

Il dolore cronico è una delle sfide più complesse per il sistema sanitario italiano. Ancora oggi, molti pazienti con **dolore non gestito** si ritrovano a fare accessi ripetuti al Pronto Soccorso (PS), un luogo pensato per emergenze acute e non per la gestione di una condizione cronica e invalidante. Ma perché succede? Perché il pronto soccorso sembra una delle poche risposte possibili per chi convive con il dolore da mesi o anni?

Il dolore cronico: una malattia a sé, non solo un sintomo

Un errore molto diffuso, anche tra i professionisti sanitari, è considerare il dolore esclusivamente come un sintomo di altre malattie, trascurando invece che il dolore cronico è una *condizione patologica* a sé stante. La comunità scientifica riconosce il dolore cronico quando persiste oltre una soglia temporale ben definita, appunto i **tre mesi**. Superato questo periodo, il dolore smette di essere una semplice spia di un problema e diventa un disturbo che necessita di un approccio mirato e specialistico.



Questo dettaglio temporale è cruciale, perché spesso i medici si concentrano solo sulla causa scatenante del dolore e non sul dolore stesso come malattia cronica. La mancanza di una diagnosi e di un trattamento adeguatamente tempestivo favorisce che il dolore diventi refrattario alle cure tradizionali e si cronicizzi ulteriormente.

Perché si finisce così spesso al Pronto Soccorso?

A dispetto dell'ideale organizzativo, il Pronto Soccorso è diventato frequentemente il punto di riferimento per molte persone con dolore cronico che non trovano risposte efficaci nel territorio o nei percorsi di cura programmati. Chiaramente in PS il dolore viene gestito spesso solo a livello sintomatico, con somministrazione di analgesici (a volte oppioidi) in regime di emergenza, senza affrontarne le cause di fondo né impostare un percorso di gestione a lungo termine.



I motivi di questi accessi ripetuti sono molteplici:

- **Sotto-trattamento e mancanza di follow-up adeguato:** molti pazienti non ricevono una diagnosi precisa o un piano di cura strutturato. Le visite mediche non sono sempre approfondite o tempestive, con conseguente peggioramento del dolore.
- **Limitata formazione dei medici di base:** in molti casi i medici di famiglia non hanno ricevuto una formazione specifica approfondita sul dolore cronico e sulle sue molteplici dimensioni, anche psicologiche. La misurazione del dolore, strumento indispensabile per personalizzare le cure, è spesso trascurata o effettuata in modo superficiale.
- **Assenza o difficoltà ad accedere a percorsi alternativi al PS:** centri multidisciplinari del dolore, terapie cognitivo-comportamentali (CBT) dedicate e altre forme di sostegno non sono ancora pienamente diffuse su tutto il territorio nazionale. Questo porta a una ripetizione delle visite in emergenza, pur non essendo la sede adatta.
- **Paure e frustrazione dei pazienti:** vivere costantemente con dolore non controllato genera ansia e spesso la percezione che l'unica "via d'uscita" immediata sia l'accesso in pronto soccorso.

Centri multidisciplinari del dolore: un modello efficace che fatica a diffondersi

I **centri multidisciplinari del dolore** rappresentano una risposta clinica appropriata per il dolore cronico refrattario. In queste strutture, pazienti con dolore superiore ai tre mesi vengono valutati da un team che include anestesisti, neurologi, psicologi, fisiatristi, e altre figure professionali. L'obiettivo è impostare un approccio personalizzato basato su più livelli di trattamento: farmacologico, fisico, psicologico.

Questo modello si è dimostrato efficace nell'abbassare la frequenza degli accessi ripetuti al PS proprio grazie a un controllo migliore del dolore e ad un supporto continuo. Tuttavia, nelle regioni meno servite i tempi di attesa sono ancora lunghi e i centri non sempre presenti o equipaggiati.

Terapie cognitivo-comportamentali (CBT) per il dolore: il fattore psicologico non è secondario

Non va inoltre sottovalutata la componente psicologica del dolore cronico. Le **terapie cognitive-comportamentali (CBT) per il dolore** aiutano i pazienti a gestire la sofferenza, ridurre il vissuto invalidante e migliorare la qualità della vita. Questo tipo di trattamento, abbinato a quello farmacologico e fisico, completa un approccio integrato imprescindibile.

Nonostante esista evidenza della loro efficacia, le terapie CBT sono ancora poco accessibili per diverse ragioni, tra cui la scarsità di operatori formati, la mancata integrazione nei percorsi standard di cura e la bassa informazione rivolta ai pazienti.

Cannabis terapeutica su prescrizione: una risorsa per indicazioni refrattarie

Un'altra possibilità terapeutica, spesso controversa ma in crescita, è l'uso di **cannabis terapeutica su prescrizione** per i pazienti con dolore cronico refrattario alle cure tradizionali. La sua efficacia in casi selezionati è riconosciuta, tuttavia l'accesso rimane difficile per vari motivi, tra cui la normativa complessa, i costi e la scarsa formazione di molti medici su questa opzione.

Non si tratta di una "cura miracolosa", ma di una risorsa in più che può contribuire a ridurre la sintomatologia ed evitare nuovi accessi in PS, se inserita all'interno di un percorso multidisciplinare strutturato.

Un mito da sfatare: i prezzi non sono la causa principale degli accessi

È comune pensare che il motivo per cui i pazienti si rivolgono al PS sia legato ai *prezzi di farmaci o visite*. In realtà, questa convinzione è spesso fuorviante. Molti farmaci per il dolore cronico sono rimborsati o disponibili a costi accessibili nel SSN, così come molte visite specialistiche sono gratuite o a prezzo calmierato.

Il nodo vero risiede nella mancanza di strutture dedicate, di percorsi assistenziali chiari e personalizzati e nella difficoltà di ottenere una diagnosi tempestiva e una presa in carico complessiva e continuativa. È la gestione frammentata e spesso tardiva del dolore a spingere i pazienti verso il pronto soccorso, non solo la questione economica.

Cosa si può fare per migliorare la situazione?

1. **Potenziare la formazione dei medici di base** sulla rilevazione e la gestione del dolore cronico, con strumenti validati per la misurazione del dolore e una conoscenza aggiornata delle opzioni terapeutiche.
2. **Promuovere la diffusione e il consolidamento di centri multidisciplinari del dolore**, accessibili su tutto il territorio nazionale, come riferimento primario per pazienti con dolore superiore a tre mesi.
3. **Incentivare l'integrazione delle terapie cognitive-comportamentali** nei percorsi clinici, per rispondere alla componente psicologica della malattia.
4. **Facilitare l'accesso alla cannabis terapeutica prescritta nei casi refrattari**, accompagnandola sempre a un percorso multidisciplinare strutturato.
5. **Implementare campagne di informazione** rivolte ai pazienti per far conoscere i percorsi alternativi al pronto soccorso e favorire l'auto-gestione guidata del dolore.

Conclusioni

Il dolore cronico non è un semplice sintomo da curare in emergenza, ma una malattia complessa che richiede una presa in carico globale e continuativa. Gli accessi ripetuti in pronto soccorso ne sono la spia più evidente: manca

un'organizzazione efficiente e integrata che offra risposte adeguate al dolore non gestito.

Solo valorizzando i centri multidisciplinari del **terapia cognitivo comportamentale dolore** dolore, le terapie cognitivo-comportamentali e la cannabis terapeutica su prescrizione, e formando meglio medici e pazienti, si potrà ridurre il ricorso inappropriato al pronto soccorso, migliorando la qualità della vita di chi soffre da troppo tempo in silenzio.