

Italian Pain reSearch: una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico

Giuliano Piccoliori, Serena Pecchioli*, Emiliano Sessa*, Pierangelo Lora Aprile, Maurizio Cancian, Pio Pavone

Area Cure Palliative e Terapia del Dolore, SIMG; * Health Search, Istituto di Ricerca della SIMG

Premessa e scenario

L'approccio clinico e scientifico al dolore ha visto un cambiamento radicale nel secolo scorso. Infatti, se prima il dolore veniva considerato solo come un sintomo indicatore di un processo patologico, oggi sempre più il dolore viene visto come un elemento costitutivo di malattia o addirittura come malattia a sé stante. Ciò soprattutto perché si sono compresi e dimostrati gli effetti negativi del dolore non adeguatamente trattato, indipendentemente dalla causa sottostante. Certamente, anche lo sviluppo del movimento intorno alle cure palliative, enfatizzando l'aspetto della qualità di vita come obiettivo primario da perseguire, ha contribuito a questo rilevante mutamento di paradigma scientifico e culturale.

In particolare il *dolore cronico*, per definizione disfunzionale perché non più finalizzato alla salvaguardia dell'integrità dei tessuti organici, riconosce più chiaramente il suo carattere di malattia anche per i meccanismi patofisiologici che lo sostengono. Inoltre il dolore cronico sta assumendo sempre più connotati di un problema di salute pubblica. Numerosi studi hanno rilevato prevalenze del dolore cronico nei paesi sviluppati che oscillano tra il 10 ed il 40% della popolazione generale. Tale variabilità dei risultati di almeno una parte di queste inchieste deriva da una serie di limiti e *bias* metodologici non trascurabili, non ultimo la vaghezza della stessa definizione del problema. Ciononostante è innegabile che il dolore cronico rappresenti oggi un problema sanitario e sociale di crescente importanza anche, se non soprattutto, per il costante aumento dell'aspettativa di vita che comporta l'incremento di patologie degenerative legate all'invecchiamento.

La Medicina Generale per sua stessa natura è destinata a farsi carico di gran parte della gestione di questo problema. È l'unicità della figura del medico di medicina generale (MMG) capace di contestualizzare il malato e la sua sintomatologia nell'ambito più ampio delle relazioni familiari e sociali e di interfacciarlo con le caratteristiche di personalità specifiche di ciascuno, che lo rende l'operatore più adatto a prendersi carico di questa problematica organizzando percorsi ed interventi integrati. La classe medica nel suo complesso risente però di una formazione universitaria particolarmente carente nella gestione del dolore legata ancora al paradigma precedente che considerava quest'ultimo più un sintomo espressione della malattia, sulla quale va concentrata l'attenzione, che elemento rilevante di per sé, da trattare indi-

pendentemente e/o in parallelo alla terapia eziologica o stabilizzante. Il dolore cronico grave può compromettere profondamente la qualità di vita della persona, generando a sua volta malattia (depressione, ansia): diventa quindi eticamente prioritario proporre al malato un trattamento efficace.

Ma proprio in ragione dei deficit culturali e scientifici è prevalente la convinzione che il dolore cronico sia valutato e gestito nella maggior parte dei casi in maniera insufficiente ed inadeguata. D'altra parte non esistono linee guida specifiche come non esistono dati epidemiologici e descrittivi affidabili relativi al setting della Medicina Primaria, in particolare quella italiana.

Obiettivi

Il gruppo dell'Area Cure Palliative e Terapia del Dolore della SIMG ha quindi deciso di avviare un progetto mirante al miglioramento della gestione del paziente con dolore cronico e quindi della sua qualità di vita ottimizzando il percorso sanitario di cura, con la collaborazione dei Centri per la Terapia del Dolore accreditati dal Ministero, quando necessario. Come primo step ha programmato un audit clinico, una ricerca osservazionale e prospettica su scala nazionale che consentisse di conseguire i seguenti obiettivi:

- rilevare l'incidenza e prevalenza del dolore moderato/severo acuto e cronico in Medicina Generale;
- descriverne tipologie, caratteristiche principali e cause;
- definirne l'intensità e l'impatto sulla qualità di vita;
- descrivere le strategie diagnostiche e terapeutiche dei MMG;
- individuare le criticità e/o insufficienze gestionali;
- porre le basi per l'elaborazione di linee guida sulla gestione del dolore cronico in Medicina Generale.

Metodi

Sono stati stabiliti i seguenti criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti nello studio.

Criteri d'inclusione

Pazienti che:

- accedono alla consultazione medica ambulatoriale (*esclusione della semplice ripetizione di ricetta senza colloquio medico*);

- causa dolore (relativo a nuova patologia o a patologia riaccutizzata);
- intensità del dolore (NRS) > 3.

Criteri d'esclusione

Pazienti con:

- dolori da infezioni acute delle alte vie respiratorie (sindrome influenzale, tonsilliti, otiti, sinusiti);
- dolori da infezioni urinarie acute (cistiti, uretriti, prostatiti);
- dolori da infezioni intestinali (enterocoliti).
- pazienti affetti da demenza o comunque non in grado di riferire dati soggettivi.

Si è quindi proceduto all'elaborazione di una scheda elettronica di raccolta dati scegliendo indicatori che consentissero di descrivere:

- il profilo epidemiologico e statistico del problema dolore nel nostro setting, quali incidenza, sede, diagnosi, durata, frequenza, intensità, irradiazione, tipo;

- il suo impatto sulla qualità di vita degli assistiti, quali tollerabilità soggettiva e limitazione dichiarata delle attività quotidiane;
- la gestione sia diagnostica che terapeutica, quali visite specialistiche, accertamenti, terapia, farmaci, efficacia ed esiti sul dolore e sulla qualità di vita e reazioni avverse ai farmaci (parte di questi indicatori provengono dall'analisi dei dati prescrittivi collegati alla scheda *pain* nel gestionale Millewin).

La scheda è stata implementata nel gestionale per la Medicina Generale Millewin (selezionabile dal folder "Accertamenti") e può essere utilizzata come *help* anamnestico-procedurale da tutti gli utenti (Fig. 1).

Risultati

Epidemiologia

Allo studio hanno partecipato 95 MMG di 14 regioni italiane che avevano in carico in totale 139.895 assistibili con una media per medico di 1441 (DS 335). Il periodo di osservazione medio è stato

PAIN

Durata del dolore:
Da quanto tempo? N° di: Giorni Settimane Mesi Anni Non valutabile

E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: Sì No

Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: Sì No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci? Sì No

Tipologia:
Localizzato: Sì No Irradiato neurologico: Sì No

Frequenza:
Poche volte (≤ 3) al di alla settimana al mese all'anno continuo
Più volte (> 3) al di alla settimana al mese all'anno non valutabile

Tipo di dolore:
 Nocicettivo somatico Sindrome mista
 Nocicettivo viscerale Non classificabile
 Neuropatico

Dolore Episodico:
Incidente: Sì No

Massima intensità algica:
 Mattino
 Pomeriggio / Sera
 Notte
 Senza Variazioni

Intensità del dolore:
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tollerabilità:
 Molto tollerabile
 Tollerabile
 Poco tollerabile
 Insopportabile

Problemi a svolgere le attività quotidiane:
 Nessuno
 Pochi
 Qualche volta
 Molti
 Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo:
 Risolto Deceduto
 Migliorato Stazionario
 Peggiorato Non valutabile
 Trasferito

Chiusura indagine **OK** **Annulla**

Figura 1

Scheda di rilevamento "Pain valutazione".

di 35 settimane (DS 18). In base ai criteri di inclusione/esclusione predefiniti sono stati arruolati dai medici partecipanti il 4,4% degli assistibili in carico, che diventano su proiezione annua il 10,9%. Il sesso femminile era maggiormente rappresentato con il 62% del totale, l'età media era di 59 anni. Il 52% aveva più di 60 anni. Se prendiamo in considerazione solo la popolazione *over 60* vediamo che ben l'8% delle donne ed il 6% degli uomini nel periodo di osservazione si sono presentati con un dolore moderato-severo, su base annua il 23,5% delle donne ed il 17% degli uomini. Su base annua i pazienti che per comodità chiameremo "IPSE" sono pari al 16% dei pazienti visti, inteso come pazienti per i quali non c'è stata una semplice ripetizione di ricette ma sono stati compilati anche altri campi. La media IPSE a settimana è stata di 2,9 pazienti e di 3,8 accessi. Nel 55% degli accessi i pazienti avevano meno di 65 anni. La Figura 2 ci mostra la stratificazione degli accessi secondo le classi d'età. La maggior parte degli accessi avviene dopo i 50 anni d'età con una netta e crescente prevalenza del sesso femminile. Circa la metà dei pazienti IPSE, il 52%, accede una sola volta dal medico per il problema correlato a dolore moderato-severo, vale a dire che in più della metà dei casi il problema sembra risolversi dopo un unico contatto con il medico. Solo il 7,3% consulta il proprio medico per più di 3 volte.

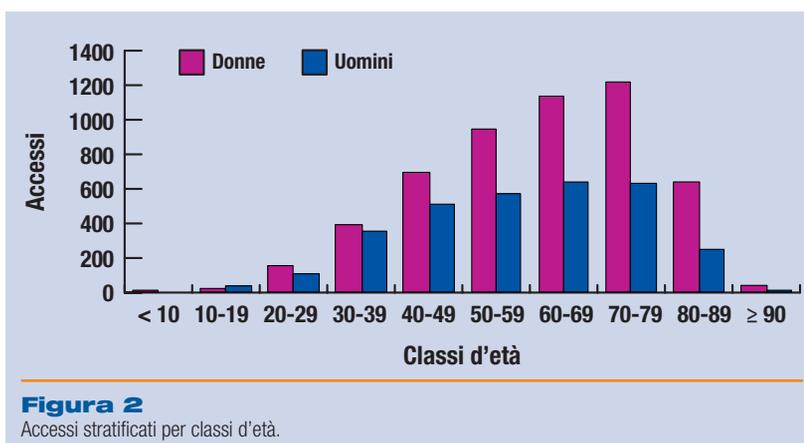


Figura 2
Accessi stratificati per classi d'età.

Tipologia

Al primo accesso si registra un 80% di dolori localizzati. A fronte di un 30% di dato mancante, forse dovuto alla difficoltà di rispondere correttamente al quesito, il dolore irradiato è presente nel 39% dei pazienti valutati. Se diamo al dato mancante la valenza di un no, come è plausibile supporre, la prevalenza di dolore irradiato scende al 27%. Rimane comunque inaspettatamente alta. Spesso corrisponde a diagnosi che non dovrebbero cagionare un dolore di questo tipo come per esempio la gonartrosi! È probabile che vi sia un problema di non corretto riconoscimento di questo carattere, che rappresenta uno dei possibili segni di dolore neuropatico.

Dolore cronico

In circa il 27% dei casi il dolore persiste per più di 3 mesi e nel 19% dei pazienti per almeno 6 mesi (Fig. 3). Per calcolare la durata del dolore si è considerato per difetto l'intervallo di tempo intercorso tra il momento dell'insorgenza del dolore – dichiarato dal paziente – e l'ultima visita presso il medico nel periodo monitorizzato. Il 27% dei pazienti arruolati corrisponde all'1,2% del totale degli assistiti in carico per il periodo considerato o al 3% su base annua. In altre parole, solo circa il 3% di tutta la popolazione in carico al MMG si presenta nel corso di un anno con un problema di dolore cronico.

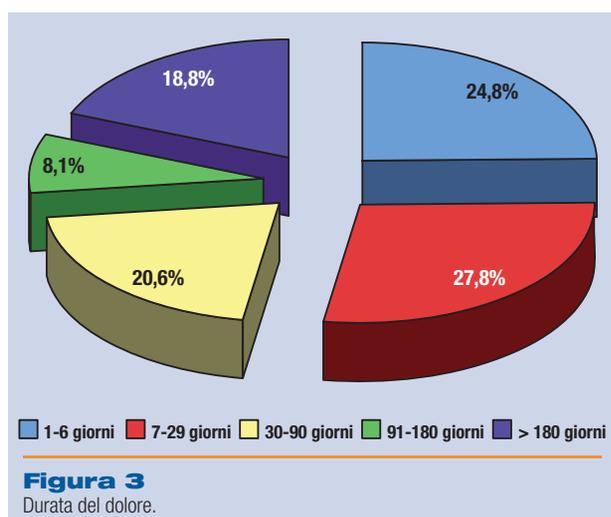


Figura 3
Durata del dolore.

Problemi correlati

Raggruppando i problemi correlati alla scheda *pain valutazione* secondo la classificazione ICD IX abbiamo la seguente classifica (Tab. I): risulta di gran lunga più frequente il gruppo delle malattie del sistema osteomuscolare con il 78%. Segue il gruppo dei sintomi e stati morbosi mal definiti che comprende le toracoalgie non specifiche, le cefalee e le coliche addominali e che ammonta al 7,3% del totale. Ben rappresentati sono anche i traumatismi (contusioni, distorsioni, fratture) con il 4% del totale. Questi primi 3 gruppi insieme costituiscono il 92% di tutti i problemi correlati. Con percentuali molto meno significative seguono tutti gli altri.

Se "esplodiamo" i gruppi di problemi, vale a dire se prendiamo in considerazione i problemi singoli, così come sono stati codificati dai ricercatori limitando al minimo gli accorpamenti per gruppi e aree vediamo che il mal di schiena, in particolare la lombalgia e lombosciatalgia acuta, rappresenta un terzo di tutti i problemi dei pazienti arruolati (Tab. II). L'artrosi segue con il 14,8%. Per il mal di schiena il sesso maschile prevale nettamente con il 36,5% rispetto al 25% delle donne. Per quel che riguarda l'artrosi invece le proporzioni s'invertono interessando questa il 17% delle donne e solo l'11% degli uomini arruolati. Le tendiniti, in particolare a carico della cuffia dei rotatori o comunque del cingolo scapolo-omerale, seguono con il 10,3%. Le cefalee compresa l'emigrania riguardano il 2,2% del totale, il 2,5% delle donne e l'1,6% degli uomini. Altre differenze di genere le riscontriamo nell'artrite reumatoide con l'1,1% delle donne e lo 0,5% degli uomini, nella sindrome del tunnel carpale con rispettivamente l'1 e lo 0,3%, nella gotta con lo 0,1 e l'1,5%.

TABELLA I
Problemi correlati al dolore al primo accesso in gruppi di problemi ICD IX.

Problema al primo accesso (gruppi di problemi ICD IX)	%
• Malattie sistema osteomuscolare (710-739)	77,8
• Sintomi e stati morbosi mal definiti (780-799) (toracoalgie, cefalee, coliche)	7,3
• Traumatismi (800-999)	3,9
• Malattie sistema nervoso (320-389) (emicrania, STC, trigemino)	2,9
• Problema non identificato	2,0
• Malattie apparato digerente (520-579) (colon irritabile, colite, ernia inguin.)	1,3
• Altri gruppi al di sotto dell'1%	4,7
Totale	100,0

TABELLA II
Problemi singoli al primo accesso.

	F	M	TOT
• Lombalgia, lombosciatalgia e dorsalgia	24,8%	36,5%	30,1%
• Artrosi	16,8%	11,2%	14,8%
• Tendiniti spalla, gomito e ginocchio	11,1%	10,5%	10,3%
• Cervicalgia - cervicobrachialgia	5,4%	5,0%	5,0%
• Dolore articolare	5,6%	4,6%	5,0%
• Malattia o problema non identificato	5,1%	4,5%	5,0%
• Spondilartrosi lombare e cervicale	3,9%	3,0%	3,5%
• Fibromialgia e dolori arti	2,3%	1,2%	1,7%
• Cefalea	1,2%	1,1%	1,1%
• Emicrania	1,3%	0,5%	1,1%
• Artrite reumatoide	1,1%	0,5%	0,8%
• Sindrome del tunnel carpale	1,0%	0,3%	0,7%
• Gotta	0,1%	1,5%	0,7%
• Altro	20,2%	19,5%	20,3%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Depressione, ansia e insonnia e dolore cronico

Abbiamo rilevato anche la prevalenza di affezioni che correlano tipicamente al dolore cronico e ne sono spesso una conseguenza quali la depressione, l'ansia e l'insonnia. Abbiamo confrontato le prevalenze dei "pazienti IPSE" acuti e cronici con le prevalenze generali tratte da un campione di 400 medici della rete italiana nazionale di ricerca di HS. La depressione è solo leggermente più frequente nel campione IPSE con il 4,4% rispetto al 4%. Per quel che riguarda l'ansia la differenza tra IPSE 15% e HS 12% è decisamente più significativa. L'insonnia con il 2,5% in IPSE è anche più frequente che nel campione generale con l'1,8%. Nel campione IPSE sono decisamente più significative anche da un punto di vista statistico le maggiori prevalenze fra i pazienti con dolore cronico rispetto a quelli con dolore acuto. Come vediamo in Tabella III per quel che riguarda la depressione nei cronici vi è una OR rispetto agli acuti di 1,5. Per l'ansia la OR è di 1,4 e per l'insonnia è di 1,7. Ciò significa inoltre che depressione ansia e soprattutto insonnia sono molto più presenti nei pazienti affetti da dolore cronico rispetto alla popolazione generale tratta dal database di HS: depressione IPSE cronici = 5,7% < > HS = 4%, ansia IPSE cronici = 17,8% < > HS 12%, insonnia IPSE cronici = 3,5% < > HS = 1,8%.

Abbiamo anche analizzato quando, rispetto all'insorgenza del dolore, sono state attivati questi tre problemi nei cronici e negli acuti (Tab. IV). Nei pazienti con dolore cronico sia depressione

TABELLA III
Comorbidità per depressione, ansia ed insonnia nei pazienti affetti da dolore acuto e cronico.

	Acuti (%)	Cronici (%)	Gen. (%)
Depressione			
Sì	3,9	5,7	4,4
No	96,1	94,3	95,6
OR 1,5; p < 0,05.			
Ansia			
Sì	13,7	17,8	14,8
No	86,3	82,2	85,2
OR 1,4; p < 0,05.			
Insonnia			
Sì	2,1	3,5	2,5
No	97,9	96,5	97,5
OR 1,7; p < 0,05.			

TABELLA IV.
Rischio di sviluppare depressione, ansia ed insonnia nei pazienti affetti da dolore cronico.

Durata	Depressione		Ansia		Insonnia	
	Prima (%)	Dopo (%)	Prima (%)	Dopo (%)	Prima (%)	Dopo (%)
Cronici	89	11	89	11	74	26
Acuti	95	5	93	7	73	27
	RR: 2,3		RR: 1,5			

che ansia insorgono più frequentemente dopo l'inizio del problema dolore, vale a dire che il dolore che perdura nel tempo aumenta il rischio che il paziente sviluppi in seguito depressione od ansia. Nei cronici la diagnosi di depressione viene posta nell'11% dei casi dopo l'inizio del problema dolore mentre negli acuti solo nel 5%. La diagnosi di ansia invece viene codificata nei cronici nell'11% dopo e negli acuti solo nel 7%. Si può concludere che il dolore cronico predispone allo sviluppo di depressione ed ansia.

Secondo il campione di ricercatori il dolore di tipo nocicettivo somatico e viscerale interessa circa il 64% del totale e ben il 30,6% è un dolore misto o neuropatico (Tab. V). Per quel che riguarda il dolore neuropatico si tratta di un dato sorprendente elevato, soprattutto nel nostro setting. Analizzando la distribuzione dei problemi e l'abbinamento di tipo di dolore e diagnosi o problema correlato emergono perplessità circa la fondatezza di

TABELLA V.
Tipi di dolore rilevati al primo accesso.

Tipo dolore	al 1° accesso (%)
Nocicettivo somatico	64,3
Sindrome mista	22,2
Neuropatico	8,4
Nocicettivo viscerale	3,6
Non classificabile	1,4
Totale complessivo	100,0
<i>Missing</i>	6,0

queste percentuali. In base all'analisi dei problemi dichiarati, il dolore neuropatico non dovrebbe interessare più del 13% di tutti i pazienti arruolati. È presumibile che vi sia una sovrastima, dato sul quale impostare futuri interventi formativi.

Dolore e qualità di vita

Il dolore al primo accesso ha un'intensità moderata (NRS 4-6) nel 48% dei pazienti e severa (NRS 7-10) nel 43,5%.

Tollerabilità

Ben il 63% dei pazienti valuta al primo accesso il proprio dolore da poco tollerabile (55%) ad insopportabile (8%) (Tab. VI).

Secondo il 35% dei pazienti il dolore al primo accesso è tale da creare loro molti problemi a svolgere le attività di ogni giorno o addirittura da impedirgli di fare qualsiasi cosa (Tab. VII).

TABELLA VI
Tollerabilità al dolore percepita dal paziente rilevata durante i vari accessi.

Tollerabilità	Cronologia accessi			
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	> 3 (%)
Molto tollerabile	2,4	12,5	15,9	13,2
Tollerabile	34,8	41,8	38,5	37,4
Poco tollerabile	54,8	40,4	38,0	41,0
Insopportabile	8,1	5,3	7,5	8,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Missing</i>	4,8	40,1	39,7	45,7

TABELLA VII
Disabilità percepita dal paziente rilevata durante i vari accessi.

Problemi a svolgere attività quotidiane	Cronologia accessi			
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	> 3 (%)
Nessuno	4,5	10,9	10,4	8,6
Pochi	21,4	26,9	27,0	27,6
Qualche volta	39,0	34,7	27,8	29,0
Molti	31,1	24,9	29,9	28,5
Da non riuscire a far niente	3,9	2,6	4,9	6,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Missing</i>	4,9	41,1	41,9	47,1

Se però incrociamo intensità del dolore e tollerabilità otteniamo un dato sorprendente: in una percentuale superiore al 18% i pazienti dichiarano a fronte di un'intensità del dolore inferiore a 4, e quindi lieve, che il dolore è poco tollerabile e talvolta persino intollerabile. Viceversa una parte seppur modesta di pazienti (3,7%) definisce un dolore di intensità molto elevata (9-10) da tollerabile a molto tollerabile (Fig. 4).

Questo dato sottolinea ulteriormente quanto è importante nella valutazione del dolore, e quindi per l'impostazione della nostra strategia terapeutico-assistenziale, la valutazione soggettiva del paziente non solo relativamente all'intensità del dolore ma anche al suo modo di viverlo, le sue modalità di *coping* ed infine all'impatto sulla sua esistenza quotidiana.

Si registra un fenomeno analogo anche incrociando intensità del dolore e grado di compromissione delle attività quotidiane. Anche con un'intensità di dolore dichiarata inferiore a 4 i pazienti possono avere molti problemi nella vita quotidiana (5,5%) o viceversa con un dolore severo tra 9 e 10 in percentuali significative avere pochi od addirittura nessun problema (10%).

Accertamenti

Solo nel 14,3% di tutti gli accessi IPSE è stato prescritto almeno un accertamento strumentale. Al primo accesso viene raccomandato al 16,4%. In media chi esegue almeno un accertamento ne esegue 1,5. Esami di laboratorio vengono invece prescritti nel 9,4% degli accessi ed in media al primo accesso in numero di 9 parametri distinti. Visite specialistiche vengono prescritte nel 12% del totale degli accessi. I ricoveri sono rarissimi ammontando allo 0,4% del totale degli accessi.

Farmaci

Al primo accesso al 74% dei pazienti viene prescritto o raccomandato almeno un farmaco. All'8,4% dei pazienti ne vengono prescritti 2 o più. Al 26% non viene prescritta nessuna terapia farmacologica (Tab. VIII). Al paziente con dolore cronico in genere vengono prescritti meno farmaci.

Analizzando l'utilizzo delle classi di farmaci vediamo che al 55,5% dei pazienti vengono prescritti al primo accesso FANS, e cioè al 75% dei quali a cui viene prescritto un farmaco. Sorprende il 5,3% di glucocorticoidi. Il paracetamolo, da solo ed in associazione, viene utilizzato al primo accesso nel 7,4% dei

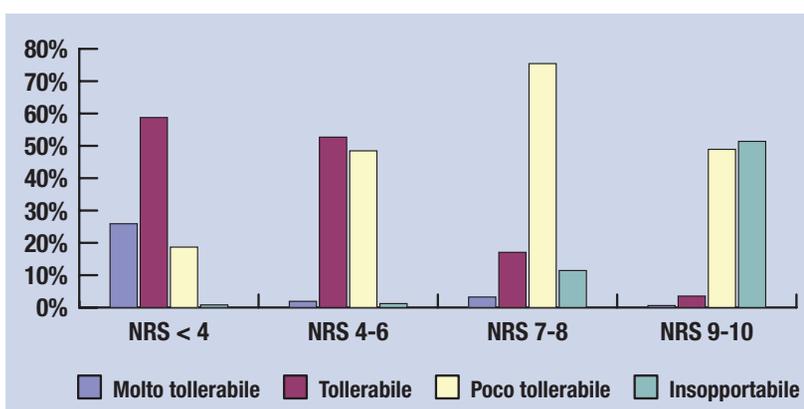


Figura 4
Intensità dolore e tollerabilità.

pazienti. Seguono il tramadolo ed i FANS topici con rispettivamente il 4,9 ed il 4,4% (Tab. IX).

Se spaiamo le prescrizioni di farmaci tra acuti e cronici scopriamo che nei cronici diminuiscono significativamente le prescrizioni di FANS e paracetamolo, mentre il tramadolo viene prescritto quasi nel doppio dei casi di cronico rispetto all'acuto. Aumenta in maniera significativa anche la prescrizione di antidepressivi e di oppioidi (Tab. X).

All'interno della classe dei FANS le molecole più prescritte con il 37,4% al primo accesso sono i derivati dell'acido acetico con il diclofenac in testa. Seguono i derivati dell'acido propionico come l'ibuprofene ed il naproxene con il 24,4%. Altre molecole, come il nimesulene ed il nabumetone, arrivano al 19,5%, piroxicam e meloxicam al 13,4%, mentre i Coxib si attestano intorno al 5% (Tab. XI). All'interno della classe degli antidepressivi prescritti come coadiuvanti prevalgono seppure di poco i serotoninergici con il 41 rispetto al 37% dei triciclici. La probabilità che ad un dolore cronico venga prescritto un antidepressivo come coadiuvante è quasi doppia rispetto ad un paziente con dolore acuto (RR: 1,9) (Tab. XII).

Discussione e conclusioni

Dai risultati di questo studio possiamo trarre alcune interessanti considerazioni di metodo e di contenuto:

1. emerge in maniera evidente dal dato sul dolore neuropatico, che ammonterebbe a più del 30% dei pazienti reclutati, la difficoltà di inquadramento della tipologia di dolore. Molto probabilmente vi è stata un notevole sovrastima del problema. Infatti i problemi e le patologie tipicamente causa di dolore neuropatico o misto rappresentano solo il 13% del campione in esame;
2. il dolore cronico, inteso come dolore che persiste per più di 3 mesi, riguarda il 27% dei pazienti arruolati. Dato che questi ultimi rappresentano il 4,4% degli assistiti in carico, nel periodo considerato solo l'1,2% di tutti gli assistiti sembra presentare un dolore cronico. Volendo proiettare il dato su base annua, con tutti i forti limiti di metodo di questa operazione, la prevalenza annua del dolore cronico moderato-severo non arriverebbe al 3% della popolazione generale. È questo un dato che contrasta nettamente con le pur divergenti statistiche sul dolore cronico che sono state rese pubbliche nell'ultimo decennio. È evidente che esiste un problema di definizio-

TABELLA VIII
Terapia farmacologica.

N. farmaci distinti al 1° accesso	Acuti (%)	Cronici (%)	Totale (%)
0	24,0	30,9	25,8
1	66,6	60,7	65,0
2	8,6	7,6	8,4
3	0,8	0,8	0,7

TABELLA IX
Dettaglio prescrizione farmaci ai vari accessi.

Farmaci	Cronologia accessi			
	1 (%)	2 (%)	3 (%)	> 3
• FANS	55,5	26,1	24,4	28,7
• Glicorticoidi	5,3	3,9	3,2	4,5
• Paracetamolo	4,9	2,4	2,5	3,1
• FANS topici	4,9	2,0	2,0	1,2
• Tramadolo	4,4	4,5	7,4	7,2
• Codeina + paracetamolo	2,5	2,1	1,7	3,3
• Antidepressivi	2,3	3,3	4,9	4,8
• Benzodiazepine	1,5	1,8	2,4	2,2
• Antiepilettici	1,0	1,3	2,0	2,2
• Triptani	1,0	0,3	0,5	0,2
• Pirazoloni (metamizolo)	0,3	0,2	0,3	0,5
• Oppioidi	0,2	0,2	0,7	1,9
• Ergotamina	0,0	0,0	0,0	0,0
Nessun farmaco	26,8	59,2	58,4	51,7

TABELLA X
Farmaci nel dolore acuto e nel dolore cronico.

Farmaci	Durata		
	Cronici (%)	Acuti (%)	
• FANS	50,6	61,3	1
• Tramadolo	5,8	3,3	5
• Paracetamolo	5,1	5,9	2
• Glicorticoidi	4,1	5,8	3
• Antidepressivi	3,7	2,0	7
• FANS topici	3,5	5,5	4
• Codeina + paracetamolo	2,7	2,8	6
• Benzodiazepine	1,9	1,3	8
• Triptani	1,9	0,3	10
• Antiepilettici	1,3	0,8	9
• Pirazoloni	0,4	0,3	11
• Oppioidi	0,4	0,1	12
• Ergotamina	0,1	0,0	13
Nessun farmaco	29,2	22,1	

ne. Anche a livello specialistico non esiste univocità in questo senso. Il setting specifico della Medicina Generale ha bisogno di una sua definizione. Forse proprio in virtù delle sue caratteristiche, in particolare dell'assistenza continuativa e di lungo periodo, la Medicina Generale può contribuire alla formulazione di una definizione del dolore cronico che soddisfi tutti. Non solo, essa può aspirare ad essere il luogo dove sviluppare linee guida generali per la gestione del dolore cronico;

3. è emersa una discordanza degna di rilievo tra l'intensità del dolore dichiarata dai pazienti e l'impatto sulla vita quotidiana espresso come grado di compromissione delle attività quotidiane e tollerabilità. A dolori intensi è corrisposta in percentuali non trascurabili una buona tollerabilità ed uno scarso impedimento delle attività quotidiane. Viceversa dolori di intensità moderata e lieve sono stati correlati non infrequentemente a scarsissima tollerabilità e notevoli problemi a svolgere le attività quotidiane. Questo dato conferma che la misura del dolore attraverso scale numeriche (NRS) o visuali (VAS) rappresenta uno strumento valido e necessario per la valutazione del dolore, ma non suf-

TABELLA XI
Prescrizione classi di FANS ai vari accessi.

FANS	Cronologia accessi			
	1	2	3	> 3
Derivati dell'acido acetico (diclofenac, ketorolac, indometacina, aceclofenac)	37,4	39,0	38,0	31,9
Derivati dell'acido propionico (ibuprofene, naproxene, ketoprofene)	24,4	26,5	21,1	36,1
Altri farmaci antinfiammatori (nimesulene, nabumetone, acido niflumico, glucosamina, condroitinsolfato)	19,5	16,4	14,8	18,5
Oxicam-derivati (piroxicam, meloxicam)	13,4	11,0	16,2	7,6
Coxib (celecoxib, etoricoxib)	5,2	7,1	9,9	5,9
	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELLA XII
Antidepressivi come coadiuvanti nel dolore acuto e cronico.

Antidepressivi	Durata		
	Cronici (%)	Acuti (%)	Generale (%)
Antidepressivi SSRI (N06AB)	45,0	39,0	41,4
Antidepressivi TCA (N06AA)	37,5	37,3	37,4
Altri antidepressivi (N06AX)	17,5	23,7	21,2
Totale	100,0	100,0	100,0
Totale relativo	3,7	2,0	2,5

ficiente per consentire un corretto approccio ed una adeguata gestione del problema. Possiamo anzi dire che è principalmente una misura dell'impatto sulla qualità di vita che deve dettare la nostra strategia diagnostico-terapeutica;

- il paracetamolo, molecola analgesica per eccellenza e molto povera di effetti collaterali ed interazioni, viene usata assai poco (7,4%) nel nostro campione. Il paracetamolo rappresenta un farmaco di prima scelta proprio in quelle affezioni più frequentemente causa di dolore nel nostro setting come il mal di schiena per esempio. Eppure non sembra godere di fiducia da parte nostra, forse perché viene ancora associata tradizionalmente alla terapia pediatrica e ritenuta quindi sicura ma poco efficace nell'adulto. In realtà le evidenze sulla sua reale efficacia sono

più che consistenti. Di conseguenza una maggiore diffusione del suo utilizzo può rappresentare uno degli obiettivi formativi di medio periodo nell'educazione alla terapia del dolore;

- l'utilizzo quantitativamente trascurabile degli oppioidi di secondo e terzo gradino della scala OMS, di fatto confinato al dolore neoplastico, non sorprende e conferma altre fonti di rilevamento. È possibile ed auspicabile che allo stato attuale sia già in atto un cambiamento prescrittivo a favore degli oppioidi soprattutto nel dolore cronico grave, in virtù di un'evoluzione culturale della classe medica e della società stessa che, seppur tardiva rispetto al resto d'Europa, appare ormai ineluttabile ed è sostenuta anche da rilevanti semplificazioni prescrittive di recentissima introduzione.

Errata Corrige

Riportiamo di seguito l'elenco completo dei partecipanti allo studio relativo all'articolo **"Dinamiche prescrittive degli inibitori di pompa protonica"** di *E. Ubaldi, C. Tosetti, E. Benedetto, G. Disclafani, R. De Bastiani*, pubblicato sul fascicolo 2/2009 della Rivista, che per un disguido non è stato pubblicato correttamente.

Partecipanti allo studio

Coordinatori

M. Fabretti (Ancona), C. Stramenga (Ascoli Piceno), A. Balduzzi (Bologna), R. De Bastiani (Belluno), T. Murari (Bolzano), M. Petrucci (Chieti), M. Middonna (Cosenza), L. Bertolusso (Cuneo), C. Nebiacolombo (Genova), A. Bozzani, G. Scannavini (Milano), L. Napoli, G. Riegler (Napoli), C. Cottone, P. Giarrusso, F. Magliozzo (Palermo), F. Cardin (Padova), M. Coronelli (Pavia), D. De Santi (Pesaro Urbino), M. Ignomirelli (Potenza), C.A. Franchini (Verona).

Ricercatori

M. Fabretti, M. Grandi, A. Marracino, Q. Tomassetti, A. Traetto (Ancona), M.C. Bini, G.M. D'Aurizio, M. Massicci, G. Pasqualini, F. Peroni, F. Piergallini, G. Rubicini, C. Stramenga (Ascoli Piceno), N. Arcoleo, P. Bacchin, G. Bisatti, M. Bortot, T. Boz, R. De Bastiani, F. Ferraro, E. Fuller, V. Raccanello, A. Saponaro, M. Sebben (Belluno), G. Bandi, L. Baraldini, P. Borghi, M. Camanzi, C. Cioni, I. Lasagna, A. Lenzi, D. Lenzi, M. Maccaferri, N. Nadalini, M. Palasciano, L. Pittigliani, P. Pollacchini, B. Saretta, S. Tavernelli, A. Toscano, S. Tovoli, V. Zatti (Bologna), A. Gallana, T. Murari, A. Von Lutterotti, D. Zuliani (Bolzano), E. Centurione, G. Ianaro, F. Marisi, M. Petrucci, G. Salvio (Chieti), G. Aquino, F. Atomare, R. Cerra, M. De Marco, F. Faillace, M.A. La Viola, G. Mandaglio, A. Pagnotta, M. Pugliese, G. Sapia, G. Talarico, L. Urbano (Cosenza), Z. Baratti, L. Bertolusso, S. Chionio, A. Famili, F. Franchino, L. Monasterolo, I. Peano, A. Riva, G. Serventi, A. Vergnano, C. Visconti (Cuneo), G. Barisone, P. Brascesco, R. Bussolino, G. Pesce, P. Scarrone, S. Storace (Genova), A. Bozzani, R. Caldarini, E. Carulli, S. Grimaldi, G. Mascheroni, G. Orlandi, G. Palombi, G. Scannavini, M. Silvestris, G. Strada (Milano), A. Caputo, D. Franzese, M. Giametta, V. Guida, B. Guillaro, M. Laringe, R. Marchese, V. Pezzullo, A. Scotti, E. Sorbo, V. Tessitore, A. Toderico, C. Toderico, D. Viola (Napoli), E.F. Agueci, C. Arnao, C. Aserio, S. Bagliesi, S. Campo, S. Fasulo, L. Gattuso, S. Gattuso, G. Geraci, F. Giacobelli, P. Giarrusso, E. Levantino, F. Magliozzo, G. Mortellaro, C. Orlando, P. Raspante, S. Romano, S. Sardo, A. Sperlazza, G. Tranchina, V. Viola (Palermo), E. Gurian, S. Munari, M. Talato, M. Viaro, M. Zancan (Padova), A. Leone, A. Martinetti, R. Merli, D. Nucera, C. Saviotti (Pavia), C.A. Bianchi, R. Bracci, R. Cardinali, P. Drago, L. Turrini (Pesaro Urbino), F. Casella, R. Guglielmi, C. Palese, B. Romaniello, A. Savella (Potenza), M.C. Cressoni, G. Frapporti, A. Panzino, I. Pierbon (Verona).