

# DOLORE MUSCOLO-SCHELETRICO CRONICO: I RISULTATI ITALIANI DELL'INDAGINE DI ARTHRITIS ACTION GROUP (AAG)

Ricerca

ANTHONY D. WOOLF\*, ALISON J. CARR\*\*, MARIO GUSLANDI\*\*\*,  
DOMENICO CUCINOTTA\*\*\*\*, PER CONTO DI AAG

\* Royal Cornwall Hospitals Trust, Truliske, Truro, UK;

\*\* Academic Rheumatology, Università di Nottingham, UK;

\*\*\* Istituto "San Raffaele", Milano; \*\*\*\* Policlinico "S. Orsola-Malpighi", Bologna

I problemi osteoarticolari sono la causa più frequente di ricorso al Medico di Medicina Generale (MMG), dal quale, più che dall'ambito specialistico, vengono risposte adeguate nella maggioranza dei casi<sup>1</sup>. Il dolore muscolo-scheletrico cronico (DMSC) è un evento comune che propone situazioni talora di difficile interpretazione<sup>2</sup>. Artrite e disordini muscolo-scheletrici sono la causa più frequente di compromissione funzionale e disabilità lavorativa negli adulti<sup>3,4</sup> e, malgrado le difficoltà di categorizzazione diagnostica, il DMSC colpisce oggi più di 100 milioni di persone in Europa<sup>5</sup>, ma con scarse conoscenze sulla qualità della vita (QoL), il modo con cui è gestito ed i fattori che influenzano il trattamento<sup>6</sup>.

*The Bone and Joint Decade (2000-2010)*, sostenuta dalla *World Health Organization (WHO)*<sup>7</sup>, ha stimolato numerose iniziative volte ad affrontare questo problema: una è l'*Arthritis Action Group (AAG)*, che si avvale della collaborazione di specialisti vari (reumatologi, epidemiologi, gastroenterologi, geriatri, farmacologi clinici, ortopedici), MMG e rappresentanti dei pazienti, al fine di prendere coscienza delle malattie osteoarticolari e dei problemi cor-

relati e creare una *partnership* tra coloro che si prendono cura di chi soffre per fornire il miglior livello possibile di QoL. AAG ha intrapreso un'indagine a livello di 8 paesi europei per determinare le conseguenze del DMSC<sup>8</sup>.

In questo lavoro vengono riportati i principali risultati ottenuti nella popolazione italiana.

## METODI

È stata realizzata un'inchiesta telefonica a livello europeo che ha riguardato complessivamente 1483 medici e 5803 soggetti che risultavano affetti da DMSC.

I medici ed i pazienti da intervistare sono stati contattati con metodo randomizzato e screenati per l'eleggibilità nello studio (Tab. I).

In Italia i MMG (201), individuati dagli elenchi statali tra coloro che avevano già svolto almeno due anni di attività, erano eleggibili solo se avevano visitato almeno 10 pazienti adulti con DMSC o artrite nella settimana precedente l'intervista. Inoltre, i soggetti con DMSC sottoposti a trattamento dovevano essere almeno il 50% di coloro che si rivolgevano al medico.

Pubblichiamo volentieri i dati di questo Gruppo di Ricercatori, che indica come è strategico, per raggiungere l'obiettivo di una migliore qualità di vita del paziente con dolore cronico, integrare le competenze di più discipline mediche condizionando il *management* ad una condivisione di fondo dei processi e degli esiti da parte di chi cura.

La ricerca è una valutazione di ciò che curanti e pazienti percepiscono riguardo alle domande che sono state loro poste, quindi è soprattutto utile per riflettere sui dati relativi alla qualità di vita dei nostri pazienti. Gli altri dati "oggettivi", anche se non possono essere presi come puntuale fotografia della realtà, possono essere un utile stimolo ad un dibattito che aiuti a darne una corretta interpretazione. In questo senso la ricerca attraverso alcuni indicatori presenti nelle nostre cartelle cliniche informatizzate (*Health Search*) potrebbe risultare essenziale per dirimere i dubbi interpretativi.

È certo comunque che il malato con dolore cronico spesso "sfugge" al trattamento perché non viene riconosciuto come "malato in sé", e l'esortazione finale di cercare nella pratica clinica della Medicina Generale nuovi strumenti che rilevino lo stato di "malessere" del paziente attraverso la misura del grado di disabilità non potrà che portare ad una progressiva riduzione del *gap* tra bisogno del "sofferente" e offerta di cura.

Pierangelo Lora Aprile

Responsabile Area Cure Palliative, SIMG

**TABELLA I**  
**Eleggibilità delle persone screenate.**

NUMERO DI PERSONE CONTATTATE	7.726
	%
Eleggibile	10
Non eleggibile	90
<i>Nessun dolore negli ultimi 12 mesi</i>	74
<i>Dolore causato da trauma</i>	6
<i>Dolore in sede non definita</i>	1
<i>Frequenza del dolore inferiore al mese</i>	5
<i>Diagnosi non definita</i>	4

In Italia è stato selezionato per l'intervista un campione di 776 pazienti. I soggetti, che dovevano avere almeno 18 anni, sono stati considerati affetti da DMSC quando avevano sofferto di un dolore cronico articolare con rigidità e compromissione funzionale a livello di mani, ginocchia o altre articolazioni, muscoli, collo o schiena, della durata di almeno 5 giorni consecutivi, almeno una volta al mese negli ultimi 12 mesi.

La condizione di salute generale è stata autovalutata dai soggetti con una scala a 5 categorie (povera-eccezionale); la QoL tramite il questionario SF-12<sup>9</sup>. Chi ha aderito all'intervista ed è risultato eleggibile è stato successivamente definito come "paziente" quando si è rivolto al suo Medico di famiglia per la diagnosi e la cura del DMSC.

Analisi statistica: i dati sono stati inseriti in un database SPSS ed analizzati da un esperto epidemiologo. I dati relativi ai medici e ai soggetti eleggibili sono stati valutati separatamente. Nelle Tabelle il simbolo \* indica un dato significativamente diverso da quello corrispondente indicato con (\*), con IC 95%.

## ANALISI DEI DATI

Le persone che soffrono di DMSC riferiscono in genere uno stato di salute scadente (56%), specie le donne ed i soggetti più anziani, i quali hanno consultato più spesso il MMG.

Secondo l'indagine, il 32% dei soggetti con DMSC in Italia non si è fatto visitare da un medico o resta non diagnosticato, e ciò è più frequente nei più giovani (42% di quelli < 45 anni; addirittura 1 su 7 non avrebbe mai interpellato il medico!).

In Italia i medici tenderebbero a sottostimare il periodo che il loro assistito attende prima di chiedere il loro intervento. L'80% pensa che il loro assistito li interpelli entro un paio di settimane dall'insorgere dei sintomi, mentre solo il 54% dei pazienti dichiara di farlo. La maggior parte dei pazienti ha risposto che "non è il caso di disturbare il dottore per un semplice mal di schiena" (73%), o che "niente può essere fatto per migliorare la loro condizione" (31%). Il dato potrebbe suggerire come troppo spesso i pazienti non abbiano piena consapevolezza della cronicità e talvolta della sistematicità della patologia, ma più spesso affrontino esclusivamente l'episodio acuto limitando a quest'evenienza il ricorso al consulto del loro medico e alle possibili opzioni terapeutiche.

La Tabella II riporta gli effetti del DMSC sulla salute e le risultanti limitazioni nelle attività quotidiane; la Tabella III mostra la componente "somatica" di SF-12 basata sull'autovalutazione della salute e delle limitazioni funzionali da parte dei pazienti.

La Tabella IV riporta le diagnosi in rapporto a sesso ed età. In generale, il 97% dei medici ha dichiarato di avere grande interesse nel migliorare la qualità di vita dei suoi assistiti, i quali concordano con questo atteggiamento in grande maggioranza (76%). Alcuni assistiti (12%) riferiscono di ricevere informazioni scritte sulla loro condizione clinica e di essere messi al corrente delle varie opzioni terapeutiche da parte del loro MMG. Il 73% riferisce di ricevere informazioni da altre fonti (Tab. V).

**TABELLA II**  
**Dolore cronico, stato di salute ed attività.**

	TOTALE %	SESSO		ETÀ			
		M %	F %	18-44 %	45-59 %	60+ %	65+ %
Stato di salute discreto	56	46	61	38	57	65	65
Non posso fare tutto ciò che voglio	55	48	58 (*)	49	54	58 (*)	61 (*)
<b>Nelle ultime 4 settimane</b>							
Sono riuscito a fare meno di quanto volessi	46	39	50	42	45	49	51
Sono limitato in alcuni lavori/attività	43	35 (*)	46 (*)	35 (*)	42	47*	47*

**TABELLA III**  
**Diagnosi in rapporto a SF-12**  
**(score somatico).**

	DIAGNOSI		
	TOTALE %	Sì %	No %
SF-12 Score somatico			
< 30	17	21*	8 (*)
30-39	26	27	24
40-49	35	31 (*)	43*
50+	22	21	25
Media	41,1	40,0	43,5

Circa il 25% dei pazienti afferma di essere a conoscenza dell'esistenza di gruppi di aiuto, ma pochi hanno avuto quest'informazione dal loro MMG. In genere è più probabile che il medico fornisca informazioni agli assistiti con basso SF 12 score (< 30).

Circa le prescrizioni mediche, il 93% dei medici ha risposto che la prima scelta sono i farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS). Più di un terzo dei pazienti ha sostituito il farmaco iniziale perché inefficace (21%) o per effetti collaterali (18%), vomito (10%) o problemi "epatici" (3%) non meglio precisati.

Il 39% dei pazienti che hanno chiesto l'intervento del loro medico fa anche esercizi di ginnastica per ridurre il dolore e la limitazione funzionale; pochi usano la fisioterapia (20%) o un ausilio (es. un busto) (7%). Il 66% dei medici ha risposto che consiglia sempre l'esecuzione di esercizi fisici ai suoi pazienti, e nel 53% dei casi anche la fisioterapia.

Pochissimi medici consigliano di routine terapie non farmacologiche, mentre numerosi sono quelli che indirizzano il loro assistito verso l'agopuntura o la chiropratica.

La Figura 1 riporta le prescrizioni non farmacologiche.

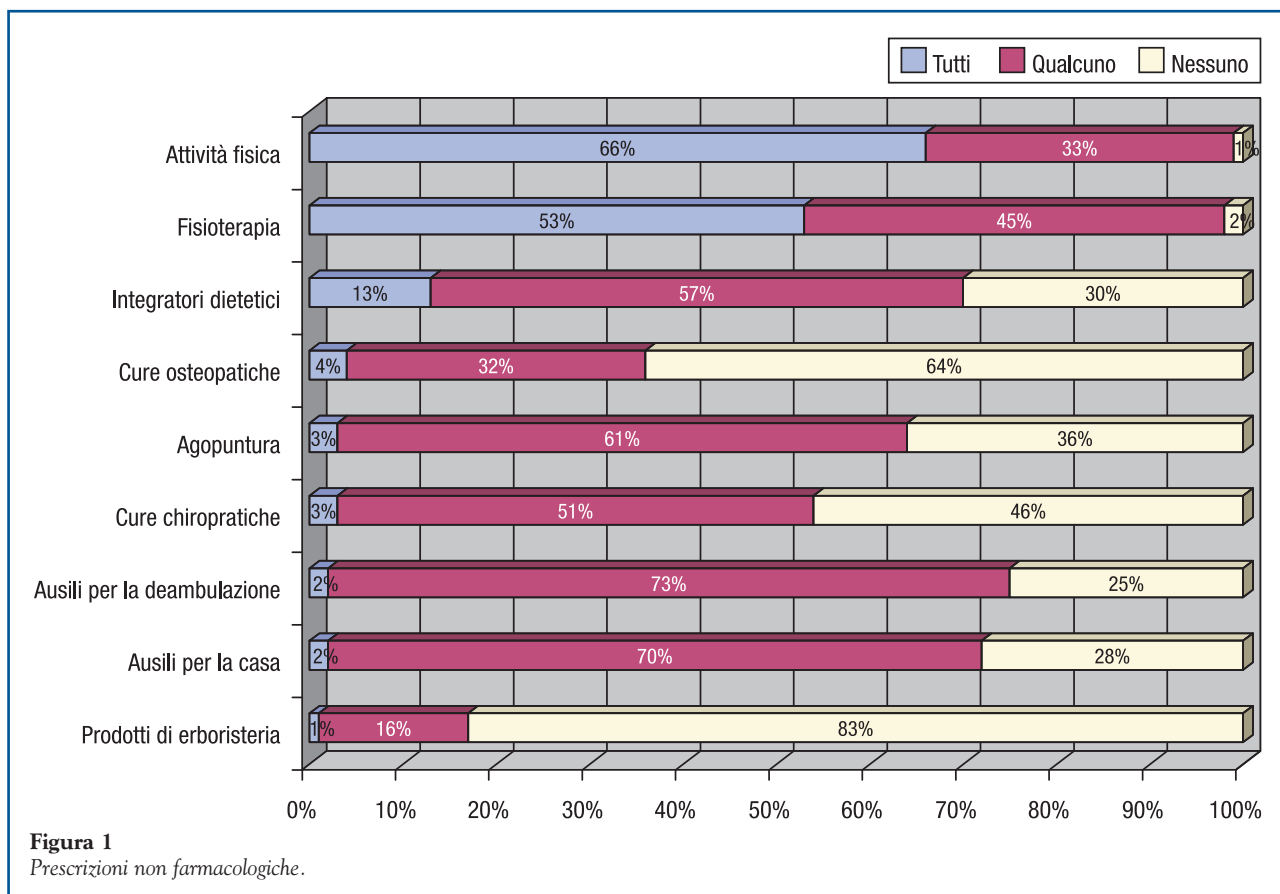
Per quanto riguarda la valutazione soggettiva dell'importanza della prescrizione, solo il 30% dei pazienti ritiene che i FANS utilizzati siano veramente efficaci. Circa il 33% di tutti quelli che usano farmaci ritiene che i medicinali dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale

**TABELLA IV**  
**Diagnosi in rapporto a sesso ed età.**

	TOTALE %	SESSO		ETÀ			
		M %	F %	18-44 %	45-59 %	60+ %	65+ %
Artrosi	51	43 (*)	55*	32 (*)	55*	58*	61*
Altri disturbi	17	20	16	25*	19	13 (*)	11 (*)
Senza diagnosi	32	36	31	42	28 (*)	31 (*)	28 (*)

**TABELLA V**  
**Fonti di informazione (a parte il medico).**

	TOTALE %	SESSO		ETÀ			
		M %	F %	18-44 %	45-59 %	60+ %	65+ %
Qualsiasi fonte	63	60	64	66	66	59	57
Fisioterapista	29	27	29	34*	31	25	22 (*)
Rivista/quotidiano	19	20	19	20	20	18	18
Televisione	18	17	18	15	18	19	22
Amici/familiari/altro	11	11	11	10	14	9	11
Farmacista	4	4	5	3	4	5	7
Gruppo(i) di aiuto al paziente	3	4	2	4	4	2	1
Internet	2	4*	1 (*)	4	1	1	1
Altra fonte	3	2	4	3	4	3	2
Nessuna altra fonte	35	38	33	32	33	37	39



(SSN) siano più forti di quelli a totale pagamento, idea condivisa dal 57% dei medici e dalla massima parte dei soggetti intervistati.

Le risposte sono state: “I FANS devono essere usati sol-

tanto quando il dolore è molto forte” (83%); “È meglio non abituarsi all'uso dei FANS” (79%); “I FANS perdono di efficacia se usati troppo a lungo” (76%); “Non è necessario prendere i farmaci tutti i giorni” (59%).

**TABELLA VI**  
Condizioni valutate di routine dal medico nel malato con artrite.

	STORIA PERSONALE %	STORIA FAMILIARE %
Ulcera in atto o pregressa	56	24
Alterazioni renali	32	7
Dispepsia	28	5
Ipertensione arteriosa	24	10
Età	20	2
Scompenso cardiaco congestizio	18	10
Fumo	18	2
Problemi epatici/cirrosi	17	4
Diabete	15	11
Scarsa salute in genere	15	2
Assunzione di cortisonici per os	11	1
Consumo di alcolici	10	2
Assunzione di anticoagulanti	9	2
Assunzione di aspirina	8	-
Posologia di FANS	7	1

## Compliance

Il 62% di chi usa un FANS riferisce di non assumere con regolarità il farmaco prescritto, opinione condivisa anche dal 74% dei MMG, ma alcune evidenze fanno pensare che le istruzioni fornite dal MMG possano essere state male interpretate dal paziente. Il 58% dei pazienti afferma che il suo MMG avrebbe consigliato l'uso "al bisogno", ma solo il 2% dei MMG fornisce questa risposta!

## Effetti collaterali

Il 71% dei medici ha affermato di essere per nulla o poco preoccupato dalla possibilità che i pazienti possano soffrirne, solo il 28% di essere "molto" o "abbastanza preoccupato".

Più della metà dei MMG prima di prescrivere un FANS raccoglie numerosi dati anamnestici sul paziente; in numero minore sono quelli che raccolgono i dati sulla storia familiare (Tab. VI).

I medici ritengono che i pazienti che assumono un FANS debbano essere informati circa tutti i possibili effetti collaterali (42%) o sui rischi più frequenti (26%). Due terzi dei pazienti che prendono un FANS prescritto dal loro medico affermano che sono poco o per niente preoccupati per i potenziali effetti collaterali. Il 75% degli assistiti pensa che gli effetti collaterali seri siano sempre preceduti da disturbi che dovrebbero creare allarme.

Esistono considerazioni negative riguardo ai FANS ed ai loro effetti collaterali: il 62% dei soggetti intervistati ha dichiarato che i farmaci sono sicuri quando presi nella dose consigliata del medico, mentre soltanto il 36% dei medici condivide questa opinione.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il DMSC ha un impatto significativo sulla QoL specie delle donne e dei più anziani. Alcuni pazienti dichiarano di aspettare un certo tempo prima di consultare il MMG (rischio: possibile aggravamento del quadro clinico) ed hanno in genere una cattiva conoscenza dei rischi e dei benefici dei FANS.

L'indagine ha raccolto dati che vanno discussi, perché il 32% dei soggetti con DMSC in Italia non avrebbe una precisa diagnosi medica. Un eccessivo tempo di attesa prima di consultare il proprio medico potrebbe causare un aggravamento del quadro clinico, mentre è bene che l'intervento sia sempre mirato e tempestivo.

Anche se è difficile per il MMG collegare segni, sintomi e problemi relazionali<sup>1</sup>, è giusto non ridurre il problema alla semplice diagnosi e mantenere un approccio olistico al malato.

La terapia di prima istanza non può prescindere dall'identificazione dell'eziologia e della fisiopatologia, in pratica dai riscontri anatomici e clinici quali stato nutrizio-

nale (es.: obesità), abituale attività, tipo di occupazione e stato ormonale e vitaminico<sup>10</sup>.

Dall'indagine emerge la necessità che il paziente riceva chiare informazioni utili a ridurre il rischio di cattive interpretazioni di quanto il medico dice al paziente, specie sugli effetti collaterali dei farmaci che il paziente tende a sottostimare, pensando che prima che succeda qualcosa di grave ci siano sempre sintomi di "allarme". Ma questo, come è noto, non è vero, e ciò spiega la necessità sia dell'uso di opzioni terapeutiche che coniughino efficacia e tollerabilità, sia di ricorso a terapie non farmacologiche. L'uso dell'attività fisica (esercizi mirati di ginnastica dolce), di cure fisiche, della chiropratica o di interventi mirati a migliorare lo stato funzionale, è ancora assai limitato. Indispensabile è mettere in atto un programma di educazione e di coinvolgimento dei pazienti.

L'importanza del DMSC deve essere sempre valutata dal medico e l'uso di strumenti quali la *Classificazione Internazionale della Funzione, Disabilità e Salute*<sup>11</sup> permetterà in futuro di quantificare le ripercussioni del problema sulla funzione, misurare salute e disabilità, e valutare perdita di produttività ed impatto sulla vita delle persone, in ogni età e tipo di società.

## Bibliografia

- Giovannoni M, Polenzani L, Bussotti A, Ruggeri M, Messina E, Lombardi A, et al. *I problemi osteoarticolari in Medicina Generale: proposte di un percorso diagnostico nosografico-funzionale*. Rivista SIMG 2004;2:9-13.
- Sangha O. *Epidemiology of rheumatic diseases*. Rheumatology 2000;39(Suppl 2):3-12.
- Guccione AA, Felson DT, Anderson J. *The effect of specific medical conditions on functional limitations of elders in the Framingham study*. Am J Public Health 1994;84:351-8.
- Corti MC, Rigon C. *Epidemiology of osteoarthritis: prevalence, risk factors and functional impact*. Aging Clin Exp Res 2003;15:359-63.
- White KP, Harth M. *The occurrence and impact of generalized pain*. Bollieries Clin Rheumatol 1999;13:379-89.
- Woolf AD, Akesson K. *Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities*. BMJ 2001;322:1079-80.
- World Health Organization. *Health 21. The health for all policy for WHO European Region - 21 targets for the 21st Century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 1988.
- Woolf AD, Zeidler H, Haglund U, Carr AJ, Chaussade S, Cucinotta D, et al., on behalf of Arthritis Action Group. *Musculoskeletal pain in Europe: 1st impact and a comparison of population and medical perceptions of treatment in 8 European countries*. Am Rheum Dis 2004;63:342-7.
- Ware J Jr, Kosinski M, Keller SD. *A 12 item Short Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. Med Care 1996;34:220-33.
- Mazières B, Jamard B, Verrouil E, Constanti A, Laroche M, Cantagrel A. *The therapeutic approach to osteoarthritis*. Aging Clin Exp Res 2003;15:405-12.
- Talarico F, Fera F, Mussari R, Manco D, Procopio M, Dieni V, et al. *ICF-Classificazione internazionale del funzionamento delle disabilità e della salute: un nuovo modello tecnico-scientifico per una rinnovata visione etico-culturale*. Scienza Riabilitativa 2002;5:8-16.