

Nel dibattito sanitario italiano, un tema spesso frainteso riguarda la distinzione tra **terapia del dolore** e **cure palliative**. Spesso si tende a confondere questi approcci o a considerarli due facce della stessa medaglia, generando disorientamento tra pazienti, familiari e persino operatori sanitari. La chiarezza è invece fondamentale, anche alla luce delle recenti evoluzioni normative e scientifiche, come la *legge 38/2010 sulle cure palliative e la terapia del dolore*.

Dolore cronico: una malattia e non solo un sintomo

Il primo errore da correggere è la convinzione che il dolore sia sempre un semplice sintomo di un'altra malattia. Nel caso del **dolore cronico**, definito clinicamente come un dolore persistente oltre i tre mesi, la situazione è diversa. Il dolore cronico si configura come una *malattia in sé*, con meccanismi fisiopatologici specifici che richiedono un trattamento mirato e dedicato.

Questa definizione temporale, più volte ribadita nella letteratura clinica, è fondamentale per distinguere tra un evento acuto e un problema cronico che impatta profondamente sulla qualità della vita. Dovremmo quindi abbandonare la vecchia abitudine di considerare il dolore cronico solo come esito di qualcos'altro e adottare un approccio che mira direttamente al dolore come patologia obbligando il sistema sanitario a strutturare risposte specifiche.

Sotto-trattamento e motivi sistemici

Tuttavia, nonostante la legge 38/2010 abbia aperto la strada in Italia a un accesso più ampio alle terapie del dolore e alle cure palliative, il **sotto-trattamento** rimane una realtà tangibile. A livello nazionale, molti pazienti con dolore cronico non ricevono un trattamento adeguato per motivi che sono più sistemici che clinici:



- scarsa formazione dei medici di base sulla diagnosi e gestione del dolore;
- mancanza di strumenti standardizzati per la **misurazione del dolore** in ambito ambulatoriale;
- insufficiente integrazione con **centri multidisciplinari del dolore** che offrono expertise coordinata;
- timori culturali e stigma associato all'uso di terapie farmacologiche, soprattutto oppiacei;
- distribuzione disomogenea delle risorse regionali, specie nel Sud Italia.

Per uscire da questa situazione, va valorizzato il ruolo dei medici di base, che sono il primo filtro per il riconoscimento precoce del dolore cronico, e ampliate le campagne di formazione specifica. L'obiettivo è evitare ritardi inutili, e soprattutto evitare che il paziente rimanga intrappolato in una lunga lista di visite e prescrizioni inefficaci o inappropriate.

Terapia del dolore e cure palliative: definizioni e ambiti

Elemento Terapia del dolore Cure palliative Obiettivo Controllare e ridurre il dolore acuto o cronico come malattia Alleviare sofferenza complessiva in malattie inguaribili, includendo dolore, sintomi, supporto psicologico Durata Può essere temporanea o permanente, in base al dolore Spesso continua negli stadi avanzati o terminali della malattia Approccio Multidisciplinare, con farmaci, terapie fisiche, terapie cognitive Multidisciplinare e olistico, include supporto familiare e sociale Esempi Terapie cognitivo-comportamentali (CBT) per il dolore, cannabis terapeutica prescritta in casi refrattari Gestione del dolore e sintomi correlati nel paziente oncologico, supporto psicologico e spirituale

Le diversità nella pratica quotidiana

Mentre la terapia del dolore si focalizza sul *dolore in sé* come entità da riconoscere e trattare con modalità specifiche, le cure palliative hanno un raggio d'azione più ampio e includono il sollievo da tutti i sintomi della malattia, a prescindere dalla causa, per migliorare la qualità di vita complessiva. Questo si traduce in percorsi assistenziali diversi, pur nella loro interconnessione.

Il ruolo dei centri multidisciplinari del dolore

Per affrontare correttamente il dolore cronico, la risposta sanitaria più efficace prevede la collaborazione tra diverse figure specialistiche. I **centri multidisciplinari del dolore** rappresentano il luogo ideale per questa presa in carico: qui lavorano insieme anestesisti, psicologi, fisioterapisti, e altri specialisti per formulare un quadro completo e personalizzato del caso.



Un esempio concreto arriva dal Piemonte, dove un centro ha attivato protocolli che integrano la terapia farmacologica con programmi di **terapie cognitivo-comportamentali (CBT) per il dolore**. Questi percorsi,

basati sulle evidenze scientifiche, aiutano il paziente a gestire anche l'aspetto emotivo legato al dolore cronico, riducendo l'uso eccessivo di farmaci e migliorando la funzionalità quotidiana.

Cannabis terapeutica: indicazioni e prescrizioni

Un tema che suscita ancora dibattito è l'uso della *cannabis terapeutica su prescrizione* per indicazioni refrattarie al trattamento tradizionale. La legge italiana consente la prescrizione di preparati a base di cannabis solamente in casi selezionati e ben documentati, come per esempio alcune forme di dolore neuropatico che non rispondono ad altri farmaci.

Non si tratta dunque di un rimedio universale o alternativo, ma di un'opzione che affianca altre strategie nel contesto della terapia del dolore. La scelta viene sempre valutata dal medico specialista corrierenazionale.net che opera nel centro multidisciplinare, garantendo una gestione informata e sicura.

Un chiarimento necessario: il falso mito dei "prezzi di farmaci o visite"

Spesso tra pazienti circola la falsa convinzione che la scelta di un trattamento piuttosto che un altro dipenda unicamente dal costo delle terapie o delle visite. Questo è un errore che penalizza fortemente la qualità delle cure e alimenta timori ingiustificati.

In realtà, nell'ambito della terapia del dolore e delle **cure palliative in Italia**, la legge 38/2010 ha sancito il diritto di accesso alle prestazioni personali e finanziate dal Servizio Sanitario Nazionale, svincolando la scelta terapeutica da logiche di costo per il paziente. L'attenzione deve quindi essere posta sulle evidenze cliniche e sull'appropriatezza delle terapie, non su quanto spende il singolo.

Formazione dei medici di base e misurazione del dolore

Un altro nodo cruciale è la preparazione del medico di base, che nella maggior parte dei casi è la prima figura a intercettare il dolore cronico. Purtroppo, molti MMG lamentano scarsa preparazione specifica e strumenti insufficienti per valutare e monitorare il dolore in modo oggettivo.

L'introduzione di scale standardizzate, come la Numeric Rating Scale (NRS) o la Brief Pain Inventory (BPI), e l'educazione continua possono migliorare notevolmente la capacità di diagnosi precoce e indirizzamento verso percorsi specializzati. Ciò contribuisce a evitare la "migrazione" del paziente tra strutture senza risposte efficaci.

Conclusioni

La distinzione tra **terapia del dolore** e **cure palliative** non è solo questione terminologica, ma riflette approcci clinici, obiettivi e modalità differenti. Riconoscere il *dolore cronico come una malattia* richiede un cambio culturale e organizzativo per superare il sotto-trattamento attuale, valorizzando formazione, centri multidisciplinari e terapie innovative come la CBT o la cannabis terapeutica prescritta.

La **legge 38/2010** rappresenta una base fondamentale, ma il vero cambiamento passa anche attraverso la consapevolezza collettiva, la responsabilizzazione del medico di base e la garanzia di continuità e qualità nelle cure.