



Società Italiana di Medicina Generale  
Regione Puglia



Scuola Pugliese di Medicina Generale

1° Congresso Regionale  
SIMG Puglia

# Il farmaco come risorsa per la salute

Problematiche e prospettive  
per la Medicina Generale

Sheraton Nicolaus Hotel, Bari  
1-2 Febbraio 2008

La Gestione del malato con dolore cronico nel  
setting della Medicina Generale Italiana

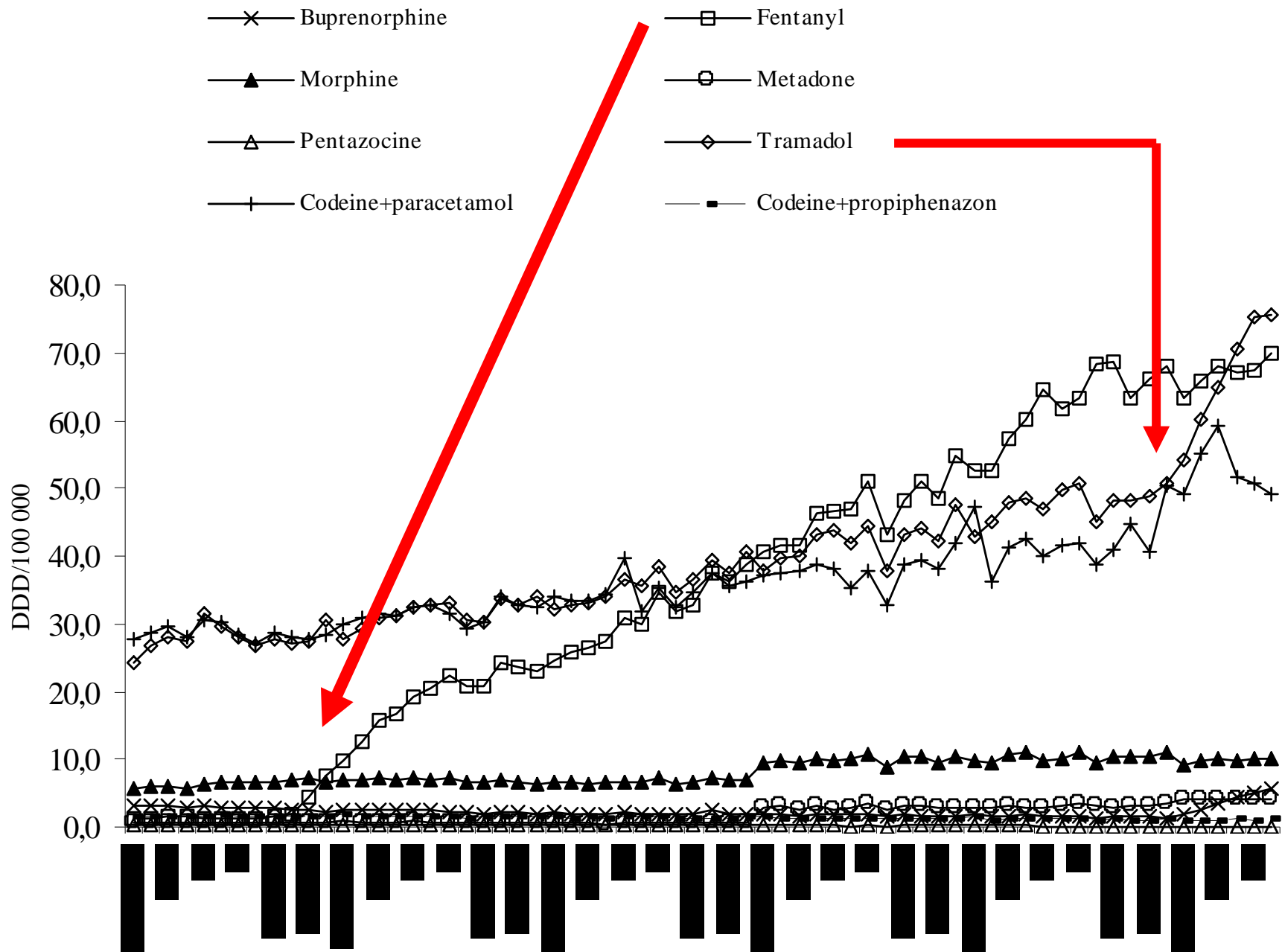
*Pierangelo Lora Aprile*



## Un piano in cinque mosse

1. Eliminare il ricettario speciale
2. Misurare e registrare il dolore
3. Formazione ai Medici di Medicina Generale
4. Informazione alla popolazione
5. Valorizzare "il tanto" che in tutti questi anni, le Società Scientifiche....

**Apolone G. et All** : A multidisciplinary project to improve the quality of cancer pain management in Italy. Background, methods and preliminary results. ( The Journal of A. Care Management, Oct. 2006 )





# La parola chiave

---

- **appropriatezza**

- d'**efficacia** (capacità di raggiungere l'obiettivo atteso),
- d'**efficienza** (capacità di utilizzare in modo ottimale le risorse per il raggiungimento di un determinato risultato) e d'**opportunità** (capacità di individuare le priorità e la necessità di un intervento).

L'appropriatezza , una parte della **qualità** assistenziale, che fa riferimento ad **evidenze scientifiche**, accettabilità e pertinenza delle prestazioni sanitarie



## Obiettivi

---

- definire gli obiettivi di salute del malato con dolore cronico
- definire i compiti e le competenze del Medico di MG
- definire la qualità praticabile in Medicina Generale

## Strategia

- Clinical Governance



# Cos'è il governo clinico per la MG

- Sviluppo e miglioramento della qualità del lavoro  
"Sintesi tra eccellenza della cura, verificabilità e pesatura dell'attività professionale e coerenza con il finanziamento del servizio"

Il paradigma del Sistema Informativo per la Clinical Governance

- Cio' che non si misura non esiste
- Ciò che non si dimostra non esiste
- Ciò che non si registra non esiste

- Estrarre dai Data Base esistenti i dati sul problema da studiare
- Identificare le Linee Guida già esistenti
- Acquisire informazioni relative al problema attraverso iniziative specifiche di Audit Clinico con l'aiuto di un opinion leader
- Costituire Gruppi di lavoro per la "traduzione" delle Linee Guida in Percorsi Diagnostico Terapeutici
- Adottare una strategia di implementazione della Qualità delle Cure appropriata:
  - costruire e misurare indicatori di processo e di risultato
  - sperimentare nuovi modelli formativi
- Valutare e documentare il cambiamento



# Il dolore da cancro

Oggi da **300.000 – 500.000** italiani hanno necessità di terapia per dolore da cancro.

Un Medico di Medicina Generale ha da **9 a 15 malati di cancro con dolore**

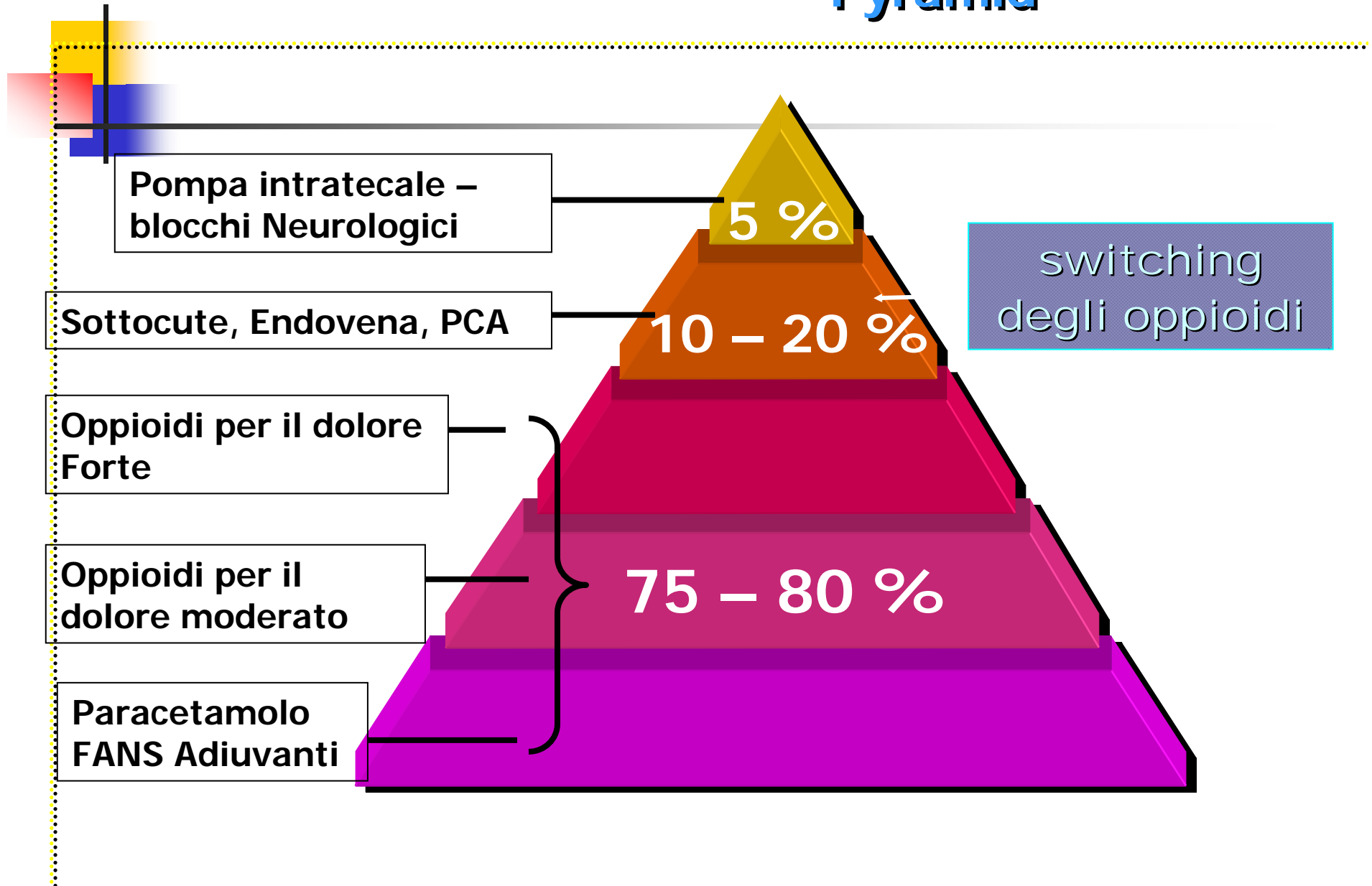
Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC recommendations

*Expert Working Group of the Research Network of the European Association for palliative care*

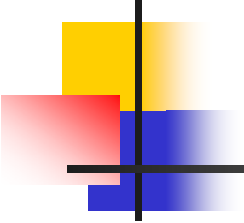
*British Journal of Cancer 2001; 84:587-593*

# La Scala analgesica oggi

# WHO Pain Pyramid







# Dolore cronico NON DA CANCRO...

## Di cosa stiamo parlando ?

---

- Che persiste oltre un certo tempo dalla guarigione (6 mesi)...
- Che non ha mai stato di remissione...
- Che ha cause "irreversibili"...
- Che ha caratteristiche "disfunzionali"  
(dolore= malattia)
- Che impatta in modo importante sulla QoL


# Dolore cronico...

## Di cosa stiamo parlando ?

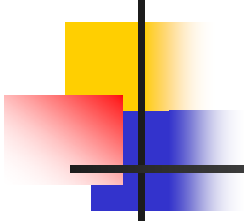
<b>Eriksen 2000, Denmark</b>	N = 20,000		20%	Dolore > 6 mesi
<b>Blyth et al (Cousin's dept). PAIN 2001; 89:127-134 Australia</b>	N = 17,543	Telefono	18.5%	"Dolore molti giorni per 3 mesi"
<b>Pain in Europe</b>	N = 46,374	Telefono	19%	"Dolore molti giorni per 6 mesi"

# Dolore cronico...

## Di cosa stiamo parlando ?



Andersen et al 1993, Sweden	N = 160	50%	Posta	Dolore > 6 mesi
Andersen et al 1993, Sweden	N = 160	55%	Posta	Dolore > 3 mesi
Bowsher et al 1991, UK	N = 103	11.5	Telefono	Dolore > 3 mesi
Catala et al 2002, Spain	N = 500	23%	Telefono	Dolore > 3 mesi
Elliot et al 1999, Scotland	N = 360	50%	Posta	Dolore > 3 mesi
Perquin et al 2000, Netherlands	N = 542	25%	Posta	Dolore > 3 mesi
Eliot et al 1997, UK	N = 195	13%	Posta	Dolore > 3 mesi
Croft et al 1993, UK	N = 134	13%	Posta	Dolore > 3 mesi
Croft et al 1993, UK	N = 134	35%	Posta	Dolore > 3 mesi
Brochet et al 1998, France	N = 741	33%	Di persona	Dolore > 6 mesi

A decorative graphic on the left side of the slide consists of overlapping yellow, red, and blue squares with a black crosshair.

## Dolore cronico... Di cosa stiamo parlando ?

---

- Un Italiano su quattro soffre di dolore cronico (circa 15 milioni)
- Metà (49%) delle donne di casa Italiane hanno dolore cronico
- Prevalenza regionale:
  - Nord Ovest 27.7%
  - Nord Est 20.9%
  - Nord/Centro 32.2%
  - Sud/Centro 24.1%
  - Sud 21.7%

# Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature

**Pain 77(1998): 231-239**

Peter F.M. Verhaak<sup>a,\*</sup>, Jan J. Kerssens<sup>a</sup>, Joost Dekker<sup>a</sup>, Marjolijn J. Sorbi<sup>b</sup>, Jozien M. Bensing<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>*Netherlands Institute of Primary Care, P.O. Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands*

<sup>b</sup>*University of Utrecht, Department of Clinical Psychology and Health Psychology, P.O. Box 80140, 3508 TC Utrecht, The Netherlands*

## Prevalence of chronic pain according to the different research methods and definitions of chronic pain used

Method	Pain duration			
	>2 weeks to >1 month	>3 months	>6 months	Other/?
Telephone	11%	7%	10–29%	
Postal	2%	13%, 18%	40%	8%, 30%
Direct interview	14–20%			82%
General practitioner/ expert		9%	<b>&lt;1%</b>	17 + 45%



## Che cosa si intende per Cronicità ?

---

La patologia diventa cronica :

- E' permanente
- Tende a sviluppare disabilità
- La causa è irreversibile
- Necessita di controllo, osservazione e cure continue
- Richiede formazione speciale per corretta gestione

*Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità*



## Che cosa si intende per Cronicità ?

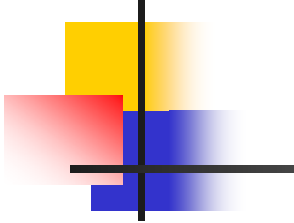
---

La patologia diventa cronica :

- E' permanente
- **Tende a sviluppare disabilità**
- La causa è irreversibile
- **Necessita di controllo, osservazione e cure continue**
- **Richiede formazione speciale per corretta gestione**

*Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità*

## Persone > 65 anni e lo stato di salute dichiarato

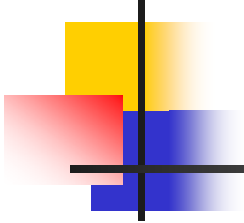


	54-74 anni		> 74 anni	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Molto Male	2.2	3.2	6.7	7.9
Male	12.8	16.2	19.1	25.4
Discretamente	55.5	60.2	57.9	54.5
Bene	24.9	18.6	14.7	11.2
Molto Bene	2.7	1.9	1.5	1.0

Fonte: indagine multiscopo ISTAT



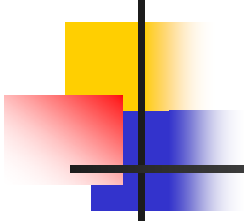
## Le prime 10 malattie croniche dichiarate - 2000



Malattie croniche	% > 65 anni	Posizione per frequenza nella popo. totale
1. Artrosi , Artrite	<b>52.4 %</b>	<b>1</b>
2. Ipertensione arteriosa	<b>36.5 %</b>	<b>2</b>
3. Osteoporosi	<b>26.71 %</b>	<b>8</b>
4. Vene varicose	<b>21.49 %</b>	<b>6</b>
5. Cataratta	<b>17.26 %</b>	<b>15</b>
6. Lombosciatalgia	<b>16.74 %</b>	<b>5</b>
7. BPCO, Enfisema, Ins. Renale	<b>11.18 %</b>	<b>9</b>
8. Altre malattie del cuore	<b>13.4 %</b>	<b>13</b>
9. Diabete	<b>13.05 %</b>	<b>11</b>
10. Cefalea o Emicrania ricorrente	<b>13 %</b>	<b>4</b>

*Fonte: indagine multiscopo ISTAT*

## Le prime 10 malattie croniche dichiarate - 2000

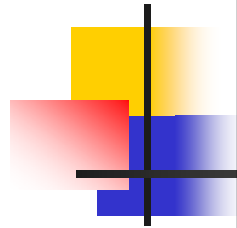


Malattie croniche	% > 65 anni	Posizione per frequenza nella popo. totale
1. Artrosi , Artrite	<b>52.4 %</b>	<b>1</b>
2. Ipertensione arteriosa	<b>21.5 %</b>	<b>2</b>
3. Osteoporosi	<b>20.1 %</b>	<b>8</b>
4. Vene varicose	<b>17.1 %</b>	<b>6</b>
5. Cataratta	<b>17.26 %</b>	<b>15</b>
6. Lombalgia	<b>16.74 %</b>	<b>5</b>
7. BPCO, Emfisema, Ins. Renale	<b>11.18 %</b>	<b>9</b>
8. Altre malattie del cuore	<b>13.4 %</b>	<b>13</b>
9. Diabete	<b>13.05 %</b>	<b>11</b>
10. Cefalea o Emicrania ricorrente	<b>13 %</b>	<b>4</b>

**DOLORE**

Fonte: indagine multiscopo ISTAT

# Acuzie & Cronicità



	ACUZIE	CRONICITA'
Obiettivo	Guarigione nel minor tempo possibile	1. Controllo progressione 2. Sopravvivenza insieme alla miglior Qualità di Vita
Durata	Limitata	Indefinita
Gestione	Soprattutto degli Operatori/Strutture	Soprattutto Condivisa tra Operatori sanitari, pazienti, familiari
Disease Management	Focalizzato su patologia	Focalizzato comorbidità Cure Inter/ Multi/Transdisciplinari
Erogatori Cure	Strutture Specialistiche: Ospedale-Hospice	Cure Primarie: Domicilio/Famiglia
Qualità Cure	Connesso strettamente alla qualità della struttura	Connesso all'approccio sistemico della Qualità delle Cure

*S. Sappia - VI ° Rapporto sulle politiche della cronicità – Cittadinanza attiva (modificato)*



# Come valutare il nostro lavoro ?

---

- Valutazioni di tipo descrittivo:
  - punti di forza/criticità
- Valutazioni di processo (Clinical Audit)
  - Adesione del MMG alle LG (EB)
- Valutazioni di Esito (Outcomes Research)
  - Cambiamento dello stato di salute (efficacia pratica)
- Valutazione di tipo sperimentale (Clinical trials)
  - Confronto di un trattamento con gruppo di controllo



# Come valutare il nostro lavoro ?

---

- **Valutazioni di tipo descrittivo:**
  - punti di forza/criticità
- Valutazioni di processo (Clinical Audit)
  - Adesione del MMG alle LG (EB)
- Valutazioni di Esito (Outcomes Research)
  - Cambiamento dello stato di salute (efficacia pratica)
- Valutazione di tipo sperimentale (Clinical trials)
  - Confronto di un trattamento con gruppo di controllo



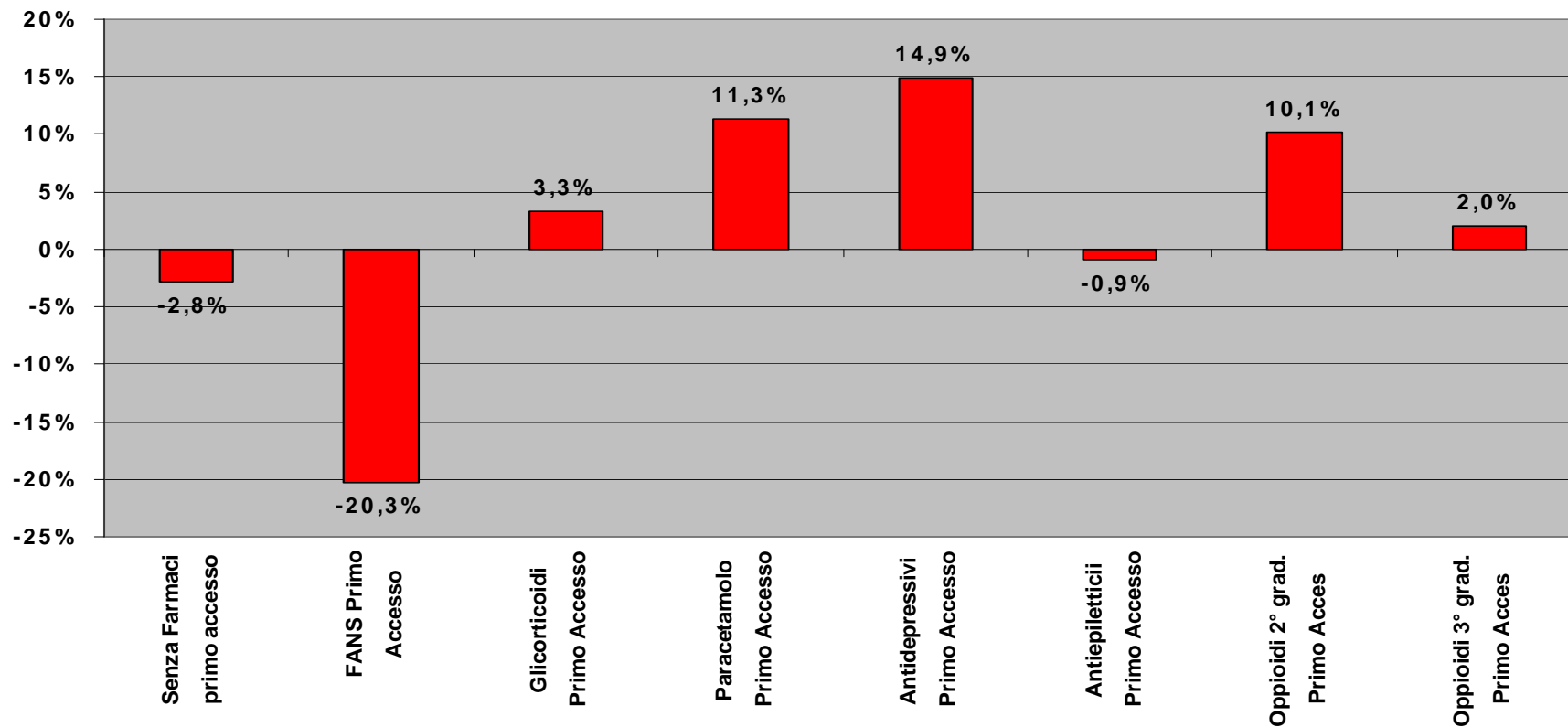
## Il paradigma del Sistema Informativo per la Clinical Governance

- Cio' che non si misura non esiste
- Ciò che non si dimostra non esiste
- Ciò che non si registra non esiste

# Italian Pain reSEarch – I.P.SE

## *Studio pilota*

### Confronto singolo MMG – dati base del gruppo



DOCUMENTO DI CONSENSO  
SULLA GESTIONE  
DEL DOLORE CRONICO NON ONCOLOGICO  
IN MEDICINA GENERALE

543 documenti

59 inclusi

25 scelti pertin.

9 Linee Guida cons

Discusso da un Pannel di esperti:

AISD – SIAARTI – AAROI – SIF  
AIFA – COCHRANE – I.M.NEGRI  
CITTADINANZA ATTIVA -  
RAPPRESENTANZA MALATI –  
FEDERFARMA – FARMINDUSTRIA

Comitato promotore: G. Apolone – C. Bonezzi – M. Cancian – P. Lora Aprile