



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA"  
TRIESTE**

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

**n. 148 del 15/04/2011**

**OGGETTO**

Istituzione della "Commissione per la promozione della cultura del non dolore e del morire con dignità nel proprio letto" - in ottemperanza ai disposti della legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e della normativa regionale in materia.

**L'anno duemilaundici, il giorno quindici del mese di aprile nella sede legale,**

**IL DIRETTORE GENERALE**

**Dott. Fabio SAMANI, nominato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 056/PRES dd. 23.03.2010, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, ha adottato la deliberazione che segue:**

**OGGETTO:** Istituzione della "Commissione per la promozione della cultura del non dolore e del morire con dignità nel proprio letto" - in ottemperanza ai disposti della legge n.38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e della normativa regionale in materia

Premesso che la Direzione Sanitaria e quella Infermieristica perseguono la finalità di sviluppare pratiche clinico-assistenziali palliative per consentire ad ogni malato l'eliminazione del dolore e, nel caso in cui sia terminale, di morire con dignità nel proprio letto sostenendo una cultura proattiva dei servizi affinché si adoperino per rendere ciò possibile;

considerato che in Europa si stima una incidenza del dolore pari al 25-30% tale da costituire uno dei principali problemi della sanità che interessa tutte le età, incide negativamente sulla qualità di vita soprattutto nella sua forma cronica e maggiormente angoscia i familiari;

rilevato che nonostante l'incremento registrato negli ultimi anni, l'Italia rimane negli ultimi posti della classifica dei Paesi Europei che consumano i farmaci oppiacei e tutt'oggi nel nostro Paese il dolore non è ancora uno dei parametri normalmente misurati e riportati in cartella clinica;

premessi che la legge n. 39 del 26 febbraio 1999 ha consentito di istituire ben 115 hospice nel Paese, ma le cure palliative sono ancora molto carenti nell'assistenza domiciliare che rimane una criticità da risolvere in rete con i medici di famiglia, i servizi territoriali ed ospedalieri triestini;

valutato che:

le cure palliative e la terapia del dolore costituiscono obiettivi prioritari del Servizio Sanitario Nazionale;

è di primaria importanza promuovere una cultura del *non dolore* e della *buona morte* in una popolazione che per tradizione affida tale questione al personale dei reparti e del pronto soccorso e la ritualizza –estraniandola da se- dietro ad un paravento d'ospedale;

per l'attuazione dei disposti della legge n. 38 del 15 marzo 2010 "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*", dell'accordo Stato regioni del 16 dicembre 2010<sup>1</sup> e della normativa regionale è necessario promuovere una cultura interdisciplinare e interistituzionale del *non dolore* e della *buona morte* che pervada il sistema sanitario-sociale triestino e modifichi conseguentemente l'atteggiamento della popolazione triestina verso la morte (così come è già accaduto e sta ancora accadendo nei confronti della contenzione meccanica e farmacologica);

detta cultura deve intendere e trattare il ***dolore non solo dal punto di vista fisico, ma anche affettivo-relazionale*** e promuovere le buone pratiche di EBM EBN finalizzate all'eliminazione del dolore dentro alla già esistente rete clinico-assistenziale del sistema sanitario e sociale triestino -pubblico e privato- ;

---

<sup>1</sup> ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulle 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. (Rep. atti n. 239/CSR) (11A00318) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011)

considerato che trattare il *dolore in tutte le sue forme* e la *morte* significa entrare in un terreno di evidenza scientifica e buone pratiche, ma anche filosofico, antropologico e psicologico e non solo, e significa anche trattare l'eterno tabù, l'eterno rimosso, il dolore derivante dal *bisogno sessuale-relazionale*;

rilevato che nel 2010 il convegno su ***Il dolore nelle sue molteplici forme*** -realizzato con il contributo di esperti del mondo accademico ed il seminario su ***Affettività, sessualità e dolore e implicazioni assistenziali***, hanno visto una notevole partecipazione ed un elevato consenso dei partecipanti sull'affrontare il dolore nei suoi molteplici risvolti umanistici, scientifici e pratici;

ciò premesso è necessario:

- aprire tutte le *porte del dolore* per *guardare cosa c'è oltre e come si possa affrontarlo per eliminarlo* o almeno lenirlo, dietro a quelle porte sappiamo che troveremo anche la violenza psichica e/o delle relazioni umane, quella sui soggetti fragili di ogni età e genere, quella delle istituzioni e quella derivante dalle cattive pratiche;
- valutare come sia possibile *non produrlo* nei servizi;

rilevato che il provvedimento è presentato dalla Struttura Complessa Servizio Infermieristico Aziendale, che ne attesta la regolarità tecnica, amministrativa e la legittimità e i cui uffici ne hanno curato l'istruzione e la redazione;

inteso il parere favorevole del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;

## **Il Direttore Generale**

### **Delibera**

l'attivazione della "*Commissione per la promozione della cultura del non dolore e del morire con dignità nel proprio letto*" - in ottemperanza ai disposti della legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

#### **Le finalità della Commissione sono:**

a) implementare le conoscenze del personale e dei cittadini su come le culture, nel corso della storia, hanno inteso e vissuto -argomenti tabù-:

- il ***dolore nella sue svariate forme***, come è stato ed è oggi rappresentato;
- la ***morte nei suoi svariati modi***, come è stata ed è oggi rappresentata;

b) sviluppare le conoscenze tra il personale sulla gestione del dolore nelle sue molteplici forme e sul morire con dignità nel proprio letto ogni volta che ciò è possibile;

c)collaborare con i medici di medicina generale per sostenere capillarmente la promozione della **cultura del non dolore e del morire con dignità nel proprio letto** e le buone pratiche cliniche e di nursing ad essa associate in raccordo con i care givers, le residenze per anziani, le Residenze sanitarie assistenziali, i reparti ospedalieri ed i servizi sociali;

d) promuovere la cultura del **star bene** e del **piacere** quale antidoto alla cultura della **sofferenza intesa come merito**;

e) aprire il dibattito su tali questioni con le rappresentanze della cittadinanza e dei lavoratori e con altre istituzioni attraverso iniziative culturali e scientifiche, tavoli di discussione e gruppi di lavoro;

f) sviluppare più in particolare le conoscenze su:

- il fatto che il dolore non è solo fisico o soltanto psicologico- relazionale ed affettivo, ma il dolore si presenta sempre *integrato, complesso*;
- com'è possibile riconoscerlo, vederlo ed affrontarlo nella sua complessità nei servizi sanitari e sociali e rispondere anche ai disposti della normativa nazionale e regionale;
- come gestirlo farmacologicamente e **metterlo al bando** dalla presa in carico per assicurare il *diritto del malato a non soffrire* ;
- come l'approccio comunicativo ed empatico è terapeutico tanto quanto la terapia farmacologica;
- perché è importante che le organizzazioni sostengano ed incoraggino l'empatia quale deterrente utile a prevenire il dolore;
- provare a rispondere ad alcune criticità assistenziali promuovendo la messa in rete delle conoscenze e delle pratiche cliniche, farmacologiche e assistenziali tra servizi territoriali e ospedalieri;

g)attivare un sistema di monitoraggio, di indagine e di ricerca che consenta di valutare nel tempo il fenomeno;

h)elaborare sull'argomento documentazioni (report, saggi, relazioni ect.).

Ciò premesso, la Commissione collabora in stretto raccordo con:

- la *commissione per il monitoraggio e l'eliminazione della contenzione meccanica, farmacologica, ambientale e delle cattive pratiche assistenziali, vecchie e nuove* ;
- la *commissione per la prevenzione dell'incontinenza*;
- la *commissione prevenzione e monitoraggio delle lesioni da decubito*;
- la *commissione prevenzione monitoraggio delle infezioni nosocomiali*.

Componenti la Commissione sono :

- Presidente Adele Maggiore, Direttore Sanitario
- Vice Presidente Maila Mislej, Direttore della S.C. Servizio Infermieristico Aziendale
- Claudio Pandullo, Presidente dell'Ordine dei Medici di Trieste
- Flavio Paoletti, Presidente del Collegio IPASVI di Trieste
- Livia Bicego, Dirigente Infermieristica del Dipartimento della Salute mentale
- Cristina Stanic, Dirigente Infermieristica del Dipartimento delle Dipendenze
- Sara Sanson Referente aziendale HPH
- PierRiccardo Bergamini, dirigente medico legale de Dipartimento di Prevenzione
- Franco Humar, dirigente medico, cardiologo della S.C. Centro Cardiovascolare
- Maria Bartolini, dirigente medico del Distretto 1
- Raffaella Fonda, responsabile infermieristica del Distretto 1
- Bianca Lenardon, responsabile infermieristica del Distretto 2
- Paola Comuzzi, infermiera del Distretto 2
- Barbara Brainik, responsabile infermieristica del Distretto 3
- Fiorenzo Lorenzetto, infermiere del Distretto 3
- Marco D'Alesio, responsabile infermieristica del Distretto 4
- Antonella Colombetta, infermiera del Distretto 4
- Rosanna Favretto, infermiera, Ambulatorio terapia antalgica, Centro sociale oncologico
- Licia Serra, dirigente medico responsabile dell'Ambulatorio di terapia del dolore, Centro sociale oncologico,
- Dino Trento medico di medicina generale
- Roland Tramarin, medico di medicina generale
- Maurizio Saule, medico S. Continuità Assistenziale
- Vittorio Antonaglia, dirigente medico responsabile del Sistema 118
- Miriana Gorella, infermiera del Sistema 118
- Louise Marin, fisioterapista, Referente aziendale dell'area riabilitativa
- Gianluca Borotto, dirigente medico Responsabile Hospice, Casa di Cura Pineta del Carso
- Roberta Vecchi, psicologa, psicoterapeuta, Casa di Cura Pineta del Carso.

Nessuna spesa consegue all'adozione del presente provvedimento che diviene esecutivo, ai sensi dell'art. 4 della L.R. 21/92 come sostituito dall'art. 50 della L.R. 49/96, alla data di pubblicazione all'Albo aziendale.

\*\*\*\*\*

**Il Direttore Sanitario**

dott.ssa Adele Maggiore  
(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Amministrativo**

dott.ssa Cinzia Contento  
(Firmato elettronicamente)

**Il Direttore Generale**

dott. Fabio Samani  
(Firmato elettronicamente)

---