

Dolore cronico

La difficoltà ad accedere alle cure per 10 milioni di italiani

La legge 38 del 2010 riconosce il diritto ai cittadini di non soffrire e istituisce reti per trattare i pazienti con terapie adeguate. Ma i fondi che vengono stanziati sono troppo scarsi e la maggior parte delle regioni non ha ancora firmato gli accreditamenti alle strutture

di Marco Maroni

In Italia ne soffrono, secondo l'Istituto superiore di sanità (Iss), circa 6,5 milioni di donne e 4 milioni di uomini. Ma sono malati che non ricevono tutta l'attenzione di cui avrebbero bisogno, nonostante i progressi fatti negli ultimi anni dalle terapie. Stiamo parlando del dolore cronico.

L'esperienza di quanto può essere spiacevole e invalidante un mal di schiena o un mal di testa è molto comune. Ma quando il dolore diventa un compagno della quotidianità, la qualità della vita viene compromessa anche in termini psicologici, di lavoro, di relazioni sociali. Tanto che l'International association for the study of pain, il riferimento scientifico in materia, considera il dolore cronico **“uno dei più pressanti e dei più sottovalutati problemi in ambito sanitario”**.

L'Organizzazione mondiale della sanità classifica come cronico un dolore “continuo o ricorrente per più di tre mesi”. Secondo un'indagine pubblicata nel 2023 dall'Iss, la causa è nella maggior parte dei casi (52%) una patologia diagnosticata, soprattutto malattie reumatiche, artriti, artrosi, infezioni, per il 21% un trauma, come incidenti stradali

o domestici, per il 7% la conseguenza di un intervento chirurgico e per il 3% l'insorgenza di un tumore; mentre per il 13% si parla di dolore cronico “primario”, senza una diagnosi certa. È questo il caso, per esempio, della comune emicrania o della fibromialgia, patologia che coinvolge muscoli e articolazioni e affligge circa due milioni di persone in Italia.

Poche campagne informative

Sulla carta, l'Italia sarebbe all'avanguardia. La legge 38 del 2010 (“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”) stabilisce infatti il diritto dei cittadini a non soffrire. Uno dei principali provvedimenti è l'istituzione di “reti” di terapia del dolore: un sistema che dovrebbe coordinare l'attività del medico di medicina generale con quella degli specialisti e di centri dedicati alla cura del dolore nelle strutture ospedaliere. Si stabilisce, inoltre, che nelle cartelle cliniche dei pazienti ricoverati debba essere registrato il livello di dolore, con l'indicazione delle terapie adeguate. E si prevedono campagne d'informazione. È una legge che però stanziava pochi fondi (basti pensare che per le

campagne di informazione sono stati autorizzati 50mila euro il primo anno, 150mila il secondo e il terzo) e che, data l'autonomia regionale in materia di sanità, dà soprattutto raccomandazioni, delegando alle Regioni l'attuazione della maggior parte dei provvedimenti. Il risultato è che **almeno un terzo dei pazienti che soffrono di dolore cronico ancora oggi non riceve una diagnosi** o è indirizzato alle cure con significativi ritardi.

È un tema di cui si occupa da decenni Cittadinanzattiva, Onlus che nel 1980 ha fondato il Tribunale per i diritti del malato. «La legge 38 non è ancora attuata in pieno», dice Tiziana Nicoletti, responsabile del coordinamento delle associazioni dei malati cronici della Onlus, «tanto che il 73% dei cittadini non è a conoscenza delle norme né dei servizi offerti sul territorio e il 40% non sa quali siano le cure, nonostante quasi tutte le sindromi dolorose siano trattabili. Questo succede sia per la poca informazione, sia perché è scarso l'interesse del personale sanitario. La diagnosi e i trattamenti richiedono tempo e risorse e il dolore è tradizionalmente considerato un problema secondario, che non mette in pericolo

la vita del paziente». A pesare sono anche una scarsa consapevolezza sociale e pregiudizi: «Si tende a pensare che chi si astiene dal lavoro per una cefalea o un'endometriosi ne stia un po' approfittando».

Di recente, Cittadinanzattiva ha svolto un'indagine sul Pronto soccorso. «Se mi rompo un polso, oltre all'intervento ortopedico andrebbe eseguita una rilevazione del dolore, con una rivalutazione dopo gli interventi analgesici, ma non viene fatto», spiega ancora Nicoletti.

Il ritardo del servizio sanitario

Le reti, che dovevano essere un punto di forza del nuovo sistema, per ora sono state istituite in modo molto disomogeneo, con la maggior parte delle regioni che non ha ancora firmato gli accreditamenti alle strutture, cioè le autorizzazioni a erogare le prestazioni a carico del sistema sanitario.

Secondo Silvia Natoli, professore di Anestesiologia all'Università di Pavia, medico di Anestesia e rianimazione al Policlinico San Matteo e responsabile di Medicina del dolore e cure palliative

della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva (Siaarti), «alcuni passi avanti sono stati fatti, i presupposti per strutturare le reti sono stati creati, ma abbiamo una sanità in capo alle regioni e ognuna ha i suoi criteri. Il sistema sanitario, inoltre, ha problemi di risorse, e fatica a recepire una disciplina nuova».

C'è anche un problema di quantificazione del bisogno. «Se non si sa quanti malati ricorrono a queste terapie è difficile stabilire le risorse da stanziare», continua Natoli. «Per fare un esempio, un'infiltrazione al ginocchio è una prestazione che nell'impegnativa di solito viene attribuita a ortopedia. Il ministero della Salute nel 2019 ha formalmente istituito la terapia del dolore come disciplina ospedaliera e le ha assegnato il codice di branca, il numero che la identifica e che permette, grazie ai flussi delle impegnative, di quantificare le prestazioni erogate, ma molte regioni non l'hanno ancora recepito».

La cura del dolore, secondo Natoli, sconta anche un'arretratezza culturale. **«In Italia non c'è una disciplina universitaria, non c'è neanche un esame di terapia del dolore; sono già poche le ore dei corsi di Anestesia e rianimazione»**.

Tecnologie al posto dei farmaci

A fare passi da gigante è invece la ricerca medico-scientifica. «Negli ultimi vent'anni abbiamo assistito a un forte sviluppo tecnologico, soprattutto nella cura del dolore cronico secondario», dice Natoli.

La somministrazione di analgesici e oppiacei in molti casi ha lasciato il posto a tecniche come la neuromodulazione elettrica, che interferisce sulla trasmissione del dolore a livello del midollo spinale tramite l'impianto di un elettrodo alimentato da un generatore di impulsi, una specie di pacemaker. Oppure alle pompe di infusione, che rilasciano farmaci nel liquido cerebro-spinale. O, ancora, alla crianalgesia e alle radiofrequenze, altre tecniche mininvasive, con cui si trattano dolori cronici come la lombalgia tramite la modulazione, e in alcuni casi l'ablazione temporanea, della sorgente nervosa del dolore. ●



Reola Formica