5° FORUM REGIONALE
LA MEDICINA DEL DOLORE IN PUGLIA

ASPETTI DI BIOETICA NEL DOLORE:
IL TRATTAMENTO DEL DOLORE COME DIRITTO FONDAMENTALE DELLA PERSONA

Illustri convenuti, vorrei riflettere con voi su alcune questioni di carattere bioetico per meglio orientarci nella nobile pratica della medicina del dolore e mi piace introdurmi con una emblematica citazione di Frank Brennan e Michael J. Cousins, presa da un loro storico lavoro dal significativo titolo: "Pain Relief as a Human Right", edito sulla prestigiosa rivista "Pain", nel Settembre 2004. Così scrivevano:
"E' giunto il momento, il problema è chiaro. Il dolore è il più grande problema di salute pubblica al mondo[1]. Questa è l'amara constatazione ed insieme il punto di partenza dal quale ogni approfondimento sulla questione del dolore e del suo trattamento deve partire per una obiettiva analisi del problema che conduca a delle coraggiose e coerenti scelte di politica sanitaria in favore dei cittadini sofferenti.
In ossequio a tale affermazione , il controllo adeguato del dolore rappresenta senza dubbio il passato, presente e futuro dell' anestesiologia e porta a considerare il sollievo dal dolore come un **"diritto fondamentale della persona"**; questa convinzione scaturisce da due principali linee di ragionamento lungo le quali condurrò questa riflessione: in primo luogo, la consapevolezza basata sull'evidenza epidemiologica che il dolore è ancora trattato in maniera largamente inadeguata alle esigenze di chi soffre, a causa di barriere culturali (falsi miti, ignoranza, pregiudizi) ed insufficienze nelle competenze della classe medica. In secondo luogo che il diritto a lenire il dolore si inserisce a pieno titolo nel diritto fondamentale della persona alla salute psico-fisica. Queste tesi trovano la loro giustificazione dall'analisi della terapia del dolore applicata al principialismo bioetico, al diritto internazionale, nazionale, alle normative, ai codici deontologici degli operatori sanitari, ed infine nelle due storiche dichiarazioni che rappresentano la *magna carta* di riferimento per gli operatori sanitari nell'affrontare il paziente con dolore :"**The Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine's Statement on Patients' Rights to Pain Management (ANZCA)"** e la "**Declaration of Montréal declaration that access to pain management is a fundamental human right".**

[1] Frank Brennan, Michael J. Cousins, "Pain Relief as a Human Right", Pain, Volume XII, No. 5 Settembre 2004, p.1.

Quello del dolore è un problema antico quanto l'uomo e, probabilmente, fin dalle epoche più remote la nostra specie ha messo in atto strategie per difendersi da esso e, nonostante le conoscenze sulla sua fisiopatologia e terapia, all'alba del XXI° secolo, abbiano raggiunto dei livelli mai conosciuti prima, si può parafrasare con Sant'Agostino: «~~Quid ergo est dolor? Si nemo ex me quaerit, scio: si quaerenti explicare velim, nescio»~~[2]~~.~~ **Allora che cosa è il dolore? Se nessuno me lo domanda, lo so. Se voglio spiegarlo a chi me lo domanda, non lo so più»**. Questa parafrasi a prima vista scoraggiante, rispecchia in pieno il concetto di soggettività dell'esperienza dolore così come espresso dalla stessa definizione della IASP: "Un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale, o descritta in termini di danno"[3].

(Epidemiologia del dolore e politiche di trattamento in Italia)

Infatti quando parliamo di dolore non possiamo dimenticare che dietro questa parola si nascondono non soltanto questioni e problemi pratici e decisionali più o meno gravi, ma un mondo intero, il mondo del dolore che coinvolge la persona nelle sue diverse dimensioni psico-fisiche; e in quanto vissuto, pone domande di senso, sia a chi lo subisce che a coloro i quali sono chiamati a trattarlo, sul suo perché, su come affrontarlo ed eventualmente accettarlo. Questo vale in modo particolarmente drammatico quando l'esperienza di un dolore non dominabile è contestuale a un vissuto di malattia che limita gravemente l'autonomia personale, minacciandone la dignità, specialmente quando la malattia è inguaribile e a prognosi infausta. Il dolore diventa allora un simbolo concreto in cui confluiscono il senso di minaccia e di sconfitta; il senso di impotenza del malato e insieme la profonda frustrazione del medico[4]. In questo contesto si collocano le molteplici domande che la lotta quotidiana contro il dolore, combattuta dagli ammalati e dai medici, pone all'etica ed alla politica**.**

In uno studio sul dolore cronico non oncologico condotto in Europa centrale (Francia, Germania, Italia, Spagna e Regno Unito), nel maggio 2012[5], su un campione casuale di 1.010 adulti di età compresa tra i 18 ed i 64 anni che hanno dichiarato di soffrire di dolore cronico, è stato evidenziato che il 63% degli intervistati italiani ritiene che il proprio dolore non possa essere curato. Per quanto attiene ai giorni liberi dal dolore, solo il 7% prova sollievo quotidiano dal dolore cronico di cui soffre. Da tale evidenza si deduce che tra quanto è

[2] Agostino,Confessiones, IX, XIV, 2: «Allora che cosa è il tempo? Se nessuno me lo domanda, lo so. Se voglio spiegarlo a chi me lo domanda, non lo so più».

[3] IASP (International Association for the Study of Pain – 1986)

[4] Maurizio P. Faggioni:"Il dolore e la cura del dolore in prospettiva cristiana" in Giovannelli Giorgio(a cura di):atti del Convegno "Bioetica Del Dolore", Fano 21-24 aprile 2009, p.67-68.

[5] The Painful Truth Survey 2012.

possibile e giusto fare per eliminare e controllare il dolore fisico e quanto in pratica viene fatto, riscontriamo una vistosa differenza anche se nell'ultimo ventennio si riscontra una aumentata sensibilità nei confronti del problema dolore. A questa legittimità culturale ed etica risponde infatti l'inserimento delle azioni rivolte a tale fine tra le priorità del servizio sanitario pubblico italiano, già con il Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000 che proponeva un "patto di solidarietà per la salute" ed individuava l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita tra gli obiettivi da privilegiare. Si è cercato inoltre di trovare un modello di gestione più funzionale per garantire cure antalgiche alla popolazione, come dimostra il primo tentativo effettuato nel 2001 con l'accordo in Conferenza Stato-Regioni, denominato "Ospedale senza dolore" [6]. Sull'esperienza di questi tentativi, non pienamente realizzati, si è giunti ad un ulteriore importante passo avanti nella cultura della terapia del dolore in Italia, con l'emanazione della Legge del 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

(Cause dell'inadeguato trattamento del dolore)

Dopo questo breve inquadramento epidemiologico, cerchiamo di capire quali sono le principali cause che determinano un inadeguato trattamento del dolore, facendo prima delle fondamentali considerazioni sul senso del curare.

Se il termine latino *salus* voleva intendere la salute del corpo e dello spirito, oggi i due significati si sono differenziati, ciò rischia però di produrre danni per il bene di tutto l'uomo il quale per il semplice fatto di pensare solo alla salute del corpo non ha certo sconfitto la sofferenza, la morte, la malattia. Anzi si ammala, soffre e muore di una malattia e di una morte senza senso e senza speranza[7]. Affermato e condivisa questa visione olistica dell'uomo, possiamo asserire che sconfiggere o lenire il dolore fisico non equivale a sconfiggere la sofferenza se non si guarda alla sofferenza in toto, psico-fisica, dell'uomo. Parte della medicina pertanto viene quindi orientata più che alla cura, alla trasformazione e allo spostamento dei limiti umani avendo come suo scopo l'ottimizzazione delle prestazioni; la tecnologia medica perciò interpreta visioni controverse di ciò che può essere inteso uno stato *normale*[8]. **Ne consegue che rischiamo di vivere nell'illusione che tutto sia tecnicamente possibile. Tale illusione è destinata però a produrre frustrazione; se ci si ammala bisogna guarire per forza e se non si guarisce la colpa è dei medici[9]. Pertanto chi si**

6 Conferenza Stato-Regioni del 24.05.2001 Accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida inerente il progetto "Ospedale senza dolore".

7 Sergio Belardinelli, "La malattia, la morte, la biopolitica" in Giovannelli Giorgio(a cura di):atti del convegno "bioetica del dolore", Op. cit., p.9.

8 Nikolas Rose,"La politica della vita", Ed. Einaudi, Torino 2007, p.26.

9 Sergio Belardinelli, Op. cit., p. 10

approccia a proporre un trattamento antalgico farebbe bene a prospettare al soggetto affetto da dolore che il fine della terapia è il miglioramento della qualità di vita e non tanto o non solo la risoluzione completa del sintomo dolore dato che quest'ultima potrebbe non essere pienamente possibile.

Per quanto attiene alle ragioni culturali del sottotrattamento antalgico, si tenga presente che nella valutazione etica, la sofferenza è stata a lungo associata all'idea di castigo, impregnando il comune sentire della gente. La stessa concezione caratterizza la giustizia umana, al punto che il termine "pena" ha assunto il duplice significato di dolore e condanna. Si è fatta strada, tuttavia, nell'epoca moderna, un'altra interpretazione secondo la quale il dolore non è un castigo da accettare supinamente, ma costituisce la connotazione che accompagna il male e lo distingue dal bene: non va, quindi, subìto, ma va inteso come un segnale d'allarme da spegnere non appena ha assolto il suo compito[10].
Tuttavia nonostante il numero crescente di iniziative da parte di prestigiose organizzazioni e leader di pensiero per migliorare la gestione del dolore, potenti miti (e i loro fautori) sono ancora ben radicati e continuano a diffondersi con la facilità di un'epidemia, indipendentemente da qualsiasi esigenza logica o razionale[11].
La credenza che il dolore è una parte inevitabile della condizione umana, è ancora molto diffusa. Esempi di miti di dolore condivisi sia da operatori sanitari che da pazienti, includono le nozioni che il dolore è necessario, naturale e quindi benefico, che il dolore è essenziale per la diagnosi, che i "buoni pazienti" non si lamentano e che il dolore sotto-trattato ha conseguenze economiche trascurabili, che il dolore dopo un intervento chirurgico o in associazione con il cancro è inevitabile e che molti pazienti con dolore cronico non neoplastico quasi non esistono o hanno problemi puramente psicologici[12].

Altro punto dolente è rappresentato dalle motivazioni attitudinali, professionali che spiegano l'inadeguata cura del dolore.
Il trattamento del dolore non ha un posto significativo nella preparazione curriculare di base del medico e quindi potrebbe indurlo a non considerarlo una priorità terapeutica. Il procrastinare la prescrizione della terapia del dolore fino alla grave sofferenza del malato può essere dovuto non solo all'ignoranza dei principi fondamentali della terapia antalgica, ma anche all'idea di somministrare o prendere farmaci solo quando il dolore è insostenibile, il che implica che la sofferenza abbia qualche valore positivo; tuttavia tale

[10] Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale Per La Bioetica, Op. cit., p.1
[11] Frank Brennan n, Frank MBBS et Al, "Pain Management, Op. cit., p.7.
[12] Ivi.

riconoscimento non può assolutamente avvenire per decisione unilaterale del medico[13] ma spetta unicamente al sofferente. Un ulteriore causa è legata alla scarsa integrazione nel sistema sanitario di tutto ciò che cura il sintomo, pur senza curare la malattia, e all'idea che solo i risultati positivi in termini di guarigione o di controllo della malattia sono da valutare utili, anche dal punto di vista dell'impegno economico.
Esiste una tendenza generale, che riguarda la grande maggioranza degli ospedali, di delegare a competenze specifiche - quasi sempre anestesisti - la terapia del dolore. Ne discende una notevole difficoltà nell'organizzare le risposte alle richieste di terapia specifica e la progressiva deresponsabilizzazione di tutti gli altri medici, a riprova della frequente assenza di un impegno complessivo dell'organizzazione sanitaria. Quest'ultima tendenza può avere anche una relazione con la scelta di atteggiamenti "difensivi" che possono essere utilizzati dai medici per evitare possibili conseguenze medico-legali[14]. **Questa tendenza all'oppiofobia e/o all' oppioignoranza viene ritenuta la principale tra le barriere attitudinali degli operatori sanitari per alleviare il dolore.**
Convinzioni irrazionali che vengono trasmesse ai pazienti e ai loro familiari creando in loro una farmacoresistenza che relega l'uso degli oppiacei agli ultimi istanti della vita.

Ma la questione dolore può essere vista come un problema morale?
La risposta a tale quesito è sicuramente affermativa. Basti pensare che La questione del dolore è al centro della riflessione bioetica poiché si riferisce a condizioni di vita che richiamano la considerazione morale degli esseri viventi; tali condizioni, per la loro specificità, vedono spesso il sofferente in una situazione di vulnerabilità e dipendenza dal curante.
E' bene specificare che quando si parla di dolore in bioetica, si intende innanzitutto la coscienza del dolore e non già lo stato del dolore in sé. Ciò che ha rilevanza ai fini della considerazione etica è infatti il dolore in quanto provato da qualcuno, in quanto vi è qualcuno che vive e soffre.[15] Si ritiene pertanto che un'etica rispettosa della cura delle persone debba limitare la sofferenza attraverso la terapia del dolore. Infatti in condizioni di fine vita, proprio la presenza di sofferenze prolungate e gravi, è una delle ragioni principali che sono invocate per chiedere l'eutanasia[16]. **Anche le etiche Kantiane e personaliste che pongono il valore morale dell'uomo rispettivamente nella sua razionalità (deontologismo) e nella esistenza in vita (personalismo ontologico), non consentono che sia il dolore a ridurre il valore della vita**.

[13] C.N.B., Op. cit., p.7.
[14] Ivi.
[15] Eugenio Lecaldano, "Dolore" in Dizionario di Bioetica, Ed. Laterza, Roma-Bari 2007, pag.99-100.
[16] Ivi.

Le etiche religiose, inoltre, possono giustificare e dare un significato al dolore in un'ottica acetica, ma non ne impediscono il suo trattamento.

Pertanto una risposta onesta all'inadeguatezza del trattamento del dolore consiste in primis nel mettere in discussione i fondamenti etici della professione medica moderna; ne consegue che **qualsiasi campagna di promozione per una migliore gestione del dolore dovrebbe avere l'etica come base e, precisamente, che la gestione del dolore è un'impresa morale ed emana dal nucleo più profondo della bioetica[17].**
A questa affermazione si contrappone l'evidenza che nonostante da circa trent'anni ormai, la letteratura medica abbia accuratamente documentato l'inadeguato trattamento di tutti i tipi di dolore da parte dei medici, durante questo stesso periodo, il fenomeno del dolore sottotrattato ha ricevuto quasi nessuna attenzione dalla letteratura bioetica[18] la quale nel frattempo si è sviluppata molto in altri settori. Questa povertà di dati viene confermata da una revisione della letteratura dell'aprile 2012, sviluppata con lo scopo di analizzare la produzione scientifica per quanto riguarda le relazioni tra dolore e principi della bioetica (principio di autonomia, beneficenza, maleficenza e giustizia) esaminando un totale di 14 pubblicazioni[19]. Tuttavia g**li autori concludono giungendo ad una importante affermazione; che il sollievo dal dolore è un diritto umano e un problema morale direttamente connesso con lo standard del modello del principialismo bioetico**. Questa affermazione viene confermata da Bernhofer il quale sostiene come l'uso deliberato di principi etici, quando si devono prendere delle decisioni per la gestione del dolore nei pazienti ricoverati, può fornire ulteriori supporti decisionali giungendo a risultati ottimali, tenendo presente che la valutazione e il trattamento del dolore è una questione complessa e che non va mai sottovalutato o ignorato quanto il paziente riferisce. **Infatti quando un paziente ha bisogno di un incremento farmacologico per l'ipertensione, il medico non lo giudica; quando invece un paziente non risponde al trattamento standard per il dolore, allora viene giudicato come un soggetto a cui piacciono i farmaci, un drogato o un soggetto che vuole sfuggire dalla realtà[20].**

A causa dell'intrinseca soggettività dell'esperienza dolore, sia da parte di chi lo soffre che da parte di chi è deputato ad affrontarlo, le decisioni che attengono alla valutazione e al trattamento, potrebbero essere facilmente influenzate da

---

17 AM Gilson, DE Joranson, MA Mauer, "Improving medical board policies: influence of a model", J Law Med Ethics. 2003;31:119–29.
18 Rich BA, "A legacy of silence: bioethics and the culture of pain", J Med Humanit, 1997 Winter;18(4):233-59.
19 LA Souza , AP Pessoa, MA Barbosa, LV Pereira, "The bioethical principlism model applied in pain management", Rev Gaucha Enferm. 2013 Mar;34(1):187-95.
20 Ivi.

pregiudizi ed emozioni. Per evitare tutto ciò ci si può ricondurre ad un atteggiamento riflessivo, trasparente e rispettoso da parte di tutti coloro che sono coinvolti in tale processo, ponendosi i seguenti interrogativi[21]:

1. Le preferenze del paziente riguardo la scelta del trattamento previsto per il suo dolore hanno avuto la priorità (autonomia)? Il sofferente ha compreso i rischi e benefici della scelta terapeutica propostagli (consenso informato)?
2. Il paziente beneficia realmente delle mie decisioni terapeutiche(beneficenza)?
3. Cosa posso fare per diminuire il danno (non maleficenza) derivante dal regime di trattamento previsto? Ho maturato una sufficiente competenza nell'utilizzo delle tecniche antalgiche proposte?
   Ho fatto del mio meglio per proteggere il paziente più vulnerabile, trattando il suo dolore nel miglior modo possibile con rispetto e senza discriminazione alcuna (giustizia)?

Se pare ormai acquisito il concetto che il trattamento del dolore rappresenti una buona pratica etica e clinica, non altrettanto dicasi della convinzione che la promozione del sollievo dal dolore sia un diritto fondamentale della persona[22].
La difficoltà di convalidare quest'ultima pretesa nasce dalla mancanza di precedenti giuridico-normativi espliciti ed uniformi.
Le Nazioni Unite proclamano il diritto "di ogni individuo di godere del più alto livello possibile di salute fisica e mentale" **ma non si fa nessun espresso riferimento al sollievo dal dolore** e l'Organizzazione Mondiale della Sanità conia la seguente definizione dello stato di salute; "*uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità".* **Risulta evidente pertanto che la possibilità di assicurare un adeguato sollievo dal dolore risulti conforme a questa definizione e che tale diritto è intrinseco al più generico diritto alla salute** .
Un'altra autorevole fonte è rappresentata dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo che all'art. 5 recita: **"*Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamento o a punizioni crudeli, inumane o* degradanti**". Sebbene rivolto principalmente al trattamento dei prigionieri, il concetto rafforza i diritti dei pazienti alla gestione efficace del dolore e condanna i peggiori casi di negligenza in merito. **In sintesi, mentre non esiste un esplicito diritto umano internazionale ad alleviare il dolore, esiste un diritto al *"miglior stato di salute*" che implica senza ombra di dubbio il diritto al sollievo dal dolore[23].**

---

[21] Ivi.
[22] Frank Brennan, Michael J. Cousins, *" Pain Relief as a Human Right",* PAIN, Volume XII, No. 5, 2004 , p.1.

[23] Frank Brennan, Michael J. Cousins, Op. cit., pp.1-2

È interessante notare inoltre che l'EFIC (Federazione Europea sul Dolore) ha presentato una dichiarazione al Parlamento europeo proponendo che il concetto di dolore cronico non oncologico sia considerato una "malattia a sé stante" giustificando pertanto un aumento di attenzione sul problema. Rimane da vedere se tale dichiarazione culminerà nell' inserimento della Costituzione Europea di un espresso diritto al sollievo dal dolore

Il riconoscimento del diritto di cui ci stiamo occupando trova qualche fondamento anche nel diritto nazionale attraverso le costituzioni, le legislazioni nazionali, e le varie normative del diritto penale che puniscono la negligenza medica. Molte nazioni infatti hanno scritto costituzioni al cui interno è sancito il diritto dei loro i cittadini a ricevere un' adeguata assistenza sanitaria[24]; a tale proposito è doveroso citare l'Art.32 della Costituzione della Repubblica Italiana che così recita: "**La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti**".
Ancora una volta però non si trova un esplicito riferimento al diritto al sollievo dal dolore.

Molto incoraggiante appare il nuovo **Codice Italiano di Deontologia Medica** del 2014 che all'art.3, Doveri generali e competenze del medico, prevede espressamente : **" *il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza*" nell'ambito della tutela della vita e della salute psico-fisica.**

Tuttavia non basta affermare soltanto un diritto, ma bisogna creare il contesto socio culturale affinchè tale diritto sia applicato.
Le raccomandazioni, le dichiarazioni storiche, non cambiano il comportamento dei singoli operatori non inclini alla cura del dolore, nè di per sé hanno alcun valore giuridico mandatorio. Ciononostante, nel loro insieme, forniscono a tutti coloro i quali si interessano al problema, specifiche e chiare indicazioni per motivare ad una corretta gestione terapeutica. In questo modo i medici non apparterranno più ad un microcosmo privo di conoscenze nel settore.
Le rivoluzioni culturali hanno spesso conseguenze impreviste ed imprevedibili. Anche se l'obiettivo è quello di smantellare l' "etica dell'inadeguatezza terapeutica" il pericolo incombente è rappresentato dalle cattive interpretazioni o fraintendimenti da parte del pubblico e/o degli stessi operatori sanitari, del linguaggio impiegato dalle leggi, dai tribunali, enti professionali e dichiarazioni di principi. Il pubblico può interpretare il "diritto al sollievo dal dolore" come un diritto a poter richiedere qualsiasi trattamento analgesico che meglio crede.

[24] Cfr. l'Art.32 della Costituzione della Repubblica Italiana che così recita:" La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Questa interpretazione sconvolgerebbe la relazione medico-paziente basata sulla fiducia di chi si affida al curante e sulla libertà da parte di quest'ultimo di scegliere i trattamenti in piena libertà di scienza e coscienza. Un altro possibile risvolto della promozione di tale "diritto" è il messaggio implicito che tutto il dolore possa essere trattato in modo soddisfacente. Infatti è innegabile che non tutti i tipi di dolore possono essere alleviati, e che è lecito rivendicare **il diritto ad essere trattati per il dolore** ma **non il diritto ad essere liberati dal dolore** che implicitamente prevede un diritto al "risultato perfetto".
Anche all'interno della classe medica, si potrebbero ravvisare delle interpretazioni distorte. I medici potrebbero vedere questa promozione come potenzialmente pericolosa per la loro autonomia; potrebbero vedere le linee guida, le sentenze, o le prescrizioni di legge come onerose, giuridicamente vincolanti ed irrealistiche e come conseguenza di tutto questo si potrebbe incrementare, ancora una volta, la pratica della medicina difensiva a scapito dei pazienti e di tutta la società.

In conclusione si può asserire che il tentativo di modificare la cultura del trattamento del dolore affinchè sia inteso come un diritto fondamentale della persona, passi attraverso una strategia che comprende misure etiche, legali e mediche, integrate a tutti i livelli; quindi per il futuro si auspica:

1. Inserimento nei curricula degli operatori sanitari di competenze in merito alla Terapia del Dolore, con istituzione di una branca specialistica in Medicina del Dolore.
2. Adozione delle norme universali emanate da organismi professionali per la gestione della sofferenza.
3. Promozione ed applicazione della legislazione specifica.
4. Fornitura dei presidi per la terapia antalgica, a prezzi accessibili, anche per le zone disagiate del mondo.
5. Promozione di programmi per il controllo del dolore in tutte le nazioni, indipendentemente dalle risorse disponibili.
6. Continuo attivismo dell'OMS in collaborazione con organizzazioni internazionali per il monitoraggio delle politiche di sollievo dal dolore in tuto il mondo.

L'augurio è che si passi presto da una fase in cui si auspica tale nobile diritto ad una fase in cui questi, rappresenti già una realtà universale.
Grazie della pazienza e buon lavoro.