

# Mmg e gestione del paziente con dolore: rischio iatrogeno e cure di supporto

La gestione del dolore è materia multidisciplinare, dove ricercatori, produttori, Mmg, specialisti, pazienti e istituzioni sanitarie costituiscono un'unica partnership finalizzata a collaborare equamente per raggiungere lo stesso obiettivo: alleviare le sofferenze del malato

**Massimo Mammucari,<sup>1</sup> Claudio Leonardi,<sup>2</sup> Renato Vellucci,<sup>3</sup> Silvia Natoli,<sup>4</sup> Marzia Lazzari,<sup>4</sup> Riccardo Sonnino,<sup>5</sup> Domenico Russo,<sup>6</sup> Enrica Maggiori,<sup>1</sup> Anna Roberti<sup>7</sup>**

## ► Prevenzione e gestione del rischio iatrogeno

Il legislatore, con la legge 38/2010, ha sottolineato la rilevanza del setting domiciliare nella gestione della terapia del dolore e delle cure palliative. Da un "ospedale senza dolore" si prospetta un modello "ospedale-territorio senza dolore". Ciò impone due urgenti cambiamenti. Da un lato il Mmg deve aumentare il proprio livello di autonomia gestionale nei confronti del paziente, dall'altro lo specialista deve attuare percorsi di diagnosi e cura condivisi con i Mmg per facilitare la gestione anche domiciliare del dolore. La comunicazione specialista-Mmg permetterà di selezionare precocemente (e meglio) i casi che richiedono interventi ospedalieri e il consulto specialistico sul territorio aumenterà il numero di casi gestibili a domicilio. I supporti tecnologici faciliteranno il cambiamento e la gestione territoriale dei casi a più alta complessità comporterà un risparmio economico e una

maggiore accessibilità alle cure.

Vi sono anche altre aree che potrebbero trarre beneficio dalla maggiore collaborazione tra specialista e Mmg. Una è l'area della prevenzione del rischio iatrogeno. È noto che i farmaci possono essere oggetto di automedicazione e/o abuso. Tuttavia, proprio il rischio di abuso da analgesici e il potenziale rischio di dipendenza possono aumentare il timore di prescrivere tali farmaci anche quando sia necessario. Si rileva che la dipendenza da sostanze da abuso colpisce soggetti vulnerabili a causa di fattori genetici e non (esposizione ambientale). Inoltre, sono stati ipotizzati meccanismi epigenetici generati da variazioni biochimiche che possono modificare l'espressione genica senza una modificazione della sequenza del DNA.<sup>20</sup> La dipendenza sarebbe dunque una condizione che si verifica raramente nel paziente che assume farmaci analgesici per il trattamento del dolore<sup>21</sup>. Tuttavia, è comunque utile identificare soggetti che sono potenzialmente a rischio. La maggior parte degli autori americani ha concentrato l'interesse della ricerca su strumenti per evidenziare il possibile abuso da oppioidi<sup>22-36</sup>. Ciò perché negli USA si è riscontrato un notevole uso scorretto di questi farmaci<sup>37-39</sup>. È interessante notare come in Italia si sia verificato un consumo maggiore di

altre classi di analgesici, come i Fans. Il loro notevole consumo, utilissimi in molte situazioni cliniche, è stato indotto da un lato dall'automedicazione, dall'altro da terapie prescritte oltre il reale bisogno di un effetto antinfiammatorio. Inoltre, negli anziani<sup>40-41</sup>, in soggetti con rischio CV<sup>2-43</sup> o in combinazione con antiaggreganti<sup>44</sup>, questa classe di farmaci ha controindicazioni che ne rendono inappropriata l'assunzione a lungo termine e il rischio indotto dagli antinfiammatori non deve essere sottovalutato<sup>45-47</sup>. Per mitigare il rischio da Fans è opportuno limitarne l'uso a brevi periodi di tempo, usando basse dosi e selezionando i pazienti per escludere quelli con controindicazioni<sup>48</sup>.

A tale proposito, oltre alle controindicazioni suggerite dalla nota 66, esistono anche strumenti per calcolare il livello di appropriatezza degli antinfiammatori (<http://sensar.e-hims.com/>). Anche in questo caso, la campagna di sensibilizzazione che il Mmg attua nel dissuadere i pazienti all'uso dei Fans (e dei farmaci in genere) senza una prescrizione medica appare molto utile. È anche interessante notare che alcuni autori hanno studiato l'applicazione di questionari per indagare la predisposizione all'uso di sostanze alcoliche, che oltre ad essere per se stesse nocive, possono interagire con molti farmaci<sup>49-51</sup>. Rilevare oggi l'al-

<sup>1</sup> Medico di Assistenza Primaria, ASL RM1, Roma

<sup>2</sup> Direttore Unità Operativa Complessa Dipendenze ASL RMC

<sup>3</sup> Unità di terapia del dolore e cure palliative Ospedale Universitario, Careggi, Firenze

<sup>4</sup> Terapia del Dolore Policlinico Universitario TorVergata, Roma

<sup>5</sup> Terapia del Dolore U.O.C.P. Antea, Roma

<sup>6</sup> Hospice San Marco, Latina

<sup>7</sup> Direttore di distretto ASL RM1 - Roma

colismo, il consumo misconosciuto di bevande alcoliche o la predisposizione all'alcol, è importante quanto il riscontro di un aumento del rischio di abuso ai

**Tabella 1**

**Azioni per la gestione del dolore cronico e/o del sospetto di rischio di abuso**

**Azioni sul paziente (e la famiglia)**

- Training sugli effetti dei farmaci
- Condivisione del programma di cura
- Adeguata titolazione dei farmaci
- Avviare la terapia con oppioidi a normale rilascio, prescrivendo la dose efficace più bassa (in combinazione con altri farmaci per sfruttare effetti sinergici)
- Limitare le alte dosi e i lenti rilasci ai casi di dolore grave, evitando gli oppioidi ad alte dosi e rilascio nel trattamento del dolore acuto
- Programma di monitoraggio continuo
- Controllo periodico del consumo dei farmaci
- Ricetta tracciabile dei farmaci
- Misurazione frequente del dolore e aggiustamento della posologia
- Controllo frequente delle caratteristiche cliniche del dolore
- Compilazione della cartella clinica da condividere con altri operatori
- Somministrazione questionari validati per rilevare rischi (alcol, gioco d'azzardo, abuso di altre sostanze, dipendenza da internet, ecc)

**Consulti multidisciplinari**

- Controlli specialistici programmati e condivisi
- Consulto con specialisti delle dipendenze
- Individuazione precoce di altre forme di dipendenza
- Piano programmato di sospensione della terapia
- Supporto psicologico
- Sorveglianza di situazioni a rischio (perdita del lavoro, riduzione del rendimento lavorativo o scolastico)
- Comunicazione condivisa tra altri operatori sanitari coinvolti

farmaci. Ma ciò che dal punto di vista del Mmg ci sembra più importante è che sono stati realizzati questionari utili anche a indagare sull'uso scorretto dei farmaci<sup>52</sup>. Questo tipo di questionari appare molto interessante nel setting della MG poiché potrebbe permettere di rilevare il rischio di potenziale abuso da tutte le sostanze farmacologiche.

Dato il crescente interesse per la terapia del dolore a base di farmaci più efficaci, potrebbe essere utile selezionare i soggetti che potenzialmente potrebbero rischiare di abusare delle terapie analgesiche. Visto che nel settore dell'assistenza primaria, il dolore rappresenta una condizione frequente e prioritaria e visto che il Mmg deve gestire anche gli effetti a medio e lungo termine dei farmaci analgesici in collaborazione e a supporto dello specialista, sorge la necessità di validare uno strumento specifico per il medico del territorio, come quello proposto per il Mmg<sup>53</sup>. Quindi, nella condivisione dei percorsi di cura tra ospedale e territorio, andranno considerate campagne di triage, screening sistematici per individuare i percorsi di cura più adeguati e la somministrazione di questionari validati per rilevare situazioni a più complessa gestione. Ovviamente, l'aver selezionato un paziente con un livello di predisposizione non comporterà la sua esclusione dalla cura del dolore inutile, ma il suo inserimento in un programma di cura con adeguato monitoraggio (*tabella 1*).

A tal proposito la validazione di strumenti di screening specifici per il setting della medicina generale dovrebbe essere una priorità per le istituzioni sanitarie.

► **Cure di supporto e palliazione**

In alcuni pazienti con avanzato stato di malattia oltre al dolore possono presentare agitazione, ansia, astenia, cachessia, diarrea, stipsi, nausea, vomito, emoftoe, tosse, febbre, dispnea,

ritenzione urinaria, sanguinamenti, ulcerazioni, fistole e molte altre complicazioni. Inevitabilmente, dunque, il piano di cura del dolore e del resto dei sintomi deve essere adattato alle singole esigenze del malato e della famiglia che lo assiste. Tale piano di cura personalizzato prevede l'inserimento di una serie di esperti in varie discipline indispensabili per erogare la migliore qualità di vita e di assistenza.

Il Mmg ha l'obiettivo di offrire il proprio supporto in collaborazione con il team di cure palliative partecipando alla personalizzazione del piano di cure<sup>54</sup>. La precocità dell'avvio delle cure di supporto, e dunque la precoce selezione del paziente al quale suggerire l'utilità, gioca un ruolo nella sopravvivenza e nella qualità di vita<sup>55</sup>.

In questo ambito il Mmg interviene per condividere le problematiche del malato, collaborando strettamente con il team di cure palliative e favorendo un'assistenza domiciliare integrata. La condivisione degli obiettivi e il coordinamento delle attività multidisciplinari (mediche, infermieristiche, sociali, psicologiche, spirituali, ecc) rappresentano l'obiettivo di un gruppo di lavoro multidisciplinare. È esperienza comune osservare che a domicilio, davanti al paziente sofferente, cadono tutte le barriere personali, a difesa della propria specialità o della propria istituzione, e specialisti, Mmg, infermieri e familiari collaborano equamente per raggiungere lo stesso obiettivo: alleviare le sofferenze del malato. Anche in questo frangente la gestione del dolore impone un appropriato utilizzo degli oppioidi e una profonda conoscenza dei meccanismi di azione dei singoli farmaci, delle differenti cinetiche in funzione della via di somministrazione e delle variabili e complesse condizioni cliniche del paziente. L'uso di farmaci analgesici nel paziente in fase avanzata di malattia deve tenere conto di fenomeni farma-



cologici quali la tolleranza, l'iperalgia, la variazione del volume di distribuzione (reale o apparente), la riduzione della proteinemia, la variazione di temperatura corporea, dell'emuntorio renale, dello stato di assorbimento delle mucose e di altre variabili che possono rendere necessaria una modifica della terapia analgesica che fino al giorno precedente sembrava corretta.

Naturalmente l'aspetto formativo assume una cruciale rilevanza e non a caso la legge 38/2010 ha indotto una specifica formazione nel campo della terapia del dolore e delle cure palliative in cui è atteso il medico di assistenza primaria. Sempre più il Mmg si organizza in aggregazioni territoriali (UCP, AFT) ed è vicino il giorno in cui le istituzioni offriranno maggiori strumenti di collaborazione e interazione tra ospedale e territorio. Se in ciascuna futura aggregazione territoriale si garantirà la presenza di Mmg con particolare interesse e formazione nella terapia del dolore e nelle cure palliative potremo vantare un altro primato europeo, un territorio senza dolore dove cure primarie e i team di cure palliative rendono disponibili le competenze per una appropriata gestione delle cure di supporto e la palliazione. Le cure palliative e di supporto dovrebbero far parte del curriculum formativo del medico. È auspicabile che i futuri medici ricevano una formazione universitaria che preveda un adeguato insegnamento per la gestione del paziente con dolore in ogni fase della malattia, anche quella terminale. Relativamente al Mmg è auspicabile che nel corso triennale di formazione vengano intensificate la gestione del dolore e delle cure palliative.

## ► Conclusioni

Evitare che il dolore sia sottovalutato e sottotrattato è un imperativo clinico ed etico e la condivisione multidisciplinare dei percorsi di cura del dolore

permette di evitare tale rischio. Pertanto è indispensabile che nelle aggregazioni funzionali territoriali (UCP o AFT) vengano inseriti progetti mirati alla gestione del paziente con dolore oncologico e non. Nel setting della MG è possibile organizzare la continuità assistenziale che garantisca la prima fase diagnostico-terapeutica, il monitoraggio nel medio-lungo termine, la gestione delle terapie e del counselling al paziente e alla famiglia. Nel recente passato in ambito ospedaliero e territoriale si sono creati compartimenti vincolati ciascuno dalle proprie regole e meccanismi. Oggi la legge 38/2010 suggerisce due importanti innovazioni: la costituzione di reti regionali, ove specialista e Mmg interagiscono, tutti con l'obbligo di riportare sulla cartella clinica la diagnosi, le caratteristiche del dolore, il piano di terapia attuato e il risultato ottenuto. Quest'ultima precisazione, apparentemente superflua rappresenta una chiave di svolta. Infatti, i risultati ottenuti con la terapia non si riferiscono alla sola riduzione del punteggio delle scale di valutazione del dolore, ma vanno interpretati come il complessivo stato di salute del paziente ottenuto con la terapia analgesica. Nei risultati sono pertanto compresi le variazioni di efficacia nel tempo, la comparsa di interazioni farmacologiche, il sopraggiungere di tolleranza ad un certo farmaco, gli effetti sulla qualità di vita in toto e anche il potenziale rischio di uso errato o l'abuso da farmaci. Queste e altre situazioni possono essere prevenute, monitorate e gestite all'interno di percorsi di cura condivisi.

Spesso il dolore affligge pazienti anziani, con patologie multiple o non più autosufficienti che richiedono assistenza continua e che devono essere gestiti dalla medicina del territorio. Viceversa altri casi clinici richiedono interventi mini-invasivi o tecniche ad alta complessità che solo in ambito ospedaliero possono essere assicurati. An-

che da questo punto di vista, la stretta collaborazione e la condivisione dei protocolli di trattamento tra specialista e Mmg risultano fondamentali.

Circa il rischio di abuso da farmaci analgesici, contrariamente a quanto accade in altri Paesi<sup>56-57</sup>, in Italia si preferisce evitare la facile prescrizione di alte dosi di oppioidi a rilascio controllato, riservandole alle forme di dolore più grave e resistente e dopo titolazione con oppioidi a rilascio immediato, favorendo oppioidi a più bassa dose, combinati con altri principi attivi, che ne limitano il rischio di usi impropri. Infine, contrariamente a quanto hanno fatto altri Paesi<sup>58</sup> dovremmo condividere l'ideazione e l'attuazione delle campagne di prevenzione del rischio<sup>59</sup>. In definitiva, la gestione del dolore è materia multidisciplinare, dove ricercatori, produttori, medici pratici, pazienti e istituzioni sanitarie (nazionali, regionali e locali) costituiscono un'unica partnership finalizzata a combattere il dolore inutile. Auspichiamo che nell'attuale processo di rinnovamento della medicina primaria si tenga conto dell'importanza del ruolo della lotta contro il dolore e che saranno attuabili progetti qualitativamente misurabili (e premiabili) per la gestione del dolore inutile di ogni età, fase di malattia o disturbo sociale. È anche auspicabile che le istituzioni sanitarie locali, con lungimiranza, stimolino la presenza di un medico di assistenza primaria con particolare interesse alla gestione del dolore in ogni aggregazione funzionale territoriale che verrà autorizzata nell'immediato futuro.

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

\* Si ringrazia Anna Ammendolia (mindthesign.com) per la realizzazione grafica e l'assistenza tecnica.

Bibliografia completa disponibile su  
[www.passonieditore.it](http://www.passonieditore.it)