

Dipartimento **NEUROSCIENZE – TESTA COLLO**

Milano, lì 08.01.2025

Struttura Complessa: **Terapia del Dolore**  
Direttore: Paolo Notaro

Telefono: 02 6444.4663  
Segreteria Direttori: 02 6444.4617 Fax 02 6444.4891  
Segreteria Degenza Week Surgery: 02 6444.2268 Fax 02 6444.2893  
Segreteria Day Surgery: 02 6444.3789 Fax 02 6444.2656

paolo.notaro@ospedaleniguarda.it  
[www.ospedaleniguarda.it](http://www.ospedaleniguarda.it)  
[red@ospedaleniguarda.it](mailto:red@ospedaleniguarda.it)

Al Presidente e ai Componenti della Commissione

XII Commissione (Affari sociali) della Camera dei deputati

**Oggetto:** audizione in merito alle professioni sanitarie nella disciplina di Terapia del Dolore

**Egregio Presidente**

**Gentili Componenti della Commissione**

Con il presente contributo, il sottoscritto Paolo Notaro Direttore della Struttura Complessa di Terapia del Dolore dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano,

desidero sottoporre all'attenzione del Presidente e ai Componenti della Commissione XII Commissione (Affari sociali), la necessità di intervenire in modo coerente e strutturato sul crescente bisogno di salute dei cittadini, individuando un percorso che risponda alle esigenze del sistema sanitario nazionale e agli ordinamenti delle scuole di specializzazione universitarie.

In questo modo, sarà possibile consolidare le competenze acquisite all'interno delle reti regionali e aziendali di terapia del dolore e istituire un sistema di formazione specialistica adeguato alle necessità di prevenzione, diagnosi e trattamento delle patologie algologiche

Numerose sono le criticità riguardanti l'incremento della domanda di professionisti qualificati nella disciplina ospedaliera di Terapia del Dolore, a fronte di una carenza conclamata di tali figure, malgrado il riconoscimento della disciplina tra le specialità ospedaliere dal 2018, l'inclusione tra i LEA dal 2015 e l'esistenza di un diritto alla cura del dolore sancito dal 2010.

Risulta infatti assente un percorso di formazione specialistica dedicato, con conseguente riduzione dell'offerta di competenze appropriate e multidimensionali rispetto a un bisogno emergente, a cui si aggiunge la mancanza di un iter formativo professionalizzante e multidisciplinare nel curriculum della Terapia del Dolore, il che comporta l'impossibilità per i medici di accedere ai concorsi pubblici di selezione.

Ciò genera ripercussioni cliniche, sanitarie, economiche e sociali, evidenziate da dati di contesto: già negli anni '90, un'indagine dell'OMS in 14 Paesi segnalava che il 22% dei pazienti visitati riferiva una condizione dolorosa persistente da più di sei mesi, mentre una revisione del 2010, basata su

quattro studi internazionali, stimava che la prevalenza del dolore cronico di qualsiasi grado oscillasse tra il 10,5% e il 55,2% nella popolazione generale. Il Rapporto del Consiglio dell'UE sulle malattie croniche e sul ruolo del dolore indica in Europa una prevalenza tra il 16% e il 46%, pari a circa 80 milioni di persone con dolore cronico moderato-grave; in Italia tale prevalenza raggiunge il 26% della popolazione, ovvero 13 milioni di persone, di cui il 40% ignora l'esistenza di centri specialistici cui rivolgersi, nonostante nel 90% dei casi siano disponibili terapie efficaci.

Il nostro Paese risulta al terzo posto, dopo Norvegia e Belgio, per prevalenza di dolore cronico, ma è primo per forme severe (13%). In termini geografici, l'incidenza più elevata si registra nel Nord-Ovest (27,7%), la più bassa al Sud (21,7%).

In media, chi soffre di dolore cronico vive in questa condizione per almeno sette anni e, per un quinto di tali soggetti, il periodo si estende oltre i vent'anni. Studi recenti mostrano inoltre come i pazienti con dolore cronico vaghino per una media di 4,5 anni tra strutture pubbliche e private prima di giungere a un centro specialistico, con il 21,2% che non sa a chi rivolgersi e il 7,1% ignaro dell'esistenza stessa di Centri per la terapia del dolore.

Si osserva dunque una frequente consultazione di molteplici specialisti, ricoveri, interventi e trattamenti farmacologici non sempre efficaci: manca una chiara indicazione sui percorsi di cura e sui centri da contattare, e i cittadini spesso arrivano tardivamente, esausti, con un quadro psicologico compromesso e un dolore invalidante che limita le attività quotidiane e lavorative.

A ciò si aggiunge un utilizzo non sempre appropriato di farmaci analgesici, talvolta non in linea con i meccanismi patogenetici ma orientato esclusivamente al controllo del sintomo, con rischio crescente di uso improprio di oppioidi, potenziale sviluppo di comportamenti compulsivi e dipendenza iatrogena, come dimostrato da numerosi alert internazionali.

Attualmente non è disponibile un monitoraggio esaustivo dell'impiego improprio di tali farmaci, né una quantificazione puntuale di incidenza e prevalenza di dipendenza e mortalità. Si evidenzia dunque l'urgenza di una governance solida dei percorsi assistenziali e dei trattamenti terapeutici per il dolore cronico, poiché molti pazienti ricorrono autonomamente agli oppioidi per sopperire alla carenza di percorsi di cura integrati, con il rischio di abusi e conseguenze gravissime sul piano clinico e sociale.

Fondamentale è la formazione specifica degli stakeholder clinici e il riconoscimento della Terapia del Dolore come disciplina specialistica, indispensabili per garantire un monitoraggio costante e un continuo aggiornamento delle terapie, prevenendo situazioni di abuso e dipendenza da analgesici oppioidi.

La lunga e spesso infruttuosa ricerca di soluzioni terapeutiche determina inoltre un considerevole disagio personale e costi medi annui di circa 750 euro a carico del singolo, cui non sempre corrisponde un reale beneficio clinico, aggravando il disagio sociale. Il dolore cronico ha inoltre un forte impatto economico: il costo sociale annuo per paziente è di almeno 4.557 euro, di cui 1.400 a carico del SSN (farmaci, ricoveri, accertamenti) e 3.156 costituiti da costi indiretti (giornate lavorative perse, abbandono del lavoro o cambio di mansione).

È frequente che chi soffre di dolore cronico debba lasciare o modificare la propria attività lavorativa. Almeno il 22% sviluppa depressione e ansia a causa delle limitazioni imposte dalla condizione dolorosa, con un impatto significativo sulla qualità delle relazioni familiari, sociali e interpersonali, generando senso di sfiducia e malessere verso presente e futuro. In Italia si stimano circa dieci milioni di persone con varie forme di dolore cronico, di cui oltre un milione con forme

severe che riducono drasticamente qualità di vita e produttività, gravando sui costi sanitari, assistenziali e sociali. L'età media di tali soggetti, pari a 47,8 anni, conferma che l'incidenza interessa prevalentemente individui in età lavorativa.

Il termine "cronico" non deve tuttavia essere interpretato come una condizione irreversibile: esistono molteplici opportunità di cura in ambito ospedaliero che vanno ulteriormente valorizzate, anche mediante la qualificazione dei professionisti.

Per porre il paziente nuovamente al centro del sistema, sarebbe sufficiente un'applicazione rigorosa delle normative esistenti, accompagnata dalla realizzazione di modelli organizzativi idonei a garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti affetti da dolore cronico primario e secondario. Ciò dovrebbe partire dal rafforzamento del percorso formativo di coloro che sono incaricati della gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Il dolore, come esperienza ubiquitaria e universale, costituisce una delle principali cause di disabilità e di riduzione della qualità di vita, con conseguenze sempre più rilevanti sul piano economico, familiare e sociale, alla luce dell'invecchiamento progressivo della popolazione. Molti pazienti ricevono cure frammentate e non coordinate, con ricoveri ripetuti e spesso inappropriati, elevati costi e insoddisfazione generale.

Il concetto di "Terapia del Dolore" non va ridotto a un atto medico isolato di tipo prescrittivo, ma rappresenta una disciplina specialistica che integra diagnosi, trattamento, riabilitazione e gestione della persona con dolore acuto persistente, ricorrente o cronico, concepita come vera "Medicina e terapia del dolore," includendo fasi complementari di prevenzione, diagnosi e cura.

Da queste premesse emerge la necessità di rafforzare l'insieme delle competenze per garantire una formazione specialistica che risponda ai bisogni emergenti; risulta inoltre urgente ridefinire i profili professionali ritenuti equipollenti in ambito di terapia del dolore ai fini dei concorsi, aggiornando le tabelle A e B delle discipline affini di cui al DM 30 gennaio 1998 e successive modifiche.

Nella maggior parte dei casi, il dolore rappresenta un segnale di allarme utile per attivare meccanismi di difesa; quando però persiste a guarigione avvenuta, diventa esso stesso una malattia. L'ICD-11 del 2022 riconosce l'essenza biopsicosociale del dolore cronico: nonostante le numerose evidenze scientifiche, esso non è ancora trattato in modo uniforme come patologia vera e propria, con forti disomogeneità nei percorsi clinico-terapeutici e ripercussioni negative in termini di qualità di vita e di sostenibilità del sistema sanitario.

Alcune forme di dolore cronico, inoltre, manifestano caratteristiche di patologia primaria, con un impatto rilevante sulla quotidianità. La Terapia del Dolore mira a garantire interventi diagnostici e terapeutici finalizzati a identificare e applicare strategie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative integrate, così da sopprimere o controllare il dolore, prevenire eventuali cronicizzazioni e stratificare la domanda di assistenza.

Secondo i dati epidemiologici più recenti, in Italia la prevalenza di dolore cronico severo ( $\geq 7$  su scala numerica 0-10) varia tra 800.000 e un milione di residenti l'anno, raddoppiando se si considerano forme moderate (punteggio 4-6). Tra questi, il 3-4% sviluppa il cosiddetto "Dolore Malattia," che può insorgere anche a partire da intensità moderate protratte nel tempo.

A fronte di ciò, si registra però un marcato disallineamento nell'applicazione delle normative sul territorio nazionale, con confusione tra i setting di terapia del dolore e cure palliative, difficoltà di

orientamento per i pazienti e per gli operatori sanitari e una scarsa uniformità delle competenze di base e specialistiche.

L'Italia, con la Legge 38/2010, è stato il primo Paese in Europa a riconoscere il diritto alla rilevazione e al trattamento del dolore, nonché il diritto alla formazione professionale e all'organizzazione di reti dedicate a dolore e palliazione, che però devono mantenere percorsi distinti: da un lato si accompagna il paziente nella fase terminale della vita, dall'altro si punta a restituire a chi soffre di dolore cronico la possibilità di una vita attiva.

L'articolo 31 dei LEA 2017 impone alle Regioni l'istituzione di centri di Terapia del Dolore nelle strutture ospedaliere e nei centri specialistici, nonché un organismo regionale di coordinamento analogo a quello delle cure palliative, ma tale disposizione non è ancora stata attuata. In assenza di coordinamento, manca anche una governance unitaria, essenziale per garantire un accesso tempestivo e appropriato alle terapie.

Inoltre, non si applica sistematicamente il codice di disciplina n. 96 (DM 21 novembre 2018), che consentirebbe di tracciare i percorsi e quantificare il bisogno, favorendo un corretto flusso informativo dal livello regionale a quello nazionale. L'assenza di tali dati impedisce una programmazione efficiente delle risorse economiche, professionali e organizzative, ostacolando la definizione di obiettivi chiari e misurabili.

Questo codice dovrebbe costituire uno strumento di riferimento per la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero, per le Direzioni Generali degli Assessorati alla Sanità e, a cascata, per i direttori delle strutture ospedaliere, così da favorire l'identificazione e l'implementazione degli interventi necessari per la gestione della disciplina, stabilendo obiettivi concreti in linea con i bisogni reali dei pazienti.

In qualità di rappresentante clinico, opero affinché la Terapia del Dolore possa sviluppare appieno le sue potenzialità in un contesto organizzativo che preveda la corretta attuazione dei percorsi di assistenza e cura per i soggetti con dolore cronico o dolore malattia.

L'attuale riorganizzazione dei percorsi di formazione specialistica, promossa dal Ministero della Salute in sinergia con il MUR e con i diversi portatori di interesse, intende valorizzare conoscenze e competenze orientate alle esigenze assistenziali emergenti, ridefinendo un Servizio Sanitario Nazionale più efficiente e competitivo, partendo dalla domanda reale di salute.

È noto che lo specializzando si troverà ad operare in un quadro demografico caratterizzato da invecchiamento della popolazione e da un incremento di cronicità, comorbilità e fragilità, circostanza che rende indispensabile superare l'approccio settoriale e favorire una visione trasversale che includa anche la disciplina di terapia del dolore.

Questa evoluzione richiede una trasformazione profonda della formazione, promuovendo una nuova mentalità tra le future generazioni di professionisti.

Una revisione globale delle scuole di specializzazione secondo un modello orizzontale rappresenta un percorso complesso, che necessita di una fase preliminare di sperimentazione; nell'immediato, si propone:

- introdurre moduli condivisi di terapia del dolore (60 CFU), da collocare all'interno di più specialità, così da fornire risposte competenti alla crescente esigenza di gestione del dolore cronico,
- istituzione di corsi professionalizzanti, sempre di (60 CFU) in collaborazione fra Regioni e Università e accessibili anche ai medici già in servizio e specialisti, similari come percorso per esempio ai corsi di validazione manageriale per i Direttori di Struttura Complessa.

Sarebbe inoltre opportuno prevedere un insegnamento di base (4 CFU) in terapia del dolore nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia.

A questo si aggiunge la necessità di adeguare i criteri concorsuali di selezione della dirigenza medica di I e II livello, modificando la tabella A e B delle discipline affini di cui al DM 30 gennaio 1998 e successive integrazioni, per superare l'attuale vincolo che limita la partecipazione alla specialità di anestesia e rianimazione e consentire ad altre discipline equipollenti di concorrere ai ruoli dedicati alla Terapia del Dolore.

Infine, è necessario monitorare l'attuazione delle normative legislative approvate dal Parlamento in materia di Terapia del Dolore e tracciare i flussi dei pazienti, applicando il Codice di Disciplina n. 96, anche al fine di rendere possibile la relazione parlamentare sullo stato di attuazione, come previsto dall'Art. 11 (Relazione annuale al Parlamento) della Legge n. 38 del 15 marzo 2010.

Distinti Saluti

