

Marta Gentili¹, Alberto Magni², Pierangelo Lora Aprile³

¹ Presidente Vivere senza dolore; ² Rappresentante Nazionale Giovani Medici SIMG; ³ Segretario Scientifico e Responsabile Area Progettuale Dolore SIMG

Dolore e medicina di famiglia. I risultati del Progetto Link UP

Introduzione

La legge 38 del 15 marzo 2010¹ ha determinato un importante passo avanti nel riconoscimento del dolore non come sintomo ma come malattia vera e propria e tanto si è fatto in questi anni per migliorare la qualità di vita dei pazienti che ne soffrono.

Un ruolo di primo piano è stato riservato al medico di famiglia, indicato come il primo referente al quale il paziente con dolore deve rivolgersi per una diagnosi precoce ed un primo approccio terapeutico.

Recenti indagini condotte sulla popolazione, però, indicano un comportamento diverso^{2,3}. Difatti, se nel 2011 il medico di medicina generale (MMG) prescriveva quasi il 60% delle prime terapie per il dolore, nel 2012 questa percentuale era scesa a quasi il 30%, con un incremento significativo delle terapie prescritte dal terapeuta del dolore (5 vs. 30%) e un dato stabile di quelle prescritte dallo specialista di patologia.

A cosa imputare questo cambiamento? Una prima risposta potrebbe essere legata ad una maggior conoscenza dei centri specialistici da parte dei pazienti, e quindi un accesso non guidato dal medico di famiglia, in parte dalla necessità di un approccio terapeutico più confacente alle necessità antalgiche del paziente, che si ritiene insoddisfatto di quanto prescritto in oltre il 40% dei casi.

Obiettivo dell'indagine Link UP è stato quello di verificare, attraverso la somministra-

zione di questionari dedicati, quale fosse il comportamento del paziente (a chi si rivolge in caso di dolore, quali criteri guidano le sue scelte) e quanto il MMG fosse in grado di rispondere in maniera adeguata alle necessità del paziente, in tema dolore cronico, con la finalità costruttiva di capire cosa si deve fare per aiutare il medico di famiglia ad assolvere al compito affidatogli dalla Legge 38.

Materiali e metodi

Sessantacinque giovani medici SIMG, distribuiti su tutto il territorio nazionale, hanno aderito al progetto. Nel periodo compreso tra marzo e maggio 2013, per tutti i pazienti che in un mese si recavano dal proprio medico espressamente per un problema di dolore cronico, è stata compilata una scheda con l'obiettivo di valutare: la prevalenza dei pazienti con dolore non controllato, le patologie più frequentemente correlate ad una sintomatologia dolorosa, la tipologia di dolore, le terapie in atto (ove presenti), la provenienza dei pazienti (se inviati da centro specialistico) ed infine, il comportamento seguito dal medico di famiglia. I dati, inseriti in un apposito data base, sono stati analizzati.

Risultati

Complessivamente sono stati valutati 538 pazienti; di questi, 14 non sono risultati corrispondenti ai criteri d'inclusione (non

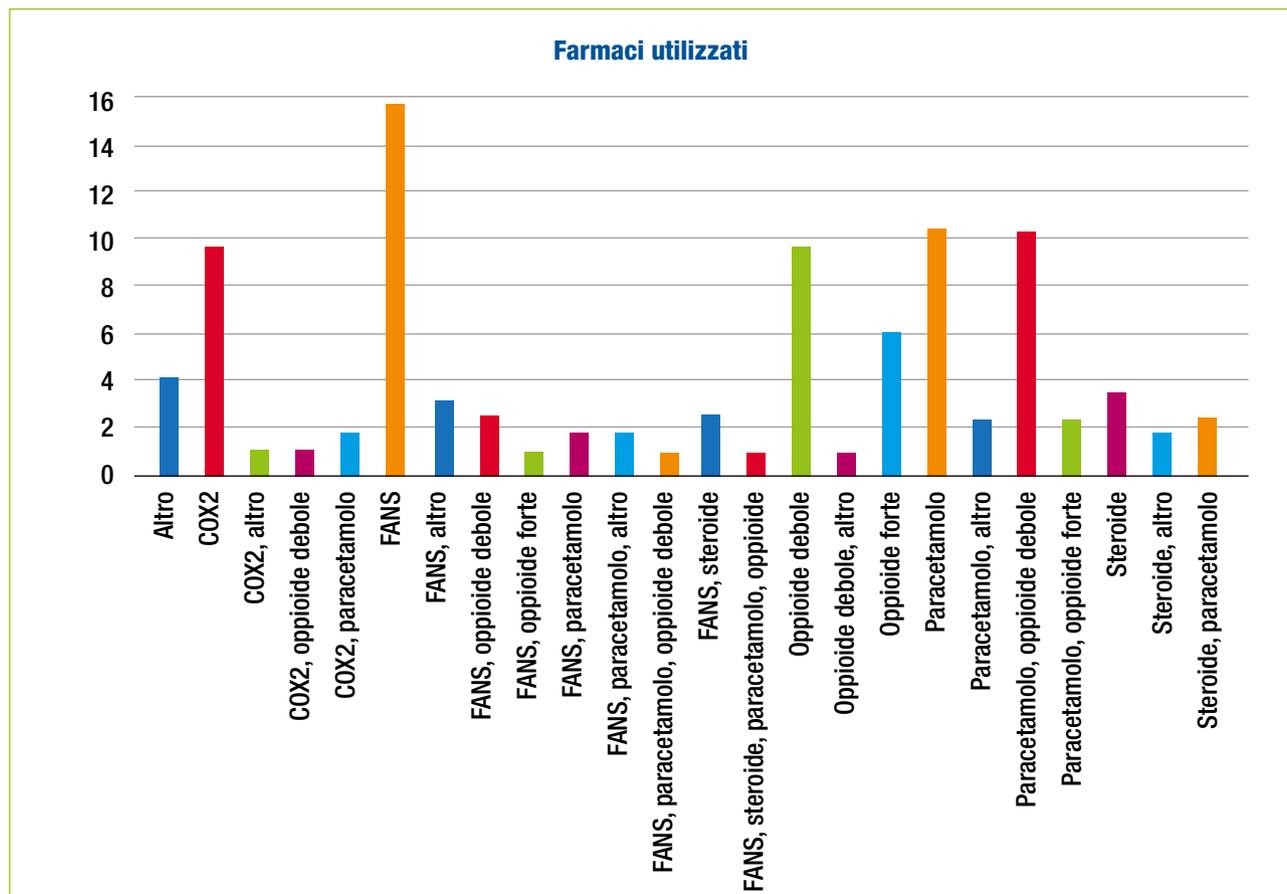
affetti da dolore cronico) e quindi sono stati esclusi dalle valutazioni. Dei rimanenti 524 pazienti, solo il 25% ha dichiarato un dolore cronico d'intensità pari a NRS (*Numeric Pain Intensity Scale*) ≤ 3 . Di questi, il 15,9% non aveva una terapia in corso mentre il rimanente 84,1% aveva una terapia rappresentata prevalentemente da FANS (15,9%), da paracetamolo (10,6%), da paracetamolo associato a un oppioide debole (10,6%), da oppioide debole (9,7%) e da oppioide forte (6,2%) (Fig. 1).

Il prescrittore di queste terapie è risultato essere il medico di famiglia nel 76,1% dei casi, seguito a distanza dallo specialista del dolore (15,9%). Per quello che riguarda gli oppioidi forti, il farmaco maggiormente prescritto è risultato il fentanyl transdermico (37,5%) seguito dall'associazione ossicodone/paracetamolo (25%). In questi pazienti il dolore è stato classificato come somatico nel 69,1% dei casi.

Nel gruppo di pazienti con dolore non controllato, il 18,6% non aveva una terapia in atto. La NRS media è risultata pari a $6,3 \pm 1,5$ nei pazienti senza terapia e $6,8 \pm 1,5$ nei pazienti con terapia. In entrambi i gruppi di pazienti, il dolore è stato classificato prevalentemente come nocicettivo-somatico (56,2 e 47,5%).

Nel gruppo di pazienti senza terapia, il medico di famiglia sceglie d'impostare in modo autonomo un trattamento che, nel 34,2% dei casi, si rivela a base di FANS (Fig. 2). Nel gruppo di pazienti con una terapia in atto,

FIGURA 1.
Popolazione con dolore controllato NRS ≤ 3 con terapia in atto.



impostata nel 69,3% dei casi dal MMG, lo stesso medico decide di modificare la terapia (80,3%) o di inviare ai centri Spoke (9,4) o HUB (7,8%). Nel caso di modifica di terapia, la scelta ricade su un oppioide forte (23,1%) o un oppioide debole (14,2%). Anche in questo caso, tra gli oppioidi forti, il farmaco d'elezione risulta essere il fentanyl transdermico (23,4%), seguito dall'associazione ossicodone/naloxone (21,9%) e dal tapentadol PR (15,6%) (Fig. 3). La percentuale di pazienti non indirizzati al MMG da parte di un centro specialistico, è risultata pari all'86,9%.

Discussione

La Legge 38 rappresenta un importante passo avanti per la tutela dei pazienti affetti da dolore cronico, in quanto riconosce il diritto ad accedere a cure appropriate

e tempestive non solo ai pazienti in fase di terminalità (cure palliative), ma anche a tutte quelle persone affette da dolore di natura anche non oncologica che fino all'entrata in vigore della legge vedevano poco riconosciuta la loro patologia dolorosa, classificata nonostante la cronicità, come un sintomo¹.

Il ruolo del medico di famiglia è tornato a essere di primo piano, in quanto identificato come la prima figura clinica alla quale fare riferimento¹.

E se questo è un bene, in quanto ne ribadisce la centralità nel processo di cura, dall'altro pone in primo piano il tema della formazione di chi dovrebbe occuparsi della malattia dolore (MMG e specialista di patologia) e della reale esistenza delle rete ospedale-territorio.

Per quello che riguarda il tema formazione, ad oltre tre anni dall'entrata in vigore della

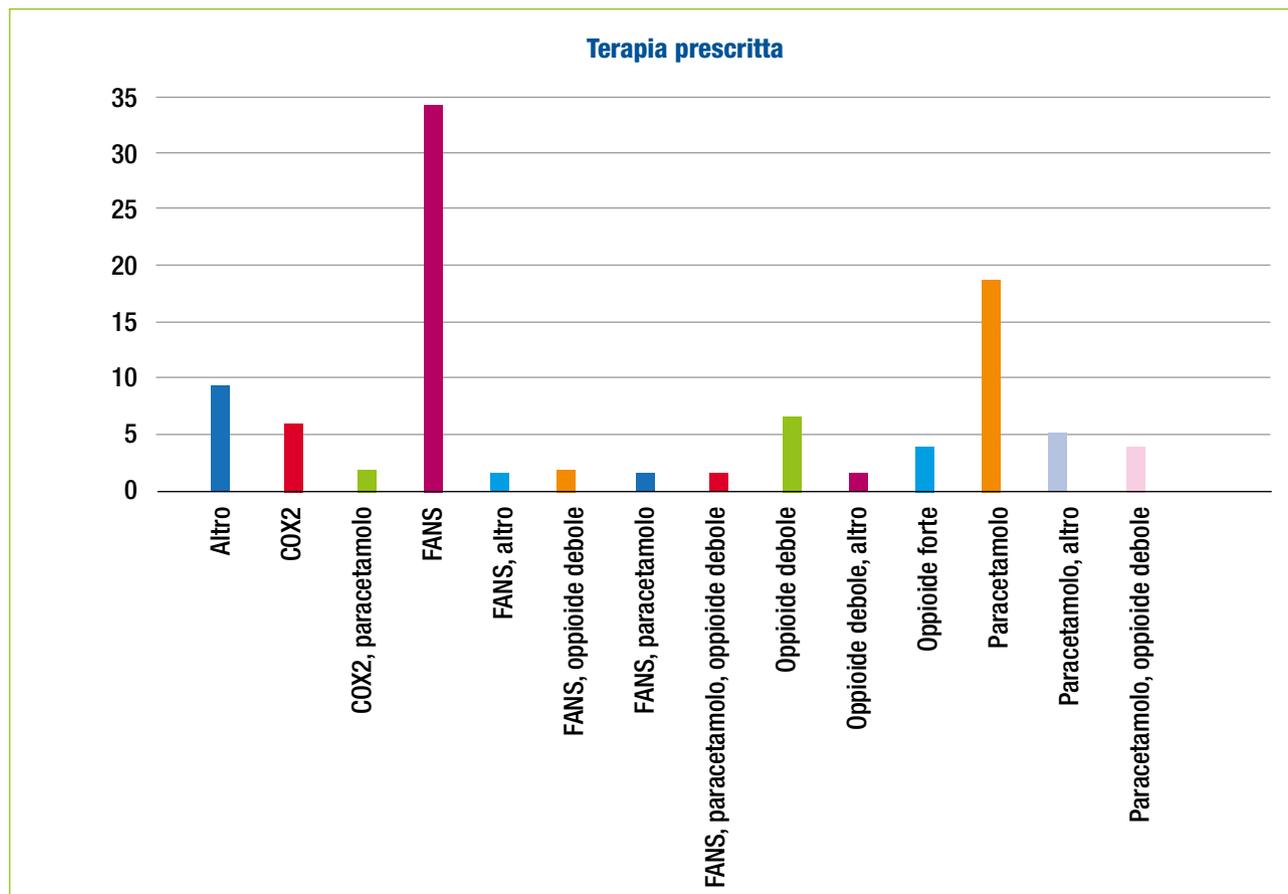
Legge 38, si evidenziano ancora alcune importanti carenze.

L'indagine condotta sottolinea un aspetto importante e cioè la poca dimestichezza del MMG nel riconoscere, ad esempio, l'origine del dolore (*Pain Generator*). I dati di letteratura, così come il riscontro dei dati ottenuti dai centri specialistici, evidenziano come in una rilevante parte dei casi il dolore cronico riconosca un duplice *Pain Generator (Mixed Pain)* ovvero sia nel contempo presente una origine nocicettiva e neuropatica^{4,5}.

Il mancato riconoscimento di questa tipologia di dolore può portare all'impostazione di terapie non adeguate con conseguente mancato controllo del dolore. Negli ultimi tempi si è molto discusso sull'uso indiscriminato degli antinfiammatori per il trattamento del dolore cronico a dispetto del ridotto impiego di farmaci a base di oppioidi forti; la causa di questo è stata

FIGURA 2.

Popolazione con dolore non controllato NRS > 3 senza terapia.



prevalentemente imputata alla non volontà del MMG ad utilizzare farmaci più potenti, ma meno conosciuti e, forse per questo, più temuti.

Una nuova chiave di lettura che emerge dal progetto Link UP potrebbe essere quella che il massivo impiego di una determinata classe terapeutica sia legato ad un non corretto riconoscimento dei meccanismi patogenetici sottesi alla presenza di dolore. Il *Pain Generator* è solo il primo di questi meccanismi, ma le modificazioni dell'impulso lungo la via afferente alla corteccia cerebrale (*Pain System*) sono esse stesse rilevanti al fine di una appropriata terapia farmacologica. Da qui emerge chiaramente la necessità di una formazione adeguata per il MMG che gli consenta di poter fattivamente ricoprire il ruolo assegnatogli. Sicuramente non è accettabile che, ancora oggi, percentuali

significative di pazienti con dolore cronico d'intensità severa (NRS > 6) siano sprovvisti di una terapia e come in una percentuale troppo alta, anche laddove la terapia sia presente sia totalmente inadeguata alle esigenze antalgiche del paziente.

Altro aspetto fondamentale riguarda la integrazione tra centri specialistici per il dolore (terapisti del dolore) e Territorio (MMG). Dall'indagine emerge che qualora il paziente acceda al Centro Specialistico utilizzando canali diversi da quello rappresentato dal suo medico di famiglia, in più del 80% dei casi il Centro non re-indirizza al curante il paziente. La presa in carico congiunta del paziente con dolore cronico da parte di queste due figure professionali è indispensabile per una migliore gestione del paziente stesso, per una miglior ottimizzazione delle risorse sanitarie e, non in ultimo, per la creazione di un'efficiente rete territorio-

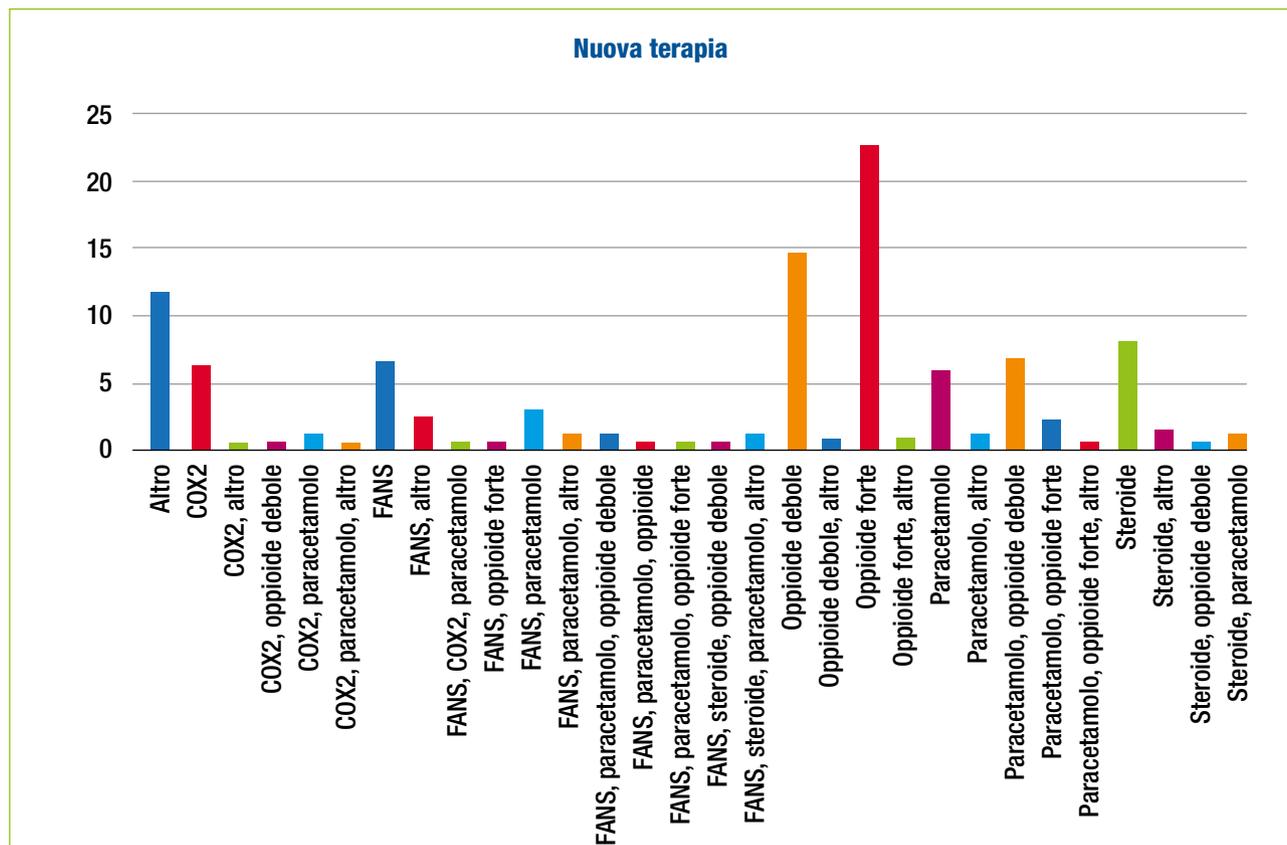
ospedale che la Legge 38 stabilisce dover essere costruita.

In conclusione, per fare in modo che la Legge 38 diventi realmente operativa è necessario un maggior impegno da parte di tutti, medici di famiglia, specialisti del dolore e pazienti, affinché si creino le giuste condizioni per consentire di migliorare la qualità di vita degli oltre 18 milioni di persone che soffrono per un dolore cronico.

Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione i Tutor di Medicina Generale e per il loro particolare impegno i Medici del Corso di formazione sotto riportati. Alberto Ussoli, Alice Ascari, Alice Monti, Alice Salotti, Anna Falcicchio, Antonio Leoni, Barbara Manenti, Chiara Bernabei, Chiara Cassinelli, Chiara Mason, Claudia Benatti, Claudia Lamanna, Claudia Polastri, Daniele Sala, Davide Riva, Desiree Zahlane, Elena Mihaela Radu, Elena Oboři, Elena Uaran, Elisa Mela, Elisa

FIGURA 3.
Popolazione con dolore non controllato NRS > 3 con terapia.



Paganini, Elena Betelli, Enrica Pramparo, Fabiana Manazzone, Francesca Caselani, Gabriele Buttice, Giada Bardelli, Giannunzio Pantaleo, Giorgia Cisilino, Giulia Ugolini, Giuliana Maria Giambuzzi, Graziana Palombaro, Irene Iosa, Ketty Projic Mezzoli, Laura Delcarro, Lisa Maruccci, Lisa Picotti, Lorenzo Zanini, Maddalena Maggetti, Mara Alberti, Margherita Locatelli, Maria Marino, Marika Teresa Montorsi, Marina De Pieri, Marta Buscema, Marzia Bottussi, Monica Rizzetto, Nicola Rizzardi, Orjana Haxhiymeri, Paolo

Bianchi, Rebecca Gravina, Riccardo Rinaldi, Roberto Marinoni, Sabina Boschi, Sara Cavallo, Silvia Morisi, Sonia Nocente, Stefania Togni, Stefano Gillard-Magnan, Stephanie Giuliotto, Tommaso Vaccaro, Valentina Panichi, Valeria Vallone, Veronica Ileana Guerci.

Bibliografia

- ¹ Legge 38, 15 marzo 2010.
- ² Relazione al parlamento sull'attuazione Legge 38-2011.

- ³ Relazione al parlamento sull'attuazione Legge 38-2012.
- ⁴ Almakadma YS, Simpson K. Opioid therapy in non-cancer chronic pain patients: Trends and efficacy in different types of pain, patients age and gender. Saudi J Anaesth 2013;7:291-5.
- ⁵ Jones RC 3rd, Backonja MM. Review of neuropathic pain screening and assessment tools. Curr Pain Headache Rep 2013;17:363.