

Legge sul dolore, la guardia non va abbassata

DI FURIO ZUCCO *

L'applicazione della legge 38 sul dolore, a distanza di quasi due anni dalla sua approvazione il 15 marzo 2010, può essere valutata anche alla luce delle informazioni contenute nella seconda relazione annuale Parlamento del ministro della Salute appena pubblicata. È evidente come stiano crescendo, in modo trasversale e transregionale, da una parte la consapevolezza del cittadino italiano del significato delle cure palliative e la terapia del dolore e dall'altra la conoscenza degli operatori sanitari sugli strumenti per misurare, monitorare e controllare il dolore e i sintomi.

L'incremento progressivo e costante della prescrizione della morfina e dei suoi derivati, gli oppioidi, indispensabili per un controllo efficace e moderno del dolore acuto e cronico, è sicuramente un importante effetto positivo delle semplificazioni prescrittive introdotte dall'articolo 10 della legge: l'aumento, più evidente in questi due anni rispetto ai periodi ante-*legem*, non è però ancora tale da far collocare il consumo pro capite di oppioidi nello standard europeo e l'impressione dai dati presentati è che l'incremento sia prevalentemente dovuto a un miglioramento delle prescrizioni nell'ambito delle cure palliative piuttosto che in quello del dolore cronico non oncologico.

Due azioni fondamentali sono state inoltre portate a termine in questi anni: l'accordo raggiunto il 16 dicembre 2010 in Conferenza Stato-Regioni sulle «Linee Guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento regionale in ambito della rete delle cure palliative e della terapia del dolore», previste dall'articolo 3. L'istituzione, presso il ministero della Salute, di uno specifico Ufficio, previsto dall'articolo 9 con il compito, tra gli altri, di monitoraggio dello sviluppo delle due reti e del consumo dei farmaci oppioidi. Alcuni obblighi fondamentali della legge rimangono invece non ancora ottemperati nonostante per il loro assolvimento fossero stati fissati precisi termini temporali, compresi fra i 3 e i 6 mesi. Faccio riferimento in particolare all'accordo in Conferenza Stato-Regioni previsto dall'articolo 5, da raggiungersi entro tre mesi, vero snodo

centrale per l'applicazione della legge. Nonostante i lavori tecnici siano molto avanzati e sia stata ufficialmente diffusa alle Regioni la proposta ministeriale, ancora non sono stati approvati e definiti i punti cruciali: manca a oggi la definizione dei requisiti e degli standard nazionali per l'accreditamento dei soggetti erogatori operanti nelle due reti, non sono state definite le tariffe di riferimento per le prestazioni e manca una definizione ufficiale delle figure professionali con particolare esperienza e competenza che dovrebbero operare nelle due reti, garantendo la qualità assistenziale. Non è stato definito il modello di integrazione fra le due reti.

Il dibattito è ancora acceso in riferimento al livello di autonomia del sottosistema delle cure palliative e della terapia del dolore pediatrici rispetto a quello delle due reti generali. Per ciò che riguarda l'articolo 4 «Campagne di informazione», nonostante siano in atto incontri tecnici tra ministero della Salute e Regioni ancora non è stata trovata una linea comune né per ciò che riguarda il target né per gli strumenti comunicativi da utilizzare; eppure tutti ritengono che quella informativa sia una leva essenziale per modificare in modo radicale la consapevolezza della popolazione rispetto al diritto di accesso alle due reti e alle modalità con cui a esse accedere.

Molto è stato scritto sul reale raggiungimento degli obiettivi fissati dall'articolo 6 «Progetto Ospedale Territorio Senza dolore» e dall'articolo 7 «Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica», ciò anche in conseguenza della verifica dei Nas effettuata l'estate scorsa in 244 ospedali, avviata dal senatore Ignazio Marino. Anche se i dati dell'analisi dei carabinieri sono stati sottoposti a diverse critiche e interpretazioni, soprattutto in riferimento alla metodologia utilizzata, pur tuttavia è risultato evidente, e questo è il merito dell'indagine, che in ampie zone del nostro Paese lo spirito della legge non era stato ancora compreso e applicato.

Se non si correrà ai ripari si creerà certamente una dissinergia fra la consapevolezza del diritto a non soffrire da parte della popolazione, amplificato tra

l'altro dai molti media in occasione dell'approvazione della legge 38, e la capacità reale di ottemperare agli obblighi di legge da parte delle strutture e degli operatori. Come già sta avvenendo, in base a notizie di cronaca recenti, il possibile risultato è uno solo: l'apertura di un nuovo enorme fronte di contenzioso legale in ambito sanitario che scarica sugli operatori la responsabilità della inapplicabilità della legge.

Sarebbe a questo proposito auspicabile che tutte le amministrazioni regionali inserissero tra gli obiettivi annuali dei Direttori generali di aziende ospedaliere, Asl e strutture sanitarie accreditate alcuni obiettivi relativi all'applicazione della legge e in particolare degli articoli 4, 6 e 7. In altri settori, ad esempio quello dell'emergenza urgenza e quello dei prelievi e trapianti d'organo e tessuto questa leva programmatica si è dimostrata la più potente per modificare assetti che sembravano immutabili. È proprio nel settore educativo e formativo che, allo stato attuale, vi sono importanti aspettative, non ancora soddisfatte: l'articolo 8 prevedeva che entro sei mesi dalla approvazione della legge, il ministero dell'Università e della Ricerca emanasse i decreti applicativi necessari per definire percorsi formativi universitari specifici per gli operatori sanitari e socio-sanitari operanti nella rete.

Nonostante l'approfondito lavoro tecnico i decreti non hanno ancora visto la luce ed è in atto una sorta di "fai da te" istituzionale con importanti differenze interregionali, proprio nel momento in cui hospice, servizi di cure palliative domiciliari, centri di terapia del dolore stanno incrementando il loro numero.

In assenza di un indirizzo "quadro" le differenze interregionali sono ancor più macroscopiche nelle attività di formazione continua, tipicamente di competenza regionale. Nel settore della preparazione dei volontari grande importanza nella definizione di un indirizzo chiaro e unitario ha avuto il documento tecnico predisposto dalla Federazione cure palliative e fornito al ministero della Sanità.

Ricordo infine che, a oggi, la terapia del dolore, nelle sue varie articolazioni, non è ancora stata inserita tra i livelli

essenziali di assistenza, fermi al decreto istitutivo del 2001 e che, quindi, le Regioni non sono vincolate alla gratuità nell'erogazione delle prestazioni antalgiche. Non a caso la legge, all'articolo 3 affida al Comitato paritetico permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza compiti di verifica e di controllo sullo stato di attuazione della legge.

L'auspicio è che il ministro della Salute, Renato Balducci, e quello della Istruzione università e ricerca, Francesco Profumo, pur nella drammatica fase di criticità attraversata dal Paese, siano in grado di inserire ciò che manca per la completa applicazione della legge 38 nelle priorità delle proprie agende dei lavori, trovando però, da parte delle Regioni, la disponibilità anche a riconvertire risorse. Ciò per garantire alla popolazione il diritto a non soffrire inutilmente sia nelle fasi avanzate e terminali di malattia sia in presenza di un dolore cronico. Lascio al lettore il compito di valutare se, a distanza di quasi due anni, il bilancio dell'iter applicativo della legge 38 sia positivo o negativo.

** Past president
Società italiana cure palliative*

È stato cruciale
creare un ufficio
di monitoraggio
presso il ministero

L'attuazione
andrebbe inserita
tra gli obiettivi
dei Dg delle Asl