

Ruolo del Mmg nella gestione del paziente con dolore

L'intervento congiunto tra specialista e Mmg, l'applicazione di strumenti di prevenzione, il monitoraggio attivo, la partecipazione consapevole del paziente e la gestione orientata al singolo caso, rappresentano elementi indispensabili per la cura del dolore cronico. In questo numero di M.D. pubblichiamo la prima parte della rassegna inerente alla tematica. Sul prossimo numero sarà pubblicata la seconda parte sul rischio iatrogeno a le cure di supporto

Massimo Mammucari,¹ Claudio Leonardi,² Renato Vellucci,³ Silvia Natoli,⁴ Marzia Lazzari,⁴ Riccardo Sonnino,⁵ Domenico Russo,⁶ Enrica Maggiori,¹ Anna Roberti⁷

Il ruolo del Mmg è oggi diventato ancor più strategico sia per migliorare le condizioni di salute dei pazienti sia per continuare ad adeguare il servizio sanitario alle esigenze di una popolazione che invecchia. La collaborazione tra medici ospedalieri e medici del territorio, e la condivisione dei percorsi di assistenza finalizzati ad assicurare la continuità delle cure, sono diventate priorità del sistema sanitario. Un invito alla collaborazione multidisciplinare è dato anche dalla legge n. 38 (15/3/2010) relativa all'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative. Il legislatore affida al Mmg il coordinamento del percorso di cura per intercettare il bisogno di analgesia e veicolare verso l'organizzazione sanitaria ospedaliera il singolo caso clinico non gestibile a livello territoriale. Il compito di individuare il pa-

ziente a più alto grado di complessità spetta al medico del territorio e l'accesso ai percorsi di cura più appropriati e la gestione a lungo termine delle patologie croniche vedono nella figura del Mmg, dunque, l'anello cruciale del sistema sanitario¹.

Recenti esperienze suggeriscono che dopo un adeguato percorso di aggiornamento il Mmg, con l'ausilio delle tecnologie informatiche, riduce il livello del dolore usando i farmaci analgesici in base alle caratteristiche cliniche del dolore². Ciò indica che la scelta terapeutica è fatta sempre più considerando il dolore come un'entità nosografica a sé stante e non più come un "banale" sintomo.

Del resto, quando Mmg e specialisti adoperano una stessa cartella informatica e attuano uno scambio sistematico di notizie cliniche si produce anche un risparmio economico per il sistema sanitario³.

Grazie alla sua radicata presenza nell'organizzazione sociale, il Mmg può intercettare precocemente le situazioni che meritano particolare attenzione in termini di prevenzione e cura. Il medico del territorio conosce lo stile di vita di ciascun nucleo

familiare, le condizioni psicologiche e sociali dei singoli individui, ha informazioni su familiarità e stato patologico prossimo e remoto di ogni assistito che consentono di interpretare meglio molti dei sintomi riferiti. Crediamo che questo livello di conoscenza sia indispensabile per applicare correttamente la legge n. 38/2010 e costituisca la base su cui investire per continuare ad attuare la lotta contro il dolore inutile.

► Il triage del paziente con dolore

Il dolore moderato o grave affligge il 19% degli europei⁴. In particolare le patologie di natura osteoarticolare, che affliggono un grande numero di soggetti, rappresentano una delle maggiori cause di dolore persistente. Il dolore colpisce in particolare i soggetti anziani⁵ nei quali, in particolare i soggetti fragili, a causa delle patologie coesistenti e i relativi trattamenti farmacologici e le modificazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica⁶, aumenta la complessità e l'urgenza di un coordinamento di vari specialisti.

Nel soggetto anziano si può anche

¹ Medico di Assistenza Primaria, ASL RM1, Roma

² Direttore Unità Operativa Complessa Dipendenze ASL RMC

³ Unità di terapia del dolore e cure palliative Ospedale Universitario, Careggi, Firenze

⁴ Terapia del Dolore Policlinico Universitario Tor Vergata, Roma

⁵ Terapia del Dolore U.O.C.P. Antea, Roma

⁶ Hospice San Marco, Latina

⁷ Direttore di distretto ASL RM1 - Roma

osservare una presbialgia (innalzamento della soglia del dolore che induce a sottovalutare il proprio dolore)⁷. In questi casi occorre intervenire sia farmacologicamente sia con un adeguato counselling per evitare che il dolore cronicizzi o che venga sotto trattato^{8,9}.

Dopo aver rilevato il tipo di comparsa, la localizzazione, l'irradiazione, la durata, la tipologia e le azioni che attenuano (o peggiorano) il dolore, seguono gli accertamenti diagnostici e il primo intervento terapeutico. Già in questa fase il Mmg, inizia a considerare il livello di complessità del caso, pianifica uno o più consulti specialistici e propone la prima terapia farmacologica. Il triage che il Mmg attua in questa fase ha lo scopo di individuare precocemente i casi che richiedono l'attivazione della rete ospedaliera, differenziando quelli che possono essere gestiti a livello ambulatoriale territoriale. Impostare una terapia efficace fin da questa fase rappresenta una buona pratica clinica e riduce il rischio che il dolore persista inutilmente nel tempo.

► Scelta delle terapie

Recentemente, grazie alla sensibilizzazione indotta dalla legge 38, si è osservato un aumento dell'uso dei farmaci analgesici oppioidi (rapporto Osmmed 2014)¹⁰.

Ciò dimostra che è in atto un cambiamento culturale che coinvolge il medico e il paziente. Da un lato il medico considera prioritario il trattamento analgesico e la scelta terapeutica cade maggiormente su farmaci più efficaci e non solo sugli antinfiammatori. Dall'altro dimostra che il paziente accetta di assumere farmaci che solo pochi anni fa erano causa di tabù. Infatti, gli oppioidi, costituiscono il gold standard nel trattamento del dolore moderato-grave

non solo nell'adulto, ma anche nel paziente pediatrico. A tale riguardo, osserviamo che recenti linee guida suggeriscono gli oppioidi a bassa dose nel dolore moderato¹¹⁻¹⁴ e l'uso della morfina nel paziente pediatrico con dolore persistente¹⁵.

Poiché l'Italia è uno dei paesi a più alto consumo di antinfiammatori, il cambiamento culturale che ha indotto un maggiore uso di oppioidi potrebbe destare il timore di un loro uso improprio.

Tuttavia, va rilevato che in Italia la prescrizione dei farmaci è da sempre opportunamente regolamentata e avviene principalmente con prescrizioni tracciabili. Inoltre, il Mmg, grazie ai sistemi informatici, può verificare la frequenza di prescrizione e il relativo consumo di farmaci rilevando precocemente ogni variazione della posologia di assunzione.

Inoltre, non va confuso il bisogno di analgesia con l'abuso o la dipendenza (potenziali o reali).

A tal proposito, ancora una volta, il Mmg rappresenta uno tra i professionisti della salute in grado individuare quelle situazioni ove è necessario attuare strategie di prevenzione e riduzione del rischio indotte dal cattivo uso dei farmaci.

Nella scelta delle terapie farmacologiche, il Mmg da sempre tiene conto degli effetti collaterali (intesi come effetti scaturiti dal meccanismo di azione) e l'uso di farmaci che inducono sonnolenza, disorientamento, confusione mentale, che riducono la capacità di condurre veicoli o che aumentano il rischio di caduta a terra è da sempre tenuto in debito conto. Quando lo specialista (psichiatra, neurologo, internista, algologo, ecc.) suggerisce un farmaco ad azione centrale è il Mmg che inviterà il paziente a rispettare i consigli dello specialista nel corso del tempo, proponendo l'a-

stensione dalla guida o, dove necessario, anche dal lavoro almeno nei primi giorni di trattamento o fin quando la titolazione del farmaco non avrà raggiunto la stabilità del suo effetto. Il Mmg ha anche il ruolo di assicurare la continuità terapeutica (spiegando al paziente quali sono le azioni di un dato farmaco, gli eventuali effetti collaterali, ma anche le ragioni per cui gli è stato suggerito) e grazie al rapporto medico-paziente vi è maggiore probabilità che la terapia prescritta sia assunta per il tempo necessario.

Tale atteggiamento, ovviamente, non riguarda soltanto gli oppioidi, ma anche altre classi di farmaci. Ad esempio, sono ben noti gli eventi avversi (intesi come ogni effetto scaturito dall'assunzione di un farmaco, compresa la mancata efficacia) indotti dagli antinfiammatori, in particolare quelli a livello gastroenterico e cardiovascolare, causa di notevole aumento del rischio di morbilità e mortalità iatrogena¹⁶⁻¹⁸.

Anche in questo caso il Mmg dovrà attuare strategie di riduzione del rischio di uso improprio. Molti dei pazienti con dolore, infatti, si rivolgono al medico (o al PS) già dopo alcuni giorni, a volte settimane o mesi, di automedicazione con varie sostanze (FANS, paracetamolo, composti a base di erbe, integratori, soli o combinati tra loro) anche quando esiste una seria controindicazione all'uso di queste sostanze. Stesso fenomeno vale per altri farmaci, quali antidepressivi o induttori del sonno. In genere si tratta di giovani adulti, con livello culturale medio alto, con un livello di "conoscenza medica" web-based, che consultano il Mmg esclusivamente quando il problema (sintomo o malattia) è divenuto "insopportabile".

Anche in questo caso, il counselling per una sensibilizzazione all'uso di sostanze farmacologiche va attuato

dal Mmg e diventa l'unico deterrente per evitare che si generino pericolosi circoli viziosi e reiterato - errato - uso dei farmaci. Il cittadino ignora che le interazioni farmacologiche possono riguardare i farmaci, gli alimenti, le bevande, gli integratori, le sostanze apparentemente innocue acquistate nelle erboristerie, le droghe voluttuarie¹⁹. L'opera di sensibilizzazione all'uso corretto delle sostanze farmacologicamente attive che il Mmg attua ogni giorno comporta un forte deterrente per gran parte della popolazione nel nostro Paese.

► Il monitoraggio nel medio e lungo termine del piano di cura

Durante il decorso del piano di cura possono verificarsi interazioni farmacologiche, eventi avversi, variazione delle patologie coesistenti, necessità di terapie adiuvanti.

Nell'ambito dei controlli periodici possono essere diagnosticate alcune condizioni farmaco-indotte che, se precocemente individuate, possono essere facilmente corrette, per esempio la tolleranza (spostamento a destra della curva dose effetto), le variazioni cinetiche o le interazioni farmaco-farmaco (con comparsa di effetti indesiderati o riduzione di effetti desiderati), le variazioni della posologia (errori nell'assunzione delle terapie o perdita di aderenza). Tali controlli periodici possono essere facilmente gestiti dalla medicina del territorio senza sovraccaricare la rete ospedaliera. Ovviamente la fase di controllo del piano di cura può essere gestita congiuntamente se i protocolli di trattamento saranno standardizzati.

Ad oggi assistiamo ad atteggiamenti diversi in molte fasi del percorso di cura. La modalità di avvio di una terapia che agisce con meccanismo recettoriale (che dovrebbe essere titola-

ta gradualmente), il passaggio da un farmaco all'altro (che dovrebbe tenere conto di una variazione di risposta e di dosi equi analgesiche), le modalità di cambio della via di somministrazione (che risponde a precise variazioni cinetiche di un dato principio attivo), la frequenza dei controlli programmati (che nel paziente con dolore cronico meriterebbero di essere maggiore), la prescrizione di quantità adeguate di farmaci (che nel caso del dolore dovrebbero permettere almeno un mese di terapia o almeno il periodo intercorrente fino al prossimo controllo medico).

Molti dei diversi atteggiamenti sono determinati dalla mancanza di tempo da parte dei medici, oberati da molte attività cliniche. Ma se la titolazione di un farmaco fosse condivisa con il Mmg si potrebbe gestire meglio una delle fasi più delicate della terapia, così come molte delle attività routinarie di controllo periodico delle terapie. Auspichiamo che anche nel campo della medicina del dolore si compia quella condivisione dei protocolli di gestione attuata già in cardiologia, diabetologia e pneumologia con cui i pazienti ipertesi, diabetici o con BPCO

hanno ottenuto notevoli benefici.

Talvolta, le posizioni "corporativiste" per una data patologia da parte degli specialisti, così come il disinteresse nei confronti di una data situazione clinica, nuocciono al paziente tanto quanto la malattia stessa, forse più.

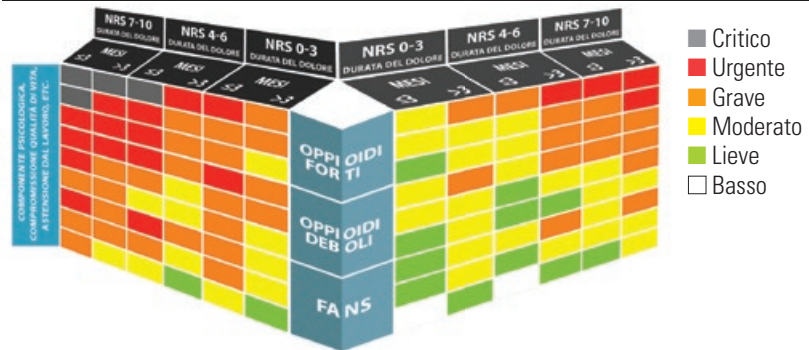
Nessuno degli autori ha conflitto di interesse con i contenuti di questo articolo né ha ricevuto onorari per la sua preparazione.

Bibliografia

1. Recenti Prog Med 2015; 106: 1-8
2. Recenti Prog Med 2014; 105: 159-65
3. G Ital di Cardiol 2012; 13: 615-21
4. Cochrane Database Syst Rev 2010; (1): CD006605
5. Reviews in Analgesia 2004; 8: 23-37
6. Clin Pharmacol Ther 2009; 85: 431-3
7. Pain Med 2003; 4: 125-34
8. Br J Cancer 2004; 90: 2288-96
9. J Clin Oncol 2007; 25(14): 1858-69
10. www.agenziafarmaco.gov.it
11. World Health Organization, 2007
12. Lancet Oncol 2012; 13: e58-68
13. Ann Oncol 2012; 23: vii139-154
14. www.aiom.it
15. World Health Organization, 2012
16. Lancet 2013; 382: 769-79.
17. PLoS One 2013; 8: e54309.
18. J Clin Invest 2006; 116: 4-15.
19. Trends in Medicine 2010; 10: 135-41

La seconda parte dell'articolo sarà pubblicata sul prossimo numero di M.D.

Modello per la valutazione del grado di complessità del paziente con dolore



La figura mostra un esempio di modello per la valutazione del grado di complessità del paziente con dolore. La facciata sinistra si differenzia da quella destra per una maggiore complessità (dovuta all'interferenza del dolore sullo stato psicologico, sociale, lavorativo ecc.)⁽¹⁾