

**IL PERCORSO DELLE REGIONI VERSO L'ISTITUZIONE DI CENTRI AD HOC**

# Terapie contro il dolore, prove di assistenza

La legge 38/2010 è quasi una rivoluzione in campo sanitario per quel che riguarda il dolore. Per la prima volta la terapia del dolore diventa un «diritto di ogni cittadino» che è «tutelato e garantito» affinché possa avere accesso alle cure (articolo 1).

Nell'articolo 2 si riconosce il dolore come malattia e non solo come sintomo di altro, e in questo stesso articolo si sancisce la differenza tra terapia del dolore e cure palliative. Tale differenza non è di poco conto perché sino a oggi si è trascurata però la nutrita categoria dei pazienti con dolori forti e invalidanti, anche se non associati a patologie a rapido e infausto decorso.

Se si pensa che in Europa il 5 per cento della popolazione con più di 18 anni è affetto da patologia dolorosa importante, si capisce come il problema del dolore cronico grave coinvolga un numero assai significativo di persone. Secondo stime abbastanza accurate si tratterebbe di un numero superiore a 11 milioni. Quindi si tratta in primo luogo di un problema sociale, che comporta la perdita di milioni di ore di lavoro ogni anno, con risvolti economici evidenti. La cura dei dolori invalidanti consente in tutto o in parte la diminuzione di tale carico. Ne consegue che la spesa per tali cure può essere ben collocata nella giusta prospettiva di un risparmio per la società. Senza mai dimenticare il beneficio soggettivo che possono trarre molti cittadini e la rilevanza che la questione riveste in ambito medico.

Sempre nell'articolo 2 della legge 38 si individua la figura del terapeuta del dolore, togliendola da quell'ambito di volontarismo che sino a ora ha caratterizzato l'approccio al problema di medici personalmente portati a curare il dolore.

Tale figura, che nella fase di transizione comprenderà in modo evidente quanti si sono sinora dedicati al trattamento del dolore cronico, avrà un preciso inquadramento. L'articolo 8 della legge, al comma 1, recita: «Si individuano i criteri generali per la disciplina degli ordinamenti didattici... in materia di... terapia del dolore connesso alle patologie croniche e degenerative...».

Si riporta quindi a livello di legge la necessità che i medici che si dedicano alla cura del dolore abbiano una conoscenza

specialistica che vada oltre le proprie personali capacità e che venga certificata con l'acquisizione di master specifici. La gestione della terapia del dolore cronico, proprio per la sua caratteristica di cronicità, necessita di una continuità assistenziale che non può e non deve dipendere dalla maggiore o minore adesione delle varie Regioni al progetto di cura. Il paziente con dolore ha pari dignità dovunque egli abiti e la preoccupazione del legislatore è ben sottolineata all'articolo 3, comma 3, che afferma: «L'attuazione dei principi della presente legge in conformità con le linee guida... costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del Ssn...». Il che significa che le Regioni che non intendono adeguarsi vanno incontro a un taglio dei finanziamenti.

La continuità assistenziale inoltre non può essere rinchiusa nelle mura di un ospedale o di un centro, ma si deve allargare al territorio. I medici di medicina generale sono i «gestori» sul territorio dei pazienti affetti da dolore cronico, e proprio le loro organizzazioni hanno dato piena disponibilità ad aderire al programma, procedendo all'organizzazione di corsi base. Per l'organizzazione dei centri in cui effettuare diagnostiche più sofisticate e trattamenti più invasivi, l'articolo 5, comma 3 della legge 38/2010 recita: «Sono definiti i requisiti minimi e le modalità organizzative necessari per l'accreditamento... con particolare riferimento ad adeguati standard strutturali qualitativi e quantitativi».

Proprio in questi giorni si vanno stabilendo i requisiti della legge. Tali requisiti, insieme a tutti i decreti applicativi, saranno presentati alla Conferenza Stato-Regioni entro poco tempo. A seguito dell'approvazione, le Regioni dovranno adeguarsi alle precise indicazioni legislative centrali.

Dato certo è che nei centri specialistici la diagnostica e il trattamento del dolore dovranno essere effettuati con una disponibilità di personale e attrezzature tali da consentire un corretto inquadramento dei pazienti e un programma di cure idoneo alle esigenze degli stessi. Quali i problemi? Innanzitutto i tempi. Non si può nascondere che l'applicazione ubiquitaria di una legge nazionale abbia una diversa velo-

cità di accoglimento nelle diverse Regioni, come già accaduto in altri campi. L'applicazione di tagli ai finanziamenti dovrà agire da deterrente. Si presume che in alcune Regioni la distribuzione dei Centri secondo le nuove regole sia attuabile in tempi relativamente brevi, grazie alla pre-

senza di professionalità già consolidate, anche se sarà necessario potenziare il meccanismo di rete. Per altre situazioni probabilmente sarà necessario un periodo di rodaggio più lungo, ma è fondamentale puntare all'applicazione, su tutto il territorio nazionale, in tempi ragionevoli.

Il costo della nuova organizzazione deve necessariamente essere mantenuto entro i limiti di spesa che la situazione economica impone. Come già accennato, la manovra non è da considerarsi un puro esborso in quanto entrano in gioco elementi di risparmio quali:

- diminuzione di ore-lavoro perse;
- minor ricorso al Pronto soccorso, che dedica una notevole percentuale di ore-lavoro a pazienti sofferenti di dolore cronico;
- diminuzione del numero di ospedalizzazioni, che risulta essere triplo nei pazienti con dolori cronici rispetto al resto della popolazione.

Tali valutazioni economiche devono necessariamente essere controllate da organismi regionali o centrali, non potendo essere lasciate alla valutazione delle diverse strutture sanitarie, e devono essere valutate su periodi più lunghi rispetto ai bilanci delle singole aziende. In sintesi si tratta di rendere una situazione eticamente indispensabile anche una situazione economicamente vantaggiosa.

**Sandro Sottili**  
Scuola di Anestesia  
Università di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Allarme della Sicp: per i malati terminali attese troppo lunghe

**L**iste di attesa anche per accedere alle cure dell'ultimo tratto dell'esistenza: è quanto emerge da una ricerca della Società italiana di cure palliative (Sicp) presentata nel corso del ventisettesimo congresso della Società che si è svolto a Roma la settimana scorsa.

Secondo questa indagine un malato terminale su 10 deve aspettare anche oltre 3 giorni prima di accedere alla rete di assistenza. In realtà non dovrebbero passare più di 72 ore dalla segnalazione di un pazien-

te all'accesso alla rete. Per l'11% dei centri, però, c'è da aspettare di più. Stando ai dati della Sicp che ha monitorato 203 centri, il 32% dei pazienti in carico nel 2008 è stato assistito entro 24 ore dalla segnalazione, il 38% tra 24 e 48 ore, il 20% tra 48 e 72 ore e il 10% oltre 72 ore dalla segnalazione. Prosegue intanto l'iter di applicazione della legge 38 sulla terapia del dolore e le cure palliative. Il ministro della Salute Ferruccio Eazio ha annunciato, durante il congresso Sicp, i prossimi step.

Il prossimo 16 dicembre le Regioni dovrebbero approvare le linee guida. Il secondo passo è quello del progetto «Ospedale-territorio senza dolore», capitolo sul quale sono stati stanziati 2,5 milioni. Il terzo step riguarda il protocollo d'intesa per lo sviluppo di un sistema informativo per il monitoraggio delle reti di cure palliative. A questo passaggio segue un protocollo d'intesa sui requisiti minimi per l'accreditamento delle reti. E infine gli ultimi step riguarderanno la formazione del personale e dei volontari.