



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Facolta' Di Medicina E Chirurgia

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**L'INFERMIERE E LA VALUTAZIONE DEL DOLORE
NELLA PERSONA AFFETTA DA DEMENZA.**

Revisione bibliografica.

Relatore: Dott.ssa Dal Sasso Flora
Correlatore: Infermiera Sinatra Giada

Laureando: Zanotto Alessia
Matricola:1027864

Anno Accademico 2014-2015

Deposito di copia della tesi per i servizi del Sistema Bibliotecario di Ateneo

La sottoscritta **Zanotto Alessia** nata a **Thiene** il **02/03/1989** residente a **Fara Vicentino** tel **0445 344294** e-mail alessia.zanotto@alice.it matricola **1027864** laureata presso la Scuola di Medicina e chirurgia, Corso di laurea in Infermieristica, autorizza la segreteriaa consegnare presso la biblioteca medica“Vincenzo Pinali” copia elettronica della propria tesi in formato PDF.

Tipologia della tesi consegnata

Laurea Triennale

Anno Accademico 2014/2015

Data della tesi _____

Titolo della tesi: L'infermiere e la valutazione del dolore nella persona affetta da Demenza.

Parole chiave: Aged, Cognitive impairment, Dementia, elderly, Pain assessment, Pain measurement, Non verbal communication, Cognitive impairment, Hospitals, geriatric assessment, Pain scale nurses and Pain, Scale used for Demented Patient, Diagnosis of Dementia.

Abstract _____ inserito nel file _____

Tesi: sperimentale compilativa ricerca epidemiologica

Relatore: Dal Sasso Flora

Correlatore: Sinatra Giada

Padova, li _____

Firma dell'autore

Liberatoria per la fruizione della tesi per i servizi di biblioteca

Il/la sottoscritto/a Zanotto Alessia

autorizza il deposito in accesso aperto (messa in rete del testo completo) della propria tesi di laurea in Padua@thesis, l'archivio istituzionale per le tesi e autorizza inoltre le attività utili alla conservazione nel tempo dei contenuti¹.

Dichiara, sotto la propria personale responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste

dall'art. 76 del DPR 445/2000:

- la completa corrispondenza tra il materiale depositato in Padua@thesis e l'originale cartaceo discusso in sede di laurea;
- che il contenuto della tesi non infrange in alcun modo i diritti di proprietà intellettuale (diritto d'autore e/o editoriali) ai sensi della Legge 633 del 1941 e successive modificazioni e integrazioni;

Per il deposito in accesso aperto, dichiara altresì:

- che la tesi non è il risultato di attività rientranti nella normativa sulla proprietà intellettuale industriale e che non è oggetto di eventuali registrazioni di tipo brevettuale;
- che la tesi non è stata prodotta nell'ambito di progetti finanziati da soggetti pubblici o privati che hanno posto a priori particolari vincoli alla divulgazione dei risultati per motivi di segretezza.

Data _____

Firma _____

AVVERTENZA: l'autore che autorizza il deposito del testo completo della propria tesi nell'archivio istituzionale Padua@thesis mantiene su di essa tutti i diritti d'autore, morali ed economici, ai sensi della normativa vigente (legge 633/1941 e successive modificazioni e integrazioni).

¹- Fatta salva l'integrità del contenuto e della struttura del testo, possono essere effettuati:

- il trasferimento su qualsiasi supporto e la conversione in qualsiasi formato
- la riproduzione dell'opera in più copie

INDICE

ABSTRACT

CAPITOLO 1: LA DEMENZA DI ALZHEIMER.....pag.1

- 1.1 Le Demenze.....pag.1
- 1.2 Demenza di Alzheimer: caratteristiche cliniche.....pag.2
- 1.3 Problemi caratteristici della Demenza.....pag.3
- 1.4 Il caregiver e la Demenza.....pag.4
- 1.5 L'assistenza infermieristica alla persona affetta da Demenza.....pag.5
- 1.6 Carta dei diritti del malato di Alzheimer.....pag.6

CAPITOLO 2: IL DOLORE E LA DEMENZA.....pag.7

- 2.1 Fisiopatologia del dolore.....pag.7
- 2.2 Classificazione del dolore.....pag.8
- 2.3 Il dolore nell' anziano.....pag.11
- 2.4 Il dolore nella persona con Demenza.....pag.11
- 2.5 Scale di valutazione del dolore nella persona affetta da Demenza.....pag.13

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI- EVIDENZE SCIENTIFICHE....pag.17

- 3.1 Obiettivi della ricerca.....pag.17
- 3.2 Quesito di ricerca.....pag.17
- 3.3 Parole chiavi.....pag.17
- 3.4 Fonte dei dati.....pag.18
- 3.5 Limiti della ricerca.....pag.18
- 3.6 Criteri di selezione del materiale.....pag.19
- 3.7 Flow chart.....pag.20

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....pag.21

CONCLUSIONI.....pag.25

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATI

ABSTRACT

Background:

La demenza è una malattia cronico-degenerativa che compromette le capacità cognitive e funzionali del malato. La valutazione del dolore nell'anziano, da parte dell'infermiere, può essere complessa nei pazienti con patologie neurodegenerative. L'elaborato si propone di analizzare e confrontare gli articoli scientifici presenti in letteratura, che riguardano la valutazione del dolore nei pazienti malati di demenza, al fine di identificare i vantaggi che derivano dall'uso di determinati strumenti e metodi di rilevamento del dolore, con lo scopo di orientare la pratica infermieristica verso interventi idonei a garantire una miglior qualità di vita ai pazienti con questa patologia.

Materiali e Metodi:

La revisione è stata condotta attraverso libri di testo, riviste infermieristiche, linee guida delle principali associazioni cliniche nazionali, la banca dati internazionale Pub Med e siti web d'interesse infermieristico italiani o esteri. Il metodo utilizzato è il P-I-O ed il limite temporale considera gli articoli dal 2005 ad oggi.

Risultati

Attraverso la revisione della letteratura si è potuto notare come il dolore nel paziente demente rimane un problema di difficile valutazione; tuttavia sono stati sperimentati e proposti numerosi strumenti che possono contribuire ad una migliore interpretazione del dolore in persone con deficit cognitivo. Nella pratica clinica è fondamentale considerare alcuni aspetti tra cui: la condizione clinica del paziente, il supporto familiare e la competenza dell'infermiere che si prende carico del paziente.

Conclusioni

Il dolore nei pazienti affetti da demenza è sotto-stimato e sotto-trattato soprattutto perché non viene riferito. Questo deficit si ripercuote sull'assistenza, tanto che gli anziani con decadimento cognitivo hanno probabilità in più di non ricevere un trattamento analgesico rispetto ai coetanei che sono cognitivamente integri. Questo non deve succedere: medici e infermieri devono prendersi cura del paziente in maniera olistica e trattare il dolore con costanza e responsabilità.

Capitolo 1 Demenza di Alzheimer.

1.1 Le Demenze.

La demenza è una malattia che colpisce il cervello e progredisce lentamente compromettendo le funzioni cognitive ed in particolare altera la capacità di giudizio provocando modificazioni del comportamento come convinzioni errate e disinibizione. A questi sintomi si associa un progressivo coinvolgimento dello stato funzionale interessando gradualmente anche le attività cosiddette “di base”, come lavarsi, vestirsi ed alimentarsi. Si possono distinguere due grandi gruppi di demenze: quelle primarie e secondarie: quest'ultime sopravvengono in conseguenza di altre malattie.

TAB I: Tipi di Demenza.

FORME PRIMARIE	FORME SECONDARIE
Malattia di Alzheimer	Demenza vascolare
Demenza a corpi di Lewy	Demenza da Disturbi endocrini e metabolici
Demenze fronto-temporali	Demenza da carenza di B12 e folati
Malattia di Picked infiammatorie del sistema nervoso centrale	Demenza da malattie infettive
Parkinson-demenza	Demenza da sostanze tossiche
Corea di Huntington	Demenza da neoplasia cerebrale
Paralisi sopranucleare progressivamente	Demenza secondaria a traumi cranici
Degenerazione cortico-basale	
Idrocefalo normoteso	

Nel complesso è affetto da demenza oggi circa il 5% della popolazione italiana oltre 65 anni, ma addirittura il 30% degli oltre 85. Il fattore di rischio principale pare dunque essere l'età, non sembrano invece implicate l'etnia o le condizioni socio economiche. Si ritiene che poco più della metà dei dementi sia affetto da demenza di tipo degenerativo, il 15% circa da demenza su base vascolare, il 15% da forme miste ed il restante 15% da forme di varia natura, tossica, traumatica, tumorale, infettiva, da idrocefalo normoteso.

1.1 Demenza di Alzheimer: caratteristiche cliniche.

La forma più comune di demenza è quella di Alzheimer , motivo per il quale ho scelto di descriverla più dettagliatamente.

La malattia di Alzheimer è una patologia neurodegenerativa, progressiva ed irreversibile, fu descritta per la prima volta da un medico tedesco, Alois Alzheimer , nel 1907 e la condizione prende il nome da lui. Essa colpisce alcune specifiche aree cerebrali che controllano la memoria, l'ideazione e il linguaggio. Colpisce in eguale misura uomini e donne e più frequentemente gli anziani , anche se , raramente , soggetti più giovani possono presentare la malattia.

Il decorso lento e insidioso della malattia di Alzheimer può suddividersi in 4 fasi:

TAB II – Fasi della Demenza di Alzheimer.

FASE INIZIALE	<ul style="list-style-type: none">- presenza di minimo disorientamento spaziale in luoghi non abituali ed alterazioni lievi di orientamento nel tempo (ad es.il malato non sa dire che giorno è,ma sa dire la stagione).- perdita di memoria che interessa gli eventi recenti- difficoltà nel trovare le parole, ma è preservata la capacità di comprenderne il significato- il malato può presentare ansia, depressione o negazione della malattia con riduzione volontaria di alcune attività sociali- funzioni motorie preservate
FASE MODERATA	<ul style="list-style-type: none">- disorientamento tempo e spazio (spesso il malato non ricorda il giorno,mese o anno in corso)- perdita di memoria più severa e diventa difficile apprendere nuove nozioni, progressiva perdita dell'autonomia- compromessa la capacità di svolgere compiti (gestire le faccende domestiche, scegliere indumenti appropriati)- disturbi del linguaggio:la persona non ricorda parole anche di uso comune, può comparire aprassia ed agnosia
FASE SEVERA	<ul style="list-style-type: none">-perdita di memoria grave: ha difficoltà a ricordare volti e luoghi familiari- perdita quasi totale della capacità di esprimersi con le parole e di comprendere ciò che gli viene detto,mentre si mantiene più a lungo la comunicazione gestuale- sono più manifesti i disturbi del comportamento,quali: vagabondaggio, irritabilità, affaccendamento, inappetenza o voracità
FASE TERMINALE	<ul style="list-style-type: none">- totale incapacità ad esprimersi-allettamento associato all'incontinenza urinaria e fecale e difficoltà nell'alimentazione che conduce verso uno stato vegetativo

1.2 I problemi caratteristici della Demenza di Alzheimer.

Problemi di memoria: inizialmente tali disturbi si configurano come smemoratezza.

Il malato fatica a ricordare il nome delle cose o delle persone, dimentica dove ripone gli oggetti o cosa ha mangiato per pranzo. Inoltre l'orientamento del tempo comincia a vacillare. La persona, inoltre, presenta un deficit abbastanza precoce della memoria autobiografica: ad esempio non ricorda più dove è stato in vacanza l'estate prima o il tipo di lavoro svolto. Vengono successivamente compromessi ricordi del passato e dimenticati impegni ed appuntamenti programmati. A difetto della memoria episodica si associa quella prospettica, la memoria del futuro. Il malato perde a poco a poco la dimensione temporale dell'esistenza trovandosi scollegato da un passato che non ricorda e da un futuro che non può pianificare.

Capacità di linguaggio: le difficoltà di linguaggio si associano sempre alla demenza e riguardano sia la capacità di comprendere che quella di produrre messaggi e privano progressivamente il soggetto della capacità di interagire con il mondo esterno. Tuttavia anche se il linguaggio verbale subirà nel corso della malattia un profondo deterioramento il malato non smetterà mai di comunicare mediante il suo comportamento.

Il disturbo del linguaggio può manifestarsi in modo diverso da soggetto a soggetto, sia per la rapidità di progressione che per il momento di insorgenza. È possibile tratteggiare un andamento in relazione alle tre fasi della malattia. Nella prima fase a causa delle difficoltà di memoria e di attenzione fatica a tenere a mente quello che vuole dire, ha difficoltà a trovare la parola giusta (anomia). Nella fase intermedia il malato fatica a ricordare quello che ha già detto, ha difficoltà a pensare al suo discorso, non ha voglia di comunicare, ma comprende i segnali non verbali. Nella fase avanzata diminuiscono notevolmente la qualità e la quantità del linguaggio. Il paziente perde la capacità di ideare una frase, peggiora il canale non verbale.

Reazioni esagerate o distruttive: le persone con disturbi cerebrali presentano spesso momenti di nervosismo e rapidi cambiamenti di umore. Tali situazioni si registrano soprattutto in situazioni nuove e confuse: gruppi di persone, ambienti rumorosi, troppe domande contemporaneamente oppure compiti troppo difficili.

La persona può piangere, agitarsi, arrabbiarsi o intestardirsi fino ad aggredire coloro che stanno cercando di aiutarla. Può cercare di nascondere il proprio malessere negando quello che sta facendo o accusando gli altri.

Aggressività: la persona malata può reagire ad eventi , per noi anche di poco conto , in modo intenso talvolta anche violento. In alcuni casi si acquisiscono aspetti del carattere già presenti prima della malattia ; in altri invece la persona sembra cambiare il proprio temperamento. Si creano situazioni particolarmente spiacevoli quando una persona affetta da demenza aggredisce (con morsi, schiaffi, pugni o calci) un'altra persona. Ciò avviene a volte con una certa frequenza , mettendo alla prova la disponibilità di chi assiste il malato.

Perdita di coordinazione: la persona malata può perdere la capacità di fare svolgere alle proprie dita e alle proprie mani compiti familiari. Può essere in grado di capire cosa vuole fare ma , sebbene le mani e le dita non siano irrigidite o deboli , il comando non riesce a passare. Uno dei primi segnali di aprassia è l'alterazione della grafia. Un altro segnale , più avanzato , è un cambiamento nel modo di camminare. Le aprassie possono svilupparsi gradualmente o mutare improvvisamente, a seconda del disturbo.

Affaccendamento: la persona malata compie movimenti incessanti , ripetitivi e privi di finalità come manipolare oggetti ,lombi di indumenti ,rovistare nella borsa ,nel portafoglio.

Vaga nella stanza toccando le cose ,spostando gli oggetti,senza però soffermarsi o concludere nessuna azione in particolare.

Vagabondaggio (wandering) : alcuni malati presentano tendenza a vagare senza una meta:camminano a passo molto veloce ed appaiono infaticabili in questa loro attività.

Questo comportamento può essere determinato per scaricare l'energia e l'ansia in eccesso.

1.3 Il caregiver e la Demenza di Alzheimer.

Le principali problematiche del caregiver riguardano la mancanza di conoscenze adeguate sulla malattia e di conseguenza le dinamiche evolutive della stessa. Questo non permette una visione oggettiva della realtà e crea false aspettative (positive e negative). A questo si aggiungono le grosse difficoltà assistenziali che la malattia comporta. .

Si creano difficoltà sociali e relazionali legate alle speranze e i progetti per il futuro che svaniscono man mano che ci si impegna nell'assistenza del malato oltre al grosso imbarazzo e vergogna che questi malati possono generare, provocando così l'isolamento sociale sia del soggetto sia del caregiver. Con il progredire della malattia, chi si prende cura del paziente finisce per allontanarsi dagli amici e dalle normali attività sociali. Anche le persone più devote non possono fare a meno di provare un senso di colpa per il rancore o la frustrazione che provano nel dover affrontare le modificazioni del comportamento causate dalla demenza. Infine le difficoltà emotive possono intaccare la fiducia del

caregiver sull'importanza del proprio ruolo. L'impegno che richiede l'assistenza al malato varia a seconda della fase di malattia. In termini di tempo il carico assistenziale è stato quantificato in sette ore giornaliere per l'assistenza diretta e in undici ore per la supervisione. Considerando che spesso la persona che assiste ricopre anche altri ruoli (professionali, familiari, genitoriali) risultano evidenti le ripercussioni che un simile impegno comporta sul piano affettivo, psichico, fisico ed economico.

1.4 L'assistenza infermieristica al paziente demente.

TAB III – I bisogni del paziente con Demenza di Alzheimer.

- respirare normalmente;
- mangiare e bere adeguato;
- eliminare i rifiuti del corpo;
- muoversi e mantenere una posizione desiderata;
- dormire e riposare;
- mantenere la temperatura corporea a livello normale, scegliendo il vestiario adeguato e modificando l'ambiente;
- tenere il corpo pulito, curare i capelli, la barba e i vestiti sistemati ;
- comunicare con gli altri gestualmente e verbalmente, esprimendo emozioni, bisogni, paure, desideri;
- partecipare a forme di ricreazione;
- ricevere tutte le cure diagnostiche e terapeutiche necessarie;
- essere adeguatamente sostenuto fino ad una morte serena.

La presa in carico del paziente Alzheimer prevede da parte dell'infermiere l'assunzione di forme di autonomia e responsabilità assistenziali importanti, derivanti dalla complessità del quadro assistenziale e dalla prospettiva di ingravescenza progressiva della malattia.

L'infermiere assume di conseguenza la funzione di facilitatore : accompagna il paziente attraverso un percorso progettato, valorizzando la sua dimensione esistenziale, le sue soggettività, supportando e guidando il familiare in una dimensione spazio-temporale non definita a priori, dove l'efficacia della cura passa in secondo piano rispetto alle sue esigenze reali e contingenti.

Quando l'infermiere prende in carico un paziente con morbo di Alzheimer lo fa attraverso una visione globale del paziente, una sorta di approccio olistico vero e proprio; infatti la cura del corpo, le emozioni e le sensazioni del paziente, sono elementi globali del progetto assistenziale che è utile al fine di instaurare la relazione infermiere/paziente.

In tale relazione è necessario, anzi quasi d'obbligo, ritrovare una dimensione "prettamente umana", fondata sulla relazione che non è più solamente verbale ma anche e soprattutto non verbale e deve utilizzare l'intelligenza, la fantasia, l'intuizione, l'empatia, l'emozione e l'affettività attraverso il sorridere, l'accarezzare, lo scherzare, l'abbracciare e l'accompagnare, tutti elementi che sono e rientrano in quella che può essere definita una nuova osservazione-relazione. L'umanizzazione del progetto assistenziale infermieristico si realizza concretamente attraverso modalità specifiche di relazione tattilo-verbale con il paziente.

La cura del gesto, nel rapporto assistenziale, è importante: non deve essere un "toccare gnostico", il tocco rude, frettoloso, spesso duramente invasivo e lesivo dell'intimità usato dall'infermiere nella pratica assistenziale, ma un "toccare pathico", dove il gesto accoglie, consola, lenisce e contemporaneamente riceve elementi da utilizzare per migliorare la conoscenza dei bisogni del paziente. La cura del corpo del paziente ed ogni pratica infermieristica, se condotte con questo significato, diventano "terapeutiche".

1.5 Carta dei Diritti del Malato di Alzheimer

E' stata approvata nel 1999 dalle Assemblee Generali di Alzheimer's Disease International (ADI), Alzheimer Europe e Alzheimer Italia – TAB IV

- 1) diritto del malato ad un rispetto e ad una dignità pari a quella di ogni altro cittadino;
- 2) diritto del malato ad essere informato, nelle fasi precoci della malattia, e dei congiunti o rappresentanti legali in qualsiasi fase della stessa, per quanto possibile, sulla sua malattia e sulla sua prevedibile evoluzione;
- 3) diritto del malato (o del rappresentante legale) a partecipare, per quanto possibile, alle decisioni riguardanti il tipo di cura e di assistenza presente e futura;
- 4) diritto del malato ad accedere ad ogni servizio sanitario e/o assistenziale al pari di ogni altro cittadino: questo diritto implica che attenzioni particolari siano rivolte affinché i malati con AD possano realmente accedere a certi servizi da cui la loro mancanza di autonomia tende ad allontanarli;
- 5) diritto del malato di disporre di servizi specializzati, che affrontino specificamente i problemi della demenza;
- 6) diritto del malato e di chi si prende cura di lui di scegliere fra le diverse opzioni di cura/assistenza che si prospettano;
- 7) diritto del malato, considerata la sua vulnerabilità, ad una speciale tutela e garanzia contro gli abusi fisici e patrimoniali;
- 8) diritto del malato, in assenza di rappresentanti legali, o nel caso in cui i potenziali rappresentanti legali rifiutassero la tutela, di avere per legge un tutore ufficiale scelto dal tribunale.

Capitolo 2 : il dolore e la Demenza di Alzheimer.

2.1 Fisiopatologia del dolore.

In termini fisiopatologici moderni il dolore corrisponde ad una “sensazione spiacevole e ad una esperienza emozionale ed affettiva associata a danno dei tessuti o descritto nei termini di tale danno”.

Da un punto di vista anatomico-fisiologico il sistema algico può essere definito come un sistema neuro-ormonale complesso, a proiezione diffusa, in cui si possono riconoscere tre sottosistemi:

- 1- un sistema afferenziale che conduce gli impulsi nocicettivi dalla periferia ai centri superiori;
- 2- un sistema di riconoscimento che “decodifica” e interpreta l'informazione valutandone la pericolosità e predisponendo la strategia della risposta motoria, neurovegetativa endocrina e psicoemotiva;
- 3- un sistema di “modulazione” e controllo che provvede ad inviare impulsi al midollo spinale allo scopo di ridurre la potenza degli impulsi nocicettivi afferenti.

I sottosistemi 1 e 2 costituiscono il sistema “nocicettivo”, il 3 il sistema antinocicettivo. Questa suddivisione funzionale trova una diretta corrispondenza nella terapia antalgica che può appunto realizzarsi in due modi fondamentali : interrompendo le vie del sistema nocicettivo ovvero rafforzando il sistema antinocicettivo. Le strutture nervose che costituiscono il sistema nocicettivo “afferente” comprendono:

- i recettori : terminazioni nervose libere in grado di rispondere a vari tipi di stimolazione (es. termica, pressoria, variazione di pH);
- il neurone primario afferente sensoriale. Le fibre afferenti primarie in grado di condurre lo stimolo dolorifico sono di due tipi: fibre mieliniche di piccolo diametro (A-d) che conducono ad una velocità di 10-30 m/sec. Sensazioni dolorose di tipo puntorio, ben localizzate e con la stessa durata dello stimolo applicato (dolore “epicritico”), e fibre amieliniche di piccolo diametro (C) , con velocità di conduzione di 1-10 m/sec. responsabili della trasmissione di dolore poco localizzato, di tipo “urente”, e che ha una durata maggiore dell'applicazione dello stimolo stesso (dolore “protopatico”).
- le corna dorsali: permettono una prima elaborazione dell'informazione nocicettiva

grazie alla modulazione (equilibrio fra azione eccitatoria ed inibitoria) fornita dai vari neurotrasmettitori

- il sistema spino-talamico e talamo-corticale che si divide in 2 parti : la parte diretta che trasmette l'informazione sensitiva discriminativa del dolore a livelli talamici permettendo l'individualizzazione di aspetto sensitivi del dolore in merito alla sua localizzazione ,natura ed intensità; il sistema spino-reticolo-talamico può mediare alcuni aspetti delle reazioni autonome e affettive del dolore (es. reazione di allerta e di orientamento agli stimoli dolorosi),mentre non sembra importante per la discriminazione e la localizzazione sensoriale.

Il sistema di modulazione “antinocicettivo” comprende impulsi discendenti provenienti dalla corteccia frontale e dall'ipotalamo che vanno ad attivare neuroni mesencefalici e del bulbo. Numerose prove testimoniano che questo sistema di modulazione contribuisce all'effetto analgesico dei farmaci oppioidi, in quanto sono presenti recettori per gli oppioidi stessi; inoltre, i nuclei che compongono il sistema di modulazione del dolore contengono peptidi endogeni, come le endorfine.

2.2 Classificazione del dolore.

Una prima classificazione del dolore si può fare tra dolore acuto e dolore cronico.

Il dolore acuto è generalmente associato sia a segni fisici oggettivi e soggettivi, sia ad iperattività del sistema nervoso autonomo; è normalmente limitato nel tempo e risponde al trattamento con analgesici e al trattamento delle cause. Il dolore cronico è un dolore che persiste per un periodo superiore ai tre mesi. Questo tipo di dolore è caratterizzato da un adattamento del sistema nervoso autonomo: per questo motivo i pazienti con dolore cronico sono privi di quei segni obiettivi che possono essere osservati nei pazienti con dolore acuto. Il dolore cronico è associato a significativi cambiamenti della personalità, dello stile di vita e delle capacità funzionali. Per molti pazienti con dolore cronico non è sufficiente il trattamento delle cause del dolore, ma è necessario intervenire sulle complicanze che condizionano lo stato funzionale, la vita sociale e la personalità. Il trattamento del dolore cronico è particolarmente difficile in quanto richiede un'accurata valutazione sia dell'intensità del dolore sia del grado di stress psicologico

TAB V- Classificazione del dolore.

Dolore Somatico	<p>anche noto come d. nocicettivo, viene evocato in seguito ad attivazione dei nocicettori a livello del tessuto cutaneo (superficiale) e dei tessuti profondi (tessuti molli ed osseo). Questo tipo di dolore è ben localizzato ed è frequentemente descritto dal paziente come “qualcosa che taglia” o “che morde”.</p> <p>È il dolore tipico post-chirurgico oppure, più in generale, da trauma</p>
Dolore somatico superficiale	<p>si manifesta in seguito ad ogni tipo di lesione (termica, meccanica o chimica) a carico del tessuto cutaneo o delle mucose esposte. La sensibilizzazione dei nocicettori, normalmente silenti, avviene solo dopo uno stimolo, in particolar modo termico. Esso si produce entro pochi minuti dalla lesione e può durare ore. Spiega l’iperalgia che si manifesta dopo una ustione e il dolore persistente che ne residua</p>
Dolore somatico profondo osseo	<p>il dolore osseo di origine metastatica rappresenta probabilmente la causa più comune di dolore nel paziente terminale. Le prostaglandine liberate dal processo osteoclastico sono in grado di sensibilizzare i nocicettori e produrre iperalgia. Nell’osso sono presenti fibre afferenti mielinizzate e non-mielinizzate, che sono particolarmente diffuse nel periostio. Quest’ultimo risulta essere perciò estremamente sensibile agli insulti e quindi in grado di trasmettere intense sensazioni dolorose. Per converso invece il midollo osseo e la corticale, privi di innervazione, non sono sensibili agli stimoli dolorosi</p>
Dolore somatico profondo originato da tessuti molli e dai muscoli	<p>è in genere ben localizzato e si irradia alle zone limitrofe. I crampi muscolari rappresentano l’origine più frequente di questo tipo di dolore</p>
Dolore viscerale	<p>proviene dagli organi interni. E’ scarsamente localizzato, ed è in genere descritto come “profondo”, come “qualcosa che stringe” che “schiaccia”. Tipico è il dolore chiamato “colica”, provocato dalla contrazione isometrica di un muscolo liscio, con andamento ad</p>

	onde, intermittente, frequentemente associato a sintomi da stimolazione vagale, quali nausea, vomito, sudorazione profusa, bradicardia ed ipotensione, specie quando è molto intenso
Dolore neuropatico	viene scatenato da una lesione a carico del sistema nervoso centrale e/o periferico. Il dolore da lesioni dei nervi periferici (soprattutto i traumi che comportano una parziale o completa interruzione della trasmissione afferente) è abitualmente definito dolore da “deafferentazione”. Il dolore invece risultante da una lesione a livello del midollo spinale o del cervello, specialmente quello da incidente vascolare, viene generalmente definito come “dolore centrale”. Questo tipo di dolore può essere dovuto a compressione o infiltrazione tumorale dei nervi periferici o del midollo spinale, ma può anche essere conseguenza di traumi o di lesioni iatrogene
Dolore misto	è dato dall’associazione di più tipi di dolore (somatico, viscerale, neuropatico). Questo tipo di dolore è molto difficile da controllare e richiede l’abolizione dello stimolo causale
Dolore Riferito	è la percezione di dolore in una zona cutanea o in altre strutture superficiali causata da uno stimolo nocicettivo in strutture più profonde e distanti dall’area dove il dolore viene, appunto, riferito. Il d. riferito più noto è quello che compare in corso di angina, che si estende a zone lontane dal cuore, quali il braccio sinistro, la spalla, il collo
Dolore di origine sconosciuta	è per lo più imputabile a stati deliranti o allucinatori ed include diverse categorie di sindromi dolorose: cefalea psicogena, odontalgia atipica, sindromi della “bocca che brucia”, nevralgia facciale atipica. Questi stati dolorosi si caratterizzano per il fatto che non ne sono riconoscibili le cause fisiopatologiche.

2.3 Il dolore nell'anziano.

Il dolore è un sintomo molto comune nell'anziano, soprattutto nell'anziano fragile con polipatologie. Il problema dolore nell'anziano costituisce una delle maggiori priorità nel programma di miglioramento della qualità delle cure in geriatria. Alla fine della vita, un dolore non curato spesso induce un rapido deterioramento dello stato funzionale, una pessima qualità di vita, stress psichico e sofferenza inutile. L'esatta incidenza e prevalenza del dolore nella popolazione anziana non è nota. La letteratura riporta una prevalenza di dolore importante nella popolazione anziana del 25%-56%, soprattutto di origine muscolo scheletrica ed articolare. E' diffusamente riportata anche il dolore di tipo neuropatico di origine diabetica, infettiva (Erpes Zoster), traumatica (amputazioni e lesioni dei nervi). Un altro importante dolore è quello di origine vascolare (claudicatio) soprattutto notturno (crampi). Da non sottovalutare anche il dolore da cancro. Tra gli anziani residenti in nursing homes (l'equivalente delle nostre RSA) il dolore sembra essere presente nel 45-80% dei casi, spesso composto da dolori diversi sia per natura che per origine. Le persone anziane spesso esprimono diversamente la propria percezione del dolore: ad esempio, sembra che l'infarto del miocardio sia poco doloroso, così come altre patologie gravissime intraaddominali. Tuttavia quanto questo fenomeno sia attribuibile all'età avanzata resta molto incerto. Recenti studi sembrano dimostrare invece che in generale la percezione del dolore non cambia con l'età.

2.4 Il dolore nel paziente con Demenza di Alzheimer.

I pazienti con demenza di Alzheimer possono esprimere il loro dolore diversamente rispetto ai non dementi e questo spiega la difficoltà a rilevarlo e, di conseguenza, il suo sottotrattamento.

La ragione del sottotrattamento più citata è la sua non rilevazione per motivi diversi riconducibili sia alla stessa persona malata che all'operatore.

Alcuni studi pubblicati in passato avevano segnalato, nei pazienti affetti da malattia di Alzheimer (AD), un utilizzo di analgesici inferiore rispetto ai soggetti anziani di pari età. Il dato era stato interpretato con diverse spiegazioni, alcune delle quali sono oggi assolutamente rifiutate. Per qualche tempo si è ipotizzato addirittura che i pazienti affetti da AD sarebbero stati soggetti sostanzialmente più sani rispetto ai cognitivamente integri, o che sarebbero stati relativamente immuni dalle sensazioni dolorose. In realtà, nelle prime fasi del decadimento cognitivo, quando cominciano a manifestarsi lievi e spesso sconosciuti

sintomi di malattia, in genere i pazienti cominciano addirittura con l'incrementare la frequenza con cui lamentano i dolori più svariati e anche il numero dei dolori. La spiegazione del fenomeno prende in considerazione proprio il deficit cognitivo, che sarebbe in qualche modo percepito dal soggetto come la "perdita" di una parte importante di sé, quella che nel linguaggio comune si indica come "la testa" ed è memoria e intelligenza. Questo tipo di perdita è enorme, gravissima, forse inaccettabile e inconfessabile. Chi la sperimenta, all'inizio, quindi, sarebbe portato a proteggersi, a mascherare i deficit riferendo disturbi altrettanto invalidanti, ma socialmente più "gradevoli". Il discorso cambia quando si prendono in considerazione soggetti affetti da demenza di varia gravità (da molto lieve a grave). I dati di letteratura sono concordi nell'affermare che più è grave la demenza meno vengono riferiti sintomi somatici. Le possibili spiegazioni di questo fenomeno sono varie, i pazienti più gravi potrebbero:

1. non ricordare i sintomi;
2. non comprendere le domande;
3. sentire effettivamente meno dolore.

La terza ipotesi è, in assoluto, la meno accettabile. I pazienti con demenza grave, infatti, non sono né meno malati né più giovani rispetto ai lievi: non c'è ragione, quindi, per cui i dolori debbano effettivamente ridursi col progredire della demenza. Ciò che potrebbe cambiare, invece, è la risonanza emotiva di alcuni dolori (es. cefalea, che sembra quasi scomparire anche in chi ne ha sempre sofferto), che potrebbero essere percepiti come molto invalidanti da soggetti con cognitivà relativamente conservata, ma potrebbero perdere parte delle loro connotazioni "psicologiche" in soggetti dementi. Il rischio in cui potremmo incorrere, quindi, più che una sovrastima del dolore nel demente è quello di una sottostima (e quindi di un inadeguato trattamento) del sintomo nei soggetti più compromessi. La letteratura propone strumenti di valutazione del dolore specifici per i pazienti affetti da demenza. Nei pazienti con decadimento cognitivo più grave, per i quali gli strumenti di valutazione proposti non sono applicabili, la valutazione della presenza e delle possibili cause di dolore è affidata all'osservazione degli operatori: spesso un'agitazione improvvisa o un comportamento insolito possono rappresentare la modalità con cui il paziente cerca di comunicare la propria sofferenza. Quando i familiari riferiscono, o gli operatori rilevano, un rapido peggioramento, una inusuale "confusione", la possibilità che il paziente abbia dolore va sempre indagata: osservandone i gesti e i movimenti, chiedendo

senza stancarsi, senza spazientirsi e senza accontentarsi della prima risposta buttata lì dal paziente. Lo stesso processo deve essere attuato quando il paziente manifesta improvvisamente agitazione, o è più agitato del solito; oppure quando comincia a passare le notti insonne; oppure quando appare insolitamente apatico e assopito. Rimane estremamente difficile in questi pazienti misurare l'intensità del dolore. Come già accennato, il dolore provoca frequentemente "confusione" associata a apatia o a disturbi comportamentali di tipo positivo, come agitazione, deliri, allucinazioni, insonnia (il termine esatto per definire il tutto è "delirium"). In queste condizioni, è difficile avere la collaborazione del paziente e ottenere delle risposte utili, anche usufruendo delle scale proposte in letteratura che sfruttano le capacità percettive dei pazienti.

2.5 Scale di valutazione del dolore nel paziente con Demenza.

- VERBAL RATING SCALE (VRS): consiste in un elenco predefinito di termini che descrivono differenti livelli di dolore. La sua facilità di impiego e comprensione rende questa scala unidimensionale la più adatta alle persone con deficit cognitivi anche moderati. Il soggetto può rispondere senza supporti cartacei.
- NUMERIC RATING SCALE (NRS): sembra avere valenze comuni a culture diverse ed è considerata valida e affidabile sugli adulti di tutte le età con dimensione cognitiva intatta, mentre c'è discussione sul suo impiego in persone con deficit cognitivi.
- PAIN ASSESSMENT IN ADVANCED DEMENTIA (PAINAD): ideata nel 2003 da Warden et al., validata in italiano nel 2007 da Costardi e colleghi. È una scala osservazionale sviluppata per la rilevazione del dolore dei pazienti con decadimento cognitivo severo. È costituita da 5 indicatori basati totalmente sull'osservazione di comportamenti specifici: respirazione, vocalizzazione, espressioni facciali, linguaggio del corpo, livello di consolazione. Richiede almeno 5 minuti di osservazione del paziente prima della somministrazione. Per ogni item è previsto un punteggio da 0 a 2 in base alla gravità, dove 0 corrisponde all'assenza del comportamento che esprime dolore, 1 alla presenza occasionale, 2 alla continua o grave manifestazione del comportamento che esprime dolore. L'intensità del dolore si associa alla somma dei singoli punteggi: 0-1 indica assenza di dolore, 2-4 dolore lieve, 5-7 dolore moderato, 8-10 dolore severo. Un limite della PAINAD, come in tutte le scale osservazionali, risiede nella misurazione indiretta dell'intensità del dolore, assumendo per vero che quel comportamento sia espressione di dolore. Risultano fondamentali la conoscenza del paziente e/o le

informazioni fornite dai caregiver, per distinguere un disturbo del comportamento abitualmente manifestato dal paziente da un disturbo con il quale il paziente potrebbe comunicare la presenza di dolore.

- NON-COMMUNICATIVE PATIENT'S PAIN ASSESSMENT INSTRUMENT (NOPPAIN): sviluppata da Snow et al. nel 2004 e validata in italiano da Ferrari et al. nel 2009. Permette di valutare la presenza e l'intensità del dolore nel paziente non comunicante attraverso l'osservazione di comportamenti specifici. È indicato principalmente per la valutazione iniziale del dolore. L'operatore deve effettuare almeno 5 minuti di assistenza quotidiana, osservando i comportamenti del paziente; successivamente valuta le tre sezioni principali dello strumento: scheda di controllo delle attività (mettere a letto il paziente, voltarlo nel letto, fare il bagno al paziente, ecc.), comportamento da dolore (parole, mimica facciale, vocalizzi, irrequietezza, ecc.) e intensità del dolore (l'operatore deve valutare il massimo dolore osservato su una scala da 0 a 10). Dalla somma dei punteggi parziali si ricava un punteggio totale che varia da 0 a 55. Tra i limiti maggiori di questa scala è l'assenza di criteri specifici per l'interpretazione del punteggio totale; un altro limite è che la scala può essere impiegata su soggetti totalmente dipendenti nelle ADL.

- BRIEF PAIN INVENTORY (BPI): Nasce per misurare l'intensità e l'impatto del dolore nei pazienti oncologici, ma esiste anche una validazione italiana in quelli con dolore cronico. È uno strumento di valutazione del dolore facile da usare che quantifica sia l'intensità del dolore sia la disabilità che esso provoca nel paziente. Consiste in una serie di domande (descrittori) inerenti l'intensità del dolore e l'interferenza del dolore con le abituali attività fisiche e sociali. Tramite una scala numerica, posta in linea orizzontale con numeri che vanno da 0 (assenza di dolore) a 10 (massimo dolore), viene considerata l'intensità del dolore nell'arco delle ultime 24 ore e un'immagine del corpo umano consente di individuare la localizzazione dello stesso. Con 7 domande, anche in questo caso, mediante una scala numerica posta in linea orizzontale con numeri che vanno da 0 (nessuna interferenza) a 10 (massima interferenza), si valuta quanto il dolore interferisca con l'attività generale, con l'umore, l'abilità di camminare, l'attività lavorativa, il sonno, i rapporti sociali e la qualità di vita. Il tempo di osservazione del paziente richiede almeno 15 minuti, nonostante appaia di facile comprensione e possa venire utilizzata su un ampio numero di pazienti.

- MCGILL PAIN QUESTIONNAIRE (MPQ): ideato da Melzack nel 1975. Questionario di natura multidimensionale e complesso, basato sull'uso di 78 descrittori del dolore che esplorano 3 dimensioni (sensoriale, affettiva e valutativa) distinte in 20 sottoclassi, ciascuna contenente da 2 a 6 aggettivi in ordine crescente di intensità. Alla dimensione sensoriale appartengono 13 sottoclassi, a quella affettiva 5 e a quella valutativa 2 e al paziente viene chiesto di scegliere una parola per sottogruppo; lo strumento prevede anche la rilevazione dell'intensità del dolore attuale. Viene chiesto di indicare dove prova dolore, mostrandogli la sagoma disegnata del corpo umano e quindi di selezionare dall'elenco le parole che descrivono il dolore provato. Data la complessità, esiste anche una versione ridotta contenente solamente 15 affermazioni⁷⁶. Non ha mostrato differenze significative nella valutazione dell'effetto analgesico dei trattamenti e pertanto, considerata la sua complessità, se ne suggerisce un uso limitato.

- DOLOPLUS2 : scala sviluppata da Wery et al. Nel 1999. Consente di misurare la gravità del dolore, inizialmente utilizzata nei bambini, di seguito testata anche tra i pazienti anziani con demenza. Si basa principalmente sull'osservazione di 10 situazioni che potrebbero causare dolore, suddivise a loro volta in 3 categorie: reazioni somatiche (lamento, protezione di parti del corpo, assunzione di posture antalgiche, espressioni di dolore, disturbi del sonno), reazioni psicomotorie (comportamento del soggetto durante l'igiene e mentre indossa o toglie gli indumenti, ridotta mobilità) e reazioni psicosociali (inusuale richiesta di attenzione o rifiuto di comunicare, ridotta socializzazione e partecipazione ad attività, anomala reattività a stimoli esterni). I punteggi attribuiti a ogni item possono variare da 0 (assenza del comportamento che esprime dolore) a 3 (massima espressione del comportamento che può associarsi a dolore) e la loro somma varia in un range da 0 a 30. Si parla di presenza del dolore se il punteggio totalizzato è pari o superiore a 5 su 30. L'utilizzo della scala richiede una buona conoscenza del paziente; inoltre la Doloplus 2 non descrive il singolo episodio doloroso in uno specifico momento, ma riflette il decorso del dolore in un periodo prolungato. È opportuna la compilazione multi-professionale da ripetersi più volte al giorno.

Capitolo 3 Materiali e Metodi

3.1 Obiettivo della ricerca.

L'elaborato si propone di analizzare gli articoli scientifici presenti in letteratura che riguardano *la valutazione del Dolore nel paziente con demenza di Alzheimer*, in modo da identificare e valorizzare le metodologie attuali più idonee utilizzate per valutare e quantificare il dolore nel paziente con Demenza, allo scopo di orientare la pratica infermieristica verso interventi idonei a garantire una migliore qualità di vita ai pazienti che hanno ricevuto la diagnosi di Demenza di Alzheimer.

3.2 Quesito di ricerca.

Quali sono i metodi attuali presenti e utilizzati per valutare e quantificare il dolore nel paziente con Demenza di Alzheimer ? L'utilizzo nella clinica di questi strumenti può migliorare la qualità di vita dei pazienti che hanno ricevuto diagnosi di Demenza di Alzheimer?

Per condurre questa revisione della letteratura è stato utilizzato il metodo P-I-O (Problema – Intervento – Outcome):

TAB VI : Elementi del PIO.

PROBLEMA:	Pazienti con diagnosi di Demenza di Alzheimer.
INTERVENTO:	Utilizzo nella pratica clinica di strumenti validati per valutare e quantificare il dolore nei pazienti con Demenza di Alzheimer.
OUTCOME:	Miglioramento della qualità di vita dei pazienti.

3.3 Parole chiave.

Le parole chiave usate per la ricerca degli articoli scientifici sono:

Aged, Cognitive impairment, Dementia, elderly, Pain assessment, Pain measurement, Non verbal communication, Cognitive impairment, Hospitals, geriatric assessment, Pain scale nurses and Pain, Scale used for Demented Patient, Diagnosis of Dementia.

Altrimenti combinate o legate agli operatori booleani AND/OR/NOT.

3.4 Fonti dei dati.

La ricerca degli articoli scientifici utilizzati per la stesura dell'elaborato è stata eseguita tramite la consultazione di:

- testi e riviste scientifiche;
- banche dati quali Pub Med e Google Scholar;
- linee guida delle principali associazioni cliniche nazionali;
- siti web d'interesse infermieristico italiani o esteri;
- proposte di legge del parlamento europeo.

3.5 Limiti della ricerca.

Sono stati presi in considerazione tutti gli articoli che trattavano di:

- valutazione del dolore nel paziente con Demenza di Alzheimer o anziani con declino cognitivo,
- la figura dell'infermiere nella valutazione del dolore,
- scale di valutazione del dolore nell'assistenza al paziente demente,
- trattavano della figura del caregiver e dell'assistenza alla persona affetta da Demenza di Alzheimer.

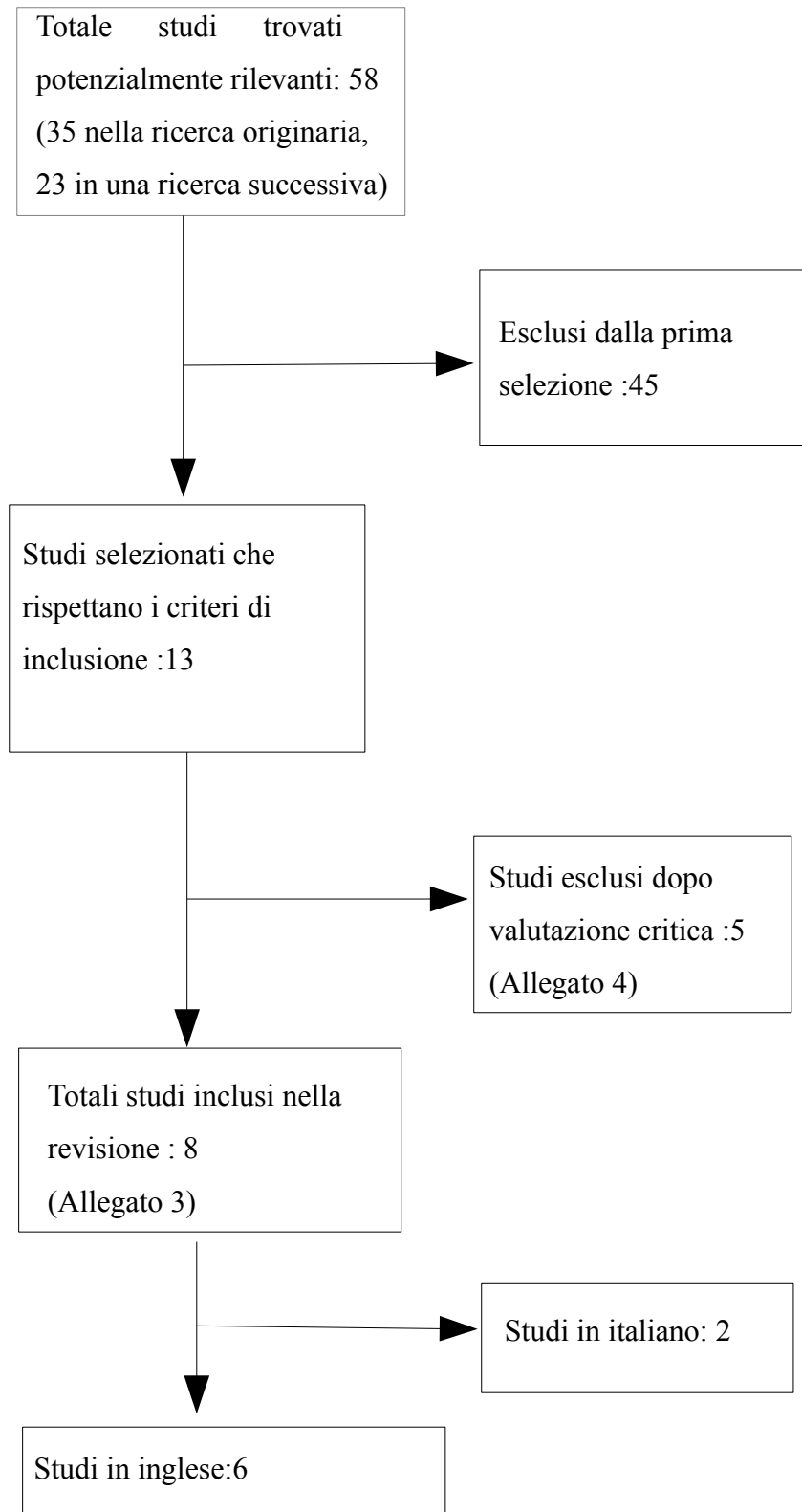
È stata applicata una limitazione temporale che considera gli articoli scientifici pubblicati dal 2005 ad oggi.

3.6 Criteri di selezione degli studi.

TAB VII - Criteri di selezione del materiale.

<p>♣ Disegno dello studio: revisioni sistematiche, revisioni analitiche della letteratura e studi sperimentali.</p>	
Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
<p>♣ Periodo: sono stati presi in considerazione gli studi dal 2005 al 2015.</p> <p>♣ Popolazione: utenti adulti di età compresa tra i 65 e i 95 anni, di nazionalità europea ed internazionale con diagnosi di Demenza di Alzheimer, e i loro caregivers.</p> <p>♣ Intervento: applicazione nella clinica da parte dell'infermiere di strumenti validati per valutare e misurare il dolore nel paziente con diagnosi di Demenza di Alzheimer.</p> <p>♣ Outcomes: tutela della salute, presa in carico totale dei pazienti con demenza di Alzheimer, soddisfazione degli utenti e dei caregivers, miglioramento delle condizioni di salute e miglioramento della qualità della vita.</p>	<p>♣ Periodo: sono stati esclusi tutti gli articoli pubblicati prima del 2005.</p> <p>♣ Popolazione: pazienti < 60 anni, pazienti under 30.</p> <p>♣ Intervento: applicazione nella clinica da parte dell'infermiere di strumenti validati a misurare il dolore nel paziente con demenza nell'ambito ambulatoristico.</p> <p>♣ Outcomes: sono stati esclusi tutti gli articoli che trattavano dei miglioramenti in campo scientifico, riguardanti le tipologie di cura e di screening.</p>

3.7 Flow Chart del percorso di revisione della letteratura.



Capitolo 4: Discussione dei risultati.

Dal 2001, su proposta dell'allora ministro Umberto Veronesi, il dolore viene misurato con regolarità come altri parametri vitali quali la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria e la temperatura corporea, tanto che l'American Pain Society definisce il *dolore come quinto parametro vitale*.

Il dolore, quindi, al pari degli altri parametri vitali si "osserva" e ciò implica una vasta gamma di rilevazioni per completare un quadro clinico.

Gli infermieri devono considerare il *dolore* non solo fisicamente, ma *cognitivamente, relazionalmente, affettivamente e socialmente*.

Il motivo per il quale il dolore si considera un parametro vitale è perché indipendentemente da tipo, modello e causa, se non trattato, può avere effetti dannosi sul paziente.

Il dolore non adeguatamente curato provoca depressione e ansia, aggressività, stato confusionale, riduzione della socializzazione, disturbi del sonno, difficoltà di movimento e deambulazione e incremento dei costi di utilizzo dei servizi sanitari. Questi fattori influiscono sulla riduzione della qualità di vita, sull'aumento della disabilità e della mortalità.

Il Codice deontologico dell'infermiere all'art. 34 capo IV 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'infermiere, quindi, ha sia il compito di misurare il dolore, che quello di controllare l'efficacia della terapia, nonché quello di contrastarne e prevenirne gli effetti secondari, anche mediante l'elaborazione e l'adozione di piani assistenziali specifici.

Di recente, il ruolo degli infermieri nel sollievo dal dolore è stato riconosciuto dall'articolo 5 comma 2 della Legge 38/2010: "... sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, *agli infermieri*, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali."

L'infermiere viene riconosciuto, pertanto, una *figura professionale competente ed essenziale* nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore.

Accertamento e valutazione quindi sono il primo passo per il controllo del dolore.

La valutazione è elemento fondamentale per poi dar vita ad un adeguato piano terapeutico.

Nella valutazione del dolore nei pazienti con Demenza di Alzheimer il momento in cui l'infermiere valuta il dolore è fondamentale per cercare di ridurre gli effetti dello stato cognitivo sulla sua rilevazione. La valutazione deve essere sistematica, immediata non a posteriori (perdita della memoria a breve termine).

I differenti strumenti per la valutazione del dolore rientrano in due tipologie principali: multidimensionale e unidimensionale, che valutano un unico aspetto del dolore. È difficile trovare uno strumento di valutazione veloce e semplice, ma anche onnicomprensivo, pertanto il miglior compromesso consiste nell'usare più strumenti in base alle esigenze del paziente. Oltre a questo nella valutazione del dolore nei pazienti con Demenza è fondamentale che l'infermiere utilizzi gli strumenti di valutazione in concomitanza ad altri accorgimenti che possono migliorare i risultati ottenibili delle scale:

- *Cura dell'ambiente circostante*: buona illuminazione, postazione allo stesso livello del paziente, ambiente silenzioso.

- *Monitoraggio del sintomo algico*: da effettuarsi sistematicamente e a intervalli regolari.

I comportamenti associati al dolore dovrebbero essere osservati sia a riposo che durante l'attività (per es., trasferimenti, igiene intima, cambi di postura, ecc.).

- *Condizione dell'intervista*: utilizzare le domande precise comprese nelle scale di valutazione e valutare l'utilizzo di scale idonee per ogni singolo paziente.

- *Esame obiettivo*: verificare la presenza di catetere vescicale, sondino naso-gastrico, gastrostomia percutanea endoscopica, lesioni da decubito, ecc. come specificatamente richiesto in alcune scale osservazionali.

- *Documentare*, attraverso l'osservazione, indizi non verbali di dolore e cambiamenti comportamentali non usuali. La conoscenza della persona è importante per la rilevazione del dolore nei pazienti con demenza.

- *Prevedere e sospettare dolore in presenza di determinate patologie*: patologie muscolo - scheletriche, osteoarticolari, vascolari, neoplastiche; comportamento anomalo senza ragioni apparenti; riduzione dell'appetito, sindrome depressiva, problemi d'insonnia, cambiamenti nelle capacità funzionali, agitazione o rifiuto verso le cure e/o l'attività.

- Se non si è certi della presenza di dolore, può essere giustificato *intervenire* (con farmaci o altri interventi per ridurlo) e valutare se la persona mostra sollievo.

Il dolore nel paziente demente può essere valutato con strumenti di auto-valutazione (self-report) e strumenti osservativi. Fra i self report le più studiate sono la NRS e la VDS. La scala numerica (NRS) sembra avere valenze comuni a culture diverse ed è considerata valida ed affidabile sugli adulti di tutte le età con dimensione cognitiva intatta, mentre c'è discussione sul suo uso in persone con deficit cognitivi.

La scala verbale dell'intensità (VRS) consiste di una lista di aggettivi che descrivono i livelli di intensità del dolore ed è la più raccomandata per le persone anziane con declino cognitivo moderato.

I risultati dimostrano come le scale di self-report possono essere adoperate nelle persone affette da demenza in grado di comunicare con MMSE >10, in particolare quelle basate su descrittori verbali, e che attualmente non esiste una "soglia cognitiva" per definire il loro campo di utilizzo.

Gli strumenti osservativi sono una alternativa ai self report.

Le persone con deficit cognitivi tali da non permettere una comunicazione efficace con il mondo che li circonda non sono in grado nemmeno di comunicare ed esprimere il loro dolore.

Dagli studi sul comportamento dei pazienti anziani con dolore, sono stati identificati una serie di indicatori comportamentali che le linee guida dell'American Geriatric Society, hanno sintetizzato in sei categorie.(Allegato 1).

Per quanto riguarda le interazioni interpersonali e i cambiamenti nelle attività abituali sono molto importanti le variazioni che si verificano nel breve periodo (ore o qualche giorno) che potrebbero essere dovute al dolore, anche per questo motivo è importante una buona conoscenza del paziente e una buona collaborazione con i caregivers, i quali, conoscendo meglio il paziente, identificano e possono indicare meglio le variazioni comportamentali di essi aiutando così nella corretta valutazione del dolore.

In base agli indicatori selezionati dalle linee guida dell'American Geriatric Society sono stati creati diversi strumenti osservativi di valutazione la maggior parte dei quali ,però,non sono stati sufficientemente validati.(Allegato 2).

La maggior parte delle scale cerca di misurare, oltre alla presenza di dolore, anche l'intensità, attraverso la classificazione dei comportamenti.

Questo approccio ,comunque, solleva interrogativi sulla validità.

In assenza di autovalutazione, l'interpretazione dell'intensità del dolore da parte di terzi

diventa una cosa complessa e difficile.

Gli infermieri, la famiglia/ caregiver e il personale di supporto possono riconoscere la presenza del dolore, ma non valutarne l'intensità.

Dall'evidenza scientifica è emerso che le scale PANAID, DOLOPLUS e la NOPPAIN hanno qualità psicometriche migliori rispetto alle altre scale.

Di estrema importanza per una gestione del dolore e dunque un'assistenza idonea risulta essere il lavoro di équipe.

Il gruppo di lavoro rappresenta una vera e propria risorsa, prevedendo la collaborazione di più figure professionali: medici, infermieri, psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, operatori socio-assistenziali, educatori ed altri specialisti secondo la struttura di riferimento.

In particolare l'intervento dello psicologo è volto alla valutazione dei deficit e delle risorse residue del soggetto affetto da demenza.

La quantificazione dei deficit consentirà una scelta più adatta riguardo lo strumento da usarsi per la valutazione del dolore.

Nel lavoro di équipe, inoltre, lo psicologo diventa interprete oltre delle specifiche questioni inerenti l'ambito clinico, anche delle problematiche relazionali dell'organizzazione-istituzione.

Conclusioni

Sebbene ancora pochi siano gli studi di efficacia sugli interventi squisitamente assistenziali ai dementi, gli infermieri hanno oggi a disposizione una serie di evidenze relative alle loro competenze da coniugare e modulare con i bisogni peculiari del singolo paziente e della sua famiglia.

Al proposito una nota autrice in ambito infermieristico, Vicki S.Conn, in un articolo pubblicato sulla rivista Journal of Gerontological Nursing afferma che le decisioni che riguardano l'assistenza agli anziani cronici devono fondarsi sul rispetto di tre elementi ugualmente importanti: le evidenze oggi disponibili, la valutazione clinica del singolo paziente e le sue scelte e/o quelle della sua famiglia.

L'espressione prendersi cura, in inglese "to care", ben riassume quanto suggerito dalla Conn e indica un modo più globale e centrato sull'individuo di curare la sofferenza.

Nei confronti dei pazienti cronici agire "prendendosi cura" è un elemento importante: la malattia non è una parentesi nella vita di una persona e della sua famiglia, ma diviene la condizione con cui vivere ogni giorno.

"Posso simpatizzare con qualsiasi cosa, tranne che con la sofferenza"

Oscar Wilde

Le scelte cliniche e assistenziali (o le "non scelte") di medici e infermieri hanno conseguenze sulla vita dei pazienti che si affidano alle loro cure e sulle loro famiglie: di questo è bene essere consapevoli per affrontare l'impegnativo compito dell'assistenza con responsabilità e preparazione, rifuggendo da stereotipi e facili standardizzazioni.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Basso, I., & Dimonte, V. (2013). Indagine sulle decisioni degli infermieri sull'assistenza del paziente con demenza avanzata. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 32(2), 73-83.
- 2) Brugnolli, A. (2007). La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 26(1), 38-45.
- 3) Chen, Y., & Lin, L. (2014). The credibility of self-reported pain among institutional older people with different degrees of cognitive function in taiwan. *Pain Management Nursing*.
- 4) Cotelli, M., Calabria, M., & Zanetti, O. (2004). La riabilitazione cognitiva nelle fasi iniziali della malattia di alzheimer. *G Gerontol*, 52, 404-407.
- 5) D'Anastasio, C., Ciarrocchi, R. A., Domenicali, M., Ferriani, E., Patti, C., & Orsi, W. (2008). Malattie croniche. effetti e competenze socio-relazionali della demenza: L'esperienza dell'Azienda USL di bologna. *Salute e Società*.
- 6) Fanelli, G., Gensini, G., Canonico, P. L., Delle Fave, G., Aprile, P. L., Mandelli, A., et al. (2012). Dolore in italia. analisi della situazione. proposte operative. *Recenti Progressi in Medicina*, 103(4), 133-141.
- 7) Ferrari, R., Martini, M., Mondini, S., Novello, C., Palomba, D., Scacco, C., et al. (2009). Pain assessment in non-communicative patients: The italian version of the non-communicative Patient's pain assessment instrument (NOPPAIN). *Aging Clinical and Experimental Research*, 21(4-5), 298-306.
- 8) Fisico, D. Il dolore.
- 9) FONTANA, F., MONTANARI, E., LUDOVICO, L., LUPI, V., MENCONI, M., & PRUNETI, C. (2007). Valutazione clinico-psicologica in pazienti con demenza iniziale di tipo alzheimer. *Psicogeriatría*, 2, 21-28.
- 10) Gambina, G. (2008). La malattia di alzheimer. *Problemi Neuropsichiatrici*, 9, 587-593.
- 11) Ipasvi, F. N. C. (2009). Codice deontologico dell'infermiere.
- 12) Klee, W. A., & Iorio, M. A. (1977). Relationships between opiate receptor binding and analgetic properties of prodine-type compounds. *Journal of Medicinal Chemistry*, 20(2), 309-310.
- 13) Le Breton, D. (2007). *Antropologia del dolore*. Meltemi Editore srl.
- 14) Leong, I. Y., Chong, M. S., & Gibson, S. J. (2006). The use of a self-reported pain measure, a nurse-reported pain measure and the PAINAD in nursing home residents with moderate and severe dementia: A validation study. *Age and Ageing*, 35(3), 252-256.
- 15) Lopez, S., Sibilano, A., Stefanoni, M., Gazzardi, G., Balconi, R., & Guaita, A. (2009). La complessità e l'instabilità clinica nell'anziano istituzionalizzato. *G Gerontol*, 7, 23-32.
- 16) Lukas, A., Barber, J., Johnson, P., & Gibson, S. (2013). Observer-rated pain assessment

- instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia. *European Journal of Pain*, 17(10), 1558-1568.
- 17) Lukas, A., Niederecker, T., Günther, I., Mayer, B., & Nikolaus, T. (2013). Self-and proxy report for the assessment of pain in patients with and without cognitive impairment. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 46(3), 214-221.
 - 18) Mace, N. L., & Rabins, P. V. (1995). *Demenza e malattia di alzheimer. come gestire lo stress dell'assistenza* Edizioni Erickson.
 - 19) Melzack, R. (1987). The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*, 30(2), 191-197.
 - 20) Monacelli, F., Vasile Nurse, A., Odetti, P., & Traverso, N. (2013). Doloplus-2 pain assessment: An effective tool in patients over 85 years with advanced dementia and persistent pain. *La Clinica Terapeutica*, 164(1), e23-5.
 - 21) Nobili, G., Massaia, M., Isaia, G., Cappa, G., Pilon, S., Mondino, S., et al. (2011). Valutazione dei bisogni del caregiver di pazienti affetti da demenza: Esperienza in una unità di valutazione alzheimer. *G Gerontol*, 59, 71-74.
 - 22) Novello, C., Ferrari, R., Scacco, C., & Visentin, M. (2009). The italian version of NOPPAIN scale: Validation during education. [La versione italiana della scala NOPPAIN: validazione in un contesto di formazione] *Assistenza Infermieristica e Ricerca : AIR*, 28(4), 198-205.
 - 23) Paulson, C. M., Monroe, T., & Mion, L. C. (2014). Pain assessment in hospitalized older adults with dementia and delirium. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(6), 10-15.
 - 24) Ruaben, M. (2011). *La Valutazione Del Dolore Nell'Anziano Affetto Da Demenza: Case-Report*,
 - 25) Storti, M., Dal Santo, P., & Zanolin, M. E. (2008). Confronto fra due scale di valutazione del dolore in pazienti ospedalizzati affetti da grave demenza e non verbalizzanti. *Prof Inferm*, 61(4), 210-215.
 - 26) Trabucchi, M., & Boffelli, S. (2004). La gestione del paziente demente.
 - 27) Tsatali, M., Papaliagkas, V., Damigos, D., Mavreas, V., Gouva, M., & Tsolaki, M. (2014). Depression and anxiety levels increase chronic musculoskeletal pain in patients with alzheimer's disease. *Current Alzheimer Research*, 11(6), 574-579.
 - 28) Zanetti, E. (2005). La valutazione del dolore nel paziente demente. *G Gerontol*, 3, 411-414.
 - 29) Zanetti, E. L'assistenza al paziente affetto da demenza in ospedale: Tre priorità per il nursing.
 - 30) Zaninetta, G., & Presidente, S. (2010). La legge 38/2010 e le cure palliative italiane. *La Voce Della SIC*, 1, 8

Sitografia

- www.alzheimer.it
- www.alzheimer-aima.it
- www.alzheimers.org.uk/site/index.php
- www.alz.org/index.asp
- www.alzheimerzanealtovic.it
- www.intranet.asl.milano.it/_asl/Alzheimer/Default.htm
- www.ipasvi.it
- www.alzheimer.it sintomi

ALLEGATI

ALLEGATO 1

TAB VIII- <i>Comportamenti di dolore nelle persone con declino cognitivo</i>
<i>Espressioni facciali</i> <ul style="list-style-type: none">a) Lieve aggrottamento delle ciglia, espressione tristeb) Smorfie, fronte corrugata, occhi chiusi o serratic) Qualsiasi espressione anomalad) Ammiccamento rapido
<i>Verbalizzazioni, vocalizzi</i> <ul style="list-style-type: none">a) Sospiri, lamenti, gemitib) Borbottio, cantilena, chiamarec) Respiro rumorosod) Richiesta di aiutoe) Espressioni verbali aggressive
<i>Movimenti del corpo</i> <ul style="list-style-type: none">a) Postura rigida, tesa, guardingab) Agitazionec) Aumento del cammino su e giù, dondolamentid) Movimenti limitatie) Cambiamenti nella marcia o nella mobilità
<i>Cambiamenti nelle interazioni interpersonali</i> <ul style="list-style-type: none">a) Aggressività, opposizione alle cureb) Diminuzione delle interazioni socialic) Atteggiamenti socialmente inappropriati o aggressivid) Ritrosia
<i>Cambiamenti nelle attività abituali o routine</i> <ul style="list-style-type: none">a) Rifiuto del cibo, cambiamenti dell'appetitob) Aumento periodi di riposoc) Cambiamenti del sonno e dei modelli di riposod) Improvvisa cessazione delle attività abitualie) Aumento del vagabondaggio
<i>Cambiamenti dello stato mentale</i> <ul style="list-style-type: none">a) Pianto o essere in lacrimeb) Aumento della confusionec) Irritabilità o angoscia

(Brugnoni, A. (2007). *La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. Assistenza Infermieristica e Ricerca*)

ALLEGATO 2 (TAB IX- *Caratteristiche degli strumenti per la valutazione degli anziani non in grado di comunicare.*)

Strumento	Scopo	Descrizione	Punteggio interpretazione	Tempo di compilazione edurata e momento di osservazione	Commento
Doloplus2	Misurare la gravità del dolore.	3 sottoscale e un totale di 10 item: - reazioni somatiche (5 item):disturbi somatici, posture protettive a riposo,protezione di una zona,espressione,modello di riposo - reazioni psicomotorie (2 item): lavarsi e vestirsi,mobilità, - reazioni psicosociali(3 item): comunicazione, vita sociale e problemi di comportamento.	Il punteggio massimo è di 30 punti. Ogni item :6 punti a riposo e 6 durante il movimento. Per ogni item è previsto un punteggio di gravità del dolore di 4 punti (da 0 a 3). un punteggio totale di 5 è il valore limite per definire la presenza di dolore.	Si compila velocemente.	E' stato testato in diversi contesti ,per cronici, acuti e di cure palliative in Francia e Svizzera. Le reazioni osservate sono sostenute dalla letteratura. Lo strumento è basato sull'ipotesi che i caregivers possono definire l'intensità del dolore negli anziani.
Ds-DAT	Misurare frequenza, intensità e durata del discomfort.	9 comportamenti - respiro rumoroso, - vocalizzazioni, - espressioni facciali, - espressione di tristezza, - smorfie, - aggrottamento delle ciglia, - linguaggio del corpo, - tensione , - agitazione.	Ogni item misura la presenza /assenza di discomfort. Se presente viene attribuito un punteggio da 0 a 3 per frequenza, durata ed intensità. Punteggio massimo 27 che corrisponde ad un alto grado di discomfort.	Il tempo di compilazione non è riportato. E' necessario attendere 15 min prima di iniziare l'osservazione di un possibile "evento" di discomfort (es.mobilizzazione) osservazione di 5 min. Osservazione solo a riposo.	E' stato testato su anziani con e senza declino cognitivo sia in ospedale che in contesto a lungo termine. Si basa sull'ipotesi che il dolore determina discomfort ;ma che il discomfort non possa essere considerato espressione di dolore. L'uso nella pratica clinica non è semplice per la complessità dello strumento.

ALLEGATO 2 (TAB IX- *Caratteristiche degli strumenti per la valutazione degli anziani non in grado di comunicare.*)

<i>Strumento</i>	<i>Scopo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Punteggio interpretazione</i>	<i>Tempo di compilazione durata e momento di osservazione</i>	<i>Commento</i>
PACSLAC	Misurare la presenza/assenza di comportamenti osservabili di dolore.	Checklist con 4 sottoscale e di 60 item : - espressioni facciali(13), - movimenti del corpo/attività(20), - socialità/personalità/umore(12), - indicatori fisiologici/cambiamenti dell'alimentazione e del sonno/vocalizzazioni (15).	Ogni item prevede una risposta dicotomica presente (1 punto)/assente(0 punti). Punteggio totale 60 punti. Non è descritto come interpretare il punteggio totale.	Breve tempo di compilazione (meno di 5 minuti). Non dichiarato tempo di osservazione.	Contempla le 6 categorie di comportamenti non verbali di dolore descritti dalle linee guida dell'AGS. Ideata senza il contributo dei pazienti. Gli item sono stati costruiti attraverso l'esperienza degli infermieri esperti.
NOPPAIN	Misurare la presenza e l'intensità del dolore.	4 sezioni : - osservazione del dolore durante situazioni assistenziali, - presenza /assenza del dolore, -intensità dei comportamenti di dolore, -valutazione dell'intensità attraverso il termometro del dolore.	Non fornisce dei criteri per stabilire la bassa/ alta intensità del dolore e non è definita l'interpretazione del punteggio totale.	Poco tempo per la compilazione . Dolore valutato sia a riposo che in movimento.	Di difficile utilizzo per anziani che non si muovono ,totalmente dipendenti in stati avanzati di malattia.
ABBEY PAIN SCALE	Misurare la severità del dolore.	6 comportamenti - vocalizzazioni, - espressioni del viso, - cambiamenti di linguaggio corporeo, - cambiamenti del comportamento, - modificazioni fisiologiche.	Il punteggio massimo è di 18 e si interpreta come segue: 0-2 :nessun dolore, 3-7 :lieve, 8-13: moderato, maggiore di 14:grave.	utilizzare qualora vi sia il sospetto di dolore. Non definito il tempo di osservazione.	Strumento di facile utilizzo e rapido . Lo strumento è basato sull'assunzione che i caregiver possono definire in modo affidabile l'intensità del dolore negli anziani.

ALLEGATO 2 (TAB IX- *Caratteristiche degli strumenti per la valutazione degli anziani non in grado di comunicare.*)

<i>Strumento</i>	<i>Scopo</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Punteggio interpretazione</i>	<i>Tempo di compilazione durata e momento di osservazione</i>	<i>Commento</i>
CNPI	Misurare la presenza/assenza di comportamenti osservabili di dolore.	6 comportamenti - vocalizzazioni, - smorfie facciali o fronte corrugata, - digrignare, - sostenersi/appoggiarsi, - agitazione/inquietudine, - frizionare/ massaggiare una zona.	Ogni situazione prevede una risposta dicotomica presente (1 punto)/assente (0punti). Il punteggio massimo è di 12: 6 punti a riposo e 6 durante il movimento. Non è descritto come interpretare il punteggio totale.	Richiede circa 20 minuti.	Gli indicatori sono sensibili nel cogliere il dolore durante il movimento meno per dolore di fondo o a riposo.
PAINAD	Misurare la gravità del dolore.	5 comportamenti - respirazione, - vocalizzazioni negative, - espressioni facciali, - linguaggio del corpo, - livello di consolazione del paziente.	Per ogni item è previsto un punteggio di 3 punti (da 0 a 2) con punteggio totale massimo di 10.	Breve tempo di compilazione.	Di facile comprensione e semplice da usare sia per operatori che per caregivers. E' stato testato in contesti a lungo termine e su pazienti con demenza grave.

(Brugnolli, A. (2007). *La valutazione del dolore negli anziani con declino cognitivo. Assistenza Infermieristica e Ricerca*)

ALLEGATO 3

TAB VII- Valutazione critica della letteratura, studi inclusi.

Studio n° 1- Il dolore nell'anziano con demenza grave: la scheda Noppain a confronto con la valutazione tradizionale.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Mario Florio Franca Bilora	2011	Outcome Study	Confrontare e valutare quale tra la scala Noppain e la valutazione tradizionale misura in modo più attendibile il dolore nel paziente con demenza.	La NOPPAIN è stata utilizzata per i soggetti con Mini Mental State <11, quindi con un'importante demenza, con 3 rilevazioni per ciascun anziano durante le cure igieniche mattutine e l'alimentazione. Contemporaneamente a questa rilevazione, un altro operatore esperto ha svolto una valutazione tradizionale del dolore per gli stessi anziani, comparando poi i risultati.	È stato interessante osservare come per molti anziani non in grado di comunicare verbalmente o di esprimere il proprio dolore, l'infermiere mediante rilevazione tradizionale, non abbia rilevato dolore, mentre per il 25% di questi stessi anziani la rilevazione NOPPAIN ha dato dolore elevato.

Studio n°2 - La versione italiana della scala NOPPAIN:validazione in un contesto di formazione

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Chiara Novello, Renata Ferrari, Carolina Scacco, Marco Visentin	2009	Outcome Study	Scopo del lavoro è di esaminare le proprietà psicometriche della versione italiana del NOPPAIN in un contesto di formazione del personale sanitario.	142 operatori del Dipartimento di Medicina dell'Ospedale di Vicenza hanno valutato con la scala NOPPAIN 5 video raffiguranti altrettante condizioni di dolore. È stata valutata la riproducibilità tra rilevatori attraverso l'indice non parametrico di Kendall, e la validità di costruito della scala.	I risultati confermano l'affidabilità tra rilevatori e la validità di costruito della versione italiana della scala NOPPAIN.

Studio n°3 - The Credibility of Self-reported Pain Among Institutional Older People with Different Degrees of Cognitive Function in Taiwan.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Chen YH Lin LC	2014	Outcome Study	Gli obiettivi di questo studio sono stati quelli di esaminare l'affidabilità e la validità del grado di dolore auto-riportato dai pazienti con patologia di demenza.	414 partecipanti sono stati divisi in quattro gruppi in base ai loro punteggi sulla Mini-Mental State Examination.	<p>Le relazioni tra il dolore auto-riferito dei residenti e dei correlati noti di dolore erano quasi tutte significative tra i gruppi che non presentavano compromissione o moderata compromissione cognitiva, ma meno significativi nel gruppo gravemente compromesso.</p> <p>Analisi di regressione hanno rivelato che più indicatori di dolore insieme erano significativamente migliori predittori di dolore auto-riferito nei pazienti con moderato o grave stato cognitivo.</p> <p>I risultati di questo studio supportano che i residenti con deficit cognitivo fino a un livello moderato possono segnalare dolore affidabile. Tuttavia, per coloro in fasi successive di demenza, un approccio multiforme si propone di aiutare in maniera più attendibile il riconoscimento del dolore.</p>

Studio n°4 - Pain Assessment in Hospitalized Older Adults With Dementia and Delirium.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Paulson CM Monroe T Mion Lc	2014	Studio descrittivo-osservazionale	Utilizzando un esempio individuale, questo studio/articolo illustra le migliori pratiche nella valutazione e gestione del dolore per una donna demente durante un ricovero in ospedale acuto.	donna di 94 anni. L'esempio clinico utilizzato in questo articolo è emerso da un progetto che è stato parzialmente sostenuto da una sovvenzione da parte del National Institute of Nursing Research / National Institute of Health (NIH / NINR).	Si è dimostrato attraverso un esempio individuale, quali sono le migliori pratiche nella valutazione e gestione del dolore per un paziente con Demenza. I medici dovrebbero utilizzare una combinazione di rapporti soggettivi ed oggettivi per identificare il dolore in pazienti con demenza utilizzando uno strumento coerente per la valutazione del dolore non verbale, come la scala PAINAD. La frequenza raccomandata di uso della scala PAINAD per pazienti che hanno dolore acuto, in aggiunta a quelli che hanno dolore cronico, è almeno ogni 4 ore . Se usato come una parte di un approccio globale alla gestione del dolore negli anziani con demenza, la scala PAINAD può aiutare a ridurre la probabilità di provare dolore non riconosciuta e non trattata. Gli infermieri sono i fornitori principali di assistenza sanitaria, spesso responsabili della valutazione del dolore, e le loro capacità di pensiero critico sono essenziali.

Studio n°5 - Observer-rated pain assessment instruments improve both the detection of pain and the evaluation of pain intensity in people with dementia.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Lukas A Barber JB Johnson P Gibson SJ	2013	Outcome Study	Diversi strumenti di valutazione del dolore per le persone affette da demenza sono stati studiati negli ultimi anni e sono efficaci per identificare la presenza di dolore. L'obiettivo di questo studio è di determinare se questi strumenti possono essere utilizzati anche per valutare l'intensità del dolore.	Lo studio è stato fatto su 125 pazienti ricoverati in casa di cura. Persone cognitivamente integre [Mini Mental State Examination (MMSE) ≥ 24 n = 60] e cognitivamente deteriorate (MMSE <20 n = 65) .	l'uso di strumenti quali NOPPAIN ,PAINAD e ABBEY PAIN SCALE permettono un migliore riconoscimento della presenza o assenza di dolore fino al 25,4% (in demenza) e 28,3% (in adulti cognitivamente intatti).Gli stessi strumenti con una valutazione dell'intensità del dolore soggettiva permettono di calcolare più correttamente l'intensità del dolore fino al 42,5% (in demenza) e 34,1% (in adulti cognitivamente intatti) .

Studio n° 6 - Doloplus-2 pain assessment: an effective tool in patients over 85 years with advanced dementia and persistent pain.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Monacelli F Vasile Nurse A Odetti P Traverso N	2013	Outcome study	Lo scopo dello studio è stato quello di valutare il dolore in un gruppo di anziani con demenza, residenti in una casa di cura. La Scala Doloplus-2 è stato adottata per rilevare il dolore e per valutare la sua adeguatezza per affrontare l'analgesia.	Trentasei di 90 residenti in una casa di riposo sono stati colpiti da demenza moderata-grave e 23 pazienti con dolore persistente sono stati arruolati nello studio.	I risultati hanno mostrato una riduzione significativa del dolore dopo la valutazione costante con la scala Doloplus-2 . Questa analisi ha confermato l'utilità clinica di Doloplus-2 per rilevare il dolore in pazienti con età molto avanzata e con grave demenza. Lo strumento ha anche confermato la sua maneggevolezza e l'applicabilità clinica da parte degli infermieri per sostenere una valutazione sistematica del dolore in assistenza a lungo termine.

Studio n°7- Self- and proxy report for the assessment of pain in patients with and without cognitive impairment.

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Lukas A Niederecker T Gunther L Mayer B Nickolaus T	2013	Studio prospettistico-osservazionale	La valutazione del dolore è una procedura complessa in pazienti con diversi gradi di deterioramento cognitivo. La sfida è quella di stabilire se strumenti di auto-reportistica sono adeguati e di individuare i casi in cui sono necessari valutazioni del proxy.	178 pazienti sono stati sottoposti ad una valutazione completa del dolore costituito dalla Numeric Rating Scale (NRS), il verbale Scale di valutazione con quattro e cinque voci (VRS4 e VRS5).	Anche senza una preventiva conoscenza di deterioramento cognitivo di un paziente, questo toolkit può essere utilizzato per identificare in modo affidabile i casi in cui auto-valutazione è appropriato e dove la valutazione- delega diventa necessario. Valutazioni self-report sono appropriati fino ad un valore di esame di MMSE superiore a dieci. In confronto a NRS, VRS4 e VRS5 rimangono più stabili quando il grado di deterioramento cognitivo aumenta.

Studio n°8- A comparison study between two pain assessment scales for hospitalized and cognitively impaired patients with advanced dementia

AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	SCOPO	CAMPIONE	RISULTATI
Matteo Storti Pierluigi Dal Santo Maria Elisabetta Zanolin	2009	Outcome Study	L'obiettivo di questa ricerca è di verificare l'applicabilità delle scale PAINAD e ABBEY nella rilevazione del dolore.	n 30 soggetti ricoverati consecutivamente presso una UO di Geriatria. I 30 anziani avevano un'età media di 86 anni (18 femmine e 12 maschi) affetti da demenza vascolare o da malattia di Alzheimer in fase terminale, completamente dipendenti nelle ADL e con afasia globale .	Sia la scala PAINAD che la scala ABBEY offrono risultati equivalenti nella valutazione del dolore con valori di concordanza notevole; pertanto in ambiente ospedaliero potrebbero essere impiegate in modo sovrapponibile. Va sottolineato che la scala PAINAD richiede un tempo di somministrazione significativamente inferiore rispetto alla scala ABBEY. E' auspicabile lo svolgimento di indagini, preferibilmente multicentriche, su un numero maggiore di soggetti per potere confermare quanto ottenuto in questo studio.

ALLEGATO 4**TAB VIII- Valutazione critica della letteratura, studi esclusi.**

TITOLO	AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	INCLUSO	MOTIVO ESCLUSIONE
Cultural adaptation and reproducibility validation of the Brazilian Portuguese version of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD-BRAZIL) scale non verbal adult patient.	Pinto MC Minson FP Lopes AC Loselva CR	2015	Outcome study	NO	Lo studio è rilevante per la professione infermieristica, tuttavia non ho ritenuto opportuno inserire questa revisione.
Evaluation of patients with Alzheimer's disease before and after dental treatment.	Rolim Tde S Fabri Nitrini R Anghinah R Teixeira MJ Siqueira JT Cesari JA Siqueira SR	2014	Outcome study	NO	Lo studio non è inerente al tema trattato in questa revisione.

TITOLO	AUTORI	ANNO	TIPOLOGIA	INCLUSO	MOTIVO ESCLUSIONE
Evaluation of two observational pain assessment scales during the anaesthesia recovery period in Chinese surgical older adults.	Guo LL Li L Liu YW Herr K	2015	Outcome Study	NO	Gli outcome misurati non sono gli stessi di questa revisione.
Depression and anxiety levels increase chronic musculoskeletal pain in patients with Alzheimer's disease	Tsatali M Papaliagkas V Damigos D Mavreas V Gouva M Tsolaki M	2014	Outcome Study	NO	Lo studio è rilevante per la professione infermieristica, tuttavia gli outcome misurati non sono gli stessi di questa revisione.
Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: a cluster randomized trial	Sandvik RK Selbaek G Seifert R Aarsland D Ballard C Corbett A Husebo BS		Studio Randomizzato	NO	Gli outcome misurati non sono gli stessi di questa revisione.

