

Approccio e gestione del dolore in Medicina Generale: uno studio Delphi per un cambio di paradigma diagnostico-terapeutico

Pain approach and management in General Practice: a Delphi study for a diagnostic-therapeutic paradigm shift

Francesco Lapi[1], Alberto Magni[1], Luca Maschietto[1], Lucia Muraca[1], Luigi Fusco[1], Cesare Bonezzi[2], Silvia Natoli[2], Diego Fornasari[3], Filomena Puntillo[3], Pierangelo Lora Aprile[1]

[1]SIMG; [2]Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI); [3]Associazione Italiana per lo Studio del Dolore (AISD)

Conflitto di interessi
FL ha svolto attività di consulenza per la preparazione di protocolli di studi epidemiologici e per l'analisi dei dati per Angelini, Viatris, AstraZeneca, Boehringer Ingelheim e GSK. Gli altri autori dichiarano nessun conflitto di interesse.

How to cite this article:
Approccio e gestione del dolore in Medicina Generale: uno studio delphi per un cambio di paradigma diagnostico-terapeutico 33 (04):34-39.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.

OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it

ABSTRACT Il dolore è una condizione frequente in Medicina Generale e richiede tipizzazione algologica, valutazione strutturata, monitoraggio e appropriatezza terapeutica. La condivisione di criteri tra Medici di Medicina Generale (MMG) e specialisti può favorire decisioni più appropriate. Obiettivo dello studio è stato valutare, mediante procedura Delphi, il consenso di 47 esperti su una serie di *statement* sulla gestione del dolore nelle cure primarie.
Un *board* multidisciplinare di MMG, specialisti in terapia del dolore, farmacologi ed epidemiologi ha elaborato e testato 16 *item*, organizzati in tre aree: diagnosi algologica, valutazione e monitoraggio, terapia farmacologica. Le valutazioni sono state raccolte su scala 1–9. Il forte consenso/dissenso veniva definito da >80% di graduazione ≥7/≤3 e variabilità <2. Sono stati utilizzati criteri fortemente stringenti vista l'esperienza del panel coinvolto. Gli *item* senza consenso/dissenso dopo la prima *wave* sono stati riproposti in una seconda. Hanno partecipato 26 MMG e 21 specialisti; 28 erano donne (59,6%) e 41 avevano almeno 5 anni di esperienza (87,2%). Dieci *item* hanno raggiunto forte consenso e due forte dissenso indicando dunque concordanza del panel; quattro non hanno soddisfatto il criterio combinato. Nella seconda *wave*, due *statement* sulla diagnosi algologica hanno raggiunto completa concordanza, mentre due *item* sul paracetamolo hanno mantenuto variabilità. Il consenso rilevato supporta un approccio strutturato, tipizzato e condiviso alla gestione del dolore in Medicina Generale. La variabilità di giudizio sul paracetamolo suggerisce riformulazioni tassonomiche ed argomentazioni differenziate per popolazioni appartenenti al *setting* delle cure primarie ed a quello specialistico.

Pain is a frequent condition in General Practice and requires algological typing, structured assessment, monitoring, and therapeutic appropriateness. Sharing criteria between General Practitioners (GPs) and specialists may support more appropriate decisions. The objective of this study was to assess, through a Delphi procedure, the consensus of 47 experts on a series of statements concerning pain management in primary care.
A multidisciplinary board of GPs, pain therapy specialists, pharmacologists, and epidemiologists developed and tested 16 item, organized into three areas: algological diagnosis, assessment and monitoring, and pharmacological therapy. Ratings were collected on a 1–9 scale. Strong consensus/dissent was defined as >80% of ratings ≥7/≤3 and variability <2. Highly stringent criteria were adopted given the experience of the panel involved. Item without consensus/dissent after the first wave were resubmitted in a second wave. Overall, 26 GPs and 21 specialists participated; 28 were women (59.6%) and 41 had at least 5 years of professional experience (87.2%). Ten item reached strong consensus and two strong dissents, thus indicating panel agreement; four did not meet the combined criterion. In the second wave, two statements on algological diagnosis reached complete agreement, whereas two item on paracetamol maintained residual variability.
The observed consensus supports a structured, typed, and shared approach to pain management in General Practice.
The variability of judgement on paracetamol suggests the need for taxonomic reformulations and differentiated arguments for subpopulations belonging to the primary care or specialist setting.

Parole chiave/Key words: cure primarie, dolore, metodo Delphi.

INTRODUZIONE

Il dolore rappresenta uno dei motivi più frequenti di accesso alle cure primarie e impone al Medico di Medicina Generale (MMG) decisioni spesso rapide ma fondate su una valutazione clinica accurata. La letteratura prodotta dalla Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) su questo tema sottolinea come l'approccio "storico", centrato quasi esclusivamente sulla diagnosi della malattia e sulla misurazione dell'intensità del dolore, sia insufficiente per guidare in modo appropriato la scelta terapeutica.[1,2] Una stessa patologia può produrre differenti tipologie

Tabella 1 - Risultati Delphi per *item* nella prima *wave* di valutazione.

CODICE	TEMA SINTETICO	N*	≤3 n (%)	≥7 n (%)	Mediana [Q1-Q3]	IQR	ESITO**
DIA01	Diagnosi algologica parallela	40	0 (0,0%)	40 (100,0%)	9 [9-9]	0	Forte consenso
DIA02	Allodinia e dolore infiammatorio	39	1 (2,6%)	35 (89,7%)	9 [8-9]	1	Forte consenso
DIA03	Dolore al carico/meccanico	38	0 (0,0%)	38 (100,0%)	9 [9-9]	0	Forte consenso
DIA04	Segni negativi e sospetto neuropatico	39	29 (74,4%)	6 (15,4%)	2 [1-3,5]	2,5	Nessun consenso/dissenso
DIA05	Sintomi positivi/sofferenza nervosa	41	1 (2,4%)	36 (87,8%)	9 [8-9]	1	Forte consenso
DIA06	Allodinia secondaria/pinprick	41	32 (78,0%)	3 (7,3%)	1 [1-3]	2	Nessun consenso/dissenso
VAL01	Visita strutturata in MG	42	2 (4,8%)	40 (95,2%)	9 [9-9]	0	Forte consenso
VAL02	Registrazione sistematica	42	0 (0,0%)	39 (92,9%)	9 [9-9]	0	Forte consenso
VAL03	Condivisione casi complessi	40	0 (0,0%)	40 (100,0%)	9 [9-9]	0	Forte consenso
TER01	FANS + paracetamolo	37	0 (0,0%)	36 (97,3%)	9 [8-9]	1	Forte consenso
TER02	Paracetamolo meccanico/profilattico	40	5 (12,5%)	30 (75,0%)	8 [6,75-9]	2,25	Nessun consenso/dissenso
TER03	Prima linea dolore neuropatico	39	0 (0,0%)	36 (92,3%)	9 [8-9]	1	Forte consenso
TER04	Sicurezza non prioritaria	39	39 (100,0%)	0 (0,0%)	1 [1-1]	0	Forte dissenso
TER05	Paracetamolo e comorbidità	41	3 (7,3%)	35 (85,4%)	8 [7-9]	2	Nessun consenso/dissenso
TER06	Oppioidi e rischio dipendenza	41	37 (90,2%)	3 (7,3%)	1 [1-1]	0	Forte dissenso
TER07	Consulenza per oppioidi ≥60 MME/die	39	3 (7,7%)	35 (89,7%)	9 [8-9]	1	Forte consenso

*risultati calcolati sui *responder* validi per *item*;
Forte consenso/dissenso indicano forte accordo nel *panel*; DIA: Sezione DIAGNOSI, VAL: Sezione VALUTAZIONE E MONITORAGGIO; TER: Sezione TERAPIA; criteri: forte consenso: >80% risposte ≥7 e IQR <2; forte dissenso: >80% risposte ≤3 e IQR <2. Vedi ***Appendice 1* per la definizione degli *item* in estenso.

di dolore e la stessa intensità riferita dal paziente non identifica necessariamente il meccanismo fisiopatologico sottostante. Per questo, accanto alla diagnosi eziologica, diventa necessaria una diagnosi algologica parallela, capace di distinguere dolore nocicettivo, neuropatico e nociplastico, e di identificare il *pain generator* e gli eventuali processi di sensibilizzazione periferica o spinale, e condividere con lo specialista la gestione dei casi più complessi.[1,4]

Nel setting della Medicina Generale questa prospettiva ha particolare rilevanza.

Il MMG intercetta pazienti con dolore acuto, persistente o cronico, spesso anziani, multimorbidi ed in politerapia. La valutazione di questo ambito deve quindi essere non solo tecnicamente corretta, ma anche sostenibile nei tempi dell'ambulatorio. Un metodo da utilizzare in Medicina Generale proposto da SIMG, indica un percorso pratico basato su localizzazione dell'area dolorosa, verifica della compatibilità con un territorio di innervazione, valutazione del sistema somato-sensoriale, ricerca dei segni positivi e negativi, e registrazione dell'impatto funzionale.[1,2] Questo approccio consente di passare da una prescrizione guidata solo dall'intensità del sintomo a una terapia orientata ai meccanismi patogenetici, integrando sicurezza farmacologica e criteri di invio allo specialista del dolore. In tale prospettiva, l'interazione strutturata tra MMG e specialista algologo assume un ruolo centrale per garantire continuità, appropriatezza e qualità assistenziale. La condivisione di un linguaggio comune, di criteri di invio e di percorsi di *back-referral* può ridurre la frammentazione delle cure e favorire una presa in carico più coerente del paziente. Tale integrazione consente inoltre di valorizzare le competenze del MMG nella prima valutazione e nel monitoraggio, riservando allo specialista i casi complessi, refrattari o meritevoli di approfondimento diagnostico-terapeutico.

La costruzione di raccomandazioni condivise tra Medicina Generale e specialistica in aree cliniche complesse richiede tuttavia una metodologia capace di combinare evidenze disponibili e giudizio esperto.

Il RAND/UCLA *Appropriateness Method* nasce proprio per valutare l'appropriatezza quando gli studi randomizzati, o anche os-

servazionali, non forniscono risposte sufficientemente granulari alla pratica clinica quotidiana.[5]
Nel metodo RAND/UCLA gli esperti utilizzano una scala 1-9, ricevono una sintesi delle valutazioni precedenti e, in un processo Delphi possono distinguere il vero disaccordo clinico da incomprensioni o ambiguità di argomentazione.[5-8]

In questo contesto, la distinzione tra dolore cronico primario e secondario assume valore operativo. Nel dolore cronico secondario il sintomo resta collegato a una patologia sottostante, ma può essere sostenuto da meccanismi nocicettivi o neuropatici differenti; nel dolore primario, invece, prevalgono alterazioni della elaborazione della nocicezione a livello del sistema nervoso centrale, in assenza di una lesione somatosensoriale o di un danno tissutale periferico sufficiente a spiegarlo, associato a componenti funzionali, emotive e partecipative che richiedono un inquadramento più ampio.[1,4] Per il MMG, riconoscere precocemente questi scenari significa evitare sia l'inerzia terapeutica sia l'uso ripetuto di farmaci non coerenti con il meccanismo del dolore.



Figura 1 - Aree e principali contenuti degli statement valutati nel Delphi sulla gestione del dolore in Medicina Generale.

La necessità di *statement* condivisi con la medicina specialistica nasce quindi non solo dall'esigenza di uniformare il linguaggio, ma anche da quella di rendere più appropriati i percorsi di presa in carico, *follow-up* e *referral*. Questo studio Delphi, utilizzando un panel selezionato di MMG e specialisti del dolore, ha applicato tale logica alla gestione di questo ambito in Medicina Generale, con l'obiettivo di verificare il livello di accordo su *statement* diagnostici, ed inerenti valutazione e monitoraggio e terapia farmacologica.

METODI

È stato condotto uno studio Delphi sulla gestione del dolore in un panel selezionato di 47 esperti, 26 MMG (certificati come "esperti in terapia del dolore") e 21 specialisti durante un percorso formativo congiunto di 2 giorni sul medesimo tema. Un *board* multidisciplinare, composto da MMG, specialisti in terapia del dolore, farmacologi ed epidemiologi, ha elaborato una lista di 16 *item*. Quattro *item* sono stati volutamente formulati come affermazioni di negazione al fine di evitare una polarizzazione condizionata delle valutazioni individuali verso il *grading* più elevato.

Questi ultimi riflettevano aree ritenute prioritarie per la pratica clinica: tipizzazione del dolore, semeiotica algologica, valutazione e monitoraggio, sicurezza farmacologica, trattamento in base al meccanismo fisiopatologico e collaborazione con la rete specialistica. La matrice disponibile per l'analisi quantitativa conteneva 16 *item* valutabili, suddivisi in tre sezioni: Diagnosi algologica (DIA01-DIA06), Valutazione e monitoraggio (VAL01-VAL03) e Terapia farmacologica (TER01-TER07; **Figura 1**). Il dettaglio delle formulazioni degli *statement* è riportato in ***Appendice 1***.

Inquadra il QRcode per consultare l'Appendice 1

Prima della fase esecutiva vera e propria, gli *item* sono stati sottoposti a beta *testing* da parte di 8 esperti (4 MMG e 4 specialisti).

I beta *tester* hanno valutato chiarezza, pertinenza clinica, ridondanza, comprensibilità della scala e fattibilità di compilazione; non hanno partecipato al successivo consensus. Le risposte sono state raccolte tramite *televoter* su scala 1-9, dove i valori bassi indicavano disaccordo e i valori alti accordo con i diversi *statement*. La scala è coerente con l'impostazione RAND/UCLA, che utilizza la distribuzione dei giudizi e la mediana per classificare appropriatezza o incertezza.[5]

Per ogni *item* sono stati analizzati solo i *responder* validi, ossia coloro che hanno effettivamente fornito un giudizio. Sono state calcolate le percentuali di risposte ≥7 e ≤3, la mediana ed il *range* interquartile (IQR) come indicatore di variabilità.

Il forte consenso è stato definito come >80% di risposte ≥7 e IQR <2; il forte dissenso come >80% di risposte ≤3 e IQR <2. Se una delle due condizioni mancava, l'item è stato classificato come assenza di consenso/dissenso. La scelta di criteri così stringenti si basa sui criteri di selezione del *panel*, ossia medici altamente esperti sul tema e spesso coinvolti in progettualità inerenti alla gestione congiunta tra Medicina Generale e specialistica. Proprio per questa ragione, i risultati si basavano non soltanto sulla proporzione delle risposte ma anche sulla presenza di un certo grado di variabilità. [7,8] Le variabili descrittive dei partecipanti sono state riportate sul denominatore complessivo, indicando gli eventuali valori mancanti, esclusivamente ai fini della descrizione del campione.

Dopo la prima *wave*, gli *item* privi di consenso/dissenso o con rilevata variabilità sono stati prima discussi tramite la moderazione del *board* durante l'evento formativo e poi riproposti in una seconda *wave*.

RISULTATI

Dei 47 partecipanti, 26 erano MMG (55,3%) e 21 specialisti (44,7%); 28 erano donne (59,6%) e 19 uomini (40,4%); 41 partecipanti avevano almeno 5 anni di esperienza lavorativa (87,2%). Il numero di *responders* validi per *item* variava da 37 a 42 nella prima *wave*, confermando la necessità di usare denominatori specifici per singolo *statement*.

I risultati della prima *wave* sono descritti in **Tabella 1**. Alla prima *wave*, 10/16 *item* hanno raggiunto forte consenso, quindi un forte accordo del *panel*: DIA01, DIA02, DIA03, DIA05, VAL01, VAL02, VAL03, TER01, TER03 e TER07. Nella sezione Diagnosi algologica, il consenso ha riguardato la diagnosi algologica parallela alla diagnosi eziologica (DIA01: 40/40 ≥7; 100,0%; mediana 9 [9–9]; IQR 0), il ruolo dell'allodinia nel dolore nocicettivo infiammatorio (DIA02: 35/39; 89,7%; mediana 9 [8–9]; IQR 1), il dolore al carico nel dolore meccanico-strutturale (DIA03: 38/38; 100,0%; IQR 0) e i sintomi positivi come possibile espressione di sofferenza nervosa senza interruzione della conduzione (DIA05: 36/41; 87,8%; IQR 1).

Nella sezione Valutazione e monitoraggio, tutti gli *item* hanno raggiunto forte consenso: visita strutturata in Medicina Generale (VAL01: 40/42 ≥7; 95,2%; mediana 9 [9–9]; IQR 0), registrazione sistematica di tipologia, intensità, tollerabilità e impatto funzionale (VAL02: 39/42; 92,9%; IQR 0) e condivisione dei casi complessi con il terapista del dolore nella rete assistenziale (VAL03: 40/40; 100,0%; IQR 0).

Nella sezione Terapia farmacologica, hanno raggiunto forte consenso l'impiego combinato di FANS e paracetamolo nel dolore infiammatorio (TER01: 36/37 ≥7; 97,3%;

Tabella 2 – Risultati Delphi per *item* nella seconda *wave* di valutazione.

CODICE	TEMA SINTETICO	N*	≤3 n (%)	≥7 n (%)	Mediana [Q1-Q3]	IQR	ESITO**
DIA04	Segni negativi e sospetto neuropatico	44	39 (88,6%)	4 (9,1%)	1 [1-1]	0	Forte dissenso
DIA06	Allodinia secondaria/pinprick	42	40 (95,2%)	2 (4,8%)	1 [1-1]	0	Forte dissenso
TER02	Paracetamolo meccanico/profilattico	42	4 (9,5%)	34 (81,0%)	9 [7-9]	2	Nessun consenso/dissenso
TER05	Paracetamolo e comorbidità	43	5 (11,6%)	34 (79,1%)	9 [7-9]	2	Nessun consenso/dissenso

*risultati calcolati sui *responder* validi per *item*;
**Forte consenso/dissenso indicano forte accordo nel *panel*; DIA: Sezione DIAGNOSI, VAL: Sezione VALUTAZIONE E MONITORAGGIO; TER: Sezione TERAPIA; criteri: forte consenso: >80% risposte ≥7 e IQR <2; forte dissenso: >80% risposte ≤3 e IQR <2.

mediana 9 [8–9]; IQR 1), l'avvio di terapia di prima linea nel sospetto dolore neuropatico (TER03: 36/39; 92,3%; IQR 1) e la consulenza specialistica per *shifting* a oppioidi ≥60 mg equivalenti di morfina/die (TER07: 35/39; 89,7%; IQR 1).

I due *item* formulati come negazione hanno raggiunto forte dissenso (quindi accordo nel *panel*) già alla prima *wave*: TER04, sulla non priorità del profilo di sicurezza dei farmaci (39/39 ≤3; 100,0%; mediana 1 [1–1]; IQR 0), e TER06, sulla non necessità di condividere con il terapista del dolore i pazienti in terapia con oppioidi e rischio di dipendenza (37/41 ≤3; 90,2%; mediana 1 [1–1]; IQR 0).

Quattro *item* non hanno invece soddisfatto il criterio combinato percentuale-IQR: DIA04, DIA06, TER02 e TER05. I due *item* diagnostici mostravano un orientamento al dissenso, ma senza raggiungere il criterio richiesto (DIA04: 29/39 ≤3; 74,4%; mediana 2 [1–3,5]; IQR 2,5; DIA06: 32/41 ≤3; 78,0%; mediana 1 [1–3]; IQR 2).

Gli *item* terapeutici sul paracetamolo mostravano invece un orientamento favorevole, ma ancora con variabilità residua (TER02: 30/40 ≥7; 75,0%; mediana 8 [6,75–9]; IQR 2,25; TER05: 35/41 ≥7; 85,4%; mediana 8 [7–9]; IQR 2).

Nella seconda *wave*, come riportato in **Tabella 2**, gli *item* DIA04 e DIA06 hanno raggiunto forte dissenso, coerentemente con la loro formulazione negativa, quindi accordo del *panel*: DIA04 con 39/44 risposte ≤3 (88,6%), mediana 1 [1–1] e IQR 0; DIA06 con 40/42 risposte ≤3 (95,2%), mediana 1 [1–1] e IQR 0. Invece, TER02 e TER05 hanno mantenuto variabilità residua: TER02 ha raggiunto 34/42 risposte ≥7 (81,0%), ma con IQR 2; TER05 ha raggiunto 34/43 risposte ≥7 (79,1%), con IQR 2.

DISCUSSIONE

Il principale risultato dello studio è la presenza di un consenso ampio e coerente su un modello di gestione del dolore nel quale la diagnosi algologica affianca la diagnosi eziologica e diventa il presupposto della scelta terapeutica.

Gli *item* con forte consenso valorizzano una semeiotica essenziale ma strutturata: disegnare l'area del dolore, verificarne la coerenza neuroanatomica, valutare il sistema somato-sensoriale, ricercare allodinia primaria e secondaria, e monitorare intensità, tollerabilità e impatto funzionale. Questo risultato è in linea con il metodo da utilizzare in Medicina Generale proposto da SIMG, che propone un percorso applicabile nella pratica del MMG e orientato all'identificazione del *pain generator*.[1,2]

Il consenso sui primi tre *item* di valutazione e monitoraggio indica inoltre che il *panel* MMG-specialisti non considera la diagnosi algologica un atto isolato, ma parte di un processo longitudinale che richiede registrazione sistematica, strumenti validati e condivisione dei casi complessi con la rete di terapia del dolore.

Il forte dissenso sugli *item* formulati in negativo rafforza due messaggi clinici.

Primo, la presenza di segni negativi somato-sensoriali compatibili con un territorio nervoso rimane un elemento cruciale per il sospetto di dolore neuropatico periferico; secondo, la sicurezza farmacologica e il rischio di dipendenza non possono essere marginali nella gestione del dolore persistente o cronico. In pazienti anziani, multimorbidi o in politerapia, il bilancio tra beneficio analgesico e potenziali effetti avversi condiziona la scelta terapeutica tanto quanto la tipizzazione del dolore.

Il ruolo dello specialista del dolore, anch'esso come figura orientata alla ricerca del *pain generator* e alla gestione della complessità, appare quindi complementare a quello del MMG, soprattutto quando emergono criteri di invio, rischio oppioide o necessità di trattamenti multimodali.[9]

Un elemento di particolare interesse è la persistente variabilità dei due *item* sul paracetamolo. Tale variabilità non nega il consenso generale sul modello proposto con un chiaro consenso sull'utilizzo del paracetamolo al dosaggio 3 g/die, ma segnala un'area in cui il linguaggio clinico e la valutazione del *setting* assistenziale devono essere più specifici. E ciò è anche scaturito dalla discussione che ha preceduto la seconda *wave*. Per TER02, l'espressione "in via profilattica prima di sforzi articolari importanti" può essere stata interpretata in modi diversi: come analgesia anticipatoria o *"pre-emptive"* rispetto a un trigger meccanico prevedibile, oppure come prevenzione continuativa del dolore. La distinzione fra analgesia *"pre-emptive"* e *"profilattica"* ha implicazioni metodologiche, perché cambia il momento dell'intervento, il meccanismo atteso e l'outcome valutato.[10-12]

Nel contesto della Medicina Generale, un uso anticipatorio prima di attività prevedibilmente dolorose può essere percepito come pragmatico; per lo specialista, invece, la raccomandazione (dunque il comportamento prescrittivo che ne potrebbe scaturire) risulta tassonomicamente imprecisa se non distingue chiaramente il dolore meccanico-strutturale dall'infiammatorio e il trattamento sintomatico dalla prevenzione. Ciò ha anche una possibile interpretazione che si riconduce alla maggiore variabilità del paziente che il MMG incontra nella propria pratica rispetto ai casi più complessi che usualmente sono gestiti dallo specialista.

A tale riguardo, per TER05, la variabilità sembra legata alla popolazione assistita e al diverso punto di osservazione tra MMG e specialista. Il MMG gestisce frequentemente pazienti con comorbidità cardiovascolare, renale o gastrointestinale, nei quali evitare o limitare FANS può rendere il paracetamolo un'opzione ragionevole, purché siano considerate funzione epatica, dosaggio e durata.

Per contro, sembra non sia stato colto dallo specialista, che appunto si confronta con ambiti assistenziali meno eterogenei di quelli del medico di famiglia, il senso pratico di questo *statement*, ovvero che in particolari situazioni in cui la complessità (e non necessariamente la gravità) del paziente è elevata, il paracetamolo possa costituire una soluzione attendibilmente utile e sicura senza necessariamente effettuare una valutazione del *pain generator*.[10, 13-16]

Questa "discrepanza" potrebbe contribuire a spiegare perché il *panel* abbia espresso un orientamento favorevole ma non sufficientemente compatto secondo il criterio IQR <2 pur a fronte di un sempre elevato accordo percentuale. La lettura dei risultati suggerisce inoltre che il consenso è più stabile quando lo *statement* descrive un'azione clinica osservabile, come registrare un parametro, ricercare un segno o condividere un caso complesso. La variabilità aumenta invece quando lo *statement* combina una categoria farmacologica, una popolazione fragile e una formulazione non perfettamente univoca. Questo aspetto è tipico dei processi Delphi: il disaccordo residuo non va interpretato soltanto come contrapposizione tra esperti, ma anche come indicatore di *item* da chiarire. In future versioni, gli *statement* sul paracetamolo e altri eventuali farmaci potrebbero dover essere separati per scenario clinico, distinguendo dolore meccanico-strutturale episodico, dolore infiammatorio, paziente con controindicazioni ai FANS e paziente fragile in politerapia.

Lo studio presenta limiti. La numerosità del *panel* è pur sempre contenuta e potrebbe essere più estesa sebbene gli obiettivi consistessero nell'utilizzare un gruppo di clinici altamente selezionato.

Tra i punti di forza vi sono la composizione multidisciplinare del *board*, il beta *testing* indipendente, la riproposizione degli *item* incerti e l'uso di un criterio combinato percentuale-IQR, che evita di classificare come consenso un valore proporzionale soltanto apparentemente favorevole.

CONCLUSIONI

Questo studio Delphi documenta un consenso sostanziale sulla necessità di gestire il dolore in Medicina Generale con un approccio strutturato, centrato su diagnosi algologica, monitoraggio, sicurezza terapeutica e integrazione con la rete specialistica. Gli *item* sul paracetamolo richiedono un'argomentazione più precisa nel confronto MMG-specialista, riferendosi ad una tassonomia comune ai relativi *setting*, pur sempre tenendo in considerazione i diversi livelli di eterogeneità e quindi di gestione delle popolazioni in carico ai due ambiti assistenziali.

Funding
Il presente progetto è stato realizzato nell'ambito di un'iniziativa scientifica supportata dalla SIMG.

Bibliografia

1. *Bonezzi C, et al. La diagnosi di dolore: il metodo SIMG. Rivista SIMG 2021;28:34-40.*
2. *Bonezzi C, et al. Il metodo per la diagnosi e la terapia del dolore. In: Ministero della Salute/ AGENAS, Addendum 2012.*
3. *Bonezzi C, Lora Aprile P, Fornasari D. Terapia farmacologica combinata del dolore: l'asso nella manica del medico di medicina generale. Rivista SIMG 2017; 24(6):25-32.*
4. *Treede RD, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain. Pain 2019;160:19-27.*
5. *Fitch K, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica: RAND; 2001.*
6. *Hasson F, et al. Research guidelines for the Delphi survey technique. J Adv Nurs 2000;32:1008-15.*
7. *Diamond IR, et al. Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. J Clin Epidemiol 2014;67:401-09.*
8. *Jünger S, et al. Guidance on Conducting and REporting DElphi Studies (CREDES). Palliat Med 2017;31:684-706.*
9. *Bonezzi C, et al. Not all pain is created equal: basic definitions and diagnostic work-up. Pain and Therapy. 2020;9(Suppl 1):S1–S15.*
10. *Bonezzi C, et al. Pharmacological management of adults with chronic non-cancer pain in general practice. Pain and Therapy. 2020;9(Suppl 1):S17–S28.*
11. *Katz J, et al. Preventive analgesia: quo vadimus? Anesth Analg 2011;113:1242-53.*
12. *Machado GC, et al. Efficacy and safety of paracetamol for spinal pain and osteoarthritis. BMJ 2015;350:h1225.*
13. *McAlindon TE, et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 2014;22:363-88.*
14. *Bruyere O, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally. Semin Arthritis Rheum 2014;44:253-63.*
15. *Towheed TE, et al. Acetaminophen for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev 2006;:CD004257.*
16. *Vannacci A, et al. Regular use of acetaminophen or acetaminophen-codeine combinations and prescription of rescue therapy with NSAIDs. Curr Med Res Opin 2017;33:1141-48.*