



Società Italiana di Reumatologia

## Linee guida per la valutazione del dolore cronico muscoloscheletrico

2004

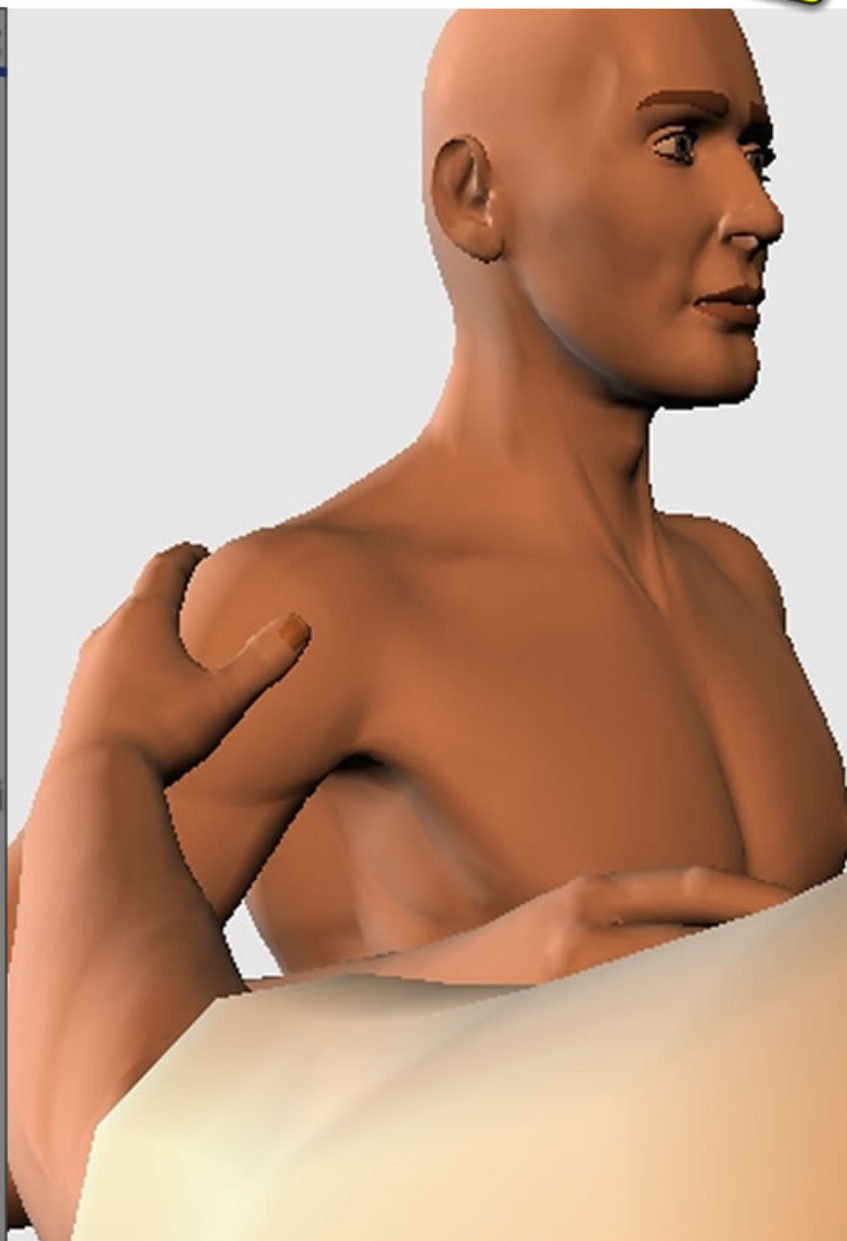
febbraio

a cura di: Fausto Salaffi e  
Gianfranco Ferraccioli

Versione  
On-Line

main topics :

- > Scale di valutazione verbale
- > Scale di valutazione numerica
- > Scale analogiche visive
- > Scale cromatiche visive
- > Metodo dei questionari e dei diari clinici
- > Bibliografia
- > Risorse on-line



**Comitato Esecutivo SIR per lo sviluppo  
delle Linee Guida del Dolore Cronico  
Muscoloscheletrico**

**Fausto Salaffi, Gianfranco Ferraccioli, *per conto del Gruppo di Studio S.I.R.  
del Dolore Cronico Muscoloscheletrico***



## Introduzione

*“La liberazione dal dolore è da considerarsi un diritto di ogni paziente e l'accesso alla relativa terapia un mezzo per rispettare tale diritto”. (OMS, 1990)*

Secondo la dichiarazione dell'*European Federation of LAMP Chapters (EFIC)*, il dolore rappresenta un problema sanitario rilevante in Europa. Anche se il dolore acuto può essere ragionevolmente considerato un sintomo di malattia o di lesione, il dolore cronico e ricorrente è un problema sanitario specifico, una malattia in sé e per sé”.



### HIGHLIGHTS

***Il 30% della popolazione adulta risulta affetto da dolore cronico e in circa nei 2/3 dei casi esso è secondario ad affezioni muscolo-scheletriche.***

Il dolore in corso di malattie reumatiche (MR) assume un ruolo primario, non solo come indice di attività e di severità di malattia, ma anche nel contesto di una valutazione prognostica a lungo termine, condizionando le richieste assistenziali da parte del paziente (numero di visite, rischio di ospedalizzazione, richiesta di farmaci) e determinandone compliance e

grado di soddisfazione nei confronti del trattamento (1-9).

Studi di comunità indicano che, in media, il 30% della popolazione adulta risulta affetto da dolore cronico e che in circa nei 2/3 dei casi esso è secondario ad affezioni muscolo-scheletriche (5, 10-31) (Tabella 1). Tale prevalenza aumenta progressivamente nel soggetto anziano, raggiungendo tassi superiori al 40% nei pazienti con età > 65 anni (22,28,32,33). L'evidente variabilità, riscontrata negli studi epidemiologici, è riconducibile alla diversa metodologia applicata (intervista telefonica, colloquio faccia-a-faccia, invio postale di questionari autosomministrati, valutazione clinica per conferma diagnostica), alla tipologia del dolore cronico, alle caratteristiche della popolazione studiata ed alla non univoca definizione temporale di dolore cronico. In passato, il dolore veniva definito cronico quando durava almeno sei mesi; oggi tale limite temporale è stato fissato a 3 mesi e il dolore viene definito cronico “*se dura più del previsto ed è correlato a patologia progressiva non neoplastica*” (20,33).

## IMPATTO E CONSEGUENZE

E' ben noto come l'esperienza del dolore cronico muscolo-scheletrico determini significativi riflessi sulla sfera cognitiva, affettiva e soprattutto su quella comportamentale (comportamento espressivo e motorio, turbe del sonno, interazioni sociali e familiari, dipendenza eccessiva dalla famiglia e dai "caregivers", farmacodipendenza, disturbi affettivi, irritabilità, livelli di attività e conseguenze socio-economiche e lavorative), comportando una profonda mutazione della qualità della vita del paziente (3,5,8,9,18,21,27,34). Tale stile maladattivo nell'affrontare la propria condizione morbosa viene denominato "comportamento anomalo di malattia", ed è inteso come una modalità di malapprendimento nel percepire, valutare ed agire in rapporto

al proprio stato di salute.

Dati della letteratura hanno documentato che i costi sociali complessivi (costi dei servizi sanitari e dei farmaci, assenteismo dal lavoro e turbative sul posto di lavoro, mancato



### HIGHLIGHTS

I costi sociali diretti ed indiretti del dolore cronico sono addirittura superiori a quelli rilevati in corso di neoplasie, malattie cardiovascolari e AIDS.

guadagno, improduttività nell'economia e a casa, oneri finanziari per la famiglia, per gli amici e per i datori di lavoro, costi per indennizzi al lavoratore e pagamento degli oneri previdenziali) del dolore cronico sono addirittura superiori a quelli rilevati in corso di neoplasie, malattie cardiovascolari e AIDS (35,36).

**Tabella 1.**

Prevalenza del dolore cronico muscolo-scheletrico: sinossi degli studi pubblicati

<i>Autore</i>	<i>Anno</i>	<i>Prevalenza</i>
Cunningham & Kelsey	1984	32.6%
Sternback et al.	1986	45%
Magni et al.	1990	21.8%
Badley & Tennant	1992	24%
O'Reilly et al.	1998	28.7%
Urwin et al.	1998	47%
Elliott et al.	1999	31.8%
Hagen et al.	2000	45%
Cimmino et al.	2001	27%
Leveille et al.	2001	24%
Català et al.	2002	18.3%
Picavet et al.	2003	44.4%



## **Valutazione del dolore cronico muscoloscheletrico**

**I**l considerevole impatto del dolore cronico muscolo-scheletrico sul paziente, le complesse interrelazioni sullo stato psico-affettivo e le rilevanti conseguenze socio-economiche, comportano l'esigenza di una valutazione globale dello stato di salute del paziente, che tenga conto, non solo delle caratteristiche cliniche e temporali del dolore, ma anche degli esiti più rilevanti ad esso correlato, come il benessere fisico, mentale e sociale (37). In questo senso, le linee guida proposte dall'European League Against Rheumatism (EULAR) (38) e dalla Food and Drug Administration (FDA) (39), o le raccomandazioni emerse nel corso delle consensus conference "Testing Slow Acting Drugs in Osteoarthritis" (SADOA) (40) e "Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials (OMERACT III) (41), successivamente ratificate dall'Osteoarthritis Research Society International Task Force (OARS) (42) e dall'American Pain Society (APS) (43), tengono conto di questi differenti aspetti ed includono, fra i parametri di risposta al trattamento, non solo la valutazione del dolore ma anche l'impatto che esso determina sulla disabilità fisica e lavorativa e sulla qualità della vita.



### **HIGHLIGHTS**

La scala di valutazione numerica (NRS) è strumento che ha mostrato le migliori performance per la misurazione ed il monitoraggio dell'intensità del dolore.

Il crescente riconoscimento dell'opinione del paziente circa gli effetti degli interventi di assistenza sanitaria e dell'impatto del dolore cronico sullo stato di salute ha favorito lo sviluppo di scale e di questionari orientati alla valutazione dei suoi effetti disabilitanti e sulla compromissione della qualità della vita, che hanno trovato un crescente impiego in ambito reumatologico.

### **SCALE DI VALUTAZIONE DEL DOLORE**

L'introduzione delle scale di valutazione verbale e numeriche (verbal rating scales e numerical rating scales) rappresenta il primo passo nello studio della componente soggettiva del dolore (Fig. 1a-d).

### **SCALE DI VALUTAZIONE VERBALE**

Delle scale verbali di valutazione la più semplice è la scala nominale, con categorie definite da 4, 5, 7 o più attributi ordinati in sequenza crescente; dal dolore meno intenso al dolore più forte. L'uso di una tale scala, ad esempio con quattro categorie (1=dolore nullo; 2=lieve; 3=moderato; 4=severo), semplice e rapida da un lato, comporta, tuttavia, una scarsa sensibilità nel rilevare le modeste variazioni del sintomo dolore; inoltre, non è possibile quantificare l'entità della differenza tra i termini descrittivi del dolore (Fig. 1a).

### **SCALA DI VALUTAZIONE NUMERICA**

La scala numerica (Numerical Rating Scale – NRS), consiste in una successione numerica, generalmente, da 0 (assenza di dolore) a 10 (il più forte

dolore immaginabile) (Fig. 1b). Per molteplici ragioni, è lo strumento che ha mostrato le migliori performance per la misurazione ed il monitoraggio dell'intensità del dolore. In particolare:

- I dati in letteratura dimostrano l'affidabilità e la validità dell'NRS come indice di valutazione dell'intensità e della severità del dolore;
- In numerosi studi, l'NRS si è dimostrato uno strumento valido sia nel dolore acuto che nel cronico neoplastico e non-neoplastico;
- E' di semplice utilizzo per il personale sanitario, e non presenta particolari difficoltà di comprensione da parte dei pazienti, anche in quelli più anziani;
- Può essere proposta verbalmente e non richiede particolari apparecchiature.

La NRS può essere somministrata adottando differenti strategie (ausili visivi, pittogrammi, regoli con cursore, moduli cartacei, sistemi computerizzati), a seconda le particolari situazioni cliniche. Il metodo validato di somministrazione della NRS prevede che lo strumento venga proposto (verbalmente o visivamente) con il seguente scenario:

*“Su di una scala da zero a dieci, dove zero rappresenta l'assenza di dolore, e dieci il peggior dolore possibile, qual è il Suo livello di dolore in questo momento?”.*

Un elemento di confusione per il paziente potrebbe presentarsi qualora avvertisse dolore in più di un distretto, e dovesse pertanto stabilire il dolore da enfatizzare o minimizzare per esprimere un punteggio di NRS. E' compito del medico invitare il paziente a fare una stima globale del proprio dolore, tenendo conto di tutti i distretti ed esprimendo, quindi, un giudizio di “media”.



## HIGHLIGHTS

### Suggerimenti per un corretto utilizzo della scala numerica del dolore (NRS)

- Dare al paziente un tempo sufficiente per valutare correttamente il proprio dolore;
- Garantire un ambiente tranquillo, riservato e privo di distrazioni;
- Mettere a disposizione ausili che aumentino l'accettabilità e la comprensione dello strumento (es. utilizzare caratteri sufficientemente grandi nei modelli cartacei, pittogrammi anatomici semplificati, etc.);
- Parlare lentamente, in modo chiaro e con un tono adeguato;
- Coinvolgere e sensibilizzare i familiari e/o chi presta assistenza domiciliare al malato;
- Istruire il paziente all'utilizzo autonomo della NRS;
- Spiegare le finalità e le modalità di utilizzo della NRS ad ogni nuova somministrazione;
- Presentare lo strumento sempre con le medesime modalità e sotto la stessa forma;
- Qualora il paziente trovasse difficoltà nell'utilizzo della NRS secondo una determinata modalità, ad esempio con il modello cartaceo, provare ad utilizzare metodi alternativi, (es. somministrazione verbale, ausili computerizzati ecc.)

### SCALA ANALOGICA VISIVA

Una misura continua e più diretta è costituita dalle scale visive analogiche in cui la risposta del paziente viene espressa su una scala grafica continua (49). Fra le metodiche di valutazione visive ha avuto grande diffusione la "scala analogica visiva" (visual analogue scale - VAS) di Scott e Huskisson (44), introdotta, principalmente per superare i limiti delle scale descrittive. Questa scala continua, costituita da un segmento di retta (generalmente della lunghezza di 10 cm), alle cui estremità sono normalmente ancorate le indicazioni "assenza di dolore" e "il più forte dolore immaginabile" (Fig 1c), non presenta

problemi di tipo semantico e consente al paziente un numero di scelte teoricamente infinito. Il suo utilizzo é, inoltre, confortato dalla riproducibilità, dalla maggiore precisione e dal buon grado di correlazione che questa scala razionale ha nei confronti delle altre scale categoriali. Si deve, tuttavia,



## HIGHLIGHTS

Nell'ambito di un corretto approccio, deve essere valutato l'impatto del dolore sulla compromissione funzionale, in termini di limitazione delle attività della vita quotidiana e lavorativa e sulla qualità della vita.

considerare che una quota non trascurabile di pazienti, specie se anziani e/o con basso livello di scolarità, possono incontrare difficoltà nell'esprimere l'intensità di una sensazione su una scala analogica, attraverso un procedimento psichico certamente più complesso rispetto all'espressione verbale.

La critica principale alla scala analogica resta, tuttavia, quella che, come le precedenti, opera una ipersemplificazione del problema dolore, in quanto ne misura solo l'aspetto unidirezionale e cioè l'intensità. La necessità di apporre una crocetta nel punto voluto o di far scorrere un cursore implicano, inoltre, il possesso di una buona coordinazione motoria ed acuità visiva. L'utilizzo consensuale di elementi grafici o di pittogrammi di riferimento come per esempio le Faces Pain Rating Scales, migliora la comprensibilità del metodo, soprattutto negli anziani con bassa scolarità.

### SCALE CROMATICHE VISIVE

Ulteriori tentativi per risolvere tali problemi, in particolare sul versante

psicologico, sono stati operati integrando il test di Scott-Huskisson (44) con scale cromatiche, opportunamente adattate e semplificate, comunemente utilizzate in psichiatria. Tra queste metodiche visive il test acromatico di Vaona o test dei grigi (45) (Fig 1d) e la scala cromatica analogica continua (46), in cui la scala analogica é sostituita da una striscia colorata sfumata in rosso, montata su un regolo, hanno dimostrato qualche vantaggio pratico nei pazienti con ridotte performance psicomotorie, come quelli dell'immediato periodo post-operatorio, ma sono risultate carenti nel riflettere la complessa organizzazione dei sistemi sensoriali, affettivi e cognitivi.

### METODO DEI QUESTIONARI E DEI DIARI CLINICI

L'interpretazione del "linguaggio del dolore", proposta da Melzack, rappresenta uno sforzo suggestivo ed un notevole progresso nell'esplorazione della gamma di espressione semantica degli stati dolorosi. La possibilità di quantificare il dolore attraverso il rapporto verbale ha condotto ad una evoluzione di tale approccio, fino alla formulazione definitiva del "questionario algologico McGill" (McGill Pain Questionnaire-MPQ) (47,48). Il questionario é costituito, anche nella versione italiana (56), da 78 descrittori del dolore, ognuno dei quali possiede, oltre alla connotazione qualitativa, anche un preciso valore di intensità (valori di scala e valori di rango) (48). Tali termini, vengono raccolti in 20 raggruppamenti (sottoclassi), a loro volta distinti in quattro classi principali che definiscono le dimensioni dell'esperienza algica: la classe somatica, la classe affettiva, la classe valutativa e la classe miscelanea (48). Dalla valutazione integrata dei vari indici del MPQ si possono trarre informazioni sul livello di dolore (pain rating index), sui caratteri temporali, sulle

caratteristiche del linguaggio (parole di costellazione e numero delle parole scelte) ed anche sulla partecipazione emotiva del soggetto (47,48).

Nell'ambito di un corretto approccio alla valutazione del dolore cronico muscolo-scheletrico, devono, inoltre, essere attentamente considerati :

- la variabilità interindividuale della risposta nocicettiva in base alle differenze di personalità, allo stato psico-affettivo ed in relazione all'osservazione sistematica del comportamento di doglianza;
- l'impatto del dolore sulla compromissione funzionale in termini di limitazione delle attività della vita quotidiana e lavorativa e sulla qualità della vita.

Nel primo caso, l'importanza crescente attribuita alla valutazione ed alla monitoraggio degli aspetti psico-affettivi e comportamentali ha condotto allo sviluppo di numerosi strumenti multidimensionali di misurazione. Si tratta, in generale, di questionari di valutazione psico-affettiva e comportamentale, concepiti per l'auto-somministrazione o la somministrazione condotta attraverso un colloquio "faccia a faccia" che, per quanto differenti fra loro nelle dimensioni esplorate, nell'attribuzione dei punteggi e nella finalità di misurazione, offrono una base razionale per valutare la complessa fenomenologia psico-affettiva e riconoscere i comportamenti anomali di malattia correlati al dolore cronico (49,50).

Un modo pratico ed ampiamente utilizzato per valutare i comportamenti da dolore è quello di chiedere ai pazienti di tenere un diario giornaliero delle loro attività. Solitamente i pazienti registrano il numero di volte che compiono delle attività specifiche (ad esempio, sedere, camminare, stare distesi o in piedi) e quanto tempo dedicano ad esse. Il diario del dolore (o tecnica dei resoconti soggettivi) è una esposizione personale,

orale o scritta, delle esperienze e del comportamento giornaliero. Tali rapporti, sebbene si basino su un metodo di quantificazione indiretta, che per la sua stessa natura contiene un errore intrinseco, si sono dimostrati sufficientemente attendibili e rappresentano un utile metodo per valutare giornalmente i mutamenti delle condizioni patologiche e la risposta alla terapia. Tale tipo di misurazione è strettamente dipendente dall'accurata registrazione, da parte del paziente di una serie di comportamenti, quali:

- attività quotidiane, come sedersi, alzarsi, distendersi;
- tipo e qualità del sonno;
- attività sessuale;
- compiti specifici;
- farmaci analgesici assunti;
- attività domestiche eseguite;
- attività ricreative svolte;
- pasti assunti.

Per quanto attiene, invece, la valutazione degli effetti disabilitanti del dolore sullo stato generale di salute, è stato messo a punto e validato uno strumento autosomministrato o proposto per intervista faccia-a-faccia: il Chronic Pain Grade (CPG) Questionnaire (51,52). Lo strumento è costituito da sette items in grado di classificare il paziente in quattro differenti categorie, secondo l'intensità del dolore ed il livello di disabilità: Grado I: bassa intensità del dolore - basso grado di disabilità; Grado II: alta intensità del dolore - basso grado di disabilità; Grado III: elevato grado di disabilità - paziente moderatamente limitato; Grado IV: elevato grado di disabilità - paziente severamente limitato (51). Tale approccio consente, pertanto, di differenziare i pazienti con elevata intensità del dolore ma con scarsa limitazione funzionale da quelli con analoghi livelli di dolore ma con associata disabilità. Il CPG ha dimostrato una elevata responsività in



studi longitudinali in pazienti con dolore. In tale ambito sono, inoltre, disponibili numerosi strumenti di valutazione multidimensionale della disabilità e della qualità della vita che integrano, fra le loro principali dimensioni (o aree di salute), anche le scale di valutazione del dolore. Le due principali categorie di tali strumenti sono rappresentate dagli strumenti specifici per l'impiego in campo reumatologico e dagli strumenti generici (53,54). I primi sono stati concepiti in modo tale da fornire informazioni attinenti all'area di interesse (53,54). Le valutazioni

cronico (52). specifiche in campo reumatologico sono incentrate su aspetti della salute tipici e sul quadro sintomatologico (mobilità, destrezza, attività fisica, ruolo sociale e familiare, dolore, attività della vita quotidiana, dolore e stato psico-emotivo). I secondi, in particolare i profili dello stato di salute, sono stati messi a punto allo scopo di fornire una descrizione delle condizioni sanitarie in una vasta gamma di popolazioni, in relazione alle diverse dimensioni dello stato di salute.

**a** **Scala di valutazione verbale (PPI)**

Alle varie classi qui sotto indicate si associano termini che rappresentano livelli di dolore sempre più elevati. Indichi con una crocetta la parola che meglio esprime il Suo dolore

<b>0.</b> Nessun dolore	<b>1.</b> Dolore leggero	<b>2.</b> Dolore che mette a disagio	<b>3.</b> Dolore che angoscia	<b>4.</b> Dolore orribile	<b>5.</b> Dolore atroce
-------------------------	--------------------------	--------------------------------------	-------------------------------	---------------------------	-------------------------

**b** **Scala di valutazione numerica (NRS)**

Indichi con una crocetta su questa scala graduata da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore

NESSUN DOLORE      0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10      IL PIU' FORTE DOLORE IMMAGINABILE

**c** **Scala analogica visiva (VAS)**

Indichi con una crocetta su questa scala da 0 a 100 quanto è forte il Suo dolore

NESSUN DOLORE      0      100      IL PIU' FORTE DOLORE IMMAGINABILE

**d** **Scala cromatica dei grigi**

Indichi con una crocetta su questa scala sfumata in grigio quanto è forte il Suo dolore

NESSUN DOLORE      0      100      IL PIU' FORTE DOLORE IMMAGINABILE

# McGill Pain Questionnaire

Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1985;1:85-92

Versione italiana: Maiani G, Sanavio E. Semantics of pain in Italy: the Italian version of the McGill Pain Questionnaire. Pain. 1985 Aug;22(4):399-405.

**ISTRUZIONI:** Metta una crocetta nella casella grigia corrispondente all'aggettivo che meglio descrive il suo dolore (solamente un aggettivo per ciascun gruppo). Se non trova un aggettivo adatto, vada pure avanti senza barrare alcuna casella.

1° gruppo		2° gruppo		3° gruppo		4° gruppo		5° gruppo	
1. Tremolante		1. Salta qua e là		1. Punge come		1. Tagliente come		1. E' forte come	
2. Vibrante		2. Fulmineo		uno spillo		una lametta		un pizzicotto	
3. Pulsante		3. E' come una		2. Buca come		2. Tagliente come		2. Stringe	
4. Che picchia		molla che scatta		un ago		un coltello		3. E' come un	
5. Battente				3. Buca come un		3. Lacerante		crampo	
6. Martellante				chiodo				4. Rode	
				4. E' come una				5. Schiacciante	
				pugnolata					
				5. Lancinante					
6° gruppo		7° gruppo		8° gruppo		9° gruppo		10° gruppo	
1. Stira		1. Caldo		1. Da' formicolio		1. Sordo		1. Sensibile al	
2. Tira		2. Scotta		2. Pizzica e irrita		2. Da'		tocco	
3. Contorce		3. Brucia		3. Vivo		indolenzimento		2. Teso	
		4. Rovente		4. Acuto		3. Fa' male		3. Raschia	
						4. Da' sofferenza		4. Spezza	
						5. Gravoso			
11° gruppo		12° gruppo		13° gruppo		14° gruppo		15° gruppo	
1. Stancante		1. Nauseante		1. Allarmante		1. Affligge		1. Grave	
2. Spossante		2. Soffocante		2. Spaventoso		2. Prostrante		2. Accecante	
				3. Terrificante		3. Crudele			
						4. Feroce			
						5. Mortale			
16° gruppo		17° gruppo		18° gruppo		19° gruppo		20° gruppo	
1. Noioso		1. Si propaga		1. Fasciante		1. Fresco		1. Seccante	
2. Disturbante		2. Si diffonde a		2. Intorpidisce		2. Freddo		2. Da' disgusto	
3. Penoso		raggiera		3. Tirante		3. Congelante		3. Da' tormento	
4. Intenso		3. Penetrante		4. Strizza				4. Terribile	
5. Insopportabile		4. Perforante		5. Strappa				5. Torturante	
Spazio riservato all'intervistatore									
PRI-S		PRI-A		PRI-V		PRI-TOT		N° Parole Utilizzate	



## Bibliografia essenziale

1. Borghouts JAJ, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in the Netherlands in 1996. *Pain*, 1999; 80:629-636.
2. Frymoyer JF, Cats-Baril WL. An overview of the incidences and costs of low back pain. *Orthop Clin North Am* 1991; 22:263-71.
3. Latham J, Davis BD. The socioeconomic impact of chronic pain. *Disabil Rehabil* 1994; 16: 39-44.
4. van Tulder MW, Koes BW, Bouter LM. A cost-of-illness study of back pain in the Netherlands. *Pain* 1995; 62: 233-40.
5. Mäntyselkä P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, Halonen P, Takala J. Pain as a reason to visit the doctor; a study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89:175-80.
6. Mäntyselkä P, Kumpusalo EA, Ahonen RS, Takala JK. Direct and indirect costs of managing patients with musculoskeletal pain – challenge for health care. *Eur J Pain* 2002; 6:141-8.
7. Rekola S, Keinänen-Kiukaanniemi J, Takala J. Use of primary health services in sparsely populated country districts by patients with musculoskeletal symptoms: consultations with a physician. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47:153-7.
8. Salaffi F, Cavalieri F, Nolli M, Ferraccioli GF. Analysis of disability in knee osteoarthritis. Relationship with age and psychological variables but not with radiographic score. *J Rheumatol* 1991; 18:1581-6.
9. Cavalieri F, Salaffi F, Ferraccioli GF. Relationship between physical impairment, psychological variables and pain in rheumatoid disability. An analysis of their relative impact. *Clin Exp Rheumatol* 1991; 9:47-50.
10. Stembach RA. Survey of pain in the United States: the Nuprin pain report. *Clin J Pain* 1986; 2:49-53.
11. Frølund F, Frølund C. Pain in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1986;4:97-100.
12. Andersen S, Worm-Pedersen J. The prevalence of persistent pain in a Danish population. *Pain*, 1987; (suppl 1): S4:S332.
13. von Korff M, SF Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988;32:173-83.
14. Brattberg G, Thorslund M, Wilkman A. The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in a county of Sweden. *Pain* 1989; 37:215-22.
15. Magni G, Caldieron C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1<sup>st</sup> national health and nutrition examination survey data. *Pain* 1990;43:299-307.
16. Mäkelä M, Heliövaara M. Prevalence of primary fibromyalgia in the Finnish population. *Br Med J* 1991;303:216-9.
17. Browsher D, Rigge M, Sopp L. Prevalence of chronic pain in the British population: a telephone survey of 1037 households. *Pain Clin* 1991;4:223-30.
18. Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, Rosenberg C. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clin J Pain* 1993; 9:174-82.
19. Croft P, Rigby AS, Boswell R, Schollum J, Silman A. The prevalence of chronic widespread pain in the general population. *J Rheumatol* 1993;20:710-3.
20. Elliott AM, B H Smith, K I Penny, W C Smith and W A Chambers. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354:1248-52.
21. McBeth J, Macfarlane GJ, Hunt IM, Silman AJ. Risk factors for persistent chronic widespread pain: a community-based study. *Rheumatology* 2001;40:95-101.
22. Leveille SG, Ling S, Hochberg MC, Resnick ME, Bandeen-Roche KJ, Won A, Guralnick JM. Widespread musculoskeletal pain and the progression of disability in older disabled women. *Ann Intern Med* 2001;135:1038-46.
23. Cimmino MA, Parisi M, Moggiana GL, Maio T, Mela GS. Prevalence of self-reported peripheral joint pain and swelling in an Italian population: the Chiavari study. *Clin Exp Rheumatol* 2001;19:35-40.
24. Smith BH, Elliott M, Chambers WA, Smith WC, Hannaford PC, Penny K. The impact of chronic pain in the community. *Family Practice* 2001;18:292-99.
25. Blyth FM, March LM, Brnabic AJM, Jorm LR, Williamson M, Cousins M. Chronic pain in Australia: a prevalence study. *Pain* 2001;89:127-34.
26. Réthely JM, Berghammer R, Kopp MS. Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain* 2001;93:115-21.
27. Elliott AM, Smith BH, Hannaford PC, Smith WC, Chambers WA. The course of chronic pain in the community: results of a 4-year follow-up study. *Pain* 2002;99:299-307.
28. Català E, Reig E, Artès M, Aliaga L, López JS, Segú JL. Prevalence of pain in the Spanish population: telephone survey in 5000 homes. *Eur J Pain* 2002;6:133-40.
29. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wååk G. Prevalence of pain in general practice. *Eur J Pain* 2002;6:375-85.
30. Papageorgiou AC, Silman AJ, Macfarlane GJ. Chronic widespread pain in the population: a seven year follow up study. *Ann Rheum Dis* 2002;61:1071-4.
31. Picavet HSJ, Schouten JSAG. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC<sub>3</sub>-study. *Pain* 2003;102:167-78.
32. Landi F, Onder G, Cesari M, Gambassi G, Steel K, Russo A, Lattanzio F, Bernabei R, for the SILVERNET-HC Study Group. Pain management in frail, community-living elderly patients. *Arch Intern Med* 2001;161:2721-4.
33. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997;70:3-14.

34. Kazis LE, Meenan RF, Anderson JJ. Pain in the rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 1983;26: 1017-22.
35. Katz WA. Musculoskeletal pain and its socioeconomic implications. *Clin Rheumatol* 2002; (suppl 1): S2-S4.
36. Cousins MJ, Fordyce WE (ed). *Back Pain in the Workplace Management of Disability in nonspecific conditions Task Force Report*. Seattle: IASP Press, 1995.
37. World Health Organisation. *Classification of impairments, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO 1980.
38. Guidelines for the clinical investigation of drugs used in rheumatic diseases, European drug guidelines, Series 5. World Health Organization, Regional Office for Europe. Copenhagen: European League Against Rheumatism. March 1985; 7-24.
39. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Food and Drug Administration: *Guidelines for the Clinical Evaluation of Anti-inflammatory and Anti-rheumatic Drugs (adult and children)*, April 1988, 12-5.
40. Lequesne M, Brandt K, Bellamy N, Moskowitz R, Menkes CJ, Pelletier JP, et al: Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis. *J Rheumatol* 1994;2:65-73.
41. Bellamy N, Kirwan J, Boers M, Brooks P, Strand V, Tugwell P et al. Recommendations for a core set outcome measure for future phase III clinical trials in knee, hip and hand OA. Consensus development at OMERACT III. *J Rheumatol* 1997;24:799-802.
42. Osteoarthritis Research Society (OARS) Task Force Report: Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis: recommendations from a task force on the Osteoarthritis Research Society. *Osteoarthritis Cartilage* 1996;4:217-43.
43. Guidelines for the management of pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and juvenile chronic arthritis. Clinical Practice Guideline - American Pain Society 2002.
44. Scott-Huskisson EC: Graphic representation of pain. *Pain* 1976;2:175-84.
45. Vaona GL. La misura del dolore: approccio biometrico. In: *Elementi di Fisiopatologia Clinica e Terapia del Dolore*. Litografia Aipe's 1980, pag. 45-51
46. Grossi E, Borghi M, Cerchiari E, Della Puppa T, Francucci B. Analogue chromatic continuous scale (ACCS): a new method for pain assessment. *Clin Exp Rheumatol* 1983;1:337-40.
47. Melzack R, Torgerson WS. On the language of pain. *Anesthesiology* 1971;34:50-9.
48. Melzack R. The McGill Pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1985;1:85-92.
49. Pilowsky I. Abnormal illness behaviour. *Br J Med Psychol* 1969;42:347-51.
50. Lassere M, Edmonds J. Psychological measures: practical issues in observational studies and clinical monitoring. *J Rheumatol* 1997;24:1004-7.
51. von Korff M, Ormel J, keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain *Pain* 1992;50:133-49.
52. Elliott AM, Smith BH, Cairns-Smith W, Chambers WA. Changes in chronic pain severity over time: the Chronic Pain Grade as a valid measure. *Pain* 2000;88:303-8.
53. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989;27:S217-S232.
54. Guyatt GH. A taxonomy of health status instruments. *J Rheumatol* 1995;22:1188-90.



## Risorse On-line

Al fine di visualizzare i documenti in formato pdf., Adobe Acrobat Reader è disponibile per il download da <http://www.adobe.com/>

**North Dakota Health Care Review, Inc**  
Un completo pacchetto di strumenti in formato .pdf\*  
<http://www.ndheri.org/hcqip/Toolhome.html#Pain>

Include (ma non solo):  
Behavior Observation Scale  
Comprehensive Assessment Tool – Cognitively Impaired  
Comprehensive Assessment Tool – Cognitively Intact  
Discussing Addiction with Residents and their Families  
Fax Back Sheet  
Graphic Vital Signs Record  
Inappropriate Medications  
Pain Screening Form  
Nurse Worksheet for Phone Call Interventions

**Educational Development Center**  
Links utili e strumenti di valutazione del paziente con dolore acuto e cronico  
<http://www2.edc.org/lastacts/pain.asp>

Include:  
Pain Audit for Residents with Cognitive Impairment/Dementia From Genesis ElderCare  
Pain Algorithms  
Pain Flow Sheets  
Pain Management Guidelines

**Partners Against Pain**  
Scale di valutazione del dolore tradotte in 18 lingue  
[http://www.partnersagainstpain.com/html/assess/scales/as\\_scale2.htm](http://www.partnersagainstpain.com/html/assess/scales/as_scale2.htm)

Strumenti di valutazione del dolore  
[http://www.partnersagainstpain.com/html/assess/as\\_tools.htm](http://www.partnersagainstpain.com/html/assess/as_tools.htm)

Include:  
Opioid Therapy Documentation Kit  
18 strumenti per la valutazione della qualità della vita in soggetti con dolore acuto e cronico  
ABC per la gestione del dolore  
[http://www.partnersagainstpain.com/html/assess/as\\_abc.htm](http://www.partnersagainstpain.com/html/assess/as_abc.htm)

**American Society of Consultant Pharmacists**  
Gestione del paziente con dolore acuto e cronico  
<http://www.ascp.com/public/pr/pain/>

Include:  
Valutazione del dolore nel soggetto adulto

<http://www.ascp.com/public/pr/policy/painrecognition/>  
Linee Guida per il riconoscimento e la valutazione del dolore nel soggetto adulto  
<http://www.ascp.com/public/pr/guidelines/painrecognition/>

**The American Geriatrics Society (AGS) Foundation for Health in Aging**  
Gestione del dolore cronico: risorse per il soggetto anziano e per i caregivers.  
[http://www.healthinaging.org/public\\_education/pain/](http://www.healthinaging.org/public_education/pain/)

Include:  
Forum educazionale per le problematiche attinenti il dolore, con frequently asked questions (FAQs) relative alla valutazione e gestione del dolore  
Un "pain diary tool" (diario del dolore) (in formato .pdf \*)  
Una guida per l'uso razionale dei farmaci nel paziente anziano  
Un set di strumenti per la valutazione dell'anziano con turbe cognitive e demenza (in formato .pdf\*)  
Una guida completa online per caregivers, incluso un capitolo per la gestione delle problematiche del dolore cronico

### ALTRI STRUMENTI UTILI:

**Painlab.com**  
[http://www.painlab.com/jcaho\\_standards.htm](http://www.painlab.com/jcaho_standards.htm)

Comprende una serie di strumenti standard per la gestione del paziente con dolore  
1) Rights and Ethics  
2) Assessment of Persons with Pain  
3) Care of Persons with Pain  
4) Education of Persons with Pain  
5) Continuum of Care  
6) Improvement of Organizational Practice

**Daily pain graph**  
[http://www.painlab.com/pain\\_graph.htm](http://www.painlab.com/pain_graph.htm)

**Elsevier Science**  
Wong/Baker FACES scale  
<http://www3.us.elsevierhealth.com/WOW/faces.html>

Offre informazioni dettagliate sulle Wong/Baker FACES Scale, e consente di scaricare i files della scala e di ottenerne il permesso all'utilizzo (via a request form).

## MATERIALE EDUCAZIONALE

### *Brown University Center for Gerontology and Health care Research*

Brevi documenti per la gestione e la valutazione del paziente con dolore

<http://www.chcr.brown.edu/commstate/fastfacts.htm>

Comprende sette files in formato pdf\* scaricabili dal sito.

1) Valutazione delle componenti critiche  
<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS1.pdf>

2) Tipi di dolore  
<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS2.pdf>

3) World Health Organization Step Ladder  
<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS3.pdf>

4) Linee Guida generali per l'Analgesia  
<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS4.pdf>

5) Dolore neuropatico  
<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS5.pdf>

6) Comunicazione personale medico/personale paramedico  
<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS6.pdf>

7) Opioidi

<http://www.chcr.brown.edu/commstate/PDF/FASTFACTS7.pdf>

Soggetti affetti da dolore cronico

[www.chcr.brown.edu/dying/severepain.htm](http://www.chcr.brown.edu/dying/severepain.htm)

Contiene informazioni sulla prevalenza del dolore cronico negli Stati Uniti

### *Conoscere e misurare il dolore mediante scale*

[http://www.endo.com/PDF/understand\\_pain.pdf](http://www.endo.com/PDF/understand_pain.pdf)

Brochure di due pagine a colori includenti una scala numerica a 11 livelli e una faces pain rating scale.

Adattata da McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical Manual, 2nd Ed., 1999: Mosby, Inc.

### *Gestione del dolore nei pazienti con deficit cognitivi/comportamentali*

*Healthlink: Medical College of Wisconsin*  
Protocollo per la gestione del dolore nei pazienti con demenza

<http://healthlink.mcw.edu/article/967581724.html>

## ORGANIZZAZIONI NAZIONALI

### *American Geriatrics Society (AGS)*

La gestione del dolore cronico nei soggetti anziani: American Pain Society panel.

[http://www.americangeriatrics.org/education/manage\\_pain.shtml](http://www.americangeriatrics.org/education/manage_pain.shtml)

Comprende l'accesso a:

Il summary delle linee guida AGS

Il testo completo delle linee guida AGS

Sorgente: JAGS June 2002; 50(S6): 205-224.

*Nota: Per consultare il testo completo delle linee guida è necessario procedere alla registrazione online*

Prescrizione di esercizi nel paziente anziano con artrosi sintomatica: Consensus & raccomandazioni. Supplemento delle linee guida AGS. JAGS 2001; 49(6): 808-823.

[http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/oa\\_guidelines.pdf](http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/oa_guidelines.pdf)

Disponibili in formato pdf\*

### *National Guideline Clearinghouse*

Valutazione e gestione del dolore acuto.

[http://www.guidelines.gov/FRAMESETS/guideline\\_fs.asp?guideline=002327&sSearch\\_string=pain](http://www.guidelines.gov/FRAMESETS/guideline_fs.asp?guideline=002327&sSearch_string=pain)

Le raccomandazioni per la valutazione e gestione del dolore acuto sono presentati in differenti algoritmi ed accompagnati da dettagliate annotazioni.

Sorgente: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2001 Nov. 74 p.

### *American Chronic Pain Association (AHPA)*

[www.theacpa.org](http://www.theacpa.org)

Il web site include informazioni concernenti il dolore cronico, la gestione del dolore e le domande più frequenti (FAQs), oltre ad altre risorse.

### *The American Pain Society (APS)*

<http://www.ampainsoc.org/pub/bulletin/nov02/poli1.htm>

Algoritmi e suggerimenti per la gestione del dolore.

**American Health Care Association (AHCA)**

Gestione del dolore. The ethical dilemma.  
<http://www.ahca.org/news/provider/pv9805cv.htm>

Sorgente: Provider for Health Professionals May 1998.

**The American Occupational Therapy Association, Inc.**

Gestione del paziente con dolore cronico e disabilità  
<http://www.aota.org/featured/area6/links/link02i.asp>

Descrizione dei sintomi e dell'impatto del dolore sulla qualità della vita in generale, così come del ruolo della terapia occupazionale

Vivere con il low back pain  
<http://www.aota.org/featured/area6/links/link02bc.asp>

Informazioni concernenti il low back pain. Disponibile nel sito anche in versione pdf\*

**Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHCO)**

Atti della Commissione

<http://www.jcaho.org/news+room/health+care+issues/jcaho+focuses+on+pain+management.htm>

La JCAHCO riconosce il dolore come problema dalle rilevanti conseguenze socio-economiche e lavorative e sviluppa una serie di strumenti finalizzati alla valutazione del dolore nei differenti setting clinici. Questi standard sono stati adottati dalla American Pain Society (APS).

Background relativo allo sviluppo degli strumenti  
<http://www.jcaho.org/news+room/health+care+issues/pain.htm>

Descrive lo sviluppo delle procedure standard e degli sforzi congiunti operati dalla Joint Commission dall'University of Wisconsin Medical School.

**National Institutes of Health (NIH) Consensus Development Program**

Agopuntura  
[http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/107/107\\_intro.htm](http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/107/107_intro.htm)

Fornisce un Consensus Statement riguardo l'uso dell'agopuntura nel paziente affetto da dolore.

Disponibile in formato html o pdf\*  
Sorgente: Acupuncture Nov. 3-5 1997; 15(5).

**ALTRE RISORSE**

**Agency for Healthcare Research and Quality (formerly called the Agency for Health Care Policy and Research):**  
<http://www.ahrq.gov>

**American Academy of Pain Medicine:**  
<http://www.painmed.org>

**American Pain Society:**  
<http://www.ampainsoc.org>

**American Pain Foundation:**  
<http://www.painfoundation.org>

**American Society for the Advancement of Palliative Care:**  
<http://www.asap-care.com>

**Growth House, Inc. forum on pain management:**  
<http://growthhouse.net/~growthhouse>

**International Association for the Study of Pain:**

<http://www.halcyon.com/iasp>

**Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations:**  
<http://www.jcaho.org/>

**Pain, Palliative and Support care:**  
<http://www.jr2.ox.ac.uk/cochrane/>

**Roxane Pain Institute:**  
<http://www.roxane.com>

**University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group:**  
<http://www.medsch.wisc.edu/painpolicy>

**VA National Formulary Policy:**  
<http://vaww.va.gov/publ/direc/health/direct/197047.doc>

**Worldwide Congress on Pain:**  
<http://www.pain.com>

## GRUPPI DI SUPPORTO

*Arthritis Foundation, 3300 Monroe Avenue, Suite 319, Rochester, NY 14618, 585-264-1480*  
[www.arthritis.org/](http://www.arthritis.org/)

*Cancer Action, Inc., 255 Alexander St., Rochester, NY 14607 585-423-9700*  
[www.canceraction.org](http://www.canceraction.org)

*Gilda's Club of Rochester, (a cancer support community), 255 Alexander St., Rochester, NY, 14607, 585-423-9700*  
[www.gildasclubrochester.org](http://www.gildasclubrochester.org)

*American Cancer Society (ACS)*  
[www.cancer.org](http://www.cancer.org)

*American Chronic Pain Association*  
<http://www.theacpa.org/>

*American Fibromyalgia Syndrome Association, Inc*  
<http://www.afsafund.org/>

*American Medical Association (AMA)*  
<http://www.ama-assn.org/>

*AMA Website on Alternative Therapies*  
[http://www.medem.com/MedLB/sub\\_detailb.cfm?parent\\_id=250&act=disp-wbsite](http://www.medem.com/MedLB/sub_detailb.cfm?parent_id=250&act=disp-wbsite)

*American Pain Foundation*  
<http://www.painfoundation.org/>

*American Pain Society*  
<http://www.ampainsoc.org>

*Cancer Care*  
[www.cancercare.org](http://www.cancercare.org)

*Dannemiller Memorial Educational Foundation*  
<http://www.pain.com/>

*Fibromyalgia Network*  
<http://www.fmnetnews.com/>

*International Association for the Study of Pain (IASP)*  
[www.halcyon.com/iasp](http://www.halcyon.com/iasp)

*Medical College of Wisconsin Palliative Medicine Program*  
[www.mecw.edu/pallmed/](http://www.mecw.edu/pallmed/)

*National Fibromyalgia Partnership, Inc.*  
[www.fmpartnership.org/](http://www.fmpartnership.org/)

*Oregon Fibromyalgia Foundation*  
<http://www.myalgia.com/>

*Quackwatch: Guide to Health Fraud, Quackery and Intelligent Decisions*  
<http://www.quackwatch.com/>

*Spondylitis Association of America*  
<http://www.spondylitis.org/>

*University of Iowa School of Nursing sites:*  
<http://www.nursing.uiowa.edu/sites/adultpain/>

## ALTRI

*Pain.com: A world of information on pain*  
<http://www.pain.com/>

*American Academy Of Pediatrics*  
<http://www.aap.org/>

*Agency for Health Care Policy and Research*  
<http://www.ahrp.gov/>

*ANZ College of Anaesthetists*  
<http://www.anzca.edu.au/>

*Partners Against Pain*  
<http://www.partnersagainstpain.com/>

*Joint Commission on Accreditation of Health Care Standards (JCAHO).*  
<http://www.jcaho.org/>

*Joanna Briggs Institute*  
<http://www.joannabriggs.edu.au/>