

Quando pensiamo al **dolore cronico**, spesso lo associamo a un sintomo passeggero, una fase dolorosa destinata a risolversi. In realtà, dalla legislazione italiana alla letteratura clinica più aggiornata, il dolore cronico è una vera e propria *malattia*, definita dalla persistenza oltre i tre mesi, indipendentemente dalla causa originaria. Tuttavia, nonostante la presenza di **centri multidisciplinari del dolore** negli ospedali principali italiani, l'accesso alle cure per chi soffre di dolore cronico è ancora largamente inadeguato. In questo articolo spieghiamo perché questi centri, pur essendo fondamentali, non bastano a rispondere alle esigenze di migliaia di pazienti e quali sono i nodi sistemici da affrontare.

Dolore cronico: riconoscerlo come malattia e non solo come sintomo

Non è raro che, anche nelle strutture sanitarie, il **dolore cronico** venga considerato una semplice conseguenza clinica di un'altra patologia (es. artrosi, neuropatia, fibromialgia), senza riconoscere al dolore in sé uno status patologico con criteri specifici. La definizione clinica, ormai condivisa a livello internazionale e inserita nella legge 38/2010, indica che il dolore diventa cronico quando persiste da oltre **tre mesi**, superando la normale capacità di guarigione del tessuto o la fase infiammatoria acuta.

Questa distinzione ha peso pratico: significa che chi soffre di dolore cronico non solo deve ricevere una terapia mirata al dolore, ma deve essere seguito con un approccio multidisciplinare, volto a limitare disabilità, depressione e isolamento sociale spesso associati. Purtroppo, molte persone restano con dolore non adeguatamente trattato proprio perché questo approccio non viene adottato uniformemente sul territorio.



Perché i centri del dolore negli ospedali principali non bastano

I centri specialistici presenti negli ospedali principali rappresentano senz'altro dei punti di riferimento per diagnosi approfondite e gestione complessa. Sono dotati di specialisti come anestesisti, neurologi, psicologi e fisioterapisti, e spesso offrono percorsi terapeutici che includono:



- terapie farmacologiche
- terapie cognitivo-comportamentali (CBT) per il dolore
- cannabis terapeutica su prescrizione per indicazioni refrattarie e specifiche

Questi centri però non bastano per almeno tre motivi ben precisi:

1. **Copertura territoriale insufficiente:** i centri del dolore sono concentrati in grandi ospedali o città capoluogo, lasciando vaste aree del paese senza un punto di riferimento specialistico accessibile. Ciò porta a problematiche legate a lunghi spostamenti e difficoltà di accesso per pazienti con limitazioni funzionali.
2. **Liste di attesa lunghe e imprevedibili:** l'affollamento sui centri specialistici comporta spesso tempistiche di accesso incompatibili con l'urgenza percepita dal paziente. Molti lamentano di dover aspettare mesi o addirittura oltre un anno per una visita specialistica.
3. **Scarsa integrazione con la medicina territoriale e i medici di base:** senza un sistema consolidato di collaborazione e formazione, il medico di base rimane spesso isolato nell'approccio al dolore cronico, incapace di procedere a una gestione precoce e di monitorare efficacemente il paziente sul territorio.

Sottotrattamento: un problema sistemico e multidimensionale

Non è raro che i pazienti con dolore cronico ricevano un sottotrattamento che li lascia in una condizione di sofferenza evitabile. Le cause di questo fenomeno sono molteplici:

- **Formazione insufficiente dei medici di base:** spesso mancano competenze specifiche per riconoscere e gestire il dolore cronico come entità clinica autonoma. Non è infrequente che il dolore venga affrontato con un approccio esclusivamente sintomatico o che si ignorino opzioni terapeutiche come la CBT o la cannabis terapeutica, quando indicata.
- **Preconcetti e timori legati alle terapie farmacologiche:** i pazienti sono spesso scoraggiati dalla paura di effetti collaterali o dipendenza soprattutto con i farmaci oppioidi, mentre i medici possono essere esitanti a prescriberli correttamente.
- **Assenza di misurazione sistematica del dolore:** l'assenza di uso routinario di strumenti validati di misurazione del dolore da parte di molti professionisti limita la capacità di monitorare l'efficacia delle terapie nel tempo e di adattarle alle esigenze individuali.

La formazione come chiave per migliorare l'accesso e la qualità delle cure

Una rete di centri del dolore efficiente deve appoggiarsi a una solida formazione dei medici di base, chiamati a giocare un ruolo di primo piano nella gestione del dolore cronico. Le attività formative dovrebbero includere:

- conoscenze sulle definizioni cliniche e sugli strumenti validati di misurazione del dolore
- aggiornamenti sulle terapie farmacologiche e non farmacologiche, comprese le terapie cognitivo-comportamentali (CBT) per il dolore
- individuazione precoce dei pazienti a rischio di cronicizzazione e indicazioni per l'invio tempestivo ai centri specialistici

Al contempo, la diffusione dell'utilizzo della **cannabis terapeutica su prescrizione** in casi refrattari è un altro aspetto da adeguatamente dimostrare e divulgare tra gli operatori, evitando così trattamenti empirici e disomogenei.

A proposito di prezzi: attenzione al fraintendimento più comune

Un errore frequente nella discussione sul tema del dolore cronico è quello di concentrarsi eccessivamente su costi come prezzi di farmaci o visite. Certamente le spese sono un elemento importante, ma descrivere il problema dell'accesso centrando il discorso su questo aspetto rischia di offuscare problemi più strutturali come:

- la disparità geografica di offerta
- la mancanza di personale formato e tempo medico dedicato
- le barriere organizzative legate a liste di attesa e modelli di gestione centralizzati

Per esempio, il costo della cannabis terapeutica può essere coperto <https://www.corrierenazionale.net/2026/09/26/il-dolore-cronico-in-italia-i-numeri-di-un'emergenza-che-non-fa-notizia/> dal Servizio Sanitario Nazionale per indicazioni specifiche, ma senza adeguata prescrizione e monitoraggio il farmaco rischia di non raggiungere i pazienti realmente bisognosi. Analogamente, la CBT richiede professionisti specifici spesso non presenti nei distretti sanitari.

Verso un modello integrato: cosa serve davvero oltre ai centri ospedalieri

Per migliorare l'offerta di cure al dolore cronico è necessario un modello integrato, che tenga conto di:

Elemento Ruolo nel modello integrato Centri multidisciplinari del dolore Gestione dei casi complessi e diagnosi approfondite Medicina territoriale e medici di base Gestione precoce, monitoraggio continuo e prima linea di cura Formazione continua Aggiornamento su terapie innovative e misurazioni cliniche Liste di attesa ridotte e accesso semplificato Tempi rapidi per visite e visite di controllo Terapie complementari (CBT, cannabis terapeutica) Approccio multidimensionale e personalizzato

Solo implementando questa rete coordinata e con l'obiettivo concreto di migliorare la **copertura territoriale** e le **liste di attesa**, si può davvero fornire un'assistenza adeguata a chi convive quotidianamente con il dolore cronico.

Conclusione

I centri del dolore negli ospedali principali svolgono un ruolo indispensabile, ma non possono da soli rispondere alla complessità e alla diffusione del dolore cronico come malattia autonoma. Da troppo tempo il sistema italiano

soffre di una frammentazione territoriale, di liste di attesa e di una formazione medica inadeguata. Per cogliere pienamente gli obiettivi della legge 38/2010 e garantire una presa in carico effettiva, è necessario un cambio di paradigma che valorizzi l'integrazione tra centri ospedalieri, medicina territoriale e terapie multidisciplinari, senza perdere d'occhio la realtà quotidiana dei pazienti.