime giornate di studio in ambito Europeo sulle Cure Palliative Pediatriche.
L'evento è stato realizzato in collaborazione con la European Association for Palliative Care (EAPC Onlus).
All'evento hanno partecipato circa 300 operatori delle cure palliative pediatriche provenienti da tutto il mondo. Esperti di 40 Paesi, provenienti da 26 nazioni europee e da Canada, Stati Uniti, Cile, Brasile, Uruguay, Australia, Nuova Zelanda, Giappone, Singapore, India, Sud Africa, Kuwait e

Israele, hanno seguito un programma denso di interventi: 26 relazioni in seduta plenaria, tenute dai più noti e autorevoli esperti nazionali e internazionali, 32 comunicazioni sulle esperienze delle equipe dei Paesi di provenienza e 81 poster scientifici.

E' partita così dall'Italia la prima azione concreta per favorire il dibattito scientifico tra diverse nazioni sui bisogni dei bambini inguaribili e il network internazionale che garantisca come diritto inalienabile l'accesso alle cure palliative.

Il 22-23 ottobre 2012 presso l'ASL 8 di Cagliari e il 10-11 dicembre 2012 presso l'Azienda Sanitaria Alto Adige di Bolzano, la Fondazione Maruzza ha organizzato 4 giornate formative dal titolo 'Cure palliative pediatriche: la sfida all'inguaribilità', a cui hanno partecipato 86 operatori (44 a Cagliari e 42 a Bolzano) tra assistenti sociali, infermieri, infermieri pediatrici, medici anestesisti, medici pediatri e psicologi.

Dal 2010 la Fondazione Maruzza partecipa al Progetto di Ricerca dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (Age.Na.S.) "Accanto al malato oncologico e alla sua famiglia: sviluppare cure domiciliari di buona qualità", con il compito di sviluppare lo specifico settore delle cure palliative pediatriche attraverso la collaborazione alla redazione e analisi del questionario sulle "Buone Pratiche nelle Cure Palliative Domiciliari Pediatriche".

La Fondazione Maruzza ha promosso la pubblicazione di "Architetture e design per l'Hospice pediatrico". Questo progetto editoriale si è avvalso del prezioso contributo di esperti e di Istituzioni impegnate da anni nel campo delle cure palliative pediatriche, sia in Italia che all'estero.

Le riflessioni e gli indirizzi proposti nel volume intendono fornire strumenti utili alla programmazione e realizzazione di strutture specifiche per il bambino, sottolineando inoltre che la "qualità della vita" che si intende garantire non può prescindere dalla "qualità degli spazi" che - a tal fine - si auspica vengano finalmente realizzati in numero adeguato alle esigenze sanitarie denunciate.

L'hospice pediatrico è infatti un importante tassello per l'applicazione della legge 38, essendo una struttura di elevata complessità assistenziale alternativa alla casa quando la gestione clinica della malattia diventa troppo complessa, in grado di fornire per brevi periodi un particolare supporto sanitario, psicologico, sociale e spirituale.

4.4 La tutela dei diritti

4.4.1 Fondazione Gigi Ghirotti

Obiettivo che accomuna le Cure palliative e la Terapia del dolore, oltre ad un generico "prendersi cura di chi soffre" e alla lotta contro la sofferenza inutile è il sollievo. Cioè un obiettivo positivo, obbligatoriamente da raggiungere anche quando non è possibile guarire dalla patologia che genera sofferenza e dolore perché cronica o perché giunta allo stadio terminale. Forti di questa convinzione che implica un approccio propositivo alla lotta al dolore e alla sofferenza, la Fondazione Nazionale Gigi Ghirotti, il Ministero della Salute e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome sono stati promotori della Giornata Nazionale del Sollievo, istituita nel 2001 e celebrata per la prima volta nel 2002. Ogni anno, l'ultima domenica di maggio, sempre più enti pubblici e del privato sociale, volontari, operatori sanitari e cittadini, si attivano con varie iniziative (informative, culturali, cliniche, artistiche, ecc.) per contribuire alla crescita della sensibilità verso il sollievo dal dolore e per la diffusione e conoscenza della Terapia del dolore e delle Cure palliative.

Tra le iniziative organizzate nel 2012 dalla Fondazione Gigi Ghirotti in collaborazione con altri enti pubblici e no profit, una ha visto protagonisti i giovani.

Infatti, se l'obiettivo della Giornata Nazionale del Sollievo è ottenere un cambiamento culturale, come indica la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri che la istituì nel 2001, fondamentale è puntare sui più giovani, prima che si radichino in essi le convinzioni più pessimistiche e negative circa la possibilità di cura globale del dolore e la possibilità realistica di raggiungerlo sempre e in qualsiasi stadio della malattia.

Altrettanto importante è riuscire a coinvolgere i giovani in modo attivo anche semplicemente stando accanto a chi soffre.

In questa ottica è stata programmata una iniziativa per la quale duecento giovani studenti di scuole medie secondarie sono giunti a Roma su due treni speciali partiti dal nord e dal sud Italia per visitare gli antichi "luoghi del sollievo", cioè due degli ospedali sorti a Roma nel medioevo ("Santo Spirito in Sassia" e "San Giovanni dell'Addolorata") dedicati non solo alla cura delle infermità, come vengono concepiti al giorno d'oggi, ma anche come luoghi in cui concretizzare "opere di misericordia" quali: accudire, offrire ristoro ai bisognosi, accogliere e alloggiare i pellegrini, occuparsi del seppellimento dei morti. In tal modo si è raggiunto l'intento di pervenire a quello che nello spirito della giornata dedicata al sollievo definiremmo "sollievo globale", ossia affrancamento dalla sofferenza fisica, psico-affettiva, sociale e spirituale.

"Educare al sollievo" è dunque l'obiettivo di questa iniziativa che ha coinvolto questo gruppo di ragazzi e ragazze.

Sul piano clinico e non limitato ad una Giornata celebrativa, il sollievo è stato ed è al centro di un'altra iniziativa di cui la Fondazione Gigi Ghirotti è ispiratrice dei valori fondanti e promotrice in convenzione con l'Università Cattolica - Policlinico Gemelli: "La rete del sollievo".

La Rete del sollievo è un *network* per promuovere concretamente la cultura del sollievo, integrandosi con le reti previste dalla legge 38/2010. Essa è un modello organizzativo di assistenza al malato oncologico grave, con ridotta aspettativa di vita e in una fase di malattia dove il sintomo dolore è prevalente. "La Rete del Sollievo" si basa sull'uso di collegamenti, le "reti", che, prima ancora del supporto informatico, si fondano sulla comunicazione fra tecnologie e operatori coinvolti (medici, infermieri, volontari). Si tratta di un sistema organizzativo che facilita il trasferimento dei pazienti con le relative informazioni cliniche nelle diverse strutture di assistenza: l'hospice, l'assistenza domiciliare, il Centro di Radioterapia. Quest'ultimo dispone di alcuni posti-letto "caratterizzati" gestiti dal Radioterapista all'interno dell'Ospedale; mediante ricoveri di breve durata, possono essere eseguite le applicazioni radioterapiche più appropriate per lenire il dolore e nel giro di pochi giorni il paziente fa ritorno a casa o in hospice. Attualmente il progetto è diffuso in tutte le Regioni d'Italia con più di 60 ospedali. Recentemente a Barcellona, durante il Congresso europeo dei Radioterapisti ESTRO 31, sono stati stabiliti contatti con importanti Centri europei, nord-americani e canadesi per estendere il modello a livello internazionale.

Secondo il modello appena descritto e già in avanzata fase di sperimentazione e diffusione, la radioterapia palliativa non si pone come una terapia alternativa ma sinergica rispetto ai farmaci antidolorifici e si basa sul principio dell'integrazione multispecialistica e multiprofessionale per garantire trattamenti appropriati per il paziente oncologico in fase terminale.

4.3.2 Tribunale dei diritti del malato/Cittodinanza attiva

Cittadinanzattiva ha condotto le sue attività nel corso del 2012 sulle tematiche delle cure palliative e della terapia del dolore attraverso le due reti che si occupano di salute: Tribunale per i diritti del malato e Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici.

Tra quelle più significative si hanno:

- La tradizionale attività di Cittadinanzattiva nell'affermazione e tutela del "Diritto a evitare le sofferenze e il dolore non necessari" si è realizzata attraverso le oltre 300 sedi del Tribunale per i diritti del malato e il servizio PIT, informazione consulenza e assistenza;
- Produzione di informazione civica, attraverso monitoraggi, analisi sistematica delle segnalazioni e istanze delle associazioni di pazienti, valutazione civica;
- Campagna IN-DOLORE, per favorire l'empowerment e coinvolgere i principali stakeholder nel rafforzamento della consapevolezza delle persone che il dolore non si deve sopportare, ma si può curare;
- Avvio del progetto Europeo, attraverso Active Citizenship Network, "Percorsi per non soffrire e raccomandazione civica sul dolore cronico", per costruire una politica unitaria europea in tema di dolore cronico non oncologico.

Per quanto attiene il primo punto, anche quest'anno l'analisi delle segnalazioni, che ammontano a 26.470, evidenzia che il tema del dolore resta una questione rilevante. Il trend delle segnalazioni aveva mostrato nel 2010 un significativo aumento (passando dal 4,9% all'8,1%) ed ha mantenuto di fatto inalterata l'incidenza del tema "dolore" nell'area "umanizzazione" anche nel 2011.