

APPROPRIATEZZA TERAPEUTICA E DESCRITTIVA NEL DOLORE LIEVE E MODERATO

Dott. NASORRI Roberto

Segretario Provinciale FIMMG Arezzo

Referente AFT 1 Cortona (Arezzo)

**“In conformità alle linee guida del congresso,
DICHIO che non sussistono conflitti di interesse
di natura finanziaria, professionale o personale
relativi ai contenuti esposti.”**

AGENDA

1. Analisi qualitativa
2. Analisi quantitativa
3. Le scale del dolore

AGENDA

1. Analisi qualitativa
2. Analisi quantitativa
3. Le scale del dolore

La definizione «scientifica» di dolore, secondo la *International Association for the Study of Pain (IASP)*, è: **«Una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a un danno tissutale reale o potenziale, o descritta in termini di tale danno.»**

Questa definizione riconosce che:

- il dolore non è solo una sensazione fisica,
- coinvolge anche componenti emozionali e cognitive,
- può esistere anche senza un danno fisico evidente (come nel dolore neuropatico o cronico),
- è un'esperienza **soggettiva**, diversa per ogni individuo.

Dati principali (da studi epidemiologici europei e italiani)

- Circa **1 paziente su 3** che si presenta dal MMG ha un problema legato al **dolore**.
- Il **dolore cronico** interessa tra il **20% e il 30%** della popolazione generale, e la maggior parte dei pazienti si rivolge proprio al MMG per la gestione iniziale.
- In molte casistiche italiane, la prevalenza del dolore **non oncologico** cronico nei pazienti dei MMG è compresa tra il **25% e il 40%**.
- Il dolore è una delle principali cause di:
 - limitazione funzionale,
 - ridotta qualità di vita,
 - prescrizione di farmaci analgesici,
 - richiesta di esami diagnostici o invio a specialisti.

1. European Pain Epidemiological Studies

- **Breivik et al., 2006 – “Survey of chronic pain in Europe” (European Journal of Pain)**

Studio su oltre 46.000 persone in 15 Paesi europei.

Riporta una prevalenza di dolore cronico ~**19%**, con il MMG come primo riferimento.

2. Studi italiani sulla Medicina Generale

- **Osservatorio Nazionale DOLORE – SIAARTI / SIMG**

Vari report annuali mostrano una prevalenza del dolore cronico tra **25–30%** nella popolazione italiana, con percentuali più alte negli ambulatori dei MMG.

- **SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) – Progetti “Pain in Italy”, “Dolore Cronico in Medicina Generale”**

Dati raccolti tra 2008–2020 mostrano che fino al **35–40%** dei pazienti che si presentano dal MMG lamenta dolore, soprattutto muscoloscheletrico.

3. Litcher-Kelly et al. / Von Korff et al.

Serie di studi sul dolore cronico nei servizi di cure primarie.

Concludono che **circa un paziente su 3** che consulta il medico di base ha un problema doloroso significativo.

WHO – Global Burden of Disease (GBD)

Non specifico per la Medicina Generale, ma evidenzia che:

- lombalgia e dolore muscoloscheletrico sono tra le prime cause di disabilità mondiale.

Questo si riflette direttamente nella pratica del MMG.

Prevalenza del dolore per intensità

Dolore lieve-moderato

- Rappresenta **la grande maggioranza dei casi**.
- Costituisce circa **70–80%** di tutto il dolore riportato in ambulatorio dal MMG.
- È tipico del dolore **muscoloscheletrico**, della **lombalgia**, dell'**artrosi**, e di molte forme ricorrenti o croniche.

Perché il lieve-moderato è più comune?

- 1.È legato a patologie **di alta prevalenza** nella popolazione (artrosi, dorsalgie, tensioni muscolari).
- 2.Molti pazienti con dolore severo vengono gestiti in percorsi specialistici o ospedalieri.
- 3.Il MMG vede soprattutto dolore **persistente, intermittente o degenerativo**, che raramente è severo al primo accesso.

Fonti principali

- Studi SIMG su dolore muscoloscheletrico e dolore cronico in Medicina Generale.
- European Pain Survey (Breivik et al., 2006) con stratificazione dell'intensità.
- Osservatorio Nazionale DOLORE (SIAARTI/SIMG).
- Studi nelle cure primarie di Von Korff e colleghi (Primary Care Pain Studies).

◆ **In base al meccanismo**

- **Dolore nocicettivo**

Causato dall'attivazione dei recettori del dolore (nocicettori) per danno tissutale.

- *Somatico superficiale*: tagli, abrasioni
- *Somatico profondo*: muscoli, ossa, articolazioni
- *Viscerale*: organi interni, spesso sordo e mal localizzato

- **Dolore neuropatico**

Deriva da una lesione o disfunzione del sistema nervoso centrale o periferico.

Esempi: nevralgia post-erpetica, sciatalgia, neuropatia diabetica.

- **Dolore misto**

Contiene componenti sia nocicettive sia neuropatiche. Esempi: lombosciatalgia, dolore oncologico, dolore da frattura.

◆ In base alla durata

- **Dolore acuto**

Inizia improvvisamente, dura poco, spesso legato a un danno identificabile.

Scopo: segnalare un pericolo.

- **Dolore cronico**

Dura più di 3 mesi o oltre il tempo di guarigione atteso.

Perde la sua funzione di “allarme” e diventa una malattia in sé.

◆ In base alla localizzazione

- **Dolore localizzato**

Precisamente identificabile (es. dolore a un'articolazione).

- **Dolore diffuso**

Generalizzato o su più regioni (es. fibromialgia).

- **Dolore riferito**

Percepito in una zona diversa dalla fonte del danno (es. dolore alla spalla nel caso di patologia diaframmatica o cardiaca).

◆ **In base alla qualità percepita dal paziente**

- **Pulsante**
- **Urticante / bruciante**
- **Crampiforme**
- **Lancinante**
- **Sordo**
- **Oppressivo**
- **Elettrico**
- **Trafitativo**

◆ In base alla causa eziologica

- **Dolore infiammatorio** (artriti, traumi)
- **Dolore ischemico** (infarto, angina, claudicatio)
- **Dolore neoplastico**
- **Dolore funzionale** (colon irritabile, fibromialgia)
- **Dolore post-operatorio**

AGENDA

1. Analisi qualitativa
- 2. Analisi quantitativa**
3. Le scale del dolore



Riepilogo attività

Mostra pazienti con attività

Periodo in esame

Nel giorno Nel periodo 17/11/2025 23/11/2025 Ricalcola Stampa Salva su File Chiudi

ATTIVITA' dal 17.11.2025 al 23.11.2025

Periodo	Accessi	Nuovi Problemi	Farmaci Pezzi	Farmaci Spesa	Accert. N°	Accert. Spesa	Richieste N°	Richieste Spesa	Press. Vac N°
17.11.2025	105	5	262	4.134	167	2.052	0	0	1
18.11.2025	62	3	133	1.531	57	1.161	0	0	1
19.11.2025	45	3	99	1.772	36	712	0	0	1
20.11.2025	85	2	221	2.807	127	1.248	0	0	0
21.11.2025	69	8	136	1.497	112	2.051	0	0	1
23.11.2025	1	0	1	9	0	0	0	0	0
	367	21	852	11.750	499	7.224	0	0	4

Dr. Roberto Nasorri Largo Trasimeno, 3 Cortona 0575677948 E-mail: robertonasorri@libero.it



Spesa per problemi

SPESA PER PROBLEMI (in Euro) dal 17.11.2025 al 23.11.2025

ICD IX	Problema	N° Pazienti	N° Terapie	Spesa	Spesa/Paz.	N° Accert.	Spes
710 MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE E DEL TESSUTO CONNETTIVO (710-739)							
70	712.3 CONDRICALCINOSI	1	2	12,16	12,00	0	,0
71	714.0 ARTRITE REUMATOIDE	15	1	12,06	1,00	2	117,2
72	715.26 ARTROSI SECONDARIA GINOCCHIC	1	1	3,16	3,00	0	,0
73	715.96 GONARTROSI SX	103	6	82,59	1,00	0	,0
74	716.9 REUMATISMO ARTICOLARE CRONII	35	2	17,20	0,00	0	,0
75	719.48 GONALGIA SX	80	3	53,99	1,00	1	133,2
710 ARTROPATIE E DISTURBI CORRELATI (710-				181,16			250,4
76	722.10 LOMBOSCIATALGIA SX	173	0	,00	0,00	2	158,2
77	724.2 SINDROME DA LOMBALGIA CRONIK	415	2	13,09	0,00	0	,0
78	724.3 SCIATICA < SCIATALGIA >	93	0	,00	0,00	1	133,2
720 DORSOPATIE (720-724)				13,09			291,4
79	726.2 SPALLA DOLOROSA	209	1	6,30	0,00	2	44,1
80	729.0 FIBROMIALGIA	31	2	25,20	1,00	0	,0
725 REUMATISMO, ESCLUSE LE FORME DORS,				31,50			44,1
81	733.0 OSTEOPOROSI	91	1	17,10	0,00	0	,0
730 OSTEOPATIE, CONDRPATIE E DEFORMIT				17,10			0,0
710 MALATTIE DEL SISTEMA OSTEOMUSCOLARE				242,85			585,9
740 MALFORMAZIONI CONGENITE (740-)							
				1247	21		
Dr. Roberto Nasorri Largo Trasimeno, 3 48 E-mail: robertonasorri@libero.it							

AGENDA

1. Analisi qualitativa
2. Analisi quantitativa
- 3. Le scale del dolore**

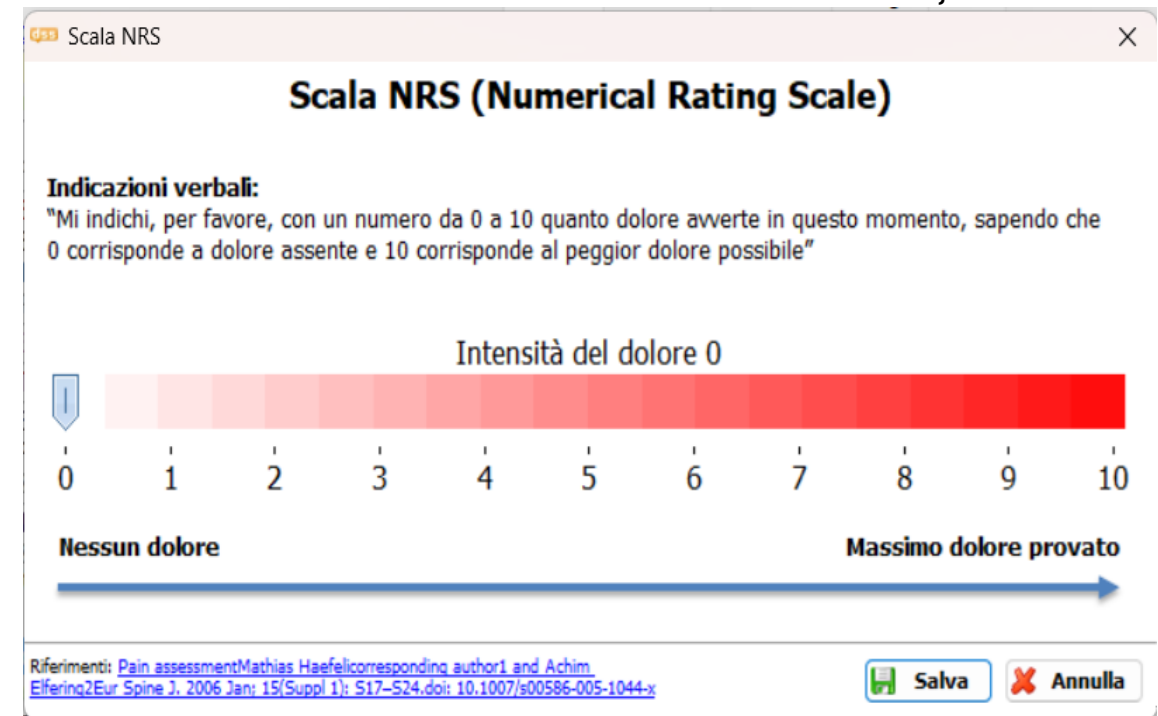
Le scale del dolore in medicina generale – Spiegazione semplice e chiara

In medicina generale il dolore viene spesso valutato tramite **scale standardizzate** che aiutano medici e pazienti a comunicare meglio l'intensità e le caratteristiche del dolore. Sono strumenti **descrittivi**, non diagnosi.

◆ 1. Scala Numerica del Dolore (NRS – Numeric Rating Scale)

La più comune.

- Il paziente valuta il dolore da **0 a 10**
 - **0** = nessun dolore
 - **10** = dolore peggiore immaginabile
- Veloce e utile in quasi tutti i contesti.



Scala NRS

Scala NRS (Numerical Rating Scale)

Indicazioni verbali:
"Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggior dolore possibile"

Intensità del dolore 0

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore Massimo dolore provato

Riferimenti: [Pain assessment Mathias Haefelcorresponding author1 and Achim Elfering2Eur Spine J. 2006 Jan; 15\(Suppl 1\): S17-S24.doi: 10.1007/s00586-005-1044-x](#)

Salva Annulla

◆ 2. Scala Visiva Analogica (VAS – Visual Analog Scale)

- Una linea di 10 cm senza numeri.
- Il paziente segna un punto sulla linea: la distanza indica l'intensità del dolore.
- Molto precisa ma richiede una spiegazione e strumenti.

Visual Analogue Scale (VAS)



◆ 3. Scala Verbale del Dolore (VRS – Verbal Rating Scale)

Il paziente sceglie una descrizione:

- nessun dolore
- lieve
- moderato
- forte
- molto forte
- insopportabile

Utile per anziani o persone che trovano difficile il punteggio numerico.

C) scala di valutazione verbale (VRS)

Scala Unidimensionale



VANTAGGI:

- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N°di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare)

SVANTAGGI:

- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N°di intervalli minori rispetto alla VAS

◆ 4. Scale multidimensionali

Valutano non solo l'intensità, ma anche:

- qualità del dolore
- durata
- impatto su sonno, umore, attività

Esempi:

- McGill Pain Questionnaire
- Brief Pain Inventory

PAIN

Durata del dolore:
Da quanto tempo? N° di: ☐ Giorni ☐ Settimane ☐ Mesi ☐ Anni ☐ Non valutabile

E' la prima volta che ha avvertito il dolore in questa sede: ☐ Sì ☐ No

Ha assunto in modo autonomo farmaci per questo dolore: ☐ Sì ☐ No

Con periodi di remissione completa senza l'assunzione di farmaci ? ☐ Sì ☐ No

Tipologia:
Localizzato: ☐ Sì ☐ No Irradiato neurologico: ☐ Sì ☐ No

Frequenza:
Poche volte (≤ 3) ☐ al dì ☐ alla settimana ☐ al mese ☐ all'anno ☐ continuo
Più volte (> 3) ☐ al dì ☐ alla settimana ☐ al mese ☐ all'anno ☐ non valutabile

Tipo di dolore:
☐ Nocicettivo somatico ☐ Meccan.-Strutt.
☐ Nocicettivo viscerale ☐ Break-Trough
☐ Neuropatico ☐ S. dolorosa mista

Ipersens. Spinale:
☐ Presente
☐ Assente

Massima intensità algica:
☐ Mattino
☐ Pomeriggio / Sera
☐ Notte
☐ Senza Variazioni

Intensità del dolore:
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Tollerabilità:
☐ Molto tollerabile
☐ Tollerabile
☐ Poco tollerabile
☐ Insopportabile

Problemi a svolgere le attività quotidiane:
☐ Nessuno
☐ Pochi
☐ Qualche volta
☐ Molti
☐ Da non riuscire a fare niente

Giudizio globale sul dolore nel periodo intercorso dall'ultimo controllo:
☐ Risolto ☐ Deceduto
☐ Migliorato ☐ Stazionario
☐ Peggiorato ☐ Non valutabile
☐ Trasferito

☐ Chiusura indagine

OK **Annulla**

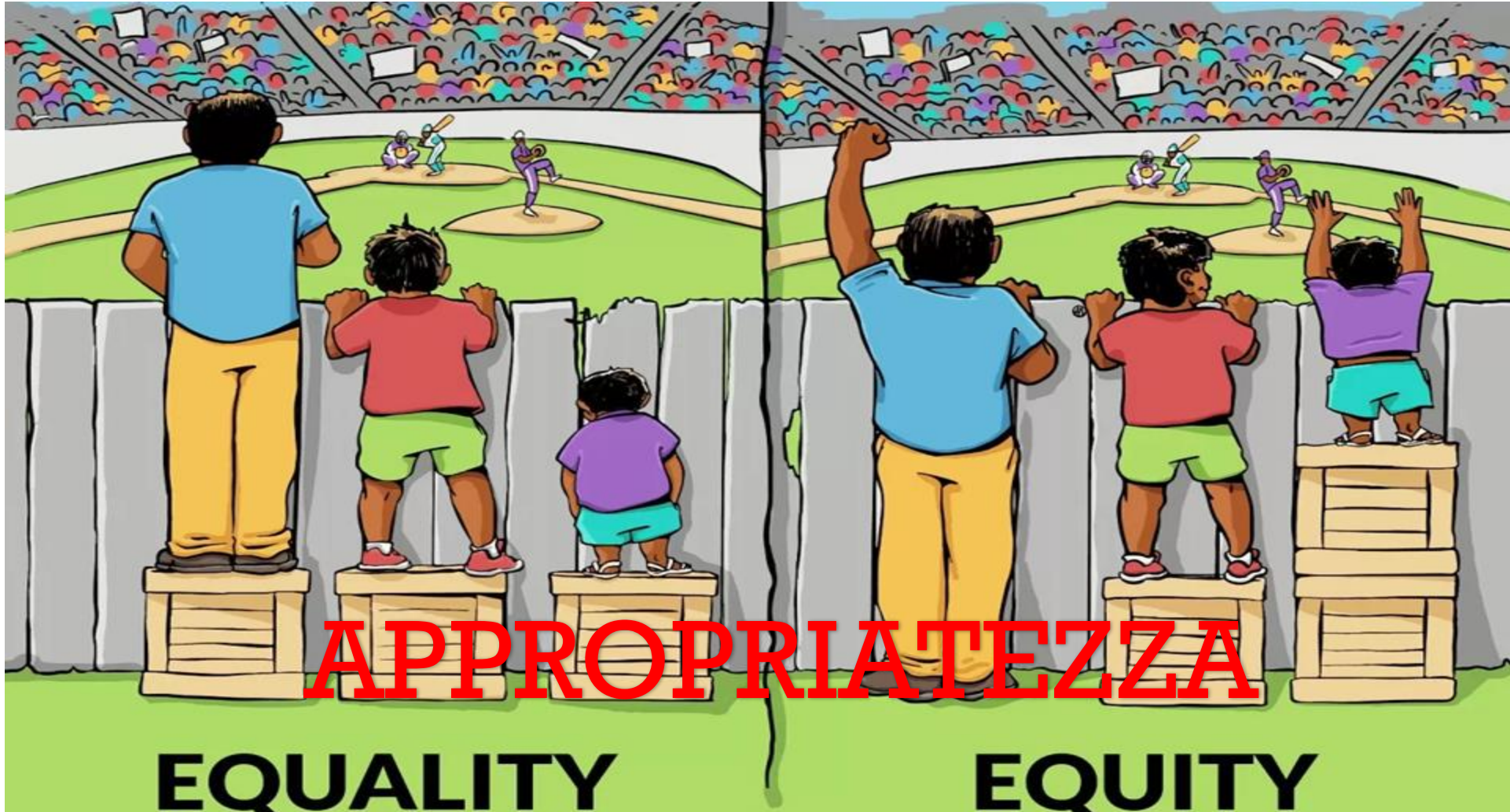


Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

25-28 NOVEMBRE 2025
AREZZO FIERE E CONGRESSI

20 Years
2005-2025





GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE