



**Fondazione
Alessandra Graziottin** onlus
PER LA CURA DEL DOLORE NELLA DONNA

**La cura del dolore: una sfida
medica, politica e spirituale**

www.fondazionegraziottin.org

Il dolore: una sfida politica

- Che cosa sono le cure palliative
- La realtà degli «hospice»
- Terapia farmacologica del dolore
- Situazione internazionale
- Principali provvedimenti europei
- Principali leggi italiane
- Le associazioni
- Cure palliative e terapie del dolore: stato dell'arte in Italia

Cure palliative: definizione

«Un approccio olistico e multiprofessionale che migliora la qualità della vita dei malati inguaribili e delle loro famiglie, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali»

(OMS, 2002)

Cure palliative: dimensioni specifiche

Più in dettaglio, le cure palliative sono composte da quattro aree fondamentali:

- controllo dei sintomi, in particolare il dolore
- supporto psicologico, emozionale e spirituale
- sostegno alla famiglia nel periodo delle cure
- sostegno alla famiglia nella fase del lutto

(Il termine «palliativo» deriva dal latino *pallium*: mantello)

Cure palliative: filosofia

- Danno grande importanza al controllo del dolore e dei sintomi correlati
- I malati devono avere accesso a tutti i farmaci necessari, compresi i differenti oppioidi nella gamma delle formulazioni
- Considerano la morte come un evento naturale: eutanasia e suicidio assistito non sono inclusi in alcuna definizione di cure palliative
- Le indagini diagnostiche sono ridotte al minimo e i trattamenti sono diretti al controllo dei sintomi, e non a quello della malattia: l'accanimento terapeutico è escluso dall'orizzonte di una corretta CP
- Necessitano dell'apporto coordinato di team interdisciplinari e multiprofessionali altamente qualificati

Concetto di «fase terminale»

La fase terminale non è caratteristica esclusiva delle malattie oncologiche, ma rappresenta una costante della fase finale di molte patologie ad andamento evolutivo:

- respiratorie (insufficienza respiratoria refrattaria in persone affette da malattie polmonari croniche)
- cardio-circolatorie (miocardiopatie dilatative)
- neurologiche (demenze, sclerosi multipla , SLA)
- epatiche (cirrosi)
- Infettive (AIDS)

Alcune date significative

- Primo reparto palliativo del mondo: Royal Victoria Hospital a Montreal, Canada, 1975
- Europa occidentale: Norvegia (1976), Svezia (1977), Italia (1980), Germania (1983), Spagna (1984), Belgio (1985) e Olanda (1991)
- Europa orientale (pochissimi sviluppi sino alla caduta dell'Unione Sovietica): Ungheria (1991), Bulgaria, Romania, Repubblica Ceca e Slovenia (1992); Lituania (1993); Estonia e Lettonia (1997); Slovacchia (1999)

Terapia come «cura della persona»

- *Therapeúein*: servire, onorare una persona
- Platone:
 - *therapeía theôn*: attenzione, rispetto, sollecitudine per gli dei
 - *therapeía tou sómatos, tês psychês*: terapia del corpo e dell'anima
- *Klínomai*: mi chino verso (da cui: clinica)

Hospice: le origini

- Il termine deriva dal latino “hospitium” (rifugio, ospitalità)
- Il concetto risale alle prime fasi della diffusione della Cristianità nell’Impero Romano, quando gli ospizi fornivano alloggio e assistenza ai viaggiatori, ai poveri, ai malati e ai morenti
- Nel XIV secolo l’istituzione si diffuse oltre il Mediterraneo orientale sotto la guida degli ordini monastici che si occupavano dei pellegrini

Hospice: età contemporanea

- Nell'Europa moderna l'associazione fra hospice e assistenza offerta ai malati terminali si può ricondurre al lavoro di Mme. Jeanne Garnier che fondò il primo hospice a Lione nel 1842, seguito da altri in Francia
- Altri hospice furono poi istituiti in Irlanda nel 1879, negli Stati Uniti nel 1899, in Inghilterra nel 1905
- Queste istituzioni erano dedicate all'assistenza dei malati incurabili. Tuttavia gli sforzi per controllare il dolore erano ostacolati dalla mancata comprensione della natura di questo sintomo e dalla mancanza di farmaci efficaci

Hospice: la svolta farmacologica

- Gli anni a metà del '900 videro l'introduzione di una serie di farmaci importanti
- In questo periodo si raggiunse una maggiore comprensione sulla natura del dolore nei malati neoplastici e del ruolo degli oppioidi nel controllarlo
- L'accesso a questi nuovi farmaci creò l'opportunità di offrire una gestione più efficace del dolore e dei sintomi

Hospice: la svolta organizzativa

- L'evoluzione dell'hospice moderno e delle cure palliative deve molto alla visione e all'impegno di Dame Cicely Saunders. Infermiera e assistente sociale, poi medico, aprì il St. Christopher's Hospice a Londra nel 1967, la prima moderna unità di hospice dedicata all'assistenza e allo studio dei malati in fase avanzata di malattia progressiva
- Al centro della sua attenzione ci furono sempre i bisogni unici e specifici di ogni singolo paziente e dei suoi congiunti
- Dame Cicely Saunders ci ha insegnato l'assistenza totale al malato, l'assistenza alla famiglia, il supporto al lutto e la necessità di un vero lavoro interdisciplinare di équipe: tutti caposaldi, come abbiamo visto, delle cure palliative

Gli hospice oggi

- Oggi il termine inglese hospice è diventato un riconosciuto neologismo a livello internazionale dal significato unico e preciso: centro residenziale di cure palliative per malati terminali
- In altri termini si tratta di un luogo d'accoglienza e ricovero temporaneo, nel quale il paziente viene accompagnato nelle ultime fasi della sua vita con un appropriato sostegno medico, psicologico e spirituale, affinché le viva con dignità nel modo meno traumatico e doloroso possibile

Hospice: principi generali

- Le strutture degli hospice sono rivolte sia ai morenti che alle loro famiglie (in Italia è requisito di accreditamento la presenza di un posto letto per il familiare, in genere all'interno della stanza che ospita il malato)
- Il sostegno è fornito da un'équipe multiprofessionale: medico, psicologo, infermiere, assistente sociale, assistente spirituale e volontario
- I membri dell'équipe hanno competenze specialistiche per il controllo dei sintomi e in particolare del dolore
- L'assistenza è erogata 24 ore al giorno, notti e fine settimana inclusi
- L'accento principale è posto sul sollievo dal dolore, sul controllo dei sintomi, sull'assistenza infermieristica palliativa, sul sostegno psico-sociale e spirituale

Hospice: principi logistici

- L'hospice è tipicamente costituito da camere singole con bagno privato, poltrona-letto, telefono, aria condizionata, televisione e frigorifero
- Il paziente, se lo desidera, può personalizzare la camera con propri oggetti di arredamento
- L'hospice comprende locali comuni, un soggiorno e una cucina dove i parenti possono prepararsi bevande e pietanze
- Non esistono orari di entrata e di uscita e sono garantiti anche i pasti per gli accompagnatori

Hospice: le modalità di accesso in Italia

- Gli hospice sono situati all'interno delle strutture ospedaliere o sul territorio
- Possono essere gestiti direttamente dalle Aziende sanitarie o da associazioni di volontariato no profit in convenzione con le Aziende sanitarie
- L'assistenza nell'hospice è gratuita
- L'accesso avviene attraverso i reparti ospedalieri o dal domicilio tramite richiesta del medico curante

Terapia del dolore: cenni generali

Terapie farmacologiche

- Analgesici non narcotici, analgesici narcotici, adiuvanti, anestetici locali
- Gli studi hanno puntualizzato indicazioni e limiti di questi farmaci
- L'OMS ha stabilito una scala d'intervento in base alle caratteristiche e all'entità del dolore
- Le paure legate al rischio di dipendenza sono state ridimensionate

Terapie non farmacologiche

- Metodi psicologici: terapie di supporto, cognitive, comportamentali
- Metodi fisici: agopuntura, massaggi, fisioterapia...

Farmaci oppioidi: i pregiudizi

- Nel passato riguardo agli oppioidi si è creata un'enorme resistenza, dovuta a paure diffuse sia nella comunità medica sia nell'opinione pubblica
- In alcuni Paesi gli oppioidi furono proibiti per legge, in altri furono legalizzati, ma la loro disponibilità fu ostacolata da un'eccessiva burocratizzazione nelle procedure di prescrizione, stoccaggio e consegna: ricette speciali e in triplice copia, limiti alle quantità prescrivibili con ogni ricetta, autorizzazioni particolari da parte di enti, rapida data di scadenza delle ricette

Farmaci oppioidi: la realtà scientifica

- Non ci deve essere alcuna confusione fra l'utilizzo terapeutico degli oppioidi e il loro abuso
- L'esperienza clinica internazionale indica che i farmaci a base di morfina o suoi derivati, se usati correttamente non danno dipendenza ai malati né li rendono resistenti, e quindi bisognosi di dosi sempre maggiori
- Gli antalgici, come tutti i farmaci, possono essere dannosi solo se la dose non è corretta: ecco perché devono essere costantemente monitorati e modulati dal medico

Farmaci oppioidi: la realtà clinica

Con l'uso delle tecniche antalgiche attuali il dolore del 90% dei pazienti oncologici potrebbe essere trattato con successo, ma ciò non accade perché:

- mancano le competenze cliniche
- l'intensità del dolore del malato è sottovalutata e si prescrivono solo i cosiddetti oppioidi leggeri
- reticenze e pregiudizi verso i farmaci antalgici maggiori esercitano ancora una forte influenza sui medici
- il corretto trattamento antalgico richiede tempo per arrivare al giusto dosaggio
- alcuni di questi farmaci sono relativamente costosi

Situazione internazionale: sguardo d'insieme

- Pochi Paesi europei non dispongono di cure palliative. Ma tali cure sono ancora inadeguate, e riflettono politiche sanitarie restrittive e una mentalità scientifica ancora molto diffusa
- La morte è infatti ancora un argomento tabù per i medici e per il pubblico
- I medici, in particolare, nonostante ricevano nella loro formazione una vasta quantità di conoscenze specializzate, tendono a percepire la morte come una “sconfitta”
- Quando questo accade, è evidente che l'erogazione di un adeguato livello di CP diventa problematico

Ostacoli alle cure palliative

I dati statistici (diseguali e spesso non aggiornati) rivelano notevoli gap fra i vari Paesi e fra differenti regioni:

- enfasi unilaterale su certe tipologie di malati
- insufficiente attenzione al settore pediatrico
- scarso coinvolgimento del settore socio-assistenziale e del volontariato
- assenza di standard di trattamento ufficiali, soprattutto in relazione alle strutture di accoglienza e all'uso dei farmaci antalgici maggiori
- insufficiente disponibilità di farmaci oppioidi
- insufficiente formazione degli operatori del settore

European Association for Palliative Care (EACP): un'analisi comparativa

- La «EAPC Task Force on the Development of Palliative Care in Europe» ha condotto un'analisi comparativa basata:
 - sui dati di allocazione delle risorse (peso: 75%)
 - sulle condizioni ambientali per futuri sviluppi (peso: 25%)
- Lo studio risale al 2008 ed è a tutt'oggi la classificazione più completa e attendibile disponibile in Europa

Analisi EACP: primo criterio

I dati quantitativi sulle risorse allocate per le CP risalgono al 2005, sono stati pubblicati nell'EAPC Atlas of Palliative Care del 2007, e includono:

- unità ospedaliere di CP
- team di supporto ospedaliero
- team di supporto domiciliare
- numero di letti per le CP
- numero di medici nelle CP

Analisi EACP: secondo criterio

Il secondo criterio di valutazione è la vitalità del settore delle CP, e si riferisce all'esistenza di una massa critica di professionisti e attivisti in grado di accrescere la probabilità di positivi sviluppi nel breve e medio termine:

- presenza di associazioni nazionali
- esistenza di elenchi dei servizi di CP
- numero di partecipanti ai congressi EAPC
- percorsi di studio specialistico per i medici
- pubblicazioni nazionali sulle CP
- esistenza di un servizio pediatrico di CP

Analisi EACP: i risultati

- **100:** Gran Bretagna
- **85-50:** Irlanda, Svezia, Olanda, Polonia, Francia, Spagna, Germania, Belgio, Lussemburgo, Austria, **ITALIA**, Danimarca, Finlandia, Lettonia
- **< 50:** Lituania, Ungheria, Bulgaria, Rep. Ceca, Slovenia, Cipro, Romaniaa, Grecia, Portogallo, Slovacchia, Estonia

Provvedimenti europei

- 1980: Rapporto del Comitato Europeo per la Salute su «Problematiche relative alla morte: assistenza ai morenti»
- 1985: Programma «Europa contro il cancro»
- 1999: Raccomandazione 1418 dell'Assemblea Parlamentare su «Protezione dei diritti umani e della dignità dei malati terminali e dei morenti»
- 2003: Raccomandazione 24 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sull'organizzazione delle cure palliative
- 2009: Documento dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa su «Cure Palliative: un modello per politiche innovative in sanità e in ambito sociale»

Italia: legge 39/1999

Realizzazione degli hospice

- La legge prevede l'adozione di un programma su base nazionale per la realizzazione di strutture capaci di consentire un'agevole accessibilità da parte dei pazienti e delle loro famiglie, prioritariamente per i pazienti affetti da patologia neoplastica terminale
- Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2000 (riguardante i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di CP) elenca le caratteristiche che devono possedere gli hospice

Italia: legge 38/2010

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore

- Si tratta di una legge fortemente innovativa, che per la prima volta in Italia tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza (LEA)
- Assicura il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità e l'appropriatezza delle cure
- Stimola e favorisce l'integrazione in rete delle Organizzazioni Non Profit, in particolare di quelle del volontariato

Legge 38/2010: aspetti rilevanti (1)

Rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica

- Devono essere riportate, nelle sezioni medica e infermieristica, le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito

Legge 38/2010: aspetti rilevanti (2)

Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore

- Il Ministero della Salute si impegna a promuovere l'attivazione e l'integrazione di due reti della terapia del dolore e delle cure palliative, per garantire ai pazienti risposte assistenziali su base regionale e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale (previsti requisiti minimi e modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza)

Legge 38/2010: aspetti rilevanti (3)

Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore

- La legge modifica il Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope (DPR 309 del 1990), semplificando la prescrizione dei farmaci oppiacei non iniettabili

Legge 38/2010: aspetti rilevanti (4)

Formazione del personale medico e sanitario

- Devono essere individuati specifici percorsi formativi e master in materia di cure palliative e terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche e alle patologie croniche e degenerative

Legge 38/2010: aspetti rilevanti (5)

Ospedale - Territorio senza dolore

- La legge passa dal progetto “Ospedale senza dolore” (Accordo Conferenza Stato-Regioni del 24-5-2001) al progetto “Ospedale - Territorio senza dolore”:
 - spostando il baricentro dell’assistenza sul territorio
 - superando la logica che individuava esclusivamente nelle strutture ospedaliere il luogo deputato alla cura del dolore cronico
 - demandando agli ospedali solo i casi complessi
 - coinvolgendo nel processo assistenziale la figura del medico di medicina generale

Farmaci antalgici: Legge 12/2001

Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore

- Il provvedimento elimina alcune rigidità di compilazione della ricetta e le sanzioni penali in caso di errori nella prescrizione
- I farmaci analgesici oppiacei riconosciuti per la terapia del dolore sono: Buprenorfina - Codeina - Diidrocodeina - Fentanyl - Idrocodone - Idromorfone - Metadone - Morfina - Ossicodone - Ossimorfone – Tapentadolo
- Questi farmaci costituiscono l'allegato III-bis del testo unico in materia di stupefacenti (D.P.R. 309/90) e sono elencati nella tabella II, sezione A delle sostanze stupefacenti e psicotrope, individuati da un doppio asterisco

Farmaci antalgici: DM 18 aprile 2007

Semplificazione per l'uso dei farmaci analgesici oppiacei

- Gli analgesici oppiacei possono essere prescritti per il trattamento del dolore severo indipendentemente dalla sua origine
- E' possibile prescrivere medicinali contenenti analgesici oppiacei in associazione con altri principi attivi non stupefacenti
- Si forniscono ai farmacisti corrette indicazioni sulla tipologia di ricetta necessaria alla preparazione dei medicinali galenici a base di analgesici oppiacei

Farmaci antalgici: DM 18 aprile 2007

- Il personale che opera nei distretti sanitari di base o nei servizi territoriali o negli ospedali pubblici o accreditati delle aziende sanitarie locali è autorizzato a consegnare al domicilio di pazienti affetti da dolore severo, in corso di patologia neoplastica o degenerativa, le quantità terapeutiche dei farmaci compresi nell'allegato III-bis, accompagnate da certificazione medica
- Anche i pazienti in dimissione da ricovero ospedaliero possono ricevere direttamente dalla struttura sanitaria i farmaci necessari per un primo ciclo di terapia, senza necessità di rivolgersi immediatamente al medico di base e alla farmacia
- E' confermato l'utilizzo del ricettario in triplice copia

Farmaci antalgici: DM 18 aprile 2007

- Il decreto, infine, inserisce nella Tabella II, sezione B delle sostanze stupefacenti e psicotrope due farmaci derivati dalla cannabis (Delta-9-tetraidrocannabinolo e Trans-delta-9-tetraidrocannabinolo) e un farmaco cannabinoide di sintesi (Nabilone)
- Questo crea le basi normative per autorizzarli all'immissione in commercio nel mercato italiano. Allo stato attuale, infatti, questi medicinali non sono reperibili nelle farmacie aperte al pubblico: i medici devono richiederne l'importazione dall'estero all'Ufficio Centrale Stupefacenti del Ministero della Salute
- I medicinali cannabinoidi trovano indicazione nel trattamento della nausea e del vomito in pazienti affetti da neoplasie ed AIDS, e nel miglioramento della qualità della vita dei malati affetti da sclerosi multipla

Farmaci antalgici: Legge 38/2010

Ha completato il processo di semplificazione delle procedura di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore dell'allegato III-bis:

- prevedendo la possibilità di prescriberli sul ricettario del Servizio sanitario nazionale, in alternativa al ricettario a ricalco in triplice copia
- ponendo le premesse, attraverso la modifica dei criteri di composizione delle tabelle delle sostanze stupefacenti, di una ricollocazione in diversa tabella di alcuni farmaci analgesici oppiacei, agevolandone il regime di prescrivibilità

Formazione in CP: Legge 38/2010

- Non esiste attualmente in Italia una vera e propria specializzazione in cure palliative. Nel panorama professionale attuale i medici che si dedicano alle cure palliative sono prevalentemente anestesisti, oncologi e geriatri
- La legge 38/2010 prevede che si individuino i criteri generali per la disciplina di specifici percorsi formativi in cure palliative e di terapia del dolore connesso alle malattie neoplastiche ed a patologie croniche e degenerative
- Il “Comitato Salute” del Ministero della salute ha individuato per ora tre livelli formativi

Formazione di base

Si rivolge a tutte le figure professionali che hanno a che fare con la sofferenza umana e l'esperienza di morte:

- medici
- infermieri
- psicologi
- assistenti sociali, fisioterapisti, ecc.

Formazione intermedia

Si rivolge a coloro che nello svolgimento delle loro funzioni vengono a contatto con pazienti terminali, senza che le CP divengano un'attività prevalente o esclusiva:

- medici di medicina generale
- medici specialisti a maggior contatto con situazioni di terminalità (Oncologia, Ematologia, Radioterapia, Geriatria, Medicina Interna, Malattie infettive, Anestesiologia e Rianimazione, Pneumologia, Neurologia, Cardiologia)
- infermieri
- psicologi

Formazione avanzata

- Specializza medici e infermieri professionali in cure palliative
- E' diretta agli operatori sanitari che lavorano in misura prevalente o esclusiva nell'ambito delle cure palliative
- Comporta un'approfondita conoscenza teorica, un'adeguata esperienza anche in ambito manageriale e la capacità di relazionarsi a reti di servizi, valorizzare le risorse del territorio, organizzare e gestire programmi di ricerca

Cinque nuovi master universitari

Con pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del 16 aprile 2012, sono stati istituiti:

- master in Alta Formazione e Qualificazione in «Terapia del dolore» per medici specialisti
- master in Alta Formazione e Qualificazione in «Cure palliative» per medici specialisti
- master in Alta Formazione e Qualificazione in «Terapia del dolore e cure palliative pediatriche» per medici pediatri
- master di I livello in «Cure palliative e terapia del dolore» per professioni sanitarie (infermiere, infermiere pediatrico, fisioterapista, terapeuta della riabilitazione)
- master di II livello in «Cure palliative e terapia del dolore» per psicologi

Master in Alta Formazione e Qualificazione in “Terapia del dolore” per medici specialisti

- Riservato ai medici in possesso di una delle specializzazioni indicate nell'articolo 5 comma 2 della legge 38/2010 (Anestesiologia e Rianimazione, Geriatria, Neurologia, Oncologia, Radioterapia), con documentata formazione in terapia del dolore
- 12 mesi, 60 crediti formativi, di cui 30 dedicati alla formazione teorica e 30 dedicati alla formazione pratica

Master in Alta Formazione e Qualificazione in “Cure palliative” per medici specialisti

- Riservato ai medici in possesso di una delle specializzazioni indicate nell'articolo 5 comma 2 della legge 38/2010
- 24 mesi, 120 crediti formativi di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 dedicati alla formazione pratica

Master in Alta Formazione e Qualificazione in “Terapia del dolore e cure palliative pediatriche” per pediatri

- Riservato ai medici in possesso della specializzazione in pediatria ed ai medici in possesso della specializzazione in anestesia rianimazione e terapia intensiva, con specifica formazione ed esperienza in pediatria
- 24 mesi, 120 crediti formativi di cui 60 dedicati alla formazione teorica e 60 dedicati alle attività pratiche

Master di I livello in “Cure palliative e terapia del dolore” per professioni sanitarie

- Riservato a infermieri, infermieri pediatrici, fisioterapisti, terapisti della riabilitazione
- 12 mesi, 60 crediti formativi, di cui 40 relativi alla formazione teorica e 20 relativi alla formazione pratica

Master di II livello in “Cure palliative e terapia del dolore” per psicologi

- Riservato ai laureati magistrali in psicologia
- 12 mesi, 60 crediti formativi, di cui 40 dedicati alla parte teorica e 20 dedicati alle attività pratiche

Cure palliative: le associazioni (1)

- **Associazione Europea per le Cure Palliative (European Association for Palliative Care, EAPC)**

E' stata fondata nel 1988 con un forte coinvolgimento italiano. Promuove le CP in Europa a livello scientifico, clinico e sociale. Raggruppa individui di 47 nazioni in tutto il mondo e associazioni da 31 Paesi europei

- **Federazione Cure Palliative (FCP)**

E' una ONLUS di secondo livello che coordina sul territorio nazionale le Organizzazioni Non Profit impegnate nell'assistenza ai malati terminali e alle loro famiglie

Cure palliative: le associazioni (2)

- **Società Italiana di Cure Palliative (SICP)**

Fondata nel 1986, è l'unica società scientifica italiana specificamente creata per la diffusione dei principi delle cure palliative. Pubblica trimestralmente la "Rivista Italiana di Cure Palliative"

- La Federazione Cure Palliative (FCP) e la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) hanno sviluppato le «**Linee guida per le organizzazioni senza fini di lucro per le cure palliative**», che includono tre importanti sezioni dedicate al volontariato: curriculum richiesto, codice deontologico, linee guida (http://www.fedcp.org/publicazioni/linee_guida_onp.htm)

Le CP in Italia: stato dell'arte (1)

- Permangono ancora grandi ostacoli alla piena attuazione della Legge 38/2010
- La preparazione del personale sanitario è insufficiente (soprattutto per quanto riguarda il monitoraggio del dolore)
- E' difficile l'integrazione tra gli attori che intervengono nel cammino terapeutico del paziente: centri di riferimento per la terapia del dolore (hub), ambulatori territoriali di terapia antalgica (spoke), aggregazioni funzionali territoriali dei medici di medicina generale (AFT)
- C'è scarsa informazione dei cittadini sul provvedimento e sulle opportunità di cura da esso garantite
- Il progetto "Ospedale - Territorio senza dolore" non ha sinora prodotto sinora i risultati di integrazione attesi

Le CP in Italia: stato dell'arte (2)

Dal Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 - anno 2011

- Nel primo anno di applicazione della legge 38/2010, sono emersi 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: in linea con le finalità della legge 38/2010, le vendite di tutti i medicinali oppiacei impiegati nella terapia del dolore risultano in aumento

Per approfondire (1)

- **Tematiche cliniche:**

- www.fondazionegraziottin.org
- www.salute.gov.it

- **Tematiche spirituali:**

- www.fondazionegraziottin.org
- www.monasterodibose.it/index.php
- Luciano Manicardi, L'umano soffrire, Qiqajon
- Enzo Bianchi, Adamo, dove sei?, Qiqajon
- Alberto Mello, I Salmi: un libro per pregare, Qiqajon

Per approfondire (2)

- **Tematiche politiche e legislative:**
 - www.salute.gov.it
 - www.fedcp.org/pubblicazioni/pubblicazioni.htm
(Raccomandazione 24/2003 del Comitato dei Ministri agli Stati Membri sull'organizzazione delle cure palliative)
 - www.presenzamica.it (Legge 38/2010; Documento 2009 dell'Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa su «Cure Palliative: un modello per politiche innovative in sanità e in ambito sociale»)

Per approfondire (3)

- **Associazioni e documentazione:**
 - European Association for Palliative Care (<http://www.eapcnet.eu/Home.aspx>)
 - Federazione Cure Palliative (<http://www.fedcp.org/>)
 - Società Italiana di Cure Palliative (<http://www.sicp.it/>)



**Fondazione
Alessandra Graziottin** onlus
PER LA CURA DEL DOLORE NELLA DONNA

Grazie per l'attenzione!