

■ TERAPIA ANTALGICA

Come il medico di medicina generale affronta il dolore

Esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale. Questa è la definizione di dolore acuto, spesso segnale importante per la diagnosi di una malattia, con la funzione di avvisare l'individuo della lesione tissutale in corso. Quando il dolore diventa cronico però perde la sua caratteristica di sintomo e diviene esso stesso malattia. Il dolore cronico è una condizione con una prevalenza variabile ma comunque molto consistente: gli studi rivelano, infatti, prevalenze di dolore cronico che oscillano tra il 10 e il 40% della popolazione generale e il progressivo invecchiamento della popolazione inoltre contribuisce ad aumentarne il peso. In Italia, un italiano su quattro soffre di dolore cronico, con durata media di 7 anni, e in ospedale vi è una sottostima (21%) del dolore che è direttamente proporzionale alla sua intensità (Breivik et al. 2006, Apollone et al. 2009, Melotti et al. 2009, Piccoliori et al, 2013).

Il setting della medicina di famiglia rappresenta uno scenario favorito per la gestione del dolore. Una recente survey europea ha stimato che il 70% dei pazienti con dolore cronico si rivolge alla medicina di base: il dolore cronico è una delle più frequenti motivazioni alla consultazione medica e raggiunge il 22% delle condizioni cliniche; in più

questi pazienti consultano il loro medico 5 volte più spesso di quanto non faccia chi non ne soffre (Johnson et al. 2013). Il medico di medicina generale in quest'ambito è dunque essenziale come primo punto di riferimento per il paziente affetto da dolore.

► Il percorso diagnostico-terapeutico del dolore

La prima tappa del percorso diagnostico e terapeutico di un malato con sintomatologia dolorosa serve a discriminare tra due possibilità differenti: l'episodio algico che il malato lamenta fa parte del quadro di una malattia nota e conosciuta da tempo, oppure può trattarsi di un episodio con caratteristiche

e manifestazioni nuove, elemento del tutto estraneo alla malattia che già si conosce e alla quale sono stati attribuiti gli episodi dolorosi precedenti.

Il documento redatto dal Ministero della Salute "Il dolore cronico in Medicina Generale" nella revisione del 2013, suggerisce che il primo passo nell'approccio a un malato con sintomatologia dolorosa è quello di definire se l'episodio contingente di dolore sia inquadrabile nell'ennesimo episodio di riacutizzazione di una malattia nota o se rappresenti invece la cronicizzazione persistente di un processo evolutivo di una malattia inguaribile o ancora che sia il primo episodio di una nuova malattia da inquadrare e diagnosticare.

Per accompagnare il medico nel processo di inquadramento del paziente e della sua patologia sono stati stilati dei percorsi diagnostico-terapeutici che guidano alla valutazione del paziente con dolore cronico e suggeriscono gli elementi portanti per distinguere tra dolore infiammatorio e non infiammatorio (*figura 1*). Punto cruciale di tutto il percorso è il momento diagnostico,

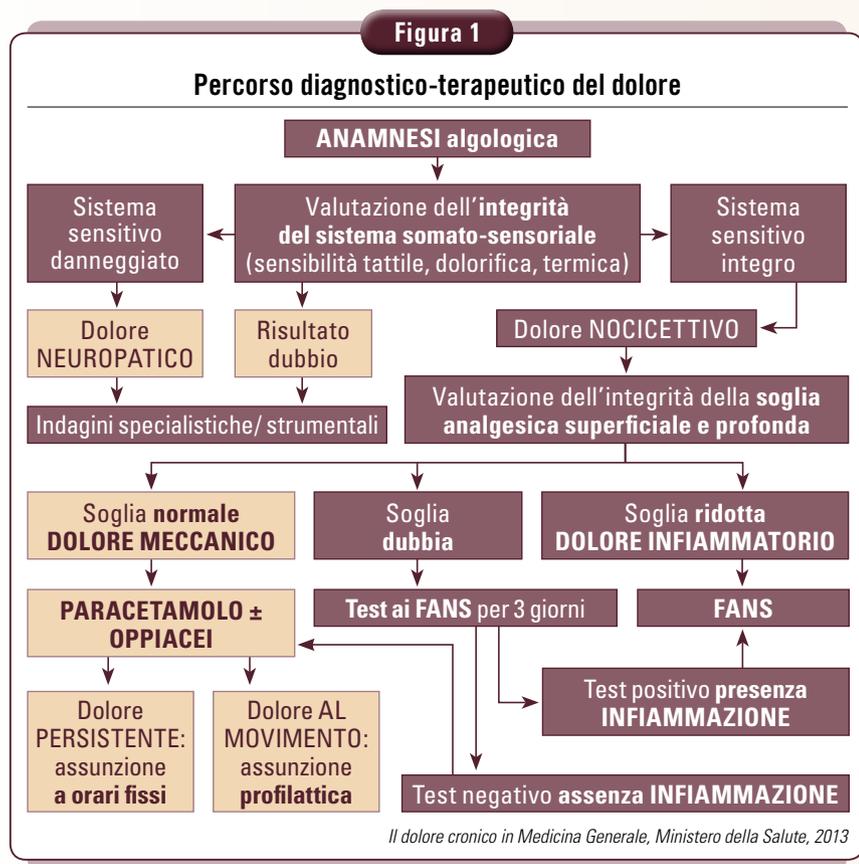
Strutture di erogazione della Rete di Terapia del Dolore

Per tutelare il diritto del cittadino ad accedere alla Terapia del Dolore e garantire la sua presa in carico vengono attivati tutti i nodi della rete sia territoriale che ospedaliera, viene garantita l'interazione con percorsi diagnostici, terapeutici e riabilitativi condivisi, vengono predisposte procedure per la gestione delle interfacce e un sistema informativo che permetta la comunicazione dei dati tra i nodi della rete.

Nella rete del dolore non oncologico il Mmg è il fulcro nella identificazione del tipo di dolore e nella registrazione in cartella clinica della intensità del dolore stesso.

I nodi della rete sono le strutture declinate, come da Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni 16/12/2010, nelle Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali Legge 15.03.2010 n. 38, Art. 3:

- Ambulatori dei Medici di Medicina Generale: forme di organizzazione funzionale previste dagli accordi collettivi con la medicina generale;
- Centri Spoke/Centri Ambulatori di terapia del dolore;
- Centri HUB/Centri ospedalieri di terapia del dolore



che permette di suddividere il dolore in sintomo neuropatico o in sintomo nocicettivo. Questo permette di indirizzare correttamente le scelte terapeutiche, utilizzando la classe di farmaci alla quale la sintomatologia sarà responsiva nella maniera più efficace. Ma non basta. La scelta di un farmaco analgesico non può essere fatta in modo empirico. È necessaria la corretta valutazione dell'intensità del dolore perché solo in questo modo sarà possibile calibrare la scelta del farmaco sulle esigenze del paziente. Vengono utilizzate le cosiddette scale unidimensionali, validate e di facile applicazione, costituite dalla scala visuoanalogica (VAS, Visual Analogue Scale), dalla scala verbale (VRS, Verbal Rating Scale), dalla scala numerica (NRS, Numerical Rating Scale, scala numerica). Stabiliti questi punti fermi per un primo approccio al dolore si possono tenere presenti i seguenti criteri:

- dolore di intensità lieve (≤ 3 alla scala numerica): utilizzare paracetamolo a dosaggio antalgico (1 g ogni 8 ore). In assenza di risposta, passare allo step successivo;
- dolore di intensità moderata, (≥ 4 alla scala numerica): utilizzare farmaci che associano al paracetamolo un oppiaceo debole: paracetamolo-codeina oppure paracetamolo-tramadolo oppure paracetamolo-oxicodone oppure tramadolo da solo (tramadolo non è considerato un oppioide a tutti gli effetti);
- dolore di intensità severa: > 7 scala numerica, oppiacei per dolori forti (morfina, oxicodone, idromorfone, fentanile, buprenorfina, tapentadolo, metadone).

► Dalla teoria alla pratica...

Si è detto che la prescrizione di un antidolorifico debba essere fatta in base all'intensità del sintomo e, solo in caso

di mancata o insufficiente risposta, si deve incrementare il dosaggio sino a quello massimo efficace o sino alla comparsa di effetti indesiderati. Di fronte a un paziente che non risponde a un determinato farmaco lo si può sostituire con un diverso principio attivo di pari potenza o associare o passare a un analgesico di potenza maggiore. Il fatto che non esista una ricetta universale per il trattamento del dolore significa dover costruire ogni volta la terapia su misura per ogni singolo malato. Ma questo va fatto sempre considerando quegli elementi guida cui si è accennato prima. Nella realtà si assiste a un fenomeno ben diverso, come si legge in un rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38 15.3.2010: nel 2012 si è assistito, rispetto all'anno precedente, ad un aumento in tutta Italia del consumo procapite di oppioidi forti del 26%, con un incremento di spesa del 27%. Nello stesso periodo il dato relativo agli oppioidi deboli è invece di parecchio inferiore, con un incremento del consumo procapite del 6.4%, a fronte di un incremento di spesa del 7.6%.

Bibliografia

- Breivik H, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
- Apolone G, et al. Pattern and quality of care of cancer pain management. Results from the Cancer Pain Outcome Research Study Group. *Br J Cancer* 2009; 100: 1566-74.
- Melotti RM, et al. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses evaluation. *Eur J Pain* 2009; 13: 992-1000.
- Piccoliori G et al. Management of low back pain in general practice - is it of acceptable quality: an observational study among 25 general practices in South Tyrol (Italy). *BMC Family Practice* 2013; 14: 148.
- Johnson M et al. The challenges of pain management in primary care: a pan-European survey. *J Pain Res* 2013; 6: 393-401.