



***Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica***

Tesi di Laurea

**LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NELL'ANZIANO
AFFETTO DA DECADIMENTO COGNITIVO**

Relatore: Prof. Bergamasco Marco
Correlatore: Inf. Erica Bisson

Laureanda: Serena Magon

Anno Accademico 2014-2015

INDICE:

Abstract

Introduzione Pag.5

Primo Capitolo: QUADRO TEORICO

1.1 LE DEMENZE

1.1.1 Aspetti generali della patologia Pag.6

1.1.2 Classificazione delle demenze per eziologia o
stadio evolutivo Pag.7

1.1.3 Cenni epidemiologici Pag.7

1.2 IL DOLORE

1.2.1 Definizione e caratteristiche generali Pag.8

1.2.2 Panorama normativo Pag.9

1.2.3 Reazioni al dolore in base alla tipologia
e stadio delle demenze Pag.10

1.3 LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA IN ACUZIE

1.3.1 Cause possibili di sottostima e sottotrattamento Pag.11

1.3.2 Gli indicatori comportamentali
e scale di valutazione Pag.12

Secondo Capitolo: MATERIALI E METODI

2.1 CRITERI, SEDI DI RILEVAZIONE, CAMPIONI DI INDAGINE

2.1.1 Obiettivi dello studio Pag.15

2.1.2 Disegno dello studio Pag.15

2.1.3 Limiti dello studio Pag.16

2.2 STRUMENTI E PROCEDURE PER LA RACCOLTA DATI

2.2.1 Attività e affidabilità di raccolta dati Pag.16

Terzo Capitolo: RISULTATI

3.1 RISULTATI e ANALISI DEI RISULTATI Pag.17

Quarto Capitolo: DISCUSSIONE e CONCLUSIONI

4.1 DISCUSSIONE Pag.25

4.2 CONCLUSIONE Pag.28

BIBLIOGRAFIA

SITOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

PROBLEMA: La distribuzione anagrafica della popolazione nei vari paesi europei, vive in questi anni un costante aumento del numero di anziani che porta con sé l'aumento di malattie cronico-degenerative. Tra queste si annoverano 150 mila nuovi casi di persone con decadimento cognitivo, a fronte dei 600 mila individui già affetti; da queste cifre si può ben immaginare l'importanza assunta dal problema con la necessità che il personale sanitario sviluppi nuove competenze, per garantire un'assistenza efficace e di qualità anche a questa parte di popolazione più fragile. Il problema di cui è oggetto di studio la tesi, riguarda nello specifico la sottostima e conseguente sottotrattamento della sintomatologia dolorosa nell'anziano non competente (perché affetto da decadimento cognitivo). Dai dati provenienti dalla letteratura, tale fenomeno può essere spesso riconducibile ad alterazioni della capacità comunicativa e manifestazioni atipiche della sintomatologia dolorosa.

OBIETTIVI: Indagare le cause per cui il dolore viene sottotrattato e sottostimato nei pazienti con decadimento cognitivo; verificare la percezione/sensibilità degli infermieri riguardo a questa tematica; identificare possibili strategie e strumenti per la valutazione e gestione del dolore in questo tipo di pazienti.

MATERIALI E METODI: Lo studio osservazionale è stato condotto all'interno di tre unità operative del presidio ospedaliero di Cittadella (Alta Padovana, Ulss 15). Come strumento di indagine è stato somministrato un questionario agli infermieri appartenenti a tali unità operative.

RISULTATI: I risultati ottenuti dall'indagine dimostrano che gli infermieri percepiscono di avere difficoltà riguardo la valutazione e gestione del dolore in questa tipologia di pazienti; in particolare di trovarsi in difficoltà principalmente per la mancata prescrizione di una terapia antalgica e solo in secondo luogo, per l'uso di strumenti di valutazione non adeguati e non specifici. Solo parte degli infermieri riferisce di trovarsi in difficoltà nel riconoscimento della sintomatologia dolorosa e alcuni riportano che non sempre a questa tipologia di pazienti più fragile viene riservato un adeguato trattamento al dolore.

CONCLUSIONE: Lo studio di tesi evidenzia che gli infermieri coinvolti nell'indagine hanno necessità di partecipare a corsi specifici inerenti alla valutazione del dolore nell'anziano con decadimento cognitivo, in quanto più della metà degli intervistati non ha partecipato ad alcun corso di formazione. Inoltre è necessario introdurre strumenti più adeguati per la valutazione del dolore in questo tipo di pazienti e formare il personale al corretto utilizzo. È stato formulato il progetto di un corso formativo, rivolto a infermieri e operatori socio-sanitari che si pone l'obiettivo di fornire le conoscenze di base e introdurre l'uso di strumenti di valutazione del dolore specifici per la demenza.

INTRODUZIONE

Il controllo del dolore nel neonato e adulto è stato oggetto di numerose iniziative di informazione/formazione trent'anni, al contrario la valutazione e gestione della sintomatologia dolorosa nel paziente anziano con decadimento cognitivo (non competent) è stato poco approfondito (Logroscino, 2010).

Inoltre, durante il periodo di tirocinio nell'unità operativa di Geriatria dell'Ospedale di Cittadella ("Alta Padovana", Ulss 15) è stato possibile sperimentare in prima persona, la difficoltà insita nella rilevazione e misurazione del livello di dolore in un paziente con deficit cognitivo e non in grado di comunicare.

L'elaborato si propone di far chiarezza riguardo alla rilevazione e valutazione del dolore nel paziente con sintomatologia dolorosa e deficit della comunicazione, correlato a decadimento cognitivo.

Nella prima parte, è stata svolta una ricerca bibliografica sulla letteratura disponibile, inerente alla tematica oggetto di studio, su banche dati, riviste infermieristiche (anche in lingua originale) per inquadrare e contestualizzare l'indagine poi effettuata sul campo.

La seconda parte riguarda invece la ricerca sul campo per cui è stato somministrato un questionario a risposte chiuse, utilizzato in una ricerca attualmente in corso ("Dare voce e cura al dolore della persona non in grado di riferirlo", a cura della Fondazione Paolo Procacci) per definire lo stato dell'arte degli infermieri sul problema esposto.

Gli obiettivi del progetto di ricerca sono rilevare criticità e strategie per valutare la presenza di dolore in questo tipo di pazienti nella pratica clinica e confrontarlo con quanto sostenuto in letteratura. Si prepone quindi di indagare quale sia l'approccio, la preparazione e la percezione del personale infermieristico inerente a questa tematica.

CAPITOLO PRIMO: Quadro teorico

1.1 La demenza

1.1.1 Aspetti generali

La demenza è una sindrome acquisita, caratterizzata da deterioramento progressivo delle abilità intellettuali globali, la cui severità interferisce con le prestazioni occupazionali e sociali della persona (Brunner Suddarth, 2005). Non è una malattia specifica, bensì un termine generale che descrive una vasta gamma di sintomi, associati al declino della memoria o di altre abilità cognitive. Tale sindrome presenta dei sintomi che possono variare notevolmente, per poter far quindi diagnosi di demenza deve risultare compromessa in modo significativo la memoria, accompagnata da almeno uno dei seguenti sintomi:

- afasia (alterazione del linguaggio);
- aprassia (alterazione delle capacità di eseguire attività motorie, nonostante l'integrità della funzionalità motoria);
- agnosia (disturbo del riconoscimento degli oggetti);
- disturbo delle funzioni esecutive (incapacità a pianificare, organizzare, ordinare in sequenza, astrarre) (Brunner Suddarth, 2005).

Molte forme di demenza sono progressive, ciò significa che i sintomi si manifestano lentamente per poi peggiorare gradualmente.

La severità del declino cognitivo e la progressione del deficit del linguaggio variano a seconda del tipo e stadio della demenza, oltre che dall'insieme di fattori ambientali e caratteristiche individuali.

La malattia di Alzheimer è la forma più frequente di demenza, intendendo con questo termine quel gruppo di malattie caratterizzate da un declino progressivo della memoria e di altre funzioni cognitive, tale da interferire con le attività quotidiane (A.I.M.A, 2015). Il deficit della memoria è dunque il sintomo cardine, accompagnato da un graduale impoverimento del linguaggio che si verifica nel corso della malattia; di solito questi pazienti parlano fluentemente fino all'ultimo stadio della malattia, nel quale subentra un peggioramento della sintomatologia, fino all'afasia. Nella demenza vascolare, il percorso di impoverimento verbale è simile a quello osservato nel morbo di Alzheimer. Invece gli individui affetti da demenza fronto-temporale, hanno un esordio precoce dei disturbi del linguaggio, con un progressivo peggioramento sino all'afasia (Bjoro, Herr, 2008).

1.1.2 Classificazione delle demenze per eziologia o stadio evolutivo

Le principali forme di demenza si suddividono in:

- demenze primarie, di tipo degenerativo;
- demenze secondarie, legate ad un'altra patologia del SNC.

Nel primo gruppo rientrano il Morbo di Alzheimer e la demenza fronto-temporale; mentre nel secondo gruppo si collocano la demenza vascolare, i disturbi endocrino-metabolici (ipo/ipertiroidismo), malattie infettive o infiammatorie del SNC, sostanze tossiche (Brunner Suddarth, 2005).

Il morbo di Alzheimer è una malattia neurologica progressiva, irreversibile e degenerativa, caratterizzata da perdita delle funzioni cognitive, disturbi del comportamento e degli affetti. E' caratterizzata dalla morte delle cellule cerebrali, in particolare nelle aree del cervello deputate alla memoria e alle altre funzioni cognitive. Nelle ultime fasi della malattia, la progressiva povertà cellulare si traduce in atrofia della corteccia cerebrale, visibile anche alla TAC e alla Risonanza Magnetica (A.I.M.A, 2015).

La demenza multi-infartuale è seconda, per incidenza, al morbo di Alzheimer; è caratterizzata da un graduale e irregolare declino della funzione mentale. Il danno cerebrale interviene quando si ha un'alterazione nell'apporto ematico a livello cerebrale: una serie di piccoli accidenti cerebrovascolari che clinicamente si manifestano come piccoli ictus (Brunner Suddarth, 2005).

1.1.3 Cenni epidemiologici

I deficit cognitivi dipendenti da varie affezioni del SNC (morbo di Alzheimer, demenza multi-infartuale, morbo di Parkinson, ecc) aumentano con l'avanzare dell'età e proporzionalmente accresce anche il rischio di sviluppare una demenza; dopo i 65 anni, la probabilità sembra raddoppiare ogni 5 anni (Scherder, Sergeant, Swaab 2003).

La demenza è una delle più frequenti cause di declino cognitivo nella popolazione anziana, con una previsione mondiale di un aumento dell'incidenza da 25 milioni nel 2000 a 114 milioni nel 2050 (Bjoro, Herr, 2008).

Ad oggi, il morbo di Alzheimer rappresenta il 60-80% dei casi e la demenza vascolare è il secondo tipo di demenza più comune.

Secondo studi condotti dal Ministero della Salute (2011) entro il 2020, in Europa, si conteranno circa 15 milioni di persone dementi; inoltre è stata calcolata l'incidenza della patologia sulla disabilità recata che sarebbe pari al doppio di quella causata dal diabete.

In Europa, la prevalenza della demenza è pari a 1,4% e si stima che siano colpiti 7,3 milioni di persone (A.I.M.A, 2015), quindi l'infermiere si trova sempre più frequentemente ad assistere

persone colpite da decadimento cognitivo.

Oggi si ritiene che i nuovi casi di demenza nel nostro Paese siano circa 150 mila all'anno e attualmente si contano 600mila individui affetti. E' importante non sottovalutare il costante aumento del numero di anziani tipico della nostra epoca, il quale rende ragione della grande espansione della malattia (A.I.M.A, 2015).

1.2 Il dolore

1.2.1 Definizione e caratteristiche generali

Secondo la definizione dell'OMS, il dolore può essere definito come una sensazione spiacevole e un'esperienza emotiva dotata di un tono affettivo negativo.

Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale, associata ad un danno tessutale reale o potenziale, e descritta in termini di tale danno; non si tratta di una semplice percezione, ma di una complessa esperienza sensoriale che si concretizza in un'emozione. (IASP, National Foundation for the Treatment of Pain, 1986).

E' fra tutti il sintomo che più mina l'integrità fisica e psichica del paziente e che più angoscia e preoccupa i suoi familiari, con un notevole impatto sulla qualità della vita (Ministero della Salute, 2013).

Il dolore è un fenomeno complesso e soggettivo, vissuto in modo unico da ogni individuo; trattandosi di un'esperienza individuale può essere valutato solo indirettamente attraverso la comunicazione verbale e non verbale della persona circa la propria esperienza.

Un numero considerevole di studi attuati negli ultimi trent'anni, ha evidenziato il ruolo importante giocato dai fattori psicologici e sociali nel modulare intensità, durata ed esacerbazione del dolore, nonché le manifestazioni comportamentali e il grado di disabilità ad esso associate. Si evidenzia, perciò, la necessità di individuare delle strategie in grado di valutare il dolore come fenomeno complesso e multideterminato, nel quale interagiscono costantemente fattori fisiologici, psicologici e sociali. Comprendere e quantificare le variabili coinvolte, è il primo passo fondamentale per individuare le modalità di intervento più opportune per il singolo paziente.

La valutazione iniziale del dolore costituisce, quindi, un punto di osservazione irrinunciabile per una cura mirata e globale e, le valutazioni successive, risultano essere altrettanto essenziali per registrare tempestivamente eventuali modificazioni di intensità, sede o pattern del dolore ed adeguare la terapia.

Il dolore è uno dei fattori che maggiormente condiziona la qualità di vita per le persone di tutte le

età, ma in particolare per quelle più deboli, in quanto determina un peggioramento delle funzioni cognitive, dell'umore, dell'autonomia e autosufficienza.

Il controllo del dolore nel neonato e adulto ha ricevuto grande attenzione negli ultimi trent'anni, al contrario nell'anziano è stato poco considerato (Logroscino, 2010).

Nonostante siano disponibili linee guida e siano stati fatti sforzi per migliorare la gestione del dolore, questo rimane prevalente negli ospedali (Zoega et al.,2015).

1.2.2 Panorama Normativo

La valutazione e il trattamento del dolore nel soggetto con deficit cognitivi è un problema, non solo clinico, ma etico, deontologico e sociale.

Infatti il Codice Deontologico degli Infermieri (2009), all'articolo 34 cita: “L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari”. L'art 35 riporta :” L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale”.

Il Decreto Ministeriale n°739 del 1994 (Profilo dell'Infermiere) afferma che:” L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi”. Queste disposizioni richiamano gli infermieri ad un più ampio concetto che dev'essere alla base di tutto il processo assistenziale attuato dall'infermiere: il rispetto della dignità della persona in qualunque situazione fisica o clinica essa si trovi (Pozzi, 2011).

La Joint Commission on Accreditation of HealthCare Organizations standards manuals nel 2002 ha dichiarato che il dolore è il “quinto segno vitale”, da rilevare come gli altri per un adeguato assessment del paziente. E su questa linea, si stanno muovendo anche i comitati locali per l'” Ospedale senza dolore”.

Nella realtà quotidiana, in ambito ospedaliero, la gestione del dolore richiede l'iniziativa da parte di molti professionisti della salute; gli infermieri, in particolare, giocano un ruolo chiave nella valutazione e controllo del dolore, per merito del loro vicino e frequente contatto con gli utenti. (Valland, Musto, Polomano, 2011).

Inoltre, le recenti disposizioni in campo normativo e professionale (legge 38/2010) stabiliscono che la misurazione del dolore deve essere effettuata 3 volte al giorno (in corrispondenza dei turni infermieristici) e comunque nei seguenti casi:

- quando intervengono eventi che modificano la situazione clinica;

- su segnalazione del paziente (o familiare) per presenza di dolore;
- dopo un intervento sanitario che risulta essere doloroso;
- dopo la somministrazione della rescue dose (terapia al bisogno).

1.2.3 Reazioni al dolore in base alla tipologia e stadio delle demenze

Per quanto riguarda invece la sintomatologia dolorosa nello specifico ambito dei pazienti affetti da demenza, in base alla classificazione eziologica, si possono fare diverse affermazioni. Nella demenza fronto-temporale è stato documentato un calo della risposta affettiva e nocicettiva, che potrebbe essere spiegata da un'atrofia della corteccia prefrontale. Al contrario, nella demenza vascolare è stata dimostrata la presenza di un aumento della risposta affettiva del dolore che potrebbe essere collegato a lesioni della sostanza bianca. Invece, nel morbo di Alzheimer la presenza di stimoli dannosi trasmessi dal sistema laterale per il dolore, sono interpretati nella corteccia somatosensoriale (includendo anche le aree relativamente non colpite dalla neuropatologia del AD.); ciò conferma il fatto che gli aspetti sensoriali legati alla sensazione dolorosa rimangono intatti negli individui con l'Alzheimer (Ottolini, 2006).

In conclusione, nella demenza fronto-temporale sembra esserci una ridotta percezione dello stimolo doloroso, nella demenza vascolare un aumento della sensibilità allo stimolo nocicettivo, infine nel morbo di Alzheimer si ha una pari percezione del dolore come in individui non affetti da demenza.

Sulla fisiopatologia del dolore nell'anziano, molti sono i pregiudizi come ad esempio la convinzione che provi meno dolore rispetto ad un paziente giovane. Ad oggi non esistono studi che dimostrino differenze né tra giovani ed anziani, né tra anziani sani e mentalmente deteriorati.

Nel 2001 la federazione europea IASP ha dichiarato che “ Anche se il dolore acuto può essere ragionevolmente considerato un sintomo di malattia o lesione, il dolore cronico e ricorrente è un problema sanitario specifico, una malattia in sé e per sé”.

Non diagnosticare e quindi non trattare il dolore cronico, comporta come per ogni altra malattia non trattata e mis-diagnosticata, conseguenze particolarmente gravi se rapportate all'anziano (Ottolini, 2006). Le principali sono:

- limitazioni alla deambulazione, sino all'allettamento e alla perdita di autonomia;
- dispnea, associata a dolori specifici o conseguente all'ansia correlata al dolore;
- trattamenti incongrui sino alla sedazione pesante;
- isolamento;
- incremento dei costi sanitari.

Numerosi studi epidemiologici sul dolore nell'anziano evidenziano una prevalenza tra 45-80% nella

popolazione geriatrica generale, per questo motivo il dolore cronico nell'anziano può essere considerato come una “malattia sociale” (Ottolini, 2006).

Ne consegue che il dolore comprometta la qualità di vita dell'anziano con un impatto negativo anche sulla progressione della disabilità e dunque della dipendenza via via maggiore nelle ADL.

1.3 La valutazione del dolore nel paziente affetto da demenza in acuzie

1.3.1 Cause possibili di sottostima e sottotrattamento del dolore

Nonostante da 20 anni si parli di dolore e demenza, il dolore non viene valutato e indagato anzi, al contrario viene sovente sottostimato soprattutto in persona affette da demenza, in particolar modo se presentano deficit di comunicazione.

La causa principale può essere ricondotta alla difficoltà di svolgere una valutazione oggettiva del dolore riportato in pazienti con deficit cognitivo.

Come è stato detto in precedenza, quindi, il dolore è generalmente sottostimato tra gli anziani, in particolare tra quelli con declino cognitivo o di età >85 anni: solo un quarto degli anziani con dolore riceve un trattamento analgesico e gli ultra 85enni ricevono meno trattamenti rispetto ai meno anziani; la presenza di declino cognitivo, quindi, diventa un elemento predittivo di sottotrattamento (Brugnolli, 2007).

È diffusa la credenza che le persone affette da demenza, soprattutto negli stadi avanzati, non provino più dolore: con il progredire della demenza, infatti, gli adulti tendono ad avere meno manifestazioni del dolore, rispetto ad un paziente con la stessa diagnosi ma cognitivamente intatto (Burfield, Wal, Sole, Cooper, 2012).

Nello studio che condusse Burfield et al. (2012) è stato dimostrato che il 47,7% degli adulti cognitivamente intatti riferivano dolore quotidianamente, in confronto al 39,6% degli adulti con demenza lieve, al 29,4% con demenza moderata e al 18,2% con demenza severa, nonostante avessero tutti la stessa diagnosi che comportava dolore intenso.

E' possibile quindi che le persone con lieve o moderata perdita cognitiva segnalino meno la presenza di dolore e questo fenomeno si accentua nei casi di demenza severa.

E' così dimostrato pertanto che gli anziani facciano ancora esperienza della sensazione dolorosa, sebbene l'interpretazione allo stimolo nocicettivo, affettivo e la sua conseguente risposta comportamentale possano essere diverse.

Quindi nella demenza avanzata, sebbene le componenti discriminative-sensoriali siano conservate, le funzioni affettive e cognitive (correlate all'anticipazione del dolore ed alla reattività autonoma)

sono compromesse.

Di conseguenza, pazienti con demenza possono esprimere il dolore in modi che sono piuttosto diversi da quelli di persone anziane cognitivamente intatte, in particolare nelle fasi più avanzate della malattia; la complessità e inadeguatezza dei sistemi di rilevazione del dolore porta inevitabilmente al sottotrattamento del dolore stesso.

La ragione del sottotrattamento più citata è la sua non rilevazione, per motivi diversi, riconducibili sia alla persona stessa che all'operatore sanitario. Altri fattori in particolare, per le persone con deficit cognitivo sono:

- il chiamare abitudinario delle persone anziane;
- la non risposta alla chiamata da parte dell'équipe di cura;
- la capacità di identificare e valutare il dolore;
- la mancanza di strumenti di valutazione per le persone con deficit cognitivo;
- la difficoltà di linguaggio/comunicazione.

1.3.2 Gli indicatori comportamentali e le scale di valutazione

Ogni persona ha diritto che il proprio dolore venga valutato e trattato: l'autovalutazione della persona (self-report) è l'indicatore più attendibile, in quanto, essendo il dolore un'esperienza assolutamente soggettiva, ogni persona, anche anziana, è l'unica interprete del proprio dolore (Torresan, 2010).

Per quanto riguarda la demenza lieve-moderata, solitamente il paziente è comunque in grado di segnalare e descrivere il dolore; ciò non è possibile nella demenza grave con importanti deficit nella comunicazione. Nei pazienti di questo genere, si rende necessario ricorrere all'eterovalutazione (valutazione da parte di terzi) di segni diretti ed indiretti del dolore.

Nelle persone anziane, in particolare quelle non in grado di comunicare (con disturbi cognitivi più o meno severi), il dolore dovrà quindi essere valutato attraverso strumenti e modalità differenti. Il momento della valutazione, pertanto, richiede all'infermiere competenze tecniche (scelta dello strumento di valutazione), abilità relazionali (capacità di spiegare lo strumento ed istruire la persona assistita); capacità di ascolto attivo (fiducia nel racconto della persona); capacità di attenta osservazione per rilevare il dolore nelle persone non in grado di comunicare. Infatti, negli stadi più avanzati del decadimento cognitivo in cui le capacità espressive e di movimento sono limitate, acquistano più importanza altri segni, a riposo o in concomitanza ad atti potenzialmente dolorosi.

Attualmente non esiste una "soglia cognitiva" per definire quando si possa utilizzare l'autovalutazione, anche se solitamente con un punteggio MMSE < 15 si fa affidamento sulla

valutazione del caregiver, sanitario o familiare, il cosiddetto proxy report.

Dagli studi sul comportamento del dolore degli anziani, sono stati identificati una serie di indici comportamentali che le linee guida dell'American Geriatric Society (2002) hanno suddiviso in 6 categorie:

- 1) espressioni facciali: lieve aggrottamento delle ciglia, espressione triste, smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati, ecc;
- 2) verbalizzazione/vocalizzi: sospiri, lamenti, gemiti, borbottio, respiro rumoroso, richiesta d'aiuto, ecc;
- 3) movimenti del corpo: postura rigida, tesa, guardinga, agitazione, movimenti limitati, ecc;
- 4) cambiamenti nelle interazioni interpersonali: aggressività, opposizione alle cure, diminuzione delle interazioni sociali, ecc;
- 5) cambiamenti nelle attività abituali o routine: rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetito, aumento dei periodi di riposo, ecc;
- 6) cambiamenti dello stato mentale: pianto, aumento della confusione, irritabilità o angoscia.

Questi indicatori comportamentali costituiscono la base di molti strumenti di valutazione del dolore negli anziani con demenza grave. Infatti, sono state sviluppate scale di valutazione del dolore per anziani affetti da demenza, basate sull'osservazione di cambiamenti comportamentali e funzionali, come: il sonno, l'appetito, l'attività motoria, l'espressione corporea e facciale.

Fra le scale di valutazione, strutturate per evidenziare la presenza di dolore in pazienti non in grado di comunicare verbalmente la propria sofferenza al personale di cura, le principali sono:

- NOPPAIN, valida e affidabile nello screening iniziale del dolore nei pazienti con grave demenza; la scheda dev'essere compilata dal personale di cura dopo aver osservato i comportamenti caratterizzanti il dolore per almeno 5 minuti durante le attività assistenziali quotidiane (mobilizzazione, vestizione e igiene).
- PAINAD, basata sulla valutazione di 5 aree comportamentali collegate al dolore: respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione.
- ABBEY, costituita da 6 settori esploranti differenti aree di espressione del dolore: verbalizzazione, espressione facciale, cambiamenti del linguaggio corporeo, cambiamenti del comportamento, cambiamenti fisiologici, cambiamenti fisici. E' applicata quando il paziente presenta confusione mentale (stato nel quale la persona è soggetta a disturbi dell'attività cognitiva, dell'attenzione, della memoria e orientamento, dall'origine/insorgenza indeterminata).
- ECPA (Echelle Comportamentale pour Personnes Agées), ha l'obiettivo di misurare la

presenza di comportamenti riferibili a sintomatologia dolorosa abitualmente e/o durante un intervento assistenziale;

- DS-DAT (Discomfort in dementia of the Alzheimer's type), indaga 9 comportamenti espressioni di disagio: respiro rumoroso, vocalizzazioni negative, espressioni del viso, postura del corpo, irrequietezza;
- PACSLAC (Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate), è composta da 4 sottoscale che valutano: espressioni facciali, movimenti e attività del corpo, socialità, personalità, umore, indicatori fisiologici.
- DOLOPLUS 2, deriva da una scala di valutazione utilizzata nei bambini e indaga rispettivamente 3 aree: reazioni psicosomatiche, psicosociali e psicomotorie.

Nel nostro Paese, le scale validate in lingua italiana sono la NOPPAIN e PAINAD; con l'applicazione di quest'ultima, il dolore viene sottostimato solo nel 15% dei casi, si ritiene pertanto adeguata per la valutazione del dolore nelle persone con decadimento cognitivo severo (Pozzi, 2011). Inoltre l'eterovalutazione, in pazienti anziani e con decadimento cognitivo, diviene ancor più approssimativa: a parità di patologia potenzialmente algica, la valutazione riceve un punteggio minore, tanto più è avanzato lo stadio di demenza.

CAPITOLO SECONDO: Materiali e Metodi

2.1 Criteri, sedi di rilevazione, campioni di indagine

2.1.1 Obiettivi dello studio

- indagare la percezione/sensibilità degli infermieri riguardo a questa tematica.
- indagare le cause di sottostima e sottotrattamento del dolore, nei pazienti affetti da decadimento cognitivo;
- identificare possibili strategie e strumenti per la valutazione e gestione del dolore in questo tipo di pazienti;

2.1.2 Disegno dello studio

E' stato scelto di condurre uno studio osservazionale per indagare come venga effettuata la valutazione del dolore nel paziente anziano con decadimento cognitivo da parte del personale infermieristico.

Il questionario conoscitivo (vedi Allegato 1) è stato ripreso da una ricerca tuttora in corso da parte della fondazione Paolo Procacci. Per la somministrazione è stata richiesta dunque l'autorizzazione agli autori (Rebellato M, Torresan M, coordinatrici del progetto). Si tratta di un'indagine a livello nazionale sul dolore dei pazienti con deterioramento cognitivo. Esso ha lo scopo/obiettivo di indagare se il dolore viene riconosciuto e valutato dagli infermieri nei vari setting di cura. L'utilizzo di uno strumento già testato online sul personale infermieristico aumenta sensibilmente l'accuratezza nel sondare la problematica indagata nell'oggetto della mia tesi (progetto 'Dare voce e cura al dolore della persona non in grado di riferirlo', promosso dal gruppo di studio infermieristico della Fondazione Procacci).

Il campione d'indagine è stato scelto selezionando i reparti medici di acuzie presenti nel presidio ospedaliero di Cittadella (Ulss 15, Alta Padovana): medicina 1, medicina 2 (ex geriatria), neurologia e somministrato agli infermieri di tali unità operative (con il previo consenso dei relativi coordinatori e autorizzazione dalla Direzione Generale e dalla coordinatrice della sede del CLI di Treviso).

La motivazione della scelta di questi reparti come campione, risiede nel fatto che le unità operative internistiche hanno un'utenza prevalentemente anziana (età media avanzata), affetta da multipatologie e spesso con vari gradi di demenza; di conseguenza il personale infermieristico appartenente a tali unità operative, avendo sviluppato competenze maggiori nella gestione di pazienti geriatrici, è maggiormente sensibilizzato verso le tematiche approfondite dal questionario.

2.1.3 Limiti dello studio

Lo studio condotto presenta sicuramente dei limiti riconducibili a:

- ristretto campione di infermieri (54);
- monocentrico: infermieri di tre unità operative, appartenenti allo stesso presidio ospedaliero;
- strumento di raccolta dati già utilizzato in letteratura, ma non sottoposto ad un effettivo processo di validazione.

2.2 Strumenti e procedure per la raccolta dati

Il questionario è tratto da un'indagine nazionale che sta svolgendo l'associazione Paolo Procacci, riguardo la valutazione del dolore nei pazienti non in grado di riferirlo e con il consenso delle coordinatrici dell'associazione (dato che era inerente il tema della mia tesi), è stato utilizzato per compiere lo studio osservazionale e i dati ricavati saranno analizzati all'interno della tesi e riportati ai responsabili dell'associazione.

Il questionario è composto da 24 domande chiuse, in particolare la prima parte (12 domande) indaga la sfera personale del professionista come: età, sesso, tipo di formazione professionale di base, precedenti esperienze lavorative, ecc. La seconda parte, invece, è costituita da altrettante 12 domande chiuse, relative alla percezione della problematica da parte del personale infermieristico, alle conoscenze personali, gli strumenti in uso per la valutazione e gestione (scale di valutazione).

Il questionario è composto da 2 tipologie di domande: chiuse e a risposta multipla, con possibilità di specificare sulle righe sottostanti in alcune domande (n°2,4,6,10,11,12).

2.2.1 Attività e affidabilità della raccolta dati

Il questionario è stato distribuito personalmente ai vari coordinatori delle unità operative (previo breve colloquio con ciascuno per presentazione della laureanda e rilascio dell'autorizzazione da parte dell'Università e della Direzione Sanitaria), dopo aver presentato la motivazione dell'indagine e il suo svolgimento. Successivamente i questionari sono stati messi a disposizione degli infermieri per la compilazione a chi fosse interessato (dal 14/09 al 25/09). Quelli consegnati e compilati sono rimasti nell'anonimato e i dati ricavati saranno utilizzati solo ai fini statistici per l'elaborazione della tesi.

CAPITOLO TERZO: Risultati

3.1 Risultati e analisi dei risultati

In questa prima tabella sono stati riassunti i dati riguardanti la sfera personale degli infermieri che hanno partecipato all'indagine. Il totale è stato 54 su 60, fra cui 30 appartenenti all'unità di Medicina (1 e 2) e 24 appartenenti all'unità di Neurologia. In particolare, il 78% dei partecipanti è costituito dalla componente femminile, mentre il 22% è rappresentato da quella maschile.

L'età è risultata compresa fra i 20-30 anni nel 45% dei casi, fra i 30-40 anni nel 34%, fra i 40-50 nel 19% e oltre i 50 anni solo nel 2%. Per quanto riguarda il tipo di formazione di base: l'84% ha frequentato l'Università e il 16% ha frequentato la Scuola Professionale regionale Infermiere. Inoltre l'8% ha riferito di aver conseguito un Master di I livello e il 3% la Laurea Specialistica.

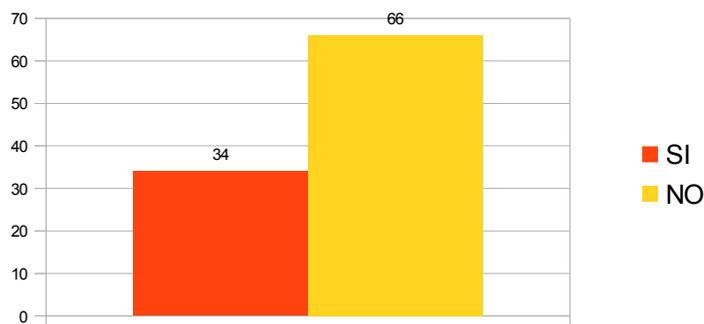
Tab. I. Dati riguardanti la sfera personale dei partecipanti

	Maschi	Femmine
N° partecipanti	12	42
Età media	20-30	20-30
Università	19%	65%
Scuola professionale regionale	4%	12%
Master I livello	2%	6%
Laurea Specialistica	0	3%
U.O di appartenenza: Neurologia	6	18
U.O di appartenenza: Med. 1	3	12
U.O di appartenenza: Med. 2	3	12

Alla domanda in cui venivano chieste le precedenti esperienze lavorative compiute, il 28% ha riferito di aver prestato servizio in medicina, il 17% in RSA, il 13% in geriatria, il 10% in reparti chirurgici, il 4% in reparti di lungodegenza, per alcuni questa rappresenta la prima esperienza lavorativa.

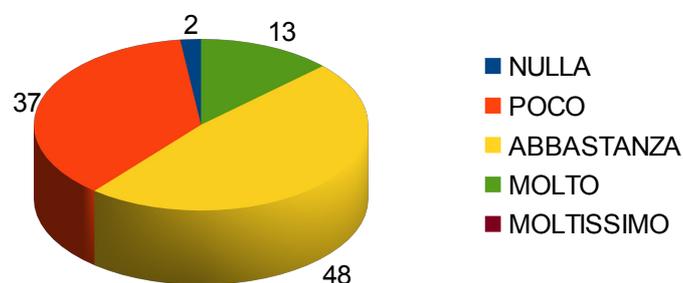
Come rappresenta il grafico 1 il 66% degli infermieri non ha effettuato un corso di formazione inerente la gestione del dolore e solo il 34% riferisce di aver frequentato corsi (corsi ECM, yoga della risata, controllo e gestione del dolore in un paziente oncologico, in nessun dei casi sono riportati corsi specifici al paziente affetto da demenza).

Grafico 1 Partecipazione a corsi di formazione rivolti alla gestione e controllo del dolore



Successivamente è stato domandato se si ritiene che il dolore della persona assistita con deficit cognitivi sia individuato e/o valutato in maniera adeguata (grafico 2). Secondo gli infermieri, nel 48% dei casi il dolore è individuato e/o valutato in modo abbastanza adeguato, nel 37% in modo poco adeguato, nel 13% in modo molto adeguato, il 2% ha riferito per nulla in modo adeguato.

Grafico 2 Percezione degli infermieri riguardo all'individuazione e valutazione del dolore



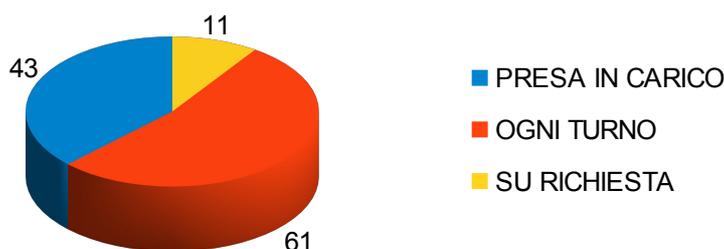
La domanda 2 era inerente l'uso di scale di valutazione specifiche per i pazienti con deterioramento cognitivo (grafico 3). Il 74% ha risposto "SI" quindi che utilizza scale di valutazione, il 26% ha risposto "NO". Fra quelli che hanno dato risposta affermativa, il 37,4% ha indicato come scala di valutazione in uso la NRS. Il 50% invece, riporta la NOPPAIN (specificando che viene compilata dal personale ausiliario durante le attività di cure igieniche e mobilizzazione); infine l'8,4% riferisce l'uso della scala VAS.

Grafico 3 *Uso di scale di valutazione volte alla rilevazione del dolore nei pazienti con deficit cognitivi.*



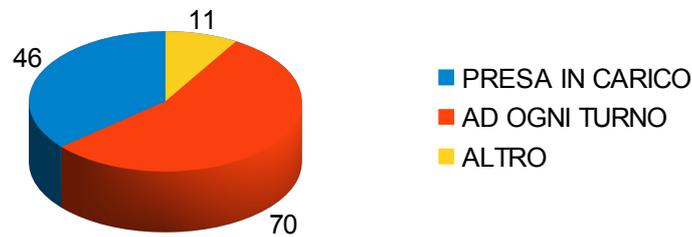
Alla domanda 3 “quando viene effettuata la rilevazione/valutazione del dolore all'interno della sua unità operativa nel soggetto con deterioramento cognitivo lieve/moderato” il 61% degli infermieri ha risposto ad ogni turno, specificando però che viene effettuata solo la mattina, il 43% ha risposto “al momento della presa in carico” di questo tipo di pazienti e l'11% ha risposto “su richiesta” del paziente stesso o del caregiver.

Grafico 4. *Momento di rilevazione e/o valutazione del dolore nella persona con deterioramento cognitivo lieve-moderato (possibile risposta multipla).*



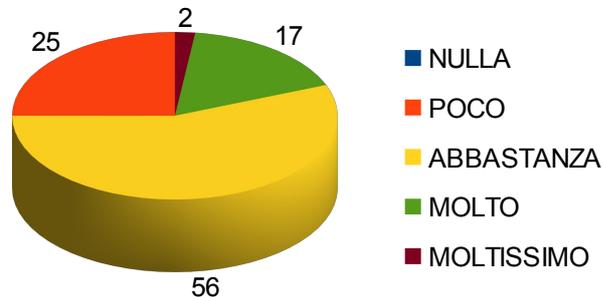
Alla domanda 4 “quando viene effettuata la rilevazione/valutazione del dolore all'interno della sua unità operativa nel soggetto con deterioramento cognitivo severo” (grafico 5), il 70% degli infermieri ha risposto una volta a turno, specificando però che viene effettuata solo la mattina; mentre il 46% riporta di effettuare la valutazione al momento della presa in carico di questo tipo di pazienti. Per chi avesse risposto “Altro”, è stato chiesto di specificare e le affermazioni riportate sono principalmente: quando il paziente riferisce dolore, per segnalazione del caregiver o cambiamento significativo dei parametri vitali.

Grafico 5. Momento di rilevazione e/o valutazione del dolore nella persona con deterioramento cognitivo grave (possibile risposta multipla)



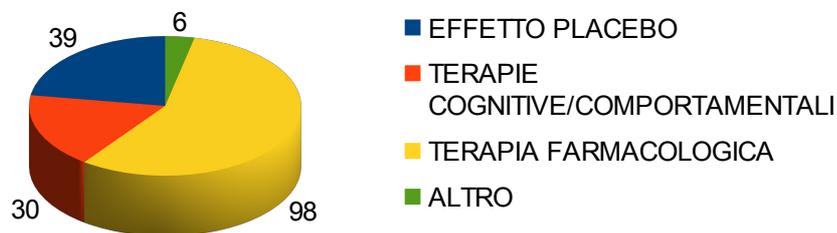
Successivamente era chiesto se la valutazione del dolore effettuata rendesse possibile l'applicazione di interventi infermieristici per il singolo individuo (grafico 6). Il 56% riferisce che la valutazione del dolore rende abbastanza possibile l'applicazione di interventi infermieristici, il 25% la ritiene poco possibile, il 17% la ritiene molto possibile, il 2% moltissimo.

Grafico 6 La valutazione effettuata rende possibile l'applicazione di interventi infermieristici programmati e personalizzati per il singolo individuo.



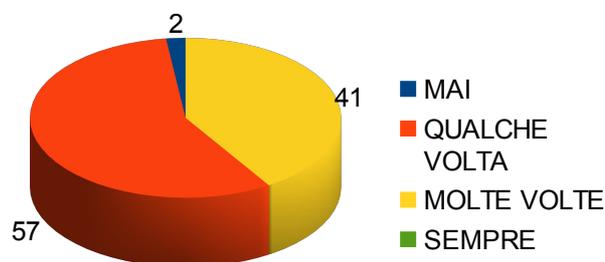
La domanda 6 richiedeva quali tipi di intervento sono messi in atto dal personale infermieristico per il controllo e gestione del dolore (grafico 7). Il 98% ha risposto che provvede alla somministrazione della terapia farmacologica, il 39% interviene con l'effetto placebo, il 30% con la terapia cognitiva/comportamentale e il 6% ha risposto "Altro", specificando di ricorrere alle posture antalgiche, tecniche di distrazione, variazioni di postura e sostegno psicologico.

Grafico 7 Quali interventi vengono messi in atto per il controllo e gestione del dolore in questo tipo di pazienti (possibile risposta multipla).



Nella domanda 7 si chiedeva se ci fossero state occasioni in cui l'infermiere si sia trovato in difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa di persone assistite con deterioramento cognitivo (grafico 8). Il 57% riferisce di essersi trovato in difficoltà qualche volta, il 41% molte volte, il 2% mai e nessuno riferisce di trovarsi sempre in difficoltà.

Grafico 8 Difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa di persona assistite con deterioramento cognitivo.



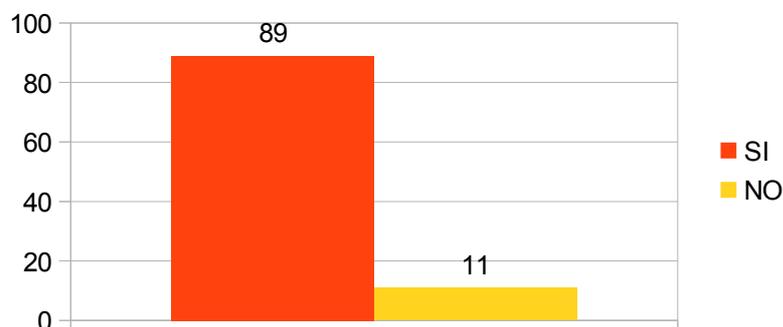
Nella domanda successiva, si chiedeva di specificare i motivi per cui l'infermiere si fosse trovato in difficoltà (grafico 9). Il 62% ha attribuito la causa alla mancanza di una terapia analgesica prescritta, il 19% all'uso di scale di valutazione non appropriate, il 13% alla mancata valutazione e il 6% al non uso di strumenti di valutazione.

Grafico 9 *Maggiori difficoltà riscontrate dagli infermieri nella gestione della sintomatologia dolorosa di questo tipo di pazienti.*



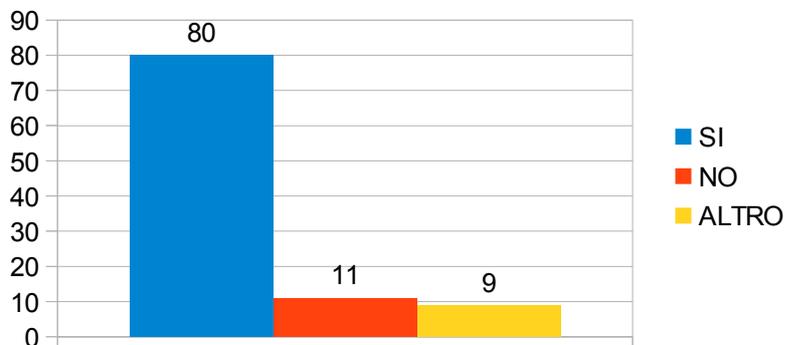
Nella domanda 9 era chiesto se nei soggetti con sintomatologia nota (o quanto meno osservata e rilevata) è presente una terapia analgesica ad orari fissi (grafico 10). L'89% ha risposto in modo affermativo, mentre l'11% in modo negativo.

Grafico 10 *Nei soggetti in cui la sintomatologia è nota o quanto meno è stata osservata/rilevata, è presente una terapia analgesica ad orari fissi?*



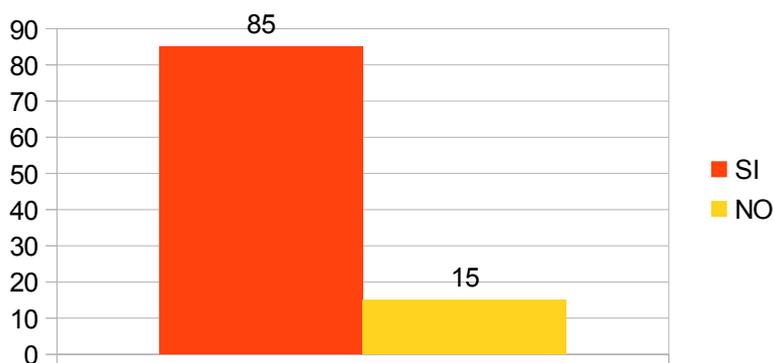
Nella domanda successiva era chiesto di indicare se nei soggetti con sintomatologia nota (o quantomeno rilevata e osservata) è presente in terapia una dose analgesica aggiuntiva, chiaramente prescritta secondo sede, tempi e dose (grafico 11). L'80% ha dato risposta affermativa, mentre l'11% risposta negativa e il 9% ha risposto "Altro", specificando che c'è la necessità di dover domandare più volte al medico per la prescrizione di una dose aggiuntiva (al bisogno).

Grafico 11 *Nei soggetti in cui la sintomatologia è nota o quanto meno è stata osservata/rilevata, è presente in terapia una dose analgesica aggiuntiva?*



Nella domanda 11 “nella sua unità operativa, è sempre effettuata la rilevazione dell'efficacia della somministrazione di una terapia analgesica” (grafico 12), l'85% ha dato risposta affermativa e il 15% invece ha risposto “NO”, riportando come maggiore motivazione la mancanza di tempo.

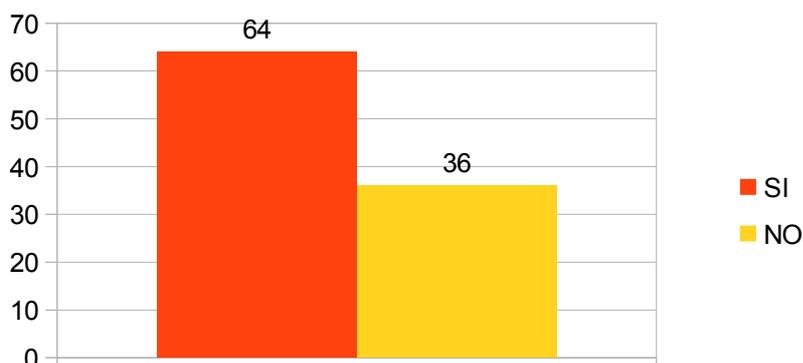
Grafico 12 *Casi in cui secondo il personale infermieristico ritiene che il dolore non sia stato gestito e rilevato in modo idoneo in questo tipo di pazienti.*



Nell'ultima domanda era chiesto se ci fossero stati casi in cui la sintomatologia dolorosa di alcune persone assistite non fosse stata rilevata e gestita in modo idoneo (grafico 13). Il 64% ha risposto “SI” e il 36% “NO”. Per chi avesse risposto “SI” era chiesto di descrivere brevemente i casi; le maggiori motivazioni sono state:

- sottovalutazione del dolore da parte del medico e prescrizione di un farmaco placebo per più volte, con conseguente ritardo nella gestione effettiva della sintomatologia (16 infermieri);
- sottostima del dolore da parte del personale medico e infermieristico, nonostante segnalazione del caregiver (13 infermieri);
- ritardo nella comunicazione fra infermiere ed operatore sanitario che compilando la scala NOPPAIN ha rilevato sintomatologia dolorosa (12 infermieri);
- utilizzo di scale non appropriate per la valutazione nei pazienti con deficit cognitivi, quindi errata valutazione da parte dell'infermiere (10 infermieri);
- sintomatologia dolorosa scambiata per agitazione psicomotoria con conseguente somministrazione di terapia sedativa senza beneficio e ritardo nel trattamento del dolore (6 infermieri).

Grafico 13 *Casi in cui la sintomatologia dolorosa di persone assistite con deficit cognitivo non sia stata rilevata o gestita in modo idoneo.*



QUARTO CAPITOLO: Discussione e conclusione

4.1 Discussione

Il dolore nell'anziano rimane un problema di difficile valutazione [...], tali difficoltà sono aggravate, e spesso insormontabili, nei pazienti affetti da demenza e con gravi limitazioni della facoltà di comunicazione e questo induce in molti casi a sottovalutare e non trattare il dolore (Brugnolli, 2007). Infatti, la prima causa più citata in letteratura è la sottostima e conseguente sottotrattamento della sintomatologia dolorosa, dovuta al mancato riconoscimento e/o alla sua non rilevazione da parte del personale sanitario. Questo aspetto è riscontrabile anche nella pratica clinica: il 64% degli infermieri ritiene che ci siano stati casi in cui il dolore in questo tipo di pazienti non sia stato trattato in modo idoneo ed il 37% sostiene che sia individuato e/o valutato in modo poco adeguato.

Anche la seconda causa indicata dalla letteratura, ovvero la formazione insufficiente del personale infermieristico che offre assistenza a questo tipo di pazienti, è rispecchiabile nella pratica clinica. È stato dimostrato che gli infermieri hanno un livello inadeguato di preparazione relativa alla valutazione del dolore, specialmente nei pazienti con disturbi cognitivi (Cunningham, 2006). La maggioranza degli infermieri intervistati (66%) ha riferito di non aver frequentato corsi inerenti la gestione e controllo del dolore e il 34% che ha risposto di aver frequentato corsi sul dolore, ha riferito che non includevano le modalità di gestione del dolore in pazienti non competent.

Come terza causa la letteratura individua il mancato uso o uso inadeguato di strumenti di valutazione; in merito a ciò, la letteratura indica sette scale di valutazione (citate nel primo capitolo al paragrafo 1.3.2), ma il 26% ha riferito che nell'unità operativa di appartenenza non sono utilizzate scale volte alla rilevazione del dolore nei pazienti con decadimento cognitivo. Fra quelli che hanno risposto in modo affermativo (74%), il 37,4% indica come scala di valutazione in uso la NRS, la quale però per le sue caratteristiche non è specifica per la valutazione dei paziente con deficit cognitivi gravi. Il 50% invece riporta come strumento in uso la NOPPAIN, la cui compilazione viene delegata al personale di supporto delle UO che la utilizzano, effettuata durante le attività di cure igieniche e mobilizzazione.

Tale prassi rischia però di allungare i tempi di comunicazione e quindi l'intrapresa di interventi volti a diminuire il dolore. Infine l'8,4% riferisce l'uso della scala VAS, anch' essa non indicata per gli stadi di demenza severi e considerata inadatta in letteratura.

La valutazione del dolore dovrebbe fare parte dell'accertamento globale dei pazienti, come gli altri bisogni fondamentali, allo scopo di porre rimedio alle condizioni che possono peggiorare lo stato clinico del paziente e complicarne quindi l'assistenza (Storti et al, 2008)

All'intervista, il 46% degli infermieri riporta di effettuare la valutazione del dolore nel paziente con

decadimento cognitivo grave al momento della presa in carico e il 70% ad ogni turno, specificando però che viene effettuata prevalentemente durante il turno di mattina; i dati sono sovrapponibili anche per l'assistenza al paziente con decadimento lieve-moderato.

Tra i dati acquisiti si evidenzia che la rilevazione del dolore, specialmente in questo tipo di pazienti, non è solo di pertinenza infermieristica e medica, ma anche del personale ausiliario, in quanto la compilazione della scala NOPPAIN rientra fra le sue competenze, se adeguatamente addestrato. In studi futuri, riguardo al tema della valutazione del dolore nei pazienti con decadimento cognitivo, sarà necessario ampliare l'indagine per coinvolgere anche il personale ausiliario (OSS-OSA), in quanto spesso sono i primi ad essere coinvolti nella valutazione della sintomatologia dolorosa.

Come previsto dalla Carta dei Doveri (2009) nei confronti della persona con dolore: le strutture sanitarie devono quindi mettere in atto programmi di formazione dei propri operatori sull'approccio e trattamento del dolore. E' necessario uniformare le conoscenze del personale sanitario, attraverso dei corsi di formazione rivolti ai professionisti della salute, affinché il dolore venga considerato e trattato come l'effettivo V° segno vitale.

Tali programmi formativi andranno dunque ad arricchire il personale sanitario della competenza algologica nella fascia di età geriatrica, vi è la necessità dell'acquisizione di metodiche oggettive attraverso scale di misurazione validate e dell'applicazione di protocolli terapeutici condivisi. In merito a ciò, Brugnolli (2007) propone una serie di passaggi fondamentali da seguire nell'approccio per la valutazione del dolore in questo tipo di popolazione più fragile:

- 1) prevedere e sospettare dolore in presenza di: patologie muscolo-scheletriche, osteoarticolari, vascolari, neoplastiche;
- 2) prevedere e sospettare dolore in presenza di: comportamenti anomali senza ragioni apparenti (riduzione dell'appetito, sindrome depressiva, insonnia, cambiamenti nelle capacità funzionali, agitazione o rifiuto verso le cure e/o l'attività);
- 3) osservare e documentare il comportamento abituale di un paziente con grave declino cognitivo e a rischio di dolore (la conoscenza della persona è importante per la rilevazione della sintomatologia dolorosa nei pazienti affetti da demenza);
- 4) rilevare, attraverso l'osservazione, indizi non verbali di dolore e cambiamenti inusuali (tipizzare i comportamenti associati al dolore);
- 5) monitorare il dolore in modo sistematico e ad intervalli regolari, utilizzando l'elenco di indicatori comportamentali (questi dovrebbero essere osservati sia a riposo che durante l'attività come i trasferimenti, i cambi di postura e con la palpazione delle zone sospettate doloranti);

- 6) selezionare lo strumento che include indicatori fini di comportamento non verbale;
- 7) se non si è certi della presenza di dolore, può essere giustificato intervenire (con metodi farmacologici e non) e valutare se la persona mostra sollievo.

I risultati dell'intervista, unitamente all'analisi della letteratura, evidenziano dunque la necessità di migliorare la formazione degli infermieri: più della metà del campione degli intervistati non ha frequentato alcun corso di formazione specifico, ciò è sovrapponibile ai dati della letteratura che la collocano come prima causa di sottostima e sottotrattamento nei pazienti con decadimento cognitivo.

Quale proposta di intervento è stato quindi formulato un programma di un corso ECM (educazione continua in medicina) rivolto al personale infermieristico e agli operatori socio-sanitari, appartenenti alle unità operative di Medicina (1-2) e Neurologia. Si è ritenuto opportuno, rivolgere il corso di formazione anche agli operatori socio-sanitari, in quanto nelle unità operative dell'ULSS 15, rientra fra le loro competenze la compilazione della scala NOPPAIN, se adeguatamente formati. Risulta necessario pertanto garantire e uniformare le conoscenze, in modo da assicurare il corretto utilizzo della scala di valutazione.

Il corso di formazione si pone come obiettivi la conoscenza e l'apprendimento dei temi principali della demenza e del dolore, in particolare quando si trovano a coesistere nelle persone assistite, per poter garantire l'adeguatezza e competenza delle cure anche a questa parte di popolazione più fragile. Contestualmente al corso, è stata inserita quale proposta di strumento operativo una scheda infermieristica personalizzata, integrata a scale di valutazione validate PAINAD e NOPPAIN (quest'ultima è già in uso nelle unità operative), per agevolare la valutazione e rilevazione del dolore nei pazienti con decadimento cognitivo. Sono stati individuati questi strumenti di valutazione, seguendo le indicazioni della letteratura; inoltre vanno ad indagare la presenza di sintomatologia dolorosa in due differenti modi: la NOPPAIN valuta la presenza di dolore in concomitanza di attività di cure igieniche e mobilizzazione, la PAINAD è costituita invece da specifici indici comportamentali e fisiologici indicativi di dolore, indipendenti dall'esecuzione di attività. In tal modo l'infermiere ha a disposizione due differenti strumenti di valutazione per gestire la sintomatologia dolorosa in questo tipo di pazienti.

È stata inserita, inoltre, un'area dove il personale possa riportare eventuali osservazioni riguardo alla manifestazione della sintomatologia dolorosa di quel paziente, cosicché se dovesse ripresentarsi ne risulterà più immediato il riconoscimento (dato che nei pazienti affetti da decadimento cognitivo spesso le manifestazioni di dolore sono atipiche e possono variare da soggetto a soggetto).

Anche dai dati provenienti dalla revisione bibliografica, risulta efficace l'utilizzo di schede infermieristiche personalizzate, in cui raccogliere tutte le informazioni inerenti al dolore: alterazioni

del comportamento e loro caratteristiche (Bilora e Florio, 2010).

La scheda proposta andrà ad essere parte integrante dei contenuti del corso, in modo da favorirne la diffusione e l'implementazione tra il personale operante nelle unità operative.

Nell'allegato 2 è possibile trovare la proposta di evento formativo, corredato dagli indicatori di risultato e materiali annessi al corso. Sarebbe utile, oltre alla valutazione degli indicatori proposti, anche ripetere la somministrazione del questionario presentato a sei mesi dal termine del corso di formazione, per valutare l'effettiva ricaduta del corso. In caso di esito sfavorevole (non raggiungimento degli indicatori) andranno valutate altre strategie di cambiamento organizzativo.

4.2 Conclusioni

La tematica della gestione del dolore in pazienti non-competent è ancora oggi poco esplorata, sia nella pratica clinica che nella formazione in generale. Le lacune in tal senso creano, come dimostrato, un sottotrattamento e sottostima del problema.

I dati ricavati dal questionario, utilizzato come strumento di indagine sul campo, andranno inviati alla Fondazione Paolo Procacci, per favorire un ampliamento dei dati a disposizione per l'indagine conoscitiva a livello nazionale intrapresa dall'associazione.

La personale proposta di intervento ha dei limiti, in quanto sia l'introduzione della scheda che lo svolgimento di un corso di formazione, da solo, non garantisce un effettivo cambiamento organizzativo-culturale su tali tematiche. Per ottenere un reale cambiamento andrebbero utilizzati strumenti adeguati come l' Audit, il quale risulta essere lo strumento principe per l'implementazione del good practice, derivanti dalla letteratura. Il progetto si propone l'obiettivo di portar alla luce una tematica sempre più presente all'interno delle unità operative (come hanno dimostrato i dati riportati della associazione A.I.M.A), per accrescere la consapevolezza del problema e costituire una base per futuri progetti formativi; quest'opera culturale dev'essere inserita in un contesto di valorizzazione della persona e in un approccio olistico (Capuccio, 2010).

BIBLIOGRAFIA

- American Geriatric Society guidelines (2002), “The management of persistent pain in older person”, *American geriatric Society*, 6: pp 205-224;
- Bjoro K., Herr K, (2008) “Assessment of Pain in the Nonverbal or Cognitively Impaired Older Adult”, *Clinics in Geriatric Medicine* 24: pp 237-262;
- Brugnolli A. (2007), “La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo”, *Assistenza infermieristica e ricerca*, 26,1: pp 38-45;
- Brunner Suddarth (2005), “*Nursing Medico-Chirurgico*”, Milano, Casa Editrice Ambrosiana;
- Burfield A, Wan T, Sole M, Cooper J, (2012) “A study of longitudinal data examining concomitance of pain and cognition in an elderly long-term care population”, *Journal of pain research* 5: pp 61-70;
- Coppola L, Ferrari R, Martin Sonia, et al. (2009), “Linee guida aziendali per la gestione della persona con dolore”, *Comitato aziendale “contro il dolore”*, Regione del Veneto – Azienda ULSS n°6 Vicenza;
- Cunningham C, (2006) “Managing pain in patients with dementia in hospital”, *Nursing Standard*, 20, 46: pp 54-58;
- Florio M, Bilora F, (2010), “Il dolore nell'anziano con demenza grave: scheda Noppain a confronto con la valutazione tradizionale”, *Rivista Infermiere* n°3, Collegio IPASVI di Padova;
- Logroscino G, (2010), “Malattia di Alzheimer: l'importanza della diagnosi e del trattamento precoce”, *55° Congresso Nazionale SIG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria)*.
- Ottolini L, (2006), “Il dolore nell'anziano con deficit cognitivo, rassegna critica della letteratura”, *Pathos*, vol 13, n°4: pp 23-31;
- Pozzi F, (2011), “Le scale utilizzate dall'infermiere per valutare il dolore nella persona anziana con demenza grave”, *Agorà* n°48: pp 23-30, Collegio IPASVI di Gorizia;
- Scherder E, Sergeant J, Swaab D, (2003), “Pain processing in dementia and its relation to neuropathology”, *The Lancet Neurology*, vol 2, pp 677-686;

- Storti M, Dal Santo P, Zanolin M,(2008), “Confronto fra due scale di valutazione del dolore in pazienti ospedalizzati affetti da grave demenza e non verbalizzanti”, *Professioni Infermieristiche*, 61 (4): pp 210-215;
- Torresan M, (2011) “La valutazione del dolore”, *Società Italiana di Geriatria Ospedale-Territorio*,pp: 1-7;
- Vallerand A, Musto S, Polomano R, (2011), “Nursing Role in Pain Management”, *Current Pain and Headache Reports*, vol 15 (4):pp 250-262;
- Zoega S, Ward S, Sigurdsson G,Sveinsdottir H, Gunnarsdottir S, (2015) “Quality Pain Management Practices in a University Hospital”, *Pain Management Nursing*, vol 16, n°3: pp198-210;

SITOGRAFIA

- A.I.M.A (Associazione Italiana Malattia di Alzheimer) (2015), La malattia di Alzheimer
<http://www.alzheimer-aima.it/malattia.htm>
ultimo accesso Ottobre 2015
- Codice Deontologico dell'Infermiere (2009),
<http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>
ultimo accesso Ottobre 2015
- Decreto Ministeriale n°739 del 1994 “Profilo professionale dell'Infermiere”
http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/179/DM140994n739
ultimo accesso Ottobre 2015
- Legge 38/2010, “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” *Gazzetta ufficiale n°65 del 19 marzo 2010*
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jl
ultimo accesso Ottobre 2015
- Ministero della Salute, (2013) “Definire e valutare il dolore”
http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp
ultimo accesso Ottobre 2015

ALLEGATI

Dare voce e cura al dolore della persona non in grado di riferirlo

Indagine a livello nazionale sul dolore dei pazienti con deterioramento cognitivo, per sapere se viene riconosciuto e valutato dagli infermieri nei vari setting di cura.

Indagine promossa dal gruppo di studio infermieristico della Fondazione Procacci dedicato al dolore nell'anziano.

Coordinamento del progetto: Manuela Rebellato (Responsabile Counselling Ospedale a Domicilio, Geriatria, UVA, Cure Intermedie – Post Acuzie, Azienda Ospedaliero-Universitaria “San Giovanni Battista”, Torino) e Marina Torresan (Azienda Sanitaria Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, presidio Molinette, Struttura Complessa di Terapia del Dolore e Cure Palliative).

L'indagine si propone di conoscere a livello nazionale se il dolore dei pazienti con deterioramento cognitivo viene riconosciuto e valutato dagli infermieri nei vari setting di cura.

Età

- a) Dai 20 ai 30 anni
- b) Dai 30 ai 40 anni
- c) Dai 40 ai 50 anni
- d) Oltre i 50 anni

Sesso

- a) M
- b) F

Nazionalità**Ha effettuato ulteriori corsi di formazione post base?**

- a) Master I livello
- b) Master II livello
- c) Laurea specialistica
- d) Altro

Formazione professionale di base:

- a) Scuola professionale regionale Infermiere
- b) Università

Unità lavorativa in cui lavora attualmente:

- a) Medicina
- b) Chirurgia
- c) Cardiologia
- d) Terapia Intensiva
- e) Emergenza
- f) Altro

Se ha risposto "Altro" alla domanda precedente, qui può indicare l'unità lavorativa in cui lavora

Ospedale/Clinica/RSA di lavoro e città

Unità lavorative presso le quali ha lavorato precedentemente (ambito/specialità):

- a) Medicina
- b) Chirurgia
- c) Cardiologia
- d) Terapia Intensiva
- e) Emergenza
- f) Altro

Se ha risposto "Altro" alla domanda precedente, qui può indicare le unità lavorative in cui ha lavorato

Ha effettuato corsi di formazione rivolti alla gestione e controllo del dolore?

- a) Sì
- b) No

Se ha risposto "Sì" alla precedente domanda, specifichi per favore quali corsi di formazione ha seguito

Nella sua realtà operativa ritiene che il dolore della persona assistita con deficit cognitivi è individuato e/o valutato in maniera adeguata?

- a) Nulla
- b) Poco
- c) Abbastanza
- d) Molto
- e) Moltissimo

Nella sua realtà operativa si utilizzano delle scale di valutazione volte alla rilevazione del dolore del paziente con deficit cognitivi?

- a) Sì
- b) No

Se ha risposto "Sì" alla precedente domanda, cortesemente specifichi le scale di valutazione utilizzate

La rilevazione/valutazione del dolore all'interno della sua unità operativa nel soggetto con deterioramento cognitivo lieve/moderato quando viene effettuata? (è possibile scegliere più di una risposta)

- a) Al momento della presa in carico
- b) Ad ogni turno
- c) Su richiesta della persona assistita

La rilevazione/valutazione del dolore all'interno della sua unità operativa nel soggetto con deterioramento cognitivo grave quando viene effettuata? (è possibile scegliere più di una risposta)

- a) Al momento della presa in carico
- b) Ad ogni turno
- c) Altro

Se ha risposto "Altro" in questo spazio la preghiamo di specificare

La valutazione del dolore che effettua solitamente rende possibile l'applicazione di interventi infermieristici programmati e personalizzati per il singolo individuo?

- a) Nulla
- b) Poco
- c) Abbastanza
- d) Molto
- e) Moltissimo

Quali interventi vengono messi in atto per il controllo/gestione del dolore? (è possibile scegliere più di una risposta)

- a) Effetto placebo
- b) Terapie cognitive/comportamentali
- c) Terapia farmacologica
- d) Altro

Se ha risposto "Altro" alla domanda precedente, qui può descrivere meglio

Indicativamente, in media, nella sua attività lavorativa si è trovata/o in difficoltà nella gestione della sintomatologia dolorosa di persone assistite con deterioramento cognitivo?

- a) Mai
- b) Qualche volta
- c) Molte volte
- d) Sempre

Se si è trovata/o in difficoltà perché:

- a) Mancata valutazione
- b) Non utilizzo di strumenti di valutazione
- c) Utilizzo di scale di valutazione non appropriate al paziente con deterioramento cognitivo
- d) Mancanza di una terapia analgesica prescritta

Indicativamente, in media, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, o quanto meno a volte è stata osservata/rilevata, è presente una terapia analgesica ad orari fissi?

- a) Sì
- b) No

Indicativamente, in media, nei soggetti in cui la sintomatologia è nota, o quanto meno a volte è stata osservata/rilevata, è presente in terapia una dose analgesica aggiuntiva, chiaramente prescritta secondo sede, tempi e dosi?

- a) Sì
- b) No
- c) Altro

Se ha risposto "Altro" in questo spazio può specificare meglio

Nella sua attività lavorativa effettua sempre la rilevazione dell'efficacia della somministrazione di una terapia analgesica?

- a) Sì
- b) No

Se ha risposto "No" in questo spazio può specificare il perché

Ritiene che ci sono stati casi in cui la sintomatologia dolorosa di alcune persone assistite non sia stata rilevata e gestita in modo idoneo?

- a) Sì
- b) No

Se ha risposto "Sì", qui può descrivere brevemente i casi

Allegato II

PROGETTAZIONE DI UN CORSO DI FORMAZIONE

“La valutazione del dolore nell'anziano con decadimento cognitivo”

INTRODUZIONE

Il corso propone di fornire ai candidati le conoscenze e competenze per garantire una corretta valutazione e rilevazione della sintomatologia dolorosa nei pazienti non competenti, perché affetti da decadimento cognitivo. Spesso, il dolore in questo tipo di pazienti viene sottostimato e di conseguenza sottotrattato, per varie ragioni; la principale, indicata nella letteratura, è la mancata formazione del personale sanitario che offre loro assistenza.

A scopo sperimentale, il corso è offerto al personale appartenente alle unità operative di Medicina, Geriatria, Neurologia; unità internistiche dove si ha prevalentemente un'utenza anziana (età avanzata).

OBIETTIVI

Obiettivi generali: Contribuire allo sviluppo di conoscenze e abilità nel riconoscere e valutare correttamente il dolore nel paziente anziano con decadimento cognitivo.

Obiettivi specifici: Al termine del percorso formativo i partecipanti saranno in grado di:

- riconoscere i comportamenti attribuiti alla presenza di dolore;
- saper elencare e riconoscere le sei categorie degli indici comportamentali individuati dall'American Geriatric Society;
- conoscere le varie scale di valutazione, presenti in letteratura;
- saper distinguere e applicare correttamente le scale di valutazione in base allo stadio evolutivo della demenza;
- saper attribuire correttamente i punteggi delle varie scale di valutazione;
- saper intervenire adeguatamente sulla base del punteggio ottenuto;

COERENZA CON L'OBIETTIVO NAZIONALE ECM: Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione.

SINTESI DESCRITTIVA DEI CONTENUTI (azione specifiche dei sottoprogetti/obiettivi specifici)

1. Definizione di demenza e conseguente deterioramento clinico (aspetti generali, classificazione delle demenze per tipo e stadio evolutivo, cenni epidemiologici).
2. Definizione e aspetti generali del dolore e panorama normativo (legge 38/2010, Art.34-35 del Codice Deontologico, ecc.).
3. Reazioni al dolore in base alla tipologia e stadio evolutivo della demenza.
4. Cause possibili di sottostima e sottotrattamento del dolore in questa tipologia di utenza.
5. Gli indicatori comportamentali e le scale di valutazione specifiche per la demenza e gli stadi in cui si sviluppa.
6. Presentazione di una serie di passaggi fondamentali da seguire nell'approccio nella valutazione del dolore in questo tipo di pazienti.
7. Proposta di introduzione della scala di valutazione PAINAD nella pratica clinica.

DATE DI SVOLGIMENTO

Ogni edizione può essere frequentata da 30 persone, fra infermieri e operatori socio-sanitari appartenenti alle unità operative di Medicina, Geriatria e Neurologia. Le date saranno stabilite dagli organizzatori del corso.

All'inizio e al termine del corso, sarà consegnato ad ognuno dei partecipanti un questionario per verificare le conoscenze di base e quelle apprese al termine del corso.

ORE TOTALI DELL'EVENTO: 4 ore per ogni edizione

DATE ED ORARIO: DA DEFINIRSI

Ecm acquisiti: programma da accreditare/inserire nel piano formativo

Personale destinatario:

Professione	Unità operativa di appartenenza
Infermiere	Medicina 1
Infermiere	Medicina 2 (ex geriatria)
Infermiere	Neurologia
Operatore socio-sanitario	Medicina 1
Operatore socio-sanitario	Medicina 2
Operatore socio-sanitario	Neurologia

MATERIALE DIDATTICO CONSEGNATO AI PARTECIPANTI

Slides del corso e copia cartacea di scheda infermieristica (comprendente scala PAINAD, indicatori comportamentali e passaggi fondamentali per la valutazione del dolore in questo di pazienti).

OBIETTIVI FORMATIVI SPECIFICI

I partecipanti dimostreranno di aver appreso:

- ✓ caratteristiche principali della demenza e del decadimento cognitivo;
- ✓ aspetti principali del dolore e le sue manifestazioni, talvolta atipiche;
- ✓ causa principali di sottotrattamento e sottostima del dolore;
- ✓ indicatori comportamentali e le scale di valutazione specifiche per la demenza;
- ✓ serie di passaggi da seguire nell'approccio alla valutazione.

INDICATORI DI RICADUTA ORGANIZZATIVA:

- ✓ DIMINUZIONE SEGNALAZIONE URP/ INCIDENT REPORTING INERENTI IL PROBLEMA (PREVIA VERIFICA SITUAZIONE 0);
- ✓ PER IL PRIMO ANNO: PRESENZA DELLA SCHEDA PROPOSTA, COMPILATA IN ALMENO IL 50% DEI PAZIENTI NON-COMPETENT;
- ✓ INTEGRAZIONE SCHEDA PROPOSTA IN CARTELLA INFERMIERISTICA;
- ✓ ADOZIONE DI UN'ISTRUZIONE OPERATIVA AD HOC IN UU.OO. PER LA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE NON-COMPETENT;
- ✓ RIVALUTAZIONE TRAMITE QUESTIONARIO INIZIALE A SEI MESI DALLA CONCLUSIONE DEL CORSO.

PROGRAMMA DI MASSIMA DEL CORSO

Fasi e sessioni	Argomenti trattati	Obiettivi formativi specifici	Tempo e orario dedicato	Metodo di lavoro	Docente	Docente sostituto
1	<p>Definizione di demenza</p> <p>Definizione e aspetti generali del panorama normativo</p> <p>Cause del possibile sottotrattamento</p> <p>Gli indicatori comportamentali e le scale di valutazione specifiche per i vari stadi della demenza</p> <p>Procedura della valutazione del dolore in paziente non-competent.</p>	Far acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti	2 ore: 14:00-16:00	<p>Lezione frontale</p> <p>Presentazione e discussione di problemi o casi didattici a gruppi</p>	Da definire	Da definire
2	Pausa	10 minuti 16:00-16:10				
3	Valutazione del dolore in paziente non-competent.	Far acquisire competenze per l'analisi e la risoluzione dei problemi nei vari contesti.	1 ora 40 min	<p>Lavoro a piccoli gruppi e/o individuale su problemi e casi didattici con breve presentazione</p> <p>Conclusioni in sessione plenaria con esperto</p>		
4	Test di valutazione e gradimento		10 minuti 17:50-18:00			

MATERIALI ALLEGATI DEL CORSO:

SCHEDE INFERMIERISTICHE:

SCALA PAINAD (Pain Assessment In Advanced Dementia)

	0	1	2
RESPIRO (indipendentemente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato, brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato, Iperventilazione, Cheyne-stokes
VOCALIZZAZIONE	Normale	Occasionali lamenti, saltuaria coprolalia	Ripetuti richiami, lamenti, pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o Inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso, movimenti nervosi, irrequietezza	Rigidità, agitazione, ginocchia flesse, movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessità di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile, non si distrae né rassicura

INDICI COMPORTAMENTALI:

1. ESPRESSIONI FACCIALI: lieve aggrottamento delle ciglia, espressione triste, smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serrati, ecc;
2. VERBALIZZAZIONE/VOCALIZZI: sospiri, lamenti, gemiti, borbottio, respiro rumoroso, richiesta d'aiuto, ecc;
3. MOVIMENTI DEL CORPO: postura rigida, tesa, guardinga, agitazione, movimenti limitati, ecc;
4. CAMBIAMENTI NELLE INTERAZIONI INTERPERSONALI: aggressività, opposizione alle cure, diminuzione delle interazioni sociali, ecc;
5. CAMBIAMENTI NELLE ATTIVITA' ABITUALI O ROUTINE: rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetito, aumento dei periodi di riposo, ecc;
6. CAMBIAMENTI DELLO STATO MENTALE: pianto, aumento della confusione, irritabilità o angoscia.

PASSAGGI FONDAMENTALI DA SEGUIRE NELL'APPROCCIO ALLA VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ANZIANO CON DECADIMENTO COGNITIVO:

- prevedere e sospettare dolore in presenza di: patologie muscolo-scheletriche, osteoarticolari, vascolari, neoplastiche;
- prevedere e sospettare dolore in presenza di: comportamenti anomali senza ragioni apparenti (riduzione dell'appetito, sindrome depressiva, insonnia, cambiamenti nelle capacità funzionali, agitazione o rifiuto verso le cure e/o l'attività);
- osservare e documentare il comportamento abituale di un paziente con grave declino cognitivo e a rischio di dolore (la conoscenza della persona è importante per la rilevazione della sintomatologia dolorosa nei pazienti affetti da demenza);
- rilevare, attraverso l'osservazione, indizi non verbali di dolore e cambiamenti inusuali (tipizzare i comportamenti associati al dolore);
- monitorare il dolore in modo sistematico e ad intervalli regolari, utilizzando l'elenco di indicatori comportamentali (questi dovrebbero essere osservati sia a riposo che durante l'attività come i trasferimenti, i cambi di postura e con la palpazione delle zone sospettate doloranti);
- selezionare lo strumento che include indicatori fini di comportamento non verbale;
- essere se non si è certi della presenza di dolore, può giustificato intervenire (con metodi farmacologici e non) e valutare se la persona mostra sollievo.

Cognome e Nome	Diagnosi	Tipo e stadio di demenza
Punteggio scala PAINAD	Data e ora di rilevazione	Firma dell'infermiere
Interventi eseguiti (farmacologici e non, specificare se con beneficio o no):		
Note e osservazioni:		
Punteggio scala NOPPAIN	Data e ora di rilevazione	Firma dell'operatore
Interventi eseguiti (non farmacologici)		
Note e osservazioni		

- Se paziente affetto da demenza lieve-moderata, procedere prima con valutazione self-report, utilizzando la scala NRS o VDS (indicatori verbali di intensità);
- Se paziente affetto da demenza grave (punteggio MMSE < 15), procedere con il proxy report, utilizzando scale di valutazione come la NOPPAIN (compilazione da parte dell'operatore), PAINAD (compilazione da parte dell'infermiere);
- Se il punteggio della scala PAINAD è compreso fra 1-3 è da considerarsi “lieve”, se è compreso fra 4-7 è “moderato”, 8-10 dolore “grave”.

N.B. Sulle note/osservazioni è necessario riportare eventuali alterazioni nel comportamento e loro caratteristiche, per individuare quali siano le manifestazioni tipiche della sintomatologia dolorosa in quel tipo di paziente (spesso sono atipiche, perciò risulta fondamentale documentare, in modo da poterle riconoscere nel caso si ripresentassero).

Al momento della presa in carico, durante l'accertamento è bene indagare attraverso l'intervista con il caregiver, quali siano gli atteggiamenti tipici del paziente e le sue manifestazioni di dolore.