**Legge 15 marzo 2010 n. 38: Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore**

*Pallium,* il mantello che avvolge: questa è la radice etimologica delle cure palliative. Il mantello che avvolge la persona fragile, malata, che vive la fine della vita. Lo scopo principale delle cure palliative è quello di migliorare la qualità della vita piuttosto che garantire la sopravvivenza della persona, assicurando ai pazienti e alle loro famiglie un’assistenza continua e globale. La peculiarità della medicina palliativa è il nuovo approccio culturale al problema della morte, considerata non più l’antagonista da combattere ma accettata come evento inevitabile.

Da questa premessa teorica nasce una pratica clinica che pone al centro dell’attenzione non più la malattia ma la persona malata, con la sua storia, le sue relazioni umane, la sua complessa identità. La medicina delle cure palliative è, e rimane, un servizio alla salute. Non dunque una medicina per il morente e per aiutare a morire ma una medicina per l’uomo che rimane una persona vivente fino alla morte. Alla base di questa filosofia, di questo approccio olistico vi è il rispetto dell’essere umano sofferente, l’attenzione a tutto quello che si può e si deve fare per dare senso e umanità alla vita quando non c‘è più niente da fare. Questo paradigma è la vera sfida delle cure palliative che si traduce in un’obiettivo concreto: fare in modo che nessuno resti solo di fronte alla malattia, liberare dal dolore e combattere ogni forma di dolore.

È questa la sostanza della nuova legge sulle cure palliative e la terapia del dolore, la 38 del 2001, d’iniziativa parlamentare e voluta tenacemente in particolare dalle donne parlamentari della Commissione Affari Sociali. Grazie ad essa cure e terapie antidolore diventano un diritto esigibile che deve essere garantito in modo uniforme su tutto il territorio nazionale da apposite reti che integrano gli hospice e i reparti ospedalieri con le strutture territoriali e quelle domiciliari, puntando soprattutto sull’assistenza domiciliare. È importante l’altra innovazione: la previsione di un team multiprofessionale che deve garantire la continuità assistenziale. Altrettanto importante è la formazione continua del personale sanitario. La legge riguarda tutti i malati terminali, non solo quelli oncologici. Accanto alla rete delle cure palliative è prevista la rete per la terapia del dolore. Si tratta “*dell’insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e controllo del dolore*”.

Un aspetto centrale della legge è la previsione di questo tipo di cure per i bambini, le cure palliative pediatriche che confermano la sua impostazione umanistica e l’attenzione a tutte le fasi della vita della persona.

Particolarmente rilevante è la semplificazione della prescrizione dei farmaci antidolore con il superamento del “ricettario speciale”.

La legge 38/2001 completa la legislazione in materia di cure palliative che era iniziata con la legge 39/1999 (Ministro Rosy Bindi), istitutiva degli hospice e che aveva stanziato 206 milioni di euro. Seguì la legge 8 febbraio 2001 n° 12, proposta dal Ministro Veronesi e votata da tutto il Parlamento “Norme per agevolare l’impiego dei farmaci analgesici oppiacei nelle terapie del dolore” ed il progetto “ospedale senza dolore”. Nella legge finanziaria 2007 furono stanziati 100 milioni di euro per potenziare il numero degli hospice; furono elaborate le linee guide sulle cure palliative pediatriche; furono aggiornati i livelli essenziali di assistenza per migliorare l’assistenza domiciliare e fu definita l’intesa Stato-Regioni relativa agli standard qualitativi degli hospice.