

## Dolore muscoloscheletrico cronico: i vantaggi di un programma di teleassistenza

Ohl ME, Rosenthal GE

*Advancing telecare for pain treatment in primary care*  
JAMA 2014; 312: 235-236

Kroenke K, Krebs EE, Wu J et al

*Telecare collaborative management of chronic pain in primary care. A randomized clinical trial*  
JAMA 2014; 312: 240-248

**I**l dolore cronico è una vera e propria patologia e come tale deve essere affrontato e curato attraverso mezzi terapeutici opportuni. Un italiano su 4 soffre di dolore cronico, circa la metà dei malati ha meno di 50 anni, un quinto ne soffre da oltre 20 anni, un terzo ha dolore continuativo e per questo ha dovuto abbandonare il lavoro.

Se tralasciamo le neoplasie che costituiscono ovviamente un capitolo di cura a sé stante, la maggior parte delle patologie responsabili di dolore cronico è rappresentata dalle patologie muscoloscheletriche. Artrite e disturbi muscoloscheletrici sono la causa più frequente di compromissione funzionale e disabilità lavorativa negli adulti e il dolore muscoloscheletrico cronico (DMSC) ne rappresenta il sintomo più frequente, colpendo oggi più di 100 milioni di persone nella sola Europa.

Dati epidemiologici italiani indicano che il DMSC ha un impatto significativo sulla qualità di vita specie nelle donne e negli anziani e, malgrado ciò, molti pazienti dichiarano di aspettare un certo tempo prima di contattare il

medico di medicina generale (MMG). Gli analgesici sono ovviamente i farmaci più prescritti in questo ambito e, a livello di medicina generale, rappresentano il 10-15% di tutte le prescrizioni ambulatoriali, ma la loro efficacia risulta spesso insoddisfacente, laddove gli oppioidi, sicuramente più efficaci, sono purtroppo un'opzione rischiosa nel lungo termine. Di qui la ricerca di percorsi assistenziali alternativi, di tipo comportamentale o con lo scopo di ottimizzare la terapia analgesica.

La teleassistenza (*telecare*) rappresenta sotto questo profilo un'opzione interessante perché, con l'ausilio di una semplice linea telefonica e il contributo di un piccolo team di *caregiver*, offre la possibilità di un monitoraggio puntuale della situazione clinica del paziente, razionalizza il consumo di prestazioni offerte (domiciliari e ambulatoriali), evitando inutili accessi alle strutture sanitarie, riduce i costi e consente un controllo efficace a distanza di una problematica cronica con lo scopo ultimo di migliorare la qualità di vita del paziente.

Uno studio recentemente pubblicato sul *JAMA* ha valutato l'outcome a 12 mesi di un gruppo di 250 pazienti di età compresa fra 18 e 65 anni affetti da DMSC, moderatamente severo e resistente all'impiego di analgesici, di durata superiore a 3 mesi, ma in oltre la metà dei casi superiore a 10 anni. I pazienti venivano randomizzati in due gruppi, uno dei quali riceveva assistenza dal proprio MMG secondo criteri tradizionali, mentre l'altro veniva inserito in un programma di teleassistenza, gestito in tandem da un infermiere e da uno specialista in terapia del dolore, basato su un monitoraggio automatizzato dei sintomi effettuato attraverso contatti telefonici o su internet, con cadenza settimanale e poi

### CARE

Costi dell'assistenza e risorse economiche

*Direttore Responsabile*  
Giovanni Luca De Fiore

*Redazione*  
Antonio Federici (editor in chief)  
Cesare Albanese, Giancarlo Bausano  
Mara Losi, Maurizio Marceca  
Fabio Palazzo

*Stampa*  
Arti Grafiche TRIS - Roma

*Progetto grafico ed impaginazione*  
Doppiosegno - Roma

*Fotografie:* ©2014Photos.com  
©2014Dreamstime.com  
*Disegni:* Daniela Violi

Registrazione del Tribunale di Roma  
n. 00472/99 del 19 ottobre 1999  
Periodicità bimestrale.  
Finito di stampare dicembre 2014

Il Pensiero Scientifico Editore  
Via San Giovanni Valdarno 8  
00138 Roma

E-mail: info@careonline.it  
Internet://www.careonline.it

Abbonamenti 2014  
Individuale: euro 90,00  
Istituzionale: euro 120,00

L'editore garantisce la massima riservatezza dei dati relativi agli abbonati e la possibilità di richiedere gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a:  
Il Pensiero Scientifico Editore  
Ufficio Promozione  
Via San Giovanni Valdarno 8  
00138 Roma  
(legge 675/96 tutela dati personali)

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche) sono riservati per tutti i Paesi.

La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge per quanto previsto dal Codice penale.

mensile, e su un algoritmo designato per ottimizzare la prescrizione di analgesici in base al quadro clinico.

I risultati, valutati a 12 mesi, indicavano una riduzione significativamente maggiore del punteggio del dolore nel gruppo seguito in teleassistenza con un miglioramento di almeno il 30% in oltre la metà dei pazienti trattati, laddove un beneficio analogo veniva ottenuto da poco più di un quarto dei pazienti seguiti in maniera tradizionale dal MMG. Il gruppo seguito in teleassistenza riferiva un maggior grado di soddisfazione nei confronti della terapia prescritta e un numero relativamente esiguo di pazienti (in entrambi i gruppi) necessitava di una escalation della terapia verso l'impiego di oppioidi.

Considerando che, secondo quanto riportato dagli autori, il programma di intervento richiedeva, per ogni paziente trattato nell'arco di 12 mesi, 'solo' 3-4 ore di tempo da parte del *care manager* infermieristico e un'ora di tempo da parte dello specialista, si può facilmente argomentare che il costo-beneficio del trattamento dovrebbe rivelarsi particolarmente vantaggioso. Il modello appare inoltre applicabile ad altre patologie, fra cui il cancro e la depressione, ma resta da capire come la teleassistenza possa essere gestita nell'ambito della medicina generale. ■ GB

## Incidenza degli eventi avversi in un ospedale italiano: uno studio di coorte retrospettivo

Sommella L, de Waure C, Ferriero AM et al

*The incidence of adverse events in an Italian acute care hospital: findings of a two stage method in a retrospective cohort study*

BMC Health Services Research 2014; 14: 358-365

### INTRODUZIONE

Gli eventi avversi (EA), quando riferiti all'erogazione di prestazioni sanitarie, sono definiti come danni/complicanze derivanti dalla gestione del paziente da parte del personale medico piuttosto che dalla patologia da cui è affetto il paziente. L'evento avverso può determinare morte, disabilità alla dimissione, difficoltà di trattamento futuro, una nuova riammissione in ospedale o il prolungamento della durata della degenza. Considerata la natura molto complessa dell'attività medica e la moltitudine di interventi erogati ad ogni singolo paziente, l'alto tasso di eventi avversi non deve sorprendere, ma se solo si pensa al precetto di Ippocrate (*Primum non nocere*), il fenomeno non può in alcun modo essere accettato.

### METODI

Lo studio di coorte retrospettivo si è basato su una valutazione in due fasi sui dati di dimissione ospedaliera al fine di identificare la presenza di EA. Nel primo stadio della valutazione, due medici hanno analizzato i record dei pazienti di un campione random nell'anno 2008. Nel secondo stadio, i revisori hanno valutato in maniera indipendente l'esistenza di EA. Un'analisi univariata e multivariata è stata poi condotta per indagare se gli EA sono collegati ad altri fattori (durata della degenza, tipo di ricovero, provenienza del paziente, reparto di dimissione). Infine, tramite l'indice di Charlson, gli autori hanno indagato anche la possibile relazione degli EA con eventuali comorbidità del paziente.

### RISULTATI

Complessivamente sono stati analizzati 1501 record di pazienti (94% italiani) che presentano



un'età media di 60 anni. Circa l'8% dei record ha passato il primo stadio di valutazione, mentre, al secondo stadio, solo il 3,3% è stato considerato EA. Gli EA sono più frequenti nei soggetti anziani, maggiormente donne, con ammissione a seguito di accesso al pronto soccorso. I reparti di dimissione sono stati prevalentemente la Terapia intensiva e la Chirurgia.

Tutte queste variabili (età, residenza, sesso e stato civile), insieme all'indice di comorbilità di Charlson, sono state inserite nel modello di analisi multivariata da cui è scaturito che il ricovero proveniente dal pronto soccorso è associato ad un più alto rischio di EA, così come la durata della degenza e il fatto di venire dimesso dalla Terapia intensiva o dalla Chirurgia (vedi tabella). Non vi è invece nessuna associazione fra la presenza di EA e le eventuali comorbilità del paziente.

## CONCLUSIONI

Le caratteristiche organizzative sono le principali determinanti della possibile presenza di EA, mentre la vulnerabilità del paziente (eventuali comorbilità) gioca un ruolo decisamente minore. Le strutture sanitarie dovrebbero implementare programmi di management e sviluppare modelli organizzativi volti prevalentemente alla sicurezza del paziente.

*Letizia Orzella*

## Analisi di sesso e genere nelle revisioni sistematiche: un'indagine qualitativa

*Runnels V, Tudiver S, Doull M et al*

*The challenges of including sex/gender analysis in systematic reviews: a qualitative survey*

*Systematic Reviews 2014, 3: 33*

## INTRODUZIONE

Sesso e genere influenzano fisiologia, fisiopatologia, clinica, diagnostica, terapie e mortalità. Quando si parla di sesso ci si riferisce alla differenza biologica, genetica e fisiologica tra persone di sesso maschile e femminile, mentre il genere indica le differenze di ruolo, relazioni, comportamenti che a livello sociale vengono di solito ascritte alle donne e agli uomini. Per molti anni gli studi clinici sono stati condotti prevalentemente sugli uomini e i risultati trasferiti automaticamente sulle donne, nonostante le molte differenze, come quelle di tipo biologico e anatomico.

Il metodo della revisione sistematica (RS), elaborato dalla Cochrane Collaboration, si basa sulla raccolta, selezione e valutazione di studi clinici con l'obiettivo di sintetizzare le migliori evidenze disponibili per informare i decisori. Molto spesso, però, nelle RS sono assenti analisi di sesso e genere e questo ha sollevato preoccupazioni sulla qualità e applicabilità dei loro risultati all'interno della stessa Cochrane Collaboration e del Campbell & Cochrane Equity Methods Group. Runnels e i suoi collaboratori, che appartengono a tale gruppo, hanno dunque condotto uno studio ad hoc per individuare le problematiche che chi si occupa di RS deve affrontare per realizzare revisioni della letteratura che includano le analisi di sesso e genere.

## METODO

Gli autori hanno realizzato una serie di interviste con questionario a risposte aperte a un gruppo multidisciplinare di 23 esperti prima della loro partecipazione al workshop 'Combining forces to improve systematic reviews: gender, equity and bias', organizzato dal Gruppo di Lavoro sull'Analisi Genere/Sesso nelle RS di cui

### RISULTATI DEL MODELLO DI ANALISI MULTIVARIATA

Variabile	Odds ratio	Intervallo di confidenza
<b>Età</b>		
0-64	1	
≥65	1,4	0,75-2,61
<b>Sesso</b>		
M	1	
F	0,77	0,41-1,42
<b>Durata degenza</b>	1,03	1,01-1,04
<b>Tipo di ricovero</b>		
Elezione	1	
Emergenza	3,47	1,60-7,53
<b>Reparto dimissione</b>		
Medicina	1	
Chirurgia	2,29	1,00-5,21
Terapia intensiva	4,8	1,47-15,66
<b>Indice Charlson</b>	0,93	0,74-1,16