



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di Laurea

**L'ACCERTAMENTO DEL DOLORE NEL PAZIENTE
CON DEMENZA**

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Relatore: Dott.ssa Miriam Lazzaretto

Laureando: Paola Gazzola

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

*“Date al dolore la parola: il dolore che non parla
sussurra al cuore affranto e gli dice di spezzarsi...”*

Macbeth IV,3 W.Shakespeare

INDICE

RIASSUNTO

CAPITOLO I	1
1.1 Le demenze	1
1.1.1 <i>Definizione e classificazione patologia</i>	1
1.1.3 <i>Evoluzione clinica</i>	2
1.1.4 <i>Cenni di epidemiologia</i>	4
1.2 Il dolore	4
1.2.1 <i>Definizione</i>	4
1.2.2 <i>Caratteristiche generali</i>	4
1.3 Il dolore nelle demenze	5
1.4 La valutazione/ l'accertamento del dolore	7
1.4.1 <i>Ruolo dell'infermiere nell'accertamento del dolore</i>	7
1.4.2 <i>Problemi legati al riconoscimento e al trattamento del dolore</i>	8
1.4.3 <i>Strumenti di valutazione/accertamento per le varie fasi</i>	10
1.4.4 <i>Validità degli strumenti di valutazione</i>	14
CAPITOLO II: MATERIALI E METODI	17
2.1 Obiettivi della ricerca	17
2.2 Quesiti di ricerca	17
2.3 Criteri di inclusione ed esclusione	17
2.4 Strategie di ricerca	17
CAPITOLO III: RISULTATI DELLA RICERCA	19
3.1 Quanto viene valutato il dolore nei pazienti dementi	19
3.2 Quale ruolo ha l'infermiere nell'accertamento del dolore	19
3.3 Quali sono gli strumenti più validi da utilizzare a seconda della fase della patologia	20
CAPITOLO IV: CONCLUSIONI	21
4.1 Conclusioni della revisione	21
4.2 Implicazioni per la pratica clinica e per una formazione infermieristica	22

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

RIASSUNTO

Background: La demenza è caratterizzata da un progressivo declino cognitivo che porta, specialmente nella fase più avanzata, alla perdita dell'abilità di comunicare nonché alla perdita di alcuni concetti tra cui quello di dolore. Ciò rappresenta un problema per l'infermiere: il self-report risulta impossibile e si rendono, perciò, necessari strumenti osservazionali che permettano di valutare la presenza di dolore nell'anziano con demenza. Questa revisione della letteratura ha l'obiettivo di indagare quali siano gli strumenti di accertamento del dolore più validi che l'infermiere può utilizzare a seconda dell'avanzamento della patologia e quale sia il ruolo dell'infermiere nella valutazione di questo sintomo così soggettivo.

Materiali e metodi: La ricerca è stata effettuata presso le banche dati PUBMED, CINAHL, GOOGLE SCHOLAR e COCHRANE. Essa ha portato all'inclusione di 72 articoli, i quali sono stati revisionati e tradotti seguendo i criteri di inclusione, eseguendo una selezione che ha portato alla scelta finale di 25 articoli specifici dell'argomento trattato.

Risultati: Dalla ricerca emerge che le scale di autovalutazione sono il gold standard per l'accertamento del dolore, ma nel decadimento cognitivo severo esse risultano inapplicabili. In questa fase è opportuno utilizzare strumenti osservazionali che dovrebbero essere a disposizione in ogni ambito di cura. Tuttavia, nonostante siano molti gli strumenti disponibili, il dolore negli anziani con demenza è sottovalutato e sotto-trattato. Inoltre, non esiste uno strumento universalmente valido e applicabile in qualsiasi contesto.

L'infermiere gioca un ruolo molto importante nella valutazione del dolore, in particolare perché, con la sua vicinanza al paziente, può cogliere quei segni atipici come i sottili cambiamenti di comportamento che sono spesso l'unica manifestazione con cui le persone con demenza esprimono il proprio dolore.

Parole chiave: demenza, dolore, accertamento del dolore, strumenti di accertamento del dolore, scale di dolore, comportamenti di dolore, gestione del dolore, manifestazioni di dolore, infermieristica, ruolo dell'infermiere.

Key words: *dementia; pain; pain assessment; pain assessment tools; pain scales; pain behaviors; pain management; pain manifestations; nursing; nurse's role.*

INTRODUZIONE

Un accurato accertamento del dolore in persone con demenza rappresenta una sfida perché il dolore è un'esperienza soggettiva e la sua rivelazione richiede l'abilità comunicativa (Corbett, Husebo et al., 2014; Lichtner et al., 2014; Ngu et al., 2015).

La demenza rappresenta un problema particolare per il trattamento e la cura dovuto al progressivo declino cognitivo e funzionale. In particolare, la perdita della parola e la perdita dell'abilità di comunicare aumentano il rischio che i bisogni della persona non vengano soddisfatti. Un esempio critico di questo problema è l'accertamento del dolore (Lichtner et al., 2014).

Nonostante vent'anni di discussioni sul dolore e sulla demenza e nonostante la prevalenza di malattie croniche come artrite o cancro, ci sono evidenze che il dolore nelle persone anziane e, in particolare, in quelle con demenza, sia sottostimato e sotto-trattato sia nei contesti di cura di lungo-degenza, o istituzioni, che nei contesti acuti. Numerosi studi hanno portato alla conclusione che dal 30 all'83% degli anziani provano dolore (Kaasalainen, Akhtar-Danesh, Hadjistavropoulos, Zwakhalen, & Verreault, 2013; Lichtner et al., 2014; Peisah, Weaver, Wong, & Strukovski, 2014).

La perdita delle capacità di comunicazione influisce sull'abilità degli anziani di quantificare la loro esperienza dolorosa e questo rappresenta una grave barriera all'accertamento del dolore, ponendo questi individui ad alto rischio di non rilevamento e sotto-trattamento (Herr, Bjoro, & Decker, 2006).

Il self report, che rappresenta il gold standard per l'accertamento del dolore, diventa impossibile con il progredire della demenza poiché la demenza grave svigorisce il discorso e gli individui perdono l'abilità comunicativa e quindi di riferire il dolore. Questo, poi, è scarsamente riportato a causa delle difficoltà che i professionisti sanitari incontrano nell'individuare (Corbett et al., 2014; Herr et al., 2006; Monroe, Parish, & Mion, 2015).

La memoria semantica, come quella episodica, si deteriora nella demenza, perciò un motivo per cui questi individui riferiscono meno il dolore è che il concetto stesso di dolore non è più intatto: essi possono non riconoscere quella sensazione che provano come dolore (Oosterman et al., 2014).

Negli anziani con demenza, il dolore si manifesta spesso in forme non usuali/atipiche, come confusione, ritiro sociale, aggressività (solo demenza grave), o sottili cambiamenti di comportamento. Sfortunatamente il personale sanitario può interpretare questi sintomi come sintomi neuropsichiatrici relativi alla demenza, i cosiddetti “Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia-BPSD”.

Per questo motivo, frequentemente, invece di somministrare analgesici, si fa ricorso a contenzione fisica (in caso di aggressione) o a farmaci psicotropi (Ahn & Horgas, 2014; Cohen-Mansfield & Jensen, 2008; Lichtner et al., 2014). L’uso di questi ultimi è, però, associato a diminuita qualità di vita, aumentato rischio di sedazione, di sintomi extrapiramidali e di cadute (Cohen-Mansfield & Jensen, 2008).

L’utilizzo di restrizioni fisiche o chimiche per gestire un comportamento anomalo viola, inoltre, il rispetto dell’autonomia della persona. Un migliore approccio per gestire questi comportamenti, rispetto alle restrizioni, è verificare quali potrebbero esserne le cause scatenanti (Ahn & Horgas, 2014).

Lo scopo di questa ricerca è quello di identificare, per le persone con demenza, gli strumenti di accertamento del dolore più validi e raccomandati dalla letteratura che l’infermiere può utilizzare a seconda della fase specifica della patologia.

Inoltre, personalmente, ritengo importante che venga diffusa la consapevolezza tra gli infermieri che dietro un sintomo o un comportamento di una persona con demenza si può celare il dolore e che venga sfatata la credenza che gli individui con decadimento cognitivo sentano meno il dolore o che non lo provino affatto.

È fondamentale che quest’ultimo venga considerato da tutti i professionisti sanitari come quinto segno vitale (come viene definito dall’American Pain Society) proprio perché, se esso viene valutato con la stessa frequenza e accuratezza con cui si monitorano i parametri vitali, è più probabile che sia diagnosticato e trattato tempestivamente e adeguatamente (Brugnolli, 2007).

CAPITOLO I

1.1 Le demenze

1.1.1 Definizione e classificazione patologia

Il termine *demenza* deriva dal latino *dementia* («privo di mente») e definisce una compromissione globale delle funzioni cerebrali superiori, in assenza di disturbi della vigilanza. Le funzioni superiori includono abilità cognitive come la memoria, l'attenzione, le capacità esecutive (pianificazione, organizzazione) e visuospatiali, le prassie (abilità di eseguire gesti in assenza di deficit motori), il linguaggio e l'elaborazione degli stati emozionali.

Più in generale, la demenza è una condizione di disfunzione cronica e progressiva delle funzioni cerebrali che porta a un declino delle facoltà cognitive della persona.

Lo stato di demenza che, a seconda della condizione clinica sottostante, si può associare a diversi profili cognitivi deficitari, implica come condizione necessaria l'incapacità da parte del soggetto affetto di far fronte alle richieste della vita quotidiana, di conservare un comportamento adeguato alle circostanze, di controllare i propri stati emotivi. Per definizione, la condizione di demenza implica la perdita stabile di abilità precedentemente acquisite, in opposizione a quella di oligofrenia, che definisce invece una carenza delle stesse abilità a causa di uno sviluppo deficitario. (Enciclopedia Treccani)

Esistono diverse tipologie di demenza, che si distinguono in forme reversibili e in forme irreversibili a seconda della causa determinante (Tabella I).

Le forme reversibili, che rappresentano una piccola percentuale delle demenze, sono secondarie a malattie o disturbi a carico di altri organi o apparati (depressione, effetti collaterali di farmaci, uso eccessivo di alcol, problemi di tiroide, carenze vitaminiche). Curando in modo adeguato e tempestivo queste cause, anche il quadro di deterioramento regredisce e la persona può tornare al suo livello di funzionalità precedente.

La maggior parte delle demenze è di tipo irreversibile. Queste si distinguono in forme primarie e secondarie:

- Le forme primarie sono di tipo degenerativo e includono la demenza di Alzheimer, quella Fronto-Temporale e quella a Corpi di Lewy.
- Fra le forme secondarie la più frequente è quella Vascolare.

Le demenze irreversibili, a livello sintomatologico, sia nella fase iniziale sia parzialmente in quella intermedia, sono ben caratterizzate e distinguibili tra loro. Nella fase avanzata le differenze si assottigliano fino a scomparire del tutto (Ministero della Salute).

1.1.3 Evoluzione clinica

Demenze neurodegenerative primarie

Malattia di Alzheimer (MA). L'evoluzione dei sintomi nella malattia di Alzheimer segue un gradiente gerarchico con interessamento progressivo delle funzioni cognitive, dalle complesse alle più semplici. Nelle prime fasi sono intaccate le capacità di apprendimento di nuove conoscenze, le competenze lavorative e le attività socialmente complesse. Con il progredire della malattia, la persona non è più in grado di svolgere le attività di base della vita quotidiana quali, ad esempio, l'igiene personale e l'alimentazione. Nelle fasi avanzate sono intaccate le capacità motorie come la deambulazione e la deglutizione.

La durata media della malattia è di 10-15 anni e la morte nella maggior parte dei casi è dovuta all'insorgenza di altre patologie, alle complicanze dell'allettamento e all'aggravarsi delle condizioni cliniche generali. La demenza infatti accentua la fragilità globale della persona, comportando un aumento delle patologie che la affliggono e un aumento del rischio di mortalità (Ministero della Salute).

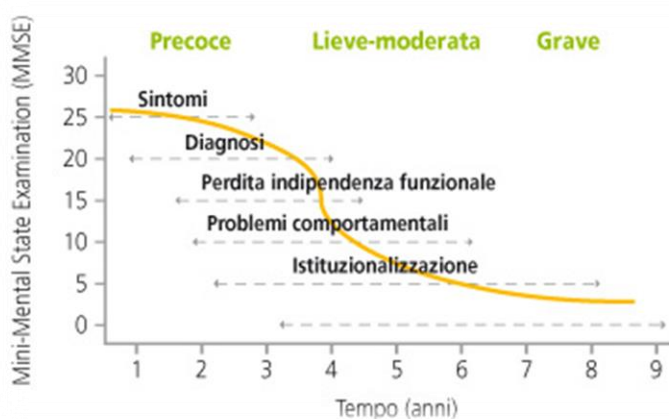


Fig.1 Evoluzione naturale della malattia di Alzheimer

Demenza a corpi di Lewy. Clinicamente si caratterizza per la comparsa di decadimento cognitivo con un prevalente coinvolgimento delle funzioni attentive, esecutive e visuospaziali e un relativo risparmio delle funzioni mnestiche (almeno nelle fasi più iniziali). Agli aspetti cognitivi si associano altri sintomi (*core features*, sintomi cardinali) indispensabili per la diagnosi, quali la presenza di una sindrome parkinsoniana (rigido-acinetica), di fluttuazioni cognitive e di allucinazioni visive ricorrenti (tipicamente ben strutturate).

La *demenza di Parkinson (PDD)* che esordisce con disturbi motori si associa frequentemente a sviluppo di demenza con caratteristiche analoghe a quelle della demenza a corpi di Lewy.

Demenza frontotemporale (FTD). La *FTD* (detta anche demenza frontotemporale di Pick) costituisce un gruppo di malattie (con possibile esordio anche in età presenile) che, in stadio tardivo o intermedio, possono risultare clinicamente indistinguibili dalla MA. Nelle fasi precoci, al contrario, esse si caratterizzano per la predominanza di disturbi comportamentali, affettivi e del linguaggio, con deficit di memoria modesti o addirittura assenti.

Degenerazione corticobasale (CBD). La *CBD* è una forma di demenza per certi versi accomunabile alla *FTD*. Caratteristicamente esordisce con sintomi motori (della serie parkinsoniana) insidiosi e progressivi e con distribuzione asimmetrica. Abbastanza caratteristica è la perdita di sensibilità complesse (per es. alterazioni dello schema corporeo), prevalenti dal lato opposto all'emisfero cerebrale più colpito, con comparsa del cosiddetto arto alieno (incapacità a riconoscere come proprio un arto). La sindrome neuropsichiatrica si caratterizza per demenza frontale e sottocorticale, apatia, irritabilità, agitazione, deliri, disinibizione, tratti ossessivo-compulsivi.

Paralisi sovranucleare progressiva. Si tratta di una forma di demenza degenerativa associata a parkinsonismo. Si caratterizza per il coinvolgimento di strutture sottocorticali, con deficit frontali e manifestazioni caratteristiche come la paralisi verticale di sguardo, l'instabilità posturale e disturbi cognitivo-comportamentali. La sua differenziazione con la *PDD* può risultare difficoltosa.

Principali demenze secondarie

Demenza vascolare. A seconda della sede coinvolta può manifestarsi con sintomi cognitivi puri o in associazione con altri deficit neurologici focali, come una paralisi motoria. Come per la MA, anche per le demenze vascolari è stato introdotto il concetto di diagnosi preclinica mediante la definizione del deficit cognitivo vascolare (VCI, *Vascular Cognitive Impairment*).

Idrocefalo normoteso. Clinicamente si caratterizza (nella sua espressione completa) per la presenza di una triade di sintomi, costituita da: deficit cognitivi prevalentemente frontali, disturbo della deambulazione (a piccoli passi), disturbi minzionali.

1.1.4 Cenni di epidemiologia

L'incidenza (numero di nuovi casi per anno) di demenza stimata su scala mondiale varia da un minimo di 3,5 casi ogni 1.000 abitanti in Africa, a un massimo di 10 casi per mille abitanti in America Settentrionale, con un'incidenza media di 7,5 casi per mille. La prevalenza (numero di casi esistenti) mondiale media è di 3,5 casi ogni 100 persone. Si può stimare che, a livello planetario, nel 2020 saranno 42 milioni gli individui dementi e che questo numero è destinato ad aumentare a 81 milioni nel 2040. La variabilità epidemiologica riscontrata nelle diverse aree geografiche è da ascrivere, oltre a fattori ambientali, genetici e altri che è impossibile quantificare, alla proporzione relativa differente di individui anziani nelle diverse popolazioni.

1.2 Il dolore

1.2.1 Definizione

Il dolore, secondo la definizione dell'International Association for the Study of Pain-IASP, è un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale effettivo o potenziale, o descritto in tali termini.

1.2.2 Caratteristiche generali

Il dolore è un sintomo devastante spesso causato da condizioni muscoloscheletriche, lesioni, malattie oro-facciali e infezioni (Flo, Gulla, & Husebo, 2014).

Il dolore è il più soggettivo sintomo, il più influenzato e, quindi, "sporcato", ingigantito o ridotto da infinite variabili psichiche, personali, sociali, ambientali (Zanetti, 2010).

È un'esperienza soggettiva difficile da validare o misurare. La percezione del dolore e la tolleranza ad esso sono comunemente influenzati dalle variabili culturali (Ngu et al., 2015). Il dolore è uno dei problemi più frequenti nella persona anziana, spesso sottostimato e sottovalutato, rappresenta una condizione di disagio che si riflette negativamente sulla qualità della vita e sulla sopravvivenza.

La vecchiaia non aumenta la tolleranza al dolore né diminuisce la sensibilità al dolore: gli studi hanno evidenziato che i circuiti del sistema nervoso coinvolti nei processi nocicettivi non si modificano con l'invecchiamento. L'intensità e la frequenza del dolore cronico sembrano, invece, aumentare con l'età. Nella persona anziana il dolore poco o inadeguatamente curato, è in grado di generare una serie di complicazioni che influiscono sulla qualità di vita (Cappuccio, 2010; Hadjistavropoulos, Fitzgerald, & Marchildon, 2010).

1.3 Il dolore nelle demenze

Le persone con demenza severa hanno multiple potenziali fonti di dolore, come infezioni genitourinarie, lesioni correlate a cadute, ulcere da decubito, contratture, dolore gastrointestinale e cardiaco, generico dolore muscoloscheletrico, dolore correlato a cancro e dolore correlato all'invecchiamento di per sé (Peisah et al., 2014).

Il dolore neuropatico, definito come dolore causato da lesione o da disfunzione nel sistema nervoso centrale, è comune nella demenza, in particolare nella Demenza Vascolare in cui vi è un'alta prevalenza di diabete e ictus.

Anche il dolore oro-dentale è particolarmente dominante nei pazienti con demenza, ma non viene quasi mai considerato negli strumenti di accertamento (Corbett, Achterberg et al., 2014).

Il dolore causato dalla Demenza di Parkinson è un dolore muscoloscheletrico, distonico (provoca contrazioni e mi muscolari involontari, che costringono il soggetto colpito ad assumere posture fisiche anormali e movimenti inconsueti) e radicolare (dolore irradiato lungo il decorso di una radice nervosa, nella maggior parte dei casi degli arti) (Valkovic et al., 2015).

Il dolore e la demenza sono dei partner complessi. È risaputo che le persone con demenza provano dolore, sebbene l'interpretazione dello stimolo doloroso e le risposte affettive e comportamentali a quella sensazione possano essere diverse.

I comportamenti delle persone con demenza, come vocalizzazioni, espressioni facciali e movimenti corporei, possono rappresentare l'unica forma di espressione del dolore.

Il fattore cruciale nell'accertamento del dolore nei pazienti con demenza è la perdita della capacità comunicativa. Essa ostacola l'espressione verbale e non verbale del dolore e la sua interpretazione da parte del personale sanitario o dei familiari (Corbett et al., 2014; Peisah et al., 2014).

I comportamenti che sono espressione di dolore possono essere facilmente confusi con i Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD).

Il personale sanitario può quindi interpretare agitazione, aggressione, cambiamenti dell'umore e problemi del sonno come sintomi neuropsichiatrici (Flo et al., 2014; Monroe, Parish, & Mion, 2015).

Il problema principale è appunto quello di riuscire a distinguere i comportamenti di dolore dai BPSD.

Agitazione e aggressione. Lo studio di Ahn & Horgas ha dimostrato che comportamenti aggressivi sono espressione di dolore solo nelle persone con decadimento cognitivo grave non comunicanti. Altri studi hanno dimostrato che comportamenti di agitazione come lamentarsi, ripetere frasi e domande, costante richiesta di attenzione, imprecazioni o aggressioni verbali rispondono al trattamento del dolore. Anche l'irrequietezza e il continuo muoversi avanti e indietro sembrano essere sensibili agli analgesici. Invece, comportamenti come battere, calciare, graffiare o emettere strani rumori non sono influenzati dal trattamento del dolore. Questo suggerisce che alcuni comportamenti aggressivi possono essere maggiormente correlati alla demenza che al dolore (Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen, & Aarsland, 2011; Husebo, Ballard, Cohen-Mansfield, Seifert, & Aarsland, 2014; Morgan et al., 2013).

Sindrome umorale. Essa include sintomi come depressione, apatia, disturbi alimentari e disordini del sonno. Dal momento che gli anziani con demenza hanno minori abilità di comunicazione e riferiscono meno frequentemente il dolore (che non viene perciò trattato), i livelli di stress aumentano e possono provocare ansia e depressione. Apatia, ritiro sociale, cambiamenti dell'appetito e problemi del sonno sono stati associati al dolore, mentre ansia e irritabilità non diminuiscono dopo il suo trattamento (Flo et al., 2014; Ahn & Horgas, 2014).

Il dolore provoca, nella maggior parte dei casi, un cambiamento del comportamento basale della persona demente. Molti infermieri interpretano i cambiamenti del comportamento come un'importante manifestazione di dolore e il ritorno al comportamento basale come sollievo dal dolore. Ecco perché la conoscenza del paziente è fondamentale per riconoscere un cambiamento nel suo comportamento che potrebbe far sospettare la presenza di dolore. Anche i familiari delle persone con demenza giocano un ruolo importante nel riconoscimento di comportamenti anomali. Essi rappresentano, infatti, uno “strumento” prezioso per gli infermieri per capire cosa affligge il paziente (Peisah et al., 2014; Monroe, Parish, & Mion, 2015).

1.4 La valutazione/ l'accertamento del dolore

1.4.1 Ruolo dell'infermiere nell'accertamento del dolore

L'accertamento del dolore in persone anziane può rappresentare una sfida, specialmente se esse soffrono contemporaneamente di demenza. Nel quotidiano, in una clinica o in una casa di cura, la combinazione dolore-demenza si verifica spesso. Poiché non esiste una cura nota per la demenza, è importante alleviare il più possibile i sintomi dei pazienti.

Un adeguato trattamento del dolore nelle persone dementi è un modo fondamentale per migliorare la qualità della vita. Ciò richiede validi e adeguati strumenti di valutazione del dolore per chi soffre di demenza e adeguata preparazione del personale sanitario per il loro utilizzo (Lukas et al., 2012).

Gli infermieri sono gli erogatori di assistenza sanitaria chiave spesso responsabili dell'accertamento del dolore e le loro abilità di pensiero critico sono essenziali per l'utilizzo di strumenti di accertamento come componenti di una gestione del dolore complessiva nei pazienti con demenza (Paulson, Monroe, & Mion, 2014).

L'infermiere, secondo quanto contenuto in un punto del decreto 739/94 sulla determinazione del Profilo Professionale, è tenuto a partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona (e della collettività). Inoltre, secondo l'Articolo 34 del Codice Deontologico del 2009, “L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari”. È perciò compito dell'infermiere, che in molti contesti di cura rappresenta la figura più vicina ai pazienti, osservare i comportamenti correlati a dolore per valutarne la presenza e mettere in atto azioni volte ad alleviarlo.

1.4.2 Problemi legati al riconoscimento e al trattamento del dolore

Come precedentemente detto, il dolore nelle persone con demenza è spesso sotto riportato, scarsamente indagato e, di conseguenza, sotto-trattato.

Secondo quanto riporta M. Cappuccio nel supplemento Psicogeriatrica I del 2010, le cause del sotto-trattamento del dolore possono essere giustificate da aspetti organizzativi, che per lo più dipendono da scarsa sensibilità clinico-culturale, inadeguata preparazione del personale per assessment, scarsa attenzione ai bisogni del malato come conseguenza del lavoro routinario e minore ricorso alla terapia con gli oppioidi per eccessiva burocratizzazione da parte dei medici. Sicuramente incide anche la minore capacità di comunicazione del disagio somatico da parte dei pazienti con demenza.

Studi clinici hanno indicato che queste persone riferiscono meno frequentemente il dolore parallelamente alla progressione della malattia. Infatti, il “dolore riferito” diminuisce con l’aggravarsi della demenza. In più, le persone con demenza ricevono meno farmaci per il dolore anche quando sono in una condizione dolorosa simile a quella di persone cognitivamente intatte.

Lo studio di Oosterman et al. riporta due possibili spiegazioni a queste osservazioni:

- I. Le regioni del cervello coinvolte nella processazione del dolore degenerano nella demenza.
- II. Il decadimento cognitivo limita l’abilità di riconoscere e di riferire il dolore.

La prima ipotesi è stata smentita attraverso l’osservazione di persone affette dalla Malattia di Alzheimer, le quali, comparate a un gruppo-controllo, non hanno manifestato una diminuita attivazione del sistema nocicettivo a seguito di una stimolazione dolorosa. Questo è stato interpretato come un’evidenza contro l’ipotesi che nella demenza vi sia un declino della processazione del dolore, ossia contro l’idea che questi pazienti provino meno dolore.

La seconda ipotesi sostiene che le persone con demenza non provano meno dolore, ma che l’abilità di riconoscere e riportare il dolore è compromessa dal decadimento delle funzioni cognitive.

Sempre nello studio di Oosterman et al. viene spiegato come nel giudicare l’intensità del dolore ci si basi su precedenti esperienze e conoscenze del dolore, sostenute dalla memoria episodica (es. memorie su un evento specifico) e dalla memoria semantica (parte della

memoria dichiarativa che riguarda le conoscenze generali sul mondo). Il deterioramento di queste funzioni della memoria potrebbe quindi indebolire l'abilità di riferire il dolore.

Un severo decadimento della memoria episodica potrebbe spiegare come le ridotte valutazioni del dolore nei pazienti dementi siano in realtà il risultato del fatto che il dolore sia stato dimenticato. Inoltre, in quanto la memoria semantica si deteriora nella demenza, si può ipotizzare che il concetto di dolore potrebbe non essere più intatto in queste persone.

I pazienti dello studio di Oosterman et al. sono stati sottoposti a due test per verificare la memoria semantica. In questi test dovevano identificare delle situazioni dolorose da una serie di immagini e descrivere il concetto di dolore (rispondendo alle domande "Cos'è il dolore?" e "E' in grado di riferire diverse tipologie di dolore?").

Confrontate con un gruppo-controllo, le persone con demenza hanno eseguito peggio il compito di identificazione del dolore nelle immagini. In più, sono state trovate significative alterazioni del concetto di dolore: le persone con demenza hanno fornito una descrizione meno dettagliata del concetto di dolore, hanno usato meno frequentemente descrizioni affettive o cause di dolore e hanno descritto meno frequentemente la localizzazione del dolore.

Questi risultati supportano l'ipotesi che la semantica del dolore nella demenza è compromessa. È possibile che con la perdita della memoria semantica, i pazienti non prevedano o non si aspettino il dolore, o possano addirittura non riconoscere la sensazione. Tutto ciò porta a maggiori reazioni emotive come espressioni facciali particolarmente marcate, nonché ad un'accentuazione di comportamenti che possono essere confusi con i BPSD.

Lo studio conferma, quindi, l'associazione tra dolore clinico e memoria semantica, indicando che nell'accertamento del dolore in persone con demenza, il deterioramento della memoria semantica può limitare l'abilità di riferire il dolore.

Ciò dimostra come nelle fasi avanzate della demenza, il self report non possa essere considerato come unico strumento di accertamento del dolore e come si rendano, invece, necessari strumenti osservazionali adeguati.

Un'ulteriore barriera al trattamento del dolore nei pazienti dementi è rappresentata dall'incertezza degli infermieri (o personale sanitario) riguardo la diagnosi del dolore stesso (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013; Monroe, Parish, & Mion, 2015).

Il livello di certezza percepito dagli infermieri riguardo alla presenza di dolore influenza le decisioni di trattamento. Esso rappresenta il fattore più significativo nel determinare se e quanto velocemente il dolore del paziente debba essere trattato farmacologicamente. Le caratteristiche dei pazienti come la presenza o assenza di un'ovvia ragione per provare dolore, influenzano i livelli di certezza nei riguardi del dolore.

In risposta ai livelli di certezza gli infermieri adottano diversi tipi di accertamento e trattamento che vengono distinti in due traiettorie: 1) **Rispondere all'Incertezza**, che porta a ritardi sul trattamento e che si verifica generalmente per pazienti lungo-degenti e/o con demenza e/o che non hanno una ragione di dolore visibile/ovvia. 2) **Rispondere alla Certezza** che porta a pronto trattamento e che si verifica solitamente nei pazienti con degenza breve e/o non dementi e/o morenti (terminali) e/o che hanno ragioni di dolore visibili/ovvie (Gilmore-Bykovskiy & Bowers, 2013). (Tabella II)

1.4.3 Strumenti di valutazione/accertamento per le varie fasi

La valutazione del dolore si basa su due attori principali: il paziente che riferisce ed il medico o l'infermiere che ascolta ed interviene. Nel paziente che non ha memoria il più soggettivo dei sintomi torna ad essere un segno, inducendo medici, infermieri ed operatori ad individuare e cogliere i segni, che rappresentano l'unico elemento di comunicazione del dolore nel paziente anziano affetto da demenza.

La gravità della compromissione cognitiva (Tabella III) è determinante per la scelta della strategia e degli strumenti di valutazione (Zanetti, 2010).

Secondo lo studio di Ngu et al. non vi è riduzione di abilità di riferire il dolore con il declino cognitivo fintanto che gli individui sono in grado di comunicare e l'80% delle persone con compromissione cognitiva sono ancora in grado di utilizzare strumenti di autovalutazione. Quindi il self report rimane applicabile per la maggior parte dei pazienti con demenza i quali possiedono un'abilità comunicativa verbale semplice.

In letteratura sono state proposte scale di valutazione finalizzate alla valutazione della presenza ed intensità del dolore nei soggetti affetti da decadimento cognitivo che dovrebbero

essere comprese tra gli strumenti a disposizione per la valutazione dei pazienti (Zanetti, 2010).

✚ Decadimento cognitivo lieve-moderato. Molti soggetti con decadimento cognitivo lieve-moderato mantengono l'abilità di riferire il dolore ed è quindi corretto dare loro la possibilità di riferirlo: il gold standard per la valutazione del dolore, in questi soggetti, è "il riferito" del paziente (*self report*). È importante considerare l'abilità della persona a rispondere a domande semplici e dirette: se l'abilità è conservata vale la pena di tentare un approccio verbale rivolgendo al soggetto semplici domande che indaghino i seguenti aspetti: localizzazione del dolore, severità/intensità del dolore, che cosa aggrava il dolore, che cosa allevia il dolore.

La valutazione può essere integrata dall'utilizzo di strumenti di valutazione di self-report (riportati nella Tabella IV) che misurano ciò che il soggetto riferisce (con particolare riferimento all'intensità) e consentono sia il monitoraggio nel tempo, sia la valutazione dell'efficacia degli interventi terapeutici ed assistenziali (Hadjistavropoulos et al., 2010; Zanetti, 2010).

✚ Decadimento cognitivo grave. Quando l'anziano non è più in grado di comunicare il dolore, ci si basa sulla valutazione del caregiver, sanitario o familiare (*proxy report*). Valutazione spesso affidata all'osservazione del caregiver. Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore.

Gli strumenti osservazionali sono un'alternativa al self report. L'American Geriatric Society (AGS), nel 2002, ha identificato degli indicatori comportamentali che suggeriscono la possibile presenza di dolore negli anziani con specifici esempi di comportamenti osservabili. Questi sono stati divisi in sei categorie (Tabella V): espressioni facciali, verbalizzazioni e vocalizzi, movimenti corporei, cambiamenti nelle interazioni interpersonali, cambiamenti nelle attività abituali o di routine e cambiamenti dello stato mentale. Gli indicatori comportamentali proposti dall'AGS costituiscono la base di molti strumenti di valutazione del dolore (Tabella VI).

Gli strumenti:

- Doloplus 2 è una scala francese sviluppata con lo scopo di misurare la gravità del dolore negli anziani non comunicanti. È composta da 3 sottoscale e un totale di 10 items: reazioni somatiche (5 items), reazioni psicomotorie (2 items), reazioni psicosociali (3

items). Il punteggio massimo è di 30 punti, ad ogni item corrispondono 6 punti a riposo e 6 durante la mobilitazione. Per ogni item è previsto un punteggio di gravità del dolore di 4 punti (da 0 a 3). Un punteggio totale di 5 è il valore limite per definire la presenza di dolore. Tuttavia, come segnalano gli sviluppatori della scala, il dolore non può essere escluso se si ottiene un punteggio inferiore a 5.

- DS-DAT, Discomfort in Dementia of the Alzheimer's Type, è uno strumento sviluppato per misurare frequenza, intensità e durata del discomfort negli anziani con demenza avanzata che hanno perso la loro capacità cognitiva e l'abilità comunicativa. Esso va ad indagare 9 comportamenti: respiro rumoroso, vocalizzazioni, espressioni facciali, espressione di tristezza, smorfie, aggrottamento delle ciglia, linguaggio del corpo, tensione, agitazione. Ogni item misura la presenza/assenza di discomfort. Se presente viene attribuito un punteggio da 0 a 3 punti per frequenza, durata ed intensità. Il punteggio massimo è di 27 che corrisponde ad un alto grado di discomfort.
- CNPI, Checklist of Nonverbal Pain Indicators, è un approccio veloce e clinicamente utile per accertare il dolore negli anziani con decadimento cognitivo. La checklist è stata sviluppata per misurare la presenza/assenza di comportamenti osservabili di dolore. Va ad indagare 6 comportamenti: vocalizzazioni, smorfie facciali o fronte corrugata, digrignare, sostenersi/appoggiarsi, agitazione/inquietudine, frizionare/massaggiare una zona. Ogni situazione prevede una risposta dicotomica: presente (1 punto), assente (0 punti). Presenta un punteggio massimo di 12 di cui 6 a riposo e 6 durante la mobilitazione. Non è descritto come interpretare il punteggio ottenuto.
- Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) è una scala breve e di facile utilizzo sviluppata per misurare la gravità del dolore negli individui con demenza avanzata. È composta da 5 item che vanno ad indagare 5 comportamenti: respirazione, vocalizzazioni negative, espressioni facciali, linguaggio del corpo, livello di consolazione del paziente. Per ogni item è previsto un punteggio di 3 punti (da 0 a 2), con un punteggio totale di 10.
- Pain Assessment Checklist for Senior with Limited Ability to Communicate (PACSLAC) è una scala sviluppata per misurare la presenza/assenza di comportamenti osservabili di dolore. È formata da 4 sottoscale con un totale di 60 items: espressioni facciali (13 items), movimenti del corpo/attività (20 items), socialità/personalità/umore (12 items), indicatori fisiologici/cambiamenti dell'alimentazione e del

sonno/vocalizzazioni (15 items). Per ogni item è prevista una risposta dicotomica in cui si dà 1 punto se presente e 0 punti se assente per un punteggio totale di 60 punti. Non viene descritto come interpretare il punteggio totale.

- Non-Communicative Patient's Pain Assessment Instrument (NOPPAIN) è uno strumento sviluppato per misurare la presenza e l'intensità del dolore nei pazienti con demenza. Questo strumento si focalizza sull'osservazione di specifici comportamenti di dolore nel paziente durante l'esecuzione di mansioni comuni. È composto da 4 sezioni: 1) osservare il dolore durante situazioni assistenziali, 2) presenza/assenza di dolore, 3) intensità dei comportamenti di dolore (scala Likert a 6 punti), 4) valutazione intensità attraverso il termometro del dolore. Questo strumento non fornisce dei criteri per stabilire la bassa/alta intensità del dolore e non è definita l'interpretazione del punteggio totale.
- Abbey Pain Scale è una scala australiana sviluppata per misurare la severità del dolore acuto, cronico o incidente (breakthrough pain) in persone con demenza in stadio avanzato che è stata descritta come efficiente, effettiva e in grado di essere usata da una varietà di operatori sanitari. Essa va ad indagare 6 comportamenti: vocalizzazioni, espressioni del viso, cambiamenti del linguaggio corporeo, cambiamenti del comportamento, modificazioni fisiologiche (temperatura, PA, FC, pallore) e fisiche (aree di pressione, artrite, contratture). Il punteggio massimo è di 18. Per ogni item c'è un punteggio di 4 punti (0 assente- 4 severo). Viene descritto come interpretare il punteggio finale: 0-2 nessun dolore, 3-7 dolore lieve, 8-13 dolore moderato, >14 dolore grave.

Altri strumenti osservazionali che possono essere utilizzati per l'accertamento del dolore in pazienti con demenza sono: la scala FLACC (comunemente utilizzata per l'accertamento del dolore nei bambini), la scala PADE (sviluppata per l'accertamento del dolore nei dementi, ma con problemi legati all'utilizzo e all'interpretazione), The Assessment of Discomfort in Dementia (ADD) Protocol (un approccio sistematico che può essere usato dagli infermieri per fare un accertamento differenziale e un piano di trattamento per il dolore fisico ma anche per il discomfort affettivo sperimentati dalle persone con demenza), la scala ECPA (usata per le persone anziane non comunicanti, va a valutare tre dimensioni: osservazione prima della cura del paziente, osservazione durante la cura, ripercussioni sulle attività), la scala MOBID-2 (strumento per la valutazione comportamentale del dolore in pazienti anziani o affetti da demenza che viene somministrato dal personale sanitario e produce uno score in relazione

al comportamento del paziente in relazione a differenti attività quotidiane o a dei movimenti passivi di varie parti del corpo), la scala PAINÉ.

Un recente studio (Corbett et al., 2014) ha estrapolato dagli strumenti esistenti in letteratura, gli items più validi sviluppando il Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC). Questo strumento si basa sulla mappatura degli items di 12 strumenti precedenti che si adeguano alle categorie maggiormente descrittive dell'American Geriatrics Society (van der Steen et al., 2015). Come risultato tutti gli items contenuti nel PAIC presentano validità di facciata (validità che fa riferimento alla percezione dello strumento di rilevazione da parte dei soggetti coinvolti nella rilevazione dei dati) dovuta alla loro selezione da parte di esperti. La scala va ad indagare 3 comportamenti: espressioni facciali (15 items), movimenti del corpo (10 items) e vocalizzazioni (11 items). Ogni item presenta un punteggio da 0, se assente, a 3, se fortemente presente. Inoltre, se non è possibile compilare il punteggio di un item, si deve motivare il perché. Sono fornite le indicazioni per la compilazione (Tabella VII).

1.4.4 *Validità degli strumenti di valutazione*

Gli strumenti osservazionali esistenti in letteratura, spesso mancano di sufficienti proprietà psicometriche come validità di facciata e di costrutto, di affidabilità e di responsività. Pochi dettano le specifiche condizioni nelle quali dovrebbe essere effettuato l'accertamento, ad esempio durante il riposo, durante movimenti guidati o durante attività quotidiane. Inoltre, la maggior parte non è stata sviluppata per un facile utilizzo nei contesti di cura e non ha utilità clinica. Come risultato, non esiste uno strumento di accertamento veramente universale per indagare la presenza di dolore nella demenza (Corbett et al., 2014; Flo et al., 2014; Herr et al., 2006; Lichtner et al., 2014; Ngu et al., 2015; Zwakhalen, Hamers, Abu-Saad, & Berger, 2006).

Negli anziani non comunicanti con demenza vi è una variabilità consistente di manifestazioni comportamentali di dolore. Gli effetti della demenza possono essere diversi in relazione alla parte di cervello colpita e la risposta del paziente è unica. È per questa unicità dei modelli comportamentali, che uno strumento che indaga un ampio range di possibili comportamenti di dolore può avere una maggiore utilità clinica e catturare quelle risposte al dolore che sono meno ovvie o atipiche. Inoltre, gli strumenti che includono un maggior numero di indicatori di dolore (AGS) hanno maggiore sensibilità, e maggiore probabilità di diagnosticare il dolore se presente (Herr et al., 2006).

Uno dei limiti più importanti degli strumenti di valutazione osservazionale risiede nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore: secondo la letteratura, con un proxy report è possibile identificare la presenza di dolore ma non la sua intensità. In assenza di autovalutazione la stima dell'intensità del dolore è ottenuta attraverso la rilevazione della gravità o frequenza del comportamento (Herr et al., 2006; Zanetti, 2010).

Diversi studi ritengono validi differenti strumenti di accertamento del dolore.

Alcuni esempi: lo studio di Zwakhalen et al. sostiene che le scale con maggiori proprietà psicometriche sono PAINAD, PACSLAC, DOLOPLUS-2 ed ECPA. Nello studio di Herr et al. le scale con maggiori qualità psicometriche sono la DS-DAT e la NOPPAIN. Secondo lo studio di Ngu et al. la scala PAINAD è il miglior strumento per accertare il dolore comparato con il self-report. Paulson et al. ritengono che la PAINAD dimostri adeguate qualità psicometriche e che fornisca uno strumento clinicamente rilevante e facile da usare, raccomandando di non confondere il punteggio da 0 a 10 con quello della scala NRS o VRS. Anche lo studio di Oosterman et al. sostiene che la scala PAINAD sia un indicatore affidabile per la presenza di dolore; il punteggio, infatti, non viene influenzato dalla perdita di memoria semantica. La scala MOBID-2, secondo Flo et al. e Husebo et al. (The MOBID-2 pain scale... → nuovi articoli), è valida, affidabile e responsiva alla diminuzione dell'intensità del dolore dopo il trattamento del dolore. Kaasalainen et al. sostengono che siano la scala PACSLAC e la scala PACI quelle con le migliori proprietà psicometriche. Hadjistavropoulos et al. affermano che sia la Abbey Pain Scale, sia la DOLOPLUS-2 sia la PACSLAC hanno adeguate e buone proprietà psicometriche; tuttavia la PACSLAC è stata considerata dagli infermieri intervistati la scala con maggiore utilità clinica. Infine, lo studio di Neville & Ostini considera come scale maggiormente affidabili la Abbey Pain Scale e la DOLOPLUS-2.

Gli esempi riportati confermano come ci siano pareri discordanti tra gli esperti e come non sia ancora stato definito uno strumento universale per la valutazione del dolore nel paziente demente che sia valido, affidabile, facile da utilizzare, responsivo, che fornisca indicazioni per la compilazione e nel quale sia ben definita l'interpretazione del punteggio totale.

Il miglior compromesso, secondo Brugnolli A., consiste nell'usare più strumenti in base alle esigenze del paziente.

CAPITOLO II: MATERIALI E METODI

2.1 Obiettivi della ricerca

La ricerca è stata effettuata al fine di: evidenziare quale sia il ruolo dell'infermiere nell'accertamento del dolore; approfondire quali siano gli strumenti più validi per l'accertamento del dolore nei pazienti affetti da demenza che possono essere utilizzati dagli infermieri a seconda della fase della patologia.

Si è indagato, poi, quanto gli infermieri accertino il dolore nei pazienti con demenza e quanto conoscano ed utilizzino gli strumenti presenti in letteratura.

2.2 Quesiti di ricerca

- I. Gli infermieri accertano il dolore nel paziente affetto da demenza? Quali difficoltà si incontrano nell'accertamento e gestione del dolore?
- II. Esistono strumenti per l'accertamento del dolore in questi pazienti? Quali sono i più validi?
- III. Sono diffusi nei reparti strumenti per l'accertamento del dolore? Vengono sufficientemente utilizzati nei reparti di cura?

2.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri di inclusione:

- Popolazione maschile e femminile
- Età > 18 anni
- Articoli in lingua inglese e italiana
- Articoli full-text
- Data di pubblicazione superiore all'anno 2005

Criteri di esclusione:

- Articoli non in lingua inglese o italiana
- Età < 18 anni
- Data di pubblicazione inferiore all'anno 2005

2.4 Strategie di ricerca

La ricerca è stata effettuata da giugno ad agosto 2015. Sono state utilizzate le seguenti banche date: PUBMED, CINAHL, GOOGLE SCHOLAR, COCHRANE.

Le parole chiave utilizzate sono:

- Dementia;
- Pain;

- Pain assessment;
- Pain assessment tools;
- Pain scales;
- Pain behaviors;
- Pain management;
- Pain manifestations;
- Nursing;
- Nurse's role.

Stringhe di ricerca:

- "Pain" AND "Dementia"
- "Dementia" AND "Pain behaviors"
- "Dementia" AND "Pain management nursing"
- "Pain assessment tools" OR "Pain scales" AND "Dementia"
- "Dementia" AND "Pain assessment" AND "Nurse's role"
- "Pain manifestations" AND "Dementia"

Altre fonti consultate:

- Linee guida;
- Riviste specialistiche.

Il processo di selezione degli articoli ha portato alla scelta iniziale di 72 articoli, i quali sono stati revisionati traducendo il titolo e l'abstract per verificare la congruenza dei contenuti. Da questa prima selezione sono stati utilizzati un totale di 25 articoli tradotti totalmente.

CAPITOLO III: RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 Quanto viene valutato il dolore nei pazienti dementi

Numerosi studi hanno dimostrato che, nonostante la disponibilità di strumenti di accertamento, il dolore è ancora sottovalutato (e sotto-trattato) in un numero allarmante di pazienti con demenza.

Si è visto come le principali motivazioni per la sottovalutazione e il sotto-trattamento nelle persone anziane con demenza sono che esse riportano meno frequentemente, meno spontaneamente e con minore intensità il dolore rispetto alle persone cognitivamente intatte. Generalmente, più la demenza è avanzata, più i pazienti hanno difficoltà a comunicare il proprio dolore. Così, informazioni importanti come localizzazione, qualità, intensità e durata del dolore sono inaccessibili agli infermieri o ai caregivers.

Alcuni studi hanno evidenziato le più comuni difficoltà incontrate dagli infermieri nell'accertare il dolore nel paziente demente: incertezza riguardo la presenza/assenza di dolore a causa della sovrapposizione tra comportamenti di dolore e BPSD; scarse informazioni tecnico-applicative fornite dagli sviluppatori degli strumenti e difficoltà nell'applicare gli strumenti (es. tempi di compilazione troppo lunghi).

Altri motivi che portano alla sottovalutazione del dolore nel paziente demente sono: false credenze sul fatto che gli anziani, in particolare quelli con decadimento cognitivo, abbiano una soglia del dolore più alta e un'inadeguata preparazione del personale sanitario riguardo la disponibilità e le modalità di utilizzo degli strumenti di accertamento.

3.2 Quale ruolo ha l'infermiere nell'accertamento del dolore

Valutare il dolore è il primo passo per riconoscerlo e, successivamente, alleviarlo.

Il 3 settembre 2010, alla conclusione del tredicesimo congresso mondiale sul dolore a Montreal, Quebec, Canada, la International Association for the Study of Pain (IASP) ha approvato la Dichiarazione secondo la quale l'accesso alla gestione del dolore è un diritto fondamentale dell'uomo. Secondo l'Articolo 5 del Codice Deontologico dell'infermiere "Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica". L'infermiere è quindi tenuto ad accertare la presenza del dolore e a collaborare con i medici nella sua gestione.

Si è visto, inoltre, come l'infermiere debba garantire la soddisfazione dei bisogni di salute e attivarsi per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza.

L'infermiere ha il "privilegio" di essere la figura spesso più vicina ai pazienti. In questo modo impara a conoscere il paziente, il suo comportamento e le sue abitudini. Ecco che egli riveste un ruolo fondamentale nell'accertamento del dolore nei pazienti dementi, in particolare in quelli non comunicanti in cui può riconoscere quei segni o comportamenti atipici che possono essere causati dal dolore. L'infermiere è colui che può distinguere i comportamenti di dolore dai BPSD. La relazione instaurata con il paziente permette all'infermiere di essere più consapevole della presenza del dolore.

3.3 Quali sono gli strumenti più validi da utilizzare a seconda della fase della patologia

Come dichiarato precedentemente, il self-report è il metodo più accurato, affidabile e consolidato per identificare e caratterizzare il dolore nelle persone cognitivamente intatte e in quelle che soffrono di demenza con grado da lieve a moderato. Tuttavia, le scale di auto-accertamento richiedono la capacità di indicare l'intensità del dolore, di ricordarne la durata e la frequenza, di riportare la localizzazione e la qualità del dolore e di avere almeno un'idea del significato del dolore. Queste capacità necessitano di funzioni cognitive superiori come la memoria (semantica ed episodica), il linguaggio e l'interpretazione, che sono tipicamente alterate nel processo degenerativo della demenza.

Negli stadi più avanzati della patologia, per indagare la presenza di dolore si rendono necessarie scale osservazionali. Negli ultimi vent'anni sono stati sviluppati molti strumenti di accertamento per persone con demenza avanzata. Essi sono solitamente basati su potenziali indicatori comportamentali che suggeriscono la possibile presenza di dolore. Hanno in comune valutazioni sulla presenza o assenza, intensità o frequenza di certi tipi di comportamento.

Attualmente, non esiste uno strumento che sia considerato dalla letteratura universalmente valido, facile da utilizzare nella pratica clinica, affidabile e responsivo al trattamento del dolore (Lukas et al., 2012).

Gli studi, tuttavia, raccomandano quegli strumenti che includono nella valutazione un maggior numero di indicatori comportamentali individuati dalla AGS, in quanto più sensibili e con maggiore probabilità di individuare il dolore (Herr et al., 2006).

CAPITOLO IV: CONCLUSIONI

4.1 Conclusioni della revisione

La ricerca effettuata ha portato all'analisi di diversi studi cercando di evidenziare quali siano le modalità di espressione del dolore nel paziente demente, con quali strumenti si può accertare il dolore a seconda della progressione della malattia e il ruolo che riveste l'infermiere nella valutazione del dolore in questa determinata popolazione. Si sono, inoltre, indagate le ragioni per cui il dolore è sottovalutato e sotto-trattato in queste persone.

La sintomatologia dolorosa aumenta con l'età per una maggiore incidenza di patologie croniche che determinano dolore persistente e il 27-83% dei pazienti istituzionalizzati ha dolore con riduzione delle ADL. È stato dimostrato che nelle persone anziane con demenza non vi è una diminuita attivazione del sistema nocicettivo a seguito di una stimolazione dolorosa, perciò esse provano dolore in egual misura rispetto alle persone cognitivamente intatte. A causa della perdita della memoria semantica, tuttavia, non riconoscono la sensazione che provano come dolore e non sono in grado di riferirla.

Il dolore rappresenta un problema di elevata entità nelle persone con demenza, dove la sua espressione è spesso compromessa dal progressivo decadimento delle funzioni cognitive.

La sottovalutazione e, di conseguenza, il sotto-trattamento del dolore comportano conseguenze gravi come depressione, ulteriore decadimento fisico e mentale e varie complicazioni che influiscono sulla qualità di vita della persona.

Il dolore nella demenza avanzata si manifesta in forme atipiche. Un problema particolare è rappresentato dalla non rara sovrapposizione tra i sintomi neuropsichiatrici della demenza (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia-BPSD) e i comportamenti di dolore. Questi ultimi vengono, in questo modo, sottovalutati e confusi con la patologia.

L'infermiere è garante della salute dell'assistito, il suo compito è quello di soddisfare i bisogni della persona e garantire il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo tra cui si annovera il diritto di accedere alla gestione del dolore. Egli ha il compito di accertare il dolore e garantire che, una volta rilevato, venga opportunamente trattato. Per fare ciò sono necessari adeguati strumenti di accertamento. Mentre nelle prime fasi, quando il decadimento cognitivo è lieve o moderato, l'infermiere può avvalersi di scale di autovalutazione per indagare la presenza o l'assenza del dolore (quali ad esempio NRS, VRS o VAS), nelle fasi più avanzate il self-report risulta impossibile perciò l'infermiere deve

avvalersi di strumenti osservazionali. Di quelli presenti in letteratura, nessuno può essere raccomandato universalmente come più valido e affidabile.

4.2 Implicazioni per la pratica clinica e per una formazione infermieristica

Nella pratica clinica, la selezione degli strumenti per valutare il dolore nella demenza si basa sulla capacità del paziente di comunicare verbalmente il dolore.

Il self-report rappresenta il gold standard per l'accertamento del dolore. Esso rimane possibile per la maggior parte dei pazienti con demenza i quali abbiano mantenuto un'abilità comunicativa verbale semplice. La letteratura consiglia di usare scale di autovalutazione prima di applicare gli strumenti osservazionali.

Per capire quando gli anziani con demenza non sono più in grado di riferire affidabilmente il dolore sulla base di un'autovalutazione gli si chiede di indicare su una scala cosa potrebbe indicare il dolore "severo" o il dolore "lieve". Per controllare l'affidabilità delle risposte si possono porre le stesse domande dopo un breve tempo. Se i pazienti dimostrano essere in difficoltà con questo compito, gli strumenti osservazionali diventano utili e necessari.

Per quanto riguarda la scelta dello strumento osservazionale il miglior compromesso, secondo Brugnoli A., consiste nell'usare più strumenti in base alle esigenze del paziente.

Sulla base degli studi analizzati si può sintetizzare il seguente approccio per la valutazione del dolore nel paziente con demenza:

- Prevedere e sospettare dolore in presenza di: patologie muscolo-scheletriche, osteoarticolari, vascolari, neoplastiche; comportamento anomalo senza ragioni apparenti, riduzione dell'appetito, sindrome depressiva, problemi d'insonnia, cambiamenti nelle capacità funzionali, agitazione o rifiuto verso le cure e/o l'attività.
- Osservare e documentare il comportamento abituale degli anziani con grave declino cognitivo e a rischio di dolore. La conoscenza della persona è importante per la rilevazione del dolore nei pazienti con demenza.
- Rilevare, attraverso l'osservazione, indizi non verbali di dolore e cambiamenti comportamentali non usuali (tipizzare i comportamenti di dolore).
- Monitorare il dolore in modo sistematico e ad intervalli regolari utilizzando un elenco di indicatori comportamentali. I comportamenti associati a dolore dovrebbero essere osservati sia a riposo che durante l'attività, come i trasferimenti, cambi di postura, e con la palpazione delle zone sospettate doloranti.

- Selezionare lo strumento che include indicatori fini di comportamento non verbale, di facile utilizzo e adatto al tipo di popolazione.
- Se non si è certi della presenza di dolore, può essere giustificato intervenire (con farmaci o altri interventi per ridurlo) e valutare se la persona mostra sollievo.

Diversi studi hanno dimostrato come, nonostante la presenza di una moltitudine di strumenti osservazionali per l'accertamento del dolore, questo sia ancora sottovalutato e sottotrattato soprattutto negli anziani istituzionalizzati con demenza. Uno dei principali motivi, è la scarsa conoscenza da parte degli infermieri riguardo questi strumenti e riguardo le loro modalità di utilizzo. Gli infermieri riferiscono incertezza nel cogliere i comportamenti di dolore o sottovalutazione di questi poiché confusi con la demenza.

Per risolvere questi problemi sarebbe opportuno che venissero organizzati dei *trainings* per gli infermieri per diffondere la consapevolezza che dietro ad un comportamento che si discosta da quello abituale (baseline) potrebbe celarsi il dolore.

In questi trainings dovrebbero essere spiegati quali sono gli indicatori di dolore nei pazienti dementi, quali sono gli strumenti di accertamento disponibili in letteratura con le loro rispettive qualità psicometriche e i loro limiti o criticità.

In conclusione, si dovrebbe arricchire la cultura assistenziale con lo sviluppo di una sensibilità maggiore verso il dolore dell'anziano.

Il dolore deve essere considerato dagli infermieri e da tutti gli operatori sanitari come quinto segno vitale (come viene definito dall'American Pain Society) proprio perché, se esso viene valutato con la stessa frequenza e zelo con cui si monitorano i parametri vitali, è più probabile che sia diagnosticato e trattato tempestivamente e adeguatamente.

BIBLIOGRAFIA

- Ahn, H., & Horgas, A. (2014). Does pain mediate or moderate the effect of cognitive impairment on aggression in nursing home residents with dementia? *Asian Nursing Research*, 8(2), 105-109. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.003>
- Brugnolli, A. (2007). The assessment of pain in cognitively impaired patients. [La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo] *Assistenza Infermieristica E Ricerca : AIR*, 26(1), 38-45.
- Cappuccio, M. (2010). La sofferenza del paziente nelle residenze. *Psicogeriatría*, , 97-98.
- Cohen-Mansfield, J., & Jensen, B. (2008). Assessment and treatment approaches for behavioral disturbances associated with dementia in the nursing home: Self-reports of physicians' practices. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(6), 406-413. doi:10.1016/j.jamda.2008.02.010 [doi]
- Corbett, A., Achterberg, W., Husebo, B., Lobbezoo, F., de Vet, H., Kunz, M., . . . EU-COST action td 1005 'Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia' Collaborators: <http://www.cost-td1005.net/>. (2014). An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: The development of the pain assessment in impaired cognition (PAIC) meta-tool. *BMC Neurology*, 14, 229-014-0229-5. doi:10.1186/s12883-014-0229-5 [doi]
- Corbett, A., Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Aarsland, D., Erdal, A., & Flo, E. (2014). The importance of pain management in older people with dementia. *British Medical Bulletin*, 111(1), 139-148. doi:10.1093/bmb/ldu023 [doi]

Flo, E., Gulla, C., & Husebo, B. S. (2014). Effective pain management in patients with dementia: Benefits beyond pain? *Drugs & Aging, 31*(12), 863-871.

doi:10.1007/s40266-014-0222-0 [doi]

Gilmore-Bykovskyi, A. L., & Bowers, B. J. (2013). Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia. *Research in Gerontological Nursing, 6*(2), 127-138. doi:10.3928/19404921-20130110-02 [doi]

doi:10.3928/19404921-20130110-02 [doi]

Hadjistavropoulos, T., Fitzgerald, T. D., & Marchildon, G. P. (2010). Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities. *Physiotherapy Canada. Physiotherapie Canada, 62*(2), 104-113.

doi:10.3138/physio.62.2.104 [doi]

doi:10.3138/physio.62.2.104 [doi]

Herr, K., Bjoro, K., & Decker, S. (2006). Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review. *Journal of Pain and Symptom Management, 31*(2), 170-192. doi:S0885-3924(05)00611-1 [pii]

doi:S0885-3924(05)00611-1 [pii]

Husebo, B. S., Ballard, C., Cohen-Mansfield, J., Seifert, R., & Aarsland, D. (2014). The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry : Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry, 22*(7), 708-717. doi:10.1016/j.jagp.2012.12.006

doi:10.1016/j.jagp.2012.12.006

doi:10.1016/j.jagp.2012.12.006

[doi]

Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: Cluster randomised clinical trial. *BMJ (Clinical Research Ed.), 343*, d4065.

doi:10.1136/bmj.d4065 [doi]

doi:10.1136/bmj.d4065 [doi]

- Kaasalainen, S., Akhtar-Danesh, N., Hadjistavropoulos, T., Zwakhalen, S., & Verreault, R. (2013). A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *14*(4), e106-14. doi:10.1016/j.pmn.2011.08.006 [doi]
- Lichtner, V., Dowding, D., Esterhuizen, P., Closs, S. J., Long, A. F., Corbett, A., & Briggs, M. (2014). Pain assessment for people with dementia: A systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatrics*, *14*, 138-2318-14-138. doi:10.1186/1471-2318-14-138 [doi]
- Lukas, A., Schuler, M., Fischer, T. W., Gibson, S. J., Savvas, S. M., Nikolaus, T., & Denking, M. (2012). Pain and dementia: A diagnostic challenge. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, *45*(1), 45-49. doi:10.1007/s00391-011-0272-4 [doi]
- Monroe, T. B., Parish, A., & Mion, L. C. (2015). Decision factors nurses use to assess pain in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.05.007>
- Morgan, R. O., Sail, K. R., Snow, A. L., Davila, J. A., Fouladi, N. N., & Kunik, M. E. (2013). Modeling causes of aggressive behavior in patients with dementia. *The Gerontologist*, *53*(5), 738-747. doi:10.1093/geront/gns129 [doi]
- Neville, C.; Ostini, R. (2014). A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia. *Pain Manag.Nurs.*, Published by Elsevier Inc, United States

- Ngu, S. S., Tan, M. P., Subramanian, P., Abdul Rahman, R., Kamaruzzaman, S., Chin, A. V., . . . Poi, P. J. (2015). Pain assessment using self-reported, nurse-reported, and observational pain assessment tools among older individuals with cognitive impairment. *Pain Management Nursing : Official Journal of the American Society of Pain Management Nurses*, *16*(4), 595-601. doi:10.1016/j.pmn.2014.12.002 [doi]
- Oosterman, J. M., Hendriks, H., Scott, S., Lord, K., White, N., & Sampson, E. L. (2014). When pain memories are lost: A pilot study of semantic knowledge of pain in dementia. *Wiley Periodicals*,
- Paulson, C. M., Monroe, T., & Mion, L. C. (2014). Pain assessment in hospitalized older adults with dementia and delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, *40*(6), 10-15. doi:10.3928/00989134-20140428-02 [doi]
- Peisah, C., Weaver, J., Wong, L., & Strukovski, J. A. (2014). Silent and suffering: A pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities. *Clinical Interventions in Aging*, *9*, 1767-1774. doi:10.2147/CIA.S64598 [doi]
- Valkovic, P., Minar, M., Singliarova, H., Harsany, J., Hanakova, M., Martinkova, J., & Benetin, J. (2015). Pain in parkinson s disease: A cross-sectional study of its prevalence, types, and relationship to depression and quality of life. *PloS One*, *10*(8), e0136541. doi:10.1371/journal.pone.0136541 [doi]
- van der Steen, J. T., Sampson, E. L., Van den Block, L., Lord, K., Vankova, H., Pautex, S., . . . EU-COST action td 1005 Collaborators. (2015). Tools to assess pain or lack of

comfort in dementia: A content analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*,
doi:S0885-3924(15)00335-8 [pii]

Zanetti, E. (2010). Dolore da ascoltare o da vedere: Interpretazione sempre difficile
nell'anziano istituzionalizzato. *Supplemento Di Psicogeriatría I*, , 99-107.

Zwakhlen, S. M., Hamers, J. P., Abu-Saad, H. H., & Berger, M. P. (2006). Pain in elderly
people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment
tools. *BMC Geriatrics*, 6, 3. doi:1471-2318-6-3 [pii]

ALLEGATI

ALLEGATO n.1

Tabella I. Classificazione eziologica delle demenze

Demenze primarie o degenerative:	
•	demenza di Alzheimer
•	demenze fronto-temporali e malattia di Pick
•	demenza a corpi di Lewy
•	Parkinson-demenza
•	idrocefalo normoteso
•	corea di Huntington
•	paralisi sopranucleare progressiva
•	degenerazione cortico-basale
Demenze secondarie	
1	Demenza vascolare ischemica
2	Disturbi endocrini e metabolici
•	ipo e ipertiroidismo
•	ipo e iperparatiroidismo
•	malattie dell'asse ipofisi-surrene
•	encefalopatia portosistemica in corso di epatopatia
•	insufficienza renale cronica
•	ipoglicemia
•	disidratazione
3	Malattie metaboliche ereditarie
4	Malattie infettive e infiammatorie del SNC
•	meningiti ed encefaliti
•	sclerosi multipla e malattie demielinizzanti
•	connettiviti
•	malattia di Creutzfeldt-Jakob
•	AIDS
5	Stati carenziali
•	carezza di tiamina (sindrome di Korsakoff)
•	carezza di vitamina B12 e folati
•	malnutrizione generale
6	Sostanze tossiche
•	alcol
•	metalli pesanti
•	farmaci
•	composti organici
7	Processi espansivi intracranici
•	neoplasie, ematomi o ascessi cerebrali
8	Miscellanea
•	traumi cranici
•	malattie cardiovascolari e respiratorie

Tratta da: Trabucchi M.; Le demenze; 2002

ALLEGATO n. 2

Tabella II. Caratteristiche dei pazienti e del dolore che influenzano la certezza degli infermieri riguardo la presenza di dolore (traduzione)

Caratteristiche pazienti	Influenza sulla certezza
Pazienti lungo-degenti	Minore certezza perché il dolore non è anticipato ed è raramente visibile, necessario accertamento più approfondito.
Pazienti con degenza breve	Maggiore certezza perché il paziente ha una più alta probabilità di avere un'ovvia ragione per provare dolore, una più bassa probabilità di avere la demenza, una più alta probabilità di aver bisogno di un trattamento regolare del dolore e di avere una prescrizione per farmaci per il dolore.
Pazienti terminali	Alta certezza che porta a trattamento immediato.
Pazienti che richiedono spesso farmaci	Minore certezza , necessario accertamento aggiuntivo, pazienti con probabilità di avere ritardi di trattamento.
Presenza di demenza	Alta incertezza. La demenza è considerata una situazione in cui la certezza è impossibile, se il dolore si presenta sotto forma di cambiamento comportamentale, ha luogo un più complicato accertamento in aggiunta a un processo di prove ed errori con interventi multipli.
Caratteristiche del dolore	Influenza sulla certezza
Ragione/causa di dolore visibile o ovvia	Maggiore certezza quando il dolore ha una ragione/causa visibile. L'accertamento e il trattamento sono più immediati.
Ragione/causa di dolore non visibile o non ovvia	Minore certezza e necessità di un accertamento più approfondito

Tratta da: Gilmore-Bykovskiy and Bowers; Understanding nurses decisions to treat pain in nursing home residents with dementia; 2014.

ALLEGATO n.3

Tabella III. La Clinical Dementia Rating Scale (CDR) estesa.

	NORMALE	DEMENZA DUBBIA	DEMENZA LIEVE	DEMENZA MODERATA	DEMENZA GRAVE
	CDR 0	CDR 0.5	CDR 1	CDR 2	CDR 3
Memoria	Memoria adeguata o smemorata occasionale	Lieve smemorata permanente; parziale rievocazione di eventi	Perdita memoria modesta per eventi recenti; interferenza attività quotidiane	Perdita memoria severa: materiale nuovo perso rapidamente	Perdita memoria grave; rimangono alcuni frammenti
Orientamento	Perfettamente orientato	Perfettamente orientato	Alcune difficoltà nel tempo; possibile disorientamento topografico	Usualmente disorientamento temporale, spesso spaziale	Orientamento solo personale
Giudizio soluzione problemi	Risolve bene i problemi giornalieri; giudizio adeguato rispetto al passato	Dubbia compromissione nella soluzione di problemi, analogie, differenze	Difficoltà moderata; esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale adeguato	Difficoltà severa esecuzione di problemi complessi; giudizio sociale compromesso	Incapace di dare giudizi o di risolvere problemi
Attività sociali	Attività indipendente e livelli usuali ne lavoro, acquisti, pratiche burocratiche	Solo dubbia compromissione nelle attività descritte	Incapace di compiere indipendentemente le attività, ad esclusione di attività facili	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. In grado di essere portato fuori casa	Nessuna pretesa di attività indipendente fuori casa. Non in grado di uscire
Casa e hobbies	Vita domestica e interessi intellettuali conservati	Vita domestica e interessi intellettuali lievemente compromessi	Lieve ma sensibile compromissione della vita domestica; abbandono hobbies ed interessi	Interessi ridotti, non sostenuti, vita domestica ridotta a funzioni semplici	Nessuna funzionalità fuori dalla propria camera
Cura personale	Interamente capace di curarsi della propria persona	Richiede facilitazione	Richiede aiuto per vestirsi, igiene, utilizzazione effetti personali	Richiede molta assistenza per cura personale; non incontinenza urinaria	Richiede molta assistenza per cura personale; incontinenza urinaria
CDR 4: DEMENZA MOLTO GRAVE					
Il paziente presenta severo deficit del linguaggio o della comprensione, problemi nel riconoscere i familiari, incapacità a deambulare in modo autonomo, problemi ad alimentarsi da solo, nel controllare la funzione intestinale o vescicale.					
CDR 5: DEMENZA TERMINALE					
Il paziente richiede assistenza totale perché completamente incapace di comunicare, in stato vegetativo, allettato, incontinente.					

Tratta da: Zanetti E., Dolore da ascoltare o da vedere: interpretazione sempre difficile nell'anziano istituzionalizzato, Psicogeriatrica I; 2010.

ALLEGATO n. 4

Tabella IV. Soggetti con decadimento lieve-moderato: strumenti di valutazione del dolore

VERBAL RATING SCALES

Verbal Descriptor Scale: Elenco predefinito di termini che descrivono diversi livelli di dolore, di solito sono incluse: nessun dolore, lieve, moderato o grave dolore. Viene richiesto al soggetto di scegliere quale tra i termini proposti (solitamente da 4 a 6) è quello che più si avvicina alla sua esperienza di dolore

Gracely, McGrath e Dubner R, 1978⁴⁴

Verbal Rating Scale (VRS): Elenco predefinito di 5 aggettivi che indicano intensità diverse di dolore (es.: angoscioso)

Gracely, McGrath e Dubner R, 1978⁴⁴

VISUAL RATING SCALES

Scala delle espressioni facciali: una serie di disegni (solitamente 8) raffiguranti diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore. Viene richiesto al soggetto di scegliere quale tra le espressioni facciali riportate su un unico foglio più esprime la sensazione dolorosa provata

LeResche, 1982⁴⁵

McGill Pain Questionnaire (Short_Form): Viene richiesto al soggetto di indicare dove prova dolore mostrandogli la sagoma disegnata del corpo umano e quindi di selezionare, da un elenco, le parole che descrivono il dolore.

Melzak, 1975⁴⁶

NUMERICAL RATING SCALES

Verbal Numerical Scale (VNS): "Se zero significa nessun dolore e 10 indica il peggiore dolore possibile, qual è il dolore che prova ora?"

Gracely e Dubner, 1987⁴⁷

Visual Analogue Scale (VAS): è generalmente rappresentata con una linea orizzontale o verticale di 10 centimetri con o senza tacche in corrispondenza di ciascun centimetro: un'estremità indica l'assenza di dolore, mentre l'altra rappresenta il peggiore dolore immaginabile. Al soggetto viene chiesto di rappresentare con una linea il dolore provato, tenendo presente che l'estremità sinistra rappresenta l'assenza di dolore e l'estremità destra il massimo dolore provato.

Scott e Huskisson, 1976⁴⁸

Tratta da: Zanetti E., Dolore da ascoltare o da vedere: interpretazione sempre difficile nell'anziano istituzionalizzato, *Psicogeriatría I*; 2010.

ALLEGATO n.5

Tabella V. Comportamenti di dolore nelle persone con declino cognitivo- AGS

Espressioni facciali

Lieve aggrottamento delle ciglia, espressione triste
Smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati
Qualsiasi espressione anomala
Ammicciamento rapido

Verbalizzazioni, vocalizzi

Sospiri, lamenti, gemiti
Borbottio, cantilena, chiamare
Respiro rumoroso
Richiesta di aiuto
Espressioni verbali aggressive

Movimenti del corpo

Postura rigida, tesa, guardinga
Agitazione
Aumento del cammino su e giù, dondolamenti
Movimenti limitati
Cambiamenti nella marcia o nella mobilità

Cambiamenti nelle interazioni interpersonali

Aggressività, opposizione alle cure
Diminuzione delle interazioni sociali
Atteggiamenti socialmente inappropriati o aggressivi
Ritrosia

Cambiamenti nelle attività abituali o routine

Rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetito
Aumento periodi di riposo
Cambiamenti del sonno e dei modelli di riposo
Improvvisa cessazione delle attività abituali
Aumento del vagabondaggio

Cambiamenti dello stato mentale

Pianto o essere in lacrime
Aumento della confusione
Irritabilità o angoscia

Tratta da: Brugnolli A.; La valutazione del dolore negli anziani con decadimento cognitivo; 2007.

ALLEGATO n.6

Tabella VI Items degli strumenti per l'accertamento del dolore negli anziani non-comunicanti comparati agli indicatori comportamentali di dolore delle linee guida AGS (traduzione)

<i>Linee guida AGS</i>	<i>Abbey Scale</i>	<i>ADD</i>	<i>CNPI</i>	<i>Doloplus 2</i>	<i>DS-DAT</i>
<p>Espressioni facciali</p> <p>Lieve aggrottamento delle ciglia, espressione triste, faccia spaventata, smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati Qualsiasi espressione anomala Ammicciamento rapido</p>	<p>Aggrottamento ciglia, smorfie, aspetto spaventato, aspetto teso.</p>	<p>Espressione triste o spaventata.</p>	<p>Smorfie facciali o sussulti (denti stretti, fronte aggrottata, labbra strette, occhi fissurati).</p>	<p>Espressione che mostra dolore, sguardo insolitamente vuoto (paziente muto, che fissa, con sguardo assente).</p>	<p>Aggrottamento ciglia, espressione triste, espressione spaventata, significato espressione.</p>
<p>Verbalizzazioni, vocalizzazioni</p> <p>Sospiri, lamenti, gemiti, borbottii, cantilena, richiami, respiro rumoroso Richiesta di aiuto, verbalmente aggressivo</p>	<p>Piagnucolii e gemiti.</p>	<p>Verbalizzazioni molto ripetitive, sfoghi verbali contro altre persone, respiro rumoroso.</p>	<p>Lamenti vocali (Quello fa male, Ahi! Fermo!) Vocalizzazioni non-verbali (sospiri, boccheggi, lamenti, pianti).</p>	<p>Lamenti somatici: -riferiti solo su richiesta -occasionali involontari -continui involontari.</p>	<p>Vocalizzazioni negative, respiro rumoroso.</p>

<p>Movimenti corporei</p> <p>Postura rigida, tesa, guardinga Agitazione, aumento del cammino su e giù, dondolamenti, movimenti limitati, cambiamenti della marcia o della mobilità</p>	<p>Protezione di una parte del corpo, agitazione, dondolamenti.</p>	<p>Linguaggio del corpo teso, agitazione, movimenti nervosi ripetitivi. Durante i movimenti: smorfie, autosostenersi, gemiti.</p>	<p>Massaggio dell'area affetta Irrequietezza (spostamenti, dondolamenti, incapacità di stare fermi seduti) Atteggiamenti di sostegno (stringere o tenere la parte affetta durante i movimenti).</p>	<p>Reazioni somatiche Atteggiamento di difesa a riposo: -evitamento di certe posizioni -posture protettive -protezione area dolorante Mobilità: -riduzione attività abituali -resistenza ai movimenti.</p>	<p>Linguaggio del corpo teso, agitazione, linguaggio del corpo rilassato.</p>
<p>Cambiamenti nelle interazioni interpersonali</p> <p>Aggressività, combattività, opposizione alle cure, diminuite interazioni sociali, atteggiamenti socialmente inappropriati o aggressivi, ritiro sociale</p>	<p>Ritrosia.</p>	<p>Aggressione fisica, atteggiamento di ritiro.</p>		<p>Comunicazione: -aumentata, richiesta di attenzione, diminuita, assenza/rifiuto di qualsiasi forma di comunicazione. Vita sociale: -partecipazione normale ad attività, solo se viene richiesto, a volte rifiuto, rifiuto di partecipare a qualsiasi attività. Problemi comportamentali</p>	

<p>Cambiamenti nelle attività normali o routine</p> <p>Rifiuto del cibo, cambiamento appetito, aumentati periodi di riposo, cambiamenti del sonno e dei modelli di riposo, improvvisa cessazione della routine, aumentato vagabondaggio</p>	<p>Alterazione dei modelli usuali, Rifiuto di mangiare.</p>	<p>Vagabondaggio che richiede l'intervento, Ripetuti risvegli durante la notte.</p>		<p>Reazioni psicomotorie: -cambiamenti nelle abilità di lavarsi e/o vestirsi Reazioni somatiche: -cambiamenti del modello del sonno, risvegli, irrequietezza o insonnia.</p>	
<p>Cambiamenti di stato mentale</p> <p>Pianto o essere in lacrime Aumento della confusione Irritabilità o angoscia</p>	<p>Aumentata confusione Pianto.</p>	<p>Pianto Delusioni Fobie o paure Allucinazioni</p>			

<i>Linee guida AGS</i>	<i>FLACC</i>	<i>NOPPAIN</i>	<i>PACSLAC</i>	<i>PADE</i>	<i>PAINAD</i>
Espressioni facciali	Nessuna particolare espressione o sorriso, smorfie o aggrottamenti della fronte occasionali, ritrosia, disinteresse	Espressioni di dolore? (Smorfie, fronte aggrottata, sussulti)	Espressioni facciali: smorfie, espressione triste, faccia stretta/aggrottata, aspetto sporco Cambiamenti negli occhi, aggrottamenti, espressioni di dolore, faccia con smorfie, denti serrati, sussulti, bocca aperta, naso raggrinzito	Aggrottamento fronte, espressione triste, ansiosa o spaventata	Espressione facciale
Verbalizzazioni, vocalizzazioni	Pianto: -niente pianto (sveglio o addormentato) -lamenti o piagnucolii -lamenti occasionali Da frequente a costante tremolio del mento, pianto costante, urla o singhiozzi, frequenti lamenti.	Parole di dolore? (Fa male! Ahia! Smettila!) Imprecazioni Suoni di dolore? (lamenti, gemiti, grugniti, pianti, boccheggi, sospiri).	Grida/Urla, richiami (es. richiesta d'aiuto), specifici suoni o vocalizzazioni per il dolore, lamenti e gemiti, borbottii, grugniti, aggressione verbale.	Lamenti/gemiti, Respiro rapido o iperventilazione Respiro rumoroso, boccheggi, discorsi o altre vocalizzazioni angoscienti.	Respiro Vocalizzazioni negative.

<p>Movimenti del corpo</p>	<p>Gambe: posizione normale o rilassata Inquieto, irrequieto, teso, calciante, gambe stese Attività: disteso, calmo, posizione normale, movimenti sciolti, contorto, movimenti avanti e indietro, teso, arcuato, rigido o contratto.</p>	<p>Sfregamenti? (massaggio area affetta) Irrequietezza? (frequenti movimenti dondolanti, incapacità di stare fermi)</p>	<p>Attività/ movimenti del corpo: agitazione, strappare, battere le ciglia, irrequietezza, andare su e giù, rifiuto di muoversi, picchiare, attività diminuita, movimenti lenti, comportamento impulsivo (movimenti ripetitivi), proteggere area dolorante, toccare o tenere area dolorante, zoppicare, pugni stretti, posizione fetale, rigidità.</p>	<p>Linguaggio del corpo teso Proteggere l'area affetta, Irrequietezza, Agitazione, Andare su e giù</p>	<p>Linguaggio del corpo: 0.rilassato 1.teso, andare avanti e indietro angosciante, agitazione 2.rigido, pugni stretti, ginocchia alzate, strappare o spingere via, picchiare.</p>
<p>Cambiamenti nelle interazioni interpersonali</p>			<p>Socialità/personalità/umore: aggressione fisica, non voler essere toccati, non lasciare le persone avvicinarsi, rabbia/pazzia, lanciare oggetti</p>	<p>Linguaggio: coerenza e complessità (modello di interazione sociale) (modello di cooperazione).</p>	

Cambiamenti delle attività normali o routine			Cambiamenti del sonno, cambiamenti appetito, tentare di andarsene.	Modello alimentare Modello sonno/veglia Modello di vagabondaggio.	
Stato mentale			Aumentata confusione.		

Tratta da: Herr K., Bjoro K., Decker S.; Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: a state-of science review; 2006.

ALLEGATO n.7

Tabella VII Punteggi dell'accertamento del dolore da parte dell'osservatore dello strumento PAIC: Espressioni facciali

ESPRESSIONI FACCIALI	SIGNIFICATO ITEMS	Assente	Grado lieve	Grado moderato	Grado alto	Non segnato			
						a=item non chiaro	b= situazione non presente	c=stato fisico persona non permette di segnare	d=altro
espressione di dolore	manifestazione facciale di dolore	0	1	2	3	a	b	c	d
accigliato	alzare e tirare le sopracciglia contemporaneamente	0	1	2	3	a	b	c	d
occhi stretti	occhi stretti con tensione attorno	0	1	2	3	a	b	c	d
occhi chiusi	non solo ammiccamenti	0	1	2	3	a	b	c	d
innalzamento labbro superiore	labbro superiore innalzato, il naso può essere raggrinzito	0	1	2	3	a	b	c	d
bocca aperta	labbra separate, mascella scesa	0	1	2	3	a	b	c	d
labbra serrate	labbra pressate assieme e appaiono più strette	0	1	2	3	a	b	c	d
denti serrati	denti pressati insieme con tensione della mascella	0	1	2	3	a	b	c	d
sguardo vuoto	occhi non riflettono alcuna emozione o pensiero attivo (espressione vuota)	0	1	2	3	a	b	c	d
disinteresse	l'espressione non riflette alcun interesse nei confronti dell'ambiente	0	1	2	3	a	b	c	d
faccia pallida	colore della pelle pallido	0	1	2	3	a	b	c	d
occhi luccidi	occhi bagnati	0	1	2	3	a	b	c	d
tensione	espressione di sforzo o preoccupazione	0	1	2	3	a	b	c	d
tristezza	espressione di infelicità, tristezza o umore basso	0	1	2	3	a	b	c	d
paura	espressione di paura, allarme o forte ansia	0	1	2	3	a	b	c	d

Istruzioni per utilizzatori: registra l'apparenza di ogni espressione facciale descritta nella tabella sopra. Valuta l'intensità dell'espressione da assente a grado alto.

Se un item non è segnato, indica il motivo. Sottocategorie: emozioni, cognizione, orientazione anatomica, reazione autonoma, giudizio qualitativo dell'espressione.

Tabella VII (continua): Punteggi dell'accertamento del dolore da parte dell'osservatore dello strumento PAIC: Movimenti del corpo

MOVIMENTI DEL CORPO	SIGNIFICATO ITEMS	Assente	Grado lieve	Grado moderato	Grado alto	Non segnato			
						a=item non chiaro	b= situazione non presente	c=stato fisico persona non permette di segnare	d=altro
raggelato	improvviso irrigidimento, evitare di muoversi, trattenere il respiro	0	1	2	3	a	b	c	d
raggomitolato	raggomitolare il corpo in modo stretto, tirando a sé braccia e gambe	0	1	2	3	a	b	c	d
torcere le mani	tendere le mani, serrare i pugni, sringere oggetti	0	1	2	3	a	b	c	d
porre resistenza alle cure	porre resistenza all'essere mosso, non cooperare	0	1	2	3	a	b	c	d
spingere	spingere via attivamente qualcuno o qualcosa	0	1	2	3	a	b	c	d
proteggersi	proteggere l'area affetta, tenere la parte del corpo, evitare il tocco, scappare	0	1	2	3	a	b	c	d
massaggiare	tirare o massaggiare l'area affetta	0	1	2	3	a	b	c	d
andatura claudicante	evitare il dolore camminando in modo variabile	0	1	2	3	a	b	c	d
irrequietezza	agitarsi di continuo, storcere le mani, dondolare avanti e indietro	0	1	2	3	a	b	c	d
camminare avanti e indietro	vagabondare irrequietamente avanti e indietro (anche con carrozzina)	0	1	2	3	a	b	c	d

Istruzioni per utilizzatori: registra il verificarsi di ogni movimento corporeo descritto sulla tabella sopra. Valuta l'intensità del movimento da assente a grado alto. Se qualche item non è segnato, indica il motivo. Sottocategorie: tensione, difesa, posizioni di sollievo del dolore e irrequietezza.

Tabella VII (continua): Punteggi dell'accertamento del dolore da parte dell'osservatore dello strumento PAIC: Vocalizzazioni

VOCALIZZAZIONI	SIGNIFICATO ITEMS	Assente	Grado lieve	Grado moderato	Grado alto	Non segnato			
						a=item non chiaro	b= situazione non presente	c=stato fisico persona non permette di segnare	d=altro
uso parole offensive	maledire, bestemmiare, linguaggio volgare	0	1	2	3	a	b	c	d
uso parole dolore-correlate	usare parole di dolore come Ahi, Ow, Fa male!	0	1	2	3	a	b	c	d
ripetizione parole	ripetere parole o frasti ancora e ancora (no balbuzie)	0	1	2	3	a	b	c	d
lamenti	dire di essere infelici, sentirsi male, a disagio e/o avere dolore	0	1	2	3	a	b	c	d
urla	usare voce alta per esprimere le parole	0	1	2	3	a	b	c	d
borbottii	pronunciare parole e/o suoni indistintamente	0	1	2	3	a	b	c	d
grida	usare una voce alta e/o di grandi intensità	0	1	2	3	a	b	c	d
gemiti	emettere suoni profondi, inarticolati	0	1	2	3	a	b	c	d
pianto	mugolare, singhiozzare, gemere o piangere	0	1	2	3	a	b	c	d
ansimare	respirare pesantemente, a fatica, rumorosamente	0	1	2	3	a	b	c	d
sospiri	inspirare ed espirare lentamente e rumorosamente	0	1	2	3	a	b	c	d

Istruzioni per utilizzatori: registra ogni vocalizzazione descritta sulla tabella sopra. Valuta l'intensità di ciascun item da assente a grado alto. Se un item non è segnato indica il motivo. Sottocategorie: espressioni verbali, espressioni non verbali e mormorii.

Tratta da: Corbett et al.; An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of pain assessment in impaired cognition (PAIC) meta-tool; 2014.

ALLEGATO n.8

Tabella VIII. Revisione della letteratura

REVISIONE DELLA LETTERATURA						
BANCA DATI CONSULTATA	DATA CONSULTAZIONE	PAROLE CHIAVE	DOCUMENTI REPERITI	DOCUMENTI INIVDUATI	DOCUMENTI SELEZIONATI	
					N°	ARTICOLI
PUBMED http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	05/06/2015	"pain" AND "dementia"	687	14	12	van der Steen J., Sampson E.L., Van den Block L., Lord K., Vankova H., Pautex S., Vandervoort A., Radbruch L., Shvartzman P., Sacchi V., de Vet H., Van Den Noortgate N.; Tools to assess pain or lack of comfort in dementia: A content analysis; 2015
						Lukas A., Schuler M., Fischer T. W., Gibson S. J., Savvas S. M., Nikolaus T. & Denkinge M.; Pain and dementia: A diagnostic challenge; 2012
						Ngu S. S., Tan M. P., Subramanian P., Abdul Rahman R., Kamaruzzaman S., Chin A. V.; Pain assessment using self-reported, nurse-reported, and observational pain assessment tools among older individuals with cognitive impairment; 2015
						The impact of negative-pressure wound therapy with instillation compared with standard negative-pressure wound therapy: a retrospective, historical, cohort, controlled study.; Kim PJ, Attinger CE, Steinberg JS, Evans KK, Powers KA, Hung RW, Smith JR, Rocha ZM, Lavery L.; 2014
						Corbett A., Achterberg W., Husebo B., Lobbezoo F., de Vet H., Kunz M., Strand L., Constantinou M., Tudose C., Kappesser J., de Waal M., Lautenbacher S.; An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool; 2014
						Lichtner V., Dowding D., Esterhuizen P., Closs S.J., Long A.F., Corbett A., Briggs M.; Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools; 2014
						Zwakhalen S., Hamers J., Huijter Abu-Saad H., Berger M.; Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools; 2006
						Flo E., Gulla C., Husebo B.; Effective Pain Management in Patients with Dementia: Benefits Beyond Pain?; 2014
						Peisah C., Weaver J., Wong L., Strukovski J.A.; Silent and suffering: a pilot study exploring gaps between theory and practice in pain management for people with severe dementia in residential aged care facilities; 2014
						Paulson C.M., Monroe T., Mion L.C.; Pain Assessment in Hospitalized Older Adults With Dementia and Delirium; 2015
						Gilmore-Bykovsky A.L., Bowers B.J.; Understanding nurses' decisions to treat pain in nursing home residents with dementia; 2013
						Hadjistavropoulos T., Fitzgerald T. D., Marchildon G. P.; Practice guidelines for assessing pain in older persons with dementia residing in long-term care facilities; 2006
						Sandvik R.K., Selbaek G., Seifert R., Aarsland D., Ballard C., Corbett A. Husebo B.S.; Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial; 2014
						Herr K., Bjoro K., Decker S.; Tools for assessment of pain in nonverbal older adults with dementia: A state-of-the-science review; 2006
Hunt L.J., Covinsky K.E., Yaffe K., Stephens C.E., Miao Y., Boscardin W.J., Smith A.K.; Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study; 2015						

<p>PUBMED http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>12/06/2015</p>	<p>"pain assessment" AND "dementia"</p>	<p>312</p>	<p>13</p>	<p>7</p>	<p>Monroe T.B., Parish A., Mion L.C.; Decision Factors Nurses Use to Assess Pain in Nursing Home Residents With Dementia; 2015</p>
						<p>Corbett, A., Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Aarsland, D., Erdal, A., & Flo, E.; The importance of pain management in older people with dementia; 2014</p>
						<p>Husebo B.S., Ostelo R., Strand L.I.; The MOBID-2 pain scale: reliability and responsiveness to pain in patients with dementia; 2014</p>
						<p>Oosterman J.M., Hendriks H., Scott S., Lord K., White N., Sampson E.L.; When pain memories are lost: a pilot study of semantic knowledge of pain in dementia; 2014</p>
						<p>Lukas A., Barber J.B., Johnson P., Gibson S.J.; Observer-rated pain assessment instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia; 2013</p>
						<p>Kaasalainen S., Akhtar-Danesh N., Hadjistavropoulos T., Zwakhalen S., Verreault R.; A comparison between behavioral and verbal report pain assessment tools for use with residents in long term care; 2013</p>
						<p>van Nispen tot Panneerden S.C., Candel M.J., Zwakhalen S.M., Hamers J.P., Curfs L.M., Berger M.P.; An item response theory-based assessment of the pain assessment checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC); 2009</p>
						<p>Scherder E., Herr K., Pickering G., Gibson S., Benedetti F., Lautenbacher S.; Pain in dementia; 2009</p>
						<p>Brugnonli A.; The assessment of pain in cognitively impaired patients [La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo]; 2007</p>
						<p>McAuliffe L., Nay R., O'Donnell M., Fetherstonhaugh D.; Pain assessment in older people with dementia: literature review; 2009</p>
						<p>Zwakhalen S.M., Hamers J.P., Berger M.P.; The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly people with dementia; 2006</p>
						<p>Cohen-Mansfield J., Jensen B.; Assessment and treatment approaches for behavioral disturbances associated with dementia in the nursing home: Self-reports of physicians' practices; 2008</p>
						<p>Neville C., Ostini R.; A psychometric evaluation of three pain rating scales for people with moderate to severe dementia; 2013</p>
<p>PUBMED http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>12/06/2015</p>	<p>"pain measurement" AND "nurse's role" AND "dementia"</p>	<p>5</p>	<p>3</p>	<p>0</p>	<p>Cunningham C.; Managing pain in patients with dementia in hospital; 2006</p>
						<p>Wheeler M.S.; Pain assessment and management in the patient with mild to moderate cognitive impairment; 2006</p>
						<p>Herr K., Coyne P.J., Key T., Manworren R., McCaffery M., Merkel S., Pelosi-Kelly J., Wild L.; Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations; 2006</p>
<p>PUBMED http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed</p>	<p>20/06/2015</p>	<p>"dementia" AND "pain behavior"</p>	<p>12</p>	<p>5</p>	<p>2</p>	<p>Zwakhalen S.M., Hamers J.P., Abu-Saad H.H., Berger M.P.; Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools; 2006</p>
						<p>Herr K., Titler M.G., Schilling M.L., Marsh J.L., Xie X., Ardery G., Clarke W.R., Everett L.Q.; Evidence-based assessment of acute pain in older adults: current nursing practices and perceived barriers; 2005</p>
						<p>Horgas A.L., Elliott A.F., Marsiske M.; Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation; 2009</p>
						<p>Husebo B. S., Ballard C., Cohen-Mansfield J., Seifert R., Aarsland D.; The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia; 2014</p>
<p>Apinis C., Tousignant M., Arcand M., Tousignant-Laflamme Y.; Can adding a standardized observational tool to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments?; 2014</p>						

PUBMED http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	20/06/2015	"pain manifestations" AND "dementia"	20	2	1	Valkovic P., Minar M., Singliarova H., Harsany J., Hanakova M., Martinkova J., Benetin J.; Pain in parkinson s disease: A cross-sectional study of its prevalence, types, and relationship to depression and quality of life; 2015
						Snowden J.S., Bathgate D., Varma A., Blackshaw A., Gibbons Z.C., Neary D.; Distinct behavioural profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia; 2005
GOOGLE SCHOLAR https://scholar.google.it/	07/07/2015	"pain" AND "dementia"	299	2	2	Cohen-Mansfield J., Dakheel-Ali M., Marx M.S., Thein K., Regier N.G.; Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?; 2015
						Ahn, H., & Horgas, A.; Does pain mediate or moderate the effect of cognitive impairment on aggression in nursing home residents with dementia?; 2014
CHINAL JOURNAL SEARCH http://web.b.ebscohost.com/ehost/search/advanced?sid=96eda5c1-2464-4e5f-a4bf-22eda18f62a4%40sessionmgr198&vid=7&hid=116	16/07/2015	"dementia" AND "pain scales" OR "pain assessment tools"	45	6	0	Horgas A., Miller L.; Pain assessment in people with dementia; 2008
						Cohen-Mansfield J.; Even with regular use of an observational scale to assess pain on nursing home residents with dementia pain relieving interventions are not frequently used; 2014
						Zwakhalen S.M.G., Hof C.E., Hamers J.; Systematic pain assessment using an observational scale in nursing home residents with dementia: exploring feasibility and applied interventions; 2012
						Pautex S., Michon A., Guedira M., Emond H., Le Lous P., Samaras D., Michel J., Herrmann F., Giannakopoulos P., Gold G.; Pain in severe dementia: self-assessment or observational scales?; 2006
						Molony S.L., Kobayashi M., Holleran E.A.; Assessing pain as a fifth vital sign in long term care facilities: recomandations; 2005
						Hausen, Bogemose; Pain assessment in people with dementia
"dementia" AND "pain behavior"	70	2	1	Ahn, Andrew, Horgans, Ann; Understanding the relationship between pain and disruptive behaviors in residents with dementia; 2013		
				Husebo B.S., Ballard C., Cohen-Mansfield J., Seifert R., Aarsland D.; The response of agitated behavior to pain management in persons with dementia; 2014		
				Barry H.E., Parsons C., Passmore A., Hughes C.M.; An exploration of nursing home managers' knowledge of and attitudes towards the management of pain in residents with dementia; 2012		
"dementia" AND "pain management"	21	3	0	Reynolds K.S., Hanson L.C., DeVellis R.F., Henderson M., Steinhauer K.E.; Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents; 2008		
				Herr K., Coyne P.J., McCaffery M., Manworren R., Merkel S.; Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations; 2011		
THE COCHRANE LIBRARY http://onlineibrary.wiley.com/cochranelibrary/search	28/07/2015	"pain " AND "dementia"	12	1	0	Brown R., Howard R., Candy B., Sampson E.L.; Opioids for agitation in dementia; 2015

