

La gestione del dolore nella medicina primaria: esiti di un progetto di formazione sulla Legge 38/2010

Massimo Mammucari¹, Fabrizio Muscas¹, Giovanni Arpino¹, Alberto Aronica¹, Pasquale Russo¹, Marco Visconti¹

Riassunto. La Legge n. 38/2010 prevede che il medico riporti nella cartella clinica il tipo e l'intensità del dolore, la terapia analgesica e il risultato ottenuto. Abbiamo sviluppato un modello di formazione per 256 medici di assistenza primaria (GPs). Dopo un periodo di formazione sul contenuto della Legge n. 38 e sugli aspetti diagnostici e farmacologici del dolore, abbiamo eseguito un audit clinico per valutare l'applicazione della legge e l'uso dei farmaci oppioidi tramite una cartella clinica informatica. Sono stati valutati 2631 pazienti (età media $71,5 \pm 13,7$ anni; mediana 74). L'intensità media del dolore cronico non oncologico era $5,41 \pm 2,0$ (dolore statico) e $6,10 \pm 2,32$ (dolore dinamico). Dopo una misurazione sistematica del dolore, è stato raggiunto un migliore controllo [$2,22 \pm 2,12$ punti di riduzione per il dolore statico, $2,37 \pm 2,34$ in meno per il dolore dinamico ($p < 0,001$ rispetto al basale)]. È stato rilevato anche un aumento dell'uso di oppioidi. I GPs hanno usato oppioidi forti in pazienti naïve, evitando farmaci del primo e secondo gradino quando l'intensità del dolore era grave. Infatti, un migliore controllo del dolore è stato raggiunto con ossicodone rispetto a tramadolo e codeina (tutti combinati con paracetamolo). Il dolore cronico non oncologico resta una delle condizioni cliniche rilevanti nel setting della medicina generale, in particolare nel paziente anziano. La misurazione standard del dolore e l'uso appropriato degli oppioidi dipendono dall'aggiornamento scientifico e dalla modalità di erogazione. I GPs sono importanti per applicare la Legge 38 e per aumentare il grado di complessità dei pazienti che devono essere appropriatamente inviati ai centri SPOKE/HUB.

Parole chiave. Cure primarie, dolore, dolore cronico, fans, Legge n. 38/2010, oppioidi, terapia antalgica.

Role of intensive medical training on law 38 to improve pain management in primary care.

Summary. The Italian Law no. 38/2010 requires that the physician reports in the medical record the type and the intensity of pain, analgesic therapies and clinical results. We developed a training model for 256 primary care physicians (GPs). After a period of intensive training on the content of the law no. 38, diagnostic and pharmacological approach of pain, we carried out a clinical audit by a web based clinical record to assess doctor's compliance to Law no. 38 and the use of opioids. 2631 patients were assessed (age $71,5 \pm 13,7$ years; median 74). The mean of chronic non oncologic pain intensity was 5.41 ± 2.0 (static) and 6.10 ± 2.32 (dynamic). After a systematic measurement of pain, a better control of patients was achieved (2.22 ± 2.12 points lower for static, 2.37 ± 2.34 lower for dynamic pain ($p < 0.001$ vs basal time)). An increased use of opioids have been detected. GPs have also used strong opioids in opioid-naïve patients, avoiding the first or the second step if intensity of pain detected was severe. In fact, a greater pain control was achieved with oxycodone compared to tramadol or codeine (all of them with normal release and combined with acetaminophen). Chronic non cancer pain remains one of the major clinical problems in the primary care setting, especially in the elderly. The standard measurement of parameters related to pain and the proper use of opioids depends on the scientific update and how this is delivered. GPs are crucial to implement the Law 38 and to increase the degree of complexity of the patient to be properly admitted to a SPOKE/HUB center.

Key words. Analgesic therapy, chronic pain, fans, Law no. 38/2010, opioids, pain, primary care.

Introduzione

In Italia, la Legge n. 38 del 15 marzo 2010 tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore¹. Questa legge pone l'accento sul dolore definito come un'esperienza spiacevole, sensoriale ed emotiva, associata a un reale o potenziale danno tissutale². Il dolore rappresenta una condizione ad alta prevalenza¹ e affligge ogni età, anche se gli anziani so-

no maggiormente colpiti dalle forme croniche³ e alcuni studi indicano che una percentuale tra il 25 e il 50% di essi ha ripercussioni sulle attività quotidiane⁴⁻⁶. Il dolore è il sintomo maggiormente temuto⁷ e produce ripercussioni fisiologiche e psicologiche fino a modificare la qualità di vita del malato e dei suoi familiari^{8,9}. Quando cronicizza, aumenta il rischio di comparsa di deficit cognitivi, specie di tipo mnesico¹⁰, altera l'architettura del sonno¹¹, riduce l'autonomia fisica e comporta

¹Medico di Assistenza Primaria.
Pervenuto il 25 novembre 2013.

disabilità^{12,13}. Anche la depressione può influire sul decorso della patologia di base e sugli out come, riducendo l'efficacia degli analgesici, aumentando il consumo di risorse sanitarie (costi diretti e indiretti), il rischio di deficit funzionali e di non autosufficienza^{14,15}.

L'art. 5 della Legge n. 38/2010 definisce una nuova organizzazione del sistema sanitario per combattere il dolore inutile. È stata, infatti, disegnata una "rete" ove i centri di riferimento (HUB), i centri ambulatoriali satellite (SPOKE) e la medicina primaria (AFT) assicurano la continuità diagnostico-terapeutica del paziente con dolore cronico, oncologico e non. La "rete" prevede che la medicina primaria, adeguatamente organizzata sul territorio, riceva la domanda di assistenza e filtri i casi più complessi che richiedono cure ambulatoriali (SPOKE) o multi-specialistiche ospedaliere (HUB). Inoltre, le AFT devono ricevere i pazienti dimessi, assicurando la continuità assistenziale.

La Legge 38/2010 ha anche previsto (art. 10) la semplificazione della prescrizione dei farmaci oppioidi, suggeriti dalla scala dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹⁶ con tre gradi d'intensità del dolore (lieve, moderato e grave) e altrettanti approcci farmacologici con farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS) (paracetamolo o FANS $\pm$ adiuvanti; OD $\pm$ paracetamolo o FANS $\pm$ adiuvanti; OF $\pm$ paracetamolo o FANS $\pm$ adiuvanti). Tuttavia, i farmaci ad azione centrale restano sottoutilizzati a favore di un maggiore uso dei FANS¹, nonostante negli ultimi anni l'approccio sequenziale a tre gradi dell'OMS sia stato messo in discussione¹⁷⁻²³ e la classe medica sia stata sollecitata a prestare maggiore attenzione alle controindicazioni dei FANS, specialmente nei pazienti con problemi cardiovascolari²⁴⁻³².

Inoltre, la Legge 38/2010 dispone che «all'interno della cartella clinica [...] devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito». Ciò comporta che il sanitario attui una diagnosi sistematica del dolore, una adeguata scelta terapeutica e un controllo periodico del paziente.

A tale proposito, in seguito a un tavolo di lavoro multidisciplinare sul dolore avviato con il progetto IMPACT, abbiamo disegnato un progetto formativo mirato al medico di assistenza primaria (MMG) per diffondere i contenuti della Legge 38/2010 e misurare il successivo impatto nella pratica clinica.

Materiali e metodi

MMG afferenti a diverse cooperative sono stati invitati a partecipare a un percorso formativo sulla Legge 38/2010 e a un approfondimento clinico e farmacologico sul dolore, ponendo particolare attenzione alla diagnosi sul tipo di dolore (figura 1), alla misurazione sistematica del dolore tramite una scala validata, alla farmacolo-

gia clinica degli analgesici e all'obbligo di registrazione sulla cartella clinica dei parametri rilevati. Al termine di un periodo formativo residenziale, tutti i MMG sono stati invitati a seguire un'ulteriore fase di approfondimento degli stessi temi con un corso di formazione a distanza. Subito dopo la fase formativa, ciascun MMG è stato invitato a seguire la routine clinica rispettando quanto prescritto dalla Legge 38/2010. A distanza di tre mesi dalla fase formativa, a ogni medico, dotato di sistemi informatici per la gestione dei propri assistiti, è stato chiesto di partecipare a un audit clinico con 10 cartelle cliniche consecutive, relative a pazienti che erano stati visitati per una patologia dolorosa cronica non oncologica subito dopo il periodo di formazione. Tramite un software *web based* sono stati raccolti i dati delle singole cartelle cliniche informatizzate di ciascun MMG (intensità basale del dolore, tipo di dolore, terapia in atto e terapia prescritta dopo il periodo formativo, variazione di intensità del dolore a ogni visita medica).

ANALISI STATISTICHE

Dopo aver raccolto i dati delle singole cartelle informatizzate dei MMG su una cartella clinica *web based* tramite un software di trasferimento dei dati è stata effettuata un'analisi qualitativa dei dati raccolti, e successivamente è stato allestito un data base per le elaborazioni statistiche. Sono state effettuate analisi univariate e bivariate per ottenere distribuzioni, medie e deviazioni standard. Le elaborazioni statistiche sono state effettuate con SPSS® (IBM) versione 10.0.

Risultati

Dopo la fase di formazione sulla Legge 38/2010 hanno aderito all'audit clinico 256 medici provenienti da varie Regioni e sono state raccolte 2631 cartelle cliniche di pazienti con dolore rilevato nei tre mesi di routine clinica successivi alla fase formativa stessa (tabella 1).

L'età media dei pazienti era $71,5 \pm 13,7$ anni (mediana 74); 1.911 pazienti (72,6%) avevano età superiore a 65 anni e il 73,7% era di genere femminile. Il 17% della popolazione arruolata riferiva dolore da un mese o meno, mentre l'82% della popolazione lamentava dolore da tre o più mesi. Il dolore cronico era presente nel 79,4% dei maschi e nel 82,9% delle femmine ($p=0,037$ Chi quadro).

Al momento della prima visita effettuata subito dopo la fase formativa (basale), i pazienti riferivano un dolore a riposo medio pari a $5,41 \pm 2,0$ e un dolore al movimento medio di $6,10 \pm 2,32$ (misurati con una scala numerica a 11 punti, ove 0 è nessun dolore e 10 il massimo dolore sopportabile).

L'intensità media del dolore da movimento era $6,12 \pm 2,34$ nelle donne e $6,05 \pm 2,34$ negli uomini ($p=0,487$), mentre l'intensità media del dolore a riposo era $5,42 \pm 2,03$ nelle donne e $5,39 \pm 1,91$ negli uomini ($p=0,782$).

Il dolore rilevato al basale è stato classificato come nocicettivo nel 29,9%, neuropatico nel 13,9% e misto nel 56,2% dei casi. La sede maggiormente colpita era rappresentata dal rachide lombare (63,4% dei maschi e 62,6% delle femmine).

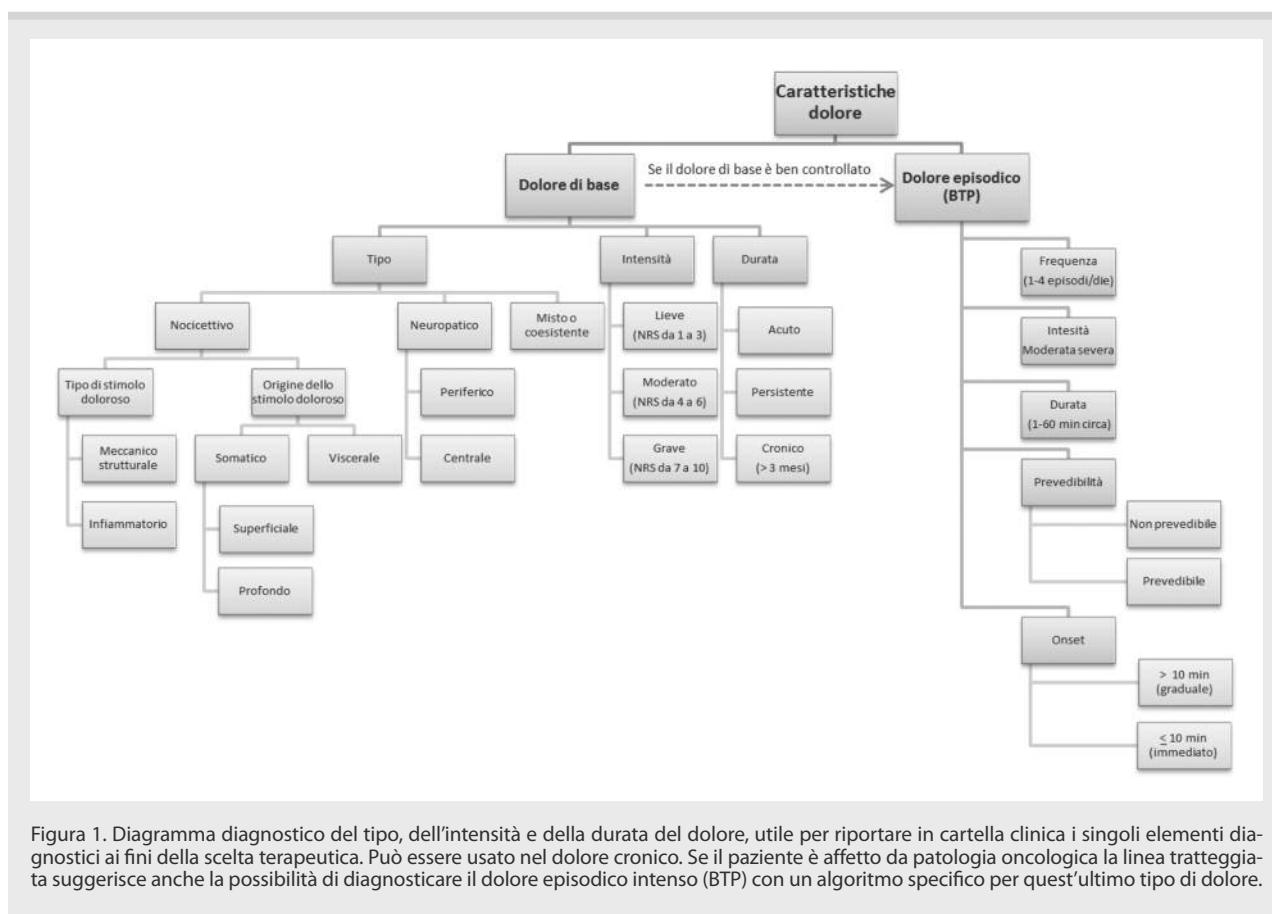


Figura 1. Diagramma diagnostico del tipo, dell'intensità e della durata del dolore, utile per riportare in cartella clinica i singoli elementi diagnostici ai fini della scelta terapeutica. Può essere usato nel dolore cronico. Se il paziente è affetto da patologia oncologica la linea tratteggiata suggerisce anche la possibilità di diagnosticare il dolore episodico intenso (BTP) con un algoritmo specifico per quest'ultimo tipo di dolore.

Tabella 1. Numero di medici che dopo la formazione hanno partecipato alla fase di audit e numero delle relative cartelle cliniche elaborate in base alla Regione di provenienza.

Regione	Medici coinvolti (%)	Cartelle cliniche esaminate (%)
Abruzzo	10 (3,9)	91 (3,5)
Basilicata	5 (2)	43 (1,6)
Campania	83 (32,4)	891 (33,9)
Emilia-Romagna	10 (3,9)	105 (4)
Lazio	23 (9)	208 (7,9)
Liguria	1 (0,4)	11 (0,4)
Lombardia	40 (15,6)	408 (15,5)
Molise	7 (2,7)	68 (2,6)
Puglia	16 (6,3)	145 (5,5)
Sicilia	8 (3,1)	117 (4,4)
Toscana	53 (20,7)	544 (20,7)
Totale	256 (100)	2631 (100)

I pazienti già in trattamento farmacologico al momento della visita basale erano 1108 (42,1%). Di questi, 415 (37,5%) erano in trattamento con FANS o paracetamolo, 408 (36,8%) con oppioidi deboli (OD) e 285 (25,7%) con oppioidi forti (OF).

Dopo una rivalutazione clinica di questi pazienti, a 153 (13,8%) è stata sospesa la terapia analgesica (17 erano trattati con OF, 55 con OD, 81 con FANS). Dei restanti 955 (86,2%), a 227 (23,8%) è stato prescritto un FANS (di cui a 162 è stata riconfermata la terapia con FANS), a 377 (39,5%) un OD (di cui a 274 è stata riconferma la terapia con OD) e a 351 (36,8%) un OF (di cui a 216 è stata riconferma la terapia con un OF) (tabella 2).

Dei 955 pazienti già in terapia al basale, al 31,7% (303 pazienti) la terapia è stata modificata (nel 21,5% con un FANS, nel 34% con OD, nel 44,5% con OF), mentre a 652 (68,3%) pazienti la precedente terapia è stata confermata (24,8% FANS, 42% OD, 33,2% OF).

Ai restanti 1523 pazienti, non trattati precedentemente con analgesici, al basale è stato confermato un approccio con farmaci adiuvanti (miorilassanti, cortisonici, ecc.) nel 17,8% dei casi, FANS o paracetamolo nel 19,8%, OD nel 26,3%, OF nel 36,1%.

Considerando l'intera coorte di 2631 pazienti, a 2207 di essi (83,9%) alla prima visita è stata prescritta una terapia analgesica (al 20,1% un FANS o paracetamolo, al 29,5% un OD e al 34,2% un OF).

All'ultimo controllo disponibile, 2183 pazienti (83%) erano ancora in trattamento analgesico, in particolare 554 (25,4%) con FANS o paracetamolo, 700 (32,1%) con OD e 929 (42,6%) con OF.

Nei 415 pazienti che al basale assumevano FANS o paracetamolo, la terapia è stata sospesa a 81 pazienti (19,5%), confermata a 162 pazienti (39%), modificata a favore di un OD a 77 pazienti (18,6%), modificata a favore di un OF a 95 pazienti (22,9%).

Nei 408 pazienti che al basale assumevano OD, la terapia è stata sospesa a 55 pazienti (13,5%), modificata a favore di un FANS o paracetamolo a 39 pazienti (9,6%), confermata a 274 pazienti (67,2%), modificata favore di un OF a 40 pazienti (9,8%).

Nei 285 pazienti che al basale assumevano OF, a 17 pazienti (6%) la terapia è stata sospesa, modificata a favore di un FANS o paracetamolo a 26 (9,1%), modificata a favore di un OD a 26 (9,1%), confermata a 216 (75,8%).

Analizzando la variazione dell'intensità del dolore all'ultima visita disponibile rispetto al basale si è registrata una riduzione di $2,22 \pm 2,12$ del dolore statico e $2,37 \pm 2,34$ del dolore dinamico ($p < 0,001$) (tabelle 3a e 3b).

I pazienti in trattamento con FANS o paracetamolo hanno ottenuto una riduzione di dolore statico di $1,90 \pm 2,08$, mentre con il trattamento con OD si è ottenuta una riduzione di $2,07 \pm 1,93$ e con gli OF una riduzione media di $2,51 \pm 2,29$ (Anova test $p = 0,000$ Post hoc LSD e $p = 0,000$).

Lo stesso andamento è stato rilevato per il dolore dinamico ove i pazienti in trattamento con

Tabella 2. *Terapie assunte prima e dopo la visita medica effettuata successivamente al periodo di formazione sulla Legge 38/2010.*

Paz. già in terapia al basale (n = 1108)	FANS	Oppioidi	Sospensione della terapia
Prima della visita basale	415 (37,5 %)	693 (62,5%)	0
Dopo la visita basale	227 (20,5%)	728 (65,7 %)	153 (13,8%)

FANS o paracetamolo hanno ottenuto una riduzione di $1,86 \pm 2,28$, contro una riduzione di $2,29 \pm 2,18$ con OD e $2,66 \pm 2,44$ con OF (Anova test $p = 0,000$ Post hoc LSD e $p = 0,000$).

In particolare, si è rilevato che il trattamento con ossicodone/paracetamolo ha indotto una maggiore riduzione della codeina e del tramadolo associati al paracetamolo (tabelle 4a e 4b).

In generale, nella popolazione osservata il dolore a riposo è stato ridotto da $5,41 \pm 2,00$ rilevato al basale a $3,19 \pm 1,95$ all'ultimo rilevamento disponibile e la stessa tendenza è stata rilevata per il dolore da movimento che è stato ridotto da $6,10 \pm 2,32$ a $3,73 \pm 2,18$. Infine, l'analisi qualitativa delle cartelle cliniche ha permesso di rilevare che relativamente agli item del dolore i MMG hanno compilato correttamente ogni parte della cartella clinica (nessun missing) contro il 3,7% di missing registrati su altri parametri clinici generici.

Discussione

Nel setting della medicina primaria il dolore cronico rappresenta uno dei problemi clinici prevalenti, in particolare nel paziente anziano e ancor più nel genere femminile. L'intensità media del

Tabella 3a. *Variazione media dell'intensità del dolore statico alla visita basale e all'ultimo controllo disponibile.*

	Basale	Ultimo controllo	Riduzione media del dolore	P < test T per dati appaiati
Maschi	$5,39 \pm 1,91$	$3,12 \pm 1,95$	$-2,27 \pm 2,09$	0,001
Femmine	$5,42 \pm 2,03$	$3,22 \pm 1,95$	$-2,20 \pm 2,14$	0,001
Paz. con oppioidi	$5,49 \pm 1,98$	$3,19 \pm 2,00$	$-2,30 \pm 2,14$	0,001
Paz. con FANS	$5,23 \pm 2,04$	$3,33 \pm 1,85$	$-1,90 \pm 2,08$	0,001

Tabella 3b. *Variazione media dell'intensità del dolore dinamico alla visita basale e all'ultimo controllo disponibile.*

	Basale	Ultimo controllo	Riduzione media del dolore	P < test T per dati appaiati
Popolazione totale	$6,10 \pm 2,32$	$3,73 \pm 2,18$	$-2,37 \pm 2,34$	0,001
Maschi	$6,05 \pm 2,26$	$3,68 \pm 2,19$	$-2,37 \pm 2,31$	0,001
Femmine	$6,12 \pm 2,34$	$3,75 \pm 2,18$	$-2,37 \pm 2,35$	0,001
Paz. con oppioidi	$6,19 \pm 2,34$	$3,70 \pm 2,22$	$-2,49 \pm 2,33$	0,001
Paz. con FANS	$5,76 \pm 2,34$	$3,90 \pm 2,13$	$-1,86 \pm 2,28$	0,001

Tabella 4a. Riduzione del dolore statico ottenuta con oppioidi.

	Basale	Ultimo controllo	Variazione NRS	P (test T per 2 campioni indipendenti)
Ossicodone/paracetamolo	5,63±2,07	3,12±2,13	-2,51±2,29	P=0,586 vs tram P=0,000 vs codeina
Tramadololo/paracetamolo	5,72±1,75	3,36±2,08	-2,36±2,21	P=0,586 vs ossic P= 0,108 vs codeina
Codeina/paracetamolo	5,17±1,87	3,18±1,70	-1,99±1,83	P=0,000 vs ossic P=0,108 vs tramadololo

Tabella 4b. Riduzione del dolore dinamico ottenuta con oppioidi.

	Basale	Ultima controllo	Delta NRS	P (test T per 2 campioni indipendenti)
Ossicodone/paracetamolo	6,20± 2,45	3,55± 2,36	-2,66±2,44	P=0,002 vs tram e P=0,009 vs codeina
Tramadololo/paracetamolo	5,36± 2,69	3,61± 2,16	-1,75±2,62	P=0,002 vs ossic e P=0,033 vs codeina
Codeina/paracetamolo	6,14± 2,12	3,82± 1,98	-2,33±2,14	P=0,009 vs ossic e P= 0,033 vs tramadololo

dolore (moderato o grave) nel soggetto ultra sessantacinquenne suggerisce anche un certo grado di complessità clinica del dolore di natura osteoarticolare, molto spesso complicato da una componente neuropatica (il 70,1% dei casi presenta un dolore neuropatico o misto) e dalla sua persistenza nel tempo (il 77% dei casi ha un dolore da oltre tre mesi nonostante un trattamento farmacologico).

Nella nostra esperienza si nota che tra i pazienti che al basale assumevano già una terapia analgesica (42% della popolazione studiata) il 37,5 % era in trattamento con FANS, mentre il 62,5% assumeva un oppioide, debole o forte. Ciò suggerisce come la Legge 38/2010 aveva già indotto una sensibilizzazione all'uso dei farmaci ad azione centrale nei sanitari coinvolti nella nostra osservazione, anche se una percentuale elevata di pazienti con dolore non era in trattamento. Dopo il periodo di formazione si è registrato come l'atteggiamento del MMG si è sostanzialmente modificato. I pazienti trattati farmacologicamente sono saliti all'83%. Inoltre, la prescrizione dei FANS nei pazienti sottoposti a revisione clinica è scesa al 23,8% dei casi e contemporaneamente il 39,8% riceveva un OD e il 36% un OF. Ma una maggiore sensibilizzazione all'uso degli oppioidi è indicata dal fatto che i soggetti che assumevano FANS e non avevano raggiunto un adeguato controllo del dolore sono stati invitati ad assumere un OD nel 18,6% e un OF nel 22,9% dei casi. Così come i pazienti che assumevano un OD sono stati invitati nel 77% dei casi a continuare o a ruotare verso un OF. Inoltre, i pazienti già in trattamento con OF sono stati invitati a conservare tale terapia nel 75,8% dei casi. Il MMG nella gestione clinica del dolore non oncologico ha, dunque, posto maggiore attenzione all'aspetto diagnostico, come

dimostrato dalla completa compilazione dei parametri relativi al dolore, con una conseguente appropriata scelta farmacologica orientata maggiormente al meccanismo fisiopatologico e al grado di complessità del singolo caso. Questo atteggiamento spiega anche il salto di gradino della scala OMS operato dai MMG per ottenere il controllo del dolore e la scelta della combinazione ossicodone/paracetamolo³³ con cui è stata raggiunta una maggiore riduzione del dolore osteoarticolare rispetto a codeina o tramadololo combinati a paracetamolo.

Tutto ciò suggerisce come il MMG, dopo la fase formativa, ha attuato strategie terapeutiche basate sulla fisiopatologia e la gravità del dolore e meno su scelte precostituite suggerite dalla scala OMS. Infatti, il MMG coinvolto in questo progetto formativo ha posto tutti i farmaci sullo stesso piano e ne ha fatto un utilizzo maggiormente basato su un razionale fisiopatologico, secondo le indicazioni approvate e le controindicazioni note (figura 2).

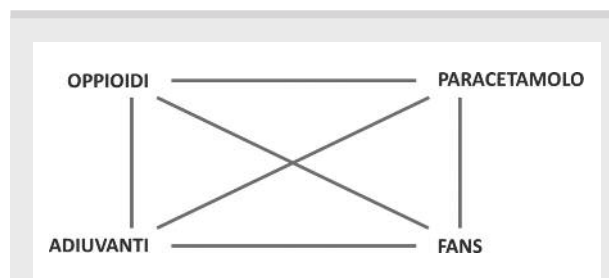


Figura 2. Schema di approccio non più basato su tre differenti gradi. Ciascun farmaco può essere usato in funzione della complessità del paziente e secondo le indicazioni approvate, secondo un approccio multimodale.

Conclusioni

La Legge 38/2010 è senza dubbio il cardine della lotta al dolore poiché suggerisce la realizzazione di una rete multidisciplinare, stabilisce il ruolo prioritario di varie figure professionali (medici, infermieri, psicologi, ecc.), induce la realizzazione di percorsi formativi e impone alle Istituzioni, nazionali e regionali, un controllo periodico dello stato di applicazione della legge stessa.

Tuttavia, la Legge 38/2010 non specifica come coordinare i percorsi diagnostico-terapeutici tra territorio e ospedale all'interno della "rete" stessa. A tale scopo riportiamo il suggerimento che alcuni autori³⁴ hanno proposto con un vero e proprio triage del dolore da parte del MMG allo scopo di individuare i casi più complessi da inviare al centro SPOKE e/o HUB evitando un'inutile e dispendiosa congestione della "rete" (figura 3). Tale modello, pur rappresentando soltanto un esempio, coglie due aspetti fondamentali. Da un lato pone l'accento sul coinvolgimento attivo del MMG nel management del dolore, anello della catena che merita una particolare attenzione poiché raccoglie l'intera domanda di assistenza dal cittadino. Dall'altro suggerisce la necessità di stabilire un percorso diagnostico terapeutico condiviso (in termini di finalità e ruoli assistenziali) tra AFT e centri SPOKE e HUB.

Costruire un percorso assistenziale sarebbe utile anche per le istituzioni sanitarie che potrebbero, quindi, programmare meglio una ridistribuzione delle risorse tra ospedale e territorio.

La nostra esperienza indica anche che un training realizzato con la diretta partecipazione del MMG e tarato sulle reali necessità della medicina primaria permette una maggiore compliance. La metodologia usata nella nostra esperienza formativa, infatti, oltre che raccogliere riconoscimenti ufficiali³⁵, ha prodotto un sostanziale cambiamento delle abitudini dei MMG coinvolti e questo cambiamento prelude a un sempre maggiore coinvolgimento del MMG nel setting delle cure palliative^{36,37}.

Si sottolinea che il nostro audit è stato reso possibile anche dall'uso di una cartella clinica *web based* con cui è stato possibile raccogliere i parametri clinici dalle singole cartelle informatizzate dei medici coinvolti nella ricerca. Con una cartella clinica unificata per il management del dolore si potrebbero attuare consulti specialistici telematici e ridurre il numero di visite specialistiche, oltre che ricoveri inappropriati, come è stato già dimostrato in area cardiologica ove quando si è attuata una stretta collaborazione tra specialista

		NRS 4-6 Durata del dolore		NRS 7-10 Durata del dolore	
		≤3mesi	>3mesi	≤3mesi	>3mesi
Oppiacei forti	Scarsa compliance				
	2 o più patologie				
	1 patologia				
Oppiacei deboli	Scarsa compliance				
	2 o più patologie				
	1 patologia				
FANS	Scarsa compliance				
	2 o più patologie				
	1 patologia				

Figura 3. Esempio di triage del paziente con diverse intensità di dolore: un modello per individuare il livello di complessità del trattamento analgesico. Tanto più sono le patologie concomitanti e di conseguenza le terapie assunte, le interazioni farmacologiche e la scarsa risposta ai farmaci (ridotta aderenza, scarsa efficacia nel ridurre l'intensità, comparsa di effetti collaterali, ecc.), tanto più il caso richiede l'intervento specialistico. (Tratta da Gatti e Mammucari³⁴).

e MMG, entrambi operanti su una cartella clinica condivisa, sono stati ridotti accessi ospedalieri e richieste di interventi di urgenza³⁸.

Ringraziamenti

Questo articolo è dedicato al prof. Antonio Gatti, recentemente scomparso, che per primo ci stimolò a realizzare un modello di triage del dolore dedicato al medico di assistenza primaria. Si ringraziano Ennio Sarli e Stella Baffini per il data-management.

Bibliografia

1. Fanelli G, Gensini G, Canonico PL, et al. Dolore in Italia. Analisi della situazione. Proposte operative. *Recenti Prog Med* 2012; 103: 133-41.
2. Merskey H. Classification of chronic pain and definition of pain terms. *Pain* 1986; 3 (suppl): S1-S222.
3. Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999; 354: 1248-52.
4. Helme RD, Gibson SJ. Pain in older people. In: Crombie IK, Croft PR, Linton SJ (eds). *Epidemiology of pain*. Seattle: IASP Press, 1999.
5. Won A, Lapane KL, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA. Correlates and management of nonmalignant pain in the nursing home. SAGE Study Group. *Systematic assessment of geriatric drug use via epidemiology*. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 936-42.
6. Won A, Lapane KL, Vallow S, Schein J, Morris JN, Lipsitz LA. Persistent nonmalignant pain and analgesic prescribing patterns in elderly nursing home residents. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 867-74.
7. Roelofs J, Peters ML, Deutz J, Spijker C, Vlaeyen JW. The Fear of Pain Questionnaire (FPQ): further psychometric examination in a non-clinical sample. *Pain* 2005; 116: 339-46.
8. Ferrell BR, Wisdom C, Wenzl C. Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer* 1989; 63 (11 suppl): 2321-7.

9. Lips P, Van Scoor NM. Quality of life in patients with osteoporosis. *Osteoporos Int* 2005; 16: 447-55.
10. Kewman DG, Vaishampayan N, Zald D, Han B. Cognitive impairment in musculoskeletal pain patients. *Int J Psychiatry Med* 1991; 21: 253-62.
11. Lamberg L. Chronic pain linked with poor sleep: exploration of causes and treatment. *JAMA* 1999; 281: 691-2.
12. Duong BD, Kerns RD, Towle V, Reid MC. Identifying the activities affected by chronic nonmalignant pain in older veterans receiving primary care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 687-94.
13. Pahor M, Guralnik JM, Wan J, et al. Lower body osteoarticular pain and dose of analgesic medications in older disabled women: the Women's Health and Aging Study. *Am J Public Health* 1999; 89: 930-4.
14. Gallagher RM, Rauh V, Haugh LD, et al. Determinants of return-to-work among low back pain patients. *Pain* 1989; 39: 55-67.
15. Van Houdenhove B, Onghena P. In: Robertson MM, Katona CLE (eds). *Depression and physical illness*. Wiley: Chichester, 1997.
16. WHO. *Cancer pain relief*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 1996.
17. WHO normative guidelines on pain management: report of a Delphi study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by who. Geneva, June 2007.
18. Guidelines AIOM 2013. *Terapia del dolore in oncologia*. (available at <http://www.aiom.it/area+pubblica/area+medica/prodotti+scientifici/linee+guida/1,333,1>)
19. Caraceni A, Hanks G, Kaasa S, et al.; European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC); European Association for Palliative Care (EAPC). Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC. *Lancet Oncol* 2012; 13: e58-68.
20. Marinangeli F, Ciccozzi A, Leonardi M, et al. Use of strong opioids in advanced cancer pain: a randomized study. *J Pain Syntom Manage* 2004; 27: 409-16.
21. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2012; 23 Suppl 7: vii139-54.
22. Maltoni M, Scarpi E, Modenesi C, et al. A validation study of the WHO analgesic ladder: a two-step vs three-step strategy. *Support Care Cancer* 2005; 13: 888-94.
23. Mercadante S, Porzio G, Ferrera P, et al. Low morphine doses in opioid-naïve cancer patients with pain. *J Pain Syntom Manage* 2006; 31: 242-7.
24. Nota informativa AIFA. Diclofenac: nuove controindicazioni e avvertenze a seguito di una revisione a livello europeo della sicurezza cardiovascolare. Luglio 2013.
25. Leon-Casasola OA. Opioids for chronic pain: new evidence, new strategies, safe prescribing. *Am J Med* 2013; 126 (3 suppl 1): S3-11.
26. Bhala N, Emberson J, Merhi A, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013; 382: 769-79.
27. McGettigan P, Henry D. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs that elevate cardiovascular risk: an examination of sales and essential medicines lists in low-, middle-, and high-income countries. *PLoS Med* 2013; 10: e1001388.
28. Olsen AM, Fosbøl EL, Lindhardtsen J, et al. Long-term cardiovascular risk of nonsteroidal anti-inflammatory drug use according to time passed after first-time myocardial infarction: a nationwide cohort study. *Circulation* 2012; 126: 1955-63.
29. Olsen AM, Fosbøl EL, Lindhardtsen J, et al. Cause-specific cardiovascular risk associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs among myocardial infarction patients: a nationwide study. *PLoS One* 2013; 8: e54309.
30. Ong HT, Ong LM, Tan TE, Chean KY. Cardiovascular effects of common analgesics. *Med J Malaysia* 2013; 68: 189-94.
31. Reddy KS, Roy A. Cardiovascular risk of FANS: time to translate knowledge into practice. *PLoS Med* 2013; 10: e1001389.
32. Trelle S, Reichenbach S, Wandel S, et al. Cardiovascular safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs: network meta-analysis. *BMJ* 2011; 342: e7086.
33. Gatti A, Sabato E, Di Paolo A, Mammucari M, Sabato AF. Oxycodone/paracetamol a low-dose synergic combination useful in different types of pain. *Clin Drug Investig* 2010; 30 (suppl. 2): 3-14.
34. Gatti A, Mammucari M. Disposizioni per garantire l'accesso alla terapia del dolore, dalla legge 38/2010 alla pratica clinica. Roma: Ed. Content Ed Net, 2012.
35. http://www.forumecm.it/Esperienze-di_Eccellenza/a_223_168_1_ANCoMfad.html (ultimo accesso novembre 2013).
36. Beccaro M, Lora Aprile P, Scaccabarozzi G, Cancian M, Costantini M. Survey of Italian general practitioners: knowledge, opinions, and activities of palliative care. *J Pain Syntom Manage* 2013; 46: 335-44.
37. Momen N, Hadfield P, Harrison K, Barclay S. Managing pain in advanced cancer: a survey of United Kingdom general practitioners and community nurses. *J Pain Syntom Manage* 2013; 46: 345-54.
38. Mazzuoli F, Castelli G, Nozzoli C, et al. Continuità assistenziale nello scompenso cardiaco: Studio Pilota della Regione Toscana. *G Ital Cardiol* 2012; 13: 615-21.