



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

CAREGIVER: VALUTAZIONE DEL DOLORE NEL PAZIENTE ONCOLOGICO

Relatore: Dott. Matteo Costa

Laureando: Mario Cuppuleri

ANNO ACCADEMICO 2014-2015

INDICE

Abstract

INTRODUZIONE.....pag.1

CAPITOLO 1.

IL DOLORE.....

1.1 Il Dolore.....pag.3

1.2 Tipologia di Dolore.....pag.4

1.3 Fisiopatologia del Dolore.....pag.5

1.4 Effetti Dannosi del Dolore.....pag.5

1.5 Valutazione del Dolore.....pag.6

1.6 Strumenti di Valutazione del Dolore Oncologico.....pag.8

1.6.1 Scale di Valutazione Unidimensionali.....pag.8

1.6.2 Scale di Valutazione Unidimensionali del Sollievo.....pag.10

1.6.3 Questionari di Valutazione Multidimensionale.....pag.11

1.7 Chi è il CAREGIVER?.....pag.12

1.8 Formazione del Caregiver.....pag.13

CAPITOLO 2.

CASE REPORT.....

2.1 Metodo di Ricerca.....pag.15

2.2 Stringhe di Ricercapag.15

2.3 Risultati della Ricercapag.16

CONCLUSIONI

Conclusionipag.21

BIBLIOGRAFIApag.23

Allegato 1

Allegato 2

Allegato 3

ABSTRACT

Questa revisione della letteratura è stata condotta per evidenziare le condizioni generali delle conoscenze del caregiver e se esso, adeguatamente formato, riesce, tramite strumenti di accertamento, a valutare criticamente il dolore oncologico e a trattarlo di conseguenza. Nonostante i progressi scientifici e farmacologici, il dolore continua ad essere un problema durante tutto il decorso della malattia; infatti si tende a sottostimarne e sottotrarlo. Il dolore è un'esperienza multidimensionale con effetti sensoriali, cognitivi, comportamentali; ed è inoltre un'esperienza che colpisce il fisico, la psiche, le dimensioni spirituali e sociali dei pazienti e dei caregiver. Per questo esso comporta fatigue, inappetenza, disturbi del sonno e irrequietezza. Poichè questa tipologia di pazienti sono, spesso seguiti ambulatorialmente, sono soprattutto i familiari responsabili dell'assistenza. L'esperienza di prendersi cura di un membro della famiglia colpisce profondamente il benessere del caregiver. Il caregiver, proprio a causa della sua inesperienza, spesso, non riesce a mettere in campo alcune azioni atte a salvaguardare l'incolumità dell'assistito. Inoltre, l'enorme carico emotivo da lui impiegato può portare ad un peggioramento delle sue condizioni di salute e, di conseguenza, di quelle della persona assistita. In letteratura sono stati riscontrati dei risultati di gestione assistenziale positivi su caregiver addestrati singolarmente per far fronte alle necessità dell'ammalato. Si è visto che una persona più preparata, sia dal punto di vista teorico (eziologia del dolore e delle sue complicanze), sia dal punto di vista pratico (utilizzare scale di valutazione del dolore e somministrazione della terapia), fa meno difficoltà nella gestione assistenziale dell'assistito e riesce a fronteggiare meglio lo stress e il cambiamento dello stile di vita imposto dalla malattia. Così facendo si sente più sicura del proprio operato, evitando il sovraccarico emozionale. Le strategie di gestione del dolore che possono essere attuate devono mirare alla creazione di un' "alleanza" terapeutica tra paziente - caregiver, in modo che quest'ultimo riesca a comprendere anche il minimo incremento del dolore e a trattarlo di conseguenza. A fronte di questa situazione si deve decidere, tuttavia, qual è il metodo più efficace per effettuare un'alfabetizzazione sanitaria che fornisca un'educazione mirata alla gestione familiare di questo sintomo.

INTRODUZIONE

Durante la mia esperienza di tirocinio nell' U.O. di Cure Palliative presso U.L.L.S. 2 di Feltre ho incontrato un gran numero di pazienti con patologia neoplastica in fase terminale. Molti di essi parlavano con riluttanza di uno dei sintomi più invalidanti per il proseguo della vita: il "Dolore." Alcuni dei pazienti pur di non sovraccaricare di lavoro i caregivers supportavano in silenzio il dolore, altri invece, mascheravano sotto altri sintomi il male provato. Di contro ho evidenziato che alcuni caregivers riuscivano a comprendere le variazioni d'intensità del dolore e trattarlo di conseguenza, mentre altri, una gran parte, non riusciva a captare i cambiamenti antalgici vissuti dal paziente; per questa ragione mi sono posto degli interrogativi: come mai non tutti i caregivers riescono a comprendere i cambiamenti del dolore provati dal paziente?; È possibile che non si possa fare qualcosa per migliorare la situazione del caregiver e dell'assistenza?; I caregivers sono stati educati oppure no?; Sono supportati abbastanza o no? Per questo ho deciso di effettuare questa ricerca, finalizzata alla scoperta di nuove tecniche e metodi, utilizzate dai ricercatori, per ridurre al minimo il disagio dei caregivers nella valutazione del dolore e di tutte le complicità che esso comporta. La mancanza di un adeguato controllo del dolore nei malati di cancro è stato notato come un problema persistente e di relativa importanza. Il dolore è prevalentemente gravoso e sottotrattato in individui con cancro per tutto il percorso di malattia. Fornire ai pazienti e ai caregivers un adeguato sostegno psico-sociale e una formazione sulla gestione di questo sintomo è una componente fondamentale di un'assistenza di qualità che può portare a benefici clinici significativi. Riuscire ad individuare e comprendere, tramite l'utilizzo di strumenti accreditati a livello Internazionale, in quale momento si verifica un picco di dolore, sicuramente, giova all'assistito e all'assistente migliorando le condizioni di vita. Inoltre una buona conoscenza dell'eziologia del dolore permette di scindere i sintomi propri del sintomo stesso dalle preoccupazioni che esso comporta (ansia, fatigue, depressione). Infatti quest'ultime possono incidere sulla puntualità dell'accertamento del dolore, determinandone una sotto o sovrastima.

1. IL DOLORE

1.1 Il Dolore

L'Associazione Nazionale per lo studio del dolore (IASP) definisce il dolore come "un'esperienza sensoriale ed emotiva sgradevole che deriva da un danno tissutale reale o potenziale". Il dolore è sempre un'esperienza soggettiva, la sua gravità non è in relazione lineare con l'entità del danno tissutale. ^[1]Tuttavia la sua percezione è influenzata da numerosi fattori: depressione, stanchezza, collera, paura e ansia, sentimenti di impotenza e disperazione. Il dolore può causare importanti ripercussioni sulla vita quotidiana: riduce l'attività fisica, interferisce con il lavoro determinando problemi economici, causa depressione, ansia e irritabilità, interferisce con le attività familiari e sociali, crea disturbi del sonno. In base a tutti questi aspetti l'infermiere deve tener conto dell'importanza dell'efficacia del trattamento antalgico, mettendo in atto interventi e strategie di sollievo dal dolore in collaborazione con gli altri professionisti sanitari. Dal momento che il dolore è considerato il quinto parametro vitale, è compito dell'infermiere andare ad accertarne l'intensità (qualora presente) e la sua variazione. ^[1] La validazione della presenza del dolore è basata sull'esperienza vissuta dal paziente (illness); quindi il paziente è l'unica persona che può determinare con esattezza l'intensità del dolore in base alla propria percezione. Sebbene sia importante credere all'assistito che riferisce dolore, è altrettanto importante sorvegliare la persona che nega di soffrire in situazioni in cui, di solito, il dolore è presente. L'infermiere che sospetta la presenza di dolore in una persona che lo nega, dovrebbe andare ad indagare la ragione dei suoi sospetti. In particolare nelle persone affette da patologia neoplastica questo sintomo grava molto sulla persona, sia a livello fisico (riduce la capacità di muoversi), sia a livello psicologico (interferisce con le attività di vita quotidiana). ^[2] Molto spesso, infatti, per non gravare eccessivamente sui familiari questi pazienti omettono di riferire la presenza di dolore. Spesso queste persone non sanno che le terapie del dolore offrono programmi specifici per aiutare i soggetti con dolore cronico a riprendere una vita il più normale possibile e a vivere in modo più attivo e produttivo, anche se non è possibile eliminare immediatamente il dolore stesso. La terapia scelta è altamente personalizzata e va di pari passo all'andamento del dolore, che solitamente varia con l'evolversi della malattia. Per questo in Italia già dal 2010 si è cercato di rendere il più semplice possibile l'ingresso nelle Cure Palliative, ovvero un servizio sanitario, il cui

compito è quello di trattare e gestire il dolore e gli altri sintomi, i problemi psicologici, sociali e spirituali, con l'obiettivo di ottenere una migliore qualità di vita del malato e della sua famiglia. ^[3] Il modello si applica a tutto il decorso della malattia e comprende interventi destinati a mantenere la qualità di vita, ridurre la sofferenza e migliorare il "coping" o adattamento, riducendo il peso della malattia e sostenendo la comunicazione, l'autonomia e la scelta.

1.2 TIPOLOGIA DI DOLORE

Il dolore è considerato il quinto parametro vitale proprio per la sua influenza sulla vita dell'individuo. Per questo è uno dei più temuti sintomi debilitanti e molto comuni che affliggono le persone affette da patologie neoplastica. Tuttavia il dolore è classificato in base alla sua durata, localizzazione ed eziologia. In genere si riconoscono tre categorie di dolore: dolore acuto, dolore cronico (persistente, non-maligno) e dolore oncologico.^[1] Per **dolore acuto** s'intende quello di recente insorgenza (da alcuni secondi) fino a massimo 6 settimane, associato per lo più ad una determinata lesione; il dolore acuto indica che si è verificato un danno d'organo o una lesione. Esso si presenta quando c'è una lesione e va diminuendo man mano che ci si avvicina alla guarigione.^[1,2]

Per **dolore cronico** s'intende quello costante o intermittente che si protrae oltre i tempi di guarigione attesi, di durata maggiore ai 6 mesi e raramente può essere attribuito ad una specifica causa o lesione. Molto spesso se il dolore acuto è un indice utile, in quanto evidenzia un danno, quello cronico, oltre a non avere un' utilità, se persiste, può diventare la malattia principale.^[1,2]

Per **dolore oncologico** s'intende quello percepito da persone affette da patologia neoplastica causato quasi esclusivamente da infiltrazioni tumorali nei tessuti (metastasi o compromissione nervosa), ma anche dall'esito di trattamenti del cancro (interventi chirurgici o radiazioni). Esso può essere sia acuto sia cronico. Oltre alla classificazione per durata, ne viene fatta anche un'altra per localizzazione (segmenti corporei) e per eziologia (trauma, nevralgia, ecc). Identificando la durata, la sede e la causa si può sicuramente intervenire al meglio per alleviare il disturbo e migliorare le condizioni di vita dell'assistito.^[1, 4]

1.3 FISIOPATOLOGIA DEL DOLORE

L'esperienza sensoriale di dolore dipende dall'interazione fra il sistema nervoso e l'ambiente esterno. L'analisi degli stimoli e la risultante percezione del dolore coinvolge il sistema nervoso centrale e periferico.

In base ai meccanismi fisiopatologici si distingue:

- dolore nocicettivo, somatico o viscerale, dovuto alla stimolazione diretta delle terminazioni nervose, in genere correlato all'entità del danno tissutale.^[4]

Il dolore nocicettivo somatico può essere superficiale (interessamento di cute e mucose) o profondo (interessamento di muscoli, ossa e articolazioni); esso in genere è ben localizzato e viene descritto come penetrante, urente lancinante e gravativo.^[1, 5] Il dolore nocicettivo viscerale è spesso poco localizzato e può essere descritto come sordo o crampiforme in caso di interessamento di un viscere cavo o come lancinante o penetrante in caso di interessamento di membrane sierose o mesentere.

- dolore neuropatico a un danno o ad una funzionalità anomala di una struttura nervosa centrale o periferica;^[1]

Essa può presentare una componente continua descritta come "bruciore", componenti acute intermittenti tipo "scarica elettrica" e disestesie, come "formicolii" o "pizzichi". Il dolore neuropatico è più difficile da trattare rispetto al dolore nocicettivo e spesso richiede l'uso di farmaci adiuvanti.^[2]

1.4 EFFETTI DANNOSI DEL DOLORE

Indipendentemente dalla sua natura, modello o causa, il dolore non adeguatamente trattato ha effetti dannosi oltre alla già presente sofferenza. Esso può influenzare gli altri sistemi corporei, innescando la risposta allo "stress". Tale risposta, di solito, consiste in un aumento della funzione metabolica e della gittata cardiaca e un aumento della secrezioni degli ormoni dello stress, andando a peggiorare la condizione clinica della persona stessa.^[2] Nel caso del dolore cronico Oncologico, oltre a favorire la risposta allo stress, il dolore spesso è causa di depressione, disabilità, rabbia e fatigue. Questo perchè la presenza costante di questo sintomo rende incapaci di compiere attività e le relazioni interpersonali

che coltivavano prima dell'insorgenza del dolore. Le disabilità possono variare da una ridotta partecipazione alle attività fisiche, all'incapacità di assolvere alle cure personali, come vestirsi o mangiare. Con il passare del tempo il dolore cronico diventa una vera e propria sindrome autonoma con pesante impatto sulla vita di relazione e sugli aspetti psicologici e sociali della persona ed implica un cambiamento radicale di mentalità. Un trattamento inadeguato infatti, comporta dipendenza inefficace dai farmaci ed eccessiva dipendenza dalla famiglia o dal caregiver, uno scarso rendimento sul lavoro o inabilità a lavorare, isolamento dalla società e dalla famiglia con chiusura in se stessi, frustrazione e depressione. In particolare nell'ambito oncologico, il dolore assume caratteristiche globali che vanno dalla sofferenza fisica individuale a cambiamenti di adattamento bio-psico-sociale.

1.5 VALUTAZIONE DEL DOLORE

La natura altamente soggettiva del dolore rende il suo accertamento e la sua gestione una sfida per tutti i clinici. Il rapporto con il dolore è una transazione sociale, per questo, l'accertamento e la gestione del dolore richiedono un buon rapporto con la persona che soffre. Nell'accertamento del dolore l'infermiere deve tenere in considerazione i fattori che lo influenzano, per esempio, precedenti esperienze, ansia ed età. L'accertamento del dolore include la comprensione dei livelli di sollievo dal dolore che il soggetto affetto da malattia acuta ritiene siano necessari per migliorare la sua funzionalità.^[1] Parti di un attento accertamento del dolore richiedono la comprensione delle aspettative dell'assistito. I fattori da considerare in un completo accertamento del dolore sono: l'intensità, il tempo, la localizzazione, la qualità, i significati personale del dolore; i fattori allevianti e aggravanti e i comportamenti antalgici.^[2] L'accertamento del dolore inizia con un'attenta osservazione della persona, notando la sua postura complessiva e la presenza o assenza di comportamenti espliciti del dolore. L'intensità del dolore varia da assente a lieve mancanza di confort, fino a devastante. Non esiste correlazione fra l'intensità riferita e gli stimoli che produce. L'intensità riferita è influenzata dalla **soglia del dolore** della persona e dalla sua **tolleranza al dolore**.^[4] La soglia del dolore è il più piccolo stimolo per cui una persona riferisce dolore, e la tolleranza è la massima quantità di dolore che una persona può sopportare. Altrettanta importanza ha la durata, ovvero il tempo di insorgenza del dolore. Esso può essere ad insorgenza improvvisa, che raggiunge rapidamente la massima

intensità, oppure come fastidio costante nel tempo, con riacutizzazioni repentine e crampiformi. Infatti nel dolore cronico da cancro, in particolare, l'aspetto temporale più rilevante risulta essere la presenza di episodi di dolore più intenso, il cosiddetto "Breakthrough pain" (BTP), ovvero la presenza di picchi di dolore più intensi rispetto a quello cronico presente.^[2] La localizzazione è indicativa, per il personale sanitario, per l'identificazione dell'eventuale causa. La qualità del dolore è una fase importante dell'accertamento perchè permette al paziente stesso di descrivere a parole proprie l'entità e l'intensità del dolore. Altre aree giudicate di minore rilevanza sono: interferenza con la qualità di vita, componenti emotive dell'esperienza dolorosa, qualità del dolore in termini di sensazione fisica associata all'esperienza dolorosa, attitudini, stili di coping e credenze relative all'esperienza dolorosa e alla sua durata.^[6] Sebbene la scelta di quali dimensioni indagare dipenda strettamente dallo scopo della misurazione, l'intensità del dolore è da considerarsi una dimensione essenziale non rinunciabile. Poiché il dolore è una sensazione soggettiva, la misurazione dell'intensità e delle altre dimensioni del dolore non possono prescindere dalla percezione espressa dal paziente; è infatti dimostrata una discrepanza di valutazione dell'intensità del dolore da parte del paziente e da parte del medico o dell'infermiere.^[1] Tuttavia, nei casi in cui le condizioni fisico-cognitive siano talmente gravi da essere incompatibili anche con una compilazione assistita, si propone l'eterovalutazione, e cioè la valutazione del dolore da parte dell'operatore basata sull'osservazione del paziente. Quella dolorosa è un'esperienza intrinsecamente longitudinale e pertanto la misurazione deve sempre fare riferimento ad un preciso intervallo temporale: "in questo momento", "nelle ultime 24 ore" "nelle ultime 8 ore" o "nell'ultima settimana" e le cadenze di rilevazione devono essere definite di conseguenza.^[1] Alcuni studi hanno dimostrato che misurazioni con cadenze temporali puntuali (relative cioè al momento in cui si fa la misurazione) hanno reso più confortevole lo stile di vita e permesso di ridurre il dolore cronico.

1.6 STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE ONCOLOGICO

Per cercare di rendere il più oggettivo possibile la misurazione del dolore, gli studiosi hanno messo a punto degli strumenti facilmente utilizzabili nella pratica clinica: le scale di valutazione. Le scale per la misurazione del dolore in oncologia sono molteplici, spesso di provate proprietà psicometriche e facilmente applicabili nella clinica. Si possono distinguere in tre categorie principali: scale unidimensionali di intensità, di sollievo e questionari di valutazione multidimensionale.^[4]

1.6.1 SCALE DI VALUTAZIONE UNIDIMENSIONALI

Le scale unidimensionali di intensità più comunemente utilizzate nella misurazione del dolore oncologico sono le scale analogiche visive (Visual Analogue Scales, VAS), le scale numeriche (Numerical Rating scales, NRS), le scale verbali (Verbal Rating Scales, VRS) e la scala delle faccine o di Wong-Baker (Faces Pain Scale, FPS).^[4] Queste scale risultano equivalenti all'analisi fattoriale e spesso mostrano analoghe proprietà psicometriche, anche se in differenti situazioni cliniche possono evidenziare diversi gradi di appropriatezza. La scala VAS è costituita da un segmento orizzontale di 100 mm con gli estremi definiti da due espressioni verbali che definiscono la variabilità completa del parametro in esame quali ad esempio: “Nessun dolore” e “Il dolore più forte che si possa immaginare”(Figura.1)^[4]. Al paziente viene chiesto di segnare sul segmento il punto che egli valuta corrispondere all'intensità del proprio dolore. Il punteggio, che può variare da 0 a 100mm, viene misurato in millimetri dall'estremo che corrisponde all'intensità minima al punto segnato dal paziente. Inoltre la VAS può risultare di difficile compilazione per i pazienti con minore livello di istruzione, per gli anziani e per pazienti con deficit cognitivi.

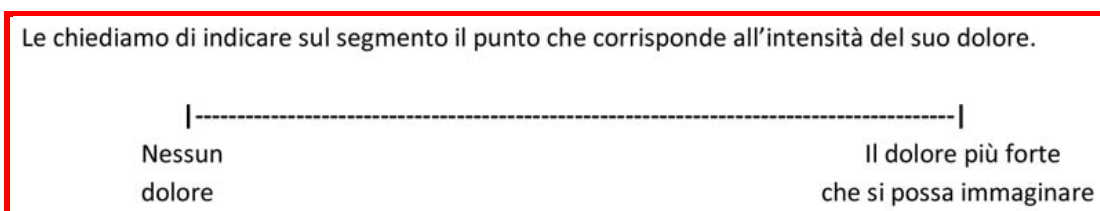


Figura.1 - Analogico visivo VAS

La NRS è una scala costituita da 11 livelli numerici che vanno da 0, “Nessun dolore”, a 10 “Il dolore più forte che si possa immaginare” (Figura.2) il cui punteggio è dato dal valore

che il paziente indica corrispondere all'intensità del proprio dolore.^[4] La scala può essere presentata al paziente sia in formato cartaceo, che come una semplice domanda ed è quindi svincolata dall'uso della carta, penna e centimetro che è necessario per la VAS.

Considerando una scala da 0 a 10 in cui a 0 corrisponde l'assenza di dolore e a 10 il massimo dolore immaginabile, quanto valuta l'intensità del suo dolore?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nessun dolore Il dolore più forte che si possa immaginare

Figura.2 - Scala numerica a (NRS) 11 livelli

La NRS da 0 a 10 mantiene un significato comune anche in culture diverse e presenta caratteristiche psicometriche desiderabili se confrontata con il VAS. Un dolore compreso tra 7 e 10 è da considerarsi severo e richiede un intervento urgente, un dolore compreso tra 5 e 6 è definito moderato e un dolore tra 1 e 4 è un dolore lieve.^[4]

Le VRS sono strumenti che impiegano degli aggettivi per descrivere il livello di intensità del dolore. Le proprietà psicometriche di queste scale sono simili a NRS e VAS solo in caso di utilizzo di un numero adeguato di livelli; si ritiene che almeno 6 livelli siano necessari, il che rende ad esempio le più comuni scale a 4 livelli, **NO - UN PO' - MOLTO - MOLTISSIMO** non sono sufficientemente sensibili.^[4] Sono state riscontrate, quindi, delle anomalie nel numero di livelli adottati e nella scelta dei termini utilizzati perchè, spesso, non corrispondevano alla traduzione internazionale. Per questa si è optato per la scelta di una versione che è stata compatibile per 17 lingue diverse.

Come valuta l'intensità del suo dolore?

NESSUN DOLORE

DOLORE MOLTO LIEVE

DOLORE LIEVE

DOLORE MODERATO

DOLORE FORTE

DOLORE MOLTO FORTE

Figura.3 - Scala verbale (VRS) a 6 livelli.

La scala Wong-Baker (Faces Pain Scale FPS) è un sistema di quantificazione del dolore che si basa sulla presentazione di 6 faccine, la prima totalmente sorridente e l'ultima in lacrime, ed è raccomandata per i bambini e per le persone anziane.^[2]

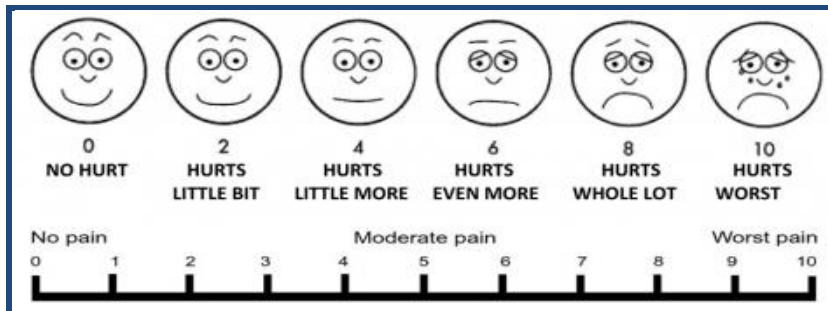


Figura.4 - *Scala delle Faccine (FPS)*

1.6.2 SCALE DI VALUTAZIONE UNIDIMENSIONALI DEL SOLLIEVO

Le scale unidimensionali del sollievo servono per andare a valutare il sollievo dal dolore e quindi l'efficacia del trattamento, andando a valutare l'intensità nel pre- e post- trattamento. Bisogna sottolineare che mentre nel breve periodo (≤ 24 ore) la rilevazione del sollievo risulta valida ed affidabile, su periodi di tempo più lunghi ha mostrato qualche cedimento. Di conseguenza essa viene utilizzata solo per singole misurazioni all'interno delle 24 H.^[4]

Nelle ultime 24 ore quanto sollievo ha ricevuto dalle terapie assunte?

- NESSUN SOLLIEVO
- SOLLIEVO LEGGERO
- SOLLIEVO MODERATO
- SOLLIEVO ELEVATO
- SOLLIEVO COMPLETO

Figura.5 - *Scala verbale di rilevazione del sollievo a 5 livelli.*

1.6.3 QUESTIONARI DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Essendo il dolore, un'esperienza multidimensionale non sempre l'intensità è sufficiente a valutare l'efficacia del trattamento; può essere infatti importante sapere quanto il dolore interferisce con la qualità della vita, quale livello di dolore il paziente considera tollerabile. In letteratura sono stati presentati diversi modelli per la misurazione del dolore che prevedono la valutazione di due o più dimensioni; un modello prevede ad esempio che le principali dimensioni del dolore siano costituite dall'intensità e dalla sua interferenza con altre funzioni, mentre in altri considerano tre fattori qualitativamente diversi: sensoriale-discriminativo, motivazionale-affettivo, e cognitivo-valutativo.^[4] Fra i numerosi questionari per la valutazione multidimensionale del dolore da cancro o più utilizzati son il McGill Pain Questionnaire (MPQ) ed il Brief Pain Inventory (BPI).^[2]

Il McGill Pain Questionnaire, è uno strumento complesso, basato sull'uso di 78 descrittori del dolore che indagano tre dimensioni (sensoriale, affettiva e valutativa) distinte in venti sottoclassi, ciascuna contenente da due a sei aggettivi in ordine crescente di intensità. Alla dimensione sensoriale appartengono 13 sottoclassi, a quella affettiva 5 e a quella valutativa 2 ed al paziente viene chiesto di scegliere una parola per sottogruppo;^[4] lo strumento prevede anche la rilevazione dell'intensità del dolore attuale. Data la complessità della somministrazione del questionario esiste anche una versione ridotta contenente solamente 15 aggettivazioni e quindi più fruibile (Allegato 1 e 2).^[5] Il Brief Pain Inventory (Short form) è probabilmente uno degli strumenti multidimensionali per la valutazione del dolore da cancro più diffusi. È costituito da 15 items che indagano la presenza di dolore nelle 24 ore precedenti, la sua localizzazione, l'intensità, il sollievo e l'interferenza dell'esperienza dolorosa con la qualità di vita (7 aree di attività psicosociali e fisiche).^[4] Utilizza principalmente scale di valutazione numeriche da 0 a 10. È stato tradotto e validato in numerose lingue, fra cui anche l'italiano (Allegato 3).

1.7 CHI È IL CAREGIVER ?

Il termine anglosassone "**caregiver**" è entrato ormai stabilmente nell'uso comune. Con il termine caregiver (o carer) familiare si intende una persona che assiste, senza alcun compenso, un proprio congiunto (un familiare, un amico...) non in grado autonomamente di svolgere gli atti necessari alla vita quotidiana a causa dell'età, di una disabilità, di una malattia.^[1]

Quasi sempre il familiare che diventa caregiver è privo di preparazione specifica pur dovendo supportare in termini relazionali ed assistenziali persone prevalentemente non autosufficienti e con patologie sempre più complesse. Oltre ad un impegno diretto, il caregiver familiare è talvolta supportato da un assistente familiare (o badante) di cui diventa, direttamente o indirettamente, datore di lavoro.^[7]

Pur senza alcuna formazione e all'improvviso il caregiver deve affrontare la malattia e lo stress che da essa ne deriva, dare qualità assistenziale al proprio assistito, aiutarlo nelle attività di vita quotidiana, relazionarsi con lui, organizzare al meglio l'attività assistenziale propria e/o dell'assistente familiare-badante, rapportarsi con i servizi territoriali e cercare di agire in sicurezza per affrontare, eventualmente, situazioni di primo soccorso. Con un crescente invecchiamento della popolazione in tutte le società sviluppate, la figura di badante è stata sempre più riconosciuta come importante, sia funzionalmente sia economicamente.^[1] Una componente fondamentale del caregiver deve essere quella di buon comunicatore con la persona verso cui rivolge le attenzioni. Infatti le cure devono essere erogate con il rispetto per la dignità della persona che le riceve. L'assistente rimane in contatto con il sanitario che presta assistenza sanitaria di base, spesso un medico o un infermiere, e aiuta la persona a prendere decisioni sulla sua salute e sulle questioni che interessano la sua vita quotidiana. Dagli studi si evince una maggior percentuale di caregivers di sesso femminile con età superiore ai 60 anni, le quali assistono in tutto e per tutto il coniuge o la persona ammalata pur avendo scarse relazioni sociali e problemi conflittuali in famiglia, conseguenti alla malattia. Oltre a questa categoria ci sono anche le figlie multi-ruolo, le quali svolgono altre attività oltre a quelle di carer. Per questo, molto spesso, esse si sentono sovraccaricate di responsabilità, di lavoro e di oneri, i quali portano, a lungo andare ad una condizione di stress psicologico, che può portare al burnout, ovvero esaurimento fisico e mentale. ^[1]

1.8 FORMAZIONE DEL CAREGIVER

Questa figura è entrata nell'immaginario assistenziale negli ultimi decenni. In seguito alla continua riduzione dei costi ospedalieri e tempi di degenza, essa è diventata sicuramente un elemento fondamentale nell'assistenza domiciliare. In particolare nel caso di malattia neoplastica, nella quale oltre che nella gestione standard dei bisogni di vita si aggiungono quelli propri della patologia, il caregiver investe tanto sia dal punto di vista pratico, sia dal punto di vista emotivo. La continua necessità di assistenza del paziente oncologico, o per lunghi periodi nel corso della giornata (tra 11 e 15 ore), comporta un dispendio di risorse umane ed economiche; di conseguenza, spesso, l'allontanamento del badante dal proprio lavoro. Oltre alle varie tensioni familiari che entrano in campo, il caregiver deve cercare di attuare un'assistenza mirata al soddisfacimento dei bisogni dell'assistito, ma anche nell'ottimizzare tempi e costi di gestione.

ATTIVITÀ SVOLTE DAL CAREGIVER	
✓	Affrontare la malattia e lo stress che ne deriva
✓	Dare qualità assistenziale
✓	Gestire i bisogni di vita quotidiana
✓	Relazionarsi con il paziente e i suoi problemi
✓	Organizzare la vita intra - extraospedaliera
✓	Rapportarsi con i servizi territoriali
✓	Agire in sicurezza personale e dell'intera famiglia
✓	Gestire eventuali situazioni di primo soccorso
✓	Sostenere psicologicamente il paziente
✓	Gestire la politerapia
✓	Gestire i sintomi e gli effetti collaterali della terapia

Tabella.1- *Attività principali svolte dal Caregiver*

Per questo i sanitari hanno cercato di delineare, per quanto possibile, delle strategie educative volte ad ottimizzare tempo, denaro e qualità di vita del paziente e dell'intera famiglia che lo segue. Quindi si conviene che le informazioni trasmesse ai caregivers devono essere pratiche e lineari con un linguaggio chiaro (adattandolo alla persona) e diretto. Devono contenere sia una parte teorica, la quale mette in luce eziologia del sintomo, sia la parte pratica, la quale permette di capire meglio il razionale delle azioni

svolte e di ottenere un apprendimento sicuro ed efficace. Per l'educazione è consigliabile creare un rapporto di fiducia con il discente in modo da avere piena stima e collaborazione in tutte le fasi del percorso educativo. Superata questa fase è consigliabile dare delle informazioni dirette al caregiver, mettendogli in luce alcuni aspetti dell'assistenza; bisogna creare dei momenti di riflessione con il familiare, andando a consegnare anche il materiale informativo. Alla fine di tutto l'iter si può somministrare un piccolo test di auto - valutazione, il quale permette di verificare le conoscenze acquisite e di stimolare il caregiver a metterle in pratica. Finita la parte teorica si procede con la dimostrazione pratica delle procedure assistenziali con supervisione. Questa tipologia di educazione è importante perchè dagli studi è emerso che il caregiver, essendo più preparato e formato, fa fronte con maggior sicurezza e con più dimestichezza alle attività assistenziali, riducendo sensibilmente lo stress e l'evenienza che insorga il burnout. Nonostante queste indicazioni si deve comunque valutare l'applicabilità del progetto educativo e la disponibilità del caregiver senza la quale non è possibile garantire la continuità di cure e quindi l'efficacia degli interventi assistenziali e curativi.

2. CASE REPORT

Lo scopo della ricerca è quello di evidenziare se un caregiver ben addestrato e formato può assumere piena autonomia dell'assistenza, garantendo sicurezza e fiducia all'assistito e limitando gli effetti avversi dell'assistenza familiare.

2.1 Metodo di Ricerca

La ricerca è stata condotta consultando la banca dati MEDLINE (PUBMED), CINAHL, COCHRANE e Systematic Reviews. Le ricerche sono state condotte utilizzando i seguenti termini MESH singolarmente e in combinazione: il dolore oncologico, la valutazione del dolore da parte del caregiver, le cure palliative. Identificate le parole chiave, sono state combinate con il solo operatore booleano AND. Le ricerche si basano su studi empirici effettuati tra il 2000 e il 2014. Gli articoli sono stati inclusi nella revisione leggendo gli abstracts di alcuni e i full texts di altri. Sono stati selezionati 14 articoli, 1 revisione della letteratura, le linee guida Internazionali nella gestione del dolore, un manuale per la valutazione del dolore, il libro di Infermieristica medico - chirurgica del CLI. Inoltre è stato consultato il sito dell' IPASVI: <http://www.IPASVI.it>. Gli articoli selezionati hanno evidenziato le carenze nella formazione sanitaria dei caregivers, che molto spesso si trovano ad affrontare situazioni per le quali non sono mai stati educati adeguatamente. Le lacune sono emerse principalmente nella valutazione dell'intensità e dell'entità del dolore, nell'utilizzo critico delle scale di valutazione e nella gestione dell'assistito con elevata intensità di dolore.

2.2 STRINGHE DI RICERCA

Per le parole chiave "CANCER PAIN" and "CAREGIVER" sono stati selezionati 7 articoli; per "CANCER PAIN" and "CAREGIVER" and "PAIN ASSESSMENT" sono stati selezionati 6 articoli; per "CANCER PAIN" and "CAREGIVER" and "PAIN ASSESSMENT" and "PALLIATIVE CARE" sono stati trovati 5 articoli.

2.3 RISULTATI DELLA RICERCA

La ricerca ha portato all'identificazione di alcune barriere che permettono la sottostima o sovrastima del dolore da parte del caregiver.^[3] Tuttavia sono state identificate tre categorie di barriere: barriere legate al sistema, barriere legate ai professionisti e barriere legate ai pazienti e ai loro familiari.^[2] Tra le barriere di sistema si possono annoverare la bassa priorità data al trattamento del dolore da cancro e gli ostacoli normativi e regolatori all'utilizzo degli oppioidi per il dolore oncologico. Le barriere di sistema sono state anche categorizzate in "interne", rappresentate, per esempio, da tardivi o inadeguati programmi di adesione alle cure palliative, ed "esterne", costituite da eccessiva complicazione regolatoria.^[2] Per quanto riguarda le barriere professionali, è stato riportato che esse consistono in un approccio di cura basato esclusivamente sulla patologia, anziché in un modello di intervento mirato anche sui sintomi presentati dal paziente. Fanno parte di queste barriere anche la scarsa formazione sulla valutazione - gestione del dolore con terapia oppioide, trattamento del dolore legato alla prognosi e non in base all'intensità del dolore avvertito dal paziente, scarsa capacità di gestione degli effetti collaterali.

Le barriere correlate ai pazienti (e alle loro famiglie) sono state identificate e descritte:

- ✓ riluttanza a riportare il dolore nel "timore" di distrarre l'attenzione dei curanti nell'affrontare il problema vissuto come prioritario, cioè la lotta contro la patologia neoplastica;^[8]
- ✓ dolore correlato intrinsecamente al cancro e accettato con visione fatalistica, nella convinzione che non possa essere eliminato;^[3]
- ✓ percezione che l'ammissione di un più elevato livello di dolore corrisponda alla presa d'atto di una progressione della patologia;^[9]
- ✓ timore di non essere considerato un "bravo" paziente";^[9]
- ✓ riluttanza ad assumere gli antidolorifici (oppioidi in particolare) in seguito ai ben noti "falsi miti" sugli oppiacei stessi: paura della dipendenza psicologica e/o timore di essere considerati dei tossico-dipendenti, timore della tolleranza, della dipendenza fisica e degli effetti collaterali.^[2]

Queste barriere possono essere misurate con strumenti ad hoc, quale il Barriers Questionnaire, basato sull'analisi di quattro fattori: effetti fisiologici, fatalismo,

comunicazione ed effetti collaterali.^[2] Oltre all'identificazione delle barriere, la ricerca ha evidenziato come i caregivers percepiscono la responsabilità dell'assistenza. Spesso avviene perchè gli assistiti, seguiti ambulatorialmente, tornano a casa subito dopo aver assunto la terapia, e di conseguenza i caregivers non riescono a prepararsi adeguatamente per l'accoglimento in casa. I familiari responsabili dell'assistenza, i quali seguono tutto il decorso della malattia (intra ed extra-ospedaliera), sentono gravare sulle loro spalle la responsabilità di tutta l'assistenza e a volte sviluppano dei meccanismi di difesa nei confronti del nuovo stile di vita che la malattia comporta all'interno dell'ambito familiare. In alcuni studi il caregiver, prima della dimissione ospedaliera, è stato educato alla valutazione del dolore tramite un'apposita scala per l'accertamento del dolore, in modo da stimare l'andamento giornaliero H24 dell'intensità del dolore, l'aspetto temporale (frequenza ed esacerbazioni) e gli effetti del trattamento (sollevio). Sono state utilizzate diverse scale per la valutazione del dolore (NRS, VRS,VAS). Tra queste ha riscontrato maggior efficacia la VAS (Figura.1), strumento monodimensionale che consiste semplicemente in una striscia di carta di 10 cm, la quale alle estremità presenta due "end points" che vengono definiti con "nessun dolore"= 0 ed il "peggiore dolore che io possa immaginare"= 10, data la semplicità di applicazione anche in base a tutti i livelli di alfabetizzazione sanitaria.^[4] L'educazione all'interpretazione del punteggio della scala non è solo una misurazione a se stante, ma deve essere contestualizzata da altri segni che possono accompagnare il dolore (irrequietezza, sofferenza, superficialità del pensiero, deficit di concentrazione, ansia e fatigue).^[10] Dagli studi è emerso che non tutti i caregivers sono eleggibili per un progetto educativo, infatti sono stati formulati alcuni criteri di inclusione: età superiore i 18 anni, capacità di intendere di volere, volontà di apprendimento, alfabetizzazione sanitaria di base.^[11] Una volta soddisfatti i criteri di inclusione, in una revisione, sono stati fatti due esperimenti: un primo gruppo randomizzato e un secondo non randomizzato. Nel primo è stata erogata l'educazione sanitaria secondo metodi di "coaching face to face" con sedute di 30 minuti per un totale di tre sedute, seguite da due visite domiciliari. In questi incontri sono stati approfonditi i concetti di "dolore" e di "valutazione-gestione del dolore" con l'utilizzo di scale di valutazione del dolore.^[12] Nel gruppo non randomizzato è stata erogata un tipo di educazione con audiocassette e video digitali più degli opuscoli informativi. L'intera educazione è stata fatta in una seduta da 3 ore, trattando gli stessi argomenti del suddetto

studio.^[12] Dal confronto di questi due studi si è visto che i caregivers del primo gruppo, con un bagaglio di conoscenze maggiore, sono riusciti ad avere una maggiore autonomia nella gestione familiare del paziente, con maggiore dimestichezza nell'utilizzo della scala di valutazione del dolore e nella somministrazione delle giuste dosi di farmaci. In questa revisione, tuttavia, è emerso anche che i caregivers riuscivano a riconoscere i sintomi che accompagnano il dolore. In alcune realtà in cui il legame paziente-caregiver era più forte si è evidenziato una soglia più bassa di sottostima del dolore, rispetto a quelle in cui questo legame era più debole.^[13] È stato dimostrato come una buona "alleanza" paziente-caregiver giova alla gestione del dolore, perchè permette di cogliere anche i minimi cambiamenti di intensità.^[14] Solitamente si è riscontrato una congruità nelle valutazioni del dolore dei caregiver e del paziente. Ciononostante, emergono comunque delle discrepanze nelle valutazioni in base al locus of control del paziente, ovvero la modalità con cui un individuo ritiene che gli eventi della sua vita siano prodotti dai suoi comportamenti o azioni (locus of control interno), oppure da cause esterne indipendenti dalla sua volontà, ad esempio il caso, la fortuna, il destino (locus of control esterno).^[15] Nei pazienti con locus of control esterno, il dolore era maggiormente manifesto e risultava maggiore alla valutazione del caregiver rispetto al suo valore effettivo; nel paziente con locus of control interno, invece, il caregiver tendeva a sovrastimare il valore del dolore.^[15] Queste differenze di valutazione si possono verificare perchè il dolore può essere influenzato anche dalla personalità e dal rapporto caregiver-paziente. Tutti i caregivers, malgrado ciò, che hanno partecipato a questo studio hanno espresso un parere favorevole alla formazione, vista come uno strumento utile che abbassa le difficoltà degli assistenti e migliora le condizioni generali della famiglia. L'importanza del riconoscimento del dolore è di fondamentale importanza per lenire le sofferenze che esso stesso comporta. Il caregiver, osservando la posizione del paziente, l'irrequietezza, l'ansia, il malessere generale, può attuare degli interventi che possono favorire il benessere dell'assistito.^[4] In quattro studi, alcuni ricercatori hanno riferito l'effetto pervasivo sul caregiver quando il dolore del paziente era invariato. Due studiosi descrivono le differenze riferite dal paziente e dal caregiver tra uno stato di in-pain e uno stato out-of-pain.^[16] Per i caregivers, il significato dello stato di in-pain era che il paziente era sofferente. Quando il dolore è stato sollevato, i caregivers percepirono un miglioramento delle condizioni di vita. Uno studio dell' International weekly Journal of science^[17] ha anche scoperto che i caregivers percepiscono con un'accezione diversa il

dolore del paziente e la malattia quando il dolore è stato ben gestito rispetto a situazioni in cui non è stato controllato adeguatamente. Quando il dolore non era ben gestito, i caregivers pensavano che il dolore non potesse essere gestito e non potesse separarsi da tutta l'esperienza di malattia. Date queste conseguenze negative e le sfide incontrate durante la gestione del dolore, è utile considerare quali fattori possono attenuare le conseguenze negative per i caregivers. Si è riscontrato, nella letteratura, che si hanno meno conseguenze negative nei caregivers con un aumentato senso di auto-efficacia,^[18] ovvero un processo cognitivo che agisce sulla determinazione e sulla scelta degli obiettivi personali riguardanti la propria efficacia nel gestire gli eventi che influenzano le scelte, le aspirazioni, lo stress e la perseveranza nelle attività.^[15]

CONCLUSIONI

Il dolore cronico in oncologia è uno dei problemi sanitari più ricorrenti che aggrava già il quadro clinico compromesso. Ad esso si lega la probabile ricaduta psico-sociale, l'ansia e la depressione che esso comporta. Il ruolo importante del caregiver è legato anche alla sua valutazione del dolore utilizzando una scala accreditata. Dalla ricerca è emerso che i caregivers hanno dimostrato maggior capacità di adattamento e di gestione della patologia in seguito ad una buona educazione e un processo di training già dall'inizio della diagnosi. Il caregiver riesce a gestire più agilmente la situazione casalinga con maggior reticenza allo stress, facendo così sollevare da responsabilità l'assistito. La scarsa formazione nell'attuare interventi assistenziali può ostacolare il corretto approccio di gestione dei sintomi ed aggravare la situazione clinica già di per sé delicata, oltre che ridurre la qualità di vita. Da questo studio si evince che il caregiver deve comunque far fronte a delle barriere che sono presenti già in società e che si enfatizzano nel corso della malattia. In base ad esse, infatti, il caregiver deve pianificare l'assistenza. Inoltre, è emerso che si deve cercare di praticare una più ramificata alfabetizzazione sanitaria per quanto riguarda il dolore. Da esso, per lo più, dipendono tutte le complicanze psicologiche della patologia. Quindi mettere in atto un'educazione più capillare, già a partire dal momento della diagnosi, permette sia al paziente sia agli assistenti familiari di prepararsi per l'accoglimento a casa del malato e per la sua gestione globale. Si è riscontrato anche che più è stretto il rapporto paziente- caregiver, più il controllo dei sintomi è vantaggioso. Questo perchè il caregiver, stando sempre a stretto contatto con l'assistito, riesce a valutare anche i più lievi cambiamenti di dolore e a gestirli di conseguenza; così facendo anche il paziente si sente di pesare meno sul carico di lavoro nei confronti dell'assistente. Nell'insieme si migliorano per entrambi le condizioni di vita. Tuttavia per riuscire a delineare un progetto educativo di valutazione e gestione critica del dolore applicabile a tutti i caregivers risultano necessari ulteriori studi di approfondimento.

BIBLIOGRAFIA

1. Brunner- Suddarth, S.C.S., Brenda G. Bare, Janice L. Hinkle, Kerry H. Cheever, *Infermieristica medico-chirurgica*, ed. C.E. Ambrosiana. Vol. 1 e 2. 2008.
2. Marco Maltoni, L.C., Vittorio Franciosi, Vittorio Donato, Maurizio Cancian, Giovanni Zaninetta, Franço Mariangeli, Pierangelo Lora Aprile, *Le Linee Guida Del Dolore in Oncologia*. 2013.
3. Portenoy, R.K., ed. *Treatment of cancer pain*. Lancet 2011; 377: 2236–47, ed. D.o.P. Medicine, et al. 2010.
4. Corli, O., et al., *MISURARE IL DOLORE NEL PAZIENTE CON CANCRO NELLA RICERCA E NELLA CLINICA*, ed. Edizioni Internazionali- Roma. 2010.
5. Deborah Dudgeon, M., Richard F. Raubertas, PhD, and Susan N. Rosenthal, MD, *The Short-Form McGill Pain Questionnaire in Chronic Cancer Pain*. Journal of Pain and Symptom Management, 2003.
6. Francesca Cirulli , P.C. and A.V. Carlo Petrini *Aspetti valutativi, comparativi e gestionali del dolore*. Istituto Superiore di Sanità, 2009.
7. Debra Parker Oliver, M., PhD, Elaine Wittenberg-Lyles, PhD,, P. George Demiris, Karla Washington, MSW, PhD (C), Davina Porock, PhD,, and M. and Michele Day, PhD (C), *Barriers to Pain Management: Caregiver Perceptions and Pain Talk by Hospice Interdisciplinary Teams*. Journal of Pain and Symptom Management, 2008.
8. Dalton, J.A.R., EdD, FAAN; Youngblood, Richard MA, *Clinical Application of the World Health Organization Analgesic Ladder*. Journal of Intravenous Nursing, 2000(Volume 23(2), March/April 2000, pp 118-124).
9. Christine J McPherson^{1*}, T.H., Alana Devereaux^{1†} and Michelle M Lobchuk³, *A qualitative investigation of the roles and perspectives of older patients with advanced cancer and their family caregivers in managing pain in the home*. BMC Palliative Care, 2014.

10. Carole Kimberlin, P., David Brushwood, JD, William Allen, JD, and B. Ellyn Radson, RN, and Debbie Wilson, MA, *Cancer Patient and Caregiver Experiences: Communication and Pain Management Issues*. Journal of Pain and Symptom Management, 2004.
11. Daniela Maria Hazelwood, S.K., Martin Wallner, Kathryn Hoehn Anderson, and Hanna Mayer., *Patients with cancer and family caregivers: management of symptoms caused by cancer or cancer therapy at home*, in *NIH Public Access*. 2012.
12. Michelle Y. Martin, P., Maria Pisu, PhD, Elizabeth A. Kvale, MD, Shelley A. Johns, PsyD, ABPP, *Developing Effective Cancer Pain Education Programs*, in *HHS Public Access*. 2012.
13. &, Ö.O.N.O.S.A. and S.S.A. Sevinc, *Pain in cancer patients: pain assessment by patients and family caregivers and problems experienced by caregivers*. Support Care Cancer, 2014.
14. Anita Mehta RN PhD a , L.S.C.R.P.c.b.S.R.C. and P. c, *Sources of Distress for Family Caregivers of Palliative Cancer Patients Managing Pain at Home*. Journal of Psychosocial Oncology, 2014.
15. Mary Ann Meeker, R., DNS1,, R. Deborah Finnell, DNS, NPP1,, and R. and Areej K. Othman, PhD2, *Family Caregivers and Cancer Pain Management: A Review*. Journal of Family Nursing, 2011.
16. Anita Mehta a1 c1, S.R.C.a.a.L.S.C., *Palliative care: A need for a family systems approach*. Palliative and Supportive Care, June 2009. 7(02).
17. Douglas F. Easton1, K.A.P., Alison M. Dunning2, Paul D. P. Pharoah2, Deborah Thompson1, Dennis G. Ballinger3, Berry S., *Genome-wide association study identifies novel breast cancer susceptibility loci*. NATURE: International weekly Journal of science, 2007.
18. April Hazard Vallerand, P., RN, FAAN,* , P. Mitzi M. Saunders, NP, APRN-BC,†, and P. and Maureen Anthony, NP, APRN-BC†, *Perceptions of Control Over Pain by Patients with Cancer and Their Caregivers*. the American Society for Pain Management Nursing, 2007.

19.Sito Nazionale dell'IPASVI: <http://www.IPASVI.it>

ALLEGATI

Mc Gill Pain Questionnaire

Nome _____		Cognome _____		Data _____	
S (1-10)	A (11-15)	V (16)	M (17-20)	= Totale	(1-20)

1 (Sensitivi)

- Tremolante
- Vibrante
- Pulsante
- Che picchia
- Battente
- Martellante

2

- Salta qua e là
- Fulmineo
- E' come una molla che scatta

3

- Punge come uno spillo
- Buca come un ago
- Buca come un chiodo
- E' come una pugnata
- Lancinante

4

- Tagliente come una lametta
- Tagliente come un coltello
- Lacerante

5

- E' come un forte pizzicotto
- Stringe
- E' come un crampo
- Rode
- Schiacciante

6

- Stira
- Tira
- Contorce

7

- Caldo
- Scotta
- Brucia
- Rovente

8

- Dà formicolio
- Pizzica e irrita
- Vivo
- Acuto

9

- Dà indolenzimento
- Sordo
- Fà male
- Dà sofferenza
- Gravoso

10

- Sensibile al tocco
- Teso
- Raschia
- Spezza

11 (Affettivi)

- Stancante
- Che esaurisce

12

- Nauseante
- Soffocante

13

- Allarmante
- Spaventoso
- Terrificante

14

- Affligge, come una punizione
- Prostrante
- Crudel
- Feroce
- Micidiale

15

- Sgradevole
- Accecante

16 (Valutativo)

- Nolos
- Disturbante
- Penoso
- Intenso
- Insopportabile

17 (Misti)

- Si propaga
- Si diffonde a raggiera
- Penetrante
- Perforante

18

- Fasciante
- Intorpidito
- Tirante
- Strizza
- Strappante

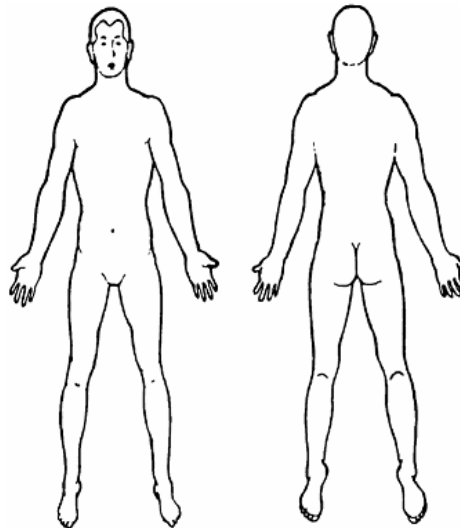
19

- Fresco
- Freddo
- Congelante

20

- Seccante
- Dà disgusto
- Dà tormento
- Terribile
- Torturante

Per l'esaminatore
Leggere a alta voce la CONSEGNA e
spiegare.
Leggere ogni singola espressione
spiegando il significato dei termini.



Segnare con E le zone in cui è presente dolore esterno, con I se è presente un dolore interno, con EI se è presente sia dolore esterno che interno
Associazione con altre sensazioni: segnare con X e specificare:

Note:

CARATTERISTICHE DEL DOLORE

1 (Sensitivi)

- Tremolante
- Vibrante
- Pulsante
- Che picchia
- Battente
- Martellante

2

- Salta qua e là
- Fulmineo
- E' come una molla che scatta

3

- Punge come uno spillo
- Buca come un ago
- Buca come un chiodo
- E' come una pugnata
- Lancinante

4

- Tagliente come una lametta
- Tagliente come un coltello
- Lacerante

5

- E' come un forte pizzicotto
- Stringe
- E' come un crampo
- Rode
- Schiacciante

6

- Stira
- Tira
- Contorce

7

- Caldo
- Scotta
- Brucia
- Rovente

8

- Dà formicolio
- Pizzica e irrita
- Vivo
- Acuto

9

- Dà indolenzimento
- Sordo
- Fà male
- Dà sofferenza
- Gravoso

10

- Sensibile al tocco
- Teso
- Raschia
- Spezza

11 (Affettivi)

- Stancante
- Che esaurisce

12

- Nauseante
- Soffocante

13

- Allarmante
- Spaventoso
- Terrificante

14

- Affligge, come una punizione
- Prostrante
- Crudel
- Feroce
- Micidiale

15

- Sgradevole
- Accecante

16 (Valutativo)

- Noioso
- Disturbante
- Penoso
- Intenso
- Insopportabile

17 (Misti)

- Si propaga
- Si diffonde a raggiera
- Penetrante
- Perforante

18

- Fasciante
- Intorpidito
- Tirante
- Strizza
- Strappante

19

- Fresco
- Freddo
- Congelante

20

- Seccante
- Dà disgusto
- Dà tormento
- Terribile
- Torturante

Per L'esaminatore

Leggere ad alta voce la CONSEGNA e spiegarla.
Leggere ogni singola espressione senza aiutare il paziente spiegando il significato dei termini.

CONSEGNA PER IL PAZIENTE

Ora io leggerò alcuni gruppi di parole che vengono spesso usate per descrivere il dolore. Al termine di ogni gruppo Lei dovrà dirmi se ci sono una o più definizioni adatte a descrivere il Suo dolore attuale: dovrà sceglierne una sola, la più adatta secondo Lei. Se nel gruppo non c'è nessuna definizione che possa descrivere il Suo dolore, lo trascureremo e passeremo al gruppo successivo.

Brief Pain Inventory (Short Form)

Study ID# _____ Hospital # _____
Do not write above this line.

Date: _____

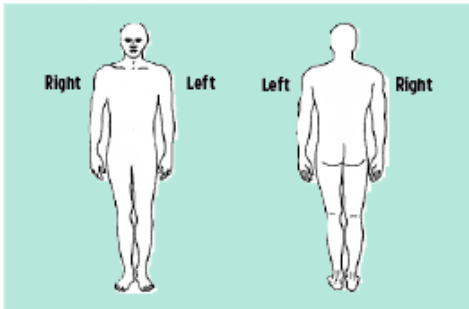
Time: _____

Name: _____
Last First Middle Initial

1) Throughout our lives, most of us have had pain from time to time (such as minor headaches, sprains, and toothaches). Have you had pain other than these everyday kinds of pain today?

1. yes 2. no

2) On the diagram, shade in the areas where you feel pain. Put an X on the area that hurts the most.



3) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **WORST** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain Pain as bad as you can imagine

4) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain at its **LEAST** in the past 24 hours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain Pain as bad as you can imagine

5) Please rate your pain by circling the one number that best describes your pain on the **AVERAGE**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain Pain as bad as you can imagine

6) Please rate your pain by circling the one number that tell how much pain you have **RIGHT NOW**.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No Pain Pain as bad as you can imagine

7) What treatments or medications are you receiving for your pain?

8) In the past 24 hours, how much **RELIEF** have pain treatments or medications provided? Please circle the one percentage that most shows how much relief you have received.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
 No Relief Complete Relief

9) Circle the one number that describes how, during the past 24 hours, **PAIN HAS INTERFERED** with you:

A. General Activity:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

B. Mood

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

C. Walking Ability

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

D. Normal work (Includes both work outside the home and housework)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

E. Relation with other people

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

F. Sleep

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

G. Enjoyment of life

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Does not interfere Completely interferes

Copyright © 1991 Charles S. Cleeland, PhD