



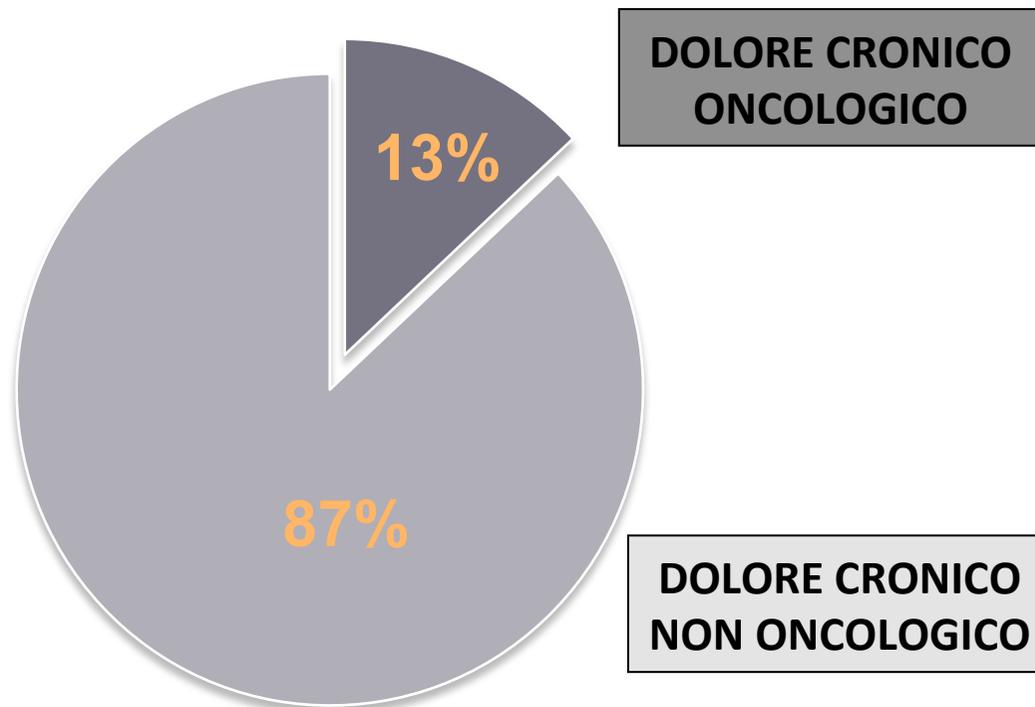
**Il dolore
muscolo-
scheletrico**

**Dimensione
del problema**

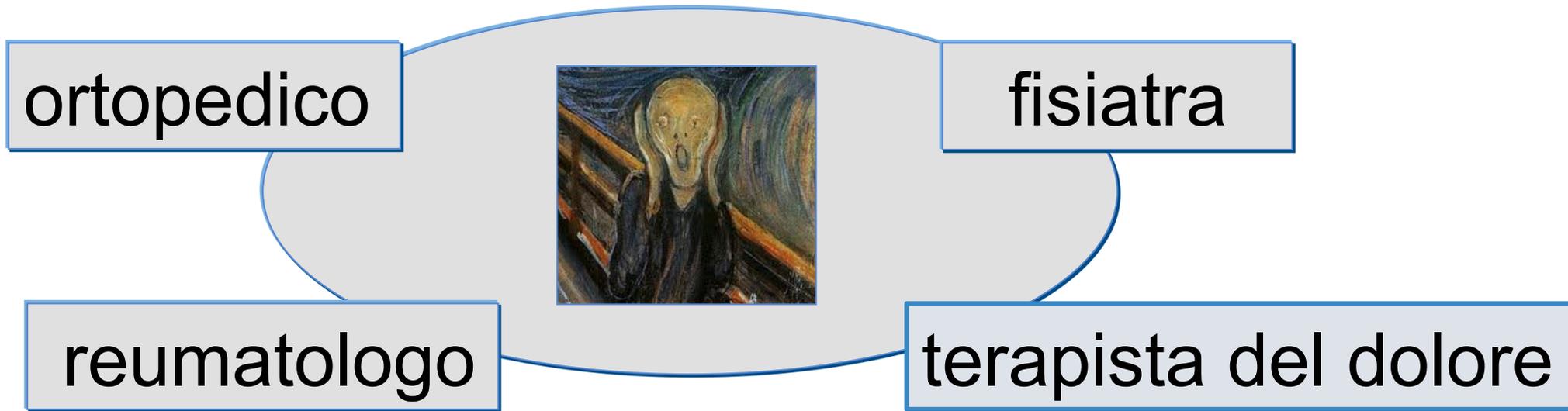
Maria Grazia Manfredi

Dolore cronico

46.394 pazienti con dolore cronico negli ambulatori generalisti di 15 Stati Europei ed Israele

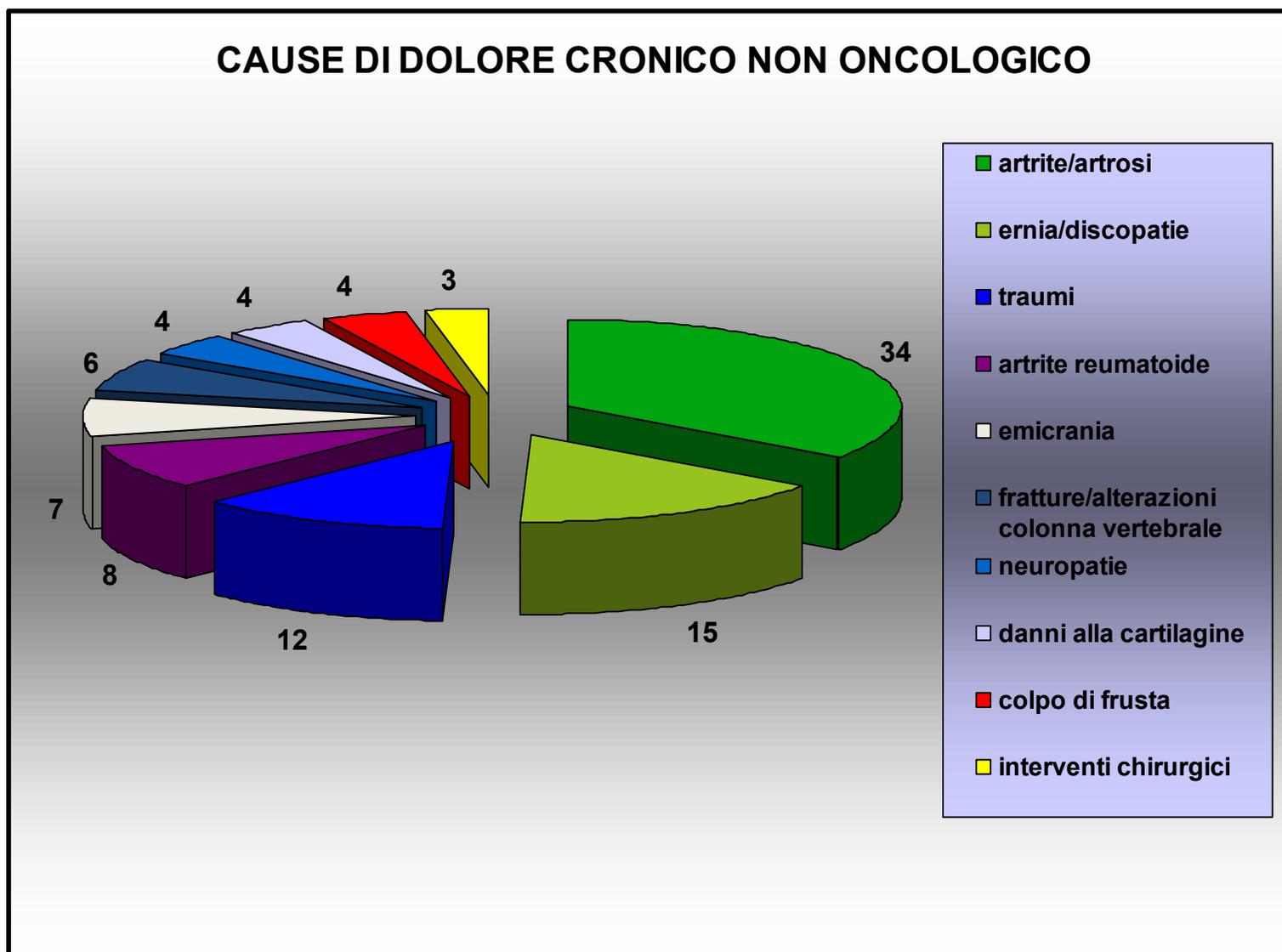


Dolore muscoloscheletrico cronico



è causa frequente di consultazione dello specialista territoriale da parte del MMG

In Italia le patologie muscolo-scheletriche sono le principali cause di dolore cronico non oncologico



26% → 74

TELA DELLA SALUTE E ACCESSO ALLE CURE

no 2013

PROSPETTO 1. POPOLAZIONE E PERSONE DI 65 ANNI E PIÙ PER TIPO DI MALATTIA CRONICA DICHIARATA E SESSO. Anni 2005 e 2013, tassi standardizzati per 100 persone

TIPO DI MALATTIA CRONICA	Popolazione		Persone di 65 anni e più					
	2005	2013	2005			2013		
			Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Iperensione arteriosa	14,5	17,1	36,4	44,0	40,3	45,8	50,9	40,1
Artrosi, artrite	19,8	16,2	52,8	61,1	57,1	38,9	59,4	49,4
Malattie allergiche	10,6	13,7	6,5	9,4	8,0	8,9	11,8	10,4
Cefalea o emicrania ricorrente	7,8	10,8	4,9	11,5	8,3	7,1	14,6	11,0
Osteoporosi	5,4	6,8	5,0	29,4	17,5	8,1	39,5	24,2
Diabete	4,9	5,6	14,7	14,9	14,8	18,3	16,8	17,6
Ansia o Depressione	5,5	5,5	7,8	16,5	12,2	9,0	16,7	13,0
- Ansietà cronica	-	3,0	-	-	-	4,5	9,9	7,3
- Depressione	-	4,3	-	-	-	7,0	13,0	10,1
Asma	3,7	4,3	7,9	6,0	6,9	6,9	6,2	6,5
Bronchite cronica, enfisema	5,1	3,9	19,1	12,2	15,5	14,3	9,7	11,9
Celiachia	-	0,5	-	-	-	0,1	0,3	0,2
Infarto del miocardio	2,0	2,0	9,8	4,1	6,9	10,0	3,9	6,9
Angina pectoris	0,8	0,7	2,8	2,5	2,6	2,9	1,9	2,4
Altre malattie del cuore	3,5	4,0	11,9	11,9	11,9	13,6	12,6	13,1
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,4	5,8	4,2	5,0	5,8	4,9	5,3
Insufficienza renale cronica	-	1,3	-	-	-	5,2	4,0	4,6
Malattie della tiroide	3,3	5,0	1,7	7,3	4,6	2,8	13,0	8,1
Disturbi comportamento alimentare	-	0,5	-	-	-	0,5	0,7	0,6
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8
Tumore maligno	1,0	1,6	3,1	2,3	2,7	5,3	4,0	4,6
Parkinsonismo	0,4	0,4	1,9	1,5	1,7	1,6	1,8	1,7
Alzheimer, demenze senili	0,6	0,9	2,1	2,9	2,5	3,1	5,1	4,1
Altra malattia cronica	3,7	2,9	6,1	5,3	5,7	4,6	3,6	4,1



49,4%

Artrosi,
artrite

Patologie più frequentemente riferite

Donne > 65 anni

- **artrosi/artrite (59,4%)**
- ipertensione (50,9%)
- osteoporosi (39,5%)
- diabete (16,8%)
- ansia/depressione (16,7%).

Uomini > 65 anni

- ipertensione (45,8%)
- **artrosi/artrite (38,9%)**
- diabete (18,3%)
- bronchite cronica/enfisema (14,3%)
- infarto (10%)
- altre patologie cardiache (13,6%)

Sedi più frequentemente coinvolte

- regione lombare (30%)
- anca, collo, spalle (con frequenza simile che si attesta al 25% circa)
- ginocchio (24%)

(Mac Farlane GJ, et al. Br J Pain 2015; 9:203–12)

Il dolore localizzato in alcune sedi corporee (arti inferiori) tende ad aumentare in termini di frequenza col passare degli anni

(Dionne CE et al. Age Ageing 2006;35: 229–34)

Dolore lombare

Negli Stati Uniti (età < 45 anni) :

- **causa più frequente di limitazione delle attività**
- **secondo motivo più frequente di visita medica**
- **terza causa di intervento chirurgico**
- **quinta causa di ricovero**

I dati dei Paesi europei sono simili, con prevalenze che variano dal 12 al 35% (a seconda dei vari studi) e con un numero assai rilevante di giornate lavoro perse per questa singola causa.

Gunnar B J Andersson Epidemiological features of chronic low-back pain, Lancet 1999 Aug 14; Vol. 354 (9178), pp. 581-5

Dolore muscoloscheletrico: impatto economico rilevante

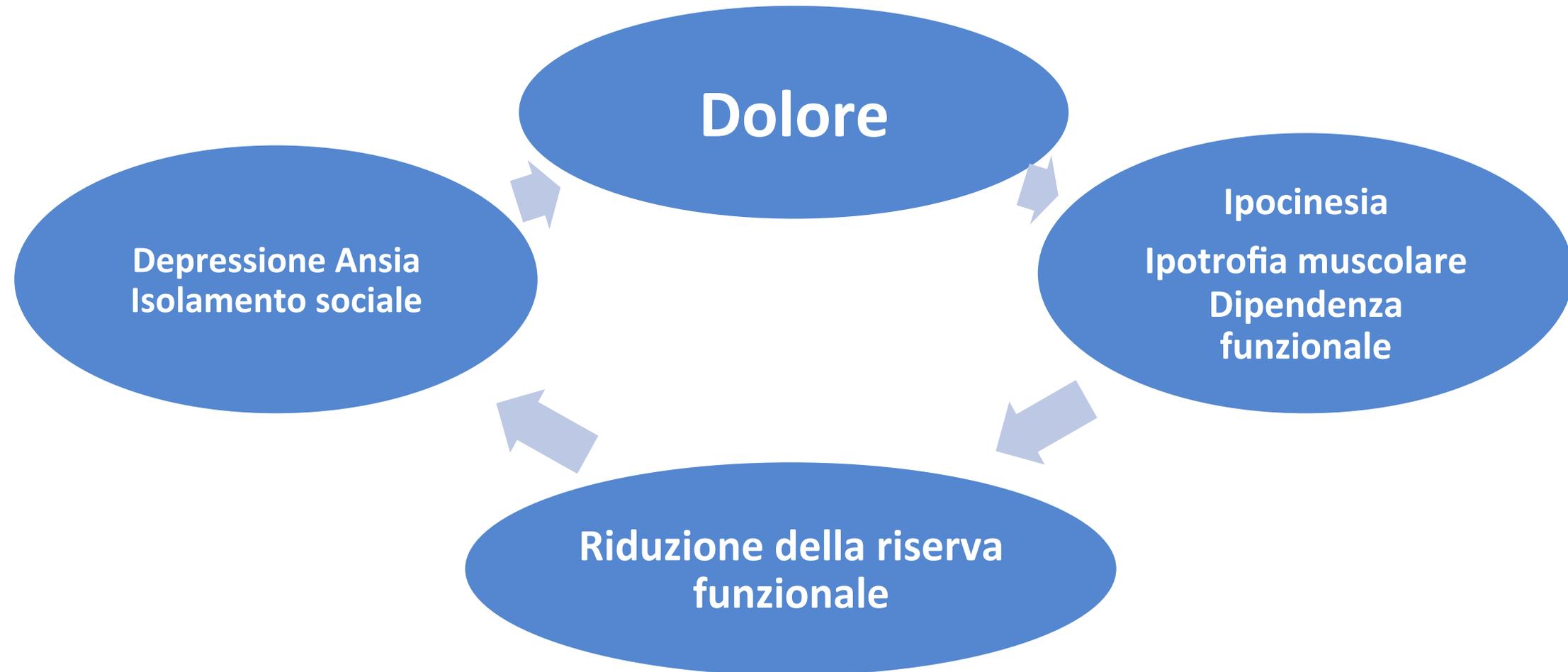
- **Costi diretti** per diagnosi e terapia
- **Costi indiretti** per la perdita di produttività causata da assenze per malattia ed eventuali cambiamenti di mansione
- INAIL: le patologie croniche del rachide sono il **primo** motivo di richiesta di non idoneità parziale al lavoro specifico, fino arrivare nei casi più gravi alle condizioni di invalidità permanente
- Circa 30 milioni le **ore di lavoro perse** ogni anno

Principali patologie croniche per fascia di età in pazienti non istituzionalizzati*

<i>Patologia</i>	<i>45-65 anni</i>	<i>65-75 anni</i>	<i>>75 anni</i>
Osteoarticolare	25,3%	43,7%	55,4%
Ipertensione	22,9%	38,3%	37,5%
Cataratta	1,6%	10,7%	23,4%
Ipoacusia	12,7%	23,9%	36,0%
Cardiovascolare	11,9%	23,1%	35,3%
Diabete	5,8%	8,9%	8,5%

*ISTAT 2001

Dolore muscoloscheletrico nell'anziano



I

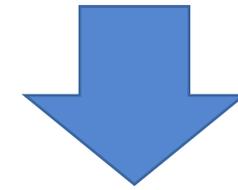
Manifestazioni di dolore in presenza di compromissione cognitiva

Espressioni facciali	Mimica sofferente
Cambiamento di umore	Lamentosità, pianto, ansia, irrequietezza e irritabilità, isolamento, riduzione comunicazione, insonnia
Confusione mentale	Disorientamento, scarsa attenzione
Peggioramento funzionale	Rigidità muscolare, rifiuto del movimento, permanenza a letto
Cambiamento alimentare	Inappetenza
Turbe neurovegetative	Pallore cutaneo, sudorazione, nausea e vomito

Dolore muscoloscheletrico nell'anziano



**politerapie in soggetti
anziani**



**aumento del rischio della
comparsa di effetti
collaterali e di interazioni
farmacologiche negative.**

The management of chronic osteoarticular pain in outpatient: results of Ason audit

Summary

The management of the patient with chronic osteoarticular pain requires a multidisciplinary approach and a comprehensive clinical evaluation. 30 specialists (orthopedic, rheumatologists, physiatrists), members of the national association of osteoarticular specialists (ASON), after a specific training, have adopted a standard medical record designed for the management of osteoarticular pain in outpatient. In a subsequent audit carried out on 888 medical records has been detected that the diagnostic-therapeutic approach improves with the use of a clinic folder. The complete compilation of medical records can also promote the sharing of diagnostic and therapeutic path with other health personnel and resulting in greater efficiency and continuity of care. ASON suggests to accelerate the use of electronic tools for share with other specialists the care pathways of osteoarticular pain.

Mammucari M, Gigliotti S, Pucino A; et al The management of chronic osteoarticular pain in outpatient: results of Ason audit. Trends Med 2015; 15 (1):17-21.

©2015 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Massimo Mammucari¹, Sergio Gigliotti², Angelo Pucino³, Maria Capezza⁴, Giuseppe Santè² on behalf of the ASON study Group

¹Specialista farmacologica, Assistenza primaria, ASL Roma E

²Specialista ortopedico ASL NA 1, Napoli

³Specialista reumatologo ASL Na 1, Napoli

⁴Specialista fisioterapia ASL Na 3, Napoli

Gruppo di ricerca ASON

Amorico Gaetano (NA), Bartoletti Maria Gabriella (CS), Boccaccio Salvatore (SR), Bonavolontà Angelo (NA), Califano Enrico (NA), Cesari Lucia (RM), Coli' Giuseppe (LE), Colombo Stefano Pierluigi (MI), Corsello Calogero (AG), Corsi Claudio (RM), Della Marta Maria Elisa (PV), Denaro Salvatore (SR), Di Bella Enzo (AG), Di Bisceglie Luigi (BA), Franchini Cristina (BO), Gigliotti Pietro (CS), Masuccio Fabio Giuseppe (VC), Mir Djahanbakhsh Langroodi Mir Hasan (MI), Piredda Salvatore (OR), Putaggio Giacomo (TO), Romeo Pietro (VA), Sirianni Giuseppe (KR), Tercon Mauro (RN), Tricarico Arturo (NA), Vian Alessandra (TV)

Introduzione

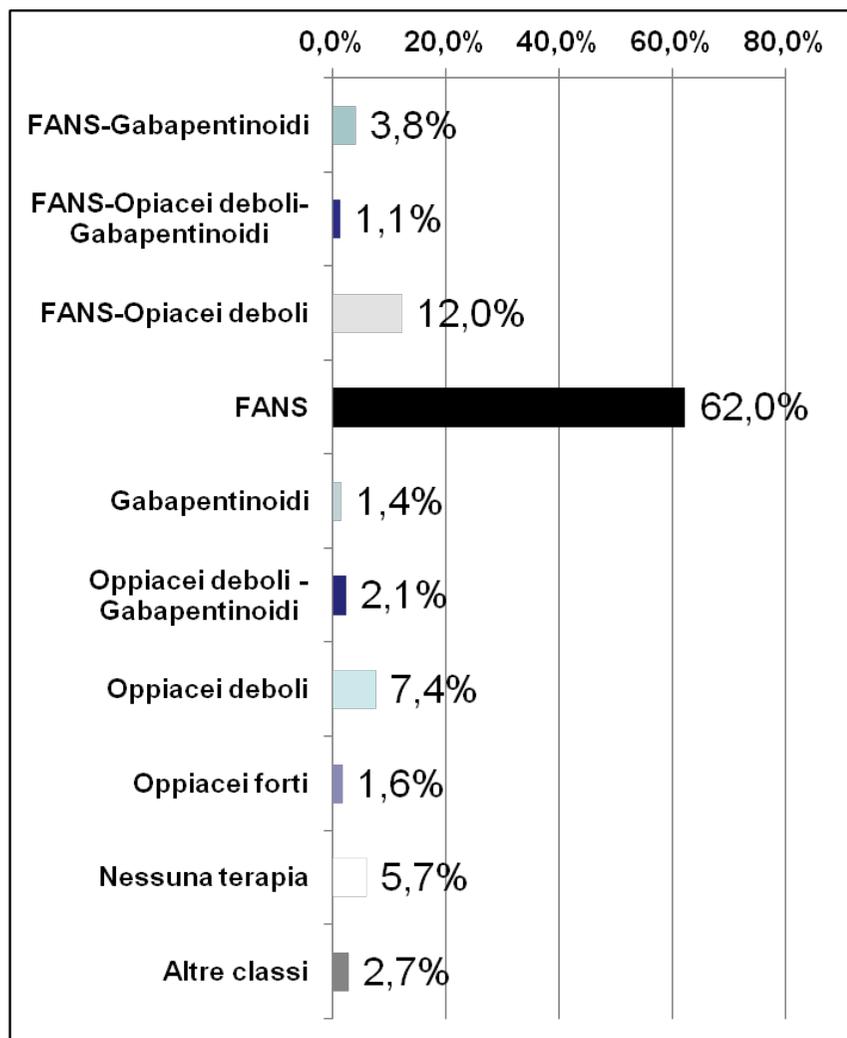
Il dolore osteoarticolare (DOA) rappresenta una delle principali ragioni di consulto specialistico ambulatoriale, di indagini strumentali e costi diretti ed indiretti. In Italia, il costo totale del dolore cronico ammonta a circa 36,4 miliardi di euro ogni anno (dati ISTAT 2013). Recenti indagini evidenziano sia in ambito ospedaliero che territoriale una alta incidenza di DOA¹⁻³.

Tuttavia, grazie alla legge n. 38 (15 Marzo 2010) si assiste a un cambiamento dell'approccio clinico al paziente con dolore cronico nei vari ambiti clinici, ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

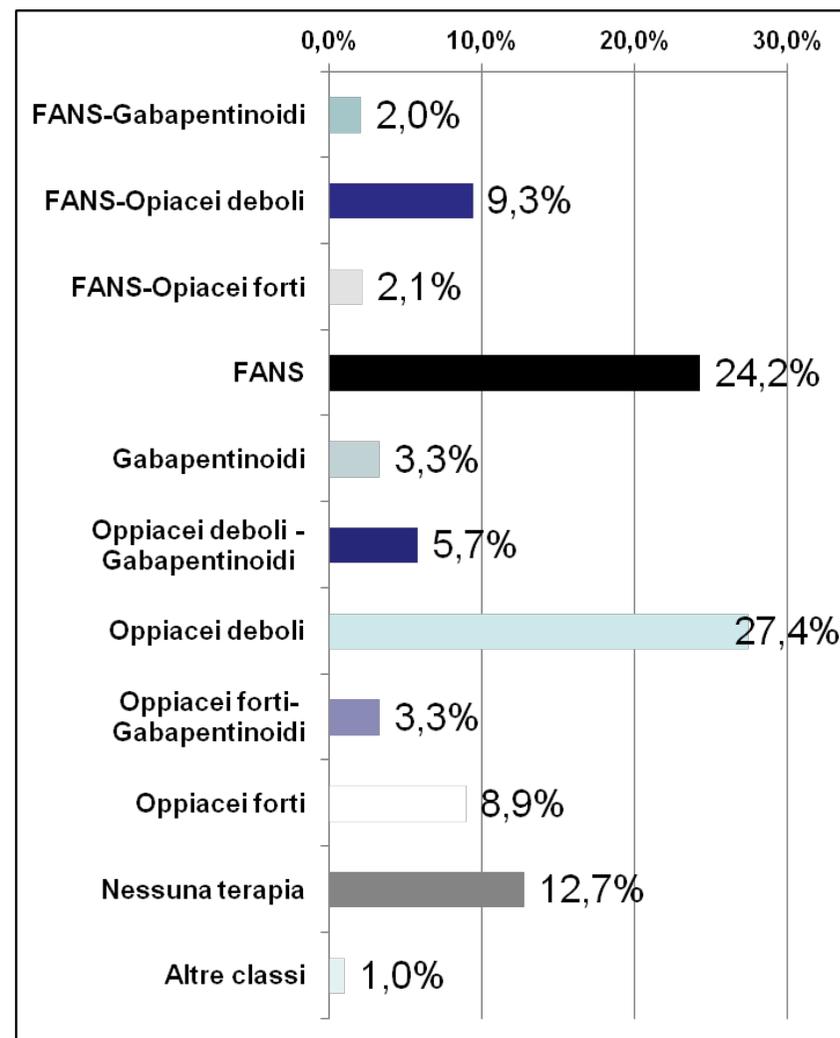
Un esame clinico più approfondito delle caratteristiche del dolore, durante la visita, ha contribuito a modificare sostanzialmente l'atteggiamento prescrittivo

terapia farmacologica

basale



dopo la visita





Grazie