

La legge 38/2010 rappresenta un punto di svolta importante per il nostro sistema sanitario, poiché ha legittimato il diritto all'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Tuttavia, è un dato di fatto che, nella prassi, l'impatto della legge è stato più efficace sulle cure palliative, soprattutto in ambito oncologico, rispetto alla gestione del dolore cronico non oncologico. In questo articolo approfondiremo le ragioni di questa differenza, chiarendo perché il dolore cronico – riconosciuto ormai come una malattia a sé stante – continua a essere sotto-trattato e quali aspetti di sistema impediscono una piena attuazione della legge per questa categoria di pazienti.

## Il dolore cronico: una malattia oltre il sintomo

La prima difficoltà nasce dalla confusione tra dolore come sintomo e dolore come malattia. Spesso si tende a considerare il dolore cronico semplicemente come un sintomo di altre condizioni patologiche, demandandone la gestione alla cura della malattia di base. Ma la letteratura clinica oggi definisce dolore cronico una sindrome a sé stante, caratterizzata da dolore persistente oltre i tre mesi consecutivi, senza correlazione diretta con una causa facilmente reversibile. Questa soglia temporale è fondamentale per distinguere il dolore cronico da una fase acuta.

Un esempio concreto è quello di un paziente con fibromialgia o con sindrome da dolore neuropatico: qui il dolore non è solo la spia di un disturbo, ma rappresenta un vero e proprio problema di salute che deve essere affrontato direttamente e in modo multidisciplinare. La legge 38/2010 ha riconosciuto il diritto a cure adeguate per questi pazienti, ma la sua applicazione nella realtà quotidiana è difficile proprio perché manca una chiara integrazione tra diagnosi e percorso terapeutico specifico per il dolore cronico.



## Impatto limitato sulle patologie non oncologiche: le cause sistemiche

Il sistema sanitario si è progressivamente strutturato per offrire accesso tempestivo e omogeneo alle cure palliative per i pazienti oncologici, spesso grazie anche all'istituzione di centri multidisciplinari del dolore dedicati. Tuttavia, quando si tratta di dolore cronico non oncologico, ancora oggi si riscontrano ostacoli significativi:

- **Sotto-formazione e scarsa conoscenza** da parte dei medici di base: molti clinici non hanno ricevuto una formazione adeguata per riconoscere e valutare correttamente il dolore cronico come malattia, né per monitorarne la risposta alle terapie.

- **Inadeguata misurazione del dolore:** l'assenza di strumenti standardizzati e pratici per la valutazione oggettiva del dolore limita la qualità delle cure e la personalizzazione dei trattamenti.
- **Fragmentazione dei servizi sanitari:** la mancanza di un coordinamento efficace tra specialisti, medici di famiglia e centri dedicati rende difficile costruire un percorso terapeutico sostenibile per il paziente con dolore cronico.

La conseguenza è un sotto-trattamento sistemico che produce non solo sofferenza inutile, ma anche un aumento dei costi sociali e sanitari a lungo termine.



## Centri multidisciplinari del dolore: un modello da potenziare

I centri multidisciplinari del dolore rappresentano un punto di riferimento essenziale per la corretta gestione del dolore cronico. Qui si integra il lavoro di anestesisti, neurologi, psicologi, fisioterapisti e altri specialisti che cooperano per costruire percorsi personalizzati. Tuttavia, la diffusione di questi centri rimane limitata e spesso concentrata nei grandi centri urbani, impoverendo così l'accesso per le aree meno servite.

Per migliorare la situazione, è indispensabile potenziare questi servizi, rafforzandone la rete territoriale e garantendo un collegamento diretto e continuo con i medici di base. Solo così si può assicurare un approccio globale che tenga conto della complessità della patologia dolorosa.

## Terapie complementari: terapie cognitivo-comportamentali e cannabis terapeutica

La gestione del dolore cronico richiede un approccio multidimensionale che vada oltre il mero utilizzo di farmaci analgesici. Le terapie cognitivo-comportamentali (CBT) per il dolore rappresentano un esempio positivo di trattamento integrato, aiutando i pazienti a modificare la percezione del dolore e a migliorare la qualità della vita attraverso strategie psicologiche strutturate. Questi interventi, spesso proposti da psicologi esperti nel dolore, sono stati validati da numerosi studi e dovrebbero essere maggiormente integrati nell'offerta sanitaria pubblica.

Altro aspetto rilevante riguarda la cannabis terapeutica, la cui prescrizione su indicazioni refrattarie rappresenta una possibilità concreta per quei pazienti che non rispondono alle terapie tradizionali. La legge 38/2010 ha favorito

anche la regolamentazione di questi trattamenti, ma la disponibilità rimane disomogenea e spesso ostacolata da complicazioni burocratiche o da una percezione negativa anche tra i clinici.

## **Un chiarimento sugli ostacoli economici: prezzi di farmaci e visite non sono il vero problema**

Un errore comune è attribuire la scarsa applicazione della legge 38/2010 e il sotto-trattamento del dolore cronico ai prezzi elevati dei farmaci o delle visite specialistiche. Se è vero che i costi rappresentano un aspetto da considerare, soprattutto in ottica di sostenibilità, il problema principale risiede altrove. È [Gran bel post da leggere](#) più corretto parlare di mancata formazione, carenza di servizi integrati, e assenza di protocolli chiari e condivisi.

Per esempio, un paziente che riceva una terapia cognitivo-comportamentale e sia seguito da un centro multidisciplinare può vedere un significativo miglioramento della qualità di vita anche con un percorso che non punta solo su farmaci costosi ma su un equilibrato mix di approcci clinici.

## **Formazione dei medici di base e misurazione standardizzata del dolore**

Per invertire la rotta, occorre investire nella formazione continua dei medici di medicina generale. Questi professionisti rappresentano infatti il primo filtro e l'unico punto di riferimento quotidiano per la maggior parte dei pazienti con dolore cronico.

Implementare strumenti efficaci, semplici e validati per la misurazione del dolore e della sua evoluzione permetterebbe di monitorare la risposta alle diverse terapie e ridefinire tempestivamente il piano terapeutico. Solo così sarà possibile personalizzare il trattamento e assicurare un'effettiva attuazione della legge 38/2010 a favore del paziente.

## **Conclusioni**

La legge 38/2010 ha rappresentato una rivoluzione culturale e legislativa per il diritto alle cure palliative e alla terapia del dolore. Tuttavia, il suo impatto sulla gestione del dolore cronico è ancora limitato da ostacoli sistemici legati al riconoscimento del dolore cronico come malattia, alla formazione inadeguata, alla carenza di centri multidisciplinari del dolore e alla scarsa integrazione delle terapie complementari come le CBT e la cannabis terapeutica su prescrizione per indicazioni refrattarie.

Per migliorare la situazione, è necessario sviluppare una rete integrata che coinvolga i medici di base, incrementi la diffusione dei centri specializzati e valorizzi i percorsi terapeutici multidimensionali a beneficio del paziente. Solo così potremo onorare appieno lo spirito della legge e offrire una risposta concreta a chi convive quotidianamente con il dolore cronico.