

Alberto Magni¹, Giuseppe Ventriglia², Pierangelo Lora Aprile³

¹ Rappresentante Nazionale Giovani Medici SIMG; ² Responsabile Nazionale Area Progettuale Formazione SIMG;

³ Segretario Scientifico e Responsabile Nazionale Area Medicina del Dolore SIMG

Progetto TESEO (Territorio Supporto E Organizzazione) Sperimentazione di un modello formativo centrato sull'attività di un medico di medicina generale con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore" a supporto di aggregazioni territoriali di medici di medicina generale

Abstract

Il progetto TESEO (Territorio Supporto E Organizzazione), promosso dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), con il supporto incondizionato di Angelini, ha sperimentato un modello organizzativo di consulenza in 21 aggregazioni territoriali di 15 Regioni italiane, con l'obiettivo di sensibilizzare i medici di medicina generale (MMG) verso le cure palliative e la terapia del dolore, garantire un efficiente sviluppo delle reti di cure palliative/terapia del dolore e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

La sperimentazione prevedeva la creazione di un team di MMG con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore", che fosse in grado di supportare l'integrazione tra MMG, équipe specialistiche di cure palliative e centri spoke/hub di terapia del dolore. Il presente lavoro analizza specificamente l'impatto della sperimentazione sulla gestione del paziente affetto da dolore cronico.

I risultati mostrano che un modello organizzativo e formativo centrato sull'attività del MMG con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore", a supporto di aggregazioni territoriali, permette di sensibilizzare i MMG sulla gestione del paziente affetto da dolore cronico, di migliorare la capacità diagnostica sul dolore cronico, di monitorare i pazienti con una metodica condivisa, di misurare l'appropriatezza prescrittiva della terapia antalgica, di rilevare le criticità e di pianificare interventi correttivi,

di promuovere l'utilizzo di oppiacei nel trattamento del dolore cronico, con un impatto positivo sul controllo del dolore.

Introduzione

La continuità assistenziale, definita come ottimale raccordo tra ospedale e territorio, integrazione delle attività tra operatori sanitari (multidisciplinarietà) e continuità di cura nel tempo, è importante soprattutto per i pazienti con malattie croniche e per quelli "terminali", che necessitano di un'assistenza interdisciplinare e competente.

Per quanto riguarda la terapia del dolore e le cure palliative, la Legge 38 del 2010 prevede la realizzazione di due reti nazionali per ottenere una maggiore facilità di accesso alle risorse assistenziali e stabilisce i requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale^{1,2}. Tra le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento come struttura appartenente alle due reti sono comprese quelle volte a consentire l'integrazione tra le strutture di assistenza residenziale e le unità operative di assistenza domiciliare.

Per la rete di terapia del dolore, l'Aggregazione Funzionale Territoriale dei medici di medicina generale (MMG) è un modello articolato in grado di dare la prima risposta diagnostica e terapeutica al paziente con dolore, di indirizzarlo, se necessario e secondo criteri condivisi di appropriatezza, ai centri di terapia del dolore (spoke/hub)

e di garantire la continuità della gestione nell'ambito di percorsi definiti nella rete. Nell'ambito dell'aggregazione territoriale deve essere individuato un MMG formato in terapia del dolore con funzioni di referente per i colleghi e per gli specialisti degli spoke/hub della rete.

Per la rete di cure palliative, le cure domiciliari sono costituite da un complesso integrato di prestazioni sanitarie professionali multidisciplinari (fornite da medici, infermieri, riabilitatori, psicologi, assistenti sociali, tutti con una buona conoscenza di base delle cure palliative), destinate a soggetti con patologie croniche ed evolutive per le quali le terapie non esistono o sono inadeguate/inefficaci per una stabilizzazione della malattia o un prolungamento significativo della vita. Le unità di cure palliative (UCP) domiciliari garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal MMG, sia quelli di équipe specialistiche tra loro interagenti in funzione dell'aumento della complessità con l'avvicinarsi del termine della vita. Anche in questo caso, un MMG formato in cure palliative ha la funzione di referente per i colleghi e gli specialisti delle équipe di cure palliative.

Alcuni MMG specialmente motivati possono diventare, attraverso una formazione specifica, MMG con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore", in grado di svolgere attività nelle aree della consulenza ai colleghi e della promozione di attività di formazione e di facilitazione dei percorsi

all'interno delle reti assistenziali (cure palliative e terapia del dolore).

Il progetto TESEO (TErritorio Supporto E Organizzazione), promosso dalla Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), prevedeva il coinvolgimento delle aggregazioni territoriali di MMG con l'obiettivo di sperimentare un modello organizzativo di erogazione di cure palliative di base e terapia del dolore (all'interno delle reti) mediante la definizione dei compiti dei MMG coinvolti e dei MMG con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore" (che denomineremo d'ora in poi "con particolare interesse"), un iniziale intervento formativo dei MMG e una fase attuativa a livello locale con valutazione dell'impatto della loro attività sui percorsi assistenziali (consulenza, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi), in particolare sul miglior riconoscimento e gestione dei soggetti con patologie croniche bisognosi di cure palliative e/o con dolore cronico non controllato da inserire nelle reti di cure palliative e di terapia del dolore.

Pazienti e metodi

Sono state coinvolte 15 Regioni e 20 città distribuite su tutto il territorio nazionale italiano e 21 aggregazioni funzionali territoriali con caratteristiche strutturali ben definite (aggregazione volontaria di MMG; composizione minima: 20 MMG; copertura massima del territorio: 30.000 abitanti; sede: quella abituale dei singoli MMG)³.

La popolazione oggetto dell'intervento era costituita da:

- pazienti con patologie croniche ed evolutive, per le quali le terapie non esistono o sono inadeguate/inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, e con necessità di cure palliative (coefficiente intensità assistenziale < 0,4; stima prevista: 1.200-2.400 casi, riferita alla popolazione delle 20 aggregazioni territoriali);
- pazienti con dolore cronico non controllato (intensità alla scala NRS > 3; stima prevista: 18.000-80.000 casi, sempre riferita alla popolazione delle 20 aggregazioni territoriali).

Il MMG dell'aggregazione territoriale poteva richiedere la consulenza personale o a

distanza del MMG "con particolare interesse" per problemi relativi alla terapia del dolore (oncologico e non) e palliativa di base. Compito del MMG coinvolto nel progetto era compilare l'apposita scheda del programma Millewin® registrando i dati inerenti la terapia del dolore o le cure palliative. Il MMG "con particolare interesse" ha svolto attività di consulenza, formazione sul campo e facilitazione dei percorsi assistenziali su base volontaria, senza compenso e negli orari di lavoro⁴. La parte formativa dell'attività di supporto svolta dal MMG "con particolare interesse" nei confronti dei MMG delle aggregazioni territoriali prevedeva l'organizzazione di almeno tre incontri formativi gestiti con il metodo della "peer-review": il primo dedicato alla terapia del dolore e alle cure palliative di base alla luce delle raccomandazioni emanate dal Ministero della Salute^{2,5}, gli altri due alla discussione tra pari dell'andamento del progetto. Il MMG "con particolare interesse" ha coordinato le attività formative delle aggregazioni territoriali anche attraverso il monitoraggio delle attività svolte. I 21 MMG "con particolare interesse" hanno reclutato ognuno, in media, circa 20 MMG dell'aggregazione territoriale, tutti utenti della cartella clinica Millewin®. In questa cartella clinica informatizzata è presente la Scheda PAIN®, che permette di raccogliere i seguenti dati: incidenza, sede, diagnosi, durata, frequenza, intensità, irradiazione, tipo di dolore e impatto sulla qualità di vita degli assistiti, tollerabilità soggettiva e limitazione dichiarata delle attività quotidiane; gestione diagnostica e terapeutica, visite specialistiche, accertamenti, terapia, farmaci, reazioni avverse ai farmaci, efficacia ed esiti del trattamento sul dolore e sulla qualità di vita. I 413 MMG reclutati hanno ricevuto anche il software MilleGPG®, che estrae e analizza i dati clinici, li traduce in indicatori di processo e di esito intermedio, misura le performance professionali del medico⁶, permette l'invio mensile di dati aggregati e anonimizzati a un server centrale per l'analisi statistica e consente la ricezione dei dati elaborati dal server.

L'attività di "self-audit" era garantita dal software, che calcola automaticamente gli indicatori di processo e di esito intermedio circa l'appropriata assistenza ai pazienti e permette di eseguire valutazioni ripetute

nel tempo sulla personale pratica clinica. MilleGPG® valuta 17 indicatori di gestione del dolore cronico, confrontati quando possibile con gli standard e con le performance attuali della Medicina Generale italiana^{6,7}. Gli indicatori 1, 2, 3 e 4 del software MilleGPG® permettono di calcolare la prevalenza dei vari tipi di dolore (neuropatico con e senza segni di ipersensibilizzazione spinale, nocicettivo con e senza segni di ipersensibilizzazione spinale, meccanico-strutturale); gli indicatori 5, 6, 7, 8 e 9 valutano l'appropriatezza prescrittiva della terapia antalgica impostata, correlandola alla tipologia di dolore identificata in ciascun paziente trattato; gli indicatori di esito intermedio valutano l'impatto del progetto di audit clinico sul controllo del dolore nei pazienti arruolati attraverso la misurazione con NRS, l'impatto sulla qualità di vita e la tollerabilità del dolore.

I 21 MMG "con particolare interesse" potevano ricevere e visualizzare i valori degli indicatori dei medici del proprio gruppo periferico e la relativa mediana.

Il progetto è durato 9 mesi (settembre 2012-maggio 2013), preceduto da un corso residenziale di 2 giornate in terapia del dolore e cure palliative dedicato ai 21 MMG "con particolare interesse", tenutosi nel giugno 2012 (Fig. 1). L'invio dei dati e il percorso formativo a cui hanno partecipato i 413 MMG delle aggregazioni territoriali si è svolto in 3 tempi:

- tempo 0 (T0), settembre 2012;
- tempo 1 (T1), dicembre 2012;
- tempo 2 (T2), maggio 2013.

L'obiettivo principale di tale percorso formativo è stato quello di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie per l'identificazione e gestione dei malati con dolore cronico e con necessità di cure palliative.

Risultati

Dei 413 MMG partecipanti al progetto, 197 hanno inviato i dati al tempo 0, 266 al tempo 1 e 335 al tempo 2. Il numero di pazienti con dolore cronico tipizzato dai MMG attraverso la Scheda PAIN® era di 1668, 2655 e 3820, rispettivamente al tempo 0, 1 e 2. Sul totale dei pazienti tipizzati, ne sono stati identificati 2750 con necessità di cure palliative, inseri-

FIGURA 1.
Flow chart dello studio.



ti nel registro delle "early palliative care". L'identificazione si è basata su una risposta negativa da parte del MMG alla domanda: "Saresti sorpreso se questo paziente morisse entro un anno?". È da sottolineare il fatto che in questo gruppo i pazienti oncologici rappresentano solo il 28%, seguiti da quelli con patologie cardiovascolari (16%).

Al tempo 2, la prevalenza di dolore neuropatico con e senza segni di ipersensibilizzazione spinale era pari al 19,27% (n = 736), di dolore nocicettivo al 42,06% (22,51% senza e 19,55% con segni di ipersensibilizzazione) e di dolore meccanico-strutturale al 33,48%; nel 5,19% dei casi il dolore non è stato tipizzato (Fig. 2). Il 6,25% (n = 46) dei 736 pazienti con dolore neuropatico con e senza segni di ipersensibilizzazione spinale è stato inviato dal MMG alla consulenza specialistica di un esperto algologo.

Una terapia farmacologica coerente alla tipologia di dolore identificato è stata prescritta nel 9,92% dei pazienti con dolore neuropatico, nel 45,93% dei pazienti con dolore nocicettivo senza segni di ipersensibilizzazione spinale, nell'82,2% dei pazienti con dolore nocicettivo con segni di ipersensibilizzazione spinale e nel 50,79% dei pazienti con dolore meccanico-strutturale (Tab. I).

In 6 pazienti con diagnosi di tumore la Scheda PAIN® compilata identificava il dolore come *Breakthrough Cancer Pain* (BTcP). In 3 dei 6 pazienti individuati sono stati prescritti farmaci coerenti, cioè i ROO (*Rapid Onset Opioids*).

Nella Tabella II vengono riportate la quanti-

tà pro capite di oppiacei del II e III gradino OMS⁸, espressi in mg equivalenti di morfina/pazienti assistiti; il dato è stato messo in relazione al valore ricavato dal database Health Search®. La quantità pro capite di oppiacei del II e III gradino OMS prescritta è risultata rispettivamente di 39,81 mgEq/pz e di 30,68 mgEq/pz. Il totale dei pazienti oncologici in carico ai MMG al tempo 2 era

di 12.309; a 1171 pazienti (9,51%) sono stati prescritti farmaci oppiacei; nel 74,47% dei pazienti oncologici trattati con oppiacei è stata prescritta una dose di salvataggio con oppiacei ad azione rapida.

Considerando gli indicatori di esito intermedio, costruiti per verificare l'impatto del progetto sul controllo del dolore, sulla qualità della vita e sulla tollerabilità del dolo-

FIGURA 2.
Prevalenza delle varie tipologie di dolore (Tempo 2, MMG = 35%, 3820 pazienti).

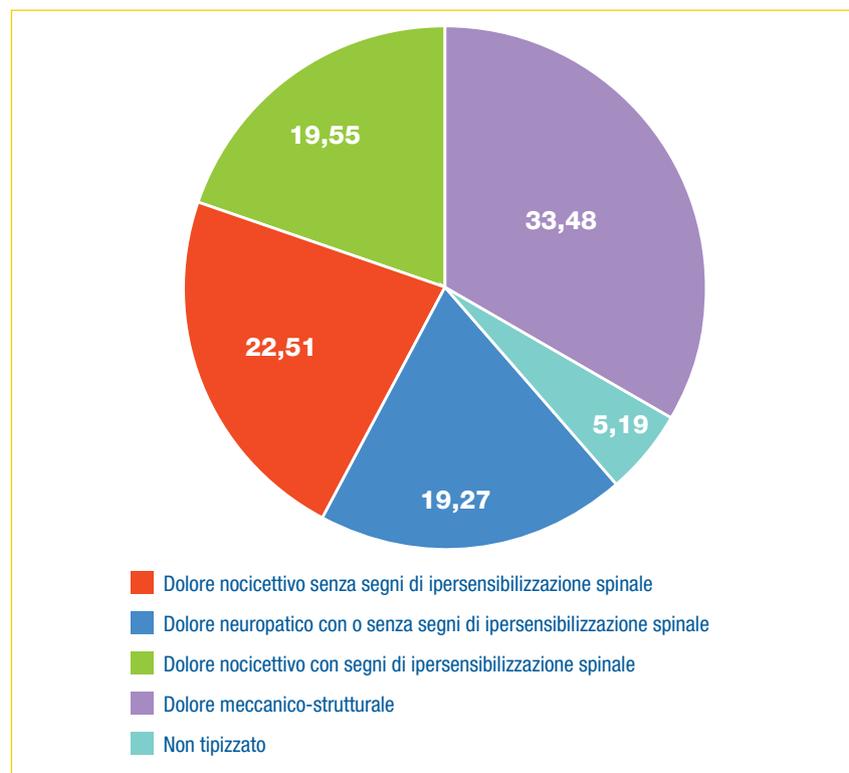


TABELLA I.

Coerenza fra terapia antalgica e tipologia di dolore (Tempo 2, MMG = 35%, 3820 pazienti).

Tipologia di dolore	Pazienti con prescrizione di terapia coerente (%)
Neuropatico con o senza segni di ipersensibilizzazione spinale	9,92
Nocicettivo senza segni di ipersensibilizzazione spinale	45,93
Nocicettivo con segni di ipersensibilizzazione spinale	82,20
Meccanico-strutturale	50,79

TABELLA II.

Quantità pro capite prescritte di oppiacei del II e III gradino della scala OMS (Tempo 2, MMG = 35%, 3820 pazienti): confronto tra il progetto TESEO e il database Health Search®.

Prescrizione	TESEO (mg equivalenti di morfina/pz)	Health Search® (mg equivalenti di morfina/pz)
Oppiacei II gradino OMS	39,81	8,4
Oppiacei III gradino OMS	30,68	3,27

re, al tempo 2 la percentuale di pazienti che hanno riferito un'intensità del dolore NRS < 3 era del 21,88%, quella di pazienti con dolore riferito come molto tollerabile/tollerabile era del 22,07% e quella di pazienti con qualsiasi dolore che hanno nessuno/pochi problemi a svolgere le attività quotidiane era del 34,7% (Tab. III).

TABELLA III.

Indicatori di esito intermedio (Tempo 2, MMG = 35%, 3820 pazienti).

Indicatore	Pazienti (%)
Dolore di qualsiasi tipologia con intensità NRS 0-3	21,88
Dolore di qualsiasi tipologia molto tollerabile-tollerabile	22,07
Dolore di qualsiasi tipologia che comporta nessuno/pochi problemi a svolgere le attività quotidiane	34,7

Discussione

Il primo elemento da sottolineare è che il progetto TESEO è un percorso di audit clinico con lo scopo di valutare l'efficacia di un nuovo modello organizzativo e formativo e il suo impatto sul comportamento dei MMG partecipanti alla sperimentazione.

Il nuovo modello organizzativo trae ispirazione dalla modellistica anglosassone, in cui il MMG con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore" (*practitioner with special interest in pain, PwSI*)⁴ è una figura operante nel *National Health Service* del Regno Unito. L'idea di promuovere una sperimentazione in tal senso si inserisce oltretutto nel dibattito scaturito in seguito alla promulgazione della Legge 189 del 2012⁹.

Le aggregazioni territoriali appaiono oggi come la leva su cui punterà l'intera riorganizzazione dell'assistenza territoriale; si è voluto pertanto sperimentare un elemento di

innovazione, sotto forma di un MMG "esperto" che svolga nei confronti dei colleghi attività di consulenza tra pari, formazione sul campo, facilitazione dei percorsi assistenziali⁴. La parte formativa dell'attività di supporto del MMG "con particolare interesse" nei confronti dei colleghi delle aggregazioni territoriali è di fondamentale importanza nel disegno del progetto e si sviluppa attraverso l'organizzazione di almeno tre incontri formativi per la durata del percorso di audit. L'obiettivo è quello di far apprendere ai colleghi un metodo che consenta di formulare una diagnosi sul tipo di dolore al fine di garantire l'appropriata scelta farmacologica terapeutica, partendo dal presupposto che la scelta finale del farmaco da utilizzare non può prescindere da una corretta individuazione di un "pain generator", in linea con quanto promosso dal Ministero della Salute

con la divulgazione del manuale "Il dolore cronico in Medicina Generale"⁵. Tale metodo è una vera e propria "rivoluzione copernicana" nell'approccio da parte del clinico al problema dolore: in precedenza considerato solo come un sintomo indicatore di un processo patologico, il dolore diviene malattia a sé stante. Anamnesi ed esame obiettivo indagano in maniera sistematica il problema dolore e lo scompongono nelle sue caratteristiche al fine di indirizzare il medico a un corretto trattamento terapeutico. A ogni MMG che ha partecipato al progetto è stato pertanto richiesto un intenso sforzo nel modificare un comportamento consolidato nel corso di anni di attività professionale. Ulteriore elemento di novità introdotto nella pratica professionale del MMG è stato il continuo monitoraggio degli indicatori di processo e di esito intermedio attraverso

l'invio di dati a un server che ne analizzava periodicamente l'andamento. All'inizio del progetto sono stati arruolati 413 MMG, con un "drop-out" di 78 medici al tempo 2 ma con un progressivo aumento di coloro che hanno condiviso i dati; ciò rispecchia l'effetto positivo di un ciclo di audit strutturato nell'incentivare i professionisti al confronto tra pari e permette di focalizzare meglio la formazione sul campo, concentrandosi sui bisogni emersi dalle criticità rilevate.

In concomitanza con l'incremento del numero di medici che hanno condiviso i dati, è stato evidenziato un aumento del numero di pazienti tipizzati per dolore; i 3820 pazienti per i quali è stata compilata almeno una Scheda PAIN® rappresentano circa l'1% della popolazione assistita (considerando 1200 pazienti in carico a ogni MMG). Questo valore risulta inferiore alla prevalenza del 3% di dolore cronico stimata in una precedente ricerca italiana¹⁰. Ciò potrebbe riflettere la difficoltà ad applicare un approccio strutturato al dolore nella "real practice" di fronte a un paziente che lamenta dolore cronico (o con anamnesi positiva). La tipizzazione del dolore, avvenuta in circa il 95% dei pazienti in cui è stato identificato dolore cronico, ha permesso la definizione di 3 grandi categorie: dolore neuropatico, dolore nocicettivo e dolore meccanico strutturale. Ciò rappresenta un elemento di forte innovazione nella gestione del paziente con dolore cronico nel setting della Medicina Generale e consente di comprendere meglio la popolazione affetta e di programmare eventuali interventi.

2725 pazienti sono stati inseriti dai MMG nel registro delle "early palliative care", ma di questi solo il 28% è malato oncologico: questo è un dato su cui riflettere, poiché oggi in Italia le cure palliative sono erogate quasi esclusivamente ai malati oncologici. Nella popolazione oggetto dello studio il dolore neuropatico ha una prevalenza del 19,27%, con notevole variabilità tra le diverse aggregazioni territoriali (2,2-32%). Anche la letteratura riporta prevalenze variabili, espressione della difficoltà di identificare questo tipo di dolore. Un'indagine eseguita su 6.000 pazienti in cura presso medici di famiglia inglesi ha mostrato una prevalenza del dolore di origine neuropatica pari all'8%^{11,12}. Uno studio svolto in Francia

su un vasto campione di pazienti ha evidenziato che il 6,9% di essi riferiva un dolore con caratteristiche neuropatiche¹³. Infine, uno studio eseguito in Germania su pazienti affetti da "low back pain" ha dimostrato che nel 37% dei casi il dolore era neuropatico¹⁴. Questo rappresenta un elemento di criticità nel paragonare la performance dei MMG con uno standard professionale universalmente accettato. Può inoltre coesistere un dolore di tipo misto, in cui la componente neuropatica e nocicettiva sono espressione del sovrapporsi di due diverse tipologie di dolore e che complica ulteriormente l'identificazione di un dolore neuropatico "puro". A causa di questi elementi di criticità, è stato costruito, come "proxy" di appropriatezza nell'invio a visita algologica, un indicatore che misuri la percentuale di pazienti con dolore neuropatico inviati a consulenza: risulta che solo il 6,25% dei pazienti con dolore neuropatico è stato inviato a un centro di terapia del dolore. Dall'indicatore che illustra la coerenza della terapia impostata con il tipo di dolore tipizzato è emersa un'altra criticità: una terapia appropriata è stata prescritta a una bassa percentuale di pazienti con dolore neuropatico (9,92%).

Nella popolazione in cui è stato invece identificato un dolore di tipo meccanico-strutturale, la scelta della terapia antalgica è risultata coerente nel 50,79% dei casi. Il metodo prevedeva che in questo sottogruppo di pazienti con dolore cronico non venissero utilizzati farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS), scelta che è stata effettuata nella metà dei pazienti trattati (642 pazienti di 1264 tipizzati per dolore meccanico-strutturale). La prescrizione appropriata dei farmaci antinfiammatori non steroidei e una limitazione del loro uso rappresentano un obiettivo importante nel trattamento del dolore cronico. Il profilo di sicurezza dei FANS è stato infatti rivalutato nel recente passato per la possibile tossicità gastrointestinale e cardiaca, in particolare nei soggetti anziani.

Sebbene la letteratura riporti che nel paziente oncologico in fase avanzata con dolore cronico si possano verificare, con prevalenza differente (30-90% nei diversi studi)¹⁵, episodi di esacerbazione transitoria e imprevedibile del dolore di intensità da moderata a elevata, noti come BTcP,

sono stati identificati solo 6 pazienti con questo tipo di dolore e solo nella metà dei casi è stata prescritta una terapia coerente a base di ROO. Il risultato mostra come il BTcP sia difficilmente riconoscibile nel setting della Medicina Generale: per la sua corretta gestione saranno necessari ulteriori rinforzi formativi. Inoltre, in 2 pazienti con dolore oncologico su 3 è stata prescritta una dose di salvataggio di un oppiaceo ad azione rapida: questa scelta è conforme alle linee guida sul trattamento del dolore oncologico e la sua distribuzione sulle diverse aggregazioni territoriali appare omogenea. Verosimilmente questo dato è conseguenza di una formazione effettuata non solo su aspetti di identificazione e terapia del dolore cronico, ma anche sulle cure palliative di base, nel cui modulo formativo è stata dedicata una sessione al trattamento del dolore oncologico.

Per quanto riguarda gli oppiacei del I gradino OMS, la quantità di oppiacei pro capite prescritta dai 335 MMG che hanno fornito questo dato era circa 5 volte superiore rispetto ai medici del database Health Search®; anche la quantità di oppiacei del III gradino prescritto è stata circa 9 volte superiore. Tali valori evidenziano come i MMG del progetto abbiano superato la diffidenza nei confronti degli oppiacei non solo nei pazienti oncologici ma anche in quelli affetti da dolore cronico non oncologico.

L'andamento temporale degli indicatori di esito intermedio (pazienti con qualsiasi tipo di dolore che hanno intensità del dolore NRS 0-3; pazienti con qualsiasi tipo di dolore che hanno nessuno/pochi problemi a svolgere attività quotidiane) ha mostrato l'impatto del progetto nei confronti dei pazienti affetti da dolore cronico. Ciò significa che la valutazione del dolore attraverso diversi item entra a far parte del bagaglio culturale del MMG, al pari di quanto accade in altre patologie croniche nelle quali il MMG è abituato a misurare l'efficacia della terapia impostata (ad esempio, ipertensione arteriosa, diabete). I dati mostrano come NRS, tollerabilità del dolore e difficoltà nello svolgere le attività quotidiane siano espressione di diverse caratteristiche della sfera dolore: la terapia comporta verosimilmente una più facile ripresa delle normali attività quotidiane, seguita da una maggior tolleranza

bilità del dolore e una diminuzione del punteggio NRS. L'effetto del progetto è progressivo e correlato a una maggiore confidenza dei MMG con il metodo proposto e a un maggior numero di pazienti arruolati nella popolazione oggetto dell'intervento.

Conclusioni

Il presente lavoro dimostra come un modello organizzativo e formativo centrato sull'attività di un MMG con "particolare interesse in cure palliative e terapia del dolore" a supporto di aggregazioni territoriali:

- sensibilizzi i MMG sulla gestione del paziente affetto da dolore cronico e li stimoli a condividere i dati nel percorso di audit clinico;
- migliori la capacità diagnostica nei confronti del dolore cronico e incentivi a monitorare i pazienti affetti da tale patologia con una metodica condivisa;
- consenta di misurare l'appropriatezza prescrittiva della terapia antalgica;
- permetta di rilevare le criticità e quindi pianificare interventi correttivi;
- promuova l'utilizzo di oppiacei nel trattamento del dolore cronico;
- abbia un impatto positivo sul controllo del dolore (NRS, tollerabilità e problemi nello svolgere attività quotidiane).

Saranno necessari ulteriori studi per valutare l'impatto sul consumo di risorse, sulle ospedalizzazioni e sulla spesa farmaceutica

attraverso l'analisi della Banca Dati Assistito delle Aziende Sanitarie Locali.

Bibliografia

- 1 Legge 15 marzo 2010, n. 38. *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010.
- 2 Dipartimento della Qualità e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio XI. *Documento sui requisiti minimi e le modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e terapia del dolore – 25 luglio 2012*.
- 3 *Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – 2009 modificato*.
- 4 Royal College of General Practitioners. *Guidance and competences for the provision of services using Practitioners with Special Interests (PwSIs): pain management – 2008*.
- 5 Ministero della Salute. *Il dolore cronico in Medicina Generale – 2010*.
- 6 Cricelli I, Lapi F, Montalbano C, et al. *Mille general practice governance (MilleGPG): an interactive tool to address an effective quality of care through the Italian general practice network*. Prim Health Care Res Dev 2013;14:409-12.
- 7 Medea G, Pasculli D. *Self audit e audit di gruppo supportati dal MilleGPG quale pratici strumenti di formazione sul campo e di miglioramento nella gestione del diabete mellito tipo 2 in Medicina Generale: il progetto Analysis*. Rivista SIMG 2011;(6):9-14.
- 8 World Health Organization. *Cancer Pain Relief*. Il ed. Ginevra: WHO 1996.
- 9 Legge 8 novembre 2012, N. 189. *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*. Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 263 del 10 novembre 2012.
- 10 Piccoliori G, Pecchioli S, Sessa E, et al. *IPSE Italian Pain reSearch: una ricerca osservazionale in Medicina Generale sulla gestione del dolore moderato-severo acuto e cronico*. Rivista SIMG 2009;(3):7-14.
- 11 Smith BH, Torrance N, Bennet MI, et al. *Health and quality of life associated with chronic pain of predominantly neuropathic origin in the community*. Clin J Pain 2007;23:143-9.
- 12 Torrance N, Smith BH, Bennett MI, et al. *The epidemiology of chronic pain of predominantly neuropathic origin: results from a general population survey*. J Pain 2006;7:281-9.
- 13 Bouhassira D, Lanteri-Minet M, Attal N, et al. *Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population*. Pain 2008;136:380-7.
- 14 Freynhagen R, Baron R, Gockel U, et al. *painDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain*. Curr Med Res Opin 2006;22:1911-20.
- 15 Mercadante S. *Raccomandazioni per la gestione del Breakthrough cancer pain (Btcp)*. Rivista Italiana di Cure Palliative 2010;1:17-23.

Si ringraziano:

- i coordinatori dei gruppi periferici “Teseo”: Alberto Andrani, Stefano Bertolissi, Maria Grazia Bonesi, Fulvio Borromei, Pierclaudio Brascesco, Virgilio Calzini, Franco Corasaniti, Maria Antonietta Dessi, Edoardo di Maggio, Antonio Fanciullacci, Alessandro Guerroni, Giulio Nati, Irene Noè, Pio Pavone, Piercarlo Pelizzari, Claudio Polistina, Umberto Pozzecco, Dario Redaelli, Andrea Salvetti, Maria Antonietta Scovotto, Giuliana Simioni, Annamaria Vaccargiu, Giuseppe Ventriglia;
- Angelini S.p.A. per il contributo educativo incondizionato che ha consentito la realizzazione del progetto;
- le dottoresse Tiziana Carnicelli e Antonella Lettieri per il supporto logistico-organizzativo.