ANNO X - SPECIALE 2020

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

LEGGE 38/2010: UN DECENNIO DI VITA SOTTO LA LENTE.
CARENZE ATTUATIVE DI UNA LEGGE LUNGIMIRANTE: PERCHÈ ABBIAMO DIMENTICATO DI PRENDERE IN CARICO IL DOLORE CRONICO?

INTRODUZIONE

Walter Gatti

Direttore Editoriale IHPB

È stata una legge apripista, eppure in dieci anni di esistenza il suo vigore sembra essersi intiepidito, e le sue intuizioni paiono rimanere parzialmente ferme al punto di partenza: stiamo parlando della Legge 38/2010, "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", una norma rivoluzionaria che non è ancora riuscita ad esprimere il proprio potenziale. La Legge definiva la necessità di rilevare il dolore all'interno della cartella clinica, di avviare le Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore, di rendere accessibili i medicinali impiegati nella terapia del dolore e di puntare decisamente su una costante formazione del personale medico e sanitario. Cosa è accaduto dal 2010? Gli indirizzi del legislatore sono stati recepiti e realizzati? Con un gruppo di interlocutori ed autori abbiamo provato a definire il percorso, le attese, le attuali carenze attuative di una Legge che poggiava su due pilastri – le cure palliative ed il dolore cronico – e pare averne scordato uno (il secondo) in corso d'opera. Nelle pagine che seguono abbiamo disegnato uno scenario attuale e futuro, anche a seguito degli atti di accreditamento delle Reti concordati in Conferenza Stato Regioni a luglio 2020. Il messaggio per le politiche sanitarie nazionali e regionali è chiaro: è il momento di attuare, chi soffre non può attendere ancora.

UN OBBLIGO CIVILE E SOCIALE

Giorgio Trizzino

Medico Chirurgo

Parlamentare, componente della V Commissione (Bilancio e tesoro), Camera dei Deputati

Un Paese civile ha l'obbligo morale, sociale, politico e assistenziale, di sostenere i suoi cittadini nella lotta contro il dolore: questo è l'approccio straordinario che la Legge 38/2010 *("Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore")* ha introdotto dieci anni fa sullo scenario sanitario nazionale, iniziando ad affrontare il "dolore come patologia".

Introdurre nella cartella clinica le caratteristiche del dolore rilevato, impegnando operatori e strutture a seguirne l'evoluzione, ha rappresentato una rivoluzione concettuale, completata poi dall'impegno alla realizzazione delle reti nazionali (cure palliative e terapia del dolore) che erano - negli obiettivi del legislatore - il modo più proprio e coerente per offrire risposte assistenziali su base regionale e in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Personalmente mi sono occupato di questi temi a lungo e in molte occasioni, anche come presidente

SICP e fondatore di SAMOT: ho seguito l'ambito del dolore e delle cure palliative sia da clinico, che da rappresentante di società scientifiche e poi da politico, e sono in una certa misura un "buon testimone" di come si è sviluppato il dibattito prima della Legge 38/2010 e di come successivamente si è implementata la legge.

Molti traguardi in questi anni sono stati raggiunti, ma rimangono alcune evidenti criticità riguardo lo sviluppo delle reti locali e l'adozione di modelli organizzativi e percorsi assistenziali di presa in carico del paziente difformi tra le diverse Regioni.

Anche l'offerta formativa per gli operatori sanitari - base fondamentale per l'attuazione dell'impianto legislativo - è ancora insufficiente e particolarmente critica risulta l'affronto della situazione dei malati in età pediatrica. Sicuramente gli accordi recenti tra Stato e Regioni sembra che abbiano impresso lo slancio decisivo affinché la Legge 38 non rimanga la "magnifica incompiuta" di cui recentemente hanno parlato anche gli anestesisti-rianimatori italiani.

Per questo non posso che sostenere l'iniziativa lanciata da questa pubblicazione, che riposiziona al centro dell'attenzione di tutto il Paese, e in particolare della politica nazionale e dei decisori regionali, l'argomento del Dolore cronico e dei cittadini italiani che ne sono maggiormente afflitti.

Il nostro Paese non può più attendere altri anni che una Legge così importante come la Legge 38 sia implementata in tutta la sua interezza: come Deputato sono certo che anche il mondo della politica nazionale debba fare la sua parte per questo obiettivo, non abbassando mai l'attenzione su un bisogno così radicale e non rimandabile come quello della cura del dolore.

LA LEGGE 38/2010, TRA STORIA E FUTURO

Maria Caterina Pace
Professoressa presso l'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli, Dipt. della Donna, del Bambino e di Chirurgia Generale e Specialistica
Presidente Associazione Italiana per lo Studio del Dolore - AISD

L'Italia già nel 2001 pone l'attenzione sul dolore e sull'importanza del suo trattamento, ed introduce, in seguito ad un accordo tra il Ministero della Salute e le Regioni, l'istituzione "dell'Ospedale senza dolore". Per raggiungere questo obiettivo ogni ospedale avrebbe dovuto dotarsi di un servizio dedicato alla cura del dolore (Acute Pain Service) che fosse multidisciplinare, così da mettere in atto tutte le misure possibili per contrastare qualsiasi tipo di sofferenza fisica.
Questo progetto, sebbene non adeguatamente perseguito, ha avuto il merito di focalizzare l'attenzione dell'ospedale sul problema dolore e quindi rappresenta un passo importante sul percorso che porterà alla promulgazione della Legge 38, ma anche un riferimento che potrebbe facilitare la sua attuazione.

La legge nel suo percorso storico

La Legge 38, del 15 marzo 2010, concernente *"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore"*, nasce grazie a un momento magico di politica condivisa da esponenti del Governo, come il compianto Professor Umberto Scapagnini, relatore di maggioranza, e il medico-deputato Antonio Palagiano, dell'opposizione e Presidente della Commissione Errori Sanitari, ma anche dalla battaglia di civiltà e dal lavoro svolto da molti colleghi anestesisti che hanno contribuito alla stesura dello scheletro portante di un testo legislativo che ha dato maggiore civiltà al nostro Paese e maggiore dignità ai nostri malati. Il testo di legge approvato nella XVI Legislatura ha sancito, finalmente, che non soffrire è un diritto di tutti e che la terapia del dolore non può e non deve essere riservata esclusivamente ai malati oncologici o

a quelli terminali, ma anche a chi soffre a causa di una patologia cronica (o acuta) e nei quali, spesso, il dolore stesso diventa malattia.
Per raggiungere tale obiettivo sono state ascoltate in audizione, più volte, sia alla Camera che in Senato, tutte le Società Scientifiche, tra cui l'AISD, che si occupavano fin da allora di Dolore e Cure Palliative, in primis per tenere ben distinti i due percorsi e poi per inquadrare e risolvere i diversi problemi, fino ad arrivare alla stesura definitiva del testo.
Il risultato di questo iter condiviso è una legge molto innovativa, tra le prime in Europa ad occuparsi di queste tematiche, una storia di riscatto che forse ha precorso un po' i tempi rispetto al quadro sanitario esistente in Italia, ma è anche un modello per l'OMS e viene recepita da una risoluzione dell'ONU, la 187.

I valori e i concetti

La Legge 38 già dal primo articolo tutela il diritto del cittadino ad accedere alla terapia del dolore e alle cure palliative, e quindi a non soffrire, ed individua due reti distinte, a seconda delle peculiarità specifiche, ed una terza rete per i pazienti pediatrici.
Il concetto di rete, presente nella legge, è sicuramente un elemento importante perché sottolinea e valorizza il ruolo fondamentale giocato dall'insieme delle strutture, finalizzato a garantire la cura del paziente e la sua continuità.
Ma c'è molto altro ancora: finalmente il rispetto della dignità della persona con dolore e della sua qualità di vita; c'è l'obbligo della rilevazione del dolore come segno vitale e della sua evoluzione all'interno della cartella clinica; la semplificazione nella prescrizione di farmaci oppioidi; il riconoscimento delle competenze per i professionisti del campo, ma anche il vincolo della formazione continua per il personale medico e sanitario coinvolti e la promozione di campagne di informazione ai cittadini.
In teoria, l'accordo della Conferenza permanente Stato Regioni e Province autonome stabilisce, inoltre, che si costituisca una struttura dedicata al coordinamento delle reti, che garantisca l'assistenza al paziente su base regionale, ma in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. E qui cominciano i problemi…
L'art. 9 della Legge 38/2010 prevede anche un monitoraggio del Ministero della Salute sul percorso, sull'attuazione e sull'avanzamento dei vari lavori previsti (reti, prescrizioni, formazione, campagne d'informazione, etc.) e sulla loro omogeneità nazionale, nonché sulle criticità rilevate.
Dati che poi dovrebbero sfociare ogni anno, entro il 31 dicembre, in un rapporto dettagliato del Ministro della Salute al Parlamento (art. 11).

Cosa è accaduto dopo?

Purtroppo, l'ultimo rapporto presentato il 31 gennaio del 2019 fa riferimento al triennio 2015-2017, e quindi non fotografa la situazione attuale; nel testo, a fronte di alcuni traguardi, tipo l'aggiornamento dei LEA e l'individuazione delle figure professionali per le cure palliative (l'anestesia ed altre 7 discipline), sono ben espresse molte criticità.
La più importante di queste è l'elevata disomogeneità tra le regioni, l'altra particolarmente grave è la carenza su tutto il territorio nazionale delle reti dei pazienti in età pediatrica, che di fatto rappresentavano un punto di forza della Legge stessa; pertanto, quel famoso diritto sancito dalla Legge 38 e dalle varie sentenze della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione, nel nostro paese non è garantito, anzi è assolutamente disatteso. Ed è quanto emerge da campagne informative condotte da Cittadinanzattiva nelle quali si evidenzia che una percentuale importante di cittadini (7 su 10) non conosce la Legge 38 ed i diritti sanciti nel suo testo.
Questo risultato ci fa capire che non è bastato l'opuscolo prodotto dal Ministero della Salute *"Non più soli nel dolore"* per diffondere e sensibilizzare i pazienti sulle opportunità della legge, né le campagne informative per promuovere la cultura della terapia del dolore come quella con l'AGENAS *"Non ti sopporto più! Il dolore non va sopportato, va eliminato"*.

Questo significa che abbiamo tanta strada da fare e che dobbiamo utilizzare strategie diverse per arrivare ai cittadini in maniera capillare.
Non a caso la SIAARTI, la Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, nel suo ultimo Congresso *"I Care"*, in una sessione interamente dedicata alla Legge 38, la chiama "La magnifica incompiuta".

Una pietra miliare tra luci ed ombre

Di fatto la Legge 38 rappresenta una pietra miliare nella sanità italiana, che aveva l'urgenza di riconoscere ed organizzare un'area che fino a quel momento non era ancora riconosciuta, nonostante l'importanza e i numeri enormi di pazienti (almeno ¼ della popolazione) che, soffrendo di dolore, avevano bisogno di un riferimento ufficiale. Invece dopo 10 anni il dolore cronico, questo passeggero sgradito della vita di 13 milioni di italiani, è ancora sottovalutato, i pazienti continuano a vivere nel dolore, senza essere ascoltati, senza essere curati e nel 37% dei casi senza una diagnosi.
La speranza di questa legge, ancora disattesa, era che queste persone avessero diritto alla presa in carico, alla cura, esattamente come succede con le altre "malattie", ed invece il suo percorso e la sua applicazione sono ancora lunghi e tormentati. Questo dobbiamo raccontare, per sensibilizzare, informare, diffondere, perché questa legge, come dice il dott. Raffaeli diventi il "cuore della nazione...un valore universale".
L'equità nell'accesso, già difficile nelle varie realtà, diventa quasi impossibile nelle deprivazioni socio-economiche delle periferie, il dolore e l'oppressione che ne deriva, la sofferenza e la solitudine che l'accompagna, l'incomunicabilità e la disperazione sono il fallimento della cultura medica, della tutela della salute e del prendersi cura del malato. I diritti rappresentano un valore collettivo e universale e devono essere riunificati e tutelati.
Infatti, in questo contesto di iniquità, di differenze, di luci ed ombre nell'applicazione della Legge 38, se analizziamo in profondità il datato rapporto del Ministero, ci accorgiamo che su ottantuno pagine di relazione solo due sono dedicate alla terapia del dolore, e di fatto non forniscono alcuna evidenza sull'effettiva attuazione della legge perché "i flussi informativi attualmente in uso non consentono di selezionare ed estrarre l'attività specificamente finalizzata al controllo del dolore in ambito ospedaliero o ambulatoriale.
L'unica informazione significativa sulla terapia del dolore attiene al consumo territoriale dei famaci oppioidi". Quindi di fatto, a tutt'oggi, non abbiamo informazioni.

Le speranze e la visione AISD

Ma abbiamo una speranza, perché il Ministero della salute, per far fronte a questa criticità ha codificato, con un apposito Decreto, le attività di terapia del dolore e la visita algologica, con un codice proprio (codice 96), così da poterle tracciare all'interno di tutte le aziende e nelle schede di dimissione ospedaliera (SDO) in caso di ricovero dei pazienti.
Lo stesso Decreto ha accreditato, per la prima volta, le reti.
Inoltre nel luglio scorso il Ministero ha istituito un tavolo tecnico di lavoro sulla Terapia del Dolore e Cure Palliative, allo scopo di tutelare la legge e gli standard quantitativi e qualitativi, quindi un cambio di passo in cui i professionisti del dolore diventano attori della politica e lavorano anche sul fabbisogno di personale e sulla costruzione di specifiche Linee Guida. Infine, lo stesso Ministero ha anche commissionato uno studio per effettuare "un'analisi di prevalenza della patologia del dolore cronico su scala nazionale e regionale, associata ai bisogni di salute e a un'analisi dell'organizzazione clinico-gestionale della Rete nelle Regioni, con particolare riferimento a quelle in piano di rientro, esaminando anche i modelli di integrazione tra livello territoriale ed ospedaliero".
Attualmente possiamo affermare che la continuità

ospedale-territorio non è stata realizzata, non c'è dialogo né integrazione tra Hub&Spoke e MMG ed il dolore cronico, in molti casi, non è ancora considerato una "malattia", così come l'approccio multidisciplinare è a discrezione dei singoli.

Nasce spontaneo, a questo punto, chiedersi quali realtà nel nostro Paese usino reali modelli multiprofessionali ed interdisciplinari che condividono percorsi diagnostici ed obiettivi terapeutici, scambiandosi tra loro conoscenze e competenze nel difficile processo del prendersi cura. Inoltre è doveroso, al contrario della semplificazione prevista nella legge, un accenno al paradosso dei farmaci oppioidi e alla ritrosia che ancora pervade parte della classe medica nel loro uso, per uno strano collegamento al dramma che coinvolge l'America.

Abbiamo quindi un lungo percorso da fare, in cui l'AISD (Associazione Italiana Studio del Dolore) può avere un ruolo di rilievo, per passare dalla teoria di una "magnifica legge" alla sua pratica, per determinare un cambiamento culturale non solo degli operatori sanitari ma anche dei cittadini, per arrivare a una vera equità delle cure e soprattutto ad una reale organizzazione delle Reti, passando per un processo di informazione capillare che renda più facile la sua attuazione.

L'AISD, capitolo italiano della IASP (International Association for the Study of Pain), può continuare a dare il suo contributo nella formazione e nell'aggiornamento dei professionisti, come fa da sempre, ma anche promuovendo la ricerca e formulando linee guida e raccomandazioni.

Infatti, un altro obiettivo fondamentale è investire nella ricerca per facilitare la diagnosi e la terapia del dolore cronico, con criteri specifici che possano bypassare la soggettività sintomatologica che accompagna questa malattia, anche attraverso la ricerca di marcatori specifici, così come è stato recentemente scoperto nei pazienti fibromialgici o con osteoartrite e che ha permesso di confermare la base organica della fibromialgia.

In conclusione

La Legge 38 rappresenta sicuramente un passo importantissimo nel campo del dolore, considerato dal legislatore come una malattia vera e propria e non come un sintomo da sopportare. Un nuovo approccio, quindi, è quello del suo trattamento con tutti i presidi farmacologici e non, di cui disponiamo, e a tutti i livelli, dal malato cronico a quello oncologico, dalle malattie degenerative all'assistenza in età pediatrica, con la garanzia di un'equità e di una omogeneità delle cure che stabiliscono il diritto a non soffrire. La sua attuazione, però, a tutt'oggi resta ancora un obiettivo da perseguire piuttosto che un risultato raggiunto.

LEGGE 38/2010: LA MAGNIFICA INCOMPIUTA

Franco Marinangeli

Professore presso l'Università degli Studi dell'Aquila, Dipt. Anestesiologia

Coordinatore Medicina del Dolore e Cure Palliative, SIAARTI

La Legge 38 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", è stata una delle leggi più attese dal mondo medico-clinico. Quest'anno ne abbiamo "celebrato" i 10 anni, trovandoci nel mezzo di una pandemia di dimensioni drammatiche. Gli anestesisti-rianimatori, che solo marginalmente, in termini numerici, sono stati coinvolti in passato nella gestione del fine vita negli hospices, stanno facendo ormai da un anno i conti con una situazione in cui una delle variabili fondamentali su cui si basano gli insegnamenti di Cicely Saunders (autentica iniziatrice degli hospice) è venuta meno: il fattore tempo. Abbiamo per anni cercato di fare cultura tra i medici e nel mondo civile sulla necessità di gestire i sintomi, le sofferenze inutili, ed evitare l'accanimento terapeutico in pazienti affetti da patologie cronico/degenerative senza speranze, ci troviamo oggi di fronte alla necessità di applicare queste

regole su pazienti affetti da una patologia poco conosciuta, spesso fulminante, ma che presenta note di sofferenza anche peggiori rispetto a quelle di pazienti cronici terminali.
Molti dei pazienti che siamo abituati a trattare in hospice sono rassegnati al fine vita, mentre i pazienti affetti da polmonite da SARS-CoV-2 no, sono pazienti che vivono il percorso con paura o addirittura terrore. L'aspetto psicologico per malati e operatori è destruente.

Una legge non completamente applicata

Ma queste note - obbligate dalla realtà che stiamo vivendo - non ci esimono dal domandarci se la Legge sul dolore sia oggi sufficientemente rispettata oppure no. Nel nostro recente Congresso nazionale SIAARTI, il mondo degli anestesisti-rianimatori ha voluto confrontarsi con i dieci anni della legge proponendo un dibattito dal titolo "La magnifica incompiuta". Legge bellissima, ma ancora incompleta nella sua applicazione e realizzazione a favore dei pazienti.
Come mai? La Legge 38/2010 è stata indiscutibilmente una pietra miliare nel percorso della sanità italiana: molto attesa per organizzare un'area, quella della terapia del dolore e delle cure palliative, che da troppi anni attendeva un riconoscimento formale. Il dibattito che ne è seguito dopo la sua approvazione è stato importante e costruttivo, e ha contribuito a definire due diversi percorsi, ciascuno con sue peculiarità. Il primo, quello delle cure palliative, condiviso tra 8 diversi settori scientifici; il secondo, quello della terapia del dolore, appartenente unicamente alla disciplina di anestesia-rianimazione.
Da quel momento il Ministero della Salute ha monitorizzato nel corso degli anni il percorso delle due reti, evidenziando alcuni progressi, ma anche grandi carenze strutturali e organizzative.
Chi ha vissuto un percorso più lineare e costruttivo, cure palliative o terapia del dolore? Sicuramente le cure palliative hanno avuto maggiore fortuna anche per il fatto che il numero di professionisti disponibili per coprire l'area sono in numero decisamente maggiore e la tipologia di attività ha bassi costi di gestione e ridotto impatto tecnologico. In sostanza, l'investimento in termini di uomini e mezzi era tale da aver permesso una strutturazione sufficiente e discretamente veloce.

Le reti di terapia del dolore

Per quanto riguarda le "reti di terapia del dolore" la situazione è purtroppo differente. Quali i motivi? Prima di tutto l'attività della terapia del dolore è caratterizzata da una parte dalla carenza di anestesisti-rianimatori sul territorio nazionale, che sono i professionisti di riferimento, e dall'altra dalla necessità di investimenti in termini di organizzazione e tecnologia all'interno degli ospedali.
Questi sono due elementi che hanno gravato e gravano sulla corretta implementazione della legge.
La pandemia covid ha ulteriormente peggiorato questo stato di cose, avendo gli Anestesisti un ruolo chiave nella gestione delle Terapie Intensive.
Ma venendo ai passaggi istituzionali, occorre fare altre due considerazioni.
Prima di tutto solo recentemente è stato definito con un Decreto del Ministro della Salute il Codice di riferimento 96, che rende le prestazioni tracciate e visibili all'interno dei flussi informatici della sanità. E inoltre, solo recentemente (27 luglio 2020), la Conferenza Stato Regioni ha raggiunto e siglato l'accordo per l'Accreditamento delle reti di terapia del dolore (RTD).
Nell'accordo si fa riferimento all'istituzione delle Reti regionali e locali di terapia del dolore e ai tre setting di cura specifici della RTD (centri Hub&Spoke e a livello ambulatoriale, domiciliare e residenziale attraverso le aggregazioni funzionali previste dagli accordi collettivi) che erano presenti nella Legge (nell'art. 6 si auspicava una forte integrazione tra centri hub e spoke, con successive positive ricadute territoriali).

Nell'accordo, inoltre, si indica specificamente l'istituzione del codice di terapia del dolore (numero 96), che aggiorna i codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere, da utilizzare per i ricoveri in terapia del dolore. Un passo avanti notevole. Avendo dati reali a disposizione, si può da oggi fare la necessaria programmazione e definire gli organici necessari. Nell'insieme, sono passi importanti, ma è essenziale che non rimangano nuovamente "incompiuti": che le singole Regioni se ne facciano carico è oggi l'obiettivo prioritario, realizzando ciò che nell'Accordo è stato definito, concordato, siglato.

In conclusione

Possiamo quindi concludere affermando che la Legge 38 è una legge indubbiamente innovativa, ancora attuale, ma che non ha ancora espresso le sue complete potenzialità anche se ora con l'Accordo di luglio 2020 tutto potrebbe rimettersi in moto.

Come anestesisti-rianimatori stiamo profondendo un grande impegno nella valorizzazione della terapia del dolore avendone compreso la portata per il miglioramento della qualità di vita di almeno un quarto degli italiani, che sono le persone che nel nostro Paese soffrono di dolore.

Nello stesso tempo, siamo consapevoli di essere gli unici in grado di gestire in maniera ottimale e completa il dolore acuto all'interno degli ospedali, altra nota ancora dolente.

L'impegno prioritario è nella formazione (che è un elemento fondamentale dell'Accordo siglato dalle Regioni), con la continua organizzazione di eventi e corsi, e nei rapporti istituzionali che sono la base essenziale a supporto di un percorso che, sebbene ancora lungo, certamente inizia a dare i suoi frutti in termini di assistenza e, conseguentemente, di qualità di vita per i pazienti affetti da sindromi dolorose croniche.

Crediamo che il futuro prossimo e immediato sia decisivo affinché si realizzino quelle condizioni auspicate dai pazienti e dai clinici perché "l'incompiuta si compia", almeno dopo dieci anni.

LE ATTUALI URGENZE: FORMAZIONE E IMPLEMENTAZIONE DELLE RETI REGIONALI

Conversazione con

Giustino Varrassi

Già Professore presso l'Università degli Studi dell'Aquila, Dipt. Anestesia e Rianimazione

Presidente della Fondazione Paolo Procacci e Presidente World Insitute of Pain

A dieci anni dall'approvazione, qual è il suo giudizio sull'implementazione della Legge 38/2010?

Da una parte mi sento orgoglioso di vivere in una nazione che per prima ha pensato a questa possibilità, dall'altra triste perché dopo 10 anni ancora non siamo riusciti a fare quanto necessario per stare vicini ai nostri malati di dolore cronico.

Vorrei ricordare che la legge nacque in un momento di grande fervore culturale sull'argomento dolore. Nell'ottobre del 2001, il Consiglio Direttivo della European Federation of IASP Chapters (EFIC), le società scientifiche europee che si occupano di dolore, di cui ero componente, aveva presentato al Parlamento Europeo un importante documento scientifico che evidenziava ai pochissimi politici sensibili un tema cruciale: il dolore cronico rappresenta una patologia a sé stante[1]. Quel documento aprì un nuovo sentiero nella sensibilità dei Parlamentari Europei (pochi) che accettarono di riceverci.

Da allora, moltissime altre iniziative hanno spianato il terreno della recente approvazione dell'ultima edizione della International Classification of Diseases (ICD 11) che, finalmente, ha sancito e ufficializzato questa realtà di cui avevamo cominciato a parlare quasi 20 anni fa. Qualora si volesse approfondire l'argomento, suggerirei di leggere una intervista da me rilasciata circa 4 anni fa[2] e un importante capitolo di un libro (capitolo 2) che evidenzia gli aspetti sociali del dolore cronico[3]. Se volessimo parafrasare Machiavelli, potremmo dire che la politica teme le novità non solo per i nuovi sistemi di governo, ma anche per la accet-

1. https://www.researchgate.net/publication/313472969_Europe_Against_Pain
2. https://www.researchgate.net/publication/308294068_The_development_of_pain_medicine_in_Italy_and_the_rest_of_Europe
3. https://www.researchgate.net/publication/321475231_Pain_Management_Issues_and_Controversies

tazione di quanto di nuovo ci dice la scienza.

Dolore cronico: quali sono a suo avviso le maggiori difficoltà alla definizione ed avvio delle Reti territoriali di terapia del dolore?

Il tema delle reti territoriali meriterebbe una lunghissima discussione. Gli italiani, si sa, non amano molto il concetto del "fare squadra". Noi amiamo i Guelfi e i Ghibellini e al loro interno anche ulteriori suddivisioni, se possibili. *Divide et impera.* Gli ultimi 10 anni sono stati caratterizzati da una risposta "scomposta" alle indicazioni della Legge 38/2010.

Alcune regioni a maggior tasso di civismo hanno preso delle brillanti iniziative per cercare di dar vita alle "reti territoriali".

Devo dire che per la parte inerente alle Cure Palliative si è riusciti in quasi tutto il territorio nazionale a far sì che ci fosse almeno un hospice in ogni provincia. Questo ha generato degli indiscutibili e innegabili benefici. Sulle reti territoriali per i malati di dolore cronico resta invece ancora molto da fare. Intanto resta da eradicare il concetto che chiunque possa occuparsi di Medicina del Dolore.

Se fosse un compito tanto facile, da molto tempo non avremmo più il problema dei malati affetti da dolore cronico.

Invece le statistiche ci dicono che il loro numero è in aumento. La Medicina del Dolore è una superspecialità, difficile, che richiede competenze, dedizione e amore per i malati. A monte, a livello politico, richiede una capacità organizzativa del sistema sanitario di altissimo livello. Noi siamo ancora a livello "amatoriale", con protagonismi eccessivi e fughe di pensiero spesso non basate su dati scientifici ma su "impressioni personali" o su presunte capacità.

Dolore cronico e formazione dei professionisti: quali sono secondo il suo parere i passaggi più importanti che deve fare l'Accademia per formare correttamente gli operatori in questo ambito?

Questo è un aspetto cruciale. Solo educando i giovani in modo corretto si può sperare di cambiare il mondo o, nel nostro caso, più semplicemente, di cambiare l'approccio al malato con dolore cronico.

L'Italia è stata la prima nazione al mondo ad avere una Scuola di Specializzazione in Medicina del Dolore, nell'Università di Verona. Parlo degli anni '80. L'aveva pensata e realizzata un grandissimo scienziato e un ineguagliabile professionista, il Prof. Stefano Ischia (recentemente scomparso), che aveva capito molto bene che quella era la sola via per avere degli Specialisti di altissima caratura, capaci di realizzare un sistema assistenziale dedicato, come quello che esiste per i malati di diabete o per quelli affetti da cancro. Il suo pensiero non è stato seguito, anzi con un non necessario appiattimento verso le "normative europee", si è pretesa la chiusura di quella sperimentazione che stava risultando molto fruttuosa.

Oggi resta un ampio parlare di dolore all'interno dei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia e di quello di Odontoiatria ma poco, direi pochissimo, a livello post-laurea; cioè a livello professionalizzante.

Quali sono i messaggi che occorre inviare in modo chiaro al mondo della politica sanitaria affinché la Legge 38 veda una definitiva e completa realizzazione?

Semplicissimo. Insistiamo sulla implementazione delle reti territoriali anche per la Medicina del Dolore, come si è fatto per le Cure Palliative; anche aprendoci a altre Specialità mediche, invece che limitarci alla sola Specialità in Anestesia e Rianimazione, Le Cure Palliative, aperte a più Specialità Mediche, hanno di fatto implementato la loro parte di reti.

So già che questo mi attirerà le critiche delle migliaia di Colleghi e Amici appartenenti alla mia stessa amata Specialità Medica ma non possiamo ignorare che il Malato con Dolore Cronico ha spessissimo bisogno di molteplici apporti specialistici. Come qualcuno molto meglio di me ha detto nel XIX secolo, prima o poi la quantità produce la qualità.

A lato di questo, cerchiamo di avere una mente

più aperta. Il malato non è proprietà privata dell'uno o l'altro medico che viene consultato per assisterlo. Solo l'unione delle forze congiunte dei vari specialisti può condurre verso una sana ed etica soluzione dei molti problemi che affliggono i malati che per anni e anni sono affetti da dolore cronico. Per chiarire il mio pensiero, faccio l'esempio del malato con mal di schiena cronico. Oggi questi vaga dall'uno all'altro specialista, nella speranza che trovi chi possa miracolarlo.

I dati scientifici che abbiamo sono molto chiari: solo un programma di riabilitazione corretto, con compartecipazione di alcuni specialisti, quando necessari, può aiutarlo a vivere una qualità di vita accettabile e consentirgli di fare le sue attività lavorative in modo anche produttivo per la società. Al momento attuale, il malato con mal di schiena cronico mediamente richiede risorse economiche al Sistema Sanitario Nazionale pari ad almeno il triplo di altri malati cronici (ad esempio, gli ipertesi) e risulta assente dalle sue occupazioni per almeno 2 settimane all'anno, per malattia, con danni economici e sociali ragguardevoli. Siamo certi che alla società convenga?

I CITTADINI E LE ASPETTATIVE SULLA LEGGE 38/2010

Tiziana Nicoletti

Coordinamento Associazioni nazionali Malati Cronici e Rari, Cittadinanzattiva

Cittadinanzattiva è stata tra i soggetti proattivi nel promuovere la Legge quadro sul dolore emanata il 15 marzo del 2010, concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"[4].

Si tratta - come già sottolineato - di una legge fortemente innovativa che per la prima volta garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana: il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

La Legge, tra le prime in Europa, tutela all'art. 1 *"il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, e individua tre reti di assistenza dedicate alle cure palliative, alla terapia del dolore e al paziente pediatrico. Per quest'ultimo, inoltre, riconosce una particolare tutela ed attenzione come soggetto portatore di specifici bisogni ai quali offrire risposte indirizzate, adeguate alle sue esigenze e a quelle della famiglia che insieme al paziente deve affrontare il percorso della malattia.

Dopo 10 anni, per dare continuità al nostro impegno e perché non vogliamo che il diritto ad evitare il dolore e le sofferenze non necessarie diventi una battaglia di retroguardia, penalizzando la qualità della vita di chi ha già una patologia, rendendo la condizione più pesante e insopportabile, privando la persona di una prospettiva e di un progetto di vita, intendiamo continuare il nostro impegno, attraverso l'individuazione delle questioni che impediscono l'applicazione dei contenuti della legge per individuare e mettere in pratica strumenti utili in grado di eliminare e/o arginarne gli ostacoli.

L'impegno di Cittadinanzattiva

Dalla pubblicazione della Legge 38/2010 diversi passi sono stati fatti, tuttavia molto ancora c'è da lavorare per la piena attuazione di questa Legge. È ormai noto nel nostro Paese che, per garantire i diritti alla persona, la Legge da sola non basta, e bisogna individuare strumenti utili per far rispettare "quanto ci spetta".

I suoi contenuti sono il frutto anche dell'impegno di organizzazioni civiche finalizzate alla tutela dei diritti e della dignità delle persone in ambito sanitario. Cittadinanzattiva tramite le reti del Tribunale per i diritti del malato, il Coordinamento nazionale delle

4. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010

Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) e Active Citizenship Network (la sua rete europea), è da sempre impegnata nell'affermazione e la protezione dei diritti dei cittadini contro il dolore inutile, attraverso la quotidiana attività di tutela delle violazioni dei diritti dei singoli cittadini; la raccolta e diffusione di buone pratiche e campagne di informazione e sensibilizzazione; interlocuzioni istituzionali; la produzione di informazione civica (report, indagini, monitoraggi civici, audit civici, ecc.).

Active Citizenship Network[5] (ACN) - nata nel 2001 come rete europea di organizzazioni di cittadini con la specifica missione di contribuire allo sviluppo della cittadinanza attiva europea e promuovere la partecipazione delle organizzazioni civiche nella costruzione di politiche pubbliche europee e nazionali[6] - ha profuso negli ultimi anni notevole impegno sul tema del dolore, promuovendo e realizzando numerose iniziative in partnership con organizzazioni di pazienti e Istituzioni. I maggiori risultati politici a livello europeo sono stati ottenuti lavorando all'interno della piattaforma SIP-Societal Impact of Pain[7].

Alcuni esempi di iniziative promosse sia a livello nazionale che europeo:

- Raccolta e diffusione di Buone Pratiche: 13 edizioni del Premio Andrea Alesini[8] (2018);
- Campagna di informazione: "Aboliamo i dolori forzati"[9] (2002);
- Carta dei diritti sul dolore inutile[10] (2005);
- Raccomandazione civica sul dolore cronico non oncologico[11] (2008);
- Campagna di informazione sul dolore cronico rivolta ai cittadini "Non siamo nati per soffrire"[12] (2008);
- Percorsi per non soffrire e raccomandazione civica sul dolore cronico[13] in UE (2012);
- Programma In-Dolore: Campagna di informazione e sensibilizzazione rivolta ai cittadini sulla L. 38/10[14] (2011/2012);
- Lo stato di salute dei Pronto Soccorso italiani[15] (2016);
- Premio Europeo per le Buone Pratiche sul Dolore Cronico in UE (Ediz. 2015[16]; IIa Ediz. 2019[17]);
- Premio nazionale "Nottola - Mario Luzi" dedicato al "dolore non necessario" svolto sotto l'alto Patronato del Presidente della Repubblica e Organizzato da Cittadinanzattiva Toscana (2011[18], 2013[19] e 2015[20]);
- Eventi pubblici, come ad esempio Convegni Nazionali realizzati da Cittadinanzattiva Toscana;
- Presenza del Tribunale per i diritti del malato-Cittadinanzattiva attraverso il suo coordinatore nazionale, nel Comitato tecnico sanitario del Ministero della salute, sezione per l'attuazione della Legge 38/2010 per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (ex commissione nazionale dolore) (da luglio 2015 per tutta la durata del Comitato);
- Contributi di Cittadinanzattiva al "Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010" (anni 2012, 2013, 2014);
- Docenze in corsi di formazione ECM per medici, infermieri, farmacisti.

La nostra attenzione per la piena attuazione della Legge 38 su tutto il territorio e nei confronti di tutti i cittadini, a prescindere dall'età e/o della patologia di cui si soffre, non si è mai abbassata, non vogliamo che il diritto ad evitare il dolore e le sofferenze non necessarie diventi una battaglia di retroguardia, penalizzando la qualità della vita di chi ha già una patologia, rendendo la condizione più pesante e insopportabile, privando la persona di una prospettiva e di un progetto di vita.

Campagne per il decennale

Ecco perché abbiamo pensato che in occasione del suo decennale era necessario realizzare attività informative specifiche per i cittadini e per i medici del territorio. Tra queste anche i due webinar sul tema, *"Dolore: 10 anni di Legge 38, tutto quello che i medici di medicina generale e cittadini devono sapere per ap-*

5. http://www.activecitizenship.net/ - **6.** La strategia di ACN consiste nel promuovere, attraverso l'informazione civica, il punto di vista dei cittadini europei nelle politiche pubbliche, focalizzandosi su questioni relative a: partecipazione civica, cure sanitarie, consumatori e responsabilità sociale d'impresa. Dal 2007 ACN promuove la Giornata europea dei diritti del malato, celebrata nei Paesi dell'UE ogni 18 aprile. Per incoraggiare le istituzioni ad adottare i 14 diritti contenuti nella Carta europea dei diritti del malato, nel 2015 ha promosso in seno al Parlamento europeo il Gruppo di interesse "Diritti dei pazienti e cure transfrontaliere in Europa", coinvolgendo eurodeputati e associazioni civiche e di pazienti di tutta Europa.

plicarla al meglio, anche in tempi di emergenza".

La Legge 38 è infatti una legge fortemente innovativa, che per la prima volta garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

Secondo il recente rapporto di Cittadinanzattiva riguardo al Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati cronici, i pazienti denunciano la sottovalutazione del dolore nel 63,6% dei casi, non solo quello fisico, ma anche quello psicologico (59%).

Così come la difficoltà di accesso alla cannabis terapeutica (40,9%). Anche in questo caso, sebbene esista una legge, (n. 172 del 4 dicembre 2017) che stabilisce che la cannabis sia rimborsata a livello del SSN per alcune indicazioni terapeutiche, in mancanza delle delibere regionali che indicano la modalità di accesso, di fatto non è accessibile in molte realtà del nostro territorio.

Un altro dato che sorprende è che, nonostante sia trascorsa una decade dall'emanazione della legge, manca ancora l'informazione sul diritto a non soffrire inutilmente (40,9%) e accedere alle terapie risulta piuttosto complicato per il costo dei farmaci sintomatici (40,9%), per lo scarso raccordo fra il medico curante e lo specialista di cure palliative (40,9%) per la non tempestività all'insorgenza del dolore (27,2%). Il dolore non viene gestito neppure durante un ricovero ospedaliero nel 18,1% dei casi[21].

Conferenza Stato-Regioni: i documenti 2020

Il 27/7/2020 sono stati divulgati due documenti per procedere all'accreditamento delle reti di cure palliative e delle reti di terapia del dolore che sono stati approvati dalla Conferenza Stato-Regioni[22].

Il documento relativo alle cure palliative (CP) descrive un modello che prevede l'istituzione di un Organismo di Coordinamento Regionale dedicato al coordinamento delle Reti Locali (Aziendali - Interaziendali) di CP e istituito dalla regione o dalla ASL secondo gli indirizzi regionali.

Ogni regione e ogni Rete Locale dovrà dotarsi di una piattaforma informatica per condividere un set minimo di informazioni regionali e territoriali per garantire il collegamento fra tutte le strutture appartenenti a ciascuna Rete Locale di CP. L'operato delle Reti Locali dovrà essere monitorato periodicamente da un set di indicatori qualitativi e quantitativi.

Il documento riferito al modello della rete regionale di terapia del dolore prevede l'istituzione regionale di un Organismo di Coordinamento Regionale con il compito di definire le linee d'indirizzo per la Rete Locale di Terapia del Dolore (RLTD).

Sulla base degli indirizzi regionali, l'Organismo di Coordinamento Regionale individua i Centri Specialistici Territoriali di Terapia del Dolore all'interno della Rete Locale: il Centro che avrà funzione di coordinamento locale sarà l'Hub di riferimento dell'area territoriale o lo Spoke, individuato dal Coordinamento regionale sulla base dell'attività clinica erogata.

L'Organismo di Coordinamento Locale (Hub o Spoke), in stretta relazione con il Coordinamento Regionale, avrà il compito di coordinare il sistema di erogazione di terapia del dolore a livello territoriale, garantire il recepimento e l'attuazione dei PDTA per i malati affetti da dolore, promuovere la formazione degli operatori, promuovere sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle prestazioni e dei percorsi.

Novità che dopo dieci anni non può che essere accolta favorevolmente, soprattutto in un momento in cui il nostro Paese, e non solo, è in piena emergenza sanitaria e sta rischiando di mettere in secondo piano la necessità di cura e di salute "non urgenti" e la possibilità per molti pazienti di accedere alla terapia del dolore e alle cure palliative è risultata particolar-

7. https://www.sip-platform.eu/it - **8.** https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/11321-la-sanita-che-funziona-consegnato-il-xiii-premio-andrea-alesini.html - **9.** http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/307-aboliamo-i-dolori-forzati.html - **10.**https://www.cittadinanzattiva.it/files/corporate/salute/carta_dei_diritti/carta_dei_diritti_sul_dolore_inutile.pdf - **11.** http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/310-raccomandazione-civica-sul-dolore-cronico-non-oncologico.html - **12.** http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/dolore-cronico/309-non-siamo-nati-per-soffrire.html - **13.** Titolo originale del progetto: "Pain Patient Pathway Recommendations"

mente difficile e complessa.
È un segnale più che positivo il fatto che anche la politica senta la necessità di dare concreta attuazione alla Legge 38/2010 in materia di programmazione e pianificazione territoriale delle cure palliative e della terapia del dolore nella risposta ai bisogni degli assistiti e delle loro famiglie.
Con il crescere dei contagi e della diffusione del virus negli ambienti ospedalieri, residenziali e domiciliari, con un target di soggetti maggiormente colpiti rappresentato da malati fragili, anziani, affetti da multimorbilità, con un'evoluzione clinica variabile, ma una mortalità in alcune zone molto elevata, si è entrati in una fase in cui l'emergenza è diventata anche sinonimo di fine vita e di morte. E se da una parte ci si è rimboccati le maniche per garantire una morte dignitosa alle persone affette da Covid-19 non rispondenti o escluse da trattamenti intensivi che però presentavano sintomatologia complessa e refrattaria, contemporaneamente si sono dovute modificare le modalità assistenziali per le persone affette da patologie inguaribili assistite nei diversi setting, per rispondere alla necessità di tutela reciproca tra operatori sanitari e persone assistite.

Cosa possiamo attenderci?

È evidente, dai dati emersi dal monitoraggio, che vi è una carenza di conoscenza sui contenuti della legge, sulla esistenza di presidi atti a ridurre e controllare il dolore nonché sulle strutture che erogano cure palliative. I medici di medicina generale, i medici specialisti, infermieri e fisioterapisti informano poco i pazienti sui diritti che derivano dalla Legge 38, sull'esistenza dei centri per la terapia del dolore e le cure palliative, sull'esistenza degli hospice e come accedervi.
Mancanza di conoscenza che potrebbe essere colmata anche semplicemente applicando la legge e attivando specifiche campagne informative e di sensibilizzazione, nonché procedendo e rafforzando la formazione degli operatori.
La terapia del dolore e delle cure palliative dopo ben 10 anni presenta diverse criticità alle quali bisogna porre rimedio. Diminuire il dolore fisico consente alla persona di trovare o ritrovare quelle energie utili ad affrontare la malattia al meglio.
Il diritto di ridurre il dolore anche negli ultimi periodi della propria vita deve essere garantito a tutti e su tutto il territorio nazionale e allo stesso tempo bisogna supportare i familiari.
Per trattare il dolore è necessario per prima cosa rilevarlo, bisogna parlare e relazionarsi con la persona, occorre fare domande precise e prestare attenzione a quanto viene riferito.

Le proposte di Cittadinanzattiva

Allo scopo di superare le attuali criticità e fare dei passi in avanti per garantire in modo efficace la tutela dei diritti garantiti dalla Legge 38, Cittadinanzattiva chiede di:

- Uniformare nei diversi territori, in termini di offerta, ma anche di caratteristiche e di tipologia, le reti locali per le cure palliative e i modelli di presa in carico dei pazienti con dolore;
- Integrare tutte le competenze nel percorso di cura, comprese quelle sempre carenti rispetto ai bisogni manifestati dalle persone e dalle famiglie (psicologiche e riabilitative);
- Rendere più omogenea l'offerta formativa per gli operatori sanitari di cure palliative, sia relativamente alla formazione universitaria che al conseguimento dei crediti in Educazione Continua in Medicina (ECM);
- Incrementare i posti letto ma anche rendere attiva la rete periferica di cure palliative e terapie del dolore pediatriche, fortemente carenti in quasi tutto il territorio nazionale;
- Promuovere periodicamente campagne di informazione sulla Legge 38 rivolte agli operatori e ai professionisti della sanità, a partire dai medici di medicina generale, quanto ai cittadini.

Informazioni e dettagli al link http://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/europa/4258-raccomandazioni-civiche-contro-il-dolore-in-europa.html - **14.** Per consultare la Guida In-Dolore si rimanda al link http://www.cittadinanzattiva.it/guide-utili/salute.html - **15.** https://cittadinanzattiva.it/comunicati/salute/9451-lo-stato-di-salute-dei-pronto-soccorso-italiani.html - **16.** http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/196-collection-of-good-practices-eu-civic-prize-on-chronic-pain.html - **17.** http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/308-societal-impact-of-pain-sip-2019-symposium.html - **18.** https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/salute/911-premio-mario-luzi-per-lotte-contro-il-dolore.html -

DOLORE CRONICO E RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Alberto Magni
Responsabile Politiche Giovanili, SIMG

La Legge 38 tratta due temi fondamentali come quello dell'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
Innanzitutto, bisogna sottolineare come questi temi sono distinti e questa legge ne ha promosso la loro distinzione che, dal punto di vista culturale, non separava questi due aspetti professionali così diversi dove anche nella classe medica il tema terapia del dolore era spesso accomunato con il tema del dolore nel paziente in cure palliative.

Due temi distinti

Per quanto concerne i due temi dobbiamo infatti fare due distinzioni importanti dal punto di vista professionale:

- I pazienti con bisogni di cure palliative sono pazienti che nella storia evolutiva della loro malattia hanno bisogni clinici, assistenziali e psicologici via via più complessi che devono essere pianificati e condivisi; sono assistiti che hanno una patologia evolutiva indipendentemente dalla sua natura, sia essa una malattia oncologica che no;
- La terapia del dolore è invece un concetto più ampio che fa riferimento alla medicina del dolore che è un corpus disciplinare con specifiche competenze e che tratta il dolore cronico nelle sue diverse dimensioni. Un assistito affetto da dolore cronico richiede infatti una valutazione che tenga conto degli aspetti inerenti alla malattia che sottende il dolore (la diagnosi di malattia e la terapia della stessa) e una valutazione parallela del dolore che ne esplori le sue caratteristiche: il tipo, l'intensità, l'impatto sulla qualità della vita e l'impatto psicologico.

Il dolore cronico nel setting della medicina generale

Nell'ambito professionale il dolore rientra tra i principali motivi di contatto medico assistito ed è uno dei problemi più rilevanti dal punto di vista del carico di lavoro nel setting della medicina generale.
Il dolore cronico è una malattia che accompagna il paziente e spesso i suoi famigliari; è un percorso che richiede valutazioni periodiche e continuità di cure nel tempo. Le maggiori criticità riguardano la standardizzazione del percorso di un paziente con dolore cronico. Si parla spesso di rete ospedale territorio, senza però far riferimento a un concetto più complesso che riguarda il percorso del paziente.
Un paziente affetto da dolore cronico ha infatti un suo percorso che da un lato valuta la malattia che sottende il dolore (pensiamo ad esempio alle tecniche di indagine radiologica, agli esami ematochimici, alle valutazioni specialistiche di un paziente affetto da lombalgia cronica); questo percorso deve essere integrato nel progetto terapeutico che ha come obiettivo quello di migliorare il dolore e raggiungere la miglior analgesia per il paziente.
Gli attori coinvolti sono molti e il percorso andrebbe strutturato.
Qual è dunque il ruolo per il medico di medicina generale?

1. Tipizzare il dolore del paziente e misurarne le sue componenti (intensità, influenza sulla qualità della vita, tollerabilità e impatto psicologico);
2. Impostare una terapia di attesa con una terapia coerente con il tipo di dolore e le sue dimensioni monitorando il paziente nel tempo;
3. Far accedere alla rete di cura del dolore i pazienti che necessitano di una valutazione da parte dei terapisti del dolore in maniera appropriata e tempestiva fornendo le informazioni in possesso sul percorso del paziente prima dell'accesso alla rete di terapia del dolore;
4. Favorire l'integrazione tra i diversi specialisti

19. http://www.cittadinanzattiva.it/newsletter/2013_09_12-294/files/nottola_cs.pdf - **20.** http://www.fnopi.it/attualita/premio-nottola-mario-luzi-2015-sul-dolore-non-necessario-id1567.htm - **21.** Il report completo con tutti i dati è scaricabile dalla pagina del progetto https://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/12850-10-anni-dalla-legge-38-2010-a-che-punto-siamo.html - **22.** http://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2020/seduta-del-27072020/atti/repertorio-atto-n-118csr/ - http://www.statoregioni.it/media/2815/p-2-csr-atto-rep-n-118-27lug2020.pdf

che operano in un approccio multidisciplinare all'interno del progetto di terapia del paziente.

Bisogna inoltre sottolineare come spesso questi pazienti spesso siano affetti da più patologie e il progetto terapeutico teso a migliorare il dolore cronico deve integrarsi nel piano di cura più ampio del paziente. Dovremmo pertanto ripensare a quello che viene definito percorso di un paziente affetto da dolore cronico. Il paziente, infatti, nel suo percorso di cura (che peraltro potrebbe coinvolgere più piani, es. un paziente diabetico, affetto da BPCO e con dolore cronico da lombalgia) entra in un percorso in cui intervengono diversi attori a diversi livelli.
L'integrazione degli interventi in un unico percorso e la definizione del ruolo degli stessi, dovrebbero garantire l'erogazione delle cure all'assistito indipendentemente dal luogo (sia esso ospedale o territorio). Per ottenere quanto sopra descritto bisogna strutturare percorsi con ruoli, compiti e competenze definite che si inseriscano nelle reti strutturate di terapia del dolore.
Questa fase non è retorica; tanto più si struttura un modello di percorso di un paziente affetto da dolore cronico, con il ruolo di ciascun attore coinvolto, tanto più è il percorso di cura è il fulcro su cui si strutturano gli interventi, maggiormente si supera la barriera ospedale territorio. Oggi e domani.

L'IMPEGNO DELLA RICERCA NELL'AMBITO DEL DOLORE CRONICO

Conversazione con
Andrea Truini
Professore presso l'Università la Sapienza di Roma, Dipt. Neurologia e Psichiatria

Negli anni scorsi le è stato attribuito un importante award per lo studio *"Breaking dogmas: a neurophysiological and neuroimaging study showing that non-nociceptive A-beta fibres mediate paroxysmal pain in healthy humans"*. Può sintetizzarci razionale e conclusioni del suo lavoro?
Questo lavoro è iniziato molti anni fa, innescato da alcune banali osservazioni cliniche.
Avevamo osservato che in molti pazienti con un danno probabilmente prevalente delle fibre non dolorifiche, il dolore neuropatico predominante è di tipo parossistico (ad es. a sensazione di scossa elettrica).
Abbiamo quindi disegnato una serie di esperimenti per dimostrare che anche le fibre non dolorifiche, in rapporto a certe condizioni, possono veicolare informazioni dolorifiche.
Onestamente il lavoro in questo senso non è ancora finito, anche perché la nostra ipotesi mette discussione (almeno in parte) la fisiologia del sistema somatosensoriale come la conosciamo oggi.

La Legge 38/2010 ha ormai 10 anni: lei ritiene che sia stata correttamente applicata o dobbiamo ancora attenderci una maggior implementazione a favore dei pazienti?
La Legge 38 è stata senz'altro un passo in avanti.
La mia impressione è che tutti gli operatori sanitari siano sensibilizzati riguardo alla sofferenza dei pazienti.
Io credo però che non può bastare una legge a migliorare le condizioni di vita delle persone sofferenti.
Credo che il compito principale spetti alla ricerca in campo medico (in senso lato, dalla ricerca farmacologica a quella nel settore della bioingegneria).

Lei sta continuando ad occuparsi di dolore cronico: su cosa sta impegnando il suo lavoro di ricerca?
Il lavoro di ricerca del mio team è dedicato a diverse condizioni di dolore cronico, principalmente dolore neuropatico in corso di malattia del sistema nervoso periferico (ad es. la neuropatia diabetica), nevralgia trigeminale e fibromialgia. In particolare, il nostro lavoro di ricerca si dedica ad investigare i meccanismi fisiopatologici di queste tre condizioni,

utilizzando diversi strumenti di misura della funzione del sistema somatosensoriale.

Dal punto di vista farmacologico gli ultimi anni sono stati importanti per questo ambito delle cure?

Purtroppo gli ultimi anni sono stati molto avari dal punto di vista delle innovazioni farmacologiche. Il percorso di sviluppo di molti farmaci si arresta purtroppo in fase 2, per scarsa efficacia.

Questi fallimenti sottolineano la complessità (e le nostro scarse conoscenze) sui meccanismi alla base della fisiopatologia del dolore cronico.

A suo modo di vedere e per la sua esperienza, quali sono nell'ambito del dolore cronico le maggiori "sfide" per chi si occupa di ricerca scientifica?

Credo che la sfida principale sia rappresentata da una migliore comprensione del dolore nociplastico (ad es. la fibromialgia). Conoscere meglio queste condizioni comporterebbe un miglioramento nella diagnosi e nella terapia, con ovvi benefici per i pazienti.

IL DOLORE CRONICO IN MEDICINA GENERALE: PROSPETTIVE BIOETICHE

Antonio Panti

Componente commissione deontologica FNOMCEO

Quando fui eletto alla Presidenza dell'Ordine di Firenze avviai subito un'inchiesta sulla prescrizione di oppiacei da parte dei medici fiorentini.

Cito solo un dato: appena 870 tra i circa 8000 iscritti disponevano del ricettario ministeriale in tre copie, e non tutti lo usavano.

La prescrizione di oppiacei urtava contro inveterate abitudini e una cultura vecchia; il medico era terrorizzato all'idea di trasformare in morfinomane anche un disgraziato paziente urlante dal dolore con al massimo un mese di vita davanti. I pochi tossicomani suscitavano più riprovazione che pietà umana e l'Università insegnava a rifuggire dalla morfina.

Era il lontano 1988 quando condussi quell'indagine. Da allora molte cose sono cambiate e gli oppiacei non fanno più paura anche perché sono stati sostituiti, in un mondo ove la tossicodipendenza è divenuta un gravissimo dramma umano e sociale, da moltissime nuove sostanze, talora fabbricate in casa.

Oggi gli oppiacei sono prescritti dai medici con sufficiente saggezza, anche se incidono in Italia poco più dello 0,50% della spesa farmaceutica di fronte all'1,80 della Germania e al 2% dell'UK (con un maggior peso prescrittivo del Fentanyl anche rispetto al Metadone).

Il controllo del dolore appare sicuramente più appropriato e, nello stesso tempo, finora non si è presentato il fenomeno delle morti da overdose o delle tossicomanie iatrogene, purtroppo non raro negli USA.

Tuttavia, se i medici hanno sempre avuto chiaro l'imperativo del prendersi cura, sia pur praticato a fasi alterne e tenendo presente la distinzione platonica tra il medico degli schiavi e quello degli uomini liberi, assai poco hanno onorato l'adagio ippocratico del *"sedare dolorem"*, fino a metà Ottocento per mancanza di strumenti (il wisky dei film western) poi anche per diffidenza verso gli oppiacei.

Questi, dopo una storia di sospettosa accettazione, sono caduti nell'ombra pesante della droga e visti con preoccupazione anche da chi dovrebbe utilizzarli per tener fede al precetto deontologico.

Il dolore e il Codice di Deontologia Medica

Il Codice di Deontologia Medica, nella recente versione del 2014, ha declinato il "sedare dolorem" in una norma codicistica fondamentale.

L'articolo 3 del Codice solennemente proclama che *"doveri del medico sono… il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza…nel rispetto della dignità e della libertà della persona, senza discriminazione al-*

cuna…". L'obbligo di alleviare il dolore ispira tutto il Codice e si ripete con particolare enfasi all'articolo 16: *"Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato".*

I mezzi posti in essere dal medico per alleviare la sofferenza sono sempre appropriati, cioè scientificamente corretti, e proporzionati, cioè eticamente leciti. Tra i mezzi per sedare il dolore ha un ruolo riconosciuto e accettato la "sedazione palliativa" o terminale; l'articolo 16 precisa che *"il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte"*, sposando la teoria del doppio effetto di matrice cattolica.

Infine, l'articolo 39 del Codice Deontologico norma gli obblighi nei confronti dei pazienti terminali per i quali il medico *"impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo della sofferenza tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita… e, in caso di compromissione dello stato di coscienza,…prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative…".*

Occorre ricordare che il Codice Deontologico si ispira ai valori fondanti la Costituzione: l'equità, cioè il contrasto a ogni forma di discriminazione e di disuguaglianza, e l'autodeterminazione della persona che si esprime nel consenso informato.

Due concetti che convivono con gli antichi principi ippocratici di fare il maggior bene per il paziente, cioè di alleviare la sofferenza e diminuire il dolore, e di garantire l'attenzione alla sicurezza delle cure, costituendo così l'impalcatura valoriale del Codice.

Questi stessi principi hanno ispirato la Legge 15/03/2010 *"Diposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, un'ottima legge che consente di affrontare il problema del dolore da molteplici angolazioni.

Le cure palliative, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale di Sanità del 1990, *"si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici. In questa situazione il controllo del dolore, degli altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie.*

Alcuni interventi palliativi sono applicabili anche più precocemente nel decorso della malattia, in aggiunta al trattamento causale. In particolare le cure palliative: affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale; non accelerano né ritardano la morte; provvedono al sollievo dal dolore e dagli altri disturbi; integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell'assistenza; aiutano i pazienti a vivere in maniera attiva fino alla morte; sostengono la famiglia".

Il gap formativo

Abbiamo quindi un ottimo Codice e una altrettanto valida Legge. Tutto bene allora? No, perché ben poche Regioni hanno compiuto concreti passi avanti nell'attuazione delle disposizioni in essa contenute. Al di là della consueta e drammatica diversità tra Regioni, al di là della scarsità dei finanziamenti e della scarsa sinergia con gli interventi sociali previsti dalla legge, emerge con forza il problema della formazione del personale sanitario.

In pratica siamo ancora lontani dall'attuazione completa della Legge 38/2010. Vi è un ritardo culturale nel considerare le cure palliative confinate all'estrema fase della vita e non come una risorsa da integrare precocemente e simultaneamente nei percorsi di cura dei pazienti affetti da patologie croniche, sia oncologiche che di altra etiologia, in particolare per il trattamento del dolore.

C'è un gap formativo da colmare, ma ciò non può ostacolare la lotta al dolore, a meno di non voler essere condizionati da logiche contabili, dettate da esigenze di bilancio. Occorre invece ridurre i costi "umani" del dolore cronico, del tutto inaccettabili, passando da prestazioni prevalentemente tecniche ad una presa in carico globale delle sofferenze dei pazienti. Recentemente si è avviato il corso di spe-

cializzazione universitaria in cure palliative, il che rappresenta un buon passo avanti, ma quel che è fortemente carente, non si insisterà mai abbastanza, è una cultura diffusa della palliazione, quel tipo di approccio basato sull'empatia, sul dialogo, sull'ascolto del paziente e sulla preparazione all'evoluzione nel tempo della malattia che dovrebbe improntare l'agire del medico fin dalla comparsa della patologia accompagnata da dolore.

Al di là delle classificazioni scientifiche, nella prassi quotidiana, il dolore, quando non si presenta in acuzie, ma si manifesta come cronico, è proprio di molteplici situazioni cliniche, oltre ai ben conosciuti quadri oncologici, e spesso accompagna la cronicità oppure il paziente anziano e fragile.

Molti strumenti terapeutici sono ugualmente utili in ogni caso e la scala degli antidolorifici è sempre la stessa: cambia l'aspetto emotivo, la risonanza affettiva, la comprensione dei familiari e degli amici, il rilievo sociale.

Nella prassi abituale della medicina il controllo del dolore avviene con differenti approcci nel dolore cronico, ad esempio in un soggetto emicranico o fibromiositico, oppure nella fase end stage di una malattia cronica, o in oncologia o in un paziente terminale. In ogni caso l'imperativo del *"sedare dolorem"* ha fatto indubitabili passi avanti e gli oppiacei sono assai più usati anche dal medico generale che spesso ha il vantaggio di conoscere bene il paziente e valutarne meglio i rischi connessi a un uso prolungato.

Insomma, anche a partire dal discorso di Pio XII agli anestesisti del 1952, non è più socialmente accettabile soffrire né per ragioni religiose o ideologiche e neppure, entro precisi limiti clinici, di non alleviare il dolore o perché così sarebbe impedita l'osservazione del decorso della malattia o per motivi amministrativi (la complicatezza della prescrizione) o per preoccupazione rispetto a possibili effetti avversi.

Questi debbono essere ben presenti e valutati dal medico, anche se sono iniziali e lievissimi, ma non possono essere pregiudiziali.

Tutto questo è previsto dalla normativa.

Infatti, la Legge 38/2010, già citata, definisce le cure palliative come *"l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici" ed evidenzia che "tutti i cittadini hanno diritto ad accedere a questo tipo di cure".*

L'etica della comunicazione e della relazione

Questa definizione pone un altro grande problema della medicina moderna, quello della comunicazione. Mentre nella patologia oncologica è più semplice identificare la traiettoria di malattia e i conseguenti approcci di cura, nelle malattie non oncologiche ad andamento cronico progressivo - le patologie cronico degenerative - ciò non è facilmente prevedibile e ciò in parte spiega la scarsa informazione fornita al paziente ed al suo nucleo familiare sulla possibilità dell'approccio palliativo, come opzione terapeutica.

Questa opportunità dovrebbe essere comunicata fin dalle fasi precoci di una malattia cronica progressiva, in particolare quando comporta grave dolore, che potrebbe condurre il malato e la sua famiglia davanti a scelte fra possibilità terapeutiche e assistenziali più o meno invasive.

Il tempo usato per la comunicazione è fondamentale per evitare di giungere a queste scelte con una capacità decisionale compromessa, ma soprattutto con il rischio di non avere lo spazio e il tempo per elaborarle secondo i valori del paziente.

Il concetto di qualità della vita non può che essere personale e il medico non può sostituire la propria concezione a quella del paziente.

Il coinvolgimento del paziente nel processo decisionale deve diventare prassi quotidiana allo scopo di condividere i contenuti, gli strumenti e il percorso di presa in carico; che non può avvenire altro che nel rispetto dei fattori ambientali e personali e del

contesto familiare e sociale della persona.
In ogni caso la comunicazione col paziente e con i familiari è importante ma lo è ancora di più nel dolore cronico che fa parte a pieno titolo dei problemi della cronicità e della fragilità.
Per la comunicazione e per l'educazione del paziente e dei familiari occorre tempo, ma il tempo per la relazione non è valutato da chi amministra il SSN quasi non fosse il fattore di gran lunga più rilevante per il successo della cura.
Questo approccio precoce, nel setting assistenziale preferito o più idoneo per la persona malata, garantisce un miglior controllo dei sintomi e della qualità della vita del paziente e del suo nucleo familiare. Le cure palliative devono essere proposte come il percorso più appropriato, nella fase più avanzata della malattia cronica perché il malato ed i suoi familiari non vivano sentimenti di abbandono ma, al contrario, percepiscano la continuità delle cure, con finalità adeguate all'evoluzione clinica della malattia.

Il dolore cronico e il controllo della sofferenza

Infine, un problema particolare è il paziente anziano in cui spesso convivono forme dolorose di varia natura e in cui la terapia non è tanto volta all'aspettativa di vita o alla guarigione clinica quanto all'autonomia funzionale e alla qualità della vita.
Per questa ragione l'attivazione e l'organizzazione delle cure palliative precoci/simultanee deve essere orientata alla cura possibile, sensata e praticabile mediante una presa in carico globale attraverso un'assistenza continua, integrata e progressiva. Identificare i pazienti anziani da inserire in percorsi di "palliazione precoce e simultanea", al fine del controllo della sofferenza, è fondamentale per evitare che la decisione avvenga in acuzie senza una adeguato inquadramento che consenta di prendere decisioni condivise in precedenza.
In ogni caso il dolore cronico, anche visto in una prospettiva di palliazione per non dimenticare il decennale della Legge 38/2010, pone problemi complessi di diagnosi, prognosi e terapia.
Dal momento che il paziente affetto da dolore cronico vive la massima parte della sua malattia a domicilio, pur consultando più o meno frequentemente lo specialista, il maggior carico assistenziale spetta al medico generale. Al di là della necessaria formazione specifica e del continuo aggiornamento professionale, non vi è dubbio che l'approccio al dolore cronico richiede una buona organizzazione sanitaria quale non sempre si realizza nel nostro paese.
Non tutte le Regioni si sono ancora dotate di un'opportuna rete di centri di terapia del dolore e di cure palliative. Particolarmente carenti sono le cure palliative domiciliari per lo più affidate a privati. La parziale attuazione della Legge 38/2010 è una grave mancanza del SSN.
Il medico, tuttavia, dovrà possedere un bagaglio formativo ed etico tale da consentire una buona terapia del dolore, per quanto grave e cronico esso sia. Il ricorso allo specialista non dovrebbe rappresentare una prassi sostitutiva.
Purtroppo, esiste anche il dolore nei bambini per il quale le scale di immagini sono utili e che comunque deve impegnare il medico nel controllo delle risonanze emotive comprese quelle dei genitori.
Dalla somma di tutte queste considerazioni si può trarre una conclusione, sempre valida nella pratica clinica ma che lo è ancor più nei pazienti affetti da dolore cronico.
Qualsiasi cura potrà avere una qualche speranza di successo solo se il medico saprà prendersi cura del paziente. Nelle persone che soffrono per un tempo prolungato, quale che ne sia la causa, vi è sempre una grave componente emozionale, una risonanza psichica di cui il medico non può non farsi carico.

In conclusione

Il dolore cronico mette a dura prova chi ne soffre e chi sta vicino al paziente e impegna grandemente il medico sul piano professionale (spesso si tratta di

casi difficili d a inquadrare) e umano.
Non è facile ascoltare e accompagnare chi si lamenta continuamente e soffre fisicamente e psicologicamente mettendo a disagio anche il medico più esperto. La lotta al dolore è una delle più grandi e difficili imprese della medicina di tutti i tempi; in questa si misura sia il progresso della scienza che l'umanità e la bellezza della professione.

CONSIDERAZIONI FINALI: VIGILARE SULLA CORRETTA REALIZZAZIONE DELL'ACCORDO STATO REGIONI

Lo scenario delineato dagli interventi autorevoli di questa pubblicazione mette in luce l'approccio positivo proposto dalla Legge 38/2010 e non ne tace le "fatiche" attuative. Si tratta di valutazioni emerse dalla varietà dei punti di vista che, in quanto tali, descrivono un dato di fatto poggiato su ampie valutazioni professionali, etiche e sociali.
Ai sensi della Legge 38/2010, come sottolineato dagli autori, quest'anno l'Accordo Stato-Regioni sul documento "Accreditamento delle reti di terapia del dolore" ha introdotto una variabile positiva al percorso futuro, attivando i "due livelli istituzionali nella rete di terapia del dolore a livello regionale e aziendale" (Atto 119, 27.02.2020).
Ha inoltre stabilito che la struttura regionale svolga compiti di coordinamento, promozione, indirizzo e monitoraggio, mentre spetterà alle strutture aziendali "l'attivazione del sistema di erogazione di terapia del dolore basato sull'interazione di tutti i nodi della rete centri Hub&Spoke e ambulatori di medicina generale". Nell'accordo vengono definiti gli elementi caratterizzanti del Coordinamento Regionale e di Rete Locale della Terapia del Dolore.

L'accordo in premessa riporta numeri chiari: in base a valutazioni epidemiologiche di recenti studi internazionali e nazionali, allo stato attuale si valuta che la prevalenza nella popolazione italiana di persone affette da dolore cronico severo (inteso come dolore di intensità uguale o superiore a 7 in una scala numerica da 0 "assente" a 10 "massima") sia ogni anno compreso fra gli 800.000 ed il milione di residenti. I dati aumentano ad almeno il doppio se si comprendono anche coloro che lamentano la presenza di dolore cronico "moderato": questa popolazione rappresenta l'utenza potenziale della rete nazionale di terapia del dolore. Se queste sono le "cifre del bisogno", ecco dunque che nell'Accordo le Regioni e le Province autonome si impegnano in tre precisi passaggi:

1. *Recepire formalmente l'Accordo entro dodici mesi dalla data di approvazione dello stesso, inserendo i relativi contenuti di accreditamento della rete, volti alla qualificazione dei percorsi di terapia del dolore, nelle procedure di accreditamento ordinariamente utilizzate. Contestualmente si impegnano ad avviare le procedure per l'accreditamento delle reti locali di terapia del dolore nel territorio di competenza;*
2. *Attivare un sistema di monitoraggio coerente con quanto indicato in un allegato dell'Accordo stesso;*
3. *Dall'attuazione dell'Accordo non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica: si legge infatti che "le amministrazioni devono svolgere le attività previste con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente".*

La prima considerazione è che finalmente c'è il documento attuativo; la seconda è che realizzare tutto a "costo zero" potrebbe essere impossibile, oppure potrebbe spaventare le regioni meno forti dal punto di vista della programmazione e dell'organizzazione multidisciplinare. Infine le Regioni hanno 12 mesi per concretizzare i contenuti ed i valori dell'accordo.
Saremo vigili – come testata – per verificare che tutto questo non rimanga sulla carta.

(W.G.)

Italian Health Policy Brief

Anno X
Speciale 2020

Direttore Responsabile
Stefano Del Missier

Direttore Editoriale
Walter Gatti

Direttore Progetti Istituzionali
Marcello Portesi

Editore

ALTIS Omnia Pharma Service

ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione
Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it
www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel com-pilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.

Aut. Trib. Milano 457/2012 - Numero di iscrizione al RoC 26499

Con il contributo non condizionante di Grünenthal Italia S.r.l.